

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

## **Bakalářská práce**

2020 Semeráková Veronika

Univerzita Hradec Králové  
Filozofická fakulta

# **Problémové situace a chování seniorů v pobytových službách**

Bakalářská práce

Autor: Veronika Semeráková

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce pro osoby se sníženou soběstačností

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl Ph.D.

Hradec Králové 2020

## Zadání bakalářské práce

**Autor:** Veronika Semeráková

**Studium:** U17007

**Studijní program:** B6731 Sociální politika a sociální práce

**Studijní obor:** Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

**Název bakalářské práce:** **Problémové situace a chování seniorů v pobytových službách**

**Název bakalářské práce AJ:** Problematic situations and behavior of seniors in residential services

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Předmětem bakalářské práce jsou problémoví seniori v pobytových službách, respektive problémové situace a chování seniorů v pobytových službách. Cílem práce je popsání nejčastějších problémových situací, se kterými se setkávají pracovníci při práci se seniory a jejich možná řešení. Teoretická část je věnována vysvětlení základních klíčových slov a charakteristika duševních nemocí a poruchy osobnosti, které mají vliv na chování seniorů, popis možných situací, při kterých dochází ke konfliktu se seniory. V praktické části jsou zpracovány výsledky kvalitativního výzkumu polostrukturovaným rozhovorem s pracovníky v pobytových sociálních službách, obcí a se zdravotním personálem v královéhradeckém kraji.

Hauke, M., Zvládání problémových situací se seniory. Praha: Grada, 2014, ISBN 978-80-247-5216-7  
Jůn, H., Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví. Praha: Portál, 2010, ISBN 978-80-7367-590-5  
Hauke, M. a kolektiv, Když do života vstoupí demence. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017, ISBN 978-80-906320-7-3  
Venglářová, M., Problematiké situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007, ISBN 978-80-247-2170-5

**Garantující pracoviště:** Ústav sociální práce,  
Filozofická fakulta

**Vedoucí práce:** Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

**Oponent:** Mgr. Michal Trousil, Ph.D.

**Datum zadání závěrečné práce:** 29.6.2018

**Prohlašuji,**

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

V Hradci Králové dne 12.4.2020

Veronika Semeráková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Miroslavu Kapplovi Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady a připomínky a také za čas, který mi věnoval při konzultacích k mé bakalářské práci.

## **Abstrakt**

SEMERÁKOVÁ, Veronika. Problémové situace a chování seniorů v pobytových službách. Hradec Králové 2020. Xx s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta – Ústav sociální práce. Vedoucí práce Mgr. Miroslav Kappl Ph.D.

Cílem bakalářské práce je zmapování problémového chování seniorů v pobytových službách a popis situací, které pracovníci označují za problémové. Šetřením kvalitativním způsobem pomocí polostrukturovaného rozhovoru bude zjišťováno, s jakým problémovým chováním a situacemi se u klientů setkávají

Díličními cíli jsou popis problémového chování a problémových situací v pobytových službách, popis řešení uvedeného problémového chování a problémových situací a zjistit, jak je využíváno individuální plánování a individuální přístup jednotlivých pracovníků ke klientům.

V teoretické části budou vysvětlena základní klíčová slova jako je senior a pobytové služby, nemoci, které mají vliv na chování seniorů. Dále se budu věnovat problémového chování a problémovým situacím seniorů v pobytových službách, které jsou dostupné v odborné literatuře.

V praktické části budou zpracovány údaje z kvalitativního výzkumu. Dotazování budou sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a zdravotní pracovníci v pobytových službách.

Klíčová slova – senior, stáří, demence, problémové chování, problémové situace, alkoholismus, sexualita, bezdomovectví, agresivita, pobytové služby

## **Abstract**

SEMERÁKOVÁ, Veronika. Problematic situations and behavior of seniors in residential services. Hradec Králové 2020. Xx p. Bachelor thesis. University of Hradec Králové, Faculty of Arts - Department of Social Work. Leader of the Bachelor Degree Thesis Mgr. Miroslav Kappl Ph.D.

The aim of this bachelor thesis is to map problematic behavior of seniors in residential services and to describe the situations that workers describe as problematic. By investigating qualitatively by means of a semi-structured interview it will be investigated what problem behaviors and situations they encounter with clients

The partial goals are description of problem behavior and problem situation in residential services, description of solving the problem behavior and problem situations and to find out how individual planning and individual approach of individual employees to clients is used.

The theoretical part will explain the basic keywords such as senior and residential services, diseases that affect the behavior of seniors. Next I will deal with problematic behavior and problematic situations of seniors in residential services, which are available in the literature.

In the practical part will be processed data from qualitative research. Social workers, social services workers and health care workers in residential services will be interviewed.

Key words - senior, old age, dementia, problematic behavior, problematic situations, alcoholism, sexuality, homelessness, aggression, residential services

# Obsah

1	TEORETICKÁ ČÁST .....	9
1.1	Senior.....	9
1.2	Pobytové služby pro seniory.....	10
1.2.1	Domov pro seniory.....	11
1.2.2	Domov se zvláštním režimem.....	12
1.2.3	Odlehčovací služba .....	13
1.2.4	Geriatrické oddělení .....	13
1.2.5	Léčebna dlouhodobě nemocných.....	14
1.2.6	Hospic.....	14
1.3	Nemoci ovlivňující chování člověka.....	14
1.3.1	Demence .....	15
1.3.2	Alzheimerova choroba.....	16
1.3.3	Vaskulární demence .....	16
1.3.4	Alkoholová demence.....	17
1.3.5	Deprese .....	17
1.3.6	Cévní mozková příhoda.....	18
1.4	Problémové chování seniorů.....	19
1.4.1	Agresivita.....	20
1.4.2	Bloudění a odchody domů.....	21
1.4.3	Halucinace a bludy .....	21
1.4.4	Sexualita .....	22
1.5	Problémové situace.....	23
1.5.1	Bariéry v komunikaci .....	23
1.5.2	Nespolupracující klient.....	25
1.5.3	Rodina.....	25
1.5.4	Nozokomiální infekce .....	26



1.6	Shrnutí teoretické části .....	27
2	METODOLOGICKÁ ČÁST.....	28
2.1	Formulace cíle výzkumu.....	28
2.2	Výzkumná strategie.....	31
2.3	Technika sběru dat.....	31
2.4	Jednotka zkoumání a jednotka zjišťování.....	32
2.5	Realizace výzkumu.....	33
2.6	Limity výzkumu.....	34
2.7	Etické aspekty výzkumu.....	34
3	EMPIRICKÁ ČÁST .....	36
3.1	Dílčí cíl 1: Popsat problémového chování a problémové situace seniorů v pobytových službách.....	36
3.2	Dílčí cíl 2: Popsat řešení uvedených problémových situací a chování seniorů v pobytových službách.....	40
3.3	Dílčí cíl 3: Zjistit, jak je využíváno individuální plánování a individuální přístup jednotlivých pracovníků ke klientům. ....	45
4	Závěr .....	49
	Seznam použité literatury .....	51
	Seznam tabulek .....	55
	Seznam příloh.....	55

## Úvod

Důvodem k vypracování této bakalářské práce, byl vyslechnutý rozhovor pečovatelek v domově pro seniory, které se bavily o jednom z klientů. Nejen, že nedůstojně mluvily o klientovi na veřejnosti, ale mimo ho označily za problémového. Toto mě inspirovalo k tomu, abych se tímto tématem zabývala podrobněji. Hlavním cílem bakalářské práce je zmapování problémového chování seniorů v pobytových službách a popis situací, které pracovníci považují za problémové. Protože jsem v minulosti také v domovech pro seniory pracovala, mohla jsem získané informace porovnat se svými zkušenostmi.

Podle mého názoru má každý právo na důstojný život a důstojné zacházení, zejména na sklonku svého života. Senioři v pobytových službách jsou mnohdy opuštěni vlastní rodinou a pečující personál se stává jejich novou náhradní rodinou, proto by mělo být jejich soužití co nejharmoničtější.

V teoretické části budou popsány pojmy senior a pobytové služby, ale také problémové situace a chování, které jsou popsány v dostupné literatuře. Vzhledem k tomu, že se práce zaměřuje na seniory, jsou zde také popsány nemoci, které mají vliv na změnu chování a které mohou problémové situace vyvolávat. Jedná se zejména o stařeckou demenci, která je jednou z nejrozšířenějších nemocí seniorů.

# 1 TEORETICKÁ ČÁST

Jak jsem již uvedla v úvodu, v této kapitole jsou definovány pojmy senior a pobytové služby. Dále jsou popsány onemocnění, které mohou mít vliv na změnu osobnosti a jejího chování, ale také situace, se kterými se běžně setkáváme i my, ale bohužel v uzavřeném prostředí bývají více viditelné a pro někoho také obtěžující.

## 1.1 Senior

Kdo je vlastně senior? Starý člověk? Důchodce? Říká se, že každý je tak starý, na kolik se sám cítí. Dokážu si představit, že 80-ti letý člověk s duchem 30-ti letého se za seniora nepovažuje. Nikdy nezapomenu na slova svojí babičky, které jsme po úmrtí jejího manžela doporučovali využívat služeb denního stacionáře, nebo se účastnit aktivit spolku seniorů. Ve svých 84 letech mi odpověděla, že se přece nebude setkávat se starými „babkami a dědky“.

V literatuře najdeme mnoho definic slova senior, já si vybrala definici Heleny Haškovcové „*Senior – starší člověk, ale také nejstarší a zpravidla vážený člen nějakého společenství. Používá se též k rozlišení mladšího (ml.) a staršího (sen.) člena rodiny (pokud mají stejné jméno i příjmení), a to i v případě, že ten starší z nich zdaleka není starý.*“ (Haškovcová, 2012 str. 148)

Tato definice nám však opět nedává jednoznačnou odpověď, kdo vlastně již senior je a kdo ještě ne, proto se nyní zaměříme na dělení stáří dle věku. „*Světová zdravotnická organizace doporučuje členění dle kalendářního věku:*

- 45–59 let – střední, zralý věk,
- 60–74 let – vyšší věk, rané stáří,
- 75–89 let – stařecký věk,
- 90 a více let – dlouhověkost“ (Dvořáčková, 2012 str. 11)

Za seniora může být považován každý člověk, který již není v produktivním věku, tedy pobírá starobní důchod. Vzhledem k zvyšujícímu se věku dožití, se také posouvá hranice odchodu do důchodu. Současný věk odchodu do důchodu v České republice je stanoven na 65 let.

*„Procesy stárnutí souvisí s přirozenou délkou života.“ (Kalvach, a další, 2004 str. 67)*

*„Maximální možná délka života, dosažitelná v ideálním prostředí, se u člověka zřejmě pohybuje kolem 120 let. Dosud nejvyššího věku se hodnověrně dožila Francouzka M. Calmentová, která zemřela v roce 1997 ve věku 122 let a 164 dní.“ (Čevela, a další, 2012 str. 23)*

Podle Evy Malíkové je stáří období, které nás něčím limituje a bývá vnímáno negativně. Staří lidé mohou v mladých lidech evokovat osobu nesoběstačnou, neschopnou samostatného života, která je závislá na pomoci ostatních. Přesto jsou lidé, kteří si dokážou užívat života a stáří tak může být jedno z nejkrásnějšího období. (Malíková, 2011 stránky 13-14)

Seniory vnímáme každý jinak, nikde nenajdeme přesná kritéria, podle kterých se člověk stane starým. V souvislosti s pobytovými službami je věk seniora jedno z posuzovaných hledisek při schvalování žádostí na poskytování sociální péče pro domovy pro seniory. Největší poskytovatel sociálních služeb v královéhradeckém kraji Domov U Bříčky v Hradci Králové má tuto věkovou hranici stanovenou pro službu domov pro seniory 65 let a domov se zvláštním režimem 60 let.

## **1.2 Pobytové služby pro seniory**

Skladba klientů v pobytových službách se oproti minulosti velmi změnila. Dříve byli senioři v tehdejších domovech důchodců soběstačnější oproti nynější skladbě klientů, přenechávali své byty mladším generacím a dobrovolně pobývali v domovech důchodců od začátku důchodového věku, u žen to bývalo i od 55 let. V současné době zejména s ohledem na zvýšenou poptávku po těchto službách jsou do pobytových služeb přijímáni klienti převážně ve 3. a 4. stupni závislosti na péči, u kterých nemůže být péče zajištěna rodinou nebo terénními službami.

Mezi seniory kolují mýty, že s odchodem do důchodu je potřeba podat si přihlášku do domova pro seniory, protože později v případě potřeby bude upřednostněna. Realita je ovšem zcela odlišná a tyto dlouholeté praktiky jsou postupně odbourávány, zejména z důvodu velké administrativní zátěže spojené s jednáním se zájemcem o službu, jen obvolávání zájemců

v poradníku při uvolněném lůžku zabírá příliš mnoho času. Pobytové služby postupně zavádějí nové metodiky pro žádosti o poskytování sociální služby a nyní je kladen důraz na aktuální zdravotní stav a potřebnost sociální péče.

Rodina se při náhlém zhoršení zdravotního stavu pak setkává s nedostatkem volných míst. Často jim pak nezbyvá jiná možnost, než umístit své blízké do soukromých domovů pro seniory, kde je částka za úhradu služeb z mého pohledu astronomická. Nejhorší situace je pro seniory po centrální mozkové příhodě, kterým se život změnil ze dne na den. Z naprosto samostatného člověka se stává „troska“ upoutaná na lůžko. Slovo troska jsem uvedla záměrně, vycházím z vyprávění seniorů, kteří se takto často označovali. Po stabilizování zdravotního stavu jsou umístěni v léčebnách dlouhodobě nemocných a poté nastává otázka kam s ním? Poptávka po umístění do pobytových služeb pro seniory převyšuje několika násobně kapacitu těchto zařízení.

Kvalitu poskytovaných služeb zajišťují standardy kvality, které jsou součástí vyhlášky 505/2006 Sb., nicméně nositeli kvality je personál, proto je nutné dbát důraz na kvalitní a cílené vzdělávání a rozvoj jejich kompetencí.

Služby jsou seniorům v pobytových zařízeních poskytovány podle vytvořeného individuálního plánu, na kterém se aktivně podílí i klient a stává se tak spolutvůrcem. Ochranu a dodržování práv nejen seniorů zajišťují standardy kvality sociálních služeb dle vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí 505/2006 Sb. „*Cílem poskytovaných služeb již není vykonávat něco za klienta, ale pomáhat mu a podporovat ho v tom, aby mohl alespoň některé činnosti provádět sám a byl co neméně závislý. Podporována je vlastní aktivita klienta. Udržováním soběstačnosti je zajištěna lidská důstojnost seniora, podporováno jeho sebevědomí a pocit vlastní hodnoty a ceny.*“ (Malíková, 2011 str. 33)

### **1.2.1 Domov pro seniory**

*„Služba je určena pro seniory, kteří již potřebují velmi intenzivní pomoc a péči, kterou již nelze zajistit v domácím prostředí prostřednictvím rodiny nebo jiných sociálních služeb, a to včetně péče zdravotní. Některé domovy pro seniory nepřijímají klienty s diagnostikovanou demencí.“* (Hauke, a další, 2017 str. 257)

Posláním domova pro seniory je poskytování celodenní podpory a péče o seniory, zajišťují seniorům bezpečné ubytování, podporují je v oblastech životních potřeb, zajišťují jejich důstojnost a podporují je v udržování kontaktů s blízkými osobami, vrstevníky a veřejností. Řídí se zákonem o sociálních službách 108/2006 Sb. kde jsou popsány tyto základní činnosti, které domovy pro seniory poskytují. Mezi ně patří zejména poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, aktivizační činnosti a další. (zakonyprolidi, online, 2006)

Nevýhodou, zejména větších zařízení, je jejich ústavnost a zažité stereotypy pečujícího personálu. S ohledem na provoz je potřeba dodržovat určený harmonogram prací, zejména výdej jídla. Tímto je bohužel znesnadněna, někdy i znemožněna možnost individuálních požadavků jejich klientů. Většina domovů pro seniory také bojuje s nedostatkem personálu, což se odráží na kvalitě poskytovaných služeb. V těchto případech je kladen důraz na zajištění pouze základních potřeb klientů, jako je zajištění stravy a hygieny. Nedostatek personálu má pak za následek ponechávání seniorů v lůžku za zavřenými dveřmi, odloučené od veškerého dění. Možné důsledky těchto situací budou popsány v dalších kapitolách.

### **1.2.2 Domov se zvláštním režimem**

Poslání domova se zvláštním režimem je podobné jako u domovů pro seniory. Zásadním rozdílem mezi těmito službami je, že klienti v domovech se zvláštním režimem mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění a různých typů demencí jako je stařecká demence a Alzheimerova choroba. Poskytované služby jsou přizpůsobeny specifickým potřebám těchto klientů.

V reálu jsou senioři, u kterých je vyžadováno umístění v domovech se zvláštním režimem uzavřeni na oddělení a mohou se tak pohybovat pouze v omezeném prostoru. Při návštěvě takového oddělení se můžeme setkat s klienty, kteří se snaží odejít, protože nechápou, proč jsou zde zavřeni. I tento faktor může mít vliv na různé poruchy chování, které budou popsány v následujících kapitolách.

Na rozdíl od domovů pro seniory je zde naopak časový harmonogram přínosný a po nesnadné adaptaci je pravidelnost pro klienty s poruchou paměti přínosná.

### 1.2.3 Odlehčovací služba

Zajišťuje celodenní péči v pobytových službách na předem stanovenou dobu a umožňuje tak pečujícím osobám přerušit poskytovanou péči. Tyto služby často nejsou v pobytových zařízeních poskytovány, administrativa spojená s nástupem klientů do odlehčovací služby je stejná jako u klientů nastupujících do domova pro seniory nebo domova se zvláštním režimem. Pro pečující osoby je mnohdy tedy tato služba nedostupná, ale nicméně potřebná jako prevence syndromu vyhoření pečujících osob.

Služba je plně hrazena klientem a je poskytována nepřetržitě po dobu 1 týdne až 3 měsíců. Kromě přechodného umístění seniora do zařízení poskytujícího odlehčovací službu z důvodu dovolené nebo hospitalizace pečující osoby, bývají využívány i v době, kdy klient potřebuje dočasně zvýšenou péči druhé osoby z důvodu zhoršení zdravotního stavu. (Hauke, a další, 2017 str. 258)

Tento typ služby může být pro seniory psychicky zatěžující. Jsou vytrženi ze svého přirozeného prostředí, na které jsou zvyklí. Setkávají se s lidmi, které neznají, jejich denní harmonogram je narušený, stejně tak i soukromí.

### 1.2.4 Geriatrické oddělení

*„Geriatrická nemocniční oddělení slouží k posouzení funkčního stavu a diagnostice, individualizované léčbě typicky geriatrických syndromů, stavů, které nejsou indikovány na jiná oddělení nemocnic anebo není hospitalizace pacientů na těchto odděleních možná z důvodů jejich specifických potřeb (demence, poruchy chování atd.) a s ohledem na multimorbiditu.“* (Holmerová, a další, 2007 str. 51)

Hlavní cílovou skupinou jsou zejména senioři nad 70 let. Hospitalizace na geriatrických odděleních je většinou poskytována po dobu, kdy je třeba pomocí následných vyšetření zajistit bezprostřední lékařskou péči, následně jsou pacienti umisťováni do dalších zdravotních nebo sociálních zařízení.

Geriatric se zabývá problematikou zdraví, chorob a kvality života ve stáří. Vychází z ostatních klinických oborů, především vnitřního lékařství, neurologie, psychiatrie a ošetrovatelství. Součástí léčby je dlouhodobá péče o nemocné. (Čevela, 2012 str. 264)

### 1.2.5 Léčebna dlouhodobě nemocných

Léčebna dlouhodobě nemocných, dále jen LDN, je největším zdravotnických zařízení, které poskytuje následnou zdravotní péči dlouhodobě nebo chronicky nemocným osobám, toto zařízení nahrazuje akutní zdravotní péči. Hospitalizace v LDN významně řeší i sociální situaci pacientů po propuštění z nemocnice. (Kalvach, a další, 2004 str. 472)

Pro seniory bývají LDN krátkodobým mezistupněm mezi hospitalizací v nemocničním zařízení a sociálními službami. Ve společnosti je všeobecně rozšířený mýtus, že pobyt v LDN je pouze krátkodobý v maximální délce 90 dní. Současné právní předpisy však zajišťují pacientům právo na adekvátní zdravotní péči, která nemůže být v žádném případě časově omezena. Nicméně i kapacita LDN není nafukovací a nemůže suplovat nedostatek sociálních lůžek.

### 1.2.6 Hospic

Hospic je zdravotně-sociální zařízení pro nevléčitelné umírající lidi, kterým je poskytována celodenní péče. Cílem je zajištění důstojného umírání a snížení psychické zátěže umírajících i rodinných příslušníků. Na rozdíl od zdravotnických zařízení neslibují vyléčení nemoci, ale zajišťují tlumení bolesti a doprovází nemocného v jeho poslední chvíli, tzv. paliativní péči. Přesná definice dle Zákona o zdravotních službách je „*paliativní péče, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí*“. (zakonyprolidi, online, 2011)

## 1.3 Nemoci ovlivňující chování člověka

Jak je možné, že člověk, kterého známe celý život, může změnit svoje chování? Jak to, že dříve milá a pohodová babička je najednou protivná a konfliktní? Může se člověk změnit, nebo se jen celý život úspěšně přetvářel? Tyto otázky se nabízí vždy, když při řešení problémů v pobytové službě rodina zmíní, že jejich tatínek, maminka, dědeček, babička nebo známý, nikdy takový nebyli. Oni sami hledají odpovědi, jak je možné, že zrovna jejich příbuzný se nestandardně chová. Podle Heleny Haškovcové se říká, že stáří karikuje povahu a vlastnosti člověka se tak zvýrazňují. Navíc jsou i v pohádkách zmiňovány negativní rysy starých lidí



v podobě zlých dědků a ježibab. I přesto, že se v pohádkách vyskytují i hodné babičky a laskaví dědečkové, posuzujeme staré lidi zejména z té negativní stránky. Senioři navíc světu kolem sebe často nerozumí a bývají podezřívaví a bojí se, že budou ošizeni. A protože také hůře vidí a slyší, může být se seniory postupem času obtížná domluva (Haškovcová, 2010 stránky 141-244)

*„Psychické změny ve stáří bývají laicky označovány jako zhoršení povahy, do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti“ (Venglářová, 2007 str. 16)*

S přibývajícím věkem se kromě chronických onemocnění vyskytují i degenerativní onemocnění. Nemoci se projevují nevýraznými nebo atypickými průběhy, dochází k opakování, k průtahům nemocí a vznikají tak komplikace. Některé nemoci senioři označují za únosné, bojí se však nemocí, které by ohrozili jejich soběstačnost a samostatnost. (Haškovcová, 2002 str. 72)

### **1.3.1 Demence**

Když jsem sama sobě kladla otázku, které nemoci mohou nějakým způsobem ovlivnit chování, napadla mě jako první demence. Podle Heleny Kučerové je demence nemocí mozku, při které dochází k nervovým poruchám v několika oblastech jako je paměť, myšlení, chápání, orientace a další. Příležitostně může dojít také ke zhoršení sociálního chování nebo zhoršení emoční kontroly. Průběh demence může být pomalejší, rychlejší, nebo může mít období stagnace. Ovlivňuje ji také řada vnějších vlivů jako jsou tělesné i duševní zátěže, běžná infekce, ale i nepříjemné situace.

Demence je vážná nemoc, která je nepříjemná pro nemocného i pro okolí. (Kučerová, 2006 stránky 9-12). *„Dnes se setkáváme s vysokým počtem seniorů, kteří jeví známky poruchy v oblasti vnímání a myšlení. Na počátku rozvoje demence si člověk uvědomuje tyto poruchy a může na ně reagovat agresí, úzkostí, depresí. Zapomenuté se snaží nahradit – vymýšlí si (zatímco depresivní pacient, pokud nezná odpověď, odpoví na vaši otázku „já nevím“).* (Kalábová, 2017 str. 38) U seniorů se nejčastěji setkáváme s vaskulární demencí, demence v důsledku intoxikace a Alzheimerovou nemocí.

### 1.3.2 Alzheimerova choroba

Jedná se o neurogenerativní onemocnění, které je způsobeno ukládáním bílkoviny beta-amyloidu v mozku a způsobuje ničení mozkové tkáně. Tuto nemoc poprvé popsal německý lékař MUDr. Alois Alzheimer. Tento typ demence se vyskytuje až u 50 % všech demencí. V prvním stadiu dominují zejména změny kognitivních funkcí a také poruchy chování. Nemocný nenachází vhodná slova, ztrácí se na známých místech, má potíže obsluhovat stroje, má zhoršenou orientaci, je apatický nebo naopak agresivní. Vlivem nemoci bývá zasažena krátkodobá paměť, naopak vzpomínky na dětství nebo mládí jsou nemocní schopni si vybavit dobře. Může být také narušeno centrum řeči a dochází ke zhoršenému slovnímu vyjadřování myšlenek. (Mlýnková, 2011 stránky 139-140)

Ve středně pokročilém stadiu si nemocný není schopen vybavit nedávné události, zhoršuje se soběstačnost, může trpět halucinacemi. Z důvodu velmi zhoršené orientace bloudí po bytě, zhoršuje se jeho soběstačnost. V této fázi nemoci se vyskytují deprese, úzkosti a agresivita. Budí se v noci často dezorientovaný v čase i prostoru. Nejsou schopni rozpoznávat tváře rodinných příslušníků, nebo je zaměňují. Toto stádium bývá nejdelší, 2 – 10 let. (Mlýnková, 2011 stránky 140-141)

Ve stadiu pokročilé demence má nemocný obtíže s chůzí, s polykáním, není schopen se vyjádřit, nepoznává rodinné příslušníky ani známé věci. V tomto období senioři vyžadují zvýšenou ošetrovatelskou péči a zejména laskavý a milý přístup pečujících osob. (Mlýnková, 2011 str. 141) Z pohledu lékaře psychiatrické léčebny dochází ke zhoršení dezorientace, úzkosti a neklidu. Neklid se projevuje zvýšenou, nepřiměřenou a neúčelnou aktivitou a může se stupňovat a vést tak k agresivitě. Akutní neklid bývá často problémem, protože oddělení nebývají technicky ani personálně vybavená. (Chval, 2018)

### 1.3.3 Vaskulární demence

Vaskulární demence je druhou nejčastější formou demence, vyskytuje se v čisté formě nebo smíšené s jinou formou. Projevuje se zejména úbytkem mentálních schopností vlivem cévních mechanismů a její nástup je náhlý. Při stanovení diagnózy se lékaři zaměřují na inkontinenci, která bývá jedním z hlavních znaků této nemoci. (Bartoš, a další, 2012) Léčba vaskulární demence je rozdílná než u Alzheimerovy nemoci, přestože projevy nemoci jsou podobné. Určení typy demence je doménou neurologa. „*Výrazný rozdíl od Alzheimerovy choroby je v*

*tom, že zůstává dlouho zachovaná, nebo alespoň relativně zachovaná, osobnost pacienta, včetně společenského vystupování a náhledu na nemoc. U vaskulárních demencí se jako průvodní jev poměrně často vyskytuje deprese a neurologické symptomy.*“ (Hradecká, 2019)

#### **1.3.4 Alkoholová demence**

Alkoholová demence se projevuje poklesem kognitivních funkcí, její pokles závisí na předchozí úrovni intelektu. Demence při chronickém alkoholismu se rozvíjí v důsledku zmenšování mozku, protože u alkoholiků ubývá bílá hmota mozková. (Koukolík, a další, 1998 stránky 195-198) *„Základním projevem jsou postupné změny osobnosti, demence, poruchy paměti a narušení soběstačnosti. Člověk jen těžko přijímá nové informace, vadí mu nová prostředí, přestává být schopen řešení problémů. Někdy bývá přítomna porucha paměti, člověk si špatně pamatuje nedávné události a chybějící informace si vymýšlí (typické pro Korsakovův syndrom). Mohou se vyskytovat i poruchy emocí, apatie, abulie (ztráta vůle) nebo záchvaty agresivity.*“ (Štefánek, 2019)

Součástí demence se mohou vedle kognitivních poruch objevovat poruchy chování nebo psychiatrické symptomy. Z tohoto důvodu jsou pečující osoby zatěžovány nejen fyzicky, ale i psychicky, zejména v pobytových zařízeních. Je to v důsledku neschopnosti nemocného vyjádřit své potřeby a neschopností okolí těmto potřebám vyhovět. V chování může být promítnuta únava, nuda nebo psychiatrická porucha, kterou provází agresivita či deprese. Tyto projevy nemohou být chápány jako schválnost, ale jako důsledek nemoci. (Jirák, a další, 2009 str. 74)

#### **1.3.5 Deprese**

Deprese je závažná choroba, která se u seniorů projevuje nejčastěji v pobytových zařízeních, zejména z důvodu poklesu míry soběstačnosti. Z výzkumů vyplývá, že deprese v ústavní péči trpí až 50 % seniorů. Často se vyskytuje v počátku demence, její projevy nejsou patrné a bývají často zaměňovány za běžné znaky stáří. Projevuje se úbytkem energie, negativními emocemi, zhoršení tělesných obtíží. U hluboké deprese se můžeme setkat s bludy a halucinacemi. (Venglářová, 2007 stránky 18-20)

Zvýšený výskyt deprese u seniorů je mimo jiné způsoben snížením tvorby a uvolňování neurotransmiterů a nárůstu dystrofických změn. Těmito změnami dochází narušení přenosu vzruchů v mozku a rozvoji depresivity. S přibývajícím věkem narůstá počet negativních životních událostí a ztrát. Nejen že s odchodem do důchodu převládá pocit bezvýznamnosti a snížení ekonomického postavení ve společnosti, ale také úbytek finančních prostředků. Zejména bolestivé jsou ztráta partnera a ztráta soběstačnosti. (Pidrman, a další, 2008 stránky 8-11)

Deprese se může objevit bez zjevných důvodů, někdy mohou být důvody zřejmé a někdy může být důvodů více. Depresivní stavy se objevují běžně v těžkých životních situacích, například úmrtí nebo nehody v rodině. Mnohdy se lidé se ztrátou blízkého člověka vyrovnávají mnoho týdnů, může se stát, že v depresi uvíznou. Pokud kolem sebe nemáme rodinu ani přátele, cítíme se osamělý a jsme k depresi mnohem více náchylnější. Mozkovou činnost u některých jedinců ovlivňuje somatické onemocnění, například hormonální problémy, chronická onemocnění, život ohrožující nemoci nebo i virové infekce. Větší sklon k depresím mají pravidelní konzumenti alkoholu, ženy, které jsou depresí ohroženy dvakrát více než muži a nemalou roli hraje i dědičnost. (Šimek, 2018 stránky 10-12)

Deprese je onemocnění, které postihuje tělo, chování, myšlení i náladu, zjednodušeně by se tento stav dal popsat jako celkový nedostatek energie. Depresivní člověk nemá energii ani na to, aby mohl spát nebo se radovat. Depresivní myšlenky prohlubují depresi, negativní emoce vedou k prohlubování depresivních tělesných projevů, což posiluje depresivní chování a následně vznikají další depresivní myšlenky. Tento bludný kruh se může postupně zvyšovat nebo udržovat. (Praško, a další, 2012 stránky 56-57)

Přestože je deprese nemoc, kterou nemocný bez pomoci zvládne jen velmi těžko, koluje mezi lidmi mnoho předsudků jako třeba, že se k překonání nemoci stačí vzchopit, že je člověk neschopný nebo méněcenný, nebo depresi někdo zavinil. (Praško, a další, 2012 stránky 12-13)

### **1.3.6 Cévní mozková příhoda**

Cévní mozková příhoda patří mezi jedno z nejzávažnějších onemocnění, bývá označována také zastaralým výrazem mrtvice. Jedná se o „*akutní postižení určité oblasti mozku na podkladě náhle cévní poruchy v příslušné oblasti mozku, která buď poškodí mozkovou tkáň poruchou*

*dodávky kyslíku a živin (porucha prokrvení), nebo poškodí mozkovou tkáň mechanicky – výronem krve“ (Kalita, 2010 str. 8)*

Mozková mrtvice je druhým nejčastějším smrtelným onemocněním v České republice, je také nejčastější příčinou invalidity vy vyšším věku. Podle části zasaženého mozku bývá postižení přechodné, nebo dojde k trvalým neurologickým výpadkům. Rizikovými faktory ovlivňující vznik mozkové mrtvice je zejména vysoký krevní tlak, ale také genetika, kouření, cévní srdeční onemocnění, nadváha a pokročilý věk. (Schaenzler, a další, 2014 str. 93)

Typické komplikace jako je zmatenost a negativismus se vyskytují v prvním týdnu po cévní mozkové příhodě. S odstupem delším než týden, se přidávají další komplikace – deprese, pády, proleženiny, imobilizační syndrom. Asi u 30 % pacientů dochází k rozvoji dalších mozkových změn, poruchám vědomí a dalším neurologickým komplikacím, relativně často také dochází k infarktu myokardu. (Ehler, a další, 2011 stránky 129-134)

#### **1.4 Problémové chování seniorů**

Problémové chování se projevuje nejčastěji ve druhé fázi demence a pro pečující osoby bývá obtěžující. Projevuje se nejen agresivitou, neklidem, hromaděním věcí, změněným sexuálním chováním, ale také změnou psychických projevů jako je deprese, úzkost, halucinace nebo bludy. (Hauke, a další, 2017 str. 103)

*„Současné studie ukazují, že přibližně 75 % nemocných, kteří trpí středně závažnou demencí, je podezřívavých, a více než 40 % těchto pacientů trpí bludem, že jsou okrádáni. Pokud se objeví halucinace, pak bývají zrakové a nejsou příliš dramatické. Halucinace se vyskytují u méně než 25 % nemocných Alzheimerovou nemocí, vesměs u středních a těžších stadií. Vlastní poruchy chování, agitovanost a agresivita se nejčastěji vyskytují ve středním stadiu, částečně na pomezí středního a těžkého stadia demence. V tomto období lze předpokládat agitované, popř. agresivní chování u více než 80 % nemocných... Změny nálad najdeme v časnějších stadiích demence, depresivní nálada bývá někdy provázena morbidním komentářem nemocného, mohou se objevit i suicidální myšlenky. S depresí bychom měli počítat u 30 % až 40 % demenčních nemocných. Charakteristické úzkosti a fobie se vyskytnou přibližně asi u poloviny pacientů, zejména ve středním stadiu demence. U více než 40 % těchto pacientů se objevuje strach, že zůstanou osamoceni“ (Pidrman, 2007 stránky 79-80)*

Jedním možným důvodem projevů změněného chování mohou být nenaplněné potřeby klientů. Naplňování potřeb je důležité zejména pro kvalitní život člověka. Kromě naplňování základních potřeb jako jsou fyziologické potřeby, je potřeba zajistit také pocit bezpečí, sociální potřeby, potřeba autonomie a seberealizace, které jsou popsány v Maslowově pyramidě potřeb. (Hauke, a další, 2017 str. 105)



*Obrázek 1 Maslowova pyramida (wikipedia, 2019)*

### **1.4.1 Agresivita**

Nejobávanějším projevem problémového chování je bezesporu agresivita klienta, která může být fyzická a verbální – křik a nadávky. Jak jsem uvedla v kapitole výše, může být projevem demence. Pro osoby s demencí bývá velký problém vyrovnat se změnami ať už prostředí, nebo pečujících osob. Mají rádi své stereotypy, protože jsou pro ně bezpečné. Nové situace v nich mohou vyvolávat stres, který se projevuje různě. Při péči o osoby s demencí může také dojít k tomu, že klient situaci nerozumí. Proto je potřeba těmto klientům vždy podat komentář k tomu, co právě děláme, nebo co po klientovi chceme. S tím souvisí i zvýšená kontrola pečující osoby, kdy je pak agresivita projevem prosazování vlastní vůle. V neposlední řadě může být toto chování reakcí na vlastní selhávání. (Hauke, a další, 2017 stránky 106-110)

*„Dispozice k agresivnímu chování mohou být vrozené, nebo získané učením. U agrese nemusí jít pouze o negativní projevy – o porušování sociálních norem, ale může se jednat o nenásilnou formu prosazování svých požadavků, a to prostřednictvím asertivity.“ (Hauke, 2014 str. 18)*

#### **1.4.2 Bloudění a odchody domů**

U klientů s demencí může docházet ke zdánlivě bezcílnému toulání, které může mít za následek zranění nebo pád klienta, ztracení, nebo psychický stres při hledání cesty domů. Důvodem bloudění jsou zejména důvody, že chce být někde jinde, nechce být na tomto místě nebo chůzí uvolňuje napětí. (Venglářová, 2007 stránky 59-60)

Častým projevem u klientů s demencí je obrácení spánkový režim. Dochází k tomu v případech, kdy není možné klienta přes den unavit, protože odmítá nabízené aktivity, nebo aktivizace zcela chybí. (Hauke, a další, 2017 str. 114)

Zejména v období adaptace může být bloudění reakce na změnu prostředí. Při své praxi jsem se setkala u seniorů s tím, že domov pro seniory považovali za nemocnici a dožadovali se propuštění domů, protože jim přece nic není. Problém nastává u seniorů, kteří se svobodně rozhodnou opustit pobytové zařízení, ale nedokážou posoudit důsledky projevu své vůle. Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo v roce 2018 metodický postup, jak těmto situacím zabránit a jak postupovat v případě, že klient projeví vážně míněný nesouhlas. Poskytovatel sociálních služeb dle zákona o sociálních službách § 91b odst. 1 má oznamovací povinnost k soudu, který na základě informací sociálních pracovníků i vlastním šetřením posoudí, zda je v pobytovém zařízení držen proti své vůli. (MPSV, 2018 stránky 15-29)

#### **1.4.3 Halucinace a bludy**

Podezíravost bývá častým příznakem demence, vzniká z důvodu poruchy kognitivních funkcí a špatného pochopení situace. U osob s demencí, zejména u Alzheimerovi choroby, často dochází k situacím, že si něco někde odložili a nemohou to najít.

U jedné třetiny osob s Alzheimerovou chorobou se vyskytují paranoidní bludy. Postižená osoba je přesvědčena, že je okrádána, někdo ji chce usmrtit např. jedem v podávaném jídle, často se vyskytují i sexuální bludy. Některé halucinace nejsou vážné a dají se zvládnout, jiné jsou nezvládnutelné a je nutná odborná lékařská péče. (Hauke, a další, 2017 stránky 117-120)

Z důvodu paranoidity je těžké navázat s klientem kontakt. Přílišná vřelost může být vyhodnocena jako podezřelá, spíše je třeba udržovat přátelský kontakt a budovat si důvěru klienta. Při péči o klienta je třeba předvídat problematické situace. (Venglářová, 2007 stránky 60-62)

#### 1.4.4 Sexualita

Sexualita je důležitou součástí lidského života a není to jen samotný sexuální akt. Ve stáří dochází k různým transformacím, a to nejen k fyzickým jako je změna vzhledu, snížená hybnost, ubývání potence, ale také psychosexuální změny např. ztráta partnera nebo odchod do domova seniorů. (Venglářová, 2007 stránky 65-68)

Sexualita seniorů v pobytových službách v současné době není příliš řešena. Při své praxi jsem se nesetkala s tím, že by se sociální pracovníci nebo pracovníci v sociálních službách dotazovali na sexuální potřeby klientů. Podle mého názoru stále přežívá předsudek, že staří lidé nemají sexuální potřeby.

V pobytových službách se nejvíce řeší nedostatek soukromí, kontakt s partnerem či partnerkou v rámci sociálního zařízení tak není snadno dosažitelný. Mnozí pracovníci si také neuvědomují, že za intimní chování lze mimo jiné považovat i důvěrný hovor, doteky apod. Intimitu zajišťují jednolůžkové pokoje, které umožňují návštěvy podle přání klienta. (Venglářová, 2007 stránky 71-72)

V současné době jsou bohužel z důvodu nedostatečné kapacity budovány zejména dvoulůžkové pokoje, které se mohou oddělit přenosnou zástěnou, nebo závěsem. Takto lze zajistit pouze vizuální stránku, bohužel nedokážou zabránit šíření zvuků nebo zápachu např. při intimních hygienách.

*„Pro zdravotníky je zvláště obtížná problematika sexuální nezdrženlivosti u pacientů chronicky nemocných, zvláště s hlubším postižením intelektu. Zpravidla se jedná o masturbaci na veřejnosti, obnažování, vulgární pokřikování, zájem o sexuální kontakt s okolím. Nejvíce postiženou skupinou jsou pacienti trpící těžšími stupni demence.“* (Venglářová, 2007 str. 72)

Je tedy třeba rozlišit, zda se jedná o problémové chování vzniklé vlivem poruchy nebo osobností seniora. V prvním případě je třeba tolerantní přístup a snaha o eliminaci sexuálních



projevů na veřejnosti. Ve druhém případě je třeba seniorům nastavit pevné hranice a takového nevhodné chování si nenechat líbit. (Venglářová, 2007 stránky 72-73)

## **1.5 Problémové situace**

V následující kapitole se budu zabývat nejběžnějšími problémovými situacemi, které jsou v dostupných zdrojích popisovány. Každý z nás vnímá problém jinak a co je pro jednoho zcela běžné, je pro druhého nepříjemné až nemyslitelné. Toto vnímání bývá ovlivněno výchovou i prostředím, ve kterém se pohybujeme. Z tohoto důvodu je dlouhodobě kladen důraz na individuální přístup ke klientům v pobytových zařízeních. Problémových situací, se kterými se pracovníci při své práci setkávají, je bohužel mnoho.

Bariéry bývají na obou stranách, jak na straně klienta, tak na straně pracovníka. Šikana seniorů ze strany pečujícího personálu byla popsána v nedávné kauze natočené reportéry Seznam zpráv, kdy v minisérii nazvané „Ve stínu slunečnice“. Reportáž byla odvysílána v listopadu 2019 a zachycuje nevhodné chování zaměstnanců domova pro seniory Slunečnice v Ostravě-Poruba. Pracovníci v sociálních službách, seniory nazývané jako sestřičky, zacházeli se seniory jako s pytlek brambor, dle výpovědí seniorů byla zcela potlačena lidská důstojnost. (Kubík, 2019).

Tato kauza otevřela otázky, zda problémové situace, které pobytová zařízení řeší, nejsou způsobena neodbornou kvalifikací pracovníků. Zejména požadavky na kvalifikaci pracovníků v sociálních službách je pouze základní vzdělání a kurz pracovníka v sociálních službách, který může být doplněn v průběhu 18 měsíců od nástupu do zaměstnání, není tedy povinný už od začátku. Dále je zaměstnavatel povinen zajistit vzdělávání v rozsahu 24 hodin ročně. Podmínky jsou uvedeny v zákoně o sociálních službách 108/2006 Sb. §116.

### **1.5.1 Bariéry v komunikaci**

*„Komunikace nám dává pocit spojení s druhými. V demenci schopnost sdílet zkušenosti s druhými postupně mizí. Klient s demencí dokáže stále méně s druhými normálně mluvit. Stojí ho mnohem více úsilí, když má druhým jasně vysvětlit, co cítí nebo potřebuje. Zároveň musí vyvíjet stále větší úsilí, aby pochopil, co se druzí snaží objasnit jemu. Při normálním rozhovoru mezi dvěma lidmi do něho oba přispívají víceméně stejně. Tato rovnováha však chybí, když se snažíme konverzovat s člověkem trpícím demencí. Chceme-li efektivně komunikovat*

*s pacientem s demencí, musíme do toho investovat mnohem více energie.*“ (Buijssen, 2006 str. 59)

Komunikace není pouze verbální, ale také neverbální, většinu informací totiž získáváme mimoslovně. O pravdivosti tvrzení více řekne mimika, tón hlasu či gesta. Každý z nás také používá jiný styl komunikace jako je tempo, nebo používaná slova. Při komunikaci se seniory je z profesionálního hlediska důležité přihlídnout k mnohdy generačním či více generačním rozdílům. Současní senioři bývají věřící, nepoužívají vulgarismy nebo dbají na vykání. Na druhou stranu může být pracovník zaskočen sděleními, překračující společenské hranice, které nejsou vždy způsobeny onemocněním. (Venglářová, 2007 str. 74)

Při komunikaci se seniory je třeba přizpůsobit řeč, zejména je třeba mluvit pomaleji, zřetelně artikulovat, mluvit hlasitěji, ale nekřičet. Je také třeba trpělivě čekat na odpověď, senior může potřebovat více času na promyšlení odpovědi nebo déle hledá vhodná slova.

Bariéry při komunikaci mohou být na straně klienta i pečující osoby. Na straně klienta se setkáváme s různými zábrany, neochotou, nedůvěrou, obavami z vyjádření sdělených informací. Klienti bývají k oblíbenému pečujícímu personálu sdílní, rádi si povídají a sdělují své pocity i vzpomínky. Neochota komunikovat může být spojena se zdravotními obtížemi. Negativně ovlivňuje únava, bolest nebo úzkost. Pracovníci jsou většinou limitováni nedostatkem času, ale také obavou z rozhovoru na závažné téma jako je umírání. (Venglářová, 2007 stránky 74-75)

Při komunikaci s klientem se zdravotním omezením je třeba dodržovat základní pravidla. S nedoslýchavým člověkem je nutné zvolit vhodnou vzdálenost, mluvit pomalu a zřetelně, a také se dívat klientovi do tváře. Klienti se sluchovou vadou používají naslouchadlo a je třeba dohlédnout na jeho správné používání, výměnu baterie a čištění. Při komunikaci můžeme využít i neverbální techniky např. obrázky a psaný text. (Venglářová, 2007 str. 76)

Je třeba zohlednit fakt, že s přibývajícím věkem je člověk spíše introvertní, uzavřený. Neměli bychom ho tedy do komunikace nutit za každou cenu. Pracovníci by měli umět odhadnout kdy s klientem komunikovat a kdy mlčet.

*„Empatická reakce a aktivní naslouchání jsou vhodné pro situace, kdy naslouchající je celkem v pohodě a chce dát najevo zájem o druhého člověka, který prožívá nějakou zátěž nebo nepohodu. Když ten, kdo pečuje o depresivního člověka, sám prožívá negativní emoce, je přirozeně těžké projevit empatii a aktivně naslouchat.“* (Kalábová, 2017 str. 28)

## 1.5.2 Nespolupracující klient

Při jednání se zájemcem o pobytovou službu se sociální pracovníci setkávají s případy, kdy zájemce o službu, u kterého probíhá sociální šetření na všechny položené otázky odpovídá, že všechno zvládá. Zvládne si uvařit, uklidit, všechno si zařídí, vlastně nepotřebuje žádnou pomoc. Jiné informace podává rodina, i z pozorování vyplývá, že senior je zcela odkázaný na péči druhé osoby. Co může následovat po umístění seniora, který přesvědčen o svojí soběstačnosti, do pobytového zařízení? Jak bylo popsáno v kapitole výše, může vše vyvrcholit soudním projednáváním vážně míněného nesouhlasu nebo ukončením služby ze strany seniora.

Odmítání poskytované péče souvisí nejen z „donucení“ rodinou o využívání služeb, ale také rozdíl mezi očekáváním klienta a realitou. Také postoj pracovníků může ovlivnit pohled klienta na poskytovanou péči. Pracovník se staví do role experta, protože on přece nejlíp ví, co klient potřebuje, zejména u klientů s demencí pečovatelé přebírají kontrolu a nastavují péči, o kterou senior nestojí. Je třeba rozeznávat v situacích, co můžeme vnímat jako přiměřené riziko a kdy si klient neuvědomuje důsledky svého chování. Každý klient má právo v případě nespokojenosti ukončit službu, nikomu nelze pomáhat násilím. (Hauke, a další, 2017 stránky 126-132)

U klienta s demencí je třeba tolerantní přístup, dostatek času, aby péče byla smysluplná. Základem je hledání smysluplné činnosti a kognitivní stimulace, které vedou k podpoře a udržení alespoň základní míry soběstačnosti. (Hauke, a další, 2017 stránky 132-133)

Další formou nespolupráce je nedodržování stanoveného režimu domova pro seniory, nebo nedodržení léčebného režimu doporučeným lékařem. Nadměrné kouření, pití alkoholu nebo nedodržení dietního opatření vede ke zhoršení zdravotního stavu klienta. I zde ale můžeme říct, že klient má právo na přiměřené riziko. Otázkou však zůstává, do jaké míry se jedná pouze o alibismus a kdy má pečující osoba právo nebo povinnost přebírat kontrolu nad seniorem.

## 1.5.3 Rodina

V sociálních službách se pracovníci setkávají nejen s klienty, ale také s jejich rodinnými příslušníky. Problém nastává ve chvíli, kdy přání rodiny jsou rozdílná s přáním klienta nebo možnostmi pobytového zařízení. Vzhledem k tomu, že rodina je nedílnou součástí života klienta, nemohou být zcela přehlíženi, a to i přesto, že smlouva o poskytování péče je sepsána s klientem. Rodinu vnímáme zejména jako nepostradatelný zdroj informací, znají nejlépe

klientům životní příběh, i to, co má rád, a naopak, co rád nemá. Toto poznání může pracovníkům velmi pomoci v nastavované péči. (Hauke, a další, 2017 stránky 80-81)

Problém nastává ve chvílích, kdy rodina začne rozhodovat za klienta a rozhoduje o přáních a potřebách klienta. Rodina musí znát hranice a pravidla služby, pro pečující personál není přípustné, aby stál na straně rodiny proti přáním a potřebám klienta. Základem předcházení problémových situací s rodinou, jsou dostatečné a pravdivé informace. I přesto může mít rodina jiná očekávání od sjednané služby, poté je jednou z možností multidisciplinární setkání, při kterém se rodina setká se zástupci profesí, které o klienta pečují. Výsledkem bývá posouzení situace z více pohledů. (Hauke, a další, 2017 stránky 83-84)

#### **1.5.4 Nozokomiální infekce**

Tyto situace nejsou přímo způsobeny klienty domovů pro seniory, ani jejich zaměstnanci, nicméně mají velký vliv na zdraví a kvalitu života seniorů v pobytových zařízeních. Tuto kapitolu jsem se rozhodla zařadit na základě současných událostí, kdy vlivem virového onemocnění Covid-19, je vyhlášen nouzový stav v celé České republice a zároveň se domovy pro seniory uzavírají v obavě před šířením této nemoci, protože právě senioři jsou neohroženější skupinou obyvatel, u kterých tato nemoc má ve většině případů smrtelné následky.

Nozokomiální nákazy je vyskytují zejména v ústavní péči, a to nejen v nemocnicích, ale také v domovech pro seniory, hospicích a léčebnách dlouhodobě nemocných, kde jsou pacienti oslabeni nemocemi. Přítomná mikrobiální flóra pak napomáhá vzniku infekcí. Povinností všech pobytových zařízení je dodržování preventivních opatření, aby se šíření nákazy zabránilo. (Maďar, a další, 2006 stránky 15-16)

Největší podíl všech klinicky významných nozokomiálních nákaz představují močové infekce, infekce dýchacích cest a jiné. (Maďar, a další, 2006 str. 17)

Zdrojem nozokomiálních nákaz může být klient, ale také návštěvník nebo ošetřující personál. K přenosu dochází skrze vstupní bránu infekce, což může být kůže, sliznice, dýchací ústrojí nebo i oční spojivka. (Šrámová, 2001 str. 33)

Důležitou prevencí před vznikem a šířením nozokomiálních nákaz je bezesporu důkladná hygiena a používání osobních ochranných pomůcek jako jsou rukavice a ústenky. Nejméně důležitá je také důkladná dezinfekce nejen rukou, ale také veškerých povrchů, které mohou být

zdrojem přenosu jako jsou kliky u dveří, zábradlí, ale také židle a stoly. Za nejúčinnější a nejjednodušší metodou, která brání v přenosu infekce je považována hygiena rukou – mytí a dezinfekce. (Maďar, a další, 2006 str. 154)

## **1.6 Shrnutí teoretické části**

Péče o seniora je velmi náročná jak po fyzické stránce, tak i po psychické. Je třeba dbát na důstojnost klienta a individuální přístup. Trpělivým a empatickým přístupem můžeme předcházet některým problémovým situacím, některým se bohužel nevyhneme, i když budeme dělat vše, co je v našich silách. Základem pak je vědět, jak v takových situacích jednat. Jednou z možností je pravidelné vzdělávání, druhý způsob vychází z vlastních zkušeností. V pobytových službách je jedním z důležitých faktorů jednotnost a celistvost poskytované péče napříč všemi obory – sociální, zdravotní, rehabilitační i nutriční péče.

Pracovníci v přímé péči se často setkávají s různými problémovými situacemi i s problémovým chováním klientů v pobytových službách a musí vědět, jak mohu tyto problémy nejen řešit, ale také jim předcházet. Senioři jsou velmi zranitelní a třeba jim zajistit maximální péči tak, aby byla zachována jejich důstojnost a kvalita života.

V odborné literatuře je popsáno mnoho různých problémových situací, ale také problémové chování, které se vyskytuje u klientů v pobytových a zdravotnických zařízeních. Senioři chtějí konec svého života prožít většinou ve známém prostředí, obklopeni důvěrně známými lidmi. Pokud jim to zdravotní stav, nebo jiné okolnosti nedovolují, je potřeba jim toto co nejvíce zajistit v pobytových zařízeních. Jejich pracovníci by měli být vždy důkladně seznámeni s možnými riziky v péči o konkrétního klienta, což může být zajištěno pouze spoluprací všech pracovníků, kteří o seniora pečují.

## **2 METODOLOGICKÁ ČÁST**

Pro svůj výzkum jsem si zvolila téma problémového chování a problémových situací u seniorů v pobytových zařízeních. Z vlastní zkušenosti vím, že péče o seniory je velmi náročná, a to nejen fyzicky, ale také po psychické stránce. S ohledem na prostředí i nemoci ovlivňující chování dochází k nepředvídatelným situacím, které musí pracovníci v pobytových zařízeních řešit.

Výzkum byl zaměřen zejména na zaměstnance největšího pobytového zařízení pro seniory v královéhradeckém kraji, Domova U Biřičky v Hradci Králové, kde jsem dříve pracovala na pozici vedoucí oddělení sociální péče. S ohledem na svoji pracovní pozici jsem často řešila mimo jiné různé problémy a snažila jsem se je řešit ke spokojenosti všech zúčastněných stran.

### **2.1 Formulace cíle výzkumu**

Hlavním výzkumným cílem bakalářské práce je zmapování problémového chování seniorů v pobytových službách a popis situací, které pracovníci považují za problémové.

Pro naplnění cíle mé bakalářské práce byly stanoveny dílčí cíle.

Tyto cíle jsou:

Dílčí cíl 1 - Popsat problémového chování a problémové situace seniorů v pobytových službách.

Dílčí cíl 2 – Popsat řešení uvedených problémových situací a chování seniorů v pobytových službách.

Dílčí cíl 3 – Zjistit, jak je využíváno individuální plánování a individuální přístup jednotlivých pracovníků ke klientům.

**Tabulka 1:** Transformační tabulka

<b>Hlavní cíl:</b> Zmapování problémového chování seniorů v pobytových službách a popis situací, které pracovníci považují za problémové.	
<b>Dílčí cíl výzkumu</b>	<b>Tazatelské otázky</b>
<b>Dílčí cíl 1</b> Popsat problémového chování a problémové situace seniorů v pobytových službách.	TO1 - Co považujete za problémové chování? TO2 - Co považujete za problémové situace? TO3 - S jakým problémovým chováním u klientů jste se setkal/a? TO4 - S jakými problémovými situacemi jste se setkal/a?
<b>Dílčí cíl 2</b> Popsat řešení uvedených problémových situací a chování seniorů v pobytových službách.	TO5 - Jak byly popsání situace řešeny? TO6 - Co bylo dle Vašeho názoru příčinou vzniku popsání situace? TO7 - Jak jste tyto situace řešili s jinými subjekty?

<p><b>Dílčí cíl 3</b></p> <p>Zjistit, jak je využíváno individuální plánování a individuální přístup jednotlivých pracovníků ke klientům.</p>	<p>TO8 - Jaké strategie a metodiky používáte při řešení problémových situací a problémového chování?</p> <p>TO9 - Kdy a jak mohou být informace ve spisu klienta (informace od rodiny, klienta, blízkého okolí,) užitečné při řešení?</p>
---	---



## 2.2 Výzkumná strategie

Cíl jsem zvolila z důvodu měnící se struktury klientů v pobytových službách a s tím spojenou psychickou zátěží pracovníků v těchto zařízeních. Výzkum bude vycházet z reálných zkušeností dotazovaných pracovníků pomocí kazuistik a polostrukturovaného rozhovoru. Tento způsob výzkumu jsem si zvolila z důvodu, že neočekávám seznam všech možných případů, se kterým se dotazovaní pracovníci setkají, ale popis situací, se kterými se setkali. Dotazování budou pracovníci v sociálních službách, zdravotní pracovníci a sociální pracovníci, kteří pracují se seniory v pobytových službách.

Pro svoji bakalářskou práci jsem zvolila kvalitativní způsob výzkumu, který nejlépe vystihuje definice významného metodologa Creswella: *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“* (Creswell, 1998 str. 12)

Kvalitativní přístup byl zvolen proto, abych získala komplexnější informace k danému tématu problémového chování a problémových situací seniorů v pobytových službách. Nevýhodou tohoto přístupu je časová náročnost sběru dat a také možné ovlivnění dotazovaných postojem výzkumníka. Při sběru dat byl kladen důraz na klidné a bezpečné prostřední a neutrální postoj při získávání a zpracování dat.

Další důvod pro zvolení kvalitativního přístupu byl ten, že cílem bakalářské práce není zmapování nejčastějšího problémového chování nebo situací u seniorů v pobytových službách, ale popis problémů, které pracovníci řeší a které mohou zatěžovat jak seniory, tak i pracovníky. Kvalitativní výzkum nabízí možnost nenumernického šetření a umožňuje jít do hloubky daného zkoumaného jevu a zároveň jeho začlenění do širšího kontextu. (Maňák, a další, 2005 stránky 55-56)

## 2.3 Technika sběru dat

Pro metodu výzkumu jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, který je nejčastější metodou při sběru dat v kvalitativním výzkumu. *„Vyžaduje dovednost, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění a disciplínu. Je obvykle třeba učinit řadu rozhodnutí ohledně*

*obsahu otázek, jejich formy i pořadí. Dále se musí uvážit možná délka rozhovoru.*“ (Hendl, 2005 str. 166)

Polostrukturovaný rozhovor mi umožnil klást otázky v libovolném pořadí, v případě potřeby zvolit různé doplňující otázky a také byla zajištěna plynulost konverzace. Rozhovor nebyl časově omezen a se souhlasem respondentů byl nahráván. Rozhovory probíhaly v domácím prostředí, byl zajištěn jejich nerušení průběh a respondenti byli ujištěni, že rozhovor je zcela anonymní a jejich jméno nebude zveřejněno, proto budou v této práci tito respondenti označováni čísly. Tento příslib zajistil větší otevřenost dotazovaných.

## **2.4 Jednotka zkoumání a jednotka zjišťování**

Jednotkou zkoumání jsou problémové situace a problémové chování seniorů v pobytových službách z pohledu pracovníků. Jednotku zjišťování představují pracovníci v sociálních službách, zdravotní pracovníci a sociální pracovníci. Pro výběr respondentů byla stanovena kritéria, která mi umožnila zapojení osob, které splňují kritériální výběr a odpovídají zvolenému tématu a cíli výzkumu. (Žižlavský, 2003 str. 115)

Prvním kritériem pro výběr jednotky byla práce v pobytovém zařízení pro seniory, zde nebyla stanovena hranice praxe, nicméně všichni dotazovaní pracovali v pobytovém zařízení déle než 1 rok. Dalším kritériem bylo vykonávání přímé péče o seniory, čímž byli vyloučeni pracovníci z ekonomického, stravovacího nebo technického odvětví. Posledním, nicméně zcela zásadním kritériem byla ochota zapojit se do výzkumu.

Celkem bylo realizováno 8 rozhovorů s pracovníky v sociálních službách, sociálními pracovníky, aktivizační pracovníci, zdravotní sestrou a vedoucím pracovníkem, při výběru respondentů jsem se snažila o co nejrozmanitější vzorek respondentů. V tabulce níže jsou uvedeni jednotliví respondenti včetně pracovního zařazení, věku a délky praxe v pobytovém zařízení. Věk ani délka praxe nebyly kritériem pro výběr, jsou zde uvedeny jako doplňující informace.

Většina respondentů byla zaměstnanci Domova U Biřičky, který se nachází ve Východních Čechách, v okrajové části Hradce Králové Nový Hradec Králové a je obklopena lesy a rybníky. Domov U Biřičky je příspěvkovou organizací Královéhradeckého kraje a jejím úkolem je provozování pobytových služeb sociální péče.

V Domově U Biřičky je poskytována péče klientům, kteří z důvodu oslabení věkem, zdraví nebo sociální situace potřebují celodenní péči, kterou nemohou zajistit příbuzní, přátelé nebo terénní sociální služby a nemohou zůstat v domácím prostředí. Kapacita tohoto zařízení je 340 klientů, kteří jsou ubytováni v jednolůžkových, dvoulůžkových a vícelůžkových pokojích. Domov U Biřičky poskytuje služby Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem.

**Tabulka 2: Přehled respondentů**

<b>Respondent</b>	<b>Pracovní zařazení</b>	<b>Věk</b>	<b>Délka praxe v pobytovém zařízení</b>
R1	Sociální pracovnice	35	8 let
R2	Zdravotní sestra	32	4 let
R3	Pracovník v sociálních službách	42	6 let
R4	Vedoucí sociálně zdravotní péče	34	2 roky
R5	Pracovník v sociálních službách	47	3 roky
R6	Pracovník v sociálních službách	54	3 roky
R7	Aktivizační pracovnice	35	10 let
R8	Pracovník v sociálních službách	55	11 let

## **2.5 Realizace výzkumu**

Rozhovory s informanty probíhaly v období od konce listopadu 2019 do začátku března 2020. V dubnu 2020 byly provedeny doplňující rozhovory u třech respondentů, tyto rozhovory se týkali virového onemocnění Covid-19 a byly zařazeny zejména z důvodu, že se v minulosti nikdo takto závažným problémem nezabýval. Před začátkem sběru dat byl proveden pilotní rozhovor, který potvrdil vhodnost výzkumných otázek. Dle zpětné vazby od respondenta byly otázky jasně formulované a bylo zcela porozuměno jejich významu.

Pro získání respondentů byla kontaktována bývalá kolegyně z Domova U Biřičky, která mi dále doporučila další kolegy, kteří byli osloveni se žádostí o poskytnutí rozhovoru pro závěrečnou práci. Účast přislíbilo 9 respondentů, ale 1 respondent se z časových důvodů omluvil.

Rozhovory probíhali v domácím prostředí respondentů nebo výzkumníka, jeden rozhovor byl na žádost respondenta realizován v restauraci. Průměrná délka rozhovoru byla okolo 30 minut. Výzkumu se účastnil pouze jeden muž, ostatní dotazované byly ženy. Přehled o pracovním zařazení, věku a délky praxe v pobytovém zařízení pro seniory je v tabulce 2.

## **2.6 Limity výzkumu**

Největší limit výzkumu spatřuji v nedostatku realizovaných rozhovorů, který způsobilo jak odmítnutí přislíbené spolupráce, tak z neochoty oslovených potencionálních respondentů podílet se na výzkumu. Jeden z respondentů byl limitovaný informací o nahrávání rozhovoru, i přes veškerá ubezpečení o tom, že nahrávka nebude zveřejněna a s nahráváním souhlasil, zůstal informant uzavřený, což se odrazilo na délce rozhovoru, který trval pouze 15 minut.

Výzkum jsem realizovala na základě vlastních zkušeností a jsem si vědoma, že moje představy a osobní zkušenosti se mohli projevit při celkovém vyhodnocování dat. K celkovému výzkumu i ke kladení doplňujících otázek jsem přistupovala zodpovědně, aby výsledek výzkumu odpovídal skutečnosti.

Po provedení rozhovorů a během zpracovávání výzkumné části se v celém světě rozšířila pandemie virového onemocnění, které mělo dopad na všechny obyvatele, ale zejména na seniory, kteří jsou touto nemocí velmi ovlivněni. Proto jsem se rozhodla rozšířit výzkumnou část o nově vzniklou situaci, se kterou se žádný z respondentů nesetkal. Z časových důvodů nebyli dotazováni všichni respondenti, ale pouze tři. Respondenti popsali obavy z rozšíření nemoci Covid-19 v domovech pro seniory, protože mají informace z jiných zařízení, které se s touto nákazou potýkají.

## **2.7 Etické aspekty výzkumu**

S provedeným výzkumem souvisí také etické otázky sběru dat. Respondenti, kteří byli do výzkumu zapojeni, souhlasili se způsobem získání a zpracování poskytnutých informací. Jak jsem již uvedla výše, všem respondentům byla zaručena anonymita. Účastníkům nebyly zatajovány žádné informace související s výzkumem a byli informováni o možnosti odvolání uděleného souhlasu.

*„Jen někteří lidé jsou ochotni sdělovat podrobnosti ze svého soukromí s vědomím, že budou zveřejněny. Proto je zachování soukromí důležitým požadavkem výzkumu. Pouhá anonymita není dokonalým řešením, protože např. místo výzkumu lze odhalit ze souvislostí.“* (Hendl, 2005 str. 155)

Jak Hendl dále uvádí, při rozhovoru jsou často vyjadřovány emočně citlivé záležitosti a nejde v něm jen o banální věci, ale otázky se dotýkají i citlivých věcí, jako je smrt, násilí nebo potíže v práci. Proto je potřebné vést podobný rozhovor, jako je terapeutický, což může zajistit uvolnění dotazovaného. Pro všechny účastníky znamená kvalitativní výzkum dlouhodobější osobní vztah při získávání množství potřebných údajů. Je ale také důležité neohrozit tělesné nebo psychické zdraví respondentů. (Hendl, 2005 stránky 155-157)

### 3 EMPIRICKÁ ČÁST

V této části závěrečné práce se zaměřím na zpracování získaných dat z provedených rozhovorů s respondenty. Jak bylo popsáno v předchozí kapitole, okruh dotazovaných respondentů zahrnoval celý pečující personál, konkrétně to byly respondenti pracující na pozici pracovník v sociálních službách, sociální pracovník, aktivizační pracovník, zdravotní sestra, vedoucí sociálně zdravotní péče a staniční sestra. Dílčí cíle budou rozděleny do jednotlivých kapitol, ve kterých budou shrnuty podstatné zjištěné informace, které vnímám jako podstatné pro daný cíl.

#### 3.1 Dílčí cíl 1: Popsat problémového chování a problémové situace seniorů v pobytových službách.

Pomocí tohoto cíle jsem se snažila zjistit, co pracovníci v pobytových službách považují za problémové chování a problémovou situaci. S ohledem na kvalitativní přístup nebylo primárním cílem pojmenovat všechna problémová chování a problémové situace, se kterými se setkali. Dotazovala jsem se jak na obecný popis, tak i na konkrétních problémů, se kterými se při své práci setkávají.

Prvním indikátorem je tedy problémové chování seniorů v pobytových službách. Někteří respondenti měli s popisem problém, R8 uvedla: „... *ono se říká problémové, ale ono to není problémové, on to třeba ten senior tak nevidí, tak jako já to tak nevidím. Neumím to vysvětlit...*“ Podobně zareagoval R6: „*Je to pro mě těžké, já s nikým problém nemám.*“ U těchto respondentů jsem se tedy zaměřila na důvod, proč je některé chování seniorů považováno za problémové. R6 naráží na systémové chyby, zejména na nedostatek zaměstnanců v sociálních službách, ale také nezájem ze strany rodiny. Podobně mi reagovala R8: „... *Třeba se dostane do domova pro seniory a teď v tomhle věku ten člověk potřebuje ty blízký a chová se tak jak se chová, ale jemu to nepřijde jako něco špatného, ale někomu to tak může připadat. Dostane se do cizího prostředí a teď se začne všeho děsit všeho, teď je slušnej a nebude každému nadávat, ale bude se chovat jinak. Nejhorší je pro ně nástup a doba té adaptace, to je strašně lituju. U některých je to lepší, ale nevěřím jim to, někdo to veme. Ta jejich nepohoda vyplývá z toho, co měli rádi, ztráta domova. Najednou se dostanou do luxusu, raději by ale byli v rozpadlém domečku. Tady mají opravdu luxus, ale oni o to nestojí. Navíc, když si nesedne se spolubydlícím. Další problém je, že většina z nich špatně vidí a skoro neslyší, pak mají problémy s komunikací. Nikdo nemůže být připravený na nástup do domova, je to tu hezký, je tu teplo, hezký prostředí,*

*jídlo mi přinesou až na pokoj, ale ta rodina hodně chybí. Jednou jsem četla článek, ve kterém starý člověk povídal rodině – vemte mě, mám nohy, i když špatný, ale když se o vás opřu, mám pocit, že můžu chodit. Takový hezký to bylo. Chybí jim tady to „svoje“ Někdo si zvykne a někdo ne, zažila jsem klientku, která se s nástupem nesmířila a raději umřela.“* Tato slova potvrzují velké emoční zatížení všech pracovníků v sociálních službách.

Další respondenti popisovali problémové chování seniorů v pobytových službách jako něco, co se vymyká běžnému chodu. R1 dále uvedla: *„Nedodržování domácího řádu, kouření na pokoji, krádeže peněz, napadání ostatních klientů verbálně i neverbálně, a to i personálu, arogantní chování vůči zaměstnancům – já si to tady platím.“* Z pohledu vedoucí zdravotně-sociální péče R4 je někdy problém banální, ale také může být závažné. *„Starí lidé mají své starosti a nálady jako každý jiný a jsou velice citlivý a zranitelní, proto se jim musí věnovat hodně péče. Problematické chování v sobě nese i spoustu záhudností, může za tím být skryta touha po pozornosti, ale může také hraničit s šikanou personálu, protože senior byl po celý život dominantní a potrpí si na to, aby bylo všechno podle něho.“*

R2, R3 a R5 ve své definici problémového chování zmínili agresivní chování klienta. Podle R2: *„Problémové chování v seniorském věku většinou souvisí s projevy demence, kdy jsou dezorientovaní, agresivní, mají tendenci utíkat.“* R3 mi během rozhovoru popsala svůj nejhorší zážitek z noční služby: *„... po příchodu na pokoj manželů M. jsem našla pana M. s nůžkami v ruce a opravdu jsem se bála, že na mě zaútočí. V tu chvíli by se ve mně krve nedořezal. Jediné, na co jsem se zmožila, bylo to, že jsem na něho vykřikla: „Dejte mi ty nůžky!“ Pan M. našťěstí poslechl a nůžky mi dal. Na otázku, co s nimi chtěl dělat mi nedokázal odpovědět.“* R3 ještě doplnila „nespolupráci klienta“, tento termín vysvětlila následovně: *„To je vždycky, když si klient dělá, co chce a neposlouchá.“* a zároveň mi sdělila příklad klienta, který měl dle nařízení lékaře zůstat na lůžku, protože měl zdravotní potíže. Klient byl ale velmi závislý na kouření, klid nedodržoval a neustále chodil kouřit a roznášel tak po oddělení infekční onemocnění. Neustále mu domlouvali, ale on doporučení nerespektoval. Několikrát dokonce personál zjistil, že si chtěl zapálit na pokoji v posteli. R5 k agresivnímu chování klientů doplnila také sexuální narážky klientů nebo dokonce osahávání. Zmínila, že ji toto v počátku práce se seniory zaskočilo a netušila, že mohou být ve vysokém věku stále sexuálně aktivní.

Dalším sledovaným indikátorem byly problémové situace. Z pohledu R4 se mohou senioři do problémové situace dostat v důsledku problémového chování. *„Může se jednat i o nedorozumění, v případě seniorů s demencí i blokace v komunikaci. Do problémových situací také dostávají senioři pečující personál, a to buď nepravdivým obviněním, nebo naopak*

*přemírou navázání se na konkrétního pečovatele nebo pečovatelku. “ Z jejího pohledu dochází ze strany klientů k přehnanému přetěžování klientů třeba z důvodu nudy. Někdy to dle tvrzení R1 a R5 pramení od rodiny, která své blízké nabádá, aby si na personál kdykoli zazvonili. Z pohledu R5 se rodiny snaží nahradit svoji nepřítomnost a vyžadují pro svoje blízké nadstandartní péči. Podobnou situaci popisuje i R8 následovně: „Několikrát se mi stalo, že mi klienti řekli, že si mě platí, ale na to jsem opravdu alergická. Já se snažím pro ty klienty dělat co jde, ale z nedostatku času toho moc nestihnu a pak mě taková slova zamrzí, přijde mi to líto a uráží mě to. “ Popsala mi také situaci, které se později zasmála, protože věděla, že to klientka nemyslela vážně. Klientka měla nevhodné prostěradlo, které přinesla rodina a neustále si stěžovala, že se jí shrnuje. R8 tedy klientce řekla, že ho vrátí rodině a poprosí o donesení jiného. Klientku to ale hodně rozčílilo a spustila, že si za všechno platí, tak to bude tak jak chce ona. Na závěr ještě dodala, že o ní ještě uslyší.*

Další problematickou situaci, kterou popsali R1, R2 a R8 je hromadění věcí. Pro R2 je tato situace spjata s případem, kdy u klientky se při úklidu nočního stolečku našlo velké množství léků, které odmítala užívat. Nechtěla si domýšlet, co by se stalo, pokud by si je vzala všechny najednou. V této souvislosti zmínila: *„Pořád se řeší práva klientů, ale pak to stejně odnesou sestry a pečovatelky. Tohle jsou paradoxy, my máme svoje povinnosti, které musíme plnit. Když klient něco odmítne, má na to právo, ale nás seřvou, že jsme to neudělali. Asi by se nad tím měl někdo zamyslet a ne se po nás pořád vozit. “* Hromadění věcí může být obtěžující pro okolí. R1 popsala situaci, kdy využili nepřítomnosti klientky v domově pro seniory a přistoupili k úklidu jejího pokoje, protože klientka nikdy nedovolila nikomu „hrabat“ se v jejích věcech. K úklidu pokoje a nahromaděných věcí přistoupili z důvodu obtěžujícího zápachu na pokoji a nedostatku místa. Klientka měla všude možně plno krabic a nikdo netušil, co v nich má. K jejich překvapení zde našli smradlavé plesnivé jídlo, špinavé prádlo, příbory, materiál na hygienu, za topením měla naskládané jednoporcové marmelády apod.

R3 popisuje problémovou situaci takto: *„My tomu říkáme spíš mimořádná situace, tak třeba opuštění oddělení u klienta, který není úplně orientovaný. Na jednu stranu se můžou pohybovat všude, ale na druhou stranu jsme za ně pořád odpovědní a když se něco stane, odnesou to vždycky pečovatelky. Taky řešíme hádky mezi klienty. “* Při popisu konkrétní situace zmínila kazuistiku klienta, který v nestřeženém okamžiku odešel z oddělení po schodech. Klient byl dle slov R3 zmatený a dezorientovaný a měl velké problémy při chůzi. Podobnou situaci popsal také R6: *„Nedostatkem pečovatelů jsou nejvíce ohroženi klienti během dopoledne, kdy je nejvíce práce, zejména koupání a s tím spojený úklid oddělení a výměna lůžkovin, potom nelze*



*zcela dohlížet nad pohybem klientů a někteří klienti z důvodu zmatenosti mohou bloudit a ohrozit se na zdraví a životě.*“ V souvislosti s tímto případem opět R6 zdůrazňoval nedostatek personálu, s tímto souhlasila i R3 a potvrdila, že během dopoledne jsou pečovatelé nejvíce vytížení. Podobnou situaci popisovala také R4, klient opustil oddělení během ranních hygien a byl nalezen v přilehlém parku. Zranění, které utrpěl nebylo naštěstí nijak vážné a v nemocnici mu ošetřili menší ránu na hlavě. Podle R3 je nedostatek personálu zásadní: *„Je nás prostě málo, když si vezmete, tak na 60 klientů nás třeba bývá jenom 5 a z toho maká jenom zlomek. Já pak z práce odcházím jako zpráskaný pes. A na noční tak občas jsme sami, to je už pak opravdu mazec. Strašně ráda bych měla na klienty víc času, ale nejde to. Máme tolik povinností, že už ani kolikrát nestíháme dělat všechno. Péče o klienty se tak scvrkla na jen tu základní péči – umýt, nakrmit, napít a udržovat v čistém prádle. A přitom by si všichni tak rádi povídali, tohle jim fakt chybí.“*

Z pohledu sociální pracovnice může i jeden klient narušit klid na celém oddělení, špatné zkušenosti má především s nízkopříjmovými klienty nebo s osobami bez příštěší. Neustále řeší nedostatek peněz, sociální návyky nebo jejich nespokojenost. *„Neustále řešíme, za co všechno platí, neváží si ani darovaných věcí. Například pan J. dostal od Ježíškových vnoučat mobil a rozčiloval se, že dostal strašný krám. Ví, že od rodiny nic nestane, ale je věčně nespokojený a nemá peníze, aby si to koupil sám.“* Zároveň se u těchto klientů řeší krádeže peněz nebo věcí, žebrání. Nespokojenost zmínila i R7, kdy se setkala se stížnostmi s podávanou stravou, podle některých klientů chutnají všechny omáčky stejně, nebo jim chybí jídla, na která byli zvyklí.

Nejhorší situaci, kterou při své práci zažil R6, bylo soužití manželského páru. Manžel byl zvyklý starat se o ženu a v péči pokračoval i v domově pro seniory. Pravděpodobně tak svojí neodbornou manipulací způsobil manželce zranění. R8 uvedla zase trochu kuriózní případ klientky, která se svlékala a vykonávala fyziologickou potřebu na chodbě.

Jak už jsem uvedla v kapitole 1.5.4 Nozokomiální nákazy, objevila se v průběhu výzkumu nová situace, která se dosud nevyskytla. V souvislosti s onemocněním Covid-19, které je vysoce nakažlivé a ohrožuje zejména seniory, jsem se dotazovala 3 respondentů na tuto konkrétní situaci. Na dotaz Jak vnímají současnou situaci odpověděla R1: *„Panuje u nás napjatá situace, nikdo si nedokáže úplně představit, jak se bude situace vyvíjet. Jsou připravené krizové plány, včetně celkového uzavření Domova U Biřičky, ale to je opravdu až to krajní řešení.“*, podobně reagovala i R5: *„Je to šílenství, jinak to nazvat nejde. Všichni se bojíme. Zavlečení koronaviru by znamenalo pro hodně klientů smrt. Všichni jsou nervózní, nevíme, co bude zítra. Každý den*

*se hodnotí situace a podle toho se přistupuje k dalším opatřením. Když sledujeme, jak se to šíří v jiných domovech, jde z toho hrůza.* “. Naopak R6 vnímá situaci jako součást své práce, přesto má obavy z toho, co by se stalo v případě, že by se virovou infekcí někdo z klientů nakazil.

### **Shrnutí dílčího cíle 1: Popsat problémového chování a problémové situace seniorů v pobytových službách.**

Tento dílčí cíl byl zaměřen na popis problémového chování a problémových situací. Respondentů jsem se dotazovala nejen na konkrétní problémy, se kterých se během svojí praxe setkali, ale také jsem chtěla znát jejich pohled na to, co pro obecně problémové chování a problémové situace znamenají. Právě s tímto obecným popisem měli někteří respondenti problém, ale obecně lze tvrdit, že se jedná o něco nestandardního nebo mimořádného.

Zajímavý je pohled jednotlivých respondentů na problémové chování a problémové situace. To, co jeden za problém považuje, druhý přejde jako běžnou věc a součást svojí práce.

V současné době se všichni zaměstnanci soustředí na to, aby se zabránilo případné velmi závažné situaci, a to zavlečení a šíření virové nákazy v pobytových zařízeních. S ohledem na skutečnost, že senioři jsou nejrizikovější skupinou osob, u kterých je velká úmrtnost, jsou obavy oprávněné.

### **3.2 Dílčí cíl 2: Popsat řešení uvedených problémových situací a chování seniorů v pobytových službách.**

Pomocí tohoto cíle jsem zjišťovala, jakým způsobem jsou řešeny problémové situace a problémové chování u seniorů.

Respondenti se shodli, že vzniklé problémy je třeba řešit okamžitě a individuálně. R4 uvedla: *„Řešení problémů je individuální, nejdříve to samozřejmě řešíme přímo s klientem, promluvíme si s ním, domluvíme mu a snažíme se najít takové řešení, které bude dobré pro nás všechny. Pokud to je větší problém, jako je třeba problémové soužití, svoláme multidisciplinární tým a domluvíme se na dalším postupu, při větších a neustálých problémech dochází na stěhování.“* Podobně se vyjádřil i R6: *„Řeším to v nejlepším zájmu klienta, konkrétně klienta uklidním,*

*domluví mu nebo to řeším v maximálním klidu, tak abych zachoval pohodu a důstojnost klienta, aby se dostal do klidu a pohody a situace se vyřešila. “*

R6 dále sdělil, že se u svých spolupracovníků bohužel občas setkává s přístupem, který mu vadí. Byl svědkem situace, kdy jeho kolega rozrazil dveře do pokoje a na klienta zakřičel „Co tady děláte?“ Následovala odpověď klienta „Jděte do prdele, nic ti do toho není, nechte mě být“. Dle R6 dokáže empatický přístup a pochopení dělat zázraky. V tomto případě mě také zajímalo, jak řešil vzniklou situaci s kolegou a získala jsem tuto odpověď: „*Nesnáším, když někdo na klienty křičí, upozorním ho na nevhodné chování a řeším to s ním. Pokud se to opakuje, upozorním na nevhodné chování nadřízeného, takovýhle lidi tam nemají co dělat.*“ Podobnou zkušenost bohužel zmínila i R5: „*Řešila jsem třeba dušení klientky a kolegyně tam stála a koukala, musela jsem to rychle vyřešit a zavolala jsem zdravotní sestru, která zavolala RZ a klientka byla hospitalizována. Pochybení kolegyně jsem řešila jenom v kolektivu, věřím, že si to vzala k srdci.*“ Problémy u klientů řeší sama, pokud by to nezvládla, nahlásila by to vedoucí oddělení.

Podrobný popis řešení závažnějších problémů popisovala vedoucí zdravotně-sociální péče R4: „*Pokud to je větší problém, jako je třeba problémové soužití, svoláme multidisciplinární tým a domluvíme se na dalším postupu, při větších a neustálých problémech dochází na stěhování. Měli jsme na oddělení ale zhruba 3 klienty, se kterými soužití bylo téměř nemožné, ale na jednolůžkový pokoj neměli dostatečný příjem. Vybírat k nim vhodné klienty byl téměř nadlidský výkon. Většinou to musel být klient, který se nepohyboval a téměř nevnímal, také rodina musela být „v pohodě“. Všichni 3 klienti byli ve svém životě dominantní a terorizovali rodinu, po umístění do DD se od nich rodina odvrátila a na návštěvy nechodila, prostě je opustili.*“ Podobné řešení popisuje i R1, která mimo multidisciplinárního týmu uvádí i spolupráci s rodinou, se sociálními pracovníci městského úřadu nebo azylovým domem. Přesto ve své praxi zažila jeden případ, kdy se situace vyřešila výpovědí smlouvy o poskytování sociální péče. „*Toto jsem zažila jednou právě u bezdomovce – verbálně agresivní, vybíral vajgly, byl hnusný na personál, žebrol o peníze. Tenkrát se to řešilo vytýkacími dopisy, řešilo se to s magistrátem města, nakonec skončil v azylovém době, protože nebyl schopen se přizpůsobit pravidlům. Takový lidé nejsou schopni se přizpůsobit, měli by mít svoje vlastní zařízení. Žijí si na ulici po svém, soužití s běžnou populací nedělá to dobrotu.*“

Aby chod oddělení fungoval co nejlépe, je nutná spolupráce všech pracovníků v domově pro seniory, především pracovníků v sociálních službách, zdravotním personálem a sociálních pracovníků, zdůrazňuje R1. „*Bývá problém ve spolupráci se zdravotním personálem – diabetik*

*si dovolil dát sladkou snídani a ještě si dovolil objednat k obědu sladké koblihy a zdravotní sestra ho seřvala na chodbě. Tohle chování není opravdu v pořádku a už vůbec ne z pohledu sociální pracovníce.“ O úzké spolupráci pracovníků v sociálních službách a zdravotního personálu mluvili respondenti zejména při řešení zdravotního stavu. „Péči o agresivního klienta řeším péčí ve dvou a hlásím to zdravotnímu personálu. Pán neslyší vůbec je po CMP, ukazuju mu, že jdu dělat hygienu, snažím se mít přátelský výraz, ale někdy má období, kdy je hodně agresivní. Přijde mi, že to špatnou medikací, ale nejsem odborník, abych to mohla tvrdit určitě. Bývá to i u jiných klientů, mají dny, kdy jsou v pohodě a pak se dočasně jejich chování změní.“ uvedla R8.*

Z pohledu zdravotní sestry jako R2 je také důležitá spolupráce s pracovníky v sociálních službách zejména z důvodu, že jedna zdravotní sestra má často na starosti celé oddělení, tj. okolo 60-ti klientů. Zároveň je zatěžuje obrovská administrativa spojená se zdravotní péčí. Vzhledem k tomu, že například dezorientace je spojená s nedostatečnou hydratací, je třeba dohlédnout na zvýšení pitného režimu. Naopak R3 toto řešení se svého pohledu nevidí jako ideální. Dezorientovaného klienta nutili hodně pít. „*To nám zase nadával, že pít už nechce. Už ani pivo, které měl tak rád, nezabíralo. Stejně se čas od času sebral a šel pryč.*“ Z pohledu R3 zvýšení pitného režimu je pouze dočasné řešení: „*Na chvíli to sice pomohlo, ale ty lidi jsou prostě staří a demenční. Vždycky se snažíme, aby byli všichni napití, ale oni pít nechtějí. Sice se jim snažíme střídat čaj a šťávu, nebo jim něco nosí rodiny, ale oni to stejně nechtějí. Pořád se nám opakuje, že jsou tady jako doma, ale doma by tolik nepili. Nejvíce by asi pomohlo rozšíření DZR, takhle jsme jednou nohou v kriminálu, že neuhlídáme klienty.*“

Respondenti zmiňovali agresivitu u některých klientů. R7 popsala způsob řešení agresivity u klientky takto: „*U klientky, která mě napadla jsem to řešila tak, že ruku jsem jí držela tak, aby mi nevytrhala vlasy a zavolala jsem si na pomoc kolegyni, která byla ve vedlejší pokoji. Byla to taková složitá situace, protože jsem měla v jedné ruce jídlo a druhou jsem se bránila. Klientka po nás plivala, mlátila nás. Vzniklo to tak, že jsem se k ní nahnula, abych jí sdělila, že mám pro ni jídlo a ona byla agresivní. Na některé byla agresivní i když je jen slyšela.*“ Podobný způsob řešení agresivního chování u klientů má i R8, ale jak uvádí, někdy ani tohle bohužel neplatí: „*Péči o agresivního klienta řeším péčí ve dvou a hlásím to zdravotnímu personálu. Pán neslyší vůbec je po CMP, ukazuju mu, že jdu dělat hygienu, snažím se mít přátelský výraz, ale někdy má období, kdy je hodně agresivní. Přijde mi, že to špatnou medikací, ale nejsem odborník, abych to mohla tvrdit určitě. Bývá to i u jiných klientů, mají dny, kdy jsou v pohodě a pak se dočasně jejich chování změní.*“ R2 řešila agresivitu klientky s rodinou, „*právě oni nás*

*upozornili na to, že lépe reaguje na muže. Taky jsme zjistili, že pracovala celý život jako vrchní sestra, takže proto nás všechny neustále tak komanduje, to je chování, které se prostě nezmění a musíte se s ním smířit. Informace je taky důležité si předávat mezi sebou. U problémů je důležité jim spíše předcházet. Je to jednodušší a příjemnější, než je potom řešit. Nikdy není moc příjemné domlouvat klientovi, který je ve věku Vašeho prarodiče a asi i pro ně to není příjemné. Jednou jsem se hrozně smála, když sociálka domlouvala klientce a po jejím odchodu slyším od klientky – „Čůza jedna, ta mi bude říkat, co mám dělat!“ Přitom jí všechno odkývala.“*

Jak jsem již uvedla v předchozí kapitole, jedna z respondentek R3 zmínila pokus klienta o napadení nůžkami, které se odehrálo v nočních hodinách. V této době je na oddělení jedna nebo dvě pečovatelky a mohou tak být během noční služby ohroženy. Řešení tohoto chování bylo dle R3 složité, protože přemístění klienta konkrétně do domova se zvláštním režimem nepřicházelo v úvahu. S tímto řešením nesouhlasil zejména praktický lékař, protože neexistovalo dostatek důkazů o tom, že by se u klienta rozvíjela demence, nebo trpěl psychickými problémy. Do Domova U Biřičky dochází psychiatricka pouze jednou měsíčně, což je dle R3 nedostačující. V tomto případě byly alespoň z dosahu klienta odstraněny veškeré ostré předměty a noční kontroly na pokoji klienta probíhaly pouze ve dvou. Jak ale R3 uvedla, měla od té doby při noční službě špatný pocit.

Dotazovaní pracovníci v sociálních službách se shodli, že problémové chování nebo problémové situace u klientů neřeší s rodinami. Jak sdělila R5: *„Když mají rodiny problém, řeší to většinou se sociální pracovníci nebo vedoucí, se mnou nic rodiny neřeší.“* Jak sociální pracovnice R1 i vedoucí zdravotně-sociální péče zmínili úzkou spolupráci při řešení problémů, často jsou pro ně informace o klientovi důležité, tímto se budu dále zabývat v následující kapitole.

Respondenti R6, R7 i R8 shodně uvedli, že někdy nezbyvá, než klientovi klidně a neustále vše vysvětlovat nebo mu domlouvat. R6 uvedl: *„Klient použil holicí strojek svého spolubydlicího bez jeho svolení, klientovi jsem domluvil, že to nesmí, že se musí zeptat, jestli si může holicí strojek půjčit.“* Podobně situaci ohledně podávané stravy řešila také R7: *„Klidným hlasem jsem klientovi sdělila, že stravu neovlivním, ale můžu mu přinést knihu přání a stížností a navrhla jsem jim řešení tohoto problému na setkání s klienty. Sice se rozčilovali, ale nikdy knihu donést nechtěli a nabízela jsem jim i pomoc se zapsáním stížnosti, ale vždycky to odmítli. Důvod mi nesdělili. Později už si nestěžovali, prostě rezignovali.“* a stejně postupuje při řešení také R8, která uvedla: *„Pokud by nedošlo ke změně, tak bych to prostě pořád do nekonečna budu vysvětlovat. Chápu, že zvoní, když jim něco spadne, nebo potřebují něco co nezvládnou, tak je*

*to normální. Když nadávají, taky to dokážu pochopit, taky nemám pokaždé dobrou náladu, ale když zvoní 50x za den, tak to už jim vysvětlujeme... “*

Podle R8 se klienti občas nudí, proto je aktivizace potřebná, nebo spíš nutná. Jak sama uvádí, snaží se pro klienty dělat vše, co je v jejich silách, přesto to někdy prostě nestačí a musí přijít jiná opatření. Toto se stalo i v nedávné době: *„Nedávno jsme řešili chování klientky, která se svlékala, vykonávala potřebu na chodbě, dávala inko pomůcky na topení, pořád nám utíkala. Posadili jsme ji k televizi, otočím se a najednou byla pryč. Vyřešilo se to tak, že byla umístěna na domov se zvláštním režimem, kde je nyní spokojená.“* Některé problémy se ale vyřeší pouze přirozenou cestou, úmrtím klienta, jak uvedla R1.

V reakci na současnou situaci se provádějí různá opatření proti zavlečení a šíření virové nákazy Covid-19, tři respondenti byli dodatečně dotazováni na opatření, která jsou nyní připravovaná v Domově U Biřičky. R6 na dotaz Jaká opatření byla přijata, aby se zabránilo šíření virového onemocnění odpověděl: *„Tak první opatření bylo uzavření domova a postupně se dělala další opatření – zvýšená dezinfekce, změna režimu předávání jídel z kuchyně na oddělení, měření teploty. Nosíme roušky, abychom klienty náhodou nenakazili. Jsme také připraveni na úplné uzavření s tím, že zaměstnanci, kteří se dobrovolně přihlásili, tady budou neustále a nebudou moci opustit zařízení. Myslím, že všichni zaměstnanci znají riziko spojené se zavlečením nákazy do Domova a dělají maximum, aby tomu předešli.“*, podobně se vyjádřili i zbývající dva respondenti. Zde uvádím odpověď R1: *„V současné době je důležitá prevence, všichni zaměstnanci nosí roušky a při příchodu a odchodu se měří teplota. Šijeme si také vlastní bavlněné roušky, protože ty jednorázové rychle mizí. Domov je pro návštěvy uzavřen, příbuzní také nemohou nosit balíčky. Všechno, co klienti nutně potřebují jim koupíme. Máme také vyhrazené pokoje pro nakažené koronavirem, kde budou zcela odděleni od ostatních klientů. Plánuje se také stěhování klientů z 5.NP a jejich pokoje by měli v případě uzavření sloužit jako pokoje pro zaměstnance. Všichni mají obavy a přistupují s opatřením zodpovědně, zavlečení nákazy by mělo značné následky.“*

## **Shrnutí dílčího cíle 2: Popsat řešení uvedených problémových situací a chování seniorů v pobytových službách.**

Respondenti během rozhovoru uvedli velmi zajímavé příběhy a popsali také, jakým způsobem jednotlivé problémy s klienty řešili. Z dotazování vyplývá, že nelze jednoznačně určit postup, kterým by se mohli řídit i ostatní pracovníci, někdy pomůže klidný přístup, jindy je třeba

direktivní přístup. Často byla zdůrazňována spolupráce mezi pracovníky pobytového zařízení, ale také s rodinou a dalšími subjekty jako jsou lékaři specialisté a sociální pracovníci městských úřadů. Doplňující rozhovory byly zaměřené na opatření proti šíření nákazy koronaviru v pobytovém zařízení. Z provedených rozhovorů vyplývá, že všichni doufají, že se podaří této nákaze zabránit. Odpověď na otázku, zda jsou tato opatření dostatečná ale ukáže až čas.

### **3.3 Dílčí cíl 3: Zjistit, jak je využíváno individuální plánování a individuální přístup jednotlivých pracovníků ke klientům.**

Pomocí posledního dílčího cíle jsem chtěla zjistit, jak je pro pracovníky v pobytovém zařízení důležitý individuální přístup a individuální plánování. V této kapitole jsou zpracovány informace získané z rozhovorů a studií dokumentace o individuálním plánování Domovo U Biřičky v Hradci Králové.

Jak jsem již uvedla v předchozí kapitole, respondenti zmiňovali, že přístup k problémové situaci nebo problémovému chování seniora v pobytových službách řeší většinou individuálně. Jak zmínila R7: *„Situace řeším tak, jak to cítím.“* Dotazovaní respondenti se neřídí žádnými metodikami, ani není v rámci pobytového zařízení žádná metodika nebo doporučený postup vytvořen. Jako důkaz uvádím informace R2: *„Vyloženě se neřídím nějakými metodikami, ale řeším to podle okolností. Někdy je potřeba klidný přístup, někdy musím být důrazná. Ono to pak vypadá, že toho člověka nemám ráda, ale když někteří jinak neposlechnou.“* Klidný přístup ke klientovi zmiňuje i R8 a R6, který uvedl, že z jeho pohledu může empatie a pochopení dělat zázraky.

Z pohledu R4 je také nutný individuální přístup ke klientovi a spolupráce v rámci oddělení, nebo s dalšími subjekty nejen v rámci pobytového zařízení: *„Vždy je potřeba problém řešit okamžitě, individuálně a s ohledem na klienta, to je základ. Důstojnost klientů musí být vždy zachována, takže vše řešíme bez přítomnosti jiných osob, informace o klientech nesdělujeme jiným osobám. V tomto případě jsou velmi důležité záznamy klienta v interním programu, abychom mohli s klientem pracovat. Někdy stačí domluva, jindy zvýšená hydratace, někdy aktivizace. Problémy neřeší jeden člověk, ale podílí se na něm celé oddělení, případně další zaměstnanci.“* O spolupráci mluví také R1, která uvedla, že využívá porady oddělení i multidisciplinární týmy jako nástroj pro řešení vzniklé situace.

Aby bylo řešení problémových situací nebo problémového chování je důležité předávání informací, pro které v Domově U Biřičky využívají Cygnus 2, do kterého jsou zaznamenávány informace o klientovi, z důvodu nedostatku času pracovníci v sociálních službách zapisují opravdu jen ty nejdůležitější informace: „Do dokumentace píšu jenom to nejdůležitější, pokud je to jen občas, tak to nepíšu. Na zapisování bohužel nemám moc času. Já jsem vstřícná a mám svoji hranici, každý jsme jiný, někdo řeší každou kravinu, někdo nemá žádný problém.“ R5 dále uvedla „U mě je velký rozdíl s prací s klienty, první rok jsem byla mimo, nyní jsem se naučila jak ke klientům přistupovat a stačí mi teď přečíst jednou a pak kontakt s klientem a s rodinou, doptávám se na to co má rád, co třeba jedl. Oni mají rádi zájem a potom tam je zpětná vazba v přístupu. Klient se nám pak lépe otevře.“ Důležitost informací o klientovi zmiňuje i R8: „Informace o novém klientovi jsou pro mě hodně důležité, jestli si umí sednou, co zvládne a co ne. Někdy se ty informace sice neshodují, ale průběžně si to vyladujeme. Když o tom člověku nic nevíš, tak ho můžeš urazit a nemusím se ho pořád ptát. Od sociální pracovnice dostáváme s nástupem klienta prvotní plán péče, kde jsou základní informace od klienta i od rodiny.“

Již v předchozí kapitole jsem uvedla názor R8, která uvedla, že období adaptace bývá pro klienta nejnáročnějším obdobím a i přesto, že se pracovníci snaží pro klienta udělat vše, co je v jejich silách, nemusí to být dostačující. R1 i R4 shodně uvádějí, že je důležité pracovat s dostupnými informacemi již před nástupem klienta do pobytového zařízení, R4 dokonce měla snahu prosadit „kufřík plný vzpomínek: „Jednání se zájemcem o službu by se rozšířilo o informace o klientovi – povolání, rodina, zvyklosti. Bohužel toto je možné v menším zařízení a s více pečovateli. Často se obracíme na rodinu, abychom s ní probrali chování klienta, zejména v období adaptace. Potřebujeme vždy zmapovat, zda je chování klienta obvyklé, nebo neobvyklé a poté může přistoupit na další řešení. Tyto informace nám jsou užitečné také v případě, že klient přestane jíst, občas i rodinu prosíme, aby přinesla domácí jídlo, na které je klient zvyklý, ne každému chutná nutridrink a také je tento doplněk stravy velmi nákladný.“

Překvapilo mě, že o individuálním plánování se zmínil pouze R6 a to i přesto, že tato povinnost vyplývá ze zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách. R6 to vysvětlil takto: „Informace jsou důležité zejména pro nového zaměstnance, myslím si, že individuální plány moc lidí nečte, spíš se informace předávají při zaškolování a praxi. Já už všechny klienty znám osobně a už vím, co a jak. U nových klientů jsou důležité prvotní plány péče, které nám dávají sociální pracovnice při nástupu klienta, tak se najde hodně věcí, ale zbytek si musím s klientem nastavit sám a domlouvat se s ním a pozorovat.“



Individuální plánování péče o klienta je v Domově U Biřičky součástí vnitřních, dle R1. *„Účelem individuálního plánování průběhu sociálních služeb je zajistit jejich poskytování v souladu s předem vyjednanými individuálními požadavky a osobními cíli a očekáváním klienta ve vztahu k sociální službě tak, aby přispívaly k řešení jeho nepříznivé sociální situace. Tento systematický proces spočívá v zapojení klienta do plánování způsobu a formy poskytování sociálních služeb, pokud to jeho stav umožňuje.“*

Dle R1 individuální plánování začíná ještě před nástupem klienta do zařízení a získávají se základní informace o potřebách klienta prostřednictvím sociální šetření u žadatele o službu, dále v den nástupu klienta do Domova U Biřičky zpracovává sociální pracovnice prvotní plán péče, se kterým seznámí pracovníky daného oddělení. Z pohledu R5 jsou tyto informace důležité a pokud jí informace nejsou předány ústně, zjišťuje je ze zmiňovaného programu Cygnus 2, kde jsou uloženy: *„Nejvíce času mám při noční, kdy se nejvíce zajímám o nové nástupy, tyto informace mi dost pomáhají.“*

Respondenti zmiňovali multidisciplinární tým jako jeden z nástrojů řešení problémového chování nebo problémových situací, stává se také nástrojem prevence, kdy po období adaptace svolává sociální pracovnice multidisciplinární tým, aby společně zhodnotili období adaptace a mohli společně stanovit individuální plán klienta, ve kterém se zohlední také přání klienta. Dle R1 tento tým tvoří klient, klíčový pracovník, sociální pracovník, vedoucí oddělení sociálně-zdravotní péče o klienta, aktivizační pracovník, v případě zájmu osoba blízká, zmocněnec, zákonný zástupce klienta, v případě potřeby je možné přizvat další osoby např. nutriční terapeutka, fyzioterapeutka, vedoucí útvaru sociální práce a vzdělávání, lékař, kterého zve sociální pracovnice.

Na základě informací získaných R4 v období adaptace a ve spolupráce s pracovníky v sociálních službách sestaví sociální pracovnice individuální plán péče, *“Součástí plánu péče jsou také Přání a potřeby klienta. Zaznamenány jsou přání a potřeby např.: oslovování, tykání, hygiena opačným pohlavím, klíče od pokoje, noční kontroly, preferovaná strava, otevřené/zavřené dveře, vybavení pokoje atd.“*

Aby byly informace obsažené v individuálním plánu péče, je třeba zajistit jeho pravidelné přehodnocení. R4 uvedla, že pravidelně dochází k průběžnému hodnocení potřeb a přání klienta, zpravidla 1x měsíčně. Toto má na starosti klíčový pracovník a provádí ho na základě rozhovoru nebo pozorování. Pokud dojde k výrazné změně, která má vliv na rozsah

poskytované péče a nejedná se o krátkodobou změnu, je plán aktualizován ještě před průběžným zhodnocením plánu péče, která probíhá 1x za 9 měsíců.

Do dokumentace klienta jsou oprávněny nahlížet tyto osoby: klient, klíčový pracovník, zákonný zástupce klienta (např. opatrovník, zmocněnec), sociální pracovník, vedoucí útvaru sociální práce a vzdělávání, vedoucí oddělení sociálně-zdravotní péče, vedoucí útvaru sociálně-zdravotní péče, další pracovníci oddělení a organizace, kteří klientovi poskytují službu, další osoby určené klientem.

Jak ale uvedl R6 výše, individuální plány péče pracovníci na oddělení moc nečtou. Podle něho noví pracovníci získávají informace o klientovi nejvíce během zaškolování nebo praxí.

### **Shrnutí dílčího cíle 3: Zjistit, jak je využíváno individuální plánování a individuální přístup jednotlivých pracovníků ke klientům.**

Cílem tohoto dílčího cíle bylo zjistit, jakým způsobem pracovníky využívají informace z individuálních plánů a zda je důležitý individuální přístup ke klientům. Dotazovaní pracovníci se shodli na tom, že informace o klientovi jsou pro ně velmi důležité a pomáhají jim při své práci, zmínili také, že někdy je předávání informací o klientovi problematické a nemají dostatek prostoru na studium individuálních plánů. Individuální plány jsou důležité zejména pro nové pracovníky, ale vzhledem k tomu, že na oddělení je celkem okolo 60 klientů, je téměř nadlidský úkon i pro nové zaměstnance se s individuálními plány seznámit.

Ohledně individuálního přístupu respondenti uvedli, že k řešení vzniklého problému je třeba přistupovat individuálně a k jeho řešení je potřeba přistupovat co nejdříve. Respondenti tedy při řešení nevyužívají speciální metody, ale řeší to tak, jak to v dané chvíli cítí. V případě, že problém přesahuje jejich možnosti, obrací se s žádostí o pomoc na ostatní spolupracovníky nebo další subjekty. Respondenti zdůrazňovali, že spolupráce mezi pracovníky pobytového zařízení jsou velmi důležité.

## 4 Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala zmapováním problémového chování a problémových situací u seniorů v pobytových službách. Cílem bylo získat pohled pracovníků v přímé péči na danou problematiku a zjistit jakým způsobem byly problémové situace a problémové chování řešeno. Tento cíl byl splněn bezesbytku.

Během výzkumného šetření pomocí polostrukturovaného rozhovoru byli osloveni sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách i zdravotní personál v pobytových zařízeních v královéhradeckém kraji, většina provedených rozhovorů byla provedena se zaměstnanci největšího poskytovatele sociálních služeb v Domově U Biřičky v Hradci Králové. Odpovědi na položené otázky se vzájemně prolínaly, často se v pohledu na položené otázky shodovaly. Respondenti reflektovaly svoje zkušenosti s prací se seniory v pobytových službách, popisovali problémové chování a problémové situace, které z jejich pohledu byly výrazné, nebo které řešily v poslední době, včetně jejich řešení.

V teoretické části jsem se také zaměřila na nemoci, které chování člověka mohou ovlivnit. Vzhledem k tomu, že se jedná většinou o lékařské diagnózy, se kterým detailně nejsou sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách seznámeni, nelze vytvářet závěry, které by spojovaly problémové chování seniora s jeho nemocí. O této spojitosti se můžeme pouze domnívat. Výše zmínění pracovníci však problémové chování musí průběžně řešit a zde je důležitá spolupráce se zdravotním personálem, který má možnost posoudit situaci ze zdravotního hlediska.

Empirická část bakalářské práce se zaměřila na zmapování problémového chování a problémových situací seniorů v pobytových službách. Výsledky výzkumu se výrazně neliší se závěrem teoretické části. Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že všichni dotazovaní při své práci problémy řeší a berou je jako součást svojí práce. Největší přínos ve výzkumném šetření vidím zejména v tom, že dotazovaní pracovníci se snaží získávat o klientech informace, které jim pomohou předcházet problémovým situacím a snaží se pro klienty udělat maximum, aby byli spokojeni. Zejména pracovníci v sociálních službách jsou vystavováni nejen zvýšené fyzické námaze, ale také velké psychické zátěži, přesto jedna dotazovaná se dokonce cítila, jako že na klienty během rozhovoru žaluje a přišlo jí to líto.

Popsané problémové chování v teoretické části zaznělo v provedených rozhovorech. Respondenti zmínili agresivitu, sexualitu i bloudění. Pouze halucinace a bludy nebyly popsány

tak, jak jsou uvedeny autorkami Hauke a Venglářovou. Senioři jsou spíše popisováni jako osoby neorientované zejména časem a prostorem.

Z problémových situací jsou v odborné literatuře nejčastěji uvedeny bariéry v komunikaci, nespolečnosti ze strany klienta a rodina. Po rozšíření nákazy Covid-19 a její dopad na domovy pro seniory jsem teoretickou část rozšířila také o nozokomiální nákazy. Dosud různá infekční omezení nebyla vnímána jako zásadní problém, ale šíření nákazy koronaviru má zásadní vliv na komfort klientů i pracovníků v domovech pro seniory. V základních rozhovorech proto nikdo z dotazovaných nezmínil, že by tato situace byla vnímána jako problémová. Doposud zmiňovali nekontrolované odchody klientů, kteří vykazovali známky zmatenosti a odmítání péče. Rodina je dotazovanými pracovníky vnímána spíše jako partner, který dokáže pomoci při řešení problémové situace.

Podobným výzkumem se zabývala Mgr. Marcela Hauke s kolektivem a pospala ho v knize *Když do života vstoupí demence*. Výzkum byl zaměřen na problematiku péče o osobu s demencí v domácím prostředí a probíhal v období od ledna do března 2016. Autorky oslovili 173 respondentů z 62 organizací. Pracovníci domácí péče řeší podobné, jako pracovníci v pobytovém zařízení. Tyto výsledky však nelze porovnávat z důvodu jak zaměření na domácí péči, tak z důvodu jiného výzkumného způsobu. Výzkum probíhal kvantitativním způsobem pomocí dotazníkového šetření. Nicméně nejen já, ale také respondenti se ztotožňují se závěrem, že je nezbytná spolupráce zdravotní a sociální péče.

Závěrem mohu říct, že senioři v pobytových službách si zaslouží maximální péči a empatický přístup, který povede k co nejkvalitnějšímu závěru jejich života. Vždy jsem se řídila heslem „Jak chcete, aby lidé jednali s vámi, tak jednejte vy s nimi“ a doufám, že tímto heslem se budou řídit všichni pracovníci v sociálních službách.

Na závěr jednoho z rozhovorů mě nejvíce respondentka překvapila pocitem, že jsme mluvili jen o negativních věcech, proto rozhovor zakončila tím, že se se mnou podělila o krásné okamžiky, kvůli kterým má svoji práci tak ráda. A to je asi to nejdůležitější, problémy budou přetrvávat stále, ale ty kladné věci by je nikdy neměly zastínit.

## Seznam použité literatury

**Bartoš, Aleš a Řípková, Daniela. 2012.** Vaskulární demence a vaskulární kognitivní porucha. *Neurologie pro praxi*. 13 2012, stránky 72-77.

**Buijsen, Huub. 2006.** *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.

**Creswell, John W. 1998.** *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks, Calif. : Sage Publications, 1998. ISBN 9780761901433.

**Čevela, Rostislav. 2012.** *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha : Grada Publishing a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

**Čevela, Rostislav, Kalvach, Zdeněk a Čeledová, Libuše. 2012.** *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha : Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4.

**Dvořáčková, Dagmar. 2012.** *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha : Grada, 2012. str. 9. ISBN 978-80-247-4138-3.

**Ehler, Edvard, a další. 2011.** Komplikace ischemické cévní mozkové příhody. *Neurologie pro praxi*. 12 2011.

**Haškovcová, Helena. 2002.** *České ošetřovatelství: praktická příručka pro sestry*. Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. ISBN 80-7013-363-5.

—. **2010.** *Fenomén stáří*. Praha : Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

—. **2012.** *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. Praha : Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

**Hauke, Marcela a kolektiv. 2017.** *Když do života vstoupí demence*. Tábor : Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3.

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

**Hendl, Jan. 2005.** *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

**Holmerová, Iva, a další. 2007.** *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha : EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.

**Hradecká, Lenka. 2019.** Zdravotnictví a medicína. [Online] 12. 11 2019. <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/vaskularni-demence-458229>.

**Chval, Josef. 2018.** Nejčastější příčiny neklidu na somatickém oddělení. *Psychiatria pre prax.* 4 2018, stránky 166-168.

**Jiráček, Roman, Holmerová, Iva a Borzová, Claudia. 2009.** *Demence a jiné paměti: komunikace a každodenní péče.* Praha : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

**Kalábová, Martina. 2017.** *Rody pro komunikaci.* Ostrava : Printo spol. s r.o., 2017. str. 38. ISBN 978-80-87953-19-8.

**Kalita, Zbyněk. 2010.** *Akutní cévní mozkové příhody: příručka pro osoby ohrožené cévní mozkovou příhodou, jejich rodinné příslušníky a známé.* Praha : Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2093-0.

**Kalvach, Zdeněk, a další. 2004.** *Geriatric a gerontologie.* Praha : Grada Publishing a.s., 2004. ISBN 8024770385.

**Koukolík, František a Jiráček, Roman. 1998.** *Alzheimerova nemoc a další demence.* Praha : Grada Publishing a.s., 1998. ISBN 80-7169-615-3.

**Kubík, Jiří. 2019.** Seznam zprávy. [Online] 20. 11 2019. <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/svedectvi-z-domova-senioru-kolegyne-rikaly-at-jsem-zticha-jinak-mi-zlomi-vaz-83162>.

**Kučerová, Helena. 2006.** *Demence v kazuistikách.* Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1491-4.

**Maďar, Rastislav, Podstatová, Renata a Řehořová, Jarmila. 2006.** *Prevence nozokomiálních nákaz v klinické praxi.* Praha : Grada publishing, 2006. ISBN 80-247-1673-9.

**Malíková, Eva. 2011.** *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha : Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

**Maňák, Josef, Švec, Štefan a Švec, Vlastimil. 2005.** *Slovník pedagogické metodologie.* Brno : Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3802-0.

**Mlýnková, Jana. 2011.** *Péče o staré občany.* Praha : Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

**MPSV. 2018.** Doporučený postup č. 05/2018. [Online] 15. 11 2018. [Citace: 8. 12 2019.] [https://www.justice.cz/documents/12681/768738/P%C5%99%C3%ADlohy\\_Podklady\\_5Kolegium.pdf/de502c45-2dde-4e79-bb53-fc9bacfa9df3](https://www.justice.cz/documents/12681/768738/P%C5%99%C3%ADlohy_Podklady_5Kolegium.pdf/de502c45-2dde-4e79-bb53-fc9bacfa9df3).

**Pidrman, Vladimír a Kubínek, Radim. 2008.** Deprese seniorů. *Psychiatrie pro praxi*. 9 2008, stránky 8-11.

**Pidrman, Vladimír. 2007.** *Demence*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.

**Praško, Ján, Buliková, Barbora a Sigmundová, Zuzana. 2012.** *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha : Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-656-4.

**Schaenzler, Nicole a Riker, Ulf. 2014.** *Malý lékařský lexikon*. Praha : Ikar, 2014. ISBN 978-80-249-2473-1.

**Šimek, Jakub. 2018.** *Co potřebujete vědět o depresi*. Praha : Galén, 2018. ISBN 978-80-7492-385-2.

**Šrámová, Helena a kolektiv. 2001.** *Nozokomiální nákazy II*. Praha : Maxdorf, 2001. ISBN 80-85912-25-2.

**Štefánek, Jiří. 2019.** Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK. [Online] 12. 11 2019.

Dostupné z:

<https://www.stefajir.cz/?q=alkoholova-demence>.

**Venglářová, PhDr. Martina. 2007.** *Problematické situace v péči o seniory*. Praha : Grada Publishing a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

**Maslowova pyramida potřeb.** In: Wikipedia [online]. [cit. 2019-11-10]. Dostupné z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova\\_pyramida#/media/Soubor:Maslowova\\_pyramida\\_pot%C5%99eb.png](https://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova_pyramida#/media/Soubor:Maslowova_pyramida_pot%C5%99eb.png).

**Zakonyprolidi.cz.** [Online] Zákony pro lidi: Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách [online]. 12. 10 2019 Dostupné z:

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast2>.

**Zakonyprolidi.cz.** [Online] Zákony pro lidi: Zákon č. 108/2006 Sb., Zákon o sociálních službách [online]. 12. 10 2019 Dostupné z:

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

**Žižlavský, Martin. 2003.** *Metodologie pro sociální politiku a sociální práci.* Brno :  
Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3110-7.



## **Seznam obrázků**

Obrázek 1 Maslowova pyramida.....	20
-----------------------------------	----

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1 Transformační tabulka .....	29
Tabulka 2 Přehled respondentů.....	33

## **Seznam příloh**

Příloha 1 Přepis rozhovoru s pracovníkem v sociálních službách R8.....	56
--	----

## **Příloha 1 – přepis rozhovoru s pracovníkem v sociálních službách R8**

### **Co považujete za problémové situace?**

*„Problémová situace, konkrétní věc, která se stane třeba momentálně.“*

### **Co považujete za problémové chování?**

*„Problémové chování, ono se to nazývá problémové, ale ono to není problémové, on to třeba ten senior tak nevidí, tak jako já to tak nevidím. Neumím to vysvětlit. Protože se třeba se dostane do domova pro seniory a teď v tomhle věku ten člověk potřebuje ty blízký a chová se tak jak se chová, ale jemu to nepřijde chování, ale někomu to tak může připadat. Dostane se do cizího prostředí a teď se začne všeho děsit všeho, teď je slušnej a nebude každému nadávat, ale bude se chovat jinak. Nejhorší je pro ně nástup a doba té adaptace, to je strašně lituju. U některých je to lepší, ale nevěřím jim to, někdo to veme. Ta jejich nepohoda vyplývá z toho co měli rádi, ztráta domova a z toho co měli rádi. Najednou se dostanou do luxusu, raději by ale byli v rozpadlém domečku. Tady mají opravdu luxus, ale oni o to nestojí, chtějí zpátky. Navíc, když si nesesedne se spolubydlícím. Další problém je, že většina z nich špatně vidí a skoro neslyší, pak mají problémy s komunikací. Nikdo nemůže být připravený na nástup do domova, je to tu hezký, je tu teplo, hezký prostředí, jídlo mi přinesou až na pokoj, ale ta rodina hodně chybí. Jednou jsem totiž četla článek, ve kterém starý člověk povídal rodině – vemte mě, mám nohy, i když špatný, ale když se o vás opřu, mám pocit, že můžu chodit. Takový hezký to bylo. Chybí jim tady to „svoje“ Někdo si zvykne a někdo ne, zažila jsem klientku, která se s nástupem nesmířila a raději umřela.“*

### **S jakými problémovými situacemi jste se setkala?**

*„Jsou klienti, kteří jsou povahově moc hodní, ale kolikrát mají své dny a jsou na zabití. Jednou jsem koupala klientku a někdo jí natáhl nové prostěradlo, které se jí shrnovalo. Tak jsem klientce řekla, že řekneme rodině, aby si to prostěradlo vzali zpátky a ona na mě spustila: Rodina mi řekla, že já si to tady platím, tak budete dělat co chci já. Na tohle jsem hrozně alergická, ale držím se. Tak jí říkám, mě si neplatíte a myslela jsem to. A jak odcházím, tak říká – Ta hluchá o mě ještě uslyší.“*

*Několikrát se mi stalo, že mi klienti řekli, že si mě platí, ale na to jsem opravdu alergická. Já se snažím pro ty klienty dělat co jde, ale z nedostatku času toho moc nestihnu a pak mě taková slova zamrzí, přijde mi to líto a uráží mě to.“*

### **S jakým problémovým chováním u klientů jste se setkala?**

*„Jsou klienti, kteří se snaží ublížit fyzicky. Teď tam máme pána, kterého se bojím, ale on je nemocný. On má takové dlouhé ruce a má strašnou sílu, kdyby mě chytil, tak mi ublíží.“*

*Jsou jinak jako malý děti, něco chtějí a když se bavím s někým jiným, tak se urazí, trošku taková žárlivá scéna. Nebo se vyžadovali veškerý můj čas pro sebe, to volali SESTRO, SESTRO.*

*Nedávno jsme řešili chování klientky, která se svlékala, vykonávala potřebu na chodbě, dávala inko pomůcky na topení, pořád nám utíkala. Posadili jsme ji k televizi, otočím se a najednou byla pryč. Vyřešilo se to tak, že byla umístěna na domov se zvláštním režimem, kde je nyní spokojená. Když si někdo svléká inko pomůcky, tak je oblékáme do overalů, ty jsou úplně úžasné.“*

### **Jak byly popsane situace řešeny?**

*„Péči o agresivního klienta řeším péčí ve dvou a hlásím to zdravotnímu personálu. Pán neslyší vůbec je po CMP, ukazuju mu, že jdu dělat hygienu, snažím se mít přátelský výraz, ale někdy má období, kdy je hodně agresivní.“*

### **Co bylo dle Vašeho názoru příčinou vzniku popsane situace?**

*„Přijde mi, že to špatnou medikací, ale nejsem odborník, abych to mohla tvrdit určitě. Bývá to i u jiných klientů, mají dny, kdy jsou v pohodě a pak se dočasně jejich chování změní.“*

### **Kdy a jak mohou být informace ve spisu klienta (informace od rodiny, klienta, blízkého okolí,) užitečné při řešení?**

*„Informace od rodiny by mi u agresivního klienta nepomohli, vzhledem k tomu, že je po mrtvici, došlo u něho k velké změně, ochrnl, ohluchl a kdo ví co ještě se u něho změnilo. Musíme si*

*prostě dávat pozor, aby nás nezranil. Řešili jsme tady případ, kdy klient napadl pečovatelku, ale já s tímhle klientem zrovna žádné problémy neměla. Šel za manželkou, které ubližoval a měl se tedy hlídat, aby za ní nechodil Kolegyně k němu tenkrát přišla, houkla na něj a on se po ní ohnal. Byla to z mého pohledu špatně řešená situace, on se jenom bránil.“*

### **Jak Vám pomohou informace o novém klientovi?**

*„Informace o novém klientovi jsou pro mě hodně důležité, jestli si umí sednou, co zvládne a co ne. Někdy se ty informace sice neshodují, ale průběžně si to vyladujeme. Když o tom člověku nic nevíš, tak ho můžeš urazit a nemusím se ho pořád ptát. Od sociální pracovnice dostáváme s nástupem klienta prvotní plán péče, kde jsou základní informace od klienta i od rodiny.“*

### **Jak situace řešíte ve chvíli kdy to sama nezvládáte, řešíte tyto situace i s jinými subjekty?**

*„Pokud bych ty situace u klienta nezvládala, tak bych to nahlásila vedoucí, aby se pokusila s tím něco dělat. Pokud by nedošlo ke změně, tak bych to prostě pořád do nekonečna budu vysvětlovat. Chápu, že zvoní, když jim něco spadne, nebo potřebují něco co nezvládnou, tak je to normální. Když nadávají, taky to dokážu pochopit, taky nemám pokaždé dobrou náladu, ale když zvoní 50x za den, tak to už jim vysvětlujeme a případně se svolá multitym s rodinou a řeší to všichni – PSS, zdravotníci, vedoucí, rodina a klient. Hledá se nějaké řešení nebo kompromis. Taky se snažíme o aktivizaci klienta, ale u někoho to prostě nejde. Posadím je k televizi, nebo na pokoji natočím klienty směrem k sobě, aby si mohli povídat. Chudák ten v posteli, máme zvedák, ale ten máme jenom jeden, tak musíme denně vytipovat někoho jiného. U některých klientů je aktivizace důležitá, když to vezmu k sobě, já bych byla protivná, kdybych neměla co dělat.“*

### **Jaké strategie a metodiky používáte při řešení problémových situací a problémového chování?**

*„Když nastane nějaká situace, tak se snažím klientovi domluvit, vysvětlit mu, co se stalo a když to nezabere, tak to sdělím vedoucí, ať si to nějak vyřeší. Samozřejmě to také zapíšu do dokumentace u klienta. To je důležité pro předávání služby, přijdu do práce, kouknu a vidím.“*

*U mě to je opravdu klidným přístupem, snažím se klienta aktivizovat nebo hledám možnosti, jak těm situacím předcházet.“*

**Napadá Vás ještě něco v souvislosti s tímto tématem?**

*„Mě to připadá jako žalování, takže bych to ukončila pozitivně. Je hrozně milé, když Vás klient pochválí, poděkuje, nebo ti pomůžou třeba umytím hrníčku. Je úžasné přijít do práce a slyším: „já Vás tak ráda vidím, jsem moc ráda, že jste dneska tady.“ Pořád mi něco dávají, třeba čokoládu, kterou sice nejím, ale potěší mě to. Zaměřuji se na ty klady, protože jinak bych už vyhořela. Je potřeba udělat klientovi co největší pohodu, protože jinak jsou chudáci.“*