



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Využití koordinované rehabilitace v domově se zvláštním režimem

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: REHABILITACE

Autor: Bc. Lucie Rathová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem *Využití koordinované rehabilitace v domově se zvláštním režimem*, jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne:

Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce doc. PhDr. Adéle Mojžíšové, Ph.D. za připomínky, cenné rady a čas, který mi věnovala. Dále děkuji celé své rodině, přátelům i kolegům za trpělivost a podporu při mém studiu.

Využití koordinované rehabilitace v domově se zvláštním režimem

Abstrakt

Cílem diplomové práce je identifikovat možnosti, jak efektivně využít systému koordinované rehabilitace v domově se zvláštním režimem.

Pro získání informací jsem použila metodiku kvalitativního výzkumu. Nástrojem pro výzkum byly polostandardizované rozhovory. Tyto rozhovory byly provedeny s 10 zaměstnanci domova se zvláštním režimem Městského ústavu sociálních služeb Strakonice.

Práce je členěna na část teoretickou a empirickou.

Teoretická část diplomové práce se zaměřuje na koordinovanou rehabilitaci, jako celek, dále pak pojednává o jednotlivých složkách koordinované rehabilitace. V dalších kapitolách jsou popsány nejčastější diagnózy klientů domova se zvláštním režimem a nakonec je zmínka o standardech kvality sociálních služeb.

Hlavní výzkumná otázka: Jaké jsou možnosti využití koordinované rehabilitace v domově se zvláštním režimem?

Díličí výzkumná otázka: Jsou zaměstnanci informováni o možnostech koordinované rehabilitace?

V rozhovoru jsem použila otázky zaměřené na obecné identifikační údaje, otázky zaměřující se na význam koordinované rehabilitace, multidisciplinárního týmu. Dále jsem se ptala na jednotlivé složky koordinované rehabilitace a nakonec, jakým způsobem je prováděno individuální plánování.

Výsledkem diplomové práce je zjištění, že se spolu jednotlivé složky koordinované rehabilitace úplně nepropojují. Bylo by vhodné pro zaměstnance zajistit vhodný kurz, který by jim chybějící znalosti doplnil.

Tato diplomová práce by mohla sloužit ke zkvalitnění péče o klienty v domově se zvláštním režimem a zasloužit se o větší informovanost zaměstnanců domova se zvláštním režimem o koordinované rehabilitaci.

Klíčová slova

Koordinovaná rehabilitace; multidisciplinární tým; kruhová podpora; individuální plánování; Alzheimerova choroba; domov se zvláštním režimem

The Use of Coordinated Rehabilitation in a Home with a special Regime

Abstract

The aim of this diploma thesis is to identify options of how to use the system of coordinated rehabilitation in a home with a special regime.

To obtain information I used qualitative research methodology. Semi-standardized interviews served as the research tool. These interviews were carried out with 10 employees of a home with a special regime run by the City Institute of Social Services in Strakonice.

The thesis is divided into a theoretical and a practical part.

The theoretical part of the diploma thesis focuses on coordinated rehabilitation as a whole, further, it discusses the individual parts of coordinated rehabilitation. Other chapters describe the most frequent client diagnoses within the Home with a special regime, and finally the standards of social service quality are mentioned.

The main research question: What are the options of using coordinated rehabilitation in a home with a special regime?

Partial research question: Are employees informed about the options of coordinated rehabilitation?

For the purposes of the interview I used questions focused on general identification data, questions focusing on the importance of coordinated rehabilitation, multidisciplinary team. Further, I asked about the individual components of coordinated rehabilitation, and finally, how individual planning is carried out.

The result of this diploma thesis is a finding that individual components of coordinated rehabilitation are not fully mutually connected. It would be useful to provide employees with suitable courses to complete their missing knowledge.

This diploma thesis might serve as a tool for improving care in the Home with a special regime, it might contribute to the Home with a special regime's employer awareness of coordinated rehabilitation, and connect it with practice.

Key Words

Coordinated rehabilitation; multidisciplinary team; circular support; individual planning; Alzheimer's disease; home with a special regime

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav.....	12
1.1 Holistické pojetí člověka.....	12
1.2 Koordinovaná rehabilitace.....	12
1.2.1 Léčebné prostředky rehabilitace.....	14
1.2.2 Sociální prostředky rehabilitace.....	15
1.2.3 Pracovní prostředky rehabilitace.....	16
1.2.4 Pedagogické prostředky rehabilitace.....	17
1.3 Multidisciplinární tým- kruhová podpora.....	18
1.4 Domov se zvláštním režimem.....	19
1.5 Schizofrenie.....	19
1.5.1 Příčiny vzniku schizofrenie.....	19
1.5.2 Symptomy schizofrenie.....	19
1.5.3 Druhy schizofrenie.....	20
1.6 Alzheimerova choroba.....	21
1.6.1 Příčiny vzniku Alzheimerovy choroby.....	22
1.6.2 Průběh Alzheimerovy choroby.....	22
1.7 Závislost na návykových látkách.....	23
1.7.1 Příčiny vzniku závislosti.....	24
1.7.2 Symptomy závislosti.....	24
1.7.3 Druhy závislosti podle MKN.....	24
1.8 Standardy kvality poskytování sociálních služeb.....	25
1.8.1 Individuální plánování.....	26
1.9 Městský ústav Sociálních služeb Strakonice.....	27
1.9.1 Domov se zvláštním režimem.....	27
2 Cíle a výzkumné otázky.....	32
2.1 Cíl práce.....	32

2.2 Výzkumné otázky.....	32
3 Metody a techniky sběru dat.....	33
3.1 Metody a techniky sběru dat.....	33
3.2 Profil výzkumného souboru.....	34
3.3 Realizace výzkumu.....	34
4 Výsledky.....	36
4.1 Analýza polostandardizovaných rozhovorů.....	36
5 Diskuze.....	64
5.1 Diskuze k hlavní výzkumné otázce.....	64
5.2 Diskuze k dílčí výzkumné otázce	70
6 Závěr.....	71
Seznam použitých zdrojů.....	72
Přílohy.....	78
Seznam použitých zkratk.....	80

*„Jsme jako ostrovy v moři,
na povrchu oddělené,
ale spojené v hlubinách.“*

William James (1842-1910)

Úvod

Dnes je již pojem koordinované rehabilitace téměř rozšířen, najdou se ale i tací, kteří si pod slovem rehabilitace představují klasickou zdravotní rehabilitaci. Proto jsem se rozhodla vybrat si toto téma na psaní diplomové práce. Myslím si, že využití systému koordinované rehabilitace a spolupráce multidisciplinárního týmu, je důležité v kterémkoli zařízení, které poskytuje sociální případně zdravotní služby. V domově se zvláštním režimem jsem nějaké období pracovala, proto jsem se zaměřila na tento druh pobytových sociálních služeb. Ze současné i minulé praxe vím, že jednotlivé prostředky léčebné, pedagogické, pracovní a sociální rehabilitace, se spolu úplně nepropojují. V diplomové práci bych se chtěla zaměřit na identifikaci možností, jak koordinovanou rehabilitaci realizovat v domově se zvláštním režimem. V minulosti jsem se setkala s tím, že se zdravotnický personál věnuje pouze záležitostem, které jsou podstatné pro jejich obor. Myslím si ale, že takovéto postupy nejsou vhodné a správné. Stejným problémem jsem se zabývala i v bakalářské práci, kde jsem měla výzkum zaměřen na zdravotně sociální péči ve fakultní nemocnici, konkrétně jsem se zabývala péčí o onkologicky nemocné pacienty. Bohužel i pro tyto pacienty není součinnost jednotlivých členů multidisciplinárního týmu dostatečná. Proto jsem se nyní zaměřila na jiné zařízení s jinou cílovou skupinou. I v domově se zvláštním režimem by měl fungovat systém ucelené rehabilitace a měla by zde fungovat součinnost multidisciplinárního týmu. V teoretické části diplomové práce jsou uvedeny tři základní diagnózy, se kterými jsem se setkala ve svém minulém zaměstnání v domově se zvláštním režimem. Výzkum byl proveden v DZR, které má podstatně menší kapacitu, tudíž jsem se setkala s daleko menším počtem klientů. Jak se ukázalo, nejčastěji se

v DZR vyskytují klienti s Alzheimerovou chorobou. Uživatelé služeb ze Schizofrenií, případně s různými závislostmi na návykových látkách se vyskytují jen výjimečně nebo vůbec.

Druhou dílčí výzkumnou otázkou jsem chtěla zjistit pohled na koordinovanou rehabilitaci s pohledu klientů domova DZR. Vzhledem ke zdravotnímu stavu klientů, nebylo možné výzkum provést.

1 Současný stav

1.1 Holistické pojetí člověka

Pokud se budeme chtít zabývat problematikou ucelené rehabilitace, měli bychom začít od samotného člověka jako osobnosti (Jankovský, 2006). Již ve starém Řecku se setkáváme s rozdělením lidské duše na několik dimenzí (Jankovský, 2006). Blíže nám bude koncept Sigmunda Freuda, který označil tři vrstvy osobnosti (Jankovský, 2006). Výraz holismus bychom měli brát tedy jako celek (Trachtová et al., 2013). Pokud budeme chtít vnímat rehabilitaci uceleně, je potřeba brát člověka jako bio- psycho- socio- spirituální bytost (Mastiliaková, 2014). Můžeme tedy člověka chápat jako bytost, která má duševní, biologické či sociální potřeby (Jankovský, 2006). Pokud budeme rozumět tomu, že člověk se skládá z několika „dimenzí“, budeme schopni porozumět koordinované rehabilitaci jako interdisciplinárnímu oboru (Jankovský, 2006). Moderní zdravotnická věda se zabývá mnoha otázkami a o klienta by se měl starat tým profesionálů. (Kutnohorská, 2009).

1.2 Koordinovaná rehabilitace

Pojem rehabilitace byl zaveden v 19. Století jako léčebný postup (Votava, 2005). Rehabilitace je chápána jako souvislé a koordinované úsilí, které má cíl sociální integraci jedince (Votava, 2005). Dle WHO (2006) je rehabilitace soubor opatření, směřujících k co nejrychlejší resocializaci jedince s postižením zdraví nemocí, úrazem, vrozenou vadou. Resocializací je návrat do aktivního společenského života, do zaměstnání (Čevela, Čeledová, 2011). V České Republice se pro koordinovanou rehabilitaci ještě používá pojem ucelená rehabilitace či komprehenzivní rehabilitace (Krhutová, 2013). Podle Kodymové (2015) se v rámci multidisciplinárního týmu jedná o společné prostředí, v němž jsou zkoumány zcela odlišné fenomény přímo vyžadující spoluúčast naprosto odlišných disciplín.

Vitoň (2015) upozorňuje na to, že rehabilitace není jen zdravotnická činnost, ale je zapotřebí ji chápat komplexně.

Čevela a Čeledová (2011b) vysvětlují rehabilitaci jako koordinovaný proces poskládaný z rehabilitace léčebné, psychologické, volnočasové, rodinné, ale také výchovné, pracovní, sociální, a nově úrazové. Léčebnou složku upřednostňují před ostatními

složkami, protože ji považují za směrodatnou pro úspěšnost další navazujících procesů.

Pokud systém ucelené rehabilitace funguje, plní své cíle a je dostupný určeným cílovým skupinám, je považovaný za nezbytný prostředek naplňování lidských práv (Růžičková, 2015).

Koordinovaná rehabilitace je interdisciplinární obor, který se zabývá propojováním různých oblastí při léčbě člověka (Matoušek et al., 2010). Někteří jedinci se mohou určitými věcmi odlišovat (Jankovský, 2006). Duba (2010) udává, že koordinovaná rehabilitace je pro osoby, které se jakýmkoliv způsobem ocitli v situaci, kdy byly vyřazeny z běžného života. Systém ucelené rehabilitace má pomáhat k tomu, aby se člověk vyřazený z běžného života, mohl do tohoto života opětovně vrátit (Jankovský, 2006). Jedná se tak o dlouhodobou rehabilitaci, která se věnuje nejen jedincům, kteří nějakým způsobem onemocněli v důsledku nemoci či úrazu, ale také o jedince, kteří se s určitým postižením již narodili (Jankovský, 2006). Podle Hanušové a Hellebrandové (2006) je cílem multidisciplinární spolupráce pomoci druhému člověku, a proto je nutné vzájemně komunikovat, předávat si informace a zkušenosti.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje rehabilitaci již v roce 1969 a to následovně: *„Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovu výcvik jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti.“* V současné době známe čtyři prostředky ucelené rehabilitace, a to léčebné, sociální, pracovní a pedagogické (Jankovský, 2006). Výsledkem koordinované rehabilitace by mělo být znovu začlenění jedince do pracovního procesu a zabránění sociálnímu vyloučení (Bruthansová, Jeřábková, 2012).

1.2.1 Léčebné prostředky rehabilitace

Léčebnou rehabilitaci můžeme najít v mnoha právních předpisech, zejména pak v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v zákoně č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, v zákoně č. 96/2006 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. (Kolář et al., 2009).

Léčebné prostředky rehabilitace lze chápat jako velmi obsáhlou kapitolu, která se zabývá spíše léčením tělesného aparátu a spadá spíše do oblasti zdravotnictví (Jankovský, 2006). I v medicíně ale můžeme nalézt aktivity, které mají multidisciplinární charakter (Jankovský, 2006). Mezi nejčastější metody léčebného prostředku ucelené rehabilitace patří fyzikální terapie, léčebná tělesná výchova, ergoterapie, a další terapie (arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie (Jankovský, 2006).

Fyzikální terapie

Jinými slovy můžeme pojmenovat fyzikální terapii jako fyziatrii (Zeman, 2013). Fyziatrie využívá k léčbě fyzikálních prostředků jako je elektrický proud, teplo, světlo, magnetické pole nebo vodu (Zeman, 2013). Cílem léčby je mobilizace obranných sil organismu, které účinkují proti chorobnému procesu. (Zeman, 2013).

Léčebná tělesná výchova

Léčebná tělesná výchova je jednou ze základních prostředků léčebné rehabilitace (Jankovský, 2006). Může se provádět i ve vodě, v bazénech a využívá vztlaku vody. (Jankovský, 2006). Cvičení může být jak individuální, tak skupinové (Jankovský, 2006).

Ergoterapie

Ergoterapie je složkou rehabilitace, kdy pomáhá smysluplně zaměstnávat a tím i zachovat a využít schopnosti jedince (Jelínková, Křivošíková, 2007). Ergoterapie se snaží podpořit účast jedince v běžném životě při respektování možnosti jedince (Jelínková, Křivošíková, 2007). Cílem je navrátit a zachovat schopnosti, které jsou pro jedince podstatné a dosáhnout maximální soběstačnosti člověka (Svěčená, Švestková, 2014).

1.2.2 Sociální prostředky rehabilitace

Smyslem sociální rehabilitace je dosažení maximálního stupně sociálního začlenění (Hrubý, 2004). U člověka dochází během celého života k socializaci, k začlenění člověka do společnosti (Kolář et al., 2015). Je to proces celoživotní (Jankovský, 2006).

Stejně je to i u člověka s jakýmkoliv postižením, i ten prochází celý život socializace a je důležité, aby ji neztratil v závislosti na svém postižení (Jankovský, 2006). Je potřeba aby člověk se s postižením naučil žít, aby byla co nejvíce zachována kvalita života (Jankovský, 2006). Sociální prostředky ucelené rehabilitace uplatňují proces reedukace, kdy dochází k rozvoji poškozené funkce, proces kompenzace, což je náhrada funkce, a proces akceptace (přijetí postižení) (Jankovský, 2006).

Může se samozřejmě jednat jak o postižení zdravotní, tak duševní (Jankovský, 2006). Součástí léčebných prostředků rehabilitace je také vytváření jiných podmínek pro kvalitní život (Jankovský, 2006). Do sociální rehabilitace můžeme zařadit také poskytování invalidních důchodů, a další příspěvky státní sociální podpory (Jankovský, 2006). Pro osoby zdravotně postižené máme průkazy OZP, příspěvky na kompenzační pomůcky, příspěvky na péči a na mobilitu (Jankovský, 2006). V zákoně č. 108/2006 Sb., v platném znění najdeme nejen nejrůznější služby pro osoby zdravotně postižené (Jankovský, 2006).

V zákoně č. 108/ 2006 Sb., v platném znění je popsána sociální rehabilitace takto: *„soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných*

činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.“

Sociální rehabilitace je poskytována formou terénních, pobytových a ambulantních služeb (Zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění).

Služba poskytuje základní činnosti, jako jsou nácvik dovedností, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv a zájmů (Zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění).

1.2.3 Pracovní prostředky rehabilitace

Pracovní rehabilitace je upravena v zákoně č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Pracovní rehabilitace je vymezena takto: „*souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené*“ (Zákon č. 435/2004 Sb., v platném znění).

Každý má právo na práci a mít možnost pracovat (Inclusion europe, 2004).

Pracovní prostředky rehabilitace používá u jedinců, kteří se chtějí uplatnit v pracovní činnosti (Jankovský, 2006). Někteří mohou mít změněnou pracovní schopnost v důsledku jejich onemocnění (Jankovský, 2006). Někteří ztrácí schopnost pracovat úplně (Jankovský, 2006). Vzhledem k faktu, že práce je jednou z potřeb člověka, musíme takovým stavům předcházet. Jednou z možností je rekvalifikace (Jankovský, 2006). V České republice jsou zaměstnavatelé nad určitý počet zaměstnanců, povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením (Jankovský, 2006). Další možností zaměstnávání osob se zdravotním postižením jsou chráněná pracovní místa a podporované zaměstnávání (Jankovský, 2006).

Pokud to shrneme, pracovní prostředky rehabilitace, ale také sociální rehabilitace, jsou v kompetenci sociální politiky státu (Jankovský, 2006). Předpokladem pro pracovní rehabilitaci je motivace jedince se zdravotním postižením a použití vhodného prostředku (Šesták, 2014). Často se propojují prostředky pracovní rehabilitace spolu s jinými službami, jako je osobní asistence, podpora samostatného bydlení, sociální

rehabilitace, nebo poradenství (Šesták, 2014). Pracovní rehabilitace je zaměřená na pracovní uplatnění klienta a zahrnuje například profesní přípravu a kariérové poradenství, vytváření a ochranu pracovních příležitostí – podporované zaměstnávání pomocí pracovní asistence (Jonáková, 2018).

Příprava k práci slouží k zapracování jedince se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo a k získání dovedností a znalostí p získání vhodného zaměstnání (Nováková, 2011).

1.2.4 Pedagogické prostředky rehabilitace

Listina základních práv a svobod České republiky z roku 1993 deklaruje každému občanovi právo na vzdělání. Vzdělávání provází každého jedince celý život, nicméně nejdůležitější je v období dětství a dospívání (Křížkovská, 2013).

U pedagogických prostředků rehabilitace rozlišujeme, zda k postižení došlo při narození nebo v průběhu života (Jankovský, 2006). Tyto prostředky úzce souvisí se speciální pedagogikou, která se zabývá jednotlivými „pediemi“ podle druhu postižení. Primárně jde ale o optimální rozvoj osobnosti zdravotně postižených, tak aby nestáli na okraji společnosti (Jankovský, 2006).

Jonáková (2018) říká, že pedagogické prostředky rehabilitace se zaměřují také na rozvoj schopností, soběstačnosti a dovedností, a to formou reedukace, kdy dochází k nápravě a opravě postižených funkcí a chování a snaží se o co nejvyšší stupeň socializace. Dále pak pomocí kompenzace, kdy se činnosti zaměřují na náhradu snížené nebo chybějící funkce. Můžeme také použít edukaci, která směřuje k uplatňování vzdělávacích metod, jako příklad můžeme uvést bazální stimulaci, která zapojuje co nejvíce smyslů člověka (Jonáková, 2018)

Pedagogická rehabilitace je zaměřena na oblast vzdělávání, výchovy a rozvoj osobnosti (Matoušek et al., 2005).

1.3 Multidisciplinární tým- kruhová podpora

Jak je již patrné z názvu, slovo multidisciplinární je spojení slov „*multi*“ a „*disciplína*“ (Pfeiffer, 2014). Slovo multi lze nahradit jednoduše slovem mnoho a slovo disciplína vyjadřuje obor (Pfeiffer, 2014). Jedná se tedy o spojení několika vědních oborů, které se podílejí na řešení konkrétního případu (Pfeiffer, 2014).

Multidisciplinární tým je tým složený z řad odborníků, kteří spolu spolupracují (Kodýmová, 2015). Nejdůležitější je klient (Jankovský et al., 2005). Ten stojí uprostřed pomyslného kruhu- proto se můžeme setkat s názvem kruhová podpora (Jankovský et al., 2005). Všichni z multidisciplinárního týmu jsou na stejné úrovni (Jankovský et al., 2005). Měla by mezi nimi fungovat velmi dobrá komunikace a spolupráce (Jankovský et al., 2005). Součástí kruhové podpory, stejně tak multidisciplinárního týmu jsou i rodiče, pokud jde o práci s handicapovaným dítětem (Jankovský et al., 2005). Sociální pracovník v tomto případě je tam od toho, aby převážně komunikoval s rodiči ohledně náležitostí spojené s děním v rámci kruhové podpory (Kodýmová, 2015).

Do multidisciplinárního týmu patří:

- psycholog
- speciální pedagog
- odborní lékaři
- fyzioterapeuti
- ergoterapeuti
- sociální pracovník
- rodina
- ale také ostatní zdravotní personál (Jankovský, 2006).

1.4 Domov se zvláštním režimem

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

Dále je v zákoně č. 108/2006 Sb. v platném znění uvedeno, že domovy se zvláštním režimem poskytují základní činnosti, do kterých patří poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

1.5 Schizofrenie

1.5.1 Příčiny vzniku schizofrenie

Schizofrenie je duševní onemocnění, které postihuje 2-4 jedince na 10000 obyvatel (Češková, 2012). Je to jedno z nejzávažnějších onemocnění, které se projevuje bludy, halucinacemi, dezorientovaným slovním projevem a chováním (Češková, 2012). Schizofrenie často vede k trvalé invaliditě (Češková, 2012). Toto onemocnění se projevuje mezi 25. a 35. rokem u žen a mezi 15. a 25. rokem u mužů (Kučerová, 2010). U duševních nemocí jsou také podstatné sociální faktory (Kučerová, 2010). Je prokázáno, že schizofrenie se objevuje více ve větších městech spíše, než na vesnicích, více schizofreniků je také v nižších socioekonomických třídách (Češková, 2012). Známe několik klinických forem schizofrenie (Češková, 2012). Zkoumání schizofrenie poukazuje na genetické faktory, které přispívají k jejímu vzniku, však není zcela upřesněno, o jaký typ dědičnosti se jedná (Češková, 2012).

1.5.2 Symptomy schizofrenie

U schizofrenie můžeme vidět dva druhy příznaků dělicí se dle toho, zda u nemocného se momentálně vyskytuje akutní či chronická forma onemocnění (Vágnerová, 2008).

Pro tuto akutní fázi onemocnění jsou typické symptomy, u kterých jsou nápadné změny psychických funkcí (Vágnerová, 2008). Ty obvykle trvají určitou dobu, alespoň jeden měsíc (Vágnerová, 2008). Mezi kvalitativní poruchy vnímání patří iluze, jejímž výsledkem je vnímání reálného podnětu jako zkresleného vjemu a halucinace, kdy člověk vnímá neexistující podněty a je přesvědčen o jejich skutečnosti (Orel et al., 2012).

Poruchy myšlení bývají komplexní, neboť zahrnují poruchy dynamiky, formy, obsahu i myšlení (Vágnerová, 2008).

Autistické projevy se vyskytují v životě nemocného formou nápadné a nepřiměřené izolace od okolního světa (Vágnerová, 2008).

Poruchy jednání zpravidla navazují na poruchy myšlení a vnímání, poruchy emotivity a poruchy osobnosti (Dušek et al., 2010). Jednání a chování takto nemocných je nevypočitatelné a velmi překvapující (Dušek et al., 2010). Pod vlivem bludů a halucinací dotyčný může páchat i trestnou činnost (Dušek et al., 2010).

Poruchy osobnosti jsou další příznakem, který je charakterizován, jako porucha uvědomování si sebe sama (Vágnerová, 2008,). Nemocný se zpravidla přesouvá od vnímání okolního světa směrem k sobě, což může vést k patologickému narcismu, může mít také pocity depersonalizace, kdy vnímá cizost vlastních myšlenek, prožitků, vůle i těla (Vágnerová, 2008,). Dále může taky dojít k poruše integrity osobnosti (Vágnerová, 2008,).

1.5.3 Druhy schizofrenie

Paranoidní schizofrenie je nečastějším druhem schizofrenie, je relativně snadno rozpoznatelná (Kučerová, 2010). Dominují zde bludy, provázené halucinacemi, které pacientovi dávají nejčastěji příkazy. Dalším druhem je hebefrenní schizofrenie, která se objevuje nejčastěji v dospívání (Češková, 2012). Příznaky napodobují pubertální chování a emoce (Češková, 2012). Bludy a halucinace jsou proměnlivé (Češková, 2012). Dalším druhem schizofrenie je katatonní schizofrenie, kde se objevují poruchy motoriky, bývá stereotypní verbální projev a chování (Češková, 2012). Předposledním typem schizofrenie je nediferencovaná schizofrenie, která neodpovídá žádným z předchozích příznaků (Češková, 2012). Posledním typem je reziduální schizofrenie, která prezentuje chronický stav po odeznění akutních příznaků schizofrenní ataky (Češková, 2012).

1.6 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba nemá jasný původ ani příčinu, je to degenerativní onemocnění mozku a projevuje se postupným rozvojem demence (Preiss et al., 2006). Alzheimerova choroba je nejčastější se vyskytující formou demence, kde tvoří zhruba 70 % všech demencí. (Krombholz, 2011). Alzheimerova choroba patří mezi jedno z nejzávažnějších onemocnění z hlediska prognózy, postižení kvality života nemocných a jejich pečovateli i ekonomické náročnosti nemoci. (Jiráček et al., 2009). Alzheimerova choroba je čtvrtou až pátou nejčastější příčinou smrti, ale zůstává tichou epidemií, jelikož mnoho případů zůstává nedagnostikováno a neléčeno (Zvěřová, 2017). V současné době zůstává nevyléčitelnou nemocí, včasným zahájením léčby lze však její průběh zpomalit a pomáhá udržet pacienty v lehkých stádiích demence. (Novartis, 2015).

1.6.1 Příčiny vzniku Alzheimerovy choroby

Příčina vzniku není osud známá (Pidrman, 2007). Rizikovým faktorem je vysoký věk, rodinná anamnéza a genetické faktory (Pidrman, 2007). Alzheimerova choroba je vážné onemocnění, při kterém dochází k postupnému úbytku neuronů v mozku a poté

k úbytku mozkové tkáně (Vojtová, 2014). Při tomto onemocnění si člověk nedokáže zapamatovat to, co bylo v uplynulých několika vteřinách, minutách či dní (La Tourelle, 2016). Ale velmi dobře si pamatuje zážitky, které byly před 30. lety (La Tourelle, 2016).

1.6.2 Průběh Alzheimerovy choroby

V průběhu Alzheimerovy choroby dochází k zapomínání jmen, pojmů, kdy celkově pak dochází k výraznému snižování slovní zásoby. Celkově dochází k výraznému snížení intelektu (Jirák, et al., 2009). Alzheimerovu nemoc můžeme rozdělit na několik stádií. Časnou, střední a pozdní demenci (Jirák, et al., 2009). Nejhorší je stadium těžké demence, kdy dochází k absolutní dezorientaci v čase, místě i osobou (Jirák, et al., 2009). Onemocnění přichází pomalu a nenápadně. Často nelze rozpoznat, objevují se nenápadné příznaky v chování a jednání jedince (Pidrman, 2007). Postupně dochází ke ztrátě krátkodobé paměti, kdy nemocní si nepamatují, co měli k obědu či co dědali uplynulý den. (Pidrman, 2007). Myšlení se u nemoci zhoršuje, ztrácí logiku. Nemocný mívá bludy a halucinace, často je nemocný s alzeinerovou chorobou sobecký, depresivní a může se objevit i agrese. (Pidrman, 2007).

Nemocný může také opakovat některé činnosti, otázky či věty. Právě proto, že paměť je zasažena jako první, dotyčný může určitou činnost udělat několikrát neboť během té doby už zapomene, že ji již dělal (Regnault, 2011).

V současné době neexistuje lék na alzheimerovu chorobu, podávají se však léky na zpomalení průběhu nemoci a výskyt co nejmenších příznaků (Koukolík, 2014). V současné době se předpokládá, že účinný lék na Alzheimerovu chorobu nebude vynalezen ani v průběhu deseti, možná patnácti let (Holmerová et al., 2014). Do výzkumu Alzheimerovy choroby a ostatních demencí se investuje 20x méně prostředků než na výzkum onkologických nebo kardiovaskulárních onemocnění. (Holmerová et al., 2014). Diagnóza je prováděna na základě psychiatrického vyšetření a typického klinického obrazu a rodinné anamnézy (Alzheimer europe, 2013). Pro zpřesnění diagnózy se používají další pomocná vyšetření jako je nukleární magnetická rezonance, počítačová tomografie a další. (Jirák, 2009). Vždy se však jedná pouze o pravděpodobnou diagnózu, protože definitivní je možná až po smrti neuropatologickým vyšetřením při pitvě (Alzheimer europe, 2013).

1.7 Závislost na návykových látkách

Závislost na návykových látkách je vždy popisována v souvislosti s duševními poruchami, způsobených užíváním psychoaktivních látek (WHO, UZIS, 2014).

Dle zákona č. 167/1998 Sb. o návykových látkách ve znění pozdějších předpisů se dozvídáme, že pro účely tohoto zákona se rozumí návykovými látkami omamné látky a psychotropní látky uvedené v přílohách č. 1 až 7 nařízení vlády o seznamu návykových látek.

Na portálu Návykové látky (2017) se dočteme, že pod tímto pojmem si lze představit takovou substanci, která má při užití schopnost vyvolat návykové užívání nebo závislost a má takové účinky, které mění prožívání, vnímání nebo tělesné pocity. To dokazují i studie, které proběhly v běžné populaci. Chronické užívání návykových látek má negativní dopad na paměť a další neurologické funkce (Muzar, 2014). Seznam těchto látek je uveden v přílohách k zákonu č. 167/1998 Sb. o návykových látkách ve znění pozdějších předpisů.

Definice MKN 10 chápe závislost jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, kdy užívání nějaké látky či více druhů látek pro určitého jedince má mnohem větší důležitost než jiné jednání, kterého si dříve cenil více (Kalina et al., 2008). Charakteristikou je pak právě ona touha jedince užívat psychoaktivní látky, kterými mohou být alkohol či tabák (Kalina et al., 2008). Tato touha má jak psychický tak fyzický aspekt (Kalina et al., 2008).

Závislost je odpověď organismu formou adaptace buněk, nervového systému a orgánů na vystavení se látky, přičemž dochází k nové rovnováze fyziologických funkcí v důsledku na opakované vystavování se návykové látce (Svoboda, 2006).

Problémy spojené s drogami jsou datované poměrně nedávno (v 18. století byly opiáty volně dostupné a podávané při léčbě nemocí, úzkostným dětem, nebo je užívali básníci, kteří tak podněcovali svou kreativitu) (Svoboda, 2006). O tomto píše i internetový článek Tlumivé drogy (2017), ve kterém se dozvíme, že látek, které člověk využívá pro uklidnění či otupění, je celá řada.

1.7.1 Příčiny vzniku závislosti

Těžko dnes můžeme určit, zda závislost vzniká na základě genetického faktoru, spíše bychom mohli říci, že ano, ale ve spojení se sociálním prostředím, ve kterém jedinec žije (Fischer, Škoda, 2014). Riziko, které je spojeno se závislostí na návykových látkách je spojeno s fyziologickými reakcemi, např. po požití alkoholu, každý jedinec reaguje jinak (Fischer, Škoda, 2014).

1.7.2 Symptomy závislosti

Dle MNK 10 syndrom závislosti zahrnuje silné přání užít drogu, narušené ovládnání se při jejím užití, přetrvávající užívání přes škodlivé následky, vyšší prioritu k užívání látky před jinými aktivitami a závazky, zvýšenou toleranci k droze a odvykací stav (WHO, UZIS ČR, 2014). Mezi základní příznaky řadíme touhu a chuť, tím se ztrácí sebekontrola jedince (Tkáč, 2014). Když to shrneme, jeli pro závislého jedince dostupná „droga“, má zhoršenou sebekontrolu a špatný duševní stav, může se stát závislý na návykových látkách (Tkáč, 2014). V důsledku dlouhodobého užívání návykové látky dochází k zhoršené schopnosti kontrolovat chování spojené s užíváním látky. Dotyční mohou ztrácet kontrolu jak v čase, tak i možnostmi požití látky (Tkáč, 2014).

1.7.3 Druhy závislostí podle mezinárodní klasifikace nemocí

- Závislost na alkoholu
- Závislost na opioidech
- Závislost na kanabinoidech
- Závislost na sedativech nebo tlumivých lécích
- Závislost na kokainu

- Závislost na jiných stimulancích, včetně kofeinu a pervitinu
- Závislost na halucinogenech
- Závislost na tabáku
- Závislost na organických rozpouštědlech
- Závislost na několika látkách nebo jiných psychoaktivních látkách (Kasalová et al., 2012)

Závislostmi v pravém slova smyslu nejsou: závislost na práci, internetu, patologické hráčství ani poruchy příjmu potravy. Přesto tyto druhy návykového chování mají se závislostí společné rysy (Mahrová, Venglářová 2018).

1.8 Standardy kvality poskytování sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb doporučuje Ministerstvo práce a sociálních věcí od roku 2002 a od 1. 1. 2007 jsou závazné. Co je předmětem těchto standardů je uvedeno ve vyhlášce MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění.

Standardy uvádí 15 „oblastí“, které se v sociálních službách hodnotí.

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
2. Ochrana práv osob
3. Jednání se zájemcem o sociální službu
4. Smlouvu o poskytování sociální služby
5. Individuální plánování průběhu sociální služby
6. Dokumentace o poskytování sociální služby
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje
9. Personální a organizační zajištění sociální služby

10. Profesní rozvoj zaměstnanců
11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
12. Informovanost o poskytované sociální službě
13. Prostředí a podmínky
14. Nouzové a havarijní situace
15. Zvyšování kvality sociální služby

Standardům kvality sociálních služeb musí být věnována odpovídající pozornost také ve stanovách, základních dokumentech nebo dalších důležitých dokumentech organizací, které jsou poskytovateli sociálních služeb (MPSV, 2018). Standardy kvality sociálních služeb představují ucelený soubor kritérií, které musejí poskytovatelé sociálních služeb naplňovat při poskytování svých služeb (MPSV, 2018).

Důležitým regulačním nástrojem, který zajišťuje, aby sociální služby byly poskytovány v souladu se standardy kvality sociálních služeb, je inspekce poskytování sociálních služeb. Při zjištění nesouladu se standardy kvality, je Ministerstvo práce a sociálních věcí oprávněno ukládat poskytovateli sociálních služeb opatření k odstranění nedostatků zjištěných při inspekci (MPSV, 2018).

1.8.1 Individuální plánování

Individuální plán je souhrn osobních cílů uživatele, jichž chce uživatel dosáhnout za pomoci a ve spolupráci se zařízením, tak, aby poskytování služby směřovalo k řešení nepříznivé životní situace (Hauke, 2011).

Osobní cíle jsou cíle uživatele. Pokud uživatel není schopen formulovat sám své osobní cíle, procesu stanovení cílů se mohou zúčastnit rodinní příslušníci či další osoby z okruhu kolem uživatele včetně pracovníků (Bicková, 2011).

Proces individuálního plánování je vlastně totožný s procesem případové práce: nejprve zjišťujeme, jaká je situace člověka, se kterým máme pracovat, pak společně dohodneme, co se má změnit a jak má vypadat nová, lepší situace (Hauke, 2011). Na základě toho naplánujeme postup, jak dosáhnout zlepšení, návazně se realizují kroky k dosažení cílů a my sledujeme, jak vše probíhá (Hauke, 2011). Nakonec hodnotíme výsledky tím, že novou situaci porovnáme s dříve stanovenými cíli (Hauke, 2011).

1.9 Městský ústav Sociálních služeb Strakonice

Městský ústav Sociálních služeb Strakonice je registrovaným poskytovatelem sociálních služeb. Poskytuje několik druhů sociálních služeb (MUSS,2018).

Pod svoji záštitou má :

- Domov pro seniory
- Domov se zvláštním režimem
- Azylový dům
- Denní stacionář
- Noclehárna pro osoby bez přístřeší
- Pečovatelská služba (MUSS, 2018)

1.9.1 Domov se zvláštním režimem

Účel zařízení

Domov se zvláštním režimem je zřízen za účelem poskytování 24 hodinové pobytové sociální služby osobám, se sníženou soběstačností z důvodu onemocnění stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí (MUSS, 2018).

- Jejichž situace vyžaduje pravidelnou podporu fyzické osoby
- Zajištění zdravotní, ošetrovatelské a rehabilitační péče především prostřednictvím kvalifikovaného personálu
- Zajišťování celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování
- Vytvoření podmínek pro rozvoj kulturního a společenského života a zájmové činnosti uživatelů

Poskytované služby

Všechny služby, které domov poskytuje, jsou směřovány tak, aby uživatelé žili plnohodnotným, důstojným a spokojeným životem, aby nebyla prohlubována závislost na službě a byly naplňovány i kulturně společenské potřeby uživatelů. Domov se zvláštním režimem poskytuje uživatelům tyto základní služby:

- Poskytnutí ubytování
- Poskytnutí stravy
- Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- Aktivizační činnosti
- Pomoc při uplatnění práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (MUSS,2018)

Poslání domova

Být pro klienty orientačním bodem v prostředí, ve kterém se již ztrácejí. Vytvářet důstojné životní podmínky. Poskytovat individuální služby klientům kvalifikovaným a motivovaným personálem (MUSS,2018).

Prostředí a podmínky

Prostředí a podmínky v zřízení odpovídají kapacitě, charakteru služeb a potřebám uživatelů našeho domova. Prostory DZR jsou uzpůsobeny pro uživatele služeb dle jejich potřeby závislosti na druhé osobě, jejich samostatnosti, chůze, orientace, apod. Domov dbá na to, aby byly plněny všechny platné obecně závazné normy související s poskytováním sociálních služeb (MUSS, 2018).

Zásady sociální služby

- Individuální přístup k uživatelům SLUŽEB - ke každému uživateli přistupujeme jako k jedinečné osobnosti a zohledňujeme odlišné potřeby jednotlivých uživatelů.
- Podpora zachované míry soběstačnosti uživatelů služeb - uživatelům poskytujeme takovou míru podpory nebo pomoci, která umožňuje co nejdéle udržet dosavadní úroveň jejich soběstačnosti.
- Partnerství a úcta k uživatelům služeb - k uživatelům přistupujeme otevřeně, s úctou a zdvořilostí.
- Respekt a ochrana práv uživatelů služeb - známe, přijímáme, chráníme a prosazujeme práva uživatelů.
- Maximální možná míra uplatnění vlastní vůle a rozhodování uživatelů - poskytujeme uživatelům přesné a včasné informace co možná nejvíce srozumitelným způsobem a podporujeme je v jejich rozhodování.
- Flexibilita - služba se pružně přizpůsobuje potřebám uživatelů.
- Mlčenlivost - se svěřenými osobními informacemi zacházíme jako s důvěrnými.
- Efektivní hospodaření se zdroji - finanční, personální i hmotné zdroje využíváme hospodárně a účelně (MUSS,2018).

Cílová skupina

Občané, kteří dosáhli věku pro přiznání starobního důchodu nebo kterým byl přiznán invalidní důchod a mají diagnózu stařecké Alzheimerovy demence nebo jiného typu demence a

- nejsou schopni zajišťovat své základní životní potřeby ve vlastní domácnosti, neboť pro trvalé změny zdravotního stavu potřebují komplexní péči, tedy soustavnou podporu druhé osoby ve většině či všech životních úkonech a tuto pomoc nelze zajistit za podpory rodiny ani terénními sociálními službami
- jejich zdravotní stav nevyžaduje léčení a odborné ošetřování v lůžkovém zdravotnickém zařízení,
- netrpí žádným infekčním, přenosným onemocněním, a nepotřebují individuálně stanovené hygienické či jiné opatření nad rámec možností ošetrovatelské péče DZR
- jsou starší 50-ti let věku (MUSS, 2018).

Služby nemohou být poskytovány z důvodu:

- plné kapacity DZR
- mladší 50let věku
- ztráta mobility
- zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení
- kdy je předpoklad, že by žadatel mohl výrazně narušovat soužití v domově:
 - závislost na alkoholu, na návykových látkách,
 - snížená soběstačnost z důvodu duševního onemocnění osoby s psychiatrickou diagnózou (např. akutní stádia duševního onemocnění, schizofrenie, poruchy osobnosti, afektivní poruchy) (MUSS, 2018)
- osoby, které nejsou v důsledku svého duševního zdraví schopni žít v otevřeném prostředí bez prostorových omezení
- žadatelé s infekčním, přenosným onemocněním a nepotřebují individuálně stanovené hygienické či jiné opatření nad rámec možností ošetřovatelské péče DZR
- žadatelé vyžadující nepřetržité přístrojové vybavení pro podporu životních funkcí (MUSS,2018).

Cíle poskytované služby

- Usilovat o vytvoření příjemného, klidného prostředí a soukromí s podporou ro přizpůsobení bydlení uživatele jeho potřebám a volbě.
- Rozvoj a udržení zachovaných schopností klienta.
- Zajištění bezpečnosti a důstojnosti klientů.
- Podpora rodinných a přátelských vazeb.
- Zabránit pocitu samoty a nejistotě.
- Zprostředkování společenských kontaktů.
- Rozvoj týmové spolupráce všech pracovníků.
- Zprostředkování společenských kontaktů.
- Rozvíjet a upevňovat spolupráci s ostatními subjekty poskytující sociální služby v regionu (MUSS,2018).

Kapacita

V komplexu domova je celkem 16 míst, obsahuje 4 jednolůžkové pokoje a 6 dvoulůžkových pokojů. Pokoje jsou vybaveny samostatným sociálním zařízením se sprchovým koutem, umyvadlem a WC (MUSS,2018).

2 Cíle a výzkumné otázky

2.1. Cíl práce

Cílem práce je identifikovat možnosti, jak efektivně využít systému koordinované rehabilitace v domově se zvláštním režimem.

Jelikož je v praktické části použit kvalitativní výzkum, nebyla stanovena hypotéza.

2.2 Výzkumné otázky

HVO 1: Jaké jsou možnosti využití koordinované rehabilitace v domově se zvláštním režimem?

DVO : Jsou zaměstnanci informováni o možnostech koordinované rehabilitace?

3 Metodika výzkumu

3.1 *Metody a techniky sběru dat*

Teoretická část mé diplomové práce byla vytvořena s pomocí metody analýzy a syntézy dat z odborných zdrojů, které se zabývají problematikou koordinované rehabilitace.

Pro empirickou část diplomové práce byl vybrán kvalitativní přístup výzkumu (Hendl, 2012). Kvalitativní výzkum je proces, ve kterém se hledá porozumění, jenž je založené na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního problému (Hendl, 2012).. Výzkumník produkuje komplexní holistický obraz, informuje o názorech účastníků výzkumu a realizuje zkoumání v přirozených podmínkách (Hendl, 2012). Mezi základní metody v kvalitativním výzkumu patří pozorování, práce s texty a dokumenty, rozhovor, audiozáznamy a videozáznamy (Hendl, 2012).

Při realizaci výzkumu byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor je nejpoužívanější formou metody rozhovoru. Vyžaduje technickou přípravu, kdy se vytváří určité schéma, které je pro respondenta závazné. Schéma obsahuje okruhy otázek, na které bude respondent odpovídat (Hendl, 2012). Při rozhovoru je ověřováno, zda dotazovaný správně pochopil odpovědi (Mioviský, 2006). Jsou kladeny doplňující otázky (Mioviský, 2006).

Rozhovor byl proveden se zaměstnanci domova se zvláštním režimem, kteří byli ochotni zúčastnit se rozhovoru.

Výsledky byly vyhodnoceny pomocí metody vytváření trsů (Mioviský, 2006). Metoda vytváření trsů slouží k seskupení a konceptualizaci získaných informací do skupin (trsů) podle určitých společných znaků. Tyto trsy vznikají na základě podobnosti identifikovaných oblastí (Mioviský, 2006).

V úvodu jsem respondenty seznámila se smyslem rozhovoru, s cílem diplomové práce. Audiozáznam ani videozáznam nebyl použit vzhledem k přání jednotlivých komunikačních partnerů. Rozhovor byl zaznamenán do záznamových archů.

3.2 Profil výzkumného souboru

V kvalitativním výzkumu je soubor respondentů poměrně malý, jelikož zde nejsou kladeny nároky na statistickou reprezentativnost (Kutnohorská, 2009). Základní soubor tvoří zaměstnanci domova se zvláštním režimem, mezi ně patří sociální pracovníci, zdravotní sestry, pracovníci přímé obslužné péče, aktivizační pracovníci. Bližší charakteristika výběrového souboru je zaznamenána v tabulce č. 1. Specifikem oproti výzkumu kvantitativnímu je to, že se jedná o výběr graduální, to znamená, že výběr není vytvořen v jednom okamžiku, ale v průběhu výzkumu je flexibilně, podle potřeby, doplňován. Ve výzkumu nebyl dopředu stanoven přesný počet komunikačních partnerů, velikost souboru je dána vysycením, tedy způsobem, kdy další komunikační partneři nepřinášejí již nové informace.

3.3 Realizace výzkumu

Polostrukturované rozhovory byly provedeny v domově se zvláštním režimem Městského ústavu sociálních služeb Strakonice. Provedení výzkumu bylo schváleno na základě žádosti o provedení výzkumu od ředitelky Měúss Strakonice. Dohodu o provedení výzkumu s Měúss Strakonice přikládám v příloze. Před realizací výzkumu jsem kontaktovala paní ředitelku a domluvila si termín provedení výzkumu. Výzkum se uskutečnil v únoru 2018. Rozhovor se skládal s předem stanovených otázek, které byly uspořádané do okruhů. První okruh se zabýval identifikačními údaji jednotlivých respondentů. Následoval okruh, který se zabíral pohledem na koordinovanou rehabilitaci jako celek.

Ostatní okruhy byly členěny dle jednotlivých složek koordinované rehabilitace.

Poslední okruh se týkal přínosu koordinované rehabilitace. Dle odpovědí komunikačních partnerů jsem pokládala doplňující otázky, které vedly k upřesnění daného tématu.

Rozhovory byly uskutečňovány osobně, vedeny byly v kancelářích pracovníků, které nabízely soukromí.

Každý respondent byl srozuměn s tématem a účelem rozhovoru, poskytováním odpovědí a dobrovolností účastnit se rozhovoru. Všichni respondenti byli informováni o anonymitě svých odpovědí.

4 Výsledky

Výsledky jsou zpracovány do jednotlivých kategorií, tak aby odpovídaly rozdělení v teoretické části. Nejprve jsou shrnuty identifikační údaje jednotlivých komunikačních partnerů, poté jsou rozpracovány rozhovory do kategorií: Koordinovaná rehabilitace, Multidisciplinární tým, léčebné prostředky KRHB (koordinované rehabilitace), pedagogické prostředky KRHB, pracovní prostředky KRHB, sociální prostředky KRHB. V teoretické části jsou zmíněny tři základní diagnózy, které se obecně vyskytují v domovech se zvláštním režimem. Jednotlivé diagnózy jsou popsány v kategorii Léčebné prostředky rehabilitace. V teoretické části dále uvádím zmínku o standardech kvality v sociálních službách, ve kterých je zahrnuto i individuální plánování, které je ve výzkumu také popsáno, a to v sociálních prostředcích KRHB.

4.1 Analýza polostandardizovaných rozhovorů

Komunikační partner č. 1: žena, absolvovala kurz pracovníka v sociálních službách a na této pozici pracuje rok a půl.

Komunikační partner č. 2: žena, absolvovala kurz pracovníka v sociálních službách a na této pozici pracuje v zařízení půl roku

Komunikační partner č. 3: žena, také absolvovala kurz pracovníka v sociálních službách a pracuje tak 1 rok

Komunikační partner č. 4: žena, jako pracovník v sociálních službách s kurzem pracuje na této pozici 2 roky

Komunikační partner č. 5: žena, vyšší odborná škola, sociální zaměření, pracuje jako sociální pracovnice 1 a půl roku

Komunikační partner č. 6: žena, vysoká škola, bakalářské vzdělání sociálního směru, na pozici sociální pracovnice pracuje taktéž dva roky

Komunikační partner č. 7: žena, vysoká škola, magisterské vzdělání sociálního směru, na pozici sociální pracovnice pracuje rok a půl

Komunikační partner č. 8: žena, střední zdravotnická škola, na pozici zdravotní sestry pracuje tři roky

Komunikační partner č. 9: žena, vyšší odborná škola zdravotnická, na pozici zdravotní sestry pracuje dva a půl roku

Komunikační partner č. 10: žena, na pozici pracovníka v sociálních službách s kurzem pracuje pět let

Průměrná doba zaměstnání v domově se zvláštním režimem je 2 roky.

Kategorie 1: Identifikační údaje

Na začátku rozhovoru jsem zjišťovala pohlaví, vzdělání, na jaké pozici pracovníci pracují a jak dlouho. Tyto identifikační údaje jsou uvedeny v tabulce č. 1

Tabulka č. 1 identifikační údaje

	Pohlaví	Vzdělání	Pracovní pozice	Praxe v DZR (rok)
Komunikační partner č. 1	Žena	Kurz PSP	Pracovník přímé péče	1.5
Komunikační partner č.	Žena	Kurz PSP	Pracovník přímé péče	0.6
Komunikační partner č. 3	Žena	Kurz PSP, Pedagogická škola	Aktivizační pracovník	1
Komunikační partner č. 4	Žena	Kurz PSP	Pracovník přímé péče	2
Komunikační partner č. 5	Žena	VOŠ	Sociální pracovnice	2
Komunikační partner č. 6	Žena	VŠ bakalářské	Sociální pracovnice	2
Komunikační partner č. 7	Žena	VŠ magisterské	Sociální pracovnice	1,5

Komunikační partner č. 8	Žena	SŠ zdravotnická	Zdravotní sestra	3
Komunikační partner č. 9	Žena	VOŠ zdravotnická	Zdravotní sestra	2,5
Komunikační partner č. 10	žena	Kurz PSP	Pracovník přímé péče	5
Průměr				2,1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 1: Pracovní pozice v DZR



Zdroj: vlastní výzkum

Výzkumný soubor tvořilo 10 KP. KP byli ženy. Z celkem 10 KP mají 2 ženy vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce, 2 ženy mají Vyšší odborné vzdělání sociálního zaměření, a 5 žen má akreditovaný kurz pracovníka v sociálních službách. Průměrná doba zaměstnání v domově se zvláštním režimem je 2 roky a jeden měsíc.

V tabulce č. 1 jsou také uvedeny údaje o tom, na jaké pozici pracují. Z výzkumu vyplývá, že ve 4 případech jde o pracovníky v sociálních službách, ve 3 případech jde o sociální pracovnice, ve dvou případech o zdravotní sestru a v jednom případě o aktivizačního pracovníka.

KP č. 1: uvádí: „Mám ukončené učiliště, pak jsem si ale udělala kurz pracovníka v sociálních službách a jsem teď tady už jeden a půl roku. Dříve jsem pracovala ve fabrice, ale nebavilo mě to. Chtěla jsem dělat s lidmi, tak jsem řekla kamarádce, která tuhle práci dělala, aby mi řekla nějaký info, no a bylo to. Byla tu možnost dodělat si ten kurz až po nástupu do práce, ta sem toho využila. Práce mě moc baví, i když je to někdy náročný. Chtěla bych tu vydržet co nejdýl, zatím jsem neutekla a nemám to ani v úmyslu. V mém věku už se taky zrovna práce nehledá lehko.“

KP č. 2 : „Pracuju tady asi půl roku, zatím je to dobrý. Předtím jsem pracovala jako uklízečka, a teď jsem tady. Ráda pracuju s lidma.“

KP č. 3: „Pracuju jako aktivizační pracovník, to znamená, že s lidma tady v DZR dělám ty aktivizační činnosti, to mě baví, mám ráda ruční práce, a bavilo by mě to i s dětma.“
Pracuju tady asi jeden rok.“

KP č. 4 uvádí: „mám vystudovanou střední školu cestovního ruchu, to mě ale nebavilo, tak jsem si udělala kurz a pracuji tady už dva roky, baví mě to. Předtím jsem pracoval v cestovce, ale tam jsem byla každý den, tady můžu pracovat na směny, a mám víc dní volna, můžu být více dní s dětma. Když jsem byla v tý cestovce, tak jsem byla pryč pořád a děti měla babička, teď mám na ně víc času. A i pomáhat těm starým lidem mě naplňuje a baví, myslím, že si to každý zaslouží nějakou tu péčí, když už sám nemůže.“

KP č. 5 vysvětluje postavení sociálních pracovníků: „V kanceláři sedíme dvě sociální pracovnice, naše vedoucí sociálních pracovníků sídlí vedle paní ředitelky. Má to k nám ale kousek, domov s ředitelstvím je propojený jen chodbou. Ještě jsme spojený s domovem pro seniory, máme to vše v jedné budově, je to příjemný.“

KP č. 6: „Pracuju jako sociální pracovnice tady v domově se zvláštním režimem. Jsem tu asi dva roky, a práce mě naplňuje. Líbí se mi komunikovat s úřady a pak taky s rodinou, hlavně na začátku, když klient přichází do domova. Mám vystudovanou vysokou školu sociálního směru, bakaláře.“

KP č. 7 mi sděluje: „Měla jsem hodně zaměstnání, mám vlastně Vošku a před nedávnem jsem dodělala i magistra, pracovala jsem v domově pro seniory, v jiném městě, taky jsem se zabývala dluhovým poradenstvím. To už mě ale potom přestalo bavit. Tak jsem hledala místo jinde a našla tady ve Strakoněch, mám to sice dál domů, ale tolik mi to nevadí, děti už mám velký a navíc se sem chceme přestěhovat, abych to

měla blíž. Přítel mezitím onemocněl, tak teď potřebuju zase bejt doma co nejdřív. Ale odcházet tady odsud nehodlam, práce mě baví a líbí se mi tu.

KP č. 8: Pracuju tady jako zdravotní sestra, možná časem půjdu i jinam, ale zatím je to tady dobrý, nepopírám, že nepřemějšlim o jiným místě, chtěla bych jít do nemocnice, tam si myslim, že ta práce taková akčnější, mě tohle baví, vždycky jsem chtěla pracovat třeba na JIPce, nebo někde, kde to má větší smysl, tady vlastně všichni umřou. Jsem asi trochu negativní co?“

KP č. 9: „ Pracuju tady jako zdravotní sestra dva a půl roku, fakt mě to baví a líbí se mi, že tu je takový rodinný prostředí a klientů je tu 16, takže není to velký, mám vošku zdravotní, chtěla jsem jít ještě na vejšku, ale už se mi moc nechce.“

KP č. 10: „Pracuju tady jako pečovatelka už 5 let, a hodlám tady ještě nějakou dobu pracovat, mám udělaný kurz pracovníka sociálních služeb a líbí se mi tu.“

Průměrná délka zaměstnání v domově se zvláštním režimem je 2,1 roku, nejkratší dobu zde pracuje KP č. 2, nejdéle pak KP č. 10.

Grafické znázornění poměru jednotlivých pracovních pozic je zobrazeno v grafu č. 2.

Kategorie 2: Význam koordinované rehabilitace

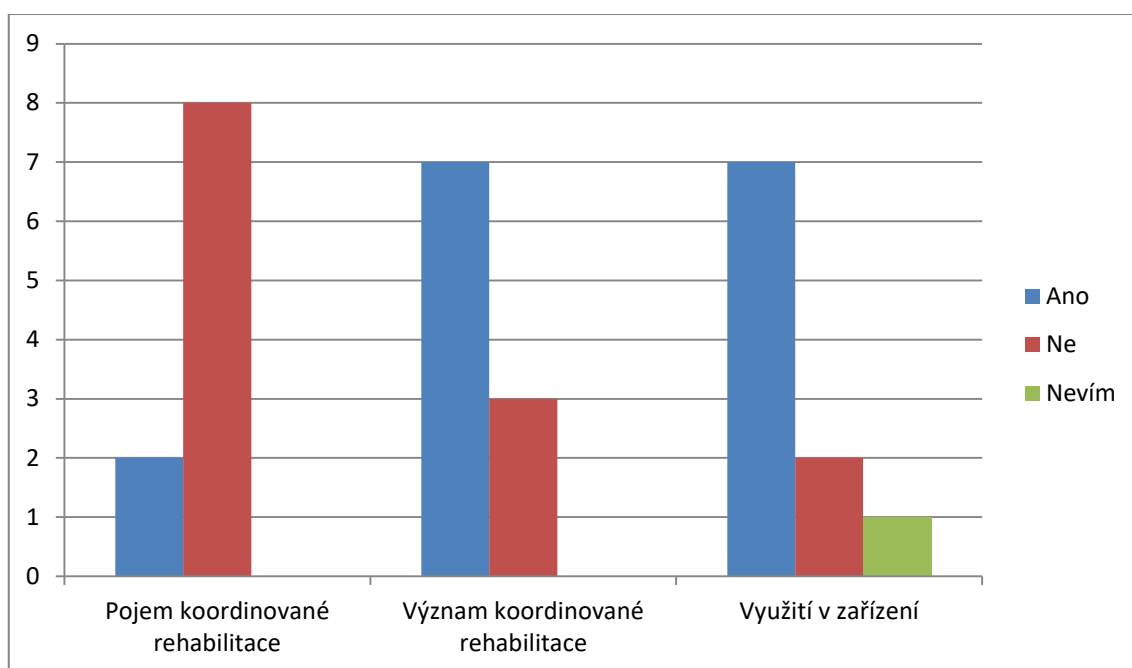
V další části rozhovoru jsem se chtěla dozvědět, zda znají zaměstnanci pojem koordinované rehabilitace, případně co si myslí, že by to mohlo být. Dále jsem se ptala, zda si myslí, že je systém koordinované rehabilitace v jejich domově se zvláštním režimem využíván, případně jak, podle jejich názoru. V tabulce č. 2 je shrnuto, který z respondentů zná pojem koordinované RHB, význam RHB, a který z respondentů si myslí že systém koordinované RHB je využívá.

Tabulka č. 2 : Význam koordinované rehabilitace

	Pojem koordinované rehabilitace	Význam koordinované rehabilitace	Využití v zařízení
Komunikační partner č. 1	Ne	Ne	Nevím
Komunikační partner č. 2	Ne	Ano	Ano
Komunikační partner č. 3	Ne	Ano	Ano
Komunikační partner č. 4	Ne	Ne	Ne
Komunikační partner č. 5	Ano	Ano	Ano
Komunikační partner č. 6	Ne	Ano	Ano
Komunikační partner č. 7	Ano	Ano	Ano
Komunikační partner č. 8	Ne	Ano	Ano
Komunikační partner č. 9	Ne	Ano	Ano
Komunikační partner č. 10	Ne	Ne	Ne

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 2: Koordinovaná rehabilitace



Zdroj: Vlastní výzkum

První otázka v rozhovoru byla o tom, zda zaměstnanci znají pojem koordinované rehabilitace, případně jak by ji charakterizovali. Z tabulky vyplývá, že pojem koordinované rehabilitace znají jen dva komunikační partneři.

KP č. 1: „Ten pojem mi vůbec nic neříká, a netroufám si odhadnout, co by to mohlo být, snad rehabilitace je cvičení, ne? Tak nějaké zvláštní cvičení s klientama?“

KP č. 2: „Pojem koordinovaná rehabilitace neznám, alespoň mi to nic neříká, snad by to mohlo být nějaké cvičení? To je jediný, co mě napadá.“

KP č. 3 říká, že: „Pojem přímo neznám, myslím, že je to něco, co se snaží pomoci člověku, ve všem co dělá, to je po fyzické stránce i duševní stránce. To asi bude koordinovaná rehabilitace, já se v tomhle moc nevyznám.“ Na otázku, zda si myslí, že je koordinovaná rehabilitace v domově využívána,

KP č. 3 povídá: „Tak teď jste mi řekla, co to, moc jsem se nespletla, tak si myslím, že jo, je, pomáháme klientům jak zvládat jejich fyzický potřeby, tak i duševní, např. čteme si, povídáme, zpíváme. A okolo klientů taky běhá doktor, když je potřeba a sociálky, ty taky za lidma chodí, no a vlastně, když je jim nejhůř, tak je sanitky vozí do nemocnice. A vlastně rodinný příbuzní, když za nima chodí, tak s náma spolupracujou. Když klient

něco chce nebo potřebuje, domlouvají se s náma, jako personále, na tom, co mají a můžou přinést. „

KP č. 4: „ Pojem neznám, vůbec nevím, co by to mohlo bejt, nic mi to neříká.“

KP č. 5 uvádí: „Pojem znám, koordinovaná rehabilitace, se dělí na několik skupin a zabývá se všemi stránkami osobnosti uživatele a myslím si, že ji v našem zařízení využíváme. A jak? No to je jednoduchý, ošetřovatelky se starají o klienty, sestry taky, my , jako sociálky tak, rodina ve většině případů taky funguje, doktor funguje, aktivizační sestra funguje, někdy využíváme i fyzioterapeuta, pokud je to nutný a vhodný.“

KP č. 6: „ Koordinovanou rehabilitaci neznám, ale myslím, že by to mohlo bejt nějaký propojení služeb? Třeba, že spolu pracují různí zaměstnanci, ti kteří se o klienta starají, ať už to jsou pečovatelky nebo sociálky, asi tak nějak.“

KP č. 7 uvádí:“ Pojem znám, koordinovaná rehabilitace je vzájemně propojený proces léčebné, pracovní, sociální a pedagogické rehabilitace, jehož cílem je minimalizovat důsledky postižení jedince a pomoci mu vrátit se do normálního života. V zařízení využívána je. Každý ze členů týmu svým způsobem přispívá k udržení samostatnosti klienta a jeho zapojení do života komunity. Na rehabilitaci se podílejí zdravotní sestry, lékař, psychiatr, fyzioterapeut, ošetřovatelky i aktivizační pracovnice. Tenhle proces podporuju, myslím, si že to je důležité, aby spolu ten tým komunikoval a spolupracoval“

KP č. 8: „Tohle naznám, ale tak když se na to podívám logicky, tak rehabilitace může být nějaké cvičení nebo aktivizace a koordinovanost může být nějaké spojení, souhra, tak nějak bych to charakterizovala. Možná jsem ten výraz už slyšela, ale úplně přesně si to nepamatuju.“

KP č. 9:“Koordinovanou rehabilitaci neznám, ale může to dělat třeba aktivizační pracovnice, nebo rehabilitační sestra? Asi jo, ne, ty s nima nějakým způsobem cvičí, tak by mohli dělat tu koordinovanou rehabilitaci, nevím přesně, nic mi to neříká.“

KP č. 10: „To nevím co je, nic mi to neříká, asi nějaký cvičení s lidma. Rehabilitace je přeci cvičení, když je někdo třeba po úraze, tak chodí na rehábku, tedy chodí cvičit.“

Celkem 7 komunikačních partnerů vyjádřilo názor na otázku, co si myslí, že by koordinovaná rehabilitace mohla být, v případě, že neví. Po vysvětlení pojmu

koordinované rehabilitace uvedli 2 komunikační partneři, že si myslí, že se v zařízení nevyužívá.

KP č. 1: „*Pojem neznám, ten význam jsem taky zrovna neodhadla, ale když jste mi to teď objasnila, tak už tomu trochu rozumím. No nevím, jestli je to tady úplně využívaný, asi částečně jo, ale mohlo by to bejt lepší, nevím, takhle to nedokážu posoudit. „*

KP č. 2“ *„Já myslím že to využívaný je, i když kolikrát se mi zdá ta práce úplně zbytečná. Nevím proč, ale ošetřovatelky se starají o svoje věci, sestry se starají zase o ty zdravotní věci, no a doktorka, ta se baví třeba ze sestrama, ale s náma vůbec. Je to je asi náš problém, když se o tom tak bavím, tak možná asi jo, jen by to chtělo, aby to toho každěj dal o trochu víc, do tý práce.“*

KP č. 3: „*Jo , asi jo, řekla bych, že to je tady využívaný, každěj má na starosti něco jinýho a přitom se na věcech domlouváme.“*

KP č. 4: „*Když jste mi to teď vysvětlila ten pojem, já si myslím, že ne, sice tady pracujou různí pracovníci, ale řekla bych, že se každý stará o svoje a sám o sebe, nemyslím si, že by spolu nějak všichni komunikovali, to je můj názor. Já se taky starám jen o to, aby byl klient najedenej, umytej a oblečenej, o zdravotní věci se nestarám.“*

KP č. 5: „*Ano, myslím, že koordinovaná rehabilitace je u nás zavedení, víceméně, spolu všichni komunikují a spolupracují, od pečovatelek až po lékaře, tedy zdravotní služby, sociální služby, a snad i nějaké vzdělávací služby. „*

KP č. 6 uvádí: „*Ano, myslím si, že je u nás využívaná, s uživatelem a rodinou vždy spolupracují všechny jednotlivé úseky. Stejně tak spolu mluví ošetřující personál, jak sestry tak ošetřovatelky a sociálky, i paní doktorka sem chodí, a někdy musí do nemocnice, tak myslím, že i ta patří do tý rehabilitace.“*

KP č. 7: „*ano je. Každý z členů týmu svým způsobem přispívá k udržení samostatnosti klienta a jeho zapojení do komunity. Zdravotní sestry, lékař, psychiatr, fyzioterapeuti se snaží udržet zdravotní a psychický stav klienta, zachovat a podpořit jeho mobilitu. Ošetřovatelky zajišťují podporu soběstačnosti v péči o vlastní osobu, pomáhají v náviku sebeobsluhy, vedou klienty k samostatnosti. Aktivizační pracovnice se snaží rozvíjet dovednosti klienta, zapojit ho od života domova tím, že mu připravují činnosti, které zvládne, trénují paměť, vyrábí výrobky, zapojují se do akcí domova.“*

KP č. 8: „*Jak jsem uvedla, pojem sice neznám , ale v zásadě bych řekla, že v našem domově ta koordinovaná rehabilitace je využita. Každý zaměstnanec ví o klientovi informace, sestry se starají o zdravotní stav, stejně jako doktor, ať už je to obvodní nebo specialista, jako psychiatr. A ošetřovatelky mu pomáhají při mytí a koupání a dalších činnostech.*“

KP č. 9: „*Jo, řekla bych, že je využívána, celkem pěkně jste mi to vysvětlila, všichni spolu spolupracují, od aktivizační až po lékaře,*

KP č. 10: „*No nevim, já si myslím, že se tady stará každá o svoje, o svoji náplň práce a nějakou součinnost mezi všema jsem nezaznamenala. Doktor se baví jen se sestrou, s námi moc ne. Sestry se starají o svoje činnosti, a my jako pečovatelky, vlastně taky.*

Grafické znázornění jednotlivých odpovědí je zobrazeno v grafu č. 2.

Kategorie 3: Multidisciplinární tým

V další části rozhovoru jsem se komunikačních partnerů ptala na otázku, zda znají pojem multidisciplinární tým, zda ví, kdo patří do tohoto týmu a zda si myslí, že spolu jednotliví členové spolupracují. Odpovědi na otázky, jsou uvedeny v tabulce č. 3.

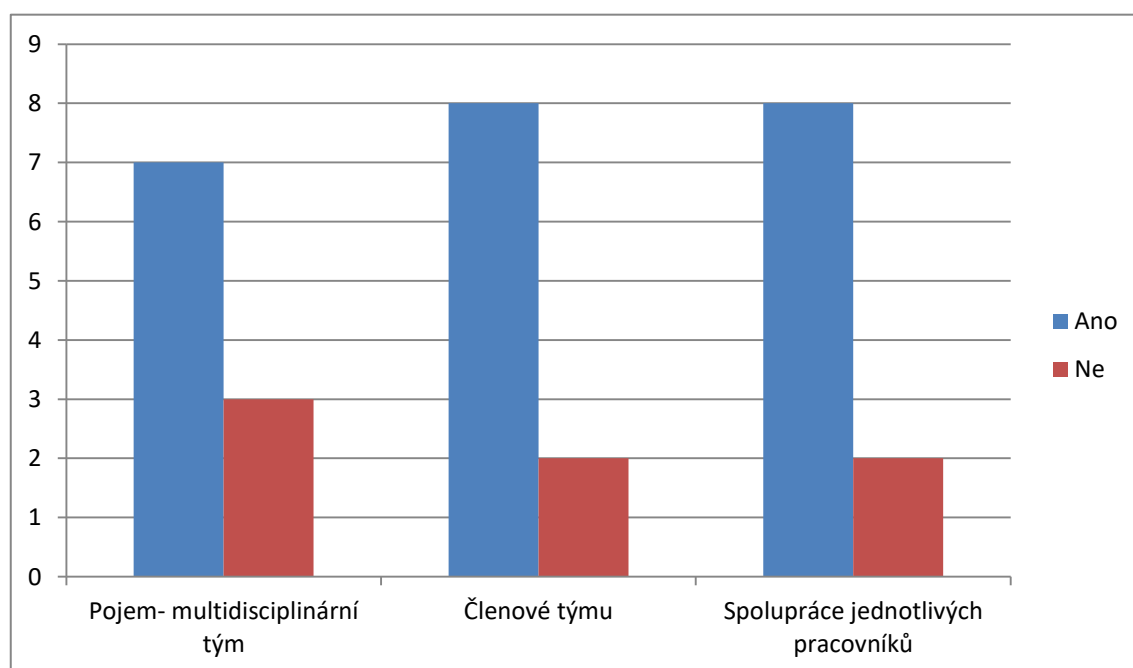
Tabulka č. 3: Multidisciplinární tým

	Pojem multidisciplinární tým	Členové týmu	Spolupráce jednotlivých pracovníků
Komunikační partner č. 1	Ne	Ne	Ne
Komunikační partner č. 2	Ano	Ano	Ne
Komunikační partner č. 3	Ano	Ano	Ano
Komunikační partner č. 4	Ano	Ano	Ano

Komunikační partner č. 5	Ano	Ano	Ano
Komunikační partner č. 6	Ano	Ano	Ano
Komunikační partner č. 7	Ano	Ano	Ano
Komunikační partner č. 8	Ano	Ano	Ano
Komunikační partner č. 9	Ne	Ano	Ano
Komunikační partner č. 10	Ne	Ne	Ano

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 3: Multidisciplinární tým



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku, zda KP znají pojem multidisciplinární tým, opovědělo 7 komunikačních partnerů ano, a 3 partneři ne. Pouze dva komunikační partneři nevěděli, kdo všechno patří do multidisciplinárního týmu. Po vysvětlení uvedli dva komunikační partneři, že si myslí, že u nich v zařízení spolu jednotliví členové týmu nespolupracují.

KP č. 1: „Slovo multidisciplinární tým neznam, asi nějaký tým lidí, ale nevím, kdo do něj patří. Když jste mi to teď vysvětlila, nemyslím si, že by spolu tady všichni spolupracovali, každá se stará, aby měl hotovu svoji práci.“

KP č. 2 uvádí: „Pojem neznám, a podle toho, co říkáte, si myslím, že se stará každý sám o svoje. Jak už jsem řekla, když jste se ptala na tu rehabilitaci, spolupráci bych si tedy představovala trochu jinak, my ošetřovatelky jsem až dole, my se jen staráme o toho klienta“

KP č. 3 říká: „Do multidisciplinárního týmu patří všichni, kdo se starají o klienta- lékař, zdravotní sestry, ošetřovatelky, aktivizační pracovnice, sociálky, vedoucí, prádelna, kuchyně, údržba. U nás je nejvýše ředitelka, ale my v DZR se spolu domlouváme na všem. Kdy, kdo a jak bude koupat, kdy, kdo a jak bude roznášet prádlo, kdo bude rozvážet jídlo. Takže si myslím, že ano, spolupracujeme spolu, ale asi to není dokonalý a mohlo by to být lepší“

KP č. 4 uvádí: Ten tým, jak říkáte, je tým složený z více lidí? Ošetřovatelky, zdravotní sestra, vedoucí, sociálky, jestli tam tihle patří, tak myslím, že spolu spolupracují, zastupují se a v případě potřeby si pomůžou navzájem. Když je jedna z ošetřovatelek nemocná, nebo prostě potřebuje volno, zastoupí jí jiná a zase obráceně, v tomhle si vycházíme vstříc. No a když je potřeba, přijde sem paní doktorka, ta se o klienty taky stará, nejvíc asi komunikuje ze sestřičkama, a ty to zase řeknou potom nám. A třeba děti těch klientů sem taky chodí často, ne ale všichni, někteří přijdou jednou za měsíc, ale když chodí, domlouváme se s nimi, co a jak.“

KP č. 5: „ Multidisciplinární tým je týmová práce v uspokojování potřeb klientů, tu poskytují zdravotní sestry, pracovníci v sociálních službách, sociální pracovnice, klíčoví pracovníci, aktivizační pracovnice a lékař. A myslím ,so že spolu spolupracují, vyměňují si zkušenosti a předávají si informace.“

KP č. 6: „Multidisciplinární tým je tým složený z osob z jednotlivých úseků, například vedoucí domova, vrchní sestra, sociální pracovnice. Myslím, že spolu spolupracují.“

KP č. 7, se rozovídá o multidisciplinárním týmu celkem obsáhle. *“Multidisciplinární tým tvoří lékaři, zdravotní sestry, ošetřovatelky, sociální pracovníce, aktivizační pracovníce. Ti všichni se společně domlouvají jak pracovat s klientem, aby to bylo pro něj to nejlepší. Koordinátorem je klíčová pracovníce, která sestavuje individuální plán společně se sociální pracovníci, která pomáhá se zavedením realizace plánu. Tihle všichni spolu spolupracují, scházejí se každý den, probírají změny u klientů, předávají si nové poznatky, domlouvají další postupy v realizaci plánu a tak.“*

KP č. 8: *„Multidisciplinární tým je složený asi z osob, který pečují o klienta, řekla bych. To znamená sestry, ošetřovatelky, vedoucí domova, vrchní sestra, aktivizační pracovníce, sociálky a doktor. A využití myslím tady u nás je, snažíme se o klienta starat co nejlépe.“*

KP č. 9: *„Tým, to bude asi tým lidí v domově? A ti co se starají tady o klienty. Jestli to tak je, tak si myslím, že spolu určitě komunikuju a spolupracuju, bez toho by to asi nešlo.“*

KP č. 10 tvrdí: *„Nevím, co to je multidisciplinární tým, ale když mi to tady tak vysvětlujete, myslím, že určitě spolu ti, který se tady o ty klienty starají, spolupracují, sice každá dělá svou práci, ale o těch klientech se určitě bavíme a řešíme to společně. Například když potřebuju vyřešit něco úředního, obrátím se na sociální pracovníce a ty už si s tím poradí“*

V dalších kategoriích jsem se zaměřila na jednotlivé složky koordinované rehabilitace, tedy léčebné prostředky, pedagogické prostředky, pracovní prostředky, sociální prostředky.

Kategorie 4: Léčebné prostředky koordinované rehabilitace

V rozhovoru jsem se ptala, jaké nejčastější psychiatrické onemocnění se v zařízení personál setkává, jakým způsobem je v zařízení poskytována zdravotní péče, zda je v zařízení prováděna ergoterapie, jaké aktivizační činnosti, jsou pro klienty dostupné a s kým ještě zařízení v rámci péče o klienta spolupracuje. V tabulce č. 4 je uvedeno, jaké psychiatrické diagnózy se, podle respondentů, nejčastěji v zařízení vyskytují.

Tabulka č. 4 : Přehled psychiatrických diagnóz

	Nejčastější diagnózy- duševní poruchy
Komunikační partner č. 1	Stařecká demence, Alzheimerova choroba
Komunikační partner č. 2	Stařecká demence, Alzheimerova choroba
Komunikační partner č. 3	Stařecká demence, Alzheimerova choroba
Komunikační partner č. 4	Alzheimerova choroba
Komunikační partner č. 5	Alzheimerova choroba
Komunikační partner č. 6	Alzheimerova choroba
Komunikační partner č. 7	Stařecká demence, Alzheimerova choroba, ostatní typy demencí, bludy, halucinace
Komunikační partner č. 8	Stařecká demence, Alzheimerova choroba
Komunikační partner č. 9	Stařecká demence, Alzheimerova choroba
Komunikační partner č. 10	Alzheimerova choroba

Zdroj: vlastní výzkum

V zařízení se nejčastěji vyskytuje Alzheimerova choroba a stařecká demence. Všichni komunikační partneři se na tomto dotazu shodli.

KP č. 1 : „*S demencí a hlavně s Alzheimerem*“

KP č. 2: „*Hlavně Alzheimer a demence.* „

KP č. 3 : „*Alzheimerova demence a stařecká demence, to tu je pořád.* „

KP č. 4 : „*Hlavně tu máme Alzheimera. „*

KP č. 5 : „*Nejvíce tu máme klienty s Alzheimerovou chorobou. „*

KP č. 6: „ *Myslím si, že největší podíl jsou klienti s Alzheimerovou chorobou a stařeckou demencí. „*

KP č. 7 uvádí i něco navíc: „*Pracujeme především s klienty s Alzheimerovou chorobou, stařeckou demencí a ostatními typy demencí- vaskulární smíšenou, alkoholovou. K tomu často bývá přidružená organická porucha nálad, bludy a halucinace. Jinak samozřejmě mají klienti obvyklé diagnózy, jako je diabetes, vředové choroby žaludku, hypertenze, ICHS, artrózu a jiné.“*

KP č. 8 : „*Asi Alzheimer je nejčastější a stařecká demence. „*

KP č. 9: „*Nejvíce tu máme stařeckou demenci a Alzheimera, tyhle diagnózy mají snad všichni tady, ale my se na to zaměřujeme jako domov.“*

KP č. 10: „*Především se tu vykytuje Alzheimerova choroba.“*

Doptávala jsem se, zda se respondenti setkávají také se Schizofrenií.

KP č. 1 uvádí: „*Nesetkala jsem se se Schizofrenií myslím. No anebo je taky možný, že o tom nevím , ale nevybavuju si to. Vlastně nikdy jsem se nesetkala ze schizofrenikem, i když asi by tu v našem zařízení mohl být, ne? “*

KP č. 2: „ *Ne nesetkala jsem se tady ze Schizofrenií.“*

KP č. 3: „*Myslím, že ne, nepamatuju se.“*

KP č. 4 říká: „*Párkrát jsme tu Schizofrenii měli, ale málo. Ale taky musíme brát v úvahu, že mám celkem málo klientů tady, kdybychom byly větší zařízení, asi by tu možná nějakí klienti se schizofrenií byli. Spíš tu ale máme starý lidi, i když vim, že tak to nemusí bejt vždycky.“*

KP č. 5: „ *Já nevím, nevzpomínám si, že by tu byla Schizofrenie. „*

KP č. 6 na otázku odpověděl: „*Jo, už jsem jí tu zažila, ale spíš ten Alzheimer. Těch schizofrenií je málo, víceméně se tu vyskytují staří lidé a ty trpí demencemi a Alzheimerem.“*

KP č. 7: „Jsme zaměřeny na demence. Jak máme málo míst a malý prostor, tak si vybíráme aby nám klienti zapadli do kolektivu. A tam by člověk s kompenzovanou schizofrenií nezapadl. Mezi lidmi s projevy Alzheimerova by byl úplně jiný a trpěl by.“

KP č. 8: „Myslím, že ne, jsme zaměřený spíš na Alzheimerova a stařeckou demenci.“

KP č. 9: „Nejsem si vědoma toho, že bysme tu měli nějakého schizofrenika. „

KP č. 10: „Ne nesečkala jsem se s tím.“

V tabulce č. 5 je shrnuto, kdo podle respondentů zajišťuje zdravotní péči, zda je v zařízení prováděna ergoterapie, jaké aktivizační činnosti jsou v DZR nabízeny a s kým, podle komunikačních partnerů, v rámci zdravotní péče spolupracuje.

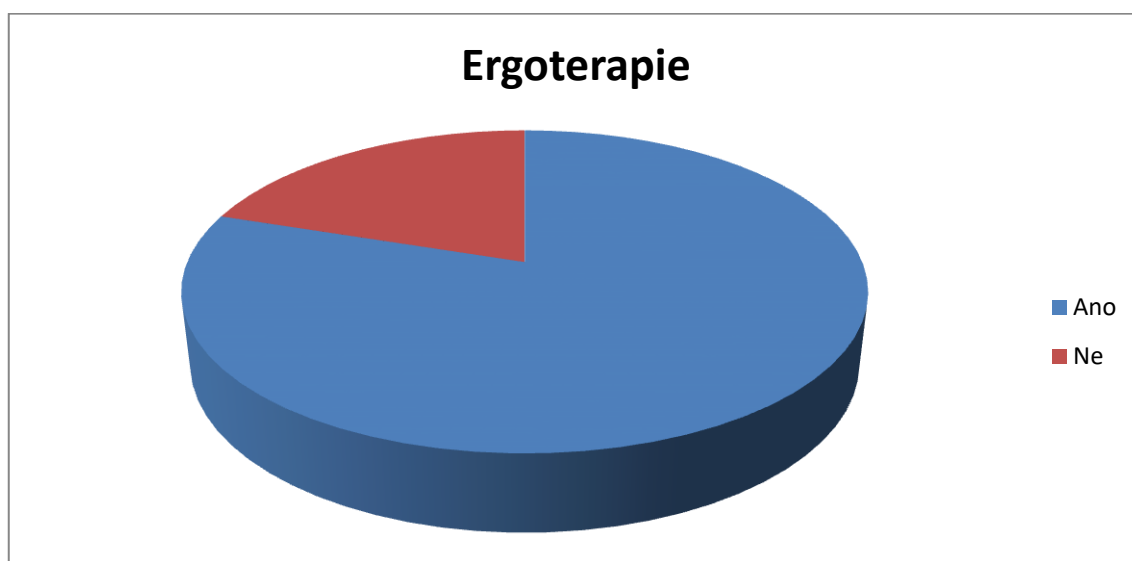
Tabulka č. 5: Léčebné prostředky KRHB

	Poskytování zdravotní péče	Ergoterapie	Aktivizační činnosti	Spolupráce s ostatními organizacemi
Komunikační partner č. 1	Sestry	Ano	Vyrábění, pečení, cvičení, trénink paměti	S nikým
Komunikační partner č. 2	Sestry, lékař	Ano	Čtení, vyrábění, cvičení	Nemocnice
Komunikační partner č. 3	Lékař, sestry	Ano	Malování, čtení, cvičení, pečení	Nemocnice
Komunikační partner č. 4	Lékař, zdravotní sestry	Ne	Vyrábění, pečení, čtení, tv	Nemocnice, ambulance
Komunikační partner č. 5	Zdrav. sestry	ano	Zpívání, poslech hudby, besedy, čtení	Nemocnice, ambulance
Komunikační partner č. 6	Sestry	Ano	Čtení, cvičení	Rodina, nemocnice, ÚP, ČSSZ

Komunikační partner č. 7	Lékař, RZP, sestry, fyzioterapeut	Ano	Trénink paměti, filmy, zpěv, procházky	Ambulance, nemocnice, školy a školky, muzeum,
Komunikační partner č. 8	Lékař, sestry	Ano	Trénink paměti, cvičení, čtení	Ambulance, Nemocnice, rodina
Komunikační partner č. 9	Lékař sestry	Ano	Čtení, cvičení, pečení, vycházky	Nemocnice, ambulance
Komunikační partner č. 10	Lékař, sestry	Ne	Cvičení, čtení	Nemocnice

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 4: Ergoterapie



Zdroj: vlastní výzkum

V grafu č. 4 je zobrazen poměr názorů komunikačních partnerů, zda se v zařízení využívá ergoterapie.

Z rozhovorů vyplynulo, že podle zaměstnanců DZR spočívá zdravotní péče v ošetřování zdravotními sestrami a lékaři. Jeden z komunikačních partnerů uvádí, že se v jejich zařízení nevyužívá ergoterapie. Všichni komunikační partneři mají přehled o

nabízených aktivizačních činnostech. Jeden z 10 komunikačních partnerů uvádí, že domov s nikým nespolupracuje.

KP č. 1: „Zdravotní péči zajišťují sestry, ty tady nosí prášky a převazují rány, když je potřeba. Ergoterapie je to, že ergoterapeutky si sednou s klientama a pracují s nimi, u nás smyslím, že je využívána a aktivizační činnosti provádí u nás aktivizační pracovnice, vyrábějí různé výrobky, pečou, cvičí, nebo trénují paměť.“

KP č. 2 uvádí: Zdravotní sestry zapisují stav klientů a jeho změny a konzultují to s paní doktorkou, která sem chodí v akutních situacích a jedenkrát týdně pravidelně. Co se týče aktivizačních činností, tak tady máme sledování televize, čtení, vyrábění, zpěv, cvičení, je to asi třikrát do týdne a ještě tady máme nepravidelné akce.“

KP č. 3: „Zdravotní péče, je poskytována tak, že sem chodí paní doktorka každý den, zdravotní sestry si píšou seznam, kam má jít, koho navštívit. Převazy dělají taky sestry každý den a roznášejí léky. V rámci ergoterapie se snažíme klienty co nejvíc zapojovat do činností, které se pro ně připravují. Každý klient dělá co umí, a co zvládá. Aktivizační činnosti vykonávám já, jako aktivizační pracovnice každé všední den. Děláme různé výrobky, malujeme, čteme si, cvičíme, zpíváme, pečeme.“

KP č. 4: „Chodí k nám lékařka, zdravotní sestry jí hlásí, ke komu je třeba jít a ona dojde a vyšetří je. Ergoterapie je léčba prací, u nás to nejde, lidi už nechtějí, nebo nemůžou pracovat, protože jim to nemyslí.“

KP č. 5 říká: „Jo poskytujeme ergoterapii i aktivizační činnosti, to dělají několikrát týdně. Ergoterapie je léčba prací, ne? To záleží na zdravotním stavu uživatele. A klienti můžou třeba péct, vyrábět různé výrobky no a zároveň jsou spolu s ostatními. A spolupracujeme s rodinou, nemocnicí a my sociálky taky s úřadem práce a českou správou sociálního zabezpečení.“

KP č. 6: „Zdravotní péči, poskytují především sestry. Ergoterapie je léčbou prací. Je využívána dle individuálního zdravotního stavu uživatele. Například šití, motání klubiček, pečení vyrábění výrobků. A při tom jsou zároveň v kontaktu s ostatními uživateli. Aktivizační činnosti dělají aktivizační pracovnice několikrát do týdne.“

KP č. 7 na téma zdravotní péče a využívání ergoterapie a aktivizačních činností uvedl: „Každé tejdne dochází do zařízení lékaři psychiatr, ke kterému se můžou klienti

v případě potřeby objednat a u kterých zdravotní sestry indikují zhoršení stavu. V akutní situaci voláme RZP. Zdravotní sestry zajišťují převazy, léky a injekce. Taky objednávají kompenzační pomůcky a podobně, V našem DZR provádějí ergoterapii ošetřovatelky tím, že nedělají za klienty běžný činnosti, ale v činnostech je podporují a jenom dopomáhají. Taky aktivizační pracovníce při těch skupinových aktivitách dělají činnosti, na který byli klienti zvyklý. Třeba bych řekla pečení, vaření no a tak.“

KP č. 8: „Zdravotní péči zajišťují sestřičky a paní doktorka, která sem chodí asi jednou do týdne. Ergoterapie myslím, že je využívána, je to léčba prací. Aktivizační činnosti provádí aktivizační pracovníce myslím každý den, a vyrábějí různé výrobky, nebo třeba si čtou nebo trénují paměť.“

KP č. 9: „Tu péči poskytují sestry a doktor, kterej sem pravidelně dochází, teda paní doktorka, sestry připravují vizitu, a vždy řeknou, jaký léky je třeba napsat, nebo se doktorka na klienty jde podívat, když je to potřeba. Ergoterapie je léčba prací a myslím, že je tady využívána. Jako aktivizační činnosti jsou tu nabízeny třeba čtení, cvičení, procházky nebo i něco pečou spolu s aktivizační pracovníci.“

KP č. 10: „Zdravotní péči dělají sestry a paní doktorka, která sem chodí. Nevěděla jsem, co to je ergoterapie, ale když jste mi to vysvětlila, nemyslím si, že by byla u nás využívána. Aktivizační činnosti jsou třeba cvičení a čtení.“

Kategorie 5: Pedagogické prostředky koordinované rehabilitace

V rozhovoru mě také zajímaly pedagogické prostředky rehabilitace. Spíše jde o edukaci klientů v závislosti na jejich zdravotním stavu.

Tabulka č. 6: Pedagogické prostředky rehabilitace

	Vzdělávání pro klienty
Komunikační partner č. 1	Ne
Komunikační partner č. 2	Ne
Komunikační partner č. 3	Ano
Komunikační partner č. 4	Ne
Komunikační partner č. 5	Ne
Komunikační partner č. 6	Ano
Komunikační partner č. 7	Ano
Komunikační partner č. 8	Ne
Komunikační partner č. 9	Ano
Komunikační partner č. 10	Ano

Zdroj: vlastní výzkum

V rozhovoru jsem se zajímala, zda zařízení poskytuje možnost klientům vzdělávat se, samozřejmě s ohledem na zdravotní stav. 5 komunikačních partnerů uvedlo, že zařízení neposkytuje vzdělávání pro klienty a 5 KP uvedlo, že poskytuje.

KP č. 1 na otázku odpověděl: „*Ne, neposkytujeme žádný vzdělávání, nemělo by to cenu.*“

KP č. 2: „*Ne, vzdělávání ne, nevím, co bych do toho zahrnula, s těma klientama to jako moc nejde, většinou ani neví, kde jsou.* „

KP č. 3: „*Přímo vzdělávání ne, ale snažíme se trénovat paměť opakováním známých, běžných věcí.* „

KP č. 4: „*Zařízení vzdělávání neposkytuje, nemělo by to cenu.*“

KP č. 5 „*Vzdělávání neposkytujeme.*“

KP č. 6: „*S ohledem na zdravotní stav jsou vzdělávání jen velmi omezeně. Maximálně sledováním televize, zpráv, nebo předčítáním článků z novin.*“

KP č. 7: „*Ano zařízení poskytuje vzdělávání. Připravují se různé besedy, který jsou i poučný. Tréninky paměti, předčítání knih, pracuje se s pořekadly a říkankami, nebo písničkami. Forma vzdělávání je i práce s různými návyky klientů.*“

KP č. 8: „*Ne myslím, že žádný vzdělávání domov neposkytuje a ani nezařizuje.*“

KP č. 9: „*Já myslím, že jo , klienti se při každý akci přece vzdělávají, i při aktivizačních činnostech.*“

KP: 10“*Asi jo, třeba přednášky pořádáme, tak tam se určitě vzdělávají.* „

Kategorie č. 6: Pracovní prostředky koordinované rehabilitace

V rozhovorech mě dále zajímalo, zda domov se zvláštním režimem, podle komunikačních partnerů, poskytuje klientům možnost zapojit se do pracovního procesu a využít pracovní rehabilitace, a jestli je v zařízení možnost zaměstnávat klienty.

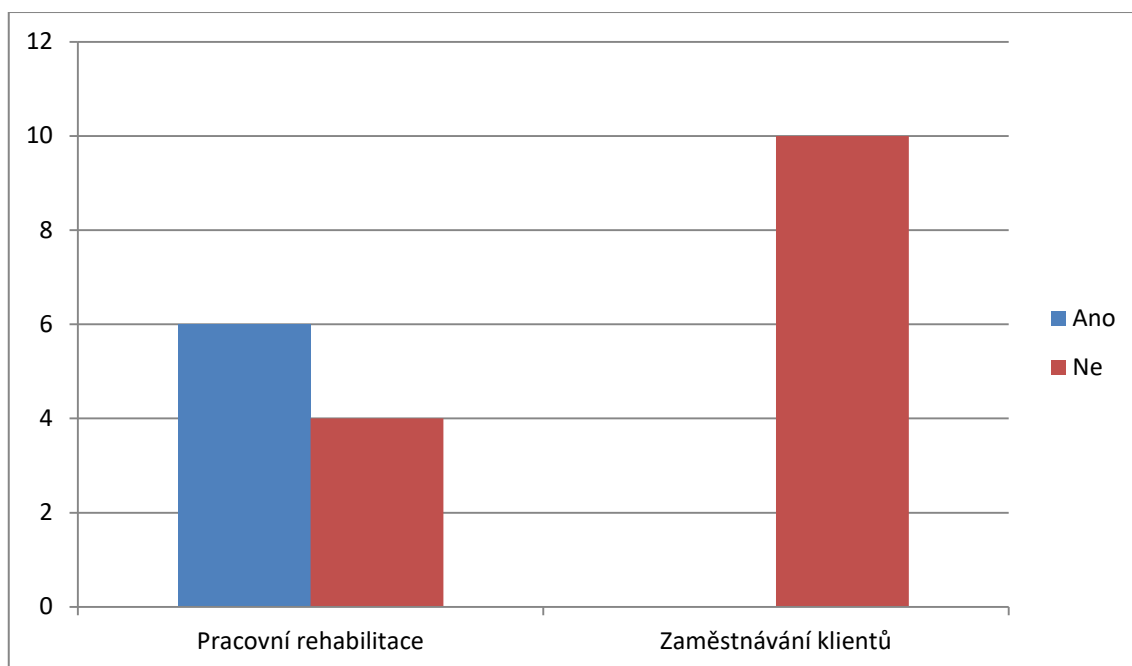
Shrnutí názorů respondentů je uvedeno v tabulce č. 7. V Grafu č. 5 je graficky znázorněno rozdělení názorů na pracovní rehabilitaci a vzdělávání klientů.

Tabulka č. 7 Pracovní prostředky rehabilitace

	Pracovní rehabilitace	Zaměstnávání klientů
Komunikační partner č. 1	Ne	Ne
Komunikační partner č. 2	Ano	Ne
Komunikační partner č. 3	Ano	Ne
Komunikační partner č. 4	Ano	Ne
Komunikační partner č. 5	Ne	Ne
Komunikační partner č. 6	Ne	Ne
Komunikační partner č. 7	Ano	Ne
Komunikační partner č. 8	Ano	Ne
Komunikační partner č. 9	Ano	Ne
Komunikační partner č. 10	Ne	Ne

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 6: Pracovní prostředky rehabilitace



Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni komunikační partneři se shodli na tom, že zařízení nezaměstnává klienty na pracovní smlouvu. Celkem 6 KP z 10 si myslí, že pracovní rehabilitace je v zařízení využívána. Zaměstnanci s klienty pracují a klienti pomáhají při obvyklých činnostech domova se zvláštním režimem.

KP č. 1: „*Určitě nezaměstnáváme klienty na smlouvu a myslím, že ani pracovní rehabilitace možná není.*“

KP č. 2 například říká: „*Já si myslím, že je jo, že se klienti zapojují do pracovního procesu, vždyť přece můžou třeba péct a můžou i pomáhat na zahradě, třeba.*“

KP č. 3: „*zaměstnat na pracovní smlouvu nemůžeme, ale v rámci domova se snažíme klienty zaměstnat tak, že pomáhají tlačit vozík například s prádlem, plenama, skládají kapesníky, ručníky a tak. A do pracovního procesu je zapojujeme tak, že s nima pečeme, vyrábíme výrobky, může se zapojit každý, kdo má chuť. To je taky pracovní proces.*“

KP č. 4 na otázku, zda si myslí, že zařízení zapojuje klienty do pracovního procesu, odpovídá: „*Jo. To že pečeme, vyrábíme výrobky je v podstatě pracovní proces, do*

kterýho se může zapojit každéj, kdo má chuť. A taky pomáhají třeba skládat ručníky a kapesníky.“

KP č. 5: „Nemyslim si, že by se tu mohli zapojit do pracovního procesu, stejně tak si myslím, že není možné klienty zaměstnat na smlouvu.“

KP č. 6: „Tak to určitě není možný, aby tu někdo s klientů pracoval, a do pracovního procesu je taky nezapojujeme, nevím o tom, a ani nevím, jak by to bylo možný.“

KP č. 7 sděluje: „Nevím, jestli úplně do pracovního procesu, ale umožňujeme klientům dělat věci, na který byli zvyklí. Takže nám klienti skládají prádlo, zametají podlahu, mejou podlahu, pomáhaj při pečení a vaření. Jinak klienty u nás není možný zaměstnat na pracovní smlouvu, zájem neprojevují a většinou jsou ve stavu, kdy si ani neuvědomujou, že by snad mohli pracovat..“

KP č. 8: „No do nějakýho pracovního procesu určitě, třeba pracujou, tak že vyrábí různý výrobky, ale vyloženě aby za to dostali peníze, to ne.“

KP č. 9 na stejnou otázku uvádí: „nezaměstnáváme na smlouvu, i když už jsem to v jednom zařízení viděla, ale tam bylo podstatně víc klientů a i s jinýma diagnózama, ale tady ne. Je ale pravda, že se zapojujou do dění v domově, pomáhají skládat prádlo a takovýhle podobný činnosti, který třeba dělali i v mládí, nebo když ještě byli schopní.“

KP č. 10: „Aby byli klienti tady zaměstnaní to určitě nejde, a pracovní proces asi taky těžko, nevím, co by tu dělali.“

Kategorie č. 7: Sociální prostředky rehabilitace

Poslední částí rozhovoru bylo zaměření se na sociální rehabilitaci. Zaměřila jsem se na to, zda a případně jakým způsobem pomáhá zařízení s nácvikem dovedností u klientů, jakým způsobem zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, následně pak s uplatňováním práv a zájmů a jakým způsobem se provádí individuální plánování.

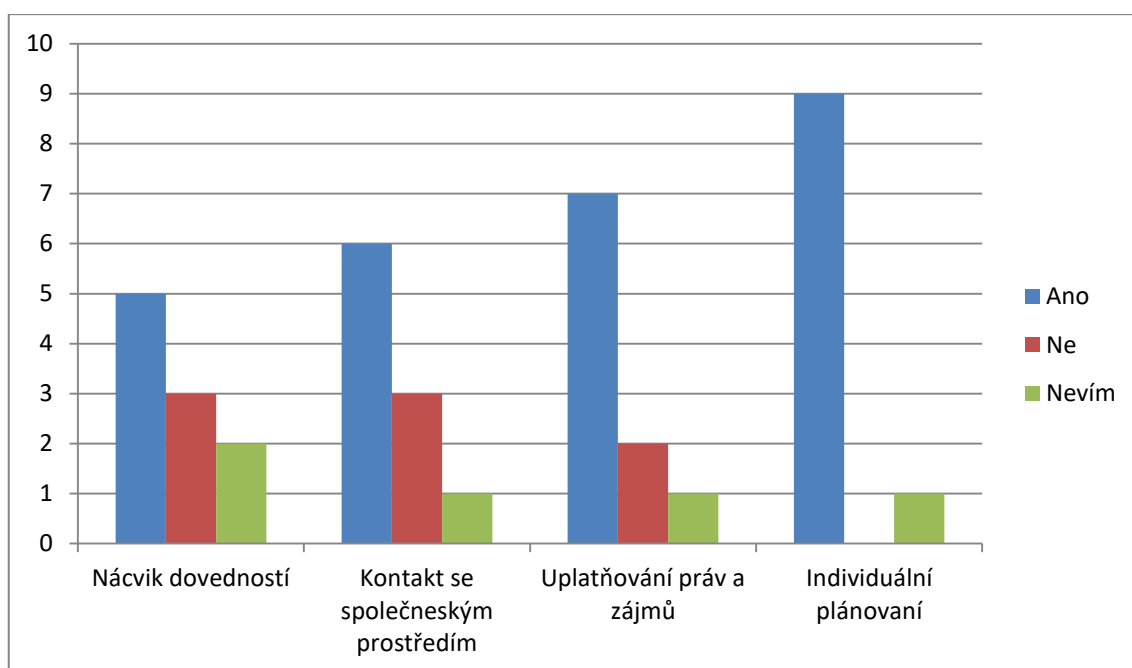
V tabulce č. 8 jsou shrnuty odpovědi, zda si komunikační partneři myslí, že DZR pomáhá s jednotlivými oblastmi.

Tabulka č. 8: Sociální prostředky rehabilitace

	Nácvik dovedností	Kontakt se společenským prostředím	Uplatňování práv a zájmů	Individuální plánování
Komunikační partner č. 1	Ne	Ne	Ne	Ano
Komunikační partner č. 2	Ne	Ano	Ano	Ano
Komunikační partner č. 3	Ano	Ano	Ano	Ano
Komunikační partner č. 4	Ne	Ne	Ano	Ano
Komunikační partner č. 5	Nevím	Nevím	Nevím	Ano
Komunikační partner č. 6	Nevím	Ano	Ano	Nevím
Komunikační partner č. 7	Ano	Ano	Ano	Ano
Komunikační partner t č. 8	Ano	Ano	Ano	Ano
Komunikační partner č. 9	Ano	Ano	Ano	Ano
Komunikační partner č. 10	Ano	Ne	Ne	Ano

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7: Sociální prostředky rehabilitace



Zdroj: vlastní výzkum

Odpovědi komunikačních partnerů jsou nejednoznačné. Ohledně nácviku dovedností u klientů odpovědělo 5 KP, že si myslí, že jsou klienti podporováni, 3 KP si myslí, že nejsou a 2 KP neví. Na otázku, zda si myslí, že zařízení zprostředkovává kontakt se společenským prostředím si 3 KP myslí, že ne, 6 KP si myslí, že ano a 2 KP neví. Dále jsem se ptala, zda si komunikační partneři myslí, že zařízení pomáhá s uplatněním práv a zájmů klientů. 2 KP si myslí, že ne, 7 KP si myslí, že ano a 1 KP neví. Na poslední otázku, zda je v zařízení prováděno individuální plánování mi 9 KP odpovědělo, že ano, a 1 KP řekl, že neví. Ptala jsem se na konkrétní naplňování jednotlivých částí sociální rehabilitace.

KP č. 1 mi sdělil: „Žádným způsobem nepomáháme s nácvikem dovedností u klientů, alespoň myslím teda, oni to už nezvládají, stejně tak u zprostředkování kontaktu a uplatňování práv, nebo jak jste to říkala, a individuální plánování probíhá tak, že klíčovky sepíšou, co klient chce a po půl roce to musí překontrolovat.“

KP č. 2 říká: “Já myslím, že moc s tím nácvikem nepomáháme, není čas ani kapacita, spíš je opečováváme a přejímáme za ně odpovědnost. Ale myslím si, že třeba při dni otevřených dveří a při různých besedách a představení mají kontakt s prostředím, ne? Co se týče toho uplatňování práv, tak to myslím probíhá tak, že koukám, co klient chce a

co potřebuje a snažím se mu to poskytnout, případně o tom někomu říct. A plánování dělají sociálky na domově, ty hodnotí zápisky o klientovi a mluví s jeho klíčovým pracovníkem. “

KP č. 3 je trochu otevřenější. „S nácvikem dovedností pomáháme tak, že mu ukážeme, jak se co dělá a pak mu dám čas, aby to zkusil sám, třeba při oblíkání. Kontakt s prostředím klienti mají, jsme co nejvíce spolu ve společenském koutku nebo na jídelně a chodíme do společenského sálu na představení a akce.“ Na otázku jak pomáhají s uplatňováním práv a zájmů,

KP č. 3 říká: „Nahlásíme nějakou věc sociální pracovníci a ona se postará. A individuálky se sestavují od nástupu klienta do zařízení, hned je mu přidělena klíčová pracovníce, ta plán sepíše a hlídá jeho plnění. Po půl roce nebo při změně zdravotního stavu se plán přehodnocuje. “

KP č. 4 : “Žádným způsobem nepomáháme s nácvikem dovedností, za naše klienty musíme všechno dělat, oni to nezvládnou a je to s nima horší a horší. S uplatňováním práv my nepomáháme s ničím, to spíš sociálky, že jim pomůžou všechno vyřídit na úřadech. Individuální plánování se dělá každé půlroce, každý týden se zapisuje, jak se plán plní.“

KP č. 5 : „To nevím, jakým způsobem, stejně tak u zprostředkování kontaktu a s uplatňováním práv a individuální plánování vychází ze zákona o sociálních službách, osobní cíle se dělají jednou za měsíc, plán péče se zhodnocuje jednou za půl roku anebo na základě změny zdravotního stavu.“

KP č. 6: „S nácvikem nevím, jak pomáháme, ale s tím kontaktem asi při různých akcích, který pořádáme , nebo, že chodíme s klientama ven nebo do cukrárny. S uplatňováním práv pomáháme tak, že spolupracujeme s rodinou, a pomáháme s vyřizováním osobních záležitostí nebo formou sociálního poradenství. Ípečka nevím, moc je nedělám.“

KP č. 7 to vidí jinak. Na otázku, jak zařízení pomáhá s nácvikem dovedností, odpovídá: „ Snažíme se, kde to jen trošku jde, nedělat za ně nic, co by sami nezvládli. Snažíme se jim dopomáhat, poradit, dohlédnout, jak to dělají. V rámci aktivizace podporujeme jejich samostatnost, posloucháme, co nám říkají a necháme je, aby nám předvedli své návyky. Pak jim pomáháme, předvedeme, jak to udělat jednodušeji. A Ohledně zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Naši klienti nejsou zavřeni na

pokojích. I ti, kteří sami nemohou vyjít, jsou bráni na křeslech do kolektivu ostatních. Domov pořádá spoustu akcí na které docházejí i klienti z domova se zvláštním režimem s doprovodem. V pěkném počasí chodíme s klienty ven i mimo areál, chodíme do cukrárny, chodíme na procházky hlavně tam, kde jsou děti. “

KP č. 7 se rozprávěl i o tom, jak je to s uplatňováním práv a zájmů. „Sociální pracovníce jsou v přímém kontaktu s klienty, sledují jejich změny a pružně reagují například na příspěvek na péči, ošetřovatelky hlídají, aby měli dostatek všech potřebných věcí, jako jsou prostředky na mytí, oblečení, dobroty, pití a podobně. Pokud něco dochází, hned se domlouvají se sociální pracovníci nebo rodinou. Individuální plánování je prováděno tak, že každý klient hned po nástupu dostane klíčového pracovníka, který je mu po celou dobu pobytu nejbliž. Klíčový pracovník zajišťuje klientovy potřeby a plánuje s ním službu. Každý měsíc vyhodnocují plán a každých půl roku se plán přehodnocuje. Za individuální plánování je zodpovědný sociální pracovníce. Každé tři měsíce se schází s klíčovými pracovníky nebo i kdykoliv v případě potřeby.“

KP č.8: „S nácvikem pomáháme každodenně, když se staráme o klienty , tak třeba s hygienou, snažíme se, aby co dokázou, tak aby dělali sami, zprostředkování kontaktu probíhá formou společenských akcí, které v domově pořádáme pro klienty. S uplatňováním práv především pomáhají sociální pracovníce, které komunikují s úřady. Individuální plán se začíná dělat při nástupu klienta do zařízení a zhodnocuje se po půl roce nebo se mění cíl při změně zdravotního stavu.“

KP č. 9: „Nácvik dovedností probíhá víceméně pořád, při každé činnosti, kterou člověk dělá, chceme, aby, co dovede a zvládne, tak aby to dělal sám a snaží se, aby se klient postupně zlepšoval. Zprostředkování kontaktu je při besedách, nebo když jdeme s klientama do společnosti a s tím třetím jak jste se ptala, pomáhají hlavně sociálky. Individuální plánování se zhodnocuje každých půl roku, každý klient má svého klíčového pracovníka a ten plán sepisuje a vede.“

KP č. 10: “S dovednostmi pomáhají asi hlavně ošetřovatelky, ale s tím kontaktem a uplatňováním práv, nevím, bych řekla, že asi nijak. Plány se dělají při nástupu klienta do domova, průběžně se tam zapisuje, a po půl roce se vymýšlí nový cíl, nebo když se klient zhorší.“

5 Diskuze

5.1 Diskuze k hlavní výzkumné otázce

HVO: Jaké jsou možnosti využití koordinované rehabilitace v domově se zvláštním režimem?

Výzkumu se zúčastnilo celkem 10 komunikačních partnerů, všichni partneři byly ženy, 4 z nich byli pracovníci v sociálních službách, 3 byli sociální pracovnice, 2 byli zdravotní sestry a jeden komunikační partner byl aktivizační pracovník.

Reakce komunikačních partnerů na rozhovor se mnou, byly značně rozporuplné. Někteří odpovídali jen na nutné otázky, ochota zúčastnit se rozhovoru nebyla příliš vysoká. Respektive především v průběhu rozhovoru docházelo k situacím, kdy komunikační partneři nevěděli, na co se ptám. Často je to spojeno s výrazem koordinované rehabilitace, která není mezi pracovníky příliš rozšířená. Pouze dva komunikační partneři z celkem deseti, znají pojem koordinované rehabilitace, Celkem 7 komunikačních partnerů dokázalo odhadnout význam tohoto pojmenování.

Podle Duby (2010) je neporozumění termínu koordinované rehabilitace dána tím, že se více méně mluví jen o léčebných možnostech spíš, než o komplexnosti, která rehabilitaci provází. Pojem rehabilitace dnes již neznamená pouze uzdravovací akt, ale celý systém služeb, zahrnující interdisciplinární spolupráci (Jankovský, 2006).

I z výzkumu vyplynulo, že komunikační partneři si často myslí, že koordinovaná rehabilitace je spojena pouze s „ cvičením“. Shodují se s názorem Duby (2010), že v zařízení je často prováděna koordinovaná rehabilitace, avšak jednotliví členové multidisciplinárního týmu spolu nespolečně pracují tak, jak by bylo vhodné a přínosné.

Z 10 komunikačních partnerů si 7 myslí, že je v zařízení využívána koordinovaná rehabilitace, dva si myslí, že není, a jeden komunikační partner si není jistý. Často hrají roli vztahy mezi jednotlivými pracovníky. Vztahy mezi zaměstnanci by bylo vhodné upravit tak, aby neovlivňovaly práci pracovníků a péče byla založena na součinnosti. O vztazích mezi pracovníky píše i Macková (2012).

Ve výzkumu jsem se zabývala také tím, zda komunikační partneři znají pojem multidisciplinární tým a zda si myslí, že spolu členové týmu spolupracují. I když znalost výrazu koordinované rehabilitace byla nízká, znalost termínu multidisciplinární tým

byla více potěšující. Celkem 7 komunikačních partnerů mi sdělilo, že tento výraz znají. 8 komunikačních partnerů si myslí, že spolu personál spolupracuje. Dva komunikační partneři si myslí, že ne, že se každý zaměstnanec hledí svého a na spolupráci se neohlíží.

Na toto téma upozorňuje právě Macková (2012), která říká, že vztahy na pracovišti mohou negativně působit na kvalitu péče.

Diskuzi rozdělím na několik částí, podle okruhů otázek, které jsem pokládala ve výzkumu.

Léčebné prostředky koordinované rehabilitace

Všichni komunikační partneři si myslí, že zdravotní péči poskytuje především zdravotní sestra. 7 komunikačních partnerů potom uvádí, že zdravotní péči poskytuje také lékař, který do zařízení dochází. 1 komunikační partner ještě říká, že zdravotní péči poskytuje také RZP, tedy rychlá zdravotnická pomoc a také fyzioterapeut.

Většina komunikačních partnerů si neuvědomují rozsáhlost této péče, nedokáží si spojit souvislost například v tom, že zdravotní sestra sice poskytuje péči, ale na základě doporučení či nařízení lékaře, ať už obvodního nebo jiného specialisty, např. psychiatra nebo chirurgického lékaře, při ošetřování ran.

Jak udává Jankovský (2012) ve své knize, i v medicíně ale můžeme nalézt aktivity, které mají multidisciplinární charakter. Tedy i ve zdravotní péči spolu musí jednotlivé odborníci spolu komunikovat a spolupracovat.

Z výzkumu vyplývá, že i když si to zaměstnanci neuvědomují, je zdravotní péče provázaná a podílí se na ní několik osob. Od obvodního lékaře, přes zdravotní sestry, jiné odborné lékaře, RZP, a ž po lékaře v nemocnicích.

V rozhovorech jsem se také ptala na to, jaké nejčastější psychiatrické diagnózy se v zařízení objevují. Všech 10 komunikačních partnerů mi sdělilo, že se nejčastěji setkávají s klienty s Alzheimerovou chorobou.

Podle Krombholze (2011) se Alzheimerova choroba nejčastější se vyskytující formou demence, kde tvoří zhruba 70 % všech demencí. To se bohužel potvrzuje i v domově se

zvláštním režimem, kde proběhl výzkum. Mnoho pracovníků říká, že většina aktivit se s klienty nedá dělat, právě kvůli jejich onemocnění, nicméně aktivizace a práce s klienty je důležitá i u osob, kteří trpí stařeckou demencí nebo Alzheimerovou chorobou, právě pro to, aby došlo k omezování příznaků nemoci a udržení co nejdelšího období, kdy je klient alespoň částečně soběstačný.

Dále jsem se zabývala, zda si jednotliví komunikační partneři myslí, že je v zařízení poskytována ergoterapie. 8 komunikačních partnerů si myslí, že v DZR je využívána ergoterapie, dva si myslí, že ne.

Podle názoru Jelínkové a Křivošíkové (2007) je ergoterapie činnost, která zaměstnává klienty či uživatele služby a pomáhá zachovat schopnosti jedince. Podle mého názoru je ergoterapie v zařízení využívána velmi aktivně, jde jen o to uvědomit si spojitost ergoterapie s aktivizačními činnostmi, které jsou v zařízení nabízeny klientům.

Aktivizační činnosti dokázali popsat všichni komunikační partneři. Jedná se o trénink paměti, cvičení, čtení, pečení, poslech hudby. Program aktivizačních činností je v zařízení velmi pestrý a každodenní, navíc se v DZR pořádají nepravidelné akce pro klienty.

Na otázku, s kým zařízení spolupracuje, si jeden komunikační partner myslí, že s nikým. Celkem 9 komunikačních partnerů označují spolupráci s nemocnicí. Pouze dva komunikační partneři uvádějí spolupráci s rodinou nebo jinými institucemi, jako je Úřad Práce, ČSSZ, a další.

Jak píše Jankovský (2006) do multidisciplinárního týmu, tedy tam, kde je důležitá spolupráce, patří zdravotní personál, ošetřovatelky, všichni ti, kteří pečují o klienta, aktivizační pracovník, fyzioterapeut, lékaři, rodina a další členové týmu. Klient je uprostřed a na vrcholu je zájem a péče o klienta.

Podle mého názoru zařízení spolupracuje s mnoha organizacemi, od lékaře až po úřady práce a rodinu.

Pedagogické prostředky koordinované rehabilitace

V interview jsem zkoumala, zda se v DZR využívají pedagogické prostředky rehabilitace.

Komunikačních partnerů si myslí, že ano, 5 komunikačních partnerů si myslí, že ne. Opět je to zřejmě dáno tím, že někteří pracovníci si dostatečně neuvědomují význam tohoto termínu.

Pedagogické prostředky se mimo jiné zaměřují na rozvoj a udržení schopností a dovedností (Jonáková, 2018). To znamená, že do pedagogických prostředků můžeme zahrnout veškeré aktivity, které klientům pomáhají udržet například soběstačnost o vlastní osobu.

Někteří komunikační partneři uvádějí jako příklad pedagogické rehabilitace veškeré činnosti, se kterými pomáhají klientům v péči o vlastní osobu. Například pomoc a edukace, jak se mají klienti oblékat či stravovat bychom měli vidět jako jednu z forem edukace neboli vzdělávání klientů. Jeden z komunikačních partnerů také uvedl jako formu vzdělávání pořádání různých besed, které se v zařízení příležitostně konají. Dle mého názoru je pedagogická rehabilitace využívána, jen by bylo lepší zaměstnance více edukovat v tom, co koordinovaná rehabilitace obnáší.

Pracovní prostředky koordinované rehabilitace

Ve výzkumu nemohla chybět část, která se zabývá pracovními prostředky rehabilitace

Pracovní rehabilitace je zaměřená na pracovní uplatnění klienta. Dle Zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti zahrnuje například profesní přípravu a kariérové poradenství, vytváření a ochranu pracovních příležitostí – podporované zaměstnávání pomocí pracovní asistence. Všichni komunikační partneři se shodli na tom, že v u nich v zařízení není možné zaměstnávat klienty na pracovní smlouvu. Setkala jsem se tím, že některých zařízení to možné je a využívá se toho. 6 komunikačních partnerů mi sdělilo, že si myslí, že pracovní rehabilitace je využívána formou zaměstnávání klientů. Někteří klienti pomáhají při běžných činnostech, na které byli zvyklí v jejich domácím a přirozeném prostředí. Partneři mi sdělili, že jejich klienti DZR například mohou skládat prádlo. Když to shrneme, v zařízení není možné zaměstnávat klienty na pracovní

smlouvu. Vzhledem k jejich zdravotnímu stavu je pracovní rehabilitace využívána velmi omezeně, pouze na základě činností, na které byli zvyklí.

Sociální prostředky koordinované rehabilitace

V zákoně č. 108/ 2006 Sb., v platném znění je popsána sociální rehabilitace takto: *„soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.“*

Ve výzkumu jsem se zaměřila na 4 oblasti sociální rehabilitace. A to pomoc s nácvikem dovedností klientů, pomoc při uplatňování práv a zájmů, pomoc při kontaktu se společenským prostředím a jakým způsobem zařízení provádí individuální plánování. Co se táče nácviku dovedností, mi 5 komunikačních partnerů sdělilo, že si myslí, že v domově pomáhají klientům s tímto nácvikem, dva odpověděli, že neví, a tři partneři si myslí, že ne. Podle zákona č. 108/2006 Sb. Patří mezi nácvik dovedností pomoc při zvládnutí péče o vlastní osobu, nácvik samostatného pohybu a orientace, a mimo jiné také nácvik péče o domácnost.

Ohledně zprostředkování kontaktu se společenským prostředím mi 6 komunikačních partnerů sdělilo, že myslí, že s touto oblastí klientům pomáhají, 3 si myslí, že ne a jeden říká že neví.

Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím zahrnuje zejména nácvik chování v různých společenských situacích a doprovázení klientů k lékaři nebo na zájmové aktivity.

Poslední oblast, kterou jsem zkoumala, byla pomoc při uplatňování práv a zájmů. Pomoc při uplatňování práv a zájmů je zejména o zprostředkování služeb a podávání informací (Zákon č. 108/2006 Sb.). Na tuto otázku mi 7 komunikačních partnerů sdělilo, že si myslí, že zařízení pomáhá klientům v této oblasti, 2 mi sdělili, že si myslí, že ne a jeden neví, není si jistý.

Cílová skupina osob, kterým je určena služba sociální rehabilitace, není zákonem jednoznačně definována. Z charakteru základních činností služby však lze vyvodit, že

cílovou skupinu lidí představují zejména osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení.

Cílem poskytování služby sociální rehabilitace je pomoci lidem dosáhnout větší míry samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti v běžném životě. Poskytovatel služby sociální rehabilitace vždy nabízí klientům celé spektrum základních činností, prostřednictvím nichž lze tento cíl služby naplňovat. Spolupráci s klientem staví vždy na tom, že v maximální možné míře využívá jeho zachovaných schopností a kompetencí, které se snaží posilovat, upevňovat a dále je rozvíjet (Zákon č. 108/2006).

Dle mého názoru je sociální rehabilitace v DZR využívána velmi dobře a kvalitně, jen je potřeba si opět uvědomit význam sociální rehabilitace a činnosti, které jsou prováděny, a spojit tyto oblasti dohromady.

Poslední část rozhovoru, o kterou jsem se zabývala, bylo individuální plánování.

Individuální plánování není činností oblíbenou, většina personálu neví, jak správně individuální plánování provádět. V domově se zvláštním režimem je IP nastaveno tak, že tyto plány vytvářejí klíčové pracovnice a sociální pracovnice potom plány kontrolují. Individuální plánování je zakotveno ve standardech kvality sociálních služeb. Všichni komunikační partneři se shodují na tom, že je v domově se zvláštním režimem prováděno individuální plánování sociální služby.

Individuální plánování Není koncentrováno pouze do jednoho standardu kvality sociálních služeb, ale zabývá se tím detailně standard: č. 3 Jednání se zájemcem o sociální službu, č. 4 Smlouva o poskytování sociální služby a č. 5 Individuální plánování průběhu sociální služby (MPSV, 2018).

Individuální plánování jako prvek sociální práce je sofistikovaný proces a měl by být svěřován odborníkům – sociálním pracovníkům. Na druhou stranu existuje plánování zaměřené na člověka a jeho jednoduché nástroje, které může použít řada lidí sama pro sebe nebo pro své blízké a zprehlednit si tak své potřeby a zdroje, formulovat cíle a naplánovat kroky vedoucí k naplnění vlastních představ (Johnová, 2014)

5.2 Diskuze k dílčí výzkumné otázce

DVO : Jsou zaměstnanci informováni o možnostech koordinované rehabilitace?

Dílčí výzkumnou otázkou bylo, zda se zaměstnanci domova se zvláštním režimem orientují v systému koordinované rehabilitace a zda jsou informováni o jejích možnostech. Z výzkumu vyplývá, že si zaměstnanci neuvědomují souvislost mezi jednotlivými složkami rehabilitace, dokáží sice popsat, nebo alespoň odhadnout, co znamenají její jednotlivé složky, ale nejsou edukováni v tom, že by se tyto složky rehabilitace měli propojovat. Samotné uvědomění si, spojitosti jednotlivých komponentů ucelené rehabilitace by jim mohla usnadnit práci a zkvalitnit poskytované služby.

Popis základních znaků multidisciplinárního týmu je popisem ideálního stavu nastavené spolupráce. Stav, ve kterém jsou všichni zúčastnění (včetně rodiny) rovnocennými partnery a pracují na základě jasně vymezených rolí a stanovených úkolů. Tomuto ideálnímu stavu však předchází pečlivá a dlouhodobá práce zaměřená na zainteresování všech relevantních místních partnerů, odstranění bariér v komunikaci, nastolení důvěry, přiblížení principů práce (Hanušová, Hellebrandová, 2006).

Cílem interdisciplinární spolupráce je tedy důkladné a objektivní posouzení situace klienta a následné hledání optimálního řešení.

6 Závěr

Cílem práce bylo identifikovat možnosti, jak efektivně využít systému koordinované rehabilitace v domově se zvláštním režimem. Dílčím cílem bylo zjistit, zda jsou zaměstnanci a klienti domova se zvláštním režimem informováni o významu koordinované rehabilitace. Pro zpracování těchto cílů byly zvoleny výzkumné otázky. HVO: jaké jsou možnosti využití koordinované rehabilitace v domově se zvláštním režimem? DVO : Jsou zaměstnanci informováni o možnostech koordinované rehabilitace?

Ke sběru dat byl využit kvalitativní výzkum. Odpovědi na výzkumné otázky byly zjišťovány technikou dotazování a technikou polostrukturovaného rozhovoru. Poté byly výsledky vyhodnoceny pomocí metody vytváření trsů. Rozhovorů se zúčastnilo 10 komunikačních partnerů z Domova se zvláštním režimem ve Strakoniciích. Z 10 komunikačních partnerů byli 4 KP pracovníci v sociálních službách, 1 KP byl aktivizační pracovník, 3 KP byli sociální pracovníci, a 2 KP byli zdravotní sestry.

Výzkumem bylo zjištěno, že zaměstnanci domova se zvláštním režimem nejsou dostatečně informováni o významu koordinované rehabilitace. Systém koordinované rehabilitace je v podstatě v zařízení využíván, nicméně komunikační partneři si neuvědomují propojenost jednotlivých služek a nedokáží charakterizovat, co to koordinovaná rehabilitace je.

Cíl práce byl splněn. Námětem pro zlepšení a zkvalitnění péče v domově se zvláštním režimem může být zajištění vzdělávání například formou školení či přednášky pro zaměstnance. Větší informovaností zaměstnanců by došlo k větší propojenosti složek koordinované rehabilitace.

Seznam použitých zdrojů

- 1) ALZHEIMER EUROPE. 2013. *Alzheimer Europe Annual report*. [online].[cit. 20.12.2017]. Dostupné z: < <http://www.alzheimer-europe.org/Alzheimer-Europe/Our-work/Annual-Reports/Annual-Report-2014>>
- 2) BICKOVÁ, L. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.
- 3) BRUTHANSOVÁ, D., a V. JEŘÁBKOVÁ. *Koordinovaná rehabilitace*. 1.vyd. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2012, 73 s. ISBN 978-80-7416-102-5
- 4) ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy*. In: SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2012. s. 181195. ISBN 978-80-262-0216-5.
- 5) ČEVELA, R. a L. ČELEDOVÁ, 17. 10. 2011b. *Osud koordinované rehabilitace*. [online]. Praha: Odbor posudkové služby MPSV ČR. [cit. 2018-01-20]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/11618>
- 6) DROGY A NÁVYKOVÉ LÁTKY, 2017. [online]. *Návykové látky*. [cit. 2018-01-11]. Dostupné z: <http://navykovelatky.cz/>
- 7) DUBA, P. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Sociální služby*. 2010, č. 11, s. 33. ISSN 1803-7348
- 8) DUŠEK, K., a A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ(2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.
- 9) FISCHER, S. a J. ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0.

- 10) HANUŠOVÁ, J., a K. HELLEBRANDOVÁ. *Interdisciplinární spolupráce*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-79-2.
- 11) HAUKE, M. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3849-9.
- 12) HENDL, J., *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- 13) HOLMEROVÁ, I., BAUMANOVÁ, M., JURAŠKOVÁ, B., VAŇKOVÁ, H., JIRÁK, R. (2014). *Komplexní přístup v léčbě pacientů s Alzheimerovou nemocí. Remedia*. 24, 474-478.
- 14) HOLMEROVÁ, I., a M. VÁLKOVÁ. *Zajištění zdravotní péče v rámci procesu transformace sociálních služeb*. [online]. 2011 [cit. 2018-01-09]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/8498>
- 15) INCLUSION EUROPE. *The European Union against Social Exclusion*. Brussels: Inclusion Europe.2004. ISBN 2-930415-57-6
- 16) JANKOVSKÝ J., *Koordinovaná podpora dětí a mládeže s tělesným a kombinovaným postižením v rámci uceleného systému rehabilitace*. In: Pfeiffer, Jan. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita (České Budějovice), 2014, 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2
- 17) JANKOVSKÝ, J., J. PFEIFFER a O. ŠVESTKOVÁ. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
- 18) JANKOVSKÝ, J., *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. Vyd. Praha: Triton, 2006, 173 s. ISBN 80-7254-730-5
- 19) JELÍNKOVÁ J., M. KŘIVOŠÍKOVÁ. *Koncepce oboru ergoterapie*. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, 2007, 16.s

- 20) JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., & kol., a. (2009). *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2454-6
- 21) JONÁKOVÁ, J., 2018. *Ucelená rehabilitace*. . [online], . [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <http://rehabilitace-psychoterapie.cz/rehabilitace/>
- 22) KALINA, K. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.
- 23) KALVACH, Z. et al. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3
- 24) KASALOVÁ, R., 2012. *Závislosti*. [online]. 2. rozšířené a upravené vyd. Benepal, a. s., [cit. 2018-01-02]. Dostupné z: http://www.benepal.cz/files/project_1_file/ZAVISLOSTI.pdf
- 25) KODÝMOVÁ. 2015. *Multidisciplinární týmy v praxi sociální práce* [online]. In MPSV. Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. Praha: MPSV [12. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/23240/3ssp.pdf>
- 26) KOLÁŘ P., et al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2009,2012, 713 s. ISBN 978-80-7262-657-1
- 27) KOUKOLÍK, F., *Mozek a jeho duše*. 4.vyd. Praha: Galén, 2014. 455 s. ISBN 978-80-7492-069-1
- 28) KRHUTOVÁ L., *Sociální práce a lidé se zdravotním postižením*. 2. Vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. ISBN 978-80-7464-290-6
- 29) KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1
- 30) KROMBHOLZ, R. (2011). Nejčastější demence a jejich léčba. *Neurologie pro praxi*. 12(3), 196-200.
- 31) KŘÍŽKOVSKÁ P., *Vzdělávání dětí s mentálním postižením*. Šance Dětem: Pomáháme dětem, které neměly v životě štěstí. (online) (cit. 2017-12-30). Dostupné

z:<http://www.sancedetam.cz/cs/hledam-pomoc-deti-se-zdravotnim-postizenim/vzdelavani-det-se-specialnimi-potrebami>

32) KUČEROVÁ, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010. psyché (grada). ISBN 978-80-247-2045-6

33) KUTNOHORSKÁ, J., *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009,175 s. ISBN 978-80-247-2713-4

34) LA TOURELLE, M., *Dar jménem Alzheimer: nové náhledy na potenciál Alzheimerovy choroby a její léčby*. Přeložil: Richard HERBICH. Praha: Dobrovský, 2016. Knihy Omega. ISBN 978-80-7390-308-4.

36) MACKOVÁ, I., *Role pedagoga v multidisciplinárním týmu pomáhajících profesionálů*. In: *Rozvoj školy a supervize*. Praha: Lumen vitale – Centrum vzdělávání, 2012. ISBN 978-80-905000-7-5

37) MAHROVÁ, G., a M. VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada,2008, 168 s. ISBN 978-80-2472138-5

38) MASTILIAKOVÁ D., *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika*, 1. Vyd. Praha:Grada, 2014, 192 s. ISBN 978-80-247-5376-8

39) MATOUŠEK O., P. KODYMOVÁ, J. KOLÁČKOVÁ et al. *Sociální práce v praxi:specifika různých cílových skupin a práce s nimi*.1.vyd. Praha: Portál, 2005, 351s. ISBN 80-7367-002-x

40) MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR: *Informace o pravidlech i pomoci na trhu práce a ze sociálního systému*. Praha: MPSV, 2013,s 32.ISBN 978-80-7421-061-7

41) MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4

42) MUSS, Městský ústav Sociálních Služeb Strakonice 2018. [Online]. [Cit. 2018-01-06] . Dostupne z: <<http://www.meuss.strakonice.eu>>

- 43) MUZAR, Z., 2014. Addictive substances may induce a rapid neurological deterioration in fragile X-associated tremor ataxia syndrome: A report of two cases. [online]. *Intractable & Rare Diseases Research*. 4(3), 162-165 [cit. 2018-01-05]. DOI: 10.5582/irdr.2014.01023. Dostupné z: https://www.jstage.jst.go.jp/article/irdr/3/4/3_2014.01023/_pdf
- 44) NOVÁKOVÁ L. *Pracovní rehabilitace*. PRACEPROZP.cz. [online], 2011 (cit.2017-12-30). Dostupné z: <http://www.praceprozp.cz/informace/poradenstvi/pracovni-rehabilitace>
- 45) NOVARTIS. *Was ist Alzheimer*. 2015. [online].[cit. 22.1.2018]. Dostupné z: <<http://alzheimer.de/alzheimer/diagnose.html>>
- 46) OREL, M., a V. FACOVÁ. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2617-5.
- 47) PFEIFFER J. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2014. 175s. ISBN 978-80-7394-461-2
- 48) PIDRMAN, V. (2007). *Demence*. Praha: Grada Publishing .Praha: Portál, 2012, 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6
- 49) PREISS, M., a H. PŘIKRYLOVÁ KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0843-4.
- 50) REGNAULT, M., *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9.
- 51) RŮŽIČKOVÁ, K., *Rehabilitace zraku slabozrakých a rozvíjení čtenářské výkonnosti*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-383-3.
- 52) SVĚCENÁ K., a O. ŠVESTKOVÁ. *Ergoterpie*. In: Pfeiffer, Jan. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita (České Budějovice), 2014, 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2
- 53) ŠESTÁK, J., *Pracovní rehabilitace*. In: Pfeiffer, Jan. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita(České Budějovice), 2014, 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2

- 54) TKÁČ, J. 2014. [online]. Ambulance pro léčbu závislostí a patologického hráčství .[cit. 2017-12.12]. Dostupné z <http://www.at-ambulance.cz/syndromzav.htm>
- 55) TLUMIVÉ DROGY, 2017. [online]. Návykové látky. [cit. 2017-12-20]. Dostupné z:<http://navykovelatky.cz/>
- 56) TRACHTOVÁ E., et al., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 987-80-7013-553-2
- 57) VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4
- 58) VITONĚ, J., 2015. *Dítě se zdravotním postižením a jeho rodinné prostředí*. *Kontakt*. [online]. 17(2), s. 140 – 146. [cit. 2017-12-28]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: <http://casopiszsfsfu.zsf.jcu.cz/kontakt/administrace/clankyfile/20150619142118787271.pdf>
- 59) VOJTOVÁ H., *Smyslová aktivizace v české praxi*. 1. Vyd. Prachatice: insitut vzdělávání, 2014. 69 s. ISBN 978-80-260-5804-5
- 60) VOTAVA, J., *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5
- 61) WORLD HEALTH ORGANIZATION, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (1. 12 2017). www.uzis.cz. [online] Dostupné 23.12 2017 z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>
- 62) WORLD HEALTH ORGANIZATION (2017). *Mental disorders* [online] Dostupné z http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/
- 63) WORLD HEALTH ORGANIZATION. Rehabilitation. [online] cit. 2017-12-30). Dostupné z : [http:// www.who.int/topics/rehabilitation/en/](http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/)
- 64) *Zákon č. 108/2006 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách*. In: Sbíрка zákonů České republiky. [online]. [cit. 28.12.2017]. Dostupný z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf >

65) ZEMAN M., *Základy fyzikální terapie*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2013, 105 s. ISBN 978-80-7394-403-2

66) ZVĚŘOVÁ, M., *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

Přílohy:

DOHODA

o umožnění provedení výzkumu

uzavřená mezi:

žadatelem:

Jméno: **Bc. Lucie Rathová** (dále jen žadatel)
Bydliště: Mlázovy 40, 241 42 Kolinec
Datum narození: 2. 3. 1987
Název a sídlo vzdělávacího zařízení:
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
J. Boreckého 27
370 11 České Budějovice

na straně jedné:

Organizaci: **Městský ústav sociálních služeb Strakonice**
Jezerní 1281
386 01 Strakonice
v zastoupení Mgr. Dagmar Prokopiusovou, ředitelkou
(dále jen organizace)

na straně druhé

takto:

organizace žadateli poskytne potřebné informace a součinnost k provedení výzkumu za účelem vypracování diplomové práce (dále jen Práce) na téma:

Využití koordinované rehabilitace v domově se zvláštním režimem

a umožní žadateli pobývat za tímto účelem na svých pracovištích

v období od: 21. 9. 2018 do: 2. 2. 2018

Povinnosti organizace:

1. Organizace zajistí žadateli vstup do svých prostorů v doprovodu odpovědného pracovníka, kterým je: Bc. Věra Kadeřábková – vedoucí zdravotní a ošetrov. péče, případně v doprovodu zaměstnanců, které určí odpovědný pracovník.
2. Organizace poskytne žadateli informace potřebné k vypracování Práce v souladu s ustanoveními Zákona č. 101/2001 Sb. o ochraně osobních údajů.
3. Organizace zajistí žadateli podmínky pro bezpečnou a zdraví neohrožující práci v souladu s platnými právními předpisy k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci a v souladu s ustanovením § 132 a následujícími Zákoníku práce, ve znění pozdějších předpisů a předpisů souvisejících.

Povinnosti žadatele:


1. Žadatel se zavazuje dodržovat ustanovení zákona č. 101/2001 Sb. o ochraně osobních údajů a zásady mlčenlivosti o zjištěných nebo získaných skutečnostech, citlivých osobních údajích a fotodokumentaci.
2. Žadatel se zavazuje po ukončení seznámit zástupce organizace se záměry vyplývajícími z této práce a předat organizaci písemnou kopii závěrů.

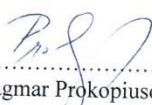
Závěrečná ustanovení:

1. Dohoda nabývá platnosti podpisem obou stran.
2. Žadatel potvrzuje, že je řádně proškolen v oblasti BOZP a PO a bude dodržovat tyto zásady.

3. V případě nedodržení Dohody a nedodání kopie závěrů vyplývajících z této práce bude organizace informovat zařízení o nedodržení podmínek Dohody ze strany žadatele.

Dne: 17. 1. 2018


.....
žadatel


.....
Mgr. Dagmar Prokopiusová-ředitelka

Městský úřad sociálních služeb
Strakonice ①
Jezerní 1231, 3108 01 Strakonice
IČO 70920394 DIČ CZ70920394

Seznam zkratek

KP: Komunikační partner

DZR: Domov se zvláštním režimem

RZP: Rychlá záchranná pomoc

ČSSZ: Česká správa sociálního zabezpečení

ÚP: Úřad práce

IP: Individuální plán(plánování)

KRHB: Koordinovaná rehabilitace