

# **Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



## **Možnosti a meze sociální služby poskytované seniorům postiženým Alzheimerovou chorobou z pohledu rodiny**

Jana Mikanová

### **Diplomová práce**

**Studijní program:** magisterské studium

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Vacková, Ph.D.

**Praha 2018**

**Prague College of Psychosocial Studies**

**Possibilities and limits of social service provided to  
people with Alzheimer's disease from  
the perspective of family**

Jana Mikanová

The Diploma Thesis

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Lucie Vacková, Ph.D.

**Praha 2018**

### **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Horní Rovni, dne 27. 7. 2018

.....  
Podpis autorky

## **Poděkování**

Poděkování patří vedoucí práce Mgr. Lucii Vackové, Ph.D. za ochotu, cenné rady a trpělivost při spolupráci na této diplomové práci.

## **Anotace**

Diplomová práce se zabývá vlivem sociálních služeb na setrvávání osob postižených Alzheimerovou chorobou v jejich přirozeném prostředí. Je rozdělena na dvě části. Teoretickou část, která popisuje vznik Alzheimerovy choroby, její vliv na změnu osobnosti, potřeby postižených osob, jejich rodinných pečovatelů a sociální služby, které jsou těmto osobám poskytovány. Praktická část obsahuje tématickou analýzu rozhovorů rodinných pečovatelů, pracovníků Oblastní Charity poskytujících sociální služby a klientů postižených Alzheimerovou chorobou. Výzkum je zaměřen na možnosti a meze sociálních služeb poskytovaných osobám postiženým Alzheimerovou chorobou v rodinném prostředí. Zabývá se také potřebami pečujících rodinných příslušníků a rozhodnutím, zda osoba setrvá v domácím prostředí nebo bude umístěna do rezidenčního zařízení. Kvalitativní výzkum probíhal v lokalitě, pro kterou je příznačné, že se jedná o obce s menším počtem obyvatel.

## **Klíčová slova:**

Stáří

Alzheimerova choroba

potřeby klientů

rodinné prostředí

domácí pečovatelé

sociální služby

## **Abstract**

This diploma thesis deals with influence of social service on remaining of people with Alzheimer's disease in their familiar environment. The thesis is divided into two parts. The theoretical part describes the origin of the Alzheimer's disease, influence of disease on personality changes, needs of people with the disease and their family caretakers and social services provided to these family members. The practical part includes analysis of interviews with family carers and with workers of the Regional Charity organisations providing social service to the clients with Alzheimer's disease. The research focuses on the possibilities and limits of social service provided to people with Alzheimer disease in natural family environment, considering the needs of family carers. This part also applies to the influence on the decision to finish staying at home and place the person to the residential facility. The qualitative research took place in the region of municipalities with smaller population.

## **Key words:**

old age

Alzheimer's disease

client's needs

family environment

family carers

social service

# **OBSAH**

<b>ÚVOD</b>	<b>10</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	<b>12</b>
1. Stáří	12
1.1. Demence	15
1.1.1. Demence u Alzheimerovy choroby	16
1.1.2. Etiologie u Alzheimerovy choroby	17
1.1.3. Léčba a terapie u Alzheimerovy choroby	17
1.1.4. Farmakologická terapie	18
1.1.5. Nefarmakologická terapie	19
2. Potřeby seniorů	21
2.1. Vliv potřeb na chování osob s Alzheimerovou chorobou	22
2.1.1. Fyziologické potřeby	23
2.1.2. Potřeby psychosociální	24
2.1.3. Spirituální potřeby	26
3. Rodinní příslušníci osob trpících Alzheimerovou chorobou	28
3.1. Vztah pečujících rodinných příslušníků k osobám s Alzheimerovou chorobou	28
3.1.1. Potřeby a zátěž pečujících osob	28
3.1.2. Vliv soužití s osobou trpící Alzheimerovou chorobou na rodinu	30
4. Sociální služby o postižené seniory trpící Alzheimerovou chorobou v České republice	33
4.1. Právní zakotvení sociálních služeb	33
4.2. Poskytování sociálních služeb	34
4.3. Formy a druhy sociálních služeb	35
4.4. Sociální služby v České republice v porovnání se zahraničím	36
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	<b>40</b>
5. Kvalitativní výzkum vedený formou případových studií	40
5.1. Cíl výzkumu	40
5.2. Metodologie výzkumu	41
5.2.1. Kvalitativní výzkum	41
5.2.2. Typ výzkumu	42
5.3. Metodologie výběru výzkumného vzorku	43

5.4. Metoda získávání dat	45
5.5. Organizace sběru dat	46
5.6. Metoda zpracování dat	46
5.7. Metoda analýzy a interpretace dat	46
5.8. Případové studie	48
5.9. Analýza a interpretace dat	62
5.10. Shrnutí výzkumného šetření	66
6. Diskuse	87
<b>ZÁVĚR</b>	<b>89</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b>	<b>90</b>
<b>PŘÍLOHY</b>	
Příloha č. I – Rozhovor Anna – případová studie 1	1
Příloha č. II – Rozhovor Jaroslava – případová studie 2	2
Příloha č. III – Rozhovor Josef – případová studie 3	3
Příloha č. IV – Rozhovor Věra – případová studie 4	4
Příloha č. V – Rozhovor Václav – případová studie 5	5
Příloha č. VI – Rozhovor Ludmila – případová studie 6	6
Příloha č. VII – Rozhovor Hana – pečující případová studie 1	7
Příloha č. VIII – Rozhovor Dana – pečující případová studie 2	11
Příloha č. IX – Rozhovor Miloš – pečující případová studie 3	14
Příloha č. X – Rozhovor Veronika – pečující případová studie 4	17
Příloha č. XI – Rozhovor Libuše, pečující případová studie 5	20
Příloha č. XII – Rozhovor Klára – pečující případová studie 6	22
Příloha č. XIII – Rozhovor Alice – pečovatelka	25
Příloha č. XIV – Rozhovor Lenka – pečovatelka	27
Příloha č. XV – Rozhovor Lída – pečovatelka	29
Příloha č. XVI – Rozhovor Martina – pečovatelka	32
Příloha č. XVII – Rozhovor Soňa – pečovatelka	34
Příloha č. XVIII – Tabulka 5 – Úryvky a kódy, Anna	36
Příloha č. XIX – Tabulka 6 – Kódy, témata, podtémata, Anna	37
Příloha č. XX – Tabulka 7 – Úryvky a kódy, Jaroslava	38
Příloha č. XXI – Tabulka 8 – Kódy, podtémata, témata, Jaroslava	39
Příloha č. XXII – Tabulka 9 – Úryvky a kódy, Josef	40



Příloha č. XXIII – Tabulka 10 – Kódy, podtémata, témata, Josef	41
Příloha č. XXIV – Tabulka 11 – Úryvky a kódy, Věra	42
Příloha č. XXV – Tabulka 12 – Kódy, podtémata, témata, Věra	43
Příloha č. XXVI – Tabulka 13 – Úryvky a kódy, Václav	44
Příloha č. XXVII – Tabulka 14 – Kódy, podtémata, témata, Václav	45
Příloha č. XXVIII – Tabulka 15 – Úryvky a kódy, Ludmila	46
Příloha č. XXIX – Tabulka 16 – Kódy, podtémata, témata, Ludmila	47
Příloha č. XXX – Tabulka 17 – Úryvky a kódy, Lenka	48
Příloha č. XXXI – Tabulka 18 – Kódy, podtémata, témata, Lenka	50
Příloha č. XXXII – Tabulka 19 – Úryvky a kódy, Martina	52
Příloha č. XXXIII – Tabulka 20 – Kódy, podtémata, témata, Martina	54
Příloha č. XXXIV – Tabulka 21 – Úryvky a kódy, Soňa	56
Příloha č. XXXV – Tabulka 22 – Kódy, podtémata, témata, Soňa	58
Příloha č. XXXVI – Tabulka 23 - Úryvky a kódy, Alice	59
Příloha č. XXXVII – Tabulka 24 – Kódy, podtémata, témata, Alice	61
Příloha č. XXXVIII – Tabulka 25 – Úryvky a kódy, Lída	62
Příloha č. XXXIX – Tabulka 26 – Kódy podtémata, témata, Lída	66
Příloha č. XL – Tabulka 27 – Úryvky a kódy, Hana	68
Příloha č. XLI – Tabulka 28 – Kódy, podtémata, témata, Hana	72
Příloha č. XLII – Tabulka 29 – Úryvky a kódy, Dana	74
Příloha č. XLIII – Tabulka 30 – Kódy, podtémata, témata, Dana	77
Příloha č. XLIV – Tabulka 31 – Úryvky a kódy, Miloš	78
Příloha č. XLV – Tabulka 32 – Kódy, podtémata, témata, Miloš	80
Příloha č. XLVI – Tabulka 33 – Úryvky a kódy, Veronika	82
Příloha č. XLVII – Tabulka 34 – Kódy, podtémata, témata, Veronika	85
Příloha č. XLVIII – Tabulka 35 – Úryvky a kódy, Libuše	87
Příloha č. XLIX – Tabulka 36 – Kódy, podtémata, témata, Libuše	89
Příloha č. L – Tabulka 37 – Úryvky a kódy – Klára	90
Příloha č. LI – Tabulka 38 – Kódy, podtémata, témata, Klára	93

**BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE** **1**

**EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY** **2**

## ÚVOD

Diplomová práce se věnuje tématu seniorů postiženým Alzheimerovou chorobou, kteří žijí ve svém rodinném prostředí. Setrvání osob v přirozeném prostředí má pozitivní vliv na průběh onemocnění, proto jsem se ve své práci zaměřila na možnosti a meze sociálních služeb poskytovaných osobám postiženým Alzheimerovou chorobou v rodinném prostředí se zřetelem na potřeby neformálních pečovatелů z řad rodinných příslušníků. Jedním ze základních úkolů sociální práce je poskytování služeb v domácím prostředí. Téma je velmi aktuální, neboť v poslední době dochází k významnému rozvoji v poskytování domácí hospicové péče, jejímž cílem je provázet uživatele služeb až do posledních chvil jejich života v prostředí domova, která přirozeně navazuje na pečovatelské a zdravotnické služby. Zároveň tento přístup pomáhá řešit problém s nedostatkem volných míst v pobytových zařízeních, a to zejména lokalitách s malým počtem obyvatel.

Motivací pro zvolené téma diplomové práce byla vlastní zkušenost, kdy byla mé matce Alzheimerova choroba diagnostikována. Bydlení na vesnici má svá pozitiva, ale nabídka sociálních služeb za městem pokulhává. Nebyla tedy možnost navštěvovat Denní centrum nebo Domovinku, protože poskytované služby byly určeny občanům bydlicím ve městě a doprava byla zajišťována také pouze v rámci města. Oblastní Charita v naší lokalitě nabízela poskytování pečovatelských služeb. Potřebovali jsme pomoc jiného typu, proto jsem stála před rozhodnutím, zda odejít ze zaměstnání a zůstat doma pečovat o matku nebo najít nějaké náhradní řešení. Zaměstnání jsem zatím opustit nechtěla, proto jsem v počáteční fázi o polední přestávce jezdila domů pečovat o matku a během dne jsem ji kontrolovala telefonem. Zároveň jsem intenzivně hledala někoho, kdo by mi s péčí o matku pomáhal. Podařilo se mi najít ochotnou paní, která začala za matkou pravidelně docházet. Byla to pro mne velká úleva.

Práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část vychází z odborné literatury a právního rámce tématu. Jednotlivé kapitoly se zabývají charakteristikou stáří a tématem demence, vlivem potřeb na chování osob postižených Alzheimerovou chorobou, dále pak neformálními rodinnými pečovateli a jejich potřebami a vlivem soužití s osobou s Alzheimerovou chorobou. Poslední kapitola popisuje sociální služby a právní rámec jejich poskytování v České republice, porovnává je se zahraničím.

Praktická část diplomové práce se týká výzkumného šetření s použitím kvalitativní strategie. Cílem práce je zjištění, jakým způsobem ovlivňují poskytované sociální služby

rodinné příslušníky seniorů postižených Alzheimerovou chorobou v rozhodnutí pokračovat v domácí péči či naopak umístit blízkého člověka do péče odpovídajícího rezidenčního zařízení. Pro poskytování sociálních služeb ve zkoumané lokalitě je příznačné, že se jedná o obce s menším počtem obyvatel. Představeny jsou i ostatní výzkumné otázky. Součástí praktické části je popis výběru výzkumného souboru a metoda sběru dat. Použity byly standardizované rozhovory osob postižených Alzheimerovou chorobou žijících v přirozeném domácím prostředí, rodinných pečovatelů a pracovníků sociálních služeb oblastní Charity. Součástí praktické části jsou případové studie osob postižených Alzheimerovou chorobou. V závěrečné části jsou shrnuty dílčí výstupy s celkovým posouzením výzkumného šetření.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Stáří

Je potřeba si uvědomit, že stáří není choroba, ale součást života a fáze lidského vývoje. Jak uvádí Mühlpachr (2009, s. 16) „*Stáří není choroba, i když je zvýšeným výskytem chorob provázeno, a ztráta soběstačnosti není nezbytným, zákonitým důsledkem stárnutí. Zdravotní a funkční stav seniorů se historicky, generačně zlepšuje a je účelné a smysluplné aktivně usilovat nejen o zabezpečení nemocných a závislých starých osob, ale především o další zlepšování zdravotního a funkčního stavu ve stáří a o prevenci závislosti.*“

Dle Kalvacha (2004) je stáří vnímáno jako poslední etapa ontogenetického vývoje člověka. Jedná se o důsledek involučních změn, které probíhají různou rychlostí a také výraznou inter - individuální variabilitou.

Stáří lze obecně označit za pozdní fázi ontogeneze, která je součástí přirozeného průběhu života. Jedná se o důsledek a projev způsobený geneticky podmíněných involučních procesů, které jsou modifikovány zejména chorobami, životním způsobem a také životními podmínkami. Toto období života přináší různé sociální změny. Jedná se zejména o změnu životních rolí, životní způsob a ekonomické zajištění jedince. Je to období dosažení určitého věku, v němž vzniká nárok na odchod do starobního důchodu (Mühlpachr, 2009).

V rámci problematiky stáří stojí za zmínku Eriksonovo pojetí vývoje člověka, známého jako „Osm věku člověka“. Tato teorie vyplývá zejména ze snahy psychologů stanovit vývojové fáze člověka s ohledem na jejich budoucí život a životní rozhodnutí. Právě to, jakým způsobem jsme tyto stádia prošli, mají za následek způsob záběru našeho života. Dá se říct, že první čtyři stadia odpovídají Freudovu členění vývoje v dětství, které se vztahují k určitým částem těla. Jedná se o období orální, anální, falické a období latence. Erikson v nich však vidí i širší sociální kontext a přidává k nim další čtyři stadia, která popisují jedince až do konce jeho života. První fází je základní důvěra a nedůvěra. Tato fáze je zařazena do útlého dětství. V prvním roce života je úkolem dítěte získat základní důvěru v život a svět, která je obrní proti prožívaným nejistotám. Konflikt tak probíhá zejména ve vztahu k matce a snaze stát se soběstačným. Řešení konfliktu základní důvěry versus nedůvěry je u dítěte prvním úkolem Ega, a tedy především také úkolem mateřské péče. Další fází je konflikt mezi autonomií a studem. Již v prvních letech života získá dítě

zkušenost, že jeho vlastní vůle naráží na autonomii druhých. V rámci tohoto konfliktu hrozí, že pokud je pocit autonomie u dítěte popírán, tak bude samo sebe diskriminovat a manipulovat. Předčasně se tak u něj rozvine špatné svědomí. Třetí konflikt je mezi iniciativou a vinou. Nebezpečí tohoto stadia je v pocitu viny nad zamýšlenými i skutečnými cíli bez ohledu na to, zda nás druzí vidí (jak je to v případě studu), anebo ne. Konflikt mezi výkonností a méněcenností je další fází. Nebezpečí v tomto stadiu lze vidět zejména v pocitu neadekvátnosti a méněcennosti. V případě, že dítě ztratí naději na dosažení vlastní výkonnosti, vede to u něj k tendenci se izolovat. Může se objevit snaha o rivalitu, soupeření s okolím nebo naopak pasivita v chování. Pátou fází je konflikt mezi identitou a zmatenou rolí. Jedinec si po ukončení dětského období a vstupování do dospělého života hledá svou roli a také si vymezuje svoji identitu. Velmi záleží na tom, zda si dospívajícího jeho okolí váží jako osoby nebo ho využívá pro své cíle. Velmi nebezpečné je hledání identity v nesouladu se všemi ostatními, jelikož se může projevat jako egocentrismus jedince. Jedná se pak o zásadní selhání, které deformuje všechna jednotlivá rozhodnutí. Šestou fází je konflikt mezi intimitou a osamělostí. Pokud byla krize identity vyřešena pozitivně, má mladý člověk hlubokou zkušenost a je schopný přijmout závazky, aniž by ztratil svoji identitu. Primárním cílem tohoto období je dosáhnout schopnost spojit se s jiným člověkem v rámci citového vztahu a sdílet s ním podstatné stránky života. Avšak pokud byl vývoj jedince málo úspěšný, člověk nemá odvalu podstoupit riziko dalšího utrpení, které hrozí v případném selhání o pokus navázat důvěrný vztah, a místo toho směřuje k uhýbání před ním a ke společenské izolaci. Sedmá fáze je fáze generativity a stagnace. Jedná se hlavně o plození dětí a snaze vychovávat další generaci. Konflikt je zde vnímán jako neschopnost jedince přispívat budoucí generaci a dojde k prožívání životního ochuzení a ztrátu lidských kontaktů. Poslední fází je integrita a zoufalství. Tato fáze je snahou jedince zhodnotit svůj život na sklonku stáří a najít nejen smysl života, ale také si ujasnit vztahy, které jedince přesahují. Neúspěch při zvládnutí této vývojové krize se projevuje strachem z konce osobního života, nespokojeností s jeho prožitím a zoufalstvím z toho, že již nelze začít znovu a lépe (Langmeier, Krejčířová, 2006).

Podle Eriksona je pro každé životní stádium typické zvládnutí určitého úkolu, který je nutné splnit, aby se mohl jedinec duševně vyvíjet. Samozřejmě je nutné si tento vývoj přizpůsobit dané společnosti a také osobnosti jedince. *„Eriksonova genialita je v tom, že formuloval základní vývojové úkoly, podle nichž je možno vymezit stadia života*

*psychologicky, aniž ztratil ze zřetele biologickou a sociální podmíněnost tohoto vývoje. Jeho stadia „sedí“ psychologicky, biologicky i sociálně. Zároveň jsou tato stadia taková – a na tom Eriksonovi velmi záleželo – která je možno najít ve značně odlišných kulturách, včetně přírodních národů; jeho systém má určité etologické ambice “ (Říčan, 2014, s. 45). Domnívám se, že Eriksonovo pojetí v porovnání s Freudovým, zachycuje člověka v širším pohledu, a to nejen z důvodu časového, ale zároveň zahrnutí i složky psychologické, biologické a sociální. Jeho pojetí vnímám jako „vícerozměrné“.*

Všeobecně uznávaná definice periodizace stáří dosud vytvořena nebyla. Podle Stuard-Hamiltona (1999) je nejčastějším měřítkem stárnutí uváděn chronologický - kalendářní věk. Nejedná se o spolehlivý ukazatel, který by odrážel životní stav jedince. V době mezi šedesáti a šedesáti pěti lety začne většina lidí vykazovat určité příznaky stárnutí. Toto stáří lze rozdělit na tzv. mladší stáří (65-75 let) a pokročilé stáří (75 let a více).

Stáří může nabývat i patologických forem, což se může projevit snížením soudnosti, hypochondrickým chováním, zesílením egocentrických tendencí nebo nároky na pozornost. Prohlubující se projevy mohou vést ke stařecké demenci. Někdy je toto zaměňováno se stářím jako synonymem (Křivohlavý, 2006).

S přibývajícím věkem se zvyšuje i výskyt demencí. Pro názornost uvedu přehled prevalenci demencí podle věkových slupin v Evropě:

60 – 64 let	0,9 %
65 – 69 let	1,3 – 1,5%
70 – 74 let	3,2 – 3,6%
75 – 79 let	5,8 – 6,0%
80 – 84 let	11,8 – 12,2 %
85+	24,5 – 24,8 %

V České republice je podle kvalifikovaných odhadů postiženo demencí zhruba 150 tisíc lidí (Holmerová, Jerolímová, Suchá a kol., 2009, s. 11).

Uvedena data ukazují na to, že počet osob postižených demencí má i v Evropě s přibývajícím věkem vzrůstající tendenci. Odhadovaná data týkající se České republiky představují velký počet osob postižených demencí, proto následující kapitola pojednává o demenci podrobněji.

## 1.1. Demence

Pojem demence má svůj původ v latinském slově a doslova by se dal přeložit jako „bez myslí“. „Mens“ je latinský výraz pro „mysl“ a předpona „de“ znamená „odstranit“. Termín demens tedy znamená stav myslí odchýlené od rozumového jednání. Demence je klinický syndrom, který vznikl jako následek organického poškození mozku, jež je obvykle chronického nebo progresivního charakteru. Důsledkem poškození mozku je porucha nejen kognitivních, ale také takto behaviorálních funkcí. Tato porucha je natolik závažná, že má zásadní vliv na kvalitu života jedince. Vlivem poškození mozku dochází k narušení korových funkcí, včetně paměti, orientace, schopnosti řeči či učení úsudku. Vedle narušení uvedených funkcí dochází k poruchám kontroly emocí a sociálního chování. Ve většině případů bývá narušena motorika jedince. U člověka s demencí dochází k postupné degradaci osobnosti, kdy se v poslední - terminální fázi pacient stěží podobá témuž člověku, kterým byl na počátku (Buijssen, 2006).

Někteří autoři, nahlíží na tuto problematiku velmi podobně. Jako příklad lze uvést definici Amblera (2000, str. 186): *„demence je definována jako globální porucha intelektu, paměti a osobnosti, ale bez poruchy vědomí.“*

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí je demence *„syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk, úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek“* (Jirák, Koukolík, 2004, str. 19).

Jirák a Koukolík (2004) dále uvádí, že pro demenci je charakteristické snížení intelektových funkcí, a to myšlení a paměti. Míra poškození může být různá a pouze v některých oblastech. V myšlení se mohou objevovat bludy (mylná přesvědčení), nespojitosti, zasažena může být řeč a hybné funkce.

Osoba s těžkou demencí se postupně dostává do fáze, ve které se narodila. Stává se závislou na pomoci druhých. Její potřeby jsou uspokojovány prostřednictvím jiných osob, proto je demence vždy záležitostí nejméně dvou lidí - nemocného a jeho pečovatele (Buijssen, 2006).

I když se neustále zvyšuje úroveň současné medicíny, stále není známa příčina demence. Známý jsou pouze rizikové faktory, mezi nimiž dominuje věk, dále pak genetická zátěž, chronická hypertenze a v neposlední řadě traumatické příčiny, což je způsobeno následkem vážného poranění lebky (Kalvach, 2004).

Demence se dělí na dvě základní skupiny:

- primární demence (Alzheimerova demence, frontotemporální lobární degenerace, demence s převahou subkortikální)
- sekundární demence (demence vaskulární, normotenzní hydrocefalus, metabolické poruchy, poruchy výživy, intoxikace, záněty CNS, nádory mozku, úrazy a kombinace několika onemocnění způsobující demenci), (Callone, Kudlacek, 2008).

### **1.1.1. Demence u Alzheimerovy choroby**

Demence u Alzheimerovy choroby byla poprvé popsána německým psychiatrem Aloisem Alzheimerem (1864-1926) v roce 1907. Byl spolupracovníkem profesora Emila Kraepelina, který ji nazval Alzheimerovou chorobou. Samotný Alzheimer se za objevitele nikdy nepovažoval. V odborných pramenech se po určitou dobu používal název Pickův - Alzheimerův syndrom. Později došlo k diferenciatně diagnostickému rozlišení obou demencí a dnes setkáváme jak s Alzheimerovou, tak i Pickovou chorobou (Haškovcová, 2010).

Alzheimerova choroba je považována za nejvýznamnější zástupce skupiny všech primárně degenerativních demencí. Z celkového počtu osob trpících demencí, má přibližně 60 % Alzheimerovu demenci v čisté formě (Kadaňka, Bareš, 2010). Také bývá uváděno, že postihuje každého 13. člověka nad 65 let, a čím je člověk starší, tím je pravděpodobnost, že onemocní Alzheimerovou chorobou větší. U lidí nad 85 let trpí touto nemocí téměř polovina osob. Po roce 2030 je očekáváno, že se počet lidí s demencí zdvojnásobí (Holmerová, Mátlová, 2012). Podle mého názoru uváděné údaje dostatečně dokládají stále vzrůstající počet demencí a zároveň i osob postižených Alzheimerovou chorobou.

Průběh lze rozdělit do tří stádií. První stadium, počínající, mírná demence, ve kterém dominují zejména poruchy paměti, koncentrace, poruchy chování a sociálních funkcí. Postiženému je třeba radit při různých činnostech a je nutná jeho trvalá kontrola. Druhé stadium, středně pokročilá demence, která se již projevuje poruchou soběstačnosti. Postižený vyžaduje častý či převážný dohled. Ve třetím stádiu, pokročilé demence je



pacient odkázán na nepřetržitou péči a pomoc ve většině sebeobslužných aktivit (Holmerová, Jerolímová, Suchá a kol. 2009, s. 34).

### **1.1.2. Etiologie Alzheimerovy choroby**

Alzheimerova choroba je progresivním neurodegenerativním onemocněním, které se projevuje atrofií mozkové kůry a subkortikálních oblastí. Dochází k úbytku neuronů i jejich synaptického spojení. V mozkové kůře se vytvářejí ložiska bílkoviny beta amyloidu, která poškozují nervové buňky. Psychické funkce člověka jsou postiženy rovnoměrně a jejich úpadek je komplexní (Kadaňka, Bareš 2010). Vyskytuje se ve dvou základních podobách: rané a pozdní. Varianta familiární (vrozené) formy je poměrně vzácná. Mladší osoby 65 let postihuje zejména v případě, že se v rodině již vyskytla. Varianta sporadické (občasné) formy způsobuje onemocnění v ostatních případech. Je typická pro onemocnění vyššího věku, její incidence výrazně narůstá s věkem (Koukolík a Jiráček, 1998, s. 69-70). Alzheimerova choroba není jedna nemoc s jednou příčinou, ale souhrou mnoha okolností. Existuje mnoho faktorů, které vedou ke vzniku a rozvoji onemocnění. Zásadní jsou například genetické vlivy, ale k rozvoji může dojít i bez těchto genetických příčin. Dalším z rizikových faktorů je věk jedince. Do šedesáti let se tato choroba vyskytuje velmi vzácně. Alzheimerova choroba se vyskytuje více u žen než u mužů. Vliv a rozvoj má také nejvyšší stupeň dosaženého vzdělání. Mozek, který byl po celý život trénovaný, je odolnější vůči degenerativním onemocněním. Příčinou mohou být i multifaktoriální vlivy, nevhodný způsob života, duševní úpadek, nedostatek tělesného cvičení, úzkost a stres. Zvýšeným rizikem je také poškození mozku vlivem pádu či opakovanými údery. Příčinou také mohou být virové infekce, toxické vlivy prostředí a poruchy imunity. Všechna uvedená rizika mohou vést ke vzniku a rozvoji Alzheimerovy choroby (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009). Podle mého názoru velké množství faktorů, které ovlivňují vznik onemocnění Alzheimerovou chorobou, znesnadňují práci výzkumných pracovníků, proto se dosud nepodařilo najít účinný lék.

### **1.1.3. Léčba a terapie u Alzheimerovy choroby**

V současné době neexistuje pro léčbu Alzheimerovy choroby žádná dostupná kauzální léčba, jelikož etiologie nemoci není stále vyřešena. Proto je hlavním cílem léčby zmírňovat příznaky, zejména oddálit narušení kognitivních funkcí, zpomalit zhoršování stavu jedince a mírnění nástupu těžké demence. Hlavním cílem léčby a jakékoliv terapie je

umožnit pacientovi zůstat co nejdéle v domácí péči a podporovat jeho soběstačnost a kvalitu jeho života a vykonávání denních aktivit (Kaš, 1997).

Léčba je založena na postupech rozdělených podle metod na biologické (farmakoterapie) a metody nebiologické (socioterapie, reedukační techniky, rehabilitace, psychoterapie). Hlavním cílem terapie je zlepšit kvalitu života nemocných a také pomoci při zpomalování průběhu nemoci. Léčbu provádějí odborní lékaři: psychiatři, neurologové, geriatři či psychologové (Franková, 2011).

#### **1.1.4. Farmakologická terapie**

Za biologickou metodu lze považovat farmakologickou terapii. Tento přístup je postaven zejména na léčbě prostřednictvím léků a je aplikován po konzultaci se specialistou na poruchy paměti. Z hlediska působení ji můžeme rozdělit na kognitivní farmakoterapii (postihuje zejména paměť, intelekt, motivaci), která ovlivňuje funkce poznávací a nekognitivní farmakoterapii, jenž působí na ostatní postižené funkce člověka (změny chování či nálad, spánek, emoce, složky jednání apod.) (Jirák, Koukolík, 2004).

Cílem farmakologické terapie u Alzheimerovy choroby je zejména: „*substituce neurotransmiterů, jichž při Alzheimerově chorobě ubývá (acetylcholin, serotonin, dopamin, u žen estrogen), látky ovlivňující receptory, růstové faktory, antiflogistika, látky ovlivňující tvorbu amyloidu*“ (Hořejší, 1999, s. 61).

Při kognitivní farmakoterapii se využívají zejména:

- kognitiva (primárním principem je zejména udržet lepší kvalitu života jedince a vede k oddálení progresu onemocnění, což vede k delšímu životu),
- memantin (jedná se o léky Ebixa, Huperzin a jsou aplikovány u těžší formy demence,
- inhibitory acetylcholinesteráz (jedná se zejména o základní léčiva, jako jsou: Donepezil (Aricept), Rivastigmin (Exelon), Galantamin (Reminyl)),
- nové lékové formy inhibitorů cholinesteráz (podává se Exelon ve formě transdermální náplasti),
- extractum Ginkgo biloba EGb 761 (je určen pro začínající formu demence),
- scavengery volných radikálů (zde se řadí E-vitamín, selen, betakaroten, retinol, C-vitamin, další farmaka, která jsou používána jako doplňková),
- nootropní farmaka a příbuzné látky (zde se řadí Piracetam, Pyritinol. Pro lepší činnost mozku pak Nicergolin, Vinpocetin, Naftidrofuryl nebo Ginkgo biloba),

- další typy biologické léčby: jsou využívány v malé míře a patří mezi ně „transkraniální stimulace“, hyperbarická oxygenace či dietní terapie (Franková, 2011).

Při nekognitivní terapii se využívá terapie, která ovlivňuje zejména behaviorální a také psychologickou oblast jedince, zejména spánek, náladu, chování či neklid jedince. Je nutné zdůraznit, že dělení kognitivních a nekognitivních funkcí nemusí být vždy striktně rozděleno, jelikož zlepšení nekognitivních funkcí může mít pozitivní vliv na kognitivní funkce. Deprese velmi často doprovází vznik demence a jedná se o jeden z varovných signálů. V rámci léčby pomocí léků se využívají antidepressiva ze skupiny SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu). Mezi tyto léky se řadí zejména Citalopram, Fluoxetin, Sertralin. Využívají se pouze takové léky, které nemůžou poškodit kognitivní funkce. U poruch neklidu a agresivity se užívají primárně antipsychotika z generace atypických neuroleptik. Mezi zástupce patří Tiaprid, Olanzapin, Risperidon (Ressner, 2004).

Častým projevem nastupující demence jsou poruchy spánku. Jedná se o poruchy délky spánku, narušení cyklu spánek – bdění. Mohou vést ke spánkové inverzi k fragmentaci spánku. Krátká doba odpočinku v průběhu dne může zapříčinit agresi nebo agitovanost, která se projevuje jako neklid, silné rozrušení, provázené zvýšenou pohybovou aktivitou. U poruch spánku se dříve využívala hypnotika. Tyto léky narušovaly organickou paměť a vyvolávaly závislost. V současné době se nahrazují neuroleptiky (Ressner, 2004, Nevšimalová, 2007). Na základě vlastních zkušeností souhlasím s uvedeným názorem a dovolím si doplnit, že projevy související s poruchami spánku jsou u osob s Alzheimerovou chorobou časté a velmi znesnadňují péči o tyto osoby. I s pomocí nastavené farmakoterapie se velmi obtížně zvládají.

### **1.1.5. Nefarmakologická terapie**

Stejně důležitá jako farmakoterapie je důležitá nefarmakologická léčba. Komplexní léčba zahrnuje oba typy terapie. Nefarmakologická forma terapie se řadí mezi nebiologické léčby, která je také nezbytná pro zachování kvality života jako biologické metody. Patří k nim zejména socioterapie, psychoterapie a také reedukační techniky. Forma terapie je vždy zvolena s ohledem na stádium nemoci pacienta, jeho zdravotního a psychický stav (Topinková, 2005).

Před samotnou volbou terapie je nutné určit včasnou a správnou diagnózu, která je důležitá pro účinné zahájení léčby. Mezi metody terapie se řadí:

- kognitivní trénink (jedná se spíše o formu aktivizace, než léčby vzhledem k povaze onemocnění),
- reminiscenční terapie (tato metoda pracuje se vzpomínkami, které se snaží u pacienta vzbudit pomocí určitých předmětů-Memory box, Memory room, Life story),
- orientace realitou (jedná se o léčbu sloužící k lepší orientaci s realitou v prostředí, ve kterém se pacient nachází - nemocnice, ústav či domov),
- vedení k soběstačnosti (snaha o vymezení určitých postupů, návodů či kroků, pomocí nichž se pacienta snažíme naučit, aby vykonávat samostatně sebeobslužné činnosti),
- programované aktivity (jedná se zejména o činnosti, které je jedinec schopen dělat samostatně),
- individualizované aktivity (tyto aktivity jsou určeny pro jedince s rozvinutou formou demence, snahou těchto aktivit je nabízet osobám s Alzheimerovou chorobou jednoduché a pestré činnosti, které odpovídají jejich somatickému a také psychickému stavu),
- lifestyle approach (návod pro pacienta na nastavení denního režimu),
- videotrénink interakcí (spočívá v nalezení optimálního přístup k lidem s demencí pomocí analýzy videozáznamu),
- habilitační terapie/neohabilitace (tato terapie spočívá zejména v uspokojení potřeb člověka s demencí v jeho přirozeném prostředí, nalezení uspokojivých aktivit s využitím optimální komunikace a stimulace),
- paliativní péče (paliativní péče je důležitou součástí v terminálním stádiu nemoci pacienta, péče o pacienty je však stále nedostatečná a nenabízí lidem vše, co je potřeba, činnosti paliativní péče však nevedou k léčbě či zlepšení, pouze prodlužují život jedince), (Koukolík, Jiráček, 1998).

Domnívám se, že i když se přes veškeré snahy v oblasti výzkumu Alzheimerovy choroby nepodařilo najít účinný lék, lze zejména včasným diagnostikováním nemoci, kombinací farmakologické i nefarmakologické terapie s individuálním přístupem, nemoci účinně čelit a mírnit její příznaky a postup.

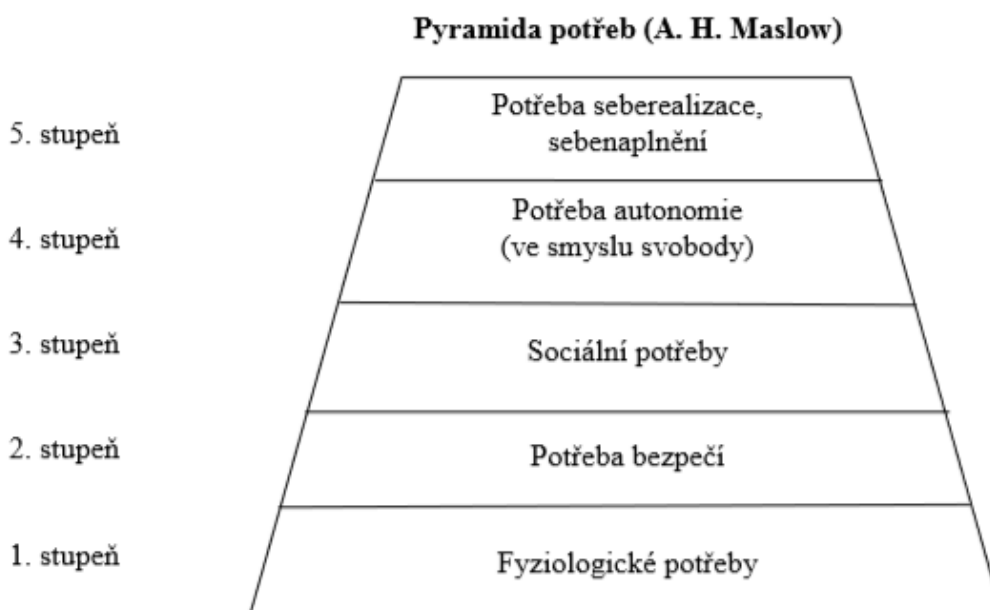
## 2. Potřeby seniorů

Pojem potřeba je v jednotlivých pramenech definován různě. Obecně lze charakterizovat potřebu jako projev určitého nedostatku, chybění něčeho, kdy odstranění je přímo žádoucí. Dle Příbyla (2015, s. 31) je potřeba definována následovně: „*Potřeba je stav organismu, který je charakterizován dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu.*“

Podle Smékala (2004, s. 239) je potřeba vymezena jako: „*stav osobnosti odrážející rozpor mezi tím, co je dáno, a tím, co je nutné (nebo se jeví osobnosti jako nutné) pro přežití a rozvoj, stav podněcující osobnost k činnostem zaměřeným na odstranění tohoto rozporu*“.

Neuspokojená potřeba vytváří pocity napětí a nerovnováhy. Dá se říci, že každé chování jedince je motivováno zejména uspokojováním potřeb. Potřeba je nutnost organismu jednat, něco získávat a také se něčeho zbavit. Je to stav člověka, který se projevuje porušením vnitřní rovnováhy nebo nedostatkem ve vnějších vztazích osobnosti (Smékal, 2014).

**Obrázek č. 1- Pyramida potřeb dle Maslowa**



Zdroj: PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*

Základní rozdělení potřeb sestavil americký psycholog Abraham H. Maslow, a to ve 40. letech minulého století. Maslow se zabýval problematikou lidských potřeb a také motivací. Dle tohoto autora má každý jedinec individuální systém potřeb a motivů. Každý tento systém je hierarchicky uspořádán, jelikož některé motivy jsou silnější než jiné a některé motivy jsou nejsilnější. Maslow vypracoval systém základních lidských potřeb a rozdělil je do pěti kategorií (viz. Obrázek č. 1 níže).

Základní potřeby z pohledu Maslowa jsou na fyziologické úrovni. Zde se řadí zejména potřeba vzduchu, obydlí, odpočinku, spánku apod. Jedná se o potřeby nezbytné pro zachování života. Po uspokojení základních potřeb se člověk zaměří na druhý stupeň, na uspokojení potřeby pocitu bezpečí a jistoty. Třetí úroveň reprezentuje potřeby lásky, náklonnosti a přátelství. Na dalším stupni se nachází potřeba autonomie a řadí se zde také potřeba uznání, vážnosti a také užitečnosti. Na vrcholu pyramidy se nachází potřeba seberealizace. Naplněním potřeby seberealizace dochází k pracovnímu uspokojení, má pocit naplněného života (Příbyl, 2015).

## **2.1. Vliv potřeb na chování osob s Alzheimerovou chorobou**

Senioři potřebují ve svém životě uspokojovat všechny své potřeby stejně tak, jako kdokoliv jiný. Právě senioři jsou velmi často odkázáni na pomoc ostatních, což zcela mění jejich chování a také jejich základní potřeby. Potřeba péče však není spojena pouze s věkem, ale je ovlivněna snižováním funkčních schopností a s tím spojenou soběstačností uspokojovat své každodenní potřeby. Většina typologií lidských potřeb se dělí na okruh vztahující se k tělesné pohodě, k psychické rovnováze na bezpečí, na okruh spojený se vztahy k blízkým lidem, na okruh vztahující se ke společenskému uplatnění a na okruh spirituálních potřeb. Senior potřebuje mít pocity jistoty a bezpečí, tak jako každý jiný. Dále touží po důvěře, stabilitě, jistotě a také spolehlivosti. Senioři upřednostňují ty hodnoty a také potřeby, které pociťují jako ohrožené vzhledem k jejich životní situaci. Jedná se o hodnoty závislé na podmínkách bydlení, na zdravotním stavu, na úrovni sociálních kontaktů a dalších faktorech. To, jakým způsobem uspokojovat své potřeby a zda je uspokojení dostatečné, je závislé od věku jedince. Buď si tyto potřeby zajistí sám, nebo je plně závislý na pomoci druhé osoby (Dvořáčková, 2012).

Potřeby se v jednotlivých etapách lidského života mění. Jiné jsou potřeby dětí předškolního věku, jiné potřeby mají školáci a zcela odlišné potřeby mají dospělí a senioři. U osob nad 75 let dochází k určitým životním změnám, což platí dvojnásob u lidí

s Alzheimerovou chorobou. Dle autorky Mlýnkové (2011, s. 48) se mění zejména hodnotová orientace potřeb. V popředí jsou potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Pro seniory s demencí již není důležitá potřeba seberealizace či potřeba autonomie, ale zejména fyziologické potřeby. Dále se jedná o potřeby psychosociální a spirituální. V praxi jsem se setkala s osobami, které v seniorském věku v sobě objevily potřebu duchovní pomoci. Víra a náboženství pro ně představuje jistotu a uklidnění.

### **2.1.1. Fyziologické potřeby**

Fyziologické potřeby se řadí mezi základní potřeby a jsou dle Maslowa řazeny na úplné dno pyramidy. Pokud by je jedinec neuspokojil v nejbližší době, byl by ohrožen na životě. V počátku demence upokojuje jedinec své potřeby pouze z části. V této situaci musí být pečovatelský personál mimořádně vnímavý a zvažovat všechny možnosti a schopnosti postiženého. Je potřeba dbát na to, aby veškeré činnosti vykonával s ohledem na svůj stav a nebylo tak pomáháno ze strany pečující osoby až příliš. Na druhou stranu na něj nesmí být kladeny příliš vysoké nároky. Osoby v počátku Alzheimerovy choroby si plně uvědomují, že s nimi není všechno v pořádku a může se stát, že by se cítili přehnanou péčí a pomocí poníženi a nedocenění. Vždy je však potřeba sledovat stav jedince a vývoj nemoci (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013).

Součástí uspokojování fyziologických potřeb je zejména příjem tekutin a jídla. Pokud nedojde k jejich naplnění, člověk ztrácí energii. Příjem potravy je spojen rovněž s potřebami psychosociálními, jelikož vyvolává pocity spokojenosti a také radosti a ovlivňuje tak chování jedince. Důležitým aspektem je také udržovat jedince v sociálním kontaktu, což je součástí uspokojení fyziologických potřeb. Je vhodné jej čas od času vzít na oběd mezi lidi, například do restaurace či jídelny. Jídlo má zkrátka velký citový význam. Někdy je u nemocných důležitější překročit pravidla vyvážené stravy, pokud jídlo pozitivně ovlivní jejich psychický stav. V počátečním stádiu demence a rovněž v průběhu zhoršování demence není výjimkou problémové chování u jedince. Z toho důvodu nenutíme nemocného jedince k žádné činnosti, jelikož se u něj mohou vyskytovat prvky agrese. Rovněž u pití je nutné dodržovat rituály a denní režim (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Také inkontinence a potřeba vyprazdňování jedince je důležitou součástí uspokojování potřeb, jež se projevuje rovněž na chování jedince. Cílem je udržet pacienta,

co nejdéle kontinentním. Jedině tak nedojde ke snížení sebevědomí pacienta a bude se cítit jako plnohodnotný člen společnosti (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013).

Důležité je rovněž dodržovat určitý denní režim. Jedná se zejména o délku spánku, potřebu odpočinku a vykonávání určité činnosti během dne. Pokud se u osoby s demencí daří dodržovat určitý režim, nemá pocit, že by se stávala nesoběstačnou a převažuje pocit zadostiučinění a potřebnosti. Důležité je vyvíjet adekvátní činnosti s ohledem na zdravotní stav jedince (Trachtová, Trejtnarová, Mastiliaková, 2013).

V neposlední řadě se jedná o potřebu vyhýbat se bolesti. U jedinců v první fázi demence není těžké zjistit, zda trpí bolestí či zda jej něco trápí. Přesto však dle mnoha světových studií zůstává bolest u seniorů nerozpoznána a neléčena, což výrazně zhoršuje kvalitu jejich života. Zároveň může být přehlédnutelným signálem závažné choroby, která také může zůstat nepovšimnuta. Právě bolest může u jedinců s demencí způsobovat pocity strachu a úzkosti. V počátku Alzheimerovy choroby si jedinci uvědomují, co se s nimi děje. Uvědomují si, že není všechno v pořádku a jsou zklamaní nad svými chybami a také se cítí sklíčeně. Úzkost a strach můžou dokonce přerůst v agresivitu, jelikož mají jedinci s demencí pocit, že je celý svět proti nim a ani rodina jim nerozumí. Mají pocit, že pořádek dělají něco špatně, nic se jim nedaří. Pokud se jim něčeho podaří dosáhnout, zřídka se jim dostane pochvaly. Pocity ublíženosti, neštěstí a úzkosti jsou tedy téměř na denním pořádku. Tyto problémy lze jistým způsobem oddálit nastavenou denní rutinou. Tato zásadovost je důležitá pro zmírnění stresu, který člověk, vzhledem ke zhoršování paměti prožívá (Pokorná, Juřeníková, 2011).

### **2.1.2. Potřeby psychosociální**

Mezi tyto potřeby se řadí zejména potřeby bezpečí, sociální potřeby, potřeba autonomie a potřeba seberealizace. Pocit bezpečí je potřebný pro každého člověka a je tudíž považován za základní psychickou potřebu. U osob s Alzheimerovou chorobou hraje také významnou roli. Ve chvíli, kdy jsou odkázáni na pomoc jiných, se jejich pocit bezpečí snižuje a strach je intenzivnější. Tato potřeba bývá silnější u osob, které se cítí ztracené ve známém prostředí a stávají se tak velmi zranitelnými. Pokud tato potřeba není uspokojena, může vést až k závislému chování. Stávají se zcela závislí na kontaktu a přítomnosti blízké osoby, nejčastěji pečujícího. Může se jednat i o důsledek neuspokojené potřeby bezpečí, nejistoty a také vlivem bolesti, kterou není nemocný člověk schopen adekvátně vyjádřit (Smékal, 2004). Podle Buijssena (2006) toto problematické chování vychází z pocitu



nejistoty a nedostatku bezpečí, které je způsobeno ztrátou kognitivních funkcí, kdy se nemocný cítí ztracený a hledá někoho, kdo by jej opatroval a vedl životem. Nejen člověk s demencí, ale obecně nemocný člověk nedokáže řídit vlastní život a spoléhá se pouze na pečující osoby, z toho důvodu je v jejich nepřítomnosti nejistý. Dezorientace v prostoru, čase a nerozpoznání blízkých souvisí i s agresivitou. Podle Venglářové (2007) se každá osoba, která nedokáže rozpoznat osoby okolo sebe, prostředí, ve kterém se nachází, cítí ohrožena.

V rámci sociálních potřeb se jedná zejména o potřebu blízkosti, lásky, přátelství, sounáležitosti, důvěry, potřebu informovanosti, potřebu vyjádřit se a být vyslechnut a také potřebu náležet k nějaké skupině. Podle Haškovcové (2010) vede nenaplnění těchto potřeb k samotě jedince a také jeho izolaci. Tyto pocity mohou u osoby s Alzheimerovou chorobou způsobit duševní problémy, utrpení a také pocit, že je již zbytečný a nikdo s ním nepočítá. S neuspokojením sociálních potřeb může opět souviset závislé chování. Jde o uspokojení potřeby blízkosti. Častá potřeba dotýkání se je u osob s demencí důsledkem závislého chování a jedná se o uspokojení potřeby blízkosti, což je zaměňováno za chování sexuálního rázu (Zgola, 2003). Jedna z příčin toulavého chování osob s Alzheimerovou chorobou je pocit, že se nachází v neznámém prostředí. Hledají známé osoby, jako jsou rodiče, sourozenci, či případně své děti. Ovšem jejich současnou podobu nejsou schopni pochopit, protože je mají v paměti jako malé děti (Venglářová, 2007).

Potřeba autonomie představuje mít možnost rozhodovat sám nad sebou a svými činy. Člověk může být závislý fyzicky, ale současně psychicky autonomní. Pocity autonomie jsou blízké pocitům svobody. U osob s demencí je tato potřeba velmi narušena. Obvyklou reakcí na její neuspokojení je agrese. Autorka Zgola (2003, s. 71) uvádí, že: *„Velká část vzdorovitého a agresivního chování, které pozorujeme u osob s narušenou poznávací funkcí, je vlastně výrazem jejich potřeby mít věci pod kontrolou. Hlášené případy „agresivního chování“ byly velmi často způsobeny okolnostmi, kdy pečovatel odnesl osobě šaty, dával jí léky, koupal ji, vyměňoval jí spodní prádlo nebo ji přemísťoval“.*

Ve chvíli, kdy jsou uspokojeny všechny nižší potřeby, nastává potřeba seberealizace. Jedná se hlavně o nalezení smyslu života a také snaze realizovat své sny a plány. V rámci úrovně seberealizace lze nalézt i prvky potřeb z nižších úrovní jako například pocit uznání, pocit životního úspěchu nebo sdílení s rodinou či přáteli. U osob

závislých na pomoci jiných je nutné od naplnění potřeb na nejvyšších úrovních dočasně či trvale odstoupit (Haškovcová, 2010).

### **2.1.3. Spirituální potřeby**

Za spirituální potřeby jsou považovány zejména potřeby smyslu života, potřeby významu vlastní existence, potřeba vztahu s transcendentem, potřeba lásky, odpuštění, víry, naděje a duchovních rituálů. Spirituální potřeba je abstraktní konstrukt, který se snaží uspokojovat duchovní potřeby klientů (Hamer, Copeland, 2003).

Pokud nejsou naplněny spirituální potřeby, jedinec se nachází ve stavu duchovní nouze. Spiritualita dává hlubší význam existenci jedince. Zejména u věřících osob je nutné tuto potřebu zachovat a uspokojovat. Spiritualita zahrnuje víru ve vyšší moc, náhled do svého nitra a taky snahu porozumět smyslu života (Hamer, Copeland, 2003).

Spiritualita lidí narůstá s věkem. Dosavadní zahraniční výzkumy dokazují, že potřeba spirituality se v období nemoci a ve stáří zvyšuje. Tyto výzkumy se zabývají převážně vztahem mezi náboženským životem a kvalitou života člověka ve stáří. Výsledky výzkumů ukázaly, že existuje vzájemný vztah mezi zdravotním stavem jedince a jeho účastí na náboženském životě. Skupina nábožensky aktivních jedinců vykazuje nižší výskyt depresí, úzkostí, závislostí i sebevražd. Rovněž také tito jedinci daleko méně trpí stařeckou demencí či Alzheimerovou chorobou (Vaníčková, 2002).

Uspokojit spirituální potřeby jedinců není vůbec jednoduché. I osoby, které nevěří a nikdy v minulosti nevěřili, mohou začít na sklonku života přemýšlet o existenci života po smrti a o existenci duše. Lidé mají svou víru ve formě subjektivního osobního náboženství nebo obecné filosofie života. Spiritualita je vnímaná jako důležitý předpoklad kvality života jedinců v rámci paliativní péče. Spirituální hodnotou pro život seniorů je zejména láska, ze které člověk vychází a nezištně ji dává druhým. Spirituální hodnoty umožňují mnoha lidem prožít smysluplně, užitečně ty fáze života, které jsou bolestné a mnozí pochybují o jejich smyslu (Opatrný, 2003).

Duchovní potřeby bývají většinou lidí těžce nemocných a u seniorů velmi často opomíjeny zejména v rámci poskytování lékařské péče a sociálních služeb. V současné době však přibývá těch lidí, kteří si uvědomují, že spirituální potřeby v posledním stádiu života jsou velmi důležité. Lidé si uvědomují, že pacient či uživatel sociálních služeb hledá naplnění života a potřebuje být respektován a mít velmi blízký kontakt s dalšími lidmi a zejména se svou rodinou až do konce života. V tomto období a zejména pokud jsou

senioři nemocní a trpí stařeckou demencí či Alzheimerovou chorobou, snaží se najít nový smysl života. Duchovní potřeby tak nejsou blízké pouze věřícím lidem, ale jsou podstatné pro každého člověka v této fázi života, ale nejen tehdy (Vaničková, 2002).

### **3. Rodinní příslušníci osob trpících Alzheimerovou chorobou**

Péče o jedince s demencí je velmi náročná, jedná se však o velmi příznivé řešení bezvýhodné situace. Rodinná péče působí pod vlivem domácího prostředí a také blízkostí rodiny příznivě zejména na psychiku nemocného, ale také na jeho zdravotní stav. Avšak tato péče je velmi náročná a klade vysoké nároky primárně na rodinu, potažmo pečující osobu. Předpokladem pro poskytování kvalitní péče jsou zejména fyzické, psychické, sociální, ale rovněž také finanční a časové možnosti rodiny. Péče o člověka s Alzheimerovou chorobou je velmi náročná a představuje velký zásah pro rodinu. Dochází nejen k omezení uspokojování vlastních potřeb a velkému zásahu do chodu rodiny, ale také k ovlivnění vzájemných vztahů mezi příslušníky rodiny a osobou s demencí (Klevetová a Dlabalová, 2008).

#### **3.1. Vztah pečujících rodinných příslušníků k osobám s Alzheimerovou chorobou**

##### **3.1.1. Potřeby a zátěž pečujících osob**

Stejně jako je tomu u osob s demencí, také pečující osoby mají své potřeby, které musí být uspokojeny tak, aby jedinec žil kvalitní a smysluplný život. Ve chvíli, kdy se začne jedinec starat o svého blízkého, jsou velmi často jeho potřeby a přání stranou. Pokud se však jedinec o svého blízkého stará dlouhodobě, dochází nejen k frustraci a deprivaci, ale může také dojít k syndromu vyhoření. Je tedy potřeba, aby veškeré zátěže, kterým jsou pečující osoby vystaveny, byly kompenzovány a ulehčovány na základě uspokojování jeho osobních potřeb. I v tomto případě, lze vycházet z Maslowovy teorie potřeb. Péče o osobu s demencí vyvolává u pečujících zátěž, která ovlivňuje kvalitu jejich života i péči, kterou poskytují nemocnému. Pokud vznikne u pečujících zátěž tak velká, že nedochází k uspokojování jejich potřeb, dochází k deprivaci a frustraci, jak bylo uvedeno výše. Tošnerová uvádí, že existuje zátěž tělesná, finanční, sociální, citová a plynoucí z okolního prostředí. Všechny velmi úzce souvisí s neuspokojením potřeb pečující osoby (Tošnerová, 2002).

Jednou z oblastí, která je velmi kritická je tělesná zátěž spojená s péčí o osobu postiženou Alzheimerovu chorobou, s domácností vlastní a případě s domácností osoby, o kterou pečuje. Péče o osoby s demencí jakéhokoliv typu je velmi náročná a je potřeba mít dostatek energie. Mnohdy se jedná o velmi vyčerpávající úkony s péčí spojené. Jedná

se primárně o osobní péči o nemocného, zajišťování hygieny, koupání, dopomoc na toaletu, základní rehabilitační péče, případně pomoc se stravováním. Osobní péče skýtá riziko poranění pečujícího či osoby, o kterou pečuje. Péče v domácím prostředí je fyzicky náročná zejména z důvodu nedostatku spánku, což je způsobena spánkovou inverzí nemocného a jeho noční aktivitou. Právě tělesná zátěž je spojena s neuspokojením vlastní/osobních fyziologických potřeb pečující osoby. Velmi často dochází k nedostatečné výživě, dále pak nedostatku spánku či jakéhokoliv odpočinku, což nepříspěvá nejen ku zdraví jedince, ale jsou často spojeny i s výskytem bolesti. To vše nepříznivě působí na pečující osobu, její vztah k nemocnému a na poskytovanou péči (Jeřábek, 2005).

Další oblastí je finanční zátěž. S péčí o osoby s Alzheimerovou chorobou je spojena také finanční zátěž. Pokud pečující osoby využívají také formální způsoby péče, výlohy na péči se ještě zvyšují. Vždy pak záleží, jaké služby rodina využívá a jakou jsou služby hrazeny (Tošnerová, 2002). Pečující osoba se mnohdy musí vzdát svého zaměstnání, což sebou přináší značné nejistoty. Dochází k existenční nejistotě a kvalita života se podstatně snižuje. Během finanční zátěže u pečující osoby dochází k neuspokojení potřeby bezpečí, zvláště pak potřeby ekonomického zajištění. Odchod ze zaměstnání může pro pečujícího znamenat rovněž sociální izolaci a ztrátu kontaktů. Ztráta zaměstnání může být pro některé pečující osoby spojena i s nenaplněnou potřebou seberealizace (Pichaud, Thareauová, 1998).

Poskytování osobní péče po celý den vyvolává rovněž sociální zátěž. Pečující osoba je izolována od běžného života, od své rodiny, přátel a běžného společenského života. V případě, že pečující nemá čas sám na sebe a nemá osobní volno, nemůže hospodařit se svým vlastním časem. Proto může docházet k narušení vztahu k nemocnému, ale také ke zvýšení citlivosti pečující osoby. Pečovatel pociťuje zejména vztek, dále také zlost či znechucení z toho, v jaké životní situaci se nachází. Pečujícímu také hrozí, že u něj dojde ke ztrátě životní rovnováhy (Tošnerová, 2002). Někteří pečující v průběhu péče balancují mezi touhou postarat se o blízkého člověka a snahou žít svůj vlastní život a plnit si osobní přání. Každý jedinec by měl mít možnost vzdělávat se, věnovat se svým zájmům, navštěvovat přátele či naplňovat své sociální kontakty. Pečující mají mnohdy pocit, že jim jejich vlastní život ubíhá mezi prsty a oni jej nestíhají žít, jelikož svůj denní rytmus musí vždy přizpůsobit péči o blízkou osobu (Bužgová, 2010).

Dalším z problémů je bydlení. Ne každá rodina má možnost vzít do rodinné péče blízkou osobu, jelikož k tomu nemá uzpůsobený byt či dům. Pokud se však rozhodnou

pečovat o nemocného v domácím prostředí, je téměř vždy potřeba udělat v místě bydliště interní úpravy. Jestliže pečující dochází za osobou postiženou Alzheimerovou chorobou do jeho vlastního domova, pak se zvyšuje časová dotace na poskytovanou péči a také fyzická zátěž (Tošnerová, 2002). V rámci rodinné péče být pečující zasažen dvojí zátěží: První vyplývá z nároků a požadavků na pečující osobu. Druhá může vzniknout z nepochopení a nedocení poskytnuté péče ze strany ostatních rodinných příslušníků (Buijssen, 2006).

Také citové napětí a strádání je součástí péče o jedince s Alzheimerovou chorobou. Běžně se o nemocného jedince stará žena. Žena má na starost zároveň nejen domácnost, ale také chodí do zaměstnání a stará se o své děti. Někdy je situace dlouhodobá a jedná se o měsíce či roky života v tomto specifickém denním rytmu. Zejména ženy si uvědomují, že často tak zanedbávají manžela i děti, ale zároveň chtějí dopřát svému otci nebo matce zůstat v přirozeném prostředí domova. Zkoordinovat péči o nesoběstačnou osobu s nároky a možnostmi rodiny je vždy obtížné (Haškovcová, 2010). Výše uvedené faktory pak vedou k velké citové zátěži. Pečující osoby pak velmi často trpí depresemi, stresem, úzkostnými stavy a také psychosomatickými poruchami (Jiráček, Koukolík, 2004).

### **3.1.2. Vliv soužití s osobou trpící Alzheimerovou chorobou na rodinu**

Pokud se rozhodne rodina pečovat o svého blízkého, který trpí Alzheimerovou demencí, vždy se jedná o velmi důležitý krok, který dříve či později povede k náročné životní situaci. Poskytování péče jedinci s demencí je velmi náročné, a to nejen z hlediska fyzické, ale také z duševní stránky. Je nutné si uvědomit, že se nejedná pouze o člověka samotného, ale celá tato situace ovlivňuje všechny členy rodiny. Podle Buijssena (2006) čeká všechny členy rodiny velmi obtížný úkol, a to nejen v rámci péče. Je nutné se srovnat se situací, že je příbuzný vážně nemocný a postupně jej rodina ztrácí, i když stále žije. Tento proces je velmi zdoluhavý a lze jej pozorovat u všech členů rodiny. Příslušníci rodiny se pak následně musí vyrovnávat s pocity smutku, popření, agrese, bezmocnosti či studu (Regnault, 2011).

Velmi častá je také obava o budoucnost rodiny. V úvahu připadají otázky typu: Jak dlouho to ještě bude trvat? Zvládnou to? Jaké je východisko celé situace? Jakým způsobem se s odchodem vyrovnám? Pocítím pocity úlevy či naopak? Pečující se často obávají situace, kdy se nemoc začne zhoršovat a už nebude v jejich silách péči zvládat, zároveň mají strach i o své zdraví a z toho vyplývající další problém – kdo je zastoupí? Také velmi

často dochází k nedocení pečovatele ze strany ostatních členů rodiny. Jedná se o velmi nelehký úkol, ale mnozí jej vnímají jako samozřejmost. Mnohdy se všichni domnívají, jak pečující náročnou životní situaci „bez obtíží“ zvládá, ale nikdo už se jej nezeptá, jak se cítí a zda nepotřebuje pomoc. V běžné praxi se lze pak setkat spíše s kritikou, co všechno dělá pečující špatně než s pochvalou (Bartoš, Hasalíková, 2010).

Autorka Regnaultová (2011) dále uvádí, že se vždy pravděpodobně vlivem nemoci naruší i osobní vztah mezi pečujícím a nemocným. Hlavně v počátečním stadiu bývají nemocní často podráždění a reagují neadekvátně. Ze strany nemocného se jedná o jistou obranu, avšak ze strany pečujících osob to nemusí být vždy dostatečně pochopeno, potažmo členové rodiny změnu chování nemocného jedince špatně reflektují. Nikdy nelze brát změnu chování jako osobní útok, ale naopak je třeba se s těmito změnami začít postupně smířovat. Pečující osoba se velmi často potýká s pocity viny, které se projevují v několika rovinách. Cítí se trapně kvůli chování blízké osoby, má na ni zlost, jelikož již dál nemůže či pomýšlí na umístění pacienta do ústavní péče. Příbuzní také se velmi často navracejí do vzpomínek na osobu, o kterou je pečováno, litují všech konfliktů, které s ní v průběhu života měli, zejména pak v posledních měsících před oznámením diagnózy. Velmi se tím trápí a mají pocit, že selhali, protože špatně odhadli situaci a kladli na svého blízkého nepřiměřené nároky. Dle Buijssena (2006) je zajímavým fenoménem skutečnost, že pocity viny přicházejí daleko více u lidí, kteří o člověka pečovali než u lidí, jež měli vůči jeho péči méně aktivní přístup. Během progresu onemocnění se mnoho pečujících dostane do situace, kdy už dál nemohou a nemají sílu na další péči. Takový stav je uvrhne před velmi těžké rozhodnutí, zda mají svěřit svého blízkého do rukou profesionálů. Rozhodnou-li se, že ano, neustále si to pak vyčítají. Tyto pocity je však potřeba zejména v rámci rodiny ventilovat a svěřit se s nimi ostatním příslušníkům rodiny. Jedině tak může dojít k pochopení pečovatele, jeho postojů, nálad a následně i ke snaze pomoci mu celou situaci ulehčit. Vždy je potřeba si uvědomit, že péče o nemocného bude čím dál tím více náročnější a jednou nastane okamžik, kdy se bude jednat o celodenní péči. Ne vždy je však rodina schopna tuto situaci přijmout a srovnat se ještě s daleko větším zásahem do jejího chodu, než tomu bylo doposud. Taková situace se pak snadno vymkne z rukou (Zgola, 2003).

Není neobvyklé, že v důsledku výše uvedeného pak u pečovatele nastane tzv. „burn-out“ syndrom, jinak řečeno syndrom vyhoření. Pečující se hroutí u běžných domácích úkonů a projevuje se to u něj rovněž ve vztazích k ostatním členům rodiny. Je

tedy důležité hned od počátku zahájení péče o blízkou osobu trpící Alzheimerovou chorobou stanovit si možnosti a meze péče nejen u pečující osoby, ale i celé rodiny, jelikož její chod bude hluboce zasažen. Pečující by se neměl ostýchat požádat o pomoc a také si nechat poradit profesionály, zabývajícími se touto problematikou (Holmerová, Janečková, Veleta, 2002).



## **4. Sociální služby o postižené seniory trpící Alzheimerovou chorobou v České republice**

Pro rodinné příslušníky je velmi náročné pečovat o blízkého trpícího Alzheimerovou demencí. Ne vždy je to v silách všech rodin, a z toho důvodu jsou v současné době k dispozici sociální služby, které by měly pomoci s péčí o osobu s demencí či rodinu plně zastoupit. Pro rodinu se jedná o velký zásah do jejího životního rytmu, pokud však již není domácí péče možná a neodpovídá zdravotnímu stavu jedince, nastává otázka, zda není lepší umístit jedince do zařízení k tomu určenému a zajistit mu tak odbornou péči. Vždy se jedná o velmi těžké rozhodnutí, avšak mnohdy jde o jediné možné řešení (Horecký, 2014).

Sociální služby poskytované osobám s demencí či pečujícím osobám v místě bydliště vyplývají zejména z legislativního ukotvení v rámci českého právního systému. O jaké služby se přesně jedná a jaké formy a druhy sociálních služeb jsou v České republice k dispozici, bude uvedeno v následující kapitole.

### **4.1. Právní zakotvení sociálních služeb**

Sociální služby v plné rozsahu neměly po dlouhou dobu potřebné právní ukotvení. Nově zavedené druhy služeb a formy pomoci tak vyplývaly pouze z potřeb osob, kterým by měla být služba sociální péče poskytována. Od roku 1991 až do roku 2005 bylo sice vytvořeno několik návrhů zákona, ale nikdy se nejednalo o oficiální legislativní akt. V roce 2005 byl vládou České republiky schválen zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon). Účinnost tohoto zákona byla od 1. ledna 2007 a přinesla mnoho převratných změn. Současně spolu s tímto zákonem rovněž vyšla prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon spolu s vyhláškou zavedl zcela nová pravidla. Změny se týkaly celkového pojetí sociálních služeb, jejich druhů, forem a podmínek pro poskytování. Změnil se i způsob jejich financování. Po vydání zákona pro mnoho poskytovatelů sociálních služeb nastalo hektické období, kdy se snažili vypořádat se všemi změnami a zavést do praxe vše, co nový zákon ukládal. Novou povinností se stalo například naplňování Standardů kvality sociálních služeb.

## 4.2. Poskytování sociálních služeb

Poskytování sociálních služeb a samotná definice sociálních služeb vyplývá za zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, dle kterého se rozumí: „*Sociální službou činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení*“.

Jak již bylo uvedeno, poskytování sociálních služeb dlouho nemělo legislativní ukotvení. Po roce 2007 s nabytím účinnosti výše uvedeného zákona se však vše změnilo. Pro poskytovatele sociálních služeb to bylo velmi náročné období. Naprosto zásadní změnu přinesl zákon v tom, že opustil dosavadní praxi paternalisticko-direktivního modelu a vytvořil prostředí pro rozvoj vztahů mezi poskytovateli a uživateli sociálních služeb. Vzájemné vztahy jsou tak nyní založeny na rovnoprávnosti, individuálním přístupu, dobrovolnosti, spolupráci poskytovatelů, uživatelů a jejich blízkých, a na mobilizaci vlastních sil uživatelů služeb k tomu, aby převzali spoluodpovědnost na řešení jejich nepříznivé sociální situace (Čámský, 2011).

Zákon dále vytvořil lepší podmínky pro jednotlivce, kteří mohou lépe participovat na procesu vytváření a také poskytování sociálních služeb. Cílem poskytování sociálních služeb je zejména adresné poskytování pomoci tam, kde je to opravdu potřeba. Zákon rovněž definuje podmínky pro poskytování pomoci a také podpory. Každý má nárok na bezplatné základní poradenství, podporu lidské samostatnosti, zachování lidské důstojnosti, dodržování lidských práv a svobody a také poskytování pomoci tak, aby vycházela z individuálně určených potřeb každého jedince (Matoušek, 2003).

Sociální služby jsou veškeré služby poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zlepšení kvality jejich života, a také zajištění ochrany zájmů společnosti. Služby jsou poskytovány nejen jednotlivci, ale také skupinám či komunitám. Poskytování sociálních služeb je součástí aktivit státu a je velmi významné pro mnoho lidí, nejen z hlediska potřebnosti, ale také z důvodu jejich sociálního začlenění do společnosti. Pokud by nebyly poskytovány sociální služby potřebným lidem, značná část osob by se nemohla plnohodnotně účastnit všech stránek života. Nemohlo by docházet k uplatnění jejich lidských práv a docházelo by k jejich sociálnímu vyloučení (Kozlová, 2005).

### **4.3. Formy a druhy sociálních služeb**

Rodinní příslušníci mohou využívat sociální služby buď pouze dočasně či v omezené míře anebo z dlouhodobého hlediska. Možnosti se vždy odvíjí nejen od stavu nemocného, ale také od možností rodiny. Z toho důvodu je možnost zvolit si nejvhodnější možnou dostupnou službu. Mimo dlouhodobých pobytových služeb mohou osoby využívat i různých terénních, ambulantních, a odlehčovacích služeb. Nejčastěji využívané služby osobami s Alzheimerovou chorobou jsou následující:

#### **Ambulantní služby**

Centra denních služeb a denní a týdenní stacionáře jsou specifickou formou ambulantní péče, jež je poskytována především rodinným příslušníkům, kteří jsou během dne v práci a nejsou schopní díky svým pracovním povinnostem zajistit celodenní péči o nemocného. Jedná se o zařízení, která poskytující osobám s demencí péči v průběhu dne a rodina si pak nemocného přebírá na noc a také o víkendu (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění).

#### **Terénní služby**

Do terénních služeb se dle zákona řadí osobní asistence a také pečovatelská služba. Obě tyto služby poskytují pomoc osobám se sníženou soběstačností, která je způsobena vlivem věku, chronického onemocnění či zdravotního postižení. Tyto služby tedy využívají nejen osoby postižené Alzheimerovou chorobou, ale i osoby mladšího věku se zdravotním postižením. Osobní asistenci poskytují nestátní organizace. Služby spočívá zejména v tom, že kvalifikovaný asistent pomáhá osobám v jejich přirozeném prostředí a také v rámci činností, které jsou potřeba. Lidé s Alzheimerovou chorobou mají sníženou soběstačnost a je nutné na ně dohlížet a pomáhat jim s běžnými činnostmi (s dopravou, zajištěním stravy či obstaráváním dalších osobních záležitostí). Pečovatelská služba je k dispozici osobám s Alzheimerovou chorobou a jejich rodinným příslušníkům v rámci domácnosti vždy v určitém předem stanoveném čase. Tato služba zajišťuje pomoc s běžnými denními činnostmi. Jedná se o zajištění chodu domácnosti, zajištění stravy či osobní hygienu.

#### **Odlehčovací služby (úlevové služby, dříve též respitní služby)**

Také odlehčovací služby vyplývají ze zákona. Pomoc odlehčovacích služeb nejčastěji vyhledávají rodiny, jejichž rodinní příslušníci se dlouhodobě a každodenně starají o blízkou osobu s Alzheimerovou chorobou nebo jiným onemocněním. Vždy po

domluvě s rodinnými příslušníky asistent vykonává to, co je potřeba. Primárně se jedná o několik hodin péče o nemocného v jeho přirozeném prostředí či v místě bydliště rodiny (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010).

#### **Pobytové služby** (klienti zde trvale nebo přechodně bydlí)

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění definuje různé typy pobytových zařízení. Pro osoby s Alzheimerovou chorobou jsou určeny domovy se zvláštním režimem. Jsou využívány zejména pro dlouhodobé nebo trvalé pobyty.

### **4.4. Sociální služby v České republice v porovnání se zahraničím**

V rámci této kapitoly je nutné konstatovat, že sociální služby a příslušná terminologie se v různých zemích se liší. Například v Německu si pod pojmem „Soziale Dienste“ (sociální služby) představují spíše služby pro osoby, které se vracejí na trh práce než klasické (rezidenční) sociální služby v našem pojetí. Pro ně mají v Německu pojem „Sozialhilfe“ (sociální pomoc), (Eichenhofer, 1997). Ve Velké Británii zase definují sociální služby jako „Personal Social Services“, což zdůrazňuje znevýhodněného jedince, kterému jsou služby poskytovány jako objekt sociální služby. Zároveň jsou ve Velké Británii sociální služby propojeny i se službami zdravotnickými. Tento trend je uplatňován také v Austrálii, a to v podobě „Nursing Homes“ které spojují sociální a zdravotní služby v jednom zařízení (Tomeš, 2010).

Každá země je specifická a má svůj vlastní plán rozvoje služeb a také systém sociální pomoci pro uživatele služeb. I přesto je díky otevřené spolupráci zemí v rámci Evropské Unie dosaženo velké míry koordinace všech členských států, a to nejen v oblasti poskytování péče pro jedince s Alzheimerovou demencí. Oblasti sociálních služeb začínají postupně jednotlivé země reflektovat a stanovují tak společné trendy. Následně je spojuje zejména snaha o dlouhodobou finanční udržitelnost systémů sociální ochrany a ochranu práv uživatelů.

#### **Velká Británie**

Velká Británie se řadí mezi zástupce liberalistického pojetí sociální politiky, což v praxi značí minimální zásah státu do uspokojování potřeb jedince. Zdůrazňuje odpovědnost jedince za uspokojování svých sociálních potřeb, což je dost velký rozdíl oproti České republice, která naopak mnohdy doporučuje využití veřejně dostupných sociálních služeb. V případě, že se jedinec dostane do vážné životní situace, měl by

nejdříve pomoci trh a rodina. Podpora od státu přichází až v případě, kdy ostatní mechanismy selžou. Oproti České republice se při posuzování nároku na státní pomoc testuje nejprve příjem jedince a mohou mu být poskytnuty pouze minimální dávky a rovněž další sociální služby. Poskytování sociálních služeb je primárně zajišťováno subjekty činnými v soukromém či dobrovolnickém sektoru, což je velmi podobné systému v rámci České republiky (Koldinská 2004).

Velká Británie prosazuje neformální pečovatele, což je podporováno také v rámci České republiky. Primárně by se tedy o jedince s demencí měla starat rodina či osoba rodinou pověřená. Avšak jedná se i tak o značně problematické poskytování sociálních služeb. Přestože se stát snaží tuto významnou skupinu osob různými nástroji podpořit, setkávají se pečující s podobnými potížemi jako neformální pečovatelé v České republice. Přes 45 % pečujících musí v Británii opustit práci, aby mohlo pečovat o svého rodinného příslušníka či jinou blízkou osobu. Pokud není v silách rodiny poskytovat seniorovi péči formou neformálního pečovatele, jsou dostupné služby sociálního a zdravotního charakteru. Mezi významnou podporu patří jednak možnost využití odlehčovacích služeb, stacionářů a podpory domácí péče, stejně jako je tomu v České republice. Odlehčovací služby a stacionáře jsou poskytovány napříč všemi sektory, ať už se jedná o nemocnice, hospice, charitativní organizace nebo orgány místní samosprávy. Respirní péče je poskytována nejen ve formě denní, ale také v rámci týdenního pobytu či jinak dle potřeby. Možností také je využití domácí péče (Home care), která poskytuje praktickou výpomoc s péčí. Ze služeb domácí péče si pak zájemci sami volí z možností buď využít nezávislých agentur zprostředkujících službu, anebo si najmout přímo osobního pečovatele (pak má uživatel k osobnímu pečovateli stejná práva a povinnosti jako zaměstnavatel), či využít služby přes charitativní organizace. Tyto sociální služby jsou velmi podobné poskytovaným službám v České republice. Ovšem Velká Británie poskytuje také zdravotní péči, což při péči o člověka s demencí je někdy potřeba. Mimo všeobecně užívaného způsobu léčby, kdy zdravotnický personál navštěvuje klienta v domácím prostředí, jsou k dispozici také další služby. Celkem netradiční službou, která je určena jak seniorům, tak i pečujícím osobám, jsou zdravotnické záchranné týmy tzv. Rychlé záchranné týmy („Rapid response teams“), které slouží jako rehabilitační tým pro seniora, u které se prudce zhoršil zdravotní stav. Tým se skládá z celé řady odborníků a slouží k intenzivní práci na lůžku (Neformální péče ve vybraných státech EU, 2015, online). Reforma psychiatrie, jejíž součástí je i gerontopsychiatrie činnost multidisciplinárních týmů úspěšně rozvíjí v rámci

péče o duševně nemocné pacienty (Reforma psychiatrie., 2018, online). Osobně jsem se s fungováním týmu setkala v pobytovém zařízení se zvláštním režimem. Tým se skládal z pečovatelky, zdravotní sestry, sociální pracovníce a lékaře. Vzniklé problémy byly řešeny velmi rychle a profesionálně.

### **Německo**

Německo se řadí mezi země, které relativně brzy přijaly zákony o sociálním pojištění, díky tomu lze považovat jejich systém sociální péče za velmi silný a stabilní. Německo se řadí mezi konzervativní státy, tudíž zastoupení státu v distribuci sociální podpory a pomoci je poměrně silné, nicméně okruh poskytované podpory nemá být příliš široký a poskytované dávky jsou převážně testované. Cílem je opět zachovat co nejdéle péči v rodině a předejít tak brzkému odkázání seniora do institucionální péče, což je stejný princip, jaký je nastaven v České republice. Také v rámci této země je podporován systém neformálního pečovatele, avšak je udržitelný pouze do určité míry (Neformální péče ve vybraných státech EU, 2015, online).

Německý systém sociální podpory nerozeznává druhy sociálních služeb tak, jak jsou členěny v České republice. Zákon nedefinuje druhy služeb, jako pečovatelská služba či respitní péče. Nejsou ani samostatně vymezeny služby určené primárně pečujícími osobám. Pokud se rodina rozhodne využít formy dostupné péče, má k dispozici ambulantní pečovatelské služby, které slouží zejména k podpoře rodiny při celodenní péči o pacienta. Dále jsou k dispozici kombinované služby, které představují kombinaci péče rodiny a rovněž ambulantních služeb. Také lze využít soukromého pečovatele. Možností jsou také alternativní formy bydlení, kdy ve vícegeneračních domech bydlí studenti a senioři a navzájem se podporují (Neformální péče ve vybraných státech EU, 2015, online).

### **Švédsko**

Švédský sociální systém vychází z konceptu sociálního státu, který přejímá vysokou míru zodpovědnosti za své občany. Sociální pojištění zahrnuje benefity vázané na příjem, příspěvky univerzální povahy a testované dávky. Dávky vázané na příjem (kompenzace mzdy) podléhají zdanění, ostatní dávky daňovou povinností zatížené nejsou. Penzijní systém se skládá ze základní penze (income-based penzion), prémiové penze (premium penzion) a garantované penze (guarantee pension). První pilíř je povinný, druhý - prémiový je volitelný. Garantovaný příspěvek, je vyplácen ze státního rozpočtu (Neformální péče ve vybraných státech EU, 2015, online). Horecký (2014) uvádí, že

odpovědnost za poskytování a financování sociální péče má 290 municipalit. Za dostupnost a financování zdravotní péče jsou zodpovědné kraje. V roce 2009 Švédsko přijalo zákon o svobodné vůli ve veřejném systému. Zákon umožňuje občanům uplatnit svobodnou vůli při výběru veřejných služeb. Zároveň umožnil vstup soukromým poskytovatelům a rozšíření poskytovaných služeb. V roce 2007 bylo zavedeno daňové zvýhodnění služeb pro domácnost, které bylo nastaveno na 50 % z ceny poukázky s limitem 50000 SEK ročně. Díky tomu vznikla řada nových pracovních míst a služby začaly využívat i skupiny s nejnižšími příjmy. Švédsko také jako druhá země na světě zavádí tzv. Personal Health Record Ekosystem, který shromažďuje všechna data seniorů v systému.

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **5. Kvalitativní výzkum vedený formou případových studií**

V posledních letech dochází v naší společnosti ke zvyšování podílu seniorské populace. Stáří je nedílnou součástí života, přesto představuje u všech lidí strach z toho, co lze od tohoto vývojového období očekávat. Jedním z možných důsledků stáří je demence, která se projevuje v různých formách, mezi něž se řadí právě Alzheimerova demence. Stárnutí přináší nárůst požadavků po rozšíření zdravotnických a sociálních služeb zejména v důsledku zvyšujícího se počtu starších osob a tím i potencionálního zvyšování počtu osob postižených demencí. Poskytování sociálních služeb v přirozeném domácím prostředí patří k základním úkolům sociální práce. Péče o člověka s touto nemocí je však velmi náročná a proto mají sociální služby svoje opodstatnění. Zajistit plnohodnotnou péči těmito službami není vždy zcela možné. V poslední době dochází k významnému rozvoji v poskytování domácí hospicové péče, jejímž cílem je provázet uživatele služeb až do posledních chvil jejich života v prostředí domova, která přirozeně navazuje na pečovatelské a zdravotní služby. Zároveň tento přístup pomáhá řešit problém s nedostatkem volných míst v pobytových zařízeních, a to zejména v lokalitách s malým počtem obyvatel.

Součástí výzkumu je nejen zmapování možností a limitů sociálních služeb při péči o osoby s Alzheimerovou chorobou, ale také identifikovat důvody rozhodnutí pečujících rodinných příslušníků umístit je do vhodného sociálního zařízení. Potřebná data byla zjišťována prostřednictvím případových studií a díky polostrukturovaným rozhovorům s klienty, rodinnými příslušníky a pracovníky poskytujících sociální služby.

#### **5.1. Cíl výzkumu**

Cílem výzkumu je zmapovat vliv poskytování sociálních služeb na rodinné příslušníky seniorů postižených Alzheimerovou chorobou, s ohledem na jejich rozhodnutí pokračovat v domácí péči či naopak umístit seniora do péče odpovídajícího rezidenčního zařízení.

Tento cíl byl zvolen s ohledem na skutečnost, že pro pacienty s Alzheimerovou chorobou je přirozené domácí prostředí důležité, protože významně ovlivňuje průběh nemoci. Lokalita, v níž byl průzkum realizován, je navíc specifická tím, že se jedná o obce



s menším počtem obyvatel, kteří mají pevné vazby na místo, ve kterém žijí, což se odráží i v poskytovaných sociálních službách.

Z výše stanoveného cíle byla vymezena základní výzkumná otázka, která zní: **„Jaké jsou možnosti a meze sociálních služeb poskytovaných seniorům v domácím prostředí postiženým Alzheimerovou chorobou z pohledu rodinných příslušníků?“**

Z výše uvedeného cíle a základní výzkumné otázky, vyplývají výzkumné otázky dílčí:

1. Jakým způsobem vnímají klienti trpící Alzheimerovou chorobou skutečnost, že se sociální služba podílí na jejich péči v přirozeném domácím prostředí?
2. Jak klienti hodnotí význam této sociální služby?
3. Jak hodnotí význam sociální služby rodinní příslušníci a v čem konkrétně spatřují její limity?
4. Za jakých okolností nebude již možné z pohledu rodinných příslušníků poskytovat osobám trpícím Alzheimerovou chorobou péči v domácím prostředí?
5. Uvítali by z těchto důvodů rodinní příslušníci rozšíření či proměnu stávajících nabídek sociální služby? Jak konkrétně?
6. Jak na tuto situaci nahlíží zaměstnanci poskytující sociální službu v domácím prostředí?

## **5.2. Metodologie výzkumu**

Součástí této kapitoly bude popsání zvoleného metodologického postupu, dále také metody výběru výzkumného vzorku, typ výzkumu, metody získávání dat, samotnou organizaci sběru dat, metodu zpracování dat a také interpretaci dat.

### **5.2.1. Kvalitativní výzkum**

Pro tuto diplomovou práci byl vybrán kvalitativní výzkum. Někteří metodologové vnímají kvalitativní výzkum stále spíše jako doplněk k tradičně využívanému kvantitativnímu výzkumu. Postupem času došlo k vymezení tohoto typu výzkumu a ke vzniku metodologických škol. Po vzniku metodologických škol získal tento výzkum uznání mezi laickou i odbornou veřejností (Švaříček, Šed'ová, 2014).

*„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému“* (Hendl, 2012, s. 50).

Dle Denzina a Lincolnové (2008) je velmi náročné tento typ výzkumu definovat, jelikož každý výzkumník má na něj jiný názor. Strauss a Corbinová definují kvalitativní výzkum jako typ výzkumu, který využívá výsledky získané jinak než prostřednictvím statistických metod či jiných forem kvantifikace. V rámci tohoto typu zkoumání se může jednat o výzkum, který se týká života lidí, jejich chování a také chodu organizací či společenských hnutí (Strauss, Corbin, 1999).

Typický postup u kvalitativního výzkumu je stanovení výzkumných témat a základní výzkumné otázky. Otázky se mohou v průběhu zkoumání doplňovat a dle potřeby modifikovat. Rovněž velmi často dochází k zásadním změnám v průběhu sběru dat nebo samotné analýzy. Tento typ výzkumu se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem nebo situací nejen jedince, ale také skupiny (Hendl, 2012).

V rámci samotného zkoumání se využívají zejména málo standardizované metody sběru dat. Hlavním instrumentem je sám výzkumník, který vyhledává potřebné informace, získává potřebná data a snaží se objasnit stanovené výzkumné otázky či problémy. Výzkumník na základě získaných informací, dedukuje a indukuje závěry. V rámci kvalitativního výzkumu se jedná zejména o terénní poznámky a jejich přepisy, pozorování z průběhu rozhovoru či také úřední dokumenty a úryvky z knih. Důležité je vše, co nám přiblíží zkoumaný vzorek respondentů a pomáhá nám objasnit výzkumné otázky (Hendl, 2012).

Hlavním cílem kvalitativního zkoumání je pochopit smysl jednajících subjektů, jež mají odhalovat reálné souvislosti mezi jevy, které jsou zkoumány, ale také mimo tyto jevy. Cílem tohoto typu výzkumu není pouze zaměřit se na jednotlivé parametry stanovených ukazatelů, ale především vytvořit adekvátní popis nebo logickou konstrukci sociálního a také sociálně psychologického jevu (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001).

### **5.2.2. Typ výzkumu**

Zvoleny byly případové studie. U tohoto typu se pozornost obrací zejména na případ, který lze chápat jako objekt zkoumání. Analýza jednotlivých případů umožňuje získat nejen komplexní přehled, ale také sledovat příběh v průběhu celého výzkumného šetření. Analýza také pomáhá k popisu a vysvětlení případu v celkových souvislostech.

Případová studie se doporučuje v případě, když jsou nastaveny výzkumné otázky, ale je pouze omezená možnost kontroly nad zkoumanými procesy (Miovský, 2006).

### **5.3. Metody výběru výzkumného vzorku**

Stanovení výzkumného vzorku je důležitou součástí výzkumu. Probíhá již před samotným výzkumem. Vzorek lze považovat za dostupnou část objektu výzkumu, na kterou se orientují výzkumné nástroje.

Výběr účastníků výzkumu byl proveden mezi uživateli sociálních služeb postižených Alzheimerovou chorobou, jejich rodinnými příslušníky, kteří o ně pečují v jejich přirozeném prostředí a pracovníky poskytující jim sociální služby. Výběr vzorku byl zaměřen na určitá kritéria, jež museli jednotliví respondenti splňovat. To znamená, že na základě mnou určených kategorií, byli cíleně vyhledáváni pouze ti jedinci, kteří kategorie splňovali (Miovský, 2006).

V tomto případě se jednalo o záměrný výběr, respondenty jsem cíleně vybírala v místě své praxe. Klienti byli vybíráni mezi uživateli pečovatelských služeb a klienty denního centra v průběhu stáže v rámci studia na PVŠPS. Konkrétně se jedná o klienty a pracovníky Charity, kteří působí v lokalitách s malým počtem obyvatel.

Poslání Charity je obsaženo v jejím názvu, což představuje lásku, která se projevuje službou člověka člověku. Poskytuje služby lidem v sociální, hmotné i duchovní nouzi bez ohledu na rasu, původ a náboženské přesvědčení. Služby jsou koncipovány, tak aby uživatelé služeb mohli zůstat ve svém domácím prostředí, mezi svými blízkými, a byla podporována jejich soběstačnost. Také usilují o předcházení všem formám sociálního vyloučení.

Podmínkou, tedy již zmíněným kritériem výběru, byla u respondentů diagnóza Alzheimerovy choroby. Všichni tito respondenti jsou léčeni na geriatrickém oddělení nemocnice, kde je poradna pro pacienty postiženými Alzheimerovou chorobou. Do výzkumu byli zařazeni respondenti, u kterých byla Alzheimerova choroba v I. nebo II. stádiu demence, se kterými bylo možné vést rozhovor. Do výzkumu byli dále zařazeni pečovatelé z řad rodinných příslušníků, kteří se spolu s klienty a pracovníky sociálních služeb byli ochotni výzkumu zúčastnit. Péče o klienty s Alzheimerovou chorobou vyžaduje větší zkušenosti, proto byly do výzkumu zařazeny pracovnice pracující v sociálních službách více než tři roky. Ve zkoumané organizaci tuto podmínku splnilo pět z deseti pracovníků.

Rozhovorů se účastnilo celkem šest seniorů postižených Alzheimerovou chorobou, pět pracovníků v sociálních službách a šest rodinných příslušníků (více v tabulce 1 níže). Výzkum byl veden v souladu se zákonem č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění. Z důvodu ochrany osobních údajů jsem jména účastníků výzkumu zcela anonymizovala. Jedno vyhotovení informovaného souhlasu bylo poskytnuto respondentům a druhé stvrzené jejich podpisem bylo předáno vedoucí diplomové práce.

**Tabulka 1 - Základní demografické údaje respondentů**

Respondent	Pohlaví	Věk
Klientka Anna	Žena	83
Klientka Jaroslava	Žena	78
Klient Josef	Muž	80
Klientka Věra	Žena	73
Klient Václav	Muž	89
Klientka Ludmila	Žena	81
Pečující Hana	Žena	56
Pečující Dana	Žena	58
Pečující Miloš	Muž	40
Pečující Veronika	Žena	38
Pečující Libuše	Žena	88
Pečující Klára	Žena	57
Pracovnice Lída	Žena	45
Pracovnice Alice	Žena	32
Pracovnice Soňa	Žena	28
Pracovnice Lenka	Žena	38
Pracovnice Martina	Žena	29

Zdroj: vlastní zpracování

Všichni účastníci výzkumu byli na počátku úvodního rozhovoru seznámeni s cíli a metodami výzkumu. Byly jim poskytnuty informace o využití dat pouze k výzkumným účelům. Respondenti byli upozorněni na dobrovolnost výzkumu a možnost z něho kdykoliv odstoupit.

## 5.4. Metoda získávání dat

V průběhu výzkumného šetření byla jako hlavní výzkumná metoda uplatněna metoda rozhovoru (interview), polostrukturovaného rozhovoru (řízeného, strukturovaného s otevřenými otázkami) s klienty s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou, pečujícími rodinnými příslušníky a pracovníky sociálních služeb. Připravená osnova otázek byla otestována v rámci předvýzkumu, do kterého byly zařazeny dvě případové studie, dva respondenti z řad osob postižených Alzheimerovou chorobou, dva rodinní pečovatele a dvě pracovnice poskytujících služby. Informace získané v rámci předvýzkumu byly použity v celkovém výzkumném šetření.

Rozhovor patří mezi nejobtížnější, ale zároveň nejvhodnější metody pro získání kvalitativních dat. Je moderován a prováděn za určitým cílem a účelem výzkumné studie. Rozhovor je výzkumnou metodou, jež umožňuje zachytit nejen skutečnosti, ale i proniknout do motivů a postojů participantů. U rozhovoru můžeme sledovat i některé další reakce dotazovaného a podle nich potom reagovat doplňujícími dotazy (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001).

Hendl (2012, s. 166) uvádí, „že rozhovor vyžaduje citlivost, dovednost, koncentraci, disciplínu i interpersonální porozumění. Je nezbytné věnovat pozornost začátku i konci rozhovoru. Na počátku je potřebné získat důvěru, prolomit případné bariéry a zajistit si souhlas se záznamem rozhovoru.“

Polostrukturovaný rozhovor je nejrozšířenější podobou interview. Tazatel si vytváří určité schéma, které je pro něj závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se bude tazatel účastníků ptát. Je možné podle potřeby a možností měnit pořadí otázek. U polostrukturovaného rozhovoru máme definované tzv. jádro interview, tj. minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat. Na toto jádro se pak nabaluje množství upřesňujících otázek. Můžeme pokládat různé doplňující otázky, vyžadovat další podrobnosti či vysvětlení odpovědí dotazovaného, abychom správně pochopili, co svou odpovědí přesně myslí. Téma tak můžeme rozpracovat do hloubky (Miovský, 2006).

Aby byl kvalitativní výzkum proveden správně, je potřeba přistupovat k němu citlivě a koncentrovaně. V úvodu rozhovoru je třeba prolomit bariéry a případné překážky, zejména v případě, když se jedná o dvě cizí osoby, které se navzájem neznají. Hlavním úkolem tazatele je zcela jasně sdělovat, jaké informace po respondentovi požaduje, co je pro něj důležité a co nikoliv (Hendl, 2012).

## **5.5. Organizace sběru dat**

V počáteční fázi výzkumu jsem několikrát navštívila účastníky výzkumu v jejich rodinném prostředí za přítomnosti rodinného pečovatele. Důvodem bylo navázání kontaktu pro další realizaci rozhovorů a získání informací pro zpracování případových studií. V rodinách respondentů mi bylo umožněno vést rozhovory s pracovníci poskytujícími služby v domácím prostředí. K tomuto účelu nám rodinní pečovatelé poskytli soukromý prostor. Rozhovory byly nahrávány na záznamové zařízení tabletu, následně byly přepsány a dále analyzovány. Rozhovory byly realizovány v rodinném prostředí osob postižených Alzheimerovou chorobou.

Rozhovorů se účastnilo celkem 17 respondentů, mezi nimiž byli muži a ženy (Tabulka č. 1). Na konci rozhovoru jsem všem respondentům nabídla své výstupy. Některým respondentům byly zaslány formou elektronické komunikace a některým byly poskytnuty v písemné podobě. Rozhovory byly poskytnuty bez jakékoliv finanční nebo jiné náhrady. Pro doplnění uvádím, že s většinou rodin jsem i nadále v kontaktu a v rámci svých možností se snažím být nápomocna s péčí o jejich blízké.

## **5.6. Metoda zpracování dat**

Při přepisu rozhovorů jsem využila doslovnou transkripci. Jedná se o převod mluveného projevu, který byl získán v průběhu rozhovoru do písemné podoby (Hendl, 2012). V transkripci jsem každý řádek, z důvodu lepší orientace očíslovala, dále získaná data rozdělila do tabulek dle úryvků a kódů, ty jsou zaznačeny do tabulek. Tato data jsem následně písemně okomentovala. Úplné znění rozhovorů je vloženo na konci této práce jako součást příloh.

## **5.7. Metoda analýzy a interpretace dat**

Pro zajištění podstatných a přínosných dat je potřeba zvolit vhodnou metodu analýzy a interpretace dat. Analýza kvalitativních dat se považuje za jednu z nejtěžších fází celého výzkumu a následuje ihned po doslovné transkripci a kódování dat. Kódování dat spočívá dle Miovskeho (2006) v přiřazování klíčových slov nebo různých symbolů k částem textu tak, aby bylo dosaženo snadnější práce s částmi textu a bylo v budoucnu možné kdykoliv pracovat s většími významovými celky.

Vzhledem k náročnosti zpracování velkého množství dat byla jednotlivá data rozdělena do tabulek. Tato témata vyplynula z jednotlivých údajů, které byly zjištěny na

základě rozhovoru s účastníky výzkumu. Jelikož jsem hledala klíčová témata, které se neustále opakují ve výpovědích pracovníků v sociálních službách, rodinných příslušníků a také osob s Alzheimerovou chorobou, vybrala jsem pro zpracování dat tematickou analýzu. Tematická analýza patří mezi velmi flexibilní metody kvalitativní analýzy. Navíc je schopna postihnout velké množství detailů. Proces tematické analýzy začíná tehdy, když sám výzkumník začne zaznamenávat a hledat významové vzorce a také témata. Končí posléze podáním zprávy o obsahu a také významu vzorců (témat) v datech. Během analýzy se výzkumník neustále pohybuje zpět a vpřed datovým souborem a dělá si průběžné poznámky (Braun a Clarke, 2006).

K tematické analýze byl použit model autorek Braun a Clark (2006), který se skládá z šesti kroků:

1. seznámení s daty,
2. generování počátečních kódů,
3. hledání témat,
4. přezkoumání témat,
5. definování a pojmenování témat,
6. sepsání zprávy.

Jak již bylo uvedeno výše, nejprve bylo potřeba s daty se seznámit a generovat je na počáteční kódy. Poté jsem jednotlivá data studovala a hledala schémata. Ve druhé kroku jsem generovala počáteční kódy. Bylo třeba zaměřit svou pozornost na všechny údaje, které byly v rámci rozhovorů zajištěny a identifikovat všechny zajímavé aspekty, které vedly ke stanovení tématu. Ve čtvrté fázi jsem získaná data přezkoumala a zvažovala jsem, zda jsem kódy vymezila správně a zda jsou tato témata relevantní vzhledem ke stanovenému cíli. V následujícím kroku jsem vymezila a také přejmenovala nalezená témata. Posledním krokem bylo sestavení zprávy, tedy shrnutí získaných údajů a zpracování výsledků (Braun a Clarke, 2006).

Pro lepší orientaci byla jednotlivá data rozdělena dle skupin respondentů, tudíž na oblast zaměřenou pouze na osoby s Alzheimerovou chorobou, následně na rodinné příslušníky a poté na pracovníky poskytující služby. Veškerá data jsou zaznačena do tabulek s komentářem. Poté byla tato data porovnávána na základě zachycení jednotlivých vzorců, pro které je typické jejich opakování.

## **5.8. Případové studie**

Péče o seniora s Alzheimerovou chorobou je velmi náročná a představuje velký zásah nejen pro pečujícího člena rodiny, ale i pro celou rodinu. V průběhu péče nelze opomíjet pocity a potřeby osob postižených Alzheimerovou chorobou, které je nutné uspokojovat. Z toho důvodu v následující kapitole představuji šest případových studií respondentů. Prostřednictvím případových studií podávám komplexnější pohled na osoby postižené Alzheimerovou chorobou, které se účastnily výzkumného šetření.

### **Případová studie č. 1**

Klientka Anna

Věk: 83 let

materiální zajištění: starobní důchod

rodinný stav: vdova

#### **Osobní anamnéza**

Do roku 2010 byla paní Anna zcela samostatná. Žila v rodinném domě se svou mladší dcerou a její rodinou, pomáhala s chodem domácnosti a výchovou dětí. V roce 2010 byla hospitalizována s akutním zánětem žlučníku a žlučových cest. Následně pak byla podrobena chirurgickému zákroku, který pro ni znamenal psychickou zátěž a odstartoval řadu dalších zdravotních obtíží. V průběhu hospitalizace začala být paní Anna apatická, přestala komunikovat, samostatně jíst, zvládat osobní hygienu, nepoznávala rodinné příslušníky, přestala být orientovaná v místě, čase i prostoru, trpěla halucinacemi a nakonec se přestala pohybovat. Byla převezena do léčebny pro dlouhodobě nemocné a uvažovalo se o převezení na psychiatrické oddělení. Na žádost rodiny byla paní Anna převezena na geriatrické oddělení, kde byla podrobena řadě odborných vyšetření. Byla ji diagnostikována těžká hypothyreóza a počínající Alzheimerova choroba.

V dětství a průběhu života nebyla paní Anna vážně nemocná, ale v dospělosti začala trpět nadváhou. Měřila 160 cm a vážila kolem 80 kg. Zdravotní problémy nastaly až v 68 letech, kdy onemocněla diabetem II. stupně a vysokým krevním tlakem. Do této doby neměla žádná závažná onemocnění a několik let ani nenavštívila svého obvodního lékaře. Po diagnostikování diabetu a hypertenze byla paní Anna až do hospitalizace léčena ambulantně u interního lékaře v místě bydliště.



### **Osobní charakteristika**

Paní Anna je od 49 let vdova, manžel zemřel na infarkt myokardu. Vychovala dvě dcery. Obě jsou již vdané. Žije spolu s mladší z nich v rodném domě, který s manželem přestavěli. Celý život pracovala v zemědělství. Nejdříve v menším hospodářství rodičů a později až do důchodu v zemědělském družstvu jako ošetřovatelka zvířat. Po smrti manžela žila pro své dcery a vnoučata. Má jednoho pravnuka, kterého má moc ráda a často o něm mluví. Pamatovala si na něho i v době, kdy trpěla těžkými depresemi a kdy již své dcery nepoznávala. Celý život prožila na vesnici a byla zde spokojena. Měla tu práci a kamarádky, se kterými vyrostla i zestárla. Má ráda lidi, kteří zde žijí, pěstuje květiny a raduje se z každého výpěstku. Vždy chovala drobné domácí zvířectvo a bez slepic, kočky a psa, by si život nedovedla přestavit. Má mírnou a trpělivou povahu. Ráda se dívá na televizi, poslouchá rádio nebo čte, nejraději pověsti a pohádky.

### **Rodinná anamnéza**

Paní Anna pochází z manželství se smíšenými dětmi, narodila se jako první dítě rodičům, kde tatínek-vdovec přivedl do manželství čtyři děti. Celkem bylo v rodině sedm dětí. Tatínek byl zdravý, silný muž, pracoval v lese. Zemřel tragicky na následky dopravní nehody – těžkého úrazu hlavy. Maminka byla cca ve 40 letech léčena na otevřenou tuberkulózu, žila s ní v domácnosti a pomáhala s výchovou dvou dcer. Zemřela v 76 letech na srdeční selhání a nikdy nevážila více než 50 kg. Nejmladší bratr zemřel v 16 letech tragicky. Ostatní sourozenci zemřeli na selhání srdce v pokročilém věku cca 75-80 let. Nejstarší nevlastní bratr zemřel na onkologické onemocnění krvinek. Nejmladší bratr 78 let dosud žije.

### **Další průběh nemoci**

V průběhu hospitalizace v roce 2010 byla paní Anně nastavena nová medikace. Léčí se na ischemickou chorobu srdeční, diabetes melitus, hypotyreózu a Alzheimerovu chorobu. Bydlení ji bylo přizpůsobeno tak, aby ze svého pokoje měla blízko na toaletu i do koupelny, která byla vybavena sprchovým koutem pro usnadnění osobní hygieny. Již si není schopna sama uvařit jídlo a samostatně si vzít léky. Krátkodobá paměť je slabá. Péči o domácnost samostatně také nezvládá. Tu zajišťují ostatní členové rodiny. Paní Anna je schopna provádět drobné práce např. oškrábat brambory nebo zeleninu. Hůře se pohybuje. Když se má čeho přidršet chodí bez opory. Na delší pochůzky chodí s hůlkou. Osobní hygienu a oblékání zvládá s pomocí. Toaletu zvládá samostatně, někdy se však stane, že nedorazí dostatečně včas. Ve svém pokoji má přenosnou toaletu. Používá

hygienické kalhoty pro únik moči. Vzhledem k tomu, že jí chůze dělá problémy, pohybuje se většinou jen v domě a ven chodí na dvorek nebo zahradu, až když přijde domů někdo z rodiny. Stává se, že ztratí orientaci a ptá se, kde je.

### **Současný zdravotní stav**

Paní Anna se léčí na ischemickou chorobu srdeční, s diabetem melitus, hypothyreózou a Alzheimerovu chorobu. Její stav je stabilizovaný. Je klidná, spolupracuje a vyjadřuje spokojenost. Má ráda jídlo, proto se musí občas hlídat, protože její žlučník nesnese velké zátěže. Potřebuje pomoci s oblékáním a ranní a večerní hygienou. Není schopna si sama vzít léky. Připravené jídlo si sama sní. Starost jí dělá horšící se zrak. Při poslední návštěvě u očního lékaře jí byla navržena operace šedého zákalu.

Medikace dle poskytnuté zdravotní zprávy:

Siofor 1000	1-0-1
Anopyrin 100 mg p.o.tbl.	1-0-0
Egilog 25 mg p.o.tbl.	0,5-0-0
Lanzul 30 mg p.o.tbl.	1-0-0
Prestarium Neo 5 mg p.o.tbl.	1-0-0
Euthyrox 100 mg p.o.tbl.	1-0-0
Exelon 6 mg 1-01	1-0-0
Ebixa	1-0-0

### **Závěr**

Klientka má v rodině velkou oporu. Alzheimerova choroba, je zatím úspěšně stabilizována nastavenou léčbou medikamenty. Využívá pečovatelských služeb Charity, pracovníce jí pomáhají s ranní hygienou, oblékáním, přípravou snídaně a dohlédnou na užití léků. V poledne využívá služby donášky oběda. Klientka má přiznaný příspěvek na péči ve výši 4400 Kč. Část služeb hradí z tohoto příspěvku. Odpoledne se vrací členové rodiny domů a zajišťují péči vlastními silami. Rodina se v době své nepřítomnosti snaží zajistit pro paní Annu společnost lidí, kteří k ní docházejí. Zastavují se na návštěvu i sousedé, se kterými se stýkala před nemocí. Členové rodiny se snaží pro ni vytvořit bezpečné domácí prostředí a zároveň nenásilně zajišťovat kontrolu nad tím, aby si vzala léky, měla pravidelný příjem potravy a tekutin, což je důležité pro léčbu diabetu, zároveň minimalizují případné hrozící úrazy a zajišťují kontrolu nad osobní hygienou. Využívá také služeb zdravotní služby Charity. Pracovníce provádějí odběry v domácím prostředí.

Cesty k lékaři jsou pro ni vyčerpávající fyzicky i psychicky. Na odborná vyšetření ji vozí a doprovázejí rodinní příslušníci, nejčastěji dcera. O umístění do zařízení se zvláštním režimem vůbec neuvažují, protože paní Anna je velmi vázaná na místo, ve kterém se narodila a kde má své nejbližší. Vždy žila jen pro rodinu a ta se ji nyní snaží za její péči vytvořit co nejlepší podmínky k tomu, aby mohla zůstat v domácím prostředí. Za pomoci služeb je paní Anna schopna zůstat ve svém přirozeném domácím prostředí, obklopena lidmi, které zná, které má ráda a kteří pro ni představují jistotu a bezpečí. Pracovnice poskytující pečovatelské služby doporučily, zda by paní Anna nechtěla zkusit využít služeb denního centra Charity, které poskytuje služby i klientům s Alzheimerovou chorobou. Zapojení do dalších společenských aktivit by bylo pro paní Annu vhodné. Paní Anna s návrhem souhlasila a jedenkrát týdně zkusí navštěvovat denní stacionář ve vzdáleném městě. Do denního centra bude paní Annu vozit organizace, která centrum provozuje. V rámci poskytovaných služeb zajišťují svoz klientů do zařízení i odpolední rozvoz domů.

## **Případová studie č. 2**

Klientka Jaroslava

Věk: 78 let

rodinný stav: vdova

materiální zajištění: starobní důchod

### **Osobní anamnéza**

Paní Jaroslavě byla ve věku 73 let diagnostikována Alzheimerova choroba. Do této doby nebyla nijak vážně nemocná a byla velmi vitální. V 72 letech po pádu z kola utrpěla zlomeninu pravé horní končetiny a musela být hospitalizována. Zlomenina byla operativně ošetřena. Po prodělaném operativním zákroku začala mít paní Jaroslava problémy s orientací. Nevěděla, kde se nachází, začala být apatická až depresivní. Přidaly se problémy s vysokým krevním tlakem a objevily se otoky na dolních končetinách. Zhoršení zdravotního stavu bylo zdůvodňováno jako reakce na aplikaci narkózy při chirurgickém zákroku. Následně byla paní Jaroslava podrobena řadě vyšetření a byl jí diagnostikován střední stupeň Alzheimerovy choroby. Byla jí nastavena medikamentózní léčba. Zároveň se ambulantně léčí na vysoký krevní tlak a zvýšený cholesterol. V současné době již nezvládá péči o domácnost a potřebuje pomoci s některými samoobslužnými činnostmi, zejména potřebuje dohled nad užíváním léků a příjmem tekutin.

## **Osobní charakteristika**

Paní Jaroslava se narodila v roce 1940. Společně s rodiči, bratrem a sestrou žila na rodném statku na vesnici. Oba rodiče byli statkáři, později pracovali v družstvu. Po ukončení základní školy pracovala jako dělnice v továrně na výrobu obuvi. Zde se poznala se svým budoucím manželem. Z manželství se narodili dcera a syn. Paní Jaroslava brzy ovdověla, manžel zemřel velmi mlád na následky úrazu hlavy při dopravní nehodě. Jejich děti žijí v nedalekém městě a pravidelně ji navštěvují. Dříve si veškeré úkony spojené s údržbou domu a chodem domácnosti byla schopna obstarat sama. Paní Jaroslava je mírné, klidné a nekonfliktní povahy. V pracovním kolektivu bývala oblíbená. Ráda pekla a vařila a vždy se snažila udržovat dobré rodinné vztahy.

## **Rodinná anamnéza**

Paní Jaroslava se narodila jako nejstarší ze tří sourozenců. Zvláště pěkný vťah má s mladší sestrou. Když paní Jaroslava onemocněla Alzheimerovou chorobou, přistěhovala se k ní na rodný statek. Otec zemřel v 80 letech na infarkt myokardu a matce zůstala po mozkové příhodě částečně ochrnutá levá horní končetina a hůře mluvila. Zemřela v 78 letech. O oba rodiče se paní Jaroslava spolu se sestrou staraly až do jejich smrti. Bratr i mladší sestra se léčí s diabetem II. stupně a vysokým krevním tlakem.

## **Průběh onemocnění**

Před 4 lety se u klientky začaly projevovat první příznaky Alzheimerovy choroby. Byla jí nastavena medikamentózní léčba a zdravotní stav se stabilizoval. Již není schopna samostatně vykonávat všechny činnosti spojené s péčí o domácnost i o svoji osobu, proto se k ní přestěhovala mladší sestra. Společně s dětmi paní Jaroslavy a pracovníky Charity zajišťují péči. Syn a dcera se střídají o víkendech, aby si sestra paní Jaroslavy mohla odpočinout. Zajišťují péči o domácnost a o prádlo. V pracovních dnech využívají služeb Charity. Pracovnice pomáhají s ranní hygienou a s oblékáním. Někdy zajistí nákup nebo doprovodí paní Jaroslavu k lékaři. Dvakrát v týdnu dojíždí do denního stacionáře do vzdálenějšího města. Stacionář navštěvuje paní Jaroslava ráda a snaží se zapojovat do aktivit, které jsou pro klienty připravovány. V poledne ve dnech, kdy není ve stacionáři, dovážejí pracovníci Charity obědy pro obě sestry. Dohled nad léky, příjem tekutin a přípravu jednoduchých jídel zajišťuje sestra. Paní Jaroslava již plně nezvládá péči o vlastní osobu, je nutné ji upozornit na hygienu, na převlečení se do čistého prádla. Sociální zařízení v rodném domku bylo proto výrazně označeno obrázky pro snazší

orientaci. Sama již nezvládne plně hospodařit s penězi. Paní Jaroslava je mírné, klidné povahy, soužití se sestrou zvládá dobře.

### **Závěr**

Rodinní příslušníci velmi dobře organizují péči o paní Jaroslavu. Pečují o ni sami a zároveň využívají služeb denního stacionáře i služeb pečovatelských. Financování obou služeb Charity je pokryto částečně z příspěvku na péči, který byl klientce přiznán a zbývající část je hrazena ze starobního důchodu, který pobírá. Pečovatelé z rodiny se snaží, aby i jim zbyl volný čas pro svoje aktivity, aby péče nezůstala jen na jedné osobě. Zdravotní stav klientky se díky nastavené léčbě stabilizoval, a s pomocí nastavených služeb je schopná zůstat ve svém přirozeném prostředí. Pečovatelé z řad rodiny se snaží získávat informace o tom, jak usnadnit Jaroslavě pobyt doma. Viditelně označili dveře koupelny i toalety, aby se dobře orientovala. Velkou oporou je její sestra, která se k paní Jaroslavě přestěhovala. Pomáhá jí s finančními záležitostmi i zajišťuje dohled nebo i pomoc s péčí o vlastní osobu. Jednou týdně navštěvuje paní Jaroslava denní stacionář. O umístění do zařízení se zvláštním režimem rodina neuvažuje. Domnívají se, že za pomoci pečovatelských příp. i zdravotnických služeb bude moci paní Jaroslava zůstat ve svém přirozeném prostředí, se kterým je pevně spjata.

### **Případová studie č. 3**

Klient Josef

Věk: 80 let

materiální zajištění: starobní důchod

rodinný stav: ženatý

#### **Osobní anamnéza**

Pan Josef nebyl v průběhu života nijak vážně nemocný. V 60 letech se začal léčit s vysokým krevním tlakem a cholesterolem. Několik let byl jeho zdravotní stav stabilizovaný, ale pak se začaly objevovat problémy s bolestí kyčelního kloubu, které panu Josefovi znesnadňovaly pohyb. Zhruba v 75 letech začal mít problémy s pamětí a neustále něco hledal. Zprvu tomu nikdo z rodiny nevěnoval velkou pozornost, protože to považovali za projev stárnutí. Problémy s chůzí se stále horšily, proto byla v roce 2016 panu Josefovi provedena výměna kyčelního kloubu. V průběhu hospitalizace a následné rehabilitace se panu Josefovi značně zhoršila paměť a začal mít problémy s orientací. V průběhu

hospitalizace mu byla provedena vyšetření, která prokázala střední stupeň Alzheimerovy choroby.

### **Osobní charakteristika**

Pan Josef se narodil v roce 1938 na Slovensku. V 10 letech se s rodiči a dvěma sourozenci přestěhoval do Čech. Otec pracoval jako zedník a matka se starala o děti. Po základní škole začal pan Josef pracovat v zemědělství stejně jako většina členů rodiny. V 19 letech se oženil a začal pracovat v továrně. S manželkou se přestěhovali do menšího města a zrekonstruovali si svépomocí rodinný domek, ve kterém žijí doposud. Pan Josef rád pracoval na zahradě, kde pěstoval zeleninu a krmivo pro zvířata, která choval. Byl považován za odborníka na chov králíků, za což získal celou řadu ocenění. S manželkou měli spokojené manželství, ze kterého se narodily dvě dcery. Rodina vždy držela při sobě a jednotliví členové mají mezi sebou pěkné vztahy.

### **Rodinná anamnéza**

Pan Josef se narodil jako druhé dítě. Oba sourozenci již nežijí. Starší bratr zemřel na infarkt myokardu v 79 letech. Mladší sestra zemřela po mozkové cévní příhodě v 70 letech. Matka zemřela v 75 letech také po mozkové příhodě. Pan Josef si po smrti matky přestěhoval k sobě svého otce, protože se mu velmi horšil zrak. Otec zemřel v 80 letech na srdeční selhání a byl téměř slepý. S manželkou se o otce starali až do jeho smrti. Pan Josef se musel během života vyrovnat i se smrtí starší dcery, která zemřela v 51 letech na následky karcinomu prsu.

### **Průběh nemoci**

Ve věku 75 let se u klienta začaly projevovat první příznaky Alzheimerovy choroby. Jednalo se o mírné výpadky paměti, vyprávěl příhody, které vypadaly důvěryhodně. Rodina z počátku tyto projevy přisuzovala stáří. Až po čase, když vyprávěl v pozměněné formě příběhy či situace, které byly dobře známé i rodině, si povšimli, že není něco v pořádku. V 78 letech byla panu Josefovi diagnostikována Alzheimerova choroba ve středním stádiu. Od té doby dochází na pravidelné kontroly na oddělení geriatrie do poradny pro pacienty s Alzheimerovou chorobou. Vedle Alzheimerovy choroby se léčí na vysoký krevní tlak a cholesterol. Má problémy s pohybovým aparátem, trpí bolestmi kloubů a špatně se mu chodí. I přesto pan Josef často odchází na ulici a hledá někoho ze Slovenska. U pana Josefa se projevují výkyvy nálad a občas i zlost. Dříve býval mírné, klidné povahy. Péči o pana Josefa zajišťují rodinní příslušníci, zejména manželka,

vnuk a jeho rodina. Využívají pečovatelské služby Charity. O umístění do zařízení se zvláštním režimem neuvažují. Vnuk uvádí, že je to poslední možnost, jak dědovi a babičce může rodina vrátit veškerou péči a lásku, kterou jim celý život dávali.

### **Závěr**

Pan Josef zůstává ve svém přirozeném prostředí. Rodina o umístění do zařízení se zvláštním režimem neuvažuje. Začala využívat pečovatelských služeb Charity. Pracovníci pomáhají s hygienou a oblékáním. Zajišťují i některé drobné pochůzky. V průběhu dne zajišťuje péči manželka. S péčí o domácnost pomáhá manželka vnuka. Když se stane, že pan Josef v nestřežené chvíli odejde, přivedou ho sousedé, kteří situaci v rodině znají anebo ho odcházejí hledat rodinní příslušníci. Nikam daleko sice již nedojde, problém ale spočívá v tom, že se pan Josef nedokáže sám navrátit domů. Večer pracovníci Charity pomáhají s večerní hygienou. Za pomoci pečovatelských služeb Charity se daří náročnou péči o pana Josefa zajistit. Služby jsou hrazeny z příspěvku na péči, který má pan Josef přiznaný ve výši 4400 Kč.

## **Případová studie č. 4**

Klientka Věra

Věk: 73 let

Materiální zajištění: starobní důchod

Rodinný stav: rozvedená

### **Osobní anamnéza**

Paní Věra onemocněla Alzheimerovou chorobou ve svých 70 letech. Od narození dcery trpí obezitou. V 65 letech jí byl diagnostikován diabetes II. stupně, vysoký krevní tlak, má otoky dolních končetin, které ji omezují v chůzi. Několikrát byla hospitalizována pro vysoký krevní tlak a vysoké hodnoty diabetu. Při poslední hospitalizaci v roce 2015 jí byla diagnostikována i Alzheimerova choroba. Měla problémy s orientací a výrazné poruchy paměti, proto byla podrobena vyšetřením, která potvrdila počínající Alzheimerovu chorobu. Paní Věře byla nastavena léčba a nyní dochází na geriatrické oddělení do poradny pro Alzheimerovu chorobu. Nemoc je poměrně dobře zvládána.

### **Osobní charakteristika**

Paní Věra se narodila na Jižní Moravě. Žila se svými rodiči a dvěma sourozenci na venkově. Ve své rodné obci strávila velkou část života. Po ukončení základní školy pracovala na statku. Začala pracovat již od 15 let v zemědělství, ve vinařství. Zůstala oboru

věrná až do odchodu do starobního důchodu. Měla práci ráda, proto i v době kdy již byla v důchodu, jezdila vypomáhat do JZD. V zemědělství potkala svého budoucího manžela, který později pracoval u veřejné bezpečnosti. Z manželství se narodila jediná dcera. Po deseti letech se manželství rozpadlo. Po zbytek života zůstala paní Věra sama. Jezdila na kole, chodila do lesa, ráda plavala. Měla přehled o dění ve světě, četla noviny, zajímala se o politiku. Vždy byla mírné povahy, byla oblíbena a ochotná pomáhat. V roce 2016 se rozhodla, že dům prodá a odejde k dceři, která se provdala do Čech. Dcera žije v domku na vesnici spolu s manželem a třemi syny.

### **Rodinná anamnéza**

Matka zemřela v 78 letech po cévní mozkové příhodě. Otec zemřel na následky úrazu při práci na statku v 68 letech. Mladší sestra zemřela v 63 letech na karcinom prsu. Bratr zemřel v 79 letech na infarkt myokardu. Léčil se na vysoký krevní tlak a zvýšený cholesterol.

### **Průběh nemoci**

Paní Věra měla drobné výpadky paměti již před diagnostikováním Alzheimerovy choroby. Považovala to za projev stárnutí. Více ji sužovaly otoky nohou, ale pomáhala jí jízda na kole a plavání. Dříve chodila ráda do lesa, ale když začaly problémy s otoky končetin, začala více číst, luštit křížovky, sledovat televizi a poslouchat rádio. Občas se jí stalo, že si nemohla vzpomenout na jméno osoby, kterou potkala anebo hledala, kam si založila peníze. Považovala to za projev stárnutí. Několikrát byla hospitalizována pro vysoký krevní tlak a vysoké hodnoty diabetu. Při poslední hospitalizaci se přidaly problémy s orientací. Nebyla schopná si uvědomit, kde je. Vyšetření potvrdily počínající Alzheimerovu chorobu. Paní Věře byla nastavena medikamentózní léčba. Povaha paní Věry zůstala nezměněna. I nadále je mírná a klidná, neobjevují se u ní žádné projevy agresivity ani zlosti. Po vzájemné dohodě s dcerou se rozhodla prodat domek a přestěhovat se za její rodinou. Dcera již několik let podniká, proto se musela naučit svůj čas organizovat mezi práci a rodinu. Nyní sem zahrnula i péči o matku. Paní Věra dvakrát v týdnu navštěvuje denní stacionář pro klienty s Alzheimerovou chorobou. Organizace zajišťuje i ranní svozy a odpolední rozvozy klientů. Paní Věra této služby využívá, aby rodinní pečovatelé mohli v klidu odejít do zaměstnání. Ve dnech, kdy zůstává doma, zabezpečují matku pracovnice Charity. Ráno se o matku postará sama, dohlédne na užití léků a odchází během dopoledne. Polední jídlo a dohled na užití léků zajišťují pracovnice Charity. Po skončení výuky se vrací ze školy mladší syn, který chodí do osmé třídy.



Na babičku dohlédne a udělají si spolu svačinu. Odpoledne se vrací ze zaměstnání manžel a přebírá dohled. V případě, že se objeví problémy s otoky dolních končetin nebo defekty na kůži, využívají i zdravotní služby Charity. Pobyt v denním stacionáři, doprava a dovoz obědů jsou hrazeny z příspěvku na péči a starobního důchodu paní Věry.

### **Závěr**

Alzheimerova choroba je u paní Věry stabilizovaná. Rodinní příslušníci se zapojili do péče a zároveň využívají sociální služby. Paní Věře byl přiznán příspěvek na péči ve výši 800 Kč a je využíván na nákup pečovatelských služeb a pobyt v denním stacionáři pro klienty s Alzheimerovou chorobou. V případě zdravotních problémů využívají také zdravotní služby, které jsou poskytovány bezúplatně. Pracovnice zdravotních služeb chodí dělat domů odběry nebo ošetřují kožní defekty na dolních končetinách. Příchodem nového člena se zaběhnutý řád a organizace rodiny změnil. V rodinném domě nebyla volná místnost, proto se obývací pokoj změnil na pokoj paní Věry. Jako společenskou místnost rodinní příslušníci dnes užívají velkou kuchyň s jídelním koutem, kterou dovybavili pohovkou a televizí. Dočasné omezení soukromí jim nijak výrazně nevadí. Problémem bývá ráno s používáním sociálního zařízení. Toto plánují vyřešit v započaté přístavbě. O umístění babičky do zařízení se zvláštním režimem neuvažují. Za současných podmínek a s pomocí nastavených služeb je paní Věra schopna zůstat v rodinném prostředí, kde se cítí dobře.

### **Případová studie č. 5**

Klient Václav

Věk: 89 let

Materiální zajištění: starobní důchod

Rodinný stav: ženatý

#### **Osobní anamnéza**

Pan Václav je vysoké štíhlé postavy a nikdy nekouřil. Vedl poměrně aktivní způsob života. Hodně jezdil na kole a později ho učarovalo kutilství a práce na zahradě. V této souvislosti si přivodil několik úrazů. Komplikovanou zlomeninu dolní končetiny, několik řezných a tržných ran, které musely být chirurgicky ošetřeny. V 65 letech se u pana Václava začaly objevovat problémy s vysokým krevním tlakem a urologické problémy. V rámci farmakoterapie mu byla nastavena léčba a dochází do kardiologické a urologické ambulance na pravidelné kontroly. V 75 letech byl hospitalizován s vysokým krevním

tlakem a lehkým infarktem. V roce 2010 byl pan Václav opakovaně hospitalizován pro vysoký krevní tlak. Měl problémy s orientací, nevěděl, kde se nachází. Provedená vyšetření prokázala počínající Alzheimerovu chorobu. Byla mu nastavena nová medikace a nyní dochází na oddělení geriatricke do ambulance pro léčbu Alzheimerovy choroby na pravidelné kontroly.

### **Osobní charakteristika**

Pan Václav vystudoval vysokou školu a pracoval ve školství. Práce s mládeží ho naplňovala, a ještě v důchodu chodil vypomáhat za dlouhodobě nepřítomné kolegy. Byl velmi pečlivý, přísný někdy až pedantský, ale spravedlivý. Studenti si ho za to vážili. Se svojí manželkou vychovali syna a dceru. Když pan Václav onemocněl, prodali byt ve městě a přestěhovali se za synem na vesnici.

### **Rodinná anamnéza**

Pan Václav bydlel se svými rodiči v Podkrkonoší. Otec i matka se dožili vysokého věku. Matka zemřela v 89 letech a otec v 90 letech. Nikdy nebyli vážně nemocní. Spíše řešili drobné úrazy. Tatínek pracoval v lese a maminka chodila od jara do podzimu také vypomáhat do lesa. Měl dva mladší bratry. Starší z nich zemřel tragicky při dopravní nehodě v 69 letech a nejmladší zemřel v 80 letech po prodělané mozkové cévní příhodě. Po otcově smrti si pan Václav s manželkou vzali k sobě matku a starali se o ní až do její smrti. V rodině měli dobré vztahy. Vzájemně se navštěvovali a vypomáhali si, když to někdo z nich potřeboval.

### **Průběh onemocnění**

Pan Václav se léčil s vysokým krevním tlakem a urologickými problémy. Po prodělaném lehkém infarktu se začaly objevovat první problémy s pamětí. Nejdříve si nemohl vybavit správná jména u osob, které dříve bezpečně poznával. Později si nemohl vzpomenout, kam si založil sbírky známek a tvrdil, že mu je asi někdo ukradl. V roce 2010 mu byla diagnostikována počínající Alzheimerova choroba. Byl v dobré fyzické kondici a pohyboval se bez jakýchkoliv zdravotních pomůcek. S manželkou se rozhodli, že se přestěhují za synem a jeho rodinou. Změna místa bydliště pro pana Václava znamenala velkou zátěž a začal odcházet z domu. Má velkou oporu ve své manželce a snad i proto nikdy nepobíhal venku bez oblečení nebo jinak nevhodně zvoleného a oblečeného ošacení. Poměrně rychle začal ztrácet fyzické síly. Manželka obvykle nedokázala zabránit tomu, aby nešel ven. Trval na svém a nedokázal mu to vymluvit ani syn. Několikrát se stalo,

že se pak pan Václav nedokázal vrátit domů. Několikrát ho přivedla domů sousedka, která situaci v rodině zná. Zdravotní stav pana Václava se zhoršil, proto byl krátce hospitalizován. Byla mu provedena revize léků a nastavena nová medikace. Celkový zdravotní stav se mírně zlepšil. Krátce odpovídá na dotazy, pomalu se nají a s oporou se pohybuje po pokoji. Ven chodí jen s doprovodem a používá hůlku. Používá hygienické pomůcky, protože občas nedokáže dojít včas na toaletu. V synovi má velkou oporu, a domácnosti dojíždí pomáhat i dcera. Dříve využívali více zdravotnických služeb, zejména když potřebovali zajistit odběry krve. Všichni členové rodiny, kteří zajišťují péči, chodí do zaměstnání. Manželka pana Václava se také musela podrobit lékařskému výkonu, proto začali více využívat pečovatelských služeb. Ráno a večer dojíždějí pečovatelky a pomáhají s ranní a večerní hygienou. V průběhu dne zvládá péči manželka. Zapojují se i děti - čtrnáctiletý pravnuk a dvanáctiletá pravnučka. Pomáhají s drobnými nákupy nebo posekají trávník na zahradě. Rodina využila i služeb respitní péče, aby mohla manželka pana Václava odjet do lázní. Je po operaci očí a pomalu ztrácí zrak.

### **Závěr**

O pana Václava se starají rodinní příslušníci, zejména manželka. Manželka pana Václava péči zvládala velmi dobře, nyní se i u ní objevily zdravotní problémy a přes veškerou pomoc ostatních členů rodiny je pro ni péče stále více a více vyčerpávající. Rozhodli se proto začít pravidelně využívat pečovatelských služeb Charity. Manželka si pochvaluje, že si ráno může v klidu vypít čaj a má více času sama pro sebe. Oblíbila si i pracovnice, které služby poskytují. Je ráda, když je vidí přijíždět. Svoji přítomností, komunikativností poskytují nezanedbatelnou službu i manželce pana Václava. Za současných podmínek s nastavením pečovatelských služeb, které využívají i ve dnech pracovního volna, je možné, aby pan Václav zůstal ve svém přirozeném domácím prostředí. Služby jsou hrazeny z příspěvku na péči, který má pan Václav přiznán.

### **Případová studie č. 6**

Klientka Ludmila

Věk: 81 let

Materiální zajištění: starobní důchod

Rodinný stav: vdaná

### **Osobní anamnéza**

Paní Ludmila prodělala v dětském věku tuberkulózu. V produktivním věku netrpěla žádnými vážnými nemocemi. V důchodovém věku se začala léčit s vysokým krevním tlakem a byl jí diagnostikován glaukom. V letech 2005, 2008 a 2014 jí byl opakovaně operován melanom na tváři. V roce 2016 byla hospitalizována v nemocnici s akutní trombózou levé dolní končetiny, kterou zkomplikovala plicní embolie. Aktuálně uvedené nemoci nezpůsobují zdravotní obtíže, jsou léčeny a pravidelně kontrolovány odbornými lékaři. Alzheimerova nemoc byla u paní Ludmily diagnostikována v 76 letech. V současné době probíhá léčba ambulantně, pacientka dochází jednou za čtvrt roku do geriatrické poradny, kde je sledován průběh nemoci. Nemoc byla poměrně dobře zvládána nastavenými medikamenty v rámci farmakoterapie. Od poslední návštěvy došlo ke zhoršení kognitivních funkcí.

### **Osobní charakteristika**

Paní Ludmila se narodila v roce 1937. Rodiče se v roce 1939 přestěhovali do východních Čech, kde provozovali soukromý fotografický ateliér. Mezi rodiči byl devatenáctiletý věkový rozdíl. Maminka v jednatřiceti letech ovdověla a již se nikdy nevdala a jedinou dceru vychovala sama. Po ukončení gymnázia pracovala paní Ludmila v projektové kanceláři. Ve čtyřiaadvaceti letech se provdala, bylo jí nabídnuto místo vedoucí prodejny s knihami, kde spolu s manželem pracovala až do odchodu do důchodu. Manžel paní Ludmily byl od narození postižen oční vadou, zrak se mu postupně zhoršoval a ve třiceti letech byl již zcela nevidomý. V manželství se narodily tři děti: dvě dcery a syn, který je nejmladším členem rodiny. Paní Ludmila byla vždy energická a samostatná, stále něco organizovala, řídila auto, hodně četla, luštila křížovky, pravidelně jezdila s turisty na výlety a měla ráda procházky v přírodě. Manželé se v roce 2006 přestěhovali z města na venkov, kde žijí dosud. Rodiče jsou od bydliště svých dětí vzdáleni cca 25 km, s ohledem na handicap otce, musel vždy někdo z rodiny pravidelně dojíždět a matce pomáhat, zejména při údržbě domu a při péči o rozlehlou zahradu. V současné době zajišťuje péči o rodiče zejména mladší dcera, která s rodiči bydlí.

### **Rodinná anamnéza**

Tatínek paní Ludmily prodělal jako dítě úraz, což mělo za následek zastavení růstu a celoživotní následky v podobě hrbu a další související srdeční komplikace, které způsobily jeho předčasné úmrtí v roce 1946. Maminka paní Ludmily, žila až do svých 88 let sama a dokázala se o sebe plnohodnotně postarat. Rodině své dcery celý život

pomáhala. V průběhu života trpěla revmatoidní artritidou a v pětatřiceti letech jí byl operován nezhoubný nádor mozku. Ve stáří se u matky paní Ludmily začaly projevovat deprese, přestěhovala se k dceři, kde se cítila mezi blízkými bezpečně. Zemřela v 92 letech na zápal plic.

### **Průběh nemoci**

Paní Ludmila si zpočátku vůbec nepřipouštěla, že má zdravotní problémy. Občas se jí nevybavovala slova, především podstatná jména. Po nevýznamné autonehodě, kdy nabourala do plotu u domu, aniž by věděla, jak se tato událost přihodila, rodina již nechtěla, aby paní Ludmila řídila auto. Zařídili vyšetření u odborného lékaře, ten stanovil diagnózu - počínající Alzheimerova choroba. Paní Ludmile byla nastavena léčba medikamenty. Postupem času docházelo k častějším výpadkům paměti a orientace, přestávala umět hospodařit s financemi, měla problémy s oblékáním, zejména s vrstvením oblečení. Stále chtěla odcházet z domu. Měla lítostné a zlostné stavy a mezi manželi docházelo k hádkám. Později, i když si byla již vědoma svých změn v chování, nechtěla být závislá na péči druhých. Manžel, přesto že je nevidomý, také odmítal myšlenku, že nezvládají chod domácnosti a péči o sebe. I přes nesouhlas rodičů starší dcera zajistila pomoc pečovatelské služby Charity. Dovož obědů, dohled nad užíváním léků a pomoc při ranní hygieně. Starší dcera pravidelně v týdnu i o víkendech dojížděla s nákupy, pomáhala s hygienou, péčí o domácnost a zajišťovala dovoz k lékařům. Manžel zajišťoval pomoc údržbou domu a zahrady. Postupně bylo nutné řešit trvalou péči, a to i přes nesouhlas rodičů. Rodina se v názorech rozcházela. Mladší dcera chtěla, aby rodiče zůstali doma sami co nejdéle a nechtěla jim „zasahovat do soukromí“. Situace se zkomplikovala úrazem tatínka, který musel být operován z důvodu krvácení mezi mozkové pleny. Dva měsíce byl hospitalizován v nemocnici a následně byl umístěn jako ležící pacient na LDN. Lékaři s ohledem na stav pacienta a jeho hendikep konstatovali, že domácí péče není možná. Paní Ludmila byla v té době u starší dcery, která žije s manželem v dvoupokojovém bytě. Po úrazu otce zvažovala starší dcera z důvodu velkého pracovního vytížení a vlastních zdravotních problémů o umístění obou rodičů do domova se zvláštním režimem. Nejmladší syn s tímto postupem také souhlasil, neboť stav obou rodičů vyžadoval celodenní péči. Mladší dcera však nesouhlasila. Žije sama v bytě po rodičích, je rozvedená a má dvě dospělé děti. Po dohodě se sourozenci a zaměstnavatelem si zkrátila pracovní úvazek na tři dny v týdnu a přestěhovala se k rodičům. Přestěhování mladší dcery k rodičům výrazně prospělo ke zlepšení stavu obou rodičů. Mají pocit jistoty, tatínek je opět soběstačný,

má jen občasné výpadky paměti. Rodina využívá tři dny v týdnu služeb osobní asistence v době, kdy je dcera mimo domov. Ráno přijíždí asistentka, která dohlédne na užití léků, pomůže s oblečením a osobní hygienou a připravuje jídlo. Ve dnech kdy je dcera v práci, dováží pečovatelská služba obědy. Podle možnosti se snaží dělat různé aktivity. Poslouchají hudbu, čtou knihy nebo časopisy, dělají krátké procházky apod. Služby jsou hrazeny z příspěvku na péči, který byl paní Ludmile přiznán. Část příspěvku nahrazuje pečující dceři ušlou mzdu. Od poslední návštěvy v poradně se nemoc paní Ludmily zhoršila. Paní Ludmila se špatně orientuje, hůře se pohybuje, méně hovoří, je však klidnější, odezněly stavy lítosti a zlosti. Rodinné příslušníky do dnešního dne poznává.

### **Závěr**

V současné době žije paní Ludmila v rodinném domě s nemocným nevidomým manželem a s mladší dcerou, která se k rodičům dočasně přestěhovala a zajišťuje péči o rodiče. Ostatní rodinní příslušníci jsou do péče o paní Ludmilu zapojeni. Starší dcera jezdí o víkendech a v případě potřeby i v týdnu. Zajišťuje administrativu, úhrady služeb, vozí rodiče k lékařům, obstarává velké nákupy a spolu s manželem provádí úklid a údržbu domu a rozlehlé zahrady. Nejmladší syn podniká, převážnou dobu tráví služebně v zahraničí. Rodiče navštěvuje a podle možností se podílí na údržbě domu. Problémem rodinných pečovatelů je komunikace a názorová odlišnost na způsob péče. Organizování péče komplikuje i vzdálenost bydliště starší dcery, když je potřeba okamžitá pomoc. Rodinní pečovatelé si uvědomují, že domácí prostředí je pro oba rodiče důležité. I přes všechny neshody se stále snaží, aby rodiče mohli zůstat spolu, ve svém přirozeném prostředí domova. Nemoc paní Ludmily se postupně zhoršuje, ale s pomocí asistentky péči zvládají.

## **5.9. Analýza a interpretace dat**

V této části budou shrnuty důležité poznatky a postupy vlastního výzkumného šetření. Pro zmapování možností a mezí sociálních služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou, které nejsou umístěny v pobytovém zařízení, byly využity názory účastníků výzkumu z pohledu pracovníků v sociálních službách, pečujících rodinných příslušníků a také z pohledu uživatelů služeb. Celkem bylo uskutečněno 17 rozhovorů. Rozhovory byly převedeny do písemné formy a pro lepší orientaci v textech číselně označeny. Písemné texty jsem opakovaně pročítala a zaznamenávala jsem do tabulek důležité názory,

ke kterým jsem se snažila generovat kódy. Každý rozhovor byl zpracován ve dvou tabulkách. V první tabulce byly k jednotlivým pasážím rozhovoru přiřazeny kódy. V dalším kroku jsem se prostřednictvím kódů snažila hledat zastřešující témata a podtémata, z kterých následně vzešla výsledná témata. Uvedená data byla zpracována za pomoci excelové tabulky. Výhodou zaznamenání do tabulek bylo, že jsem mohla zpracovávaná data snadno přeformulovávat a pozměňovat. Výsledkem zpracování rozhovorů všech tří skupin respondentů je následné vymezení jednotlivých témat, která vyplynula ze získaných dat. Pro názornost uvádím ukázkou zpracování obou tabulek.

### Ukázka zpracování získaných dat

Na níže uvedeném příkladu je představen způsob zpracování získaných dat. Rozhovor je rozčleněn na významné úryvky a ke každému úryvku je přiřazen kód, který bude následně sloužit k rozlišení témat, které ze získaných dat vyplynuly.

**Tabulka č. 2- Ukázka přiřazení kódů**

		Úryvky	Kódy	Poznámka
1	4 4 5 5 6	„Už jenom to, že zůstanou ve svém přirozeném prostředí, je pro ně to nejlepší. Oni jsou takoví jiní než ti ostatní klienti. Jsou nějak křehčí a zranitelnější, to mi přijde takové nejvýstižnější přirovnání.“	Jinakost klientů s Alzheimerovou chorobou křehkost a zranitelnost	
2	6 7	„Když se něco málo změní, tak jsou úplně ztraceni a bývají ještě zmatenější než obvykle“	Reakce klientů s Alzheimerovou chorobou na změny zmatenost, zrazenost	
3	8 8	„Nás, jako pracovnice, většina z nich přijme bez problémů.“	Dobré přijímání cizích lidí	
4	8 9 9 10	„Rodinní příslušníci, bývají rádi za nějaké ty nové informace. To víte, shání informace, kde mohou. Taky si někdy potřebují postěžovat. Ono se to nezdá, ale i to je pro ně velmi důležité.“	Předávání informací, podpora rodinným pečovatelům	
5	11 11 12 12 13 14 15 15	„Víte, co nejvíc potřebují? Aby je někdo pochválil, za to, že to, co dělají, jak to dělají, že to dělají výborně, že je to nejlepší co mohou své mamince nebo tatínkovi dopřát. To je pro ně velmi povzbudivé. Pro ně je to, jakoby dostali nějaké mimořádné ocenění. Ani si to neuvědomujeme, ale oni pracují na čtyřadvacetihodinový úvazek.“	Pochvala domácích pečovatelů, odměna za jejich celodenní služby blízké osobě	
6	18 19 19 20 20 21 22	„Naše vedoucí s námi náhodně navštěvuje klienty a ptá se, jak jsou spokojeni, zda nepotřebují něco dalšího. Když některá z nás nečekaně vypadne, tak s námi chodí dělat některé úkony, které se dělají ve dvou např. koupání na lůžku. Zjišťuje si informace od klientů nebo rodinných příslušníků osobně a na	Kontrola poskytování pečovatelských služeb ze strany organizace a zjišťování potřeb	

	22	<i>místě.“</i>		
7	25 26 26 27 27 28 28 30 30 31	<i>„Musíme absolvovat každoročně povinná školení. Školení zaměřená na klienty s Alzheimerovou chorobou jsou zařazována hojně. Některé kolegyně reptají, že až moc často, ale vždycky se dozvíme něco nového. Třeba jen těch nových terapií, které se propagují.“ „Pak vás nezaskočí ani dotaz ohledně bazální stimulace, validace, reminiscenční nebo smyslovou terapii, kterou by někteří rodinní příslušníci rádi svým blízkým dopřáli.“</i>	Nové druhy terapií v léčbě Alzheimerovou chorobou	
8	28 29 29 30	<i>„To si nemyslete, oni si rodinní příslušníci informace shánějí a dneska internet ovládá skoro každý. Když nechcete vypadat jako blbec, tak se také musíte vzdělávat“</i>	Odborné vzdělávání zaměřené na klienty s Alzheimerovou chorobou	
9	31 32 33 34 35 36 37 37 38	<i>„Na to by bylo třeba více odborně proškolených lidí, aby mohla být poskytována tato odborná péče. Myslím, že se toto dalo spojit se zřízením denního centra nebo denního stacionáře, kde by se speciálně vyškolení pracovníci uplatnili a klienti by toto mohli využít. V naší lokalitě zatím denní centrum není. Nejbližší denní centrum je 30 km vzdálené, což na dopravu docela náročné. I tak máme klienty, kteří tam jezdí.“</i>	Odborně vyškolení pracovníci sociálních služeb, Potřeba denních center	
10	43 44 45 45	<i>„Víte my, jako terénní pracovníci nemůžeme být u klientů celý den. To si musí klienti objednat jiný druh služeb např. osobní asistenci. Ta je finančně náročnější.“</i>	Terénní služby, mají omezenou možnost v poskytování péče	
11	45 46 47 47 48 48 49	<i>„Když však umístíte klienta do rezidenčního zařízení, musíte to zaplatit také. Rozdíl je pouze v tom, jestli zvolíte soukromé zařízení, kde možná seženete místo dříve, protože je dražší nebo budete čekat, až se uvolní místo v nějakém zařízení zřízeném krajem, kde je to o něco levnější, ale musíte do pořádku.“</i>	Placené pobytové služby, státní nedostatek míst nebo soukromé finančně nákladnější	
12	50 51 51 52	<i>„Když už klienti postižení s Alzheimerovou chorobou nemohou zůstat doma sami, tak už také nemohou o sobě rozhodovat. Stejně je to na rodině, pro co se „za ně“ rozhodnou.“</i>	Rozhodnutí rodinných příslušníků o umístění do rezidenčního zařízení	
13	52 52 53	<i>„Když chtějí, aby jejich blízký zůstal doma, tak se třeba na služby i skládají. Zaplatí tu osobní asistenci a zapojují se do péče“</i>	Rodinní příslušníci se podílí na úhradě za sociální služby	
14	53 54 54 55 55 56 57 57 58 58	<i>„Lidé, kteří bydlí na vesnici, více zůstávají s klienty doma. Někdy riskují, že budou mít problém s nalezením nového zaměstnání, ale jdou do toho. Chtějí, aby jejich blízký dožil důstojně a ve svém. Oni lidé na vesnici mají takový větší vztah k tomu majetku. Oni si ty domy často postavili vlastníma rukama nebo je to rodinný majetek. Však nám to rádi a často (smích) vyprávějí. Nechtějí opouštět svůj domov“.</i>	Vztah k rodinnému majetku, který si lidé sami vybudovali ovlivňuje rozhodování	
15	60 60	<i>„A ještě bych dodala, že v některých případech se jedná o nepsanou povinnost, dosloužit“</i>	Respektovaná tradice v rodině, pečovat	



61	61	<i>rodičům. Mají to za samozřejmou věc, která se traduje z jedné generace na druhou.</i> “	o své rodiče	
----	----	--	--------------	--

Zdroj: vlastní šetření

**Tabulka 3 – Ukázka definování podtémat a témat**

Kódy	Podtémata	Témata
Jinakost klientů s Alzheimerovou chorobou křehkost a zranitelnost	Citová křehkost a zranitelnost	Individualita klienta s Alzheimerovou chorobou
Reakce klientů s Alzheimerovou chorobou na změny, zmatenost, ztracenost	Chování a reakce osob na změny	Individualita klienta s Alzheimerovou chorobou
Dobré přijímání cizích lidí	Přijímání pečujících	Individualita klienta s Alzheimerovou chorobou
Předávání informací, podpora rodinným pečovatelům	Informace pro domácí pečovatele	Přístupy pracovníků poskytující sociální služby
Pochvala domácích pečovatelů, odměna za jejich celodenní služby blízké osobě	Ocenění domácích pečovatelů	Vlivy motivace domácích pečovatelů
Kontrola poskytování pečovatelských služeb ze strany organizace a zjišťování potřeb	Kontrola a zpětná vazby	Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Nové druhy terapií v léčbě Alzheimerovou chorobou	Nové trendy v léčbě a terapiích pro osoby s Alzheimerovou chorobou	Individualita v přístupu pracovníků poskytujících sociální služby
Odborné vzdělávání zaměřené na klienty s Alzheimerovou chorobou	Potřeba dalšího vzdělávání pracovníků, orientace v novinkách	Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Odborně vyškolení pracovníci sociálních služeb, Potřeba denních center	Specializace pracovníků sociálních služeb	Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Terénní služby, mají omezenou možnost v poskytování péče	Omezenost terénních služeb	Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Placené pobytové služby, státní nedostatek míst nebo soukromé finančně nákladnější	Státní x soukromé	Problémy plynoucí ze stávajících systémů
Rozhodnutí rodinných příslušníků o umístění do rezidenčního zařízení	Spolupodílení se na rozhodování s osobou postiženou Alzheimerovou chorobou	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Rodinní příslušníci se podílí	Doplácení služeb	Finanční dostupnost

na úhradě za sociální služby		sociálních služeb
Vztah k rodinnému majetku, který si sami vybudovali, ovlivňuje rozhodování	Vztah k rodinným hodnotám	Motivace rodinných pečovatelů
Vzor v rodině, pečovat o své rodiče	Tradice v rodině	Motivace rodinných pečovatelů

Zdroj: vlastní šetření

Stejným způsobem byly zpracovány i názory pečujících rodinných příslušníků. Obdobně byly vyhodnoceny i rozhovory uživatelů sociálních služeb. Stádium onemocnění Alzheimerovou chorobou ovlivňuje i komunikační schopnosti osob. Z rozhovorů s některými respondenty této skupiny, byla postupující choroba patrná a některé odpovědi byly proto velmi jednoduché. Z analyzovaných dat byla generována jednotlivá témata zkoumané problematiky. Přepisy rozhovorů jsou v přílohách I – XVII (strany 1 – 35) a zpracované rozhovory jsou součástí příloh XVIII – LI (strany 36 – 94)

## 5.10. Shrnutí výzkumného šetření

Cílem empirické části bylo vymezit, jaké jsou možnosti a meze sociálních služeb poskytovaných v domácím prostředí seniorům postiženým Alzheimerovou chorobou, z pohledu rodinných příslušníků. Z tohoto cíle byla vymezena nejen základní výzkumná otázka, ale také dílčí výzkumné otázky. I přesto, že jsem zjišťovala názor z pohledu pečujících rodinných příslušníků, byl provádět rozhovor nejen s nimi, ale také s pracovníky v sociálních službách a samotnými osobami postiženými Alzheimerovou chorobou. Smyslem bylo zajistit komplexní dostupná data v podobě relevantních názorů a postojů na kvalitu sociálních služeb. Data ze všech tří okruhů participantů výzkumu byla zjišťována prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které byly dle potřeby modifikovány. Vzhledem k tomu, že rozhovory poskytly velké množství dat, byla data rozdělena do jednotlivých kódů, aby je bylo možné dále zpracovávat. Účelem bylo vytvořit systém pro získání potřebných informací pro splnění výzkumného cíle a získání odpovědí na výzkumné otázky.

Vzhledem k poměrně velkému množství dat bylo stanoveno celkem 15 témat, která ze získaných údajů vyplynula. Tato témata jsou zpracována v následující tabulce č. 4.

**Tabulka č. 4 – Výsledná témata zahrnující všechny tři participující složky – rodinu, pracovníky i osoby trpící Alzheimerovou chorobou**

Témata	Získané údaje – shrnutí
<p><b>Přijímání péče osobami s Alzheimerovou chorobou v přirozeném prostředí</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• důvěra v rodinné příslušníky</li> <li>• zajištění spokojenosti blízké osoby</li> <li>• ocenění poskytované péče rodinou ze strany blízké osoby</li> <li>• uvědomění si vlastní nemohoucnosti a závislosti na druhých</li> <li>• přijímání cizích lidí (pracovníků sociálních služeb) osobami s Alzheimerovou chorobou</li> <li>• umístění do rezidenčního zařízení jako vhodné řešení</li> </ul>
<p><b>Limity poskytovatelů služeb očima rodinných pečovatelů</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• denní stacionář a jeho služby – vzdálenost dojíždění do stacionáře</li> <li>• specializace pracovníků sociálních služeb</li> <li>• projevy nemoci vyžadující dvaceti čtyř hodinovou péči</li> </ul>
<p><b>Omezující a zatěžující aspekty rodinných pečovatelů</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• působení psychické zátěže pečovatelů</li> <li>• ztráta soukromí negativum poskytovaných služeb</li> <li>• četnost chorob osob s Alzheimerovou chorobou</li> <li>• psychická zátěž z postupného úpadku osobnosti blízkého</li> <li>• potřeba klíčového pracovníka?</li> </ul>
<p><b>Vlivy motivace domácích pečovatelů</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vliv rodinných zvyklostí a zažitých vzorců na motivaci</li> <li>• odhodlanost pečovatele – svědomí</li> <li>• odmítání rezidenčního zařízení blízkými</li> <li>• empatie – ovlivňující faktor při rozhodování o způsobu péče</li> <li>• obava blízké osoby z pobytu v rezidenčním zařízení</li> <li>• přirozené prostředí pozitivní vliv na vývoj choroby</li> <li>• ocenění domácích pečovatelů</li> <li>• vztah k rodinným hodnotám</li> </ul>
<p><b>Přístupy pracovníků poskytující sociální služby</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• poskytování informací speciálně pro klienty s Alzheimerovou chorobou a jejich pečovatele</li> <li>• individuální plán pro klienta</li> <li>• vliv dalšího vzdělávání pracovníků na poskytování služeb</li> <li>• neprofesionální přístup pracovníků</li> <li>• nové trendy v léčbě a terapiích pro osoby s Alzheimerovou chorobou</li> </ul>

<p><b>Náměty na rozšíření služeb z pohledu domácích pečovatelů</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• požadavky na cvičení</li> <li>• potřeba sousedské a dobrovolnické pomoci</li> <li>• požadavky na cvičební a rehabilitační služby</li> <li>• denní centra blíže bydliště pro menší počet klientů</li> </ul>
<p><b>Proměna fungování rodin pečujících rodinných příslušníků</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zapojování ostatních členů rodiny</li> <li>• změna v zaběhnutých režimech</li> <li>• přestěhování blízké osoby s Alzheimerovou chorobou do vlastní rodiny</li> </ul>
<p><b>Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných sociálních služeb</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• rychlost poskytovatelů na požadavky a potřeby klientů</li> <li>• pružnost poskytovatelů na požadavky a potřeby klientů</li> <li>• dostupnost služeb</li> <li>• spokojenost s poskytovanými službami</li> <li>• kontrola poskytování služeb</li> <li>• organizací zveřejňování informací</li> <li>• diskrétnost informací o klientech-zachování mlčenlivosti</li> <li>• kontrola a zpětná vazba</li> <li>• dostupnost sociálních služeb v lokalitách s menším počtem obyvatel -názor pracovníků</li> <li>• poradenství a informace pro domácí pečovatele</li> <li>• vzdělávání, specializace pracovníků sociálních služeb</li> </ul>
<p><b>Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zvládání míry psychické zátěže rodinných pečovatelů</li> <li>• vlastní zdravotní problémy pečující osoby</li> <li>• nemožnost pobytu blízké osoby v domácím prostředí z důvodu zdravotního zajištění</li> <li>• strach o blízké</li> <li>• faktory ovlivňující rozhodnutí očima pracovníků poskytujících sociální služby</li> <li>• projevy nemoci vyžadující dvacet čtyř hodinovou péči</li> <li>• přání blízké osoby zůstat doma je bez další osoby nerealizovatelné</li> <li>• doplácení služeb</li> <li>• spolupodílení se na rozhodování se na péči o seniora s Alzheimerovou chorobou</li> </ul>
<p><b>Potřeba provázanosti sociálních a zdravotnických služeb</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zdravotní služby podporované obvodními lékaři</li> <li>• zdravotní služby pozitivně vnímány</li> </ul>

	a přijímány klienty s Alzheimerovou chorobou
<b>Problémy plynoucí ze stávajících systémů</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nedostatečná výše příspěvku na péči při absenci vlastních příjmů pečovatele</li> <li>• indikace zdravotních služeb obvodními lékaři</li> <li>• státní versus soukromé</li> <li>• zabezpečení pečovatelů</li> </ul>
<b>Finanční dostupnost sociálních služeb, hodnocení příspěvku na péči</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nedostatečná výše příspěvku na péči při absenci vlastních příjmů rodinného pečovatele</li> <li>• finanční nákladnost služeb - pohled pracovníků</li> <li>• doplacení služeb</li> <li>• výše příspěvku na péči pro klienty s Alzheimerovou chorobou je velmi nízká</li> </ul>
<b>Obava z budoucnosti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vývoj choroby</li> <li>• omezené informace rodinného pečovatele</li> <li>• obava o vlastní zdraví</li> </ul>
<b>Individualita klienta s Alzheimerovou chorobou</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• příznivý vliv fungujících rodinných vztahů na osobu s Alzheimerovou chorobou</li> <li>• pes – pozitivní vliv</li> <li>• uvědomění si vlastních hodnot</li> <li>• prožívání vlastní nemohoucnosti</li> <li>• radost z poslechu hudby a zpěvu</li> <li>• radost z pomoci</li> <li>• vliv i jiných domácích zvířat</li> <li>• touha po osobním kontaktu s blízkými osobami</li> <li>• citová křehkost a zranitelnost očima pracovníků</li> <li>• přijímání pečujících osobami s Alzheimerovou chorobou</li> </ul>
<b>Čerpání energie a regenerace sil u rodinných pečovatelů</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• podceňování vlastního odpočinku</li> <li>• nejnutnější péče o vlastní osobu</li> <li>• pozitivní způsoby relaxace a odpočinku</li> <li>• umění úniku</li> <li>• zvíře – pozitivní vliv na pečovatele</li> <li>• naplňování potřeb rodinných pečovatelů - četba</li> <li>• psychická pomoc a podpora přátel, kamarádů</li> <li>• vnímání potřeby odpočinku rodinných pečovatelů očima blízkých</li> </ul>

Zdroj: vlastní šetření

Z analýzy rozhovorů účastníků výzkumného šetření vyplynula témata, která významnou měrou ovlivňují péči o osoby s Alzheimerovou chorobou v domácích podmínkách.

### **Téma č. 1: „Přijímání péče postiženými osobami v rodinném prostředí“:**

Každý člověk je v tomto směru jedinečný. Zejména důvěra v rodinné příslušníky a kvalitní vztahy v rámci rodiny v péči o tyto osob jsou nezastupitelné. Je potřeba si vždy uvědomit, že se jedná o oboustranně náročnou životní situaci, protože osoby s Alzheimerovou chorobou si v počátečních fázích nemoci uvědomují, že již nejsou schopné se o sebe postarat a postupně se stávají závislými na pomoci a péči blízkých osob. Mnohdy je tato akceptace velmi náročným krokem k zajištění péče a podpory. Rodina má nejen v optimálním případě k nemocnému vztah, ale projevuje vůči němu pocity lásky, pokory a také vděčnosti. Tímto dochází k akceptaci blízké osoby rodinnými příslušníky jako právoplatného člena rodiny. Ovšem ne vždy je schopna rodina zajistit péči na takové úrovni, jakou nemocný člověk potřebuje a pak je vhodné využít sociální služby, které jsou k tomuto určeny. Pokud rodina péči v domácích podmínkách nezvládá ani s pomocí sociálních služeb, je potřeba na tuto skutečnost nahlížet velmi pečlivě, ale realisticky. Výše zmínění pracovníci poskytující sociální služby obvykle bývají konzultanty při tomto rozhodování. Někdy je umístění blízkého člověka do residenčního zařízení jediným řešením, které je vhodné nejen pro osobu s Alzheimerovou chorobou, ale také pro rodinné příslušníky.

*Pečovatelka Alice: „Nás, jako pracovnice, většina z nich přijme bez problémů. Rodinní příslušníci, bývají rádi za nějaké ty nové informace. To víte, shání informace, kde mohou. Taky si někdy potřebují postěžovat. Ono se to nezdá, ale i to je pro ně velmi důležité. Víte, co nejvíc potřebují? Aby je někdo pochválil, za to, že to co dělají, jak to dělají, že to dělají výborně, že je to nejlepší co mohou své mamince nebo tatínkovi dopřát.“*

*Klient Jaroslava: „... jinak bych musela pořád bejt doma s naší Pavlínkou (setra paní Jaroslavy, jméno anonymizováno). Ona ráda chodí na zahradu, pěstuje kytky a taky se stará o zvířata. Dřív jsem to všechno zastala, ale teď už nic nezmůžu. Nohy mi neslouží. Jenom abych nemusela do ústavu, tam já nechci! “*

*Pracovnice Lída: „Tam, kde nejsou narušeny rodinné vztahy, se poměrně rychle semknou, aby vytvořili svému blízkému pěkné a důstojné životní podmínky. Tam, kde tomu tak není,*

*my už moc dělat nemůžeme. Pak už nezbývá nic jiného než umístit klienta do pobytového zařízení se zvláštním režimem.*“

## **Téma č. 2: Limity poskytovatelů služeb očima rodinných pečovatelů**

Pečovatelé z řad rodinných pečovatelů spatřují jako omezující absenci denního stacionáře a jeho služeb pro osoby s Alzheimerovou chorobou v dané lokalitě. Dojíždění do vzdálenějšího zařízení je časově náročné. Služby jsou určeny nejen pro osoby s Alzheimerovou chorobou, ale i pro ostatní klienty, tudíž není plně zajištěna odbornost a specializace pracovníků poskytujících sociální služby.

Pečující Dana: *„Není to zařízení jen pro „alzheimer“, ale přijímají i klienty např. po mozkové příhodě, jedna paní je tam s roztroušenou sklerózou. Stacionář je od nás dost daleko, tak se chvíli vozí, než všechny posbírají a odpoledne to samé.*“

Pečující Miloš: *„Charita provozuje denní stacionář, který je od nás dost daleko. Myslím, půl hodiny autem. To znamená, že ho tam budete dovážet nebo využijete dopravu, kterou poskytují. Pro některé rodiny je to z finančních důvodů nedostupné. Kdyby byl blíž, bylo by to lepší.*“

## **Téma č. 3: Omezující a zatěžující aspekty rodinných pečovatelů**

Rodinní pečovatelé uvedli jako ztěžující péči psychickou zátěž způsobenou postupným úpadkem osobnosti blízkého člověka trpícím Alzheimerovou chorobou.

Pečující Dana: *„Dívat se jak se člověk, který vám byl blízký, se mění, vzdalujete se vám, přestáváte mu rozumět a při tom víte, že to jede z kopce. Musíte hledět, aby zůstalo co nejvíce z toho pěkného. U této nemoci je to ještě mnohem těžší. Tady tomu chování někdy nerozumíte. Někdy to moc bolí, moc...“*(velký smutek).

Pečující Miloš: *„...psychicky vás zasáhne, jak se vám vzdaluje člověk, který vám byl tak blízký.“*

Péči komplikují i další choroby spojené s dalšími návštěvami odborných lékařů.

Pečující Miloš: *„Péče o nemocného s „Alzheimerem“ je náročná. Většina pacientů, stejně jako děda jsou komorbiditní pacienti. Nejčastější to jsou kardiovaskulární onemocnění, mozkové příhody, lehčí infarkty, diabetu a s tím souvisejí různé komplikace, defekty kůže, otoky, bércové vředy, selhávání ledvin, no je toho spousta.“*

Pečující Libuše: „*Taky to ježdění po doktorách je únavné, pro mě i pro dědu. Má toho víc, tak každou chvíli musíme někam na kontrolu. Hrozně rychle to vždycky uteče.*“

Pracovnice Soňa: „*Ztrácí část soukromí a my se stáváme součástí jejich života. Na jednu stranu je to přínosné a na druhou stranu i omezující. Když se rozhodnou, že budou o svého blízkého pečovat, tak do toho jdou se vším všady.*“

Jako omezující byla zmíněna potřeba klíčového pracovníka. Rodinní pečovatelé si plánují péči raději sami, protože musí skloubit péči blízkého člověka s organizováním osobních záležitostí a zajištěním chodu vlastní rodiny. Rozhodnutí začít využívat poskytování sociálních služeb má svá pozitiva i negativa. Pozitivem je, že pomáhají s péčí o blízkého člověka a jako negativum a omezující aspekt lze chápat ztrátu soukromí.

Pečující Veronika: „*My toho zase tolik nevyužíváme, tak si to organizují sama. Ono je to někdy lepší. Když u nás dělali místní šetření, měli jsme jasnou představu o tom, co chceme, tak to bylo spíše v naší režii.*“

Pečující Dana: „*Žádného klíčového pracovníka přiděleného nemáme. Vše si organizují sama. Když potřebuji, musím zavolat a domluvit se.*“

Jako spíše omezující označili rodinní příslušníci potřebu klíčového pracovníka. S ohledem na další skloubení vlastními potřebami, si péči organizují sami.

#### **Téma č. 4: Motivace domácích pečovatelů**

Pro vykonávání samotné péče o osoby s Alzheimerovou chorobou je důležitá motivace domácích pečovatelů. Kdybychom z nalezených témat vytvořili žebříček, motivace domácích pečovatelů, byla by podle mého názoru zařazena na samém začátku. Bez odhodlání pečovatelů by proces domácí péče vůbec nevznikl. Rodinní příslušníci si mnohdy úplně neuvědomují, co vše bude péče o seniora obnášet. Při rozhodování respektují zejména zažitá vzory chování v rodině, přání blízkého člověka nebo se řídí vlastním svědomím. Velmi často také mají pocit, že musí blízkému člověku vrátit jeho celoživotní péči a postarat se o něj v této bezvýchodné situaci. U některých zařízení přetrvává negativní hodnocení.

Hana pečující: „*Nechtěli bychom matku nikam umísťovat. Ona sama také dosloužila svým rodičům. Beru to jako povinnost dětí vůči svým rodičům.*“

„*Matka nikdy nebyla na nějaké velké společnosti lidí. Měla několik kamarádek, které už zemřely. V nějakém zařízení by byla úplně ztracená. Špatně snášela i pobyt v nemocnici.*“



Pracovnice Alice: „V některých případech se jedná o nepsanou povinnost, dosloužit rodičům. Mají to za samozřejmou věc, která se traduje z jedné generace na druhou.“

Pečující Libuše: „Víte, že příští rok budeme s dědou 65 let manželé? To bych mu nemohla udělat, že bych ho někam šoupla. Pán Bůh by mě za to jistě potrestal!“

Pečující Dana: „Daleko víc, by mne tížilo, kdybych musela mamku někam dát. Ona je takový domácí typ. Jak sama říkávala, z domu paty nevytáhla. Jak by jí asi bylo? Vždyť by umřela jen z toho“.

Pečující Klára: „V „eldéence“ je to rovněž obtížné a nemá dobrou pověst, často to tam končí smrtí“.

### **Téma č. 5: Přístupy pracovníků poskytující sociální služby**

Uvedené téma vytváří obraz o individuálních přístupech sociálních pracovníků při poskytování péče a pomoci a podpory osobám s Alzheimerovou chorobou a jejich rodinným pečovatelům. V praxi se to projevuje ochotou předávat nebo nabízet speciální informace, specifickým přístupem při v individuálním plánování a přímou prací s těmito klienty. Toto téma lze chápat i jako přístup související s vlastní osobou a vztahu k vykonávané práci. Projevuje se zájmem a ochotou dále se odborně vzdělávat a sledovat stále se rozvíjející trendy, které souvisejí s touto skupinou klientů. Odbornost, profesionální přístup, ochota pracovníků poskytujících sociální služby, podle mého názoru významnou měrou ovlivňují rozhodování případného ukončení domácí péče. Nabízí se zde možnost pro zlepšování kvality poskytovaných služeb.

Pečující Klára: „Osobní asistentka, která poprvé přišla pečovat, byť svojí úlohu brala zodpovědně a snažila se aktivizaci asi až moc, musela být vystřídána.“

Pečující Libuše: „Dvě z nich jsou takové zkušené, to je hned vidět a ta jedna přišla později, ta se zaučuje. Pořád se ptají, jestli je to všechno, jestli ještě nepotřebuju něco dalšího...“

Pracovnice Lída: „Někteří pracovníci si myslí, že je odbornosti dost a školení jsou zbytečná. Někdy je právě u nich vidět neprofesionální jednání v chování jako: různé kárání klienta, zdrobněliny, slova „...už jsem vám to říkala desetkrát“ a podobně.“

Pracovnice Alice: „To si nemyslete, oni si rodinní příslušníci informace shánějí a dneska internet ovládá skoro každý. Když nechcete vypadat jako blbec, tak se také musíte vzdělávat. Pak vás nezaskočí ani dotaz ohledně bazální stimulace, validace, reminiscenční

*nebo smyslové terapie, kterou by někteří rodinní příslušníci rádi svým blízkým dopřáli. Na to by bylo třeba více odborně proškolených lidí, aby mohla být poskytována tato odborná péče.“*

### **Téma č. 6: Náměty na rozšíření služeb z pohledu domácích pečovatелů**

Následující téma je ovlivněno lokalitou, ve které výzkum probíhal. Projevila se zde nabídka poskytovaných sociálních služeb. Rodinní příslušníci by uvítali služby speciálního a krátkodobějšího charakteru. Uvítali by denní centrum pro menší počet klientů s individuálnější přístupem pro osoby s Alzheimerovou chorobou. Zmíněna byla i pomoc z řad dobrovolníků nebo neformálních pečovatелů.

Pečující Klára: *„...zvýšení počtu zařízení poskytujících speciální péči, kterou pacienti s Alzheimerovou chorobou potřebují.“*

Pečující Veronika: *„Denní stacionář pro „Alzheimer“ je poměrně vzdálený, ale jezdíme. Matka, tím že se přestěhovala, tak přišla o kontakty. Kdyby byl blíž, bylo by to lepší.“*

Pečující Miloš: *„Pro pacienty s Alzheimerovou chorobou speciálně nenabízejí nic. Určitě by byly dobré nějaké terapeutické techniky pro osoby s „Alzheimerem“, ale v domácím prostředí.“*

Pečující Dana: *„Já bych uvítala něco jako „půldenní školu pro Alzheimer““. Kdyby je někde svezli nebo i doma, ale myslím, že někde jinde by to bylo lepší, s nimi někdo pracoval formou cvičení mozku, hodinu. ... (nejistota s otazníkem). Hodně se o tom mluví, ale ve skutečnosti, když chcete člověku pomoci, musíte si to sehnat, nastudovat a pak realizovat.“*

Pečující Hana: *„V začátku nemoci, když jsou na tom ještě fyzicky dobře, by stačilo postižené třeba jen kontrolovat, jak se oblékli, zda si vzali léky, zda mají dostatečný příjem tekutin, zda snědli jídlo, jestli se někde nepotulují, nepobíhají neoblečení apod. Třeba jen formou nějaké dohody o provedení práce vykonávanou osobou z místa bydliště. Ušetřily by se nákladné přejezdy autem nebo by mohl pomoci nějaký dobrovolník. Snad jenom nějaké fyzioterapeutické služby na protažení. To by nebylo špatné .... alespoň jednou týdně. Fyzicky, by tak rychle nechátrali, sami si žádné cviky dělat nebudou. Kdyby bylo někde blízko denní centrum, třeba i tam“.*

## **Téma č. 7: Proměna fungování rodin pečujících rodinných příslušníků**

Péči o člověka postiženého Alzheimerovou chorobou je specifická v tom, že je péčí na čtyřicet hodin. Zaběhnutý řád a organizace rodiny jsou vždy zasaženy, protože se přizpůsobují potřebám nemocného. Tam, kde se zapojí více členů je péče lépe zvládnána. Vytváří se tak prostor pro odpočinek a naplňování osobních potřeb pečujících. Jestliže začne docházet k názorovým neshodám mezi pečovateli, ovlivňuje to negativně péči samotnou a dochází ke zvětšování psychické zátěže rodinných pečovatelů, což ovlivňuje rozhodování o případném ukončení domácí péče.

Pečující Miloš: *„Všechno potřebuje předem plánovat, a to zasáhne nejen vás, ale v našem případě i moji rodinu. Babička jede do divadla, plánuje to předem, pak půl představení stejně myslí na to, jak je to doma, jestli řekla, všechno a druhou půlku má výčitky, že se přehodila starost na někoho jiného. Nakonec to pro ni je spíše stresující než povzbuzující. My s manželkou zajišťujeme tu logistickou stránku. Dovozy k lékaři, nákupy apod. Je to náročné spíše organizačně.“*

Pečující Hana: *„Poslední dobou mi připadá jeden den jako druhý. Zaměstnání, nákup, domácnost s matkou, manželem a dospělým synem..., nechci se rouhat, ale někdy jsem ráda, že děti jsou dospělé. Holky bydlí samostatně. Nevím, kde bych brala sílu na psaní úkolů a plnění jiných školních povinností. S matkou je to podobné jako s dětmi. Také vyžaduje pozornost, moji přítomnost a kontrolu. Je to takový zákon života, že děti se rodí mladým, pečujete, a když vyrostou, zestárnou rodiče, pečujete. Je to podobné. S dětmi je to více radostné, s rodiči někdy více bolestné“.*

Pečující Veronika: *„...zorganizovala jsem si to tak, že jsme měli režim, abych mohla dělat i svoji práci. Příchodem matky se to změnilo. Kluci mají babičku rádi, trávili u ní hodně času a užili si s ní spoustu legrace. Tak se zapojují podle svých možností, my si s manželem můžeme i ledaskam zajít.“*

Pečující Klára: *„Měsíčně hradíme sestře náhradu ušlé mzdy 5 000,00 Kč. Zaměstnavatel jí vyšel vstříc a umožnil snížení pracovního úvazku.“*

## **Téma č. 8: Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných sociálních služeb**

Na hodnocení poskytovaných sociálních služeb je nahlíženo z pohledu klientů, pečujících i pracovníků. Nevýhodou je to, že předmětem zájmu je poskytování terénních

pečovatelských služeb obecně (není speciální služba jen pro klienty s Alzheimerovou chorobou) a z pohledu denního centra se nejedná o zařízení se zvláštním režimem určeným pro klienty s Alzheimerovou chorobou. Hodnocení se týká dostupnosti služeb, rychlosti a pružnosti poskytovatelů na požadavky a potřeby klientů, spokojenosti s poskytovanými službami, kontrolou služeb organizací a zjišťováním zpětné vazby.

Klient Jaroslava: *„Naši to objednali telefonem. Přijeli se na mě hned podívat a od té doby jezdí. Mají auta, tak nemusí chodit pěšky a jezdí ještě k někomu, ale nevím, jak se jmenuje. To nám neříkali. Taky mě vozí do deničku (deníček je centrum denních služeb v rodině se užívá tento název), aby naši nemuseli.“*

Pečující Hana: *„V současnosti máme, co potřebujeme. Využíváme pečovatelské a zdravotní služby Charity a zatím nemáme problém. Pracovnice se mezi sebou domlouvají, nemusíme nic organizovat. Jezdí celkem v domluvených časech.“*

Pečující Klára: *„Rodiče žijí na vesnici do tisíce obyvatel. Na první pohled se zdálo, že je dostupnost sociálních služeb obecně dobrá, a že existuje poměrně široká nabídka sociálních služeb a zařízení pro seniory. Pak začnete konkrétně hledat a zjišťujete, že se možnosti omezují na respitní péči, která je poskytována na omezenou dobu a neřeší potřebu zajistit péči na dobu neomezenou. Další možností bylo zajistit ústavní péči. S „Alzheimerem“ můžete pouze do domova se zvláštním režimem. Zařízení jsme navštívili dvě, ale z kapacitních důvodů nejsou schopni pomoci při řešení v krizové situaci. Na umístění se čeká v řádech několika měsíců, ale někdy i více jak jeden rok.“*

Pracovnice Martina: *„Kontrolu provádí paní vedoucí náhodnými výjezdy a doptává se na spokojenost s péčí a další požadavky, které by klienti uvítali. Někdy pomáhá i paní sociální. V předchozím zaměstnání klienti vyplňovali dotazníky spokojenosti.“*

## **Téma č. 9: Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí**

Určení hranice poskytování péče v domácím prostředí je velmi obtížná. Nejlépe ji postihují názory pracovníků poskytujících služby v domácím prostředí. Pracují přímo s klienty, ale i s domácími pečovateli úzce spolupracují. Co jeden pečující ještě zvládá, může být pro jiného pečujícího hranicí pro ukončení péče doma. Někdy mohou nastat situace, které nikdo nepředvídal (vážná nemoc nebo úmrtí pečovatele). Projevy Alzheimerovy nemoci mohou být spojeny s agresí, která je ze strany rodinných pečovatelů psychicky velmi zatěžující.

Pracovnice Soňa: „*Když už není nikdo, kdo by s námi spolupracoval. Někdy se stane péče pro rodinné pečovatele nad jejich síly fyzické, psychické nebo i materiální. Někdy jsou problémy v rodinách různé.*“

Pracovnice Martina: „*To je těžká věc. Někteří klienti postižení „Alzheimerem“ mají skutečně poruchy chování tak závažné, že chápu rodinné pečovatele, když začnou uvažovat o umístění v pobytovém zařízení. Celé noci dokážou prochodit, jsou neklidní, odcházejí z domova a vy je neustále někde naháníte. Nejhorší bývá zlost a agrese. To rodinné pečovatele velmi psychicky udolává.*“

### **Téma č. 10: Potřeba provázanosti sociálních a zdravotnických služeb**

Většina klientů bývá postižena kromě Alzheimerovy choroby řadou dalších nemocí. S tím souvisejí častější návštěvy zdravotnických pracovišť. Některé zdravotní úkony jsou zajišťovány zdravotními službami v domácím prostředí. V praxi jsem se setkala nejčastěji s ošetřováním defektů kůže dolních končetin. Organizace, které poskytují služby v domácnostech, obvykle zajišťují oba druhy služeb: sociální i zdravotní. Problémem je, že ve většině případů nejde skloubit poskytování sociálních i zdravotních služeb, tak aby je prováděli pracovníci zároveň nebo jeden pracovník oba druhy. Dochází tak k častějšímu narušování soukromí jak klientů, tak i rodinných pečovatelů. Důvodem je v případě zdravotních služeb požadované odborné zdravotní vzdělání, což u poskytování sociální služeb vyžadováno není. Existují také organizace, které poskytují pouze zdravotní služby.

Pečující Veronika: „*Také by bylo dobré, kdyby zdravotní a sociální služby mohly být poskytovány současně. Nedochozelo by k situaci, že začnete snídat a přijdou vám ošetřovat bércáky. To je asi hudba budoucnosti!*“

Pečující Dana: „*Také nerada k doktorům chodí a je ráda, když děvčata přijdou. Raději je nachystaná a netrpělivě je vyhlíží. Dobře si uvědomuje, že kdyby musela cestovat, bylo by to pro ni namáhavější.*“

Pečující Miloš: „*Tady u nás tyto služby poskytuje Charita. Zdravotní služby poskytují, pokud vím, asi tři organizace. Obvykle dojíždí ta, se kterou spolupracuje obvodní lékař.*“

### **Téma č. 11: Problémy plynoucí ze stávajících systémů**

Pečující upozornili na některé problémy, které by se odstranily systémovou změnou. Jako problematické bylo uvedeno nedostatečné zajištění a ochrana rodinných pečovatelů

z pohledu dalšího uplatnění na trhu práce, finanční zajištění rodinných pečovatelů a organizování a kompetence lékařské péče.

Miloš pečující: *„Představte si, že byste se rozhodovala, jestli zůstanete doma ze zaměstnání a budete pečovat o svoji maminku, 13200 Kč je nejvyšší dávka, kterou přiznávají osobám v terminálním stádiu, trvale odkázaných na pomoc druhých. To je ale, obvykle ta poslední etapa v péči blízkou osobu. Z něčeho musíte žít sama a kolik si můžete dovolit zaplatit dalších služeb? A to ještě dáte v práci výpověď a později, pokud nemáte důchodový věk, si musíte hledat nové zaměstnání. Když je vám přes padesát let, a to bývá většina případů, je to velmi problematické.“*

Pečující Veronika: *„Hodně nás zatěžují návštěvy u odborných lékařů. Mnohdy nám jen předepíší léky a zase jedeme domů. Pokud je zdravotní stav stabilizovaný, tak nevidím důvod, proč vysedávat v čekárnách zbytečně. Mohl by to udělat obvod'ák.“*

*„Paní doktorka nám vychází vstříc a snaží se nám věci usnadňovat a píše nám zdravotní služby, např. děvčata přijedou nabrat krev domů, abychom nemuseli někdo z rodiny matku vézt ráno na odběry a pak letět do práce. Někteří obvod'áci to nechtějí psát, protože to jde z jejich nákladů, mají obavy, aby s nimi zdravotní pojišťovny uzavřely smlouvy.“*

## **Téma č. 12: Hodnocení příspěvku na péči a finanční dostupnosti sociálních služeb**

Pečující rodinní příslušníci hodnotí výši příspěvku na péči jako nedostatečnou zejména při výpadku vlastních příjmů a zvažují, zda by sociální služby mohli využívat. Péče o osobu s Alzheimerovou chorobou je starost na čtyřiaadvacet hodin. Pečující by měli mít možnost využít některé z odlehčovacích zařízení a dopřát si například letní dovolenou. Existuje řada rodinných pečovatelů, kteří zajišťují péči bez pomoci sociálních služeb, protože si je z finančních důvodů dovolit nemohou. Ti však předmětem výzkumu nebyli. Zmíněn byl i komplikovaný proces přiznávání příspěvků na péči.

Pečující Hana: *„Víte, to máte těžké. Maminka má přiznané 4400 Kč na péči. Platíme z toho pečovatelské služby. Za zdravotní nemusíme platit nic. Zatím chodím do práce a mám svůj příjem. Matka má důchod, ale bydlíme v domku, náklady na provoz také nějaké jsou, ještě další údržba, nějaké ty úpravy pro matku. Pořád je co...Kdybych zůstala doma, asi bych nemohla platit pečovatelské služby a musela bych se spolehnout víc na sebe...a to si zatím úplně nedokážu představit...“*

Pečující Veronika: „Maminka má přiznaných 800 Kč na péči, má důchod, tak samozřejmě něco doplácí z důchodu. Bydlí s námi, tak to zvládá finančně dobře. Kdyby zůstala bydlet sama, to by si dovolit nemohla. Myslím, že někteří si služby ani moc dovolit nemůžou, protože jim to finance nedovolují.“

Pečující Klára: „...v současné době pobírá cca 1,5 roku dávku sociální péče ve výši 8 800,00 Kč. Náklady za využívání služeb osobní asistence hradí rodina měsíčně ve výši cca 10 – 12 tis. Kč. Měsíčně hradíme sestře náhradu ušlé mzdy 5 000,00 Kč. Zaměstnavatel jí vyšel vstříc a umožnil snížení pracovního úvazku, no a zbytek jsou výdaje na zdravotní pomůcky a léky. Z důchodů je hrazen běžný provoz domácnosti. My využijeme všechno. Já jsem zjišťovala, jak to vypadá a v domově se zvláštním režimem. Za ústavní péči účtována cena za obsazené lůžko v rozmezí 23 – 30 tis. Kč za měsíc. Nárok posuzuje revizní lékař na základě šetření pracovníků úřadu práce a na základě informací o zdravotním stavu od ošetřujícího lékaře. Posuzuje míru závislosti, při nichž osoba potřebuje pomoc či dohled podle zákonem stanovených kritérií. Myslím, že mnohdy není hodnocení objektivní a přiznaná výše dávky není adekvátní ke stavu pacienta.“

### **Téma č. 13: Obava z budoucnosti**

Rodinní pečovatelé mají strach z dalšího postupu choroby a budoucnost neplánují. Jejich očekávání jsou ovlivněna rozvojem nemoci samé nebo komplikacemi ze strany dalších zdravotních problémů a nejistou vlastního zvládnání péče.

Pečující Dana: „Mám na mysli třeba nějaké speciální přístroje, bez kterých by se nedalo žít, nebo co já vím, co nás může ještě potkat.“

Pečující Hana: „Na to se snažím nemyslet. Nechtěli bychom matku nikam umísťovat“. „Raději moc dopředu nepřemýšlím...(o poznání optimističtěji). Zatím se držíme, jak říká paní doktorka z poradny pro „alzheimery“, tak abych to nezakřikla!“ (na tváři se jí objevil úsměv)

Pečující Veronika: „Už vůbec si neumím představit, jak bych to zvládala, kdybych musela zůstat doma. To bych asi veškerou starost musela převzít, ... to nevím, jak dlouho bych to mohla vydržet. Maminka je zatím docela dobrá.“

## **Téma č. 14: Individualita klienta s Alzheimerovou chorobou**

Každý člověk prožívá onemocnění jinak. V případě Alzheimerovy choroby je toto ještě více patrné. Je spojena s projevy emocí. Je dobré vědět, co má osoba o kterou je pečováno ráda, co jí dělalo radost, její zvyky, projevy a chování před onemocněním. Lze takto předcházet řadě konfliktních situací. Pracovníci poskytující služby, vnímají jejich citovou křehkost a zranitelnost. Je-li individuální přístup respektován, daří se péči dobře zvládat.

Pečující Dana: *„Mám ráda, když se na mne matka jen podívá, usměje se nebo začne jen něco „brblat“.*

Pracovnice Alice: *„Oni jsou takoví jiní než ti ostatní klienti. Jsou nějak křehčí a zranitelnější, to mi přijde takové nejvýstižnější přirovnání.“*

Pečující Klára: *„Taky se snaží o nějakou tu aktivizaci. Ta spočívá třeba v poslouchání Šlágru, z předčítání z knížky, kterou táta kdysi napsal nebo se mazlí s kocourem. To je baví nejvíc. Naši ho mají už několik let a vždycky to byl jejich mazlík. Mohl i k nim do postele.“*

Pracovnice Lída: *„Zůstat ve svém přirozeném domácím prostředí je i pro člověka s Alzheimerovou chorobou nejlepší. Pečujícího „zvenčí“ přijímá většinou bez problémů. Je důležité, aby si tito dva lidé navzájem sedli, i to, jak pečující přistupuje k nemocnému, jestli k němu přistupuje důstojně a s respektem.“*

## **Téma č. 15 : Čerpání energie a regenerace sil u rodinných pečovateli**

Pečující rodinní příslušníci často tuto oblast podceňují. Někdy nevědomě, protože je péče zcela pohltí. Jako pozitivní způsoby relaxace a odpočinku uvádějí zvíře, četbu, psychickou podporu a pomoc přátel a kamarádů. Rodinní pečovatelé - babičky uvádějí jako zdroj čerpání energie svá vnoučata. Pracovníci poskytující sociální služby vnímají potřeby odpočinku rodinných pečovateli a snaží se jim k němu dopřát čas.

Pečující Klára: *„Péče nás plně zaměstnává. Protože jsme tři sourozenci, máme dospělé děti, které podle možnosti také pomohou, tak si můžeme dovolit vysadit. Já se nejvíce nabíjím vnoučaty. Musím také někdy fungovat jako babička a pohlídat. Vnučky mě nabíjejí úplně nejvíc. Děti jsou velké štěstí.“*

Pečující Veronika: *„No odpočinek, jak bych to řekla. Mně starost o domácnost nikdy moc nevadila, zorganizovala jsem si to tak, že jsme měli režim, abych mohla dělat i svoji práci. Příchodem matky se to změnilo. Matka je hluboce věřící člověk a na vsi doma chodila*



*do kostela pravidelně. Tady u nás chodíme spolu. Nechodíme pravidelně, ale aspoň jednou za měsíc zajdeme na mši. Já jsem zjistila, že tam nacházím, takový vnitřní klid, pěkně si to všechno urovnám v hlavě a cítím se tam klidně bezpečně. Nikdy dřív jsem to neuvědomila. To je zvláštní...“*

Pečující Dana: *„Když je mamka ve stacionáři, to pohovím. Ráda luštím křížovky a čtu ženské časopisy, jak já jim říkám „drbavé“. Dojdu nakoupit a ten den ani mnoho nevařím a dělám si, co mne baví. Někdy zajdu na kus řeči ke kamarádce, jindy navštíví ona mne. Známe se od dětství a vydrželo nám to až do teď. Je mou velkou oporou...“*

Pečující Libuše: *„Ta únava se dá zahnat jedině odpočinkem, hlavně spánkem. Když je člověk utahaný, tak nic nejde od ruky a jen se tak plouží. To je nejdůležitější, ostatní musí stranou.“*

## **Rekapitulace témat**

Každý, kdo se rozhodne pečovat o osobu postiženou Alzheimerovou chorobou, by měl mít informace o tom, že se jedná o péči se značnou časovou náročností. Jedná se o celodenní péči sedm dní v týdnu, a to není vždy snadné. Rodina často již nebývá schopna udržet dosavadní chod domácnosti. Zapojují se i ostatní členové rodiny a zaběhnutý režim a chod domácnosti se přizpůsobuje péči o nemocného. U seniora s Alzheimerovou chorobou se také postupně objevují další choroby, což dělá péči ještě náročnější. Již nebývá prioritou zajistit potřeby rodiny, ale je třeba zajistit péči o seniora. Samotná péče je velmi náročná nejen psychicky, ale také fyzicky, ovšem hledisko nevyléčitelného stavu je mnohem zatěžující. Rodina se snaží vyslyšet přání blízkého zůstat doma, což není vždy jednoduché realizovat. Proto je vhodné pro zdárný průběh péče využívat doplňkové sociální služby. Jedná se o odlehčovací služby formou krátkodobých odlehčovacích pobytů, denních stacionářů či terénní služby, kdy profesionální pečovatelé poskytují služby v přirozeném rodinném prostředí. Podmínky, za kterých se sociální služby poskytují, nejsou ve všech lokalitách stejné. Jako problém se však jeví zejména vzdálenost stacionáře od bydliště postižených osob a v některých případech i nízké odborné znalosti pracovníků poskytujících sociální služby. Vlastní pečovatelskou práci vykonávají velmi dobře, ale mnohdy nejsou odborně připraveni na práci s osobami s Alzheimerovou chorobou. Péče o tyto klienty je specifická a je nutné disponovat potřebnými znalostmi a dovednostmi. Rodina potřebuje mít v blízkosti takové pracovníky v sociálních službách, kteří jim poskytnou odborný náhled na celou situaci a budou jim průběžně poskytovat

informace a předávat zkušenosti v dalších obdobích péče. Ne vždy se toto daří, protože poskytované služby nejsou určeny pouze cílové skupině klientů s Alzheimerovou chorobou a ne všichni pracovníci, kteří služby poskytují, mají potřebné znalosti a zkušenosti. Rodinní pečovatelé často narážejí na nepropojenost zdravotnických a sociálních služeb. Denní režim rodiny se tak musí přizpůsobit příjezdu pracovníků, čímž dochází k častějšímu narušování soukromí. Příspěvek na péči je hodnocen rodinnými příslušníky jako velmi nízký. V případě výpadku příjmu pečující osoby, je vlastní rodina finančně znevýhodněna. Zdravotní služby jsou poskytovány bezúplatně, ale sociální služby se doplácí.

Pracovníci v sociálních službách také vnímají specifika v práci při poskytování péče osobám s Alzheimerovou demencí. Uvádějí, že si rodinní pečovatelé snaží zjišťovat nové informace a možnosti péče. Součástí péče o seniora s Alzheimerovou chorobou je individuální plán pro klienta, který by měl být přizpůsoben zdravotnímu stavu seniora a možnostem rodiny. Samozřejmostí péče poskytované v domácím prostředí je respektování samotných seniorů s Alzheimerovou chorobou. Velmi špatně snáší změny prostředí a jsou velmi citliví na vzájemný vztah s pracovníkem poskytujícím péči. Zde se vytváří prostor pro odborné vzdělávání pracovníků. Pobyt v domácím prostředí má pozitivní vliv na průběh onemocnění. Pozitivně bývá hodnocena i přítomnost zvířete. Domácí mazlíček může mít podobu pet-terapie (terapie se zvířaty). Osoby postižené Alzheimerovou chorobou velmi špatně vnímají to, že se stávají závislými na péči jiných osob. Zejména pak osoby, které byly celý život aktivní, se s tímto špatně vyrovnávají. Při poskytování péče těmto osobám je třeba na toto pamatovat a snažit se udržet například jeho koníčky a poskytovat prostředí a podmínky k tomu, aby je mohl vykonávat. Stav jedince postupně nedovolí vykonávat všechny činnosti, které dělal doposud, je důležité hledat nějakou náhradní formu aktivit, odpovídající jeho zdravotnímu stavu. Pracovníci poskytující služby uvádějí, že klienti postižení Alzheimerovou chorobou jsou velmi citliví a každou změnu velmi těžce nesou.

Vzhledem k psychické a fyzické náročnosti péče o osoby postižené Alzheimerovou chorobou je nutné, aby rodinní pečující odpočívali, čerpali energii a sílu k dalšímu zajištění péče. Pokud se v tomto ohledu pečující osoba přehlídí, vždy na ně bude mít péče o seniora negativní vliv v daleko větší míře, než tomu bude v případě, když se bude věnovat také sám sobě. Nemělo by docházet k podceňování vlastního odpočinku, omezování péče o vlastní osobu a rodinný pečující by měl umět uniknout z denní rutiny. Důležitou součástí

péče by měla být psychická opora ze strany rodiny a také přátel. Pro pečující osoby je povzbuzující, když ostatní členové rodiny oceňují jejich péči o blízkého člověka. Velmi je těší ocenění jejich práce profesionálními pracovníky poskytujícími sociální nebo zdravotní služby.

### **Zodpovězení výzkumných otázek**

Cílem výzkumu je vyhodnocení jednotlivých výzkumných otázek stanovených na počátku výzkumného šetření.

#### **Jakým způsobem vnímají klienti trpící Alzheimerovou chorobou skutečnost, že se sociální služba podílí na jejich péči v přirozeném domácím prostředí?**

Osoby s Alzheimerovou chorobou si uvědomují, že některé činnosti již samostatně nezvládají. Vyjadřují spokojenost s poskytovanými sociálními i zdravotními službami v domácím prostředí i se službami v denním centru. Rodinní pečovatelé mohou chodit do zaměstnání a ony mohou setrvat ve svém přirozeném prostředí domova.

Klient Anna: *„Všichni musí do práce, mladá ještě není v důchodu, tak musí. Jídlo mi dávají, abych neměla hlad, a taky pítí mně připomínají. Mám tady pořád hrnek. Hele! To už nevím, ale jsou všichni na mě hodní a pomáhají mi. Jinak bych musela do ústavu a mně je dobře doma.“*

Klient Jaroslava: *„Vozí mě do deníčku a zase zpátky domů.“*

Klient Věra: *„To zařídila Věruška. Dovážejí mi obědy, ošetřují mi boláky, když potřebuju. Taky jezdím do stacionáře. Tam se mi líbí. Pěkně mě tam dovezou a zase přivezou. Naši nemusí...“*

#### **Jak klienti hodnotí význam této poskytované služby?**

Osoby s Alzheimerovou chorobou v prvních fázích nemoci vnímají pomoc pracovníků sociálních služeb nejen jako pomoc vlastní osobě, ale i jejich blízkým. Patrné je to zejména u pečovatelů generačně shodných (manželka 88 let pečuje o manžela 89 let).

Klient Josef: *„Hlavně Libuše, ona už nemůže, nemá sílu!“*

Klient Václav: *„... pomáhají, když mě bolejí nohy...“*

Myslíte, že pomáhají nějak celé rodině? *„Mařence...“*

Myslíte, že pomáhají manželce, aby toho na ni nebylo moc? *„Jo!“*

## **Jak hodnotí význam sociální služby rodinní příslušníci a v čem konkrétně spatřují její limity?**

Poskytované služby v dané lokalitě jsou hodnoceny pozitivně. Organizování a dostupnost služeb je dobrá. Nabídka služeb je však omezená na pečovatelské služby. Pro cílovou skupinu osob s Alzheimerovou chorobou nenabízejí žádné speciální služby. V rámci služeb denního centra jsou poskytovány služby i těmto osobám. Limitující jsou podmínky, za kterých jsou poskytovány. Nevýhodou je jeho dostupnost. Časová náročnost a zvýšení finančních nákladů na dopravu. Nevýhodou je odbornost personálu, který není odborně vyškolen pro práci s těmito klienty.

Pečující Leoš: *„Babička má svůj věk, proto souhlasila, že jí pečovatelky budou pomáhat. Dostupnost je dobrá, v rámci možností dodržují i sjednané časy. Nabídka je tady omezená jen na pečovatelské služby. Tady u nás tyto služby poskytuje Charita. Pro pacienty s Alzheimerovou chorobou speciálně nenabízejí nic..“*

Pečující Klára: *„V případě maminky by to důchod ani poskytované příspěvky nepokryly. Museli bychom zbytek doplácet. Podle mého je výše dávky sociální péče pro osoby s Alzheimerovou chorobou nízká. U nás je to vidět nejlépe. Sestra nemá starobní důchod, kdyby zůstala doma úplně, asi bychom tolik nemohli využívat služby. No, a to by toho bylo na jednoho moc. Příspěvek v případě domácí péče zřídka dosahuje maximální ústavní péče, která je logicky dražší, ale nemyslím si, že je kvalitnější“.*

Pečující Veronika: *„Služby dostupné jsou, ale otázkou je jaký druh a třeba v případě denního centra, za jakých podmínek.“*

## **Za jakých okolností nebude již možné z pohledu rodinných příslušníků poskytovat osobám trpícím Alzheimerovou chorobou péči v domácím prostředí?**

Klienti si uvědomují, že by se umístění do rezidenčního zařízení mohlo stát realitou. Rodinní pečovatelé mají velkou odhodlanost a připouští jen malé množství důvodů, kdy by se přiklonili k umístění do pobytového zařízení. K uvedeným důvodům patří: úmrtí pečující osoby, zhoršení zdravotního stavu pečující osoby, zhoršení zdravotního stavu postižené osoby v takové míře, že by nebylo možné pečovat v domácích podmínkách nebo na výslovné doporučení lékařů.

Pečující Libuše: „*No jedině, že bych umřela. Víte, že příští rok budeme s dědou 65 let manželé? To bych mu nemohla udělat, že bych ho někam šoupla. Pán Bůh by mě za to jistě potrestal!*“

Pečující Klára: „*Zhoršení zdravotního stavu v takové míře, kdy by nestačily fyzické a psychické síly pečujících nebo výslovné doporučení lékaře. Ted' je rozdělit nemůžeme!!!*“

Pečující Veronika: „*Já nevím..., jedině, že bychom nedokázali o máti pečovat. Tím nemám na mysli péči s hygienou, ale spíš nějaké zdravotní problémy. Někaké třeba dýchací přístroje nebo tak něco.*“

### **Uvítali by z těchto důvodů rodinní příslušníci rozšíření či proměnu stávajících nabídek sociální služby? Jak konkrétně?**

Výše uvedené názory pracovníků poskytujících stávající služby ukazují obdobným způsobem na problematiku absence speciálních služeb pro klienty s Alzheimerovou chorobou v dané lokalitě. Jejich návrhy na rozšíření služeb se shodují s návrhy rodinných pečovatelů. Speciální služby pro klienty s Alzheimerovou chorobou ve formě denního centra. Odborně vyškolený personál, by mohl poskytovat i služby v domácím prostředí.

Výše uvedená otázka byla diskutována v rámci tématu č. 5. Pro doplnění uvedu názor pracovníků poskytující služby.

Pracovnice Lída: „*Blízcí by nejraději využili službu i v noci, aby mohli v noci spát a dohled nad nemocným svěřili profesionálnímu pečujícímu.*“

Pracovnice Alice: „*Pak vás nezaskočí ani dotaz ohledně bazální stimulace, validace, reminiscenční nebo smyslovou terapii, kterou by někteří rodinní příslušníci rádi svým blízkým dopřáli. Na to by bylo třeba více odborně proškolených lidí, aby mohla být poskytována tato odborná péče. Myslím, že se toto dalo spojit se zřízením denního centra nebo denního stacionáře, kde by se speciálně vyškolení pracovníci uplatnili a klienti by toto mohli využít. V naší lokalitě zatím denní centrum není. Nejbližší denní centrum je 30 km vzdálené, což na dopravu docela náročné.*“

### **Jak na tuto situaci nahlíží zaměstnanci poskytující sociální službu v domácím prostředí.**

Určení hranice poskytování péče v domácím prostředí je velmi obtížná. Nejlépe ji vystihuje názor pracovnice poskytující služby v domácím prostředí. Jejich role končí

ve chvíli, kdy končí role rodinných pečovatelů. Někdy mohou nastat situace, které nikdo nepředvídal: vážná nemoc nebo úmrtí pečovatele, vyčerpanost, rodinné důvody, psychická vyčerpanost někdy finance. Péče o tyto osoby je čtyřicet hodin denně. Noční potulování, útky z domova, agrese, která je ze strany rodinných pečovatelů zvláště psychicky velmi zatěžující, mohou rodinné příslušníky dovést k rozhodnutí, že péči v přirozeném domácím prostředí ukončí a předají blízkého do péče profesionálních pracovníků. Ani tento krok není nijak jednoduchý, protože kapacita rezidenčních zařízení není dostatečná a volná místa chybí.

Pracovnice Lenka: *„My můžeme pečovat jen do doby, dokud chtějí pečovat rodinní příslušníci. Já jsem nezažila, že bychom řekly, že nebudeme jezdit poskytovat služby, když bylo potřeba. Vždycky je to rozhodnutí rodinných příslušníků, protože stav klientů s Alzheimerovou chorobou jim většinou neumožňuje vlastní rozhodování. Víte, já je neodsuzuji, ono je to pečování na dvacet čtyři hodin, tak se může lehce stát, že z nějakého důvodu už pečovat nemůžou - vlastní zdraví, vyčerpanost, rodinné důvody, psychická vyčerpanost někdy finance.“*

Pracovnice Lída: *„Pokud to je jen trochu možné nechávají si své blízké doma a starají se o ně. Velkým problémem je také agrese. To bývá vedle nezvládaného potulování a odchodu z domova častý důvod pro umístění nemocného do domova se zvláštním režimem. Ať chcete či nechcete, dřív nebo později přestanou i pobíhat po okolí, protože degradují i fyzicky. Pokud se podaří toto období překlenout, zůstávají ve svém domově až do konce života. Shrnula bych to asi takto: všichni naši klienti chtějí být doma, ve svém, proto jim poskytujeme pomoc, bohužel klienti s Alzheimerovou chorobou jsou odkázáni na rozhodnutí někoho jiného, protože se dostanou do fáze, kdy o sobě sami rozhodnout nezvládnou, a zároveň nezvládají základní péči o sebe. Co už vůbec nedokážou, je hospodaření s penězi.“*

Pracovnice Martina: *„Jindy to jsou i vlastní zdravotní potíže pečovatele. Pokud není nikdo další, kdo by nastoupil, pak také končíme. Nemůžeme bez součinnosti poskytovat služby čtyřicet hodin denně. Na to nemáme kapacitu. Pak nic jiného nezbyvá, než přemístit do pobytu, což není vůbec snadné protože, míst v pobytovém zařízení se zvláštním režimem je málo a klientů přibývá.“*

## 6. Diskuse

Téma diplomové práce bylo zvoleno na základě osobních zkušeností. Bydlely jsme společně s matkou, které byla Alzheimerova choroba diagnostikována. Pro osobu v této oblasti nezkušenou bylo velmi náročné se zorientovat v nabídce poskytovaných sociálních služeb. Zároveň se ukázalo jako velmi stresující rozhodnutí, zda přemístit nemocnou osobu mimo domov do pobytového zařízení nebo pečovat v rodinném prostředí. V průběhu absolvování povinné studijní praxe v terénních pečovatelských službách a v denním centru, jsem se později setkávala se stejnými situacemi, jakou jsem si kdysi sama prožila. Proto jsem zvolila zmapování problematiky péče v přirozeném domácím prostředí z pohledu domácích pečovatелů, uživatelů sociálních služeb a pracovníků, kteří sociální služby těmto klientům poskytují, jako součást výzkumného šetření.

Nejobtížnější fází výzkumu bylo sestavení výzkumného vzorku, který by splňoval stanovené podmínky. Podařilo se mi oslovit respondenty tak, že jsou mezi klienty zastoupeny kategorie mužů i žen. V případě respondentů ze skupiny rodinných pečovatелů se podařilo získat zástupce nejen z obou skupin, ale i z různých příbuzenských vztahů - pečující manželka, dcera, vnuk. Analyzované rozhovory byly v této skupině získány z poměrně širokého věkového spektra (nejstarší 88 let pečující manželka, nejmladší 38 let pečující dcera).

Dalším úskalím při vlastní realizaci bylo vytvoření vztahu důvěry a otevřenosti. Podrobně jsem respondenty seznámila s celým průběhem výzkumu. Od počátku jsem se snažila se o navázání vztahu důvěry a otevřenosti pro zdárné uskutečnění rozhovorů. Před vlastními rozhovory jsem rodiny navštívila, abych byla co nejlépe připravena. Vedení rozhovorů s osobami postiženými Alzheimerovou chorobou není snadné a v tomto ohledu jsou poznamenány mojí nezkušeností. Respondenty z řad pracovníků sociálních služeb tvoří výhradně ženy. V době, kdy probíhal výzkum, nebyl v dotyčné organizaci zaměstnán žádný muž. Mužský pohled na problematiku bohužel zcela chybí. Negativním aspektem výzkumu může být, že výzkum probíhal ve skupině pracovníků poskytujících služby, kteří nejsou speciálně odborně vyškolené pouze pro práci s osobami s Alzheimerovou chorobou.

Vzhledem k osobní zkušenosti s poskytovanými službami pro osoby s Alzheimerovou chorobou ve zkoumané lokalitě menších obcí, mohu porovnat současnou situaci se stavem před deseti lety. Oblastní Charita tehdy nabízela terénní pečovatelské služby. Stejná situace je i nyní. Zvýšil se však počet pracovníků, kteří je poskytují. V minulosti to byli cca čtyři pracovnice, v době výzkumu to bylo pracovnic deset. Toto

zvýšení počtu pravděpodobně reflektuje rostoucí zájem o pečovatelské služby. Služby denního centra nebyly tehdy poskytovány žádné. Výzkumné šetření ukázalo, že sociální služby byly rozšířeny o služby denního centra, které je sice vzdálené, ale mohou ho navštěvovat i osoby s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou. Přibyla i možnost požádat o služby osobní asistence. Zde je vidět určitý posun proti situaci před deseti lety. Pro dokreslení situace v sociálních službách určených pro osoby s Alzheimerovou chorobou doplním, že ve zkoumané lokalitě bylo v roce 2014 otevřeno soukromé pobytové zařízení se zvláštním režimem s kapacitou cca 200 lůžek.

Výzkum ukázal, že některé druhy služeb jsou v této lokalitě obtížně dostupné nebo úplně chybí. Je zde podnět pro rozšíření poskytovaných služeb. Mohla by vzniknout i samostatná nezisková organizace s cílovou skupinou klientů postižených Alzheimerovou chorobou doplněná o pomoc z řad dobrovolníků. Bylo by tím zároveň zajištěno kontinuální vzdělávání pracovníků, kteří by s těmito klienty v terénu pracovali.

Nelze opominout problematiku, kterou rodinní pečovateli zmiňovali v souvislosti s fungováním stávajících systémů. Nejčastěji zmiňovaná byla provázanost zdravotních a sociálních služeb nebo sociální zabezpečí rodinných pečovatelů při odchodu ze zaměstnání. Diskutován byl i způsob přiznávání příspěvku na péči. Odstranění těchto problémů by souviselo s provedení legislativních změn v sociálním a zdravotním systému. Vzhledem k malému počtu respondentů však nelze výzkumná zjištění zobecňovat.



## ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo vymezit možnosti a limity sociálních služeb jako podpory domácí péče o seniora s Alzheimerovou chorobou. Práce byla rozdělena na dvě základní části. V teoretické části byla vymezena základní teoretická východiska, na která navazuje empirická část práce. Výzkumu byl zaměřen na zmapování vlivu poskytovaných sociálních služeb na rozhodování rodinných pečovatelů o osoby postižené Alzheimerovou chorobou, zda pokračovat v domácí péči či naopak umístit blízkého seniora rezidenčního zařízení se zvláštním režimem.

Ze získaných údajů vyplývá, že osoby postižené Alzheimerovou chorobou vnímají sociální služby jako přínosné, jelikož jim jsou oporou při každodenních osobních úkonech a pomáhají i rodinným příslušníkům, kteří o ně pečují. Zajišťují péči v době jejich nepřítomnosti nebo jsou rodinným pečovatelům nápomocni. Nejčastěji jsou využívány služby v rámci stravování, osobní hygieny a sebeobslužných aktivit. Osoby postižené Alzheimerovou chorobou mají možnost navštěvovat denní stacionář, kde je o ně zajištěna péče po celý den. Rodinní příslušníci hodnotí průběh poskytování sociálních služeb velmi kladně. Díky nim mají možnost chodit do zaměstnání nebo uspokojovat vlastní potřeby. V domácím prostředí jsou poskytovány nejen sociální služby, ale i služby zdravotní, které jsou bezplatné. Pracovníci zdravotnických služeb zajišťují základní odběry a ošetření v domácím prostředí.

Ke kritickým zjištěním náleží fakt, že vzhledem k tomu, že se jedná o sociální služby, které jsou klienty hrazeny, existují lidé, kteří si je z finančních důvodů nemohou dovolit. Největším limitem se pro pečující osoby ukázala nedostupnost stacionářů a center denních služeb. Nepraktickou se také jeví nepropojenost sociálních a zdravotnických služeb. Pečující osoby si uvědomují, že se mohou dostat do situace, kdy budou zvažovat, zda nebude lepší zajistit péči mimo domov. Rodinní pečující zmiňovali jako limit poskytování rezidenční péče nedostatečnou kapacitu stávajících zařízení a dlouhé čekací lhůty.

Stanovený cíl práce byl tímto naplněn. Byly vymezeny nejen možnosti, ale také limity poskytování sociální péče pro osoby pečující o seniora s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí v lokalitě s menším počtem obyvatel.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. AMBLER, Zdeněk. *Neurologické poruchy ve vyšším věku*. 1. vyd. Praha: Triton, 2000. 186 s. ISBN 80-7254-116-1.
2. BARTOŠ, Aleš, a Martina HASALÍKOVÁ, *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta., 2010. ISBN 978-80-204-2282-8.
3. BRAUN, Virginia a Victoria CLARKE. Using thematic analysis in psychology *Qualitative Research in Psychology*. 2006, 3,2, 77 – 101. ISSN 1478-0887 [online], 2017-12-12] Dostupné z: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>.
4. BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-081-x.
5. BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.
6. BUŽGOVÁ, Radka. Identifikace potřeb rodinných příslušníků v domácí paliativní péči. *Asociace vzdělavatelů v sociální práci*, 2010, s. 91-95. ISSN 1213-6204.
7. CALLONE, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2320-4.
8. ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.
9. DENZIN, Norman K. a Yvonna S. LINCOLN, ed. *Collecting and interpreting qualitative materials*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 1998. ISBN 0-7619-1434-X.
10. DVOŘÁČKOVÁ, Dana. *Sociální práce: Role sociálního pracovníka v procesu doprovázení je nezastupitelná*. [online]. 2010 [cit. 2018-02-11]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/soubory/socprac0210web-100624191331.pdf>.
11. EICHENHOFER, Eberhart. *Socialrecht*, 2. vydání. Tübingen: Mohr, 1997. ISBN 3-16-146788-4.
12. ERIKSON, H. Erik., *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Přeložil Jiří ŠIMEK. Praha: Lidové noviny, 1999. ISBN 80-7106-291-X.
13. FRANKOVÁ, Vanda. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80204-2423-5.
14. HAMER, Dean a Peter COPELAND. *Geny a osobnost: biologické základy psychiky člověka*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-779-5.

15. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
16. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Vyd. 3., Praha: Porál, 2012. ISBN 978-80262-0219-6
17. HOLMEROVÁ, Iva a Martina MÁTLOVÁ, ed. *Dopisy České alzheimerovské společnosti*. 2., rozš. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2012. ISBN 978-8086541-31-0.
18. HOLMEROVÁ, Iva, Eva JEROLÍMOVÁ, Jitka SUCHÁ a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Česká gerontologická společnost, 2009. ISBN 978-8086541-25-0.
19. HOLMEROVÁ, Iva., Hana JANEČKOVÁ, a Petr VELETA. *Na pomoc pečujícím rodinám. Pro ty, kteří pečují o občany postižené demencí*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2002. ISBN 80-86541-08-8.
20. HORECKÝ, Jiří. *Sociální služby: Otázky dlouhodobé péče v zemích EU* [online] 2014 [cit. 2018-04-30]. Dostupné z: [http://www.horecky.cz/images/1390377865\\_ss-1-2014-final-s28-32.pdf](http://www.horecky.cz/images/1390377865_ss-1-2014-final-s28-32.pdf).
21. HOŘEJŠÍ, Jaroslav, ed. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén, 1999. ISBN 8072620258.
22. JEŘÁBEK, Hynek. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005. ISSN: 1801-1640.
23. JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-268-4.
24. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-2472454-6.
25. JIRÁK, Roman, Jiří OBENBERGER a Marek PREISS. *Alzheimerova choroba*. Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-88-8.
26. KADAŇKA, Zdeněk a Martin BAREŠ. *Učebnice speciální neurologie*. 3., přeprac. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5320-5.
27. KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
28. KÁŠ, Svatopluk. *Neurologie v běžné lékařské praxi*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-339-1.

29. KLEVELOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
30. KNÁPKOVÁ, Martina. Domácí hospicová péče z pohledu rodinných příslušníků pacientů. *Sociální práce*. Asociace vzdělavatelů v sociální práci., 2014, s. 106-120. ISSN 1213-624.
31. KOLDINSKÁ, Kristina. Britská právní úprava a praxe sociálních služeb jako inspirace pro Českou republiku? *APLIKOVANÉ PRÁVO*. Praha: VŠAP, roč. 2004, č. 2, s. 59-74.
32. KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.
33. KOZLOVÁ, Lucie. *Sociální služby*. Praha: Triton, 2005. ISBN 9788072546626.
34. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1370-5.
35. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1284-9.
36. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
37. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
38. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
39. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. Praha: GRADA. 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
40. MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2009. ISBN 978-80-210-5029-7.
41. *Neformální péče ve vybraných státech Evropské Unie* [online]. 2015 [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: [file:///C:/Users/PC3/Downloads/4\\_Komparativní%20analýza.pdf](file:///C:/Users/PC3/Downloads/4_Komparativní%20analýza.pdf)
42. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa. *Psychiatrie pro praxi: Vztah spánku a jeho poruch ke kvalitě jeho života* [online]. 2007 [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/06.pdf>.
43. OPATRŇÝ, Aleš. *Malá příručka pastorační péče o nemocné*. 1. Praha: Pastorační středisko, 2003, 53 s.

44. PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Přeložil Abigail KOZLÍKOVÁ. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-184-3.
45. POKORNÁ, Andrea a Petra JUŘENÍKOVÁ. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelské péče o seniory: podpora sociokulturní a odborné kompetence profesionálních pečovatelů (NLZP) o seniory*. Brno: Tribun EU, 2011. ISBN 978-80-263-0043-4.
46. PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-807345-437-1.
47. *Reforma psychiatrie* [online]. 2018 [cit. 2018-07-01]. Dostupné z <http://www.reformapsychiatrie.cz/category/tym/ps-neurodegenerativni-onemocneni/>
48. REGNAULT, Mathilde. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9.
49. RESSNER, P. *Alzheimerova choroba – diagnostika a léčba*, in „*Neurologie pro praxi*“, 2004, č. 1, s. 11-16, *Neurologie pro praxi* [online]. [cit. 2018-02-10]. Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2004/01/04.pdf>
50. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 3. vydání. Praha: Portál. 2014. ISBN 978-80-262-0772-6.
51. SMĚKAL, Vladimír. Možnosti poskytování psychosociální a duchovní opory seniorům v rodině a v zařízeních sociální péče. *Sociální práce. Asociace vzdělavatelů v sociální práci.*, 2014, s. 50-62. ISSN 1213-624.
52. SMĚKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti: člověk v zrcadlení [i.e. zrcadle] vědomí a jednání*. 3., opr. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2009. ISBN 978-80-87029-62-6.
53. STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
54. STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
55. SURYNEK, Alois. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press, 2001. ISBN 80-7261-038-4.

56. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
57. TOMEŠ, Igor. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.
58. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 978-80-7262-365-5.
59. TOŠNEROVÁ, Tamara. *Příručka pro pečovatele: Starší dlouhodobě nemocný člověk v rodině – a co dál?*. 1. Praha: Ambulance pro poruchy paměti., 2002. ISBN 80-238-8541-3.
60. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela TREJTNAROVÁ a Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 3., nezměn. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-553-2.
61. VANÍČKOVÁ, Klára. *GRANO SALIS* [online]. [cit. 2018-02-11]. Dostupné z: <<http://www.granosalis.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=655>>.
62. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: GRADA, 2007. ISBN 978-802-4721-705.
63. ZGOLA, Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

### **Legislativní zdroje**

64. ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů České republiky. 31. 3. 2006. ISSN 1211-1244.
65. ČESKO. Vyhláška č. 505/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů České republiky. 29. 11. 2006. ISSN 1211-1244.

# PŘÍLOHY

## Příloha č. I – Rozhovor Anna – případová studie 1

Rozhovor ze dne 18. 7. 2017, zahájení 17:00-17:15 hod.

1. D. Jak jste spokojena s dostupností sociálních služeb?
2. *O. „My jsme je zavolali a hned přijeli! Nejdřív přijela jedna paní a teď*
3. *někdy přijedou i dvě. Jsou hodné a jezdí vždycky ráno, aby mi pomohly.“*
4. D. V čem vám nejvíce pomáhají?
5. *O. „Oblékat mi to nejde, ruce se motaj ..., no koukej. Prášky mi taky*
6. *připomínaj, hlava to víte. Já si nevzpomenu a nevzpomenu. Dřív to bylo lepší,*
7. *všechno jsem si udělala. Navařila sem a buchty co sem napekla, jéje! Na*
8. *posvícení koláče, kolik plechů jsem dělala!!!“*
9. D. Myslíte, že ještě nějak nebo s něčím pomáhají?
10. *O. „No to už nevím..“ (posmutněle)*
11. D. Povídají si s vámi?
12. *O. „To asi jo, ale teď už nevím co... Bejvám ještě v posteli, taky se motám,*
13. *když vstanu!“*
14. D. Tak to taky pomáhají, abyste neupadla?
15. *O. „No to jóo.. i do záchoda mně pomůžou!!!..“*
16. D. Myslíte, že děvčata tím že k vám jezdí, pomáhají nějak celé vaší rodině?
17. *O. „Všichni musí do práce, mladá ještě není v důchodu, tak musí. Jídlo mi*
18. *dávají, abych neměla hlad, a taky pití mně připomínají. Mám tady pořád*
19. *hrnek. Hele! Taky mi pouští televizi, abych se mohla dívat na pohádky nebo*
20. *poslouchat muziku. Pěkně tam hrajou... Ráda sem u muziky tancovala, tak*
21. *teď aspoň poslouchám.“*
22. D. A ještě něčím myslíte, že pomáhají ostatním členům rodiny?
23. *O. „To už nevím, ale jsou všichni na mě hodní a pomáhají mi. Jinak bych*
24. *musela do ústavu a mně je dobře doma. Chodím na naši zahradu. Nechtěla*
25. *bych tam, ani slepice a psa tam nemaj a taky by tam za mnou nechodila paní*
26. *sousedka!“*
27. D. Tak myslíte, že ještě nějak jinak pomáhají?
28. *O. No, už nevím, co bych řekla.“*
29. Tak Vám moc děkuji za rozhovor.

## **Příloha č. II – Rozhovor Jaroslava – případová studie 2**

Rozhovor ze dne 18. 7. 2017, zahájení 15:05 - 15:20 hod.

1. D. Jak jste spokojená s dostupností sociálních služeb?

1. O. „Naši to objednali telefonem. Přijeli se na mě hned podívat a od té doby jezdí.

2. Mají auta, tak nemusí chodit pěšky a jezdí ještě k někomu, ale nevím, jak se

3. jmenuje. To nám neřikali. Taky mě vozí do deníčku (deníček je centrum denních

4. služeb v rodině se užívá tento název), aby naši nemuseli“.

5. D. V čem vám nejvíce pomáhají?

6. O. „Vozí mě do deníčku a zase zpátky domů.“ (deníček je centrum denních služeb

7. v rodině se užívá tento název)

8. D. Co v deníčku děláte?

9. O. „Zpíváme písničky, taky cvičíme a vyprávíme si. Chodí tam i Ivanka Vránová, my

10. sedáme vedle sebe, chodily sme spolu do školy. Jídlo je tam dobrý i koláče někdy

11. máme!. Jsou móóc dobrý!“ (jméno a příjmení anoncováno)

12. D. Myslíte, že ještě nějak nebo s něčím pomáhají?

13. O. „Vozí nám jídlo a taky mně pomáhají s koupáním, abych neupadla.“

14. D. Ještě s něčím pomáhají?

15. „Někdy vaří čaj nebo kafičko.“

16. D. Myslíte, že děvčata tím, že k vám jezdí, pomáhají nějak celé rodině?

17. O. „Můžou bejt doma a koukat se na televizi nebo na fotbal. Oni se rádi

18. koukají. Někdy u toho i usnou!“

19. D. A ještě něčím myslíte, že pomáhají ostatním členům rodiny?

20. O. „Taky mě vozí do toho „deníčku“, jinak bych musela pořád bejt doma s naší

21. Pavlínkou (setra paní Jaroslavy). Ona ráda chodí na zahradu, pěstuje kytky a taky

22. se stará o zvířata. Dřív jsem to všechno zastala, ale teď už nic nezmůžu. Nohy

23. mi neslouží. Jenom abych nemusela do ústavu, tam já nechci!“

24. D. Co by se vám líbilo nebo s čím byste chtěla ještě od děvčat pomoci?

25. O. „Třeba pomoct s něčím Pavlínce (jméno anonymizováno), aby si sedla tady ke

26. mně.“(ukazuje rukou vedle sebe)

27. D. A ještě něco?

28. O. „Už asi nic...“ (posmutněle)



### **Příloha č. III – Rozhovor Josef – případová studie 3**

Rozhovor ze dne 15. 9. 2017, zahájení 16:00 - 16:10 hod.

1. D. Jak jste spokojený s dostupností sociálních služeb?
2. O. „*Děvčata jezdí, a to je pomoc Božence (jméno anonymizováno). Ona někdy nemůže,*
3. *všechno ji bolí... “*
4. D. Přijeli rychle, když jste zavolali ?
5. O. „*...no, to nevím, to Miloš (jméno anonymizováno), vnuk, víte... “*
6. D. Vnuk vám to obstaral?
7. O. „*No jóó, on je doktor, tak to může zařídit! “*
8. D. Jak Vám pomáhají nebo s čím Vám pomáhají?
9. O. „*S mytím, oblékají... přinesou snídani... “*
10. D. Ještě s něčím pomáhají?
11. O. „*Smějou se na mě...! “*
12. D Tak jste rád, že k Vám jezdí?
13. O. „*Jsou to krasavice!!! “*
14. D. Myslíte, že pomáhají celé rodině?
15. O. „*Hlavně Božence (jméno anonymizováno), ona už nemůže, nemá sílu! “*
16. D. A ještě něčím myslíte, že pomáhají?
17. O. „*... pomáhají, když mě bolejí nohy... “*
18. D. Chtěl byste, aby Vám pomohli ještě s něčím?
19. O. „*Potřeboval bych navštívit Jožu na Slovači! “* (jméno i lokalita změněny)
20. D. A ještě něco?
21. O. „*Nevím,.. už nic... “*
22. Tak děkuji za rozhovor.

#### **Příloha č. IV – Rozhovor Věra – případová studie 4**

Rozhovor ze dne 10. 11. 2017, zahájení 17:05 – 17:15 hod.

1. D. Jak jste spokojená s dostupností sociálních služeb?
2. O. „*To zařídila Verunka (jméno anonymizováno). Dovážejí mi obědy, ošetřují mi*
3. *boláky, když potřebuju. Taký jezdím do stacionáře. Tam se mi líbí. Pěkně mě tam*
4. *dovezou a zase přivezou. Naši nemusí...“*
5. D. Přijeli rychle, když jste zavolaly ?
6. O. „*Když zavoláme, tak vždycky přijedou!*“
7. D. Jak Vám pomáhají nebo s čím Vám pomáhají?
8. O. „*Nemusím chodit k doktorovi každý den, když mám boláky. Bolí mě nohy...“*
9. D. Ještě s něčím pomáhají?
10. „*Jídlo v poledne dovážej a připomenou mi léky. Já bych jinak zapomněla.*“
11. D. Myslíte, že pomáhají celé rodině?
12. O. „*Verunka může chodit do práce a nemusí chystat jídlo.*“
13. D. A ještě něčím myslíte, že pomáhají?
14. O. „*Taký ušetříme za auto!*“
15. D. A ještě něco?
16. O. „*Můžu zůstat doma (posmutněle)...“*
17. Děkuji za rozhovor.

## **Příloha č. V – Rozhovor Václav – případová studie 5**

Rozhovor ze dne 10. 11. 2017, zahájení 17:05 – 17:15 hod.

1. D. Jak jste spokojený s dostupností služeb?
2. O. „*Chodí pomáhat s holením.*“
3. D. S čím ještě Vám pomáhají?
4. O. „*S oblíkáním..., mytím... a jíst dávají.*“
5. D. Ještě s něčím pomáhají?
6. „*Nosí prášky...*“
7. D. Myslíte, že pomáhají nějak celé rodině?
8. O. „*Mařence...*“ (jméno anonymizováno)
9. D. Myslíte, že pomáhají manželce, aby na ni toho nebylo moc?
10. O. „*Jo!*“
11. D. A ještě někomu?
12. O. „*Nevím...*“
13. D. Myslíte, že by Vám ještě nějak jinak mohla děvčata pomáhat?
14. O. „*Asi už ne a chci spát!*“
15. Tak Vám děkuji za rozhovor.

## **Příloha č. VI – Rozhovor Ludmila – případová studie 6**

Rozhovor ze dne 10. 11. 2017, zahájení 17:05 – 17:12 hod.

1. D. Jak jste spokojená se službou?
2. O. „*Chodí sem.*“
3. D. S čím Vám hlavně pomáhají?
4. O. „*Dávaj jíst..*“
5. D. Ještě s něčím pomáhají?
6. „*Čteme, posloucháme.... Taky ležíme.*“
7. D. Myslíte, že pomáhají celé rodině?
8. O. „*Děda, děda...*“
9. D. Myslíte, že pomáhají i dědečkovi?
10. O. „*Jo!*“
11. D. A ještě někomu?
12. O. „*Nevím a nechci...*“
13. Tak děkuji za rozhovor.

## **Příloha č. VII – Rozhovor Hana – pečující případová studie 1**

Rozhovor ze dne 18. 7. 2017, zahájení 17:35-18:15 hod., 56 let, pracující

1. D. Jak jste spokojená s dostupností sociálních služeb ve vaší lokalitě?

2. O. „*V současnosti máme, co potřebujeme. Využíváme pečovatelské a zdravotní služby Charity a zatím nemáme problém. Pracovnice se mezi sebou domlouvají, nemusíme nic organizovat. Jezdí celkem v domluvených časech.*“

5. D. Jakou máte praktickou zkušenost s organizováním péče klíčovým pracovníkem,

6. který byl přidělen uživateli sociální služby při sestavování individuálního plánu péče?

8. O. „*Když jsme se domlouvali na službách, byla nám přidělena pracovnice, střídají se ale podle služeb, když něco potřebujeme, stačí říci, kterékoliv. Doposud jsme neměli problém. Zatím nic dalšího neřešíme. S obvodním lékařem a dalšími odbornými lékaři se domlouvám sama, také tam matku sama vozím. Má ve mně jistotu, nechtěla by, aby s ní chodili cizí. Asi je to pro ni nějaké intimnější nebo co... Taky tam některé věci musím domluvit nebo objasnit za ní, někdy už ani nedokáže úplně jasně odpovědět, když se jí na něco zeptají... (posmutněle se odmlčela). Čas od času se zeptají, jestli jsme spokojené nebo chceme něco dělat jinak. Zatím nám to funguje, tak nač to měnit! Paní doktorka nám vychází vstříc a snaží se nám věci usnadňovat a píše nám zdravotní služby např. děvčata přijedou nabrat krev domů, abychom nemuseli někdo z rodiny matku vézt ráno na odběry a pak letět do práce. Někteří obvodáci to nechtějí psát, protože to jde z jejich nákladů, mají obavy, aby s nimi zdravotní pojišťovny uzavřely smlouvy.*“

21. D. Jak hodnotíte poskytované sociální dávky?

22. O. „*Víte, to máte těžké. Maminka má přiznané 4400 Kč na péči. Platíme z toho pečovatelské služby. Za zdravotní nemusíme platit nic. Zatím chodím do práce a mám svůj příjem. Matka má důchod, ale bydlíme v domku, náklady na provoz také nějaké jsou, ještě další údržba, nějaké ty úpravy pro matku. Pořád je co... Kdybych zůstala doma, asi bych nemohla platit pečovatelské služby a musela bych se spolehnout víc na sebe... a to si zatím úplně nedokážu představit... Děti pomohou, ale mají také svoje. Nějak pravidelně je zatím nechci do péče o babičku zatahovat. Třeba na to taky dojde. Má je pořád moc ráda a ony ji taky. Když byly malé, trávily prázdniny s ní. Mají na to pěkné vzpomínky. Po smrti táty žila jen pro ně. Raději moc dopředu nepřemýšlím... (o poznání optimističtěji). Zatím se držíme, jak říká*

32. *paní doktorka z poradny pro „alzheimery“, tak abych to nezakřikla!“ (na tváři se jí*  
33. *objevil úsměv)*

34. D. Jak naplňujete jako pečující osoba potřeby vlastního zdraví a odpočinku včetně  
35. potřeb sociálních, ekonomických, seberealizačních? Jak se popřípadě vyrovnáváte  
36. s jejich nedostatkem?

37. *O. „Mohla bych se zeptat, o čem že to je vlastně řeč. Tato oblast se někam*  
38. *vytratila. Ne proto, že bych si to nemohla dovolit, vydělávám obstojně, myslím, že*  
39. *někteří pracují i za míň, ale když můžu, raději si lehnu, připadám si strašně unavená a*  
40. *utahaná, nějak pořád neodpočatá. Snažím se pečovat o sebe alespoň tak, že ke*  
41. *svým lékařům chodím na pravidelné kontroly a tím udržuji sebe v akceschopném*  
42. *stavu. Někdy mám těch doktorů, až nad hlavu. Máme psa, tak s ním chodím na*  
43. *procházky a tím se snažím dát trochu své fyzické kondici. V práci sedím, proto*  
44. *chodíme rádi..., někdy jsem ráda, že vypadnu z domu... jsem taky jenom člověk, a*  
45. *mám své hranice. Poslední dobou mi připadá jeden den jako druhý. Zaměstnání,*  
46. *nákup, domácnost s matkou, manželem a dospělým synem..., nechci se rouhat, ale*  
47. *někdy jsem ráda, že děti jsou dospělé. Holky bydlí samostatně. Nevím, kde bych*  
48. *brala sílu na psaní úkolů a plnění jiných školních povinností. S matkou je to*  
49. *podobné jako s dětmi. Také vyžaduje pozornost, moji přítomnost a kontrolu. Je to*  
50. *takový zákon života, že děti se rodí mladým, pečujete, a když vyrostou, zestárnou*  
51. *rodiče, pečujete. Je to podobné. S dětmi je to více radostné, s rodiči někdy více*  
52. *bolestné. Víte jak, srdce vás bolí (posmutněla).*

53. *Uvědomujeme si to, snažíme čas od času někam vyrazit. Manžel se synem zatím*  
54. *zastávají takovou tu hrubou sílu. Když někde spadne, pomáhají na nohy. Pokud*  
55. *někam vyrazíme, u babičky se střídají děti. Dříve jsem více četla, sem tam si něco*  
56. *ušila, navštěvovala se s kamarádkami, kdybyste se na to nezeptala, ani bych si*  
57. *neuvědomila, že se to někam vytratilo...“ (odmlčení – zamýšlení - posmutnění)*

58. D. Jak se s tím vyrovnáváte?

59. *O. „Asi tím spánkem (smích), já od malička ráda spím. Máme taky toho psa, se*  
60. *kterým je legrace, pořád něco vyvádí. Je jako člen rodiny. Reviduje, co se v kuchyni*  
61. *děje, pak se hned přesune k matce a dělá psí oči, ví, že dostane.. (úsměv). Pořádili*  
62. *jsme ho pro matku, aby jí dělal společnost, když odejdeme do práce. Docela si*  
63. *rozumí a my ho máme také pro radost. Udržuje matku v pohybu, nosí míček nebo*  
64. *klacky a ona musí házet, pak spolu svorně odpočívají, matka klimbá na lavičce a*

65. *Terka pod lavičkou, my říkáme, že je to terapeutický pes a jak vidíte, tak pro*
66. *všechny.*“ (radostně s trochou humoru).
67. D. Co je z Vašeho pohledu rodinných největší zátěží při pečování o osobu
68. postiženou Alzheimerovou chorobou?
69. *O. „Co je nejtěžší (přemýšlí, oči směřují nahoru) více práce např. s úklidem,*
70. *množstvím špinavého prádla, organizování denního režimu, to vše se dá nějak řešit.*
71. *Pro mne je nejtěžší vyrovnávat se s tím, že člověk, kterého jste znali jako*
72. *chápatícího, milujícího, obětavého, dokázali jste odhadnout, jak na co bude*
73. *reagovat, se mění, těžko se s ním domlouváte, má svoje náladky, někdy si myslíte,*
74. *že vám to dělá naschvál a ono to tak není. Ty výpadky paměti jsou zvláštní. Recept*
75. *na bramboračku odříká zpaměti, že ji měla k obědu, si za hodinu nevzpomene*
76. *(posmutněle). Štěstí v neštěstí máme snad jen v tom, že matka nejeví známky*
77. *agrese. To by bolelo dvakrát tolik“* (smutně, klopi oči).
78. D. Jaká proměna životní situace pečující rodiny či změna zdravotního stavu u
79. osoby trpící Alzheimerovou chorobou by vedla k ukončení užívání sociální služby
80. v domácím prostředí a k trvalému využití rezidenčního zařízení?
81. *O. „Na to se snažím nemyslet. Nechtěli bychom matku nikam umísťovat. Ona sama*
82. *také dosloužila svým rodičům. Beru to jako povinnost dětí vůči svým rodičům.*
83. *Kdyby mne všichni opustili a zůstala bych na to sama, i tak snažila bych se*
84. *umožnit jí pobyt doma. Kdyby to jinak nešlo, požádala bych o asistenta a snad*
85. *bychom to nějak zvládli. Tak asi kdybych umřela, to nevím, jak by rozhodl zbytek*
86. *rodiny. Nějaké moje přechodné onemocnění by se určitě dalo vyřešit dočasným*
87. *pobytem v odlehčovákku a pak zase pečovatelskými službami. Museli bychom se*
88. *uskromnit. Matka nikdy nebyla na nějaké velké společnosti lidí. Měla několik*
89. *kamarádek, které už zemřely. V nějakém zařízení by byla úplně ztracená. Špatně*
90. *snášela i pobyt v nemocnici. Jedině snad, že by potřeboval speciální přístroje,*
91. *které by doma nemohly být. Jinak nevím, co by všechno mohlo nastat. Možná budu*
92. *ještě překvapená...“* (posmutněle)
93. D. Jakou nabídku další doposud neposkytované pomoci byste uvítala ze strany
94. pracovníků sociálních služeb? V čem byste poskytovanou sociální službu proměnili
95. či rozšířili?
96. *O. „V začátku nemoci, když jsou na tom ještě fyzicky dobře, by stačilo postižené*
97. *třeba jen kontrolovat jak se oblékli, zda si vzali léky, zda mají dostatečný příjem*

98. tekutin, zda snědli jídlo, jestli se někde nepotulují, nepobíhají neoblečení apod.
99. Třeba jen formou nějaké dohody o provedení práce vykonávanou osobou
100. z místa bydliště. Ušetřily by se nákladné přejezdy autem nebo by mohl
101. pomoci nějaký dobrovolník. Jednou říkala jedna paní v poradně u paní
102. doktorky, že by potřebovala pomoc s venčením psa. Taková blbost a přece
103. to může být pro někoho problém. To zvíře mu dělá společnost po celé dny,
104. tak třeba pro něho je to důležité. Snad jenom nějaké fyzioterapeutické
105. služby na protažení. To by nebylo špatné .... alespoň jednou týdně.
106. Fyzicky, by tak rychle nechátrali, sami si žádné cviky dělat nebudou. Kdyby
107. bylo někde blízko denní centrum, třeba i tam“
108. Děkuji za rozhovor.



## **Příloha č. VIII – Rozhovor Dana – pečující případová studie 2**

Rozhovor ze dne 15. 8. 2017, zahájení 14:35-15:00 hod., dcera, 59 let, invalidní důchodce

1. D. Jak jste spokojená s dostupností služeb ve vaší lokalitě?
2. *O. „Zatím využíváme více zdravotních služeb Charity, nemáme problém. Pan*
3. *doktor nám je píše. Děvčata jezdí v domluvených časech a já nemusím*
4. *matku, třeba jen kvůli odběrům, vláčet do „laborky“. Někteří doktoři to psát*
5. *nechtějí. Také nerada k doktorům chodí a je ráda, když děvčata přijdou.*
6. *Raději je nachystaná a už je vyhlíží. Dobře si uvědomuje, že kdyby musela*
7. *cestovat, bylo by to pro ni namáhavější. Je za to ráda a já také (vyjadřuje*
8. *spokojenost). Jednou týdně jezdí do denního stacionáře. Mají tam celodenní*
9. *program. Mají zajištěnu dopravu a jídlo po celý den. Ráno po sedmé ji*
10. *odvezou a kolem 17 hod. je zase doma. Těší se tam, moc pěkně s nimi*
11. *pracují. Není to zařízení jen pro „alzheimer“, ale přijímají i klienty např. po*
12. *mozkové příhodě, jedna paní je tam s roztroušenou sklerózou. Pracovnice*
13. *jsou šikovné a snaží se zapojit všechny. Když má jet, to se připravuje už od*
14. *večera. Stacionář je od nás dost daleko, tak se chvíli vozí, než všechny*
15. *posbírají a odpoledne to samé. “ (úsměv)*
16. D. Jakou máte praktickou zkušenost s organizováním péče klíčovým
17. pracovníkem, který byl přidělen uživateli sociální služby při sestavování
18. individuálního plánu péče?
19. *O. „Žádného klíčového pracovníka přiděleného nemáme. Vše si organizuji*
20. *sama. Když potřebuji, musím zavolat a domluvit se.“*
21. D. Jak hodnotíte poskytované sociální dávky?
22. *O. „Maminka má přiznané 4400 Kč na péči. Já mám 6108 Kč částečný*
23. *invalidní důchod. Žádný zázrak to není, ale musíme vyjít s tím, co máme. Za*
24. *zdravotní služby nemusíme platit nic. Matka má důchod, bydlí v*
25. *samostatném domku, tak má náklady na provoz a nějaké ty úpravy se musely*
26. *také udělat. Moc se z toho udělat nedá. Z příspěvku hradíme pobyt v zařízení*
27. *a cestu. No a další věci a pomůcky podle potřeby.“*
28. D. Jak naplňujete jako pečující osoba potřeby vlastního zdraví a odpočinku
29. včetně potřeb sociálních, ekonomických, seberealizačních? Jak se popřípadě
30. vyrovnáváte s jejich nedostatkem?
31. *O. „To víte, sama mám zdravotní problémy. Snažím se zajistit si pravidelné*

32. kontroly, abych byla co nejvíce schopná a vydržela jsem se starat co nejdéle.
33. Jinak zajišťuji jen ty dvě domácnosti. Na nic jiného mi nezbývají síly a ani
34. peníze. To si ale nestěžuji. Daleko víc, by mne tížilo, kdybych musela mamku
35. někam dát. Ona je takový domácí typ. Jak sama říkávala, z domu paty
36. nevytáhla. Jak by ji asi bylo? Vždyť by umřela jen z toho. Ani nepomyslet
37. ....!!!!“ (skoro úděs)
38. D. Jak se s tím vyrovnáváte?
39. O. „Když je mamka ve stacionáři, to pohovím. Ráda luštím křížovky a čtu
40. ženské časopisy, jak já jim říkám „drbavé“. Dojdu nakoupit a ten den ani
41. mnoho nevařím a dělám si, co mne baví. Někdy zajdu na kus řeči ke
42. kamarádce, jindy navštíví ona mne. Známe se od dětství a vydrželo nám to
43. až do teď. Je mou velkou oporou...“
44. D. Co je z Vašeho pohledu rodinných největší zátěží při pečování o osobu
45. postiženou Alzheimerovou chorobou?
46. O. „Dívat se jak se člověk, který vám byl blízký, se mění, vzdalujete se vám,
47. přestáváte mu rozumět a při tom víte, že to jede z kopce. Musíte hledět, aby
48. zůstalo co nejvíce z toho pěkného. U této nemoci je to ještě mnohem těžší.
49. Tady tomu chování někdy nerozumíte. Někdy to moc bolí, moc...“ (velký
50. smutek)
51. D. Jaká proměna životní situace pečující rodiny či změna zdravotního stavu u
52. osoby trpící Alzheimerovou chorobou by vedla k ukončení užívání sociální
53. služby v domácím prostředí a k trvalému využití rezidenčního zařízení?
54. O. „Pokud nebude žádná spolupráce od mamky, tak to pro mne bude hodně
55. složité. Mám ráda, když se na mne matka jen podívá, usměje se nebo začne
56. jen něco „brblat“, bez toho to bude těžké. Jedině, že by potřebovala takovou
57. péči, kterou bych ji doma nemohla zajistit. Mám na mysli třeba nějaké
58. speciální přístroje, bez kterých by se nedalo žít, nebo co já vím, co nás může
59. ještě potkat.“
60. D. Jakou nabídku další doposud neposkytované pomoci byste uvítala ze
61. strany pracovníků sociálních služeb? V čem byste poskytovanou sociální
62. službu proměnili či rozšířili?
63. O. „Já bych uvítala něco jako „půldenní školu pro alzheimery“. Kdyby je
64. někam svezli nebo i doma, ale myslím, že někde jinde by to bylo lepší, s nimi

65. *někdo pracoval formou cvičení mozku, hodinu... (nejistota s otazníkem).*
66. *Hodně se o tom mluví, ale ve skutečnosti, když chcete člověku pomoci,*
67. *musíte si to sehnat, nastudovat a pak realizovat. Od cizího to berou jinak než*
68. *od domácího a víc se snaží. Nutila jste někdy děti do domácích úkolů?*
69. *Tak to vypadá. Vymlouvá se na cokoliv, aby nemusela! Aspoň jednou týdně.*
70. *A taky nějaké cvičení to je to samé, to bych si šla zacvičit taky. Někdy to*
71. *mamce i nabídnu, že budeme cvičit a ono se vždycky na něco vymluví, třeba*
72. *že jí není dobře a raději si zaleze k sobě. Od cizího by to bylo lepší a*
73. *s ostatními by se také přidala. Do denního stacionáře je to daleko a na celý*
74. *den. Kdyby bylo něco poblíž, bylo by to lepší. Po obědě většinou odpočívají a*
75. *to by si mohli třeba už ve svém. Nic takového tady není. Taky by měli kontakt*
76. *s někým jiným než jen s rodinou“.*
77. *Děkuji za rozhovor.*

### **Příloha č. IX – Rozhovor Miloš – pečující případová studie 3**

Rozhovor ze dne 21. 7. 2017, zahájení 18:35-19:30 hod., vnuk, 40 let, pracující

1. D. Jak jste spokojený s dostupností služeb ve vaší lokalitě?

2. O. „Péče o nemocného s „Azheimerem“ je náročná. Většina pacientů, stejně jako  
3. děda jsou komorbiditní pacienti. Nejčastější to jsou kardiovaskulární onemocnění,  
4. mozkové příhody, lehčí infarkty, diabetu a s tím souvisejí různé komplikace, defekty  
5. kůže, otoky, bércové vředy, selhávání ledvin, no je toho spousta. Babička má svůj věk,  
6. proto souhlasila, že jí pečovatelky budou pomáhat. Dostupnost je dobrá, v rámci  
7. možností dodržují i sjednané časy. Nabídka je tady omezená jen na pečovatelské  
8. služby. Tady u nás tyto služby poskytuje Charita. Zdravotní služby poskytují, pokud  
9. vím, asi tři organizace. Obvykle dojíždí ta, se kterou spolupracuje obvodní lékař. Ty  
10. my zatím nevyužíváme. Jinak podrobnosti o kvalitě poskytování služeb ví více babička,  
11. ta je s děvčaty v každodenním kontaktu. U samotného sjednávání jsem byl osobně  
12. přítomen. Zareagovali velmi rychle, jednání bylo konstruktivní a velmi vstřícné“.

13. D. Jakou máte praktickou zkušenost s organizováním péče klíčovým pracovníkem,

14.  který byl přidělen uživateli sociální služby při sestavování individuálního plánu  
15. péče?

16. O. „Sociální pracovnice, která prováděla sociální šetření, se s námi domluvila  
17. na péči, kterou budou poskytovat, na dnech a časech, ve kterých budou zhruba  
18. dojíždět. Sestavili individuální plán péče, o dalším organizování klíčovým  
19. pracovníkem nevím nic, a to jsem byl jednání přítomen“.

20. D. Jak hodnotíte poskytované sociální dávky?

21. O. „Jsou nízké. Ne každý má našetřeno! Ze sociálních dávek, pak můžete nakupovat  
22. jen základní služby a někdy jen v omezené míře. Představte si, že byste se  
23. rozhodovala, jestli zůstanete doma ze zaměstnání a budete pečovat o svoji  
24. maminku, 13200 Kč je nejvyšší dávka, kterou přiznávají osobám v terminálním  
25. stádiu, trvale odkázaných na pomoc druhých. To je ale, obvykle ta poslední etapa  
26. v péči blízkou osobu. Z něčeho musíte žít sama a kolik si můžete dovolit zaplatit  
27. dalších služeb? A to ještě dáte v práci výpověď a později, pokud nemáte důchodový  
28. věk, si musíte hledat nové zaměstnání. Když je vám přes padesát let, a to bývá  
29. většina případů, je to velmi problematické.“

30. D. Jak naplňujete jako pečující osoba potřeby vlastního zdraví a odpočinku včetně

31. potřeb sociálních, ekonomických, seberealizačních? Jak se popřípadě vyrovnáváte

32. s jejich nedostatkem?

33. O. „*Pečování je velmi náročné a unavující. Na nic vedlejšího vám nezbyvá čas,*

34. *a ani psychicky to nezvládáte. Všechno potřebuje předem plánovat, a to*

35. *zasáhne nejen vás, ale v našem případě i moji rodinu. Babička jede do divadla,*

36. *plánuje to předem, pak půl představení stejně myslí na to, jak je to doma, jestli*

37. *řekla, všechno a druhou půlku má výčitky, že se přehodila starost na někoho jiného.*

38. *Nakonec to pro ni je spíše stresující než povzbuzující. My s manželkou zajišťujeme*

39. *tu logistickou stránku. Dovozy k lékaři, nákupy apod. Je to náročné spíše organizačně.*

40. *psychicky vás zasáhne, jak se vám vzdaluje člověk, který vám byl tak blízký.“*

41. D. Jak se s tím vyrovnáváte?

42. O. „*Mám náročné povolání tak pro mě je to jednoznačně spánek“.*

43. D. Co je z Vašeho pohledu největší zátěží při pečování o osobu postiženou

44. Alzheimerovou chorobou?

45. O. „*Děda odchází z domu na ulici, v této fázi je to neustálý dohled. Jak nejste ve*

46. *střehu zmizí. Věřte, že v neděli po obědě byste se někdy rádi natáhli na postel a*

47. *přiběhne babička, že děda není doma. Berete auto a jedete, protože on někdy nemá*

48. *sílu dojet domů. Ještě, že tady na vesnici se lidi znají, tak nám ho už taky přivezli*

49. *domů. Babička je po tom smutná, myslím, že se za to stydí“.*

50. D. Jaká proměna životní situace pečující rodiny či změna zdravotního stavu u

51. osoby trpící Alzheimerovou chorobou by vedla k ukončení užívání sociální služby

52. v domácím prostředí a k trvalému využití rezidenčního zařízení?

53. O. „*Smrt, jediné smrt by mně zastavila. Když byla babička v lázních, dali jsme ho*

54. *přechodně do pobytového zařízení. Děda to špatně nesl, tak jsme moc spokojeni nebyli.*

55. *Doma je doma!“*

56. D. Jakou nabídku další doposud neposkytované pomoci byste uvítala ze strany

57. pracovníků sociálních služeb? V čem byste poskytovanou sociální službu proměnili

58. či rozšířili?

59. O. „*Víte, my jsme se o služby donedávna moc nezajímali. Děda na tom nebyl tak zle*

60. *a babička péči zvládala, ani by nechtěla, aby jí někdo pomáhal. Péče je náročná a*

61. *i ona má zdravotní problémy. Teď si pomoci pochvaluje. Pro pacienty s Alzheimerovou*

62. *chorobou speciálně nenabízejí nic. Určitě by byly dobré nějaké terapeutické techniky*

63. *pro osoby s „Alzheimerem“, ale v domácím prostředí. To v našich vesnických*

64. *podmínkách, zatím není reálné. Ve větších městech jsou lepší možnosti. Myslím, že*

65. *v tomto ohledu je vesnice trochu znevýhodněna. Charita provozuje denní stacionář,*
66.  *který je od nás dost daleko. Myslím, půl hodiny autem. To znamená, že ho tam budete*
67.  *dovážet nebo využijete dopravu, kterou poskytují. Pro některé rodiny je to z finančních*
68.  *důvodů nedostupné. Kdyby byl blíž, bylo by to lepší. Asi by bylo potřeba změnit systém*
69.  *poskytování sociálních služeb, příspěvků a sociálních dávek. To tady asi nevyřešíme.*
70. *Musíme vycházet z toho, co máme momentálně k dispozici“.*
71. Děkuji Vám za rozhovor.

## **Příloha č. X – Rozhovor Veronika – pečující případová studie 4**

Rozhovor ze dne 18. 7. 2017, zahájení 17:35-18:15 hod., dcera 38 let, pracující

1. D. Jak jste spokojená s dostupností služeb ve vaší lokalitě?

2. *„Služby dostupné jsou, ale otázkou je jaký druh a třeba v případě denního centra,*

3. *za jakých podmínek. Je dost daleko a mamka se pěkně povozí. Ráno je svážejí na 9*

4. *hodinu. Nabírají ji kolem osmé hodiny a domů přijíždí k páté hodině, a to fungují do*

5. *půl čtvrté. Pak je různě rozvázejí, podle toho kde bydlí. Myslím, že to máme nejdál, no*

6. *a taky se to o dopravu prodražuje. Kdyby to bylo někde blíž, asi by chodila častěji.“*

7. D. Jakou máte praktickou zkušenost s organizováním péče klíčovým pracovníkem,

8. který byl přidělen uživateli sociální služby při sestavování individuálního plánu

9. péče?

10. *O. „My toho zase tolik nevyužíváme, tak si to organizuji sama. Ono je to někdy lepší.*

11. *Když u nás dělali místní šetření, měli jsme jasnou představu o tom, co chceme, tak to*

12. *bylo spíše v naší režii. Když potřebujeme zdravotní služby, tak to stejně organizujeme*

13. *zvlášť. Je to jedna organizace ale pečovatelské služby a zdravotní služby jsou řízeny*

14. *každá zvlášť. To mi přijde nepraktické. Když potřebujete oba druhy pomoci, tak stejně*

15. *nejezdí spolu a pořád se musíte něčemu přizpůsobovat.“*

16. D. Jak hodnotíte poskytované sociální dávky?

17. *O. „Maminka má přiznaných 800 Kč na péči, má důchod, tak samozřejmě něco*

18. *doplácí z důchodu. Bydlí s námi, tak to zvládá finančně dobře. Kdyby zůstala*

19. *bydlet sama, to by si dovolit nemohla. Myslím, že někteří si služby ani moc dovolit*

20. *nemůžou, protože jim to finance nedovolují. Už vůbec si neumím představit, jak*

21. *bych to zvládala, kdybych musela zůstat doma. To bych asi veškerou starost musela*

22. *převzít. ..to nevím, jak dlouho bych to mohla vydržet. Maminka je zatím docela dobrá.“*

23. D. Jak naplňujete jako pečující osoba potřeby vlastního zdraví a odpočinku včetně

24. potřeb sociálních, ekonomických, seberealizačních? Jak se popřípadě vyrovnáváte

25. s jejich nedostatkem?

26. *O. „No odpočinek, jak bych to řekla. Mně starost o domácnost nikdy moc nevadila,*

27. *zorganizovala jsem si to tak, že jsme měli režim, abych mohla dělat i svoji práci.*

28. *Příchodem matky se to změnilo. Kluci mají babičku rádi, trávili u ní hodně času a*

29. *užili si s ní spoustu legrace. Tak se zapojují podle svých možností, my si s manželem*

30. *můžeme i ledaskam zajít. Matka je hluboce věřící člověk a na vsi doma chodila*

31. *do kostela pravidelně. Tady u nás chodíme spolu. Nechodíme pravidelně, ale*

32. *aspoň jednou za měsíc zajdeme na mši. Já jsem zjistila, že tam nacházím, takový*

33. *vnitřní klid, pěkně si to všechno urovnám v hlavě a cítím se tam klidně bezpečně.*

34. *Nikdy dřív jsem to neuvědomila. To je zvláštní... “*

35. D. Co je z Vašeho pohledu rodinných největší zátěží při pečování o osobu

36. postiženou Alzheimerovou chorobou?

37. *O. „Nejtěžší je vyrovnat se s tím, že vám řeknou tu diagnózu. Říkáte si, ne, to se určitě*

38. *spletli. Pak se stane něco neobvyklého, a vrátí vás to reality. Hledáme peníze, které*

39. *jsou schované, tak, že byste to nevymyslela. Matka má k penězům zvláštní vztah. Musí*

40. *mít v peněžence nějakou hotovost. Kdyby neměla, tak by to pro ni znamenalo, něco*

41. *jako ztráta lidskosti. Nemít peníze je pro ni asi ponižující. Po rozvodu zůstala sama,*

42. *tak se musela naučit spoléhat v tomto směru sama na sebe. Peníze si vždycky hlídala.*

43. *Jak vidí peněženku, okamžitě si ji dává do tašky nebo do kabelky, a to, i když*

44. *není její. Nezasvěcený by řekl, „krade“. Když jsem to řešila poprvé, styděla jsem se*

45. *strašně. Naštěstí to druhá strana pochopila. Matka byla vždycky slušný člověk.*

46. *Ted, když někde jsme, bývám ostražitá. Je to těžké, srovnat se s tím, jak se mění*

47. *osobnost proti její vůli... “*

48. D. Jaká proměna životní situace pečující rodiny či změna zdravotního stavu u

49. osoby trpící Alzheimerovou chorobou by vedla k ukončení užívání sociální služby

50. v domácím prostředí a k trvalému využití rezidenčního zařízení?

51. *O. „Já nevím..., jediné, že bychom nedokázali o máti pečovat. Tím nemám na mysli*

52. *péči s hygienou, ale spíš nějaké zdravotní problémy. Někaké třeba dýchací přístroje*

53. *nebo tak něco. No uvidíme, snad to dokážeme... “*

54. D. Jakou nabídku další doposud neposkytované pomoci byste uvítala ze strany

55. pracovníků sociálních služeb? V čem byste poskytovanou sociální službu proměnili

56. či rozšířili?

57. *O. „Víte, když jsem zjišťovala možnosti, tak mi sdělili, že nabízejí pečovatelské*

58. *služby. Denní stacionář pro „alzheimery“ je poměrně vzdálený, ale jezdíme. Matka,*

59. *tím že se přestěhovala, tak přišla o kontakty. Kdyby byl blíž, bylo by to lepší. Až*

60. *nebude moci být ani na chvíli bez dohledu, museli bychom požádat o služby*

61. *asistenta. Jiná možnost není. Také by bylo dobré, kdyby zdravotní a sociální služby*

62. *mohly být poskytovány současně. Nepocházelo by k situaci, že začnete snídat a*

63. *přijdou vám ošetřovat bércáky. To je asi hudba budoucnosti! Hodně nás zatěžují*

64. *návštěvy u odborných lékařů. Mnohdy nám jen předepíší léky a zase jedeme domů.*



65. *Pokud je zdravotní stav stabilizovaný, tak nevidím důvod, proč vysedávat*  
66. *v čekárnách zbytečně. Mohl by to udělat obvod'ák. Víte, zdá se mi, že je opravdu*  
67. *vidět, že populace stárne. Staří lidé se pomaleji pohybují, hůř slyší, déle jim vše trvá*  
68. *a některá oddělení to nějak nezaregistrovala. Sestry na ně hartusí až běda, když*  
69. *jsem jim to vytkla, moc se jim to nelíbilo. No, to je jiná věc..., tak to je asi všechno.. “*  
70. Děkuji za rozhovor.

## **Příloha č. XI – Rozhovor Libuše, pečující případová studie 5**

Rozhovor ze dne 21. 7. 2017, zahájení 18:35-19:30 hod., manželka, 88 let, důchodce

1. D. Jak jste spokojená s dostupností služeb ve vaší lokalitě?
2. *„Já jsem spokojená moc! Dříve jsem se starala o dědu sama a pomáhala mi*
3. *manželka od syna Olinka. Teď jezdí děvčata. Jsou velmi hodná a mně se hodně*
4. *ulevilo. Jezdí ráno, v poledne a odpoledne k večeru. Nemáme zatím žádné*
5. *problémy. Děda už nemůže moc chodit, tak pomáhají s oblékáním a hygienou.*
6. *Děda měří „stoosmdesát“ a já už ho nezmůžu. Jezdí, jak jsme se domluvily. Jsem*
7. *spokojená, dokonce jedna z děvčat poznala začínající zápal plic, tak teď leží*
8. *v nemocnici. Když jsou tady, pořád mi říkají, abych odpočívala a dělala si, co*
9. *potřebuji. Jsou ke mně pozorné.“*
10. D. Jakou máte praktickou zkušenost s organizováním péče klíčovým pracovníkem,
11. který byl přidělen uživateli sociální služby při sestavování individuálního plánu
12. péče?
13. *O. „O tom nám nic neříkaly, když jsme o službu požádali, tak sem přijela paní asi*
14. *vedoucí a všechno jsme to domluvily. Střídají se tady tři pracovnice. Dvě z nich*
15. *jsou takové zkušené, to je hned vidět a ta jedna přišla později, ta se zaučuje. Pořád*
16. *se ptají, jestli je to všechno, jestli ještě nepotřebuju něco dalšího...“ (projevuje*
17. *nadšení a spokojenost)*
18. D. Jak hodnotíte poskytované sociální dávky?
19. *O. „No, je to málo.. ,když už si sama tolik nemůžete udělat, musíte za leccos*
20. *zaplatit, no.. tak to víte...(s trochu provinilým nádechem). Nemáme s dědou tak*
21. *velké důchody. Příspěvek má 4400 Kč. Taky i s ostatním pro dědu je mnohem*
22. *větší vydání... Já jsem válečné dítě, a tak jsem se naučila šetřit. A teď se to zase*
23. *hodí.“*
24. D. Jak naplňujete jako pečující osoba potřeby vlastního zdraví a odpočinku včetně
25. potřeb sociálních, ekonomických, seberealizačních? Jak se popřípadě vyrovnáváte
26. s jejich nedostatkem?
27. *O. „Jsem s dědou celý den. To jde všechno stranou. Jsem z toho celá uondaná,*
28. *Někdy když si sednu, mám pocit, že spadnu od únavy. Asi klimbu a v noci zase*
29. *třeba nemůžu spát. Dřív jsem pravidelně chodila k holiči a na nehty. Teď se někdy*
30. *nedostanu. Jsem závislá na tom, že mne někdo vystřídá u dědy. Nestěžuji si, syn*
31. *s manželkou mi pomáhají. Jinak bych to dávno nezvládla.“*

32. D. Jak se s tím vyrovnáváte?

33. O. „*Ta únava se dá zahnat jedině odpočinkem, hlavně spánkem. Když je člověk*

34. *utahaný, tak nic nejde od ruky a jen se tak plouží. To je nejdůležitější, ostatní musí*

35. *stranou.*“

36. D. Co je z Vašeho pohledu největší zátěží při pečování o osobu postiženou

37. Alzheimerovou chorobou?

38. O. „*Děda se postupně přestává pohybovat a už toho taky moc nenamluví. Dřív*

39. *jsem jezdila na motorce, byla jsem samostatná. Ted', když potřebuji nakoupit, musí*

40. *se mnou někdo zajet, nebo když jedu autobusem, musí s ním někdo počkat. Taky*

41. *to ježdění po doktorách je únavné, pro mě i pro dědu. Má toho víc, tak každou*

42. *chvilí musíme někam na kontrolu. Hrozně rychle to vždycky uteče.*“

43. D. Jaká proměna životní situace pečující rodiny či změna zdravotního stavu u

44. osoby trpící Alzheimerovou chorobou by vedla k ukončení užívání sociální služby

45. v domácím prostředí a k trvalému využití rezidenčního zařízení?

46. O. „*No jedině, že bych umřela. Víte, že příští rok budeme s dědou 65 let manželé?*

47. *To bych mu nemohla udělat, že bych ho někam šoupla. Pán Bůh by mě za to jistě*

48. *potrestal!*“

49. D. Jakou nabídku další doposud neposkytované pomoci byste uvítala ze strany

50. pracovníků sociálních služeb? V čem byste poskytovanou sociální službu proměnili

51. či rozšířili?

52. O. „*Já jsem ted' spokojená, hodně se mi ulevilo. Nevím, ted' už mne nic nenapadá.*“

53. Tak děkuji za rozhovor.

## **Příloha č. XII – Rozhovor Klára – pečující případová studie 6**

Rozhovor ze dne 10. 12. 2017, zahájení 16:05-17:00 hod., dcera, 57 let, pracující

1. D. Jak jste jako rodinní příslušníci pečující o osobu trpící Alzheimerovou chorobou
2. spokojeni s dostupností služeb ve vaší lokalitě?
3. *O. „Rodiče žijí na vesnici do tisíce obyvatel. Na první pohled se zdálo,*
4. *že je dostupnost sociálních služeb obecně dobrá, a že existuje poměrně široká*
5. *nabídka sociálních služeb a zařízení pro seniory. Pak začnete konkrétně hledat a*
6. *zjišťujete, že se možnosti omezují na respitní péči, která je poskytována na*
7. *omezenou dobu a neřeší potřebu zajistit péči na dobu neomezenou. Další možnosti*
8. *bylo zajistit ústavní péči. S „alzheimerem“ můžete pouze do domova se zvláštním*
9. *režimem. Zařízení jsme navštívili dvě, ale z kapacitních důvodů nejsou schopni*
10. *pomoci při řešení v krizové situaci. Na umístění se čeká v řádech několika měsíců,*
11. *ale někdy i více jak jeden rok. V „eldéence“ je to rovněž obtížné a nemá dobrou*
12. *pověst, často to tam končí smrtí. Zpočátku jsme využívali pečovatelskou*
13. *službu Charity. S postupující nemocí a taky z důvodu omezeného počtu*
14. *pracovníků nebylo možné zabezpečit oba rodiče. V současné době již neobejdou*
15. *bez neustálé pomoci někoho jiného. Matka trpí Alzheimerovou chorobou a otec je*
16. *po mozkové příhodě a je slepý. Začali/ jsme využívat tři dny v týdnu celodenní*
17. *službu formou osobní asistence. Jsou schopni zajistit neomezenou službu u nich*
18. *doma. Zbývající dny v týdnu zajišťujeme péči my. Využíváme téměř vše, co nabízejí.*
19. *Zapůjčují třeba rehabilitační a kompenzační pomůcky. My jsme půjčili zdravotní*
20. *matraci a máme podanou žádost na polohovací postele Na tu je však poradník. No, a*
21. *to je samozřejmě za peníze. Zdravotní stav matky se horší, jak se přidávají další*
22. *zdravotní komplikace. Zdarma jsou poskytovány zdravotní služby, ty využíváme také.*
23. *Děvčata nám dělají doma odběry a někdy se matce otevřou bércové vředy, pak je jezdí*
24. *ošetřovat.“*
25. D. Jakou máte praktickou zkušenost jako rodinní příslušníci s organizováním
26. péče klíčovým pracovníkem, který byl přidělen uživateli sociální služby při
27. sestavování individuálního plánu péče?
28. *O. „Víte ono je to složité. Organizování péče pracovníkem sociální služby je vždy*
29. *závislé na ochotě a možnostech spolupráce nemocné osoby i rodinných*
30. *příslušníků. Obecně se uvádí, že, náplní práce pracovníka je podpořit soběstačnost*
31. *osoby trpící Alzheimerovou chorobou a zprostředkovat kontakt se společenským*

32. prostředím. No jo, ale co když to drhne, a to jak ze strany nemocného, tak ze strany  
33. příslušníků rodiny. Naši zpočátku vůbec nechtěli akceptovat, že by potřebovali od  
34. někoho pomoc a odmítali, aby jim někdo cizí zasahoval do jejich soukromí. Zároveň i  
35. mezi námi, jako pečovateli existovaly spory. Osobní asistentka, která poprvé přišla  
36. pečovat, byť svoji úlohu brala zodpovědně a snažila se aktivizaci asi až moc, musela  
37. být vystřídána. Maminka poměrně brzo po nástupu nemoci omezila komunikaci pouze  
38. na slova. Musíte vnímat i jinou její komunikaci. Byla provedena výměna a začala  
39. docházet starší paní, která svým přístupem vyhovovala lépe a postupem času si u  
40. rodičů vybudovala důvěru a navázala s nimi dobré vztahy. Tady se ukázalo, jak je  
41. důležité navázání kontaktu a přijetí ošetřovatele důležité. Vstávání a chození dělá  
42. matce stále větší potíže. Nesmí se na ní pospíchat. Současná péče spočívá v podávání  
43. jídla, nápojů, pomoci při hygieně, vstávání, chození s chodítkem. Taky se snaží o  
44. nějakou tu aktivizaci. Ta spočívá třeba v poslouchání Šlágru, z předčítání z knížky,  
45. kterou táta kdysi napsal nebo se mazlí s kocourem. To je baví nejvíc. Naši ho mají už  
46. několik let a vždycky to byl jejich mazlík. Mohl i k nim do postele.“

47. O. Jak jsou vámi jako rodinnými příslušníky hodnoceny sociální dávky poskytované  
48. klientům postiženým Alzheimerovou chorobou?

49. „U matky byla zjištěna nemoc před cca 8 lety, 4 roky pobírala důchod a dávku sociální  
50. péče ve výši 800,00 Kč, v současné době pobírá cca 1,5 roku dávku sociální péče ve  
51. výši 8 800,00 Kč. Náklady za využívání služeb osobní asistence hradí rodina měsíčně  
52. ve výši cca 10 – 12 tis. Kč. Měsíčně hradíme sestře náhradu ušlé mzdy 5 000,00 Kč.  
53. Zaměstnavatel jí vyšel vstříc a umožnil snížení pracovního úvazku, no a zbytek jsou  
54. výdaje na zdravotní pomůcky a léky. Z důchodů je hrazen běžný provoz domácnosti.  
55. My využijeme všechno. Já jsem zjišťovala, jak to vypadá a v domově se zvláštním  
56. režimem. Za ústavní péči účtována cena za obsazené lůžko v rozmezí 23 – 30 tis. Kč  
57. za měsíc. V případě maminky by to důchod ani poskytované příspěvky nepokryly.  
58. Museli bychom zbytek doplácet. Podle mého je výše dávky sociální péče je pro osoby  
59. s Alzheimerovou chorobou nízká. U nás je to vidět nejlépe. Sestra nemá starobní  
60. důchod, kdyby zůstala doma úplně, asi bychom tolik nemohli využívat služby. No, a  
61. to by toho bylo na jednoho moc. Příspěvek v případě domácí péče zřídka dosahuje  
62. maximální ústavní péče, která je logicky dražší, ale nemyslím si, že je kvalitnější.  
63. Nárok posuzuje revizní lékař na základě šetření pracovníků úřadu práce a na základě  
64. informací o zdravotním stavu od ošetřujícího lékaře. Posuzuje míru závislosti,

65. *při nichž osoba potřebuje pomoc či dohled podle zákonem stanovených kritérií.*
66. *Myslím, že mnohdy není hodnocení objektivní a přiznaná výše dávky není adekvátní*
67. *ke stavu pacienta.“*
68. D. Jak naplňujete jako pečující osoby potřeby vlastního zdraví a odpočinku včetně
69. potřeb sociálních, ekonomických, seberealizačních? A jak se popřípadě vyrovnávají
70. s jejich nedostatkem?
71. *O. „Péče nás plně zaměstnává. Protože jsme tři sourozenci a máme dospělé děti, které*
72. *podle možnosti také pomohou, tak si můžeme dovolit vysadit. Já se nejvíce nabíjím*
73. *vnoučaty. Musím také někdy fungovat jako babička a pohlídat. Vnučky mě nabíjejí*
74. *úplně nejvíc. Děti jsou velké štěstí.“*
75. Co je z pohledu rodinných příslušníků největší zátěží při pečování o osobu postiženou
76. Alzheimerovou chorobou?
77. *O. „No, ono je toho víc. Pro mne je to organizování vlastního času, rozhodování*
78. *z hodiny na hodinu, třeba když musíte rychle dojet k lékaři. Zasáhne to i vaší vlastní*
79. *rodinu, tak to jsou i neshody ve vlastní rodině. Nepříjemnosti navíc.“*
80. D. Jaká proměna životní situace pečující rodiny či změna zdravotního stavu u osoby
81. trpící Alzheimerovou chorobou by vedla k ukončení užívání sociální služby
82. v domácím prostředí a k trvalému využití rezidenčního zařízení?
83. *„Zhoršení zdravotního stavu v takové míře, kdy by nestačily fyzické a psychické síly*
84. *pečujících nebo výslovné doporučení lékaře. Ted' je rozdělit nemůžeme!!!“*
85. D. Jakou nabídku další doposud neposkytované pomoci byste jako rodinní příslušníci
86. uvítali ze strany pracovníků sociálních služeb? V čem by poskytovanou sociální
87. službu proměnili či rozšířili?
88. *O. „Problém nespočívá ani tak v rozsahu poskytovaných služeb, jako v nedostatku*
89. *odborných pracovníků, kteří tyto sociální služby poskytují. Z uvedených důvodů by*
90. *bylo vhodné podpořit zájem a vzdělávání odborných pracovníků v oblasti sociálních*
91. *služeb souvisejících v péči o seniory a také zvýšení počtu zařízení poskytujících*
92. *speciální péči, kterou pacienti s Alzheimerovou chorobou potřebují. Oni „opečují“*
93. *dobře, ale někteří pracovníci jim nerozumí. Hrnou na ně všechno, co se kde naučili a*
94. *ono to na ně nefunguje. Někdy to péči komplikuje. Jak se říká, je to o lidech!“*
95. *Děkuji Vám za rozhovor.*

## **Příloha č. XIII – Rozhovor Alice, pečovatelka**

**32 let, praxe 7 let**

1. D. Jaké činnosti považují pracovníci sociální služby, kteří docházejí za klienty

2. trpícími Alzheimerovou chorobou do domácího prostředí, za přínosné pro klienta

3. samotného i pro jeho rodinu?

4. *O. „Už jenom to, že zůstanou ve svém přirozeném prostředí, je pro ně to*

5. *nejlepší. Oni jsou takoví jiní než ti ostatní klienti. Jsou nějak křehčí a*

6. *zranitelnější, to mi přijde takové nejvýstižnější přirovnání. Když se něco málo*

7. *změní, tak jsou úplně ztraceni a bývají ještě zmatenější než obvykle. Nás,*

8. *jako pracovnice, většina z nich přijme bez problémů. Rodinní příslušníci,*

9. *bývají rádi za nějaké ty nové informace. To víte, shání informace, kde mohou.*

10. *Taky si někdy potřebují postěžovat. Ono se to nezdá, ale i to je pro ně velmi*

11. *důležité. Víte, co nejvíc potřebují? Aby je někdo pochválil, za to, že to co*

12. *dělají, jak to dělají, že to dělají výborně, že je to nejlepší co mohou své*

13. *mamince nebo tatínkovi dopřát. To je pro ně velmi povzbudivé. Pro ně je to,*

14. *jakoby dostali nějaké mimořádné ocenění. Ani si to neuvědomujeme, ale oni*

15. *pracují na čtyřadvacetihodinový úvazek.“*

16. D. Jakou formou zajišťuje zastřešující organizace kontrolu poskytovaných

17. sociálních služeb klientům postiženým Alzheimerovou chorobou?

18. *„Naše vedoucí s námi náhodně navštěvuje klienty a ptá se, jak jsou spokojeni,*

19. *zda nepotřebují něco dalšího. Když některá z nás nečekaně vypadne, tak*

20. *s námi chodí dělat některé úkony, které se dělají ve dvou např. koupání na*

21. *lůžku. Zjišťuje si informace od klientů nebo rodinných příslušníků osobně na*

22. *místě.“*

23. D. Jak je zajišťováno odborné vzdělávání pracovníků poskytující sociální

24. služby klientům postiženým Alzheimerovou chorobou?

25. *O. „Musíme absolvovat každoročně povinná školení. Školení zaměřená na*

26. *klienty s Alzheimerovou chorobou jsou zařazována hojně. Některé kolegyně*

27. *reptají, že až moc často, ale vždycky se dozvíme něco nového. Třeba jen těch*

28. *nových terapií, které se propagují. To si nemyslete, oni si rodinní příslušníci*

29. *informace shánějí a dneska internet ovládá skoro každý. Když nechcete*

30. *vypadat jako blbec, tak se také musíte vzdělávat. Pak vás nezaskočí ani*

31. *dotaz ohledně bazální stimulace, validace, reminiscenční nebo smyslovou*

32. terapii, kterou by někteří rodinní příslušníci rádi svým blízkým dopřáli. Na to  
33. by bylo třeba více odborně proškolených lidí, aby mohla být poskytována tato  
34. odborná péče. Myslím, že se toto dalo spojit se zřízením denního centra nebo  
35. denního stacionáře, kde by se speciálně vyškolení pracovníci uplatnili a klienti  
36. by toto mohli využít. V naší lokalitě zatím denní centrum není. Nejbližší denní  
37. centrum je 30 km vzdálené, což na dopravu docela náročné. I tak máme  
38. klienty, kteří tam jezdí. “

39. D. Kdy, za jakých podmínek a v čem konkrétně jako pracovníci poskytujících  
40. péči klientům postiženým Alzheimerovou chorobou v jejich přirozeném  
41. prostředí již rodině nemůžete pomoci? Kde spatřujete meze pomoci  
42. v domácím prostředí?

43. *O. „Víte my, jako terénní pracovníci nemůžeme být u klientů celý den. To si*  
44. *musí klienti objednat jiný druh služeb např. osobní asistenci. Ta je finančně*  
45. *náročnější. Když však umístíte klienta do rezidenčního zařízení, musíte to*  
46. *zaplatit také. Rozdíl je pouze v tom, jestli zvolíte soukromé zařízení, kde*  
47. *možná seženete místo dříve, protože je dražší nebo budete čekat, až se*  
48. *uvolní místo v nějakém zařízení zřízeném krajem, kde je to o něco levnější,*  
49. *ale musíte do poradníku. Když už klienti postižení s Alzheimerovou chorobou*  
50. *nemohou zůstat doma sami, tak už také nemohou o sobě rozhodovat. Stejně*  
51. *je to na rodině, pro co se „za ně“ rozhodnou. Když chtějí, aby jejich blízký*  
52. *zůstal doma, tak se třeba na služby i skládají. Zaplatí tu osobní asistenci*  
53. *a zapojují se do péče. Lidé, kteří bydlí na vesnici, více zůstávají s klienty*  
54. *doma. Někdy riskují, že budou mít problém s nalezením nového zaměstnání,*  
55. *ale jdou do toho. Chtějí, aby jejich blízký dožil důstojně a ve svém. Oni lidé na*  
56. *vesnici mají takový větší vztah k tomu majetku. Oni si ty domy často postavili*  
57. *vlastníma rukama nebo je to rodinný majetek. Však nám to rádi a často*  
58. *(smích) vyprávějí. Nechtějí opouštět svůj domov. No, a já je chápu! Doma je*  
59. *doma. A ještě bych dodala, že v některých případech se jedná o nepsanou*  
60. *povinnost, dosloužit rodičům. Mají to za samozřejmou věc, která se traduje*  
61. *z jedné generace na druhou. “*  
62. Děkuji za rozhovor.



## **Příloha č. XIV – Rozhovor Lenka, pečovatelka**

**38 let, praxe 5 let**

1. D. Jaké činnosti považujete jako pracovnice sociální služby, kteří docházejí za klienty

2. trpícími Alzheimerovou chorobou do domácího prostředí, za přínosné pro

3. klienta samotného i pro jeho rodinu?

4. *O. „To máte různé. Záleží na tom, co se od nás očekává. My zajišťujeme pečovatelské*

5. *služby. Tak pomáháme podle toho, co si objednají za službu. Pomáháme zejména*

6. *s péčí o klienta. Někdy se stáváme nepřímými pomocníky nebo spíše jakousi oporou pro*

7. *rodinné pečovatele. Jsme takovým zpestřením dne a zajišťujeme jim sociální kontakt.*

8. *No a někdy přispějeme osvědčenou radou nebo zkušeností. Jsou rádi za každou chvíli,*

9. *kteřou jim věnujeme. Rádi slyší, když je chválíme za péči, no a klienti, ti si uvědomují,*

10. *že doma je doma. Nejvíce je to znát, když se vrátí nemocnice. Na některých je vidět, že*

11. *nás rádi vidí. Změny pro ně nejsou.“*

12. D. Jakou formou zajišťuje zastřešující organizace kontrolu poskytovaných

13. sociálních služeb klientům postiženým Alzheimerovou chorobou?

14. *„Vedoucí nebo paní sociální s námi někdy navštěvují klienty a ptají se na spokojenost*

15. *a jestli nepotřebují něco dalšího, no a zároveň kontrolují nás při práci.“*

16. D. Jak je zajišťováno odborné vzdělávání pracovníků poskytující sociální

17. služby klientům postiženým Alzheimerovou chorobou?

18. *O. „Musíme absolvovat každoročně povinná školení v rozsahu 24 hodin. Školení*

19. *zaměřená na klienty s Alzheimerovou chorobou jsou zařazována pravidelně.*

20. *Některá jsou dobrá, některá nestojí za nic.“*

21. D. Kdy, za jakých podmínek a v čem konkrétně jako pracovníci poskytujících

22. péči klientům postiženým Alzheimerovou chorobou v jejich přirozeném

23. prostředí již rodině nemůžete pomoci? Kde spatřujete meze pomoci

24. v domácím prostředí?

25. *O. „My můžeme pečovat jen do doby, dokud chtějí pečovat rodinní příslušníci.*

26. *Já jsem nezažila, že bychom řekly, že nebudeme jezdit poskytovat služby, když*

27. *bylo potřeba. Vždycky je to rozhodnutí rodinných příslušníků, protože stav*

28. *klientů s Alzheimerovou chorobou jim většinou neumožňuje vlastní rozhodování.*

29. *Víte, já je neodsuzuji, ono je to pečování na dvacet čtyři hodin, tak se může lehce*

30. *stát, že z nějakého důvodu už pečovat nemůžou - vlastní zdraví, vyčerpanost,*

31. *rodinné důvody, psychická vyčerpanost někdy finance. Když je pečující důchodce,*

32. je to lepší. Požádají si o příspěvek na péči a dá se to zvládnout, pokud z toho musí  
33. žít, moc si toho dovolit nemůžou. Je mnoho případů, že pečují sami, bez pomoci  
34. služeb. To jsou takové zažité rodinné zvyky - možná lépe povinnosti, dosloužit  
35. rodičům, které se předávají z generace na generaci. To také velmi ovlivňuje  
36. rozhodování o ukončení péče doma “  
36. Děkuji za rozhovor.

## **Příloha č. XV – Rozhovor Lída, pečovatelka**

**45 let, praxe 11 let**

1. D. Jaké činnosti považují pracovníci sociální služby, kteří docházejí za klienty
2. trpícími Alzheimerovou chorobou do domácího prostředí, za přínosné pro klienta
3. samotného i pro jeho rodinu?
4. *O. „Zůstat ve svém přirozeném domácím prostředí je i pro člověka s Alzheimerovou*
5. *chorobou nejlepší. Pečujícího „zvenčí“ přijímá většinou bez problémů. Je důležité, aby*
6. *si tito dva lidé navzájem sedli, i to, jak pečující přistupuje k nemocnému, jestli k němu*
7. *přistupuje důstojně a s respektem, udržuje příjemný oční kontakt, přirozený úsměv,*
8. *nemluví příliš mnoho nebo zmatečnými slovy, ale hlavně nezdětinšťuje nemocného.*
9. *Pak může být často navázán přátelský až důvěrný vztah mezi pečujícím a nemocným,*
10. *který je prospěšný celé rodině. Sociální pracovník může pomoci nastavit vhodnou*
11. *individuální péči, doporučit rodině vhodné postupy v péči. Rodina si často neví rady,*
12. *můžeme poradit jak s úřady, jak si zažádat o příspěvky, můžeme poskytnout brožurky*
13. *od České alzheimerovské společnosti. Klienti bývají většinou rádi, že za nimi někdo*
14. *chodí. Jsou i výjimky. Samotáře to obtěžuje, nechtějí u sebe nikoho. Rodinní*
15. *příslušníci, bývají rádi, ale uvítali by větší čas strávený pracovníkem*
16. *u nemocného a pokud možno služby poskytované zdarma. Služba se jim často zdá*
17. *drahá. Jsou rádi, že si mohou popovídat s pracovníkem, často se i svěřují. Pomoc si*
18. *chválí a vnímají ji jako podporu. Blízcí by nejraději využili službu i v noci, aby mohli*
19. *v noci spát a dohled nad nemocným svěřit profesionálnímu pečujícímu. Chtěli by,*
20. *aby jejich blízký byl ochráněn před nočním blouděním, vysazen na toaletu nebo pro*
21. *případ, kdyby náhle zemřel. Pro pečující rodinu jsou tyto situace velmi stresující*
22. *. Péče doma se zdá nezvládnutelná při velkém neklidu, kdy klient utíká z domova.*
23. *Často bývá schopen ujít i velké množství kilometrů, přeskakovat ploty i ve vysokém*
24. *věku. Hrozí jim zranění a dělají neuvěřitelné věci jako: rozdělávání ohně v bytě,*
25. *pouštění plynu, vyklánění z okna, manipulace s vlastními výkaly, zanedbávání jídla a*
26. *pítí nebo opakované užití léků. To bývají často důvody pro umístění nemocného do*
27. *pobytového zařízení. Uznávám, že některé z výše uvedených příznaků se doma těžko*
28. *zvládají a někdy nezbyvá rodině nic jiného, než umístit člena své rodiny do*
29. *rezidenčního zařízení.“*
30. D. Jakou formou zajišťuje zastřešující organizace kontrolu poskytovaných
31. sociálních služeb klientům postiženým Alzheimerovou chorobou?

32. O. „Pani vedoucí si kontrolu naší práce zajišťuje osobně u našich klientů. Chodí  
33. s námi dělat některé úkony a zároveň provádí kontrolu naší práce a zjišťuje zpětnou  
34. vazbu od klientů nebo rodinných příslušníků.“

35. D. Jak je zajišťováno odborné vzdělávání pracovníků poskytující sociální služby  
36. klientům postiženým Alzheimerovou chorobou?

37. O. „V rámci naší práce musíme absolvovat každoročně školení, která jsou pro nás  
38. pořádána. Vždy jsou tematicky zaměřena, protože poskytujeme služby nejen  
39. klientům postiženým Alzheimerovou chorobou, ale i jiným klientům, mají školení  
40. různé náplně. Problém pacientů s Alzheimerovou chorobou je zařazován do  
41. programu školení pravidelně a opakovaně. Jsme seznamováni s novými trendy  
42. v péči o tyto pacienty. Kdyby měli klienti zájem, myslím, že bychom byly schopné  
43. zareagovat. Někteří pracovníci si myslí, že je odbornosti dost a školení jsou  
44. zbytečná. Někdy je právě u nich vidět neprofesionální jednání v chování jako: různé  
45. kárání klienta, zdobnělity, slova „...už jsem vám to říkala desetkrát“ a podobně.“

46. D. Kdy, za jakých podmínek a v čem konkrétně jako pracovníci poskytujících péči  
47. klientům postiženým Alzheimerovou chorobou v jejich přirozeném prostředí již  
48. rodině nemůžete pomoci? Kde spatřujete meze pomoci v domácím prostředí?

49. O. „My jsme schopné zareagovat na mnoho požadavků při péči o klienty  
50. s Alzheimerovou chorobou, nezmůžeme nic, když není nikdo z rodiny, kdo by  
51. s námi spolupracoval. Když jsou projevy choroby takové, že klienti začnou být  
52. nebezpeční sami sobě, nemohou být v bytě nebo domě sami. Pak se musí nějak  
53. rozhodnout. Jestli někdo z rodiny zůstane doma a my budeme pomáhat nebo jestli  
54. požádají o asistenci, to je ale finančně náročnější. My jezdíme převážně do menších  
55. vesnic, kde k sobě mají lidé nějak blíž. Pokud to je jen trochu možné nechávají si své  
56. blízké doma a starají se o ně. Velkým problémem je také agrese. To bývá vedle  
57. nezvládaného potulování a odchodů z domova častý důvod pro umístění nemocného  
58. do domova se zvláštním režimem. Ať chcete či nechcete, dřív nebo později přestanou  
59. i pobíhat po okolí, protože degradují i fyzicky. Pokud se podaří toto období  
60. překlenout, zůstávají ve svém domově až do konce života. Shrnula bych to asi takto:  
61. všichni naši klienti chtějí být doma, ve svém, proto jim poskytujeme pomoc, bohužel  
62. klienti s Alzheimerovou chorobou jsou odkázáni na rozhodnutí někoho jiného,  
63. protože se dostanou do fáze, kdy o sobě sami rozhodnout nezvládnou, a zároveň  
64. nezvládají základní péči o sebe. Co už vůbec nedokážou, je hospodaření s penězi.

65. *Tam, kde nejsou narušeny rodinné vztahy, se poměrně rychle semknou, aby vytvořili*  
66. *svému blízkému pěkné a důstojné životní podmínky. Tam, kde tomu tak není, my už*  
67. *moc dělat nemůžeme. Pak už nezbývá nic jiného než umístit klienta do pobytového*  
68. *zařízení se zvláštním režimem. Protože pobyt doma bez dohledu, ho ohrožuje na*  
69. *životě. Mají tam čtyřadvacetihodinový dohled a jsou na tom lépe s počtem*  
70. *pracovníků na klienta. A to asi vše, co bych k tomu řekla.“*  
71. Děkuji za rozhovor.

## **Příloha č. XVI – Rozhovor Martina, pečovatelka**

**29 let, praxe 5 let**

1. D. Jaké činnosti považujete jako pracovnice sociální služby, kteří docházejí za klienty
2. trpícími Alzheimerovou chorobou do domácího prostředí, za přínosné pro
3. klienta samotného i pro jeho rodinu?
4. *O. „Když jsou klienti v domácnosti sami, tak my pomáháme s tím, co nezvládají,*
5. *v ten moment je to pro ně přínosné. Pokud nemusí nikdo z rodiny zůstat trvale*
6. *doma je to přínos i pro ně. Když zůstanou doma a my dále docházíme pomáhat,*
7. *zase je dobré pro obě strany. Klienti mají další sociální kontakt a pečující pomoc*
8. *s péčí o blízkého, která je velmi náročná. Někdy už mezi dveřmi na nás vybalí*
9. *strasti, které nastaly. Někdy poradíme, někdy pomůžeme a někdy jen vyslechneme*
10. *a úplně to stačí. Klientům s „Alzheimerem“ je nejlépe doma, tak děláme vše pro to,*
11. *aby tam mohli být co nejdéle. Pro pečující z rodiny, to nejlepší není a tak se snažíme*
12. *být oporou i pro ně. No a oni se pak dokážou postarat svého blízkého až do konce*
13. *jeho dní. Někdy jim v tom pomůže domácí hospic, který tady začal poměrně úspěšně*
14. *fundovat.“*
15. D. Jakou formou zajišťuje zastřešující organizace kontrolu poskytovaných
16. sociálních služeb klientům postiženým Alzheimerovou chorobou?
17. *„Kontrolu provádí paní vedoucí náhodnými výjezdy a doptává se na spokojenost*
18. *s péčí a další požadavky, které by klienti uvítali. Někdy pomáhá i paní sociální.*
19. *V předchozím zaměstnání klienti vyplňovali dotazníky spokojenosti.“*
20. D. Jak je zajišťováno odborné vzdělávání pracovníků poskytující sociální
21. služby klientům postiženým Alzheimerovou chorobou?
22. *O. „ V rámci vzdělávání musíme absolvovat 24 hodin povinně. Školení mají různou*
23. *tématiku a taky úroveň. Alzheimerova choroba je poměrně častá. Bývá zaměřena spíše*
24. *na terapie a to se také někdy hodí.“*
25. D. Kdy, za jakých podmínek a v čem konkrétně jako pracovníci poskytujících
26. péči klientům postiženým Alzheimerovou chorobou v jejich přirozeném
27. prostředí již rodině nemůžete pomoci? Kde spatřujete meze pomoci
28. v domácím prostředí?
29. *O. „To je těžká věc. Někteří klienti postižení „Alzheimerem“ mají skutečně poruchy*
30. *chování tak závažné, že chápu rodinné pečovatele, když začnou uvažovat o umístění v*
31. *pobytovém zařízení. Celé noci dokážou prochodit, jsou neklidní, odcházejí z domova a*

32. vy je neustále někde naháníte. Nejhorší bývá zlost a agrese. To rodinné pečovatele  
33. velmi psychicky udolává. Nevědí si s tím rady a je to pro ně velmi bolestné. Většinou  
34. nezvládnou degradaci osobnosti, koho znali jako, milujícího, hodného milého člověka,  
35. který je nepoznává, mlčí, neodpovídá ani úsměvem. Někdy chováním ohrožují i sami  
36. sebe třeba manipulací s ohněm. Jindy to jsou i vlastní zdravotní potíže pečovatele.  
37. Pokud není nikdo další, kdo by nastoupil, pak také končíme. Nemůžeme bez  
38. součinnosti poskytovat služby čtyřadvacet hodin denně. Na to nemáme kapacitu  
39. Pak nic jiného nezbyvá, než přemístit do pobytu, což není vůbec snadné protože,  
40. míst v pobytovém zařízení se zvláštním režimem je málo a klientů přibývá.“  
41. Děkuji za rozhovor.

## **Příloha č. XVII – Rozhovor Soňa, pečovatelka**

**28 let, praxe 4 let**

1. D. Jaké činnosti považujete jako pracovnice sociální služby, kteří docházejí za
2. klienty trpícími Alzheimerovou chorobou do domácího prostředí, za přínosné pro
3. klienta samotného i pro jeho rodinu?
4. *O. „Já myslím, že nejdůležitější je pro ně být doma, v notoricky známém prostředí.*
5. *Každá změna je pro ně velká komplikace. V cizím prostředí jsou ztraceni a bez*
6. *pomoci se těžko obejdou. To vidíme třeba u doprovodu k lékaři. Taky si myslím, že*
7. *je dobré, když dochází i někdo jiný než rodina. Mají další sociální kontakty. No a*
8. *pro rodinné pečovatele jsme pomocníci, vrby, podporovatelé, rádci a součást*
9. *jejich dne. Ztrácí část soukromí a my se stáváme součástí jejich života. Na jednu*
10. *stranu je to přínosné a na druhou stranu i omezující. Když se rozhodnou, že budou o*
11. *svého blízkého pečovat, tak do toho jdou se vším všady.*
12. D. Jakou formou zajišťuje zastřešující organizace kontrolu poskytovaných sociálních
13. služeb klientům postiženým Alzheimerovou chorobou?
14. *„Kontrolu provádí paní vedoucí náhodnými výjezdy a doptává se na spokojenost*
15. *s péčí a zároveň kontroluje nás při práci.“*
16. D. Jak je zajišťováno odborné vzdělávání pracovníků poskytující sociální
17. služby klientům postiženým Alzheimerovou chorobou?
18. *O. „Máme to dané 24 hodin za rok. Školení jsou na různá témata a Alzheimerova*
19. *choroba je téma probírané poměrně často. Některé kolegyně říkají, že je to omleté a*
20. *nic nového. Nemyslím si to, někdy se dozvíte opravdu dobré informace z praxe. A ty*
21. *jsou nejlepší.“*
22. D. Kdy, za jakých podmínek a v čem konkrétně jako pracovníci poskytujících
23. péči klientům postiženým Alzheimerovou chorobou v jejich přirozeném
24. prostředí již rodině nemůžete pomoci? Kde spatřujete meze pomoci
25. v domácím prostředí?
26. *O. „Když už není nikdo, kdo by s námi spolupracoval. Někdy se stane péče pro*
27. *rodinné pečovatele nad jejich síly fyzické, psychické nebo i materiální. Někdy jsou*
28. *problémy v rodinách různé. My nemůžeme jít proti jejich vůli. Snažíme se třeba ještě*
29. *něco navrhnout, najít nějaké přijatelné řešení, například využít osobního asistenta,*
30. *aby toho na ně nebylo moc. Někdy se už nedá nic dělat. Je dobré, když se v rodině*
31. *domluví a na péči se podílí více osob. Mají pak více času na odpočinek a relaxaci. To*



32. *podceňují nejčastěji. Je to smutné, ale osoby postižené Alzheimerovou chorobou jsou*
33. *v tomhle odkázáni na rozhodnutí druhých jestli budou doma nebo v pobytu. S tím nic*
34. *nenaděláme.“*
35. Děkuji za rozhovor.

**Příloha č. XVIII – Tabulka 5 - Úryvky a kódy, Anna**

Tabulka 5 – Úryvky a kódy, respondent Anna, klient

		Úryvky	Kódy	Poznámka
1	1	„My jsme je zavolali a hned přijely!“	Rychlá reakce poskytovatele	
2	2 3 3	„Nejdřív přijela jedna paní a teď někdy přijedou i dvě. Jsou hodné a jezdí vždycky ráno, aby mi pomohly.“	Dobrá spolupráce pracovníků při poskytování péče	
3	5 6 6 12 13	Oblékat mi to nejde, ruce se motají ..., no koukej. Prášky mi taky připomínají, hlava to víte... Já si nevzpomenu a nevzpomenu.. taky se motám, když vstanu!“	Nezvládnutí vlastní obsluhy, více nemocí	
4	6 7 8 8	„Dřív to bylo lepší, všechno jsem si udělala. Navařila sem a buchty co sem napekla, jéje! Na posvícení koláče, kolik plechů jsem dělala !!!“	Vlastní hodnota, vzpomínky	
5	10 12	„No to už nevím..“ (posmutněle) „To asi jo, ale teď už nevím co...“	Problém s pamětí, emoce	
6	17 17	„Všichni musí do práce, mladá ještě není v důchodu, tak musí.“	Uvědomění si pomoci rodině	
7	19 20 20 21	„Taky mi pouští televizi, abych se mohla dívat na pohádky nebo poslouchat muziku. Pěkně tam hrajou... Ráda sem u muziky tancovala, tak teď aspoň poslouchám.“	Radost z hudby, vzpomínky,	
8	23 24 25	„Jinak bych musela do ústavu a mně je dobře doma. Chodím na naši zahradu. Nechtěla bych tam, ani slepice a psa tam nemají.“	Přání být doma, citové vazby na prostředí	
9	25 26	„...taky by tam za mnou nechodila paní sousedka!“	Sousedská pomoc	
10	23 23	„To už nevím, ale jsou všichni na mě hodní a pomáhají mi.“	Uvědomění si pomoci	
11	25	„...ani slepice a psa tam nemají.“	Vztah ke zvířatům	

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XIX – Tabulka 6 - Kódy, témata, podtémata, Anna**

Tabulka 6 – Kódy, témata, podtémata, respondent Anna, klient

Kódy	Podtémata	Téma
Rychlá reakce poskytovatele	Rychlost šetření požadavku	Hodnocení kvality poskytovaných služeb
Spolupráce pečovatelek	Koordinování pracovníků	Hodnocení kvality poskytovaných služeb
Nezvládnání sebeobsluhy spojené s více nemocemi	Problémy související s více nemocemi	Omezující a ztěžující aspekty rodinných pečovatelů
Vlastní hodnota	Uvědomění si vlastních hodnot	Individualita klienta s Alzheimerovou chorobou
Vzpomínky	Vzpomínky na již prožité	Vzpomínání
Problém s pamětí spojený se smutkem	Prožívání vlastní nemohoucnosti	Individualita klienta s Alzheimerovou chorobou
Uvědomění si pomoci rodině	Vnímání si povinnosti pracovat a ještě pečovat	Přijímání péče v přirozeném prostředí
Radost z hudby	Vliv poslechu hudby a zpěvu	Individualita klienta s Alzheimerovou chorobou
Přání být doma	Odmítání rezidenčního zařízení	Motivace domácích pečovatelů
Sousedská pomoc	Zapojení sousedské pomoci	Přijímání sousedské péče v přirozeném prostředí
Uvědomění si pomoci	Radost z pomoci	Přijímání pomoci osobou s Alzheimerovou chorobou
Vztah ke zvířatům	Vliv i jiných domácích zvířat	Individualita postižených Alzheimerovu chorobou – vztah ke zvířatům žijícím s nimi v rodinném prostředí

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XX – Tabulka 7 - Úryvky a kódy, Jaroslava**

Tabulka 7 - Úryvky a kódy, respondent Jaroslava, klient

		Úryvky	Kódy	Poznámka
1	2 22 22	„Naši to objednali. Přijeli se na mě hned podívat a od té doby jezdí“	Snadné telefonické kontaktování Dostupnost kontaktu Rychlá reakce	V textu jsou přepsány hovorové výrazy, tak jak byly zachyceny ve zvukovém záznamu
2	3 4 4 4 4	„Mají auta, tak nemusí chodit pěšky Taky mě vozí do deničku“ (deníček je centrum denních služeb v rodině se užívá tento název)	Vybavenost organizace	
3	3 4 4	„ ...jezdí ještě k někomu, ale nevím, jak se jmenuje. To nám neříkali... “	Nevynášení informací o klientech	
4	5	„ ...aby naši nemuseli“	Uvědomění si pomoci vlastní rodině	
5	9 9	„Zpíváme písničky, taky cvičíme a vyprávíme si.“	Různorodost činností ve stacionáři	
6	9 10 10 10	„Chodí tam i Ivanka Vránová, my sedáme vedle sebe, chodily sme spolu do školy“	Vzpomínky na mládí a dětství	
7	10 11 11	„Jídlo je tam dobrý i koláče někdy máme! Jsou móóc dobrý!“	Vyjadřování radosti z dobrého jídla	
8	13 13 15 15	„Vozí nám jídlo a taky mně pomáhají s koupáním, abych neupadla. Někdy vaří čaj nebo kafičko.“	Různé potřeby klientů	
9	17 17 18	„Můžou bejt doma a koukat se na televizi nebo na fotbal. Oni se rádi koukají“.	Uvědomění si potřeby odpočinku u rodinných příslušníků	
10	18	„Někdy u toho i usnou!“	Únava a vyčerpanost rodinných pečujících	
11	21 21 22	„Ona ráda chodí na zahradu, pěstuje kytky a taky se stará o zvířata.“	Zájmy a záliby pečujících	
12	22 22 23	„Dřív jsem to všechno zastala, ale teď už nic nezmůžu. Nohy mi neslouží.“	Uvědomění vlastní nemohoucnosti a závislosti na druhých	
13	23 23	„Jenom abych nemusela do ústavu, tam já nechci!“	Přání být doma, obava z pobytového zařízení	
14	25 25 26	„Třeba pomoct s něčím Pavlínce (jméno změněno), aby si sedla tady ke mně.“ (ukazuje rukou vedle sebe)	Touha po blízkém kontaktu, člověka, kterého má ráda	

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XXI – Tabulka 8 - Kódy, podtémata, témata, Jaroslava**

Tabulka 8 - Kódy, podtémata, témata, respondent Jaroslava, klient

Kódy	Podtémata	Témata
Snadné kontaktování	Možnost telefonického kontaktu	Aspekty hodnocení kvality poskytovaných služeb
Dostupnost kontaktu	Uveřejňování informací	Aspekty hodnocení kvality poskytovaných služeb
Rychlá reakce organizace	Dobré organizování činností	Aspekty hodnocení kvality poskytovaných služeb
Vybavenost organizace	Poskytování služeb v různých lokalitách	Aspekty hodnocení kvality poskytovaných služeb
Diskrétnost informací o klientech	Obeznamení pracovníků, jak zacházet s informacemi o klientech	Aspekty hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Uvědomění si pomoci v rodině	Ocenění poskytované péče rodinou ze strany blízké osoby	Individualita klienta s Alzheimerovou chorobou
Různorodost činností ve stacionáři	Vhodné činnosti pro klienty	Individualita klientů v přijímání péče v přirozeném prostředí
Vzpomínky na mládí a dětství	Navracení se do vzpomínek	Individualita klientů v přijímání péče v přirozeném prostředí
Vyjadřování radosti z dobrého jídla	Emoce související s fyzickým uspokojením	Individualita klienta s Alzheimerovou chorobou
Různé potřeby klientů	Nastavení služeb podle požadavků klienta s Alzheimerovou chorobou	Individualita klienta s Alzheimerovou chorobou
Uvědomění si potřeby odpočinku u rodinných příslušníků	Vnímání potřeby odpočinku rodinných pečovatелů	Čerpání energie a regenerace sil u rodinných pečovatелů
Únava a vyčerpanost rodinných pečujících	Indicie vyčerpanosti rodinných pečovatелů	Čerpání energie a regenerace sil u rodinných pečovatелů
Zájmy a záliby pečujících	Individuální potřeby odpočinku a zálib pečovatелů	Regenerace a čerpání sil rodinných pečovatелů
Uvědomění si vlastní nemohoucnosti a závislosti na druhých	Citové strádání nad nezvládnutím péče o sebe	Individualita klientů v přijímání péče v přirozeném prostředí
Přání být doma, obava z pobytového zařízení	Obava z rezidenčního pobytu	Vlivy na motivaci domácích pečovatелů
Touha po blízkém kontaktu člověka, kterého má ráda	Touha po osobním kontaktu s blízkými osobami	Individualita klienta s Alzheimerovou chorobou

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XXII – Tabulka 9 - Úryvky a kódy, Josef**

Tabulka 9 - Úryvky a kódy, respondent Josef, klient

		Úryvky	Kódy	Poznámka
1	2	„Děvčata jezdí.“	Dostupnost služeb v dané, lokalitě Vybavenost organizace	
2	2 2 3	„...a to je pomoc Božence. Ona někdy nemůže, všechno ji bolí...“	Uvědomění si pomoci rodinným pečovatelům	
3	2 3	„Ona někdy nemůže, všechno ji bolí...“	Náročnost péče o osobu postiženou Alzheimerovou chorobou	
4	5	„No, to nevím, to Miloš, vnuk, víte.“	Vícegenerační zapojení rodinných pečovatelů	
5	9 9	„S mytím, oblékají... přinesou snídani.“	Uvědomění si pomoci, klientem postiženým Alzheimerovou chorobou	
6	11	„Smějou se na mě...!“	Vnímá přítomnosti opačného pohlaví Emoční vnímání	
7	13	„Jsou to krasavice!!!“	Pozitivní sociální kontakt	
8	15 15	„Hlavně Božence, ona už nemůže, nemá sílu!“	Vnímání pomoci rodinným pečovatelům	
9	17 17	„Pomáhají, když mě bolejí nohy...“	Uvědomění si pomoci, klientem postiženým Alzheimerovou chorobou Více zdravotních problémů	
10	19 19	„Potřeboval bych navštívit Jožu na Slovači!“	Návrat k rodinným kořenům	

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XXIII – Tabulka 10 - Kódy, podtémata, témata, Josef**

Tabulka 10 - Kódy, podtémata, témata, respondent Josef, klient

Kódy	Podtémata	Témata
Dostupnost služeb v dané, Lokalitě	Kontaktování organizace	Aspekty hodnocení kvality poskytovaných služeb
Uvědomění si pomoci rodinným pečovatelům	Vnímání vyčerpanosti rodinných pečovatelů	Potřeba odpočinku a relaxace rodinných pečovatelů
Vícegenerační zapojení rodinných pečovatelů	Zapojení většího počtu rodinných pečovatelů	Proměna organizace rodiny
Uvědomění si pomoci, klientem postiženým Alzheimerovou chorobou	Vnímání poskytované pomoci	Přijímání pomoci a péče osobou postiženou Alzheimerovou chorobou
Vnímá přítomnosti opačného pohlaví	Mužství versus ženství	Individuality klienta
Vnímání emocí	Pozitivní vliv přijímaných emocí na klienta postiženého Alzheimerovou chorobou	Individuality klienta s Alzheimerovou chorobou
Vnímání pomoci rodinným pečovatelům	Uvědomění si vyčerpanosti	Regenerace a čerpání energie
Vnímání pomoci rodinným pečovatelům	Vnímání vyčerpanosti blízké osoby, která poskytuje pomoc a péči	Potřeby péče o vlastní zdraví rodinných pečovatelů
Uvědomění si pomoci, klientem postiženým Alzheimerovou chorobou	Polymorbidita osob s Alzheimerovou chorobou	Omezující aspekty poskytování sociálních služeb
Návrat k rodinným kořenům	Vybavování si vzpomínek z minulosti	Individuality klienta s Alzheimerovou chorobou

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XXIV – Tabulka 11 - Úryvky a kódy, Věra**

Tabulka 11 - Úryvky a kódy, respondent Věra, klient

		Úryvky	Kódy	Poznámka
1	2	„ <i>To zařídila Věruška.</i> “	Pomoc rodinným pečovatelům	V textu jsou přepsány hovorové výrazy, tak jak byly zachyceny ve zvukovém záznamu
2	2	„ <i>Dovážejí mi obědy...</i> “	Různé druhy poskytování sociálních služeb	
3	2	„ <i>...ošetřují mi boláky, když potřebuju.</i> “	Potřeba zdravotních služeb Více zdravotních problémů	
4	3	„ <i>Taky jezdím do stacionáře</i> “	Denní pobytové služby	
5	3	„ <i>Tam se mi líbí.</i> “	Vyjádření spokojenosti.	
6	4	„ <i>Naši nemusí...</i> “	Uvědomění si pomoci rodinných příslušníků	
7	6 6	„ <i>Když zavoláme, tak vždycky přijedou!</i> “	Rychlé telefonické objednávání služeb	
8	8 8	„ <i>Nemusím chodit k doktorovi každý den, když mám boláky.</i> “	Spokojenost s poskytováním zdravotních služeb	
9	8	„ <i>Bolí mě nohy...</i> “	Více zdravotních problémů	
10	10 10	„ <i>Jídlo v poledne dovážej a připomenou mi léky.</i> “	Různé druhy poskytování pečovatelských služeb	
11	10	„ <i>Já bych jinak zapomněla.</i> “	Závislost na pomoci druhých	
12	12 12 12	„ <i>Verunka může chodit do práce a nemusí chystat jídlo.</i> “	Poskytované služby pomáhají i rodinným pečovatelům	
13	14	„ <i>Taky ušetříme za auto!</i> “	Finanční úspora za dopravu	
14	16 16	„ <i>Můžu zůstat doma (posmutněle)...</i> “	Nevyslovené přání zůstat v domácím prostředí	

Zdroj: vlastní šetření



**Příloha č. XXV – Tabulka 12 - Kódy, podtémata, témata, Věra**

Tabulka 12- Kódy, podtémata, témata, respondent Věra, klient

Kódy	Podtémata	Témata
Pomoc rodinným pečovatelům	Sjednání poskytování služeb za blízkou osobu postiženou Alzheimerovou chorobou	Závislost na osoby postižené Alzheimerovou chorobou na pečující osobě
Různé druhy poskytování sociálních služeb	Poskytování různých druhů služeb	Pečovatelské služby
Potřeba zdravotních služeb	Více zdravotních problémů	Potřeba provázanosti sociálních a zdravotnických služeb
Více zdravotních problémů	Alzheimerova choroba a další onemocnění	Omezující a zatěžující aspekty rodinných pečovatelů
Denní pobytové služby	Možnost navštěvovat denní pobytové služby	Hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Vyjádření spokojenosti.	Kvalita poskytovaných služeb	Hodnocení poskytovaných služeb
Uvědomění si pomoci rodinných příslušníků	Pomoc rodinným pečovatelům	Přijímání péče klienty s Alzheimerovou chorobou
Rychlé telefonické objednávání služeb	Kontaktování poskytovatelů služeb	Hodnocení poskytování sociálních i zdravotních služeb
Spokojenost s poskytováním zdravotních služeb	Různá zdravotní omezení	Potřeba provázanosti sociálních a zdravotnických služeb
Různé druhy poskytování pečovatelských služeb	Nastavení služeb podle požadavků klienta s Alzheimerovou chorobou	Individualita klienta s Alzheimerovou chorobou
Závislost na pomoci druhých	Omezení způsobená Alzheimerovou chorobou	Závislost na osoby postižené Alzheimerovou chorobou na pečující osobě
Poskytované služby pomáhají i rodinným pečovatelům	Možnost rodinným pečujícím zůstat v zaměstnání	Pečování o osobu postiženou Alzheimerovou chorobou za pomoci sociálních služeb
Finanční úspora za dopravu	Zvýšené výdaje za využívané sociální služby	Finanční dostupnost sociálních služeb
Nevyslovené přání zůstat v domácím prostředí	Obavy z přemístění do pobytového zařízení	Motivace poskytování péče v domácím prostředí

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XXVI – Tabulka 13 - Úryvky a kódy, Václav**

Tabulka 13 - Úryvky a kódy, respondent Václav, klient

		Úryvky	Kódy	Poznámka
1	2 2	„Chodí pomáhat s holením.“	Dostupnost služeb	V textu jsou přepsány hovorové výrazy, tak jak byly zachyceny ve zvukovém záznamu
2	4 4 6	„S oblikáním..., mytím... a jíst dávají.“ „Nosí prášky...“	Poskytování různých druhů služeb	
3	8	„Asi Mařence...“	Pomoc domácím pečovatelům	
4	9 9 9 10	Myslíte, že pomáhají manželce, aby na ni nebylo moc? O. „ Jo!“	Uvědomění si pomoci rodinnému pečovateli	
5	14	...a chci spát!“	Vyjádření potřeby	

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XXVII – Tabulka 14 - Kódy, podtémata, témata, Václav**

Tabulka 14 - Kódy, podtémata, témata, respondent Václav, klient

Kódy	Podtémata	Témata
Dostupnost služeb	Druhy služeb	Aspekty hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Poskytování různých druhů služeb	Poskytování individuálních služeb podle potřeby	Individualita osob s Alzheimerovou chorobou
Pomoc domácím pečovatelům	Využívání některých druhů sociálních služeb	Individualita osob s Alzheimerovou chorobou
Uvědomění si pomoci rodinnému pečovateli	Náročnost péče v domácím prostředí	Přijímání pomoci osobami postiženými Alzheimerovou chorobou
Vyjádření potřeby	Projevy osob s Alzheimerovou chorobou	Přijímání pomoci osobami postižených Alzheimerovou chorobou

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XXVIII – Tabulka 15 - Úryvky a kódy, Ludmila**

Tabulka 15 - Úryvky a kódy, respondent Ludmila, klient

		Úryvky	Kódy	Poznámka
1	2	„Chodí sem.“	Dostupnost sociálních služeb v dané lokalitě	V textu jsou přepsány hovorové výrazy, tak jak byly zachyceny ve zvukovém záznamu
2	4 6 6	„Dávaj jíst.“ Čteme., posloucháme... Taky ležíme.“	Druhy poskytované péče	
3	7 7 8	Myslíte, že pomáhají celé rodině? O. „Děda, děda...“	Vnímání pomoci ostatnímu členu rodiny	
4	12	„Nevíím a nechci...“	Vyjádření potřeby	

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XXIX – Tabulka 16 - Kódy, podtémata, témata, Ludmila**

Tabulka 16 - Kódy, podtémata, témata, respondent Ludmila, klient

Kódy	Podtémata	Témata
Dostupnost sociálních služeb v dané lokalitě	Druhy poskytovaných služeb	Aspekty hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Druhy poskytované péče	Vnímání poskytované pomoci	Přijímání pomoci osobami postiženými Alzheimerovou chorobou
Vnímání pomoci ostatnímu členu rodiny	Rodinní členové a poskytované služby	Přijímání pomoci osobami postiženými Alzheimerovou chorobou
Vyjádření potřeby	Schopnosti osob postižených Alzheimerovou chorobou	Přijímání pomoci osobami postiženými Alzheimerovou chorobou

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XXX – Tabulka 17 - Úryvky a kódy, Lenka**

Tabulka 17 - Úryvky a kódy, respondent Lenka, pracovnice

		Úryvky	Kódy	Poznámka
1	4 4	„To máte různé. Záleží na tom, co se od nás očekává“	Individualita v poskytování služeb	
2	4 5 5 6	„My zajišťujeme pečovatelské služby. Tak pomáháme podle toho, co si objednájí za službu. Pomáháme zejména s péčí o klienta.“	Pečovatelské služby poskytované podle potřeb klienta	
3	6 6 6	„Někdy se stáváme nepřímo pomocníky nebo spíše jakousi oporou pro rodinné pečovatele...“	Podpora rodinných pečovatelů	
4	8 8 8 8	„Jsme takovým zpestřením dne a zajišťujeme jim sociální kontakt. No a někdy přispějeme osvědčenou radou nebo zkušeností...“	Poskytování poradenství, sociálního kontaktu a předávání rad a zkušeností	
5	8 9	„Jsou rádi za každou chvíli, kterou jim věnujeme...“	Omezení sociálních kontaktů rodinných pečovatelů	
6	9 9	„Rádi slyší, když je chválíme za péči...“	Ocenění práce domácích pečovatelů	
7	9 10	„no a klienti, ti si uvědomují, že doma je doma...“	Přirozený pobyt v domácím prostředí	
8	10 10	„Nejvíce je to znát, když se vrátí z nemocnice.“	Zkušenost osob s Alzheimerovou chorobou s pobytem v nemocnici	
9	10 11	„Na některých je vidět, že nás rádi vidí.“	Vyjádření radosti z pobytu doma	
10	11	„Změny pro ně nejsou.“	Změny osobám s Alzheimerovou chorobou neprospívají	
11	14 14 15 15	„Vedoucí nebo paní sociální s námi někdy navštěvují klienty a ptají se na spokojenost a zároveň kontrolují nás při práci.“	Provádění kontroly poskytovaných služeb organizací	
12	15	„...a jestli nepotřebuji něco dalšího.“	Zjišťování dalších požadavků klientů	
13	18 18	„Musíme absolvovat každoročně povinná školení v rozsahu 24 hodin.“	Povinné vzdělávání	
14	19 19 19	„Školení zaměřená na klienty s Alzheimerovou chorobou jsou zařazována pravidelně.“	Speciální školení pro pracovníky pracující s klienty s Alzheimerovou chorobou	
15	20 20	„Některá jsou dobrá, některá nestojí za nic.“	Kvalita organizovaných školení	
16	25 25 25	„My můžeme pečovat jen do doby, dokud chtějí pečovat rodinní příslušníci.“	Omezující prvky v poskytování sociálních služeb	
17	26	„Já jsem nezažila, že bychom řekly, že	K ukončení poskytování	

	26 26	<i>nebudeme jezdit poskytovat služby, když bylo potřeba. “</i>	služeb ze strany organizace se nepřístupuje	
18	27 27	<i>„Vždycky je to rozhodnutí rodinných příslušníků...“</i>	Rodinní pečovatelé rozhodují za osoby postižené Alzheimerovou chorobou	
19	28 28 28	<i>„...stav klientů s Alzheimerovou chorobou jim většinou neumožňuje vlastní rozhodování.“</i>	Neschopnost osob postižených Alzheimerovou chorobou samostatného rozhodování	
20	29 29	<i>„... ono je to pečování na dvacet čtyři hodin.“</i>	Celodenní náročná péče, zajišťovaná rodinnými pečovateli	
21	29 30 30 31 31	<i>„... tak se může lehce stát, že z nějakého důvodu už pečovat nemůžou – vlastní zdraví, vyčerpanost, rodinné důvody, psychická vyčerpanost někdy finance.“</i>	Důvody ukončení domácí péče	
22	31 32 32 33 33	<i>„Když je pečující důchodce, je to lepší. Požádají si o příspěvek na péči a dá se to zvládnout, pokud z toho musí žít, moc si toho dovolit nemůžou.“</i>	Finanční zajištění domácích pečovatelů a příspěvek na péči	
23	33 34	<i>„Je mnoho případů, že pečují sami, bez pomoci služeb.“</i>	Pečování rodinnými příslušníky bez pomoci sociálních služeb	
24	34 34 35 36	<i>„To jsou takové zažití rodinné zvyky – možná lépe povinnosti, dosloužit rodičům, které se předávají z generace na generaci.“</i>	Generační předávání povinností pečovat o své blízké až do konce života	
25	35 36	<i>„To také velmi ovlivňuje rozhodování o ukončení péče doma “</i>	Motivace pro pečování v rodině	

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XXXI – Tabulka 18 - Kódy, podtémata, témata, Lenka**

Tabulka 18 - Kódy, podtémata, témata, respondent, Lenka, pracovnice

Kódy	Podtémata	Témata
Individualita v poskytování služeb	Pomoc a podpory	Individualita potřeb klienta s Alzheimerovou chorobou
Pečovatelské služby poskytované podle potřeb klienta	Reakce organizace na potřeby klientů	Individualita klienta s Alzheimerovou chorobou služeb
Podpora rodinných pečovatелů	Nepřímou poskytované služby pečovatелům	Přístupy pracovníků poskytujících sociální služby
Poskytování poradenství, sociálního kontaktu a předávání rad a zkušeností	Informace pro domácí pečovatele	Přístupy pracovníků poskytujících sociální služby
Omezení sociálních kontaktů rodinných pečovatелů	Náročnost péče omezuje sociální kontakt	Omezující a zatěžující aspekty rodinných pečovatелů
Ocenění práce domácích pečovatелů	Vnímání domácích pečovatелů společností	Přístup pracovníků poskytujících sociální služby
Přirozený pobyt v domácím prostředí	Vnímání pobytu doma osobami postiženými Alzheimerovou chorobou	Přijímání péče osobami s Alzheimerovou chorobou
Zkušenost osob s Alzheimerovou chorobou s pobytem v nemocnici	Pobyt osob a Alzheimerovou chorobou mimo domov	Přijímání péče osobami s Alzheimerovou chorobou
Vyjádření radosti z pobytu doma	Emoční projevy osob postižených Alzheimerovou chorobou	Přijímání péče osobami s Alzheimerovou chorobou
Změny osobám s Alzheimerovou chorobou neprospívají	Pobyt osob a Alzheimerovou chorobou mimo domov	Individualita osob postižených Alzheimerovou osobou
Provádění kontroly poskytovaných služeb organizací	Organizování kontroly	Aspekty hodnocení poskytovaných služeb
Zjišťování dalších požadavků klientů	Zjišťování informací pro další rozšíření služeb	Aspekty hodnocení poskytovaných služeb
Povinné vzdělávání	Organizování vzdělávání pracovníků	Přístupy pracovníků poskytujících sociální služby
Speciální školení pro pracovníky pracující s klienty s Alzheimerovou chorobou	Organizování vzdělávání pracovníků	Aspekty hodnocení poskytovaných služeb
Kvalita organizovaných školení	Organizování vzdělávání pracovníků	Aspekty hodnocení poskytovaných služeb
Omezující prvky poskytování sociálních služeb	Ukončení péče v domácím prostředí	Hranice v poskytování sociálních služeb
K ukončení poskytování služeb ze strany organizace se nepřistupuje	Podmínky poskytování služeb	Hranice v poskytování sociálních služeb
Rodinní pečovatелé rozhodují za osoby postižené Alzheimerovou chorobou	Rodinní pečovatелé	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí



Neschopnost osob postižených Alzheimerovou chorobou samostatného rozhodování	Omezení osob postižených Alzheimerovou chorobou	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Celodenní náročná péče, zajišťovaná rodinnými pečovateli	Náročnost domácí péče	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Důvody ukončení domácí péče	Ukončení péče v rodině	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Finanční zajištění domácích pečovatelů a příspěvek na péči	Zajištění rodinných pečovatelů	Problémy plynoucí ze stávajících systémů
Pečování rodinnými příslušníky bez pomoci sociálních služeb	Rodinná péče	Problémy plynoucí ze stávajících systémů
Generační předávání povinností pečovat o své blízké až do konce života	Péče o blízké v rodinách	Vlivy motivace domácích pečovatelů
Motivace pro pečování v rodině, tradice dosloužit	Motivování rodinnými tradicemi	Vlivy motivace domácích pečovatelů

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XXXII – Tabulka 19 - Úryvky a kódy, Martina**

Tabulka 19 - Úryvky a kódy, respondent Martina, pracovnice

		Úryvky	Kódy	Poznámka
1	4 4 5	„Když jsou klienti v domácnosti sami, tak my pomáháme s tím, co nezvládají, v ten moment je to pro ně přínosné.“	Pomoc s tím co osoby s Alzheimerovou chorobou nezvládají v prostředí domova je pro ně přínos	
2	5 6	„Pokud nemusí nikdo z rodiny zůstat trvale doma, je to přínos i pro ně“	Přínos pro rodinné pečovatele, když nemusí trvale opustit zaměstnání	
3	6 7	„Když zůstanou doma a my dále docházíme pomáhat, zase je dobré pro obě strany.“	Přínos pro rodinné pečovatele, když zůstanou doma, pomoc pečovatelů i klientům zároveň	
4	7	„Klienti mají další sociální kontakt...“	Pracovníci zprostředkovávají další sociální kontakt	
5	7 8	„... a pečující pomoc s péčí o blízkého, která je velmi náročná.“	Náročnost péče pro rodinné pečovatele	
6	8 9 10	„Někdy už mezi dveřmi na nás vybalí strasti, které nastaly a někdy jen vyslechneme a úplně to stačí...““	Pracovníci sociálních služeb poskytují psychickou oporu	
7	9	„Někdy poradíme, někdy pomůžeme ...“	Pracovníci sociálních služeb poskytují pomoc i poradenství	
8	10 10 11	„Klientům s „Alzheimerem“ je nejlépe doma, tak děláme vše pro to, aby tam mohli být co nejdéle.“	Setrvání v prostředí domova je osoby postižené Alzheimerovou chorobou přínosné	
9	11 12	„Pro pečující z rodiny, to nejlepší není a tak se snažíme být oporou i pro ně.“	Sociální služby jsou oporou pro rodinné pečovatele	
10	12 13	„No a oni se pak dokážou postarat svého blízkého až do konce jeho dní.“	Péče o blízkého do konce jeho dní	
11	13 13 14	„Někdy jim v tom pomůže domácí hospic, který tady začal poměrně úspěšně fungovat.“	Rozvoj hospicových služeb	
12	17 17 18 18	„Kontrolu provádí paní vedoucí náhodnými výjezdy a doptává se na spokojenost s péčí a další požadavky, které by klienti uvítali.“	Kontrola kvality poskytovaných služeb	
13	18 18	„...a další požadavky, které by klienti uvítali.““	Zjišťování požadavků	
14	19 19	„V předchozím zaměstnání klienti vyplňovali dotazníky spokojenosti.“	Kontrola spokojenosti s poskytovanými službami	
15	22 22 23	„ V rámci vzdělávání musíme absolvovat 24 hodin povinně. Školení mají různou tematiku a taky úroveň.“	Vzdělávání a prohlubování znalostí pracovníků poskytujících	

	23 23	<i>Alzheimerova choroba je poměrně častá. “</i>	služby klientům s Alzheimerovou chorobou	
16	23 24	<i>„Bývá zaměřena spíše na terapie a to se také někdy hodí. “</i>	Náplň školení pro pracovníky pečující o klienty s Alzheimerovou chorobou	
17	29 29 30	<i>„Někteří klienti postižení „Alzheimerem“ mají skutečně poruchy chování tak závažné... “</i>	Závažné projevy chování osob s Alzheimerovou chorobou	
18	30 30 31	<i>„...že chápu rodinné pečovatele, kdy ž začnou uvažovat o umístění v pobytovém zařízení. “</i>	Rozhodování o umístění blízké osob s Alzheimerovou chorobou do pobytového zařízení	
19	31 32 32 32	<i>„Celé noci dokážou prochodit, jsou neklidní, odcházejí z domova a vy je neustále někde naháníte. Nejhorší bývá zlost a agrese!“</i>	Projevy chování ovlivňující rozhodování rodinných pečovatelů ukončit péči doma	
20	32 33 33 34 34 35	<i>„To rodinné pečovatele velmi psychicky udolává. Nevědí si s tím rady a je to pro ně velmi bolestné. Většinou nezvládnou degradaci osobnosti, koho znali jako, milujícího, hodného milého člověka, který je nepoznává, mlčí, neodpovídá ani úsměvem. “</i>	Změna osobnosti blízké osoby zátěž rodinných pečovatelů	
21	35 36	<i>„Někdy chováním ohrožují i sami sebe třeba manipulací s ohněm. “</i>	Chování, které ohrožuje samotné osoby postižené Alzheimerovou chorobou, manipulace s ohněm	
22	36 36 37	<i>„Jindy to jsou i vlastní zdravotní potíže pečovatele. Pokud není nikdo další, kdo by nastoupil, pak také končíme. “</i>	Zdravotní potíže pečovatele důvody pro ukončení péčování v domácím prostředí	
23	37 38 38	<i>„Nemůžeme bez součinnosti poskytovat služby čtyřadvacet hodin denně. Na to nemáme kapacitu. “</i>	Meze pečovatelské služby, nemohou pečovat 24 hodin	
24	39 39	<i>„Pak nic jiného nezbyvá, než přemístit do pobytu, což není vůbec snadné... “</i>	Umístění do pobytového zařízení	
25	39 40 40	<i>„...protože míst v pobytovém zařízení se zvláštním režimem je málo a klientů přibývá. “</i>	Nedostatek míst v pobytových zařízeních	
26	40	<i>„...a klientů přibývá. “</i>	Nárůst osob s Alzheimerovou chorobou	

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XXXIII – Tabulka 20 - Kódy, podtémata, témata, Martina**

Tabulka 20 - Kódy, podtémata, témata, respondent Martina, pracovnice

Kódy	Podtémata	Témata
Pomoc s tím, co osoby s Alzheimerovou chorobou nezvládají v prostředí domova je pro ně přínos	Sociální služby poskytované v domácím prostředí	Přijímání péče osobami s Alzheimerovou chorobou
Přínos pro rodinné pečovatele, když nemusí trvale opustit zaměstnání	Sociální služby poskytované v domácím prostředí	Aspekty hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Přínos pro rodinné pečovatele, když zůstanou doma, pomoc pečovateli i klientům zároveň	Sociální služby poskytované v domácím prostředí	Aspekty hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Pracovníci zprostředkovávají další sociální kontakt	Přínos sociálních služeb poskytovaných v domácím prostředí	Přístup pracovníků poskytujících sociální služby
Náročnost péče pro rodinné pečovatele	Pečování rodinnými příslušníky	Přístup pracovníků poskytujících sociální služby
Pracovníci sociálních služeb poskytují psychickou oporu	Pomoc a podpora rodinných pečovateli	Přístup pracovníků poskytujících sociální služby
Setrvání v prostředí domova je osoby postižené Alzheimerovou chorobou přínosné	Alzheimerova choroba	Přijímání péče osobami s Alzheimerovou chorobou
Sociální služby jsou oporou pro rodinné pečovatele	Pomoc a podpora rodinných pečovateli	Aspekty hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Péče o blízkého do konce jeho dní	Setrvání osob s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí	Potřeba provázanosti sociálních a zdravotních služeb
Rozvoj hospicových služeb	Setrvání osob s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí	Potřeba provázanosti sociálních a zdravotních služeb
Kontrola kvality poskytovaných služeb	Organizování sociálních služeb a kontrola kvality	Aspekty hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Zjišťování požadavků	Rozvoj a rozšiřování sociálních služeb	Aspekty hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Kontrola spokojenost s poskytovanými službami	Spokojenost klientů se službami	Aspekty hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Vzdělávání a prohlubování znalostí pracovníků poskytujících služby klientům s Alzheimerovou chorobou	Povinné vzdělávání pracovníků	Aspekty hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Náplň školení pro pracovníky pečující o klienty s Alzheimerovou chorobou	Povinné vzdělávání pracovníků	Aspekty hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Závažné projevy chování osoby s Alzheimerovou chorobou	Chování osob s Alzheimerovou chorobou	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí

Rozhodování o umístění blízké osob s Alzheimerovou chorobou do pobytového zařízení	Motivace pečující osoby	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Projevy chování ovlivňující rozhodování rodinných pečovatелů ukončit péči doma	Projevy chování ovlivňující rozhodování rodinných pečovatелů ukončit péči doma	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Nejtěžší zátěž rodinných pečovatелů	Degradace osobnosti blízké osoby	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Chování, které ohrožuje samotné osoby postižené Alzheimerovou chorobou, manipulace s ohněm	Způsoby chování ohrožující osoby samotné	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Zdravotní potíže pečovatele, důvody pro ukončení pečování v domácím prostředí	Ukončení péče z pohledu pracovníků	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Meze pečovatelské služby, nemohou pečovat 24 hodin	Ukončení péče z pohledu pracovníků	Limity omezující poskytování péče v prostředí domova
Umístění do pobytového zařízení	Samotné umístění do pobytového zařízení	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Nedostatek míst v pobytových zařízeních	Pobytová zařízení	Náměty na rozšíření sociálních služeb
Nárůst osob s Alzheimerovou chorobou	Stárnutí populace	Náměty na rozšíření sociálních služeb

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XXXIV – Tabulka 21 - Úryvky a kódy, Soňa**

Tabulka 21 - Úryvky a kódy – respondent Soňa, pracovnice

		Úryvky	Kódy	Poznámka
1	4 4 4	„Já myslím, že nejdůležitější je pro ně být doma, v notoricky známém prostředí.“	Důležitost být doma, ve známém prostředí	
2	5	„Každá změna je pro ně velká komplikace.“	Reakce klientů s Alzheimerovou chorobou na změny	
3	5 6 6	„V cizím prostředí jsou ztraceni a bez pomoci se těžko obejdou. To vidíme třeba u doprovodu k lékaři.“	Závislost na pomoci druhých osob	
4	6 7 7	„Taky si myslím, že je dobré, když dochází i někdo jiný než rodina. Mají další sociální kontakty“.	Pracovníci služeb jako sociální kontakt pro osoby s Alzheimerovou chorobou	
5	7 8 9	„No a pro rodinné pečovatele jsme pomocníci, vrby, podporovatelé, rádci a součást jejich dne.“	Přínos pro rodinné pečovatele, pomocníci, rádci	
6	9 9	„Ztrácí část soukromí a my se stáváme součástí jejich života.“	Sociální služby poskytované v domácím prostředí omezují soukromí	
7	9 10	„Na jednu stranu je to přínosné a na druhou stranu i omezující.“	Dvě stránky poskytování služeb	
8	10 11 11	„Když se rozhodnou, že budou o svého blízkého pečovat, tak do toho jdou se vším všady.“	Odhodlanost rodinných pečovatelů	
9	14 14 15 15	„Kontrolu provádí paní vedoucí náhodnými výjezdy a doptává se na spokojenost s péčí a zároveň kontroluje nás při práci.“	Kontrola spokojenosti s poskytovanými službami	
10	18 18 19 19	„Máme to dané 24 hodin za rok. Školení jsou na různá témata a Alzheimerova choroba je téma probírané poměrně často.“	Získávání odborných znalostí v souvislosti s péčí o osoby s Alzheimerovou chorobou	
11	19 20 20 21	Některé kolegyně říkají, že je to omleté a nic nového. Nemyslím si to, někdy se dozvíte opravdu dobré informace z praxe. A ty jsou nejlepší.“	Přístup pracovníků sociálních služeb k zvyšování odbornosti	
12	26 26	„Když už není nikdo, kdo by s námi spolupracoval.“	Meze poskytování sociálních služeb v prostředí domova	
13	26 27 27 28	„Někdy se stane péče pro rodinné pečovatele nad jejich síly fyzické, psychické nebo i materiální. Někdy jsou problémy v rodinách různé.“	Nezvládání péče rodinnými pečovateli	
14	28	„My nemůžeme jít proti jejich vůli“.	Rozhodování domácích pečovatelů o využívání sociálních služeb	
15	28 29 29 30	„Snažíme se třeba ještě něco navrhnout, najít nějaké přijatelné řešení, například využít osobního asistenta, aby toho na ně nebylo moc. Někdy se už nedá nic dělat.“	Poskytování poradenství	

16	30 31 31	„Je dobré, když se v rodině domluví a na péči se podílí více osob. Mají pak více času na odpočinek a relaxaci.“	Poskytování péče více rodinnými příslušníky	
17	31 31	„Mají pak více času na odpočinek a relaxaci.“	Odpočinek a relaxace rodinných pečovatelů	
18	32	„To podceňují nejčastěji.“	Podceňování odpočinku rodinnými pečovateli	
19	32 33 33 33 34	„Je to smutné, ale osoby postižené Alzheimerovou chorobou jsou v tomhle odkázáni na rozhodnutí druhých, jestli budou doma nebo v pobytu. S tím nic nenaděláme.“	Závislost osob s Alzheimerovou chorobou na rozhodování druhých	

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XXXV – Tabulka 22 - Kódy, podtémata, témata, Soňa**

Tabulka 22 - Kódy, podtémata, témata, respondent Soňa, pracovnice

Kódy	Podtémata	Témata
Důležitost být doma, ve známém prostředí	Domácí prostředí	Individualita osoby s Alzheimerovou chorobou
Reakce klientů s Alzheimerovou chorobou na změny	Chování a reakce osob na změny	Individualita osoby s Alzheimerovou chorobou
Závislost na pomoci druhých osob	Přijímání pečujících	Individualita klienta s Alzheimerovou chorobou
Pracovníci služeb jako sociální kontakt pro osoby s Alzheimerovou chorobou	Sociální kontakty	Přístupy pracovníků poskytujících sociální služby
Přínos pro rodinné pečovatele	Podpora a podpora domácích pečovatelů	Přístupy pracovníků poskytujících sociální služby
Sociální služby poskytované v domácím prostředí omezují soukromí	Ztráta soukromí	Omezující aspekty rodinných pečovatelů
Dvě stránky poskytování služeb	Poskytování sociálních služeb	Omezující aspekty rodinných pečovatelů
Odhodlanost rodinných pečovatelů	Motivace	Vlivy motivace domácích pečovatelů
Kontrola spokojenosti s poskytovanými službami	Organizování sociálních služeb	Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných služeb
Získávání odborných znalostí v souvislosti s péčí o osoby s Alzheimerovou chorobou	Školení a semináře	Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných služeb
Přístup pracovníků sociálních služeb k zvyšování odbornosti	Pracovníci sociálních služeb	Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných služeb
Meze poskytování sociálních služeb v prostředí domova	Ukončení využívání služeb	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Nezvládání péče rodinnými pečovateli	Rodinní pečovatelé	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Rozhodování domácích pečovatelů o využívání sociálních služeb	Rodinní pečovatelů	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Poskytování poradenství	Druhy poskytovaných služeb	Přístupy pracovníků poskytující sociální služby
Poskytování péče více rodinnými příslušníky	Domácí péče	Přístupy pracovníků poskytující sociální služby
Odpočinek a relaxace rodinných pečovatelů	Rodinní pečovatelé	Čerpání energie a regenerace sil u rodinných pečovatelů
Podceňování odpočinku rodinnými pečovateli	Rodinní pečovatelů	Čerpání energie a regenerace sil u rodinných pečovatelů
Závislost osob s Alzheimerovou chorobou na rozhodování druhých	Rozhodování	Hranice pro poskytování domácí péče

Zdroj: vlastní šetření



**Příloha č. XXXVI – Tabulka 23 - Úryvky a kódy, Alice**

Tabulka č. 23- Názor, respondent Alice, pracovnice

		Úryvky	Kódy	Poznámka
1	4 4 5 5 6	„Už jenom to, že zůstanou ve svém přirozeném prostředí, je pro ně to nejlepší. Oni jsou takoví jiní než ti ostatní klienti. Jsou nějak křehčí a zranitelnější, to mi přijde takové nejvýstižnější přirovnání.“	Jinakost klientů s Alzheimerovou chorobou křehkost a zranitelnost	
2	6 7	„Když se něco málo změní, tak jsou úplně ztraceni a bývají ještě zmatenější než obvykle“	Reakce klientů s Alzheimerovou chorobou na změny zmatenost, zrazenost	
3	8 8	„Nás, jako pracovnice, většina z nich přijme bez problémů.“	Dobré přijímání cizích lidí	
4	8 9 10 10	„Rodinní příslušníci, bývají rádi za nějaké ty nové informace. To víte, shání informace, kde mohou. Taky si někdy potřebují postěžovat. Ono se to nezdá, ale i to je pro ně velmi důležité.“	Předávání informací, podpora rodinným pečovatelům	
5	11 11 12 12 13 14 15 15	„Víte, co nejvíc potřebují? Aby je někdo pochválil, za to, že to, co dělají, jak to dělají, že to dělají výborně, že je to nejlepší co mohou své mamince nebo tatínkovi dopřát. To je pro ně velmi povzbudivé. Pro ně je to, jakoby dostali nějaké mimořádné ocenění. Ani si to neuvědomujeme, ale oni pracují na čtyřadvacetihodinový úvazek.“	Pochvala domácích pečovatelů, odměna za jejich celodenní služby blízké osobě	
6	18 19 19 20 20 21 22	„Naše vedoucí s námi náhodně navštěvuje klienty a ptá se, jak jsou spokojeni, zda nepotřebují něco dalšího. Když některá z nás nečekaně vypadne, tak s námi chodí dělat některé úkony, které se dělají ve dvou např. koupání na lůžku. Zjišťuje si informace od klientů nebo rodinných příslušníků osobně a na místě.“	Kontrola poskytování pečovatelských služeb ze strany organizace a zjišťování potřeb	
7	25 26 26 27 27 28 28 30 31 32	„Musíme absolvovat každoročně povinná školení. Školení zaměřená na klienty s Alzheimerovou chorobou jsou zařazována hojně. Některé kolegyně reptají, že až moc často, ale vždycky se dozvíme něco nového. Třeba jen těch nových terapií, které se propagují.“ „Pak vás nezaskočí ani dotaz ohledně bazální stimulace, validace, reminiscenční nebo smyslovou terapii, kterou by někteří rodinní příslušníci rádi svým blízkým dopřáli.“	Nové druhy terapií v léčbě Alzheimerovou chorobou	
8	28 29 29 30	„To si nemyslete, oni si rodinní příslušníci informace shánějí a dneska internet ovládá skoro každý. Když nechcete vypadat jako blbec, tak se také musíte vzdělávat“	Odborné vzdělávání zaměřené na klienty s Alzheimerovou chorobou	
9	32 33 34 34 35 36	„Na to by bylo třeba více odborně proškolených lidí, aby mohla být poskytována tato odborná péče. Myslím, že se toto dalo spojit se zřízením denního centra nebo denního stacionáře, kde by se speciálně vyškolení pracovníci uplatnili a klienti by toto mohli využít. V naší lokalitě zatím	Odborné vyškolení pracovníci sociálních služeb, Potřeba denních center	

	37 37 38	denní centrum není. Nejbližší denní centrum je 30 km vzdálené, což na dopravu docela náročné. I tak máme klienty, kteří tam jezdí. “		
10	43 44 45 45	„Víte my, jako terénní pracovníci nemůžeme být u klientů celý den. To si musí klienti objednat jiný druh služeb např. osobní asistenci. Ta je finančně náročnější.“	Terénní služby, mají omezenou možnost v poskytování péče	
11	45 46 47 47 48 48 49	„Když však umístíte klienta do rezidenčního zařízení, musíte to zaplatit také. Rozdíl je pouze v tom, jestli zvolíte soukromé zařízení, kde možná seženete místo dříve, protože je dražší nebo budete čekat, až se uvolní místo v nějakém zařízení zřízeném krajem, kde je to o něco levnější, ale musíte do poradníku.“	Placené pobytové služby, státní nedostatek míst nebo soukromé finančně nákladnější	
12	49 50 51 51	„Když už klienti postižení s Alzheimerovou chorobou nemohou zůstat doma sami, tak už také nemohou o sobě rozhodovat. Stejně je to na rodině, pro co se „za ně“ rozhodnou.“	Rozhodnutí rodinných příslušníků o umístění do rezidenčního zařízení	
13	51 52 53	„Když chtějí, aby jejich blízký zůstal doma, tak se třeba na služby i skládají. Zaplatí tu osobní asistenci a zapojují se do péče“	Rodinní příslušníci se podílí na úhradě za sociální služby	
14	53 54 54 55 55 56 57 57 58	„Lidé, kteří bydlí na vesnici, více zůstávají s klienty doma. Někdy riskují, že budou mít problém s nalezením nového zaměstnání, ale jdou do toho. Chtějí, aby jejich blízký dožil důstojně a ve svém. Oni lidé na vesnici mají takový větší vztah k tomu majetku. Oni si ty domy často postavili vlastníma rukama nebo je to rodinný majetek. Však nám to rádi a často (smích) vyprávějí. Nechtějí opouštět svůj domov“.	Vztah k rodinnému majetku, který si lidé sami vybudovali ovlivňuje rozhodování	
15	59 60 61 61	„A ještě bych dodala, že v některých případech se jedná o nepsanou povinnost, dosloužit rodičům. Mají to za samozřejmou věc, která se traduje z jedné generace na druhou.“	Respektovaná tradice v rodině, pečovat o své rodiče	

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XXXVII – Tabulka 24 - Kódy, podtémata, témata, Alice**

Tabulka 24 - Kódy, podtémata, témata, respondent Alice, pracovnice

Kódy	Podtémata	Témata
Jinakost klientů s Alzheimerovou chorobou křehkost a zranitelnost	Citová křehkost a zranitelnost	Individualita klienta s Alzheimerovou chorobou
Reakce klientů s Alzheimerovou chorobou na změny, zmatenost, ztracenost	Chování a reakce osob na změny	Individualita klienta s Alzheimerovou chorobou
Dobré přijímání cizích lidí	Přijímání pečujících	Individualita klienta s Alzheimerovou chorobou
Předávání informací, podpora rodinným pečovatelům	Informace pro domácí pečovatele	Přístupy pracovníků poskytující sociální služby
Pochvala domácích pečovatelů, odměna za jejich celodenní služby blízké osobě	Ocenění domácích pečovatelů	Vlivy motivace domácích pečovatelů
Kontrola poskytování pečovatelských služeb ze strany organizace a zjišťování potřeb	Kontrola a zpětná vazby	Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Nové druhy terapií v léčbě Alzheimerovou chorobou	Nové trendy v léčbě a terapiích pro osoby s Alzheimerovou chorobou	Individualita v přístupu pracovníků poskytujících sociální služby
Odborné vzdělávání zaměřené na klienty s Alzheimerovou chorobou	Potřeba dalšího vzdělávání pracovníků, orientace v novinkách	Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Odborně vyškolení pracovníci sociálních služeb, Potřeba denních center	Specializace pracovníků sociálních služeb	Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Terénní služby, mají omezenou možnost v poskytování péče	Omezenost terénních služeb	Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Placené pobytové služby, státní nedostatek míst nebo soukromé finančně nákladnější	Státní x soukromé	Problémy plynoucí ze stávajících systémů
Rozhodnutí rodinných příslušníků o umístění do rezidenčního zařízení	Spolupodílení se na rozhodování s osobou postiženou Alzheimerovou chorobou	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Rodinní příslušníci se podílí na úhradě za sociální služby	Doplácení služeb	Finanční dostupnost sociálních služeb
Vztah k rodinnému majetku, který si sami vybudovali, ovlivňuje rozhodování	Vztah k rodinným hodnotám	Motivace rodinných pečovatelů
Vzor v rodině, pečovat o své rodiče	Tradice v rodině	Motivace rodinných pečovatelů

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XXXVIII – Tabulka 25 - Úryvky a kódy, Lída**

Tabulka 25 - Úryvky a kódy, respondent Lída, pracovnice

		Úryvky	Kódy	Poznámka
1	4 5 5 5	„Zůstat ve svém přirozeném domácím prostředí je i pro člověka s Alzheimerovou chorobou nejlepší“	Příznivý vliv domácího prostředí na klienty s Alzheimerovou chorobou	
2	5 5 6 6 7 7 7 8 8 8 9 9 9 10	„Pečujícího „zvenčí“ přijímá většinou bez problémů. Je důležité, aby si tito dva lidé navzájem sedli, i to, jak pečující přistupuje k nemocnému, jestli k němu přistupuje důstojně a s respektem, udržuje příjemný oční kontakt, přirozený úsměv, nemluví příliš mnoho nebo zmatečnými slovy, ale hlavně nezdětinštuje nemocného. Pak může být často navázán přátelský až důvěrný vztah mezi pečujícím a nemocným, který je prospěšný celé rodině.“	Přijímání cizích lidí osobami s Alzheimerovou chorobou a vytváření vztahu mezi nimi	
3	10 11 11 12 12 12	„Sociální pracovník může pomoci nastavit vhodnou individuální péči, doporučit rodině vhodné postupy v péči. Rodina si často neví rady, může poradit jak s úřady, zažádat si o příspěvky“	Možnosti při poskytování služeb v domácím prostředí	
4	13 13	„Můžeme poskytnout brožurky od České alzheimerovské společnosti.“	Poskytování informací pečujícím	
5	13 14 14 15 15 15 16 16 17 17 17 18 18	7. „Klienti bývají většinou rádi, že za nimi někdo chodí. Jsou i výjimky. Samotáře to obtěžuje, nechťejí u sebe nikoho. Rodinní příslušníci, bývají rádi, ale uvítali by větší čas strávený pracovníkem u nemocného a pokud možno služby poskytované zdarma. Jsou rádi, že si mohou popovídat s pracovníkem, často se i svěřují. Pomoc si chválí a vnímají ji jako podporu.“	Vnímání pomoci službami sociální péče klienty i rodinnými pečovateli	
6	16	„Služba se jim často zdá drahá.“	Zprostředkovaný názor pečovatelů na ocenění za služby	Prostřednictvím pracovníka poskytující službu v rodině
7	18 19 19 19 20 20	„Blízcí by nejraději využili službu i v noci, aby mohli v noci spát a dohled nad nemocným svěřit profesionálnímu pečujícímu. Chtěli by, aby jejich blízký byl ochráněn před nočním blouděním,	Limitace schopnosti zareagovat na potřeby uživatelů služeb s Alzheimerovou chorobou v souvislosti s rodinou	

	21	<i>vysazen na toaletu nebo pro</i>		
	21	<i>případ, kdyby náhle zemřel. “</i>		
8	21	<i>„Pro pečující rodinu jsou tyto</i>	Faktory ovlivňující	
	22	<i>situace velmi stresující. Péče</i>	rozhodnutí umístění do	
	22	<i>doma se zdá nezvládnutelná při</i>	rezidenčního zařízení	
	23	<i>velkém neklidu, kdy klient utíká</i>		
	23	<i>z domova. Často bývá schopen ujít</i>		
	23	<i>i velké množství kilometrů,</i>		
	24	<i>přeskakovat ploty i ve vysokém</i>		
	24	<i>věku. Hrozí jim zranění a dělají</i>		
	25	<i>neuvěřitelné věci jako:</i>		
	25	<i>rozdělávání ohně v bytě, pouštění</i>		
	26	<i>plynu, vyklánění z okna,</i>		
	26	<i>manipulace s vlastními výkaly,</i>		
	26	<i>zanedbávání jídla a pití nebo</i>		
	27	<i>opakované užití léků. To bývají</i>		
	27	<i>často důvody pro umístění</i>		
	27	<i>nemocného do pobytového</i>		
	28	<i>zařízení. Uznávám, že některé</i>		
	28	<i>z výše uvedených příznaků se</i>		
	28	<i>doma těžko zvládají a</i>		
	29	<i>někdy nezbyvá rodině nic jiného,</i>		
	29	<i>než umístit člena své rodiny do</i>		
		<i>rezidenčního zařízení. “</i>		
9	32	<i>„ Paní vedoucí si kontrolu naší</i>	Kontrola provádění kvality	
	32	<i>práce zajišťuje osobně u našich</i>	služeb a zpětná vazba	
	33	<i>klientů. Chodí s námi dělat</i>	uživatelů	
	33	<i>některé úkony a zároveň provádí</i>		
	34	<i>kontrolu naší práce a zjišťuje</i>		
	34	<i>zpětnou vazbu od klientů nebo</i>		
	34	<i>rodinných příslušníků. “</i>		
10	37	<i>„V rámci naší práce musíme</i>	Vzdělávání pracovníků	
	37	<i>absolvovat každoročně školení,</i>	poskytujících péči klientům	
	37	<i>kteřá jsou pro nás pořádána. Vždy</i>	s Alzheimerovou chorobou	
	38	<i>jsou tématicky zaměřena, protože</i>		
	38	<i>poskytujeme služby nejen klientům</i>		
	39	<i>postiženým Alzheimerovou</i>		
	39	<i>chorobou, ale i jiným klientům,</i>		
	39	<i>mají školení různé náplně.</i>		
	40	<i>Problém pacientů</i>		
	40	<i>s Alzheimerovou chorobou je</i>		
	41	<i>zařazován do programu školení</i>		
	41	<i>pravidelně a opakovaně. Jsme</i>		
	42	<i>seznamováni s novými trendy</i>		
	42	<i>v péči o tyto pacienty. Kdyby měli</i>		
	42	<i>klienti zájem, myslím, že bychom</i>		
	43	<i>byly schopné zareagovat “</i>		
11	43	<i>„Někteří pracovníci si myslí, že je</i>	Neprofesionální přístup	
	43	<i>odbornosti dost a školení jsou</i>	pracovníků služeb	
	44	<i>zbytečná. Někdy je právě u nich</i>		
	44	<i>vidět neprofesionální jednání</i>		
	44	<i>v chování jako: různé kárání</i>		
	45	<i>klienta, zdobněliny, slova „...už</i>		
	45	<i>jsem vám to říkala desetkrát“ a</i>		

	45	<i>podobně“</i>		
12	49 49 50 50 51 51	<i>„My jsme schopné zareagovat na mnoho požadavků při péči o klienty s Alzheimerovou chorobou, nezmůžeme nic, když není nikdo z rodiny, kdo by s námi spolupracoval.“</i>	Limitace schopnosti zareagovat na potřeby uživatelů služeb s Alzheimerovou chorobou v souvislosti s rodinou.	
13	51 51 52 52 53 53 54 54	<i>„Když jsou projevy choroby takové, že klienti začnou být nebezpeční sami sobě, nemohou být v bytě nebo domě sami. Pak se musí nějak rozhodnout. Jestli někdo z rodiny zůstane doma a my budeme pomáhat nebo jestli požádají o asistenci,“</i>	Projevy nemoci, kdy už klienti postižení Alzheimerovu chorobou nemohou zůstat bez dohledu	
14	54 55 55 56 56	<i>„My jezdíme převážně do menších vesnic, kde k sobě mají lidé nějak blíž. Pokud to je jen trochu možné nechávají si své blízké doma a starají se o ně“.</i>	Poskytování péče i v lokalitách s menším počtem obyvatel	
15	56 57 57 58 58 58	<i>„Velkým problémem je také agrese. To bývá vedle nezvládaného potulování a odchodů z domova častý důvod pro umístění nemocného do domova se zvláštním režimem.“</i>	Agrese a odchody z domova častým důvodem pro umístění do rezidenčního zařízení	
16	58 59 59 59 60 60	<i>„Ať chcete či nechcete, dřív nebo později přestanou i pobíhat po okolí, protože degradují i fyzicky. Pokud se podaří toto období překlenout, zůstávají ve svém domově až do konce života.“</i>	Názor na postupný vývoj nemoci v souvislosti s umístěním do rezidence	
17	60 61 61 62 62 63 63 63 64 64 64 64	<i>„Shrnula bych to asi takto: všichni naši klienti chtějí být doma, ve svém, proto jim poskytujeme pomoc, bohužel klienti s Alzheimerovou chorobou jsou odkázáni na rozhodnutí někoho jiného, protože se dostanou do fáze, kdy o sobě sami rozhodnout nezvládnou, a zároveň nezvládají základní péči o sebe. Co už vůbec nedokážou, je hospodaření s penězi“.</i>	Přání klientů být doma, ale bez pomoci druhých osob, si toto nemohou splnit	
18	65 65 66 66 67 67 68 68 68 69	<i>„Tam, kde nejsou narušeny rodinné vztahy, se poměrně rychle semknou, aby vytvořili svému blízkému pěkně a důstojné životní podmínky. Tam, kde tomu tak není, my už moc dělat nemůžeme. Pak už nezbývá nic jiného než umístit klienta do pobytového zařízení se zvláštním režimem. Protože pobyt doma bez dohledu</i>	Umístění klienta s Alzheimerovou chorobou do zařízení se zvláštním režimem jako řešení pro ochranu klienta	

69	<i>ho ohrožuje na životě. Mají tam</i>		
69	<i>řiadvacetihodinový dohled a jsou</i>		
70	<i>na tom lépe s počtem pracovníků</i>		
70	<i>na klienta.“</i>		

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XXXIX – Tabulka 26 - Kódy, podtémata, témata, Lída**

Tabulka 26 - Kódy, podtémata, témata, Lída, pracovnice

Kódy	Podtémata	Témata
Příznivý vliv domácího prostředí na klienty postižené Alzheimerovou chorobou	Přirozené prostředí má pozitivní vliv na vývoj choroby	Motivace domácích pečovatелů
Přijímání cizích lidí osobami s Alzheimerovou chorobou a vytváření vztahu mezi nimi	Přijímání cizích lidí osobami s Alzheimerovou chorobou	Individualita klientů v přijímání péče v přirozeném prostředí
Možnosti poskytování služeb v domácím prostředí	Individuální plán pro klienta	Individualita v přístupu pracovníků poskytujících sociální služby
Poskytování informací pečujícím	Poskytování informací speciálně pro klienty s Alzheimerovou chorobou a jejich pečovatele	Individualita v přístupu pracovníků poskytujících sociální služby
Vnímání pomoci službami sociální péče rodinnými pečovateli	Pozitivní působení pracovníků sociálních služeb i na rodinné pečovatele	Individualita v přístupu pracovníků poskytujících sociální služby
Vnímání pomoci službami sociální péče klienty	Vnímání pomoci očima pracovníků	Individualita klientů v přijímání péče v přirozeném prostředí
Zprostředkovaný názor pečovatелů na ocenění za služby	Finanční nákladnost služeb z pohledu pracovníků	Finanční dostupnost sociálních služeb
Obava pečovatелů o blízkého, snaha ho ochránit	Strach o blízké	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Faktory ovlivňující rozhodnutí umístění do rezidenčního zařízení	Faktory ovlivňující rozhodnutí očima pracovníků sociálních služeb	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Kontrola provádění kvality služeb a zpětná vazba uživatelů	Sociální služby a kontrola a zpětná vazba	Kontrola a hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Vzdělávání pracovníků poskytujících péči klientům s Alzheimerovou chorobou	Vliv dalšího vzdělávání pracovníků na profesionalitu služeb	Individualita v přístupu pracovníků poskytujících sociální služby
Neprofesionální přístup pracovníků služeb	Neprofesionální přístup pracovníků	Individualita v přístupu pracovníků poskytujících sociální služby
Schopnost zareagovat na potřeby uživatelů služeb s Alzheimerovou chorobou	Sociální služby a jejich pružnost očima pracovníků	Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Poskytování péče i v lokalitách s menším počtem obyvatel	Dostupnost sociálních služeb v lokalitách s menším počtem obyvatel očima pracovníků	Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Agrese a odchody z domova	Nejčastější faktory ovlivňující	Hranice pro



častým důvodem pro umístění do rezidenčního zařízení	rozhodnutí pečovatелů očima pracovníků poskytujících služby	poskytování péče v domácím prostředí
Názor na postupný vývoj nemoci v souvislosti s umístěním do rezidence	Názor na vývoj nemoci očima pracovníků	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Přání klientů být doma, ale bez pomoci druhých osob, si toto nemohou splnit	Přání blízké osoby zůstat doma, je bez další osoby nerealizovatelné	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Umístění klienta s Alzheimerovou chorobou do zařízení se zvláštním režimem jako řešení pro ochranu klienta	Chování ohrožující vlastní život	Individualita klientů v přijímání péče v přirozeném prostředí

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XL – Tabulka 27 - Úryvky a kódy, Hana**

Tabulka 27 - Úryvky a kódy - respondent Hana, pečující dcera

		Úryvky	Kódy	Poznámka
1	2	„V současnosti máme, co potřebujeme...“	Prozatímní spokojenost, budoucnost?	
2	2 3	„Využíváme pečovatelské a zdravotní služby Charity.“	Souběh v potřebách klienta, zdravotní služby i pomoc pečovatelských služeb	
3	3 4	„Pracovnice se mezi sebou domlouvají, nemusíme nic organizovat.“	Výhoda poskytování služeb jednou organizací	
4	4	„Jedí celkem v domluvených časech.“	Vyjádření spojenosti s dodržováním smluvených podmínek	
5	8 8	„Když jsme se domlouvali na službách, byla nám přidělena pracovnice.“	V rámci organizace přidělen klíčový pracovník	
6	9 10	„...když něco potřebujeme, stačí říci, kterékoliv. Doposud jsme neměli problém.“	Vyjádření spokojenosti i v případě, dalších požadavků	
7	10	„Zatím nic dalšího neřešíme.“	Neznámá budoucnost	
8	10 11 11	„S obvodním lékařem a dalšími odbornými lékaři se domlouvám sama, také tam matku sama vozím.“	Práce rodinného pečovatele – doprovod k lékařům Více zdravotních problémů	
9	11 12 12	„Má ve mně jistotu, nechtěla by, aby s ní chodili cizí. Asi je to pro ni nějaké intimnější nebo co...“	Závislost a důvěra v rodinné pečovatele	
10	14 15	„Čas od času se zeptají, jestli jsme spokojené nebo chceme něco dělat jinak.“	Zjišťování spokojenosti u domácích pečovatelů organizací	
11	16 17 17 18 18 19 19 20	„Paní doktorka nám vychází vstříc a snaží se nám věci usnadňovat a píše nám zdravotní služby - např. děvčata přijedou nabrat krev domů, abychom nemuseli někdo z rodiny matku vézt ráno na odběry a pak letět do práce. Někteří obvodáci to nechtějí psát, protože to jde z jejich nákladů, mají obavy, aby s nimi zdravotní pojišťovny uzavřely smlouvy.“	Podpora a pomoc domácím pečovatelům obvodní lékařky Různé přístupy lékařů – promítnutí tržních prvků do poskytování zdravotních služeb	
12	22 23 23 23 24 24 25 25 26 27	„Maminka má přiznané 4400 Kč na péči. Platíme z toho pečovatelské služby. Za zdravotní nemusíme platit nic. Zatím chodím do práce a mám svůj příjem. Matka má důchod, ale bydlíme v domku, náklady na provoz také nějaké jsou, ještě další údržba, nějaké ty úpravy pro matku. Pořád je co...Kdybych zůstala doma, asi bych nemohla platit pečovatelské služby a musela bych se spolehnout víc na sebe...“	Využití příspěvku na péči, při zaměstnání pečovatele Výše příspěvku nepostačuje na domácího pečovatele a nákup služeb zároveň	

13	27	„...a to si zatím úplně nedokážu představit...“	Nejistota a obavy z budoucnosti	
14	27 28 28	„Děti pomohou, ale mají také svoje. Nějak pravidelně je zatím nechci do péče o babičku zatahovat.“	Zapojování ostatních členů rodiny	
15	29	„Třeba na to taky dojde...“	Nejistota budoucnosti	
16	30 30 30	„Když byly malé, trávily prázdniny s ní. Mají na to pěkné vzpomínky. Po smrti táty žila jen pro ně.“	Citová vazba na členy rodiny vnoučata	
17	30 31 31 32 32	„Raději moc dopředu nepřemýšlím... (o poznání optimističtější). Zatím se držíme, jak říká paní doktorka z poradny pro „alzheimery“, tak abych to nezakřikla!“ (na tváři se jí objevil úsměv)	Obava z budoucnosti, žije jen přítomností	
18	37 37	„Mohla bych se zeptat, o čem že to je vlastně řeč. Tato oblast se někam vytratila.“	Zapomínání na odpočinek pečovateli Náročnost kladená na domácí pečovatele	
19	38 38 39 39 40	„Ne proto, že bych si to nemohla dovolit, vydělávám obstojně, myslím, že někteří pracují i za mň, ale když můžu, raději si lehnu, připadám si strašně unavená a utahaná, nějak pořád neodpočatá“.	Únava a vyčerpanost domácího pečovatele	
20	40 41 41 42	„Snažím se pečovat o sebe alespoň tak, že ke svým lékařům chodím na pravidelné kontroly a tím udržuji sebe v akceschopném stavu. Někdy mám těch doktorů, až nad hlavu.“	Nejnutnější péče o své zdraví Časová náročnost strávená v lékařských zařízeních	Zátěž pro rodinné pečovatele
21	42 43	„Máme psa, tak s ním chodím na procházky a tím se snažím dát trochu své fyzické kondici“	Způsob relaxace procházky se psem Pozitivní vliv zvířat v domácnostech s pacienty s Alzheimerovou chorobou	
22	44 45 45	„...někdy jsem ráda, že vypadnu z domu...jsem taky jenom člověk a mám své hranice. Poslední dobou mi připadá jeden den jako druhý.“	Způsob úniku z reality Riziko vyhoření	
23	49 49 50 50 51 51 52	„...je to podobné jako s dětmi. Také vyžaduje pozornost, moji přítomnost a kontrolu. Je to takový zákon života, že děti se rodí mladým, pečujete, a když vyrostou, zestárnou rodiče, pečujete. Je to podobné. S dětmi je to více radostné, s rodiči někdy více bolestné. Víte jak, srdce vás bolí.“(posmutněla)	Citová závislost osob s Alzheimerovou chorobou na rodinných příslušnících, způsobuje značnou psychickou zátěž	
24	53 54 55 55	„Manžel se synem zatím zastávají takovou tu hrubou sílu. Když někde spadne, pomáhají na nohy. Pokud si někam vyrazíme, u babičky se střídají děti.“	Různé zdravotní problémy, způsobují závislost na pečovateli	
25	59 59 60	„Asi tím spánkem (smích), já od malička ráda spím. Máme taky toho psa, se kterým je legrace, pořád něco vyvádí. Je jako člen rodiny.“	Relaxace spánkem, pes jako způsob odpočinku a emočního odreagování	
26	61	„Pořídili jsme ho pro matku, aby jí dělal	Pozitivní vliv zvířete	

	62 63 64 64 65 66 66	<i>společnost, když odejdeme do práce. Docela si rozumí a my ho máme také pro radost. Udržíte matku v pohybu, nosí míček nebo klacky a ona musí házet, pak spolu svorně odpočívají, matka klimbá na lavičce a Terka pod lavičkou, my říkáme, že je to terapeutický pes a jak vidíte, tak pro všechny.“ (radostně s trochou humoru)</i>	na pečovatele i osoby postižené Alzheimerovou chorobou potřeba pohybu	
27	69 69 70 70	<i>„Co je nejtěžší (přemýšlí, oči směřují nahoru) více práce např. s úklidem, množstvím špinavého prádla, organizování denního režimu, to vše se dá nějak řešit.“</i>	Nárůst práce v souvislosti s péčí o osobu s Alzheimerovou chorobou i jeho domácností nebo prostředím, ve kterém žije	
28	71 71 72 72 73 73 74 75 75 76	<i>„Pro mne je nejtěžší vyrovnávat se s tím, že člověk, kterého jste znali jako chápatelého, milujícího, obětavého, dokázali jste odhadnout, jak na co bude reagovat, se mění, těžko se s ním domlouváte, má svoje nálady, někdy si myslíte, že vám to dělá naschvál a ono to tak není. Ty výpadky paměti jsou zvláštní. Recept na bramboračku odříká zpaměti, že ji měla k obědu, si za hodinu nevzpomene.“ (posmutněle).</i>	Psychická zátěž pečovatelů, vyrovnat se se změnou osobnosti blízké osoby trpící Alzheimerovou chorobou	
29	76 76 77	<i>Štěstí v neštěstí máme snad jen v tom, že matka nejeví známky agrese. To by bolelo dvakrát tolik“ (smutně, klopi oči).</i>	Obava z agrese blízkého člověka s Alzheimerovou. Chorobou	
30	81 81 82 82.	<i>„Na to se snažím nemyslet. Nechtěli bychom matku nikam umísťovat. Ona sama také dosloužila svým rodičům. Beru to jako povinnost dětí vůči svým rodičům.“</i>	Obava z budoucnosti, vžitý rodinný vzorec, povinnost dosloužit svým rodičům	
31	83 83 84 84	<i>„Kdyby mne všichni opustili a zůstala bych na to sama, i tak bych se snažila umožnit jí pobyt doma. Kdyby to jinak nešlo, požádala bych o asistenta, snad bychom to nějak zvládli.“</i>	Odhodlanost a rozhodnost pečovat doma eventuelně s další pomocí	
32	86 86 87 88	<i>„Nějaké moje přechodné onemocnění by se určitě dalo vyřešit dočasným pobytem v odlehčovávku a pak zase pečovatelskými službami. Museli bychom se uskromnit.“</i>	Odhodlanost zachovat domácí péči, využít odlehčovacích služeb i za cenu, vlastního odříkání	
33	88 89 89 90	<i>„Matka nikdy nebyla na nějaké velké společnosti lidí. Měla několik kamarádek, které už zemřely. V nějakém zařízení by byla úplně ztracená. Špatně snášela i pobyt v nemocnici.“</i>	Zohlednění všech aspektů při péči o osoby postižené Alzheimerovou chorobou zejména osobnostní vlastnosti	
34	90 91 91 92	<i>„Jedině snad, že by potřeboval speciální přístroje, které by doma nemohly být. Jinak nevím, co by všechno mohlo nastat. Možná budu ještě překvapená...“ (posmutněle)</i>	Do rezidenčního zařízení jedině v případě ohrožení života Obava z budoucnosti	
35	96 96	<i>„V začátku nemoci, když jsou na tom ještě fyzicky dobře, by stačilo postižené třeba jen</i>	Potřeba sousedské nebo dobrovolnické	

	97 97 98 99 99 100 100 101 101 102 103 103 104	<i>kontrolovat, jak se oblékli, zda si vzali léky, zda mají dostatečný příjem tekutin, zda snědli jídlo, jestli se někde nepotulují, nepobíhají neoblečení apod. Třeba jen formou nějaké dohody o provedení práce vykonávanou osobou z místa bydliště. Ušetřily by se nákladné přejezdy autem nebo by mohl pomoci nějaký dobrovolník. Jednou říkala jedna paní v poradně u paní doktorky, že by potřebovala pomoc s venčením psa. Taková blbost a přece to může být pro někoho problém. To zvíře mu dělá společnost po celé dny, tak třeba pro něho je to důležité.“</i>	pomoci, pomoc se zvířecími společníky	
36	104 105 105 106 107	<i>„Snad jenom nějaké fyzioterapeutické služby na protažení. To by nebylo špatné .... alespoň jednou týdně. Fyzicky by tak rychle nechátrali, sami si žádné cviky dělat nebudou. Kdyby bylo někde blízko denní centrum, třeba i tam.“</i>	Potřeba fyzioterapeutické služby v domácím prostředí, Potřeba denního centra	

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XLI – Tabulka 28 - Kódy, podtémata, témata, Hana**

Tabulka 28 - Kódy, podtémata, témata, pečující Hana

Kódy	Podtémata	Témata
Prozatímní spokojenost s péčí, budoucnost?	Dostupnost jednotlivých sociálních služeb a zdravotních	Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Souběh v potřebách klienta, zdravotní služby i pomoc pečovatelských služeb	Souběh různých zdravotních problémů	Potřeba zdravotních i sociálních služeb
Výhoda poskytování služeb jednou organizací	Spokojenost klientů při souběhu sociálních i zdravotních služeb jedním poskytovatelem	Hodnocení kvality poskytovaných služeb
Vyjádření spojenosti s dodržováním smluvených podmínek	Pružnost uspokojování požadavků klientů	Hodnocení kvality poskytovaných služeb
V rámci organizace přidělen pracovník	Přidělení klíčového pracovníka	Omezující aspekty rodinných pečovatelů
Vyjádření spokojenosti i v případě, dalších požadavků	Reagování organizace na nové podněty klientů	Hodnocení kvality poskytovaných služeb
Neznámá budoucnost	Následný vývoj choroby	Omezující aspekty rodinných pečovatelů
Práce rodinného pečovatele – doprovod k lékaři	Jednotlivé činnosti vykonané rodinnými pečovateli	Omezující aspekty rodinných pečovatelů
Závislost a důvěra v rodinné pečovatele	Důvěra v blízkých osobách	Individualita klientů postižených Alzheimerova choroba v přijímání služeb
Zjišťování spokojenosti domácích pečovatelů organizací	Provádění kontroly poskytovaných služeb	Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných služeb
Podpora a pomoc domácím pečovatelům obvodní lékařky	Lékaři – indikace zdravotních služeb	Potřeba provázanosti sociálních zdravotních služeb
Využití příspěvku na péči, při zaměstnání pečovatele	Nedostatečná výše příspěvku na péči při absenci vlastních příjmů rodinného pečovatele	Hodnocení příspěvku na péči, finanční nákladnost služeb
Nejistota budoucnosti	Budoucnost – obava- jistota v nejistotě	Omezující aspekty rodinných pečovatelů
Citová vazba na členy rodiny, vnoučata	Příznivý vliv fungujících rodinných vztahů na osobu postiženou Alzheimerovu chorobou	Vlivy motivace
Zapojování všech členů rodiny do péče fungování rodiny	Změna organizace rodiny	Proměna fundování rodiny
Obava z budoucnosti, žije jen přítomností	Obavy pečovatelů	Omezující aspekty rodinných pečovatelů
Zapomínání na odpočinek pečovatelů	Podceňování vlastního odpočinku – pečovatelé	Čerpání energie a regenerace sil u rodinných pečovatelů
Únava a vyčerpanost domácího pečovatele	Projevy únavy a vyčerpanosti – pečovatele	Čerpání energie a regenerace sil u rodinných pečovatelů

Nejnutnější péče o své zdraví	Nejnutnější péče o vlastní osobu – pečovatel	Čerpání energie a regenerace sil u rodinných pečovatelů
Způsob relaxace procházky se psem	Pozitivní druhy relaxace	Čerpání energie a regenerace sil u rodinných pečovatelů
Způsob úniku z reality	Umění úniku	Čerpání energie a regenerace sil u rodinných pečovatelů
Citová závislost osob s Alzheimerovou chorobou na rodinných příslušnících, způsobuje značnou psychickou zátěž	Psychické zátěže pečovatelů	Omezující aspekty rodinných pečovatelů
Různé zdravotní problémy, způsobují závislost na pečovateli	Souběh více zdravotních problémů	Omezující aspekty rodinných pečovatelů
Relaxace, pes jako způsob odpočinku a emoční odreagování	Zvíře – pozitivní vliv na pečovatele	Čerpání energie a regenerace sil u rodinných pečovatelů
Pozitivní vliv zvířete na pečovatele i osoby postižené Alzheimerovou chorobou	Zvíře – pozitivní vliv na osobu s Alzheimerova choroba	Individualita osob s Alzheimerovou chorobou
Nárůst práce v souvislosti s péčí o osobu s Alzheimerovou chorobou i jeho domácností nebo prostředím, ve kterém žije	Nárůst zatížení rodinných pečovatelů	Omezující aspekty rodinných pečovatelů
Psychická zátěž pečovatelů, vyrovnat se se změnou osobnosti blízké osoby	Pozvolná změna osobnosti blízké osoby	Omezující aspekty rodinných pečovatelů
Obava z agrese blízkého člověka s Alzheimerovou chorobou	Agrese a její možný vznik	Omezující aspekty rodinných pečovatelů
Obava z budoucnosti	Blíže nespecifikované obavy	Omezující aspekty rodinných pečovatelů
Vžitý kulturní vzorec z rodiny, dosloužit svým rodičům	Vliv rodinných zvyklostí a zažitých vzorců na motivaci	Vlivy na motivaci domácích pečovatelů
Rozhodnost pečovat doma i s další pomocí	Pozvolný nárůst využívání dalších služeb	Vlivy motivace domácích pečovatelů
Odhodlanost zachovat domácí péči, využít odlehčovací služeb i za cenu vlastního odříkání	Odhodlanost pečovatele – svědomí	Motivace domácích pečovatelů
Zohlednění všech aspektů při péči o osoby postižené Alzheimerovou chorobou	Zajištění spokojenosti blízké osoby	Kontrola poskytovaných služeb
Do rezidenčního zařízení jedině v případě ohrožení života – obava z budoucnosti	Akceptace přání blízkého	Individualita klientů v přijímání péče v přirozeném prostředí
Potřeba sousedské nebo dobrovolnické pomoci, pomoc se zvířecími společníky	Potřeba sousedské a dobrovolnické pomoci	Náměty na rozšíření služeb
Potřeba fyzioterapeutické služby v domácím prostředí	Požadavky na cvičební a rehabilitační služby	Náměty na rozšíření služeb

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XLII – Tabulka 29 - Úryvky a kódy - Dana**

Tabulka 29 - Úryvky a kódy, respondent Dana, pečující dcera

		Úryvky	Kódy	Poznámka
1	2 2 3 3 4 4 5 5 6 6 7 7 8	„Zatím využíváme více zdravotních služeb Charity, nemáme problém. Pan doktor nám je píše. Děvčata jezdí v domluvených časech a já nemusím matku, třeba jen kvůli odběrům, vláčet do „laborky“. Někteří lékaři to psát nechtějí. Také nerada k doktorům chodí a je ráda, když děvčata přijdou. Raději je nachystaná a netrpělivě je vyhlíží. Dobře si uvědomuje, že kdyby musela cestovat, bylo by to pro ni namáhavější. Je za to ráda a já také.“ (vyjadřuje spokojenost)	Zdravotní služby – významná pomoc domácím pečovatelům	
2	8 9 9 10 10 11 11 12 12 13 13 14	„Jednou týdně jezdí do denního stacionáře. Mají tam celodenní program. Mají zajištěnu dopravu a jídlo po celý den. Ráno po sedmé ji odvezou a kolem 17 hod. je zase doma. Těší se tam, moc pěkně s nimi pracují. Není to zařízení jen pro „alzheimery“, ale přijímají i klienty např. po mozkové příhodě, jedna paní je tam s roztroušenou sklerózou. Pracovnice jsou šikovné a snaží se zapojit všechny. Když má jet, to se připravuje už od večera.“	Využívání služeb denního stacionáře Spokojenost rodinných pečovatelů i klientů	
3	14 15 15	„Stacionář je od nás dost daleko, tak se chvíli vozí, než všechny posbírají a odpoledne to samé.“ (úsměv)	Nevýhoda větší vzdálenost denního centra a následná doprava	
4	19 19 20 20	„Žádného klíčového pracovníka přiděleného nemáme. Vše si organizují sama. Kdy potřebuji, musím zavolat a domluvit se.“	Klíčový pracovník Není	Je potřeba, aby někdo další zasahoval do organizování péče?
5	22 22 23 23 24 24 25 25 26 26 27 27	„Maminka má přiznané 4400 Kč na péči. Já mám 6108 Kč částečný invalidní důchod. Žádný zázrak to není, ale musíme vyjít s tím, co máme. Za zdravotní služby nemusíme platit nic. Matka má důchod, bydlí v samostatném domku, tak má náklady na provoz a nějaké ty úpravy se musely také udělat. Moc se z toho udělat nedá. Z příspěvku hradíme pobyt v zařízení a cestu. No a další věci a pomůcky podle potřeby.“	Příspěvek na péči – je polemizující výše, je dostačující?	
6	31 31 32	„To víte, sama mám zdravotní problémy. Snažím se zajistit si pravidelné kontroly, abych byla co	Vlastní zdravotní problémy pečující osoby, omezení i	



	32 33 33 34 34	<i>nejvíce schopná a vydržela jsem se starat co nejdéle. Jinak zajišťuji jen ty dvě domácnosti. Na nic jiného mi nezbývají síly a ani peníze. To si ale nestěžuji.“</i>	ekonomické	
7	34 35 35 36 36 37	<i>„Daleko víc, by mne tížilo, kdybych musela mamku někam dát. Ona je takový domácí typ. Jak sama říkávala, z domu paty nevytáhla. Jak by ji asi bylo? Vždyť by umřela jen z toho. Ani nepomyslet...!!!“ (skoro úděs)</i>	Odhodlanost pečovat v domácím prostředí je ovlivněná znalostí prožívání blízkého (empatií)	
8	39 39 40 40 41 42 42 43 43	<i>„Když je mamka ve stacionáři, to pohovím. Ráda luštím křížovky a čtu ženské časopisy, jak já jim říkám „drbavé“. Dojdu nakoupit a ten den ani mnoho nevařím a dělám si, co mne baví. Někdy zajdu na kus řeči ke kamarádce, jindy navštíví ona mne. Známe se od dětství a vydrželo nám to až do teď. Je mou velkou oporou...“</i>	Odpočinek, relaxací, četbou, oporou je kamarádka z dětství	
9	46 46 47 47 48 48 49 49 50	<i>„Dívat se jak se člověk, který vám byl blízký, se mění, vzdalujete se vám, přestáváte mu rozumět a při tom víte, že to jede z kopce. Musíte hledět, aby zůstalo co nejvíce z toho pěkného. U této nemoci je to ještě mnohem těžší. Tady tomu chování někdy nerozumíte. Někdy to moc bolí, moc...“ (velký smutek)</i>	Psychický tlak z postupného úpadku blízkého člověka a uvědomění si, že odchází	
10	54 54 55 55 56 56 57 57 58 58 59	<i>„Pokud nebude žádná spolupráce nemocného, tak to pro mne bude hodně složité. Mám ráda, když se na mne matka jen podívá, usměje se nebo začne jen něco „brblat“, bez jakékoliv odezvy to bude těžké. Jedině, že by potřebovala takovou péči, kterou bych ji doma nemohla zajistit. Mám na mysli nějaké speciální přístroje, bez kterých by se nedalo žít, nebo co já vím, co nás může ještě potkat.“</i>	Obava z dalšího průběhu nemoci, umístění do pobytového zařízení jen v případě zdravotní péče	
11	63 63 64 64 65 65 66 66 67 67 67 68 68 69	<i>„Já bych uvítala něco jako „půldenní školu pro alzheimery“. Kdyby je někam svezli nebo i doma, ale myslím, že někde jinde by to bylo lepší, s nimi někdo pracoval formou cvičení mozku, hodinu. .. (nejistota s otazníkem). Hodně se o tom mluví, ale ve skutečnosti, když chcete člověku pomoci, musíte si to sehnat, nastudovat a pak realizovat. Od cizího to berou jinak než od domácího a víc se snaží. Nutila jste někdy děti do domácích úkolů? Tak to vypadá. Vymlouvá se na cokoli, aby nemusela! Aspoň jednou</i>	Návrh na denní pobytové v centru se speciální terapií pro klienty s Alzheimerovou chorobou s menší vzdáleností, s možností i kratšího pobytu než celý den	

	69	<i>týdně. “</i>		
12	70	<i>„A taky nějaké cvičení to je to samé, to</i>	Návrh na pohybové aktivity – jako službu v denním centru	
	70	<i>bych si šla zacvičit taky. Někdy to</i>		
	71	<i>mamce i nabídnu, že budeme cvičit a</i>		
	71	<i>ono se vždycky na něco vymluví, třeba</i>		
	72	<i>že jí není dobře a raději si zaleze</i>		
	72	<i>k sobě. Od cizího by to bylo lepší a</i>		
	73	<i>s ostatními by se také přidala. Do</i>		
	73	<i>denního stacionáře je to daleko a na</i>		
	74	<i>celý den. Kdyby bylo něco poblíž, bylo</i>		
	74	<i>by to lepší. Po obědě většinou</i>		
	75	<i>odpočívají a to by si mohli třeba už ve</i>		
	75	<i>svém. Nic takového tady není. Taky by</i>		
	76	<i>měli kontakt s někým jiným než jen</i>		
	76	<i>s rodinou. “</i>		

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XLIII – Tabulka 30 - Kódy, podtémata, témata, Dana**

Tabulka 30 - Kódy, podtémata, témata, respondent Dana, pečující dcera

Kódy	Podtémata	Témata
Zdravotní služby – významná pomoc domácím pečovatelům	Zdravotní služby pozitivně vnímány a přijímány klienty postiženými Alzheimerovu chorobou	Potřeba provázanosti sociálních a zdravotních služeb
Využívání služeb denního stacionáře	Denní stacionář a jeho služby – dojíždění do stacionáře	Omezující aspekty rodinných pečovatelů
Spokojenost rodinných pečovatelů i klientů	Spokojenost	Hodnocení kvality poskytovaných služeb
Nevýhoda větší vzdálenost denního centra a následná doprava	Denní centrum-umístění v lokalitě	Limity poskytovatelů sociálních služeb očima rodinných pečovatelů
Klíčový pracovník není	Potřeba klíčového pracovníka	Omezující aspekt rodinných pečovatelů
Příspěvek na péči – je polemizující výše, je dostačující?	Výše příspěvku na péči	Hodnocení příspěvku na péči
Vlastní zdravotní problémy pečující osoby, omezení i ekonomické	Vlastní zdravotní problémy pečující osoby, omezení i ekonomické	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Odhodlanost pečovat v domácím prostředí je ovlivněná znalostí prožívání blízkého (empatií)	Ovlivňující faktor při rozhodování o způsobu péče	Motivaci domácích pečovatelů
Odpočinek, relaxací, četbou,	Naplnování potřeb rodinných pečovatelů – četba	Čerpání energie a regenerace sil u rodinných pečovatelů
Oporou je kamarádka z dětství	Psychická pomoc a podpora	Čerpání energie a regenerace sil u rodinných pečovatelů
Psychický tlak z postupného úpadku blízkého člověka a uvědomění si, že odchází	Psychická zátěž při péči je postupný úpadek osobnosti blízkého	Omezující aspekty rodinných pečovatelů
Obava z dalšího průběhu nemoci, umístění do pobytového zařízení jen v případě zdravotní péče	Nemožnost pobytu v domácím prostředí z důvodu zdravotního zajištění	Hranice pro poskytování péče v domácím prostředí
Návrh na denní pobytové centrum se speciální terapií pro klienty s Alzheimerovou chorobou s menší vzdáleností, s možností i kratšího pobytu než celý den	Potřeba zřízení denního centra s lepší dostupností a možností kratších pobytů	Náměty na rozšíření služeb
Návrh na pohybové aktivity – jako službu v denním centru	Pohybové a rehabilitační aktivity v denním centru	Náměty na rozšíření služeb

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XLIV – Tabulka 31 - Úryvky a kódy, Miloš**

Tabulka 31 - Úryvky a kódy, respondent Miloš, pečující vnuk

		Úryvky	Kódy	Poznámky
1	2	„Péče o nemocného „Alzheimerem“ je náročná.“	Náročnost péče	
2	2 3	„Většina pacientů, stejně jako děda, jsou komorbiditní pacienti.“	Komorbidita osob s Alzheimerovou chorobou	
3	6 7 7 8	„Dostupnost je dobrá, v rámci možností dodržují i sjednané časy. Nabídka je tady omezená jen na pečovatelské služby. Tady u nás tyto služby poskytuje Charita.“	Dostupnost sociálních služeb	
4	8 8 9	„Zdravotní služby poskytují, pokud vím, asi tři organizace. Obvykle dojíždí ta, se kterou spolupracuje obvodní lékař.“	Dostupnost zdravotních služeb	
5	12 12	Zareagovali velmi rychle, jednání bylo konstruktivní a velmi vstřícné.“	Rychlá reakce poskytovatelů sociálních služeb	
6	18	„... o dalším organizování klíčovým pracovníkem nevím nic, a to jsem byl jednání přítomen.“	Seznámení s klíčovým pracovníkem nebylo provedeno	
7	2	„Jsou nízké...“	Sociální dávky	
8	21 21 22	„Ne každý má našetřeno! Ze sociálních dávek, pak můžete nakupovat jen základní služby a někdy jen v omezené míře...“	Nedostačující příspěvek na péči	
9	26 26 27 27 28 29	„Z něčeho musíte žít sama a kolik si můžete dovolit zaplatit dalších služeb? A to ještě dáte v práci výpověď a později, pokud nemáte důchodový věk, si musíte hledat nové zaměstnání. Když je vám přes padesát let, a to bývá většina případů, je to velmi problematické.“	Nedostatečné zajištění rodinných pečovatelů	
10	33 34 34	„Pečování je velmi náročné a unavující. Na nic vedlejšího vám nezbyvá čas a ani psychicky to nezvládáte“	Náročnost péče o osoby postižené Alzheimerovu chorobou	
11	34 35 35	„Všechno potřebuje předem plánovat, a to zasáhne nejen vás, ale v našem případě i moji rodinu...“	Změna režimu organizace rodinného života pečovatelů	
12	42 42	„Mám náročné povolání tak pro mě je to jednoznačně spánek.“	Odpočinek, relaxace rodinných pečovatelů	
13	45 45	„Děda odchází z domu na ulici, v této fázi je to neustálý dohled.“	Odchody z domu jako zátěž pečovatelů	
14	48 49	„Ještě, že tady na vesnici se lidí znají, tak nám ho už taky přivezli domů.“	Sousedská výpomoc	
15	49 49	„Babička je potom smutná, myslím, že se za to stydí.“	Stud je psychická zátěž rodinných pečovatelů	
16	53 53 54 55	„Smrt, jediné smrt by mně zastavila. Když byla babička v lázních, dali jsme přechodně do pobytového zařízení. Děda to špatně nesl, tak jsme moc spokojeni nebyli. Doma je doma...“	Motivace rodinných pečovatelů špatné snášení pobytu mimo domov	
17	59 59 60	„Víte, my jsme se o služby donedávna moc nezajímali. Děda na tom nebyl tak zle a babička péči zvládala, ani by nechtěla, aby jí někdo	Vlastní zdravotní stav důvodem pro využívání sociálních	

	60 61	<i>pomáhal. Péče je náročná a i ona má zdravotní problémy. Teď si pomoci pochvaluje...“</i>	služeb	
18	61 62 62 63	<i>„Pro pacienty s Alzheimerovou chorobou speciálně nenabízejí nic. Určitě by byly dobré nějaké terapeutické techniky pro osoby s Alzheimerem, ale v domácím prostředí...“</i>	Speciální služby pro osoby s Alzheimerovou chorobou v dané lokalitě	
19	63 64 65 65	<i>„To v našich vesnických podmínkách, zatím není reálné. Ve větších městech jsou lepší možnosti. Myslím, že v tomto ohledu je vesnice trochu znevýhodněna.“</i>	Méně možností v poskytování sociálních služeb na vesnici	
20	65 66 66 67 68 68	<i>„Charita provozuje denní stacionář, který je od nás dost daleko. Myslím, půl hodiny autem. To znamená, že ho tam budete dovážet nebo využijete dopravu, kterou poskytují. Pro některé rodiny je to z finančních důvodů nedostupné. Kdyby byl blíž, bylo by to lepší.“</i>	Vzdálenost denního centra jako v poskytovaných sociálních službách	
21	68 69	<i>„Asi by bylo potřeba změnit systém poskytování sociálních služeb, příspěvků a sociálních dávek.“</i>	Změna v sociálním systému	

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XLV – Tabulka 32 - Kódy, podtémata, témata, Miloš**

Tabulka 32 - Kódy, podtémata, témata, respondent Miloš, pečující vnuk

Kódy	Podtémata	Témata
Náročnost péče	Osoby s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí	Omezující a ztěžující aspekty domácích pečovatелů
Komorbidity osob s Alzheimerovou chorobou	Další nemoci osob s Alzheimerovou chorobou	Potřeba provázanosti sociálních a zdravotních služeb
Dostupnost sociálních služeb	Dostupnost sociálních služeb v dané lokalitě	Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných služeb
Dostupnost zdravotních služeb	Dostupnost zdravotních služeb v dané lokalitě	Problémy plynoucí ze sociálních systémů
Rychlá reakce poskytovatelů sociálních služeb	Organizace poskytující sociální služby v dané lokalitě	Aspekty ovlivňující hodnocení sociálních služeb
Seznámení s klíčovým pracovníkem nebylo provedeno	Organizování péče klíčovým pracovníkem	Omezující aspekty rodinných pečovatелů
Sociální dávky	Výše sociálních dávek	Hodnocení příspěvku na péči, finanční dostupnost služeb
Nedostačující příspěvek na péči	Výše sociálního příspěvku	Hodnocení příspěvku na péči, finanční dostupnost služeb
Nedostatečné zajištění rodinných pečovatелů	Rodinní pečovatелé bez vlastního zajištění	Problémy plynoucí ze stávajících systémů
Náročnost péče o osoby postižené Alzheimerovu chorobou	Výjimečnost v péči o osoby s Alzheimerovou chorobou	Individualita osob s Alzheimerovou chorobou
Změna režimu organizace rodinného života pečovatелů	Rodina pečovatелů	Omezující aspekty rodinných pečovatелů
Odpočinek, relaxace rodinných pečovatелů	Způsoby odpočinku rodinných pečovatелů	Čerpání energie a regenerace rodinných pečovatелů
Narušení organizace a chodu rodiny i ostatních pečovatелů	Přeorganizování zaběhnutého chodu rodiny péčí o osobu s Alzheimerovou chorobou	Omezující aspekty rodinných pečovatелů
Největší zátěž pečovatелů	Druhy zatížení rodinných pečovatелů	Omezující aspekty rodinných pečovatелů
Sousedská výpomoc	Vztahy na vesnici	Náměty na rozšíření služeb
Motivace rodinných pečovatелů špatné snášení pobytu mimo domov	Individuální reagování osob s Alzheimerovou chorobou na změny	Motivace pro rodinnou péči
Důvody využívání sociálních služeb	Pomoc rodinným pečovatелům	Motivace pro rodinnou péči
Kritický pohled na poskytování sociálních služeb	Sociální služby na vesnici	Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných

na vesnici		služeb
Méně možností v poskytovaných sociálních službách	Nedostatky v poskytování sociálních služeb na vesnici	Hranice v poskytovaných sociálních službách
Změna v sociálním systému	Důvod ke kritickému postoji	Problémy plynoucí ze stávajících systémů

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XLVI – Tabulka 33 - Úryvky a kódy, Veronika**

Tabulka 33 - Úryvky a kódy, respondent Veronika, pečující dcera

		Úryvky	Kódy	Poznámka
1	2	„Služby dostupné jsou...“	Dostupnost služeb	
2	2	„...ale otázkou je jaký druh...“	Omezená dostupnost některých služeb	
3	2 3 3 4 5 5	„...a třeba v případě denního centra, za jakých podmínek. Je dost daleko a mamka se pěkně povoží. Ráno je svážeji na 9 hodinu. Nabírají ji kolem osmé hodiny a domů přijíždí k páté hodině, a to fungují do půl čtvrté. Pak je různě rozvázejí, podle toho kde bydlí“	Podmínky za jakých jsou služby poskytovány, doprava do zařízení	
4	5 6	„Myslím, že to máme nejdál, no a taky se to o dopravu prodražuje.“	Prodražování služeb o náklady	
5	6 6	„Kdyby to bylo někde blíž, asi by chodila častěji.“	Omezení využívání sociálních služeb	
6	10 10 11 12 12	„My toho zase tolik nevyužíváme, tak si to organizují sama. Ono je to někdy lepší. Když u nás dělali místní šetření, měli jsme jasnou představu o tom, co chceme, tak to bylo spíše v naší režii.“	Klíčový pracovník není využíván	
7	12 13 13 14 14	„Když potřebujeme zdravotní služby, tak to stejně organizujeme zvlášť. Je to jedna organizace ale pečovatelské služby a zdravotní služby jsou řízeny každá zvlášť. To mi přijde nepraktické.“	Organizování zdravotních a sociálních služeb	
8	14 15 15	„Když potřebujete oba druhy pomoci, tak stejně nejezdí spolu a pořád se musíte něčemu přizpůsobovat.“	Oddělené organizování zdravotních a sociálních služeb	
9	17 17 18 19 19	„Maminka má přiznaných 800 Kč na péči, má důchod, tak samozřejmě něco doplácí z důchodu. Bydlí s námi, tak to zvládá finančně dobře. Kdyby zůstala bydlet sama, to by si dovolit nemohla...“	Nedostačující příspěvek na péči	
10	19 20	„Myslím, že někteří si služby ani moc dovolit nemůžou, protože jim to finance nedovolují.“	Finanční náročnost sociálních služeb	
11	20 21 21 22	„Už vůbec si neumí představit, jak bych to zvládala, kdybych musela zůstat doma. To bych asi veškerou starost musela převzít. ...to nevím, jak dlouho bych to mohla vydržet.“	Obava ze zvládnutí péče, bez pomoci služeb	
12	26	„No odpočinek, jak bych to řekla.“	Polemizování s termínem odpočinek	
13	26 27 27 28	„Mně starost o domácnost nikdy moc nevadila, zorganizovala jsem si to tak, že jsme měli režim, abych mohla dělat i svoji práci. Příchodem matky se to změnilo.“	Narušení organizace a chodu rodiny	
14	27 28 28	„Kluci mají babičku rádi, trávili u ní hodně času a užili si s ní spoustu legrace. Tak se zapojují podle svých možností“	Zapojování ostatních členů rodiny	
15	29	„...my si s manželem můžeme i ledaskam zajít.“	Volný čas	
16	30 30	„Matka je hluboce věřící člověk a na vsi doma chodila do kostela pravidelně.“	Věřící osoba	



17	31 31 32 33 33 34	„Tady u nás chodíme spolu. Nechodíme pravidelně, ale aspoň jednou za měsíc zajdeme na mši. Já jsem zjistila, že tam nacházím takový vnitřní klid, pěkně si to všechno urovnám v hlavě a cítím se tam klidně bezpečně. Nikdy dřív jsem to neuvědomila. To je zvláštní...“	Spiritualita a víra pečující osoby	
18	37 38	„Nejtěžší je vyrovnat se s tím, že vám řeknou tu diagnózu. Říkáte si, ne to se určitě spletli.“	Přijetí diagnózy pečující osobou	
19	38 39 39 40 40 41 41 43 43 44 44 44	„Pak se stane něco neobvyklého, a vrátí vás do reality. Hledáme peníze, které jsou schované, tak že byste to nevymyslela. Matka má k penězům zvláštní vztah. Musí mít v peněžence nějakou hotovost. Kdyby neměla, tak by to pro ni znamenalo, něco jako ztráta lidskosti. Nemít peníze je pro ni asi ponižující. Po rozvodu zůstala sama, tak se musela naučit spoléhat v tomto směru sama na sebe. Peníze si vždycky hlídala. Jak vidí peněženku, okamžitě si ji dává do tašky nebo do kabelky, a to, i když není její. Nezasvěcený by řekl, krade.“	Specifické projevy Alzheimerovy choroby vztah k penězům	
20	45 45 46 46	„Když jsem to řešila poprvé, styděla jsem se strašně. Naštěstí to druhá strana pochopila. Matka byla vždycky slušný člověk. Teď, když někde jsme, bývám ostražitá...“	Stud rodinných pečujících za chování blízké osoby	Zátěž pro rodinné pečovatele
21	46 47	„Je to těžké, srovnat se s tím, jak se mění osobnost proti její vůli...“	Změna osobnosti osoby s Alzheimerovou chorobou jako zátěž rodinných pečovatelů	
22	51 51	„Já nevím..., jediné, že bychom nedokázali o máti pečovat.“	Nezvládnutí péče-důvod ukončení domácí péče	
23	51 52 53	„Tím nemám na mysli péči s hygienou, ale spíš nějaké zdravotní problémy. Někde třeba dýchací přístroje nebo tak něco.“	Důvodů pro ukončení péče-speciální zdravotní péče	
24	53	„No uvidíme, snad to dokážeme...“	Pochybnosti ve vlastní možnosti	
25	57 57	„Víte, když jsem zjišťovala možnosti, tak mi sdělili, že nabízejí pečovatelské služby.“	Nabídka pečovatelských služeb	
26	58 58	„Denní stacionář pro „alzheimery“ je poměrně vzdálený, ale jezdíme.“	Denní stacionář je daleko	
27	59 59	„Matka, tím že se přestěhovala, tak přišla o kontakty.“	Důsledky přemístění osoby s Alzheimerovou osobou k pečovatelům	
28	59	„Kdyby byl blíž, bylo by to lepší.“	Vzdálenost denního centra-limitace služby	
29	60 61 61	„Až nebude moci být ani na chvíli bez dohledu, museli bychom požádat o služby asistenta. Jiná možnost není.“	Možnost využívat osobní asistence	
30	61 62 62 63	„Také by bylo dobré, kdyby zdravotní a sociální služby mohly být poskytovány současně. Nedocházelo by k situaci, že začnete snídat a přijdou vám ošetřovat bérčáky. To je asi hudba“	Poskytování zdravotních a sociálních služeb současně	

	63	<i>budoucnosti!“</i>		
31	63 64 64 65 66 66	<i>„Hodně nás zatěžují návštěvy u odborných lékařů. Mnohdy nám jen předepíší léky a zase jedeme domů. Pokud je zdravotní stav stabilizovaný, tak nevidím důvod, proč vysedávat v čekárnách zbytečně. Mohl by to udělat obvod'ák!“</i>	Zátěž rodinných pečovatelů časté návštěvy lékařů	
32	66 67 68 68 69 69	<i>„Víte, zdá se mi, že je opravdu vidět, že populace stárne. Staří lidé se pomaleji pohybují, hůř slyší, déle jim vše trvá a některá oddělení to nějak nezaregistrovala. Sestry na ně hartusí až běda když jsem jim to vytkla, moc se jim to nelíbilo!“</i>	Stárnutí populace	

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XLVII – Tabulka 34 - Kódy, podtémata, témata, Veronika**

Tabulka 34 - Kódy, podtémata, témata, respondent Veronika, pečující dcera

Kódy	Podtémata	Témata
Dostupnost služeb	Dostupnost v dané lokalitě	Aspekty hodnocení sociálních služeb
Omezená dostupnost některých služeb	Zabezpečení jednotlivých lokalit	Limity poskytovatelů sociálních služeb
Podmínky za jakých jsou služby poskytovány	Podmínky poskytování v dané lokalitě	Limity poskytovatelů sociálních služeb
Finanční nákladnost služeb	Prodražování využívaných služeb	Finanční dostupnost využívaných služeb
Omezení využívání sociálních služeb	Doprava do denního centra	Limity poskytovatelů sociálních služeb
Klíčový pracovník není využíván	Organizování péče klíčovým pracovníkem	Omezující aspekty rodinných pečovatелů
Potřeba zdravotních a sociálních služeb	Další zdravotní problémy osob postižených Alzheimerovu chorobou	Potřeba provázanosti sociálních a zdravotních služeb
Oddělené organizování zdravotních a sociálních služeb	Poskytování zdravotních a sociálních služeb	Potřeba provázanosti sociálních a zdravotních služeb
Nedostačující příspěvek na péči	Výše sociálního příspěvku	Příspěvek na péči
Finanční náročnost sociálních služeb	Náklady na pečování o osoby s Alzheimerovou chorobou	Finanční dostupnost sociálních služeb
Obava ze zvládnutí péče bez pomoci služeb	Obava rodinných pečovatелů	Omezující aspekty rodinných pečovatелů
Polemizování s termínem odpočinek	Individualita rodinných pečovatелů v pohledu na odpočinek	Odpočinek a relaxace rodinných pečovatелů
Narušení organizace a chodu rodiny	Přeorganizování zaběhnutého chodu rodiny péčí o osobu s Alzheimerovou chorobou	Proměna a organizování chodu rodiny
Zapojování ostatních členů rodiny	Zapojování ostatních členů rodiny	Proměna a organizování chodu rodiny
Volný čas strávený s manželem	Naplňování volného času	Odpočinek a relaxace rodinných pečovatелů
Spiritualita a víra osoby s Alzheimerovou chorobou	Naplňování základních potřeb osob s Alzheimerovou chorobou	Odpočinek a relaxace rodinných pečovatелů
Přijetí diagnózy pečující osobou	Největší psychická zátěž	Omezující aspekty rodinných pečovatелů
Specifické projevy Alzheimerovy choroby vztah k penězům	Specifické projevy Alzheimerovy choroby jaké zátěž rodinných pečovatелů	Omezující aspekty rodinných pečovatелů
Stud rodinných pečujících za chování blízké osoby	Důsledky chování osob s Alzheimerovou chorobou	Omezující aspekty rodinných pečovatелů
Změna osobnosti osoby s Alzheimerovou chorobou jako zátěž rodinných pečovatелů	Změna osobnosti osoby s Alzheimerovou chorobou	Omezující aspekty rodinných pečovatелů
Nezvládnutí péče-důvod ukončení domácí péče	Podmínky ukončené péče v rodině	Hranice ukončení péče v rodině

Důvodů pro ukončení péče-speciální zdravotní péče	Důvody pro ukončení péče v rodině	Hranice ukončení péče v rodině
Pochybnosti ve vlastní možnosti	Pochybnosti domácích pečovatелů	Omezující aspekty rodinných pečovatелů
Nabídka pečovatelských služeb	Poskytované služby v dané lokalitě	Aspekty ovlivňující hodnocení sociálních služeb
Denní stacionář je daleko	Nedostatek v dané lokalitě	Náměty na rozšíření služeb
Nárůst práce v souvislosti s péčí o osobu s Alzheimerovou chorobou i jeho domácností nebo prostředím, ve kterém žije	Nedostatky v dané lokalitě	Omezující aspekty rodinných pečovatелů
Důsledky přemístění osoby s Alzheimerovou osobou k pečovatелům	Přemístění osoby s Alzheimerovou chorobou do rodiny pečovatele	Ztráta sociálních kontaktů přemístěním do rodiny pečovatele
Vzdálenost denního centra	Problémy v dostupnosti konkrétní sociální služby	Omezující aspekty rodinných pečovatелů
Možnost využívat osobní asistence	Dostupnost osobní asistence pro osoby s Alzheimerovou chorobou	Osobní asistence pro osoby s Alzheimerovou chorobou
Poskytování zdravotních a sociálních služeb současně	Potřeba sociálních a zdravotních služeb	Potřeba provázanosti sociální a zdravotní služby
Zátěž rodinných pečovatелů časté návštěvy lékařů	Další zdravotní problémy osob s Alzheimerovou chorobou	Potřeba provázanosti sociální a zdravotní služby
Stárnutí populace	Více osob vyššího věku ve zdravotnických zařízeních	Problémy plynoucí ze stávajících systémů

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XLVIII – Tabulka 35 - Úryvky a kódy, Libuše**

Tabulka 35 - Úryvky a kódy, respondent Libuše, pečující manželka

		Úryvky	Kódy	Poznámka
1	2	„Já jsem spokojená moc!“	Dostupnost služeb	
2	2 3 3	„Dříve jsem se starala o dědu sama a pomáhala mi manželka od syna Olinka.“(jméno anonymizováno)	Zapojení více rodinných příslušníků do péče	
3	3 4 4	„Teď jezdí děvčata. Jsou velmi hodná a mně se hodně ulevilo. Jezdí ráno, v poledne a odpoledne k večeru. Nemáme zatím žádné problémy.“	Spokojenost s poskytovanými službami	
4	5 6 6	„Děda už nemůže moc chodit, tak pomáhají s oblékáním a hygienou. Děda měří „stoosmdesát“ a já už ho nezmůžu.“	Projevy Alzheimerovy choroby	
5	6	„Jezdí, jak jsme se domluvily.“	Poskytování služeb podle plánu	
6	7 7	„Jsem spokojená, dokonce jedna z děvčat poznala začínající zápal plic, tak teď leží v nemocnici.“	Pozitivní hodnocení profesionality pracovníků	
7	8 8 9	“ Když jsou tady, pořád mi říkají, abych odpočívala a dělala si, co potřebuji. Jsou ke mně pozorné.“	Podpora a pomoc rodinným pečovatelům	
8	13 13 14	„O tom nám nic neříkaly, když jsme o službu požádali, tak sem přijela paní asi vedoucí a všechno jsme to domluvily...“	Organizování klíčovým pracovníkem není	
9	14 15 15	„Strídají se tady tři pracovnice. Dvě z nich jsou takové zkušené, to je hned vidět a ta jedna přišla později, ta se zaučuje.“	Hodnocení profesionality pracovníků	
10	16 16 17	„Pořád se ptají, jestli je to všechno, jestli ještě nepotřebuju něco dalšího...“ (projevuje nadšení a spokojenost)	Ocenění zájmu o pečovatele	
11	19 19 20 20 21 22 23	„No, je to málo..., když už si sama tolik nemůžete udělat, musíte za leccos zaplatit, no... tak to víte...(s trochu provinilým nádechem). Nemáme s dědou tak velké důchody. Příspěvek má 4400 Kč. Taky i s ostatním pro dědu je mnohem větší vydání... Já jsem válečné dítě, a tak jsem se naučila šetřit. A teď se to zase hodí...“	Hodnocení příspěvku na péči	
12	26 26 27 27	„Jsem s dědou celý den. To jde všechno stranou. Jsem z toho celá uondaná, někdy, když si sednu, mám pocit, že spadnu od únavy. Asi klimbu a v noci zase třeba nemůže spát.“	Náročnost celodenní péče, potřeba odpočinku	
13	33 33 34 35	„Ta únava se dá zahnat jedině odpočinkem, hlavně spánkem. Když je člověk utahaný, tak nic nejde od ruky a jen se tak plouží. To je nejdůležitější, ostatní musí stranou.“	Odpočinek a relaxace spánkem	
14	29 29 30 30 30	„Dřív jsem pravidelně chodila k holiči a na nehty. Teď se někdy nedostanu. Jsem závislá na tom, že mne někdo vystřídá u dědy. Nestěžuji si, syn s manželkou mi pomáhají. Jinak bych to dávno nezvládla.“	Vzájemná pomoc ostatních členů rodiny jako možnost uspokojení potřeb pečovatelů	
15	37 37	„Děda se postupně přestává pohybovat a už toho taky moc nenamluví.“	Zhoršující se stav blízké osoby	
16	37	„Teď, když potřebuji nakoupit, musí se mnou	Závislost pečovatele	

	38 38 39	<i>někdo zajet, nebo když jedu autobusem, musí s ním někdo počkat. „Dřív jsem jezdila na motorce, byla jsem samostatná.“</i>	na pomoci s péčí	
17	40 41 41 42	<i>„Taky to ježdění po doktorách je únavné, pro mě i pro dědu. Má toho víc, tak každou chvíli musíme někam na kontrolu. Hrozně rychle to vždycky uteče.“</i>	Časté návštěvy u lékařů jako zátěž rodinných pečovatelů	
18	46 47 47	<i>„No jedině, že bych umřela. Víte, že příští rok budeme s dědou 65 let manželé? To bych mu nemohla udělat, že bych ho někam šoupla!“</i>	Motivace domácí péče	
19	48	<i>„Pán Bůh by mě za to jistě potrestal!“</i>	Spiritualita a víra	
20	52 52	<i>„Já jsem teď spokojená, hodně se mi ulevilo. Nevím..., teď už mne nic nenapadá.“</i>	Spokojenost s poskytovanými službami	

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. XLIX – Tabulka 36 - Kódy, podtémata, témata, Libuše**

Tabulka 36 - Kódy, podtémata, témata, respondent Libuše, pečující manželka

Kódy	Podtémata	Témata
Dostupnost služeb	Dostupnost v dané lokalitě	Dostupnost služeb
Zapojení více rodinných příslušníků do péče	Pečování v rodině	Péče o osobu s Alzheimerovou chorobou a zapojení více rodinných členů
Spokojenost s poskytovanými službami	Sociální služby v dané lokalitě	Spokojenost rodinných pečovatelů se zapojením sociálních služeb do péče
Projevy Alzheimerovy choroby	Individuální projevy Alzheimerovy choroby	Individuální projevy chování osob s Alzheimerovou chorobou
Poskytování služeb podle plánu	Organizování poskytované péče	Individuální plán péče
Pozitivní hodnocení profesionality pracovníků	Vzdělávání pracovníků	Profesionalita pracovníků poskytujících sociální služby
Podpora a pomoc rodinným pečovatelům	Poskytování sociálních služeb jako pomoc a podpora rodinných pečovatelům v dané lokalitě	Poskytování sociálních služeb jako pomoc a podpora rodinných pečovatelům
Organizování klíčovým pracovníkem není	Organizování poskytované péče v organizaci	Organizování klíčovým pracovníkem
Hodnocení profesionality pracovníků	Vzdělávání pracovníků	Hodnocení profesionality pracovníků rodinnými pečovateli
Ocenění zájmu o pečovatele	Vzdělávání pracovníků	Spolupráce pracovníků poskytujících služby s rodinnými pečovateli
Hodnocení příspěvku na péči	Příspěvek na péči	Negativní hodnocení příspěvku na péči
Náročnost celodenní péče, potřeba odpočinku	Formální pečovatelé	Potřeba odpočinku rodinných pečovatelů
Odpočinek a relaxace spánkem	Individuální formy odpočinku	Formy odpočinku
Vzájemná pomoc ostatních členů rodiny jako možnost uspokojení potřeb pečovatelů	Zapojování ostatních členů rodiny	Formy odpočinku
Zhoršující se stav blízké osoby	Zhoršování zdravotního stavu osoby s Alzheimerovou chorobou	Projevy chování osob s Alzheimerovou chorobou
Závislost pečovatele na pomoci s péčí	Rodinní pečovatelé a pomoc s péčí	Závislost pečovatele na pomoci s péčí
Časté návštěvy u lékařů jako zátěž rodinných pečovatelů	Zdravotní péče	Největší zátěž pečovatelů
Spiritualita a víra	Spiritualita pečovatelů	Spiritualita pečovatelů
Spokojenost s poskytovanými službami	Poskytované sociální služby	Spokojenost s poskytovanými službami

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. L – Tabulka 37 - Úryvky a kódy - Klára**

Tabulka 37 - Úryvky a kódy - respondent Klára, pečující dcera

		Úryvky	Kódy	Poznámka
1	3	„Rodiče žijí na vesnici do tisíce obyvatel.“	Lokalita s malým počtem obyvatel	
2	2 3 4 5	„Na první pohled se zdálo, že je dostupnost sociálních služeb obecně dobrá, a že existuje poměrně široká nabídka sociálních služeb a zařízení pro seniory.“	Dobrá nabídka sociálních služeb pro seniory	
3	5 6 6 7 7 8	„Pak začnete konkrétně hledat a zjišťujete, že se možnosti omezují na respitní péči, která je poskytována na omezenou dobu a neřeší potřebu zajistit péči na dobu neomezenou. Další možností bylo zajistit ústavní péči. S „Alzheimerem“ můžete pouze do domova se zvláštním režimem.“	Sociální služby pro osoby s Alzheimerovou chorobou omezeny	
4	8 9 10 10 11 12	„Zařízení jsme navštívili dvě, ale z kapacitních důvodů nejsou schopni pomoci při řešení v krizové situaci. Na umístění se čeká v řádech několika měsíců, ale někdy i více jak jeden rok. V „eldéence“ je to rovněž obtížné a nemá dobrou pověst, často to tam končí smrtí.“	Pomoc při řešení krizových situací	
5	12 13 14 14 15 15 16	„Zpočátku jsme využívali pečovatelskou službu Charity. S postupující nemocí a taky z důvodu omezeného počtu pracovníků nebylo možné zabezpečit oba rodiče. V současné době již neobejdou bez neustálé pomoci někoho jiného. Matka trpí Alzheimerovou chorobou a otec je po mozkové příhodě a je slepý.“	Řešení krize pečovatelskými službami	
6	16 17 18	„Začali jsme využívat tři dny v týdnu celodenní službu formou osobní asistence. Jsou schopni zajistit neomezenou službu u nich doma.“	Služba osobní asistence	
7	18	„Zbývající dny v týdnu zajišťujeme péči my.“	Rodinní pečovatelé	
8	18 19 19 20 20	„Využíváme téměř vše, co nabízejí. Zapůjčují třeba rehabilitační a kompenzační pomůcky. My jsme půjčili zdravotní matraci a máme podanou žádost na polohovací postele Na tu je však poradník.“	Využívání zapůjčování pomůcek pro péči doma	
9	21	„No, a to je samozřejmě za peníze“	Placené druhy sociálních služeb	
10	20 21 22 22 23 24	„Zdravotní stav matky se horší, jak se přidávají další zdravotní komplikace. Zdarma jsou poskytovány zdravotní služby, ty využíváme také. Děvčata nám dělají doma odběry a někdy se matce otevrou bércové vředy, pak je jezdí ošetřovat.“	Potřeba zdravotních služeb, více onemocnění-bércové vředy	
11	28 28 29 29 30 31 31 32	„Víte ono je to složité. Organizování péče pracovníkem sociální služby je vždy závislé na ochotě a možnostech spolupráce nemocné osoby i rodinných příslušníků. Obecně se uvádí, že náplní práce pracovníka je podpořit soběstačnost osoby trpící Alzheimerovou chorobou a zprostředkovat kontakt se společenským prostředím. No	Spolupráce klienta, rodinných pečovatelů a pracovníků služeb	



	32 33	<i>jo, ale co když drhne, a to jak ze strany nemocného, tak ze strany příslušníků rodiny.“</i>		
12	33 34 34 35	<i>„Naši zpočátku vůbec nechtěli akceptovat, že by potřebovali od někoho pomoc a odmítali, aby jim někdo cizí zasahoval do jejich soukromí. Zároveň i mezi námi, jako pečovateli existovaly spory.“</i>	Nejednotný názor rodinných pečovatelů na péči o osobu s Alzheimerovou chorobou	
13	35 35 36 37 37 38	<i>„. Osobní asistentka, která poprvé přišla pečovat, byť svoji úlohu brala zodpovědně a snažila se aktivizaci asi až moc, musela být vystřídána. Maminka poměrně brzo po nástupu nemoci omezila komunikaci pouze na slova. Musíte vnímat i jinou její komunikaci.“</i>	Profesionalita pracovníků poskytujících sociální služby	
14	38 39 39 40 40 41	<i>„Byla provedena výměna a začala docházet starší paní, která svým přístupem vyhovovala lépe a postupem času si u rodičů vybudovala důvěru a navázala s nimi dobré vztahy. Tady se ukázalo, jak je důležité navázání kontaktu a přijetí ošetřovatele důležité.“</i>	Přijetí pečovatele osobou postiženou Alzheimerovou chorobou	
15	41 42 42 43	<i>„Vstávání a chození dělá matce stále větší potíže. Nesmí se na ní spíchat. Současná péče spočívá v podávání jídla, nápojů, pomoci při hygieně, vstávání, chození s chodítkem.“</i>	Pomoc s jídlem, oblékáním, hygienou, procházky	
16	43 43 44 45 45 46	<i>„Taky se snaží o nějakou tu aktivizaci. Ta spočívá třeba v poslouchání Šlágru, z předčítání z knížky, kterou táta kdysi napsal nebo se mazlí s kocourem. To je baví nejvíc. Naši ho mají už několik let a vždycky to byl jejich mazlík. Mohl i k nim do postele.““</i>	Čtení knih, poslouchání hudby, terapie se zvířaty	
17	49 49 50 50 51 51 52	<i>„U matky byla zjištěna nemoc před cca 8 lety, 4 roky pobírala důchod a dávku sociální péče ve výši 800,00 Kč, v současné době pobírá cca 1,5 roku dávku sociální péče ve výši 8 800,00 Kč. Náklady za využívání služeb osobní asistence hradí rodina měsíčně ve výši cca 10 – 12 tis. Kč.“</i>	Příspěvek na péči a náklady na péči v domácím prostředí	
18	52 52 53	<i>„Měsíčně hradíme sestře náhradu ušlé mzdy 5 000,00 Kč. Zaměstnavatel jí vyšel vstříc a umožnil snížení pracovního úvazku.“</i>	Úhrada ušlé mzdy rodinné pečovatelce	
19	54 54 55	<i>„No a zbytek jsou výdaje na zdravotní pomůcky a léky. Z důchodů je hrazen běžný provoz domácnosti. My využijeme všechno.“</i>	Další výdaje za pomůcky a léky	
20	55 56 56 57 57 58 58 59 59 60 60 61	<i>„Já jsem zjišťovala, jak to vypadá v domově se zvláštním režimem za ústavní péči je účtována cena za obsazené lůžko v rozmezí 23 – 30 tis. Kč za měsíc. V případě maminky by to důchod ani poskytované příspěvky nepokryly. Museli bychom zbytek doplácet. Podle mého je výše dávky sociální péče pro osoby s Alzheimerovou chorobou nízká. U nás je to vidět nejlépe. Sestra nemá starobní důchod, kdyby zůstala doma úplně, asi bychom tolik nemohli využívat služby. No, a to by toho bylo na jednoho moc...“</i>	Výše příspěvku je nízká	Zátěž pro rodinné pečovatele

21	61 62 63 63 64 64 65 65 66 66 67	<p>„Příspěvek v případě domácí péče zřídka dosahuje maximální ústavní péče, která je logicky dražší, ale nemyslím si, že je kvalitnější.</p> <p>Nárok posuzuje revizní lékař na základě šetření pracovníků úřadu práce a na základě informací o zdravotním stavu od ošetřujícího lékaře.</p> <p>Posuzuje míru závislosti, při nichž osoba potřebuje pomoc či dohled podle zákonem stanovených kritérií. Myslím, že mnohdy není hodnocení objektivní a přiznaná výše dávky není adekvátní ke stavu pacienta.“</p>	Poskytování příspěvku na péči	
22	77 77 78 78 79	<p>„No, ono je toho víc. Pro mne je to organizování vlastního času, rozhodování z hodiny na hodinu, třeba když musíte rychle dojet k lékaři. Zasáhne to i vaší vlastní rodinu, tak to jsou i nehody ve vlastní rodině. Nepříjemnosti navíc.“</p>	Rychlé reagování na potřeby blízké osoby největší zátěž rodinných pečovatelů	
23	71 71 72 72 73 73 74	<p>„Péče nás plně zaměstnává. Protože jsme tři sourozenci, máme dospělé děti, které podle možnosti také pomohou, tak si můžeme dovolit vysadit. Já se nejvíce nabíjím vnoučaty. Musím také někdy fungovat jako babička a pohlídat.</p> <p>Vnučky mě nabíjejí úplně nejvíc. Děti jsou velké štěstí.“</p>	Role babičky a vnučky	
24	83 83 84 84	<p>„Zhoršení zdravotního stavu v takové míře, kdy by nestačily fyzické a psychické síly pečujících nebo výslovné doporučení lékaře. Teď je rozdělit nemůžeme!!!“</p>	Zhoršení zdravotního stavu pečujících, doporučení lékaře	
25	88 88 89 89 90 91 91 92 92 93 93 94 94	<p>„Problém nespočívá ani tak v rozsahu poskytovaných služeb, jako v nedostatku odborných pracovníků, kteří tyto sociální služby poskytují. Z uvedených důvodů by bylo vhodné podpořit zájem a vzdělávání odborných pracovníků v oblasti sociálních služeb souvisejících v péči o seniory. Také zvýšit počet zařízení poskytujících speciální péči, kterou pacienti s Alzheimerovou chorobou potřebují.</p> <p>Oni „opečují“ dobře, ale někteří pracovníci jim nerozumí. Hrnou na ně všechno, co se kde naučili a ono to na ně nefunguje. Někdy to péči spíše komplikuje. Jak se říká, je to o lidech!“</p>	<p>Zlepšení vzdělávání pracovníků</p> <p>Zvýšení počtu speciálních pracovišť pro osoby s Alzheimerovou chorobou</p>	

Zdroj: vlastní šetření

**Příloha č. LI – Tabulka 38 - Kódy, podtémata, témata, Klára**

Tabulka 38 - Kódy, podtémata, témata, respondent Klára, pečující dcera

Kódy	Podtémata	Témata
Lokalita s malým počtem obyvatel	Dostupnost sociálních služeb na vesnici	Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných služeb
Dobrá nabídka sociálních služeb pro seniory	Souběh různých zdravotních problémů	Potřeba provázanosti zdravotních a sociálních služeb
Sociální služby pro osoby s Alzheimerovou chorobou omezeny	Spokojenost klientů při souběhu sociálních i zdravotních služeb jedním poskytovatelem	Aspekty hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Pomoc při řešení krizových situací	Pomoc v krizových situacích	Aspekty hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Řešení krize pečovatelskými službami	Druhy poskytovaných služeb v dané lokalitě pro osoby s Alzheimerovou chorobou	Aspekty hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Služby osobní asistence	Osobní asistence v dané lokalitě	Aspekty hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Rodinní pečovatelé	Následný vývoj choroby	Aspekty hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Využívání zapůjčování pomůcek pro péči doma	Možnosti zapůjčování zdravotních pomůcek v dané lokalitě	Aspekty hodnocení poskytovaných sociálních služeb
Placené druhy sociálních služeb	Sociální služby poskytované za úplatu	Finanční dostupnost sociálních služeb, příspěvek na péči
Potřeba zdravotních služeb, více onemocnění – bércové vředy	Zdravotní služby a poskytování v dané lokalitě	Potřeba provázanosti zdravotní a sociální služby
Spolupráce klienta, rodinných pečovatelů a pracovníků služeb	Individuální přístup v jednotlivých rodinách	Přístup pracovníků poskytující sociální služby
Nejednotný názor rodinných pečovatelů na péči o osobu s Alzheimerovou chorobou	Nedostatečná výše příspěvku na péči při absenci vlastních příjmů rodinného pečovatele	Finanční dostupnost sociálních služeb, příspěvek na péči
Profesionalita pracovníků poskytujících sociální služby	Odborné vzdělávání pracovníků poskytujících sociální služby	Přístup pracovníků poskytujících sociální služby
Přijetí pečovatele osobou postiženou Alzheimerovou chorobou	Individuální přístup k osobám s Alzheimerovou chorobou	Přijímání péče osobami s Alzheimerovou chorobou
Pomoc s jídlom, oblékáním, hygienou, procházky	Jednotlivé činnosti v poskytování pomoci osobám s Alzheimerovou chorobou	Přijímání péče osobami s Alzheimerovou chorobou
Čtení knih, poslouchání hudby, terapie se zvířaty	Obavy pečovatelů	Individualita osob postižených Alzheimerovou chorobou
Příspěvek na péči a náklady na péči v domácím prostředí	Použití příspěvku na péči	Financování dostupnost sociálních služeb, příspěvek na péči
Úhrada ušlé mzdy rodinné	Ekonomické zajištění rodinných	Problémy plynoucí ze

pečovatelce	pečovatelů	stávajících systémů
Rychlé reagování na potřeby blízké osoby největší zátěž rodinných pečovatelů	Zátěž rodinných pečovatelů	Omezující aspekty rodinných pečovatelů
Role babičky a vnučky	Pozitivní druhy relaxace	Čerpání energie a regenerace sil rodinných pečovatelů
Zhoršení zdravotního stavu pečujících, doporučení lékaře	Signály pro poskytování péče v domácím prostředí	Hranice pro pokračování v domácí péči
Zlepšení vzdělávání pracovníků	Organizování vzdělávání pracovníků sociálních služeb	Aspekty ovlivňující hodnocení poskytovaných služeb
Zvýšení počtu speciálních pracovišť pro osoby s Alzheimerovou chorobou	Návrhy na rozšíření služeb v dané lokalitě	Náměty na rozšíření sociálních služeb

Zdroj: vlastní šetření

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autorky:** Jana Mikanová

**Studijní program:** magisterské studium

**Studijní obor:** Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

**Název práce:** Možnosti a meze sociální služby poskytované seniorům postiženým Alzheimerovou chorobou z pohledu rodiny

**Vedoucí práce:** Mgr. Lucie Vacková, Ph.D.

**Rok dokončení práce:** 2018

**Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)**

**Přímé citace:** 19322 znaků

**Ostatní text:** 143038 znaků

**Celkový počet znaků:** 162360 znaků

**Názvy souborů umístěných na doprovodném CD**

**Text práce ve formátu PDF:** DP\_Mikanova\_Moznosti\_a\_meze



**Posudek vedoucího magisterské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Jana Mikanová  
Obor studia: Sociální práce se zaměřením na aplikovanou psychoterapii  
Název práce: Možnosti a meze sociální služby poskytované seniorům postiženým Alzheimerovou chorobou z pohledu rodiny  
Vedoucí práce: Mgr. Lucie Vacková Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 89

Počet stránek příloh: 93

Počet titulů v seznamu literatury: 63

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

x				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Vysvětlíte příčiny vzniku Alzheimerovy choroby.
- 2) Jaká je dostupnost ambulantních a terénních sociálních služeb v ČR pro klienty trpící Alzheimerovou chorobou?
- 3) Objasněte nejobtížnější momenty výzkumu.

Celkové zhodnocení (klady a nedostatky):

Autorka DP se zabývá problematikou seniorů postižených Alzheimerovou chorobou, kteří přes své zdravotní omezení zůstávají v rodinném prostředí a to především díky obětavé pomoci členů rodiny. V teoretické části se autorka nejprve věnuje charakteristice senia, dále pak etiologii Alzheimerovy choroby a v souvislosti s tím i významu laskavého a podpůrného rodinného prostředí pro člověka trpícího tímto závažným onemocněním. V dalším kroku porovnává možnosti ambulantních a terénních sociálních služeb v České republice se zahraničím a poukazuje přitom na skutečnost, že sociální služby v ČR jsou rodinnými příslušníky v obcích s menším počtem obyvatel mnohdy využívány v nižší míře než ve městech, z důvodu jejich časté nepřítomnosti či problematické dostupnosti. V praktické části DP autorka předkládá kvalitativní výzkum vedený formou případových studií, jehož hlavním cílem bylo zjistit, zda a jak ovlivňují sociální služby rodinné příslušníky v rozhodnutí vytrvat v péči o člena rodiny trpícího Alzheimerovou chorobou anebo zda jej spíše přesunout do rezidenčního zařízení. Participanty výzkumu byli lidé trpící Alzheimerovou chorobou, pečující rodinní příslušníci a pracovníci sociálních služeb.

Zvolené téma považuji za aktuální, odpovídající studovanému oboru. Připomínky mám ke gramatické části DP, v textu se občas objevují překlepy či problematičtější stylistické formulace. Oceňuji zejména formální a obsahovou část DP, autorčinu pečlivost a nasazení při výzkumu a jeho zpracování – viz tabulky a rozhovory v příloze, text obsahuje značný počet zdrojů.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně - velmi dobře - dle výsledku obhajoby

Datum, podpis: 24/8 2018

Mgr. Lucie Vacková Ph.D.



## Posudek oponenta diplomové práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Jana Mikanová**

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Možnosti a meze sociální služby poskytované seniorům postiženým

Alzheimerovou chorobou z pohledu rodiny

Oponent práce: Mgr. Iveta Jelínková

### Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 89

Počet stránek příloh: 94

Počet titulů v seznamu literatury: 63

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

### Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přílehlavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

### Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

### Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

--	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

### Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

		X		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké možnosti zlepšení v kvalitě sociálních služeb vnímáte na základě svého výzkumu.

Zaznamenala jste nějaký rozdíl v postoji muž X žena z pohledu osob postižených i pečujících?

Jaký zahraniční model poskytování sociálních služeb je nejbližší našemu modelu a v čem. Je něco, co byste ráda ze zahraniční praxe viděla i u nás?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka si ke své práci vybrala aktuální problematiku péče o seniory postižené Alzheimerovou chorobou v rámci sociálních služeb. Cílem jejího výzkumu bylo zjistit, jaké jsou meze a možnosti sociálních služeb v pomoci z pohledu rodiny.

V teoretické části práce se autorka věnuje vymezení základních pojmů jako je stáří (zmiňuje demenci, rozsáhleji se zabývá samotnou Alzheimerovou chorobou) a také možnostmi terapie. Ve druhé kapitole nás seznamuje s potřebami seniorů. V této kapitole mi chybí konkrétnější specifikace této cílové skupiny, aby si čtenář mohl udělat představu nejen o jejich fyziologických, sociálních či spirituálních potřebách, ale obecně o vývoji osobnosti jako takové (nástup do důchodu, ztráta partnera, rozvody, příchod nemocí, odcházení přátel, .....). Následující kapitola s názvem „Rodinní příslušníci osob trpících Alzheimerovou chorobou“ pojednává o vztazích pečujících k nemocným osobám, o jejich potřebách a o vlivu jejich soužití na rodinu. V tomto kontextu mi chybí konkrétnější zmínka o rodině jako takové, o její funkci, o jejím fungování a jak právě to může být narušeno. Ve čtvrté kapitole (má dle mého názoru nesrozumitelný nebo nepřesný název) se seznamujeme se sociálními službami určenými pro cílovou skupinu.

Text jako takový se dobře čte a čtenář seznámí s mnoha zajímavými informacemi dané problematiky. Nicméně mi u jednotlivých kapitol v úvodů chybí, proč autorka zmiňuje právě toto téma, jakou má souvislost s problematikou.

V praktické části autorka píše o způsobu výzkumu, cíli výzkumu, jeho metodologii. Autorka použila kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru. Respondenty byly osoby cílové skupiny, rodinní příslušníci (pečující) a pracovníci sociálních služeb. Již nyní předjímám otázku do diskuze, proč se autorka ptala samotných nemocných osob, když cílem výzkumu byl pohled rodiny a jak odpovědi těchto osob zasáhly do výsledků výzkumu. Autorce bych zároveň vytkala, že otázky měly být pro každou skupinu respondentů samostatné a ne společné. Dále autorka uvádí, že používá kvalitativní výzkum vedený formou případových studií, což je po polostrukturovaném rozhovoru další forma výzkumu, kterou autorka zpracovala formou anamnéz, nicméně ji v rozboru už dále nezpracovala, nepracovala s ní.

I přes všechny mé výtky nutno říci, že samotný výzkum je zajímavý a určitě přináší zajímavé poznatky pro práci s touto cílovou skupinou.

K formální úpravě diplomové práce kromě toho, že dle norem neděláme za posledním číslem u číslování kapitol tečku, nemám výhrady. Použitá literatura odpovídá tématu práce.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: **2 – velmi dobře**

Praha, 25. 8. 2018

  
Mgr. Iveta Jelínková