

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Bakalářská práce

2020

Radka Kadlecová

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta
Ústav sociální práce

Adaptace klientů s demencemi v domově pro seniory

Bakalářská práce

Autor: Radka Kadlecová
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce ve veřejné správě
Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Hrstka, PhD.

Hradec Králové

2020



Zadání bakalářské práce

Autor: Radka Kadlecová

Studium: U1766

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce ve veřejné správě

Název bakalářské práce: **Adaptace klientů s demencemi v domově pro seniory**

Název bakalářské práce AJ: Adaptation of clients with dementia in a retirement home

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Práce se bude zabývat aktivizací lidí s Alzheimerovou chorobou a stařeckou demencí. Cílem práce bude zjištění přizpůsobení či nepřizpůsobení lidí s výše uvedenými nemocemi v zařízeních, kde je o ně postaráno po stránce základních životních potřeb, fyzických i psychických. Dílčími cíli je doba přizpůsobení, zapojení rodiny do procesu přizpůsobení klienta životu v domově. Zvolené metody a techniky: kvantitativní výzkumná strategie. Jako metoda bude použit dotazník vlastní konstrukce.

MACE, Nancy L. a Peter V. RABINS. Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi : ztráta paměti, změny chování a nálad, jak vydržet v roli ošetřovatele, každodenní péče o blízké s demencí či ztrátou paměti. Přeložil Daniel MICKA. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-583-2. ZVĚŘOVÁ, Martina. Alzheimerova demence. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché. ISBN 978-80-271-0561-8. GENOVA, Lisa. Ještě jsem to já. Praha: Práh, 2009. ISBN 978-80-7252-272-9. HÁTLOVÁ, Běla a Jitka SUCHÁ. Kinezioterapie demencí: [pohybová cvičení v léčbě demencí]. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-564-7.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

Oponent: JUDr. Miroslav Mitlöhner, CSc.

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Pardubicích dne.....

.....
Radka Kadlecová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Zdeňkovi Hrstkovi, Ph.D., za odborné vedení mé bakalářské práce, velmi cenné rady a připomínky a také za čas, který mi věnoval při osobních i telefonických konzultacích. Také bych chtěla poděkovat svým dětem a rodině za podporu.

Abstrakt

KADLECOVÁ, Radka. *Adaptace klientů s demencemi v domově pro seniory*.

Hradec Králové, 2020. 64 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

Bakalářská práce pojednává o adaptaci klientů s demencemi v domovech pro seniory. V práci se zabývám pojmem stáří, demencí, jejími projevy, fázemi a nejčastějšími typy. Pozornost věnuji Alzheimerově chorobě, komunikaci a aktivizačním činnostem v domovech s takto nemocnými. Součástí práce je legislativní ukotvení pobytových služeb a jejich financování.

Cílem práce je zjistit, jak adaptační proces klientů domova pro seniory vnímají pracovníci v přímé péči od příchodu klienta do domova pro seniory, jeho přizpůsobení se na nový domov. Zaobírám se také rolí rodiny, jejich zájmem o svého blízkého a jejich ochotou pomoci pečujícímu personálu. Práce je založena na kvantitativní výzkumné strategii, konkrétně formou dotazníkového šetření s uzavřenými otázkami vlastní konstrukce.

Klíčová slova: Stáří, demence, komunikace, legislativa, domovy pro seniory, aktivizační činnosti.

Abstrakt

KADLECOVA, Radka. *Adaptation of clients with dementia in a retirement home*. Hradec Králové, 2020. 64 p. Bachelor thesis. University of Hradec Králové, Institute of Social Work. Thesis supervisor: PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.

The bachelor thesis examines the adaptation process of clients with dementia to and in retirement homes. It explores the concept of old age, dementia, its manifestations, phases and the most common types. Attention is paid to Alzheimer's disease and related communication and activation activities in homes with such patients. The thesis includes current status of legislative governing of such residential services and their financing.

The aim of this work is to determine how the adaptation process of clients of the retirement home is perceived by workers in direct care, from the arrival of the client to the retirement home until its completion. I also investigate the role of the family, their interest in their loved ones and their willingness to help caregiving staff. The thesis is based on a quantitative research strategy, namely on a questionnaire survey with closed questions formed by its author.

Key words: Old age, dementia, communication, legislation, retirement homes, activation activities.

Obsah

1	Stáří a demence.....	11
1.1	Stáří.....	11
1.2	Demence	13
1.2.1	Příznaky demence	14
1.2.2	Fáze demence.....	15
2	Nejrozšířenější demence.....	17
2.1	Alzheimerova nemoc	17
2.1.1	Historie Alzheimerovy choroby	17
2.1.2	Alzheimerova demence a její příznaky.....	18
2.2	Vaskulární demence	19
2.3	Demence při Parkinsonově nemoci a demence s Lewyho tělísky.....	20
2.4	Frontotemporální lobární degenerace	20
3	Komunikace.....	22
3.1	Aktivní naslouchání.....	22
3.2	Komunikace v jednotlivých fázích demence.....	23
4	Legislativa zabývající se problematikou sociálních služeb pro seniory v pobytových službách	25
4.1	Zákon č. 108/2006 sb. o sociálních službách, § 50, domovy se zvláštním režimem	25
4.2	Příspěvek na péči.....	26
5	Domovy pro seniory	29
5.1	Domov pro seniory se zvláštním režimem	30
5.2	Pracovníci v pobytových službách DZR	31
5.3	Individuální plánování	33
5.4	Aktivizační činnosti s klienty s demencí v domovech	36
5.5	Paliativní péče	38

6	Shrnutí teoretické části	41
7	Empirická část	42
7.1	Formulace výzkumných cílů	42
7.1	Metodologické ukotvení	46
7.2	Realizace výzkumného šetření	47
7.3	Průběh výzkumu	48
8	Popis a interpretace výzkumného šetření	49
8.1	Vyhodnocení jednotlivých otázek	49
9	Analýza a interpretace dosažených výsledků výzkumu	60
	Závěr a diskurze.....	62
	Použitá literatura.....	65
	Příloha A.....	68
	Příloha B.....	72
	Seznam tabulek.....	73
	Seznam grafů	74

Seznam použitých zkratek

BS – bazální stimulace

ČSÚ – Český statistický úřad

DZR - Domov se zvláštním režimem

FLD - Frontotemporální lobární degenerace

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Úvod

Bakalářská práce se bude zabývat adaptací lidí trpících demencí, nejčastější formou „Alzheimerovou chorobou“, se zaměřením na klienty v domovech pro seniory se zvláštním režimem.

Téma bakalářské práce není náhodné, vychází z vlastní životní zkušenosti s Alzheimerovou chorobou v rodině, později i s domovem pro seniory se zvláštním režimem. Tato zkušenost byla důvodem mého zájmu o život takto nemocných v domovech se zvláštním režimem, jejich adaptaci v domově, zda je nápomocna rodina k přizpůsobení se novému prostředí.

Cílem mé bakalářské práce je shrnout poznatky o demencích, vlivu demence na osobnost nemocného, přechod z domácí péče do domova pro seniory se zvláštním režimem a adaptaci života v něm. Důležitý je pro mě pohled pracovníků v přímé péči a pomoc rodiny při fungování jejich blízkého v prostředí domova se zvláštním režimem.

Tuto práci pojmu ze sociálního hlediska.

Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a empirickou.

Teoretická část bude charakterizovat stáří, demence, nejčastějšími typy demencí, jejich projevy a fázemi. Více se zaměřím na Alzheimerovu chorobu, komunikaci s nemocnými demencí v různých fázích. Dále vymezím legislativní ukotvení pobytových služeb, zaměřím se na domovy pro seniory se zvláštním režimem, jejich financování a aktivizační činnosti v domovech.

Empirická část se bude zabývat kvantitativním výzkumem formou dotazníků pro klíčové pracovníce v přímé péči. Hlavním cílem otázek je adaptace přijímaných klientů s různým typem demence do domovů pro seniory.

Prvním dílčím cílem je zjistit výchozí stav klienta při příchodu do domova pro seniory se zvláštním režimem, i zda je rodina ochotna pomoci s péčí o svého blízkého.

Dalším dílčím cílem je průběh adaptace klienta v DZR, jaké aktivizační činnosti klientovi pomáhají, zda spolupracuje s pracovníky přímé péče a jak je navštěvován rodinou. Poslední dílčí cíl se zabývá zájmem rodiny o péči a pomoc klientovi v domově „očima“ klíčových pracovníků v sociálních službách. Zaobírá se zájmem a dopomocí rodiny pro klienta, ale i pro klíčové pracovníky z hlediska ulehčení péče o něj.

1 Stáří a demence

Tato kapitola se zaměřuje na vymezení pojmu stáří, stárnutí a demencí. Život nás všech probíhá v určitých vývojových etapách. „*Každé vývojové období nám dává určité možnosti a v něčem nás naopak limituje. To platí i pro období stárnutí a stáří.*“

(Malíková, 2011, s. 13)

Ačkoli stáří není vždy spojeno s demencí, diagnóza demence je v dnešní době častější než v minulých dobách.

1.1 Stáří

Nedílnou součástí každého živého organismu je stárnutí. Proces stárnutí je dán biologickými, psychickými a sociálními faktory. Stárnutí a stáří je spíše chápáno očekáváním problémů, ztrátou soběstačnosti, snížením mentálních funkcí, omezením kontaktů s okolním prostředím (např. s kolegy z práce byli lidé v každodenním kontaktu), ztrácí možnosti realizace. (Malíková, 2011)

Významným mezníkem v životě je odchod do důchodu. Ze dne na den tak může dojít k oddělení seniorů od zbytku společnosti. Dochází k větší izolovanosti a ne každý tento přechod bez problémů zvládne. Přizpůsobení se stáří závisí vždy na každém jedinci, jeho schopnostech, možnostech, aktivitě v předešlém stadiu života. Je třeba udržovat rodinné a přátelské vztahy, věnovat se svým koníčkům popř. využít různých typů sociálních služeb pro seniory. Je třeba si však také uvědomit, že senior žijící na vesnici, bývá izolovanější než senior žijící ve městě. Dostupnost společenského kontaktu a více aktivizačních činností nabízí spíše město (např. bazén, kino, divadlo, přednášky). Lidé na vesnici za těmito aktivitami musí dojíždět, což je pro ně z hlediska možnosti dopravy a aktuálního zdravotního stavu většinou obtížné.

Důležité je si také uvědomit, že dnešní senioři často žijí sami. Děti odchází za studiem a prací do měst, budují kariéru, snaží se zajistit bydlení, rodinu zakládají později. Současný typ rodiny tvoří většinou rodiče a jejich děti. Vícegenerační pojetí rodiny, které tvořili prarodiče, rodiče a děti, se vytrácí. Dříve byli senioři součástí širší rodiny, pomáhali při chodu domácnosti, při výchově svých vnoučat, byli potřební a neměli takový pocit osamělosti či zbytečnosti. V případě nemoci nebo nemožnosti se o ně postarala rodina v domácím prostředí. Tomu dnešní pojetí rodiny a s tím spojená sociální politika státu nepřeje.

Nejběžnější rozlišení stáří dle Mühlpachra:

- 65 – 74 let: mladší rané stáří - mladí senioři. Tento věk je obvykle časem odchodu do důchodu, začínají přicházet nemoci. Důležitá je adaptace na penzionování, naučit se využít volný čas, udržovat si koníčky a seberealizovat se.
- 75 – 84 let: pokročilé stáří - staří senioři. V této době už ne každý může dělat, co chce, pokračovat ve svých zálibách a činnostech. Člověk je pomalejší, mění se funkční zdatnosti a může docházet k atypickému průběhu chorob.

Ve věku 85 a více: velmi staří senioři. Nyní již bývá problémová soběstačnost i z důvodů omezené pohyblivosti. V této době většinou zabezpečuje seniora rodina, např. spolupracovat s pečovatelskou službou, denním stacionářem nebo s využitím pobytové služby. Může to být i formou odlehčovací služby nebo umístěním do domova pro seniory. (Mühlpachr, 2004)

Helena Haškovcová se zmiňuje o dnes trochu zapomenutých nejčastějších typech reakcí na stáří dle Bromeyho.

Strategie konstruktivnosti znamená, že jedinec je dobře připraven na stárnutí. Je otevřený, přizpůsobivý a tolerantní, je smířen se svým životem a stářím, těší se ze života, je soběstačný. Do této skupiny patří většina seniorů.

Strategie závislosti charakterizuje pasivního jedince, který spoléhá na druhé a preferuje klidné rodinné zázemí, klid, odpočinek. Je málo ctižádostivý, stáří pro něj znamená období odpočinku.

Strategie obranného postoje je specifická pro jedince, který zcela neakceptoval, že zestárnul. Ignoruje stáří, vyvíjí aktivitu, aby dokázal všem, že nepotřebuje jejich pomoc, že je soběstačný. Týká se zejména lidí, kteří žili prací. Stáří pro ně znamená ztrátu společenské prestiže.

Strategie nepřátelství znamená osoby nevrelé, nepřátelské, které závidí mladost, nevyrovnali se s příchodem stáří, mají k němu odpor. Bývají problémoví v sociálním soužití, podezíraví až agresivní.

Strategie sebenávisti je typická nepřátelstvím. Tito jedinci se nemají rádi, jsou depresivní, pasivní, lítostiví s pocitem osamělosti a zbytečnosti, nevidí za sebou nic dobrého. (Haškovcová, 2010)

Myslím, že tento model lze použít i v dnešní době, ač vznikly nové studie a reakce na stáří nazývají jinak.

1.2 Demence

Tato kapitola se bude zabývat demencí, jejími příznaky, fázemi a popíše hlavní nejrozšířenější demence. „*Onemocnění, jež sebou přináší demence, nezná sociální a rasové hranice, postihuje bohaté i chudé, vzdělané i prosté.*“ (Mace, 2018, s. 18)

V roce 2012 vydala Světová zdravotnická organizace (WHO) ve spolupráci s organizací Alzheimer's Disease International a odborníky zprávu pod názvem „Demence: priorita pro systém zdravotnictví“. Zpráva definuje demenci jako syndrom způsobený onemocněním mozku, většinou chronické a progresivní povahy, dochází k porušení vyšších mozkových funkcí, paměti, myšlení, orientace, chápání, počítání, učení, jazyka a úsudku, ale vědomí přitom nebývá ovlivněno. Snížení kognitivních funkcí bývá doprovázeno zhoršením emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace, které mohou v některých případech zhoršení kognitivních funkcí předcházet. Tento syndrom se vyskytuje u velkého množství nemocí, které primárně nebo sekundárně postihují mozek.

<http://www.uzis.cz/rychle-informace/demence-priorita-pro-system-zdravotnictvi-zprava-who>, cit. 31. 10. 2019

„Demence je způsobena dysfunkcí mozku. Nemocné jsou nervové buňky mozku. V případě Alzheimerovy nemoci nervové buňky sesychají nebo odumírají. Je to jakýsi podzim mysli. Řídící centrum mozku nefunguje, jak by mělo. V počáteční fázi nemoci se pacient chová docela normálně, protože většina nervových buněk ještě dokáže normálně fungovat. Mozek má také k dispozici úžasnou rezervu: když některé buňky selžou, jiné převezmou jejich úkoly buď částečně, nebo jako celek, a mohou v tom pokračovat velmi dlouho dobu. Přinejmenším pokud vývoj nedospěje k určitému bodu, kdy už na střídače nesedí žádní náhradníci. Čím větší část mozku to ovlivní, tím výraznější změny nastanou v chování pacienta.“ (Buijssen, 2006, s. 14)

V posledních letech narůstá počet osob s demencemi, a to v souvislosti s prodlužující se dobou dožití. Nečastější příčinou demence je Alzheimerova nemoc, stává se jedním z nejrozšířenějších onemocnění v západním světě a je jednou z pěti hlavních příčin úmrtí. Někdy se o ní hovoří jako o nemoci století.

Četnost demence se zvyšuje s věkem, ač se může vyskytnout i v nižším věku. Senioři starší 65 – ti let trpí demencí asi 5%, starší 75 - ti let asi 10%, u devadesátiletých je pravděpodobnost vzniku demence 30%. (Hauke, 2017)

Různé formy demence existovaly vždy pod názvem *senilní demence*. Vyskytovaly se velmi zřídka, jelikož byl věk dožití mnohem nižší a obec se o nemocného postarala. Jak Haškovcová uvádí „každá vesnice se uměla postarat o jednoho bláznivého starce“. (Haškovcová, 2010) „*Současný masivní až epidemický výskyt demencí je cenou, kterou lidé platí za svou dlouhověkost a rovněž za efektivní diagnostické metody*“. (Haškovcová, 2010, s. 261)

1.2.1 Příznaky demence

Demence je definována jako závažné onemocnění, které vzniká na podkladě degenerativních změn v mozkové tkáni. Je spojena s celkovým chátráním duševních funkcí, především s poruchami paměti, orientace v prostoru i v čase a výrazným úpadkem celého intelektu (Buijssen, 2006). Rozpoznat počínající demenci není snadné. „*Během první fáze je demence jako taková sotva patrná. Oči jsou jasné a otevřené, mysl je čistá a pacient chodí a pohybuje se, jak byl zvyklý.*“ (Buijssen, 2006 str. 13) Senioři si nemoc většinou nechtějí připustit. Buď si příznaky neuvědomují, nebo se za ně stydí a ignorují je. Zapomnětlivost spojují se stářím a nevěnují jí přílišnou pozornost. „*Demence je syndrom, který vznikl následkem onemocnění v mozku, jedná se o získanou poruchu kognitivních funkcí. Kognitivní funkce umožňují jedinci vnímat svět kolem sebe, jednat, reagovat, zvládat různé úkoly.*“ (Hauke, 2017, s. 45)

Příznaky demence můžeme rozdělit do tří skupin podle oblasti postižení.

Postižení kognitivních funkcí – většinou jsou prvním příznakem poruchy krátkodobé paměti, zapomínání, soustředění, vnímání, orientace, myšlení, řeči, snížení intelektových schopností.

Ne vždy je u demence prvně narušena paměť, u některých méně často se vyskytujících se demencí jsou prvním příznakem poruchy chování.

Postižení denních aktivit – dochází k narušení schopnosti vykonávat běžné denní činnosti, např. jít nakoupit, uvařit, pečovat o sebe, vykonávat základní osobní hygienu.

Toto chování vede k omezení kontaktů s přáteli. U těžkých demencí je člověk odkázán na péči okolí.

Poruchy chování – k poruchám chování dochází většinou ve středních stádiích demence, jsou velmi nápadné. Projevují se např. neklidem či agitovaností (stálých klidem), člověk utíká z domova, je agresivní vůči blízkým, netaktní, depresivní, objevují se poruchy sexuálního chování, poruchy spánku i psychotické příznaky. (Mlýnková, 2011)

1.2.2 Fáze demence

První fáze – mírná demence

Dochází k postupnému narušení krátkodobé paměti, to se projevuje špatnou orientací v novém prostředí, nepamatuje si nové tváře, již není schopen učit se novým dovednostem. Začíná se hůře vyjadřovat, nevybavuje si některá slova. Nicméně je stále soběstačný, fungující dle stereotypních vzorců, jen je třeba občasného dohledu v podobě kontroly a příležitostné pomoci. Projevy první fáze mohou být nevypnutí sporáku, špatné naprogramování automatické pračky, zapomenutí pravidelné schůzky s přáteli apod., nebývají varovné, ale často přehlížené. (Hauke, 2017)

Druhá fáze – rozvinutá demence

Dochází k narušení krátkodobé i dlouhodobé paměti. Nemocný je dezorientován místem i časem, není schopen vykonávat běžné denní aktivity (nakupování, uklízení, používání telefonu, užívání léků atd.). Má potíže s porozuměním, těžko hledá slova. Přestává být schopen vykonávat motorické činnosti (oblékání, nezapne knoflíky, má problém jíst příborem, atd.), ztrácí možnost sebeobsluhy. Velmi často se vrací do míst svého mládí. Mění se jeho osobnost, mohou se objevit poruchy chování – bludy (např. okrádání), halucinace, agresivita, převrácený režim (spí ve dne a noci je vzhůru), není schopen adekvátního společenského chování. V této fázi se objevuje inkontinence (neudržení moči a stolice), zanedbávání osobní hygieny nebo jí nemocný již není schopen. Je třeba neustálého dohledu a pomoci. (Hauke, 2017)

Třetí fáze – těžká demence

Nemocný není schopen sebeobsluhy, bývá přítomna úplná inkontinence i poruchy příjmu potravy. Přestává verbálně komunikovat, nerozumí slovům. A sám neumí slova používat. Je zcela odkázán na péči druhých, kteří zajišťují jeho základní životní potřeby a bezpečí.

V závěru života je osoba s demencí prakticky upoutána na lůžko, je téměř nemožné s ní navázat kontakt běžným způsobem, jelikož je zcela uzavřená do svého vnitřního světa, ztrácí schopnost jakékoliv aktivity. Je zcela závislá na ošetrovatelské péči. V této fázi trvající od několika týdnů až po měsíce může nastat situace, kdy zůstává osoba na lůžku zpravidla ve flekční poloze, tedy poloze plodu. (Hauke, 2017)

„V odborné literatuře lze nalézt různá označení jednotlivých fází, ale jedná se pouze o rozdílnou terminologii, nikoliv popis příznaků v jednotlivých fázích.“ (Hauke, 2017, s. 54)

2 Nejrozšířenější demence

Demence nemusí být součástí stáří, ovšem v určitém věku může dojít k poškození mozkových buněk, a ty ztrácí možnost výměny informací. Tato možnost stoupá s věkem a možným spouštěčem může být shoda několika faktorů. Zatím není přesně známa příčina nárůstu demencí v dnešní době.

2.1 Alzheimerova nemoc

K nejčastějším a nejrozšířenějším typům demence se řadí „Alzheimerova demence“. Tato choroba přichází nenápadně, plíživě. Počáteční příznaky jsou zaměňovány se stářím a zapomínáním. Je třeba, aby si těchto změn všímala rodina a nejbližší, neboť nemocný člověk často svou nemoc podceňuje.

Jana Sladká Ševčíková, zakladatelka a ředitelka Centra Anabell v recenzi napsala: *„Zabývat se otázkami života lidí s Alzheimerovou demencí považuji za velmi užitečné a více jak potřebné. Jak lidské a přitom hluboké jejich osudy jsou. Jak mnohdy těžké jsou osudy jejich blízkých a jak náročná je práce těch, kteří o ně pečují na profesionální bázi“.* (Hauke, 2017, s. 18)

2.1.1 Historie Alzheimerovy choroby

V roce 1864 se v bavorském městečku Merkbreit narodil Alois Alzheimer. Studoval na univerzitách v Berlíně a Würzburgu, zde v roce 1887 získal lékařský titul. Během své práce v psychiatrické léčebně s uznávaným neurologem Francem Nisslemsem se zaměřili na experimentální studium anatomie mozkové kůry a to ověřovali na pacientech. Později pracoval na univerzitní psychiatrické klinice v Mnichově u profesora Kraepelina. Ve svých dvaadvaceti letech (3. 11. 1906) poprvé přednášel na lékařské konferenci v Tubingenu. Informoval o pitvě mozku zemřelé pacientky, Auguste Deterové, avšak kolegové nejevili větší zájem. Alois Alzheimer se nedal odradit, dále prováděl pitvy mozkových tkání a makro- i mikroskopických analýz. Jeho výzkum měl velký význam, na Kraepelinovu přímluvu po něm byly pojmenovány změny mozkových tkání. Zemřel 19. prosince 1915 na selhání srdce.

V roce 1907 (stejně jako Alois Alzheimer) publikoval Oskar Fischer, narozený 12. dubna 1876 ve Slaném, obdobnou práci. Objev tohoto českého psychiatra a neuropatologa židovského původu bohužel upadl v zapomnění i díky konkurenci mezi neuropatologi v Praze a Mnichově. Jeho studie objevil až Michael Goedert v archivu Univerzity Karlovy, v roce 2009 o nich informoval v odborném zahraničním tisku. (Zvěřová, 2017)

2.1.2 Alzheimerova demence a její příznaky

V současné době víme, že první známky onemocnění lze zjistit pomocí moderních vyšetřovacích metod již 10 a více let před počátkem prvních klinických příznaků. Zejména stanovením beta amyloidů a tau proteinů v mozkomíšním moku a zobrazení mozku pomocí moderních zobrazovacích metod za využití kontrastních látek zobrazujících beta – amyloid. „*Syndrom demence je vlastně již projevem relativně pokročilého onemocnění, které způsobilo poškození značné části mozku, zejména mozkové kůry.*“ (Hauke, 2017, s. 48)

Jak poznat Alzheimerovu demenci? Česká alzheimerovská společnost uvádí 10 základních varovných příznaků, které mohou pomoci při zjištění nemoci. Jsou pouze vodítkem a je třeba vyšetření u lékaře.

1. **Ztráta paměti.** Ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní úkoly. Zapomínat občas pracovní úkoly, jména kolegů nebo telefonní čísla spolupracovníků a vzpomenout si na ně později je normální. Lidé trpící Alzheimerovou nemocí zapomínají častěji a nevzpomenou si ani později.
2. **Problémy s vykonáváním běžných činností.** Hodně vytížení lidé jsou občas roztržití, takže někdy nechají dušenou mrkev stát v kastrolu na sporáku a vzpomenou si na ni, až když už je po jídle. Lidé trpící Alzheimerovou chorobou ale připraví jídlo, a nejen že ho zapomenou dát na stůl, ale zapomenou i na to, že ho vůbec udělali.
3. **Problémy s vyjadřováním.** Každý má někdy problém najít správné slovo, ale člověk s Alzheimerovou chorobou zapomíná i jednoduchá slova nebo je nahrazuje nesprávnými, jeho věty pak nedávají smysl.

4. **Časová a místní dezorientace.** Každý někdy zapomene, jaký je den, a kam vlastně jede. To je běžné. Ale lidé s Alzheimerovou nemocí se ztratí ve vlastní ulici a nevědí, kde jsou, jak se tam dostali ani jak najít cestu domů.
5. **Špatný nebo zhoršující se racionální úsudek.** Lidé se někdy tak zaberou do nějaké činnosti, že na chvíli zapomenou na dítě, které mají na starosti. Lidé s Alzheimerovou nemocí úplně zapomenou, že nějaké dítě existuje. Další problémem je, že se mohou i nesmyslně obléknout, například si vezmou na sebe několik košil nebo halenek najednou.
6. **Problémy s abstraktním myšlením.** Placení účtů může někoho vyvést z míry, když je trochu komplikovanější než jindy. Člověk s Alzheimerovou nemocí může úplně zapomenout, co ta čísla znamenají a co s nimi má dělat.
7. **Zakládání věcí na nesprávné místo.** Každý někdy někam založí peněženku nebo klíče. Člověk s Alzheimerovou nemocí dává věci na zcela nesmyslná místa: žehličku do ledničky nebo hodinky do cukřenky.
8. **Změny v náladě nebo chování.** Každý má někdy špatnou náladu. Člověk s Alzheimerovou nemocí podléhá prudkým změnám nálady. Náhle a nečekaně propukne v pláč nebo podlehne návalu hněvu, i když k tomu nemá žádný zjevný důvod.
9. **Změna osobnosti.** Lidské povahy se běžně do určité míry mění s věkem. Ale člověk s Alzheimerovou nemocí se může změnit zásadním způsobem. Stává se někdy velmi zmateným, podezíravým nebo ustrašeným.
10. **Ztráta iniciativy.** Když je člověk někdy znechucen domácími pracemi, zaměstnáním nebo společenskými povinnostmi, je to normální. Většinou se chuť do práce opět brzy dostaví. Člověk s Alzheimerovou nemocí může propadnout naprosté pasivitě a potřebuje neustále podněty, aby se do něčeho zapojil.
<http://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/priznaky-demence/>, cit. 7. 11. 2019.

2.2 Vaskulární demence

Příčinou vaskulární demence jsou četné mozkové příhody či záněty cév. Pokud dojde k opakovaným mozkovým příhodám, je třeba je okamžitě léčit, tím lze symptomy

zmírnit. Vaskulární demence se vyvíjí v krocích, má rychlý nástup oproti Alzheimerově demenci. Symptomy se odvíjí podle toho, jaká oblast mozku byla poškozena.

Obecně dochází ke zhoršení paměti, koordinace a řeči. Vývoj vaskulární demence lze zastavit prevencí dalších mozkových příhod. (Mace, 2018)

2.3 Demence při Parkinsonově nemoci a demence s Lewyho tělísky

Parkinsonova choroba postihuje hybnost, to se projevuje celkovou tělesnou ztuhlostí, klidovým třesem, pomalostí pohybu a špatnou rovnováhou. (Mace, 2018)

Pokud dojde (nemusí) k rozvoji demence, mluvíme o demenci u Parkinsonovy nemoci. (Hauke, 2017)

Demence u této nemoci se objevuje jeden rok a více po nástupu výše uvedených symptomů. Projevuje se zpomaleným myšlením, potížemi s řešením problémů i vizuálním vnímáním. (Mace, 2018)

Demence s Lewyho tělísky má symptomy pozorovatelné u Alzheimerovy choroby a demence u Parkinsonovy choroby. Někteří vědci mají pochybnost o tom, že se jedná o samostatnou nemoc. Ovšem až 85% nemocných zažívá jako raný symptom zrakové halucinace, tím se demence s Lewyho tělísky odlišuje od Alzheimerovy choroby a demence při Parkinsonově nemoci. Mnozí pociťují výkyvy v míře pozornosti trvající i několik dní. (Mace, 2018)

2.4 Frontotemporální lobární degenerace

Pod tímto pojmem si představme skupinu různých onemocnění způsobujících demenci. Nejdříve dochází k nápadným poruchám chování, společensky nevhodnému, často i se sexuální zaměřením, mnohdy dochází i k projevům agresivity. Nemocní se špatně vyjadřují, nemohou najít slova, i skladba vět je problematická. (Hauke, 2017)

Dnes jsou známy dvě formy FLD¹, behaviorální a jazyková forma. U behaviorální formy nejdříve dochází ke změně osobnosti a chování (např. výše uvedené sexuální zaměření – indiskrétní poznámky), porucha paměti bývá minimální.

Jazyková forma začíná afrazií². Nemocní mohou mluvit plyně, ale nesrozumitelně nebo ztrácí schopnost porozumět slovům. Přibližně jedna třetina nemocných FLD má významnou rodinnou anamnézu demence. (Mace, 2018)

¹ FLD zkratka Frontotemporální lobární degenerace

² Afrazie znamená neschopnost se slovně vyjadřovat, tvořit smysluplné věty.

3 Komunikace

Obecně komunikaci charakterizujeme jako sdělení informací nebo vzájemnou výměnu informací, která může být vyjádřena různými signály a prostředky. Je ovlivněna mnoha faktory, např. prostředím, dobou, momentálním stavem účastníků, předchozí zkušeností a mnoha dalšími faktory. (Malíková, 2011)

Komunikace je hlavní součástí našeho bytí, ač si to úplně neuvědomujeme, bez ní by živý tvor nemohl existovat, je naší součástí od narození. Komunikace není jen náš hlasový projev, je to i naše mimika, gesta, postoje. V běžném životě tomu úplně nevěnujeme pozornost.

Mezilidská komunikace patří mezi naše základní potřeby. I u lidí s demencí je základním a hlavním nástrojem společného porozumění, pochopení, dorozumění. Lidem s demencí je třeba naslouchat, vnímat jejich pohled na svět. *„Komunikace se seniorem je stejná jako s ostatními dospělými lidmi, ovšem s akceptováním změn, které stárí s sebou nese. Je nutné pamatovat na to, že se s věkem snižují mimo jiné smyslové funkce – zhoršuje se zejména zrak, sluch. Mnohdy se u seniora přidružují onemocnění, různá postižení, která mohou komunikaci ovlivnit. Komunikaci velmi ovlivňuje demence, neboť dochází k úbytku dalších funkcí.“* (Hauke, 2014, s. 88)

3.1 Aktivní naslouchání

Jedním z nejdůležitějších prvků a zároveň základní komunikační schopností je aktivní naslouchání, které patří mezi verbální komunikaci. Jde o cílený aktivní postoj, pracovník dává najevo, že klientovi rozumí a chápe ho. Vytváří tím podmínky k dalšímu rozhovoru, klient má možnost se svěřit. (Malíková, 2011)

Mezi metody aktivního naslouchání patří oceňování, parafrázování, zrcadlení emocí a shrnování. Oceňováním pracovník sděluje klientovi, co se podařilo při zvládnání jeho problémů, povzbuzuje a chválí klienta. Oceňování musí být pravdivé, jinak by mohlo dojít ke ztrátě důvěry mezi klientem a pracovníkem. Parafrázováním, tedy opakováním slov, vět, které klient sdělil pracovníkovi, dosahuje pracovník lepšího porozumění. Zrcadlením emocí dává pracovník najevo klientovi, že rozumí jeho emocím tak, jak je pochopil. Nakonec dochází ke shrnutí, obě strany se ujistí, že si porozuměly, pracovník může podat svůj pohled na problém a tím najít další východiska. (Hauke, 2014)

Verbální komunikace spočívá v jednoduchosti, důležitá je srozumitelnost vyjádření, stručnost, dobré načasování a vnímání reakce klienta i neverbálně. (Malíková, 2011)

Neverbální komunikací myslíme řeč těla bez ústního projevu, důležitá je mimika, řeč očí, gesta, vyjádření pomocí pohybů, blízký fyzický kontakt, efektivně vést rozhovor při běžných činnostech, dodržovat intimní zónu (přibližování se ke klientovi v jeho intimní a osobní zóně), důležitý je celkový postoj těla a vnímání teritoria klienta. (Malíková, 2011)

3.2 Komunikace v jednotlivých fázích demence

V první fázi demence dochází k počínající ztrátě krátkodobé paměti, je třeba mluvit pomalu, jednoduše, nesdělovat příliš informací najednou. Pracovník klienta řádně oslovuje, hovor probíhá v klidu, trpělivě. V této fázi pracovník vrací klienta nenásilně do reality, je třeba mu připomínat úkoly, např. vzkazem na ledničce, na nástěnce nebo na stole. V pobytových zařízeních využívají rovněž nástěnek pro lepší orientaci v realitě, pracovníci na ni píšou či znázorňují, např. co je za den, jaké je počasí, kdo má svátek.

„Cílem je udržet klienta v realitě, pomoci mu uchovat si co nejdéle orientaci místem, časem a situací.“ (Hauke, 2017, s. 76)

V druhé fázi demence se člověk přestává orientovat na známých místech, přestává poznávat své děti, partnera, zhoršuje se soběstačnost, přestává ovládat kuchyňské spotřebiče, neuvaří, nenakoupí, přestává dbát o hygienu, ztrácí kontakt s realitou.

Komunikace je složitá, nemocný přestává rozumět požadavkům a pokynům, již je třeba celodenní péče. Pracovník si uvědomuje změněnou realitu klienta, nevyvrací mu jeho prožitky a vzpomínky, nedohaduje se s klientem o pravdě. Někdy je však třeba klienta upozornit na chybu, ovšem s taktem. Důležitou roli v komunikaci hrají dotyky, oční kontakt a oslovování klienta. Někdy si klient nepamatuje jméno po svatbě, pak může pracovník zdvořile oslovovat křestním jménem (např. paní Maruško), dle reakce poté přizpůsobit oslovování. (Hauke, 2017)

V poslední třetí fázi demence je klient již odkázán na ošetrovatelskou péči, slovům většinou nerozumí a sám se již téměř nevyjadřuje. Všechny projevy komunikace (křik, pláč, fyzický neklid atd.) směřují k uspokojování základních fyziologických potřeb a potřeb emočních, tedy k zajištění bezpečí a jistoty. (Hauke, 2017)

Stále hrají důležitou roli dotyky, oční kontakt, oslovování, blízkost druhé osoby i melodie hlasu (pracovník by se měl i nadále chovat, jako by mu klient rozuměl. Klient by neměl být sám. (Hauke, 2017)

4 Legislativa zabývající se problematikou sociálních služeb pro seniory v pobytových službách

V této kapitole se budu věnovat legislativní úpravě pobytové sociální služby (domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem). Dále příspěvkem na péči, který je velmi podstatným zdrojem financí pro tato zařízení.

Dne 1. 1. 2007 vstoupil v platnost zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, jehož posláním je obecně chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří si je nemohou prosazovat sami. Vytvořil právní rámec pro vztahy při nezbytném zabezpečení podpory a pomoci lidem v nepříznivé sociální situaci a vymezil práva a povinnosti jednotlivců a poskytovatelů sociálních služeb. (Malíková, 2011)

4.1 Zákon č. 108/2006 sb. o sociálních službách, § 50, domovy se zvláštním režimem

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

V zákoně č. 108/2006 Sb., §50 (2) jsou specifikovány základní činnosti služby:

- a) poskytnutí ubytování,*
- b) poskytnutí stravy,*
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- d) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- f) sociálně terapeutické činnosti,*
- g) aktivizační činnosti,*

h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Vyhláška č.505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, vymezuje obsah u jednotlivých sociálních služeb, určuje maximální výši úhrad, definuje zdravotní stav žadatele, stanoví kvalifikační náplň pro pracovníky v sociálních službách a stanovuje hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb. Vyhláška č.505/2006, §16, upřesňuje rozsah základních činností při poskytování sociálních služeb v domovech se zvláštním režimem.

4.2 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je důležitým příjmem pro domovy spolu s pobíraným důchodem. Ve státních i soukromých zařízeních se platí náklady na klienta z jím pobíraného důchodu, ze kterého dostane domov 85 % (zbylých 15% důchodu zůstává klientovi na níže uvedené potřeby), z přiznaného příspěvku na péči a plateb od zdravotních pojišťoven.

Ve státních zařízeních doplatí tuto částku na úroveň skutečných nákladů město či kraj, v soukromých zařízeních rodina klienta. V měsíčních nákladech je zahrnuto ubytování, strava, dále služby (sociální a ošetrovatelské, terapie apod.) a zdravotní péče. Nad rámec této pravidelné sumy se hradí ještě potřebné léky, věci a služby osobního charakteru (např. oblečení, pedikúra, kadeřník). Detaily se liší u jednotlivých zařízení. Je dobré, zjistit si všechny podmínky předem.

Příspěvek na péči je určen lidem závislým na pomoci jiných a jeho výše závisí na stupni závislosti. Tento příspěvek náleží tomu, kdo pomoc nemocnému poskytuje. Pokud je nemocný v domově pro seniory nebo se zvláštním režimem, náleží příspěvek danému zařízení.

Kritéria posuzovaných kompetencí (dle přílohy č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb., v platném znění):

- mobilita
- orientace
- komunikace

- stravování
- oblékání a obouvání
- tělesná hygiena
- výkon fyzické potřeby
- péče o zdraví
- osobní aktivity
- péče o domácnost

Stupně závislosti:

1. **Lehká** – týká se dospělých osob, které nedokážou vykonat 3 až 4 životní potřeby, nebo děti, které nezvládají plnění 3 životních potřeb.
2. **Středně těžká** – jedná se o dospělé osoby, které samostatně neplní 5 až 6 potřeb, a děti, které jich nejsou schopné provádět 4 až 5.
3. **Těžká** – dospělí, kteří potřebují pomoci se 7 až 8 každodenními potřebami, a děti, které jich samostatně neprovádí 6 až 7.
4. **Úplná** – osoby starší 18 let, které sami nezvládají vykonávat 9 až 10 každodenních potřeb, a děti, které jich nezvládají 8 až 10. Vesměs se jedná o mentálně či fyzicky postižené jedince.

Měsíční částka příspěvku na péči osobám starším 18 let:

1. I. stupeň závislosti: 880 CZK
2. II. stupeň závislost: 4 400 CZK
3. III. stupeň závislosti: 8 800 CZK u osob, které využívají pobytové služby sociálního zařízení; 12 800 CZK u osob, které nevyužívají pobytové služby sociálního zařízení
4. IV. stupeň závislosti: 13 200 CZK u osob, které využívají pobytové služby sociálního zařízení; 19 200 CZK u osob, které nevyužívají pobytové služby sociálního zařízení

<https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>, cit. 8. 1. 2020

Řízení o příspěvku na péči

Řízení o přiznání příspěvku na péči se zahajuje na základě písemné žádosti podané na tiskopisu předepsaném ministerstvem (žádosti jsou k dispozici na kontaktních pracovištích krajských poboček Úřadu práce nebo na Portálu MPSV v sekci Formuláře). Žádost se podává na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce, v místě trvalého pobytu žadatele o příspěvek.

Po podání žádosti provádí krajská pobočka Úřadu práce (sociální pracovník) pro účely rozhodování o příspěvku, prvním krokem je sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí. Následně krajská pobočka Úřadu práce zašle příslušné okresní správě sociálního zabezpečení žádost o posouzení stupně závislosti osoby. Při posuzování stupně závislosti osoby vychází okresní správa sociálního zabezpečení ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře. Na základě tohoto posudku krajská pobočka Úřadu práce vydá rozhodnutí o tom, zda se příspěvek na péči přiznává, v jakém stupni závislosti, či nikoliv. Proti tomuto rozhodnutí se lze odvolat prostřednictvím úřadu, který napadené rozhodnutí vydal, o odvolání poté rozhoduje MPSV. <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>, cit. 8. 2. 2020.

5 Domovy pro seniory

Každý nemocný má jiný průběh nemoci, dříve či později přijde stav, kdy je pobyt v domácím prostředí těžce zvládnutelný i s podporou blízkých osob s využitím služeb denního stacionáře, odlehčovacích služeb či terénních služeb.

Nastává čas hledat jinou vhodnou variantu, která nemocnému zajistí důstojnou péči a zacházení. Domov pro seniory je druh placené pobytové sociální služby, která je určena osobám, které potřebují trvalou pomoc a ideálně se jim má stát novým domovem.

Podmínky pro přijetí žadatele do pobytových sociálních služeb stanovuje zákon o sociálních službách §49 a § 50. Žadatel vyplní žádost pro přijetí do zařízení, přiloží požadované doklady (nebo jejich kopie), žádost podává na příslušný spádový sociální odbor pro umístění do státního zařízení, v nestátním se podává žádost přímo do daného zařízení. Pokud je žadatel přijat, po ústním projednání musí být uzavřena smlouva písemně a cíleně pro konkrétní osobu, je tedy individualizovaná. (Malíková, 2011)

Existují dva typy těchto zařízení, státní a soukromé. Státní zařízení jsou dotovaná, tedy méně finančně nákladná, problém je jejich stále plná kapacita. Větší šance přijetí seniorů je v soukromých zařízeních, ta jsou však finančně náročnější.

V dnešní době je mnohem více nemocných, než jsou kapacitní možnosti těchto zařízení. Přijetí do domova je pro blízké ulehčením, jsou „šťastní“, že nemocného některé zařízení přijalo, teprve později někteří zjišťují kvalitu péče, přístup personálu ke klientovi i jeho rodině. Nelze říci, že dražší soukromé domovy mají lepší péči než ostatní zařízení. Vždy záleží na systému organizace, jejím vedení a přístupu každého jednotlivého pracovníka.

Další možností využití sociálních služeb v domově pro seniory je odlehčovací služba, kterou domovy pro seniory poskytují, i krátkodobým pobytem, osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, onemocnění Alzheimerovou chorobou, nebo jinými typy demencí a o které je jinak pečováno v jejich přirozeném prostředí. Hlavním cílem této služby je umožnit pečujícím odpočinek a obnovení sil. Služba se poskytuje osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, onemocnění Alzheimerovou chorobou nebo jinými typy demencí nebo osobám, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby od určitého věku dle zákona 108/2006 Sb.

5.1 Domov pro seniory se zvláštním režimem

Součástí domova pro seniory, avšak převážně odděleně, je domov pro seniory se zvláštním režimem. Oddělení je uzavřené, klienti se mohou pohybovat jen v těchto prostorách, mimo oddělení mohou jen za doprovodu personálu domova nebo blízké osoby se souhlasem příslušného pracovníka oddělení.

Domovy pro seniory se zvláštním režimem poskytují nepřetržitou sociální, ošetrovatelskou a zdravotní péči osobám trpícím Alzheimerovou chorobou nebo jinými typy demencí, kdy již péči nelze zajistit v přirozeném prostředí z různých důvodů. Rodina či blízcí nezvládají péči nebo nemocný nemá nikoho, kdo by se o něj postaral a je potřeba, co nejdéle udržet či zlepšit kvalitu jejich života a umožnit důstojně prožít stáří dle potřeb a schopností klienta. Domov se snaží v nejvyšší možné míře udržet stávající schopnosti klienta, zapojuje jej do běžného života s respektem k projevům vážné nemoci samozřejmě ve spolupráci s rodinou.

V tabulce č. 1 jsou zpracována data Českým statistickým úřadem, dále jen ČSÚ³, který přebírá data k tomuto tématu od ÚZIS⁴. Ve výběru je počet daných pobytových zařízení a počet lůžek v letech 2012 až 2018.

Tab. 1: Počet vybraných pobytových zařízení a počet lůžek v ČR

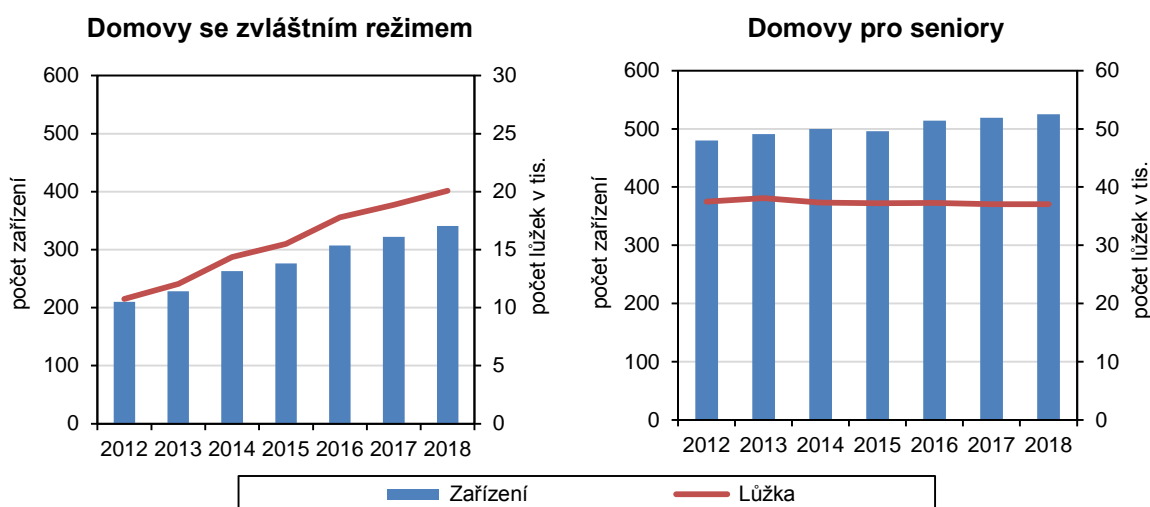
Rok	Domovy pro seniory	Domovy se zvláštním režimem	Domovy pro seniory	Domovy se zvláštním režimem
	Zařízení		Lůžka	
2012	480	210	37 477	10 740
2013	491	228	38 091	12 048
2014	500	263	37 327	14 354
2015	496	276	37 200	15 494
2016	514	307	37 247	17 784
2017	519	322	37 037	18 853
2018	525	341	37 048	20 075

Zdroj: Statistická ročenka ČR 2019, ČSÚ

³ ČSÚ Český statistický úřad

⁴ ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Graf č. 1: Počet vybraných pobytových zařízení a počet lůžek v ČR



Zdroj: vlastní

Data z tabulky č. 1 jsou graficky znázorněna ve sloupcovém grafu č. 1., je zde patrný hlavně nárůst kapacit v domovech se DZR⁵. Navyšuje se i počet zařízení, ovšem není tak patrný jako u nárůstu počtu lůžek. V domovech pro seniory došlo k mírnému nárůstu počtu zařízení, ovšem počet lůžek se nezvýšil, naopak mírně klesl.

5.2 Pracovníci v pobytových službách DZR

Poskytování služeb lidem s demencemi v DZR je náročnější než v domovech pro seniory, je potřeba uzpůsobení péče o tyto klienty a kvalifikovaný tým pracovníků.

Tým můžeme rozdělit na pracovníky v přímé péči, sociální pracovníky, terapeuty, zdravotníky (zdravotní sestra) a lékaře (praktický lékař či specialista). (Hájková, 2016)

Vzdělávání v sociálních službách v obecné rovině pokrývá zákon o sociálních službách, dále prováděcí vyhláška. Pracovníci v sociálních službách, poskytující služby lidem s demencemi, by měli mít absolvované kurzy alespoň v souladu s vizí zařízení. Zaměstnavatel jim musí zabezpečit doplnění kvalifikace v rozsahu 24 hodin ročně. (Hájková, 2016)

⁵ DZR Domov se zvláštním režimem

Následně se tedy zaměřím na zaměstnance domovů, kteří jsou nejbližší klientovi, pomáhají mu k adaptaci a jsou mu pomocníkem, oporou i společníkem v domově pro seniory.

1. Pracovník v sociálních službách

Pracovník v sociálních službách vykonává přímou péči o klienty, zabezpečuje základní životní potřeby klienta, především jde o pomoc při osobní hygieně, oblékání či stravování. Je v přímém styku s klientem, především se jedná o přímou obslužnou péči, prohlubování základních hygienických a společenských návyků, posilování životní aktivizace, tj. uspokojování psychosociálních potřeb. (Malíková, 2011)

2. Klíčový pracovník

V zákoně o sociálních službách ani prováděcí vyhlášce pojem „klíčový pracovník“ není uveden. Tento pojem se vyskytuje v průřezu všemi sociálními službami, je součástí všech sociálních služeb. Klíčový pracovník je osobou, která má na starosti individuální práci s klientem a poskytování sociální služby konkrétnímu klientovi. Ačkoli není v zákoně ukotven přímo pojem „klíčový pracovník“, vyhláška 505/ 2006 Sb. stanovuje poskytovateli sociální služby povinnost přidělit klientovi pracovníka, který bude poskytování služby individuálně plánovat, hodnotit průběh spolupráce, rozumět klientovi a jeho potřebám, být mu nejbližším „zprostředkovatelem“ mezi jeho osobními přáními a možnostmi domova. Vyhláška však nestanovuje, kdo by měl tuto funkci vykonávat.

Klíčovým pracovníkem v domově pro seniory bývá pracovník přímé péče, který má na starost 2 až 5 klientů. Již dlouhou dobu je klíčový pracovník důležitou součástí práce s klienty i v rámci koordinačního týmu, a proto by mělo být jeho přesné vymezení součástí připravované novely zákona 108/2006 Sb. v platném znění zákona.

3. Sociální pracovník

Sociální pracovník musí splňovat dané kvalifikační požadavky dle zákona o sociálních službách. Vykonává šetření v domácnosti, sociálně právní poradenství, sociální

prevenci, lze to označit spíše jako analytickou, metodickou a koncepční, tedy administrativní činnost. Dohlíží na průběh adaptace klienta, komunikuje s rodinou a celým multidisciplinárním týmem ku prospěchu klienta. Vzhledem k maximálnímu naplnění domovů a přetížení personálu v době obědů může pomoci při podávání stravy klientům nebo při aktivizačních činnostech (zjištění na praxi v Domově u fontány v Přelouči). Záleží na zavedených standardech domova.

4. Nelékařští zdravotní pracovníci

V pobytových službách musí být i nelékařští zdravotní pracovníci, mezi které patří vrchní sestra, vedoucí ošetrovatelské péče, všeobecná sestra⁶, fyzioterapeut či ergoterapeut. Fyzioterapeut provádí diagnostickou, preventivní a léčebnou péči v oblasti poruch pohybového aparátu. Je podřízen vrchní sestře a lékaři, spolupracuje s všeobecnými sestrami, aktivizačními pracovníky i ergoterapeutem. Práce ergoterapeuta spočívá v ergoterapeutickém vyšetření⁷, kdy stanovuje optimální varianty a kombinace ergoterapeutických postupů a provádí rehabilitační péči. Je též podřízen vrchní sestře a lékaři, spolupracuje s všeobecnými sestrami, aktivizačními pracovníky a fyzioterapeutem. (Malíková, 2011)

5.3 Individuální plánování

Než vstoupil v platnost zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláška č. 505/2006, přistupovalo se ke klientům v systému formou skupinové péče. Klient se musel podřítit systému, ztrácel pocit individuality, pasivně fungoval ve standardních denních aktivitách, nebyl zapojen do „svého nového života“. Novým přístupem ke klientovi, ovlivňujícím jeho další způsob komunikace a spolupráce, je individuální plánování. (Malíková, 2011) Individuální plánování je proces, který by měl zajistit uživateli poskytování cílené podpory namísto plošné péče. Důležité je stanovit si cíl spolupráce, který musí být zároveň v souladu s cíli služby. „*Cíl spolupráce je stanoven jako průnik tří faktorů – možnosti poskytovatele, přání klienta, potřeb klienta.*“ (Hauke, 2017, s. 206)

⁶ V pobytových sociálních zařízeních jde o kategorii sestra v sociálních službách. (Malíková, 2011 str. 103)

⁷ Vyšetření pro následnou léčebnou rehabilitační péči.

Individualizovaná péče podle individuálního plánu je podmíněna co nejlepším poznáním klienta, jeho potřeb, zájmů, hierarchie životních hodnot a požadavků na uspokojení jednotlivých potřeb. Tyto informace musíme umět správně zjistit, je tedy nutné přistupovat individuálně ke zjišťování informací a dodržet určitý postup k jejich získání pro společné plánování. Důležité je získat co nejvíce informací z dostupných zdrojů, až poté dojde k rozhovoru s klientem v již připraveném, klidném prostředí. Srozumitelně vysvětlíme klientovi význam, smysl a přínos stanovení jeho osobního cíle. Během kontaktu se snažíme získat jeho důvěru, vystupování pracovníka je klidné, vyrovnané, profesionální, rozvážené. Zjišťování potřeb klienta pro krátkodobý i dlouhodobý individuální plán rozdělíme na několik etap, není možné vše stanovit během jednoho setkání. Informace, které o klientovi již máme, klientovi nesdělujeme, klademe hlavně otázky tak, abychom co nejvíce porozuměli jeho potřebám a představám. Klienta musíme informovat o jeho právu dohodnutý cíl kdykoliv změnit. Pokud dojde třeba ke zhoršení zdravotního stavu, musí být osobní cíl upraven. (Malíková, 2011)

„Individuální plánování je složitý proces složený z několika částí, které jsou důležité pro pracovníka i pro klienta: zkoumání situace, tvorba plánu, realizace plánu a vyhodnocení.“ (Malíková, 2011, s. 182)

Barbara Messer své knize poukazuje na potřebné dotazování. Dotazováním by měl pracovník souznít s klientem, přesto by měl dál pracovat na otázkách o dalších možnostech klienta, a to:

- Co přesně může klient ještě udělat?
- Které schopnosti má klient v té které oblasti?
- Čím je omezený?
- Co dělá, když... (např. reaguje odmítavě při provádění osobní hygieny)?
- Proč to dělá? Tedy: Proč se tak chová?
- Při čem je to zřejmé?

(Messer, 2017 str. 67)

Proces individuálního plánování u klientů s demencí

„Proces plánování u osob s demencí je prakticky totožný jako u osob bez demence, avšak náročnější díky složitějšímu zjišťování potřeb, schopností a cílů. Je rovněž složitější z pohledu hledání optimální míry podpory a uplatňování autonomie klienta s demencí, tedy z pohledu zjišťování a uplatňování vlastní vůle klienta.“ (Hauke, 2017, s. 211)

Poskytovatel nemůže nechat všechna rozhodnutí na klientovi, velmi pečlivě zvažuje mezi svobodou klienta a vlastní angažovaností (zájmem) ze strany pracovníka. Základní právo člověka je uplatňování vlastní vůle, omezit toto právo lze pouze v případech stanovených zákonem a to: ohrožuje-li sám sebe na zdraví či životě nebo ohrožuje práva druhých. Pracovník zjišťuje přiměřenost rizika, pokud je nepřiměřené, vypracuje např. rizikový plán. Forma plánu není přesně dána, lze využít jinou formu práce s nepřiměřeným rizikem, kde vyhodnotí s klientem případně zástupcem týmu, jak rizika zmírnit, aby byla přiměřená. (Hauke, 2017)

V případech již dezorientovaných klientů s demencí vychází poskytovatel při procesu plánování těchto z faktorů: z představy blízkých osob, profesionálního pohledu poskytovatele, životního příběhu klienta a úpravy průběhu poskytnutí sociální služby na základě projevů klienta s poskytovanou péčí. (Hauke, 2017)

V domovech pro seniory, hlavně se zvláštním režimem, je důležitá týmová spolupráce při realizaci individuálního plánování tzv. multidisciplinárního týmu, jehož součástí je sociální pracovník, pracovník v sociálních službách – klíčový pracovník, zdravotní sestra, fyzioterapeut, pracovník volnočasových aktivit, psycholog a další pracovníci. (Malíková 2011) Mohou se však zapojit i rodinní příslušníci, blízké osoby klienta aj. Individuální plán se zaznamenává do formuláře, který obsahuje identifikaci klienta, jeho klíčového pracovníka, dále obsahuje dokument přání, potřeb a cílů klienta. Jsou zde podrobně popsány kroky, které povedou k naplnění uvedených potřeb, např. kdo, kdy a jak často bude určené úkony provádět. Nedílnou součástí celého procesu je pak pravidelné hodnocení průběhu spolupráce s klientem, opět písemně. Klient má možnost se vyjádřit k dosavadní spolupráci, sdělit nová přání. Zároveň i pracovníci multidisciplinárního týmu mohou přizpůsobit plán aktuálnímu stavu klienta.

5.4 Aktivizační činnosti s klienty s demencí v domovech

Komunikace s klienty s Alzheimerovou chorobou a různými typy demence je složitá podle stádia nemoci, využíváme verbální komunikaci (slova) i neverbální komunikaci (gesta, výrazy tváře, pozici těla) a to i při aktivizačních činnostech, důležitých pro všechny stádia demence, tedy i v terminálním stádiu.

Je třeba přistupovat k těmto klientům citlivým přístupem, empatií, vždy individuálně, neboť každý má jiný průběh nemoci.

Aktivizační terapie jsou součástí práce se seniory, v domovech pro seniory se zvláštním režimem jsou denní součástí programu a individuálních plánů klientů.

Hlavní terapie a aktivizační činnosti s klienty s demencemi

Arteterapie využívá jako prostředek komunikace výtvarné umění, k individuálním cílům arteterapie patří uvolnění, relaxace, poznání vlastních prožitků, k sociálním cílům vnímání a přijetí druhých lidí, navazování kontaktů a vztahů, zapojení do skupiny, komunikace a předávání zkušeností. Arteterapie využívá techniky, jako je malba, kresba, grafika, modelování nebo koláž.

Bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka pomocí vypracovaných rehabilitačních technik. Klientům s nezvratnými změnami tělesného a duševního stavu zlepšuje kvalitu jejich života. Provádět BS⁸ mohou jen absolventi certifikovaných kurzů Bazální stimulace. <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>, cit. 14. 2. 2020.

Domovy pro seniory využívají hlavně techniky somatické stimulace⁹, nejčastěji polohování, masáž stimulující dýchání, zklidňující a somatickou stimulaci. https://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_prinasi_aplikace.pdf, cit. 14. 2. 2020.

Canisterapie je metoda pozitivního psychosociálního a fyziorehabilitačního působení na potřebné osoby prostřednictvím speciálně cvičeného psa. Rozvíjí citové schopnosti (hlazení, mazlení, komunikace se psem), rozumové schopnosti (cílená hra, rozšiřování

⁸ BS = bazální stimulace

⁹ Somatická stimulace je stimulací povrchu těla, vnímáním svého těla. Základem je dotek, polohování klientů, dýchání, částečné nebo celkové koupele.

slovní zásoby), pohybové schopnosti (jemná, hrubá motorika), klient relaxuje (vliv na psychiku a duševní rovnováhu).

Muzikoterapie (hudební terapie) pracuje s výrazovými uměleckými prostředky, jedná se o pomoc klientovi hudbou. Hudba se využívá jako pomůcka, klient hraje nebo hudbu poslouchá. Pomocí hudby, zvuků, rytmu a melodie se rozvíjí komunikace, vztahy, učení, pohyb. Muzikoterapie se využívá především při práci se seniory s neurologickými poruchami a seniory v paliativní péči.

Validační terapie se uplatňuje zvláště v práci se seniory trpícími demencí. O rozšíření této terapie se zasloužila americká sociální pracovníce Naomi Feilová, která předpokládá, že se většina osob s demencí se potřebuje vyrovnat se svým životem a uzavřít svou minulost. Jednou z technik validační terapie je **reminiscence**, jde o práci se vzpomínkami. Tato technika se používá v případech, jsou-li klienti schopni uvědomit si své zážitky z minulého života. Používají se při ní tzv. reminiscenční (vzpomínkové) krabice, rodinné fotografie a podobně. Vyvolání příjemných vzpomínek a emocí má pozitivní vliv na psychiku a celkový zdravotní stav člověka. (Oldřich Matoušek, 2010), „*Reminiscenční terapii nemusí nutně provádět pouze školený terapeut. Jednoduchou reminiscenci může provádět každý pečovatel.*“ (Mlýnková, 2011 str. 165)

Mezi další techniky práce se skupinou seniorů patří **vaření a pečení**, jelikož tuto činnost klienti vykonávali po většinu svého života, není třeba ji nijak zvlášť představovat. Cílem je zachování a udržení co největší soběstačnosti a sblížení členů skupiny. (Mlýnková, 2011)

Nyní se v domovech běžně využívají **terapeutické panenky** (viz. Domov u fontány v Přelouči). Jsou určeny speciálně pro klienty s onemocněním Alzheimerovy demence. Ti v důsledku svého onemocnění hledají své děti, zapomněli, že jsou již velké. Panenky slouží hlavně k navození kladných emocí a vzpomínek, odpoutání pozornosti od nežádoucí činnosti a zlepšení komunikace.

Většina seniorů má handicap především v oblasti jemné a hrubé motoriky, pohybové koordinace, celkové organizace organismu, zrakové a pohybové paměti, pozornosti a prostorové orientace. Při terapiích je třeba zařazovat různá relaxační cvičení na

procvičování hrubé motoriky (např. se provádí procvičení paží k uvolnění ramenního pletence - napodobování letu ptáka, sekání kosou, plavání kraulem, navíjení klubka apod.), pohyby dlaní (otevírání a zavírání dlaní v pěst), dále procvičení oblasti krku a dle možností cvičení v oblasti trupu.

K procvičování jemné motoriky lze využít, např. navlékání korálků, malování či skládání.

5.5 Paliativní péče

„Dementia zkracuje život a onemocnění, která ji způsobují, jsou zpravidla terminální. Terminální stádium u demence trvá několik měsíců (většinou se za něj považuje poslední rok života) a přechází podle typu demence a komplikací plynule či náhle v terminální stav s prognózou v týdnech.“ (Kabelka, 2017 str. 249)

Paliativní péče nemocnému pomáhá v posledním stádiu života. Poskytují ji i v některých domovech pro seniory (např. Domov u fontány), kde je potřebným nabízena široká škála služeb. Tuto péči navrhuje lékař, další léčba by byla pro klienta vysilující a různé lékařské procedury by pro něj znamenaly více trápení než užítku. Pokud se klient rozhodne pro paliativní péči, jsou léčebné úkony omezeny (nebo zcela ukončeny) a péče ošetřujícího personálu se zaměřuje na to, aby klient neměl bolesti, proleženiny, dušnost, neprožíval úzkost, neklid či jiné nepříjemné pocity. Pokud je to možné, domov spolupracuje s blízkými klienty v terminálním stádiu. (Mlýnková, 2011)

Dříve vyslovené přání je součástí paliativní péče v Domově u fontány. V tomto dokumentu klient sdělí, jakou péči si přeje, případně nepřeje zajišťovat v době, kdy o sobě již nebude schopný rozhodovat. Může vyslovit přání, že si nepřeje být v závěrečné fázi života transportován do nemocnice, nechce být podroben lékařským zákrokům, nechce být napojen na přístroje životní podpory apod. Má právo říci, kdo o něm rozhodne ve chvíli, kdy on sám nebude schopen. Dokument je opatřen ověřeným podpisem klienta a zdravotní personál, pečovatelé i rodina musí jeho vyslovená přání respektovat. <http://www.domovufontany.cz/?p=4433>, cit. 28. 11. 2019

Dříve obvykle lidé umírali doma, smrtelně nemocný měl často kolem sebe své blízké, někdy i sousedy. Smrt byla více na očích v důsledku vyšší úmrtnosti dětí a žen při porodech, bývala to přirozená součást běžného života. Později došlo k odsunutí umírání

do zdravotnických zařízení, rodina už nebyla s umírajícím, došlo k odosobnění smrti. Kořeny odosobnění smrti sahají do počátku 20. století, kdy se smrt stává ryze soukromým aktem. V důsledku hospitalizace smrtelně nemocných je pak odsunuta i sama rodina. (Kubalčíková, 2015). „Následkem nedostatku zkušenosti se smrtí, s umíráním obecně lidé ztrácí schopnost doprovázet umírající během jejich posledních dní, stejně tak jako schopnost postarat se po smrti o jejich tělo. Tento fakt může souviset i s postupně ubývajícimi rituály, které umírání a smrt doprovázely.“ (Kubalčíková, 2015, s. 92). Paliativní péče napomáhá k návratu vnímání smrti jako součásti lidské existence, nesnaží se uzdravit nemocného člověka. Jejím cílem je zajistit klidný, důstojný a bezbolestný odchod ze života, v ideálním případě za pomoci rodiny a nejbližších. (Kubalčíková, 2015)

Český statistický úřad vydal v listopadu 2019 tiskovou zprávu pod názvem „Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech“. Studie probíhala od roku 2008 do roku 2018. Sběr dat zajišťoval Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR), zpracování dat ČSÚ¹⁰. Do roku 2010 byla použita jiná metodika, z tohoto důvodu použijí data až od roku 2011. Dle ČSÚ zemřelo na vaskulární demence¹¹ v roce 2018 - 1 232 osob (v roce 2011 - 573 osob), na neurčené demence zemřelo v roce 2018 - 254 osob (v roce 2011 - 151 osob). <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-podle-pohlavi-a-veku-2008-2017-b1c67xq334>, cit. 28. 9. 2019.

Alzheimerova demence bohužel nebyla součástí studie. Z níže uvedené tabulky je zřetelný nárůst úmrtí na vaskulární demence od roku 2011.

Tabulka č. 2: Porovnání úmrtí na demence v %

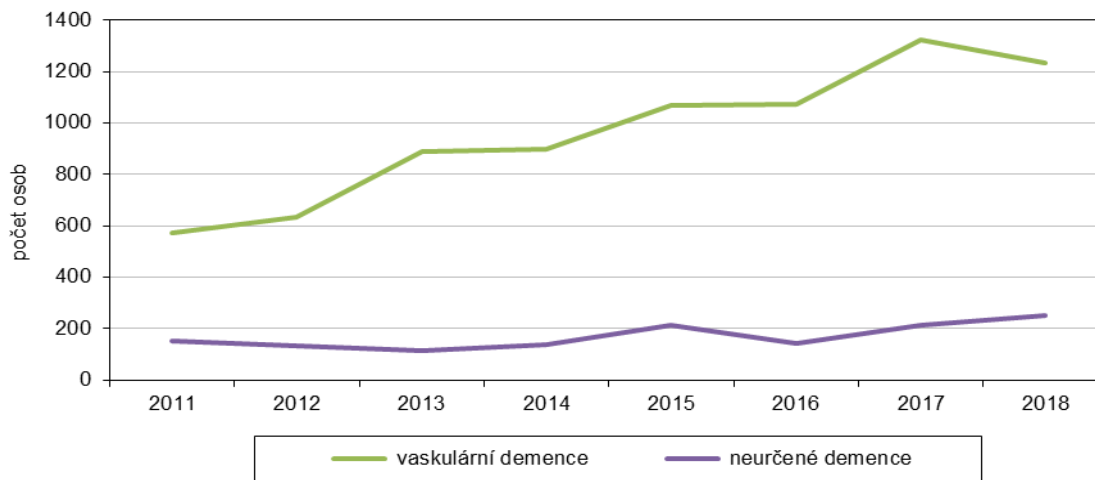
Demence	Rok 2011	Rok 2018	Rozdíl nárůstu v %
vaskulární	573	1 232	215
neurčené	151	254	168

Zdroj dat: <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-podle-pohlavi-a-veku-2008-2017-b1c67xq334>, cit. 28. 12. 2019

¹⁰ ČSÚ zkratka pro Český statistický úřad

¹¹ Vaskulární demence vzniká jako důsledek vaskulárních poruch postihujících zejména mozkovou kůru. Zhoršuje se důsledkem jednotlivých cévních příhod, ke kterým dochází postupně. Zhoršování stavu není plynulé, jak tomu zpravidla bývá u Alzheimerovy demence (Hauke, 2017).

Graf č. 2: Zemřelí na uvedené demence v ČR v letech 2011 až 2018



Zdroj dat: vlastní

Graf č. 2 znázorňuje nárůst úmrtí na vaskulární demence v letech 2011 až 2018.

Zdrojová tabulka ke grafu č. 2 je součástí příloh.

6 Shrnutí teoretické části

Úkolem teoretické části bylo popsat demenci, postihnout problematiku péče o takto nemocné. Choroba mění zásadně život nejen nemocného člověka, ale celé rodiny. Vyrovnání se se změnou chování blízkého je velmi obtížné. Nemocní potřebují dohled blízkých, s možností využít terénních sociálních služeb. Nastane chvíle, kdy rodina už nemůže dál poskytovat péči, kterou jejich nemocní příbuzní potřebují. Přichází doba rozhodnutí o umístění blízkého do pobytového sociálního zařízení. Proto jsem se dále zaměřila na poskytování sociální služby klientům s demencemi v pobytových zařízeních, v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem.

Sociální práce s klienty s demencemi je velmi náročná a to nejen fyzicky, ale také psychicky. Je třeba pochopit svět těchto klientů, umět s nimi komunikovat a řešit konkrétní situace. Práce s nemocnými demencemi je náročná i na kvalifikační požadavky a osobní předpoklady pomáhajících pracovníků. Úskalím této profese může být jejich přetížení. Hrozí jim syndrom vyhoření, kterému je třeba předcházet. *„Důležité je naučit se myslet pozitivně, naučit se říkat NE (využívat v komunikaci asertivitu), vážit si sám sebe a respektovat své potřeby.“* (Hauke, 2017, s. 230).

Domnívám se, že komplexní péče o nemocné s demencemi v pobytových zařízeních je velmi důležitá a potřebná, vzhledem k narůstajícímu počtu diagnostikovaných osob s demencemi různého původu.

Teoretická práce postupuje od potřebného uvedení do problematiky “demence“, vymezením pojmů a definic důležitých pro téma bakalářské práce. Smyslem této práce je poukázat na problémy péče o klienty s demencemi, na důležitost individuálního přístupu ke každému nemocnému a komplexní péče o něj.

Je všeobecně znám nedostatek lůžek v domovech pro seniory, poptávka převyšuje nabídku této sociální služby. Do pobytové péče ve státních zařízeních se tak nyní dostávají klienti často ve stádiu demence, kdy je činnost s nimi omezena hlavně na zajištění základních životních potřeb.

Myslím si, že je potřeba pracovat na dlouhodobém plánu navýšování počtu lůžek v DZR, kde by mohli klienti žít důstojným a smysluplným životem dle individuálních potřeb a přání. Za důležité považuji i nadále zvyšovat kvalifikační požadavky na pracovníky v těchto zařízeních a finančně ohodnocovat jejich náročnou profesi.

7 Empirická část

Výzkumné šetření

Výzkumná část bakalářské práce je členěna do tří částí. První část se zabývá Formulací výzkumných cílů, které zahrnuje představení těchto cílů. Následuje metodologické ukotvení, kde je charakterizována zkoumaná oblast, tj. klienti v domovech pro seniory, klíčoví pracovníci klientů a rodina. Dále je zdůvodněna volba výzkumné strategie.

7.1 Formulace výzkumných cílů

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit prvotní informace o klientovi při příchodu do domova pro seniory, zjištění adaptace klientů s demencemi v domově pro seniory a vliv rodiny na adaptaci domova jejich blízkého “očima“ klíčových pracovníků v přímé péči.

Hlavní výzkumný cíl výzkumného šetření je rozdělen do tří dílčích cílů, dále na tazatelské otázky, které pomohou tyto dílčí cíle dosáhnout.

Dílčí výzkumné cíle:

DVC 1 Zjistit výchozí stav klienta při příchodu do domova se seniory

Tato dílčí výzkumná otázka byla definována s cílem zjistit prvotní informace o klientech přicházejících do domova pro seniory.

TO1: Byly klientovi před příchodem do domova poskytovány sociální služby (pečovatelská služba, osobní asistence, denní stacionář a jiné)?

TO2: Z jakého prostředí k vám klient přišel?

TO3: Byl klient orientován místem, časem, prostorem?

TO4: Byl klient schopen základní sebeobsluhy?

TO5: Je rodina ochotná pomoci s péčí o klienta při příchodu do domova?

TO6: Jaké osobní věci, které si klient přinesl do domova, nejvíce napomohly k adaptaci na nové prostředí (simulace předchozího života)?

DVC 2 Zjistit průběh adaptace klienta a zda je navštěvován rodinou

Tato dílčí výzkumná otázka byla definována s cílem zjistit průběh adaptace klientů novému prostředí a zda má klient rodinu, která ho navštěvuje.

TO7: Jak dlouho zpravidla probíhá adaptace?

TO8: Jak klient reaguje na spolubydlící?

TO9: Spolupracuje klient s pracovníky přímé péče?

TO10: Jaká aktivizační činnost nejvíce napomáhá klientovi s demencí v adaptaci?

TO11: Je klient navštěvován rodinou?

DVC 3 Zjistit vliv a pomoc rodiny v adaptaci na nové prostředí

Tato dílčí výzkumná otázka byla definována s cílem zjistit vliv a pomoc rodiny v adaptaci svého blízkého na nové prostředí.

TO12: Jaká je četnost jejich návštěv?

TO13: Jak klient reaguje na návštěvy rodiny?

TO14: Je vhodné brát klienta z domova (např. svátky, víkendy apod.)?

TO15: Jaké jsou pozorovatelné změny klienta po návratu zpět do domova?

TO16: Doporučili byste vzhledem k psychickému stavu klienta krátkodobě opouštět domov?

TO17: Pomáhá rodina s péčí o klienta i po adaptaci (např. podání stravy, hygiena apod.)?

TO18: Co vám, klíčovým pracovníkům, nejvíce pomáhá v péči o klienta ve spolupráci s rodinou?

Tabulka č. 3: Transformační tabulka

Zjištění stavu přijímaných klientů s demencemi, jejich začlenění a funkce rodiny v domovech pro seniory se zvláštním režimem

Hlavní cíl výzkumu	Dílčí výzkumné cíle (DVC)	Tazatelské otázky
<p>Zjištění adaptace klientů s demencí a Alzheimerovou chorobou v domově pro seniory se zvláštním režimem, vliv rodiny na adaptaci domova jejich blízkého “očima“ klíčových pracovníků v přímé péči (zaměřím se na demence a Alzheimerovu chorobu)</p>	<p>DVC1 – zjistit výchozí stav klienta při příchodu do domova se seniory</p>	<p>TO1 Byly klientovi před příchodem do domova poskytovány sociální služby (pečovatelská služba, osobní asistence, denní stacionář a jiné)?</p> <p>TO2 Jakého prostředí k vám klient přišel?</p> <p>TO3 Byl klient orientován místem, časem, prostorem?</p> <p>TO4 Byl klient schopen základní sebeobsluhy?</p> <p>TO5 Je rodina ochotná pomoci s péčí o klienta při příchodu do domova?</p>
	<p>DC 2 – zjistit průběh adaptace klienta, zda je navštěvován rodinou</p>	<p>TO6 Jaké osobní věci, které si klient přinesl do domova, nejvíce napomohly k adaptaci na nové prostředí (simulace předchozího života)?</p> <p>TO7 Jak dlouho zpravidla probíhá adaptace?</p> <p>TO8 Jak klient reaguje na spolubydlící?</p> <p>TO9 Spolupracuje klient s pracovníky přímé péče?</p> <p>TO10 Jaká aktivizační činnost nejvíce napomáhá klientovi s demencí v adaptaci?</p> <p>TO11 Je klient navštěvován rodinou?</p>

	<p>DC3 – zjistit vliv a pomoc rodiny v adaptaci na nové prostředí</p>	<p>TO12 Jaká je četnost jejich návštěv?</p> <p>TO13 Jak klient reaguje na návštěvy rodiny?</p> <p>TO14 Je vhodné brát klienta z domova (např. svátky, víkendy, apod.)?</p> <p>TO15 Jaké jsou pozorovatelné změny klienta po návratu zpět do domova?</p> <p>TO16 Doporučili byste vzhledem na psychický stav klienta krátkodobě opouštět domov?</p> <p>TO17 Pomáhá rodina s péčí o klienta i po adaptaci (např. podání stravy, hygiena, apod.)?</p> <p>TO18 Co vám, klíčovým pracovníkům, nejvíce pomáhá v péči o klienta ve spolupráci s rodinou?</p>
--	---	--

Předvýzkum

Na základě prostudované literatury, odborné praxe v domovech pro seniory a rozhovory se sociálními pracovníky, dále pracovníky přímé péče byl sestaven dotazník vlastní konstrukce. Před realizací dotazníkového šetření byl proveden předvýzkum, jehož cílem bylo ověřit srozumitelnost a smysluplnost jednotlivých otázek, dále i časové možnosti pracovníků přímé péče. Během předvýzkumu došlo k drobným úpravám předdefinovaných odpovědí v součinnosti se sociální pracovníky a pracovníky v přímé péči, které se předvýzkumu účastnily. Předvýzkumem bylo zjištěno, že pro respondenty byly otázky srozumitelné a smysluplné.

7.1 Metodologické ukotvení

Charakteristika respondentů a vybraných zařízení zkoumaného výběru

Respondenty jsou pracovníci v přímé péči s klienty, spolupracující s cílovou skupinou seniorů s demencemi. Jedná se o klíčové pracovníky ve vybraných domovech pro seniory. Klíčový pracovník má největší povědomí o klientovi samotném a je schopen kvalitně vyplnit dotazník. Respondenti byli vybráni v pěti zařízeních, každé v jiném městě z důvodu kvalitnějšího, rozmanitějšího průzkumného vzorku. O výběru klíčových pracovníků si rozhodovalo každé zařízení samostatně, vzhledem k jejich možnostem, hlavně z důvodu přetížení zaměstnanců. Všechna vybraná zařízení jsou v Pardubickém kraji.

Zdůvodnění výzkumné metody

V empirické části byla zvolena kvantitativní výzkumná strategie. *„Podstata kvantitativního výzkumu spočívá ve zkoumání vztahu mezi proměnnými. V kvantitativním výzkumu se realita zachycuje pomocí proměnných, jejich hodnoty se zjišťují měřením a primárním cílem je nalézt, jak jsou proměnné rozloženy a zvláště jaké jsou mezi nimi vztahy a proč tomu tak je.“* (Punch, 2008, s. 12).

Kvantitativní i kvalitativní výzkumná strategie má své nevýhody. Já ve své práci využívám kvantitativní výzkumnou strategii z důvodu oslovení většího počtu respondentů, tedy i většího zkoumaného vzorku. *„Šetření, které je založené na dotaznicích vyplňujících respondenty, představuje zjednodušení toho, jak je možné data v šetření sbírat.“* (Punch, 2008, s. 14).

Jako nástroj kvantitativního výzkumu byl použit dotazník s předem vypracovanými otázkami a různými možnostmi odpovědí. Na otázky v dotazníku odpovídají respondenti libovolně a podle svého úsudku. Výhodou dotazníku je, že se odpovědi respondentů dají snadno a rychle vyhodnotit. Nevýhodou dotazníkového šetření je, že respondenti nemohou vyjádřit širší názor k dané problematice. (Jandourek, 2007).

Způsob zpracování získaných údajů

Nejprve byla oslovena předem zvolená zařízení s prosbou možnosti spolupráce s pracovníky v přímé péči k vyplnění dotazníku vlastní konstrukce. Byla navržena možnost online vyplnění dotazníku, nicméně oslovená zařízení neměla zájem, žádali pouze o dotazníky v tištěné podobě z důvodů rychlejšího a méně náročného vyplnění. K předání docházelo převážně osobně, a to vedoucím péče v zařízeních, část byla odeslána emailem a zařízení si je sama vytiskla dle své potřeby. Pracovníci přímé péče vyplňovali dotazníky anonymně a neuváděli ani jména klientů, za které dotazník vyplnili. V každém domově byl domluven individuálně termín vrácení dotazníků, dle počtu klientů, ale i podle jejich aktuálních možností. Časová dotace se pohybovala od 7 do 15 dní. Po shromáždění dat ze všech domovů došlo k vyhodnocování.

7.2 Realizace výzkumného šetření

Realizaci výzkumného šetření formou dotazníků s uzavřenými otázkami umožnila tato zařízení: Seniorcentrum města Svitavy s kapacitou v DZR – 8 lůžek. Domov u fontány v Přelouči s kapacitou v DZR - 111 lůžek, Sociální služby města Moravská Třebová s kapacitou v DZR - 23 lůžek, Lůžkové a sociální centrum pro seniory o.p.s. Chrudim s kapacitou v DZR - 50 lůžek, Centrum sociální pomoci města Litomyšl s kapacitou v DZR - 25 lůžek.

V každém zařízení bylo třeba svolení ředitele daného zařízení, dále rozhodovala vedoucí sociálního úseku, a to hlavně z kapacitních možností svých zaměstnanců. Práce v přímé péči je velmi náročná, na zaměstnance jsou kladeny vysoké nároky. Může dojít např. k onemocnění a to znamená, že nezbývá časový prostor na mimopracovní činnost. Z tohoto důvodu nebylo možné vyplnit dotazníky za každého klienta, kterého má klíčový pracovník na starost, v některém zařízení šlo o náhodný výběr respondentů.

V následující tabulce je zaznamenán počet lůžek v sociálních zařízeních – DZR a počet vyplněných dotazníků za klienty v těchto zařízeních.

Tabulka č. 4: Počet lůžek v oslovených zařízeních a počet vyplněných dotazníků

Sociální zařízení - DZR	Počet lůžek	Počet vyplněných dotazníků
Seniorcentrum města Svitavy	8	8
Domov u fontány v Přelouči	111	29
Sociální služby města Moravská Třebová	23	20
Lůžkové a sociální centrum pro seniory o.p.s. Chrudim	50	27
Centrum sociální pomoci města Litomyšl	25	25

Zdroj: vlastní

Z uvedené tabulky vyplývá, že zaměstnanci zařízení s nižší kapacitou lůžek vyplnili dotazníky za většinu svých klientů, zaměstnanci zařízení s větší kapacitou lůžek vyplnili dotazníky dle svých možností a dle uvážení svých nadřízených.

7.3 Průběh výzkumu

Bakalářská práce byla vypracována v časovém rozmezí srpen 2019 – březen 2020.

Časový plán celého výzkumného šetření je zanesen v tabulce č. 5.

Tabulka č. 5: Časový plán výzkumného šetření

Aktivita	Časové období
Zajištění a prostudování podkladů pro teoretickou část bakalářské práce	Srpen - říjen 2019
Vypracování teoretické části bakalářské práce	Září - Prosinec 2019
Příprava výzkumného šetření	Listopad 2019
Předvýzkum	Prosinec 2019
Realizace výzkumného šetření	Leden - únor 2020
Zpracování výsledků výzkumného šetření	Únor 2020
Dokončení bakalářské práce	Březen 2020

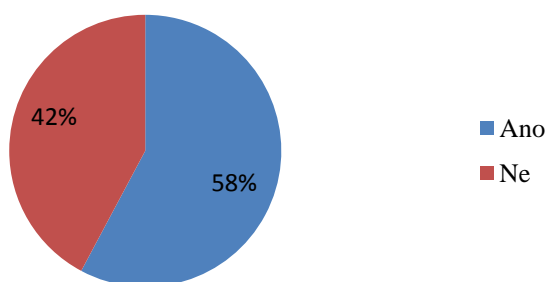
8 Popis a interpretace výzkumného šetření

8.1 Vyhodnocení jednotlivých otázek

TO 1 Byly klientovi před příchodem do domova poskytovány sociální služby?

Před příchodem do domova byla 64 klientům poskytována sociální služba, což činí 58%. Sociální služba nebyla poskytována 46 klientům, což je 42%.

Graf č 3: TO 1, z grafu je zřejmé, že větší části klientů byly před příchodem poskytovány sociální služby.

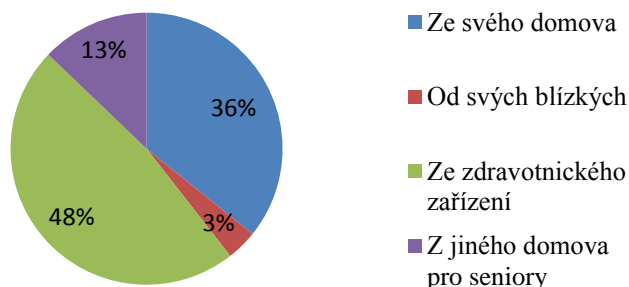


Zdroj: vlastní

TO 2 Z jakého prostředí k Vám klient přišel?

Ze zdravotnického zařízení přišlo do domova 52 klientů, tedy 48%. Ze svého domova odešlo 39 klientů, což činí 36%, 14 klientů přešlo z jiného domova pro seniory, což je 13% a nejméně, tedy 4 klienti přišli od svých blízkých, což jsou 3%.

Graf č. 4: TO 2, z grafu je zřejmé, že nejvíce klientů přišlo do domova pro seniory ze zdravotnického zařízení, dále ze svého domova.

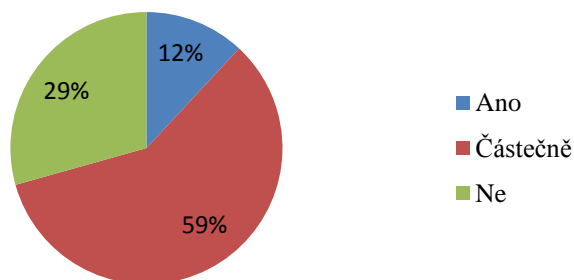


Zdroj: vlastní

TO 3 Byl klient orientován místem, časem, prostorem?

Částečně orientován místem, časem a prostorem bylo při příchodu do domova 64 klientů, tedy 59%. Orientováno bylo 13 klientů, což činí 29% a bez orientace bylo označeno 32 klientů, tedy 29%.

Graf č. 5: TO 3, z grafu je zřejmé, že převážná část klientů byla jen částečně orientována, třetina byla plně orientována časem, místem a prostorem.

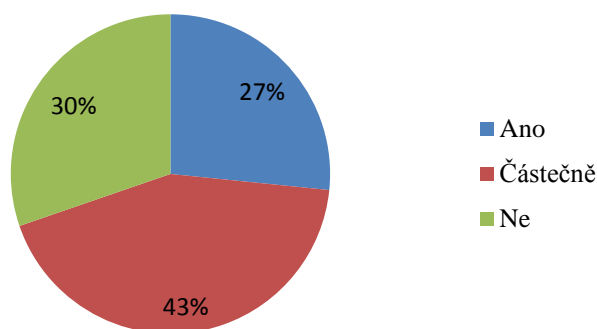


Zdroj: vlastní

TO 4 Byl klient schopen základní sebeobsluhy?

Částečně schopno sebeobsluhy bylo před příchodem do domova 47 klientů, tedy 43%. Neschopno sebeobsluhy bylo 33 klientů, což činí 30% a schopno základní obsluhy bylo označeno 29 klientů, tedy 30%.

Graf č. 6: TO 4, z grafu je zřejmé, že větší část klientů je schopna jen částečně sebeobsluhy.

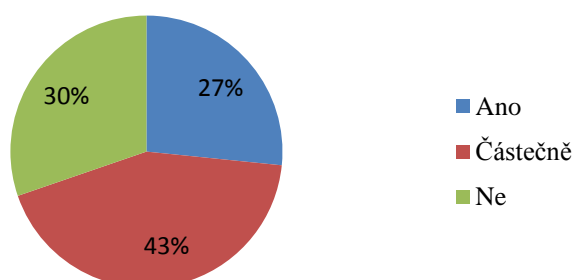


Zdroj: vlastní

TO 5 Je rodina ochotná pomoci s péčí o klienta při příchodu do domova?

Částečně je rodina ochotna pomoci s péčí o klienta při příchodu do domova 47 klientům, tedy 43%, odpověď ne byla označena u 33 klientů, což činí 30%, ano bylo označeno u 27 klientů, tedy 27%.

Graf č. 7: TO 5, z grafu vyplývá, že rodina není rozhodnuta pomáhat, pomáhá spíše částečně, jen třetina blízkých je ochotna pomoci.

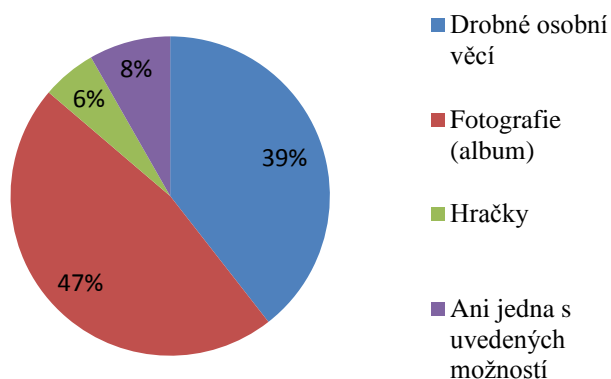


Zdroj: vlastní

TO 6 Jaké osobní věci, které si klient přinesl do domova, nejvíce napomohly k adaptaci na nové prostředí (simulace předchozího života)?

Nejvíce klientům napomohly fotografie a to u 51 klientů, což činí 47%, drobné osobní věci napomohly 43 klientům, tedy 39%, možnost – ani jedna z uvedených možností byla označena 8x a hračky pomohly 6 klientům, což činí 6%.

Graf č. 8: TO 6, z grafu je zřejmé, že nejvíce napomáhají klientů fotografie a drobné osobní věci.

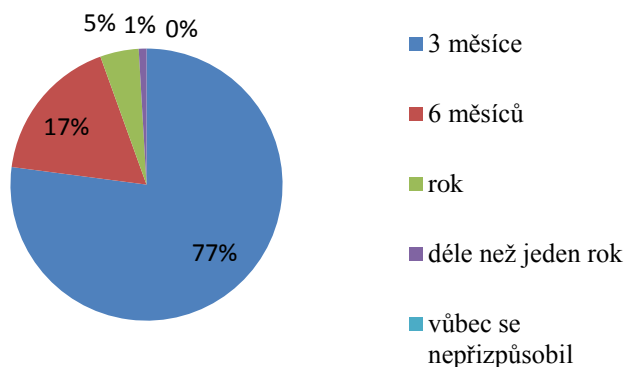


Zdroj: vlastní

TO 7 Jak dlouho zpravidla probíhá adaptace klienta?

Adaptace trvala 3 měsíce u 84 klientů, což je 77%, 6 měsíců u 19 klientů, tedy 17%, rok u 5 klientů, což je 5% a déle než jeden rok pouze u 1 klienta, tedy 1%. V rámci odpovědí a nepřizpůsobení se nebyla označena ani jedno.

Graf č 9: TO 7, z grafu vyplývá, že většina klientů se přizpůsobí během prvních třech měsíců, maximálně do půl roku.

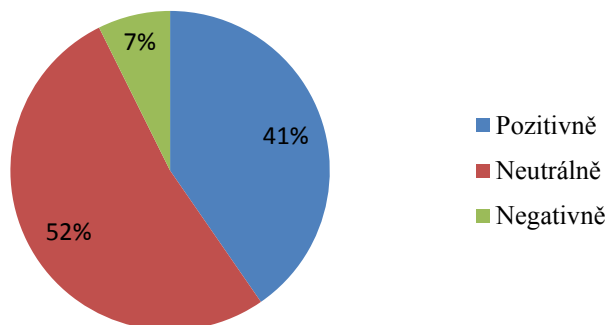


Zdroj: vlastní

TO 8 Jak reaguje klient na své spolubydlící?

Na své spolubydlící reaguje pozitivně 57 klientů, což činí 52%, neutrálně reaguje 44 klientů, což je 41%, negativně reaguje 8 klientů, což činí 7% klientů.

Graf č. 10: TO 8, z grafu vyplývá, že klienti se svými spolubydlícími fungují dobře.

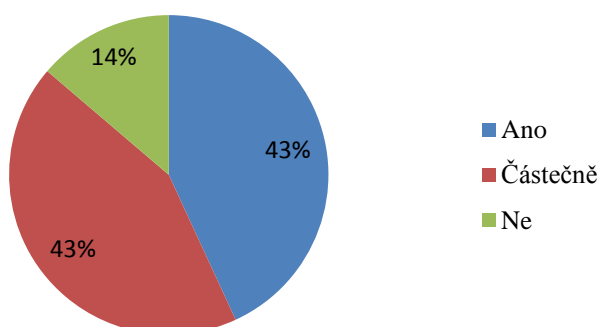


Zdroj: vlastní

TO 9 Spolupracuje klient s pracovníky v přímé péči?

Odpověď 'Ano' byla označena u 47 klientů, což činí 43%, částečně spolupracuje 47 klientů, tedy 43% a s pracovníky nespolupracuje 15 klientů, což činí 14%.

Graf č. 11: TO 9, je zřejmé, že klienti spolupracují v rámci svého aktuálního stavu.

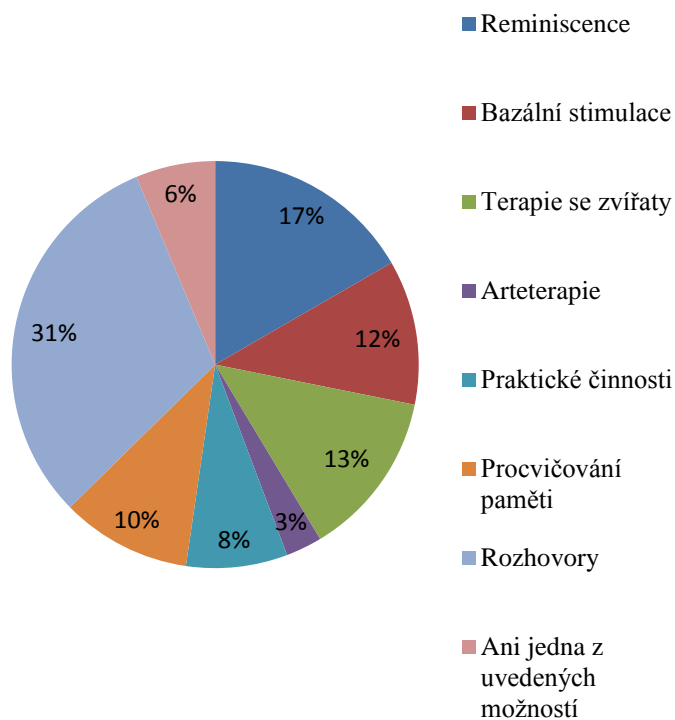


Zdroj: vlastní

TO 10 Jaká aktivizační činnost nejvíce napomáhá klientovi s demencí v adaptaci?

Nejvíce pomáhají rozhovory, a to u 54 klientů, což je 31%, reminiscence pomáhá 29 klientům, tedy 17%, terapie se zvířaty u 23 klientů, což je 13%. Dále byla uvedena bazální stimulace u 20 klientů, tedy 12%, procvičování paměti pomáhá 18 klientům, což je 10%, praktické činnosti u 14 klientů, tedy 8%, Ani jedna z uvedených možností byla označena u 11 klientů, což je 6% a arteterapie u 5 klientů, tedy 3%.

Graf č. 12: TO 10, z grafu je zřejmé, že klientům v adaptaci nejvíce napomáhají rozhovory, dále reminiscence a terapie se zvířaty.

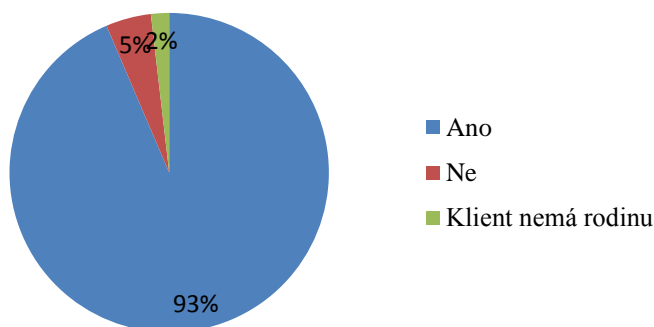


Zdroj: vlastní

TO 11 Je klient navštěvován rodinou?

Rodina navštěvuje 102 klientů, což činí 93%, rodina nenavštěvuje 5 klientů, což je 5%, jen 2 klienti rodinu nemají, což činí 2% klientů.

Graf č. 13: TO 11, z grafu vyplývá, že většina klientů má rodinu, která je navštěvuje.

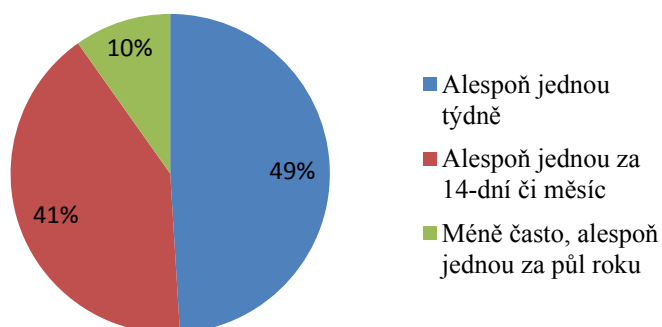


Zdroj: vlastní

TO 12 Jaká je četnost návštěv rodiny?

Rodina navštěvuje alespoň jednou týdně 50 klientů, což činí 49%, alespoň jednou za 14 dní či měsíc navštěvuje rodina 42 klientů, tedy 41%, méně často - alespoň jednou za půl roku navštěvuje rodina 10 klientů, což činí 10%.

Graf č. 14: TO 12, z grafu vyplývá, že návštěvnost rodiny každý týden je přibližně u poloviny klientů, další část klientů navštěvují blízcí alespoň jednou za měsíc.

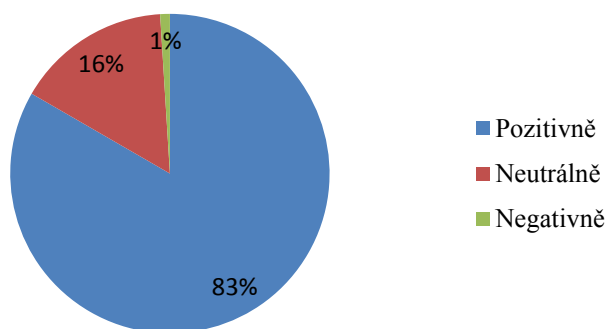


Zdroj: vlastní

TO 13 Jak reaguje na návštěvy rodiny?

Pozitivní reakce byla uvedena u 85 klientů, což činí 83%, neutrální u 16 klientů, tedy 16% a negativně reaguje jen 1 klient, což činí 1%.

Graf č. 15: TO 13, Většina klientů reaguje na návštěvy rodiny pozitivně.

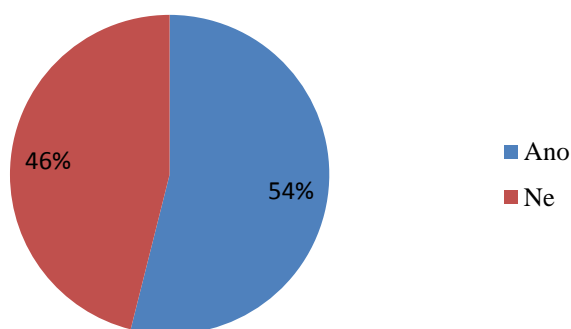


Zdroj: vlastní

TO 14 Je vhodné brát klienta z domova (např. na víkend, svátky)?

Brát klienta z domova je vhodné u 55 klientů, což činí 54%, odpověď ne u 47 klientů, což je 46%.

Graf č. 16: TO 14, z výzkumu není zřejmá jednoznačná odpověď.

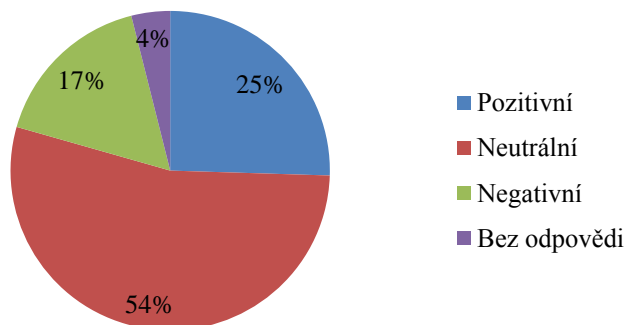


Zdroj: vlastní

TO 15 Jaké jsou pozorovatelné změny po návratu klienta zpět do domova?

Neutrální změny jsou pozorovatelné u 55 klientů, což činí 54%, pozitivní u 26 klientů, což je 25% a negativní změny byly u 17 klientů, tedy 17%. Uvedu i dotazníky, které v této otázce neměly označenou žádnou odpověď, a to 4, což činí 4%.

Graf č. 17: TO 15, z grafu vyplývá, že po návratu klienta jsou patrné minimální změny.

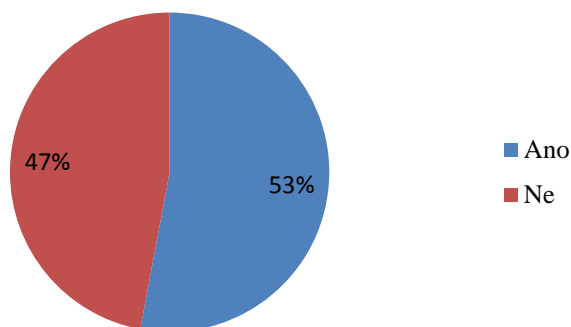


Zdroj: vlastní

TO 16 Doporučili byste vzhledem k psychickému stavu klienta krátkodobě opouštět domov?

Doporučení krátkodobě opouštět domov může 54 klientů, což činí 53%, neopouštět domov je má 48 klientů, tedy 47%.

Graf č. 18: TO 16, z grafu vyplývá, že není možné jednoznačně říci, zda je pro klienta vhodné krátkodobě opouštět domov.

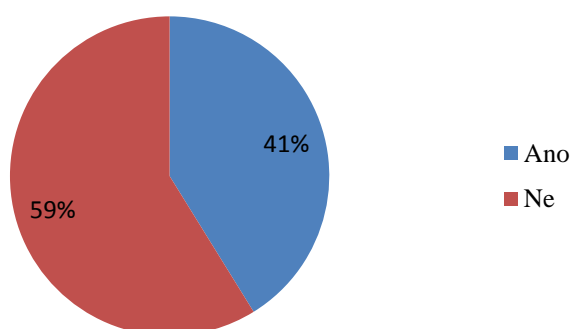


Zdroj: vlastní

TO 17 Pomáhá rodina s péčí o klienta i po adaptaci (např. podání stravy, hygiena apod.)?

Rodina po adaptaci nepomáhá 60 klientům, což činí 59%, pomáhá 42 klientům, což je 41%.

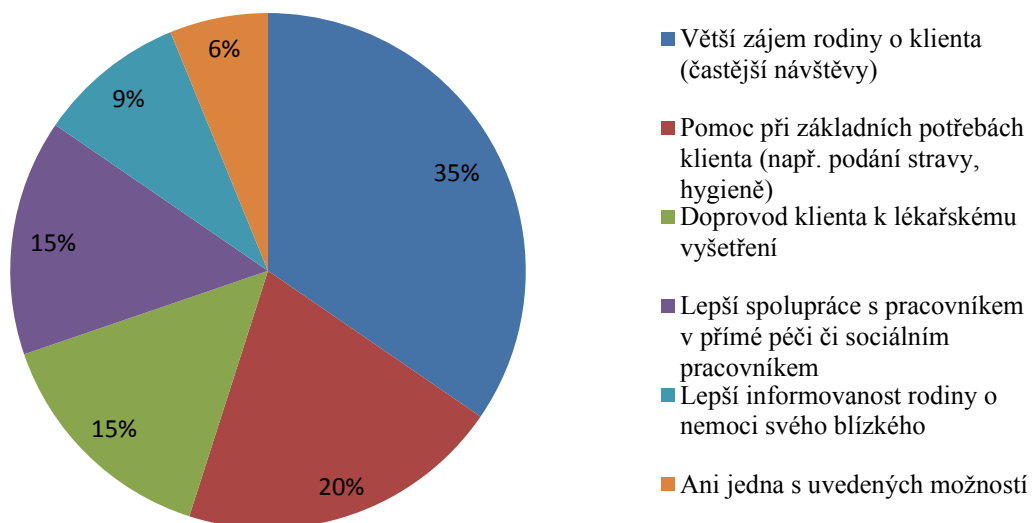
Graf č. 19: TO 17, z grafu vyplývá, že rodina z větší části není ochotna pomoci ani po adaptaci.



TO 18 Co by vám, klíčovým pracovníkům, nejvíce pomohlo v péči o klienta ve spolupráci s rodinou?

Klíčovým pracovníkům by pomohl větší zájem rodiny o klienta u 56 klientů, což činí 35%, pomoc při základních potřebách je třeba u 33 klientů, což je 20%, doprovod klienta k lékařskému vyšetření u 24 klientů, tedy 15%, totéž platí o lepší spolupráci s pracovníkem v přímé péči či sociálním pracovníkem u 24 klientů, tedy 15%. Lepší informovanost rodiny o nemoci svého blízkého by bylo třeba u 15 klientů, což činí 9% a ani jedna u uvedených možností byla uvedena u 10 klientů, což je 6%.

Graf č. 20: TO 18, z grafu je zřejmé, že nejvíce by pomohla klíčovým pracovníkům rodina větším zájmem o svého blízkého, ale i pomocí při základních potřebách klienta.



9 Analýza a interpretace dosažených výsledků výzkumu

Tato kapitola se věnuje vyhodnocení výsledků výzkumu a jejich následnou interpretací v návaznosti na hlavní cíl této bakalářské práce pomocí tří dílčích cílů.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit výchozí stav klientů při příchodu do domova.

Klientům s demencemi před příchodem do domova pro seniory byly ve větší míře poskytovány sociální služby - pečovatelská služba, osobní asistence, denní stacionář. Vytváří se zde prostor k zamyšlení, proč klienti v součinnosti s rodinou více nevyužívají sociálních služeb před rozhodnutím o využití pobytové sociální služby. Nabízí se také otázka, zda je neodrazuje skutečnost, že jsou služby placené a vyřízení příspěvku na péči obvykle trvá 3 a více měsíců.

Přibližně polovina klientů do domova pro seniory, oddělení DZR přichází z jiného zdravotnického zařízení, poté nejvíce ze svého domova, menší část klientů přechází z jiného domova pro seniory.

Minimum klientů bylo před svým příchodem v péči svých blízkých. Více jak polovina klientů byla schopna částečné sebeobsluhy (schopno plné sebeobsluhy bylo 12% klientů), třetina klientů se o sebe v základních potřebách již nemohla postarat.

Rodina bohužel s péčí o svého blízkého nepomáhá, pracovníci uvádějí, že přibližně jedna třetina rodin je ochotna pomáhat, částečně 43%, další třetina není ochotná vůbec pomoci.

Druhý dílčí cíl zjišťoval průběh adaptace klienta a návštěvnost jeho rodiny.

Klienti si s sebou do domova přináší drobné osobní věci, které jim mají připomenout jejich předchozí život. Mezi nejpřínosnější pracovníci vyhodnotili fotografie (alba), následují drobné osobní věci, jen v malé míře jsou to hračky, třeba plyšák, panenka. Přejechod do nového prostředí klienti zvládají v 77% do tří měsíců, v 17% do šesti měsíců, 5% trvá rok a jeden jednomu klientovi trvalo přizpůsobení déle než rok. Ani v jednou případě se nebylo uvedeno nepřizpůsobení se klienta vůbec.

Se svými spolubydlícími vychází převážně neutrálně či pozitivně, jen 7% odpovědí bylo označeno negativně. Většina klientů spolupracuje nebo částečně spolupracuje s pracovníky přímé péče, jen 14% klientů nespolupracuje.

V adaptaci klientů pracovníci využívají speciální techniky, cvičení či praktické činnosti. Klíčoví pracovníci vidí jako nejdůležitější rozhovory – potřeba kontaktu s klientem, základem je individuální přístup ke každému klientovi dle stadia demence klienta. Další

důležitou technikou je reminiscence – práce se vzpomínkami klientů. Jako třetí pracovníci uvedli terapii se zvířaty. Pomáhá i bazální stimulace – vnímání vlastního těla, procvičování paměti a praktické činnosti s klienty. Na posledním místě skončila arteterapie. Ani jednu z uvedených možností označilo 6% pracovníků.

Většina klientů má rodinu, která jej navštěvuje, jen 5% klientů rodina nenavštěvuje a 2% klientů rodinu nemá.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit vliv a pomoc rodiny v adaptaci na nové prostředí, jelikož rodina je pro klienta i pro pracovníky velmi důležitá.

Klienti jsou přibližně polovinou svých blízkých navštěvováni alespoň jednou týdně, 41% klientů alespoň jednou za 14 dní či měsíc, méně často navštěvují blízcí 10% klientů. Většina z nich reaguje na jejich návštěvy pozitivně, 16% klientů neutrálně, jen 1% negativně.

Rodiny si mohou brát klienty domů, např. na víkend, svátky. Klíčoví pracovníci označili v otázce, zda je to vhodné odpověď ano – 54%, ne – 46%. Avšak jen u 25% klientů jsou pozorovatelné pozitivní změny, u přibližně poloviny klientů – 54% jsou změny neutrální, negativní změny jsou pozorovatelné u 17 % klientů. U této otázky 4% pracovníků neoznačili ani jednu možnost. Vystává otázka, zda je důvodem skutečnost, že si rodina domů blízkého nebere.

Rodiny mohou pomáhat i po adaptaci pracovníkům přímé péče, ale větší část, tj. 59% rodin, již nepomáhá.

Klíčovým pracovníkům by v péči o klienta nejvíce rodina pomohla větším zájmem o klienta, tedy častějšími návštěvami jejich blízkého, následuje pomoc při základních potřebách klienta při podání stravy či osobní hygieně. Práce by se jim ulehčila i tím, kdyby rodina doprovodila klienta k lékaři, neposledně také ochotou k lepší spolupráci s pracovníkem v přímé péči. Na posledním místě je lepší informovanost rodiny o nemoci svého blízkého. Ani jednu z uvedených možností označilo 6% klíčových pracovníků.

10 Závěr a diskurze

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo shrnout poznatky o demencích, vlivu demence na osobnost nemocného, také přechodu nemocného do nového prostředí a adaptaci, tedy přizpůsobení či nepřizpůsobení se lidí s demencemi novému prostředí v domovech pro seniory, oddělení DZR.

Teoretická část se věnovala stáří, demenci, nejčastějším demencím, jejich projevům a fázím, vlivu demence na osobnost nemocného a možností komunikace v různých fázích demence. V kapitole stáří se práce mimo jiné zabývá důležitým životním krokem, kterým je odchod do důchodu. Ukončení aktivního pracovního života může jedinci způsobit nečekané zhoršení společenského postavení, snížení finančních příjmů, pokles sebeúcty, izolovanost a pocit nepotřebnosti. Přizpůsobení se nové životní etapě, jakým je zasloužilý odpočinek po dlouholeté práci, závisí vždy na každém jedinci, jeho schopnostech, možnostech a aktivitě v předešlém stadiu života. Pro bližší pochopení je v práci použito shrnutí stáří dle Mühlpachra.

Demence je definována jako závažné onemocnění, které vzniká na podkladě degenerativních změn v mozkové tkáni. Podle oblasti postižení pojednává o třech skupinách příznaků. Podrobněji popisuje mírnou, rozvinutou a těžkou demenci. Rozsáhleji se zabývá nejčastějším a nejrozšířenějším typem demence, Alzheimerovou nemocí. Zmíněny jsou také vaskulární demence, demence při Parkinsonově nemoci, demence s Lewyho tělísky a Frontotemporální lobární degenerace, což je skupina různých onemocnění způsobujících demenci.

Práce se dále zabývá komunikací, která je neodmyslitelnou součástí našeho života a je základem každého mezilidského vztahu. Nejinak je tomu i při komunikaci se seniorem, kdy musíme vycházet z jeho individuálních schopností a možností. Důležité je přizpůsobovat formu komunikace a brát ohled na možné překážky, kterými může být třeba seniorův sluch. Práce zmiňuje často opomíjenou oblast komunikace, kterou je aktivní naslouchání. Blíže popisuje její metody - oceňování, parafrázování, zrcadlení emocí a shrnování.

Důležitou součástí bakalářské práce je legislativní ukotvení zákonem č.108/2006 Sb. o sociálních službách, který je klíčovým právním předpisem pro sociální služby. Zmiňuje

i příspěvek na péči, jelikož je finančně důležitým pro jedince, který potřebuje pomoc, ale je i zdrojem příjmů pro pobytová zařízení, kam je senior přijatý. Pozornost je věnována procesu řízení o příspěvku na péči i kritériím posuzovaných kompetencí, která mají vliv na stupeň závislosti, tedy i na výši příspěvku.

Byla představena sociální pobytová služba, domov pro seniory a domov pro seniory se zvláštním režimem. Následně jsou zmíněni zaměstnanci domovů, mezi které patří pracovníci v přímé péči, sociální pracovníci a zdravotní personál. Blíže jsou popsány kvalifikační požadavky na jejich profesi a náplň jejich práce. Uveden a vysvětlen je i pojem klíčový pracovník, který se v zákoně o sociálních službách ani prováděcí vyhlášce neobjevuje, přesto je součástí každé sociální služby.

Cílenou podporu klientovi zajišťuje individuální plánování, které obsahuje jeho přání a potřeby, ale také možnosti poskytovatele. V práci jsou také popsány hlavní terapie a aktivizační činnosti s klienty s demencemi, mezi které patří arteterapie, bazální stimulace, canisterapie, muzikoterapie a validační terapie. Poslední kapitola je věnována paliativní péči, která již bývá součástí kvalitní péče o klienty v domovech pro seniory. Bohužel ne všechny domovy ji mají v nabídce služeb péče o klienty.

Empirická část bakalářské práce měla za cíl zjištění adaptace klientů s demencemi domovům pro seniory, pomoc rodiny blízkému při adaptaci a možnosti adaptace „očima“ klíčových pracovníků, průběh adaptace a možnou pomoc rodiny, kterou by klíčoví pracovníci uvítali.

Pomocí kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření byly získány informace od klíčových pracovníků z již zmiňovaných zařízení, které jsou vyhodnoceny a popsány.

Výzkum potvrdil fakt, že klienti s demencemi při příchodu do domova pro seniory využívali nějakou formu dopomoci sociální službou. Polovina přichází ze zdravotnického zařízení, další ze svého domova. Překvapujícím zjištěním je skutečnost, že minimální počet příchozích do domova odchází od svých blízkých. V domovech se většina seniorů adaptuje v prvních třech měsících, z toho vyplývá, že klienti s demencemi nemají problém se přizpůsobit novému prostředí. Při příchodu do domova jsou schopni alespoň částečně sebeobsluhy.

Rodina příliš nepomáhá s péčí o své blízké, to se týká i pomoci při adaptaci. Nejdůležitějšími věcmi, které si s sebou klienti přinesou ze svého doma, jsou fotografie,

kteřé se používají hlavně při reminiscenci. Pomáhají i drobné osobní věci. Nejvíce klientům s demencemi pomáhají rozhovory. Na základě analýzy odpovědí se potvrzuje, že komunikace patří mezi základní lidské potřeby. Následně byla pracovníky označena terapie se zvířaty, reminiscence a bazální stimulače. Mezi nejdůležitější aktivizační činnosti pro adaptaci tedy patří kontakt s klientem.

Většina klientů má rodinu, která je navštěvuje každý týden nebo alespoň za 14 dní či měsíc. Ovšem 10 % klientů blízcí navštěvují velmi málo.

Přítomnost rodiny má na klienty ve většině případů pozitivní vliv. Blízcí si mohou brát klienty z domova, avšak klíčoví pracovníci nemyslí, že je to ve většině případů vhodné, proto je i zde důležitý individuální přístup. Z výzkumu však jednoznačná odpověď, zda mohou klienti opouštět domov s přihlédnutím na psychický stav, bohužel nevyplývá. Nejméně na polovinu klientů, které si rodina bere, např. na víkend domů má pobyt mimo domov pozitivní vliv.

Klíčovým pracovníkům by rodiny nejvíce pomohly častějšími návštěvami. Tedy již zmiňované rozhovory s klienty, věnování se jim, povídání si s nimi. Další důležitou možností rodiny by měla být pomoc při základních potřebách jako podání stravy nebo pomoc při hygieně. Někteří klíčoví pracovníci by uvítali, kdyby s nimi i ostatními pracovníky přímé péče a sociálními pracovníky rodina lépe spolupracovala a byla ochotná pomoci s doprovodem klienta k lékařskému vyšetření.

Z výzkumu vyplývá, že rodina po adaptaci významně nepomáhá, jen 40% blízkých se snaží pomoci klientovi.

Domnívám se, že se mi hlavní cíl bakalářské práce podařilo naplnit. Současně se objevila i další témata, která by bylo možno blíže prozkoumat a navrhnout řešení, která by přispěla ke zkvalitnění života seniorů v domovech.

Použitá literatura

Tištěné zdroje

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. Rádcí pro zdraví. ISBN 80-7367-081-x.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAUKE, Marcela. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3.

HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. 2 vyd. Praha: Portál, 2007, 288 s. ISBN 978 80 7367-269-0.

KABELKA, Ladislav. *Geriatrická paliativní péče*. Praha: Mladá fronta, 2017. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4225-3.

KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Brno: Masarykova univerzita, 2015. ISBN 978-80-210-7864-2.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.

MESSER, Barbara. *100 tipů pro plánování péče v domovech pro seniory*. Přeložil Renata HALMO. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0216-7.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5029-7.

MACE, Nancy L. a Peter V. RABINS. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. Přeložil Daniel MICKA. V Praze: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-583-2.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

PUNCH, Keith. *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-381-9.

Statistická ročenka České republiky: Statistical yearbook of the Czech Republic. Praha: Český spisovatel, 1993-. ISBN 978-80-250-2955-8. ISSN 1211-4812.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

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

Internetové zdroje

Český statistický úřad. [28. 9. 2019]. Dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-podle-pohlavi-a-veku-2008-2017-b1c67xq334>

Bazální stimulace. [14. 2. 2020] Dostupné z https://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_prinasi_aplikace.pdf

Bazální stimulace. [14. 2. 2020] Dostupné z https://www.bazalni-stimulace.cz/pdf/cl_prinasi_aplikace.pdf

Příspěvek na péči [8. 2. 2020] Dostupné z <https://www.mpsv.cz/-/prispevek-na-peci>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [31. 10. 2019] Dostupné z <http://www.uzis.cz/rychle-informace/demence-priorita-pro-system-zdravotnictvi-zprava-who>

Domovu fontány [28. 11. 2019] Dostupné z <http://www.domovufontany.cz/?p=4433>

Česká alzheimerovská společnost [7. 11. 2019] Dostupné z <http://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/priznaky-demence/>

Příloha A

Dotazník pro výzkumné šetření

Mé jméno je Radka Kadlecová, jsem studentkou Univerzity Hradec Králové, kde studuji třetím rokem obor „Sociální práce ve veřejné správě“. Píši bakalářskou práci na téma „Adaptace klientů s demencemi v domově pro seniory“. Velmi mě zajímá problematika seniorů s demencí, jejich přizpůsobování prostředí domova a zapojení rodiny do tohoto procesu.

V rámci výzkumného šetření jsem vytvořila dotazník pro pracovníky v přímé péči (klíčové pracovníky), ráda bych Vás požádala o jeho vyplnění za konkrétní klienty, o které pečujete. Předem Vám děkuji za spolupráci a Váš čas.

Dotazník o klientech s demencí v DZR

(určeno pro pracovníky přímé péče)

1. Byly klientovi před příchodem do domova poskytovány sociální služby (pečovatelská služba, osobní asistence, denní stacionář)?
 - Ano
 - Ne

2. Z jakého prostředí k Vám klient přišel?
 - Ze svého domova
 - Od svých blízkých
 - Ze zdravotnického zařízení
 - Z jiného domova pro seniory

3. Byl klient orientován místem, časem, prostorem?
 - Ano
 - Částečně
 - Ne

4. Byl klient schopen základní sebeobsluhy?
- Ano
 - Částečně
 - Ne
5. Je rodina ochotná pomoci s péčí o klienta při příchodu domova?
- Ano
 - Částečně
 - Ne
6. Jaké osobní věci, které si klient přinesl do domova, nejvíce napomohly k adaptaci na nové prostředí (simulace předchozího života)?
- Drobné osobní věci
 - Fotografie (album)
 - Hračky (např. plyšák, panenka)
 - Ani jedna z uvedených možností
7. Jak dlouho zpravidla probíhá adaptace klienta?
- 3 měsíce
 - 6 měsíců
 - Rok
 - Déle než jeden rok
 - Vůbec se nepřizpůsobil
8. Jak klient reaguje na spolubydlící?
- Pozitivně
 - Neutrálně
 - Negativně
9. Spolupracuje klient s pracovníky přímé péče?
- Ano
 - Částečně
 - Ne

10. Jaká aktivizační činnost nejvíce napomáhá klientovi s demencí v adaptaci?

U této otázky lze označit 2 odpovědi.

- Reminiscence (prohlížení fotografií, práce s životním příběhem)
- Bazální stimulace (např. rehabilitační techniky pro stimulaci vnímání vlastního těla)
- Terapie se zvířaty
- Arteterapie (léčba uměním – výtvarným, hudebním, tanečním či divadelním)
- Praktické činnosti (např. vaření, kreativní tvoření)
- Procvičování paměti a kognitivních funkcí (např. slovní zásoba, koncentrace pozornosti), procvičování jemné motoriky
- Rozhovory
- Ani jedna z uvedených možností

11. Je klient navštěvován rodinou?

- Ano
- Ne
- Klient nemá rodinu

Pokud klient nemá rodinu nebo ho rodina nenavštěvuje, další otázky již nevyplňujte.

Pokračování dotazníku o klientech, které rodina navštěvuje.

12. Jaká je četnost návštěv rodiny?

- Alespoň jednou týdně
- Alespoň jednou za 14-dní či měsíc
- Méně často, alespoň jednou za půl roku

13. Jak klient reaguje na návštěvy rodiny?

- Pozitivně

- Neutrálně
- Negativně

Je vhodné brát klienta z domova (např. víkend, svátky)?

- Ano
- Ne

14. Jaké jsou pozorovatelné změny po návratu klienta zpět do domova?

- Pozitivní
- Neutrální
- Negativní

15. Doporučili byste, vzhledem k psychickému stavu klienta, krátkodobě opouštět domov?

- Ano
- Ne

16. Pomáhá rodina s péčí o klienta i po adaptaci (např. podání stravy, hygiena apod.)?

- Ano
- Ne

17. Co Vám, klíčovým pracovníkům, nejvíce pomáhá v péči o klienta ve spolupráci s rodinou?

U této otázky lze označit 2 odpovědi.

- Větší zájem rodiny o klienta (častější návštěvy)
- Pomoc při základních potřebách klienta (např. při podávání stravy, hygieně)
- Doprovod klienta k lékařskému vyšetření
- Lepší spolupráce s pracovníkem v přímé péči či sociálním pracovníkem
- Lepší informovanost rodiny o nemoci svého blízkého
- Ani jedna z uvedených možností

Děkuji za vyplnění dotazníku.

Příloha B

Zdrojová tabulka ke grafu č. 2

Rok	Počet zemřelých celkem	Počet zemřelých na vaskulární demence	Počet zemřelých na neurčené demence
2009	107 421	2	5
2010	106 844	49	20
2011	106 848	573	151
2012	108 189	635	135
2013	109 160	891	117
2014	105 665	899	136
2015	111 173	1069	214
2016	107 750	1074	143
2017	111 443	1324	212
2018	112 920	1232	254

Zdroj:

<https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-podle-pohlavi-a-veku-2008-2017-b1c67xq334>, cit. 28. 12. 2019

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - Počet vybraných pobytových zařízení a počet lůžek v ČR

Tabulka č. 2 - Porovnání úmrtí na demence v %

Tabulka č. 3 - Transformační tabulka

Tabulka č. 4 - Počet lůžek v oslovených zařízeních a počet vyplněných dotazníků

Tabulka č. 5 - Časový plán výzkumného šetření

Seznam grafů

Graf č. 1: Počet vybraných pobytových zařízení a počet lůžek v ČR

Graf č. 2: Zemřelí na uvedené demence v ČR v letech 2011 až 2018

Graf č. 3: TO 1

Graf č. 4: TO 2

Graf č. 5: TO 3

Graf č. 6: TO 4

Graf č. 7: TO 5

Graf č. 8: TO 6

Graf č. 9: TO 7

Graf č. 10: TO 8

Graf č. 11: TO 9

Graf č. 12: TO 10

Graf č. 13: TO 11

Graf č. 14: TO 12

Graf č. 15: TO 13

Graf č. 16: TO 14

Graf č. 17: TO 15

Graf č. 18: TO 16

Graf č. 19: TO 17

Graf č. 20: TO 18