

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

Olomouc 2024

Alena Flodrová, DiS.

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ
ANTROPOLOGIE

Adaptační proces u klientů domova pro seniory se zvláštním režimem

Adaptation process of clients of the home for the elderly with a special regime

Bakalářská práce

Studijní program: Sociální práce

Autor: Alena Flodrová, DiS.

Vedoucí práce: PhDr. Eva Klimentová, Ph.D.

Olomouc 2024

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma „*Adaptační proces u klientů domova pro seniory se zvláštním režimem*“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Brně dne 26. 6. 2024

Podpis

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala **PhDr. Evě Klimentové, Ph.D.** za odborné vedení závěrečné práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci. Poděkování také patří rodině a všem, kteří mě po celou dobu mého studia podporovali.

Anotace

Jméno a příjmení:	<i>Alena Flodrová, DiS.</i>
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Studijní program:	<i>Název studijního programu či studijních programů.</i>
Studijní program obhajoby práce:	<i>Sociální práce</i>
Vedoucí práce:	PhDr. Eva Klimentová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Název práce:	Adaptační proces u klientů domova pro seniory se zvláštním režimem
Anotace práce:	Bakalářská práce se věnuje adaptačnímu procesu u klientů nastupujících do pobytového zařízení domova pro seniory se zvláštním režimem z domácího prostředí a z jiného zařízení pobytového typu. V teoretické části jsou vymezené základní pojmy, jako je stáří, Alzheimerova choroba a adaptace. V empirické části je použita kvantitativní strategie výzkumu postavená na analýze dokumentů. Získaná data jsou navzájem komparována u obou vybraných skupin s cílem zjistit, jak se liší začátek, průběh a závěr adaptačního procesu u specifikovaných skupin klientů nastupujících do domova se zvláštním režimem.
Klíčová slova:	Stáří, Alzheimerova choroba, Demence, Adaptace, Pobytové zařízení, Výzkum, Analýza dokumentů
Title of Thesis:	Adaptation process of clients of the home for the elderly with a special régime
Annotation:	The bachelor's thesis is devoted to the adaptation process of clients entering the residential facility of a home for the elderly with a special regime. In the theoretical part, basic terms such as old age, Alzheimer's disease and adaptation are defined. The empirical part uses quantitative research using observations of selected groups of people. The obtained data are compared with each other for both selected groups with the aim of finding out how the beginning, course and conclusion of the adaptation process differ for these selected groups of clients entering a home with a special regime.
Keywords:	Aging, Alzheimer's disease, Dementia, Adaptation, Residential care, Research, Document analysis
Názvy příloh vázaných v práci:	Příloha č. 1 - Vzor vyplněného formuláře <i>Záznam o průběhu adaptace</i> Příloha č. 2 - Žádost o poskytnutí informací pro účely zpracování bakalářské práce
Počet literatury a zdrojů:	40
Rozsah práce:	70 stran (84 035 znaků s mezerami)

Obsah

ÚVOD	7
A. TEORETICKÁ ČÁST	9
1. DEFINICE VYMEZENÝCH POJMŮ.....	10
1.1. Stáří.....	10
1.2. Stárnutí.....	12
1.3. Organické duševní poruchy	13
1.4. Potřeby	17
2. ADAPTACE	21
2.1. Pojem adaptace.....	21
2.2. Adaptace na stáří.....	22
2.3. Adaptační proces.....	25
2.4. Úspěšnost adaptace	28
3. SYSTÉM POMOCI OSOBÁM S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU A OSTATNÍMI TYPY STAŘECKÝCH DEMENCÍ.....	31
3.1. Příspěvek na péči.....	31
3.2. Domácí péče.....	32
3.3. Zdravotní péče.....	32
3.4. Sociální péče	34
4. DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.....	37
4.1. Cílová skupina domova se zvláštním režimem.....	37
4.3. Denní režim domova se zvláštním režimem.....	38
4.4. Multidisciplinární tým domova se zvláštním režimem.....	39
4.5. Nástup do domova se zvláštním režimem	41
4.6. Individuální plánování.....	44
B. EMPIRICKÁ ČÁST	46
5. METODIKA VÝZKUMU	47
5.1. Metodika sběru dat	48
5.2. Výzkumný vzorek.....	49
5.3. Etické zásady výzkumu	50
6. PREZENTACE A VYHODNOCENÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	51
7. DISKUSE	59
ZÁVĚR	61
POUŽITÁ LITERATURA.....	63
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	67
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	68
PŘÍLOHY	69

„... Domov není místo, kde bydlíš, ale místo, kde ti rozumějí.“

Christian Morgenstern

Úvod

Lidé odcházejí později do důchodů, dožívají se vyššího věku a stávají se méně soběstačnějšími. Tito lidé velmi často potřebují pomoc druhé osoby. Moje práce se nezabývá pouze osobami se sníženou fyzickou soběstačností. Bohužel čím dál častěji se kromě fyzického stáří přidá do života i zhoršení toho duševního, společně se snížením kognitivních funkcí. Proto se v této práci věnuji vybrané cílové skupině: starším osobám s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou a jinými typy stařeckých demencí.

Výše zmiňované téma jsem si vybrala, protože již šestým rokem pracuji jako sociální pracovníce v domově se zvláštním režimem a chtěla bych zdokonalit adaptační proces, kterým procházejí noví uživatelé této sociální služby.

Vnímám rozdíl průběhu adaptace na pobytovou službu mezi dvěma skupinami nově nastoupených klientů. První je skupina klientů, kteří přišli z domácího prostředí. Druhou skupinou jsou osoby, které nastoupily ze zdravotnického zařízení např. z léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické nemocnice aj. zdravotnických institucí.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak se liší začátek, průběh a závěr adaptačního procesu u klientů nastupujících do pobytové služby domova se zvláštním režimem z domácího prostředí a u klientů nastupujících ze zdravotnických zařízení.

Bakalářskou práci rozdělují na dvě části, a to na část teoretickou a část empirickou. Tato bakalářská práce je práce výzkumná a pro dosažení cíle práce bude využit kvantitativní výzkum.

V teoretické části za pomoci odborné literatury objasním základní pojmy, které jsou charakteristické k mému tématu. Konkrétně osvětlím pojmy stáří, stárnutí, Alzheimerova choroba, další typy demencí a pojem adaptace. Protože moje práce pojednává o domově se zvláštním režimem, zmíním jeho legislativní vymezení a jaké jsou další možnosti sociální práce s osobami s Alzheimerovou chorobou a jinými typy stařeckých demencí. V neposlední řadě se budu věnovat adaptačnímu procesu a individuálnímu plánování. Jsou využity české, ale i zahraniční odborné zdroje, odborné knihy a vědecké články, týkající se tématu této práce. Neméně užitečné jsou však mé zkušenosti z vlastní práce na pozici sociálního pracovníka v domově se zvláštním režimem.

V empirické části uskutečním kvantitativní výzkum, ve kterém dle stanovených kritérií dojde ke zhodnocení adaptačního procesu. Výzkum uskutečním prostřednictvím analýzy dostupných dokumentů. Ten zahrne dvě skupiny a to: 1. Klienty nastupující z domácího prostředí a 2. Klienty nastupující ze zdravotnických zařízení. Skupiny budu komparovat a zjistím odlišnosti začátku, průběhu a závěru adaptačního procesu.

Tuto bakalářskou práci chci směřovat především lidem, kteří pracují s osobami, které prochází adaptačním procesem při nástupu do domova se zvláštním režimem. Práci také věnuji studentům sociální práce a další široké veřejnosti, kterou dané téma zajímá.

A. Teoretická část

„Ze všech lidských neduhů má nepochybně nejdelší průběh stárnutí. Trvá vlastně celý život, od narození až do smrti.“

Robert J. Meltzer

1. Definice vymezených pojmů

Průvodní kapitolou teoretické části seznámím čtenáře se základními pojmy, které jsou stěžejním kamenem k pochopení mého tématu. Tato práce se zaměřuje na osoby žijící v domově se zvláštním režimem. Cílovou skupinu tvoří starší osoby s chronickým duševním onemocněním, jež potřebují pomoc druhé osoby se zvládnutím základních potřeb. Proto v jednotlivých podkapitolách objasním pojmy jako je stáří, stárnutí, potřeby a vybraná duševní onemocnění. První kapitola tak bude zásadní pro pochopení dalších částí této práce.

1.1. Stáří

Pojetím stáří se společnost zabývá už od 18. století. Stáří neboli „senium“ je dle Tomeše (2010) poslední fázi ontogenetického vývoje člověka. To tvrdil i německý psycholog Erik Homburger Erikson, který stáří zařadil do posledního stádia v jeho teorii psychosociálního vývoje. Jedná se o zpětný pohled na život člověka s pocitem, jestli jeho život měl smysl. Mohou nastat pochyby a pocity zoufalství. Posledním ze stádií je stadium nazvané „*Integrita proti Zoufalosti*“. Je to přijetí vlastního jedinečného životního příběhu jako něčeho, co muselo být, a co nezbytně nemohlo být jinak. Erikson ke všem stádiím přiložil tzv. základní ctnosti a k poslednímu stádiu přiřazuje ctnost *odříkání a moudrost* (Erikson, 2002).

Tomeš (2010) uvádí, že ve stáří dochází k postupnému snižování funkcí organismu jedince. Ve stáří se mění afektivita prožívání, citové vztahy a celkové sebepojetí. Stáří je soubor změn v soustavě funkcí celého organismu, které zapříčiňují úbytek výkonnosti jedince, a ty se poté hromadí v terminálním stádiu (Langmeier & Krečířová, 2006).

Zaměříme-li se na konkrétní členění pojmu stáří, dozvíme se, že v jednotné přesné kategorizaci se autoři ještě neshodli. Často se však setkáváme s rozdělením dle tří kritérií, jež popisují (Čeledová et al., 2016) a které jsou:

1. biologický věk je posuzován dle biologických a tělesných parametrů člověka;
2. sociální věk je charakterizován sociálním statusem, zkušenostmi a generační kompetencí;
3. kalendářní věk vymezuje kalendářní hranici stáří.

Třetí posledně zmiňovaný kalendářní věk více specifikuje Světová zdravotnická organizace (WHO), která uvádí tři konkrétní stadia pro stanovení jednotlivých etap dle věku jedince (Malíková, 2020):

- a) 60–74 let senescence (počínající, časná stáří);
- b) 75–89 let kmetství (neboli senium, vlastní stáří);
- c) 90 let a více patriarchum (dlouhověkost).

Na základě výše uvedeného rozdělení můžeme uvést, že jedinec se po dosažení 60 let nachází v počínajícím časném stáří. Přičemž dle Českého statistického úřadu (ČSÚ) k datu 1. 1. 2023 je celkové složení obyvatel České republiky 10 879 529 a osob nad 60 let věku je 2 803 775. Jedná se o 25,8% obyvatelstva České republiky a je proto zřejmé, že je potřeba se o tyto osoby zajímat (ČSÚ, 2023).

1.2. Stárnutí

Pojem stárnutí vysvětluje Langmeier & Krejčířová (2006) jako soubor změn ve funkcích organismu jedince, který je spojen se snížením celkové výkonnosti a schopnosti. Dle Tomeše (2010) je tento proces velice individuální a může být podmíněn více faktory, jako jsou majetkové poměry, fyziologie jedince, genetická predispozice, rozvoj léčebných a pobytových institucí či změna podnebí, ve kterém osoba žije.

Je zcela jasné, že stárnutí se projevuje u každého jedince rozdílně, avšak existují jisté změny, ke kterým v tomto procesu dochází. Těmito změnami se zabývají Langmeier & Krejčířová (2006), přičemž zdůrazňují kognitivní stránku jedince. Kognitivními změnami rozumíme zhoršení smyslového vnímání, zhoršení paměti, pokles některých složek inteligence a celkové tvořivosti (Langmeier & Krejčířová (2006).

Dle výše uvedeného je stárnutí spojeno s úbytkem kognitivních funkcí, což rozhodně neznamena syndrom demence, ale s přibývajícím věkem roste pravděpodobnost onemocnění touto chorobou (Holmerová et al., 2007).

Dle Malíkové (2020) je období stárnutí negativně vnímaný jev, ve kterém jsou očekávané problémy spojené se ztrátou soběstačnosti jedinců. A právě kvůli zvyšujícímu se podílu stárnoucích osob dochází k rozvoji sociální práce (Tomeš, 2010).

Rozvíjí se také sociální politika státu. V současné době je ve společnosti kladen důraz na aktivní přípravu na stárnutí. Stát je klíčový aktér v sestavování sociálně politických opatření. Stárnutí je ovšem v rukou jednotlivých společenských institucí, a především jednotlivých stárnoucích jedinců. Za tímto účelem vznikl pod záštitou Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (MPSV) *Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2021–2025*. Ministerstvo práce a sociálních věcí zmiňuje ve strategickém rámci šest problémových oblastí stárnoucího obyvatelstva (finanční zajištění, bydlení,

zdraví a prevence, podpora a péče, zaměstnanost a celoživotní učení, diskriminace, týrání, zneužívání a ochrana spotřebitele), na které je potřeba patřičně reagovat. Reakcí na uvedené problémové oblasti je vznik *Desatera přípravy na stárnutí*. V desateru jsou obsažené tyto body: spravedlivé důchody, dostupnější a kvalitní sociální služby, dostupnější a bezbariérové bydlení pro seniory, podpora sendvičové generace a neformálních rodinných pečujících, příprava státu na stárnutí společnosti, podpora rodiny a mezilidské vztahy, bezpečný život seniorů, boj proti diskriminaci, bezbariérový veřejný prostor či osvěta a medializace tématu stárnutí (MPSV, 2020).

V souvislosti s výše uvedenou cílovou skupinou je potřeba zaměřit se na vybrané duševní poruchy se zaměřením na demenci.

1.3. Organické duševní poruchy

Ve stáří se mohou vyskytovat různé duševní poruchy, mezi něž je řazen syndrom demence. Nejvyšší prevalenci má demence při Alzheimerově chorobě. Proto se dále v práci zaměřuji především na toto onemocnění. Demence je typická poruchami chování, narušením kognitivních funkcí a běžných aktivit (Ptáčková & Ptáček, 2021).

I Jiráček et al. (2009) se zabývají základními klinickými příznaky demence. Těmi jsou postižení kognitivních funkcí (poruchy paměti), postižení aktivit denního života (běžné dovednosti) a behaviorální a psychologické příznaky (poruchy chování, psychotické příznaky, produkce bludů, poruchy emocí, poruchy spánku). Vzhledem k této kognitivní poruše (nedostatek paměti, vzhledu a úsudku) má osoba problém přizpůsobit se rozporuplnostem, nedorozumívá se v mezilidské komunikaci (Jiráček et al., 2009).

„Demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí (funkcí, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci se zevním prostředím, cílené, chování)“ (Jirák et al., 2009 s. 11).

Demence zahrnuje kromě výše zmíněných příznaků také poruchy chování, jako např. bránění se péči, neklid, agresivita, toulání se, bloudění, poruchy spánku, psychotické příznaky, agresivita, deprese, úzkost. Osoba s diagnostikovanou demencí ztrácí **schopnost přizpůsobit se**. Přizpůsobivost se rovněž snižuje vlivem narůstajícího věku. Jedinec už nedokáže posoudit, zdali zvládne uspokojovat své základní potřeby, a v tomto důsledku se brání péči druhé osoby (Jirák et al., 2009).

Dle Zgoly (2003) může demence způsobovat izolaci jedince, který se následně cítí bezcenně. To může způsobit, že se tyto osoby stáhnou do sebe. Je proto důležité zaměřit se na hledání možností smysluplných aktivit. Osoba s demencí také ztrácí schopnost orientace v prostoru a nerozpoznává polohu předmětů. Proto pro osobu s demencí může být nesnadné přizpůsobit se novému prostředí. Je důležité navázat a udržet efektivní komunikaci, protože *„osoba s kognitivní poruchou má potřebu zvláštní komunikace, která je důsledkem její emocionální závislosti, neschopnosti dělat ústupky a přizpůsobovat se“* (Zgola, 2003, s. 124).

Existují dva typy demencí, s nimiž se můžeme nejčastěji setkat (Hauke, 2017):

1. Atroficko – degenerativní demence – charakterizovaná degenerativním postižením mozku. Nejčastějším onemocněním atrofickou-degenerativní demencí je Alzheimerova nemoc. Dále do této skupiny řadíme Parkinsonovu chorobu, demenci s Lewyho tělísky, Huntingtonovu chorobu a další frontotemporální degenerace.

2. Sekundární demence – nejdříve vzniká onemocnění, které poškozuje mozek, s následkem rozvinutí demence. Příkladem může být cévní mozková příhoda, která způsobuje vaskulární či smíšenou demenci. Sekundární demence také může být vyvolána dalšími onemocněními, jako jsou různé infekce či pouřazové stavy.

Demencí u Parkinsonovy choroby trpí asi 0,2% populace. Toto onemocnění má vliv na zhoršení mobility (svalová ztuhlost, snížená hybnost). Demence u Parkinsonovy choroby je diagnostikována u cca 20–40 % nositelů tohoto onemocnění (Jirák et al., 2009).

Vaskulární demence je demence, která spadá do sekundární demence. Vzniká poškozením mozkové tkáně, a to většinou při mnohočetných mozkových infarktech (Jirák et al., 2009).

Demenci často zaměňujeme s **Alzheimerovou chorobou**. Důvodem je, že Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou demence, jsou jí způsobeny až dvě třetiny všech demencí (Höschl, 1996).

Je důležitá včasná diagnóza Alzheimerovy choroby. K určení diagnózy dopomohou klinická vyšetření prokazující úbytek kognitivních funkcí, například screeningový test MMSE (Mini Mental State Exam). Tento test kognitivních funkcí určí, v jakém pásmu poruchy se klient nachází (Holmerová et al., 2007).

Mezi tři stadia demence probíhající u Alzheimerovy choroby patří (Holmerová et al., 2007):

První stádium – syndrom počínající a mírné demence – osoba je soběstačná, jen potřebuje menší návody. Občasně osoba ztrácí slova, má obtíže se zapamatováním nových věcí a pomalu ztrácí své zájmy.

Druhé stádium – syndrom rozvinuté demence – osoba již potřebuje dohled nad běžnými činnostmi. Z uvedených tří stádií je druhé stádium považované za nejdelší. Osoba se může ztrácet, může být neklidná, ztrácí krátkodobou paměť, velmi špatně se vyjadřuje, není schopna si sama nakoupit, uvařit a celkově je zhoršena její soběstačnost.

Třetí stádium – syndrom pokročilé demence – v tomto stádiu osoby potřebují nepřetržitou ošetrovatelskou péči. Osoba již nedokáže rozpoznat blízké osoby, je velmi často inkontinentní a není schopna vyjádřit své přání a potřeby.

V České republice existuje obecně prospěšná společnost, která vznikla v roce 1997, nesoucí název Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. (ČALS). Cílem této společnosti je pomoc a podpora osobám s Alzheimerovou chorobou. ČALS zprostředkovává vzdělávací kurzy s akreditací MPSV (Ministerstva práce a sociálních věcí), odborné semináře, vydává odborné brožury a také další rady a tipy pro pečující osoby (ČALS, 2015).

Dle Alzheimerovské asociace bylo ve Spojených státech amerických v roce 2014 pět a půl milionu jedinců s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou a dalším onemocněním, které má vliv na jejich kognitivní deficit. Pokud nebude v dohledné době nalezena vhodná léčba, dojde k masivnímu nárůstu počtu těchto osob (Robert B. Santulli & Kesstan Blandin, 2015). Statistika WHO z roku 2022 registruje takřka 50 milionů jedinců s demencí, přičemž polovinu tvoří osoby s Alzheimerovou chorobou (Weng Marc Lim & Carmen, 2023). Dle Pařížské deklarace v zemích Evropské unie žije 5,4 milionu osob trpících

Alzheimerovou chorobou či jiným typem nemoci způsobující demenci. Načež v České republice by počet mohl být až 150 tisíc jednotlivců (Holmerová et al., 2007).

Z výše uvedených statistik vyplývá, že počet osob s tímto onemocněním není zanedbatelný a je potřeba se tomuto problému dále věnovat.

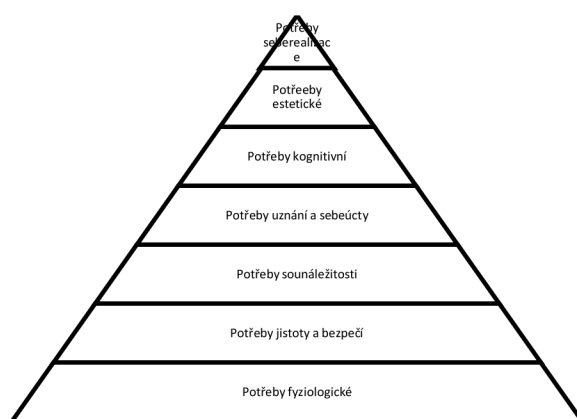
Na začátku kapitoly jsem zmiňovala, že cílovou skupinou mého výzkumu jsou osoby, jež potřebují pomoci se zvládnutím svých potřeb. Proto následně vysvětlím, co to potřeby jsou.

1.4. Potřeby

Uspokojování lidských potřeb je základním kamenem kvality života. Starší osoby a osoby s demencí mnohokrát nejsou schopny vyjádřit své potřeby. Proto je nutný aktivní postoj ošetrovatelského týmu. Uspokojení základních lidských potřeb jedince je dobrý začátek pro hledání dalších potěšení těchto osob (Hrozenská & Dvořáčková, 2013). To tvrdí i americký psycholog Abraham H. Maslow, který zjistil, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou šťastnější, zdravější a výkonnější než jedinci s neuspokojenými potřebami (Trachtová, 2001).

Maslow roztřídil sedm základních lidských potřeb do pyramidového systému. Viz obrázek č. 1.

Obrázek 1 Maslowa hierarchie potřeb



(Zdroj: Trachtova, 2001, upravené)

Maslowa hierarchie potřeb znázorňuje ve spodní části pyramidy nižší lidské potřeby, jejichž uspokojení je předpokladem k dosažení vyšších potřeb v horní části pyramidy. Rozpoznat lidské potřeby a přijít na metodu uspokojení těchto potřeb je podstatné pro tvorbu individuálního plánu klienta, který nastupuje do pobytového zařízení (Malíková, 2020).

Dle Trachtové (2001) má člověk jisté potřeby, které se v průběhu života mění. Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Je třeba říct, že některé potřeby jsou pro všechny společné bez ohledu na věk či nemoc. I přesto, že jsou potřeby společné, je každý může uspokojovat jinak. S tím, že se potřeby se stářím osob mění, souhlasí i Tomeš (2010), který je konkretizuje. Jsou to například změny ve způsobu stravování, nároky na bydlení či skromnější způsob odívání (Tomeš, 2010).

Mezi faktory, které ovlivňují uspokojení potřeb člověka, patří mimo jiné nemoci a vývojová stadia člověka. V této práci se zabýváme cílovou skupinou osob, která trpí určitou nemocí. Proto se budu opírat o Trachtovou, která hodnotí úroveň sebepéče a soběstačnosti nemocného, která je základem pro stanovení ošetřovatelského plánu (Trachtová, 2001).

Existují různé testy, které hodnotí úroveň sebepéče nemocného. Díky nim ošetřovatelský personál hodnotí, zda je nemocný zcela soběstačný či zcela závislý. U starších osob, kterými se v této práci zabýváme, se hodnotí úroveň

soběstačnosti. Sledují se činnosti jako pohybová schopnost, osobní hygiena, inkontinence, oblékání, schopnost udržovat domácnost, najíst se, přesunout se na lůžko a celková mobilita. Tělesná aktivita se také stářím mění. Je důležité i ve stáří zachovat soběstačnost, protože dobrá fyzická kondice má pro člověka pozitivní význam (Trachtová, 2001).

Metoda hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby je zakotvena v Příloze č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Celkem je posuzováno deset oblastí, jimiž jsou: mobilita, komunikace, orientace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, péče o domácnost a osobní aktivity (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

§ 8 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách pak stanovuje čtyři stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby, a to dle počtu životních potřeb, které daná osoba není schopna zvládat. Čím více potřeb není osoba schopna zvládat, tím je osoba zařazena do vyššího stupně závislosti. Dle stupně závislosti je poté osobě stanovena výše příspěvku na péči. viz tabulka č. 1

Tabulka 1 Hodnocení stupně závislosti na pomoci druhé osoby starší 18 let

Stupeň závislosti	Počet potřeb, které není osoba schopna sama zvládat	Výše příspěvku na péči
1. Stupeň závislosti	3–4	880 Kč
2. Stupeň závislosti	5-6	4400 Kč
3. Stupeň závislosti	7-8	12800 Kč
4. Stupeň závislosti	9-10	19200 Kč

(Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách, §11, upravené)

Pro aktuálnost této práce chci zmínit revizi, ke které dojde od 1. července 2024. Dle tiskové zprávy MPSV dojde k zvýšení příspěvku na péči ve II. až IV. stupni závislosti. Osobám ve IV. stupni s péčí poskytovanou mimo pobytové sociální služby bude vypláceno o 4.000,- více než osobám s péčí poskytovanou v pobytové sociální službě (MPSV, 2024).

V první obsáhlé kapitole jsem objasnila základní pojmy, jako je stáří, stárnutí, potřeby a nejvíce jsem se věnovala pojmu demence. Také jsem uvedla zákony a vyhlášky, ve kterých je legislativně uvedeno, jakým způsobem se hodnotí soběstačnost osob. Z první kapitoly vyplynulo, že stárnoucí osoby potřebují pomoc při uspokojování svých potřeb. Zjistila jsem také, že osoby s demencí mají problém s přizpůsobováním, a proto bude další kapitola věnovaná adaptaci.

„Je štěstí poznat v mládí přednosti stáří a stejné štěstí je udržet si ve stáří přednosti mládí.“

Johann Wolfgang von Goethe

2. Adaptace

Ve druhé kapitole osvětlím pojem adaptace, jelikož jsme se v první kapitole dozvěděli, že osoba s demencí má problémy s přizpůsobováním se.

2.1. Pojem adaptace

Adaptace znamená schopnost přizpůsobovat se určitým, v minulosti neobvyklým podmínkám. Adaptace je základní biologická, psychologická a sociální. Biologická adaptace je schopnost organismu přizpůsobit se vnějším, dříve neobvyklým podmínkám. Psychologická adaptace znamená přizpůsobení se chováním, myšlením a postoji. Sociální adaptace je proces přizpůsobení se na sociální podmínky (Hartl & Hartlová, 2000). Cílem adaptace je vyrovnat se se změnami, které vedou ke stabilnímu stavu vnitřní rovnováhy tzv. *homeostáze* (Cannon, 1939 in Paulík, 2017 s. 17).

Dle Míčka (1984) existují dva druhy adaptace. Nejdříve adaptace jako fyziologický proces, kdy mluvíme o působení vnějších podnětů a dlouhodobém působení prostředí. Poté o adaptaci jako přizpůsobovacím procesu, kdy je osoba nucena adaptovat se na změnu (Míček, 1984).

Z pohledu lidského vývoje adaptace probíhá určitými způsoby. Jedním ze způsobů je tzv. *akomodace*, která je považovaná za pasivní adaptaci, kdy se osoba přizpůsobuje vnějšímu prostředí. Druhým ze způsobů je *asimilace*, která je vysvětlena jako aktivní adaptace, kdy si osoba přizpůsobuje svá prostředí sobě (Míček, 1984).

Existují čtyři aspekty adaptace (Míček, 1984):

- emoční aspekt adaptace – adaptace je emočně pružná, nesnižuje frustrační toleranci;
- kognitivní aspekt adaptace – je založena na sebepoznání;
- volní aspekt adaptace – je založena na svobodné volbě chování a jednání, jedinec je cílevědomý a je schopen být v rámci určitých hranic neovlivňován;
- sociální aspekt adaptace – jedinec si vytváří dlouhodobé sociální vztahy a vazby, sociální aspekt se může vyznačovat i pomáháním druhým lidem.

Protože se věnujeme stárnoucím osobám, budu další podkapitolu věnovat adaptaci na stáří.

2.2. Adaptace na stáří

Existují různé teorie i vícero odborníků, kteří zkoumají schopnost adaptovat se na stáří. Můžeme zmínit tři teorie adaptace na stáří. První z nich je teorie aktivního stáří, kde je základem zůstat u svých obvyklých činností a aktivit. Druhou teorií je teorie postupného uvolňování z aktivit, kdy jedinec opouští své obvyklé činnosti a aktivity. Poslední teorie neboli substituční teorie, je zaměřena na to, aby byly staré činnosti a aktivity zaměněny za nové a vhodnější. Vždy je však potřeba přihlídnout k jedincům velmi individuálně (Kalvach, 2004).

Důležitým faktorem úspěšné adaptace je celková příprava na stáří. Příbyl (2015) rozděluje přípravu na stáří dle časového hlediska na):

a) Dlouhodobou přípravu na stáří

Dlouhodobá, téměř celoživotní snaha připravit se na stáří. Může být ovlivněna vzděláním, pevnými rodinnými vazbami, vhodnou rodinnou výchovou, zapojením vnoučat do péče, vhodnou životosprávou a racionální stravou.

b) Střednědobou přípravu na stáří

Začíná zhruba deset let před ukončením ekonomické aktivity. Jedinec by se měl v tomto věku postupně připravovat na pravé stáří, co konkrétně ve stáří bude dělat.

c) Krátkodobou přípravu na stáří

Nejkratší příprava na stáří – cca 3-5 let před ukončením ekonomické aktivity. Je kladen důraz na dostatek informací o způsobu života v pravém stáří. Především co se týče zdravotnictví a sociálních služeb. V tomto časovém hledisku je doporučeno tzv. celoživotní vzdělávání, či jiné vzdělávací kurzy (Příbyl, 2015).

Adaptace na nový životní styl je jednou z fází vyrovnávání se se změnou nové sociální role. Příbyl mezi nejdůležitější aspekty připisuje adaptaci na nové životní změny, jedincovu životní filozofii a zkušenosti. Avšak „*adaptace na stárnutí se může v průběhu času měnit, je ovlivňována somatickými a psychickými změnami seniorů, ale také vnějšími podmínkami.*“ (Příbyl, 2015 s. 24).

„Strategie adaptace na stáří“

Podle reakcí seniora jsou rozlišeny tzv. strategie adaptace na stáří. Tyto strategie se životně prolínají. Jedná se o následující modely (Příbyl, 2015):

- a) konstruktivní přístup ke stáří – je to „ideální“ přístup a model adaptace, kdy se jedinec na stáří připravuje již od útlého věku;
- b) závislost na okolí – velmi častý přístup mezi dnešními seniory. Jedinec se spoléhá na péči ostatními osobami;
- c) obranný postoj – jedinec má odmítavý postoj, kdy např. velmi dlouho pracuje i přesto, že by mohl odejít do důchodu;
- d) nepřátelský postoj – jedincovy adaptační mechanismy se velmi těžce přizpůsobují nové situaci, až je agresivní;
- e) sebenenávist – osoba má velmi nízké sebehodnocení, je lítostivá, plačtivá, obrací své negativní emoce vůči sobě.

„Zásady 5P“

Švancara popisuje zásady „5P“, které pro optimální adaptaci doporučuje. Jsou jimi: pružnost, prozíravost, porozumění, potěšení, životní perspektiva, přičemž (Švancara, 2004):

- a) *pružnost* – neboli flexibilita, znamená být otevřený novým stimulům, mít zájem a záliby kolem sebe, pružnost také souvisí s aktivním a pasivním tělesným pohybem. Je zde kladen důraz na schopnost měnit měnitelné a schopnosti sebekritiky. Pružnost pozitivně ovlivňuje tělesný pohyb. Lidé částečně mobilní nebo plně imobilní potřebují alespoň pasivní pohyb;
- b) *prozíravost* – znamená vidět věci ve vzájemném vztahu, dokázat organizovat svůj čas, prozíravý člověk je moudrý a rozvážný, má nadhled nad situací. Prozíravost je spojena s životními zkušenostmi jedince. Schopnost prozíravosti poté umožňuje organizovat si vlastní život, být připraven na změny či neopakovat své dosavadní chyby;

- c) *porozumění* – mít dobré vztahy v rodině a mezi blízkými přáteli, osoba se dokáže vcítit do druhých osob, jedná se také o schopnost pochopení druhých, a především být empatický;
- d) *potěšení* – mít dobrou náladu, uchovat si své záliby, koníčky, které dělají jedinci radost. I ve stáří je důležité udržet si radost z bytí, které přispívá k úspěšné adaptaci;
- e) *perspektiva* – značí zachování si svého stylu a zůstat pozitivní, orientovat se na plánování budoucnosti. Senior si při úspěšné adaptaci stanovuje přiměřené cíle.

Změny v organismu jsou označeny pojmem „*obecný adaptační syndrom*“, který má tři stádia, a to: stádium alarmu, stádium rezistence a stádium vyčerpání. Jde především o odpověď organismu na stresové situace. Při dlouhodobém či opakovaném stresu odolnost organismu na stresové situace klesá. V alarmovém stádiu je zahrnutá fáze tzv. *pošoková*. Stádium rezistence je fáze vrcholného adaptačního úsilí, naopak ve stádiu vyčerpání, dochází k selhání adaptačních schopností organismu. (Švancara, 2004)

2.3. Adaptační proces

Protože se zaměřuji na osoby, které žijí v pobytovém zařízení, je nutné objasnit si adaptační proces, který je jeho nedílnou součástí.

Obecně můžeme říct, že život starších lidí se odehrává v určitém teritoriu. Pro seniory je typické teritorium jejich bytu, které pro ně znamená jejich prožitý život, jejich vzpomínky, a především pocit bezpečí. Po nástupu do domova se zvláštním režimem nebo nemocnice hovoříme o teritoriu instituce, kdy senior musí dodržovat určitá pravidla. Nástup do pobytového zařízení je spojen se zátěží, se ztrátou autonomie a soběstačnosti, jež má vliv na prožívání a chování jedince. Aby se mohl tento jedinec optimálně adaptovat, musí nové prostředí

dostatečně poznat a být informován o dění v novém teritoriu (Vágnerová, 2007).

Dále dle andragogického slovníku je adaptační proces proces, ve kterém se jedinec přizpůsobuje měnícímu se sociálnímu prostředí a zejména novým rozmanitým situacím. V oblasti řízení lidských zdrojů se jedná o snahu jedince vyrovnávat se s novým prostředím (Průcha & Veteška, 2014).

Základními rysy adaptačního procesu jsou (Kratochvílová & Křemenová, 2018):

- doba trvání adaptačního procesu 3 až 6 měsíců;
- do plánu péče je zařazen závěr sociální, rodinné a individuální anamnézy;
- kladen důraz na součinnost s rodinou a blízkými přáteli klienta;
- přidělení klíčového pracovníka.

Adaptačnímu procesu by měla být věnována vysoká pozornost, především se jedná o úkol celého multidisciplinárního týmu. Sociální pracovník tento adaptační proces většinou koordinuje. Důležitým bodem je, aby klient ihned po nástupu do zařízení dostal svého klíčového pracovníka, který bude zároveň jeho tzv. důvěrníkem. Při nástupu klienta do zařízení tento tým společně s klientem sestavují tzv. adaptační plán. V adaptačním plánu se zohledňuje zdravotní stav klienta a zdůrazňují se v něm oblasti, které mohou být ku pomoci pro zlepšení aktuálního stavu klienta (například fyzioterapie, vhodná medikace, stravování nebo účast na ergoterapii). V adaptačním procesu může výrazně pomoci rodina a blízcí přátelé klienta. Hlavním aktérem adaptačního plánu je však sám klient (Matoušek, 2015).

Adaptační proces může také ovlivnit, zdali došlo k dobrovolnému či nedobrovolnému rozhodnutí nastoupit do instituce sociální služby. Na základě této ne/dobrovolnosti má adaptační proces určité fáze (Vágnerová, 2007):

1. Dobrovolné rozhodnutí k nástupu do instituce
 - a) **Fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu** – v této fázi je dbáno na to, aby osoba, která nastoupila do zařízení, získala pozitivní zkušenosti. V této fázi mohou být osoby negativní.
 - b) **Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu** – dochází ke smíření se se ztrátou bývalého teritoria a předchozího zázemí, avšak málo kdy dojde ke komplexnímu přijetí zařízení jako skutečného domova.
2. Nedobrovolné rozhodnutí k nástupu do instituce
 - a) **Fáze odporu** – osoby jsou často negativní, agresivní na sebe, ošetřující personál, rodinu a blízké přátele. Cítí se frustrováni, cítí zradu. Proto v této fázi dochází často k obviňování.
 - b) **Fáze zoufalství** – v této fázi dochází spíše k rezignaci, jedná se o kritický moment procesu, kdy osoba nemusí postoupit do další fáze. A tak může dojít k tomu, že *„v důsledku nadměrného stresu a nezvládnutí adaptace na umístění do instituce mohou i zemřít, tato varianta je označovaná jako „smrt z maladaptace“* (Pacovský, 1994, in Vágnerová, 2007, s. 422).
 - c) **Fáze vytvoření nové pozitivní vazby** – pokud osoby překonají fázi zoufalství, často navážou s někým z ošetřujícího personálu dobrý vztah. Nemusí se jednat přímo o vztah s osobou z personálu, ale může se jednat například o spojení příjemné situace s konkrétním člověkem.

Tyto fáze jdou aplikovat i v případě nástupu do domova se zvláštním režimem.

Jak vidíme, u nedobrovolného rozhodnutí je navíc fáze odporu, kterou po nástupu do zařízení musí jedinci překonat. Často jsou klienti negativní, užívají obranné mechanismy. Ve chvíli, kdy nastane umístění osoby do pobytového zařízení (zde do domova se zvláštním režimem), dochází k určitému mezníku života jedince a dochází k zásadní změně životního stylu. Dochází k velké

zátěži v několika oblastech, které mohou zapříčinit dlouhodobější adaptaci. Těmito oblastmi jsou (Vágnerová, 2007):

- *ztráta osobního zázemí* – ztráta již výše zmíněného domácího teritoria, ke kterému byl člověk vázán, může být zhoršena jeho orientace, důsledkem mohou být strach a úzkosti;
- *ztráta autonomie* – pojí se se ztrátou soběstačnosti (v momentě, kdy dojde od personálu k „přepečování“).

2.4. Úspěšnost adaptace

Hodnocení úspěšnosti adaptace je komplexní záležitost. Hodnocena má být (Ptáček & Ptáčková, 2021):

- *intrapersonální oblast* – zdravotní stav, psychický stav, funkční schopnosti a omezení. Jde především o hodnocení zlepšení psychického stavu a funkčních schopností;
- *interpersonální oblast* – rodina a blízké vztahy. Hodnoceno zlepšení v oblastech kvality sociálních vztahů a schopnosti využít sociální podporu;
- *extrapersonální oblast a využívání služeb* – zdravotní, sociální. Pro posouzení adaptace bychom se měli zaměřit na posouzení kvality života, posouzení depresivních příznaků a posouzení míry stigmatizace.

Na základě posouzení adaptace je možno určit stupeň adaptace. Existuje pět stupňů, které můžeme určit v interakci s jedincem. Specifickou roli zde hraje zdravotní stav (chronický charakter obtíží, reakce na léčbu, negativní/pozitivní prognóza, schopnost a ochota dodržovat léčebný režim a další.), těmito stupni jsou (Ptáček & Ptáčková, 2021):

1. *Plná adaptace* – jedinec je schopen plné adaptace, která odpovídá jeho věku a sociálnímu prostředí. Svůj zdravotní stav a z něj plynoucí potíže je jedinec

schopen sloučit do jednotlivých oblastí svého života. Jedinec žije plnohodnotný život a přiměřeně aktivní. Kvalitu svého života hodnotí jako velmi dobrou.

2. *Mírně narušená adaptace* – schopnost adaptace je mírně narušena. Jedinec je stále schopen integrovat svůj zdravotní stav a z něj plynoucí potíže do jednotlivých oblastí svého života. Dochází však k subjektivnímu vnímání snížené kvality života a nárůstu pasivity této osoby.

3. *Středně narušená adaptace* – jedinec již není schopen integrovat svůj zdravotní stav i přesto, že se o to pokouší. Znaky jsou výrazná pasivita a selhávání v některé sféře osobního života.

4. *Závažně narušená adaptace* – jedinec již není schopen sám integrovat svůj zdravotní stav do jednotlivých oblastí a ani se o to už nepokouší. Znakem je kriticky snížené subjektivní vnímání kvality života, rezignace a selhávání ve většině části svého života.

5. *Vymizelá adaptace* – jedinec je zcela pasivní a rezignuje na všechny oblasti života.

Při úspěšné adaptaci je osoba schopna vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu, řídit se faktory ve svém vnitřním i vnějším prostředí. Také je schopna zapojovat se do běžných aktivit a využívat dostupné služby (Ptáček & Ptáčková, 2021).

Výsledkem úspěšné psychosociální adaptace je lepší kvalita života daného jedince (Čeledová & Čevela, 2014).

Ukazatelem úspěšné adaptace může být také subjektivní ukazatel, kterým je, jak je jedinec spokojen se sociálními vztahy a se svojí identitou vůbec. Jedná se o tzv. *well – being*. Opakem úspěšné adaptace je tzv. *maladaptace*, která se projevuje v konfliktech mezi jedinci, nízkým sebehodnocením, nespokojeností a dalšími vnitřními rozpory (Paulík, 2017).

Na závěr této podkapitoly cituji čtyři nejdůležitější aspekty adaptace, kterými jsou: kdo se adaptuje, v čem se adaptuje, kdy a jakým způsobem (Švancara, 2004).

Ve druhé kapitole této práce jsem se věnovala adaptaci a adaptačnímu procesu. Pojem adaptace jsem pojala nejprve obecně, podrobněji jsem se věnovala adaptaci na stáří, které jsme si definovali v první kapitole. Také jsem se věnovala adaptačnímu procesu, který bude pro mě zásadním především v empirické části mé práce.

V další kapitole se dostáváme k sociální práci jako formě pomoci pro stárnoucí osoby s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demencí.

„Pomoc druhým není jen dobrý skutek, ale také zdroj štěstí.“

Aristoteles

3. Systém pomoci osobám s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy stařeckých demencí

V předešlých kapitolách jsem definovala základní pojmy. Nyní představím systém pomoci osobám s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy stařeckých demencí. Nejdříve definuji sociální dávku – příspěvek na péči, který se promítá v dalších systémech pomoci. Dále systémy pomoci rozdělují na domácí, zdravotní a sociální péči. Tyto stěžejní subsystémy se mohou vzájemně doplňovat.

3.1. Příspěvek na péči

O dávce *příspěvek na péči* jsem se již krátce zmínila v podkapitole č. 1.4. v kontextu se zvládáním každodenních potřeb. Příspěvek na péči upravuje §7-§30 zákona č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů s také příloha č. 1 – Vymezení schopnosti zvládat základní životní potřeby ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Nárok na příspěvek na péči má osoba starší jednoho roku, která je z důvodu dlouhodobého nepříznivého stavu závislá na pomoci jiné fyzické osoby. O příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce (§7, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Příspěvek na péči slouží k zabezpečení péče o pobíratele v jeho domácím prostředí (zajišťuje osoba blízká, asistent sociální péče nebo ambulantní či terénní sociální služby) i v pobytových sociálních službách.

3.2. Domácí péče

Domácí péči zajišťují zejména fyzické osoby, především rodinní příslušníci, osobám, které potřebují pomoc se zvládnutím základních potřeb. Domácí péče je poskytována v přirozeném prostředí této osoby. Je dokázáno, že osoby, které žijí v domácím prostředí, jsou šťastnější (Hrozenská & Dvořáčková, 2013).

Pro domácí péči je nezbytné, aby stav jedince byl stabilizovaný a aby domácí prostředí umožňovalo poskytnutí péče druhé osoby. Domácí péče může být doplňována sociálními a dalšími službami poskytovanými státními, soukromými či charitativními institucemi (Hrozenská & Dvořáčková, 2013). Příkladem charitativní instituce je domácí zdravotní péče (charitní ošetrovatelskou služba), jež je určena pro nemocné osoby potřebující odbornou zdravotní péči, kterou je možné poskytnout v domácím prostředí (Diecézní charita, 2024).

Základními principy domácí péče jsou holistický přístup, podpora soběstačnosti a autonomie, princip subsidiarity, komunitní přístup, deinstitucionalizace, demedicalizace a multidisciplinarita (Koncepce domácí péče, 2020). Tyto principy vedou ke společnému cíli domácí péče, kterým je *„respektování v plném rozsahu integrity pacienta s jeho vlastním sociálním prostředím i individuální vnímání kvality života“* (Koncepce domácí péče, s. 14., 2020).

3.3. Zdravotní péče

Zdravotní péče představuje základ současného systému péče o všechny osoby. Je realizovaná především prostřednictvím praktických lékařů, kteří uplatňují primární, sekundární a terciární prevenci (Hrozenská & Dvořáčková, 2013).

Česká alzheimerovská společnost obsahuje databázi služeb i seznamy zdravotnických zařízení pro osoby mající Alzheimerovu chorobu a jiné typy stařeckých demencí. Zdravotními službami mohou být (ČALS,2015):

- psychiatrická nemocnice – zdravotnické zařízení pro speciální léčbu duševních onemocnění;
- geriatrické ambulance – zaměřují se na léčbu organických poruch, např. demence, poskytují komplexní péči;
- léčebny dlouhodobě nemocných – vznikaly od 70. let 20. století a byly určeny pro všechny osoby, které byly nemocné. Většinou se zde v minulosti léčili senioři. Od roku 1998 jsou léčebny dlouhodobě nemocných převedeny do systému následné péče (Haškovcová, 2012), přičemž následnou péči rozumíme takovou péči, která *„je poskytovaná pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebné rehabilitační péče“* (9§, Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování);
- hospicová péče – poskytuje paliativní péči pro osoby nevléčitelné a osoby umírající;
- neurologické ambulance – léčí onemocnění mozku a nervové soustavy.

Sociální pracovník se seniory ve zdravotnických zařízeních je nedílnou součástí geriatrického týmu, který se účastní geriatrické konference. Konkrétně řeší propuštění pacienta z nemocnice, a to s návratem do jeho přirozeného prostředí nebo nástupem do jiné instituce sociálních služeb. Tento proces musí tolerovat a respektovat přání a potřeby pacienta. Přístup sociálního pracovníka by měl být komplexní, tak aby se zajistila kvalitní, komplexní a hodnotná péče o pacienta. Jestliže zdravotní stav pacienta nedovolí péči v jeho domácím prostředí, hledá sociální pracovník řešení v možnosti nástupu do vhodného zařízení sociálních služeb. Před nástupem

do vybraného zařízení má však sociální pracovník velmi důležitou roli, a to připravit pacienta na tento přechod. Měl by pacientovi poskytnout dostatek informací a celkově jej připravit na přechodovou změnu. Dobrovolnost nástupu do zařízení sociálních služeb a aktivní účast pacienta na rozhodnutí přechodu je základním kamenem ke zvládnutí následného adaptačního procesu (Matoušek, 2015).

System zdravotní péče je pouze krátkodobá pomoc osobám, které vyžadují celodenní ošetrovatelskou péči.

3.4. Sociální péče

V současné době se stává, že domácí péče či zdravotní péče jsou nedostačující. Proto osoby, které potřebují pomoc druhé fyzické osoby, častěji vyhledávají služby sociální péče.

Služby sociální péče *„napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života ve společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistí jim důstojné prostředí a zacházení“* (§38, z. č. 108/2005 Sb. Zákon o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Existují tři formy sociálních služeb: ambulantní, terénní a pobytové. Ambulantní jsou ty, do kterých je osoba doprovázena nebo dopravována, ale neposkytují ubytování. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí jedince. Třetí formou jsou pobytové služby, které jsou spojeny s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (§33, z. č. 108/2005 Sb. Zákon o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Následně vyjmenuji ambulantní, terénní a pobytové sociální služby pro osoby mající Alzheimerovu chorobu a ostatní typy stařeckých demencí.

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů mezi ambulantní sociální služby můžeme řadit: centrum denních služeb, denní stacionář, týdenní stacionář. Do terénních sociálních služeb řadíme: pečovatelskou službu, odlehčovací služby, osobní asistenci. Pobytové sociální služby zahrnují domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem (§34 Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů).

Více specifikuji pobytové sociální služby.

Domov pro seniory (DS)

Před transformací zákona č. 1008/2006 Sb. byly pojmenovány jako domovy důchodců. Zastupují nejznámější typ sociálních služeb. Vývoj domovů důchodců začal po 2. světové válce a až po letech byli přijímáni do těchto domovů odborní zdravotníci z důvodu zhoršení soběstačnosti klientů

Domov se zvláštním režimem (DZR)

Pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, které potřebují pomoc druhé osoby. Sociální služba poskytuje základní činnosti jako: poskytování ubytování, poskytování stravování, pomáhání při osobní hygieně, pomáhání při základních úkonech péče, aktivizační programy, pomáhání při uplatňování základních práv a zájmů (§ 50 Zákon č. 108/2006 Sb.).

Této pobytové službě se podrobněji věnuji v další samostatné kapitole této práce.

Když se zaměříme na poslední dvě výše zmiňované pobytové služby: Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem, můžeme dle statistiky

Ministerstva práce a sociálních věcí uvést, že v roce 2022 byl počet přijatých klientů do domova pro seniory 12 761 v celé České republice, přičemž do domova se zvláštním režimem pouze o 891 osob méně viz tabulka č. 2 (MPSV, 2023).

Tabulka 2 Počet klientů pobytových sociálních služeb v roce 2022

Druh sociální služby	Počet klientů k 31.12.2021	Počet přijatých kl. 2022
Domov pro seniory	33 731	12 761
Domo zvl. režim	20 494	11 870

Zdroj: MPSV, 2023, upravené

Z této statistiky vyplývá, že počet přijatých klientů do domova pro seniory je stále vyšší, avšak značnou důležitost musíme věnovat právě domovům se zvláštním režimem. Závěrečnou kapitolu proto věnuji domovu se zvláštním režimem.

V této kapitole jsem se věnovala popisu, jak může vypadat pomoc osobám, které trpí Alzheimerovou chorobou a jinými typy stařeckých demencí. Tyto tři způsoby pomoci poskytování péče jsou pro mě stěžejní v empirické části práce.

Další kapitola se více orientuje na jednu z výše zmiňovaných pobytových sociálních služeb, a to domov se zvláštním režimem.

„Domov není tam, kde člověk vyrostl, to si nemysli. Domov je tam, kde Tě lidé vítají, když vstoupíš.“

Kateřina Tučková

4. Domov se zvláštním režimem

Závěrečnou kapitolu teoretické části věnuji pobytové sociální službě – domovu se zvláštním režimem.

Domov se zvláštním režimem je druh sociální služby, kterou upravuje Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Dle dělení forem poskytování sociálních služeb se jedná o pobytovou sociální službu. V domově se zvláštním režimem je poskytována pobytová služba osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Zdravotní stav těchto osob je charakterizován sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, Alzheimerovy choroby a ostatními typy demencí (§50 Zákon č. 108/2006 Sb).

Domov se zvláštním režimem se dále řídí vyhláškou č. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, který definuje rozsah úkonů, které se poskytují v rámci této sociální služby (§16 Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

4.1. Cílová skupina domova se zvláštním režimem

Cílovou skupinou domova se zvláštním režimem jsou osoby, které trpí chronickým duševním onemocněním se zaměřením především na osoby s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy stařeckých demencí a nacházejí se v nepříznivé sociální situaci (§50 Zákon č. 108/2006 Sb.).

Důležité je umět komunikovat s touto cílovou skupinou – osobami s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy stařeckých demencí, protože schopnost komunikace je podmínkou pro úspěšné začlenění klienta do nového sociálního prostředí a udržení vzájemných vztahů (Jiráková et al., 2009).

4.2. Poskytované služby v domově se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem, jakožto pobytové zařízení, poskytuje ubytování, které by mělo být přizpůsobeno cílové skupině klientů. Od vybavení, přes interiér pokoje až po společenské prostory. Zajištění stravy naplňuje jednu ze základních lidských potřeb. Strava se poskytuje racionální, diabetická nebo podle specifických potřeb klienta. Při pomoci s osobní hygienickou péčí je dbáno také na předchozí hygienické návyky klienta. Pomoc spojená s mobilitou má vliv na další ošetrovatelské úkony. Důležitou činností je zprostředkování účasti na denních a společenských akcích a také na ergoterapii. Rozsah a průběh poskytování služby je zakotven v dojednané písemné smlouvě o poskytování sociální služby. Harmonogram dne je upraven domácím řádem a dalšími vnitřními směrnicemi a předpisy. V písemné smlouvě a v domácím řádu jsou zakotvena práva a povinnosti klientů na jedné straně a poskytovatele na straně druhé a je povinností jej obousměrně dodržovat (Malíková, 2020).

4.3. Denní režim domova se zvláštním režimem

Denní režim a harmonogram, by měl být nastavený tak, aby respektoval princip normality, zvyklosti a zachoval individuální přístup ke klientovi. Klientovi by se měly nabízet aktivizační činnosti tak, aby odpovídaly potřebám v každé fázi onemocnění demencí. Mělo by být také zachováno

soukromí, jak při hygieně, tak při dalších ošetrovatelských procesech (Veřejný ochránce práv – Ombudsman, 2015).

Ve všední dny probíhají týmové porady a předání služeb, kde se schází ošetrující personál. Běžný den v pobytovém zařízení probíhá tak, že pracovníci v sociálních službách pomáhají klientovi při zvládnání běžných každodenních činností. V dopoledních hodinách pak obvykle probíhá ergoterapie, fyzioterapie nebo také canisterapie. V odpoledních hodinách mohou proběhnout další společenské akce, mše, kadeřník či pedikérka (Malíková, 2020).

4.4. Multidisciplinární tým domova se zvláštním režimem

Strukturu zaměstnanců domova se zvláštním režimem tvoří vedení domova, administrativní pracovníci, technické úseky, ošetrovatelské úseky. Já se však v této práci zaměřuji na tým, který pracuje v přímém kontaktu s klientem, který má primární vliv na tvorbu individuálního plánování, a to i v rámci adaptačního procesu.

Sociální pracovník

Činnost sociálního pracovníka je také zavedena v zákoně č. 108/2006 Sb., kde je uveden výkon jeho činností. Sociální pracovník provádí sociální šetření, vede sociální agendu, poskytuje sociální poradenství a je koordinátor poskytování sociálních služeb. Sociální pracovník je odborně vzdělaný, a to prostřednictvím vyššího odborného vzdělání nebo akreditovaného vysokoškolského vzdělávacího programu (§109 Zákon č. 108/2006 Sb.).

Pracovník v sociálních službách

Vykonává přímou obslužnou péči klientů v oblastech hygieny, aktivizace, v činnostech orientovaných na pohybové aktivity, v podávání stravy a celkově při uspokojování psychosociálních potřeb. Pro výkon pracovníka v sociálních

službách je třeba absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Klíčový pracovník

Klíčový pracovník hraje v adaptačním procesu velkou roli, protože zjišťuje podrobné informace o klientovi a jeho životě a měl by pomocí těchto poznatků dokázat sestavit životní příběh klienta. Tento proces by měl vyžadovat dostatek času, klíčový pracovník by měl být oporou při poznávání nového prostředí domova, nabízet společenské aktivity a další služby. Jestliže klient z různého důvodu nemůže verbálně či neverbálně komunikovat, klíčový pracovník spolupracuje v rámci multidisciplinárního týmu. Tento adaptační proces má velký vliv na další průběh pobytu klienta v domově (Kratochvílová & Křemenová, 2018).

Klíčový pracovník také dohlíží na adaptační proces klienta. Úlohu klíčového pracovníka většinou zastává zaměstnanec na pozici výše zmíněného pracovníka v sociálních službách. Úkolem klíčového pracovníka je například zjišťovat potřeby klientů, a to i nekomunikujících. Klíčový pracovník také sestavuje individuální plán klienta ve spolupráci s celým multidisciplinárním týmem (Malíková, 2020).

Dalšími okruhy pracovníků, kteří se podílí na činnostech v sociální službě, jsou také zdravotničtí pracovníci, nelékařští zdravotničtí pracovníci (ergoterapeut, fyzioterapeut, všeobecná sestra) (Malíková, 2020).

4.5. Nástup do domova se zvláštním režimem

Následující výklad již reflektuje, není-li uvedeno jinak, konkrétní sociální službu domova se zvláštním režimem, ve kterém proběhne empirické šetření v souladu s cílem této práce. Výklad je v souladu s vypracovanými standardy, metodikami, manuály a směrnicemi vybraného domova se zvláštním režimem. Konkrétně: Manuál pro sestavení individuálního plánu péče klienta patřící do standardu č. 5 – Individuální plánování v průběhu služby.

Ještě před nástupem klienta do domova se zvláštním režimem, dochází k tzv. *dojednání služby*. Sociální pracovník s budoucím klientem sjednává průběh a rozsah poskytované sociální služby. Sociální pracovník s klientem sestavuje cíl spolupráce, který vychází z přání a potřeb klienta.

Zahájení poskytování služby

Přijetí klienta do zařízení začíná podpisem smlouvy o poskytování sociální služby mezi poskytovatelem a klientem. Nástupem klienta začíná tzv. adaptační období 3 měsíce. Během tohoto období se celý multidisciplinární tým seznamuje s klientem a jeho rodinou. Postupně celý tým seznamuje klienta s novými informacemi a novým prostředím domova. Sociální pracovnice pravidelně navštěvuje klienta a podporuje jej v adaptaci. O průběhu adaptačního období jsou psány denní záznamy péče.

Pro zhodnocení adaptačního procesu slouží také *Formulář hodnocení o průběhu adaptace (viz příklad Příloha 1)*. Zhodnocují se jednotlivé oblasti, kterými jsou: Orientace (místem, časem, situací), Komunikace (s obyvateli, s personálem), Ostatní (péče o zevnějšek, spolupráce s rodinou, konflikty s okolím, účast na aktivitách v zařízeních, pokračování ve svých koníčcích). Tento formulář se zhotovuje při přijetí klienta, poté po 6 týdnech a na závěr adaptačního období

po 3 měsících. Průběh adaptačního procesu klienta je také projednáván na týmových poradách. Formulář se zaznamenává do informačního systému Cygnus 2.

Po 3 měsících od nástupu klienta se uskutečňuje zhodnocení adaptačního procesu klienta. Na zhodnocení adaptačního procesu spolupracuje celý pracovní multidisciplinární tým, který o klienta pečuje.

Tabulka 3 Formulář hodnocení průběhu adaptace

Záznam o průběhu adaptace			
Orientace	Místem	Časem	Situací
Komunikace	S obyvateli	S personálem	
Ostatní	Péče o zevnějšek	Spolupráce s rodinou	Konflikty s okolím
	Účast na aktivitách v zařízení	Pokračování ve svém hobby	

(Zdroj: IS Cygnus 2, upravené)

Oblast orientace řeší především prostorovou orientaci. Je mapována orientace místem, časem a situací. Posuzuje se, zda je orientace plná či částečná. Zda je klient schopen pohybovat se na oddělení (dokáže najít svůj pokoj, jídelnu). Zda je klient schopen chápat situaci a poznává své blízké. Pro tuto oblast je důležitý dohled na klienta v zařízení, posilování jeho orientace (označení prostoru-symbol na dveřích pokoje), posilování jeho schopnosti nalezení věcí (oblečení, hygienických potřeb), slovní podpora a informovanost o dění. Formou podpory v orientaci časem mohou být pravidelné denní rituály.

Oblast komunikace se zaměřuje na sociální začlenění. Kontakt s vrstevníky, rodinou či ošetřujícím personálem. Mapuje se, zda se klient zapojuje do komunikace, zda rád navazuje kontakty s ostatními, a to i v případě neverbální komunikace (přikývnutím hlavy, očním kontaktem, úsměvem, gestem, tónem hlasu nebo dotekem). Oblast komunikace může ošetřující personál podpořit informovaností klienta, individuální návštěvou na pokoji, nabídnutím kulturní akce, zajištěním dobrovolníka, podpoře v písemném/telefonním/osobním kontaktu či zajištěním oslavy klienta. Je nutné dbát na specifika v komunikaci (nedoslýchavost, používání jednoduchých vět, oslovení klientů).

Poslední oblast „ostatní“ zahrnuje dalších pět podoblastí. Péči o zevnějšek (oblékání, přesun na lůžko, stravování, osobní hygiena, pomoc při použití toalety), spolupráci s rodinou (pokud je zastoupen zmocněncem, četnost návštěv rodiny), konflikty s okolím, účast na aktivitách v zařízení (účast na společném posezení, účast na kulturní akci, účast na bohoslužbě) a pokračování ve svém hobby (často ruční práce, poslech oblíbené hudby, sledování TV). Důležité je znát klientovu biografii, zda má zájem pokračovat v dřívějších zálibách. Klientovi je možno zajistit nákup, zprostředkovat kadeřnici či zajistit odběr novin/časopisů.

Tyto tři oblasti jsou navzájem propojeny a důležitost jejich formulace je především pro předcházení hrozících rizik. Tyto rizika jsou: riziko bloudění, ztráty v přirozeném prostředí, riziko úrazu, riziko nedostatečné výživy, riziko sociální izolace, riziko pádů, ale i rizika ztráty finančních prostředků či osobních dokladů.

Adaptační proces je ukončen po 3 měsících od přijetí. Vyhodnocení adaptačního procesu může být podkladem pro vyhotovení individuálního plánu. V IS Cygnus 2 je nastaven co nejindividuálnější plán péče, který vysvětluji v další podkapitole.

4.6. Individuální plánování

Individuální plánování průběhu sociální služby je upraveno v 5. standardu kvality sociálních služeb a je přílohou vyhlášky č. 505/2006 Sb. Obsahuje 5 kritérií, z něhož 4 zásadní neboli povinná, naplňují standard kvality sociálních služeb. Kritéria tohoto standardu jsou uvedena níže. viz tabulka č. 3.

Tabulka 4 Individuální plánování dle standardu kvality sociálních služeb č. 5.

	Kritérium	Zásadní
a)	Poskytovatel má písemně zpracovaná pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby	ano
b)	Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby	ano
c)	Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle	ano
d)	Poskytovatel má právo podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance	ano
e)	Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám	ne

(Zdroj: Vyhláška č. 505/2006 Sb., upravené)

Tento standard kvality č. 5 zmiňuji v této práci, protože pro jeho naplnění je třeba: „*Vypracovat formulář individuální plán, s osobním cílem pro cílovou skupinu klientů a také stanovit pravidla pro adaptační proces u nově přijatých klientů*“ (Malíková, 2020, s.336).

Pravidelné hodnocení osoby, která trpí kognitivní poruchou slouží k účelům monitorování a vytváření individuálního plánu. Kdokoliv, kdo pracuje s danou osobou, by měl mít představu o jejích schopnostech, přáních a opravdových potřebách (Zgola, 2003).

Při sestavování individuálního plánu při nástupu klienta je kladen důraz na vyplnění životního příběhu klienta. U práce s klienty s Alzheimerovou chorobou a jinými typy stařeckých demencí je příběh obzvláště důležitý, protože klienti se často vrací do minulosti. Jejich dětství totiž také může mít vliv na způsob vlastní adaptace. Již Švancara ve své knize psychologie stárnutí a stáří zmiňuje, že existuje souvislost s raným chováním a zážitky „zejména studie o nedostatku citového kontaktu dítěte s matkou, o vlivu citového strádání a raném dětství, na poruchy adaptace v dospělosti ukazuje přesvědčivě na fakt, že některým zvláštnostem prožívání a chování dospělého jedince můžeme porozumět teprve, když se nám podaří zachytit jejich „kořeny“ v předcházejících vývojových etapách.“ (Švancara, 1979, s. 11).

V teoretické části bakalářské práce jsem osvětlila pojmy stáří, stárnutí, demenci, adaptaci a konkrétní systémy pomoci starším osobám s vybraným duševním onemocněním, které potřebují pomoc se zvládnutím každodenních potřeb. Z teoretické části vyplynulo, že tyto osoby se obtížně přizpůsobují novému prostředí a je proto důležité jim věnovat zvýšenou pozornost. Důležitost je však také kladena na přípravu na stáří. V závěrečné kapitole jsem více objasnila pobytovou sociální službu domov se zvláštním režimem. Zaměřila jsem se na vstup klienta do této pobytové služby, jak se vyhodnocuje adaptační proces a důležitost individuálního plánování. Kapitulu jsem koncipovala jako poslední kapitulu teoretické části, protože výzkum v empirické části bude probíhat ve vybraném domově se zvláštním režimem.

B. Empirická část

„Na počátku každého výzkumu je úžas nad tajemstvím.“

Albert Einstein

5. Metodika výzkumu

Protože cílem bakalářské práce je zjistit, jak se liší průběh a závěr adaptačního procesu u klientů nastupujících do pobytové služby domova se zvláštním režimem z domácího prostředí a u klientů nastupujících ze zdravotnických zařízení, stanovila jsem si tři výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1 zní: Jak se liší stav klientů nastupujících do pobytové služby domova se zvláštním režimem z domácího prostředí a u klientů nastupujících ze zdravotnických zařízení?

Výzkumná otázka č. 2 zní: Jak se liší průběh adaptačního procesu u klientů nastupujících do pobytové služby domova se zvláštním režimem z domácího prostředí a u klientů nastupujících ze zdravotnických zařízení?

Výzkumná otázka č. 3 zní: Jak se liší závěr adaptačního procesu u klientů nastupujících do pobytové služby domova se zvláštním režimem z domácího prostředí a u klientů nastupujících ze zdravotnických zařízení?

Za stav klientů nastupujících do pobytové služby je míněn stav, ve kterém se klient nacházel bezprostředně po nástupu do pobytové služby.

Průběhem adaptačního procesu je míněno období šest týdnů od nástupu klienta. Závěr adaptačního procesu je stanoven po 3 měsících pobytu klienta v pobytové službě domova se zvláštním režimem.

5.1. Metodika sběru dat

Pro výzkum v empirické části je využit kvantitativní výzkum. Při výběru techniky sběru dat je zvolena analýza dokumentů ve vybraném domově se zvláštním režimem v Brně. Dokumenty, se kterými budu pracovat a získávat z nich data, jsou:

- Kniha nástupu
- Kniha zemřelých
- Spisové karty klientů
- Formulář „Záznam o průběhu adaptace“

Kniha nástupu klientů mi bude sloužit pro stanovení mého výběrového vzorku. Z knihy zemřelých zjistím, zdali někdo z klientů zemřel. Ve spisových kartách můžu dále zjistit další informace potřebné pro můj výzkum (výše stupně závislosti, základní diagnóza)

Nejdůležitějším dokumentem pro tento výzkum je výše zmiňovaný formulář „Záznam o průběhu adaptace“ viz Příloha 1. Formulář se zaznamenává do počítačového programu Cygnus 2 ve vybraném domově se zvláštním režimem. Ve formuláři jsou předem stanovena kritéria adaptace ve třech oblastech a to:

- Orientace (místem, časem, situací)
- Komunikace (s obyvateli, s personálem)
- Ostatní (péče o zevnějšek, spolupráce s rodinou, konflikty s okolím, účast na aktivitách v zařízení, pokračování ve svém hobby)

Každá z výše uvedených oblastí je hodnocena body. Celkový počet za celý formulář je 100 bodů. Jednotlivé oblasti jsou ohodnoceny následovně. Oblast orientace místem, časem a situací maximálně 30 bodů. Oblast komunikace s obyvateli a personálem maximálně 20 bodů. Nejrozsáhlejší oblast ostatní je hodnocena nejvýše 50 body. Pro vyhodnocení formulářů empirického výzkumu jsem použila medián – což je hodnota, která se nachází přesně

uprostřed ve skupině seřazených hodnot. Výhodou použití mediánu je například, že při předčasném úmrtí klienta není ovlivněn výsledek.

Program Cygnus 2 vyhodnocuje, kdy je klient adaptován na nové prostředí. Jedná se o hranici 80 bodů. Pod hranici 80 bodů klient potřebuje pomoc s adaptací.

U každého klienta budu mít k dispozici tři formuláře, které se vyplňují na začátku, v průběhu a v závěru adaptačního procesu. Formuláře budou podkladem pro sekundární analýzu dat.

Formulář „Záznam o průběhu adaptace“ přikládám do přílohy č. 1.

5.2. Výzkumný vzorek

„Ve výzkumu není zpravidla myslitelné, abychom prozkoumali všechny jedince (nebo situace), kteří nás zajímají. Svoje zjištění opíráme většinou jen o znalost určitého vzorku (výběru). Jde o to, aby vlastnosti námi vybraného vzorku byly, pokud možno stejné, jako vlastnosti celé skupiny (lidí nebo situací), kterou zkoumáme (Chráska, 2016, s. 17).

Výzkumným vzorkem jsou všichni klienti, kteří nastoupili do vybraného domova se zvláštním režimem. Pro tento výzkum jsou zvoleni klienti, kteří nastoupili do domova se zvláštním režimem v období **1. 1. 2023 – 31. 6. 2023**. Toto období je dostatečně dlouhé na to, aby byli zahrnuti klienti v různých stádiích adaptačního procesu. Toto období jsem také vybrala pro dostupnost dat, které jsou aktuální a tím zvyšují jejich přesnost. Výzkumný vzorek jsem rozdělila na dvě skupiny. V první skupině se nacházejí osoby, které nastoupily z domácího prostředí, ve druhé skupině se nacházejí osoby, které do sociální služby nastoupily ze zdravotnického zařízení.

Protože byl počet klientů ve skupinách rozdílný (16 ku 27), došlo k rozdělení na dvě stejně velké skupiny. Aby byl můj výzkum relevantní, došlo k revizi skupiny osob ze zdravotnického zařízení. Vytvořila jsem seznam klientů, kteří

v daném období nastoupili. Každému klientovi jsem přiřadila číslo (1-27) Pomocí nástroje pro náhodné generování čísel jsem vybrala 16 klientů ze zdravotnického zařízení, kteří byli zařazeni do výzkumu. Celkem bylo do výzkumu zahrnuto 32 klientů, kteří nastoupili ve výše uvedeném období.

5.3. Etické zásady výzkumu

V dřívějších dobách se na etické zásady výzkumu nedbalo. V řadě výzkumů v období 40. - 70. let minulého století docházelo ke lhaní účastníkům, pobuřování, navádění skupin proti sobě či dokonce užívání elektrošoků pro výpovědi. Proto je třeba využívat vážně etické zásady a principy výzkumu. Základní etické zásady, o kterých se Walker zmiňuje, jsou vyhnutí se tísni či stigmatu, ochrana osobních údajů, anonymita, případně použití informovaného souhlasu (Walker, 2013).

Vybraný domov se zvláštním režimem mi udělil souhlas s výzkumem pro tuto bakalářskou práci. *Žádost o poskytnutí informací pro účely zpracování této bakalářské práce* je přiložena v příloze č. 2. Klienty nijak specificky neidentifikuji, zůstávají v anonymitě, nezveřejňuji jejich osobní údaje a tím splňuji etické zásady mého výzkumu.

6. Prezentace a vyhodnocení získaných dat

V předchozí kapitole jsem popsala metodiku mého výzkumu a techniku sběru dat. Představila jsem hlavní výzkumnou otázku a cíl práce. V této kapitole budu získaná a shromážděná data vyhodnocovat.

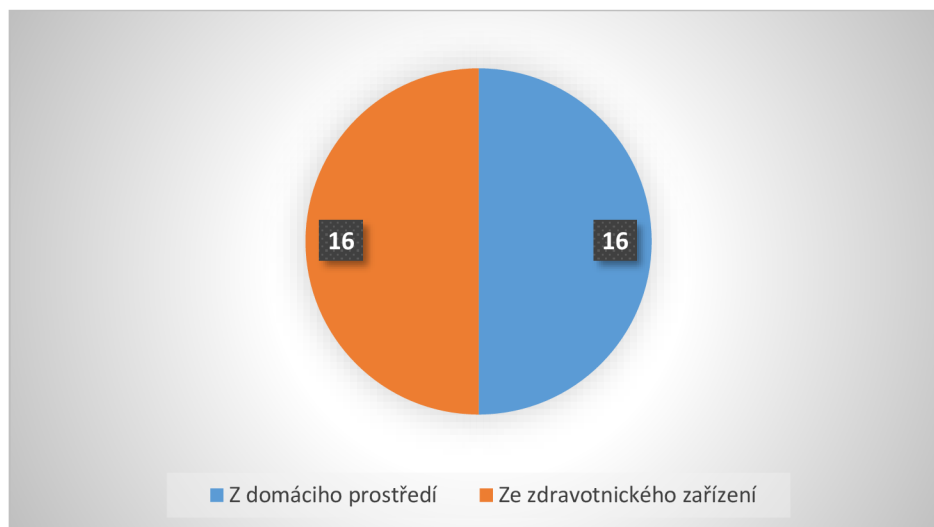
Nejdříve uvedu základní výzkumný vzorek klientů, kteří nastoupili do vybraného domova se zvláštním režimem v období 1. 1. 2023 - 31. 6. 2023. Zdrojem dat je Kniha nástupů.

Graf 1 Základní výzkumný vzorek



Do vybraného domova se zvláštním režimem nastoupilo celkem 43 klientů. Z domácího prostředí 16 klientů a ze zdravotnického zařízení 27 klientů.

Graf 2 Výzkumný vzorek klientů



Náhodným výběrem byla skupina osob ze zdravotnického zařízení zmenšena na 16 klientů, obě skupiny mají 16 klientů. Celkový počet klientů výzkumného vzorku je 32. Data byla získána ze spisových karet klientů. Následný výklad počítá s výzkumným vzorkem o 32 klientech.

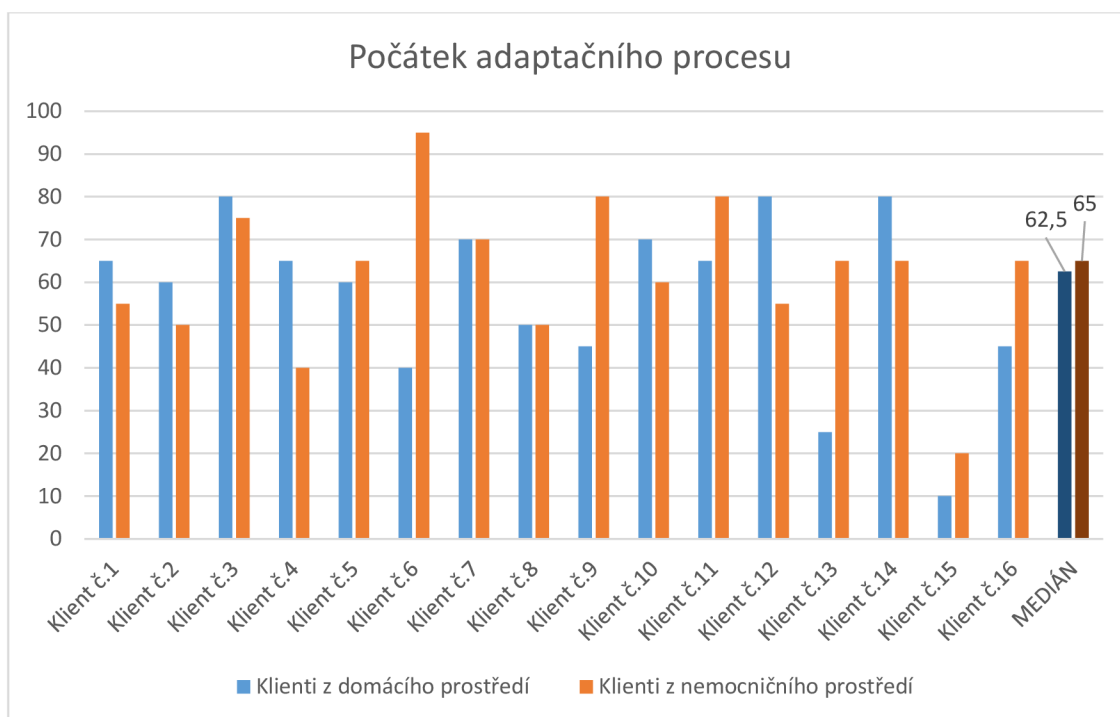
Jak jsem uvedla v teoretické části, WHO rozděluje jednotlivá stádia dle počtu let. Ze spisových karet klientů jsem zjistila, že se největší počet osob (25 z 32) nachází ve stádium kmetství (neboli senium, vlastní stáří) – 75 – 89 let.

Vyhodnocení záznamu o průběhu adaptace

Následující grafy vyobrazují počet celkově dosažených bodů ve formuláři „záznam o průběhu adaptace“ u jednotlivých klientů na počátku, v průběhu a v závěru adaptačního procesu. Grafy obsahují také medián pro lepší komparaci výsledků u obou skupin.

Graf 3 Počátek adaptačního procesu

Tento graf prezentuje výsledky vztahující se k první výzkumné otázce.



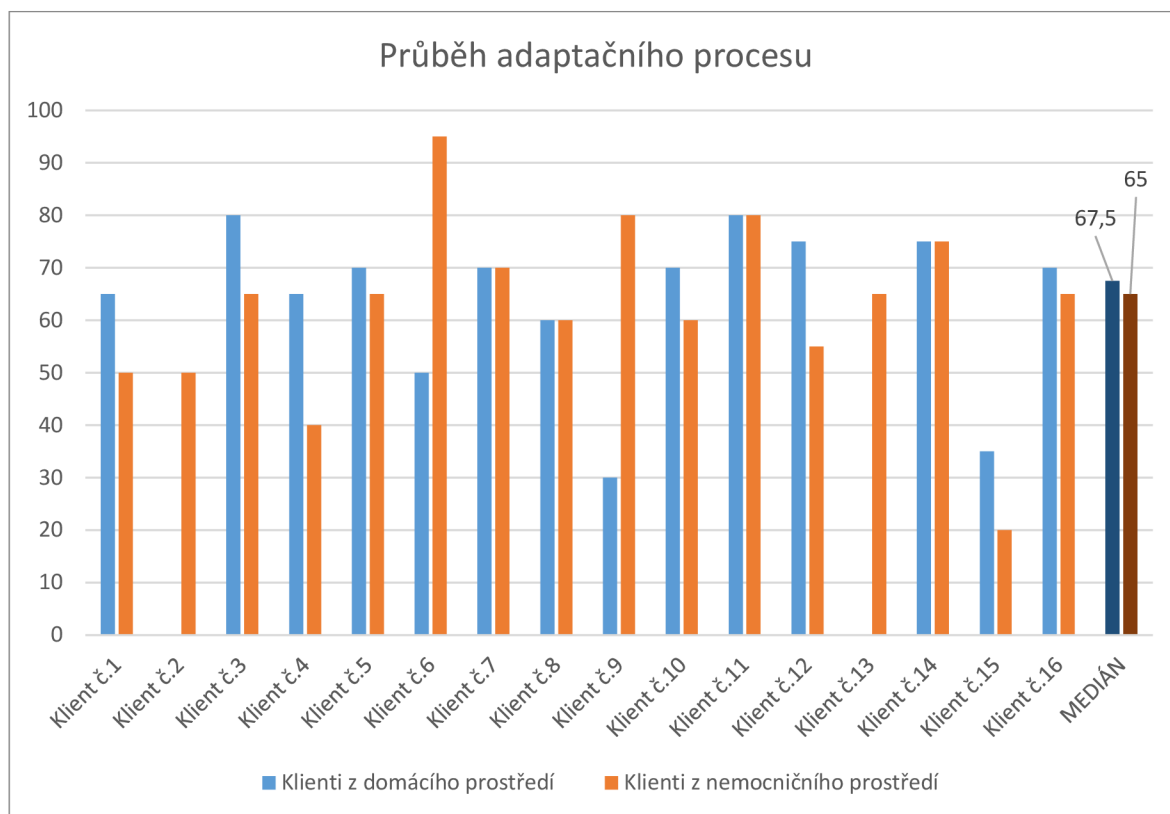
Klient č. 6 z nemocničního prostředí dosáhl 95 bodů, což je nad stanovenou hranici 80 bodů. (o hranicích bodů k adaptaci píší na s. 48, 49) Zároveň žádný z klientů z nemocničního prostředí neměl méně než 20 bodů. U klientů z domácího prostředí bylo dosaženo 3x 80 bodů (klient č. 3, 12, 14), avšak byl zde 1 klient pouze s 10 body (klient. č. 15).

Odpovědí na první výzkumnou otázku je: Z bodového hodnocení všech vybraných klientů na počátku adaptačního procesu je vidět, že klienti

z nemocničního prostředí dosahují lepších výsledků než klienti z domácího prostředí.

Graf 4 Průběh adaptačního procesu

Tento graf prezentuje výsledky vztahující se k druhé výzkumné otázce.

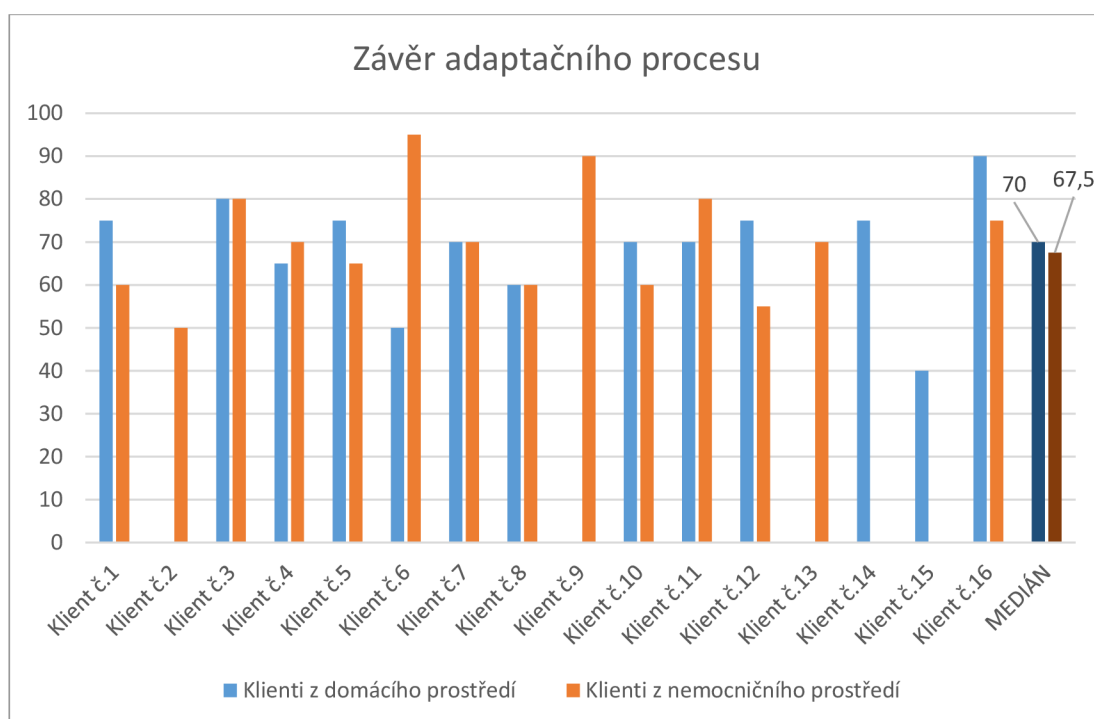


U 6 klientů z domácího prostředí se zvýšil počet dosažených bodů oproti počátku (klient č. 5, 6, 8, 11, 16, 15). U klientů z nemocničního prostředí se zlepšily výsledky pouze u dvou klientů (klient č. 8 a 14) a spíše došlo ke zhoršení (klient č. 1 a 3) nebo dosažení stejných výsledků. Klient č. 6 z nemocničního prostředí dosahuje stále nejvyššího počtu bodů (95). Nutno však podotknout, že u dvou klientů z domácího prostředí došlo k úmrtí (klient č. 2, klient č. 13), proto je v grafu uvedena hodnota 0 bodů. Úmrtí klientů bylo ověřeno v knize úmrtí klientů. Nikdo z dalších klientů nemá méně než 20 bodů.

Odpovědi na druhou výzkumnou otázku: V průběhu adaptačního procesu dosahují klienti z domácího prostředí lepších výsledků než klienti z nemocničního prostředí. Jestliže porovnáme mediány na počátku a v průběhu, tak u domácího prostředí došlo ke zvýšení z 62,5 na 67,5 a u klientů z nemocničního prostředí zůstává hodnota na 65 bodech.

Graf 5 Závěr adaptačního procesu

Tento graf prezentuje výsledky vztahující se k třetí výzkumné otázce.



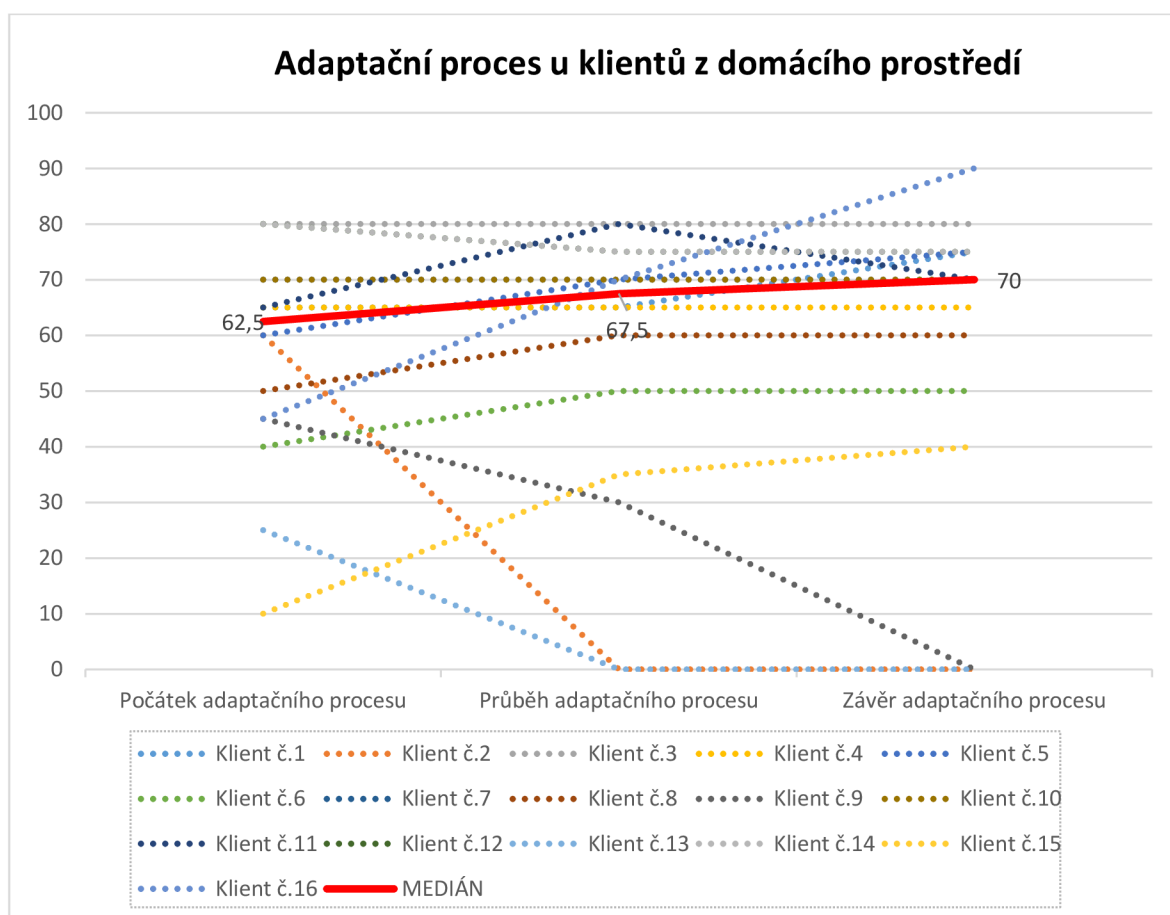
V závěru adaptačního procesu zemřel jeden klient z domácího prostředí (klient č. 9) a dva klienti z nemocničního prostředí (klient č. 14 a č. 20). Vidíme však, že pouze jeden klient z domácího prostředí (klient č. 15) je na hranici 40 bodů. Ostatní klienti dosahují 50 bodů a více. U klientů z nemocničního prostředí jsou už dva klienti, kteří dosáhli více než 90 bodů (klient č. 6 a klient č. 9).

Odpovědí na třetí výzkumnou otázku: Z pohledu mediánu došlo oproti průběhu adaptačního procesu ke zlepšení v obou skupinách úměrně. Z domácího prostředí z 67,5 na 70 a z nemocničního prostředí z 65 na 67,5.

Na následujících dvou grafech je vyobrazen celý bodový průběh (počátek, průběh a závěr) adaptačního procesu u obou skupin. Plnou čarou je vyobrazen medián dosažených bodů.

Graf 6 Adaptační proces u klientů z domácího prostředí

Tento graf prezentuje výsledky směřující k cíli bakalářské práce.



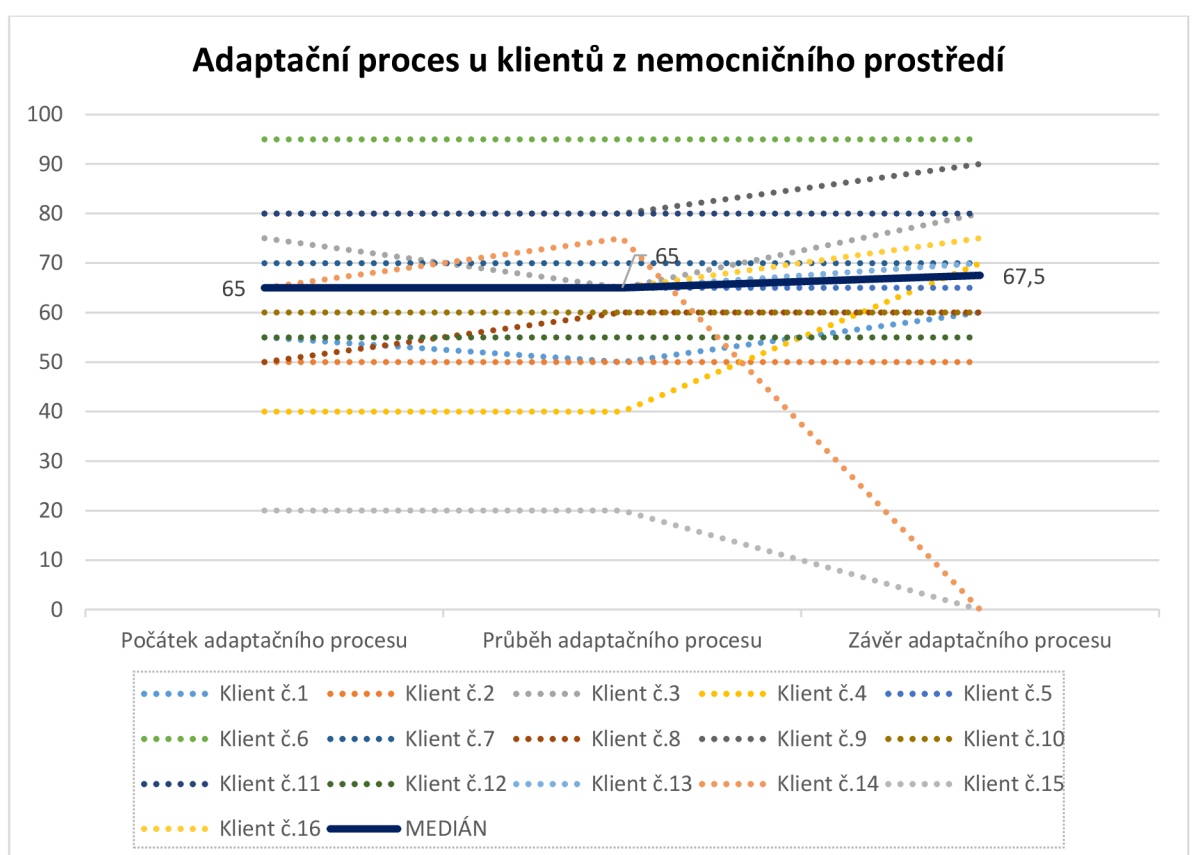
Adaptační proces u klientů z domácího prostředí. Během adaptačního procesu zemřeli 3 klienti. Jeden z nich (klient č. 2) s počátečním počtem 60 bodů

překvapivě v průběhu adaptačního období zemřel. Klient č. 14, který měl nejméně bodů má tendenci dosahovat také lepších výsledků (z 10 na 40 bodů). Jeden klient dosáhl hranice 90 bodů.

Medián počtu bodů začínal na 62,5 a zvýšil se na 70 bodů. Je viditelné, že se dosažené body zvýšily – rozdíl počátku a závěru je 7,5 bodů.

Graf 7 Adaptační proces u klientů z nemocničního prostředí

Tento graf prezentuje výsledky směřující k cíli bakalářské práce.



Adaptační proces u klientů z nemocničního prostředí. V této skupině zemřeli 2 klienti v závěru adaptačního procesu, přičemž klient č. 14 v průběhu dosáhl 75 bodů. U klientů spíše nedochází ke zlepšení, ale ani ke zhoršení výsledků (6 klientů dosahuje stále stejných výsledků).

Medián počtu bodů začínal na 65 bodech a v závěru je na 67,5 bodech. Rozdíl činí pouze 2,5 bodů.

Z posledních dvou grafů je vidět průběh adaptace od počátku do závěru adaptačního období. Klienti z domácího prostředí mají tendenci se v průběhu času lépe adaptovat na nové prostředí pobytové služby domova se zvláštním režimem (zlepšení je patrné od začátku do závěru adaptačního procesu). Výsledky klientů z nemocničního prostředí na začátku a v průběhu adaptačního procesu stagnovaly, v závěru došlo k mírnému zlepšení.

7. Diskuse

Jak jsme se dozvěděli v teoretické části, je velmi důležitá příprava na stáří. Může mít vliv na budoucí adaptaci v pobytové službě. Z etického a morálního hlediska je také těžké určit, zda klient nastoupil do zařízení dobrovolně či nedobrovolně. O (ne)dobrovolném rozhodnutí nástupu do pobytového zařízení se zmiňuje Vágnerová (2007) a zdůrazňuje, že může mít vliv na celkovou adaptaci. Je ovšem těžké klienta s demencí (často ztrácí krátkodobou paměť, ztrácí a má snížené kognitivní funkce – (Holmerová et al., 2007) připravit na nástup do pobytového zařízení.

Ve výzkumu jsem předpokládala rozdíl ve výsledcích u obou skupin. V prezentovaných výsledcích výzkumného vzorku mírný rozdíl je. A to jak v počátku, průběhu, tak závěru adaptačního procesu. I přesto, že u klientů z domácího prostředí zemřelo více osob (3 ku 2), měli klienti z domácího prostředí konečný medián vyšší (70 bodů), než klienti z nemocničního prostředí (67,5 bodu). Vybraný domov se zvláštním režimem má v informačním systému Cygnus 2 nastaveny hranice, kdy je již klient adaptován na nové prostředí. Po třech měsících adaptačního procesu dosáhli této hranice ze skupiny osob z domácího prostředí pouze 2 klienti a z nemocničního prostředí pouze 3 klienti. Jedná se o 5 klientů z výzkumného vzorku 32 osob, kteří dosáhli stanovené bodové hranice. Dle těchto výsledků by bylo vhodné buď prodloužit dobu adaptačního procesu – jak doporučuje Kratochvílová & Křemenová (2018) až na 6 měsíců, nebo snížit bodovou hranici.

Je nutné podotknout, že výzkumný vzorek klientů, u kterých jsem vyhodnocovala formuláře o adaptaci, jsou klienti konkrétního vybraného domova se zvláštním režimem. Pro větší relevantnost výsledků by bylo lepší, aby se výzkum provedl ve větším měřítku. Například v DZR pro celý Jihomoravský kraj. Bylo by poté možné výzkum aplikovat na základní soubor.

Neméně podstatná je i otázka, jak velkou souvislost má zdravotní stav (výše kalendářního věku, výše stupně závislosti na pomoci druhé osoby, kognitivní deficit, typ diagnostikované demence či v jakém stádiu demence se klient nachází) s výsledkem výzkumu. Určitě by bylo vhodné interpretovat i tato data.

Formulář „*záznam o průběhu adaptace*“ se mi jeví velmi obecný, proto by bylo vhodné jej doplnit o další kategorie, které vyplývají z teoretické části mé práce.

Výsledky výzkumu by mohly být také doplněny o počty bodů v jednotlivých oblastech formuláře „*záznam o průběhu adaptace*“ (orientace, komunikace, ostatní). Multidisciplinární tým by se pak mohl lépe zaměřit na to, kterou oblast posílit, aby došlo ke zlepšení celkové adaptace. Určitě by byl přínosem kvalitativní výzkum s multidisciplinárním týmem (například rozhovory).

Závěr

Bakalářská práce se shoduje s vytyčeným tématem práce. Zabývá se adaptačním procesem u vybraných cílových skupin domova se zvláštním režimem. Abych mohla odpovědět na výzkumné otázky a následně dojít k cíli bakalářské práce, kterým bylo „**Zjistit, jak se liší začátek, průběh a závěr adaptačního procesu u klientů nastupujících do pobytové služby domova se zvláštním režimem z domácího prostředí a u klientů nastupujících ze zdravotnických zařízení,** je práce rozdělena na dvě části.

V úvodu bakalářské práce jsem zmínila, že vnímám rozdíl průběhu adaptačního procesu mezi dvěma skupinami (skupinou osob z domácího prostředí a skupinou osob ze zdravotnického zařízení). Také jsem chtěla zdokonalit adaptační proces klientů, kteří nastoupili do pobytového zařízení domov se zvláštním režimem. Proto jsem se rozhodla postupně provést čtenáře teoretickou a empirickou částí. Teoretická část přispívá k prohloubení a pochopení adaptace u specifické skupiny osob – klientů domova se zvláštním režimem.

Teoretická část bakalářské práce obsahuje čtyři kapitoly podložené odbornou literaturou. Jsou zde definovány základní pojmy, které jsou logicky seřazené. Zásadní kapitolou teoretické části je kapitola o adaptaci. V této kapitole se věnuji adaptaci jako obecnému pojmu, ale také jako o adaptačnímu procesu. Byly představeny různé přístupy a pojetí adaptace. Teoretické prohloubení znalostí (důležitost přípravy na stáří, schopnost přizpůsobování se či strategie, zásady úspěšnost adaptace), můžou zlepšit kvalitu života jedinců. To má samozřejmě také vliv na celkovou spokojenost osob. Zvláštní pozornost byla věnovaná závěrečné kapitole, která pojednává o vybrané sociální službě, a to o domově se zvláštním režimem, kde je realizován výzkum pro empirickou část této práce.

V empirické části jsem uvedla metodiku výzkumu s výběrem techniky sběru dat. Jednalo se o kvantitativní výzkum, ve kterém jsem vyhodnocovala bodové ohodnocení vyplněných formulářů ve vybraném domově se zvláštním režimem. Následně jsem porovnávala hodnoty z vyplněných formulářů na začátku, v průběhu a v závěru adaptačního období. Výzkumný vzorek byl rozdělen na dvě skupiny – klienti z domácího prostředí a klienti ze zdravotnického zařízení.

Klienti z domácího prostředí mají tendenci se v průběhu času lépe adaptovat na nové prostředí pobytové služby domova se zvláštním režimem (zlepšení je patrné od začátku do závěru adaptačního procesu). Výsledky klientů z nemocničního prostředí na začátku a v průběhu adaptačního procesu stagnovaly, v závěru došlo k mírnému zlepšení.

Bakalářská práce poskytuje ucelenější pohled na adaptační proces v domově se zvláštním režimem. Přestože práce přináší souhrnné poznatky, vyskytují se některé limity, jako je například omezený výzkumný vzorek klientů pouze z jednoho vybraného zařízení. Závěrem bych ráda dodala, že adaptační proces je velmi individuální záležitost a je třeba se mu komplexněji věnovat.

Použitá literatura

ČEVELA, R. & ČELEDOVÁ, L. (2014). Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. Praha: Grada.

ČELEDOVÁ, L. KALVACH Z. & ČEVELA R. (2016). Úvod do gerontologie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.

ERIKSON, E. H., (2002). Dětství a společnost. Praha: Argo.

HARTL, P & HARTLOVÁ H. (2000). Psychologický slovník (2015 ed.). Praha: Portál.

HAŠKOVCOVÁ, H. (2012). Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi. Praha: Galén.

HAUKE, M. (2017). Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

HOLMEROVÁ, I, JAROLÍMOVÁ, E. & SUCHÁ J. (2007). Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha.

HÖSCHL, C. (1996). Psychiatrie pro praktické lékaře. Jinočany: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.

HROZENSKÁ, M. & DVOŘÁČKOVÁ, D. (2013). Sociální péče o seniory. Praha: Grada.

CHRÁSKA, M. (2016). Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada. Pedagogika (Grada).

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., & BORZOVÁ, C. (2009). Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada.

KALVACH, Z. (2004). Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada.

- KRATOCHVÍLOVÁ & KŘEMENOVÁ, R. (2018) Adaptační proces klienta seniora v zařízení sociálních služeb. Sociální služby. Tábor.
- MALÍKOVÁ, E. & ČELEDOVÁ, L. (2020). Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. (2., aktualiz. a dopl. vyd.). Praha: Grada Publishing.
- MATOUŠEK & kol. (2005). Sociální práce v praxi. 1. vydání, Praha: Portál s.r.o.
- MÍČEK, L (1984). Duševní hygiena. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, n.p.
- PTÁČKOVÁ, H. & PTÁČEK, R. (2021). Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. (2., aktualiz. a rozš. vyd.) Praha: Grada. Psyché (Grada).
- PRŮCHA, J. & VETEŠKA, J., (2014). Andragogický slovník: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří. (2., aktualiz. a rozš. vyd.) Praha: Grada.
- PŘIBYL, H. (2015). Lidské potřeby ve stáří. Praha: Maxdorf.
- ŠVANCARA, J. (1979). Psychologie stárnutí a stáří. (1. vyd.) Praha.
- ŠVANCARA J. (2004). Psychologická involuce a psychologické aspekty ve stáří. In: Z. Kalvach Z. Zadák, R. Jiráček, H. Zavázalová, P. Sucharda, a kol. (2004). Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada.
- TRACHTOVÁ, E. (2001). Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. (2. nezměn. vyd.) Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- TOMEŠ, I. (2010). Úvod do teorie a metodologie sociální politiky (2015 ed.). Praha: Portál.
- VÁGNEROVÁ, M. (2007). Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. Praha: Karolinum.
- VÁGNEROVÁ, M. (2010). Psychologie osobnosti. V Praze: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- WALKER, I. (2013). Výzkumné metody a statistika. Praha: Grada.
- ZGOLA, J. M. (2003). Úspěšná péče o člověka s demencí. Praha: Grada.

Zákony a vyhlášky

ČESKO. (2024). Vyhláška č. 505/2006 Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. [online]. [cit. 2024-02-11]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

ČESKO. (2024). Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách. [online]. [cit. 2024-02-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ČESKO. (2023) Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. [online]. [cit. 2024-02-15]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Elektronické zdroje

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST [online]. [cit. 2024-02-11]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/>

DIECÉZNÍ CHARITA BRNO. [cit. 2024-02-11]. from <https://brno.charita.cz/>

KONCEPCE DOMÁCÍ PÉČE. [cit. 2024-05-11]. from https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/10/Koncepce_DP_po_II_VPR_final.pdf

MPSV. (2024). Tisková zpráva [Online]. [cit. 2024-03-1]. Dostupné z: https://data.mpsv.cz/documents/20142/7095934/TZ_prispevek_na_peci_navy_seni_09022024.pdf/fa8467c7-0b4b-71a6-1667-be70c4fb62ff

ROBERT B. SANTULLI A KESSTAN BLANDIN. (2015). The emotional Journey of the Alzheimer's Family. Dartmouth College Press. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=nlebk&AN=1059306&authtype=shib&site=eds-live&scope=site>

STATISTICKÁ ROČENKA Z OBLASTI PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ

[Online]. [cit. 2024-02-12]. Dostupné z

https://www.mpsv.cz/documents/20142/975025/Statisticka_rocenka_z_oblasti_prace_a_socialnich_veci_2022+%281%29.pdf/fe85ae9f-3515-0381-8aa2-9babb1c62679

STRATEGICKÝ RÁMEC PŘÍPRAVY NA STÁRNUTÍ SPOLEČNOSTI 2021–2025. [cit. 2024-04-20].

https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/Strategicky_ramec_pripravy_na_starnuti_spolecnosti_2021-2025.pdf/99bc6a48-abcf-e555-c291-1005da36d02e

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV – OMBUDSMAN. 2015. Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem: zpráva ze systematických návštěv Veřejného ochránce práv. Brno. [Online]. [cit. 2024-02-15]. Dostupné z:

https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/7-2013-NZZprava_z_navstev.pdf

VÝVOJ OBYVATELSTVA ČESKÉ REPUBLIKY: Český statistický úřad. (2023). Retrieved June 1, 2024, from

<https://www.czso.cz/documents/10180/218394638/1300642401.pdf/2eb782b7-609a-4001-8763-e6e3b3ee11cd?version=1.1>

WENG MARC LIM & CARMEN BOWMAN (2023) Older Adults Living with Dementia: Trending Insights from the Social Sciences, Activities, Adaptation & Aging, 47:1, 1-9, [Online]. [cit. 2024-02-13].

DOI: [10.1080/01924788.2022.2157957](https://doi.org/10.1080/01924788.2022.2157957)

Seznam obrázků, tabulek a grafů

Seznam obrázků

Obrázek 1 Maslowa hierarchie potřeb	18
---	----

Seznam tabulek

Tabulka 1 Hodnocení stupně závislosti na pomoci druhé osoby starší 18 let.....	19
Tabulka 2 Počet klientů pobytových sociálních služeb v roce 2022	36
Tabulka 3 Formulář hodnocení průběhu adaptace.....	42
Tabulka 4 Individuální plánování dle standardu kvality sociálních služeb č. 5.....	44

Seznam grafů

Graf 1 Základní výzkumný vzorek	51
Graf 2 Výzkumný vzorek klientů	52
Graf 3 Počátek adaptačního procesu	53
Graf 4 Průběh adaptačního procesu	54
Graf 5 Závěr adaptačního procesu	55
Graf 6 Adaptační proces u klientů z domácího prostředí.....	56
Graf 7 Adaptační proces u klientů z nemocničního prostředí.....	57

Seznam použitých zkratk

CT – Computer Tomograph (výpočetní tomografie)

ČALS – Česká alzheimerovská společnost

č. číslo

DS – Domov pro seniory

DZR – Domov se zvláštním režimem

s. strana

Sb. - sbírky

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MMSE – Mini Mental Test




NMR – Nukleární magnetická rezonance



PnP - Příspěvek na péči



WHO – World health organization, Světová zdravotnická organizace

Přílohy

1. Vzor vyplněného formuláře *Záznam o průběhu adaptace*

 **Náhled na formulář**  

 **Záznam o průběhu adaptace** 

Stav ke dni:  Zkontrolovat dne: 

Orientace

Místem:	<input type="checkbox"/> v normě	<input checked="" type="checkbox"/> bloudí	<input type="checkbox"/> žádná	5
Časem:	<input checked="" type="checkbox"/> v normě	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> žádná	10
Situací:	<input type="checkbox"/> v normě	<input checked="" type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> žádná	5

Komunikace

S obyvateli:	<input type="checkbox"/> ano	<input checked="" type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> ne	5
S personálem:	<input checked="" type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> částečně	<input type="checkbox"/> ne	10

Ostatní

Péče o zevnějšek:	<input type="checkbox"/> samostatně	<input type="checkbox"/> na vyzvání	<input checked="" type="checkbox"/> nepečuje	0
Spolupráce s rodinou:	<input checked="" type="checkbox"/> dobrá	<input type="checkbox"/> špatná	<input type="checkbox"/> žádná	10
Konflikty s okolím:	<input checked="" type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> ano	10
Účast na aktivitách v zařízení:	<input checked="" type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> občas	<input type="checkbox"/> ne	10
Pokračuje ve svém hobby:	<input type="checkbox"/> ano	<input checked="" type="checkbox"/> ne		0

65 bodů (65 %), Klient potřebuje pomoc s adaptací

Přílohy

2. Žádost o poskytnutí informací pro účely zpracování bakalářské práce

Žadatel:

**Alena Flodrová, DiS.
Narozena: 15. 3. 1994**

Žádost o poskytnutí informací pro účely zpracování bakalářské práce

Vážený pane řediteli,

Jsem studentkou filozofické fakulty Univerzity Palackého, bakalářského studia oboru Sociální práce. Chci Vás požádat o poskytnutí informací, které budou sloužit jako podklad pro vypracování bakalářské práce na téma: Adaptace klientů v domově pro seniory se zvláštním režimem.


Výzkum budu realizovat prostřednictvím analýzy dokumentů, především data obsažené v programu Cygnus a spisové dokumentace klientů.

Prohlašuji, že všechny data budou anonymizované tak, aby byla zachována ochrana osobních údajů v souladu se zákonem č. 1014/200 Sb. o ochraně osobních údajů.

V Brně dne 20. 6. 2024


.....
Podpis žadatele Alena Flodrová, DiS.

Souhlasím/Nesouhlasím


.....
Podpis oprávněného zástupce poskytovatele DS
Nopova, Mgr. Zuzana Pokladníková, zástupkyně
ředitele Domov pro seniory Nopova, p.o.