

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**ASPEKTY ADAPTAČNÍHO SYNDROMU U KLIENTŮ V DOMOVĚ DŮCHODCŮ
DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Autor: Miluše Jůnová

23.4.2007

Vedoucí práce: Mgr.Hana Francová

Aspects of adaptation syndrome in patient ad retirement home

This thesis concentrates on the issues of both negative manifestation of adaptation syndrome and individual nursing care planning in elderly patients during their first days after the admission to the rest home.

The theoretical part is engaged in the problems of process of adaptation and adaptation syndrome itself. The thesis concerns about the issue of ability of a man to accommodate to new conditions, and about risk factors of adaptation syndrome in senior age. A special chapter comprises the issues of adaptation malfunction either in clients suffering from depressive reactions or in clients suffering from mild or severe forms of dementia. Other problems mentioned in this thesis contemplate specialties in behaviour and communication, personal needs, patterns and demands of social life within the group. The preview of projecting of elderly patients activities is also a part of the thesis.

The results of the research project are presented in the practical part of the thesis. In the realization of this research there has been used such techniques and methods as direct observation, analysis of the residents documentation, the review of causation initiating into the issue of adaptation of a women klient suffering from the severe form of dementia.

The research project is aimed at two major issues. The first one tries to reveal negative manifestation of adaptation of clients in the early period (6 – 12 weeks) after their admission to the rest home. The other goal of the research is to reveal the differences of the reaction between common clients and those suffering from behavioural disturbances to the individually planned care activities during the period of adaptation. Total amount of forty-nine clients have been followed, out of which six suffer from either mild or severe form of dementia.

Results arising from this research point out that the development of adaptation syndrome has been due to direct connection to the change of lifestyle in elderly persons with negative manifestation of behaviour within the clients with dementia. In terms of an individual healthcare planning in the early period after the admission to all types of long-term care facilities, it should be strongly recommended to use process of planning

the activities which is based upon a thorough study and proper exploiting of previously gained information on every client.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma ASPEKTY ADAPTAČNÍHO SYNDROMU U KLIENTŮ V DOMOVĚ DŮCHODCŮ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích 23.dubna 2007

OBSAH

Úvod.....	str.7
1. Současný stav.....	str.9
1.1. Proces adaptace v preseniu a seniu.....	str.9
1.2. Socializace zdravotního problému.....	str.11
1.3. Maladaptační syndrom.....	str.13
1.3.1. Odolnost ke stresu.....	str.16
1.3.2. Geriatrický maladaptační syndrom.....	str.17
1.3.3. Příčiny geriatrického maladaptačního syndromu.....	str.18
1.4. Adaptační poruchy s depresivní reakcí.....	str.20
1.5. Syndrom poruch chování ve stáří.....	str.21
1.5.1. Psychologické a sociální faktory BDSP.....	str.24
1.6. Komprehensivní hodnocení v geriatrii (CGA).....	str.25
1.6.1. Součásti komplexního hodnocení.....	str.26
1.7. Strach ze styku s druhými lidmi.....	str.27
1.7.1. Autonomie.....	str.28
1.7.2. Zvláštnosti komunikace se seniory.....	str.29
1.7.3. Zvláštnosti v komunikaci u klientů s demencí.....	str.30
1.8. Klient a domov důchodců.....	str.32
1.8.1. Institucionalizace a adaptační syndrom seniora.....	str.35
1.8.2. Potřeby klienta, zákonitosti a nároky skupinového života.....	str.36
1.8.3. Přijímací proces do domova důchodců.....	str.37
1.8.4. Podpora aktivit pro úspěšnou adaptaci seniora v instituci.....	str.41
1.8.5. Akceptace člověka s demencí a jeho adaptační programování.....	str.43
Praktická část	
2. Cíl práce a hypotézy.....	str.46
3. Metodika.....	str.47
4. Výsledky.....	str.54
5. Diskuse.....	str.72

6.	Závěr.....	str.83
7.	Seznam použité literatury.....	str.85
8.	Klíčová slova.....	str.88

Úvod

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku adaptace seniorů v prvním období po přemístění z přirozeného domácího prostředí do Domova seniorů.

Takováto změna prostředí v životě seniora s neznalostí nových prostor, ale také nových lidí přináší ve stáří závažný psychický stresor. Dochází ke stížení adaptace, která pak probíhá delší časové období než v obvyklých případech. Bývá negativně pocíťována i při přestěhování do výhodnějších podmínek. Doba potřebná ke zdomácnění v novém prostředí závisí na řadě okolností. Se změnou prostředí souvisí i strach z neznámého a anticipační úzkost. Těživá je situace u seniorů se střední a těžkou demencí. Kromě stresu a úzkosti hrozí poruchy chování, bloudění i agrese. Ohrožení či ztráta autonomie představuje obdobný stresor. Efektivním nástrojem prevence negativních důsledků umístění seniora v Domově důchodců je zájem o individuální lidské potřeby, jejichž strukturu vypracoval ve 40. letech 20. století A.H. Maslow v rámci konceptu humanistické psychologie. Úspěšné přizpůsobení neznamena, že by se seniorovi měla líbit omezení přicházející s věkem – je však dobré, když je nepopírá. Se stářím všichni většinou teoreticky počítáme, ale prakticky každého překvapí.

Stárnoucí jedinec není často schopný vyrovnat se s tímto standardem a na změny svého může reagovat snížením sebeúcty. Ovdovění, omezení kontaktu s odrůstlými dětmi a ztráta přátel může vyvolat pocit osamělosti a depresi. Snížená sebeúcta a osamění spojená s redukcí tělesných funkcí a se snížením pohyblivosti může vést k sociální izolaci.

Proces stárnutí závisí na pohlaví (ženy stárnou dříve než muži), prostředí, genetice a životním stylu. Fyziologické stárnutí mimo biologických změn negativně zasahuje i do schopnosti organismu adaptovat se na stres. Významnou úlohu má osobnost člověka, jeho celoživotní schopnost vyrovnávat se s problémy. Předpokladem úspěšné adaptace je vazba na budoucnost. Člověk by měl mít nějaký program, nějaké perspektivy. Na spokojené, dobré stáří bychom se měli připravovat v průběhu celého života.

V první části této práce je teoretický náhled na problematiku adaptačního procesu a adaptačního syndromu v obecné rovině, zde je „adaptace na jiné prostředí“ jako předmět výzkumu, ve druhé části – praktické jsou obsaženy výsledky výzkumu u nově

přijatých klientů domova důchodců v prvních fázích jejich adaptace jako objektu výzkumu. Jako výzkumnou metodu jsem použila nestrukturované pozorování, vstupní, nestrukturovaný rozhovor, kazuistiku a sekundární analýzu dat. Stanovila jsem dvě hypotézy. V první hypotéze předpokládám, že osoba umístěná do Domova důchodců má za následek změnu celkového zdravotního stavu, ve druhé hypotéze, že individuálně plánovaná péče v prvních fázích adaptace klienta pozitivně ovlivní jeho celkový zdravotní stav.

Adaptace seniorů na nové prostředí, zejména v kolektivu cizích lidí sociálního zařízení je socializačním problémem, který se v současné době řeší jako součást nových přístupů ke klientům v domovech seniorů. Každé sociální, pobytové zařízení poskytuje sociální péči podle standardů kvality sociálních služeb podle nichž patří individuální přístup ke klientům jako prvořadá záležitost.

1. Současný stav

1.1. Proces adaptace v preseniu a seniu

Otázce, jak je možno se úspěšně vyrovnávat (v současné terminologii „coping“) se změnami, k nimž vede stárnutí organismu a duševních funkcí, se věnují lékaři, psychologové, sociologové i pedagogové po celá desetiletí. Klíčový význam zde má schopnost adaptace. (14) Existují různé teorie z nichž jsou odvozeny různé zásady správné duševní životosprávy, stylu života i péče o člověka ve třetím věku. Každá z těchto teorií má adaptace ve stáří má závažné argumenty. Tyto teorie jsou tři.

První skupinu tvoří teorie aktivního stáří – optimální adaptace, což znamená udržení činností a kontaktů se světem.

Druhou skupinu tvoří teorie postupného uvolňování z aktivit, která vidí podmínku úspěšné adaptace v tom, že se člověk naopak z řady činností a funkcí uvolní.

Třetí teorie – substituční, upozorňuje na to, aby ty činnosti, role a povinnosti, které starý člověk prožívá jako zátěž, byly nahrazeny jinými, vhodnými činnostmi.

Teorie adaptace v těchto třech stupních musí být brány se zřetelem k individuálním předpokladům jedince : zdravotním, profesním, rodinným, bytovým. Člověk není pouze biologický systém, ale také poznávající, prožívající, myslící a jednající bytost, která má niternou potřebu seberealizace.(14) Z toho vyplývá také apel na adresovaný všem pracovníkům, kteří s podílejí na péči nejen o seniory, ale také o ostatní , kteří jejich péči potřebují. Adaptaci hodnotíme i jako nižší stupeň socializace na základě homeostázy a rezistence vůči stresu. Adaptace tedy znamená přizpůsobení se sociálnímu prostředí, změněným podmínkám a okolnostem.

Další teorií je teorie pasivní a aktivní adaptace, přičemž pasivní vyjadřuje schopnost přizpůsobit se, aktivní je schopnost člověka přizpůsobit si podmínky, okolnosti a situace. Adaptace probíhá na fyziologické, psychologické a sociokulturní úrovni.(14)

Psychická adaptace na stárnutí je charakteristická několika aspekty :

1) Konstruktivností, kdy se člověk s procesem stárnutí a se stářím smíří. Je tolerantní a přizpůsobivý a spokojeně pohlíží na svůj prožitý život a jeho plány do budoucna jsou reálné.

2) Závislostí, kdy se pasívně odevzdává svému okolí a začíná být na něm závislý. Vyhýbá se navazování nových kontaktů, je podezřívavý.

3) Obranným postojem, který je charakteristický pro lidi, kteří byli profesionálně a společensky úspěšní. Ti jsou samostatní, odmítají pomoc a nepřipouští si žádnou myšlenku na stáří.

4) Nepřátelstvím, kdy vyjadřuje svůj odpor ke stáří a za svůj stav obviňuje okolí. Má zmatek ve svých postojích, motivech, hledá důvod svého mylného jednání. Závidí mladí a vůči mladé populaci je hostinní.

5) Sebenávistí, kdy obrací nenávist vůči sobě. Obviňuje se za každé, třeba i malé selhání. Svůj život hodnotí kriticky. Sociálně se izoluje, cítí se osamělý a zbytečný. Mladým nezávidí, je ze života unavený. (15)

Pro **sociální projevy maladaptace** jsou charakteristické :

8. regres do nižší osobnostní zralosti
9. neschopnost a nechuť měnit zažité způsoby a podmínky
10. nereálný pohled na svoji budoucnost
11. soupeření a ponižování lidí ve svém okolí

Za **emocionální projevy maladaptace** můžeme považovat :

- úzkost a strach
- pocity méněcennosti
- sebeobviňování a přehnaný egocentrismus

Mezi **příčiny ztěžující** sociální adaptaci patří :

- dlouhodobé přetrvávání interpersonálních konfliktů
- temperamentové reakce
- emocionální labilita, častý výskyt deprese a úzkosti
- charakterové rysy starého člověka-nedůvěra, vztahovačnot
- zmenšení rozsahu zájmů, změna postojů
- ztráta životního partnera

Multiplicita faktorů se podílí na sociální odkázanosti lidí vyššího věku. Vývoj onemocnění u starého člověka se projevuje jako akcelerující faktor sociální krize. (15)

1.2. Socializace zdravotního problému

Zdravotní problém je rovněž začátkem adaptačního procesu, který začíná v podstatě polymorbiditou. (19) Nemocný člověk je nucen trávit hodiny v čekárnách praktických lékařů, stane-li se imobilním je odkázán na převoz k lékaři nebo na vyšetření sanitním vozem za pomoci odborně vyškolených sanitářů, kterým je občas lhostejné, že pojízděnému sanitnímu lůžku vrže kolečko, přikrývku řidič zapomněl a pacient nevidí, protože se nikomu nechce vracet se pro brýle. Starý člověk – pacient se adaptuje na nové situace. Se závislostí přijímá pomoc pečovatelské služby, zvyká si na nevelké prostory některých zařízení poskytujících sociální služby typu denního nebo týdenního stacionáře i na spoluklienty, v domácím prostředí přijímá pomoc zdravotních sester Domácí péče nebo fyzioterapeutů. Neustále se přizpůsobuje novým situacím. I přes takto řešené sociální situace existují další příčiny, které jsou důvodem pro umístění starého nebo chronicky nemocného člověka do ústavu sociální péče nebo domova důchodců a tím ho připraví na další sérii přizpůsobovacích procesů. (29)

Za **příčiny socializace zdravotního problému** považujeme: (19)

- nezáměr rodiny
- nedostatek geriatrické erudice
- nedostatek lůžek následné péče a jejich krátkodobé financování zdravotními pojišťovnami
- nepochopení problému komunitou

1) Zdravotně sociální problém je jev, při kterém starý člověk, odkázaný převážně na sociální péči, je dlouhodobě, respektive opakovaně hospitalizovaný v nemocnici nebo vyžaduje stálou ambulantní zdravotnickou péči .

2) Nejčastější příčiny zdravotně sociálního problému seniorů jsou :

- ekonomické (využívání prostředků seniora na vlastní přilepšení)
- mravní (citová vazba na seniora, stud za socializaci starého člověka)
- společenské (chybění optimálního řešení problému v komunitě)

3) Společnými příčinami zdravotně sociálních geriatrických problémů jsou:

- hromadná industrializace země se všemi negativními jevy na život člověka a komunity
- ztráta klasické morálky
- potlačování duchovní dimenze člověka
- rozpad generačních vztahů a odcizení
- neschopnost a nemožnost postarat se o sebe
- přetrvávající nevyvážené sociální a zdravotnické programy ve vztahu ke geriatrickým problémům
- konzervatismus řešení problému na úrovni komunity

Když se rozhoduje o dalším životě seniora (41), často se stává, že jeho cestu řídí rodinní příslušníci, ošetřující lékař a sociální pracovník bez ohledu na fakt, že tento starý člověk bude podroben těžké zkoušce zvykání na pocit, že ztrácí domov, blízkost své rodiny, své pohodlné křeslo a letitý obrázek. Toto vše umocňuje chov zvířete, zvláště pak psa nebo kočky.

1.3. Maladaptivní syndrom

Schopnost adaptovat se patří k základním vlastnostem živých systémů.(10)

Zvláštnosti adaptace ve vyšším věku jsou podmíněné :

- změněným funkčním stavem organismu
- poruchou adaptačních mechanismů ve vyšším věku
- polymorbiditou a častějším výskytem komplikací
- změněnými životními podmínkami ve stáří (39)

Etiologií adaptačního selhání je chronický stres, přičemž stresory jsou biologické, psychické a sociální. Kanadský vědec, maďarského původu, Hans Selye uskutečnil řadu studií, které vedly k objevu „syndromu obecné adaptace“.

Zavedl do medicíny termín který původně pochází z oblasti techniky, kde popisuje nadměrnou zátěž či namáhání. Selye tohoto výrazu použil pro nespecifickou reakci organismu, která se objevuje právě při jeho nadměrném zatížení. Nebyl zdaleka prvním bydatelem, který se těmito reakcím věnoval. Na počátku minulého století se zabýval touto problematikou Walter Canon, který se dopracoval rovněž k velmi zajímavým poznatkům, Selye však jeho práci dovedl až ke geniálním závěrům, které vesměs platí dodnes.(5)

Jedná se v zásadě o poplašnou reakci, sdruženou přehlídku obranných prostředků těla v okamžiku, kdy do něj pronikne cizorodá látka. Ve snaze hlouběji pochopit tento syndrom Selye zjišťoval, co nastane v případě dlouhodobé přítomnosti stresu u zvířat. Zjistil, že pokud zvíře přežije počáteční poplašnou odezvu vyslanou proti cizí látce, začne se jeho tělo bránit. V této druhé fázi dochází k téměř úplnému odstranění

poplašné reakce, zvíře je posíleno a plně se přizpůsobí stresujícímu faktoru. Jestliže však jsou stresující injekce s cizorodou látkou podávány dlouhodobě, začne se adaptační energie zvířete vytrácet. To nakonec vede ke stavu vyčerpání, při němž se fyziologické reakce postupně navracejí k počátečnímu stavu poplašné reakce. Schopnost zvládat stres se snižuje, dosažený stupeň odolnosti mizí a zvíře nakonec umírá.

Seley se domnívá, že veškerá odolnost vůči stresu nutně zanechává nenávratné chemické stopy, které se v systému etablují. Těmito stopami jsou znaky stárnutí. S tím jak člověk stárne, slábne schopnost přetrvávat ve fázi rezistence. Lidé nakonec podlehnou některému ze stresujících faktorů, například nemoci, protože v průběhu stárnutí zeslábla jejich schopnost těmto faktorům odolávat.(22)

Z fyziologického hlediska je poplachový proces řízený autonomním nervovým systémem – sympatikem (sem patří jak nervové regulace, tak všeobecně známý adrenalin, především pak jeho méně známý noradrenalin). Tento systém uvede do pohotovosti především svaly, které jsou pro obranu a útěk nejvýznamnější. Svaly se napnou, srdce začne pracovat rychleji, zvýší se krevní tlak, zvýší se srážlivost krve (kdyby došlo ke zranění, aby krvácení neohrožovalo přežití). Dochází ke zblednutí a ochlazení kůže (chladné opocené ruce), dochází k nepříjemnému stažení břišních orgánů. Zvýšenou potřebu kyslíku zajistí zrychlené a prohloubené dýchání. Odlehčení váhy je výhodné, proto se vyprazdňují duté orgány (nutkavé močení, někdy i vyprazdňování střev). Objeví se dále celá řada – pro záchranu účelných – reakcí, zejména pokud se jedná o metabolické děje.

Pokud se člověk dostane do situace ze které nemá východisko, cítí se ohrožen.(40) Objevuje se stres – rezistence, řízená parasympatickým nervovým systémem, jejímž cílem bylo přežití za krajně nepříznivých okolností. Parasympatikus má na starosti útlumové reakce a na rozdíl od předchozích center je řízen po ose hypothalamus-hypofýza-nadledviny. Jedinec v této fázi je jaksi „stažen do sebe“ (rezignace na teritorium), vystupuje daleko více pasivně, což je patrné na průduškách, které byly v předchozí fázi rozšířené, aby byl přísun kyslíku co největší, zde se naopak zužují. Regulačně jsou přetěžovány (na rozdíl od svalů) především orgány trávicího systému. Jestliže byl pocitový doprovod poplachové fáze buď útočný, nebo úzkostný, ve fázi rezistence se objevuje útlum až deprese. Jestliže v běžném životě zajišťuje

parasympatikus pohodový útlum, přestřelí při stresové reakci tento útlum až do nežádoucí pasivity. Hans Selye označil tuto fázi jako všeobecný (nespecifický) adaptační syndrom. Tyto fáze mají jednu společnou vlastnost: jsou metabolicky velmi náročné. Tuto skutečnost si můžeme představit tak, že: jednu molekulu glukózy může organismus využít tak, že z ní získá 36 jednotek energie, ale také tak, že z ní získá jen jednotky dvě. Ve stresu se vše děje druhým způsobem, což je pro organismus náročné. Také imunita je pro řídicí centra v těchto situacích jako nadstandard, takže výrazně klesá (klasický opar „z leknutí“), ale ve stresu je celá řada podobně ošizených základních potřeb. Trvá-li působení stresorů delší dobu, vedou nadměrné nároky k postupnému vyčerpání, jednotlivá řídicí centra se začnou nekoordinovaně přetahovat o řízení a postupně se stav zhoršuje. (22)

Hans Selye, který veškerou výzkumnou práci prováděl na zvířatech a k vyvolání stresových reakcí používal biologických škodlivin – infekce, poškození tkání, připadl na myšlenku, že: *jestliže vyvolává stresovou reakci škodlivina (=noxa) biologická, budou u člověka, který je bytostí BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍ, působit stejně silně také vlivy nebo ohrožení z oblasti psychosociální.* Člověk totiž není „jen“ živočich, ale stejný význam, jaký příkládá nebezpečí z oblasti biologické, příkládá nebezpečí z oblasti mezilidské. To znamená, že bude reagovat stejně, když ho napadnou bakterie, nebo když ho napadne spolupracovník, rodinný příslušník či jiná osoba. Tato myšlenka otevřela prostor pro zkoumání důsledků psychosociálního stresu.

Stresory, jak bylo již výše uvedeno, mohou vycházet z oblasti biologické (choroby, úrazy, nadměrná zátěž, nedostatek potřebných živin) tak i z oblasti psychosociální (životní ztráty, prudké sociální změny a otřesy, konflikty, hádky, Zvládání stresu u lidí lze charakterizovat pocitem nedocenění) a velmi často se tyto okolnosti vzájemně kombinují. (42) Z hlediska doby působení může jít o záležitosti akutní (havárie, operace, úmrtí partnera, změna prostředí), chronické (vleklé rodinné problémy, chronická onemocnění, špatná ekonomická situace) či kombinace akutního stavu s dlouhodobými následky (amputace končetiny a následně vynucená změna životního stylu, často i prostředí, odchod do důchodu a jeho důsledky finanční i psychické).

Tyto okolnosti rozpracovává teorie životních událostí, jejímiž autory nebyli vědci, ale před 60 roky proští úředníci pojišťoven ve Walesu. Zjistili, že vdovy po zavalených hornících, onemocněly daleko častěji a dříve umírají než stejně staré ženy, které tato tragédie nepostihla, jinak však žily ve stejných podmínkách. Ztráta partnera byla tak závažným stresorem, že se odrazila ve zdravotním stavu a délce přežití. Toto zjištění podnítilo desítky až stovky klinických studií, jež prokázaly význam stresových životních událostí na zdravotní stav.(42)

1.3.1. Odolnost ke stresu

Odolnost k různým stresovým životním situacím můžeme běžně rozlišit několika stupni podle aktivity jejich přístupu: od rezignace (zcela pasívní, trpná odevzdanost bez tvořivého řešení situace) přes akceptaci (přijetí skutečnosti „tak jak je“, lze ji i odmítnout – neakceptace – či přijmout nesprávně – malakceptace), akomodaci (podrobení se novým požadavkům), adaptaci (přizpůsobení se novým podmínkám s vyšší mírou aktivity než u akomodace), kompenzaci,adjustaci až po zvládání (coping).Toto je vrcholový termín v oblasti boje se stresem a vyjadřuje i nejvyšší míru tvořivé aktivity v nejkritičtější situaci. Člověk je zde prvořadým aktérem, využívá vlastních pokusů a samozřejmě i pomoc ostatních.(22)

Byl zjištěn úzký vztah mezi možností ovládat vstupní informační tok a vlastní chování v zátěžových situacích, možností anticipace řešení problémů a mezi úspěchem při jejich zvládání. Naopak vyšší míra momentální úzkosti – anxiety (zde nejde o úzkostnost jako rys osobnosti) vede k používání nezralých forem obranných mechanismů a omezuje schopnost stresovou situaci řešit.

Kladné charakteristiky lidí, kteří úspěšně těžké životní situace zvládají, se popisují takto:

Kladný příklon k životu – jde o tendenci k aktivnímu přijetí toho, co člověk dělá a s čím se setkává, s citlivostí k otázkám smyslu života. Takoví lidé jsou vyzrálými osobami, silnými a odolnými k desintegraci osobnosti a odpadnutí od smysluplnosti. Testování této vlastnosti se provádí pomocí Alienation Test .Tendence ovládat běh dění, tj.

tendence „jednat a cítit z pozice člověka, který tváří v tvář nepředvídaným nepředvídatelným životním událostem není v jejich vleku, ale ovládá je. Nejde přitom o pojetí stoprocentní vlády nad okolnostmi jako spíše o subjektivní vidění sebe sama. Pro člověka je důležitý široký a variabilní výběr způsobů reakce, než pouhé rigidní používání stereotypních postupů.(3)

Diagnostickým testem této osobnostní charakteristiky je LOC, to je Locus of Control , nebo lze použít „Škálu bezmoci“(10) Tendence přijímat těžkosti jako výzvy k řešení životních úkolů. Výkladem této charakteristiky je „tendence pokládat změnu za přirozenou vlastnost normálního života, postoj, který nepočítá s tím, že se nebude nic dít, ale naopak s tím, že se něco neočekávaného dít bude a že to bude výzva k tomu, aby to člověk zvládl.(10)

K diagnostice pro tuto charakteristiku se ukázala být nejvhodnější „Škála bezpečí“ z CLGE (Kalifornia Life Goals Evaluation Schedule).

Výše uvedené tři charakteristiky se integrují v jeden organický celek, v takzvanou „pevnost“ (hardiness – nezdolnost).

1.3.2. Geriatrický maladaptivní syndrom

Geriatrickým maladaptivním syndromem rozumíme klinické příznaky selhání adaptace ve vyšším věku. Jde projev adaptačního selhání, typického pro vyšší věk, který vzniká na bázi chronického stresu. Často má stresor původ psychosociální. Při adaptačním selhání dochází často ke kardiovaskulárním a infekčním komplikacím. Podle Smelika (33) je stres stav organismu, kdy tento není schopný déle adekvátně reagovat a adaptovat se.

Rizikovými faktory geriatrického maladaptivního syndromu jsou faktory výše popsané psychosociální a biologické. Geriatrický maladaptivní syndrom je typickým problémem staršího věku s výrazným zdravotně-sociálním charakterem. Snižuje kvalitu života. Ovlivňuje morbiditu a mortalitu a zvyšuje tím náklady na péči o staré lidi.(15)

1.3.3. Příčiny geriatrického maladaptčního syndromu

Příčinou vzniku adaptačního syndromu ve vyšším a vysokém věku mohou být různé důvody: hospitalizace, respitní pobyt ve zdravotnickém či sociálním zařízení, ztráta životního partnera, neustálé přesouvání klienta ze zařízení do zařízení, návštěvy domovinek či trvalé umístění seniora v penzionu či domově důchodců pro nepřítomnost nebo neschopnost rodiny či špatný systém zdravotně sociálního zabezpečení. (14)

Jedná se většinou o :

Poruchy mobility po cévních mozkových příhodách, kdy často zůstává následkem paréza nebo plegie končetin s následnou neschopností pohybu, úchopu a manipulace, amputacích dolních končetin pro diabetickou či ischemickou gangrénu, kdy se nemocný učí životu na vozíku nebo v lepším případě pohybu o francouzských holích.

Inkontinenci moče i stolice jež s sebou přináší znalost pomůcek pro inkontinenci, jejich zajišťování, výměnu a likvidaci.

Neschopnost seniora zabezpečit své základní a individuální potřeby ani s pomocí domácí péče a pečovatelské služby, dojit k lékaři, na vyšetření.

Psychiatrická onemocnění – zejména onemocnění demencí různého typu (jedná se o poruchy kognitivních funkcí, respektive intelektu) s nimiž se úzce pojí poruchy chování. Tyto poruchy jsou obzvlášť stresující pro pečovatele o nemocného demencí. Poruchy chování jsou součástí širšího syndromu, který se nazývá BPSD (Behavioral and Psychological Symptom of Dementia). Dalším neméně častým psychiatrickým onemocněním seniorů jsou depresivní stavy. Deprese (depressus – stlačit) vyjadřuje: stisknout, stlačit, snížit (např. výkon, míru energie, náladu apod.) Znamená to – sklíčit, stísnit, deprimovat, oslabit (např. aktivitu, fyzickou – tělesnou sílu). Pojem deprimovaný pak značí: postižený krizí, zbídačený, propadlý něčemu. Pojem – deprese, znamená:

pokles, stísněnost, sklíčenost, krize, stagnace, melancholie, apatie, indolence, malaise, dystymie.(23)

Pokud jde o depresivní stavy v seniorském věku, pak se setkáváme s jejich rozdělením na tzv. těžší – klinické deprese a lehčí – normální deprese . Rozlišuje obecné pojetí deprese do tří pohledů (jak je možno se na depresi dívat):

- Depresivní příznaky (symptomy) – ty mohou být například průvodním jevem něčeho jiného nežli deprese – například vážného onemocnění
- Depresivní reakce – depresivní příznaky mohou být odpovědí na těžký životní zážitek (úmrť milované osoby)
- Deprese jako relativně samostatné onemocnění. Tento význam zde máme na mysli, kdykoliv hovoříme o depresi.(14)

Tíživou finanční situaci často způsobenou nízkým důchodovým příjmem a vysokými poplatky za bytové služby, drahé potraviny a poplatky za energii, odběr vody, doplatky za léky.

Ztráta bydlení jejichž důvodem bývá převážně u mužů lhostejnost k povinným platbám bytových služeb, rozchod s partnerkou, často alkoholismus. U těchto klientů je málo pravděpodobný vývoj adaptačního syndromu.

Nedostatek finančních prostředků na otop – jedná se o sezónní žadatele o umístění v zimním období. Ani u těchto klientů nedochází k rozvoji adaptačního syndromu.

1.4. Adaptační poruchy s depresivní reakcí

Porucha adaptace se často rozvíjí u osob, které se musejí adaptovat na vážnou nebo chronickou tělesnou chorobu nebo změnu prostředí svého dalšího života. Depresivní reakce patří mezi poruchy přizpůsobení. Můžeme rozlišovat :krátkou depresivní reakci, kdy se jedná o přechodný stav mírné deprese, který netrvá déle než jeden měsíc, a prodlouženou depresivní reakci, kdy mírná deprese trvá déle, ne však více než dva roky. Je předpoklad, že se depresivní reakce vyvine k tomu disponovaných. Depresivní reakce začíná ihned (nebo do jednoho měsíce) po výskytu stresující události nebo životní změny. Nejtypičtější ztrátou, na kterou navazuje reaktivní deprese, je úmrtí blízkého člověka. Jako ztrátu však lidé prožívají i jiné události jako : ztrátu vztahu s blízkými, ztrátu životních návyků, ztrátu domova. Běžnou normální reakcí na ztrátu je zármutek. Zármutek se projevuje intenzivním a opakovaným vrácením se ke vztahu s osobou, kterou člověk ztratil a může být provázen pocity smutku, marnosti, únavy, tělesnými pocity tíhy na hrudi, bolestmi hlavy, pocity závratě, bušením srdce, podrážděností, nespavostí, děláním si výčitek.Přirozený zármutek však neřadíme mezi poruchy adaptace, protože sám o sobě nemusí zasahovat do plnění důležitých rolí v životě.(47)

Krátká depresivní reakce – typická je mírná nebo kolísavá depresivní nálada, pocit neschopnosti vypořádat se se změněnou situací, pokračovat v jejím řešení nebo si plánovat dopředu,sklon k regresivnímu chování. Na rozdíl od zármutku, krátká depresivní reakce už narušuje běžné fungování v sociálních aktivitách a vztazích. Příznaky jsou výraznější, než by se dalo očekávat při normální reakci na stresor. *Adaptační reakce* však netrvá déle než jeden měsíc.

Prodloužená depresivní reakce má podobné charakteristiky jako krátká depresivní reakce, trvá však mnohem déle, zpravidla měsíce, netrvá však déle než dva roky, pokud stresor nebo jeho důsledky pominuly. Příznaky se zpravidla vyvíjejí dny nebo týdny, ale v některých případech se mohou objevit i náhle. Jsou mírnější než je tomu u depresivní epizody. Symptomaticky se projevuje zejména stísněnou náladou, plačtivostí a pocity bezmoci, nespavostí s poruchami usínání (v některých případech naopak hypersomnií), někdy nechutenstvím nebo naopak nadměrnou chutí k jídlu. Postižení se často cítí unavení, hůře se soustředí a jsou méně výkonní. Fungování v rodinných a jiných

sociálních rolích je zpravidla narušeno, nicméně postižený někdy dokáže svoje potíže překonat pomocí vůle, častěji však za odborné pomoci.(47)

Krizová intervence – okamžitá krizová intervence umožňuje v případech zármutku i depresivní reakce mobilizovat adaptační mechanismy a zahájit cestu k opětovnému získání rovnováhy.(14)

Krizová intervence znamená především klienta vyslechnout, dát mu dostatek přijetí a podpory a mobilizovat jeho možnosti adaptovat se na situaci. Empatický přístup ze strany pracovníků ve zdravotně sociální péči, dá klientovi pocit, že není na problém sám, že mu je někdo nablízku a k dispozici. Schopnost pracovníků v sociální péči – vcítit se do klienta a dát mu to přiměřeným způsobem najevo, má velký vliv na výsledek adaptačního procesu. Účinným způsobem jak se vcítit do klienta, je představit si sebe sama v jeho situaci.

V případě odborné pomoci psychoterapeuta, volí tento některý z řady psychoterapeutických přístupů, např. krátkodobou psychoanalytickou psychoterapii, kognitivně behaviorální terapii či Rogersovskou psychoterapii.(35)

1.5. Syndrom poruch chování ve stáří

Poruchy chování se ve stáří rozvíjejí prakticky s poruchami kognitivních funkcí. Často jsou prvním příznakem, který vede k odhalení demence. Poruchy chování jsou obzvlášť stresující pro příbuzné a pečovatele o nemocného s demencí. Výše jmenovaný syndrom BPSD (syndrom poruch chování) zahrnuje široké spektrum příznaků, zejména:

- > paranoidní ladění, paranoidní myšlení, popř. výskyt bludů
- > agitovanost
- > agresivitu
- > výskyt halucinací
- > poruchy v běžných činnostech
- > poruchy rytmu spánku/bdění
- > změny nálad: deprese, mánie, úzkosti a fobie

Výskyt BPSD znamená menší či větší postižení intelektu. Patří mezi nekognitivní projevy demence. **(14)**

Zásady jejich hodnocení:

- BPSD obvykle znamenají daleko větší stres pro klienty, jejich rodiny a ošetřovatele než vlastní narušení paměti, ostatní kognitivní poruchy či ztráta samostatnosti. Nejméně 25% stresových faktorů, kterým je vystaven pečovatel, je způsobeno BPSD.
- BPSD způsobují, že celkový stav klienta je hodnocen výrazně negativně, tím vedou k zanedbání běžné péče o somatický stav i kognitivní funkce.
- Výskyt BPSD je častou indikací k umístění seniora v některé z institucí, což znamená horší prognózu onemocnění.
- Existuje spojitost mezi výskytem BPSD a agresivitou ošetřovatelského personálu vůči seniorům. Toto může vyplývat z frustrace, kterou trpí ošetřovatelé, jestliže se BPSD rozvíjí i přes jejich zvýšenou péči.
- Korelace mezi výskytem BPSD, biochemickými a patologickými změnami do jisté míry existuje. Charakter BPSD se v průběhu demence zpravidla mění.
- BPSD jsou léčitelné.**(27)**

BPSD jsou pro demenci charakteristické, nejsou však univerzální, nevypovídají přesně o stadiu demence ani o její závažnosti. Jsou významným faktorem, který modifikuje chování klienta a zpětně chování okolí k němu, modifikuje jeho schopnost sociálního, rodinného nasazení.

Některé specifické rysy BPSD se dají použít k hrubé orientaci v určení formy demence. Výskyt zrakových halucinací, které mohou být doprovázeny paranoidním laděním, bývá typický pro demenci s Lewyho tělísky. Poruchy nálad, ať již deprese či úzkost, jsou typičtější pro vaskulární demenci.**(5)** Jestliže dochází k významným změnám osobnosti,

pak bychom měli uvažovat o frontotemporální demenci. Jedná se však jen o pomocné symptomy, které by měly varovat, jejich přítomnost však neznamená výskyt té či oné formy demence.

Současné studie ukazují, že přibližně 75 % nemocných, kteří trpí středně závažnou demencí, je podezíravých. Více než 40 % těchto pacientů trpí bludem, že jsou okrádání. Pokud se objeví halucinace, pak bývají zrakové a nejsou příliš dramatické. Halucinace se vyskytují u méně než 25 % nemocných Alzheimerovou demencí, vesměs u středních a těžších stadií.

Vlastní poruchy chování, agitovanost, agresivita se nejčastěji vyskytují ve středním stadiu. V tomto období lze předpokládat agitované, popř. agresivní chování u více než 80 % nemocných. Vyskytují se také poruchy spánku. Ty se týkají přibližně 50 % nemocných trpících Alzheimerovou demencí. Zahrnují nespavost, spánkovou inverzi (spánek ve dne, v noci bdění) a noční bloudění. Změny nálady najdeme již v časnějších stadiích demence, depresivní nálada bývá někdy doprovázena morbidním komentářem, mohou se objevit i suicidální myšlenky. S depresí bychom měli počítat u 30 % až 40 % demenčních nemocných. Charakteristické úzkosti a fobie se vyskytnou přibližně u poloviny seniorů, zejména ve středním stadiu demence. U více než 40 % těchto nemocných se objevuje strach, že zůstanou osamoceni.(27)

Behaviorální symptomy obvykle se zjistí na základě pozorování klienta, jsou zjevné. Zahrnují verbální či brachiální agresivitu a agitovanost, bloudění, nepřiléhavé jednání, vykřikování, shromažďování zbytečných předmětů, hašteřivost, neklid

Psychologické (psychiatrické) symptomy objeví se většinou na základě cíleného psychiatrického vyšetření, nebo otázkami kladenými jeho příbuzným. Jedná se o poruchy nálady – anxieta, depresi, úzkost, dále poruchy vnímání – halucinace a myšlení bludy a nespavost.

Dalšími příznaky poruch chování jsou pláč, apatie, opakování otázek, opakované ujišťování, shromažďování zbytečných věcí.(38)

Tyto symptomy jsou málo nápadné, přesto jsou významné. Například pláč může být výrazem závažné deprese, rovněž apatie může být výrazem deprese.

1.5.1. Psychologické a sociální faktory poruch chování

Při rozvoji těchto poruch se uplatňuje také charakteristika premorbidní osobnosti, schopnost reakce na zátěž či stres. Obecně se osobnost stává průhlednější, lze počítat s tím, že některé rysy osobnosti, které byly doposud skryty či korigovány, se stanou nápadnějšími. Největší problém lze očekávat u osobností s rysy paranoidními a emoční nestabilitou. **(14)**

K sociálním faktorům patří prostředí, kde se senior nachází, jeho vztahy s okolím, vliv okolí na seniora, a vztahy s pečovateli. Nemocní s kognitivním narušením jsou velmi citliví na sociální prostředí. Jakákoli změna v jejich okolí, ať materiální či personální jsou vysokým rizikem pro rozvoj těchto poruch.. Změna pobytu jedince s kognitivní poruchou může výrazně zvýšit riziko deprese a změny jednání. Deprese může zvýšit úzkost a tím i riziko sebevražedného a automutilačního jednání. Rovněž agitovanost může být vyprovokována přemístěním klienta.

Změna pobytu nemocných demencí je považována za jeden z nejvýznamnějších faktorů vedoucích ke zvýšení jejich mortality. **(5)** *Změna místa pobytu i blízké osoby* je významným stresovým faktorem. Znamená nejen zátěž kognitivní, ale i emoční. Nemocný je nucen orientovat se v novém prostředí, které není schopen vždy náležitě pochopit, které mu není vždy ani náležitě popsáno. Případný neznámý pečovatel – ošetřovatel, který má nyní pečovat o nejintimnější záležitosti, je dalším významným stresorem.

1.6. Komprehensivní hodnocení v geriatrui

Komplexní geriatrické hodnocení je interdisciplinární diagnostický proces zaměřený na stanovení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností a problémů osob vyššího a vysokého věku s cílem následně vypracovat individuální plán pro léčení a dlouhodobé sledování.**(31)** Tímto hodnocením dochází k prolomení zdravotně-sociální bariéry, což však neznamená medicinalizaci sociálních jevů a problémů, nýbrž zlepšení zdravotnických výstupů a jejich důslednější zaměření na potřeby seniora. Významné je využívání pojmů funkční diagnostiky: porucha (impairment), znevýhodnění (disabilita), handicap.

Celkové hodnocení pomáhá významně překlenout „území nikoho“ na zdravotnicko-sociálním pomezí. Tradiční lékařské pojetí vycházející z klinického modelu zdraví a nemoci přibližuje sociálnímu aspektu potřeby, nouze a pomoci tím, že zdůrazňuje funkční souvislosti a zdravím podmíněnou kvalitu života.

Celkové hodnocení se jednoznačně snaží o vývoj vlastní metodologie se standardizovanými přístupy. To umožňuje jednoznačnost pojmů, kvantifikaci a srovnatelnost nálezů. Humanizaci a bezpečnosti zdravotnických služeb napomáhá hodnocení tím, že pojmenování nemoci rozšiřuje o pojmenování rizik, potřeb a priorit každého jednotlivého pacienta. K tomu slouží i samotná funkční hodnocení, které je schopno identifikovat do té doby opomíjené příčiny obtíží či disability.**(14)**

Celospolečenské náklady (zdravotní i sociální) bývají díky celkovému hodnocení nižší než u pasivně ošetřovaných klientů v domněle nejlevnější dlouhodobé péči v léčebnách pro dlouhodobě nemocné či na ošetřovatelských lůžkách v domovech důchodců.

Hodnocení účinnosti je metodicky obtížné, recenzní studie prokázala, že komprehensivní hodnocení neovlivnilo mortalitu, ale zlepšilo kvalitu života, zvýšilo soběstačnost i výkonnost aniž by zvýšil vynaložené náklady.**(6)**

1.6.1. Součástí komplexního hodnocení

Hodnocení zahrnuje jak oblasti zájmu, tak postupy k jejich posouzení. Oblasti zájmu jsou: (14)

1) Osobnost seniora

- životní situace
- priority a rozhodnutí (postup při ztrátě soudnosti u demence)
- subjektivní kvalita života a existenciální smysluplnost

2) Tělesné zdraví

- lékařské diagnózy
- ošetrovatelské diagnózy
- funkční závažnost chorob
- syndromologické diagnózy (např. inkontinence, hypotermie)

3) Funkční výkonnost (zdatnost)

- stabilita a chůze
- výkonnost a soběstačnost (aktivity všedního dne ADL a IADL)
- tělesná kondice (zdatnost)
- výživa

4) Duševní zdraví

- lékařské diagnózy kognitivní a fatické poruchy a delirantní stavy
- afektivní poruchy (deprese)
- psychická rovnováha, projevy maladaptace, vliv psychosociálních stresorů

5) Sociální souvislosti

- sociální role a vztahy (sociální s
- funkční náročnost a bezpečnost domácího prostředí (bytové podmínky) sociální potřeby a poskytované či nárokové služby

Komplexní hodnocení seniora patří k sociálnímu šetření při posuzování jeho žádosti do domova pro seniory. **(14)**

1.7. Strach ze styku s druhými lidmi

Významným faktorem, který hraje důležitou úlohu v procesu adaptace seniora může být „*strach z druhých lidí*“. **(21)** Setkání s neznámým člověkem, případně s neznámou skupinou osob, může být pro řadu jedinců stresovou situací. Rovněž setkání s personálem zdravotnických či sociálních zařízení může také vyvolávat *sociální úzkost*. Sociální úzkost lze popsat jakýmsi řetězcem na sebe navazujících příčin a následků pro vznik deprese ze setkání.

Řetězec na sebe navazujících příčin a následků

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

- 1.....nedokonalé(nedostatečné) sociální dovednosti
- 2.....omezená sociální interakce (jednání s druhými lidmi)
- 3.....snížená míra sociálního uznání (posílení sebevědomí)
- 4.....snížená míra sebeúcty (self – respekt)
- 5.....zvýšená zranitelnost (vulnerabilita)
- 6.....deprese

Setkání s druhým člověkem může probíhat v úplné pohodě, někdy však může dojít k určitým potížím. Ty se projevují různým způsobem například – trémou (z řeckého „tréma“ – mezeřa, propast mezi mnou a tebou). Objevuje se strach z druhého člověka, obava ze setkání, z reakcí, okolních pohledů. Vše pak vrcholí sociální fobií, patologickou formou úzkosti a bázně ze sociálního styku.

V řadě prací zaměřených na sociální úzkost a fobii se hovoří o takzvané „desentizaci“ (snížení citlivosti). Jedná se o snížení velké citlivosti (senzitivity) k negativním emociálním projevům v sociální interakci. Touto metodou se podařilo dosáhnout lepších výsledků než různými relaxacemi. Jako přijatelnější se k desentizaci jevil i výcvik krátkodobý než déletrvající cvičení. **(2)**

Desentizaci je tedy možné použít i u individuálních plánů adaptačního procesu u seniorů žádajících umístění v domově pro seniory, nebo již v primární péči o uchazeče.

1.7.1. Autonomie

Strach ze styku s druhými lidmi velmi úzce souvisí s „autonomií“ a „závislostí“. Přičemž autonomie a závislost se vůbec nemusí vylučovat. Můžeme být závislí, ale i zároveň autonomní. Závislí jsme v podstatě všichni – na vzduchu, který dýcháme, na potravě, kterou přijímáme, na lásce našich blízkých, na společnosti, ve které žijeme, nic v tomto však nebrání být autonomní. Naši autonomii tvoří řada závislostí, se kterými se snažíme co nejlépe vyrovnat. **(26)**

Závislost je situace člověka, který potřebuje pomoc při běžných činnostech každodenního života. Naproti tomu – nezávislost- je schopnost vše vykonávat sám.. Autonomie je vlastně schopnost vést život podle vlastních představ. V domovech pro seniory dochází velmi často k porušování autonomie klientů což bývá podmíněno buď nedostatkem pečujícího personálu, nebo jeho netrpělivostí či nevědomím.

1.7.2. Zvláštnosti komunikace se seniory

Každý člověk potřebuje, aby ho někdo slyšel a poslouchal, má potřebu mluvit. Aby mohl existovat, musí mít pocit sounáležitosti s ostatními lidmi.

Slovo „komunikace“ je slovo latinského původu, které již v češtině zdomácnělo. Můžeme je dnes slyšet ve spojitosti se slovem „sociální – komunikace“. Tím se rozumí spojení mezi dvěma lidmi a přenos informací mezi nimi, to je od člověka k člověku. „Člověk ve styku s druhým člověkem není schopen nekomunikovat“. I když nepromluvíme, přece tím tomu druhému něco říkáme. Způsob sdělování tlumočí nejen věcnou informaci, ale i náš vztah k tomu, co říkáme a náš postoj k tomu, komu to říkáme.(21)

V průběhu přijetí klienta do domova pro seniory by měla být snaha o úspěšné a rychlé překonání počátečního vzrušujícího období (poplachové reakce) , aby se období aktivní adaptace co nejdříve ustálilo. Hlavním prostředkem je *jednání* pracovníka , v němž je cítit účast a pochopení nepříjemné situace klienta. Podaří-li se pracovníkům domova navázat kontakt s klientem a získat jeho důvěru, probíhá adaptace mnohem lépe.(44) Mezi specifické komunikační problémy se starými lidmi patří nedoslýchavost klienta, kdy je třeba soustředit se na celý komunikační proces – sledování gest, tváře, intonace řeči, hlasitost, pečlivou artikulaci, délku věty.

Starý člověk bývá velmi často unavený, a proto pomaleji komunikuje. Potřebuje delší dobu na to, aby sdělovaný obsah slyšel a porozuměl mu, našel odpověď a vyjádřil ji slovy. Zpomalené reakce jsou u seniora způsobeny celkovým zpomalením fungování organismu.

Mezi další prostředky komunikace řadíme neverbální projevy (beze slov).

Mlčení – někdy jsou chvíle, kdy nevíme co říci. Nejlepší je mlčet, naše vyřčená slova by nemusela vyjádřit naše pocity. Nejde tedy o prázdné, nepříjemné ticho, ale o tichou přítomnost, o jednotu beze slov.

Pohled – někdy vyjádří víc než slova, je pravdivější, pohledem se hůře klame. Je důležité jakým pohledem se na starého člověka díváme – uklidňujícím, vzbuzujícím úzkost, vyhýbavým nebo vstřícným, milým a pravdivým? Je nutné naučit se umění číst v očích starých lidí.

Hmat – je moderním prostředkem komunikace nejen u seniorů. V moderním pojetí se jedná o takzvanou bazální stimulaci – stimulaci organismu doteky, hlazením a jemným masírováním. Dotek – je projevem blízkosti, uklidňuje, ubezpečuje.(21)

Při přípravě individuálních plánů v období adaptačního procesu klientů v domovech je důležité vědět o druhu komunikace, který je danému klientu nejpříjemnější.

1.7.3. Zvláštnosti v komunikaci u klientů s demencí

Nemožnost normálně komunikovat s dementním člověkem je pro jeho okolí těžkou zkouškou. Člověk s těžkou demencí je přítomen pouze fyzicky. Mluví se o *něm*, ale nikdo se *na něho* neobrací a když, tak většinou infantilním způsobem (...nazujeme bačkůrky, utřeme nosánek...). Tendence pečujících, hovořících za klienta je srovnávání s dřívější dobou (...byla vždycky upravená, čistá...), zato teď.(38)

U dementního člověka dochází k posunu mezi porozuměním a pomalejším procesem vyjadřování, činí mu velké potíže vyjádřit se. Komunikace s dementním seniorem předpokládá jeho poznání, jeho jméno, příjmení, prostředí z něhož přišel, zvyky, uspořádání dne, záliby, bývalou profesi, rodinné příslušníky. Práce s těmito klienty v domovech pro seniory i ústavech sociální péče předpokládá profesně vzdělané, erudované pracovníky pro tuto náročnou činnost. Součástí individuálního plánu dementní klienta v době adaptace i později, je určení stálého pracovníka s pozitivním přístupem, který má ve vědomí a nezapomíná, že demence je v podstatě útěk z reality, popírá přítomnost, aby její jedinec mohl žít dál, netrpěl depresemi a sebevražednými sklony. Jako by před strachem ze smrti utíkal do dětství.(38)

Při realizaci individuálního plánu usnadňující adaptační proces je třeba pomýšlet na :

- zachování v co největší možné míře jeho autonomie
- nevykonávat úkony, které zvládne sám za neho
- zabránit izolaci od ostatních lidí
- udržovat jeho dobrý vzhled (účes, nehty, oděv)
- nezapomínat na estetickou péči
- pokusit se stimulovat ho – chozením, manipulací s předměty, dávat oblíbená jídla, ukazovat fotografie, časopisy, knihy
- podporovat rodinu, její zájem
- přínosem je vlastnictví zvířete- zejména psa nebo kočky (canisterapie)

S dementním člověkem lze komunikovat, jen je nutné nalézt tu správnou cestu i když je jeho stav už vážný.

1.8. Klient a Domov pro seniory - rozhodnutí

Na rozhodnutí o nástupu klienta do domova pro seniory se podílí více faktorů ve vzájemné propojenosti. **(8)** K hlavním faktorům patří zejména: pohybová schopnost a

- dostupnost komunitních sociálních služeb
- pověst zařízení dlouhodobé ústavní péče o něž má klient zájem
- sebehodnocení a životní priority klienta
- jeho zdravotní stav – recidivy obtíží
- pokročilost věku
- obava z budoucnosti
- sociální podmínky (finanční, vztahové,)
- postoje a zájmy okolí (rodiny, sousedů, institucí)

Důvodem pro přijetí do dlouhodobé ústavní péče je:

- špatný zdravotní nebo psychický stav
- ztráta soběstačnosti v domácím prostředí
- vyčerpání adaptačních schopností a kompenzačních možností ke zvládnutí zhoršující se situace (pády, mobilita, demence)
- nedostatek finančních prostředků k úhradě nájmu, ztráta bydlení
- nezájem členů rodiny či jiných osob
- týrání seniora

1.8.1. Institucionalizace a adaptační syndrom klienta

K obecným jevům dlouhodobé ústavní péče patří *adaptační zátěž*, (40) která je násobená změnou *sociální role, autonomie* a budoucích perspektiv. Zátěž a rizika institucionalizace jsou dána především:

- neznalostí prostředí
- potkáváním nových lidí
- porušením mezilidských vazeb
- potlačením seberealizace
- ztrátou či ohrožením soukromí
- změnou sebehodnocení a budoucí perspektivy
- omezením nebo ztrátou kontaktů s rodinou, vnějším světem
- různými formami deprivace
- neprofesionálním, nevhodným jednáním personálu nebo spolubydlících

Celková *adaptace* klienta je snížena, probíhá delší dobu a je negativně pocíťována i při přestěhování do výhodnějších podmínek (lepší bydlení).

Doba potřebná ke zdomácnění v novém prostředí závisí na řadě okolností:

- na osobnosti klienta
- zdravotním stavu
- úrovni mentálních schopností
- okolnosti přestěhování
- spokojenosti v novém bydlení

Je však třeba počítat s měsíci až lety. Se změnou prostředí souvisí i „strach z neznámého“ a anticipační úzkost.**(10)**

V *první fázi adaptace* byla prokázána i zvýšená úmrtnost **(1)** a běžný je rozvoj či zhoršení psychosomaticky podmíněných chorob a příznaků. Těživá je situace nemocných s mírnou a střední formou syndromu demence. Kromě *stresu a úzkosti* hrozí *poruchy chování, bloudění, delirantní stavy „z přemístění“* s nepřiměřeným tlumením ze strany personálu. *Adaptace* může být pozitivně ovlivněna podporou orientace, bezbariérovou úpravou, *cílevědomě vedeným přijímacím procesem* a psychoterapeutickou podporou.

Ohrožení či ztráta autonomie představuje obdobný stresor. Zahrnuje ztrátu svobodného rozhodování o sobě samém (podřízení režimu daného zařízení včetně častého faktického omezení volnosti pohybu) i ztrátu soukromí a nerespektování teritoriality (vstupování personálu, sdílení prostoru s cizími osobami – spolubydlíci). „To je v povaze každého organizovaného kolektivu a žádná materiální, kulturní ani zdravotní výhodnost domova pro seniory (klasického DD režimového typu) nemůže tuto ztrátu nahradit , jak shodně potvrzují všechny vědecké poznatky“.**(28)**

Ztráta životní perspektivy a změna sebehodnocení je charakterizována obvykle jako „vědomí konečné stanice“ a ztráta identity. Osobitý jedinec se mění v anonymního řadového chovance. Přispívá k tomu i věková segregace, soužití s vrstevníky a s lidmi staršími mimo přirozenou společenskou strukturu.

Ztráta autentických hlubších kontaktů postihuje především klienty bez zázemí ve vlastní rodině (pravidelný kontakt, vzájemné návštěvy, sdílení událostí). Společenství

v domově pro seniory je sociálně rozptýlené. Chybí sblíživí období zájmů. Kontakty jsou nahodilé, vynucené společným sdílením prostoru, nevznikly ze vzájemných sympatií a ze svobodné volby. Je to kolektivizace bez skutečného kolektivu **(28)** Většina nově navázaných vztahů je povrchních, neutužených předchozím soužitím, navíc zatížených případnou vzájemnou konkurencí. Mohou se rozvinout dílčí projevy ponorkové nemoci **(46)**, narůstání únavy, snižování tolerance, podrážděnost na stereotypie okolí. Objevuje se vztahovačnost, ubývá vstřícnosti, očních kontaktů při setkávání i komunikace, přibývá obranných prvků v chování (obrana teritoria).

Deprivace, omezení smyslových vjemů, podnětů, nároků, kontaktů i komunikace, hrozí nejvíce *imobilním* klientům s deficitem vjemů a kontaktů. Klient může být somaticky vzorně ošetřen, ale po měsíce s ním nikdo nevede souvislý rozhovor nad rámec konverzačních frází a profesního ověřování zdravotního stavu. Chybějí i vjemy z vnějšího světa, např. když umístění lůžka znemožňuje dlouhodobě výhled z okna či když je oknem vidět nikoli do živého terénu, ale jen vzhůru do nebe.

I u pohyblivých klientů se však vyskytují *deprivační a maladaptivní* příznaky **(46)**:

- ztráta zájmu o okolí a sebe (neupravený zevnějšek)
- regrese s infantilním chováním
- zhoršování komunikace
- soustředění zájmu na náhradní uspokojování v oblasti elementárních potřeb (jídlo, spánek, vyprazdňování)
- stereotypní vedení konverzace
- prezentování stesků včetně přání nadměrné, nereálné délky spánku
- vyžadování hypnotik, projímadel, jiné stravy
- pohybové automatismy a stereotypie (bezmyšlenkovité přecházení po chodbě, či upravování a popotahování oděvu)

Často bývá takové chování považováno mylně za projev demence. Významná část obyvatel domova pro seniory bývá osobnostně pasivních, apatických, **(41)** může jít o kombinaci deprivace s celoživotním osobnostním rysem, který tyto obyvatele posléze přivedl do DD. *Zanedbaná deprivace přechází v trvalou deprivaci.*

V režimovém prostředí domova pro seniory se mění psychika a *stírá se osobnost* klientů. V rodině i v osamělosti se osobnost stárnoucího člověka přirozeně zvýrazňuje a dozrává. Ve vynuceném ústavním spoluzítí s vrstevníky, v přizpůsobování se a podřizování „řádu“ se naopak *individuálnost* stírá, klesá sebejistota a sebevědomí **(28)** K extrémům *maladaptace* patří *ostrakismus*, prožitek vyobcování, vyloučení.

Adaptace na ústavní prostředí ve smyslu hospitalismu **(46)** je popisována ve 4 fázích, jimž však předchází fáze seznamování a mnohdy konfrontace:

- seznamování, popř. konfrontace (porovnání, střetnutí)
- vnější přizpůsobení – podřízení zvyků a chování ústavnímu řádu
- vnitřní přizpůsobení – navazování vztahů, sbližování s lidmi, participace na dění
- slábnutí vazby na dění mimo ústav
- ztotožnění s ústavním prostředím – klient si nepřeje ústav opustit

Na rozdíl od krátkodobé nemocniční péče, dochází při dlouhodobé péči k různým poruchám zdraví seniorů.

1.8.2. Potřeby klienta, zákonitosti a nároky skupinového života

Obecná úskalí dlouhodobé ústavní péče v ČR byla zdůrazněna vystupňovaným paternalismem, včetně deformovaného důrazu na uspokojování bazálních biologických potřeb v duchu konzumně materialistického přístupu k životu. Velmi poučná je Matouškova práce o úskalích ústavní péče **(46)**, která se zabývá jak historickými kořeny

deformovaného pojetí „ústavního zabezpečení“, tak aktuálními zásadami a riziky této péče především z pohledu psychologického. Jako základní problém, jemuž je třeba čelit, zdůrazňuje *rozpor mezi zájmy a potřebami klienta na jedné straně a zákonitostmi a nároky skupinového života ústavní komunity na straně druhé*. Situaci mohou ještě zhoršovat ekonomicko – sociální situace poskytovatelů zdravotně sociální péče.

K významným nástrojům prevence negativních důsledků ústavní péče patří zájem o individuální lidské potřeby, jejichž strukturu vypracoval ve 40. letech 20. století A.H.Maslow v rámci konceptu humanistické a transpersonální psychologie, kterou dále rozvíjeli např. Maslowovi vrstevníci V.E.Framkl a C.R.Rogers.(35)

Lidské potřeby tedy lze rozdělit do tří vrstev:

- *potřeby základní* – biologické, pudové, zajišťující biologické přežívání jedince i druhu (obživa, vyhnutí se bolesti a nepohodě,, např. chladu, sexuální potřeby) – neuspokojení vede ke stresu, tělesnému utrpení a k chátrání
- *potřeby vyšší* – potřeby podnětů poznávání, konání, lidského kontaktu, komunikace, sounáležitosti, bezpečného zázemí, ale také autonomie a „soukromí mezi mnohými“, potřeby „někam patřit“, někým „být pozitivně přijímán“, být činný, zažívat srozumitelný úspěch, participovat na něčem – neuspokojení vede k deprivaci smyslové či emoční (izolace, vyobcování, nedostatek stimulů) a k frustraci
- *potřeby nejvyšší, nadosobní* – potřeby vztahující se ke smyslu života, k seberealizaci, k prospěšnosti, k souznění s nadosobními principy (vztah k Bohu, život v pravdě, služba společnosti či lidem,) – neuspokojení vede ke ztrátě smyslu života, k prázdnotě, nenaplněnosti, k úzkosti.

Čím křehčí, nemocnější a nezdatnější je klient, tím větší bývá pokušení personálu redukovat především v ústavním prostředí jeho potřeby na bazální biologickou úroveň – tedy na zajištění stravy, hydratace, tepla, na tlášení bolesti.(43) To však často nedostačuje

– dokonce ani u klientů umírajících či pokročile dementních. I oni často mají své vyšší potřeby, které bývají přehlíženy, potlačeny a zasuty bazální péčí, byť byla sebelépe myšlena. Takový přístup navíc vede ke zmíněnému odosobnění, k anonymizaci klienta, která dále usnadňuje paternalisticko – manipulační přístup ošetřujícího týmu (zvěcnění – člověk je ošetřován jako věc bez komunikace).

1.8.3. Příjímací proces do Domova pro seniory

Velmi náročnou fází pro klienta je jeho nástup do zařízení. Podle statistik je právě vlivem této změny prostředí v prvních týdnech a měsících nejvyšší počet úmrtí. To může být dáno pozdním či neindikovaným nástupem klienta ve špatném zdravotním stavu (např. překladem z nemocničního prostředí), ale také stresovým vlivem vlastního nástupu. Spolu s ostrakismem jde o extrémní projevy maladaptivního syndromu z *přemístění*, neboli azylového syndromu. K běžným adaptačním reakcím patří úzkostné reakce, změny chování, útlum (hypobulie, apatie) či agitovanost, emoční labilita, poruchy spánku (spavost i nespavost), psychosomatické projevy a zhoršení chronických zdravotních obtíží (bolesti, závratě, nechutenství, poruchy vyprazdňování, pocení). U dementních osob hrozí bloudění a delirium. **(46)**

Jakékoliv společenské služby a projekty pro seniory, mají-li být úspěšné a účelné, vyžadují důslednou individualizaci respekt k heterogenitě seniorské populace. **(14)**

Usnadnění adaptace by měl napomáhat přijímací proces zahrnující následující prvky: Dobrovolnost vstupu. Přijetí do domova pro seniory je možné pouze na písemnou žádost klienta (Žádost do ústavu sociální péče), což odpovídá sociálně – právním aspektům. Tím se klient vzdává vlastního bydlení. K akceptaci tohoto rozhodnutí je proto třeba, aby měl klient dostatek hodnověrných informací o zařízení. Nástup by tedy neměl být dobrovolný jen formálně, ale pokud možno i přesvědčením či alespoň vlastní vůlí a volbou. **(46)**

Pozn. S přijetím nového Zákona o sociálních službách je povinností všech ústavů sociální péče a domovů pro seniory vytváření standardů kvality sociálních služeb, jež mimo jiné

obsahují i pro klienta velmi důležité informace o druhu poskytovaných služeb, jejich realizaci, poslání a cílech zařízení, právech klientů aj.

Poučenost, znalost prostředí. Je výhodné, když klient zná prostředí do něhož nastupuje. V rámci zlepšení *adaptačního procesu a předcházení adaptačních potíží* je výhodné, poskytnout možnost několika denní adaptace formou návštěv. V zahraničí bývá uplatňován takzvaný frakcionovaný nástup – kdy klient stráví v zařízení určitý čas formou týdenního pobytu. V našich zařízeních, zatím, vzhledem k počtu pracovníků v přímé péči uplatnění této metody většinou není možné.

Podpora orientace v realitě a bezbariérovost prostředí (orientace v realitě znamená v prostoru a čase). Je důležité předcházet bloudění klientů, ztracení se, uvíznutím ve výtahu, s nezvládnutím a pochybováním, a naopak posilovat pocit jistoty a sebedůvěry. Je třeba odstraňovat anonymitu personálu – čitelné jmenovky na oblečení i na pracovních místech.

Zachování důvěrnosti, důstojnosti, lidské slušnosti, projevování zájmu a akceptace – přijímání klienta takového jaký je, bez předsudků a moralizování.

Přirozenost, domáckost prostředí včetně pokud možno civilního oblečení personálu a vytvoření podmínek pro kontakt s vnějším světem včetně celodenní dostupnosti telefonu pro klienty nevlastnící mobilní přístroj.

Informovanost o domácím řádu, o pravidelnostech života má být rovněž standardem každého zařízení. Pravidla by měla být ucelená, pochopitelná a pro klienty přijatelná. Měla by být vyvěšena tak, aby byl každý schopen tyto informace přijmout (u imobilních klientů možnost – brožury).

Předcházení šikaně, týrání a nevhodného zacházení jak ze strany personálu, tak ze strany klientů.

Důležitá je nabídka aktivit a cílevědomá práce s klientem již po přijetí. Důležitým aspektem je ustanovení kontaktní osoby – *klíčového pracovníka*-(sociální pracovník,

ergoterapeut, pracovník v sociální péči, zdravotní sestra), na něž se klient především během příjmové adaptační fáze prvních 2-3 měsíců může obracet s problémy nad rámec běžných kontaktů s ostatními pracovníky. Osobní vztah pomáhá proti pocitu ztracenosti, bezmocnosti, stesku a smutku. Důležité je stanovení a dodržení pevného harmonogramu pravidelných schůzek.(41)

Nástupní, sociální šetření, které je prováděno ještě v domácím prostředí, po podání žádosti o umístění v domově pro seniory. Sociální šetření má být prováděno sociálním pracovníkem zařízení o které má klient zájem a mělo by obsahovat : - osobní setkání pracovníka a klienta, stanovení priorit, přání, zájem o služby, očekávání, schopnost pohybu, omezení a možnost podpůrných prostředků, poznání psychického stavu klienta (event. stanovení stupně demence), posouzení orientace v čase, prostoru, osobou, seznámení s možnými riziky pro klienta, vytvoření budoucího sociálního zázemí (u koho může očekávat v případě krizí a nouze podporu), očekávání a obavy klienta z nástupu a po něm.

Všechny tyto skutečnosti mají sloužit k přípravě a zpracování *individuálního plánu* klienta k jeho integraci, autonomii a soběstačnosti.

K realizaci těchto aspektů je vždy zapotřebí smyslupná dokumentace bez formálních náležitostí, vedená podle zásad ochrany osobních dat a citlivých informací, přístupná všem pracovníkům, klientovi i rodinným příslušníkům klienta.(45)

Dokumentace zahrnuje :

- pohovor z období před nástupem do zařízení (v rámci sociálního šetření a všechny zjištěné informace
- jméno klíčového pracovníka (patrona klienta) a jeho poznatky
- nástupní rozhovor
- hodnocení jednotlivých pracovníků v ošetřovatelství, fyzioterapii aj.

- testovací metody :

MMSE –Mini-Mental State Examination, takzvaný Folsteinův test, kde se jedná o poměrně jednoduchý test, dobře využitelný právě v této praxi. Spolehlivě určuje střední a těžkou demenci, nikoli demenci počínající a lehkou. Skládá se ze 30 bodů, které hodnotí, které hodnotí 10 funkcí: orientaci, zapamatování, pozornost a počítání, výbavnost paměti, pojmenování předmětů, opakování věty, třístupňový příkaz, čtení a vyhovění příkazu, psaní a obkreslování podle předlohy.(15)

Test kreslení hodin (clock drawing test), hodnotí se celistvost nakresleného číselníku, správné, požadované nastavení ručiček

ADL – activities of daily living (dotazník aktivity všedního života), tento koncept vychází z přesvědčení, že u klientů se závažnou disabilitou není životně rozhodující míra zlepšení zdatnosti ve smyslu síly, ale funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti. Proto se zde hovoří o ucelené rehabilitaci, která postihuje nejen vlastní deficit, ale také podpůrné faktory tělesné a také vlivy psychosociální. Není zaměřena na poruchu, ale na znevýhodnění, na tělesné a sociální fungování. Bazální ADL se týkají sebeobsluhy. Hodnotí se přemísťování z lůžka do křesla, chůze kolem lůžka, používání toalety, kontinence, koupání, jezení, oblékání. Alternativní *Barthelův index* zahrnuje navíc hodnocení chůze a stoupání do schodů.(15)

IADL – Philadelphia Geriatric Center IADL Scale je instrumentální tes ADL, týkající se složitějších činností, které umožňují nezávislou existenci, tedy plnou soběstačnost : nakupování,, vaření, vedení domácnosti, hospodaření s penězi, telefonování.(15)

Průběžné hodnocení adaptačních fází s přípravou a vytvářením individuálního adaptačního programu – na jehož zpracování se podílí.

1.8.4. Podpora aktivit pro úspěšnou adaptaci seniora v instituci

Příchod seniora a jeho adaptace v dlouhodobé ústavní péči je jednou z nejrizikovějších životních událostí.(46) K úspěšné adaptaci může pomoci včas objevená, správně nabídnutá a individuálně chtěná činnost, která pomůže zachovat kontinuitu života s možností zapojení rodinných příslušníků a tím zabránění zpretrhání kontaktů. Je příležitostí k sociálnímu začlenění , přivádí seniora zpět do komunity, nabídne nové příležitosti k poznávání, sebepoznávání, přináší radost, útěchu a potěšení pro všechny zúčastněné. Stává se tak důležitým faktorem kvality života seniorů žijících v instituci. Tato činnost je *prevencí maladaptace* a psychosomatických komplikací.(44)

Faktory podporující aktivitu seniorů v adaptačním období:

- pravdivé informace o novém prostředí, seznámení klienta již během přijímacího procesu s jeho nejbližším prostředím (kde má lůžko,kam si může uložit své osobní věci, nejbližší soukromí prostor)
- možnost vybavení osobního prostoru svými věcmi, podle svých představ,
- kam bude chodit na toaletu a kde je koupelna
- kde si může připravit své vlastní jídlo
- odkud může telefonovat
- kam si může pozvat hosty
- kde najde svého lékaře či sestru
- kdo a kde je člověk na kterého se může obrátit se svým přáním, stížností či žádostí o pomoc

To vše je důležité k udržení vlastního potenciálu sebezpečí v rámci určitých možností, pro pocit jistoty a bezpečí.(40)

- Dalším faktorem po rozhovoru s klientem a jeho rodinou je zhodnocení samostatnosti ve svém původním, domácím prostředí, co dokázal sám a co zajišťovala rodina, co je schopen si sám ještě naplánovat a realizovat. Přitom je možné vhodným způsobem použít nástroje pro měření funkčního potenciálu (ADL,IADL,MMSE)(15) nebo provést komplexní geriatrické hodnocení. Celý tento hodnotící proces by měl být společným hledáním vnitřních možností člověka, které mu pomůžou zaplnit smysluplně své dny v instituci.
- Důležité je nalezení prostoru pro seznámení a vytvoření vztahu mezi novým obyvatelem , pracovníky zařízení a zvolení vhodného pracovníka, který je rádcem a oporou v tíživé situaci seniora.
- Přínosem je zapojení rodinných příslušníků, tak aby se rodina stala spolutvůrcem podpůrného a stimulujícího prostředí.
- Důležité jsou informace o možnostech náplně volného času – nabídka připravených programů, klubové aktivity, tělovýchovné aktivity včetně možnosti rehabilitace, knihovna a vzdělávací aktivity, kavárna, kino, internet, možnost návštěv kadeřníka či pedikúry, o akcích mimo zařízení. Informace o možnosti pracovní příležitosti, při vytváření estetického prostředí.(45)
- Vytvoření prostředí bez bariér s usnadněním orientace, zajištění bezpečí pomocí bezpečnostních systémů ve výtazích a systémů nouzové signalizace na pokojích, vytvoření zákoutí pro setkávání lidí (kde mohou vzpomínat, prohlížet fotografie nebo konat malé rodinné oslavy).

- Dalším faktorem podpory adaptace je vytvoření vhodného psychosociálního klimatu, prostředí vstřícnosti, podpory a radosti s prevencí sociální izolace, selhání a neúspěchu a nabídkou přijetí, podpory a pomoci.
- Nabídnout programy, které jsou výzvou, vyvolávají zvědavost a zájem, dávají příležitost naučit se něčemu novému, vytvořit něco pro sebe, své blízké, někomu pomoci, pobavit se, posedět a popovídat si a nebo také nedělat nic.

Významným faktorem je pravidelné hodnocení jeho spokojenosti s náplní života, s činnostmi, kterými se zabývá, ptát se, co postrádá a čeho je moc, kde jsou jeho možnosti a v čem potřebuje pomoc a podporu

1.8.5. Akceptace člověka s demencí a jeho adaptační programování aktivit

Snaha modulovat průběh demence cvičením paměti a kognitivní rehabilitací přivede pečující osobu k trvalému kontrolování a vychovávání seniora. Důsledkem toho je stres, zklamání z neúspěchů, únava, nejistota, konflikty. V těchto případech je třeba usilovat o důstojnost, spokojenost, a autonomii postiženého. O jeho ochranu před zbytečným strachem, úzkostí, a studem.(4) Porucha paměti způsobuje, že lidé s demencí se ztrácejí v čase, v prostoru, ve vztazích, v pojmech i sami v sobě . Potřebují proto vnímat lidský hlas a dotek, které „nic nechtějí“, „k ničemu nemotivují“, jen uklidňují. Je třeba snažit se tomuto světu porozumět. Tyto seniory je třeba brát takové jací jsou, včetně jejich změn, výpadků a problémů, dát jim srozumitelně na vědomí, že jsou nadále *přijímáni*, nikoli doživotně kontrolováni a trénováni.

Demence omezuje člověka v jeho schopnosti plánovat a řídit svoje činnosti, popřípadě se naučit něčemu novému(5). Nemocný je dlouho schopen vztahovat se ke svým hodnotám, rozlišit dobré a zlé, je schopen mít svůj názor a nabídnout radu, držet se své myšlenkové linie, i když se okolí může zdát absurdní – v ústavním zařízení se předpokládalo, že dopravní značka „Stop“ zastaví člověka s demencí přede dveřmi, jimiž nemá procházet. Na dotaz, co ta značka znamená, však odpověď zněla, „znamená

to, že nejdříve zastavíš a pak můžeš jít. I člověk v pokročilém stavu demence je schopen vnímat a prožívat, reagovat zklidněním a projevy slasti na příjemné podněty, na projevy lásky a empatie, na lidský hlas, vůni či pohlazení stejně jako neklidem či problémovým chováním, nebo naopak stažením a depresí na špatné zacházení, na vnitřní nepohodu, úzkost a nejistotu. Poruchy pozornosti vedou k neschopnosti začít či skončit určitou činností nebo provést rozhodnutí. Poruchy vnímání a prostorové orientace vedou k neschopnosti rozpoznat předměty nebo osoby, najít smysl a tvar v neuspořádaném kontrastním prostředí, k nesprávnému užívání předmětů, k nesprávné interpretaci gest, k problémům v rozlišování, k dlouhému hledání správné cesty.(5)

Je hrubá chyba domnívat se, že demence je o „hlouposti, prázdnotě a zlobení“. Svět demenčních lidí mívá překvapivě mnoho úzkosti, podivné logiky a obranných rituálů. Zgola zhuštěně prezentuje pocity lidí s demencí následujícím způsobem: „Stále máte přání a energii, abyste něco udělal, ale nějak se vám to už nedaří. Něco začnete a věci se zvrtnou. Někdy po vás lidé chtějí, abyste něco udělal, a vy nevíte jak začít. Říkají o vás, že jste zlenivěl. Máte pocit, že vás nechávají mimo, nic neřídíte, neovlivňujete, nikdo vás nepotřebuje. Představte si, jak byste se cítili, kdyby se vám hlavou stále honily myšlenky jako ztracený, zbytečný, ustrašený, bezcenný, závislý, smutný, bez vlády nad sebou, jako nějaký nikdo“.(36)

Cílem zodpovědně připraveného a citlivě reagujícího programování aktivit adaptačního procesu u klientů s demencí je nabídka činností a životních zkušeností, které by obnovily pocit sebe sama jako ceněné, zodpovědné, milované a milující bytosti. (37) Jelikož každý člověk je unikátní osobnost, musí být programování plánováno individuálně. Programy aktivit musí čerpat z celého spektra činností všedního dne stejně jako z událostí, které jsou svou povahou zvláštní.

Cíle programování aktivit u lidí demencí jsou stejné, jako u ostatních lidí: podporovat v člověku vše, co zůstalo zachováno, nabízet a dopřát senioru všechny činnosti, které měl rád a které je schopen zvládnout. Pro člověka s demencí je důležité mít roli, být členem lidské skupiny, patřit někam a být zde ceněn a respektován.(18)

Programování aktivit v adaptační fázi u klienta s demencí je nutné vždy za spolupráce rodinných příslušníků či známých . Úvodní přípravné fáze k nástupu do domova pro seniory jsou ideální za pomoci pracovníků pečovatelské služby, domácí péče či domovinek nebo možnosti postupné adaptace několika hodin či dnů pobytu v zařízení, kam dotyčný klient nastoupí. Adaptační programy by měly navazovat na zjištěné, utříděné informace, které jsou základem pro vytváření individuálních plánů každého klienta k prevenci či zmenšení následků

2.Cíle práce

Hlavní cíl práce:

Zjistit psychické a fyzické změny jedince v průběhu 6 týdenního adaptačního procesu v domově důchodců s individuálně plánovanou péčí a aktivizací zaměřenou na potlačení negativních projevů adaptace.

Dílčí cíle:

1. Zjistit negativní projevy adaptace u klientů v době 6-12 týdnů po nástupu do domova důchodců.
2. Zjistit reakce klientů na individuálně plánovanou péči a aktivizaci v době adaptace.
3. Zjistit reakce klientů s poruchami chování na individuálně plánovanou péči v době adaptace.

3. Metodika

Zvolila jsem kvalitativní výzkum jehož podstatou a cílem je porozumění danému problému a vytváření teorie. Někteří z autorů zabývajících se touto tematikou volí kvalitativní výzkum pro porozumění lidem v různých sociálních situacích i situacích denního života.(14),(40)

Charakteristika souboru:

Základní soubor:

Klienti přijatí do Domova důchodců v Unhošti v průběhu roku 2006, velikost základního souboru byla 49 seniorů (35 žen a 14 mužů).

Výběrový soubor:

1. Klienti přijatí do domova důchodců s neporušenými kognitivními funkcemi, soubor čítal 43 seniorů.
2. Klienti přijatí do domova důchodců s diagnózou: střední a těžká forma demence, soubor seniorů s porušenými kognitivními funkcemi měl velikost 6.

U všech klientů byly podle zvyklostí vypracovány individuální plány péče a aktivit v prvních dnech po přijetí do domova. Podkladem pro individuální plán péče byly anamnestické údaje, rozhovor s klientem a rodinou, ošetřovatelské a lékařské zprávy.

Jako metodika byla použita:

1. technika

zúčastněného pozorování
analýza dokumentů

2. metoda

kazuistiky

Technika – *zúčastněného pozorování* byla prováděna v kategorii „pozorovatel jako participant“ (nezávislý člen v sociální interakci). Zúčastněné pozorování bylo prováděno formou „záznamů“ událostí, rozhovorů, *analýzou dokumentů* a jejich *interpretací*.⁽⁶⁾ Získané informace byly zaznamenávány a analyzovány. Byla zpracována „Obsahová kategorizace informací získaných zúčastněným pozorováním a analýzou dokumentů.“

Obsahová kategorizace informací získaných zúčastněným pozorováním:

Získané obecné informace:

- počet přijatých klientů do domova důchodců v roce 2006 (ženy, muži)
- počet přijatých klientů se střední a těžkou formou demence k počtu klientů bez porušených kognitivních funkcí
- počet klientů zemřelých v době adaptace v porovnání s předchozími lety
- měsíce s nejvyšším počtem nástupu klientů do domova důchodců
- měsíce s nejnižším počtem přijatých klientů do domova důchodců
- komunikace s druhými lidmi
- nezávislost klienta na druhých osobách v době přijetí do zařízení
- soběstačnost a schopnost instrumentálních činností v době přijetí do zařízení
- změna kognitivních funkcí v době přijetí do zařízení
- poruchy chování v době přijetí do zařízení
- výskyt psychických poruch v adaptační době
- vznik psychické desorientace v adaptační době (žádná, krátkodobá, dlouhodobá)
- verbální i neverbální agresivita vůči ostatním lidem (žádná, občasná, častá)
- kvalita spánku (spánek klidný, poruchy spánku – insomnie) v adaptační době
- kvalita spánku (spánek klidný, poruchy spánku – insomnie) po adaptační době
- bloudivost klientů s diagnostikovanou demencí (denní, noční)

- výskyt bloudění u klientů s neporušenými kognitivními funkcemi v době adaptace
- emoční projevy klientů s demencí v době adaptace (smutek, rozčilení, zhoršení komunikace, deprese)
- emoční projevy klientů s neporušenými kognitivními funkcemi v době adaptace (smutek, rozčilení, zhoršení komunikace, deprese)
- vznik negativních tělesných projevů v době adaptace u klientů s demencí (inkontinence, pády, nevědomé opuštění zařízení, zhoršení celkového zdravotního stavu)
- vznik negativních tělesných projevů v době adaptace u klientů s neporušenými kognitivními funkcemi (inkontinence, pády, zhoršení celkového zdravotního stavu)
- konzultace odborného lékaře - psychiatra pro negativní psychické projevy klientů v době adaptace
- hospitalizace v psychiatrické léčebně jako následek adaptačního syndromu
- následná medikační terapie u klientů s adaptačním syndromem (hypnotika, sedativy, anxiolytika, antidepresiva)

2. Metoda – *kazuistiky*(52) jako popis vlivu změn prostředí na klienta nemocného těžkou demencí Alzheimerova typu.

Kazuistika

Kazuistika byla vybrána jako kvalitativní metoda, ucelená, studie jedné osoby. Výběr osoby byl zaměřený na typický, ale méně se vyskytující případ v klasickém zařízení typu domova pro seniory. Úlohou kazuistiky je popis případu a na něm založená hluboká, intenzivní analýza a podrobná interpretace případu.

Výběr problému a stanovení cíle

Aktuální stav dané problematiky , získání důležitých informací a jejich interpretace dává možnost opatření použitelných v současné praxi. Metoda kazuistiky umožňuje zaznamenat existenční situaci jednotlivce v praxi.

Cíl práce

1. Rozpoznat ohrožení klienta v souvislosti s projevy Alzheimerovy demence v adaptační fázi po přijetí do Domova pro seniory, potřebu bezpečí a autonomie.
2. Zpracování kazuistiky
3. Návrh opatření pro praxi

Výběr metodiky

Metoda kazuistiky byla vybrána pro možnost podrobné analýzy jejích jednotlivých částí, interpretace se snahou o pochopení nejdůležitějších jevů případu.

Výběr případu

Výběr osoby pro kazuistiku byl záměrný pro složitost adaptace klientky.

Způsob získávání informací

Primárním zdrojem informací byl nestrukturovaný rozhovor s klientkou, nejbližšími příbuznými, pozorování pracovním týmem Domova a jako sekundární zdroj byla použita zdravotnická dokumentace (lékařské zprávy)

Popis struktury kazuistiky

Kazuistika je komplexní, obsahuje tuto strukturu:

1. anamnézu
2. popis případu (katamnézu)
3. interpretaci výsledků

Autentické vyjádření klientky je uvedeno v uvozovkách a zvýrazněné odlišným typem písma.

Maladaptační syndrom u klientky s Alzheimerovou demencí

Anamnéza

73- letá klientka byla přijata do domova pro seniory dne 3.března roku 2005. Pobyt v přirozeném, domácím prostředí nebyl možný ani s využitím služeb poskytujících domácí péči. Zařízení typu stacionáře či Domovinky rovněž nevyhovoval. Příčinou byla rychle se rozvíjející senilní demence Alzheimerova typu.

Diagnostika

U klientky byla diagnostikována senilní demence Alzheimerova typu na základě opakovaného vyšetření lékařem psychiatrem, testovacích metod a výpovědi nejbližších rodinných příslušníků se kterými v poslední době klientka žila v jedné domácnosti.

Přijetí klientky do domova seniorů

Nástup klientky byl klidný i při celkové, těžké desorientaci místem, osobou i časem. Klientka byla upravená, čistá, rovnala si věci ve skříni, na stolku, neustále něco uklízela. Nebyla však schopná souvislého sdělení. Při otevírání skříně byla přesvědčena, že otevírá svoji kancelář. Rodina ji navštěvovala ze začátku, po dobu jednoho týdne téměř každý den. Součástí návštěv rodiny byly venkovní procházky a společné posezení u kávy.

Po týdnu časté návštěvy ustávaly, kontakt s rodinou se omezoval na telefonické dotazy :“Jak se klientce daří“. V rámci adaptačního procesu byl v prvních dnech po přijetí s klientkou vypracován MMSE (Mini-Menta State Examination) test s výsledným skóre 15 bodů (patologický nález, demence mírného až středně těžkého stupně).

3 týdny po přijetí

Po třech týdnech přes snahu zaměstnanců o individuální přístup (vytvoření individuálního adaptačního plánu) ke klientce docházelo opakovaně k přivolání lékaře psychiatra pro vzrůstající neklid, zmatenost a několikeré opuštění zařízení až k silné agresivitě vyvíjené vůči ošetřujícímu personálu i okolním klientům. Při

opětovném vyšetření MMSE testu bylo tentokrát výsledné skóre 9 bodů (demence středního až těžkého stupně). Několikrát byla změněna medikační terapie, negativní stav se však prohluboval až ve fyzické napadení zdravotní sestry.

Hospitalizace v psychiatrické léčebně

Lékař doporučil hospitalizaci klientky v psychiatrické léčebně zejména k nastavení odpovídající medikační terapie a tím ke stabilizaci zdravotního stavu klientky.

Rodina i přes takové zhoršení zdravotního stavu nebyla klientce k dispozici. Komunikace probíhala formou telefonických informací. Zájem rodiny slábl. V psychiatrické léčebně pobyla klientka dva měsíce.

Po návratu z psychiatrické léčebny do domova seniorů

Po 2 měsíční hospitalizaci a návratu nebylo patrné žádné zlepšení zdravotního stavu. Byl zaznamenán váhový úbytek, skleslost, deprese. Opět docházelo k dennímu i nočnímu bloudění po chodbách, svlékání se, přemísťování věcí jiných klientů, verbálnímu napadání klientů, inkontinenci a fyzické agresivitě vůči jiným osobám. Medikační léčba nastavená v psychiatrické léčebně nebyla účinná, rodina neprojevovala zájem, individuální práce zaměstnanců s klientkou neměla výsledky. Po agresivním jednání, kdy došlo k hození talíře po zaměstnanci bylo po opětovné dohodě s psychiatrem použito chemické restriktivní opatření a klientce byl naordinován tlumící lék Apaurin a Thiapridal.

Druhá hospitalizace v psychiatrické léčebně

Pro další projevy zhoršování celkového stavu byla klientka znova přeložena do psychiatrické léčebny, odkud byla po opětovné 2 měsíční terapii propuštěna zpět do Domova seniorů.

Návrat do Domova seniorů

Propuštěna z psychiatrické léčebny byla v kompenzovaném stavu s odpovídající medikací. Byla klidná, posedávala, reagovala pozitivní mimikou, bez známek

úzkosti. Stále se přesvědčovala, že zde (tím myslela pokoj) musí zůstat. V objektivním vyjádření lékařské terminologie – obraz těžké demence.

Stav klientky po 6 měsících

Klientka byla pod stálou medikací sedativy. Subjektivně však usměvavá, spokojená, neustále chodící po oddělení, bez snahy opustit zařízení. Snažila se vysvětlit, že nikoho nemá : *“Já jsem tam dala, nikdo, no to není možné, jak já jen to.”* Byly znatelné hrubé poruchy paměti, řeč rozpadlá : *„Já tam našla, no tak co jsem.“* Afektivita je však již vyrovnaná.

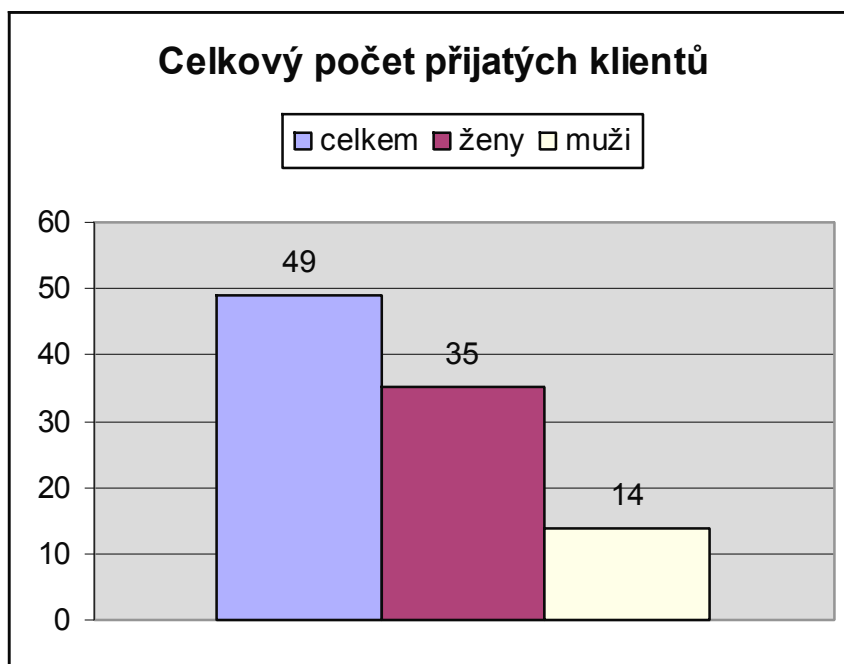
V této době dochází k celkové adaptaci klientky.

Zhodnocení výsledků

Bylo zjištěno, že v průběhu prvních 2 týdnů po přijetí klientky do Domova seniorů i přes individuální plán pracovníků přímé péče Domova došlo k výraznému zhoršení celkového zdravotního stavu , zejména po ztrátě zájmu rodiny. I přes intenzivní psychiatrickou medikační terapii byla nutná opakovaná hospitalizace v psychiatrické léčebně. Proces celkové adaptace klientky na změnu prostředí probíhal tedy v časovém rozmezí 6 měsíců. Po této době se celkový zdravotní stav klientky stabilizoval.

4. Výsledky

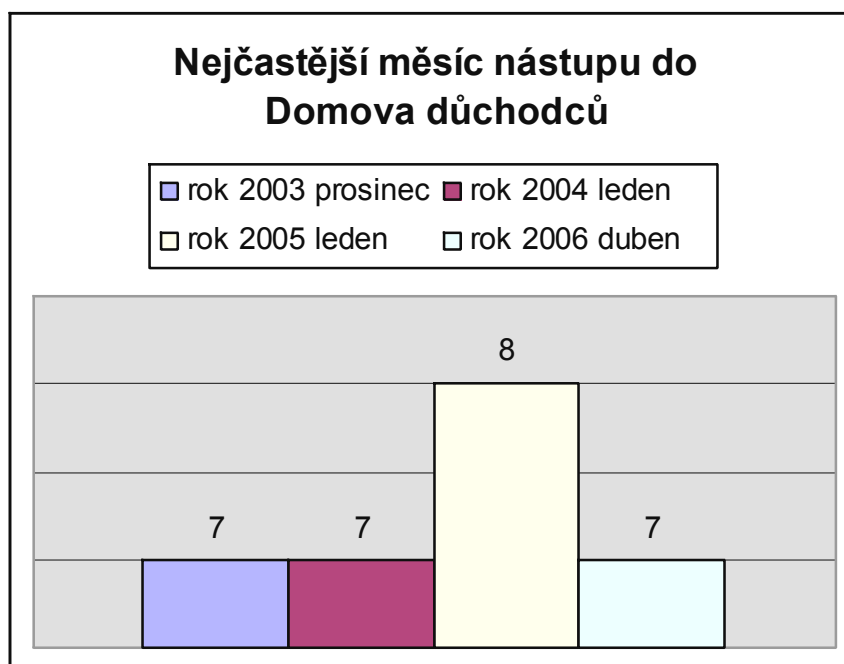
Graf č.1 Celkový počet klientů přijatých v roce 2006 do Domova důchodců Unhošť
(v absoltuních hodnotách)



(Zdroj-vlastní výzkum)

Celkem bylo v roce 2006 přijato a pozorováno 49 klientů, z nichž bylo 35 žen a 14 mužů.

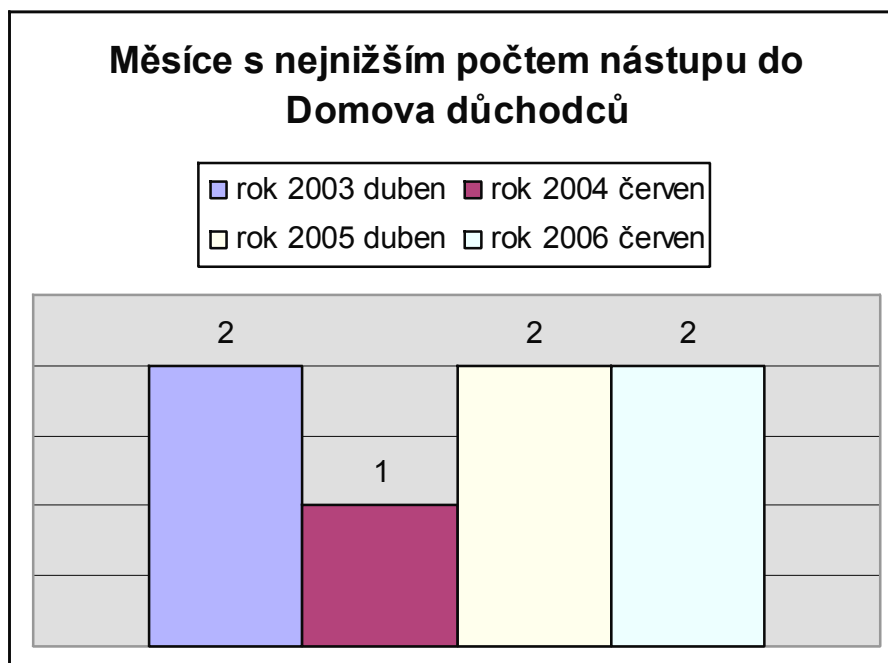
Graf.č.2 Nejčastější měsíce nástupu seniorů do Domova důchodců v Unhošti při analýze let 2003 - 2006 (v absolutních hodnotách)



(Zdroj – vlastní výzkum)

Nejčastějšími měsíci nástupu seniorů do domova důchodců byly zimní měsíce. V roce 2003 nastoupilo v prosinci 7 klientů, v roce 2004 v lednu 7 klientů, v roce 2005 v lednu 8 klientů a v roce 2006 v dubnu 7 klientů.

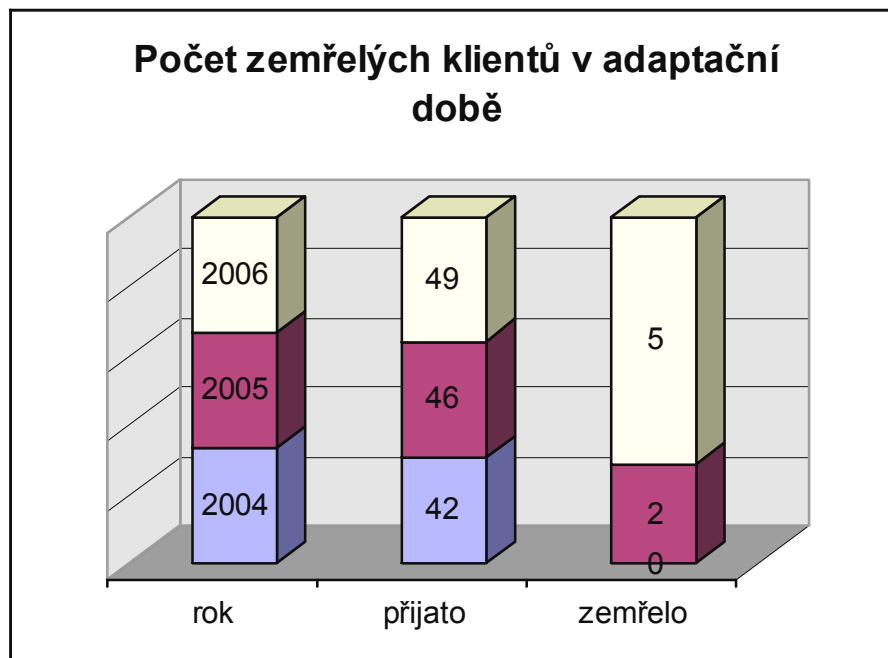
Graf č.3 Měsíce s nejnižším počtem nástupu klientů při analýze let 2003-2006
(v absolutních hodnotách)



(Zdroj – vlastní výzkum)

Za měsíce s nejnižším počtem nástupu klientů do domova důchodců byly zjištěny jarní měsíce. V roce 2003 měsíc duben a nástup 2 klientů, v roce 2004 měsíc červen s nástupem 1 klienta, v roce 2005 měsíc duben s nástupem 2 klientů a v roce 2006 měsíc červen s přijetím rovněž 2 klientů.

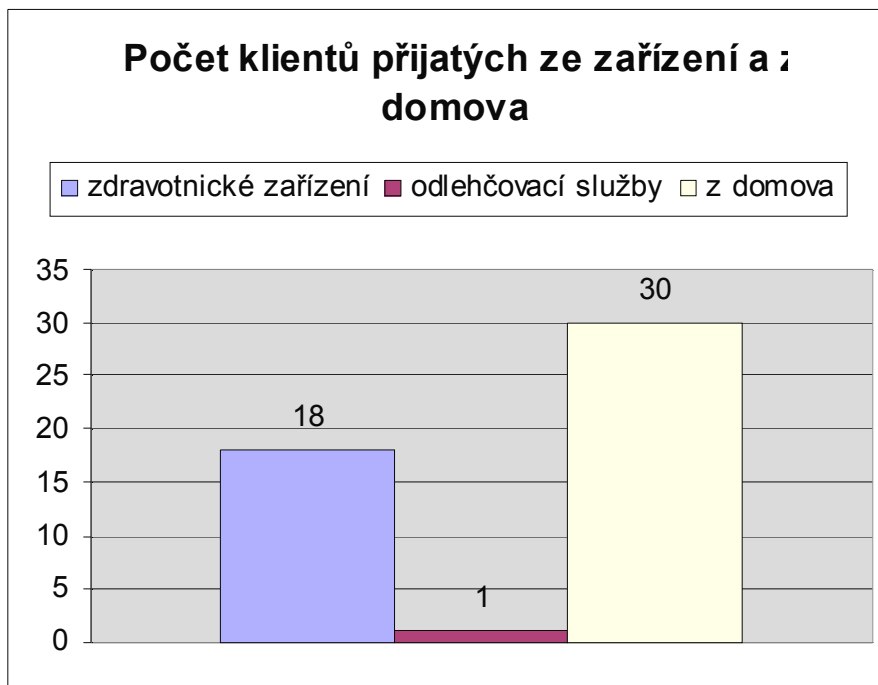
Graf č.4 Počet klientů zemřelých v adaptační době při analýze let 2004-2006
(v absolutních hodnotách)



(Zdroj – vlastní výzkum)

V roce 2004 bylo přijato 42 klientů z nichž v adaptační době nedošlo k žádnému úmrtí, v roce 2005 bylo přijato 46 klientů z nichž 2 zemřeli v adaptační době a v roce 2006 bylo přijato 49 klientů z nichž 5 zemřelo v adaptační době.

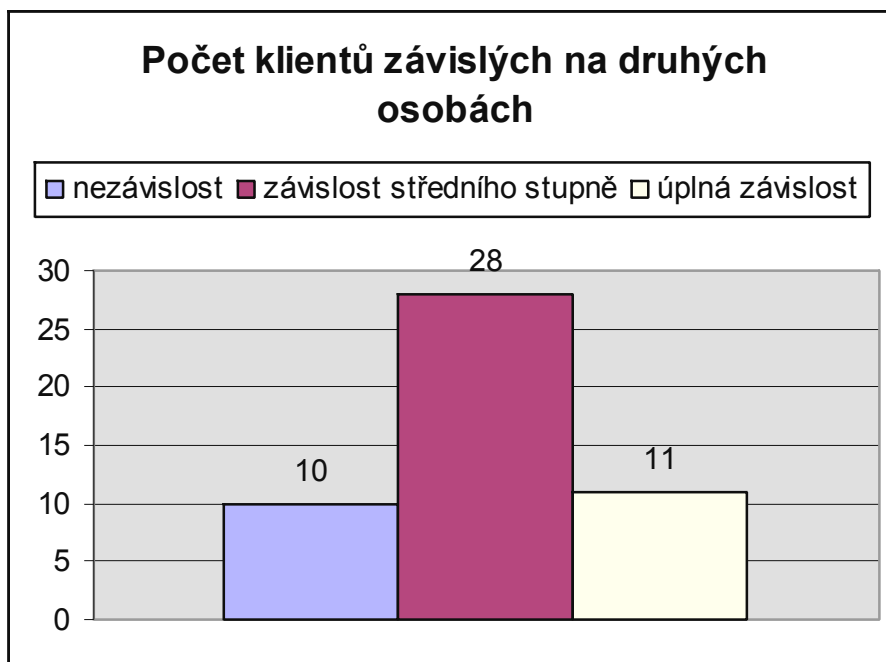
Graf č. 5 Počet klientů přijatých ze zdravotnických zařízení a domácího prostředí (v absolutních hodnotách)



(Zdroj – vlastní výzkum)

Nejvíce seniorů bylo přijato z domácího prostředí v počtu 30 klientů, 18 klientů bylo přeloženo ze zdravotnických zařízení a 1 klient ze zařízení poskytující odlehčovací služby.

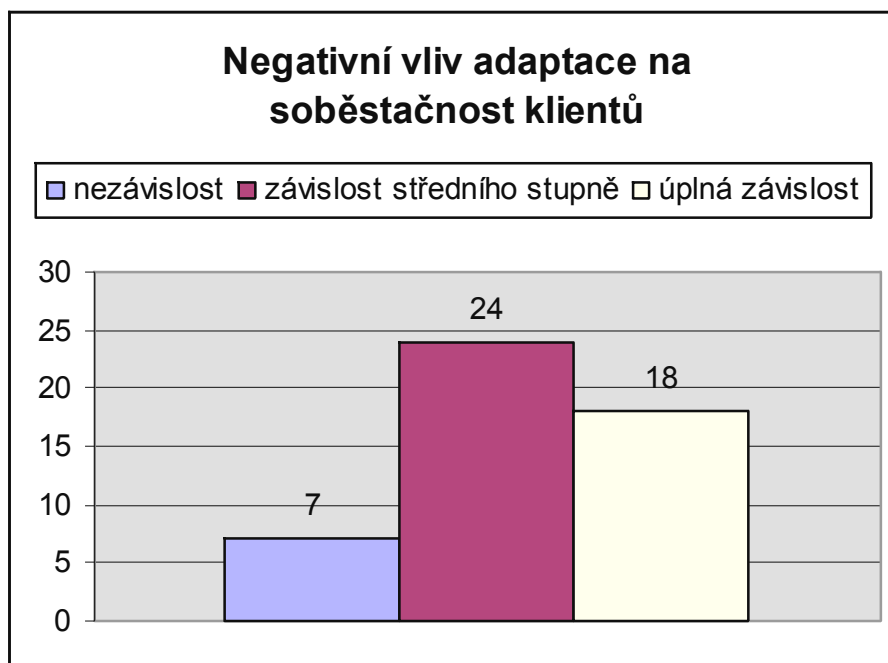
Graf č. 6 Stupeň závislosti na druhých osobách při přijetí do domova důchodců
(v absolutních hodnotách)



(Zdroj – vlastní výzkum)

V době nástupu do domova důchodců bylo 10 klientů zcela nezávislých na druhých osobách, 28 klientů bylo se závislostí středního stupně a 11 klientů bylo přijato s úplnou závislostí soběstačnosti na druhých osobách.

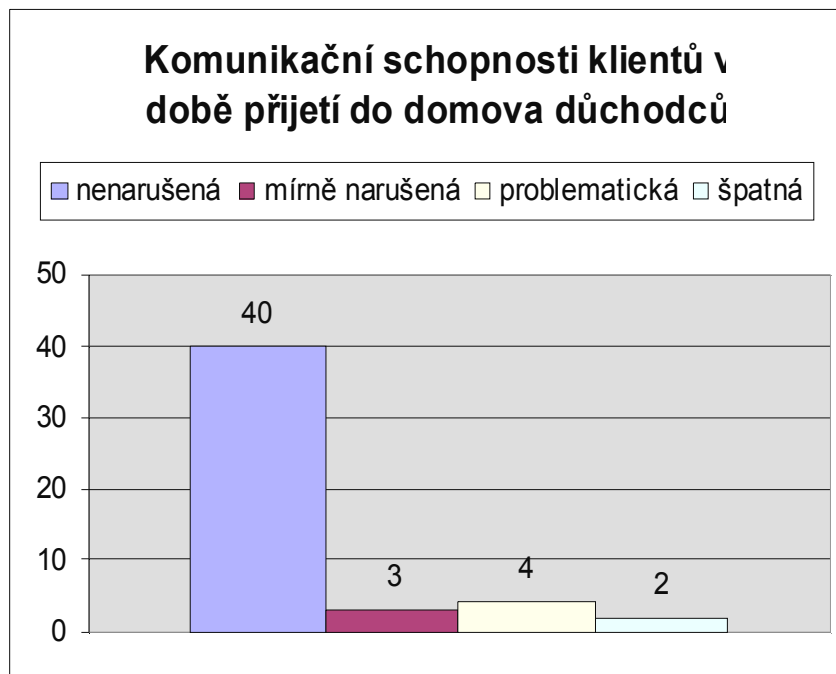
Graf č. 7 Negativní vliv adaptačního procesu na soběstačnost klientů
(v absolutních hodnotách)



(Zdroj – vlastní výzkum)

V průběhu adaptační doby došlo u 18 klientů ke zhoršení zdravotního stavu s následnou úplnou závislostí na druhých osobách, u 24 klientů se projevila závislost středního stupně a 7 klientů zůstalo zcela nezávislých na druhých osobách.

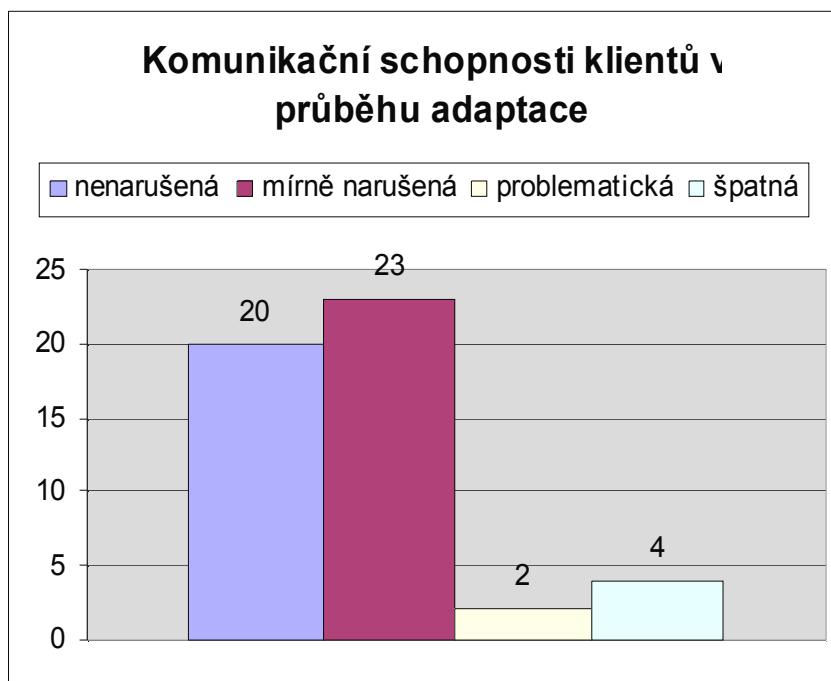
Graf č. 9 Komunikační schopnosti klientů v době jejich přijetí do Domova důchodců
(v absolutních hodnotách)



(Zdroj – vlastní výzkum)

Celkem bylo přijato 40 klientů s nenarušenou schopností komunikace, 3 klienti s komunikací mírně narušenou, 4 klienti s problematickou a 2 klienti celkově špatnou komunikací.

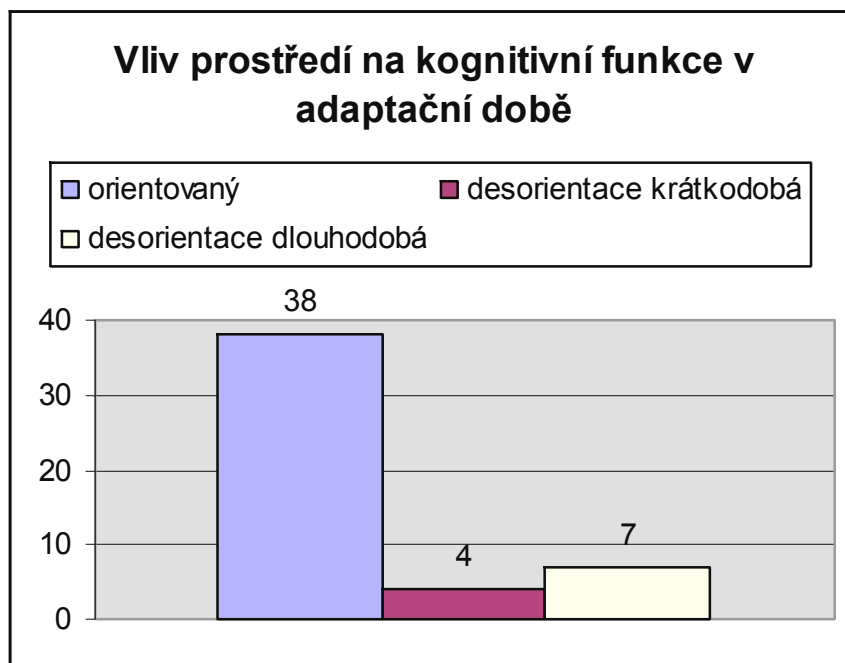
Graf č.10 Komunikační schopnosti klientů v průběhu adaptačního procesu
(v absolutních hodnotách)



(Zdroj – vlastní výzkum)

V průběhu adaptační doby došlo k mírnému narušení komunikačních schopností u 20 klientů, problematická komunikace byla se 2 klienty, u 2 klientů došlo ke zhoršení komunikace ve špatnou s celkovým počtem 4 klientů.

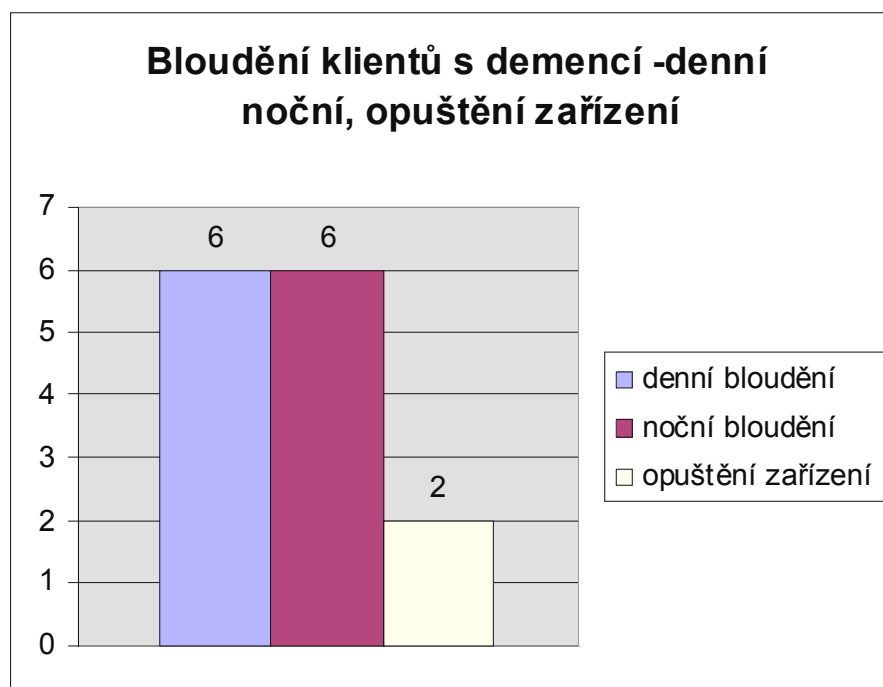
Graf č.11 Vliv prostředí na kognitivní funkce klienta v adaptační době
(v absolutních hodnotách)



(Zdroj – vlastní výzkum)

Z celkového počtu 49 přijatých klientů nedošlo u 38 klientů ke změnám kognitivních funkcí, u 4 klientů došlo ke krátkodobé desorientaci a u 7 klientů k desorientaci dlouhodobé.

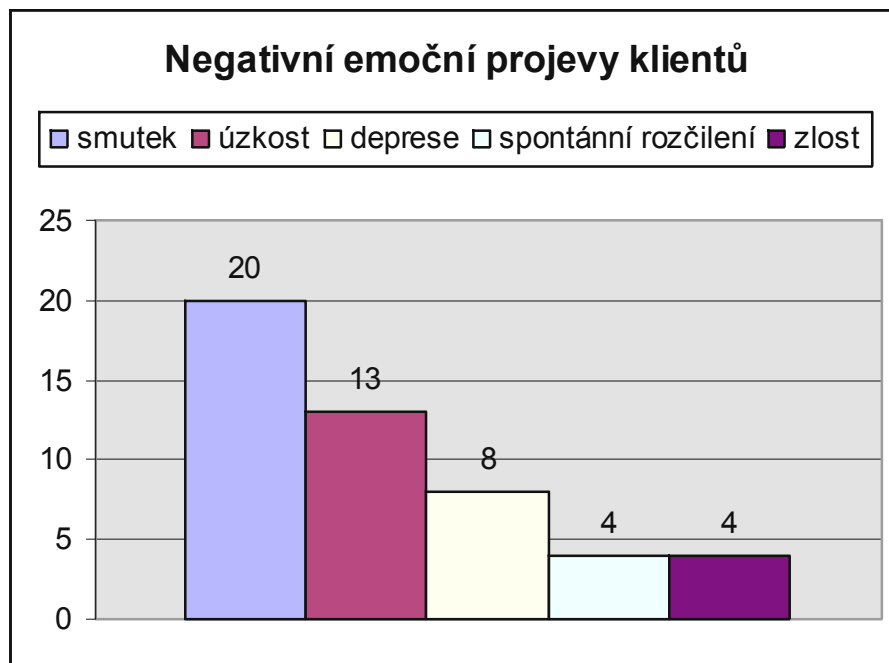
Graf č. 12 Blouďení klientů se střední a těžkou formou demence v adaptační době (v absolutních hodnotách)



(Zdroj – vlastní výzkum)

U všech 6 přijatých klientů se střední a těžkou formou demence bylo zaznamenáno denní i noční blouďení, ve 2 případech opuštění zařízení.

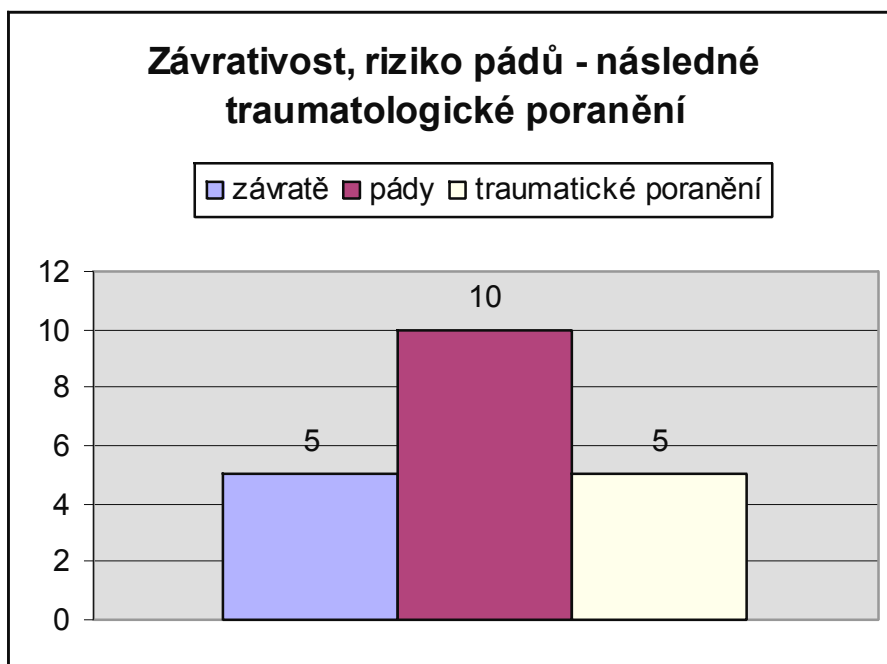
Grafč.13 Negativní emoční projevy v průběhu adaptace(v absolutních hodnotách)



(Zdroj – vlastní výzkum)

Jako nejčastější negativní emoční projev u klientů s neporušenými kognitivními funkcemi byl pozorován smutek – u 20 klientů, - úzkost u 13 klientů a deprese u 8 klientů. U klientů s demencí byl pozorován častý výskyt spontánního rozčilení a zlost.

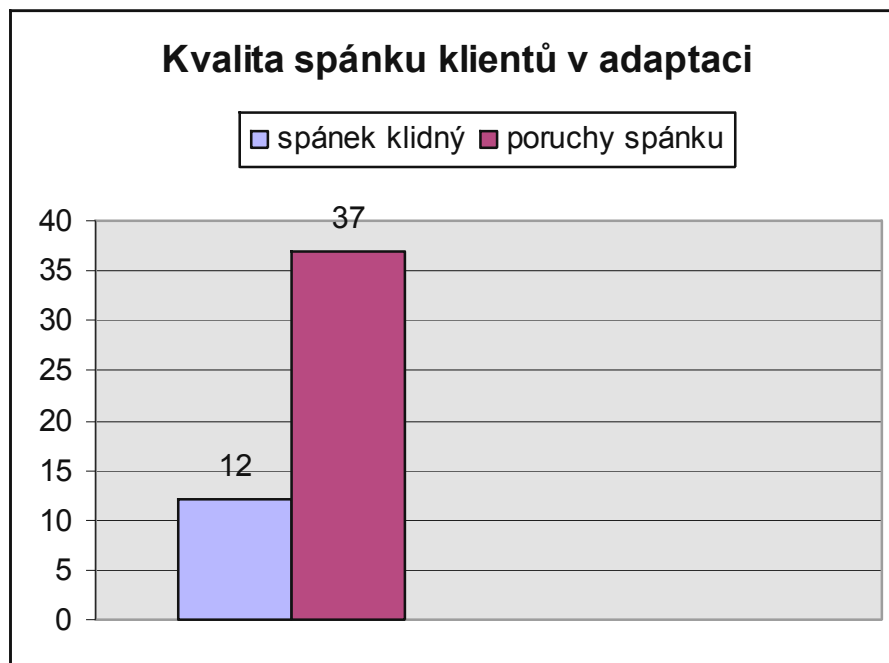
Graf č.14 Riziko vzniku závrativosti a pádů u klientů v adaptační době
(v absolutních hodnotách)



(Zdroj – vlastní výzkum)

V průběhu adaptační doby byly u 5 klientů zaznamenány závrativé stavy, u 10 klientů došlo k pádu z nichž u 5 bylo potřebné ortopedické ošetření poranění.

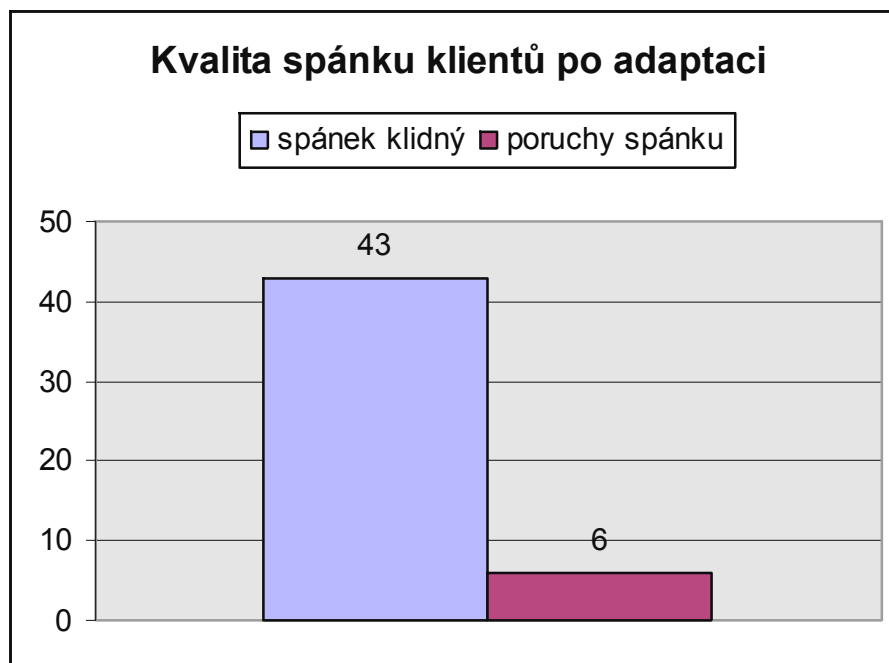
Graf č. 15 Kvalita spánku klientů v adaptační době (v absolutních hodnotách)



(Zdroj – vlastní výzkum)

V průběhu adaptační doby nedocházelo k poruchám spánku u 12 klientů, u 37 seniorů byly zaznamenány různé poruchy spánku.

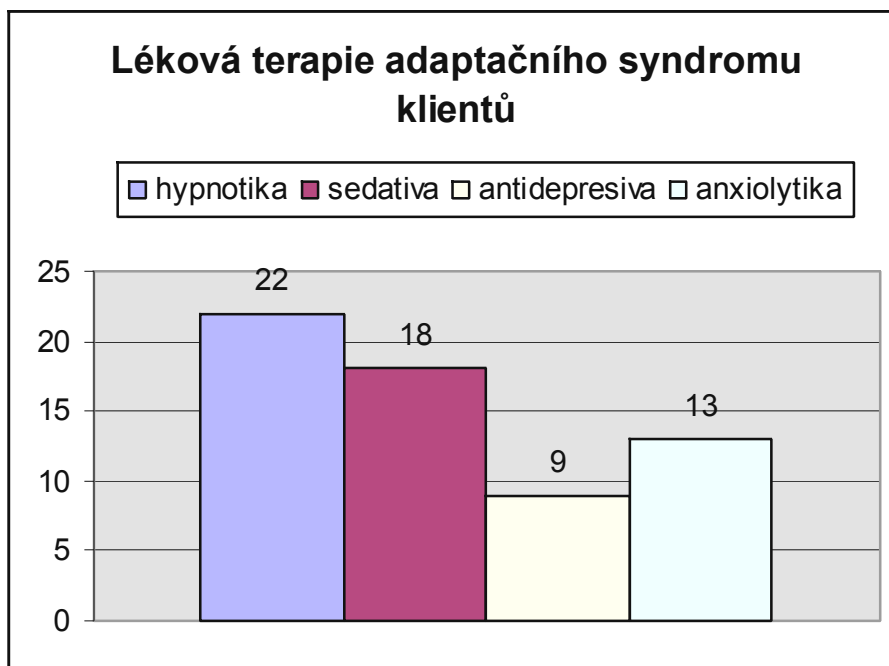
Graf č.16 Kvalita spánku klientů po adaptační době (v absolutních hodnotách)



(Zdroj – vlastní výzkum)

Po uplynutí adaptační doby přetrvávaly poruchy spánku u 6 klientů. Jednalo se zejména o klienty se střední a těžkou formou demence.

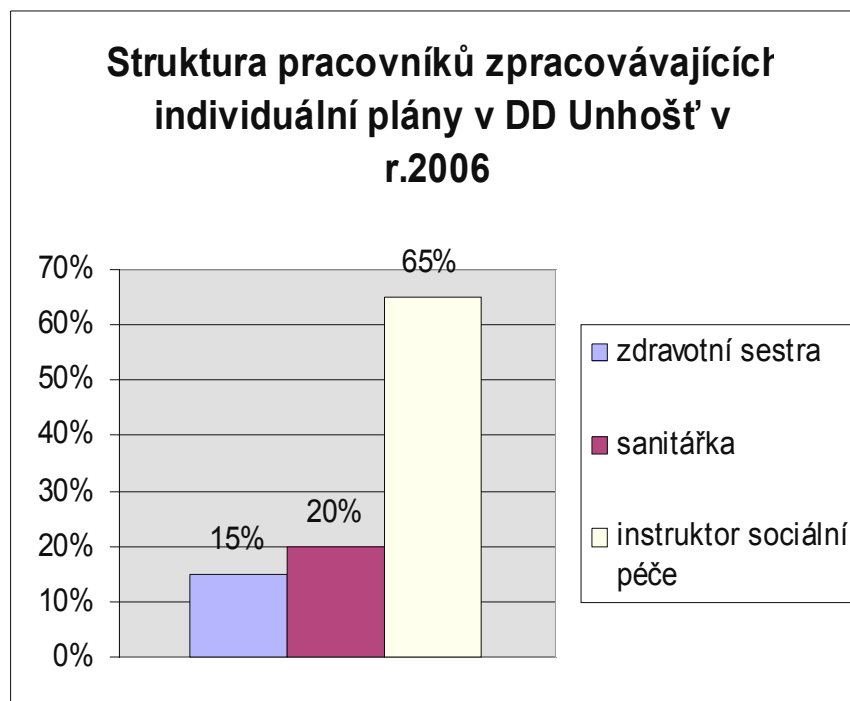
Graf č. 17 Léková terapie klientů s adaptačním syndromem(v absolutních hodnotách)



(Zdroj – vlastní výzkum)

Nejčastěji podávaným lékem u klientů s adaptačním syndromem byla hypnotika k léčbě poruch spánku u 22 klientů, u 18 klientů byly podávány léky se sedativním účinkem, vyvolávající zklidnění a u 9 klientů antidepresiva. V případě 13 klientů byla podávána anxiolytika k odstranění úzkostných stavů.

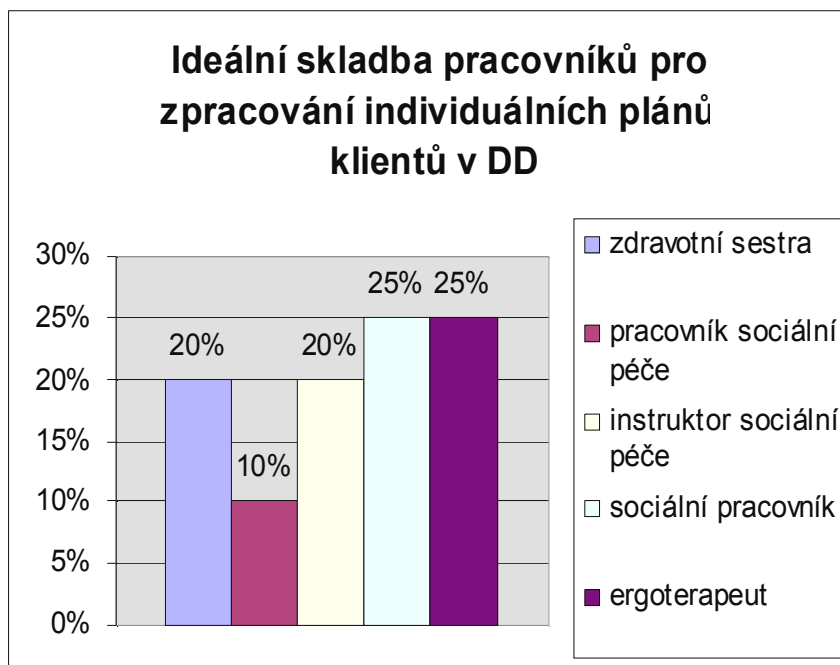
Graf č.18 Struktura pracovníků zpracovávajících individuální plány v Domově důchodců Unhošť v r.2006 (v procentech)



(Zdroj – vlastní výzkum)

Na vypracování individuálních plánů péče a aktivit v časně době po přijetí klienta se podíleli v 65% zdravotní sestry, ve 20% sanitáři a v 15 % instruktoři sociální péče.

Graf č.19 Ideální skladba pracovníků pro zpracování individuálních plánů a aktivit seniorů v domově důchodců (v procentech)



(Zdroj – vlastní výzkum)

Pro zpracování individuálních plánů péče a aktivit klientů by byl ideálním poměrem pracovníků – ve 20% zdravotní sestra, 10% pracovník sociální péče, 20% instruktor sociální péče, 25 % sociální pracovník a ve 25 % ergoterapeut.

(Pozn.z praktické zkušenosti)

5. Diskuse

Na otázku, jak se lze nejlépe přizpůsobovat změnám, které stárnoucí člověk prožívá, odpovídají různé teorie, a z nich se proto také odvozují různé zásady duševní životosprávy, stylu života i péče o jedince ve třetím věku, zvláště pak v souvislosti s životní změnou prostředí, kdy je člověk nucen z určitých důvodů opustit svůj domov a vyměnit jej za zařízení sociální péče.

Při svém výzkumu jsem na základě pozorování zjistila, že nelze zcela jednoznačně určit dobu adaptace klientů v domově důchodců podle běžných teoretických údajů, protože adaptační proces je u každého klienta úzce specifický, osobní a záleží na mnoha dalších okolnostech, které k dobré adaptaci či rozvoji adaptačního syndromu přispívají. V diskusi proto uvádím, že adaptační proces se u klientů po přijetí do domova důchodců zaznamenává po dobu 6 – 12 týdnů, avšak v případě klientů s těžkou demencí může celková doba adaptace probíhat až 6 měsíců, kdy doba pozorování je pracovníkem posuzována a zaznamenávána po celou potřebnou dobu adaptace - uvedená kazuistika.

Doktor Kalvach uvádí, že klíčový význam pro jedince má „*schopnost adaptace*“.
(14) Již ze samotného tématu vyplývá široká problematika seniorů, kteří z jakéhokoli důvodu byli nuceni změnit své přirozené prostředí domova za zařízení poskytující pobytové sociální služby a tím zcela změnit svůj dosavadní životní styl, zvyklosti, své místo u okna, výhled na ulici i letité kontakty se svými sousedy, často i proto, že nejsou dostatečně řešeny společenské příčiny umístění seniorů chyběním optimálního řešení problému ve společenské komunitě.(46)

Na základě výsledků získaných pozorováním zcela souhlasím s Matouškem, že v seniorském věku je výskyt adaptačního syndromu v prvních týdnech po přijetí do domova důchodců častým negativním projevem pobytu v zařízení.“(46). K prevenci adaptačního syndromu v prvních 6-12 týdnech po přijetí do pobytového zařízení přispívá , kromě jiného, i „individuálně plánovaná péče o klienta včetně různých aktivit“. Tato plánovaná péče slouží k dosažení určitých cílů klienta směřujících k jeho spokojenosti, samostatnosti a integraci do společnosti v domově důchodců. Individuální plánování péče je podmíněno získáním maximálních informací o klientovi,

zvláště pak u jedince s těžkými formami demence. V případě nedostatečného množství informací povrchního charakteru a obecného pohledu, z nichž je plán zpracován jen proto aby „byl zpracován“ nemá takový individuální plán žádný význam, může spíše uškodit. Pracovník s všeobecným, direktivním přístupem ke klientům, bez potřebné empatie a znalosti psychiky seniorů, neumožní využít předností pečlivě zpracovaných individuálních plánů a tím potlačení adaptačního syndromu. Z výzkumu vyplynulo, že u všech 49 přijatých klientů do Domova důchodců v Unhošti byl na základě vzájemných sympatií „klient – pracovník“ určen vždy jeden, odpovídající zájmu seniora, jehož povinností bylo odpovídající plán individuální péče a aktivit zpracovat. Jak již bylo uvedeno, individuální plán péče a jeho zpracování znamená znalost problematiky seniorů z holistického pohledu, znalost rizikových faktorů vedoucích k rozvoji maladaptačního syndromu(14), psychická, sociální a biologická rizika syndromu, který snižuje kvalitu života a zároveň ovlivňuje morbiditu a mortalitu starých lidí. Problémem zůstává nedostatek erudovaných, vzdělaných pracovníků, kteří jsou schopni tuto náročnou a důležitou činnost provádět. Což značí, že mnohdy tyto plány zpracovávají zaměstnanci bez odpovídajícího vzdělání, tedy i bez správného pohledu na problematiku vlastní adaptace.

V průběhu adaptační doby (při analýze let 2004 – 2006) došlo u přijatých klientů v roce 2006 k nárůstu úmrtí oproti předchozím letům.(graf č.4) Zdůvodnění lze najít v prodlužující se věkové hranici - do zařízení se přijímá stále více klientů ve věkové hranici nad 80 let, větší počet klientů s imobilitou a náročnou ošetrovatelskou péčí. U těchto klientů se poskytuje plánovaná individuální péče v rámci ošetrovatelského procesu. Změna prostředí u klientů s náročnou ošetrovatelskou péčí nevyvolává ve většině případů tak velké obranné pochody. Neschopnost a nechuť měnit zažitý způsob a podmínky, pocity méněcennosti, sebeobviňování a přehnaný egocentrismus.(14) V období adaptačního procesu klienta je pro zvládnutí přechodu z domova do ústavu rozhodná „příčina“ opuštění domova.

V roce 2006 bylo do Domova důchodců v Unhošti(graf č.1) přijato 49 klientů, z toho 35 žen a 14 mužů. 18 klientů bylo převzato ze zdravotnického zařízení, většinou z takzvaných následných lůžek, 1 klient ze zařízení poskytující odlehčovací služby a 30 klientů z domácího prostředí.(graf č.5) Ze získaných informací bylo zjištěno, že

nejtěžší průběh adaptace byl u klientů přijatých z domácího prostředí. V okamžiku rozhodování seniora o podepsání žádosti do domova důchodců a tím naplnění „obávaného“ je stávající prostředí rozhodující. Nemocniční prostředí nemá ochranný rám domova a klient se snáze poddává okolnostem, podléhá tlaku naléhající rodiny či zdravotníků.

H 1: Na rozvoji adaptačního syndromu se podílí prostředí, ze kterého klient do domova důchodců přichází.

Z pozorování vyplynulo, že velmi těžký průběh adaptace byl u 6 klientů se střední a těžkou demencí, z nichž 2 ženy byly diagnostikovány jako těžká senilní Alzheimerova demence, což dokazují 2 nevědomé útoky ze zařízení. V případě útěku dochází zřejmě u klientů s demencí k vybavení určitých vzpomínek minulosti. V této souvislosti se mohou provádět testy, které zjišťují tzv. mentální mapy,⁽⁶⁾ (jsou vhodné zejména pro doplnění informací při zpracování individuálních plánů seniorů), které mimo jiné skutečnosti mohou přinést i informace o tom, kde senior rád žil, bydlel, chodil do školy, i koho miloval. Je hrubá chyba domnívat se, že demence znamená „hloupost, prázdnotu a zlobení“. Svět lidí s demencí mívá překvapivě mnoho úzkosti, podivné logiky a obranných rituálů.⁽³⁷⁾ Tito klienti ve většině případů pobývali po několik dlouhých měsíců v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, psychiatrických léčebnách, někdy i na takzvaných sociálních hospitalizacích a přivykli ošetrovatelským rituálům. Kalvach považuje za příčinu adaptačního syndromu různé důvody: hospitalizace, respitní pobyty ve zdravotnickém či sociálním zařízení.⁽¹⁵⁾

Při důležitém, životním rozhodování seniora o změně domova za sociální zařízení a tím i vlastní průběh adaptace je rovněž rozhodující příčinou osamělost. O tom svědčí *nejčastější měsíc nástupu* klientů (při analýze let 2003 – 2006) do sociálního zařízení. (*graf č.2*) Zjistila jsem, že nejvíce seniorů přichází do domova důchodců v měsíci lednu a prosinci. V rozhovorech senioři uvádějí jako častou příčinu – nedostatek otopu, zimu a osamělost. U těchto klientů nedocházelo k rozvoji maladaptačního syndromu. Individuální plány péče byly naplněny aktivitami, zájmem a vlastním začleněním do

okolní společnosti. Integrace takovýchto klientů byla bez potíží. Z celkového počtu 49 klientů byli z tohoto důvodu přijati 2.

U klienta přijatého *ze sociálních příčin* jako je ovdovění či ztráta hybnosti v období zimy může být průvodním jevem depresivní syndrom projevující se jako „krátká nebo prodloužená depresivní reakce. (2) Vyplývá to z faktu, že již samo podzimní a zimní období přináší ve spojení se zátěží sociálního charakteru u některých osob depresivní ladění s potřebou návštěvy odborného lékaře – psychiatra, a následnou antidepressivní medikací.

Za měsíce s *nejnižším počtem nástupu* klientů při analýze let 2003 - 2006 (*graf č.3*) byly zjištěny měsíce – květen a červen, kdy dochází k jarnímu oteplování a ukončení topné sezóny. Rodiny své seniory často odvázejí na letní prázdniny do svých domovů nebo venkovských chalup. U seniorů nastupujících do zařízení v letních měsících je průběh adaptace poměrně lehčí vlivem denního svitu, delšího dne, množství slunce, možností procházek a různých aktivit pořádaných zařízením v okolní zahradě.

Po přijetí seniora do sociálního zařízení je velmi důležitá snaha o úspěšné a rychlé překonání počátečního, vzrušujícího období – poplachové reakce (40), aby se období aktivní adaptace co nejdříve ustálilo. Důležitým aspektem v přijímacím procesu byla proto oblast komunikace s klientem. Podaří-li se pracovníkům domova navázat vhodný a odpovídající kontakt s klientem, získat jeho důvěru, probíhá adaptace mnohem příznivěji. Zjistila jsem, že ve většině případů probíhá komunikační proces přijatých klientů bez potíží nebo s malými obtížemi. Z celkového počtu 49 seniorů byla při přijetí do domova důchodců komunikace u 40 klientů nenarušená, běžná, u 3 klientů mírně narušená, u 2 klientů problematická, a 4 klientů špatná. (*graf č.9*) V průběhu adaptační doby (*graf č.10*) došlo k mírným komunikačním změnám u 20 klientů a u 2 klientů se maladaptace projevila jako celková kognitivní dekompenzace. Mírně narušená komunikace se projevila zejména mlčením, nedůvěrou, a sociální úzkostí. Důvodem narušené komunikace v adaptační době je pro seniora nesmírně důležitá ztráta autonomie, schopnosti vést život podle vlastních představ. (14) Problematická komunikace se vyznačovala častým nepochopením klienta, co se od něho žádá, a velmi špatná komunikace se vyznačovala nechápavostí, zlobným projevem, společensky nepřiměřeným jednáním, postupně se zhoršujícím v závislosti na probíhající adaptaci a

progredující demenci. U těchto klientů byla diagnostikována střední a těžká forma demence. U člověka s demencí dochází k posunu mezi porozuměním a pomalejším procesem vyjadřování, činí mu velké potíže vyjádřit se.(38) Předpokladem v komunikaci s tímto klientem je znalost jeho jména, příjmení, prostředí, z něhož přišel, uspořádání dne, záliby, bývalou profesí, rodinné příslušníky a další osobní vlastnosti klienta. K individuální práci u těchto seniorů je proto předpoklad profesně vzdělaných, erudovaných pracovníků s pozitivním přístupem, který má ve vědomí a nezapomíná, že demence je v podstatě útěk z reality, který popírá přítomnost, aby její jedinec mohl žít dál, netrpěl depresemi a sebevražednými sklony.(40) Při realizaci *individuálního plánu péče* usnadňující adaptační proces jsem zjistila, že je nutné pomýšlet na:

- zachování v co největší možné míře jeho autonomie
- zabránit izolaci od ostatních lidí
- udržovat jeho dobrý vzhled
- podporovat rodinu a její zájem
- přínosem je využití dobrovolníků nebo stále častěji využívané canisterapie

Současně jsem zjistila, že individuální plán péče a aktivizace u těchto klientů musí být připraven svědomitě, s maximálním poznáním osobnosti a zvyků klienta, aby efekt byl pozitivní. V případě špatně vypracovaného plánu, výběru nedostatečně informovaného pracovníka, bez znalosti problematiky demence může přispět ke zhoršení celkového stavu klientů. Jsem proto přesvědčena, že ke klientům s demencí je nutno přistupovat nedirektivně, se zájmem a trpělivostí. Důležitým momentem je ponechání klidu na „rozkoukání se“, „přivyknutí prostředí zrakem, hmatem“, poznání klientových pozitivních i negativních stránek osobnosti, chování a změn od norem běžného chování. Po takovémto „rozkoukání se“ je mnohem snazší a účinnější zpracování plánu další péče klienta včetně dalších aktivit.

H 2: Individuální plánování péče a aktivit v prvních dnech po nástupu do domova důchodců může vyvolat negativní reakce u klientů s demencí.

K obecným jevům dlouhodobé ústavní péče patří *adaptační zátěž*, která je násobena změnou sociální role, autonomie a budoucích perspektiv.(46) Zjistila jsem, že v souvislosti se změnou prostředí dochází u klientů ve většině případů třeba jen k minimálnímu zhoršení některé z psychických nebo tělesných funkcí vzhledem k soběstačnosti a schopnosti provádění instrumentálních činností. Ze 49 přijatých klientů(*graf č.6*) bylo v době nástupu do zařízení 10 osob zcela nezávislých na pomoci druhých, což znamená, že důvodem přijetí byly zejména sociální příčiny – vdovství, ztráta bydlení, osamělost. 28 klientů se závislostí středního stupně a 11 klientů s úplnou závislostí na druhých osobách. Z výsledků pozorování jsem zjistila (*graf č.7*), že v adaptační době došlo u 3 seniorů nezávislých na druhých osobách během adaptační doby ke zhoršení soběstačnosti – vyžadovali pomoc při celkové hygieně, obstarávání osobních záležitostí i manipulaci s penězi. U klientů se závislostí středního stupně se počet zhoršení stavu zvýšil o 4 klienty a se stupněm úplné závislosti se zvýšil počet o 7 klientů, z nichž 6 bylo s diagnostikovanou demencí.

V oblasti psychických poruch byla zjištěna progredující tíživá situace u klientů se střední a těžkou formou demence, kdy kromě stresu a úzkosti byly pozorovány i poruchy v chování, časté denní i noční bloudění, (*graf č.12*) paranoidní ladění vyznačující se zvýšenou vztahovostí při vzniklých problémech ve vzájemné komunikaci s klienty i pracovníky zařízení, zvýšená agitovanost projevující se psychomotorickým neklidem a zvýšeným poptáváním po určitých činnostech, které však klient nebyl schopen vzhledem ke svému zdravotnímu stavu provádět .

Z pozorování vyplynulo, že rovněž v průběhu adaptační doby došlo u 4 klientů s neporušenými kognitivními funkcemi ke krátkodobé desorientaci (1 týden) a 7 klientů k dlouhodobé desorientaci (4 týdny), způsobené adaptačním syndromem. Vzniklá desorientace se projevovala zhoršováním komunikace, soustředěním zájmu na náhradní uspokojování v oblasti elementárních potřeb – jídlo, spánek, vyprazdňování. Po určité době došlo u těchto klientů k upravení psychického stavu. Kalvach (14) uvádí možný výskyt halucinací, které jsem však u pozorovaných klientů nezaznamenala.

Výskyt agresivních sklonů byl zaznamenán u jedné klientky ve formě verbálního i neverbálního napadání druhých lidí bez ohledu na rozlišení zaměstnance nebo klienta. Verbální napadání bylo podmíněno například: usednutím na židli u stolu, kde klientka

stolovala, vstupem do dveří pokoje, neverbální napadání bylo vyvoláno dotekem jiné osoby, upozorněním na neupravený nebo špinavý oděv. Mírná verbální agresivita je u klientů v adaptační době poměrně častá, její zdůvodnění nacházíme v neznalosti prostředí, řádu domova, který je nucen senior dodržovat, množstvím cizích lidí, které nikdy neviděl, a řadou nových povinností, které mu vyplývají ve společenství v nové komunitě.

V průběhu adaptační doby byla pozorována rovněž kvalita spánku.(*graf č.15*) Ve stáří často dochází k posunutí cyklu spánků – bdění i k různým poruchám spánku. U 12 seniorů nedošlo k výrazným poruchám spánku vyvolávajícím potřebu použití hypnotik. U těchto klientů byla občasná nespavost řešena snahou o nefarmakologický přístup upravením denního režimu nebo jeho okolí (odstranění silně tikajících hodin nebo světelných hodin, které mohou být příčinou nočního buzení). U 37 seniorů byly pozorovány poruchy spánku – nejčastěji se jednalo o takzvané insomnie, kde buď převládá porucha usínání s častým probouzením i v noci, nebo naopak dobré usínání s velmi časným probouzením s neschopností dospat.(15) Druhotně mají poruchy spánku za následek převrácení denního rytmu a následné usínání během dne u jídelního stolu, na chodbách nebo ve společenských místnostech.

Při zpracování individuálního plánu péče je potřebná znalost spánkových poruch seniorů, rovněž jejich možné odstranění nebo zmírnění nefarmakologickou cestou. Velmi výhodné je, když se klienti naučí relaxovat za pomoci psychoterapeutických technik, které pomáhají k odstranění nejistoty, snížení hladiny úzkosti a strachu.(14) Relaxace je možná pouze u klientů bez demence. U dementních klientů je výhodné strukturovat jejich denní činnost tak, aby nebylo narušeno usínání a rovněž nedocházelo k usínání na chodbách zařízení během dne.

Z pozorování bylo rovněž zjištěno, že po uplynutí adaptační doby došlo u 6 klientů k odstranění spánkových poruch a navození běžného spánkového režimu.(*graf č.16*)

Bylo zjištěno, že dalším negativním následkem „přemístění“ z domova do sociálního zařízení u klientů s formou střední a těžké demence dochází ke vzniku delirantních stavů a velmi častému již výše zmiňovanému „bloudění“.(15) V této fázi dochází ke ztrátě vnímání prostoru, zapomnětlivosti, až k „nevědomému opuštění zařízení.“ Bloudění v denní době bylo zaznamenáno u všech 6 přijatých klientů s demencí.(*graf*

č.12) K nevědomému opuštění zařízení v denní době došlo u 2 klientek. Odchod jedné z klientek ze zařízení nebyl nikým pozorován, ke zjištění nepřítomnosti klientky došlo při odpoledním podávání svačiny. Klientka nebyla nalezena a po 2 hodinách pátrání po celém zařízení včetně okolí bylo vyhlášeno policejní pátrání. U všech 6 seniorů s demencí bylo zaznamenáno rovněž bloudění v nočních hodinách. U 2 klientů bylo řešeno podáváním léků se sedativním účinkem. Výskyt desorientace s denním a nočním blouděním projevující většinou ztrátou pojmu o čase a místě, byl zjištěn i u 4 klientů kteří byli přijímáni s neporušenými behaviorálními i kognitivními funkcemi. Tento stav se pozvolna upravil v průběhu několika dnů. Charakteristickým znakem byla „ztráta cesty zpátky“ na pokoj klienta při návratu z toalety nebo jídelny, ztráta pojmu o čase. Tento jev můžeme zdůvodnit náhlým chyběním vjemů z vnějšího světa (46), pokud například umístění lůžka klienta znemožňuje dlouhodobě výhled z okna či když je oknem vidět jen kousek oblohy. Adaptace může být pozitivně ovlivněna podporou orientace, bezbarierovou úpravou, cílevědomě vedeným přijímacím procesem a psychologickou podporou. Ohrožení či ztráta autonomie zahrnuje ztrátu svobodného rozhodování o sobě samém, v případě klientů domova důchodců, kdy někdy dochází k faktickému omezení volnosti pohybu, nerespektování teritoriality (vstupování personálu, sdílení prostoru s cizími lidmi)se jedná o velmi zatěžující adaptační stressor (28), jež podstatně přispívá k různým emočním i tělesným projevům.

Z pozorování vyplynul výrazný rozdíl emočních projevů u klientů bez poruch chování a u klientů s demencí.(graf č.13) U seniorů bez porušených kognitivních funkcí převládalo v emočních projevech ve 20 případech smutek, u 13 osob úzkost, u 8 seniorů depresivní ladění až deprese. Bylo charakterizováno straněním se ostatní společnosti, pláčem, stažením se do sebe. Deprese byly diagnostikovány jako lehčí , normální deprese a těžší – klinické deprese. Při přípravě individuálního plánu byl kladen důraz na empatický přístup ke klientovi s pocitem, že na problém není sám, že je mu někdo nablízku a k dispozici. V případě odborné pomoci psychoterapeuta je vhodné volit kognitivně behaviorální terapii či Rogersovskou psychoterapii.(48)

U klientů s demencí převládalo jako emoční projev v důsledku zhoršených komunikačních schopností – rozčilení (u 4 klientů) a smutek rovněž ve 4 případech. V jednom případě depresivní ladění. Rozčilení přikládáme neschopnosti klienta sdělit svůj

požadavek, své přání, jež okolí nedokáže pochopit. Klient pokládá otázky ztrácející smysl, neadekvátně odpovídá. Tato komunikace přináší rozmrzelost a zlobu klienta s možností přecházení v agresi. U seniorů s demencí byly pravidelně prováděny psychiatrické konzultace odborného lékaře týkající se používané (farmakologické) medikace. V jednom případě byly použity jako restriktivní opatření s odpovídajícím lékařským záznamem.

V souvislosti s emočními projevy dochází i k výskytu negativních tělesných projevů. Zjistila jsem, že mezi nejčastější negativní tělesné projevy patří vznik inkontinence, pády, a vznik imobilizačního syndromu. Vznik inkontinence byl zjištěn u 15 klientů, u 5 klientů se jednalo o inkontinenci částečnou – močovou. Vznik inkontinence v adaptační době je přitěžujícím faktorem psychického strádání klienta, který má obavy jaká bude reakce personálu, jak sežene pomůcky pro inkontinenci, kam odloží pomočené prádlo, kdo mu pomůže...

Je nutné klást důraz na empatický přístup, pochopení obav klienta a umění pomoci.

V souvislosti s adaptační dobou byl zjištěn i častější výskyt pádů. Na nově přijatého seniora čekají různá úskalí v podobě přístupových bariér, mokrých, vytřených chodeb, příkrých schodů a případné neochoty personálu zařízení – pomoci. Většina starých lidí si přechodně nebo trvale stěžuje na pocity závrativosti, nejistoty při stožení a chůzi, na slabost nohou a zhoršení hybnosti(16), násobené tentokrát negativními projevy adaptačního procesu.(graf č.14) Příčinou většiny pádů seniorů je jejich instabilita. Roční incidence pádů se odhaduje na 30% u osob starších 75 let žijících v domácím prostředí a podstatně více u seniorů v institucionální péči (nemocnice, léčebny dlouhodobě nemocných, domovy důchodců).(14) Z pozorování a záznamů vyplynulo, že u 10 klientů došlo opakovaně k výskytu pádů, z nichž v 5 případech mělo za následek vznik zranění vyžadující ortopedickou lékařskou péči Zranění způsobené pádem bývá častou příčinou vzniku imobilizačního syndromu, který podpoří „rozvíjející se adaptační syndrom.“ K zabránění vzniku pádů bývají v zařízeních pro seniory přijata opatření zamezující jejich vznik.

Ke zhoršení celkového zdravotního stavu, v adaptační době došlo celkem u 17 klientů . U 7 klientů bylo nevratné, s následnou komplexní ošetrovatelskou péčí. Deseti

klientům byla s pomocí rehabilitace a individuálnímu přístupu vrácena schopnost částečné soběstačnosti.

V průběhu adaptační doby byla podávána medikační terapie u klientů s adaptačním syndromem. (*graf č.17*) Nejčastěji byla ordinována a podávána:

1. hypnotika – u klientů s poruchami spánku
2. sedativa – u klientů s demencí.
3. antidepresiva – u klientů s depresivní reakcí
4. anxiolytika – u klientů s úzkostí a strachem

Podávání sedativních léků může mít negativní následek ve formě „utlumení kognitivních funkcí“ seniora a tím může dojít k jakémusi „uspání jeho potřeb, projevů osobnosti a potlačení soběstačnosti a integrace“.

Z výzkumu vyplynulo, že negativní projevy adaptace klientů v prvních 6 – 12 týdnech po nástupu do domova důchodců jsou velmi rozsáhlé, potvrzené názory autory mnoha publikací. S novou transformací sociální péče v České republice dojde ke změnám v přístupu poskytovatelů sociálních služeb ke klientům. Zaváděním standardů kvality sociálních služeb dojde k výraznému zkvalitnění poskytované péče, která se bude snažit o minimalizaci projevů adaptačního procesu nových klientů domovů důchodců.

Individuálně plánovaná péče v prvních fázích adaptace má pozitivní přínos u klientů, kteří byli přijati do domova důchodců na základě těch sociálních příčin – kdy nástup do zařízení byl jejich vlastní volbou, která jim dala naději na další prožití kvalitního života. Reakce těchto klientů v souvislosti s plánováním jejich životní náplně, činností a přání byla velice spontánní, radostná a aktivní.

U klientů nastupujících do domova důchodců na základě zhoršení zdravotního stavu a vzniklé imobility byla počáteční reakce na jakékoliv plánování částečně odmítavá, spolupráce ztížená. Po počátečním seznámení s okolím, spolubydlíci i zaměstnanci domova docházelo postupně ke stabilizaci psychického stavu a podílení se na plánované činnosti, zájmech a začlenění.

Nejtíživější příprava plánu individuální péče byla u klientů s demencí. Zjistila jsem, že je nutné ponechat seniora se střední a těžkou demencí „okoukat“ prostředí, personál,

spolubydlící, poznat jeho mentální schopnosti, minulost, blízké příbuzné, jeho radosti a minulé přání. Teprve poté je vhodné začít s plánováním další péče, aktivit, a integrace. V případě unáhleného nucení seniora s demencí často dochází k dekompenzaci jeho přizpůsobování se novým domácím podmínkám a okolním lidem.

Z výzkumu bylo zjištěno, že na přípravě a zpracování individuálních plánů a aktivit se v Domově důchodců v roce 2006 podíleli 3 instruktoři sociální péče, kteří plány zpracovali u 65% klientů. 2 ze jmenovaných pracovníků byli pedagogové a 1 pracovník doplňující si středoškolské vzdělání a 4 pracovníci s profesí sanitáře. Při jejich výběru byl brán zřetel na přístup ke klientům, znalost problematiky seniorů a osobní vystupování. Profese zdravotních sester zpracovávala plány u 15% klientů s ohledem na neopominutelné zatížení sester plány ošetrovatelskými, které jsou součástí ošetrovatelského procesu. (*graf č. 18*)

Pozn. Od 1.1.2007 v souvislosti s novým Zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb., dochází ke změnám v oblasti pracovníků sociální péče s předkladem odborné způsobilosti k výkonu povolání pracovníka v sociálních službách a tím i k určitému dosaženému stupni vzdělání. Ideálním složením pracovníků pro individuální práci a jiné činnosti u seniorů v pobytových zařízeních sociální péče je možné dojít k naplnění povinností poskytovatele a tím ke zlepšení celkové soběstačnosti, autonomie i integrace klientů. *Graf č.19* je znázorněním ideálního zaměření jednotlivých profesí v problematice individuálního plánování péče a aktivit v časném období adaptačního procesu seniorů z pozice současné praxe

6. Závěr

Cílem této práce bylo zjistit negativní projevy adaptace u klientů v 6 – 12 týdnech po nástupu do domova důchodců a jejich reakce na individuálně plánovanou péči a aktivizaci v prvních dnech po přijetí do domova.

Cíle byly splněny, negativní působení životní změny prostředí v adaptační době a rozvoj adaptačního syndromu byly prokázány, zejména prohlubující se negativní projevy u klientů s depresivním syndromem a klientů se střední a těžkou formou demence. Rovněž u klientů s normálními behaviorálními a kognitivními funkcemi byly pozorovány určité změny vyvolané adaptačním syndromem.

Z výsledků získaných tímto výzkumem jsem dospěla ke dvěma hypotézám:

H 1: Na rozvoji adaptačního syndromu se podílí prostředí, ze kterého klient do domova důchodců přichází.

H 2: Individuální plánování péče a aktivit v prvních dnech po nástupu do domova důchodců může vyvolat negativní reakce u klientů s demencí.

Dospěla jsem k závěru, že každá individuální péče musí být plánována na základě předem získaných, plnohodnotných informací o osobnosti klienta, o jeho zdravotním stavu, slabých i silných stránkách, nedostatcích či naopak kladných hodnotách.

Přínosem této diplomové práce pro „dobrou praxi“ v zařízeních poskytujících sociální služby je poznání, že ne každá aktivita směřující k aktivizaci klienta v časné době po nástupu do domova důchodců vede k zabránění rozvoje adaptačního syndromu a jak rozhodující je holistický pohled a přístup k jednotlivým osobnostem.

Tato diplomová práce může být podnětem pro zpracování podrobnější problematiky nikoli však „individuálního plánování péče“, ale „individuálního přístupu“ ke klientům, který s touto tematikou velice úzce souvisí.

Cíle všech aktivit zaměřených na stáří mají vést ke zkvalitnění života seniorů za předpokladu správného přístupu, ochrany práv a důstojnosti seniorského věku. Vytvářet příležitosti pro autonomii, soběstačnost a integraci seniorů, dát jim pocit náležitosti a potřebnosti do konce jejich života.

7. Literatura

BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 32. © 1999-2002, poslední aktualizace 3.9.2002 URL: <<http://www.boldis.cz/citace/citace 1 .ps>>

1. Aneshensien CS, Perlin LI, Levy-Storms L, Schiller RH. The transition from home to nursing home mortality among people with dementia. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2000, 55(3): S152-S162.
2. Baštecký, J., Kumpel, Q., Vojtěchovský, M.: *Gerontopsychiatrie*. Grada, Praha 1994.
3. Bedrnová, E.: *Duševní hygiena a sebeřízení*. VŠE Praha, 1996.
4. Benešová, V.: *Poruchy chování ve stáří, co s tím?*. Galén, Praha 2002.
5. Buijssen, H.: *Dementia*. Portál, Praha 2006.
6. Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, et al. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med* 2002, 346(12): 905-912
7. Disman, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Nakladatelství Karolinum, Praha 2002.
8. Haškovcová, H.: *Fenomén stáří*. Panorama, Praha 1989.
9. Haškovcová, H.: *Manuálek sociální gerontologie*. NCO NZO, Brno 2006.
10. Havlík, J., Vurm, V.: *Komunikační dovednosti v oblasti zdravotní a sociální péče*. ZSF JU, České Budějovice 2004.
11. Hegyi, L.: *Zlyhanie adaptácie vo vyššom veku*. Bratislava, Asklepios 1993.
12. Hynlík, F., Nekonečný, M.: *Malá encyklopedie současné psychologie*. SPN, Praha 1973.
13. Chodura, V.: *Komunikace a duševní poruchy*. ZSF JU, České Budějovice 2000.
14. Jiráček, R., Obenberger, J., Preiss, M.: *Alzheimerova choroba*. Maxdorf, Praha 1998.
15. Kalvach, Z., Zadák, Z., Jiráček, R.: *Geriatric a gerontologie*. Grada Publishing, Praha 2004.
16. Kalvach, Z.: *Vybrané kapitoly z geriatric a medicíny chronických stavů*. Praha, MZ ČR 1996.
17. Kalvach, Z., Haškovcová, B.: *Pády ve stáří*. Grafex, Praha 1999.

18. Kopřiva,K.: Lidský vztah jako součást profese.Portál,Praha 1997.
19. Koukolník,F.,Jirák,R.: Alzheimerova nemoc a další demence.Grada,Praha 2003.
20. Koval,Š.: Socializace a medicína geriatrického problému.UK,Praha 1980.
21. Kolierová,B.: Ošetřovatelství 1.Osveta,Martin 1993.
22. Křivohlavý,J.: Rozhovor a jednání člověka s člověkem.DVPZ,Brno 1981.
23. Křivohlavý,J.: Jak zvládat stres.Grada,Praha 1994.
24. Křivohlavý,J.: Jak zvládat depresi.Grada,Praha 2003.
25. Novosad,L.: Základy speciálního poradenství.Portál,Praha 2000.
26. Pacovský,V.: Praktická gerontologie.UK,Praha 1989.
27. Pichaud,C.,Thareauová,I.: Soužití se staršími lidmi.Portál,Praha 1998.
28. Pidrman,V.,Kolibáš,E.: Změny jednání seniorů.Galen,Praha 2005.
29. Příhoda,V.: Ontogeneze lidské psychiky-díl 4. SPN,Praha 1974.
30. Rheinwaldová,E.: Novodobá péče o seniory.Grada,Praha 1999.
31. Rossler,M.: Když začíná večer.České katolické nakladatelství,Praha 1995.
32. Rubenstein LZ.In:Rubenstein LZ,Wieland D,Bernabei R.Geriatric Assessment Technology:The State of the Art.Milan:Kurtis,1995,312 p,1.
33. Říčan,P.: Cesta životem.Panorama,Praha 1989.
34. Smelik PG.Summary of panel discussions on stress.In:Undin E,Kvetňanský R,Axelrod J,eds.Stress,the role of catecholamines and other neurotransmitters.Gordon and Breach Science Publisher,1984.
35. Tošnerová,T.: Špatné zacházení se seniory a násilí v rodině.3.LF UK,Praha 200.
36. Vymětal,J.: Rogersovská psychoterapie.Český spisovatel,Praha 1996,s.209
37. Zgola JM.*Care that works.A relationship approach to persons with dementia*.Baltimore:The John Hopkins University Press:1999,256 s.
38. Zgola JM.Úspěšná péče o člověka s demencí.Grada,Praha 2003.
39. Fert'alová,T.: Syndrom demencie.Časopis Sestra,č.8,2004,s.40-41
40. Hegyi,L.: Klinické a sociálne aspekty ošetrovanka starých ľudí.Slovak Academic Press,2001,s.128.
41. Hofierková,Z.: Adaptácia starého človeka.Časopis Sestra,tematický sešit 60,č.8,2004,s.34-35
42. Jungwirth,K.: Domov aktivního sráří. Sociální politika 1996,s.28

43. Kollárová,B.: Identifikovat' a eliminovat rizikové faktory. Časopis Sestra,tematický sešit 60,č.8,2004,s.38
44. Kolaříková,L.: Psychologické problémy v domovech důchodců.Státní úřad důchodového zabezpečení,Praha 1964,s.77
45. Králíček,L.,Kralíčková,T.: Komunitě skupinová práce se seniory v adaptačním období v domově důchodců.Sociální práce,č.2,2004,s.143-147
46. Kalusová,S.: Aktivizácia obyvateľov DD. Časopis Sestra,tematický sešit 60,č.8,2004,s.36-37
47. Matoušek,O.:Ústavní péče.2.vyd.Praha.Sociologické nakladatelství,1999,s.158
48. Praško,J.:Adaptační poruchy s depresivní reakcí.Časopis Diagnostika,č.7,2000,s.5
49. Praško,J.: Možnosti psychoterapie u depresí.Časopis Diagnostika,č.7,2000,s.8-10
50. Praško,J.: Terapie depresivních poruch.Časopis Diagnostika,č.7,2000,s.5-7
51. Smitka,V.: Demence a její moudrost.Časopis Sestra,č.4,1995,s.21-22
52. Zahradnická,I.: Ucelená rehabilitace v geriatrici.Časopis Sestra,č.11,2004,s.26-27

8. Klíčová slova

Adaptace

Domov důchodců

Nezávislost

Demence

Plán

Individualita

Spokojenost

ABSTRAKT (anglicky)

Tato diplomová práce je zaměřena na negativní projevy adaptačního syndromu a individuální plánování péče u seniorů v časných dnech po nástupu do domova důchodců.

Teoretická část je zaměřena na problematiku adaptačního procesu a adaptačního syndromu v obecné rovině. Zabývá se otázkou schopností člověka k přizpůsobení se novým podmínkám i příčinami a rizikovými faktory adaptačního syndromu v seniorském věku. Zvláštní kapitolu tvoří problematika adaptačních poruch u klientů s depresivní reakcí a klientů se střední a těžkou formou demence, syndrom poruch chování v souvislosti s adaptací, zvláštnosti jejich komunikace, potřeby člověka, a zákonitosti a nároky skupinového života. Součástí je náhled na programování aktivit seniorů v instituci.

V praktické části jsou obsaženy výsledky kvalitativního výzkumu. K výzkumu byly použity techniky – zúčastněné pozorování, analýza dokumentů a metoda – kazuistika, uvádějící do problému adaptace klientky s těžkou formou demence.

Cílem práce bylo zjistit negativní projevy adaptace u klientů v 6 – 16 týdnu po nástupu do domova důchodců, zjistit reakci klientů na individuálně plánovanou péči v době adaptace a reakci klientů s poruchami chování na individuálně plánovanou péči v době adaptace.

Celkem bylo pozorováno 49 přijatých klientů do domova důchodců z nichž 6 klientů bylo se střední a těžkou formou demence.

Z výzkumu byl zjištěn rozvoj adaptačního syndromu v souvislosti se změnou životního prostředí u osob vyššího a vysokého věku s negativními projevy chování u klientů se střední a těžkou formou demence. V rámci individuálního plánování péče v časném období po nástupu do domova seniorů je na základě výzkumu doporučeno plánování na základě předem získaných, plnohodnotných informací o klientech.

Z uvedených výsledků byly stanoveny dvě hypotézy, které se potvrdily.