

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 1. 4. 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 nastupujících klientů do pobytového zařízení domova pro seniory se zvláštním režimem. V teoretické části jsou vymezené základní pojmy jako je stáří, Alzheimerova choroba a adaptace. V empirické části je použit kvantitativní výzkum s použitím pozorování vybraných skupin osob. Získaná data jsou navzájem komparována u obou vybraných skupin s cílem zjistit, jak se liší průběh a závěr adaptačního procesu u těchto vybraných skupin klientů nastupujících do domova se zvláštním režimem.
Klíčová slova:	Stáří, Alzheimerova choroba, Demence, Adaptace, Pobytové zařízení, Výzkum, Pozorování
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 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, Observation
Názvy příloh vázaných v práci:	Vybrané kritéria pro pozorování adaptace klientů domova se zvláštním režimem
Počet literatury a zdrojů:	42
Rozsah práce:	67 stran (82 317 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. Gerontologie.....	13
1.4. Potřeby.....	14
1.5. Demence.....	17
2. ADAPTACE	22
2.1. Pojem adaptace.....	22
2.2. Adaptace na stáří.....	23
2.3. Adaptační proces.....	28
3. SOCIÁLNÍ PRÁCE SE ZAMĚŘENÍM NA OSOBY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU A OSTATNÍMI TYPY STAŘECKÝCH DEMENCÍ.....	33
3.1. Sociální služby.....	33
3.2. Zdravotní péče.....	35
4. DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.....	38
4.1. Cílová skupina domova se zvláštním režimem.....	38
4.2. Poskytované služby v domově se zvláštním režimem.....	39
4.3. Individuální plánování.....	39
4.4. Multidisciplinární tým domova se zvláštním režimem.....	41
4.5. Denní režim domova se zvláštním režimem.....	42
4.6. Životní příběh.....	43
B. EMPIRICKÁ ČÁST	44
5. METODIKA VÝZKUMU	45
5.1. Metodologie.....	45
5.2. Výzkumný soubor.....	47
5.3. Etické zásady výzkumu.....	47
5.4. Vstup do terénu pozorování.....	48
5.5. Technika sběru dat.....	48
6. ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	49
7. DISKUSE	56
ZÁVĚR	58
POUŽITÁ LITERATURA.....	60
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	64
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	65
PŘÍLOHY.....	66

„...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 však 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 a to: starším osobám se zaměřením na diagnostikovanou Alzheimerovou chorobu 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. U nově nastupujících klientů Vnímám, že pro klienty nastupující z domácího prostředí, je průběh adaptace na pobytovou službu jiný, než ze zdravotnického zařízení např. z léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické nemocnice aj. zdravotnických institucí.

Výzkumná otázka zní: Jak klienti zvládli adaptační proces dle předem stanovených kritérií? **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.

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

V teoretické části za pomoci odborné literatury objasním základní pojmy, které jsou charakteristické k mému tématu. Konkrétně osvětlím pojmy stáří, stárnutí, gerontologie, Alzheimerova choroba, další typy demencí a adaptaci. Protože moje práce pojednává o domově se zvláštním režimem, zmíním legislativní vymezení a jaké jsou další možnosti sociální práce s osobami s Alzheimerovou chorobou a jinými typy stařeckých demencí. V neposlední řadě se věnuji adaptačnímu procesu a individuálnímu plánování. Jsou využity české, ale i zahraniční odborné zdroje, odborné knihy a vědecké články, týkající se mého tématu. 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 budou dopředu stanovena kritéria ke zhodnocení adaptačního procesu a proběhne pozorování vybraných klientů. Pozorované budou dvě skupiny a to: 1. Klienti nastupující z domácího prostředí a 2. Klienti nastupující ze zdravotnických zařízení. Skupiny budu komparovat a zjistím odlišnosti závěru adaptačního procesu.

Tuto bakalářskou práci chci směřovat především lidem, kteří pracují s osobami, kteří si 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

První kapitolou teoretické části provedu čtenáře této bakalářské práce základními pojmy, které jsou stěžejním kamenem mého tématu. Protože svůj výzkum zaměřuji na cílovou skupinu osob v domově se zvláštním režimem, definuji základní pojmy jako je stáří, stárnutí a také se budu věnovat duševní poruše – demenci. První kapitola bude tak zásadní pro pochopení dalších částí této práce.

1.1. Stáří

Stáří (senium) je poslední fází ontogeneze člověka, kdy dochází k postupnému snižování funkcí organismu jedince. Stáří je považováno jako sociální událost, kterou se společnost zabývá od 18. století (Tomeš, 2010).

Dle Langmeiera a Krejčířové je stáří soubor změn v soustavě funkcí celého organismu, které zapříčiňují úbytek výkonnosti jedince a ty se poté hromadí v terminálním stádiu (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Jestliže se bavíme o konkrétním členění, dozvídáme se, že v jednotné přesné kategorizaci stáří 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 statutem, zkušenostmi a generační kompetencí
3. Kalendářní věk vymezuje kalendářní hranici stáří.

Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí následující rozdělení stáří dle věku (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)

Langmeier, Krejčířová hovoří o kognitivních a emočních změnách ve stáří. Zmiňují, že dochází ke změně ve smyslovém vnímání, zhoršení paměti, poklesu inteligence a tvořivosti. Také afektivita prožívání, osobnost a citové vztahy se ve stáří mění (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Chci zde zmínit německého psychologa Erika H. Eriksona, který vypracoval dílo „*Dětství a společnost*“ a v něm zásadní kapitolu osmi fází psychosociálního vývoje člověka (Erikson, 2022). Tyto fáze jsou strukturovány v epigenetické tabulce viz Obrázek č. 1.

Obrázek 1 Epigenetická tabulka E. H. Eriksona popisující osm fází psychosociálního vývoje člověka

8. stádium zralosti								Integrita proti zoufalství
7. stádium dospělosti								Generativita a proti stagnaci
6. stádium rané dospělosti								Intimita proti izolaci
5. stádium puberty a adolescence								Identita proti konfuzi rolí
4. stádium latence								Přítomnost proti inferioritě
3. stádium lokomotoricko-genitální								Iniciativa proti inferioritě
2. Stádium svalové anální								Autonomie proti pochybnosti
1. Stádium orálně smyslové	Základní důvěra proti nedůvěře							

(Zdroj: Erikson, 2002, s.248)

Každé stádium věku je tvořeno psychosociální krizí, kterou člověk musí překonat, aby se posunul do dalšího stádia. Stáří zařadil do posledního osmého věku v jeho teorii psychosociálního vývoje. Jedná se o zpětný pohled na život člověka s pocitem, jestli jeho život měl smysl. Můžou nastat pochyby a zoufalství. Poslední ze stádií je stadium nazvané „*Integrita proti Zoufalosti*“. Je to přijetí vlastního jedinečného životního běhu jako něčeho, co muselo být a co nezbytně nemohlo být jinak. Erikson ke všem stádiím proložil tzv. základní ctnosti, a tedy k poslednímu stádiu přirazuje *odříkání a moudrost* (Erikson, 2002).

1.2. Stárnutí

Malíková charakterizuje období stárnutí, jako negativně vnímaný jev, ve kterém jsou očekávané problémy spojené se ztrátou soběstačnosti jedinců (Malíková, 2020).

Tento proces stárnutí je velice individuální a může být podmíněn více faktory, jako jsou majetkové poměry, fyziologie jedince, genetická predispozice, rozvoj léčebných a pobytových institucí či podnebí, ve kterém osoba žije. Kvůli stárnutí obyvatelstva dochází k rozvoji sociální práce (Tomeš, 2010).

Stárnutí rozhodně neznamena syndrom demence, ale s přibývajícím věkem roste pravděpodobnost onemocnění touto chorobou (Holmerová et al., 2007). Více o sociální práci v České republice se věnuji v samostatné kapitole pojednávající o sociální práci s osobami mající Alzheimerovu chorobu a ostatní typy stařeckých demencí.

1.3. Gerontologie

Dva výše definované pojmy, stáří a stárnutí, jsou studované v gerontologii.

Haškovcová definuje gerontologii jako vědu o stárnutí a stáří, která je tvořena třemi částmi. A to geriatrii experimentální (zabývá se studiem stárnutí lidských a živočišných buněk), geriatrii sociální (studuje všechny sociální okolnosti stárnoucích lidí) a geriatrii (zabývá se nemocemi ve stáří) (Haškovcová, 2012).

Gerontologii Čeledová et al. také rozdělují na tři základní linie a to (Čeledová et al. 2016):

- a) Gerontologie experimentální – známá jako gerontologie. Zabývá se tím, jak a proč živé organismy stárnou. Je základem pro teorii v péči o staré jedince.
- b) Gerontologie klinická – jde o specializovaný lékařský obor známý jako pojem geriatrie. Zabývá se tím, čím se zdravotní stav liší, jak se nemocem ve stáří předcházet, ale i léčit jejich případné následky.
- c) Gerontologie sociální – zabývá se především vztahy mezi generacemi, sociologickými aspekty ve stáří, etickými zásady v péči a také demografií.

Gerontologie jako věda o stáří zcela jistě pokročila. Ve Spojených státech Amerických roku 1946 vznikl první vědecký časopis zabývající se stárnutím s názvem „*The Journals of gerontology*“. Jedná se o oficiální publikaci v této době založené gerontologické společnosti.

Americký sociální vědec a gerontolog Lawrence Kelso Frank zde publikoval tohoto roku článek právě o gerontologii. Bylo podle něj jasné, že je potřebné zabývat se tématem stáří komplexně. Dle Franka existují dva pohledy na stárnutí. Prvním pohledem je involuční proces, který vyvolává změny v organismu. Druhým pohledem, je chápat stárnutí spíše jako proces biologické transformace. Frank zde však velmi důrazně zmiňuje, že prozatím existuje pramálo teoretických informací, a výzkumů, zabývajících se stářím (Lawrence K. Frank, 1946).

Již roku 1984 je zde publikován článek, který zaznamenává výsledky dvou studií. Jednak studie, která srovnává kognitivní funkce optimálně zdravých osob s osobami se středně těžkou demencí Alzheimerova typu. Druhý výzkum je zaměřený na výsledky kognitivních testů a jejich předpověď funkčních schopností. První studií se zjistilo, že kontrolní testy se u obou skupin liší. Druhá studie potvrzuje, že je možné předpovědět funkční deficit u osob s demencí (Peter p. Vitaliano et. al. 1984).

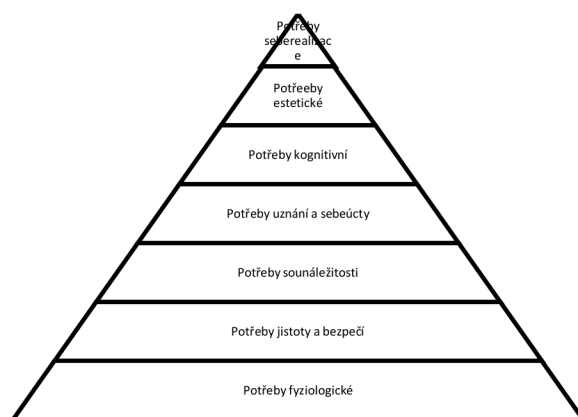
1.4. Potřeby

Uspokojování lidských potřeb je základním kamenem kvality života. Staré osoby a osoby s nemocemi mnohokrát nejsou schopni vyjádřit své potřeby, a proto je nutný aktivní postoj ošetřovatelského týmu. Jestliže jsou ukojené základní lidské potřeby jedince, je to dobrý začátek pro hledání dalších potěšení těchto jedinců (Hrozenská & Dvořáčková, 2013).

Maslow zjistil, že lidé, kteří uspokojují své základní potřeby, jsou šťastnější, zdravější a výkonnější, než jedinci s neuspokojenými potřebami (Trachtová, 2001).

Americký psycholog Abraham H. Maslow roztřídil sedm základních lidských potřeb do pyramidového systému. Viz obrázek č. 2.

Obrázek 2 Maslowa hierarchie potřeb



(Zdroj: Trachtova, 2001, upravené)

Maslowa hierarchie potřeb znázorňuje ve spodní části pyramidy nižší lidské potřeby, jejichž ukojení je předpokladem k ukojení vyšších potřeb v horní části pyramidy. Dále je komplexním shrnutím oblastí celistvého pojetí lidského bytí a je proto důležité jej znát. Rozpoznat lidské potřeby a přijít na metodu uspokojení těchto potřeb, je podstatný pro tvorbu individuálního plánu klienta, při nástupu do pobytového zařízení (Malíková, 2020).

Každý člověk má 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 společné, tak je každý může uspokojovat jinak. Trachtová popisuje dále čtyři potřeby a to: potřebu jistoty, potřebu výživy, potřebu odpočinku a potřebu bezpečí (Trachtová, 2001).

Ve stáří se potřeby osob upravují, a to například ve způsobu stravování, nároky na bydlení či skromnějším způsobem odívání. Obecně se však potřeby ve stáří nemění, mění se pouze jejich vnitřní kompozice (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 sebezpečí a soběstačnosti nemocného, která je základem pro stanovení ošetřovatelského plánu (Trachtová, 2001).

Existují různé testy, které hodnotí úroveň sebezpečí nemocného. Díky nim ošetřovatelský personál hodnotí, jestli je nemocný zcela soběstačný či zcela závislý. U starších osob, kterými se v této práci zabýváme, se úroveň soběstačnosti a sebezpečí hodnotí. Sledují se činnosti jako: pohybová schopnost, osobní hygiena, inkontinence, oblékání, schopnosti udržovat domácnost, najíst se, přesunout se na lůžko a obecně celkový pohyb. 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 ve vyhlášce č.505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Celkem se posuzuje 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.),

Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách pak stanovuje čtyři stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby, 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. Stupeň závislosti se dále posuzuje u osob do 18let věku a u osob starších 18let věku 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, upravené)

Pro aktuálnost této práce chci zmínit revizi, ke které dojde od 1. července 2024. Dle tiskové zprávy MPSV dojde k zvýšení příspěvků 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).

1.5. Demence

Ve stáří se mohou vyskytovat různé duševní poruchy, mezi nimiž je řazen syndrom demence. Nejvyšší prevalenci má demence při Alzheimerově chorobě. Demence je typická poruchami chování, narušením kognitivních funkcí a běžných aktivit (Ptáčková & Ptáček, 2021).

I Jiráček et al. se zabývají základními klinickými příznaky demence. Ty 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) (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)“ (Jiráček et al., 2009 s.11).

Demence obsahuje kromě výše zmíněných příznaků také poruchy chování, jež nejčastějšími jsou: bránění se péči, neklid, agresivita, toulání se, bloudění, poruchy spánku, psychotické příznaky, agresivita, deprese, úzkost. Osoba s demencí a zároveň spojením s poklesem věku, ztrácí **schopnost přizpůsobit se**. Nemá náhled ve své schopnosti zvládat uspokojovat své základní potřeby, a v tomto důsledku se brání péči (Jiráček et al., 2009).

Demence může způsobovat izolaci jedince, který se může poté cítit bezcenně. To může způsobit, že se tyto osoby mohou stáhnout do sebe. Je proto důležité, zaměřit se na hledání možností smysluplných aktivit. Vzhledem k této kognitivní poruše (nedostatek paměti, vzhledu a úsudku), má tato osoba problém přizpůsobit se rozporuplnostem, nedorozuměním v mezilidské komunikaci. Osoba s demencí také ztrácí schopnost s vnímáním orientace, polohou předmětů, levou a pravou stranou. Proto pro osobu s demencí může být nesnadné přizpůsobit se novému prostředí (Zgola, 2003).

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 et al., 2017):

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

2. Sekundární demence – nejdříve vzniká onemocnění, které poškozuje mozek a následek je rozvinutí demence. Příkladem může být cévní mozková příhoda, která způsobuje vaskulární demenci či smíšenou demenci. Sekundární demence také může být vyvolána dalšími onemocněními, jako jsou různé infekce či poúrazové 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 u cca 20–40 % osob jim nemocných (Jiráček et al., 2009).

Vaskulární demence je demence, která tedy spadá do sekundární demence. Vznik je na základě poškození mozkové tkáně a většinou při mnohočetných mozkových infarktech (Jiráček 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).

Protože demence u Alzheimerovy nemoci představuje 60 % demencí (Hauke,2017) budu dále podrobněji specifikovat.

Je důležitá včasná diagnóza Alzheimerovy choroby. K určení diagnózy dopomůžou klinická vyšetření, prokazující úbytek kognitivních funkcí. K tomu pomáhá také screeningový test MMSE (Mini Mental State Exam). Tento test kognitivních funkcí pomáhá určit, v jakém pásu poruchy se klient nachází. Kritériem stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby je, aby nebyla přítomna jiná onemocnění, která by chorobu mohla způsobit. K tomu může také pomoci CT a NMR mozku. V případě potřeby jsou použity další zobrazovací metody (Holmerová et al., 2007).

Mezi tři stadia demence probíhající u Alzheimerové 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 třech 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 celková soběstačnost.

Třetí stádium – syndrom pokročilé demence – V tomto stádiu osoby potřebují nepřetržitou ošetrovatelskou péči. Osoba již nedokáže rozpoznat blízké osoby, je velmi často inkontinentní, 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.. Dále zkráceně ČALS. Cílem této společnosti je pomoc a podpora osob 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 Alzheimerové asociace bylo ve Spojených státech Amerických v roce 2014 pět a půl milionů jedinců s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou a dalším onemocněním, který má vliv na jejich kognitivní deficit. Při nenalezení vhodné léčby dojde k četnému nárůstu těchto osob (Robert B. Santulli & Kesstan Blandin, 2015).

Dle článku v odborném časopise *Acitivites, Adaptation & Aging* sv. č. 47 r. 2023 se dozvídáme další statiku WHO. Statistika z roku 2022 registruje takřka 50 milionů jedinců s demencí, přičemž polovinu osob Alzheimerovou chorobou. Důležitou roli však hraje i zájem na účasti preventivních opatření. Například účast na trénování kognitivních funkcí, či různých workshopech, které mohou zlepšit kvalitu života osob s Alzheimerovou chorobou. A samozřejmě tyto opatření mohou dopomoc i s adaptací při příchodu do pobytového zařízení (Weng Marc Lim & Carmen, 2023)

Dle Pařížské deklarace v zemích Evropské unie žije 5,4 milionů osob, trpící Alzheimerovou chorobou, či jiným typem nemoci způsobující demenci. Načež v České republice by počet mohl být až 150 tisíc jednotlivců (Holmerová et al., 2007).

Kvalitní spánek může být jednou z prevencí proti Alzheimerově chorobě. Praktický lékař Nešpor se opírá o výzkum vědců z Bostonu, kteří zjišťovali, co se děje s mozkomíšním mokem během hlubokého spánku a jaký to může mít vliv na vznik Alzheimerovy nemoci (Nešpor, 2020).

MKN – Mezinárodní klasifikace nemoci a přidružených zdravotních problémů

Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN) vychází z publikace WHO, která pomocí kódu identifikuje a klasifikuje onemocnění, zdravotní poruchy a další příznaky zdravotních problémů. Nyní

je v České republice platná revize č. 10 pod názvem MKN-10. WHO však připravila 11. revizi schválenou v roce 2019 s vyšlou platností r. 2022. Česká republika nyní pracuje na zavádění MKN -11 do českého zdravotnictví. Nyní probíhá připomínkování této české verze.

Organické duševní poruchy jsou řazeny kódy F00-F09 a dále specifikují jednotlivá onemocnění. Jestliže si vyhledáme v MKN-10 klasifikaci demenci u Alzheimerovy nemoci najdeme definici: *„Alzheimerova choroba je primárním degenerativním onemocněním mozku neznámé etiologie s charakteristickými neuropatologickými a neurochemickými vlastnostmi. Tato choroba začíná obvykle nenápadně a pomalu, ale trvale progreduje během období několika let.“*(MKN-10, 2024).

V první obsáhlé kapitole jsem objasnila základní pojmy jako je stáří, stárnutí, gerontologie a nejvíce jsem se věnovala pojmu demence. Také jsem uvedla zákony a vyhlášky, ve kterých je legislativně uvedeno, jakým způsobem se hodnotí soběstačnost osob. V kapitole je uvedeno, že osoby s demencí mají problém s přizpůsobováním, proto další kapitola bude 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

Druhou kapitolu osvětlím více pojem adaptace, jelikož jsme v první kapitole dozvěděli, že osoba s demencí má problémy s přizpůsobováním se.

2.1. Pojem adaptace

Adaptace je přizpůsobování se určitým, v minulosti neobvyklým, podmínkám. Je pak adaptace základní biologická, psychologická a sociální. Přičemž psychologická adaptace je přizpůsobení se chováním, myšlením a postojům, a sociální adaptace je proces přizpůsobení se na sociální podmínky (Hartl & Hartlová, 2000).

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

Míček popisuje tzv. akomodaci, která je považovaná jako pasivní adaptace, kdy se osoba přizpůsobuje na vnější prostředí. Asimilaci naopak vysvětluje jako aktivní adaptaci, kdy si osoba přizpůsobuje svá prostředí sobě (Míček, 1984).

Dle andragogického slovníku je adaptace evoluční proces, kdy se musí organismus adaptovat na nové podmínky, přizpůsobovat své chování, myšlení, emoce k novým pravidlům. Může však dojít k tzv. maladaptaci, která může nastat při nesprávném přizpůsobení (Průcha & Veteška, 2014).

Jsou popsány čtyři aspekty adaptace (Míček, 1984):

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

2.2. Adaptace na stáří

Kalvach se věnuje adaptaci v kapitole Adaptaci v preseniu a seniui. Vysvětluje, že existují různé teorie vícero odborníků, kteří zkoumají schopnost adaptace. Zmiňuje 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 obráceně jedinec opouští své obvyklé činnosti a aktivity. Poslední teorie, neboli substituční teorie, je zaměřena na to, že staré činnosti a aktivity jsou zaměněny za nové a vhodnější. Vždy je však potřeba přihlídnout velmi individuálně (Kalvach, 2004).

Dále chci zmínit, jaké jsou možnosti, které mohou klientovi při nástupu do domova se zvláštním režimem pomoci s adaptací. Opírám se o nový článek z ledna 2024 nesoucí název „Nefarmakologické přístupy“ napsaný Mrázkovou & Pohlovou (2020). Nefarmakologické přístupy zaměřili na klienty s demencí. V pobytovém zařízení potom jmenují: pravidelná strava a pitný režimem, způsob podávání stravy, pravidelnost denního režimu, nutriční stravu, zooterapii, muzikoterapii, arteterapii, validaci, reminiscenční terapii. Tyto přístupy jsou neméně důležité při práci s klienty a mohou

dopomoc s udržením jeho soběstačnosti a celkové kvality života. (Mrázková & Pohlová, 2024)

Cílem nefarmakologických přístupů je zachovat úroveň hrubé a jemné motoriky, soběstačnosti a kognitivních funkcí. Dalším cílem je výplň volného času. Tyto aktivity však mají být vybírány s ohledem na stav onemocnění klienta. Tyto přístupy také mohou pomoci při adaptaci na nové prostředí (Fertařová & Ondriová, 2020).

O nefarmakologických přístupech, technikách a metodách v publikaci v péči o pacienty s kognitivní poruchou jsou psány jednotlivé vybrané techniky, které jsou (Holmerová et al., 2007):

- Ergoterapie u osob s demencí – můžeme dopomoc s udržením soběstačnosti klientů. V České republice existuje od roku 1995 profesní organizace ergoterapeutů

- fyzioterapie u pacientů s demencí na lůžkovém oddělení

- kognitivní rehabilitace – Procvičování paměti prostřednictvím různých her

- orientace v realitě – jsou používány různé nadpisy, harmonogramy

- reminiscenční terapie – používají se vzpomínky, u klientů s kognitivním deficitem dobře využitelná, protože jedinci mají z velké části dobrou dlouhodobou paměť

- kinezioterapie – jeden z forem cvičení

- aplikace světla - použití závěsů, lampiček

- péče o pacienty v terminálních stadiích demence – vyžívaná metoda: Maieutický přístup, kdy se ošetřující personál učí empatickým přístupem pracovat s lidmi v terminálním stádiu demence

- muzikoterapie – patří mezi stimulační aktivizační metody, pouštění hudby může mít také vliv na veselejší náladu klienta, snižuje i neklidné stavy jedince

- arteterapie – podobně jako muzikoterapie je řazena do stimulačně aktivizačních metod, může dopomoc s motivací k činnosti

-canisterapie terapie – opět stimulačně aktivizační metoda, která působí vhodně na osobu s demencí prostřednictvím zvířat (pes/kočka)

Důležitým faktorem, aby mohla proběhnout úspěšná adaptace, může být celková příprava na stáří. Přípravě na stáří se věnuje Příbyl (2015) ve své publikaci Lidské potřeby. Příbyl rozděluje přípravu na stáří dle časového hlediska na (Příbyl, 2015):

a) Dlouhodobou přípravu na stáří

Zde se bavíme o dlouhodobé, téměř celoživotní, snaze připravit se na stáří. To může být ovlivněno vzděláním, pevnými rodinnými vazbami, vhodnou rodinnou výchovou, zapojení vnoučat o péči, vhodná životospráva a racionální strava

b) Středně dlouhou přípravu na stáří

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

c) Krátkodobou přípravu na stáří

Nejkratší příprava na stáří, tedy 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 připisuje mezi nejdůležitější aspekty 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).

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

a) konstruktivní přístup na stáří

Je to takový „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 jedinec např. velmi dlouho pracuje i přesto, že by mohl odejít do důchodu.

d) nepřátelský postoj

Jedincovi adaptační mechanismy se velmi těžce přizpůsobují nové situaci až je agresivní.

e) Sebenenávist

Osoba má velmi nízké sebehodnocení, je lítostivá, plačtivá

Švancara v kapitole o psychologických aspektech popisuje jeho zásady „5P“, které pro optimální adaptaci doporučuje, a jsou jimi: pružnost, prozíravost, porozumění, potěšení, perspektiva, přičemž (Švancara, 2004):

a) pružnost – 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.

- b) prozíravost – vidět věci ve vzájemném vztahu, dokázat organizovat svůj čas, prozíravý člověk je moudrý a rozvážený
- c) porozumění – mít dobré vztahy v rodině a blízkých přátelích, 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
- e) perspektiva – zachování si svého stylu a zůstat pozitivní, orientovat se na plánování budoucnosti.

Adaptaci na stáří a ve stáří se věnuje i Kalvach (1997), který jmenuje základní dvě hlediska sociální adaptace:

- a) z hlediska věkových změn vyrovnávání se s novými životními situacemi – souhrnné změny, které přináší stáří
- b) z hlediska obměny způsobů u života na úkor změn vlastního organismu – především odchod do důchodu

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

Na závěr této podkapitoly cituji čtyři nejdůležitější aspekty, jestliže se bavíme o adaptaci a to: kdo se adaptuje, v čem se adaptuje, kdy a jakým způsobem (Švancara, 2004).

2.3. Adaptační proces

Nástup do pobytového zařízení je spojen se zátěží, se ztrátou autonomie a soběstačnosti, jež má vliv na prožívání a chování jedince. Aby se mohla tato osoba optimálně adaptovat, musí nové prostředí dostatečně poznat a být informována 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 kladena vysoká pozornost, a především je to 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 při 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).

Na to, jak proběhne adaptační proces, může mít vliv více faktorů. A jedním z nich jsou temperamentní rysy jedinců. Vágnerová věnuje ve své knize Psychologie osobnosti kapitole o temperamentu. Z historického hlediska je temperament jedince pevně daný a nepříliš možný ovlivnitelný vnějšími faktory. I přesto, že temperament je pouze zlomek aspektů, které tvoří celkovou osobnost, tak právě Vágnerová hovoří o adaptačním významu temperamentových vlastností. Dle Vágnerové právě temperament má vliv na upřednostňování určitého chování, nebo volby povolání. Co však může z tohoto pojetí především plynout je, že tento adaptační význam může mít vliv na vnímání nových okolních podnětů (Vágnerová, 2010).

Dle Vágnerové: *„Temperamentové dispozice mohou ovlivnit, zda bude člověk chápat sociální kontakty jako zdroj stimulace, nebo spíše jako zdroj opory, zda bude mít tendenci k asertivnímu chování a k sebeprosazení, nebo zda u něho bude převažovat potřeba vyhnout se nepříjemným zážitkům, a proto se riskantních cílů vzdá.“* (Vágnerová, 2010, s. 76).

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 nástupu do domova se zvláštním režimem
 - 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 totiž mohou být tyto osoby také negativní.
 - b) Fáze adaptace a přijetí nového životního stylu – Dochází ke smíření se ztrátou bývalého teritoria a předchozího zázemí, avšak málo kdy dojde ke komplexnímu přijetí zařízení jako skutečného domova.
2. Nedobrovolné rozhodnutí nástupu do domova se zvláštním režimem

- a) Fáze odporu – Osoby jsou často negativní, agresivní na sebe, ošetřující personál i rodinu a blízké přátele. Cítí se frustrovaní, cítí zradu. Proto v této fázi dochází často k obviňování,
- b) Fáze zoufalství – V této fázi dochází spíše k rezignaci, tato fáze bývá často kritická a někdy se osoba neposune do další fáze. A tak může dojít *„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 – když se osoby dostanou do této fáze, často navážou s někým z ošetřujícího personálu dobrý vztah. Nemusí to být však někdo z personálu, ale osoba si najde pozitivní spojitost například s nějakou příjemnou situací.

Jak vidíme, tak u nedobrovolného rozhodnutí je navíc fáze odporu, kterou po nástupu do zařízení musí jedinci překonat. Často jsou klienti negativní, užívají obranné mechanismy (Vágnerova, 2007).

Ve chvíli, kdy nastane umístění osoby do pobytového zařízení (zde do domova se zvláštním režimem) dochází k určitému mezníku života tohoto 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 vázán, může být zhoršena jeho orientace, může také vyvolat strach a úzkosti.

Ztráta autonomie – pojí se se ztrátou soběstačnosti (v momentě, kdy dojde od personálu k „přepečování“)

Znak blížícího se závěru života – Jedinci mají pocit, že nástup do domova je jejich poslední etapa života, dost často jsou tyto osoby negativně naladěné.

Vágnerová (2010) popisuje tři temperamentové rysy:

a) Impulzivita

Impulzivitu považuje jako rizikový faktor z hlediska adaptace. Je to dáno tím, že je zde nízká stabilita. Impulzivní chování má pak projevy k jednání bez rozvahy, s agresivitou a s obtížným sebeovládáním.

b) Bažení po nových a intenzivních zážitcích

Tito lidé potřebují stále nové podněty a impulsy či zážitky, Dále tyto osoby nemají rády zavedený stereotyp.

c) Vnímavost k pozitivním a negativním podnětům

Může vyústit až k lhostejnosti na zpětném hodnocení a jejich socializace je tak narušena. Tito lidé jsou často pesimističtí.

V další kapitole se Vágnerová věnuje adaptaci a zvládnání náročných situací. Jestliže se změní standartní okolnosti běžného života, na které daný jedinec neumí reagovat, může to v něm vyvolat zátěž, pocit nepohody a následný stres. Načež si Vágnerová myslí, že na vyrovnání s tímto stresem můžou mít vliv nejen temperamentní rysy, ale také další osobnostní vlastnosti jako jsou například: neuroticismus, extraverteze a svědomitost, vstřícnost a otevřenost ke zkušenost (Vágnerová, 2010).

Působení dlouhodobého stresu, může jedinci vyvolat tzv. Posttraumatická adaptace, která má vliv pozitivní změnu v jeho kognitivním a emočním chování. *„Traumatizující situace, která se zpočátku zdá být zlá, nezvladatelná, neovlivnitelná a bezesmyslná, se postupně značně jevit srozumitelnější a smysluplnější, člověk je schopen v ní najít určité pozitivní aspekty.“* (Čírtková, 2004 in. Vágnerová, 2010 s. 372).

Obečně 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, nemocnice hovoříme o teritoriu instituce, kdy senior musí dodržovat určitá pravidla (Vágnerová, 2007).

Ve druhé kapitole této práce jsem se věnovala adaptaci a adaptačnímu procesu. Pojem adaptace jsem pojala jak obečně, tak jako 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. Další kapitola nám objasní sociální práci s osobami s demencí.

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

Aristoteles

3. Sociální práce se zaměřením na osoby s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy stařeckých demencí

Ve třetí kapitole se dostáváme k možnostem pomoci osobám s demencí se zaměřením na sociální práci.

3.1. Sociální služby

Sociální práce je vědní obor, jehož cílem je nacházet, objasňovat, snižovat a hledat řešení sociálních problémů. Sociální pracovníci poté pomáhají jedincům, rodinám, skupinám, či celé komunitě. U klientů, jež se nemohou uplatnit ve společnosti, pomáhá sociální práce se zachováním důstojnější podoby jejich života (Matoušek, 2001).

Dle Tomeše (2010) je *„Termín sociální služba (Social service) je používán k označení druhu sociální péče poskytované konáním (službou) státní (obecní) instituce ve prospěch jiné osoby, šířeji činnosti (výkonu) ve prospěch občanů poskytovaných soukromoprávní nebo veřejnoprávní institucí za podpory veřejnoprávní instituce, sociální práce (odborná činnost profesionálních pracovníků) ve prospěch lidí v sociální nouzi.“* (Tomeš, 2010, s. 38).

Vycházíme ze zákona č. 108/2006 Sb. Zákona o sociálních službách. Mezi sociální služby, které mohou pomoci osobám s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy stařeckých demencí, můžeme zařadit tyto služby sociální péče. Přičemž služby sociální péče *„napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajisti jim*

důstojné prostředí a zacházení.“ (§38, z. č. 108/2005 Sb. Zákon o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů)

Mezi vybrané služby sociální péče pro osoby mající Alzheimerovu chorobu a ostatní typy stařeckých demencí můžeme dle zákona č. 108/2006 Sb. Zákona o sociálních službách řadit následující s aplikací na město Brno.

a) Pečovatelská služba

Ambulantní nebo terénní forma pro osoby, kteří mají sníženou soběstačnost a potřebují pomoc druhé osoby (např. CSS (Centrum sociálních služeb) Brno)

b) Odlehčovací služby

Ambulantní, terénní, nebo pobytové služby pro osoby, o které je běžně postaráno v jejich přirozeném prostředí, ale pro umožnění odpočinku pečující osobě poskytují pomoc osobám, kteří mají sníženou soběstačnost. (např. CSS Brno)

c) Osobní asistence

Terénní služba pro osoby, kteří mají sníženou soběstačnost, služba je poskytována přirozeném prostředí uživatele služby (např. Maltézská pomoc Brno)

d) Denní stacionáře

Ambulantní služby pro osoby, které mají sníženou soběstačnost. (např. CSS Brno)

e) 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. (Haškovcová, 2012) Např. DS Foltýnová Brno

f) Domovy se zvláštním režimem (DZR)

Pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, kteří potřebují pomoc druhé osoby. Sociální služba poskytuje základní činnosti jako: poskytování ubytování, poskytování stravování, pomáhání při osobní hygieně, pomáhání při základních úkonů péče, aktivizační programy, pomáhání při uplatňování základních práv a zájmů. (Zákon č. 108/2006 Sb.) Např. (DZR Nopova Brno). Této pobytové službě se podrobněji věnuji v další samostatné kapitole této práce.

Ministerstvo práce a sociálních věcí uvádí, že v roce 2022 byl počet přijatých klientů domova pro seniory 12 761 v celé České republice, přičemž do domova se zvláštním režimem pouze o 891 méně. Viz tabulka č. 2

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 je třeba věnovat značnou míru pozornosti domovům se zvláštním režimem, protože poměr s klasickým domovem pro seniory je téměř totožná.

3.2. 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).

Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách definuje sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče a to v § 52 Odstavci 1.:

„Ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče se poskytují pobytové služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče“ (Zákon č. 108. Sb. Zákon o sociálních službách §52)

I ve zdravotnických zařízeních jsou poskytované sociální služby. V praxi můžeme hovořit o tzv. sociálních lůžkách“, kdy dané osoby již nepotřebují lůžkovou zdravotní péči, ale i přesto potřebují pomoc druhé osob. Je to však pomoc na přechodnou dobu, dokud jedinci zajištěna jiná vhodnější pomoc sociálními službami (Příbyl, 2015).

Sociální pracovník se seniory ve zdravotnických zařízeních je nedílnou součástí geriatrického týmu, který se účastní geriatrické konference. Konkrétně řeší propuštění z nemocnice, a to s návratem do jeho přirozeného prostředí či 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 péče 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 účasti pacienta na tomto rozhodnutí přechodu, je základním kamenem také ke zvládnutí následného adaptačního procesu. (Matoušek, 2015).

Česká alzheimerovská společnost obsahuje databázi služeb, a to také i zdravotnické zařízení pro osoby mající Alzheimerovu chorobu a jiné typy stařeckých demencí. Zdravotními službami v jihomoravském kraji poskytující pobytovou službu tedy mohou být (ČALS,2015):

Psychiatrická nemocnice – Zdravotní zařízení pro speciální léčbu duševních onemocnění. Např. Psychiatrická nemocnice Brno

Geriatrické ambulance – Geriatrické ambulance se zaměřují na léčbu organických poruch např. demence, poskytují komplexní péči. Např. Specializovaná geriatrická ambulance pro kognitivní poruchy při LF MU (Lékařská fakulta Masarykovy univerzity) a FN Bohunice (Fakultní nemocnice Bohunice)

Léčebny dlouhodobě nemocných – Léčebna dlouhodobě nemocných

Vznikaly od 70. let 20. století a byly pro všechny osoby, které byly nemocné, ale většinou se již zde tenkrát léčili seniory. Od roku 1998 jsou léčebny dlouhodobě nemocných předeny na systém následné péče. Pacienti zde mohou být maximálně tři měsíce. Problém nastává, když pacient nemůže odejít zpět do domácího zařízení (Haškovcová, 2012). Např. Nemocnice Milosrdných bratří, která poskytuje následnou péči

Hospicová péče – Paliativní péče pro osoby nevléčitelné a osoby umírající.

Např. Hospic sv. Alžběty – Lůžkové nestátní zdravotnické zařízení

V této kapitole jsem se věnovala popisu, jak může vypadat pomoc osobám, které trpí Alzheimerovou chorobou a jinými typy stařeckých demencí. Kapitulu jsem rozdělila na sociální služby a zdravotní péči, jelikož tyto dva způsoby poskytování péče jsou pro mě stěžejní v mé empirické části. Také jsem uvedla konkrétní příklady poskytovatelů ve městě Brně. Další kapitola více specifikuje 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, který upravuje zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. 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, Alzheimerovou chorobou a ostatními typy demencí (Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách).

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, definuje maximální výši úhrad za poskytování těchto služeb (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 (Zákon č. 108/2006 Sb).

Důležité je umět komunikovat s touto cílovou skupinou, tedy osobami s Alzheimerovou chorobou a ostatními typy stařeckých demencí, protože schopnost komunikace je podmínkou, aby si klient úspěšně začlenil do nového sociálního prostředí a udržel tak vzájemné vztahy (Jirák 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 své cílové skupině klientů. Od vybavení, přes interiér pokoje až po společenské prostory. Zajištění stravy je naplňuje jednu ze základních lidských potřeb. Strava se poskytuje racionální, diabetická či 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 ošetřovatelské úkony. Důležitou činností je zprostředkování účasti na denních a společenských akcích a také na ergoterapii (Malíková, 2020).

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. Individuální plánování

Individuální plánování průběhu sociální služby je 5. standard 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 uvedeny níže. viz tabulka č. 3.

Tabulka 3 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 plánování individuálního péče. Kdokoliv, kdo pracuje s danou osobou, by měl mít představu o jeho schopnostech, přáních a opravdových potřebách. Tyto informace se získávají formálním hodnocením, ale především možností pozorování jedince (Zgola, 2003).

4.4. Multidisciplinární tým domova se zvláštním režimem

Strukturu zaměstnanců domova se zvláštním režimem tvoří vedení domova, administrativní pozice, 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 nebo vysokoškolského vzdělávacího akreditovaného programu (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Pracovník v sociálních službách

Vykonává přímou obslužnou péči klientů v oblastech hygieny, aktivizace, činnostech orientovaných na pohybové aktivity, 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 mu společenské aktivity a další služby, které domov nabízí. 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 u nekomunikujících. Klíčový pracovník také sestavuje individuální plán klienta ve spolupráci s celým multidisciplinárním týmem (Malíková, 2020).

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

4.5. Denní režim domova se zvláštním režimem

Denní režim a harmonogram dne, by měl být nastavený tak, aby respektoval princip normality, zvyklosti a zachoval individuální přístup ke klientovi. Klientovi by se měli nabízet aktivizační činnosti tak, aby odpovídali potřebám v každé fázi onemocnění demence. Mělo by také být zachováno soukromí, jak při hygieně, tak dalších ošetrovatelských procesech (Veřejný ochranci práv – Ombudsman, 2015)

Ve všední dny probíhají týmové porady a předání služeb, kde se seje ošetrující personál. Běžný den v pobytovém zařízení probíhá tak, že pracovníci v sociálních službách pomáhají klientovi při zvládnutí 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).

4.6. Životní příběh

Jak jsem již zmínila, pro anamnézu jedince, je důležité znát jeho Životní příběh. 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 tedy *„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).

Zkrátka životní příběh odráží historii klienta. Pochopení jeho historie je základním kamenem k pochopení jeho adaptace, protože *„jedinci, kteří se obtížně přizpůsobují změnám pracovních plánů a postupu, společenských vztahů a rodinného života, nemívají obvykle uspokojivé vědomí kontinuity vlastní životní dráhy.“* (Švancara, 1979, s 61).

Dle Švancary je důležité dbát na individuální péči dle těchto prototypů adaptace. Není vhodné, aby v domově pro seniory byli na stejném pokoji klienti nepřizpůsobiví a závislí (Švancara, 1979).

V této závěrečné kapitole jsem více objasnila sociální službu dle zákona č. 108/2006 Sb. Domov se zvláštním režimem. Tuto kapitolu jsem koncipovala jako poslední kapitolu teoretické části, protože výzkum v empirické části bude probíhat v domově se zvláštním režimem.

B. Empirická část

„Na počátku každého výzkumu je úžas nad tajemstvím.“

Albert Einstein

5. Metodika výzkumu

Pro výzkum s osobami s demencí je nevyhnutelné přizpůsobit empirické šetření kognitivním způsobilostem cílové skupiny. Musíme například brát ohled na to, zda zkoumaní jedinci nepotřebují kompenzační pomůcky. Také je důležité, aby výzkumník věděl, jak zkoumaná osoba zvládne porozumět tázaným otázkám. Výzkumník dále musí pohlížet na to, jestli má osoba opatrovníka. Výzkum by měl být uskutečňován v klidném prostředí, kde se tázaný cítí komfortně, na výzkum by mělo být ponecháno více času a celkově upraveno tempo. Výzkum s touto cílovou skupinou je velice individuální, a proto je důležité vybírat vhodné techniky empirického šetření (Klimentová, 2018).

5.1. Metodologie

Pro výzkum v empirické části je využit kvantitativní výzkum. Je vybrán experimentální přístup. Při výběru techniky sběru dat je zvoleno pozorování klientů ve vybraném domově se zvláštním režimem v Brně.

Přičemž podstatou experimentu je eventualita sledovat podmínky a vývoj pozorovaného dění. Využití experimentu se však omezuje pouze na určité oblasti. Není také možné ozřejmit, jestli výsledek bude platit obecně, či pouze za užití daných okolností (Vágnerová, 2010).

Pozorování je vědecký postup, který je zdrojem mnoha údajů a informací. Je třeba vymezit si, co a jak chceme pozorovat. Pro pozorování osobnosti lze použít volné nebo systematické pozorování. Při volném pozorování není dopředu stanoven plán. Při systematickém pozorování jsou dopředu stanovené aspekty a kritéria pozorování. Toto pozorování je až formou

experimentu, kdy mohou být pozorovány například reakce na různé situace a jsou zaznamenávány do příslušného záznamového archu. Pozorování může být participativní nebo neparticipativní. (Vágnerová, 2010)

„Metoda systémového pozorování je důležitá proto, že zachycuje spontánní, přirozené chování, skutečnost, do které výzkumný pracovník nijak nezasáhl.“ (Říčan & Dvořáčková, 2010, s.41).

Ve své bakalářské práci využiji metody poznávání osobnosti dle Šmajsové-Buchtové & Dvořáčkové, jimiž je:

Pozorování – základní psychologická metoda, kdy je pozorován jedinec v různých situacích, bez zásahu okolí. Při pozorování druhých osob je tento pojem nazván tzv. extrospekci. *„Pozorování může proběhnout v přirozených podmínkách a situacích, nebo uměle navozena situace. Je důležité nastavit si cíl, důkladnost, znalost předmětu, který je pozorován.“*(Šmajsová-Buchtová & Dvořáčková, 1996, s. 179).

Pro svůj výzkum jsem použila nezúčastněné a strukturované pozorování. Přičemž při *„nezúčastněném a strukturovaném pozorování výzkumník minimalizuje interakci s pozorovanými subjekty a snaží se získat informace o chování jedince nebo skupiny, pomocí protokolu získává nejširší záznam toho, co lidé dělají a říkají.“*(Zháněl, 2014, s. 45).

Velkou výhodou pro můj sběr dat je, že mám možnost pozorovat nastupující klienty do domova se zvláštním režimem po celou dobu jejich adaptačního procesu. Další výhodou je účast na týmových poradách, kde se jakožto sociální pracovník setkávám s klíčovými pracovníky. Od klíčových pracovníků jsem tak mohla získat data z pozorování klientů v adaptačním období.

5.2. Výzkumný soubor

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

Základním souborem jsou všichni klienti, kteří nastoupí do domova se zvláštním režimem. Účastníky jsem rozdělila na dvě skupiny osob. Konkrétně na první skupinu a to, klienty, kteří přišli z domácího prostředí a druhou skupinu-klienty, kteří přišli ze zdravotních zařízení. Můj výzkumný soubor je tedy výběrový. Pro svůj výběrový výzkumný soubor zahrnuji klienty, kteří přišli do domova se zvláštním režimem od července 2023. Do domova se zvláštním režimem také nastoupili klienti z jiných zařízení, tento počet byl velmi nízký (2 klienti), a proto nebyli zařazeni do mého výzkumu.

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 užívat elektrošoky pro výpovědi. Proto je třeba využívat vážně etické zásady a principy výzkumu (Walker, 2013).

Základní etické zásady, o kterých se Walker zmiňuje, jsou vyhnutí se tísní či stigmatu, ochrana osobních údajů, anonymita, případně použití informovaného souhlasu (Walker, 2013).

Pozorované klienty nijak specificky neidentifikuji, zůstávají v anonymitě, nezveřejňuji jejich osobní údaje a splňuji etické zásady mého výzkumu.

5.4. Vstup do terénu pozorování

Konec adaptačního období se dle odborné literatury uvádí 3–6 měsíců (Kratochvílová & Křemenová, 2018). Proto jsou kritéria, která jsem si stanovila pro pozorování zhodnocení adaptačního procesu, hodnocena od měsíce září 2023.

Tyto kritéria u klientů hodnotím vždy po zakončení adaptačního procesu, tedy po třech měsících pobytu v domově se zvláštním režimem.

Doba strávená v terénu byla časově náročná, ale získala jsem poznatky, které bych krátkodobým sledováním nezískala.

5.5. Technika sběru dat

Pro sběr dat pozorování jsem vytvořila soubor kritérií, která jsem zaznamenávala do záznamové tabulky: **Závěrečné hodnocení průběhu adaptačního procesu domova se zvláštním režimem** viz příloha

Tabulka je rozdělena na 2 *velké oblasti*. K *první* oblasti jsem využila analýzu dokumentů z knih nástupu a karet konkrétních klientů. Vše jsem však pro svůj výzkum vedla anonymně. K *druhé* oblasti jsem využila pozorování klientů. Druhá oblast je pak rozdělena ještě do 4 oblastí, dle výše uvedené literatury. Celkem v druhé oblasti je stanoveno 22 kritérií.

6. Analýza a interpretace dat

A. Základní informace – analýza dokumentů

Typy dokumentů: Kniha nástupu

Tabulka 4 Četnost respondentů

Celý soubor	Klienti z domácího prostředí	Klienti ze zdravotního prostředí
37	14	23
100 %	38 %	62 %

Do vybraného domova se zvláštním režimem nastoupilo celkem 24 klientů ze zdravotnického zařízení a 17 klientů z domácího prostředí, tedy 41 klientů.

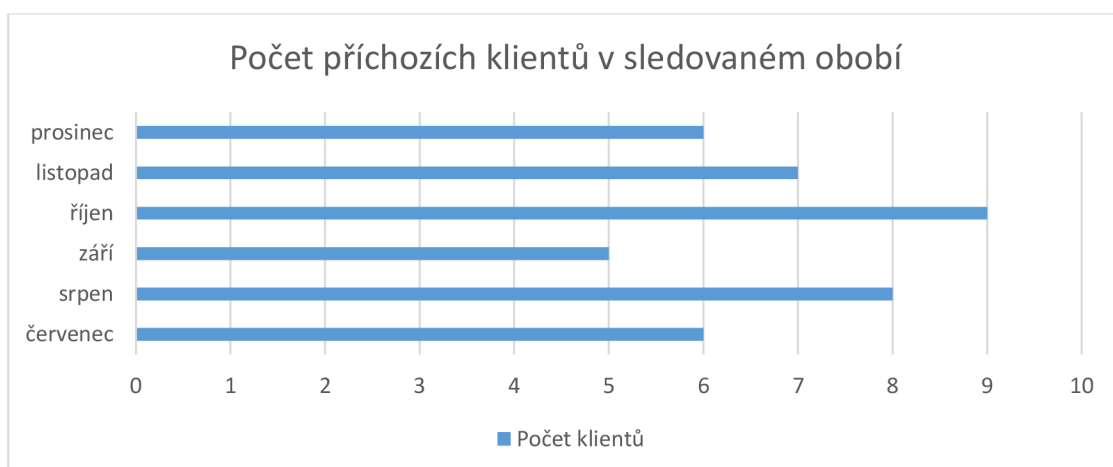
Během adaptační doby zemřeli 4 klienti.

Pozorovala jsem tedy 37 klientů viz tabulka č. 4.

Do vybraného domova se zvláštním režimem nastoupilo celkem **14** klientů z domácího zařízení a **23** klientů ze zdravotnického zařízení

Základní informace o klientech v části A. jsou uvedeny v přesném počtu klientů. Při porovnávání skupin klientů v části B. a C. jsou hodnoty, vzhledem k rozdílnému počtu osob v obou skupinách, uváděny v procentech z celku.

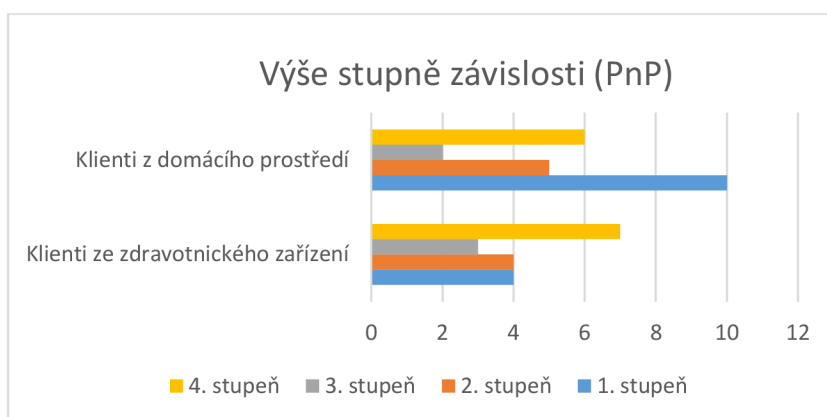
Graf 1 Počet příchozích klientů ve sledovaném období



Celkový počet klientů, kteří nastoupili do vybraného domova se zvláštním režimem ve sledovaném období červenec 2023–prosinec 2023 a zvládli adaptační období, je 37. Nejméně klientů nastoupilo v září s počtem 5 a nejvíce v říjnu s počtem 9.

Typy dokumentů: karty klientů

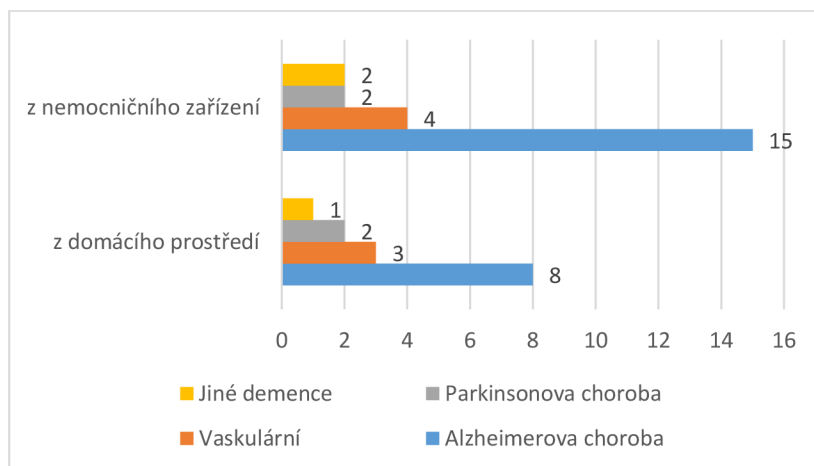
Graf 2 Výše stupně závislosti (PnP)



U klientů ze zdravotnického zařízení převládá výše stupně závislosti ve IV. Stupni - 7 klientů. U klientů z domácího prostředí v počtu 10 klientů převládá I. Stupeň závislosti na pomoci druhé osoby.

Typy dokumentů: karty klientů

Graf 3 Základní diagnóza

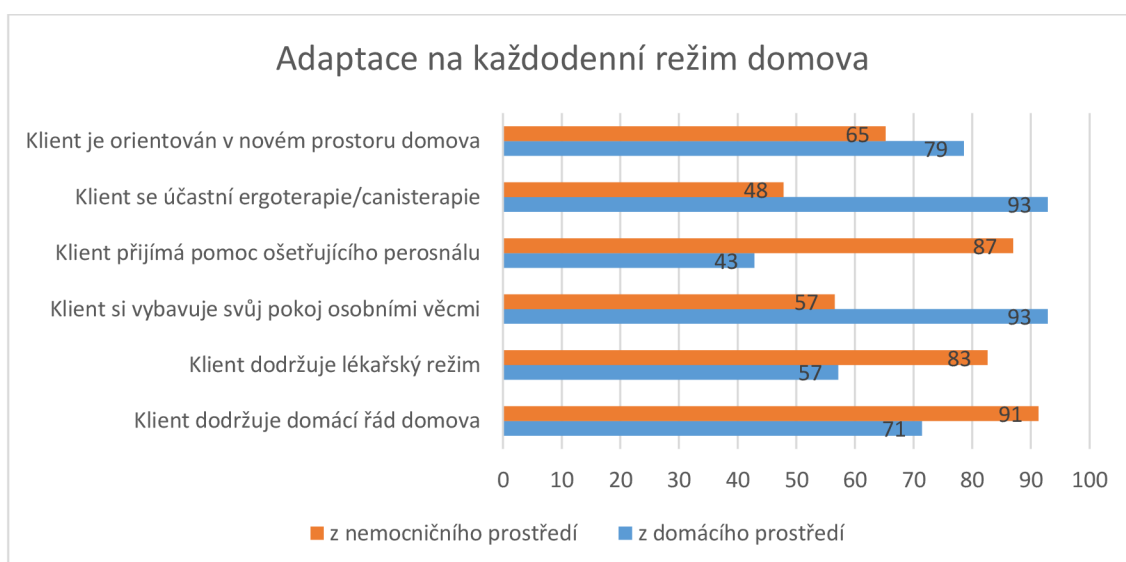


U všech vybraných klientů dominuje základní diagnóza Alzheimerova choroba, následně vaskulární demence, Parkinsonova choroba další typy demencí.

B. Závěrečné zhodnocení průběhu a závěru adaptačního procesu domova se zvláštním režimem – pozorování

1. Adaptace na každodenní režim domova

Graf 4 Adaptace na každodenní režim domova



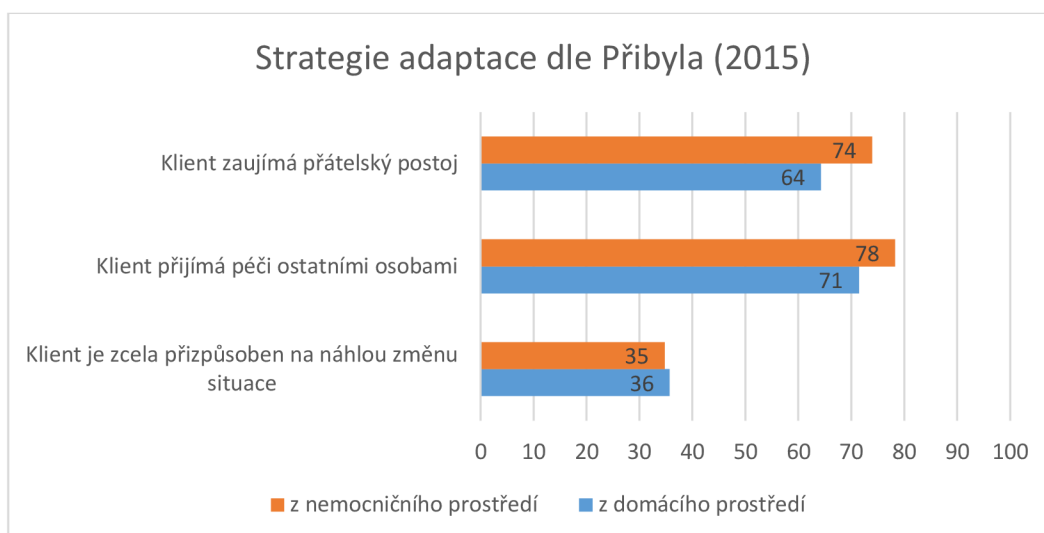
V okruhu kritérii oblasti adaptace na každodenní režim domova jsem pozorovala u obou skupin 6 vybraných kategorií.

Z pozorování jsem zjistila, že klienti z nemocničního prostředí více dodržují domácí řád domova a lékařský režim než klienti z domácího prostředí. Dále tito klienti snadněji přijímají pomoc ošetřujícího personálu. Může to být dáno tím, že klienti z nemocničního prostředí se již na tyto kategorie adaptovali před nástupem do domov, obvykle stráví v nemocnici 3 měsíce.

Na druhou stranu klienti z domácího prostředí se lépe orientují v novém prostoru a zařizují si pokoj osobními předměty. Z pozorování mohu předpokládat, že zařízení domova je více podobné zařízení v domácím prostředí. Klienti z domu se více účastní ergoterapie/canisterapie, protože běžně v domácnosti bývají osamoceni. Rodiny klientů z domácího prostředí se snaží svým blízkým více zpříjemnit pobyt vybavením pokoje např. fotografiemi a osobními předměty.

2. Strategie adaptace dle Příbyla (2015)

Graf 5 Strategie adaptace dle Příbyla (2015)



V okruhu strategie adaptace dle Příbyla (2015) jsem použila kritéria pro ideální přístup jedince k adaptaci v domově.

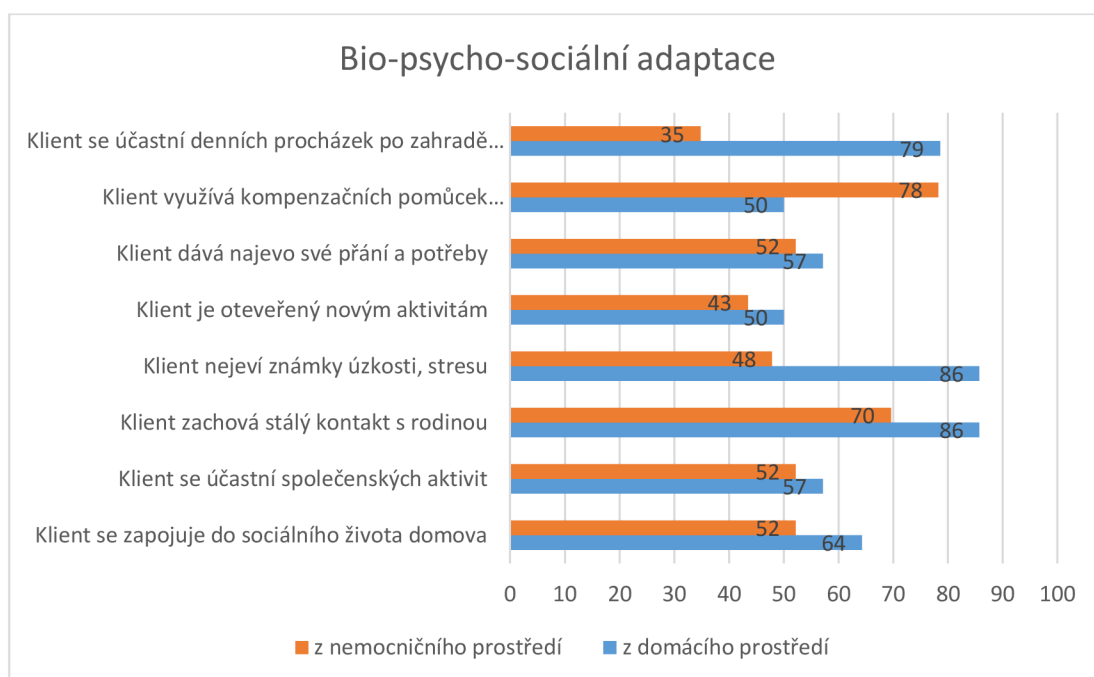
Z pozorování vyplývá, že většina klientů obou skupin se chová přátelsky k personálu a ostatním osobám v domově. Většina klientů také oceňuje péči, která je jim v domově poskytována.

Náhlou změnou situace je myšlena například změna programu. Klientům se pravidelně vaří káva ve 14 hodin odpoledne, avšak při pozorování došlo k situacím, kdy se místo kávy konala společenská akce. V průběhu pozorování

to byla například nečekaná návštěva loutkového divadla. Účast na této akci byla velmi nízká a koresponduje s tím, že klienti nejsou na tyto náhle změny připraveni a mají rádi zavedený režim.

3. Bio-psycho-sociální adaptace

Graf 6 Bio-psycho-sociální adaptace

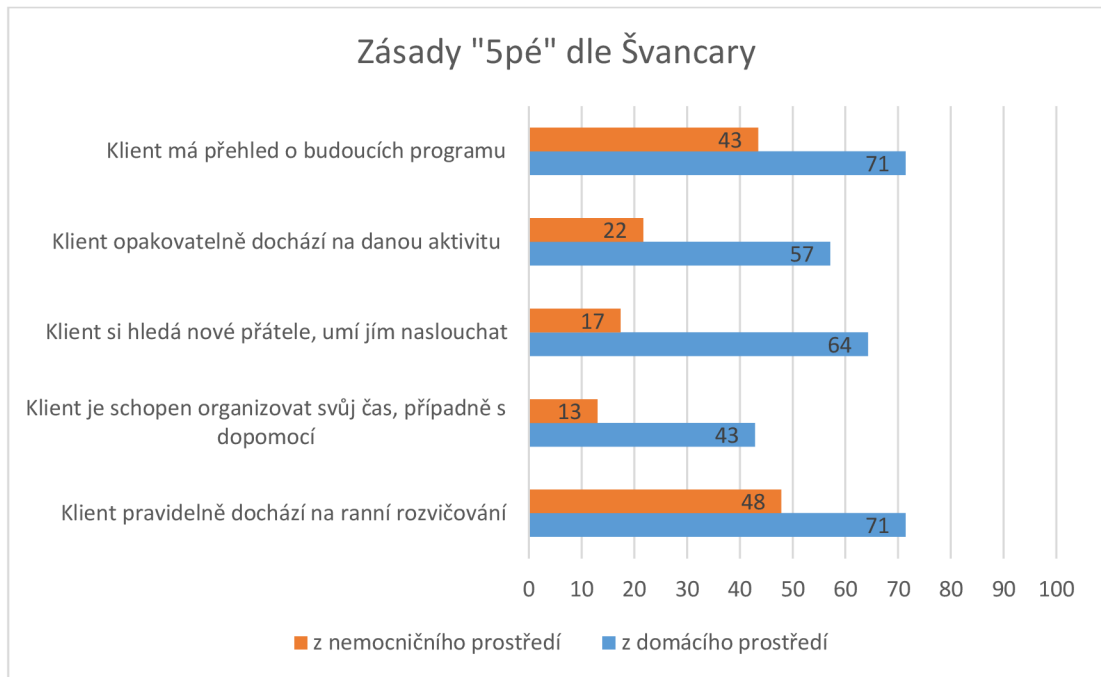


Z další skupiny vybraných kritérií jsem pozorovala bio-psycho-sociální adaptaci klientů.

U obou skupin se nejméně polovina klientů zapojuje do sociálního života domova, dochází na společenské akce (jedná se především o denní aktivity s aktivizační pracovníci) a dává najevo své přání a potřeby. Klienti z domácího prostředí se více prochází na zahradě DZR, to však může být dáno tím, že jsou více mobilní (viz graf č. 2). Také jsem vypožorovala, že klienti z domácího prostředí více zachovávají kontakt s rodinou (včetně telefonického kontaktu), a to zřejmě přispívá k jejich celkovému duševnímu zdraví.

4. Zásady „5pé“ dle Švancary

Graf 7 Zásady „5pé“ dle Švancary

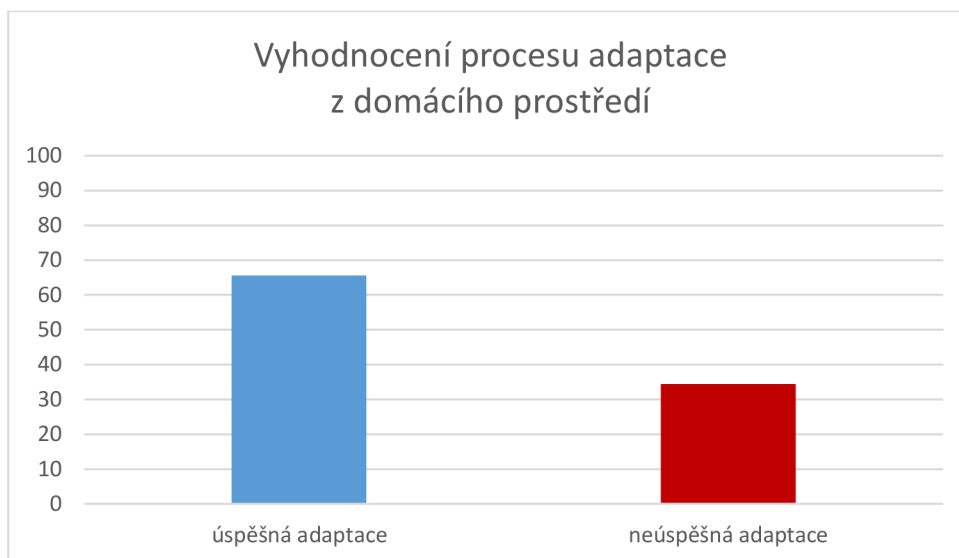


Zde jsem se opírala o „5P“ dle Švancary, které popisuje pro optimální adaptaci.

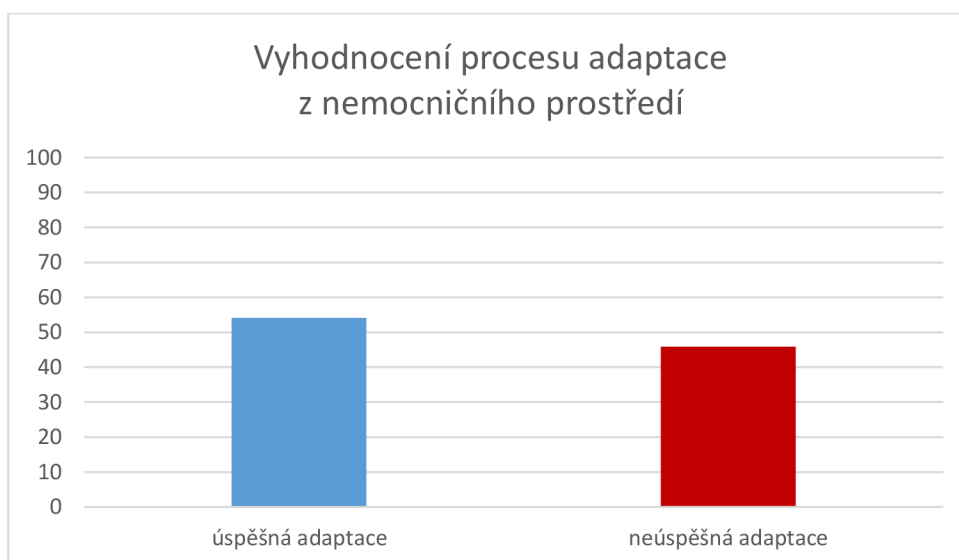
Klienti z domácího prostředí se ve většině případů účastní ranního cvičení. U klientů z nemocničního prostředí cvičení probíhá spíše v pokoji u lůžka (opět nejspíše důvod stupeň PnP). Klienti z domácího prostředí si velmi často píšou do kalendářů datумы, kdy se něco v DZR koná. Také si zde píšou, kdy k nim přijde rodina na návštěvu. Klienti z nemocničního zařízení, dle pozorování, téměř nedochází na aktivity v pravidelném horizontu (alespoň 2x týdně), nehledají si nové přátele a jsou uzavření.

C. Celkové vyhodnocení adaptačního procesu

Graf 8 Klienti z domácího prostředí



Graf 9 Klienti ze zdravotnického zařízení



Klienti z obou vybraných skupin, se na pobyt v domově se zvláštním režimem adaptují z větší poloviny vybraného celku. Za úspěšnou adaptaci je považováno splnění více jak 50 % z vybraných kritérií.

7. Diskuse

Z kvantitativního výzkumu, který jsem provedla pozorováním klientů vyplývá, že klienti z domácího prostředí se lépe adaptují v domově se zvláštním režimem. Rozdíl mezi první a druhou skupinou (klienti ze zdravotnického zařízení) není příliš markantní. Z domácího prostředí se úspěšně adaptovalo 66 % klientů a ze zdravotnického zařízení 54 % klientů. Nutno však podotknout, že je to stále nízké procento úspěšné adaptace u obou skupin. Je zřejmé, že adaptační období 3 měsíců, je velmi krátká doba na to, aby se klienti přizpůsobili novému režimu.

Je nutné podotknout, že soubor klientů, které jsem pozorovala, 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.

Důležité je také zmínit fakt, že by výsledky mohly být odlišené při použití jiných vybraných kritérií. Neméně podstatná je i otázka, jak velkou má souvislost základní diagnóza klientů s výsledkem výzkumu? Pozorování proběhlo u velkého souboru klientů, a proto jsem dle mého názoru získala stále málo informací o konkrétních osobách.

Z etického a morálního hlediska je také těžké určit, jestli 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.

Matoušek (2015) říká, že tím nejhlavnějším aktérem adaptačního plánu je sám klient. Což je do jisté míry pravda (proto adaptační proces probíhá a zjišťují se přání a potřeby klientů), avšak vzhledem k jejich diagnózám, je potřebné spolupracovat jako multidisciplinární tým. Vypozorovala jsem, že pro spokojenost klienta je primární uspokojovat jeho základní lidské potřeby, o kterých hovoří již Maslow ve své pyramidě potřeb. Zjistila jsem, že pro celý tým je potřebné znát klientovo hodnocení stupně závislosti na pomoci druhé osoby. (Zákon č. 108/2006 Sb).

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 výzkumnou otázku: **Jak klienti zvládli adaptační proces dle předem stanovených kritérií?** A následně dojít k cíli bakalářské práce: **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,** je práce rozdělena na dvě části.

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 Adaptace. V této kapitole se věnuji adaptaci jako obecnému pojmu, ale také adaptačnímu procesu. Závěrečná kapitola pojednává o specifické sociální službě, a to o domově se zvláštním režimem, kde je realizován výzkum pro empirickou část této práce.

V empirické části jsem uvedla metodologii výzkumu a také jaká jsem si stanovala kritéria pro zhodnocení adaptačního procesu. Tyto kritéria mi pomohly odpovědět na výzkumnou otázku této práce a dosáhnout stanoveného cíle bakalářské práce.

Odpovědí na výzkumnou otázku tedy je: Alespoň polovina všech klientů z vybraného souboru zvládla adaptační proces, dle předem stanovených kritérií.

V průběhu pozorování jsem si do záznamového archu zaznamenávala informace o mých klientech. K tomu mi také dopomohla analýza dokumentů.

Informace jsem čerpala také z dokumentů a to – knihy nástupů a karet klientů. Informace jsem čerpala tak, abych zachovala anonymitu všech mých participantů.

Mé klienty jsem pozorovala vždy 3 měsíce, po dobou jejich adaptačního procesu, zdali se orientují v prostředí domova, zdali se účastní denních aktivit ergoterapie, dochází na fyzioterapii či jestli si hledají nové přátele mezi ostatními klienty. Ku pomoci mi byly také závěrečné hodnocení klíčových pracovníků na týmových poradách.

Bakalářská práce určitě rozšiřuje znalosti o procesu adaptace. Jsou zde zmíněny aspekty, které mohou usnadňovat či komplikovat adaptační proces. V bakalářské práci jsou uvedeny přístupy (např. nefarmakologické), které mohou také pomoci klientovi s adaptačním procesem.

Jelikož multidisciplinární tým musí, dle standardu kvality sociálních služeb, sestavovat individuální plány klientům a také hodnotit adaptační proces, mohla by tato práce pomoci sjednotit daná kritéria.

Co je však nejdůležitější, je zvýšení povědomí o důležitosti domovů se zvláštním režimem, jakožto pomoci osobám se sníženou soběstačností.

Závěrem chci ještě zmínit, že při větším poznání klientů a rozsáhlejší práci by bylo vhodnější použít kombinaci výzkumných strategií (kvalitativního i kvantitativního výzkumu). Kvalitativní data by pak sloužila k dokreslení kvantitativních výsledků. Dostala bych poté ucelenější pohled při vedení rozhovorů přímo s klienty či jejich rodinnými příslušníky. Při pozorování jsem zjistila, že adaptační proces může u vybraných klientů být velmi individuální.

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.
- FERTAĽOVÁ, T., & ONDRIOVÁ, I. (2020). Demence: nefarmakologické aktivizační postupy. Praha: Grada Publishing.
- 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.
- KLIMENTOVÁ, E. (2018). Osoby se zdravotním postižením v sociologickém výzkumu, Olomouc.

- 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, O. (2001). Základy sociální práce (3., aktualiz. a dopl. vyd.). Praha: Portál.
- 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.
- NEŠPOR. (2020). Practicus, odborný časopis praktických lékařů. Praha.
- 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.
- ŘÍČAN, P., & DVOŘÁČKOVÁ, D. (2010). Psychologie osobnosti: obor v pohybu (6., rev. a dopl. vyd., V Grada Publishing 2). Praha: Grada.
- 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. Závazalová, P. Sucharda, a kol. (2004). Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada.
- ŠMAJSOVÁ BUCHTOVÁ, B., & DVOŘÁČKOVÁ, D. (1996). Člověk – psychosomatická bytost: k problému lidské sebereflexe. Brno: Masarykova univerzita.
- 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.

ZHÁNĚL, J., HELLBRANDT, V., & SEBERA, M. (2014). Metodologie výzkumné práce. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií.

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

Elektronické zdroje

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

LAWRENCE K. FRANK, *Gerontology, Journal of Gerontology*, Volume 1, Issue 1_Part_1, January 1946, Pages 112, [cit. 2024-01-10]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/geronj/1.1 Part 1.1>

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

PETER P. VITALIANO, ALAN R. BREEN, MARILYN S. ALBERT, JOAN RUSSO, PATRICIA N. PRINZ. (1984). Memory, Attention, and Functional Status in Community-residing Alzheimer Type Dementia Patients and Optimally Healthy Aged Individuals, *Journal of Gerontology*. [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: , <https://doi.org/10.1093/geronj/39.1.58>

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

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

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 Epigenetická tabulka E. H. Eriksona popisující osm fází psychosociálního vývoje člověka	11
Obrázek 2 Maslowa hierarchie potřeb	14

Seznam tabulek

Tabulka 1 Hodnocení stupně závislosti na pomoci druhé osoby starší 18 let.....	16
Tabulka 2 Počet klientů pobytových sociálních služeb v roce 2022	35
Tabulka 3 Individuální plánování dle standardu kvality sociálních služeb č. 5.....	40
Tabulka 4 Četnost respondentů	49

Seznam grafů

Graf 1 Počet příchozích klientů ve sledovaném období	49
Graf 2 Výše stupně závislosti (PnP)	50
Graf 3 Základní diagnóza	50
Graf 4 Adaptace na každodenní režim domova.....	51
Graf 5 Strategie adaptace dle Příbyla (2015)	52
Graf 6 Bio-psycho-sociální adaptace	53
Graf 7 Zásady „5pé“ dle Švancary.....	54
Graf 8 Klienti z domácího prostředí.....	55
Graf 9 Klienti ze zdravotnického zařízení	55

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 závěrečného hodnocení průběhu adaptačního procesu domova se zvláštním režimem

Závěrečné hodnocení průběhu adaptačního procesu domova se zvláštním režimem.			
Datum nástupu klienta:			
Datum zhodnocení adaptačního procesu:			
VYBRANÉ ASPEKTY	KATEGORIE VYBRANÝCH ASPEKTŮ	ANO	Poznámka
Nástup do domova	Klient nastoupil ze zařízení zdravotní péče		
	Klient nastoupil z domácího prostředí		
Základní diagnóza	Klientova základní diagnóza		
Stupeň závislosti PnP	Výše stupně závislosti		
Adaptace na každodenní režim domova	Klient dodržuje domácí řád domova		
	Klient dodržuje lékařský režim		
	Klient si vybavuje svůj pokoj osobními věcmi		
	Klient přijímá pomoc ošetřujícího personálu		
	Klient se účastní ergoterapie/canisterapie		
	Klient je orientován v novém prostoru domova		
Strategie adaptace dle Příbyla (2015)	Klient je zcela přizpůsoben na náhlou změnu situace		
	Klient přijímá péči ostatními osobami		
	Klient zaujímá přátelský postoj		
Bio-psycho-sociální adaptace	Klient se zapojuje do sociálního života domova		
	Klient se účastní společenských aktivit		
	Klient zachovává stálý kontakt s rodinou		
	Klient nejeví známky úzkosti, stresu		
	Klient je otevřený novým aktivitám		
	Klient dává najevo své přání a potřeby		
	Klient využívá kompenzačních pomůcek dostupných v domově		
	Klient se účastní denních procházek po zahradě domova		
Zásady "5pé" dle Švancary	Klient pravidelně dochází na ranní rozvíčování		
	Klient je schopen organizovat svůj čas, případně s dopomocí		
	Klient si hledá nové přátele, umí jim naslouchat		
	Klient opakovaně dochází na danou aktivitu		
	Klient má přehled o budoucím programu		

2. Ukázka vyplněného závěrečného hodnocení průběhu adaptačního procesu domova se zvláštním režimem

Závěrečné hodnocení průběhu adaptačního procesu domova se zvláštním režimem.			
Datum nástupu klienta: Klient č. 2	04.07.2023		
Datum zhodnocení adaptačního procesu:	06.10.2023		
VYBRANÉ ASPEKTY	KATEGORIE VYBRANÝCH ASPEKTŮ	ANO	Poznámka
Nástup do domova	Klient nastoupil ze zařízení zdravotní péče	X	z LDN NMB
	Klient nastoupil z domácího prostředí		
Základní diagnóza	Klientova základní diagnóza	AN	Alzheimerova choroba
Stupeň závislosti PnP	Výše stupně závislosti	II. St.	PnP - požádáno o zvýšení
Adaptace na každodenní režim domova	Klient dodržuje domácí řád domova	X	
	Klient dodržuje lékařský režim	X	Kl. Má praktického lékaře a Neuroložku
	Klient si vybavuje svůj pokoj osobními věcmi	X	Fotografie rodiny
	Klient přijímá pomoc ošetřujícího personálu	X	
	Klient se účastní ergoterapie/canisterapie		Klient odmítá docházet
	Klient je orientován v novém prostoru domova	X	Klient ví, kde je jídelna a kde je toaleta
Strategie adaptace dle Přibyla (2015)	Klient je zcela přizpůsoben na náhlou změnu situace		Klient nechtěl jít na náhlou akci loutkového divadla
	Klient přijímá péči ostatními osobami	X	Klient si oblíbil pečovatelku Aničku
	Klient zaujímá přátelský postoj	X	Klient je usměvavý
Bio-psycho-sociální adaptace	Klient se zapojuje do sociálního života domova		Klient spíše nechce do společnosti, straní se
	Klient se účastní společenských aktivit		Klient dochází pouze na velké společenské akce (Vinnobrání)
	Klient zachovává stálý kontakt s rodinou	X	Klient si stále telefonuje s dcerou
	Klient nejeví známky úzkosti, stresu	X	
	Klient je otevřený novým aktivitám	X	Klienta zaujala keramika každý čtvrtek v hale DZR
	Klient dává najevo své přání a potřeby		Vzhledem k Dg. Nelze určit
	Klient využívá kompenzačních pomůcek dostupných v domově	X	Klient používá vysoké chodítko
	Klient se účastní denních procházek po zahradě domova		Klient spíše nechce chodit do zahrady DZR
Zásady "5pé" dle Švancary	Klient pravidelně dochází na ranní rozvíčování	X	Klient chce cvičit pouze s fyzioterapeutkou
	Klient je schopen organizovat svůj čas, případně s dopomocí	X	Klient si píše do kalendáře
	Klient si hledá nové přátele, umí jim naslouchat		Klient se straní
	Klient opakovaně dochází na danou aktivitu	X	Keramika
	Klient má přehled o budoucím programu	X	Kalendář