

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Diplomová práce

**VÝZNAM RODINY V PROCESU ZKVALITNĚNÍ  
INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE O KLIENTY S DEMENCÍ**

Vedoucí práce: PhDr. Roman Míčka, Th.D.

Autor práce: Bc. Jana Dvořáková  
Studijní obor: Etika v sociální práci  
Forma studia: kombinovaná  
Ročník: 4.

2015

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Dne 31. 3. 2015

.....

Děkuji vedoucímu diplomové práce PhDr. Romanovi Míčkovi, Th.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

## OBSAH

Úvod	7
1 Stárnutí, stáří a senioři	9
1.1 Stáří	9
1.2 Stárnutí	10
1.3 Teorie stárnutí	11
1.4 Změny v životě seniora a reakce na stáří	11
2 Demence	15
2.2 Výskyt demence	17
2.3 Vyšetření při podezření na demenci	18
2.4 Jednotlivé typy demencí	20
2.5 Problematika potřeb seniora s demencí	22
3 Možnosti péče o seniora s demencí	25
3.1 Důvody pro umístění klienta na oddělení se zvláštním režimem	26
3.2 Zákon o sociálních službách a jiné normy	27
3.3 Pečující služby o seniory	30
3.4 Domov se zvláštním režimem	31
3.5 Negativní a pozitivní aspekty institucionální péče	33
4 Modely péče o člověka s demencí	36
4.1 Reminiscence	36
4.2 Smyslová aktivizace podle Lore Wehner	37
4.3 Bazální stimulace	38
4.4 Validační terapie	40
4.5 Psychobiografický model	41
5 Pracovníci v sociálních službách	46
5.1 Personální zajištění	46
5.2 Psychosociální dovednosti pracovníka v sociálních službách	47
5.3 Etika pracovníků v sociálních službách	51
5.4 Dodržování základních lidských práv a důstojnosti při péči	52
6 Význam rodiny při poskytování péče osobám s demencí	56
6.1 Senior a rodina	58
6.2 Způsoby zapojení rodin do péče o klienta	58
6.3 Ideální spolupráce rodin a pečovatelů o klienta s demencí	61
7 Pohled křesťanské sociální etiky na péči o seniory	70
7.1 Vztah rodiny k seniorovi v reflexi biblických textů	71

<b>7.2 Péče o klienta v zařízení sociální péče z pohledu křesťanské sociální etiky</b>	<b>72</b>
<b>Závěr</b>	<b>76</b>
<b>Seznam použité literatury</b>	<b>78</b>
<b>Seznam příloh</b>	<b>82</b>
Příloha č. I.	83
Příloha č. II.	86
Příloha č. III.	87
Příloha č. IV.	88
Příloha č. V.	89
Příloha č. VI.	95
Příloha č. VII.	97
Příloha č. VIII.	99
<b>Abstrakt</b>	<b>101</b>
<b>Abstract</b>	<b>102</b>

## Úvod

Rodina má nepochybně své nezastupitelné místo na všech úrovních lidského života. V rodině vytváříme své hodnoty a postoje vůči běžnému životu kolem nás. Rodina je nám také oporou, v níž se utváří naše neopakovatelná jedinečnost. Tyto pocity, které nám žádná jiná instituce nemůže nabídnout, jsou významné i ve stáří.

Dostane-li se člověk do fáze života, kdy potřebuje pomoc a oporu vlivem ztráty svých dosavadních schopností, měli by nastoupit ideálně rodinní příslušníci, kteří se o svého blízkého postarají v jeho přirozeném prostředí. Pokud však taková péče není možná, ať už z důvodu zhoršujícího se stavu, který rodina není schopna sama zvládat, nebo z důvodu vyčerpání blízkých, nastupuje senior do zařízení sociálních služeb. Dobré rodinné vztahy pomáhají seniorovi tento přechod do instituce zvládnout a jsou důležité i pro zachování fyzické a psychické kondice klienta.

Téma této diplomové práce se opírá o mou dosavadní praxi sociálního pracovníka na tzv. oddělení se zvláštním režimem, kde je poskytována péče celkem 45 klientům s demencí, nacházejících se v různých fázích nemoci. Tito lidé mají své individuální potřeby, které mnohdy v důsledku svého postižení již nejsou schopni vyjádřit, nebo je projevují svým specifickým způsobem, dle něhož jsou následně „přeřazeni na horší stupeň demence“. Dnes se již dostávají do popředí metody práce, na jejichž základě mohou být objasněny některé způsoby chování osob s demencí a které tak přispívají ke zkvalitnění poskytované péče. Velkou úlohu v tomto procesu však mají rodinní příslušníci klientů, kteří nejvíce znají své blízké a mohou tak přispívat cennými informacemi. Výsledkem je dobře zpracovaná biografie seniora, doplněná pokud možno o oblíbené předměty, které má klient v zařízení, a hlavně sám spokojený klient!

Obecně se dá říci, že pokud je starý člověk uživatelem sociálních služeb, jeho rodina inklinuje k předpokladu, že se o svého blízkého nemusí více starat. Jsem však přesvědčena, že z hlediska morálního úsudku je tento model nedostatečný. Rodina musí být stále rodinou v každém slova smyslu.

Cílem této práce je zjistit okolnosti, které by vedly ke zkvalitnění spolupráce rodin a pečujícího personálu na oddělení se zvláštním režimem, aby tak mohla být zlepšena péče o seniory s demencí.

Práce se nejdříve zaměřuje na představení základních pojmů týkajících se stáří seniora a seznamuje s touto problematikou. Další kapitola je věnována demenci jako takové a představuje související tematiku. Poté se práce zabývá možným umístěním seniora do zařízení, zákonem o sociálních službách a okolnostmi, které jsou buď negativního či pozitivního charakteru při umístění do institucionálního zařízení. Protože jsem přesvědčena o prospěšnosti zkvalitnění služeb tím, že se více zaměříme na psychiku člověka, zmiňuji dále některé novodobé modely péče, které jsou v současnosti nejvíce propagovány. Následně je popisován osobnostní profil pracovníka v přímé obslužné péči, protože právě on může být hlavním motorem změny, která povede ke zkvalitnění péče o seniory s demencí. Záleží především na jeho kvalitách, kterými dokáže vtáhnout rodinné příslušníky do systému poskytování péče a nastavit tak vzájemnou dobře fungující spolupráci. Šestá kapitola je zaměřena na zpracování dotazníků, které byly distribuovány na oddělení se zvláštním režimem mezi pracovníky v přímé obslužné péči a rodinnými příslušníky klientů umístěných na tomto oddělení. Dotazovaní měli ve svých odpovědích hodnotit, jaká je spolupráce s druhou stranou, co by oni sami mohli zlepšit a co si myslí, že může druhá strana zlepšit. Výsledky jsou prezentovány v závěru. Poslední kapitola poskytuje náhled na péči o seniora v reflexi biblických textů a umožňuje pohled na starého člověka a vztah k rodině v kontextu křesťanské etiky.

Záměrem předkládané práce je, aby zřizovatelé, respektive pracovníci poskytující péči seniorům s demencí, přijali model péče, který vyzdvihuje propojení mezi nimi a rodinou klienta a plně jej začali aplikovat ve své praxi. Aby se jejich péče nezaměřovala jen na fyzickou stránku člověka, ale i na psychickou, se všemi potřebami. Aby aktivně hledali příčinu chování klienta, které může být pro společnost svým způsobem nevhodné, a snažili se zmírnit dopad těchto vlivů na seniora. Při této náročné práci ať pracovníkům pomáhá rodina a naopak, pracovníci by měli být dostatečnou oporou pro rodinné příslušníky při zvládání náročných životních situací týkajících se jejich bližního. Jsem přesvědčena, že zapojením rodin do péče o jejich seniora s demencí a zkvalitněním vztahu mezi nimi a pracovníky dokážou pečující poskytovat tu nejlepší institucionální péči, která bude v souladu s požadavky lidské důstojnosti, jež se může zdát v tuto chvíli nedostatečná.

„Štěstí je poznat v mládí přednosti stáří a stejné štěstí je udržet si ve stáří přednosti mládí.“<sup>1</sup>

## 1 Stárnutí, stáří a senioři

Stáří představuje pojem, který obecně evokuje určitou představu – většinou nepříliš pěknou. Je to životní období následující po dospělosti, charakteristické úbytkem síly a energie, úbytkem kognitivních schopností a naopak výskytem různých potíží, které postihují tělo i duši.

Ve společnosti je ustálen určitý náhled na tuto etapu lidského života. Většinou je stáří – a senioři – hodnoceno negativně. Není nic povznášejícího na tom, že zvládají čím dál tím méně činností, že je často leccos bolí a čím dál častěji zapomínají, kam vlastně dali klíče. Ale jako všechno na světě, i hodnocení stáří může mít jiný rozměr. Záleží hlavně na přístupu samotných seniorů k tomuto období. Jedná se o dobu větší životní volnosti – alespoň co se týká volnočasových aktivit – nesešroubovanou povinností zaměstnání, a tím skýtající možnost věnovat se zájmům, na které dříve nebyl čas. Lidé v důchodovém věku mohou (a hlavně by měli) věnovat větší pozornost sami sobě a své rodině, starat se lépe o své zdraví, případně se i dále vzdělávat a třeba cestovat...

Balogová definuje stáří: „Stárnutí a stáří jsou významnou etapou ontogenetického vývinu jednotlivce a představují přirozenou součást životního cyklu člověka. Jsou jevem individuálním a společenským. Z ontogenetického hlediska můžeme stárnutí považovat za jednu z etap lidského věku.“<sup>2</sup>

### 1.1 Stáří

Tato etapa trvá přibližně 30-40 let, stejně jako etapa mládí a dospělosti, a je také stejně významná jako ty ostatní. Stáří se stává tedy jakýmsi naplněním lidského života jako celku, začínajícího narozením a končícího smrtí. V této vývojové etapě lidského života je kladen důraz zejména na zachování pohybových schopností a na psychosociální

---

<sup>1</sup> GOETHE, W. J. Citáty o stáří. [online], [cit. 10. října 2014]. Dostupné na WWW: <http://citaty.net/citaty-o-stari/>

<sup>2</sup> BALOGOVÁ, B. *Seniori*, s. 9.



rozvoj osobnosti. Důležité je uvědomění, že stáří neznamená konec života - ten přichází až se smrtí.<sup>3</sup>

Seniorem se rozumí jakýkoli člověk v důchodovém věku, tedy přibližně od 60 let výše, který často vykazuje známky fyzického stárnutí. Mahrová a Venglářová dělí stáří na rané stáří (60-75 let), stáří (75-89 let) a kmetství (nad 90 let). Pojem stáří může mít tedy velké věkové rozpětí, a je potřeba brát v úvahu i určité faktory. Jedná se zejména o životní styl člověka a genetickou dispozici, které vedle věku určují aktivitu seniora. Hovoříme tak o rozdílném biologickém a kalendářním věku.<sup>4</sup>

## 1.2 Stárnutí

Malíková ve své knize uvádí dva typy stárnutí, jsou jimi fyziologické a patologické stárnutí.

*„Fyziologické stárnutí probíhá přirozeně, tvoří normální součást života jedince. Jde o zákonitou epochu ontogeneze, tj. vývoje jedince od oplození až po zánik.*

*Patologické stárnutí se může projevovat několika různými způsoby: např. předčasným stárnutím či nepoměrem mezi kalendářním a funkčním věkem, kdy kalendářní věk je nižší než věk funkční. Patologické stárnutí se mj. projevuje sníženou soběstačností.“<sup>5</sup>*

*„Weber uvádí, že stárnutí a stáří je na konci přirozeného vývojového procesu každého individua. Stárnutí hodnotí jako proces, kdy nastupují v jednotlivých orgánech na všech úrovních specifické degenerativní, morfologické a funkční změny. K nástupu těchto změn dochází v různou dobu a pokračuje různou rychlostí. Tento proces hodnotí jako disociovaný, dezintegrováný a asynchronní. Rychlost stárnutí je geneticky zakódována. Jde o multifaktoriální typ dědičnosti.“<sup>6</sup>*

---

<sup>3</sup> Srov. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 11.

<sup>4</sup> Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 107.

<sup>5</sup> MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 14-15.

<sup>6</sup> WEBER, P. a kol. *Minimum z gerontologické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: IDV PZ, 2000, str. 13, citováno dle MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 15.

### 1.3 Teorie stárnutí

Existuje celá řada teorií, které objasňují důvody stárnutí organismu. Teorie o příčinách stárnutí jsou vysvětlovány a chápány z pohledu biologických změn, sociálních a psychologických vlivů. Teorie stárnutí je možné rozdělit do dvou zásadních skupin. Jsou jimi stochastické teorie a nestochastické teorie.

Stochastické teorie – předpokladem je, že děje spojené se stárnutím jsou náhodné a s věkem přibývá poruch buněčného řízení.

Nestochastické teorie – vycházejí z principu, že stárnutí je geneticky předurčeno.<sup>7</sup>

### 1.4 Změny v životě seniora a reakce na stáří

Lidé mají rozdílnou představu o tom, jak má vypadat kvalitní život, stejně tak se liší jejich prožitky v určitých životních situacích. Jedná se o subjektivní vnímání každého z nás, přesto se dokážeme shodnout na určitých okamžicích, které mají velmi podobný průběh prožívání u každého jedince. Je tomu tak i ve stáří, které doprovází fyziologické, psychické a sociální změny. Jde o propojené systémy, které se vzájemně prolínají.<sup>8</sup>

Vlastní průběh stárnutí je ovlivněn celou řadou okolností. U každého seniora má odlišnou rychlost a intenzitu, které souvisí s různými nemocemi projevujícími se ve stáří.<sup>9</sup>

#### Fyziologické změny

Ve stáří dochází k úbytku či k úplné ztrátě schopností, kterými je člověk běžně vybaven. Zhoršuje se zrak, sluch a hmat. V rámci úbytku svalové hmoty a řídnutí kostí se horší motorika a senior se tak více bojí pádu nebo se u něj může objevovat stařecký třes. Změní se i čich a chuť a seniorovi už nemusí chutnat tak, jako dříve, a to i proto, že už nemá tak dokonalé trávení.

Více viditelnými změnami prochází kůže, která ztrácí svou pružnost, vlasy bělají nebo řídnu.

---

<sup>7</sup> Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 16-17.

<sup>8</sup> Srov. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematiké situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*, s. 11.

<sup>9</sup> Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 19.

Starý člověk tedy prožívá celou řadu změn, v důsledku kterých je více ohrožený např. v nemoci, cítí se unavenější a bez energie. Všechny tyto faktory mohou působit i na jeho psychiku, kdy se člověk může cítit již nepotřebný, zbytečný, nebo dokonce přítěží pro pečujícího.

### **Psychické změny**

V rámci psychických změn dochází u seniora ke zhoršování paměti, a to zejména krátkodobé. Mahrová, Venglářová a kol. uvádějí, že není zcela jasná příčina zhoršování paměti, může se jednat o důsledek stáří nebo o změnu motivace. To znamená, že si senior nevybavuje, co měl dnes k obědu, nikoliv proto, že by zapomněl, ale protože tato informace pro něj není důležitá. Senior často žije svými vzpomínkami, které jsou velmi dobře uloženy v dlouhodobé paměti, a rád vypráví, co se odehrálo v jeho dětství či v mládí. Dlouhodobá paměť bývá velmi dobře zachována i u seniora postiženého demencí.

S psychickými změnami souvisí i sociální problémy. Tím se rozumí, že například hůře slyšící senior se začne stranit společnosti, protože se za své postižení stydí. Postupem času přestane chodit ven a komunikovat s lidmi, protože pečovatelka mu vše potřebné přinese až domů. A tak senior začne ztrácet své schopnosti nejen důsledkem stáří, ale i důsledkem pohodlnosti, do které se dostal. Nemusí na nic myslet, nic plánovat. Senior vyžaduje stále více pozornosti a nakonec je zcela závislý na pomoci druhých.<sup>10</sup> Při práci se seniory je proto potřeba neustále myslet na přehnanou péči, kterou bychom mohli v konci spíše ublížit a seniora v dobrém ponoukat alespoň k činnostem, o kterých víme, že jich je schopen.

### **Sociální změny**

Autoři se shodují, že nejzásadnějšími změnami pro seniora jsou odchod do důchodu a popřípadě úmrtí partnera. Člověk se většinou na důchod těší, ale když k této události dojde, často si neví rady. Netuší, co si počít s časem, který se zdá být najednou tak prázdný a bez cíle. Dochází i ke změně statusu osoby. Z uznávaného lékaře je pouhý důchodce, kterého už pro jeho kvality nikdo nevyhledává.

Další změna, úmrtí partnera, je už ze své podstaty velmi náročnou životní situací, která při silném emocionálním prožívání vztahu může vést až ke smrti.

---

<sup>10</sup> Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 107-109.

Pozůstalý jedinec je zpravidla zdravotně ohrožen do jednoho roku od úmrtí. Odcházet začnou i přátelé a jiní blízcí a senior se tak více setkává se smrtí, potažmo se též smiřuje s konečností svého života.<sup>11</sup>

Změny, které v životě seniora přicházejí, jsou každým člověkem přijímány jinak. Liší se tak i reakce na nově vzniklou situaci a proces adaptace. Lidé jsou schopni změny přijímat a vyrovnávat se s nimi, záleží však také na okolnostech a blízkém okolí. Změn nesmí být příliš mnoho najednou a nesmí překročit únosnou míru, která je také pro každého z nás velice rozdílná. Venglářová uvádí 3 modely adaptace seniora na stáří.

Nejlepším pojetím je konstruktivní přístup ke stáří. Tento model adaptace souvisí s udržením dobrého fyzického zdraví ve formě aktivního pohybu a dobré životosprávy, s pěstováním dobrých vztahů s přáteli a rodinou a se schopností smysluplně zužít svůj volný čas.

Méně přínosným pro seniora i jeho okolí je přístup závislosti na okolí, kdy se někteří lidé v důsledku zhoršení svého zdravotního stavu stávají více závislími na svých blízkých nebo na pečujícím personálu. Často však zdravotní problém není tak závažný, jak jej senior demonstruje kvůli své sociální izolaci. Senioři tak mají potřebu větší pomoci, která ale není vždy podložena objektivním stavem.

Posledním modelem je nepřátelský postoj. Nepřátelství neboli hostilitu může senior projevovat vůči lidem ve svém okolí. Tento postoj tak vyvolává různé konfliktní situace.<sup>12</sup>

Se změnami, které přicházejí ve stáří, se pojí i proměna životního stylu, nejčastěji ve formě zvýšených nároků na péči o vlastní osobu. Moderní pohled na stáří nutí seniora ke včasné aktivní přípravě. Rozumí se tím, že přizpůsobí své životní podmínky potřebám, jež se slučují s potřebami seniora. Soužití v jedné domácnosti s blízkými lidmi je pro seniora tou nejlepší variantou. Pro snadnější zabezpečení potřeb starých lidí z hlediska rodiny je možné uvažovat o spolupráci s poskytovateli sociálních služeb. Nemůže-li člověk již zůstat v domácím prostředí, ať už z důvodu zvětšujících se zdravotních problémů nebo z důvodu absence rodiny, je na řadě institucionální zařízení.

---

<sup>11</sup> Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 109-110.

<sup>12</sup> Srov. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*, s. 11-13.

Většina seniorů však tuto variantu nese těžce a do takového zařízení nastupuje opravdu v krajní nouzi, kdy jiné řešení zkrátka neexistuje.

Při výběru zařízení hraje roli hned několik faktorů. Jsou jimi například lokalita, ve které se zařízení nachází, nebo fakt, zda je dostupné pro širší rodinu. Dále velikost a výběr poskytovaných služeb a počet aktivních klientů. Nemaý význam při výběru zařízení je dán jistě i cenou za pobyt a čekací dobou na umístění. Rovněž je potřeba zohlednit zdravotní stav seniora, protože v případě, kdy je klient postižen demencí, je možnost jeho umístění zúžena v důsledku malého počtu domovů se zvláštním režimem.

Pokud člověk žije v rámci možností aktivní život, uchová si některé zájmové činnosti a má vědomě pozitivní přístup ke své životní situaci, promítne se to kladně i v případné adaptaci na nové podmínky v některém sociálním zařízení. Jeho další sociální kontakty, ať už se spolubydlícími nebo s pečujícím personálem, jsou v tomto případě méně konfliktní a pozitivní.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Srov. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*, s. 14-15.

## 2 Demence

Demence je stav, při kterém člověk ztrácí svoji identitu. Nepoznává sám sebe ani své blízké, ty nejmilovanější. Naopak v nich vidí někoho, koho znal dříve a kdo už s největší pravděpodobností ani nežije. Často nepoznává svůj domov, své přirozené prostředí, které obýval tolik let. Takto postižený člověk může být i nevrlý až agresivní. Jakkpak by ne? Vždyť neví, neví nic...

Slovo „demens“ bylo použito v literatuře již v prvním století našeho letopočtu a vyjadřovalo jakousi odchylku od rozumového jednání.<sup>14</sup>

Podle 10. decenální revize mezinárodní klasifikace nemocí zní definice demence takto: „Demence (F 00-F 03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“<sup>15</sup>

Další definice hovoří o „úbytku intelektových schopností oproti předchozí úrovni. Tento pokles se projevuje obtížnějším zvládnutím sociálních, pracovních a běžných činností života“.<sup>16</sup>

Jedná se tedy o celkové zhoršení psychického stavu člověka, které různě zasahuje do jednotlivých složek jeho psychiky. To se dále odráží i na jeho tělesné schránce a tento stav může mít trvalou progresi, ať už rychlejší či pomalejší, mimořádně s přestávkami nebo s dočasně se zlepšujícím stadiem. Pacient postižený demencí je ovlivňován i vnějšími vlivy, jako jsou běžné starosti různého charakteru nebo podzimní viróza. Obrovský dopad na zhoršení duševního stavu pacienta má například narkóza při operacích.<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> Termín demens jako první použil Aurelius Cornelius Celsus v knize „De medicina“, do moderní psychiatrické klasifikace jej zavedl Dominique Esquirol roku 1814. Srov. KUČEROVÁ, H. *Demence v kasuistikách*, s. 9.

<sup>15</sup> KUČEROVÁ, H. *Demence v kasuistikách*, s. 9.

<sup>16</sup> BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*, s. 20.

<sup>17</sup> Srov. KUČEROVÁ, H. *Demence v kasuistikách*, s. 9-10.

Tento výrok je možné potvrdit vlastní zkušeností. Kdykoliv se klient našeho zařízení, domova se zvláštním režimem, musel podrobit nějakému zákroku, při kterém bylo užito anestetik (narkotik), vždy se jeho psychický stav nenávratně zhoršil. Tak byl u klienta sice vyřešen jeden zdravotní problém, ten však byl následně nahrazen jiným. Jsem proto přesvědčena, že bychom se při práci se seniory s demencí měli více zaměřit na psychiku člověka a poté až léčit jeho tělesné strasti, protože ve většině případů spočívá primární problém právě ve zhoršení duševních schopností. V dnešní době se již v sociálních zařízeních k tomuto fenoménu alespoň malinko přibližujeme, ale „zvyk je železná košile“.

Kučerová dále uvádí, že tentýž příznak bude mít jiný dopad u jednotlivých chorob. Budeme-li hovořit o demenci a s ní souvisejících různých poruchách, je důležité zaměřit se na jejich vzájemnou propojenost, kontext a vývoj v čase. U demencí dominují poruchy paměti, poruchy úsudku, logického myšlení, porucha učení se novým věcem (zato bývá velmi dobře zachována dlouhodobá paměť a s ní i věci, které máme vštípené od malička), poruchy soustředivosti. Dále poruchy emotivity (jako střídání dobré či špatné nálady bez jakéhokoli podnětu), poruchy obsahu myšlení (zvýšená vztahovačnost až paranoidní bludy), poruchy vůle, poruchy sociálního citění, zvýšený egocentrismus, anozognozie (tj. neschopnost náhledu na vlastní nemoc), mohou se vyskytovat i halucinace.<sup>18</sup>

Situace, kdy klient trpí paranoidními bludy, řešíme v našem zařízení velmi často, a musím podotknout, že to jsou náročné chvíle pro nás všechny. Klient je absolutně přesvědčen o své pravdě, když například tvrdí, že měl u sebe nějaký finanční obnos a ten mu byl zcizen (často má i svého viníka, např. ošetřující pečovatelku, která mu chtěla jen ustlat postel, nebo jiného klienta). Myslím, že zde je zapotřebí vzdělaného a trpělivostí obrněného personálu, aby takovou situaci dokázal taktně vyřešit bez lži a klamavých výmluv a přitom neublížil nemocnému tím, že mu v takovou chvíli nastíní pravdu o jeho zdravotním stavu.

Kučerová také shledává paranoiditu jedním z nejhorších příznaků, protože narušuje stabilitu a harmonii rodiny tím, že ubližuje ostatním nevinným lidem a zapříčiňuje i pacientovu averzi vůči těm, kteří mu chtějí pomoci.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Srov. KUČEROVÁ, H. *Demence v kasuistikách*, s. 10-11.

<sup>19</sup> Srov. tamtéž, s. 19.

Poruchy paměti a fyzická slabost jsou u nemocného příčinou toho, že o sebe člověk přestane pečovat, dbát na hygienu svoji i bytovou a začne se stravovat velmi jednoduchou formou. Zapomíná brát léky a neustále něco hledá, přičemž obviňuje ostatní, že mu danou věc jistě vzali. Může také odcestovat, například jen na nákup či k lékaři, a zpáteční cestu již nenajde. Dotyčného následně hledá rodina, někdy i za pomoci policie.<sup>20</sup> Většinou bývá nakonec takto nemocný člověk doma nalezen ve velmi zanedbaném stavu, kdy je dehydrovaný, hladový a špinavý, a musí být k němu přivolána zdravotnická pomoc. Pacient je po zaléčení již umístěn do sociálního zařízení, které je specializované na osoby trpící Alzheimerovou chorobou či jiným typem demence. Do svého přirozeného prostředí, domova, se již málokdy vrátí.

Kučerová shrnuje, že demence je vážná nemoc, která je nepříjemná jak pro nemocného, tak pro jeho okolí a je často otázkou, pro koho je nepříjemnější více.<sup>21</sup> S tímto výrokem se velice ztotožňují. Nemocný často „žije ve svém světě“ a pokud netrpí bludy nebo depresi (které se dají za pomoci medikamentů zmírnit až odstranit), nemusí mu být jeho stav vždy nepříjemný. Pokud má milující rodinu, která se snaží svému blízkému ze všech sil pomoci, naopak často právě sám pečující se dostane na konec svých sil.

U seniorů se nejčastěji setkáváme s demencemi vaskulárními a Alzheimerovými a jejich kombinacemi, přičemž rozpoznání závisí i na stadiu pokročilosti nemoci. Aby mohla být nastavena správná léčba, je důležité rozpoznání nemoci hlavně v počátku, v pokročilé fázi nemoci jsou všechny demence tak podobné, že jejich příčina se stává vedlejší.<sup>22</sup>

## 2.2 Výskyt demence

V rámci zvyšování se počtu seniorů v naší populaci bude docházet i ke zvyšování počtu osob s onemocněním demence. Dle zahraničních údajů je demografický ukazatel 0,7 % ve věku 63 let postižených demencí a každých 5 let se zdvojnásobuje, přičemž nejčastější formou je Alzheimerova nemoc, kterou trpí 20-30 % osob nad 85 let.

---

<sup>20</sup> Srov. KUČEROVÁ, H. *Demence v kasuistikách*, s. 11.

<sup>21</sup> Srov. tamtéž, s. 12.

<sup>22</sup> Srov. tamtéž, s. 17.



Zatímco se mortalita u ostatních nemocí snížila, Alzheimerova nemoc se stává nejčastější příčinou úmrtí u osob starších 65 let. Příčinou může být i fakt, že demence u pacienta nebývá včas rozpoznána, protože kognitivní poruchy mohou být při rozhovoru méně patrné, nebo se pacient s těmito problémy nesvěří. Často bývají problémy s pamětí nesprávně přičítány i stáří. Bartoš a Hasalíková navrhuji, aby součástí běžného vyšetření, tak jako je například měření tlaku krve a pulzu, glykémie, sedimentace a jiné, bylo i zhodnocení kognitivních funkcí u rizikové seniorské populace.<sup>23</sup>

### 2.3 Vyšetření při podezření na demenci

Rozpoznat příznaky demence není lehké, zejména proto, že neznáme pacientovu úroveň kognitivních funkcí. Záleží na mnoha faktorech, kterých bychom si měli při rozhovoru všimnout. Důležité je alespoň částečně odhadnout intelekt klienta před nástupem nemoci. Ten můžeme posuzovat například podle vykonávané profese během života a podle dosaženého vzdělání. Dalšími ukazateli, kromě poruchy paměti, bývají i jiné kognitivní poruchy, poruchy řeči, chování a jiné. Ke správné diagnostice přispívá zjištění primárního problému vyšetřovaného, který bývá klíčovým vodítkem mezi jednotlivými příznaky. Lékař musí brát v úvahu i cévní rizikové faktory, z nichž nejdůležitější je hypertenze a věnovat se i farmakoterapii, jelikož pacient často ani neví, proč dané léky užívá nebo zapomíná dodržovat správnou léčbu. V tu chvíli by měl praktický lékař, ve spolupráci se specialisty, vybrat nejvhodnější složení co nejmenšího počtu nezbytných léků.

Cenným pomocníkem při určení diagnózy je rodina. Můžeme sledovat rozdíl v jednotlivých výpovědích (nemocný x příbuzný) a dle toho usuzovat na správnosti určení nemoci.

Mezi varovné příznaky demence patří učení a zapamatování si nových informací, zvládnutí komplexních činností, schopnost řešit problémy, prostorová orientace, vyjadřovací schopnosti, nezvyklé chování nebo změna nálady. Dále ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit každodenní pracovní úkoly, problémy s vykonáváním běžných činností, časová a místní dezorientace, špatný nebo zhoršující

---

<sup>23</sup> Srov. BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*, s. 14-19.

se racionální úsudek, problémy s abstraktním myšlením, zakládání věcí na nesprávné místo, nebo dokonce změna osobnosti či ztráta iniciativy.<sup>24</sup>

Klinický obraz nemocného je u každého jiný, přesto se uvedené příznaky ve větší či menší míře objevují u všech typů demencí.<sup>25</sup>

Nejčastější vyšetřovací metodou pro stanovení diagnózy demence je Test psychických funkcí MMSE. Topinková dále doporučuje provést s MMSE i Test kreslení hodin a Dotazník pro funkční hodnocení FAQ.<sup>26</sup>

MMSE (Mini-Mental State Examination)<sup>27</sup> objektivizuje a kvantifikuje kognitivní poruchu ve více oblastech tak, jak je to pro stanovení diagnózy demence nutné. Jde o vyšetření v oblasti orientace, okamžité paměti a výbavnosti a pozornosti. Dále oblasti fatické (řeč), gnostické (rozpoznání), praktické (zacházení s předměty) a zrakově prostorové schopnosti (kreslení), čtení, psaní a počítání. Hodnocení testu je 0-30 bodů, přičemž každá otázka je za 1 bod. Test není časově omezen. Ke správnému porozumění výsledku testu je nutné, abychom také posuzovali vzdělání a věk pacienta. S progresí nemoci klesá i bodové skóre testu a obvyklý roční pokles u Alzheimerovi nemoci je 3-4 body. Pacient bez poruchy kognitivních funkcí je hodnocen do 25 bodů. Lehká demence je stanovena mezi 18 – 24 body, středně těžká demence 6 – 17 bodů a těžká demence pod 6 bodů.

Kromě hodnocení kognitivních funkcí pomocí testů je nezbytné provést i laboratorní a fyzikální vyšetření, které slouží hlavně k odlišení jiných diagnóz a zároveň také pro upřesnění diagnózy typu demence.<sup>28</sup>

---

<sup>24</sup> Srov. BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*, s. 31-36.

<sup>25</sup> Srov. TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci. Manuál pro klinickou praxi*, s. 20.

<sup>26</sup> Srov. tamtéž, s. 40.

<sup>27</sup> Viz příloha č. I.

<sup>28</sup> Srov. TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci. Manuál pro klinickou praxi*, s. 57-58.

## 2.4 Jednotlivé typy demencí

Rozlišujeme dvě velké skupiny demencí podle etiopatogeneze, jsou jimi **primární demence** a **sekundární demence**.<sup>29</sup> U primární demence „je postižení intelektových funkcí způsobeno organickým onemocněním mozku primárně degenerativní, vaskulární nebo smíšené etiologie.“<sup>30</sup> Tato skupina převažuje 90% nad druhou skupinou.

Degenerativní demence je skupinou nejširší a tvoří 60% výskytu. Jedná se o nejnámější a nejčastější Alzheimerovu demenci. Dále je to Pickova choroba a jiné frontotemporální demence, chorea Huntingtonova, Parkinsonova nemoc, demence s Lewyho tělísky a vzácně systémová onemocnění.

Vaskulární demence tvoří 20% z celku. Jde o mutiinfarktovou demenci, mikroangiopatii (lakunární a morbus Binswanger), mozkové krvácení a těžkou hypoperfuzi (anoxie).

Poslední v této velké skupině je smíšená demence, tvořící 10-20%, jedná se o smíšení degenerativní a vaskulární demence popsané výše.

Při sekundární demenci je nemoc doprovázena jiným onemocněním a většinou je léčitelná. Tuto skupinu tvoří ale jen zhruba 10% demencí, přičemž necelých 5% z diagnostikovaných je plně léčitelných. Jedná se o metabolicko-toxické demence (alkoholická, léky indukovaná, při chron. hypoxii, hypovitaminózách, metabolických onem.), infekční (encefalitidy, neurolyues, AIDS, Creutzfeldtova-Jacobova nemoc), organické postižení CNS (subdurální hematom, meningeom, normotenzní hydrocefalus, kraniocerebrální traumata) a vaskulitidu.<sup>31</sup>

### **Alzheimerova demence**

Jedná se o nejčastější typ demence, pro kterou je charakteristický plíživý a nenápadný nástup nemoci, kdy se trvale zhoršují duševní schopnosti. Pokud je nástup nemoci diagnostikován před dosažením věku 65 let, je progresse rychlejší než u pacientů, u kterých se nemoc projevila až po 75. roce věku.

Prvními příznaky bývají zapomnětlivost, únavnost, podrážděnost, ztráta zájmu, zhoršená schopnost učení, nechuť pracovat pod časovým stresem a jiné. Tyto příznaky se však mohou objevovat u běžného stárnutí nebo jako příznaky jiné somatické nemoci.

---

<sup>29</sup> Srov. TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci. Manuál pro klinickou praxi*, s. 20.

<sup>30</sup> Tamtéž, s. 20.

<sup>31</sup> Srov. tamtéž, s. 20-22.

V tomto případě však ještě nelze stanovit diagnózu demence a nověji se takové komplikace označují jako minimální nebo mírná kognitivní porucha, při které k progresi do demence dochází během 6 let u téměř 80% nemocných.

V počáteční fázi Alzheimerovy nemoci musí být zřetelné komplexní kognitivní poruchy, které postihují paměť, řeč, zrakově-prostorovou orientaci a úbytek intelektových schopností je o 20-30% nižší než původně.<sup>32</sup>

Při stanovení diagnózy Alzheimerovy nemoci jsou lékařem podrobně zkoumány základní rysy symptomů, které tvoří tři oblasti. Jsou jimi:

A – Activities of daily living – aktivity denního života

B – Behaviour – chování a nálada

C – Cognition – kognitivní funkce<sup>33</sup>

Další poruchy v jednotlivých oblastech (paměť, řeč, poruchy komplexních činností) jsou podrobněji rozepsány v tabulce v příloze č. 2<sup>34</sup>.

### **Vaskulární demence**

Vaskulární demence je druhým nejčastějším typem tohoto onemocnění a počátek je spuštěn většími nebo opakujícími se menšími infarkty v různých oblastech mozku, mozkovým krvácením nebo závažnou difúzní poruchou perfuze. Současně s kognitivní poruchou se vyskytuje i topický neurologický nález odpovídající lokalizaci vaskulárních lézí (parézy, sensorický deficit, poruchy zorného pole, dysartrie, fatická porucha, parkinsonský nebo pseudobulbární syndrom apod.).

V tomto případě je nástup nemoci většinou náhlý až skokový a demence se rozvíjí od 3 – 6 měsíců od takové příhody. Prognóza přežití je mnohem kratší než u **Alzheimerovy** nemoci a mohou se objevovat i kardiovaskulární onemocnění.

---

<sup>32</sup> Srov. TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci. Manuál pro klinickou praxi*, s. 23-24.

<sup>33</sup> Srov. BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*, s. 33.

<sup>34</sup> Viz příloha č. II.

**Ostatní typy demencí** jsou méně časté a jejich procentuální podíl je velmi nízký. Výjimku v této oblasti však tvoří demence s Lewyho tělisky, která má odlišné příznaky, než které jsou patrné u ostatních demencí. Může stát samostatně nebo být přidruženou skupinou např. u Parkinsonovy choroby nebo Alzheimerovy nemoci. Charakteristickým znakem pro tento typ demence – oproti ostatním – je například porucha až ztráta vědomí, dále zrakové halucinace se sekundárními bludy, poruchy chůze, pády, třes a další.<sup>35</sup>

## 2.5 Problematika potřeb seniora s demencí

*„Chování seniorů s demencí bývá vnímáno jako projev onemocnění. Lze na ně však pohlížet jako na chování směřující k uspokojování potřeb, které je bohužel často neefektivní.“<sup>36</sup>* V podstatě se dá říci, že pokud rozumíme chování lidí s demencí, dokážeme alespoň částečně vyvozovat jejich potřeby, předcházet problémům a hledat různé alternativy řešení v zátěžových situacích.

Základní potřeby utváří rámeček problémů v chování. Pokud jsou zajištěny fyziologické potřeby, mohou být dále uspokojovány ty psychické. Nejzákladnější lidskou potřebou je potřeba bezpečí a pokud není zajištěna, člověk se cítí ohrožen a brání se. Velké opatrnosti je proto nutné dbát hlavně při intimních činnostech, jež vykonává pečující personál, který je však často pro seniora s demencí neznámý.

Další důležitou potřebou dle Venglářové je potřeba blízkosti jiného člověka, která může být však často vnímána okolím mylně. To může nastat v situaci, kdy se klient snaží dotknout jiného člověka, ale personál si takové chování vyloží jako sexuálně motivované a snaží se mu zabránit. Potřeba nemocného tak není naplněna. Tyto a jiné situace vyvolávají celou řadu konfliktů, které pramení již z toho, že člověk je tvor společenský a během svého života převzal celou řadu rolí a ztotožnil se s nimi. Ať už se jedná o roli partnera, matky, dcery, přítele, profesní roli... Člověk s demencí má stále své potřeby, chce vykonávat určité činnosti, ale často bývá v tomto směru nepochopen a veškeré jeho snahy jsou spíše potlačovány.

---

<sup>35</sup> Srov. TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci. Manuál pro klinickou praxi*, s. 23-32.

<sup>36</sup> VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*, s. 39.

V zařízeních pro osoby s demencí je pro pečující personál mnohem snazší vykonat komplexní péči než spolupracovat s klientem a s rodinou (hlavně pokud je komunikace důsledkem nemoci ztížena) a co nejvíce nemocného zapojovat do běžných činností. Tímto způsobem péče člověk ztrácí identitu a přestává moci o sobě rozhodovat. Vzдорovité chování tak opět může být reakcí na nemožnost prosadit svou vlastní vůli.<sup>37</sup>

Při rekonstrukci prostředí, které by mělo uspokojivě naplňovat potřeby uživatelů domova se zvláštním režimem, bychom měli myslet na samostatnost, možnost výběru, bezpečnost, soukromí, společnost, podněty, harmoničnost. To vše s ohledem na individuální potřeby klienta, které bude možná nutné během pobytu v zařízení měnit.

- Samostatnost podporuje celkově fyzické i psychické zdraví, proto je potřeba dopřát klientovi možnost, aby si obstarával své každodenní záležitosti samostatně do doby, pokud je to v jeho silách.
- Možnost výběru souvisí se samostatností. Může se jednat jak o výběr věcí jednoduchých, tak i složitějších. Jde například o výběr oblečení ve smyslu rozlišení počasí či události, na kterou se uživatel obléká. Nebo také o výběr oblíbené stravy či vybavení pokoje, které může mít vliv na orientaci klienta.
- Bezpečnost znamená, že by klientovo bydlení mělo být vhodně zařízeno s ohledem na jeho bezpečnost, přičemž vytvoření příjemného prostředí snižuje neklid a bloumání.
- Soukromí je důležité pro pocit emočního bezpečí, a proto by zřizovatel měl zajistit prostory, které patří jen klientovi. Obzvláště složité to může být, pokud je na pokoji klientů více.
- Stimulace a podněty jsou důležité pro navození dobré nálady. Pokud bude klientova místnost vybavena oblíbenými předměty, které jsou mu známé, snižuje se možnost, že do uživatelova prostoru budou vstupovat jiní klienti. Pokud budou však všechny pokoje stejné, uživatel s demencí bude neustále „svoje místo“ hledat a narušovat tak soukromí jiných uživatelů.
- Řád, ve smyslu denního rytmu, má každý z nás jiný. Je potřeba snažit se klientův řád dodržovat a podporovat jej. Pokud je však uživatelův systém

---

<sup>37</sup> Srov. VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*, s. 39-40.

v rozporu s chodem stanice, je potřeba, aby se obě formace nějakým způsobem dokázaly skloubit, protože nelze jeden řád upřednostňovat před druhým.<sup>38</sup>

Tomu, aby pracovníci poskytující péči osobám s demencí dokázali naslouchat potřebám těchto osob a předcházet tak různým konfliktním situacím, se věnují školitelé různých modelů péče, kteří publikují své teorie a vzdělávají pečující personál. Těchto modelů péče je několik a budou zmíněny v následující kapitole.

---

<sup>38</sup> Srov. CALLONE, R., P., KUDLACEK, C., VASILOFF, C., B., MANTERNACH, J., BRUMBACK, A., R. *Alzheimerova nemoc. 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, s. 102-104.

### 3 Možnosti péče o seniora s demencí

Demencí postižený jedinec si většinou svého onemocnění nevšimne, zato rodina svého milovaného ztrácí. Zcela se změní obsah obalu, který je nám tak známý... Tato nemoc vytrhne člena rodiny z normálního života, příbuzní nebo pečovatelé se o něj musí starat často i několik let, ačkoliv jeho fyzická schránka vypadá pořád stejně. Pacient v těžších stadiích již nepoznává rodinu, nezvládá základní fyziologické potřeby a nakonec ztrácí i pojem o sobě samém.

Pečovatel (ať už rodina či pracovník zařízení) se tak potýká se situacemi, kdy nemocný prožívá stavy zmatenosti, dezorientace, často spojené s neklidem či agresivitou a halucinacemi. Pro pečujícího to znamená celodenní práci i s nočními službami, které zahrnují jak hlídání, utěšování a vysvětlování, tak oblékání, v pozdější fázi i krmení a přebalování.<sup>39</sup>

Malíková uvádí, že v současné době dochází v péči o seniory k tzv. deinstitucionalizaci. Jedná se o individuální podporu v životě seniora, který tak může zůstat co nejdéle ve svém přirozeném prostředí. K tomu nám pomáhá celkem široká síť rozvíjejících se terénních a ambulantních sociálních služeb. Příspěvek na péči slouží seniorům k tomu, aby si takovou službu mohli zaplatit. Tímto způsobem je o seniora dobře postaráno, zůstává doma a přitom podporuje svoji soběstačnost. Své zastoupení má v tomto ohledu jistě i rodina, která svému seniorovi může také dopomáhat k samostatnosti. Ne každý má však takové možnosti s ohledem na vlastní situaci (zaměstnání, finanční okolnosti, dostupnost vzhledem k odlišnému bydlišti atd.), aby mohl být nápomocen. V případě, že se senior stává více závislým na pomoci ostatních a tato péče je pro něj již nedostačující, musí nastoupit pomoc v podobě umístění do institucionálního zařízení.

Více než 85% pobytových sociálních služeb je zřizováno kraji a obcemi, dále jsou to neziskové organizace<sup>40</sup> a v poslední době i soukromé sektory.

Pro osoby trpící demencí existuje sociální služba nazývaná se Domov se zvláštním režimem. Jedná se o pobytové zařízení, které má speciálně upravené podmínky ve smyslu zajištění bezpečnosti, vyššího dohledu a cílené systematické

---

<sup>39</sup> Srov. NOVÁK, T., THE BEASTESS. *Jak (pře)žít se stárnoucími rodiči*, s. 58-59.

<sup>40</sup> Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 32.



aktivizace.<sup>41</sup> Tato sociální služba bývá součástí domova důchodců, kde je také poskytována služba Domov pro seniory, nebo může fungovat samostatně.

Malíková definuje Domov se zvláštním režimem jako pobytovou službu s celoročním provozem, obdobně jako jsou domovy pro osoby se zdravotním postižením nebo jako domovy pro seniory. Rozdílné jsou specifické podmínky zohledňující zvláštní potřeby jednotlivých skupin osob.<sup>42</sup>

### **3.1 Důvody pro umístění klienta na oddělení se zvláštním režimem**

Pokud je to v životě pacienta s demencí možné, je jistě nejlepší snažit se o zachování možnosti zůstat v domácím prostředí. Nemocný však musí vykazovat určité známky samostatnosti a přitom nesmí ohrozit sebe nebo ostatní. Jedná se zejména o situace, kdy může ponechat zapnutý vaříč, nechat puštěnou vodu nebo při vycházce nenalézt cestu zpátky. Zároveň si musí alespoň ohřát jídlo, dodržovat hygienické návyky a hlavně správně užívat předepsanou medikaci. V případě nutnosti by si měl senior umět zavolat potřebnou pomoc. Na ostatní domácí úkony může za nemocným docházet pečovatelka, nebo by tuto funkci měla plnit rodina. Stává-li se péče o nemocného neovladatelná, ať už fyzicky nebo psychicky, je nutné ho umístit do zařízení sociální péče.<sup>43</sup>

Možnosti medikace u demence nejsou valné. Lék neexistuje a léčba pouze prodlužuje a zlepšuje kvalitu života. Používají se i podpůrná léčiva, která zlepšují prokrvení mozku, při využití kyslíku a glukózy v mozkových buňkách a likvidaci volných radikálů. O nemocného pacienta s demencí by se měl starat psychiatr nebo neurolog.

Často je také nezbytná hospitalizace do psychiatrické léčebny, která nemocnému na čas uleví. V takové fázi nemoci je také velice rozumné, aby rodina zvážila alternativu umístění do zařízení sociální péče specializující se na osoby s demencí. Odborníci uvádějí, že přesto, že je samozřejmě vždy ideální domácí prostředí, je v tomto případě daleko zodpovědnější umístit nemocného do takového zařízení, protože se v budoucnu

---

<sup>41</sup> Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 33.

<sup>42</sup> Srov. tamtéž, s. 46.

<sup>43</sup> Srov. KUČEROVÁ, H. *Demence v kasuistikách*, s. 19.

nebude možné vyhnout situacím, se kterými si rodinný příslušník nebude vědět rady pro nedostatek zkušeností a emocionální i fyzické síly.<sup>44</sup>

### 3.2 Zákon o sociálních službách a jiné normy

Zákon o sociálních službách (a s ním související vyhlášky) tvoří podstatný fundament pro poskytování sociální péče, podle něhož se pracovníci v mnoha směrech řídí. Dalším rozhodovacím faktorem by jistě měl být dobrý morální úsudek, který by měl pracovníkům tuto náročnou cestu usnadňovat. Nedokážu si ale představit, jak moc toto rozhodování muselo být náročné před přijetím zákona č. 108/2006 Sb... Pro lepší pochopení činnosti sociálních služeb jsou v další části některé pasáže zákona zmíněny.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. vstoupil v platnost 1. 1. 2007. Tento zákon jasně popisuje veškeré sociální služby, upřesňuje podmínky pro jejich poskytování a zároveň určuje, komu jsou služby poskytovány. Jeho posláním je chránit práva a veškeré kompetentní zájmy osob, které se z důvodu určitého omezení nemohou hájit samy (věk, zdravotní postižení, krizová životní situace aj.). Zákon dále formuje právní rámec pro zajištění podpory a pomoci lidem v nepříznivé sociální situaci. Určuje práva a povinnosti všech účastníků sociálního systému a stanovuje podmínky pro výkon sociální práce.<sup>45</sup>

Zákon definuje tři druhy sociálních služeb:

**Sociální poradenství** – dělíme dále na základní a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství musí poskytovat každý zřizovatel. Odborné sociální poradenství je vždy specializované na určitý okruh osob v poradnách různého typu.

**Služby sociální péče** – nastupují tam, kde je nezbytná nutnost pomoci jiné osoby v zajištění základních životních potřeb.

**Služby sociální prevence** – slouží k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení u osob, které jsou ohroženy sociálně patologickými jevy.<sup>46</sup>

---

<sup>44</sup> Srov. NOVÁK, T., THE BEASTEES. *Jak (pře)žít se stárnoucími rodiči*, s. 57-60.

<sup>45</sup> Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 41-42.

<sup>46</sup> Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů 31. 3. 2006, částka 37. [PDF online], [cit. 18. prosince 2014]. Dostupné na Portálu veřejné správy ČR: <http://portal.gov.cz>.

Podle místa poskytování se sociální služby člení na:

**Terénní služby** – tyto služby jsou poskytovány přímo v místě, kde člověk žije. Jedná se nejčastěji o pečovatelské služby a osobní asistence pro seniory či zdravotně postižené osoby, dále pak o terénní programy pro ohroženou mládež.

**Ambulantní služby** – jsou jimi např. různé poradny, denní stacionáře, kontaktní centra, kam člověk dochází na určitou část dne a součástí zařízení není ubytování.

**Pobytové služby** – jedná se o sociální zařízení, kde člověk určitou dobu celodenně nebo celoročně pobývá (např. domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, azylové domy).<sup>47</sup>

Dále jsou zákonem přesně stanoveny **základní činnosti při poskytování sociálních služeb:**

- „pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování
- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- výchovné, vzdělávací, a aktivizační činnosti
- sociální poradenství
- zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- telefonická krizová pomoc
- nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
- podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností“<sup>48</sup>

---

<sup>47</sup> Srov. MALÍKOVÁ, *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 42.

<sup>48</sup> Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: Sběrka zákonů 31. 3. 2006, částka 37. [PDF online], [cit. 18. prosince 2014]. Dostupné na Portálu veřejné správy ČR: <http://portal.gov.cz>

Tyto uvedené základní činnosti musí splňovat všechna pobytová zařízení, mezi které domovy se zvláštním režimem patří. Poskytovatel může zajišťovat i další činnosti, které označujeme jako fakultativní služby.

Zákon stanovuje také podmínky poskytování služeb vztahujících se k seniorovi, možné postupy financování, druhy služeb seniorům a kdo takové sociální služby může poskytovat i s výčtem povinností poskytovatele. Formuluje též podmínky pro přiznání Příspěvku na péči a pravidla pro nakládání s ním. Dále vymezuje okolnosti pro příjem žádosti o přijetí a ostatní podmínky vyplývající ze smluvního vztahu mezi uživatelem a poskytovatelem sociálních služeb. Jsou zde uvedeny i personální požadavky na pracovníky zajišťující péči seniorům a možné způsoby kontrolní činnosti ke zjišťování kvality poskytované služby.<sup>49</sup>

Další důležitý soubor norem, který provádí některá ustanovení zákona, je Vyhláška č. 505/2006. Je zde vymezen obsah základních činností u jednotlivých sociálních služeb, který zároveň u některých stanovuje maximální výši úhrady za jejich poskytování. Také definuje zdravotní stav žadatele vylučující poskytování pobytových sociálních služeb, nebo náplň kvalifikačního kurzu pro pracovníky v sociálních službách. Dále předkládá znění standardů kvality sociálních služeb a škálu pro hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu.<sup>50</sup>

Každé zařízení se řídí, kromě výše zmíněných, i jinými soubory různých norem. Svoji důležitou úlohu mají normy zabývající se ochranou práv seniorů a jiných skupin. Za nejdůležitější považujeme Listinu základních práv a svobod, která zahrnuje ochranu práv všech skupin osob a občanů České republiky, tedy i seniorů. Tato ochrana práv je umocněna standardy kvality sociálních služeb, které mají zařízení vypracovány a dle nichž se jejich činnost řídí jak po stránce etické, tak i technické. Ochrana práv a dodržování důstojnosti při péči o seniory budou ještě věnovány nadcházející kapitoly.

---

<sup>49</sup> Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 48.

<sup>50</sup> Srov. tamtéž, s. 48.

### 3.3 Pečující služby o seniory

Mahrová, Venglářová a kol. uvádějí přehled péče o seniory, kterou je možné v současné době využívat. Jsou jimi:

- Pečovatelská služba – pečovatelé zajišťují základní úkony péče o člověka a jeho domácnost, dále to může být pomoc ve formě různých pochůzek či doprovod na jiná místa. Tato služba zpravidla není dostupná večer a o víkendech. Je zpoplatněná a seniorům by k této úhradě měl sloužit Příspěvek na péči.
- Asistenční služba – funguje na podobném principu jako pečovatelská služba, nicméně úkony za klienta neprovádí a může být dostupná i o víkendu či ve večerních hodinách.
- Domácí péče nebo také agentury Home Care – jedná se o péči zdravotních sester, kterou klientovi předepsal ošetřující lékař. Služba je financovaná ze zdravotního pojištění a může být poskytována až třikrát denně a sedmkrát v týdnu.
- Nemocnice následné péče, dříve LDN – do této zdravotní péče může být senior umístěn na přechodnou dobu tři měsíců. Mělo by se jednat o dobu nutnou k rekonvalescenci, po níž se klient vrací do domácího prostředí, nebo během níž se najde řešení v podobě umístění do vhodného zařízení.
- Rehabilitační zařízení – zdravotnická zařízení, která poskytují přechodnou péči zaměřenou na rehabilitaci.
- Respitní či odlehčovací pobyt – tato služba bývá přidružena k nějakému jinému zařízení (např. k domovu pro seniory). Jde o přechodnou péči o osobu vyžadující neustálou pomoc druhého člověka, který je tak neustále vytížen. Díky odlehčovacím pobytům si může na čas odpočinout, nebo jet na dovolenou.
- Denní centra, stacionáře – jedná se o sociální služby, které zajišťují seniorům denní pobyt spolu s aktivizací a dohledem pro osoby, které již samotné nemohou být.
- Domovy seniorů – zajišťují ubytování a služby související s péčí o osobu se sníženou soběstačností.
- Domovy seniorů se zvláštním režimem (psychiatrická péče či péče o osoby postižené demencí) – podobná sociální zařízení, jako jsou např. domovy pro seniory, zde je však služba zaměřena na specifické potřeby těchto osob.

- Gerontopsychiatrická oddělení – většinou jde o část zdravotnického zařízení, které poskytuje sociální péči osobám se specifickými potřebami, které se pro svou akutnost doposud nepodařilo umístit jinam.<sup>51</sup>

### 3.4 Domov se zvláštním režimem

Zákon o sociálních službách definuje sociální službu Domov se zvláštním režimem takto: „*V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.*“<sup>52</sup>

Domovy se zvláštním režimem mají dnes mnoho podob. Vzhled zařízení se přibližuje novodobým modelům péče, kdy již nestačí jako v minulosti uzavřít oddělení a zajistit základní biologické potřeby seniora. Existuje mnoho technik, podle kterých se osoby s demencí aktivizují. Tyto modely vycházejí z celostního přístupu ke člověku, a pokud je to možné, snaží se zřizovatelé přizpůsobit i bydlení klienta podmínkám, na které byl kdysi zvyklý.

Pro potřeby této diplomové práce vybrané sociální zařízení Domov se zvláštním režimem je sice nově a hezky zrekonstruované oddělení, avšak prostorové podmínky stále připomínají nemocniční zařízení (tzn. jedna dlouhá chodba, ze které se vstupuje do pokojů). Oddělení je rozděleno do dvou samostatně uzavřených pater, přičemž celková kapacita tvoří 45 lůžek na jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Součástí každého patra je společenská místnost, kde se uživatelé setkávají během různých aktivit a při stolování, i když najdeme i uživatele, kteří v důsledku svého zdravotního stavu stolují na svém pokoji za pomoci personálu. Ve společenské místnosti se nachází i hezký nábytek s knížkami a televizí. Na jednom ze dvou zmíněných pater je dále velká terasa

---

<sup>51</sup> Srov. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 113-114.

<sup>52</sup> Srov. Zákon č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: Sběrka zákonů 31. 3. 2006, částka 37. [PDF online], [cit. 18. prosince 2014]. Dostupné na Portálu veřejné správy ČR: <http://portal.gov.cz>.

vybavená zahradním nábytkem a květinami. K pracovním aktivitám, jako je například pletení, vyšívání, pečení či vaření (v místnosti je kuchyň), je využívána další společná místnost, ve které uživatelé dělají to, co právě chtějí. Jako společník zde pak funguje ergoterapeutický pracovník.

Pokoje jsou standardně vybaveny postelí, úložným prostorem pro osobní věci a umyvadlem. Některé pokoje mají svou koupelnu s toaletou. Do těchto pokojů si mohou uživatelé při nástupu přinést, co chtějí, pokud to není v rozporu s prostorovými podmínky pokoje (např. lampa, křeslo, vlastní televizor, magnetofon...).

Na těchto dvou stanicích je ubytováno celkem 45 uživatelů, o něž se stará 24 pracovníků v přímé obslužné péči, jeden ergoterapeut a vedoucí stanice. Fyzioterapeut dochází na stanice každý den, ale na starosti má ještě další oddělení. Sestra je vždy jen jedna na jednu směnu a vykonává pouze sesterské činnosti (podání medikace, převazy...). Jak jsem již zmínila, klienti jsou rozděleni do dvou stanic, přičemž jednu stanicí tvoří 22 uživatelů, druhou 23 uživatelů. Rozdělení klientů je dáno náročností péče, tzn., že na jednom oddělení jsou umístěni uživatelé, kteří v důsledku svého onemocnění potřebují rozsáhlejší pomoc při běžných denních aktivitách. Zde během směny najdeme čtyři pracovníky v přímé obslužné péči, přičemž jeden z nich je přítomen pouze na ranní směnu, tedy pouze na osm hodin. Na druhém oddělení jsou uživatelé, kteří mohou být v jistých činnostech ještě samostatní, zde jsou neustále dva pracovníci v přímé obslužné péči. Každý den se mezi těmito dvěma patry pohybuje ještě ergoterapeut. Rozdělení dle fáze regrese je pouze orientační a při umístování nových klientů se bere ohled i na jiná stanoviska, jako je například spolubydlící na daném volném pokoji, jeho nároky a také zda klient vyžaduje vlastní sociální zařízení apod. Zkrátka pokud je to v možnostech domova, dají se prostorové podmínky přizpůsobit žadateli. Někdy tomu tak ale není a žadatel musí být umístěn na pokoj, který je aktuálně volný. V případě jeho nespokojenosti je pak možné při uvolnění místa přestěhovat klienta jinam.

### 3.5 Negativní a pozitivní aspekty institucionální péče

V minulosti bylo odpovědností rodiny, aby se o svého seniora postarala. Po čase však byly na rodinu kladeny vyšší nároky ze strany státu, člověk začal být více mobilní, a tím došlo částečně k narušení rodinných vazeb. Počátkem padesátých let se začaly budovat domovy pro seniory, které měly problematiku péče o staré lidi vyřešit. A tak se do domovů začali stěhovat i senioři, kteří byli relativně soběstační, aby nezatěžovali své potomky. Domovy měly příjemné prostředí s moderní výbavou, následně je ale vystřídal medicínský model péče, protože soběstační senioři zestárlí a stali se někdy zcela závislími na lékařské a ošetrovatelské pomoci. To vedlo k dehumanizaci péče v podmínkách, které v žádném případě nesplňovaly žádoucí kvalitu péče.<sup>53</sup>

Tento centrálně řízený institucionální model poskytování sociálních služeb neurčoval také jasné kompetence všech zainteresovaných subjektů (stát, kraj, obec, ústav...) a neexistovalo vzdělávání pracovníků poskytujících péči. Do roku 1989 neměly sociální služby podporu politických stran, protože skutečný život sociálně slabých nebyl v souladu s „reálným bytím socialismu“. Socialismus maskoval jakékoliv problémy a jediné „správné a morální“ řešení bylo umístit psychiatrického člověka do léčebny a poté do ústavu.

Proces transformace<sup>54</sup>, resp. deinstitucionalizace<sup>55</sup>, byl v ČR zahájen ihned po roce 1989 s příchodem demokratické společnosti. Vývoj v oblasti sociálních služeb se však nejdříve zaměřil na kvalitu ubytování před kvalitou poskytované péče, zároveň byly potřeby zaměstnanců stavěny před potřeby uživatelů a v určitých otázkách týkajících se základních lidských práv mnohdy rozhodovalo samo zařízení. Z toho vyplývá, že samotná institucionalizace přežívala ještě dlouhou dobu.<sup>56</sup>

Koncept kvalitnějšího života v domovech pro seniory se zaměřením na individualitu člověka s jeho potřebami na bázi bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb se tedy začal rozvíjet na konci devadesátých let. Nutnost podřízovat se režimu domova

---

<sup>53</sup> Srov. HAVRDOVÁ, Z. a kol. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*, s. 52-53.

<sup>54</sup> Transformace nebyla v počátku vnímána všemi stejně a vlastní náplň jednotlivých subjektů se pomalu vymezovala. Jedná se o proces změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování z instituce směrem k běžným životním podmínkám. Někteří chápali transformaci jako nutnost rekonstrukce budov a zařízení, ale kvalita poskytovaných služeb vnímána nebyla. Srov. ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*, s. 12.

<sup>55</sup> Deinstitucionalizace znamená přechod od dominantního poskytování pobytových sociálních služeb k podpoře života jedince v přirozeném prostředí se zachováním jeho individuálních potřeb. Srov. ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*, s. 12.

<sup>56</sup> Srov. ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*, s. 10-12.



vystřídala intence přizpůsobit chod zařízení uživateli, což je však z hlediska zajištění funkčnosti mnohdy náročné (např. hygienické a stravovací normy x samostatnost uživatelů při obstarávání stravy). Zařízení se tedy někdy dostávala do konfliktu hodnot, protože měla poskytovat prvky novodobé péče v kolektivistickém zařízení, kde uživatelé byli zvyklí na to, že třeba právě strava jim byla přímo přinesena a oni se nechali obsloužit. Naproti tomu teď stál model, který říkal, že si ideálně mají stravu připravit sami, nebo alespoň změnit systém servírování. Senioři tedy byli vlivem institucionalizace zbaveni své schopnosti zajišťovat sebeobslužné činnosti (ačkoliv jejich zdravotní stav byl dobrý) a přijetí nové situace je chce znovu aktivizovat, což je pro mnohé obtížné.<sup>57</sup>

Myslím, že ať se snaží zařízení sebevíc, vliv nedostatku individualizace je vždy patrný a má negativní dopad na seniora v upevnění jeho dovedností. Tím spíše, jedná-li se o instituci, kterou obývá celkem 250 klientů, jak je tomu v případě představeného zařízení. Například zmíněné stravování zde probíhá formou tabletového systému. To znamená, že na stanici jsou dopraveny „tablety“ z plastové hmoty a s plastovými víky, v nichž jsou otvory na polévku, hlavní jídlo, salát atd. Často však dochází k tomu, že se vylije polévka do hlavního jídla a jiné nepříjemnosti. Tablety jsou rozdány klientům, kteří již sedí u stolu a nechají se obsloužit. Tabletový systém jim ale příjemný není, zaznamenali jsme klientku, která tento styl komentovala slovy, že „i za války jedli z porcelánu“. Pracovníci na některých stanicích tedy začali jídlo servírovat z tableťů do vlastních porcelánových talířů, které následně společně s uživateli umyli, čímž výrazně v mnoha směrech posílili kvalitu jejich života. Domnívám se, že kvalita stolování je velmi důležitá, protože senioři s demencí mají dobré jídlo rádi a je pro ně důležité i z hlediska naplnění denního programu.

Samotný aspekt velkého zařízení je tedy sám o sobě negativní a těžko se v něm individuálně pracuje i v jiných sférách. Pokud však již není možné, aby senior s demencí zvládal sám běžné činnosti, a nedostačuje ani dohled rodiny, nezbyvá než seniora umístit do zařízení, kde o něj bude postaráno. Personál vždy zkontroluje, zda si nemocný vzal léky, pomůže mu ve všech směrech obsluhy, bude mít stále uvařeno, uklizeno a bude moci navštěvovat různé akce, které zařízení pořádá. Senior je zkrátka zabezpečen v každém ohledu. Hranice, která určuje, co je pomoc (nechat klienta vykonávat aktivity, které zvládá, aby byl stále samostatný) a co moc (personál

---

<sup>57</sup> Srov. HAVRDOVÁ, Z. a kol. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*, s. 53-55.

vykonává vše za klienta, nenechá ho se rozhodovat a klient ztrácí veškerou soběstačnost), je však velmi tenká. Tím spíše, jedná-li se o osoby s demencí, které mohou být velmi manipulovatelné a nedokážou se bránit. Pokud vezmu klientku s demencí na výtvarný kroužek jen proto, aby neseseděla sama na pokoji, ačkoliv ona vždy nerada kreslila, není na takové aktivizaci nic kladného. V tomto směru nám musí opět pomoci rodina, aby nám informace o uživatelských zálibách sdělila, pokud klient není schopen svůj nesouhlas říci sám, nebo ze zdvořilosti neodmítne.

Vnímání pozitivních a negativních aspektů institucionální péče je však velmi individuální. Je potřeba najít společný vzorec, který se může konkrétně přizpůsobovat potřebám klientů a který bude dbát na zachování hodnot pro člověka stěžejních.

## 4 Modely péče o člověka s demencí

Zgola uvádí, že při práci s osobami s demencí bychom se měli zaměřit na zachování schopnosti a vzpomínky. Můžeme tím i zmírnit problematické chování, které pramení právě z nutkání nemocného projevit se, aby mohl být následně oceněn. Takový člověk jen ztratil schopnost úsudku, proto se dostává do konfliktní situace. Vzpomínání je tedy nejdůležitějším nástrojem k pochopení nemocného a možností, jak jej co nejúčelněji aktivizovat.<sup>58</sup>

### 4.1 Reminiscence

Synonymem českého výrazu vzpomínka je pojem reminiscence. S tímto pojmem se při práci s osobami s demencí setkáváme velmi často. Janečková a Vacková uvádějí, že se jedná o tiché vybavování událostí ze života člověka, které je realizováno buď ve skupině, nebo s jedním člověkem. Reminiscenční terapie je tedy rozhovor terapeuta se starším člověkem či skupinou seniorů o jeho životě, jeho aktivitách a zkušenostech. Terapeutovi k tomu mohou sloužit některé ze seniorových předmětů, jakými jsou například fotografie, pracovní nářadí, módní doplňky, filmy a jiné pomůcky.<sup>59</sup> V některých zařízeních jsou dnes vybudovány tzv. memory room, jejichž podoba je zařízena podle mládí klientů.<sup>60</sup>

Činnost může být zcela spontánní nebo předem připravená a u nemocného demencí by měla být i pozitivně laděná směrem k významným životním událostem a k rodině. Při vzpomínání ve skupině lze aplikovat i umělecké prvky (např. kostýmy, zpěv...), podstatné je navození dobré nálady, sebeuspokojení a radosti. Osoba s demencí však může mít potřebu mluvit i o negativních událostech ve svém životě, v takovém případě reminiscenční setkání vyúsťuje v psychoterapeutický proces.<sup>61</sup> Reminiscence však v žádném případě psychoterapeutický proces nenahrazuje, proto by se pracovníci neměli pouštět do přílišného vzpomínání na bolestné situace v životech svých klientů, přičemž ideální je propojení reminiscence s validací (viz kapitola 4.4).

---

<sup>58</sup> Srov. ZGOLA, M. J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, s. 92.

<sup>59</sup> Srov. JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence. Využití vzpomínek při práci se seniory*, s. 21-22.

<sup>60</sup> Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 239.

<sup>61</sup> Srov. JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence. Využití vzpomínek při práci se seniory*, s. 21-22.

Nejpříhodnějším obdobím pro vzpomínání je dle autorky období mládí a středního věku.<sup>62</sup>

## 4.2 Smyslová aktivizace podle Lore Wehner

Dalším přístupem přínosným pro práci s osobami s demencí je smyslová aktivizace. V literatuře najdeme, že „využití smyslové aktivizace přináší novou možnost, jak poznat využitelné zdroje možné obnovy, jak je podchytit a použít. Přitom se posílí i schopnosti ještě přítomné, ale ladem ležící, trénuje se schopnost vyrovnat se s běžnými každodenními úkony, umožní se znova vyvolat slova, příhody, představy a emocionální dojmy, a tak se zase povzbudí možnost najít pozapomenutá slova.“<sup>63</sup> Demencí postižený jedinec tak může opět komunikovat všemi smysly a mohou tak být zachovány sociální styky, které vedou ke zkvalitnění života a naplnění jeho smyslu.

Důležitými momenty pro smyslovou aktivizaci jsou pocity blízkosti, pozornosti, tělesného doteku a setkávání, které mají být zdůrazněny v průběhu běžného ošetrovatelského dne jako tzv. krátkodobá smyslová aktivizace. Pracovníci pečovatelského týmu mají tak možnost docházet k ošetřovaným, vytvářet vztahy a tím i základ pro vysokou kvalitu mezilidských vztahů s pečovateli. Tyto momenty nemusí být dlouhé a pro personál tedy zatěžující, stačí zužitkovat chvíle např. při jídle, při odpočinku nebo mezi ošetřeními.<sup>64</sup>

Chceme-li dosáhnout zlepšení u osob s demencí, je důležité aktivizovat je pravidelně. Musíme však dávat pozor na dlouhé zatížení, přičemž většinou plně stačí 15 minut. Můžeme používat známé předměty nemocného, ať už jsou z dětství nebo z domácnosti. Měli bychom se vyhnout negativním tématům, jako jsou válka nebo hlad, vždy dbát na biografii klienta a pracovat tak, abychom jej nepřetížili velkými požadavky. Autorky také upozorňují na to, že není dobré pracovat s velkými skupinami, protože se v nich klienti s demencí mohou cítit ztraceni. Pokud se nemocný nachází v demenci 1. a 2. stupně, může pracovat v malé skupině, ale klienta ve 3. stupni demence musíme aktivizovat pouze individuálně.<sup>65</sup> Bohužel praxe je často taková, že z důvodu nedostatku pečujícího personálu se tvoří velké skupiny klientů s demencí,

---

<sup>62</sup> Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 239.

<sup>63</sup> WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*, s. 11.

<sup>64</sup> Srov. tamtéž, s. 17.

<sup>65</sup> Srov. tamtéž, s. 22.

kteří jsou společně aktivizováni, nebo se o aktivizaci takto alespoň pečující snaží. Často jsou v takové skupině umístěni právě klienti, kteří jsou většinu dne již apatičtí, se slovy „vždyť on tu může alespoň s vámi sedět“. Je tedy nutné pečující personál neustále vzdělávat a spolu s ním i vedení domova, aby byly podmínky „denního režimu“ v poslední fázi života nemocného co nejvíce poklidné.

Cílem smyslové aktivizace je v podstatě uvést do pohybu všechny „nástroje“, které člověk k životu má, ať už jde o síly fyzické, nebo psychické, a zkoordinovat je dohromady. Dále uvědomovat si svět kolem nás a celkově se orientovat v prostoru a čase, zlepšit sociální kontakty, vazbu k rodině a posílit zdraví.<sup>66</sup>

Wehner a Schwinghammer v knize vyzdvihují metodu „Montessori pro seniory“, jejímž cílem je přenechávat odpovědnost a spolurozhodování seniorovi, jak je to jen možné, aby byl člověk přijat takový, jaký je. Přitom pro personál platí zásada: „Pomoci, aby to člověk dokázal udělat sám!“<sup>67</sup> Toto je snad nejvíc trefné pravidlo, které by pracovníci v sociálních službách měli dodržovat, ať už pracují se seniory s demencí, nebo s narkomany. Bohužel pravidlo často není při práci se seniory dodržováno a to proto, že v důsledku je rychlejší danou aktivitu vykonat za nemocného než čekat, až tak učiní za naší trpělivé pomoci sám. S tímto zažitým stereotypem se člověk v praxi neustále setkává. Opět zde totiž narážíme na trojici nejčastějších problémů, kvantitu personálního zajištění domova, „zdravý selský rozum“ a morální hodnoty pečujícího.

### 4.3 Bazální stimulace

K velmi důležitým modelům péče patří koncept tzv. bazální stimulace, jehož přední představitelkou u nás je Karolína Friedlová. Bazální stimulace je cenným pomocníkem při práci jak pro pečovatele o osoby s demencí, tak i pro ostatní uživatele zdravotnických a sociálních zařízení.

Autorem konceptu je prof. dr. Andreas Fröhlich, který se věnoval práci s dětmi narozenými s těžkými intelektovými či somatickými změnami v rehabilitačním centru. Dokázal, že i tyto děti jsou schopné učit se, alespoň na bázi vnímání vlastního těla a sebeobsluhy, a zlepšením těchto procesů zkvalitnil jejich život.

---

<sup>66</sup> Srov. WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*, s. 12-14.

<sup>67</sup> Srov. tamtéž, s. 27-28.

Koncept dále posunula prof. Christel Bienstein, když pracovala s osobami ve vigilním komatu, přičemž dokázala, že i zde je možné navázat určité spojení právě pomocí bazální stimulace. Toto pojetí péče se dále aplikovalo do všech oblastí, kde je komunikace s lidmi ztížena vlivem vážného postižení.<sup>68</sup>

Koncept bazální stimulace podporuje v nejzákladnější rovině lidské vnímání, které na sebe vzájemně působí spolu s komunikací a pohybem a pomocí cílené stimulace smyslových orgánů aktivuje mozkovou činnost, kde dochází k vybavování si vzpomínek.<sup>69</sup> Jedná se tedy o „komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb a přizpůsobuje se věku a stavu klienta, na kterého se pohlíží jako na rovnocenného partnera, člověka s vlastní historií a určitými schopnostmi a s individualitou, kterou tělesně i psychicky manifestuje.“<sup>70</sup>

Friedlová dále uvádí zásady pro komunikaci s osobou s demencí. Doporučuje, abychom si nejdříve vytvořili dobré podmínky pro komunikaci. Pokud klient zrovna vytváří nějakou aktivitu, měli bychom se k němu nejprve připojit, popřípadě se zaměřit na jeho iniciativu a teprve poté mu navrhnout naše téma. Při sdělování informací používáme gesta, a pokud klient nerozumí, snažíme se zjednodušit obsah sdělovaného a používat slova, která často říká sám, nejlépe v krátkých jednoduchých větách. Postiženého demencí hodně povzbuzujeme v jeho počínání, chválíme za vykonanou aktivitu a v průběhu rozhovoru zůstáváme u jednoho tématu.<sup>71</sup>

Při využívání konceptu bazální stimulace je potřeba dbát na klientovu osobní anamnézu. Pro vytvoření dobrého schématu anamnézy přikládám do přílohy otázky pro jak somatickou<sup>72</sup>, tak i biografickou anamnézu<sup>73</sup> tak, jak je formuluje Friedlová.

---

<sup>68</sup> Srov. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*, s. 13-14.

<sup>69</sup> Srov. tamtéž, s. 19.

<sup>70</sup> Tamtéž, s. 19.

<sup>71</sup> Srov. tamtéž, s. 39.

<sup>72</sup> Viz příloha č. III.

<sup>73</sup> Viz příloha č. IV.

## 4.4 Validační terapie

Techniku validační terapie vypracovala na základě svých poznatků sociální pracovnice Naomi Feilová a je určena pro práci s osobami s demencí. Nejedná se o naučené vzorce chování, nýbrž o určité pojetí přístupu k postiženému demencí, které v sobě zahrnuje velkou dávku empatie spojené s komunikačními technikami.

Princip validační techniky je zaměřen na nevyřešené a nezpracované emoční události, se kterými se člověk během svého života nevyrovnal. Senioři se však dle Feilové na konci svého života s těmito událostmi chtějí smířit. Jejich chování tedy k tomu směřuje a je tak účelné. Nemocnému pomáhá přítomnost jiné osoby, která dokáže naslouchat a vše akceptuje tak, jak je jí to sděleno, s projevem uznání. Je potřeba odhalit duševní poranění nemocného, zařadit je do jeho životní historie a následně mu pomoci se s nimi vyrovnat. Pracovník tedy osobu s demencí doprovází při jejím stýskání si, aby na vše nebyla sama a mohla vyjádřit, co cítí. Při validační terapii můžeme vykonávat i nějakou činnost, pomocí níž se klient zklidní a rozhovor je uchován. Měli bychom také co nejvíce udržovat oční kontakt, používat haptiku a být nemocnému jakýmsi zrcadlem k jeho vlastním neverbálním projevům.

Cílem validace je mimo jiné zlepšení komunikace a působí též jako prevence před uzavřením se před světem, dále může pomoci nemocnému zmírnit jeho stres a zlepšit celkovou kvalitu života. Klient je respektován ve všech svých projevech, které jsou následně zkoumány a analyzovány. Feilová hledá příčinu k pochopení situace osoby s demencí v některé z vývojových etap člověka, které rozlišuje dle Eriksona do osmi kategorií. V každé kategorii člověk řeší určité životní problémy a vytváří si vzorce chování pro jejich zvládnutí, poté vždy pokračuje do další kategorie. Pokud některou etapu člověk ve svém životě nezvládl, odráží se to v jeho chování. Například pokud jedinec nezdolá konflikt mezi důvěrou a nedůvěrou, jehož vrcholem je naděje, do 1,5 roku, hromadí pak ve stavech dezorientace všechno možné a mají strach ze všeho nového.

Validace tedy umožňuje člověku s demencí vyřešit vše, co ho tíží, aby ho tu nic nedrželo a on mohl v klidu odejít. Tento přístup však vyžaduje zásadní změny pečujícího personálu ve vztahu k osobám s demencí a nový pohled na jejich situaci s velkou dávkou uznání a ocenění klientova života. Autorka také uvádí, že validační

techniku lépe zvládají lidé s dobře rozvinutou emoční inteligencí.<sup>74</sup> Bojím se však, že právě tuto vlastnost velké procento pečujícího personálu postrádá. Je otázkou, jestli někdo při přijímacím pohovoru do zaměstnání zkoumá intenzitu emoční inteligence, případně nakolik se dá odhadnout po jednom setkání. Ale ať už je při práci se seniory používána validační terapie nebo ne, emoční inteligence je nepostradatelná vlastnost a měli by jí disponovat všichni, od pečujícího pracovníka po ředitele zařízení.

## 4.5 Psychobiografický model

### 4.5.1 Historie biografie

Dostávám se k modelu péče, který je mi nejbližší a kterému rozumím i z praktického hlediska, protože jsem díky svému zaměstnání prošla certifikovaným kurzem Psychobiografický model péče o klienta a spolu s kolegy jsme se jej snažili aplikovat na našem oddělení. Tento celostní přístup k člověku je tak trochu jakousi směsicí všech zmíněných modelů, některé prvky jsou stejné, či se nějakým způsobem prolínají a doplňují. Všechny modely péče mají jedno velké pojítko – a tím je právě dobře zpracovaná biografie klienta, která tvoří podstatný fundament pro poskytování kvalitní péče s ohledem na jednotlivce.

Biografie je popis života nějaké osoby, se všemi klady a zápory. Jde o ucelený životopis, popisovaný zpravidla někým jiným, pokud je autorem člověk sám, hovoříme o autobiografii.<sup>75</sup>

Autorem psychobiografického modelu péče je Erwin Böhm, který tvrdí, že musíme znát životní příběh nemocného, abychom pochopili jeho chování.<sup>76</sup> Profesor Böhm pracoval jako pečující v domově pro seniory a viděl, že se o klienty nikdo moc nezajímá. Chtěl, aby senioři utvářeli věci dle svého uvážení, pracovali sami za sebe a káral systém, který se zdál být „hotelový“. Tvrdil, že tímto způsobem klienti pomalu chřádnou, proto jim chce poskytnout takové aktivity, které by reaktivovali jejich psychiku. Dále chce seniorům umožnit více zdrojů a uznání, které by pomohly k navrácení jejich identity.<sup>77</sup> Böhm je kritikem klasické péče (nakrmit, zajistit čistotu a

---

<sup>74</sup> Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 239-245.

<sup>75</sup> Srov. PROCHÁZKOVÁ, E. *Práce s biografii a plány péče*, s. 13.

<sup>76</sup> Srov. tamtéž, s. 13.

<sup>77</sup> Srov. Das psychobiographische Pflagemodell nach Böhm. [PDF online], [cit. 13. ledna 2015]. Dostupné na WWW: [www.altenpflege-online.net/.../psychobiographisches](http://www.altenpflege-online.net/.../psychobiographisches).



pohodlí, teplo...) a snaží se o rozšíření úhlu pohledu na seniora. Objevuje jeho zachované schopnosti a snaží se o znovuoživení psychických vlastností s heslem, které říká, že nejdříve musíme rozhybat psychiku, potom tělo.

Své gerontopsychiatrické poznatky zaznamenával Böhm v kazuistikách, ty jsou podkladem pro práci s klientem, který je vnímán jako člověk se svou biografickou historií, ať už individuální, regionální či kolektivní.<sup>78</sup> Böhm při své práci vycházel z poznatků S. Freuda, C. G. Junga, A. Adlera, A. Maslowa, C. Rogerse, E. Eriksona a V. E. Frankla, jejichž učení dále rozvíjel ve svém psychobiografickém modelu péče.

Čím více máme znalostí o klientově životě, tím může být péče individualizovanější a bude tak naplňovat humanistické pojetí péče s holistickou filozofií. Informace o klientovi nejsou tedy pouze shromažďovány, nýbrž jsou i zainteresovány do plánů péče, aby tak byla klientovi poskytována hodnotnější péče s ohledem na zkvalitnění soběstačnosti a lepší adaptaci na nové životní podmínky v sociálním zařízení. Biografie nám také pomáhá lépe pochopit potřeby seniorů, jejich reakce na vzniklé situace a najít potenciál v zachovalých dovednostech, které se musí personál snažit upevnit při běžných denních aktivitách.<sup>79</sup>

#### **4.5.2 Základní teze psychobiografického modelu péče**

Tyto základní principy jsou celkem rozděleny do šesti kategorií:

- Má-li klient psychický problém, neměli bychom hledat východisko v organickém onemocnění, nýbrž bychom se měli nejdříve zaměřit na to, zda uživatel duševně nestrádá.
- Trpí-li klient příznaky, které odrážejí syndrom demence (zmatenost...), jedná se o individuální vzorce chování, které jsou odleskem thymopsychické biografie.<sup>80</sup>
- Duševní fenomenologie člověka je vysvětlena na vzrůstajícím stromu. V kořenu je etnologická a kolektivní socializace a životní prostředí, ve kterém uživatel vyrůstal. Kmen je vytvářen z charakteru a osobního hodnotového systému a v koruně stromu se skrývají celky, kterými si klient přizpůsobuje okolní svět.

---

<sup>78</sup> Srov. Psychobiografický model profesora Erwina Böhma. [online], Erwin Böhm Institut, [cit. 13. ledna 2015]. Dostupné na WWW: <http://ebin.cz/historie/>.

<sup>79</sup> Srov. PROCHÁZKOVÁ, E. *Práce s biografii a plány péče*, s. 18-19.

<sup>80</sup> Thymopsychická biografie – autor hodnotí osobu ze čtyř hledisek, které jsou v neustálé interakci. Jsou jimi: thymopsychické (emoční), noopsychické (kognitivní), biografické (individuální, regionální, historicko-společenské) a ošetřovatelské. PROCHÁZKOVÁ, E. *Práce s biografii a plány péče*, s. 39.

- Tento model péče nám pomůže pochopit základní thymopsychickou biografii klienta, kdy se senior spirálově vrací po stupních vývoje do svého mládí, dětství, až se nachází, obrazně řečeno, v prenatálním období, ležící v poloze embrya. Při této cestě se klient vrací i ke svým naučeným vzorcům chování, jež uplatňoval v jednotlivých fázích života.
- Biografie obsahuje i terapeutické prvky vztahující se k určité životní fázi člověka.
- Rehabilitačně-aktivizační péče by měla seniorovi pomáhat k duševní stabilitě v jeho životě.<sup>81</sup>

### 4.5.3 Terapie prostředím

V rámci psychobiografického modelu péče je důležité i uspořádání prostoru, kde klient žije. Pokud se uživatel nachází v pro něj neznámém prostředí, je silně dezorientován a tento deficit je následně pracovníky záporně hodnocen. Proto je potřeba, abychom situovali místnosti dle jeho principu normality, tzn. tak, jak byl kdysi v nejaktivnějším období svého života zvyklý, pokud možno se svými kusy nábytku, od křesla po oblíbený hrneček. Takové prostředí vytváří domácí atmosféru a zázemí, které přispívá k pocitu jistoty a bezpečí. Známé předměty slouží i jako orientační pomůcky v prostoru a drobné předměty ze starých časů, jako jsou například klíče, peněženka, taška, šátek a jiné, symbolizují identitu člověka a napomáhají mu v utvrzení, že něco má, že něco vlastní. Důležité jsou i již zmíněné fotografie, různé portréty a obrazy, které dotváří harmonický celek v místnosti a současně pomáhají nemocnému vzpomenout si na jeho nejbližší.

Prostředí, jež je obýváno osobami trpícími demencí, musí splňovat bezpečnostní kritéria pro klienta, zajistit podporu aktivizace a podpořit uživatele v jeho orientaci. Procházková uvádí, že pokud jsou tyto prvky v zařízení zaručeny, je tím podpořena kvalita života seniorů na oddělení, která se následně odráží i na práci pečujícího personálu tím, že je snížena jejich pracovní zátěž.<sup>82</sup>

### 4.5.4 Psychobiografický model – primární cíle

Dle Böhma jsou nejdůležitějšími cíli znovuoživení psychiky klienta, oživení zájmu pečujícího personálu a rozšíření vnímání společenské normality.

<sup>81</sup> Srov. PROCHÁZKOVÁ, E. *Práce s biografií a plány péče*, s. 38-39.

<sup>82</sup> Srov. tamtéž, s. 46-48.

Největší podíl přitom Böhm připisuje znovuoživení duše, jež nazývá lidskou energií „elan vital“, skýtající v sobě pramen veškeré naší činnosti a životní motivace. Z toho vyplývá, že pokud člověk nemá žádný motiv k životu, nebude se ani hýbat, pečovat o sebe. Jakákoliv další specializovaná péče je tedy bezvýsledná a beznadějná...

K tomu, aby pracovníci našli ve své profesi zálibu, můžeme dosáhnout zkvalitněním jejich odbornosti pomocí různých vzdělávacích kurzů. Tím se naplní druhý Böhmův cíl – oživení zájmu pečujících.<sup>83</sup> Z vlastní zkušenosti bych ráda doplnila, že je také důležité mít dostatek personálu vůči počtu klientů, protože v opačném případě je jakékoliv vzdělávání bezvýsledné. Procházková v závěru knihy uvádí, že pro poskytování kvalitní péče existuje klíč k výpočtu počtu klientů na personál. Doplnuje také, že nelze mít vysoké nároky na kvalitu péče, pokud je nedostatečná obsazenost pracovníků na svých místech, což náleží kompetenci manažera.<sup>84</sup>

Model, jež zde popisuji, je stále pro Českou republiku nový a ve své podstatě plně nevyužívaný. Proto je potřeba neustále vzdělávat pracovníky a rozšiřovat povědomí o tomto modelu ve společnosti, aby byly zrušeny ustálené konvence v práci se seniory, potažmo se seniory s demencí, a zkvalitněny standardy v geriatrické péči. Používáním psychobiografického modelu v ošetrovatelské praxi lze dosáhnout péče s etickou dimenzí, protože i starý člověk má právo na psychickou rehabilitaci.<sup>85</sup>

Všechny zmíněné modely péče jsou svým způsobem přístupy, které se zaměřují hlavně na duševní složku člověka. Nejedná se jen o uspokojení biologických potřeb tak, jak tomu ještě nedávno v různých institucionálních zařízeních jistě bylo. Existuje mnoho přístupů, které jsou zaměřeny na člověka v holistickém pojetí, a mnoho autorů, kteří se svými zkušenostmi různé přístupy snažili zdokonalit. Snažila jsem se krátce představit ty, které jsou mi blízké a se kterými jsem se ve své praxi setkala. Psychobiografický model péče o seniora v sobě zahrnuje všechny zmíněné. Bazální stimulace je velmi důležitá v péči o člověka, který se nachází v terminálním stadiu života a na své thymopsychické úrovni se dostal až do prenatálního období. Bazální stimulaci tedy chápu jako nedílnou součást psychobiografického modelu péče tam, kde jsou již všechny ostatní tendence bezvýsledné. Osob trpících demencí, které se pro svou

---

<sup>83</sup> Srov. PROCHÁZKOVÁ, E. *Práce s biografii a plány péče*, s. 41-42.

<sup>84</sup> Srov. tamtéž, s. 107.

<sup>85</sup> Srov. tamtéž, s. 41-42.

nemoc stali ležícími a nekomunikujícími, jsme měli na oddělení poměrně mnoho, avšak kurz metody bazální stimulace prozatím nikdo neabsolvoval. Vývoj péče v tak velkém zařízení je tedy běh na dlouhou trať a je na vedení, jak moc chce a může do svých podřízených investovat. Časem se snad dostaneme do stadia, kdy každý pracovník bude vzdělaný, dostatečně emočně inteligentní a bude mít tolik času, kolik je pro výkon takové práce nezbytné.

## 5 Pracovníci v sociálních službách

Existují všeobecné představy, že pro výkon profese pracovníka v sociálních službách musí mít člověk vyšší důvod. Ať už je tím důvodem jeho vlastní povaha a zvnitřnělé morální postoje, nebo nějaká životní událost, která takového člověka přivede na cestu sociální sféry. Skutečnost je však taková, že v sociálních službách pracují i takoví lidé, kteří potřebují „nějakou“ práci a tahle jim zkrátka byla nabídnuta.

Vykonávat povolání pracovníka v přímé obslužné péči v jakémkoli domově důchodců vyžaduje velkou dávku trpělivosti, empatičnosti, laskavého přístupu, spravedlnosti, pracovitosti a také dostatek fyzických sil. Pečující by též měl umět neustále přemýšlet nad tím, co dělá, aby jeho práce nebyla jen zautomatizovaná činnost bez špetky lidskosti. A to i za vypjatých situací. Je to tedy velmi zodpovědná práce, která člověku vezme mnoho sil. Zároveň je to ale povolání, které má obrovské výsledky – tím je spokojený člověk! A to je přece velká odměna...

### 5.1 Personální zajištění

To, jakým způsobem by měly být zajištěny sociální služby po personální stránce, je deklarováno ve standardech kvality daného zařízení.

Standardy kvality sociálních služeb jsou všeobecně přijímanou metodikou, která vytváří představu o tom, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Vznikly ve spolupráci s uživateli a poskytovateli sociálních služeb a jejich obsah je zcela obecný proto, aby mohly být využívány všemi institucemi poskytujícími kvalitní sociální služby společnosti. Standardy dělíme na procedurální a personální.<sup>86</sup>

Strukturu, počet pracovníků i jejich vzdělání a dovednosti řeší Standard č. 9 Personální zajištění služeb. Na základě tohoto standardu je zařízení povinno zajistit zaškolení a další vzdělávání pracovníků, definuje se zde také počet pracovníků ve vztahu k počtu uživatelů a kvalifikace pracovníků.<sup>87</sup>

Pokud se zařízení snaží o zlepšení kvality práce se seniory, snaží se také implementovat různé nové metody péče, při kterých většinou dochází k reorganizaci

---

<sup>86</sup> Srov. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele*, s. 5.

<sup>87</sup> Srov. *tamtéž*, s. 69.

struktury zaměstnanců. Někde tedy může být navýšen počet pracovníků v přímé péči, nebo může docházet k přesunu do jiných sektorů a podobně. Mátl a Jabůrková uvádějí, že je nezbytné zajistit vzdělávání a podporu pracovníkům, ale ti musí být sami erudici nakloněni. Pro úspěšně fungující sociální službu je dále významná týmová spolupráce, vzájemná komunikace a motivace. Všechny tyto faktory jsou nedílnou součástí kvalitní služby, avšak pokud pracovníkům chybí osobnostní předpoklady pro výkon této práce, je samotné vzdělání nedostačující.<sup>88</sup>

## 5.2 Psychosociální dovednosti pracovníka v sociálních službách

Pracovník v sociálních službách se primárně zabývá přímou obslužnou péčí o klienty, která se zakládá na nácviku různých denních aktivit. Jedná se o pomoc při osobní hygieně a oblékání, udržování čistoty, pomoc při příjmu potravy, při manipulaci s přístroji, s pomůckami a s prádlem, pomoc při udržování základních společenských a sociálních kontaktů a v neposlední řadě i uspokojování psychosociálních potřeb. Dále pracovník provádí různé volnočasové aktivity zaměřené na zájmy klienta, na různé kulturní činnosti a osobní asistenci. Pracovník také pečuje o lůžko klienta a vykonává úklid pokoje.<sup>89</sup>

Bušková uvádí, že pracovníci také vytvářejí různé programy pro aktivizaci seniorů a pro spolupráci rodin, případně se i podílejí na jejich realizaci. Zdůrazňuje, že někteří klienti o tyto aktivity nemají zájem a nezájem je patrný i ze strany rodiny. Problém může nastat v prosociálním chování některých pracovníků a také v byrokratické administrativě, kterou jsou pracovníci zatěžováni.<sup>90</sup>

Mimo těchto zmíněných činností je pracovník zodpovědný za realizaci individuálních plánů klienta a sám se na jejich plnění aktivně podílí. Takový pracovník je nazýván pojmem klíčový pracovník. Individuální plán je sestaven z osobních cílů uživatele a jeho potřeb, a z hodnocení průběhu poskytované služby, protože právě poskytování sociálních služeb vychází z osobních cílů a potřeb uživatelů. Plánování cílů je dlouhodobé a krátkodobé a jako metoda zjišťování slouží rozhovor. Rodina uživatele by se ideálně na individuálním plánu měla podílet. Dvořáčková uvádí, že je potřeba

---

<sup>88</sup> Srov. MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M. *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*, s. 51.

<sup>89</sup> Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 92 – 96.

<sup>90</sup> Srov. BUŠKOVÁ, H. Senior v instituci. *Sociální práce*, 2011, roč. 11, č. 3, s. 133.

pracovat osobitě na zjišťování potřeb seniorů, protože jejich rozdílnost je dána různými životními determinanty. Poukazuje také na důležitost vzdělávání a zvyšování kompetencí klíčových pracovníků, neboť prohlubování znalostí spolu s praktickými zkušenostmi může plánování usnadnit.<sup>91</sup>

Johnová vidí individuální plánování jako nástroj, který pracovníkům pomáhá ujasnit si, co vlastně mají dělat. Nejprve musí zjistit situaci uživatele, pak společně identifikovat, co se má změnit a jak taková změna bude vypadat. Poté vytvoří pracovník s klientem postup i s jednotlivými kroky pro dosažení cíle a po čase tento proces společně vyhodnotí. Pokud je systém individuálního plánování důkladně nastaven, může předcházet formování závislosti klientů na sociální službě.<sup>92</sup>

V zařízení, které slouží této práci jako příklad, používá klíčový pracovník kromě individuálních plánů také biografické listy<sup>93</sup>. Procházková zdůrazňuje významnost biografie při utváření vztahu mezi pracovníkem a klientem. Klíčový pracovník získává různé informace ze života klienta v neformálním rozhovoru a ty pak zaznamenává do biografického listu, který je poté cenným pomocníkem při tvorbě individuálního plánu. Získávání informací může podporovat vzájemné porozumění a rozvíjet vztah založený na respektu a úctě ke stáří.<sup>94</sup> Otázkou zůstává, nakolik jsou tyto dokumenty v praxi používány, zda se nejedná jen o marné bezduché vyplňování na základě nařízení vedoucího oddělení. Musí tedy fungovat i systém kontroly pracovníků, aby byla práce s klienty opravdu individualizovaná na podkladě zjištěných poznatků. Člověk s demencí však často také nedokáže vyslovit svá přání a potom záleží na erudovanosti pracovníka, aby dokázal klientovy touhy „přečíst mezi řádky“ nebo je zjistil od rodinných příslušníků.

Také Zgola uvádí, že exaktní informace mají zásadní význam pro vztah mezi pečovatelem a uživatelem, přičemž pečovatel musí být velmi obezřetný, protože klient sám často v důsledku své nemoci není schopen sdělení poskytnout. Podstatnou charakterovou vlastností dobrého pečovatele je také zájem a zvědavost o klientovu minulost, o jeho současné zážitky a zachované schopnosti, přičemž ošetřující musí brát zřetel na různosti rolí, jichž byl člověk za svůj život účastníkem, odlišnost vlivů

---

<sup>91</sup> Srov. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*, s. 93 – 97.

<sup>92</sup> Srov. JOHNŮVÁ, M. *Individuální plánování – utajovaná síla sociální práce*. *Sociální práce*, 2011, roč. 11, č. 3, s. 5.

<sup>93</sup> Viz příloha č. V.

<sup>94</sup> Srov. PROCHÁZKOVÁ, E. *Práce s biografii a plány péče*, s. 104.

prostředí, ale i získaných zkušeností jednotlivých klientů, a přitom být schopen zajistit všem kvalitní službu pro spokojený život.<sup>95</sup>

Další důležitou vlastností pracovníka v sociálních službách jsou dobré komunikační schopnosti. Obecně lze říci, že při komunikaci se seniorem je potřeba dodržovat určité zásady. Musíme být trpěliví, srozumitelní, empatičtí, mluvit nahlas a zřetelně, ale nekřičet a vždy si ověřit, zda bylo sdělení pro člověka srozumitelné. Senior se například může stydět za to, že špatně slyší, a proto v komunikaci zastírá. Měli bychom proto klást i otevřené otázky, které budou jednoduché a přitom ponechat seniorovi dostatek času na promyšlení odpovědi. Senior s demencí například vypadá v rozhovoru velmi aktivně, přesto v dalších kladených otázkách zjistíme, že jde jen o prázdný hovor. Měli bychom být také schopni rozeznat, kdy senior stojí o kapku soucitu a kdy naopak ne. Pokud budeme k seniorovi upřímní a necháme ho vyjádřit svůj názor, bude nám důvěřovat.

### **Specifika komunikace u osob s demencí**

Taková komunikace je zpravidla velmi těžká, v nejtěžší fázi demence většinou nemožná. Senior s demencí má narušené kognitivní funkce, proto nedokáže udržet pozornost, nerozumí našemu mluvenému slovu a nepamatuje si, neorientuje se v čase ani v prostoru, nemá náhled na věc, popřípadě ani na svou vlastní situaci.

Mahrová, Venglářová a kol. ve své knize předkládají, že kvalita vztahu a komunikace leží na pečujícím, jeho zkušenostech a dovednostech nastavit rozhovor tak, aby byl seniorovi s demencí alespoň částečně srozumitelný a aby bylo možné pochopit, co se senior snaží sdělit. Pokud dochází k nepochopení, stává se situace nepříjemná a frustrující pro obě strany. Senior s demencí však na svou frustraci často za chvíli zapomene. Pečující však musí stále dokola poslouchat ten samý příběh, odpovídat na stejné otázky a profesionálně se s takovými situacemi umět vypořádat.

Pro nastolení dobrého prostředí v komunikaci a vzájemného porozumění s klientem s demencí je důležité dodržovat určitou pravidelnost v činnostech, režim, který seniorovi vyhovuje a zaobírat se těmi činnostmi, které jsou klientovi blízké a jdou mu. Důležitá je samostatná aktivita, která znamená pro pečovatele chvíli klidu a klientovi s demencí přináší pocit odpovědnosti.

---

<sup>95</sup> Srov. ZGOLA, M., J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*, s. 43.



Prostá komunikace, které senior s demencí rozumí, vytváří dobré životní podmínky a přináší důvěru ve vztahu pečovatel – klient. Pokud dojde na komunikaci týkající se nepříjemných zpráv (smrt blízkého...), je nevhodné klientovi informace zatajovat, nebo překrucovat. Jenom pravdivostí docílíme kvalitního vztahu.<sup>96</sup>

### **Naslouchání a empatie**

Nedílnou součástí osobností výbavy pečovatele je umění klientovi naslouchat a být empatický. Naslouchat – neznamena jen poslouchat, co nám klient říká, ale zároveň ho vnímat i po stránce neverbální, dokázat vypořádat, co se za sděleným obsahem skrývá. Naslouchat – znamená především chápat a porozumět. Jedná se o vlastnost, kterou je potřeba se naučit, protože hraje důležitou roli ve vztahu klienta a pečovatele. Posluchač musí rozumět mimice sdělovatele, musí udržovat oční kontakt, kterým sděluje vypravěči, že ho poslouchá a že k němu může mít důvěru. Posluchač musí také dobře formulovat doplňující otázky, kterými dává najevo svůj zájem o klienta a úctu k němu. K umění naslouchat patří i to, že člověk na člověku rozpozná, že si potřebuje s někým promluvit.

Empatie neboli vcítění se je další velice významnou vlastností, kterou by měl pečovatel disponovat. Chápeme tím, že se umíme vžít do světa toho druhého a dívat se na situaci z jeho perspektivy. Empatický člověk je schopen dokončit větu, kterou druhý započal a přitom rozpozná, v jakém emočním rozpoložení se jedinec nachází.<sup>97</sup>

Tyto důležité vlastnosti by měl člověk znát, pokud chce dobře vykonávat pozici pracovníka v sociálních službách. Někdo těmito vlastnostmi oplývá a přirozeně s nimi disponuje jak ve svém osobním životě, tak na pracovním poli. Jinému nejsou vlastní, ale myslí si, že umí naslouchat a je empatický. Další je též nemá, ale vůbec mu to nevádí, protože si myslí, že k tomu, aby přebalil člověka, je nepotřebuje. Škála charakterových vlastností je různorodá a je na každého sebereflexi, jak se svou povahou naloží. Pokud však výše zmíněnými charakterovými vlastnostmi pracovník v sociálních službách nedisponuje a nehodlá na sobě ani v tomto směru pracovat, není jiná možnost, než aby svoji pracovní pozici opustil a vydal se komerční cestou.

---

<sup>96</sup> Srov. MAHOVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, s. 115-116.

<sup>97</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*, s. 46-47.

### 5.3 Etika pracovníků v sociálních službách

Kutnohorská uvádí pět základní principů, které nazývá stěžejními pro ošetrovatelskou profesi. Jsou jimi autonomie, benefice – prospěšnost, důvěryhodnost, spravedlnost a veracita – pravdomlupnost.

- Autonomie – jedná se o princip, dle něhož má každý právo rozhodovat se podle svých zásad, určovat své chování a jednání. Stejně tak může klient na základě svého rozhodnutí přesunout odpovědnost na jinou osobu. Autonomie člověka má také sociokulturní kontext včetně náboženství.
- Benefice – prospěšnost – na základě tohoto principu musí pečující konat neustálé dobro ve prospěch klienta a vyhnout se jeho poškození.
- Důvěryhodnost – znamená zůstat stálý ve svých závazcích, které vyplývají z důvěryhodného vztahu mezi poskytovatelem a klientem, kdy pečující by měl vystupovat jako obhájce práva uživatele. Tento princip je také zakotven v ošetrovatelském etickém kodexu.
- Spravedlnost – označuje princip, který zaručuje klientům, že se všem bez výjimky dostane stejné potřebné péče a rovného jednání.
- Veracita – pravdomlupnost – má význam při poskytování pravdivých informací. Tím, že jsme pravdomlupní vůči klientům, jsme zároveň pravdomlupní vůči sobě. Tento princip je velmi oceňován v řadě kultur a je něčím, čím jsme vůči ostatním povinováni.<sup>98</sup>

V souvislosti s etickými zásadami uvádí Kopřiva, že se člověk v pomáhající profesi musí ztotožnit s vlastním cítěním, aby mohl být vnímavější vůči klientům. Existují totiž lidé, kteří jsou se svojí profesí natolik ztotožněni, že nevidí žádné jiné okolnosti. V tomto případě jde například o pečovatelku, která má pocit z dobře odvedené práce proto, že je vše vydezinfikované a uklizené. Skutečné potřeby klientů ale nedokáže identifikovat. Autor zdůrazňuje, že psané etické zásady v pomáhajících profesích jsou nicotné, pokud se s nimi pracovník nedokáže z nějakého důvodu identifikovat. Důležitý je tedy reálný vztah pomáhajícího pracovníka ke klientovi.<sup>99</sup>

---

<sup>98</sup> Srov. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*, s. 18.

<sup>99</sup> Srov. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*, s. 90-91.

Haškovcová představuje etické normy v ošetrovatelském povolání, kde mimo jiné stojí, že „*sestra si váží jednotlivce jako jedinečné lidské bytosti s jeho hodnotou a důstojností bez ohledu na pohlaví, etnickou skupinu, rasu, kulturu, náboženství nebo ekonomické postavení.*“<sup>100</sup>

## **5.4 Dodržování základních lidských práv a důstojnosti při péči**

Mezi základní práva člověka, která jsou mimo jiné deklarována Listinou základních práv a svobod, patří důstojnost. Podpora důstojnosti je velmi citlivou záležitostí, zvláště v institucích poskytujících dlouhodobou ošetrovatelskou péči. Pracovníci v sociální sféře by této problematice měli věnovat obzvláště velkou pozornost.<sup>101</sup>

V dnešní době existuje celá řada dokumentů, které se svým obsahem zabývají ochranou práv různých skupin, a také jsou stanoveny různé etické normy, které určují pracovníkům, jak se mají chovat. Pracovníci v sociálních službách by ve vztahu ke klientovi měli aplikovat své zvnitřnělé morální zásady a principy, které vycházejí z uvědomění si jedinečnosti každého klienta, měli by ctít jeho osobnost, tolerovat ho ve všech směrech a respektovat ho.<sup>102</sup>

Již v křesťanství bylo řečeno, že člověk jako takový je svébytnou osobou a jako individualita má vlastní hodnotu a důstojnost, protože tak ho Bůh chtěl stvořit, abychom si byli všichni před ním rovni. Pokud dokážeme milovat druhé tak, jako nás miluje Bůh, dokážeme projevovat úctu a respekt vůči lidské bytosti s ohledem na vlastní svědomí.

Humanismus představuje autonomii člověka a jeho svobodu bez závislosti na Bohu. Další představa o lidských právech se rozvíjela během následujících století, až dospěla ke Všeobecné deklaraci lidských práv, přijaté jako rezoluci OSN v roce 1948. Zde jsou definována základní práva, kterými člověk disponuje. Jsou odvozena od základních lidských a občanských potřeb (např. svoboda, bezpečí, životní úroveň nebo také právo volit).

Jakým způsobem jsou tato práva naplňována, záleží dle Havrdové na stavu společenského vědomí, materiální způsobilosti a na vztazích, v nichž se člověk ocitá.<sup>103</sup> „*I přes legislativní zakotvení některých lidských práv a svobod jde v mnoha případech*

---

<sup>100</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 113.

<sup>101</sup> Srov. HAVRDOVÁ, Z. a kol. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*, s. 145.

<sup>102</sup> Srov. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*, s. 49-50.

<sup>103</sup> Srov. HAVRDOVÁ, Z. a kol. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*, s. 44-45.

*především o hodnotu jen částečně vynutitelné lidské solidarity, jejíž míra musí být vždy znovu nějak legitimizována.*“<sup>104</sup> To znamená, že mravní hodnoty vztahující se například k péči o seniory by měly být zakotveny v zařízení, jež se je snaží naplňovat, a to v dokumentech, jakými jsou standardy či jiná opatření a nařízení instituce. Dalším důležitým aspektem je následná důsledná kontrola dodržování těchto směrnic ze strany vedení, potažmo dohled jiných institucí, zabývajících se kontrolou dodržování lidských práv osob s demencí.

Za významného činitele v oblasti zájmu o lidská práva je všeobecně považován ombudsman. V souvislosti s kontrolami institucí s osobami s demencí ombudsmanem a s na to navazující konferencí vznikl významný text z kanceláře veřejného ochránce práv, který se nazývá Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí.

Text reflektuje problematiku osob s demencí a popisuje různá doporučení, dle kterých dochází k posílení prevence špatného zacházení v nejširším slova smyslu. V textu se mimo jiné hovoří i o autonomii vůle, která souvisí s hodnotami chráněnými konkrétními lidskými právy a základními svobodami, ke kterým patří osobnost, soukromí a rodinný život, osobní svoboda, vlastnictví majetku. Osoby s demencí mohou mít potíže s vyjadřováním vlastní vůle kvůli poruše kognitivních funkcí, proto je důležité myslet na ochranu lidské důstojnosti klienta, aby pracovníci nezasahovali do jeho vlastní autonomie vůle. Pracovníci musí být tedy vzdělanými lidmi, kteří rozumí problematice diagnózy a mapují potřeby klientů dle vyjádření libosti a nelibosti. Stejně tak mají být klientovi ohleduplně nabízeny aktivity dne.

Největším zásahem do důstojnosti klienta žijícího v instituci je narušení jeho soukromí. Soukromí musí být klientovi zaručeno automaticky při všech intimních situacích. Zároveň musí personál dodržovat zásady nutné například při vstupu do místnosti (zaklepat a počkat na vyzvání), nebo přirozeně používat zástěny při přebalování a ošetřování a při těchto úkonech zavírat dveře. To jsou totiž nejčastější prohřešky pečujícího personálu, který při své každodenní péči na tento základ důstojnosti zapomíná.

Další konkrétní situací při poskytování péče osobám s demencí, při níž je nutné brát ohled na důstojnost autonomie vůle, je aktivizace. Není možné, aby klient zůstal celý den na lůžku, protože není schopen si říct o vysazení. Pokud to jeho zdravotní stav

---

<sup>104</sup> HAVRDOVÁ, Z. a kol. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*, s. 44-45.

nezakazuje, může být klient vysazen alespoň pro chvíle stravování. O této situaci je nutné komunikovat v týmu i s fyzioterapeutem a s lékařem. Do této souvislosti patří i situace spojená s inkontinencí klienta. Pokud není nutné, aby klient používal plenkové kalhotky, personál doprovází uživatele na toaletu a snaží se o co nejdlejší zachování této dovednosti. Také ukládání ke spánku by mělo být respektováno dle zvyků klienta. Není možné, aby uživatelé byli uloženi navzdory svému dennímu rytmu.

V souvislosti se správnou aktivizací klienta musí být vytvořeny vhodné podmínky (společné stolování, chráněné prostředí pro trávení času i mimo svůj pokoj) a personál by měl umět s osobami s demencí komunikovat, reflektovat jejich potřeby a vhodně nabízet programové aktivity. Pečující personál také musí být klientům neustále nablízku, aby mohl kdykoliv poskytnout pomoc.

Další situací, při níž může být také porušena důstojnost autonomie vůle, je užívání postranic. Tam, kde jsou postranice používány, většinou klient již nedokáže vyjádřit svůj souhlas. Otázka prevence pádu by měla být výsledkem rozhodnutí pečujícího týmu zahrnujícího i zdravotní sestru a všichni pečující by měli být s tímto úkonem seznámeni.

K jinému porušování důstojnosti autonomie vůle dochází při nesprávném zorganizování denních potřeb klienta. Při ztrátě kognitivních schopností přechází organizace dne na pečující personál, který musí citlivě pracovat s klientovými rituály a režimem dne v návaznosti na aktuální potřeby. Je tedy odpovědností poskytovatele, aby nedocházelo k zanedbání péče důsledkem toho, že klient nedokáže vyjádřit své přání.

Veřejný ochránce práv dále uvádí jako možnou situaci pro porušování autonomie vůle zakazování kouření. Pracovníci nemohou převychovávat uživatele v tom směru, že jim budou zakazovat kouřit. Pro tyto účely musí mít zařízení vymezený prostor a cigarety klientům poskytovat dle individuálně zjištěných potřeb.

Poslední zmiňovanou situací je nesprávné uchopení režimu dne. Je nezbytné, aby klienti chodili spát, jak se jim chce a stejně tak vstávali. Je nemyslitelné, aby byli uživatelé buzeni například v pět hodin ráno kvůli výměně inkontinenčních pomůcek.

Při správném poskytování sociální služby osobám s demencí s důrazem na zachování hodnot lidské důstojnosti musí pracovníci dbát na individuální potřeby a

přání klientů.<sup>105</sup> Alarmující zprávou ombudsmana je, že v polovině institucí, které byly kontrolovány, dochází ke špatnému zacházení se seniory s demencí. Mezi zjištěnými nedostatky je neodbornost personálu, který nerozumí specifickým potřebám osob s demencí, nebo nedostatečnost počtu pracovníků na počet klientů.<sup>106</sup>

Ombudsman také vyzdvihuje význam spolupráce mezi rodinou a klíčovým pracovníkem, kdy příbuzní vyplňují biografii klienta, sepisují jeho životní příběh a podílí se na zajištění vzpomínkových pomůcek pro reminiscenci. Klíčový pracovník se na rodinu obrací i v jiných záležitostech, jakými jsou například pomoc při přípravě oslavy narozenin nebo výzdoba pokoje klienta. Pro pravidelnou výměnu informací mezi oběma stranami doporučuje, aby rodina a pracovník měli společný deníček vzkazů uložený na smluveném místě, kam si budou zaznamenávat důležité informace.<sup>107</sup>

K porušování základních pravidel důstojnosti při péči o klienty dochází mnohdy jen z toho důvodu, že pracovníci si pod tíhou práce neuvědomují svoje jednání. Spěchají, aby měli svůj díl práce hotový, a při tom zapomínají na to nejdůležitější, na zachování lidských hodnot a vztahu člověka ke člověku.

---

<sup>105</sup> Srov. LUKASOVÁ, M., HRADLOVÁ, A. a kol. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*, s. 85-90.

<sup>106</sup> Srov. tamtéž, s. 4.

<sup>107</sup> Srov. tamtéž, s. 83.

## 6 Význam rodiny při poskytování péče osobám s demencí

Rodina je nejdůležitější skupinou, které jsme ve svém životě příslušníkem. Ukazuje nám směr na cestě, vede nás výchovou. Každý z nás je tedy součástí rodiny a ta na nás, ať chceme nebo ne, zanechává nezapomenutelné stopy. Je potřeba zmínit, že během svého života je většina z nás součástí dvou rodin. Nejdříve je to naše primární rodina, která nás nejvíce formuje a z níž čerpáme získané zvyklosti během dalších let. Poté založíme rodinu vlastní a rázem se stáváme těmi, kdo zkušenosti předává. Je to zkrátka nekonečný koloběh života a my lidé jsme jeho elementární složkou.

Machula vidí rodinu jako spontánně a přirozeně strukturované společenství, kde se diferencuje odpovědnost vůči jednotlivým osobám a prvek poslušnosti je dán autoritou a podřízením autoritě. V rodině se nám také dostává pocitu jistoty a bezpečí a zároveň je místem, kde si můžeme uchovat psychickou identitu a integritu.<sup>108</sup>

Rodina je také posilující složkou pro starší generace, ať už se jedná o fyzickou či psychickou oporu. Je potřeba mít na paměti, že ačkoliv jsme již založili rodinu vlastní a máme děti, stále máme rodiče. Tento fakt by měl být lidem neustále opakován. Domnívám se totiž, že mnoho lidí inklinuje k tendenci přesouvat zodpovědnost vůči rodičům na jiné osoby – na ty, které se o rodiče starají. S tímto modelem se pracovníci v sociální sféře setkávají neustále. Taková situace má špatný dopad na kvalitu poskytované péče. Pokud rodina umístí svého seniora do zařízení, neznamená to, že se o něj přestane starat. Znamená to, že se aktivně dál bude zajímat o jeho potřeby a bude komunikovat s personálem – takový je ideální stav a součinnost těchto dvou stran. Také Procházková uvádí, že *„funkce rodiny je nezastupitelná v přínosu důležitých informací, které jsou podkladem pro péči úzce specifickou pro daného jedince.“*<sup>109</sup> Pokud má klient náležitě zpracovanou biografii doplněnou o fotografie, je to mnohdy také impulz pro rodinu v zapojení se do individuálních plánů.<sup>110</sup>

Při své praxi jsem také zjistila, že některé rodiny se méně zajímají o svého blízkého proto, že pečující personál v dobré víře pomoci rodině přirozeně převzal tuto roli na sebe. Z části lze tedy konstatovat, že vinu nesou i pracovníci. Proto je potřeba najít přiměřenou hranici pro rozdělení kompetencí a fungovat podle ní. Jenom tak bude

---

<sup>108</sup> Srov. MACHULA, T. Filosoficko-antropologický pohled na tradiční rodinu. In ŠRAJER, J., MUSIL L. (eds.). *Etické kontexty sociální práce s rodinou*, s. 28.

<sup>109</sup> PROCHÁZKOVÁ, E. *Práce s biografií a plány péče*, s. 105.

<sup>110</sup> Srov. tamtéž, s. 105.

moci být poskytována uživatelům kvalitní péče. I když se pracovníci zařízení budou snažit sebe víc, nikdy nemohou nahradit rodinu. Mohou usilovat o to, aby se okolnosti péče co nejvíce přizpůsobovaly podmínkám, na něž byl klient doma zvyklý, ale doma klient v zařízení nikdy nebude.

Dalším významným atributem, který by měly mít v kompetenci zvláště rodiny klientů s demencí, je zastoupení uživatele při rozhodování o určitých právních záležitostech, nebo omezení či úplné zbavení svéprávnosti v případě, že je taková situace v životě klienta nutná. Pokud tuto úlohu nemohou vykonávat rodinní příslušníci, vykonávají ji úředníci k tomu určení, kteří jsou součástí daného úřadu, pod něž klienti spadají svým trvalým pobytem. Takových uživatelů však není mnoho. Tímto právním krokem jsou hájeny jak právní zájmy klientů, tak dochází i k ochraně pracovníků.

Podnět pro omezení či zbavení svéprávnosti je dán příslušnému orgánu ve chvíli, kdy senior není schopen vlastního rozhodování, aby nebylo připuštěno takové jednání, které by mohlo vést ke zneužití seniora ve vztahu k obecným věcem. Opatrovníka jmenuje soud, který zároveň určuje rozsah práv a povinností ve vztahu k opatrovanci. Mezi povinnosti opatrovníka také patří projevovat patřičný zájem o opatrovance a jeho zdravotní stav, být s ním v kontaktu, starat se o jeho potřeby a chránit jeho zájmy.<sup>111</sup>

V tomto směru je také velmi důležitá spolupráce rodiny s poskytovatelem sociální služby, mezi nimiž probíhá touto cestou i neformální kontrola. Poskytovatel má přehled o finančních transakcích seniora, a pokud se pracovníkovi nezdá opatrovníkovo počínání, může tuto skutečnost nahlásit na soud, který informace prověří a opatrovníka vyzve k předložení dokumentu s finančními operacemi, nebo si ho pozve pro vysvětlení situace a podání zprávy o spolupráci. Pokud je ze strany opatrovníka veškeré jednání v souladu s právními normami, podává se taková zpráva jednou za rok.

Mylně si však někteří opatrovníci představují, že jejich funkce jim dává oprávnění k tomu, aby za klienta rozhodovali ve všem. Jedná se o případy, kdy opatrovník pobízí personál k tomu, aby klient dělal různé aktivity, které klient dělat nechce, nebo mu zakazuje různé nákupy či návštěvy některých společenských událostí. Mohou také vyžadovat jiné ubytování či jinou formu stravování, které však uživateli nevyhovují, nebo požadují výběr většího finančního obnosu, který jim nepřísluší.

---

<sup>111</sup> Srov. Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník: Zákonné zastoupení a opatrovnictví, hlava III., díl 3, oddíl 2 Opatrovnictví člověka, § 466, odst. 1. In: Sbirka zákonů 22. 3. 2012, částka 33, [PDF online], [cit. 22. února 2015]. Dostupné na WWW: [http://obcanskyzakonik.justice.cz/fileadmin/NOZ\\_interaktiv.pdf](http://obcanskyzakonik.justice.cz/fileadmin/NOZ_interaktiv.pdf).



V těchto situacích dochází ke střetu mezi pracovníkem a opatrovníkem, který má samozřejmě někdy větší, někdy menší vliv na následnou kvalitu spolupráce mezi oběma stranami. Je nutné, aby se tedy opatrovníci drželi svých kompetencí a tyto stanovené hranice nepřekračovali.

## 6.1 Senior a rodina

Rodina je důležitá pro každého. Dobře fungující rodina v životě seniora je nedocenitelná. Starší lidé celkem věří ve způsobilost a ochotu svých dětí, že se o ně postarají, z druhé strany však o tuto pomoc nechtějí žádat a jsou rádi, pokud na svých dětech nejsou závislí. V dnešní době senioři zažívají i trend pomoci mimo svou rodinu, tzn. ve státní sféře, kde nezastupitelnou úlohu má i finanční stránka.

Český senior je dle výzkumů spíše individualista, který se rád setkává se svými blízkými, přitom se ale snaží být co nejvíce samostatný. Pomoc druhých připouští až v situaci, kdy je to nezbytné. Důležité jsou pro něj nemateriální hodnoty (dobré sociální zázemí, dostatek vlastních fyzických a psychických sil, popřípadě možnost zabezpečení při dysfunkci těchto sil), až potom hodnoty materiální. Senior si tedy velmi cení, pokud má v rodině dobré zázemí. Soužití se starými lidmi navíc obohacuje mladší generaci zkušenostmi a vytváří mezi nimi sociální rovnováhu.<sup>112</sup> Stejně tak křesťanská etika zdůrazňuje poslání rodinné politiky v hledání konsensu ve smyslu upevnění mezigeneračních vztahů a s tím spojených sociálních jistot.<sup>113</sup>

## 6.2 Způsoby zapojení rodin do péče o klienta

Pokud ošetřování seniora ze strany rodiny již není možné, nastupuje péče v podobě institucionálního zařízení. V této souvislosti se do popředí staví problematika zachování kontaktu s rodinnými příslušníky a s ostatními osobami ze seniorova přirozeného sociálního prostředí. Přerušení těchto vztahů může mít velmi negativní vliv na zdravotní stav seniora a tím i na kvalitu poskytované péče.

Odchod z domova je jednou z nejzávažnějších životních událostí, která může seniora postihnout, a právě z tohoto důvodu je nutné pracovat na udržení vztahů

---

<sup>112</sup> Srov. DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*, s. 53-55.

<sup>113</sup> Srov. ŠRAJER, J. Sociálně etický pohled na problematiku dnešní rodiny. In ŠRAJER, J., MUSIL L. (eds.). *Etické kontexty sociální práce s rodinou*, s. 54.

s blízkými. Starý člověk odchází vesměs do zařízení nedobrovolně, na základě racionálnosti, která pramení z přirozených okolností – nátlak rodiny, stáří samotné, které může za ztrátu schopností potřebných k životu.<sup>114</sup> Přesto je nutné pracovat na udržení dobrých rodinných vztahů, udržet kontakt s přáteli a dál se věnovat zálibám, na něž byl senior zvyklí.

Janečková a Novotná uvádějí, že těmto skutečnostem není v institucionálním zařízení věnována dostatečná pozornost, přičemž dobrý kontakt s rodinou se zachováním pečujícího vztahu je důležitou souvislostí v životě seniora. Jedná se o významný činitel, který přispívá ke kvalitě života, k tzv. normalizaci v zařízení.<sup>115</sup> „*Správně nastavená institucionální péče integrující vhodným způsobem péči neformální (rodinnou) se tak může stát součástí řetězců sdílené péče, která je v současné době považována za přijatelný způsob řešení dlouhodobé péče o seniory v situaci, kdy je výrazně omezena soběstačnost a kvalita života ve vlastním sociálním prostředí.*“<sup>116</sup>

Spolupráce pracovníků sociálních služeb a rodin klientů, ve smyslu zapojení rodin do péče o seniora a upevnění spoluzodpovědnosti za něj, je v současné době doporučujícím modelem péče.<sup>117</sup> Bohužel v mnoha domovech se zvláštním režimem tento model péče neexistuje, nefunguje či se k němu pracovníci teprve postupně dostávají. Důvodů je mnoho. Za hlavní a nejzávažnější považují přetrvávající následky minulého režimu v naší společnosti, které jsou dodnes patrné ve všech sférách života, neméně také v sociálních službách. Jedná se o vliv paternalistických hodnot,<sup>118</sup> které dříve panovaly a dále se kulturně předávají. Často jsou tedy potřeby klientů vyjadřovány druhými lidmi, pečujícími nebo rodinou, a neustále se vztahují k rozvrhu, na který byli pracovníci kdysi zvyklí. V západních zemích jsou přitom přístupy zaměřené na individualitu člověka v institucích běžně uplatňovány již čtyřicet až padesát let, u nás jsou stále nové.<sup>119</sup> Dalším negativním faktorem shledávám velikost zařízení. Je velmi těžké skloubit požadavky na fungování velkých domovů pro seniory

---

<sup>114</sup> Srov. BUŠKOVÁ, H. Senior v instituci. *Sociální práce*, 2011, roč. 11, č. 3, s. 133.

<sup>115</sup> Srov. JANEČKOVÁ, H., NOVOTNÁ, N. R. Role rodinných vztahů v institucionální péči o seniory. *Sociální práce*, 2013, roč. 13, č. 1, s. 73.

<sup>116</sup> Tamtéž, s. 73.

<sup>117</sup> Srov. tamtéž, s. 73.

<sup>118</sup> Doba komunismu má svůj podíl na udržení paternalistických hodnot ve společnosti, kdy „tatíček stát“ všechno obstaral. Srov. HAVRDOVÁ, Z. a kol. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*, s. 47.

<sup>119</sup> Srov. HAVRDOVÁ, Z. a kol. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*, s. 47.

s požadavky na zachování soběstačnosti a ještě brát ohled na individuální požadavky jedinců. Musíme tedy pracovat s podmínkami, které máme.

Navštěvovat osobu s demencí, nejvíce v pokročilé fázi nemoci, je velkou zátěží pro blízkého. Člověk neví, zda ho osoba s demencí vnímá a může tak usuzovat jen podle reakcí na podněty, které mu dává. To, že však nedostaneme zpětnou vazbu, neznamená, že přestaneme nemocného navštěvovat, protože „tělo mluví dál“. Při dostatečné spolupráci rodiny s kvalifikovaným personálem je možné naslouchat nemocnému a vytvářet podněty, které jsou mu příjemné a které mohou osobu s demencí aktivizovat. Jedná se například o poslouchání oblíbené hudby, předčítání modlitby nebo jiné četby, masáže, ochutnávání oblíbených lahůdek, nebo zkrátka jen být spolu a držet za ruce.

Mezi dalšími, kdo uvádí, že kvalitní péče závisí na spolupráci rodin a pečujícího personálu, je Zgola. Tvrdí také, že je důležité, aby se všichni vzájemně znali, důvěřovali si a respektovali se. K tomu, aby personál dobře poznal klienta s demencí, nestačí seznam zájmů z minulosti sepisovaný při příjmu do zařízení, protože tyto informace jsou poskytovány za vypjaté situace, kdy jsou jak klient, tak rodina stresováni. Personál, který nezná dobře minulost klienta, nemůže poskytovat kvalitní péči, přičemž cenné informace pečující získává po částech, během poskytování sociální služby, při rozhovorech jak s uživatelem, tak s jeho nejbližšími. Personál oddělení by měl zůstat v kontaktu s rodinou i v tom směru, že blízkým poskytne oporu ve vypořádání se s řadou otázek a problémů, které s umístěním souvisejí.<sup>120</sup>

Rodinné příslušníky mohou doprovázet výčitky svědomí, že již nezvládají péči o svého seniora a musí ho umístit do zařízení. I v tomto ohledu by měl pečující personál pomoci rodině a být jim oporou. Ubezpečit klientovy blízké, že péče je velmi náročná a proto všichni jistě rozumí jejich rozhodnutí.<sup>121</sup> Tato situace vyvolává v rodině velmi ambivalentní pocity, kdy na jedné straně stojí velká úleva od zatěžující péče a na straně druhé pocity viny, lítosti a selhání, že nedostáli svému závazku opatrovat své rodiče až do konce života. Při této situaci se rodina dostává do konfliktu hodnot a snaží se své počínání ospravedlnit s ohledem na vlastní zdravotní stav, děti nebo zaměstnání. Často chtějí rodinní pečující mít stále dohled nad péčí, podílet se na ní a nést za ni

---

<sup>120</sup> Srov. ZGOLA M., J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*, s. 214-219.

<sup>121</sup> Srov. WEHNER, L., SCHWINGHAMMER Y. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*, s. 25.

zodpovědnost.<sup>122</sup> Takové jednání shledávám odpovědným a prospěšným pro poskytování kvalitní péče.

Wehner a Schwinghammer udávají několik rad vztahujících se k poskytování kvalitní služby seniorovi s demencí. Zdůrazňují, že při realizaci přání klienta je nutné cíleně zapojit i rodinné příslušníky, neboť výraz „my za to platíme“ nezbavuje rodinné příslušníky odpovědnosti za jejich blízké. Pro udržení kvality života seniorů je tedy určující, jakým způsobem se jejich rodina podílí na péči, přičemž důležité je jejich aktivní včlenění. Proto doporučují, aby byla s rodinnými příslušníky pořádána různá setkání, aktivní zapojení by mělo začínat už při prvním rozhovoru u dobře zpracovaných průvodních životopisů.

### **6. 3 Ideální spolupráce rodin a pečovatelů o klienta s demencí**

Ideální spolupráce je velice relativní pojem, pod kterým si všichni můžeme představit něco jiného. Každý jsme jedinečnou osobností s vlastními kvalitami a vnímáme rozdílně věci kolem sebe. Přesto bych se v této práci ráda pokusila o vlastní definici nastavení spolupráce mezi rodinami klientů s demencí a jejich pečovateli.

Pracovníci v sociálních službách mají své jasně definované standardy, dle nichž by se měli řídit. Měli by však také sami aktivně pracovat na vytvoření vztahu mezi nimi a rodinou klienta. Aby dostáli svým závazkům vůči zaměstnavateli, musí fungovat dobrý systém kontrol ze strany vedení – a to nejen v tom směru, že jsou popsány individuální plány a biografické listy, ale že pracovníci také skutečně znají potřeby klientů a rozumí jim. K tomu může přispívat i vzdělávání pracovníků na všech úrovních.

Mátl a Jabůrková namítají, že ani poskytovatelé, ani rodinní příslušníci neví, jak mohou vzájemně spolupracovat. Odpovědnost dávají na stranu poskytovatele, který musí veřejnost podnítit, aby do tohoto systému vstoupila.<sup>123</sup> Říkají, že „kompetence a odpovědnost rodinných příslušníků musí být jasně nastaveny.“<sup>124</sup> Tomuto pravdivému

---

<sup>122</sup> Srov. JANEČKOVÁ, H., NOVOTNÁ, H. R. Role rodinných vztahů v institucionální péči o seniory. *Sociální práce*, 2013, roč. 13, č. 1, s. 77.

<sup>123</sup> Srov. MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M. *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*, s. 78.

<sup>124</sup> MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M. *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*, s. 78.

tvrzení, se kterým bezmezně souhlasím, chci najít místo i v našem zařízení a dát jasnou podobu tomu, jak mají být kompetence určeny.

Důležité je také pracovat s reflexí. Pokud existuje jiný názor na diskutovanou otázku, neměl by být brán jako útok či kritika, jak tomu ve většině případů je. Vedení zařízení musí dát najevo svůj zájem o klienty a jejich rodiny, a pokud si stěžují, musí stížnost brát vážně a prošetřit ji bez ohledu na dotčení pracovníků. Jsou-li vyvozeny personální důsledky, je to poučné pro všechny strany. I kontinuální návštěvy rodinných příslušníků jsou pro personál určitou kontrolou.<sup>125</sup>

### 6.3.1 Metodika výzkumu

Pro potvrzení všech zmíněných informací v této diplomové práci byly vypracovány dva typy dotazníků,<sup>126</sup> které byly následně porovnány. První typ dotazníků<sup>127</sup> byl distribuován rodinám klientů s demencí, které v pozorované době navštívily svého blízkého na stanici domova se zvláštním režimem. Druhý typ dotazníků<sup>128</sup> byl poskytnut pečujícímu personálu, který působí na téže stanici. Oba typy dotazníků byly vyplňovány přímo na oddělení a respondentům k tomu byl poskytnut dostatek času a soukromí.

Dotazníků bylo vyplněno celkem 20. Deset dotazníků vyplnili rodinní příslušníci, přičemž umístěných klientů je celkem 45, a deset dotazníků vyplnili pracovníci v přímé obslužné péči, kterých na zmíněné stanici pracuje celkem 24. Oslovení respondenti byli předem informováni o smyslu dotazníku, k čemu bude dále sloužit i o dobrovolnosti podílet se na tomto výzkumu. Respondentům na obou stranách byla také zaručena anonymita.<sup>129, 130</sup>

Otázky byly formulovány dvojím způsobem. Některé měly na výběr odpovědi, ale spíše byly uvedeny otázky otevřené, které se používají k objasnění interpretací získaných pozorování nebo jinými typy dotazování.<sup>131</sup> Výzkum se svým pojetím

---

<sup>125</sup> Srov. MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M. *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*, s. 78-79.

<sup>126</sup> „Dotazník je metoda hromadného získávání údajů pomocí písemných otázek, které mohou být otevřené, nestrukturované nebo uzavřené, strukturované; lze použít i položky škálové.“ HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*, s. 51.

<sup>127</sup> Viz příloha č. VI.

<sup>128</sup> Viz příloha č. VII.

<sup>129</sup> Viz příloha č. VIII.

<sup>130</sup> Viz příloha č. IX.

<sup>131</sup> Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*, s. 186.

přiklání k typu fenomenologického výzkumu, který klade důraz na pochopení, jak různí jedinci vnímají určitou zkušenost.<sup>132</sup>

Cílem výzkumu je zjistit okolnosti, které by vedly k lepší spolupráci pečujícího personálu s rodinami klientů tak, aby výsledek této spolupráce měl dopad na kvalitu péče o seniory s demencí umístěné na oddělení se zvláštním režimem.

### **6.3.2 Vyhodnocení dotazníkového šetření pro rodinu uživatele Domova se zvláštním režimem**

Dotazník bychom mohli stručně charakterizovat tak, že je v podstatě rozdělen do třech bloků. První blok tvoří otázky, které charakterizují situaci klienta s ohledem na délku pobytu v zařízení a četnosti návštěv jeho blízkých. Poté jsou uvedeny otázky, jejichž odpovědi mají vyjádřit, jak rodinní příslušníci vnímají práci pečovatelskou ve vztahu k seniorům. Poslední blok tvoří dotazy, v nichž se mají blízcí klientů vyjádřit sami k sobě ve vztahu k uživateli péče, jak přispívají ke zkvalitnění pobytu seniora.

První otázka se zaměřuje na délku pobytu seniora s demencí v zařízení. Z uvedeného vyplývá, že škála dotazovaných je celkem rozmanitá. První třetina dotazovaných má svého blízkého umístěného na oddělení se zvláštním režimem jen kolem třech měsíců. Další třetinu tvoří senioři umístění na této stanici jeden rok a poslední třetinou jsou senioři, jejichž pobyt na oddělení se zvláštním režimem je dlouhý již dva roky.

Druhý dotaz se týká četnosti návštěv seniora s demencí v zařízení, kdy respondenti odpověděli následovně: 2x do týdne navštěvuje svého blízkého jen jeden rodinný příslušník. Polovina dotazovaných zavítá na oddělení se zvláštním režimem 1x do týdne a zbytek respondentů navštíví svého seniora spíše 1x za čtrnáct dní nebo dokonce 1x za měsíc. Většina klientů se tedy alespoň 1x za týden se svými blízkými potká, což je z hlediska sociálního statusu a naplnění smyslu života seniora důležité. Senioři, kteří mají dobré rodinné vztahy, snáze nesou své zdravotní neduhy a uspokojení z účasti na různých akcích v zařízení je pro ně více potěšující.<sup>133</sup>

Následující dvě otázky se týkají přání klientů a možnosti rodiny jejich přání plnit. Polovina respondentů odpověděla, že spíše ví o přáních svých blízkých a ve

---

<sup>132</sup> Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*, s. 103.

<sup>133</sup> Srov. JANEČKOVÁ, H., NOVOTNÁ, N. R. Role rodinných vztahů v institucionální péči o seniory. *Sociální práce*, 2013, roč. 13, č. 1, s. 80.

spolupráci s pracovníky nebo dle svých možností se jejich přání snaží plnit. Dva dotazovaní odpověděli, že téměř neví o tužbách svého seniora a nedokážou tak přispívat k jejich naplnění z důvodu špatného vyjadřování seniora s demencí. Zbytek respondentů odpověděl, že určitě znají přání svých seniorů a snaží se je podle svých možností plnit.

Zjišťovány byly také kompetence pracovníků a rodinných příslušníků. Dotazovaní měli vybírat možné situace týkající se svého seniora a stanovit, které úkony má vykonávat pracovník, které rodinný příslušník a které úkony mohou vykonávat obě strany. Z uvedeného vyplývá, že rodinní příslušníci nemají vůbec jasnou představu o tom, kdo za co nese zodpovědnost. Uvedeny byly okolnosti týkající se doprovodu do různých institucí, k lékaři, doprovázení na kulturní a společenské akce nebo na bohoslužbu, ať už konanou v zařízení nebo mimo něj. Dále se jedná o nákupy různého typu (hygiena, ošacení, drobné lahůdky). Ve všech zmiňovaných okolnostech se mohou angažovat obě strany, avšak odpovědi byly spíše směřovány buď na rodinné příslušníky, nebo na pracovníky. Vše se však odvíjí od nastavené spolupráce a vzájemné komunikace mezi oběma stranami. Rodina by se stále měla aktivně podílet na péči o svého blízkého, pokud však z nějakého důvodu v daný moment nemá tu možnost, může oslovit personál a ten rodinného příslušníka zastoupí.

Následující otázky se týkaly péče ošetřujícího personálu ve vztahu ke klientům. Respondenti byli tázáni, zda je podle nich péče dostatečná a zda by měli nějaká doporučení, jak poskytovanou péči zkvalitnit. Tři čtvrtiny dotazovaných odpověděly, že se pečující personál velmi angažuje v péči o jejich blízké a nemají žádná doporučení pro zkvalitnění této péče. Jedna čtvrtina respondentů odpověděla, že se ošetřující personál angažuje jen částečně a jako zlepšení navrhuje řešení, aby klientům byly více nabízeny vzpomínkové aktivity. Také navrhuje, aby bylo uskutečněno více společenských událostí, na nichž by mohli být přítomni i rodinní příslušníci.

Rodinní příslušníci byli dále tázáni, zda se oni sami podílejí na aktivizaci svého seniora a jestli má v zařízení jejich blízký nějaké vlastní předměty. Tři čtvrtiny respondentů odpověděly, že se podílejí na aktivizaci vlastní návštěvou, popovídáním si, popřípadě snahou o udržení kontaktu s ostatní rodinou. Jedna čtvrtina dotazovaných udává, že se na aktivizaci nepodílí v důsledku zdravotního postižení uživatele nebo proto, že sám rodinný příslušník není v dobré zdravotní kondici. Všichni dotazovaní uvedli, že jejich senior zde má vlastní fotografie a polovina uživatelů má i jiné předměty, jakými jsou například šperky, obrazy či jiné pro výstavu určené předměty.

Jak bylo popsáno výše i klient, který nespolupracuje, nebo je dokonce apatický, vlivem zhoršení zdravotního stavu potřebuje specifickou péči. V tomto ohledu je tedy nezbytné, aby se rodina spolu s pracovníky na aktivizaci klienta podílela, jelikož klient sám není schopen sdělení svých potřeb. Rodina však svého blízkého zná a díky dobře zpracované biografii může být takovému klientovi poskytována kvalitní péče nejen ošetrovatelská a zdravotní, ale i péče zohledňující psychické a spirituální potřeby.

Dotazník zkoumal též komunikaci s ošetřujícím personálem, tedy jestli rodiny s personálem vzájemně komunikují při každé návštěvě svého blízkého. Polovina dotazovaných odpověděla, že komunikují vždy a polovina odpověděla, že téměř vždy, podle časových možností personálu. Je tedy potřeba, aby personál byl více otevřený vůči příbuzným uživatelů, neboť od vzájemné dobré komunikace se může odvíjet i kvalita poskytované péče.

Následující otázky se týkaly toho, zda podle rodinných příslušníků zjišťoval pečující personál dostatek informací o seniorovi a jakým způsobem by se dala zlepšit spolupráce mezi těmito dvěma stranami. Tři čtvrtiny dotazovaných popsaly, že neví, jak zlepšit kvalitu spolupráce, protože je dle jejich názoru dostačující a pečující personál zjišťoval dostatek informací. Jedna čtvrtina respondentů uvádí, že by se pečující personál měl více zajímat o biografii klienta a pro zkvalitnění spolupráce mezi těmito dvěma stranami navrhuje zlepšení komunikace ze strany pečujícího personálu a uskutečňování více společných společenských akcí.

Na závěr měli rodinní příslušníci celkově zhodnotit spolupráci mezi nimi a pečujícím personálem, přičemž dvě čtvrtiny dotazovaných odpověděly velmi kladně, jedna čtvrtina respondentů hodnotila spolupráci jako průměrnou a jedna čtvrtina dotazovaných na tuto otázku neodpověděla vůbec.

Z dotazování vyplývá, že pracovníci by se měli soustředit na vytvoření dobrých sociálních vazeb mezi nimi a rodinnými příslušníky, aby byly na stejné úrovni jako vazby s klienty samotnými. Měli by poskytnout rodinám dostatek podpory při včleňování seniora do zařízení, zajímat se o jejich potřeby a dovolit jim, aby v péči o blízkého pokračovali tak, jak je to v jejich možnostech. Zároveň by měli posilovat



kompetence rodinných příslušníků a přispívat tak k naplnění důležitých vzájemných zásad potřebných pro naplnění vzájemného vztahu.<sup>134</sup>

Je nutné poznamenat, že ochota rodinných příslušníků pro podílení se na výzkumu není valná. Dotazníky jsou vyplněny částečně, nebo jsou odpovědi na některé otevřené otázky velmi strohé, ačkoliv všichni byli informováni o tom, že výzkum bude přínosem pro zkvalitnění péče o jejich blízké. Již z tohoto aspektu můžeme usuzovat, že rodinní příslušníci nemají ochotu osvojovat si jakékoliv prvky pro možnou spolupráci.

Z uvedených dotazníků vyplývá, že existují aspekty, které se v péči o seniory s demencí dají zlepšit. Co se týče stanovení kompetencí kolem různých aktivit klienta, je nutné, aby již při sociálním šetření a při následném navázání spolupráce pracovníci komunikovali s rodinnými příslušníky a dokázali otevřeně hovořit o možných situacích. Je potřebné, aby pracovníci nepřebírali zodpovědnost za péči, kterou stále může (a hlavně by měla) poskytovat rodina. Pečující personál musí vždy ubezpečit rodinné příslušníky, že jim je ve všem nápomocen, a pokud rodina nemůže z nějakého důvodu dostát svým závazkům, pracovníci by je měli zastoupit.

### **6.3.3 Vyhodnocení dotazníkového šetření pro ošetřující personál na oddělení Domova se zvláštním režimem**

Dotazníky distribuované pečujícímu personálu na oddělení pro osoby s demencí mají velmi podobnou charakteristiku jako předchozí dotazníky pro rodiny uživatelů domova. Jsou tedy také formovány do třech bloků, kdy první otázky mají mít pouze orientační charakter, dále jsou stanoveny otázky týkající se okolností poskytované péče z hlediska samotných pracovníků a třetí blok tvoří okolnosti spolupráce rodin s pracovníky dle pojetí pečujícího personálu.

První dvě otázky se týkají dosaženého vzdělání a délky dosavadní praxe v sociálních službách, přičemž devět respondentů uvedlo, že mají středoškolské vzdělání, jeden pracovník je vyučen. Pouze jeden z dotazovaných pracuje v sociálních službách déle jak pět let. Ostatní odpovědi je možné rozdělit přesně do třech třetin, kdy jednu třetinu tvoří personál s délkou praxe větší jak tři roky, další pracují v sociálních službách dva roky a poslední třetina se skládá z pracovníků pracujících v této oblasti méně než jeden rok.

---

<sup>134</sup> Srov. JANEČKOVÁ, H., NOVOTNÁ, N. R. Role rodinných vztahů v institucionální péči o seniory. *Sociální práce*, 2013, roč. 13, č. 1, s. 80.

Další část je stejná jako u dotazníků pro rodiny klientů a týká se kompetencí pracovníků a rodinných příslušníků. Dotazovaní měli vybírat možné situace týkající se seniorů a stanovit, které úkony má vykonávat pracovník, které rodinný příslušník a které úkony mohou vykonávat obě strany. Odpovědi jsou téměř stejně nejasné jako u první dotazované skupiny. Ani samotní pracovníci nedokážou rozdělit uvedené okolnosti (doprovod do různých institucí, k lékaři, doprovázení na kulturní a společenské akce, na bohoslužbu, ať už konanou v zařízení nebo mimo něj, nákupy hygienických potřeb, ošacení či jiné drobnosti), přesto se o něco více, než jak tomu bylo u dotazování rodinných příslušníků, objevuje odpověď označující obě strany. Stanovisko se opakuje - na všech zmiňovaných okolnostech se mohou angažovat obě strany, vše se odvíjí od nastavené spolupráce a vzájemné komunikace mezi nimi.

Dotazník měl také objasnit, jak se angažují rodiny klientů z pohledu pracovníků v pomoci a péči o samotného seniora. Pouze jeden respondent uvedl, že se angažují málo, všichni ostatní označili položku „částečně“. Z uvedeného vyplývá, že pracovníci mají pocit nedostatečné angažovanosti rodin v péči o jejich blízkého, tudíž je vhodné tuto situaci napravit. Podněcovateli k větší angažovanosti rodin v péči však musí být samotní pracovníci, kteří musí od samotného zahájení užívání sociální služby pobízet rodinné příslušníky ke vzájemné spolupráci.

Pracovníci měli dále specifikovat, jak má rodina pomáhat při aktivizaci svého blízkého. Odpovědi se celkem shodují, nebo vhodně doplňují. Pečující spatřují významnost v samotných návštěvách klienta nebo ve společných výletech s rodinou mimo zařízení. Dále pracovníci chtějí, aby jim rodinní příslušníci sdělovali bližší informace o uživateli, například o tom, jak běžně trávili čas, a pomohli jim se sestavením kvalitní biografie. Na základě těchto parametrů by pak společně mohli zvolit vhodné aktivity. Tyto informace celkem splňují všeobecné cíle toho, jak by pomoc ze strany rodiny při aktivizaci klienta s demencí měla vypadat.

Následující část se zaměřuje na to, jakým způsobem se podílí samotný pracovník na aktivizaci klienta a zda je pro něj při práci důležitá i uživatelova osobní biografie. Jedna třetina dotazovaných odpověděla, že se podílí na aktivizaci volnočasovými aktivitami, avšak co se tímto výrokem myslí, není možné určit. Ostatní odpovědi byly konkrétní – pracovníci uvedli, že se podílí na aktivizaci klientů tím, že s nimi chodí na procházky, společně si povídají a vzpomínají (prohlíží fotografie), hrají společně hry a pořádají různé společenské akce. Také byly uvedeny činnosti týkající se zapojení do

běžného provozu (mytí nádobí, pečení), poslouchání hudby či protahovací cviky a tanec. Všichni pracovníci sdělili, že při práci s klienty s demencí je pro ně významná biografie.

Další otázka nejdříve představuje zahraniční zkušenosti, které uvádějí, že díky dobře zpracované biografii je péče o klienta snazší. Pracovník je následně tázán, zda o této skutečnosti ví. Pouze jeden respondent odpověděl, že o této skutečnosti neví, a jeden dotazovaný napsal, že je tento fakt dán nižšími nároky na zahraniční pracovníky, než jaké jsou kladeny na pracovníky u nás. Ostatních osm respondentů sdělilo, že o této skutečnosti ví. Zde je nutné podotknout, že na oddělení se zvláštním režimem, kde byly dotazníky distribuovány, prošli všichni pracovníci certifikovaným školením zaměřeným na práci s biografií člověka. Je proto zarážející, že jeden pracovník odpověděl zápornou formulací.

Pracovníci byli dále návazně tázáni, co by pro snazší péči mohli v budoucnu udělat. Polovina respondentů uvádí, že by se více mohli zaměřit na biografii klienta a přimět ke spolupráci rodinné příslušníky uživatelů. Zbytek pracovníků sděluje, že dle svých možností s biografií již pracuje, přičemž jeden respondent uvádí, že by měl podstoupit další vzdělávání a nechat si radit od služebně starších kolegů. Jeden dotazovaný napsal, že by pro tyto cíle musel obětovat i svůj osobní čas.

Na dostatečnost spolupráce mezi rodinami klientů a pečovateli byla zaměřena další otázka. Dvě třetiny pracovníků odpověděly, že je tato situace velmi individuální. Někdo spolupracuje více, někdo méně a někdo spíše nespolupracuje vůbec. Jedna třetina respondentů odpověděla, že dle jejich mínění je spolupráce dostatečná. V této otázce a následné odpovědi hraje jistě velkou roli fakt, jak každý vnímá stanovisko dostatečné spolupráce.

V předposlední otázce měli respondenti předložit, jakým způsobem by se podle nich zlepšila spolupráce mezi nimi a rodinami klientů tak, aby byla zkvalitněna poskytovaná péče osobám s demencí. S odpovědí si nevěděla rady polovina respondentů, další polovina odpovědí souvisela například se zkvalitněním komunikace s rodinou nebo s lepším seznámením rodinných příslušníků s tím, co je biografie klienta. Pečující personál také navrhuje, aby bylo uskutečněno více společenských akcí, na něž by byli rodinní příslušníci pozváni.

Zařízení, v němž byly dotazníky distribuovány, nabízí dle mého mínění dostatek společenských aktivit (1x do týdne). Pracovníci jistě pokaždé nevolají rodinám, aby se této události zúčastnily, ale na stanici je vyvěšen měsíční program, dle kterého se rodinní příslušníci mohou řídit. Obecně se dá říci, že pokud zařízení uspořádá alespoň 1x do roka setkání daného oddělení, na němž jsou přítomni jak uživatelé, tak pracovníci s vedením zařízení, a jsou pozvány i rodiny klientů, jejich účast nebývá ani poloviční. Je tedy zajímavé, že tento princip pro zlepšení spolupráce navrhovali samotní rodinní příslušníci. Argument, že by blízcí klientů měli být seznámeni s významností zpracování biografie, je platný a zařízení by k tomu mělo brát zvláštní zřetel.

Na závěr měli pečující celkově zhodnotit spolupráci rodin klientů s pracovníky, přičemž téměř polovina pečujících je spokojena. Ostatní respondenti buď hodnotí spolupráci jako nedostačující, nebo není kolonka vyplněna vůbec. Jeden dotazovaný odpověděl, že zatím s rodinou klienta nespolečně pracoval. Tato informace je velmi zarážející, jelikož respondent uvedl, že v zařízení pracuje již dva roky.

Z dotazníkového šetření vyplývá, že zřizovatel musí učinit nezbytné kroky k tomu, aby byl posílen vztah mezi rodinami a pečujícím personálem. Rodinní příslušníci musí být taktně včleněni do procesu plánování péče s tím, že poskytnou pečovateltům důležité informace ze seniorova předešlého života se všemi návyky, rituály, zájmy, pracovními zkušenostmi a charakteristickými osobnostními rysy. Pracovníci by měli rodinám zdůrazňovat, že se mohou účastnit jakýchkoli aktivit, které se v zařízení konají a doprovázet svého blízkého.

Všechny tyto aspekty přispívají k pochopení chování, jež se právě v demenci objevuje. Vzájemná spolupráce obou stran je tedy potřebná ke zvyšování kvality péče, o níž je potřebné usilovat.

Zřizovatel by měl pracovníkům připomínat, že se musí aktivně účastnit na vytvoření důvěrného vztahu mezi nimi a rodinnými příslušníky a dle psychobiografického modelu péče vyzdvihovat principy, které jsou nutné pro takovou spolupráci, aby se jejich plnění odrazilo na kvalitě poskytované péče.

## 7 Pohled křesťanské etiky na péči o seniory

Vztah k seniorovi v rodině má mnoho podob, záleží na dané kultuře společenství lidí. Některé civilizace si váží kvalit starého člověka pro jeho moudrost, zkušenosti a činy, a tak není vnímán jako přítěž pro rodinu, nýbrž jako učitel pro mladší generace. Je zapojen do veškerého rodinného dění, aktivně se na něm účastní, ale zároveň respektuje samostatnost a soukromí rodiny nové. Existují však na světě i jiné kultury, které mají tendenci staré lidi vytěsňovat na okraj společnosti. Tyto rodiny jsou nakonec v důsledku samy ochuzeny a staří lidé procházejí utrpením ze ztráty bližních.

Církevní pastorační práce se snaží o povzbuzení společnosti v uznání seniorů ve všech společenstvích a hlavně v rodinném celku, jelikož život předchozí generace pomáhá lidem objasňovat stupnici křesťanských hodnot a představuje souvislost generací a vzájemnou závislost v Božím lidu. Také se dá konstatovat, že staří lidé dokážou překonávat nesrovnalosti mezi generacemi dříve, než se objeví. Děti najdou v náručí starých lidí porozumění a lásku a senioři ve svých vnoučatech spatřují vrchol svého snažení.<sup>135</sup>

Podle Anzenbachera můžeme vymezit jednotlivé základní úkoly rodiny, které souvisí s pospolitostí a emocionální stabilizací rodinných příslušníků, s rozmnožováním a následnou péčí o děti a jejich výchovu, se správnou domácností, zdravím rodiny a rekreací, ale také se vzájemnou pomocí, která se nevztahuje jen na primární členy rodiny, nýbrž i na širší příbuzenstvo, mezi něž patří prarodiče.<sup>136</sup>

Dnešní sociální společnost poskytuje i nevhodné formy pomoci rodinám, které v důsledku vlastně podlomují rodinné vazby tak, že je narušen mechanismus vzájemné rodinné pomoci a mezigenerační solidarity. Děje se tak proto, že trh vyžaduje po jednotlivcích plné pracovní nasazení, a tak stát musí nabízet širokou škálu sociálních služeb, kterými přebírá za rodinu její přirozený úděl. Obecně se dá říci, že tento jev vede někdy k podporování nezodpovědnosti rodinných příslušníků a v konci může

---

<sup>135</sup> Srov. *Familiaris Consortio: apoštolská adhortace Jana Pavla II. z 22. listopadu 1981 o úkolech křesťanské rodiny v současném světě*, s. 33.

<sup>136</sup> Srov. ŠRAJER, J. Sociálně etický pohled na problematiku dnešní rodiny. In ŠRAJER, J., MUSIL L. (eds.). *Etické kontexty sociální práce s rodinou*, s. 49.

přispívat k větší rozvodovosti, klesající porodnosti, k neochotě, neschopnosti a nemožnosti pečovat o staré a nemocné členy rodiny.<sup>137</sup>

Staří lidé vytvářejí spojení mezi generacemi a přispívají tak ke štěstí rodiny i celé společnosti. Také mohou poskytovat důkazy o všeobecných lidských hodnotách, mezi něž kromě mravních, kulturních a sociálních patří také odpovědnost k práci a které nejsou závislé na komerčních a výkonnostních principech. Staré občany bychom neměli chápat jen jako osoby závislé na naší péči, nýbrž i jako rovnocenné partnery při vytváření různých záměrů, protože svými zkušenostmi mohou přispívat k formování veškerých okolností ve společnosti. Pokud mohou staří lidé předávat své hodnoty a tradice, mohou tak přispívat k dobru druhých.<sup>138</sup> Staří lidé sami chtějí předávat své zkušenosti, díky nimž mají pocit, že jejich dosavadní život měl smysl a že i nadále mohou být někomu užiteční.<sup>139</sup>

Pokud senioři v důsledku svého onemocnění potřebují ošetrovatelskou péči, potřebují také, aby se s nimi zacházelo s úctou a láskou.<sup>140</sup> Přitom nezáleží na tom, zda je tato péče poskytována rodinou v přirozeném prostředí nebo v zařízení sociálních služeb. Pečující vždy musí dbát na zachování všech lidských hodnot.

## 7.1 Vztah rodiny k seniorovi v reflexi biblických textů

Člověk je vždy stvořen k Božímu obrazu. Každý věk má svůj půvab a své poslání, tím spíše, je-li věk již pokročilý. Starému člověku je v Písmu přiznáváno velké uznání, dokonce je vysoký věk vnímán jako znamení Boží přízně. Například Mojžíš je již velmi starý, když se mu dostane té pocty, aby vyvedl Boží lid z Egypta.

Stáří je dle Bible příhodným časem k dovršení životního dobrodružství, kdy člověk může pochopit smysl života a dosáhnout moudrosti srdce. Stáří je též závěrečnou etapou člověka v jeho vyzrálosti a výrazem Božího požehnání.<sup>141</sup>

---

<sup>137</sup> Srov. ŠRAJER, J. Sociálně etický pohled na problematiku dnešní rodiny. In ŠRAJER, J., MUSIL L. (eds.). *Etické kontexty sociální práce s rodinou*, s. 57.

<sup>138</sup> Srov. *Kompendium sociální nauky církve. Papežská rada pro spravedlnost a mír*, s. 154-155.

<sup>139</sup> Srov. OPATRŇY, M., LEHNER, M. *Teorie a praxe charitativní práce: uvedení do problematiky: praktická reflexe a aplikace*, s. 50

<sup>140</sup> Srov. *Kompendium sociální nauky církve. Papežská rada pro spravedlnost a mír*, s. 155.

<sup>141</sup> Srov. List papeže Jana Pavla II. starým lidem. [online], Vatikán 1999, Česká biskupská konference, [cit. 20. února 2015]. Dostupné na WWW: <http://www.cirkev.cz/res/data/003/000425.pdf>, s. 4-6.

Staří lidé byli velice váženými osobami. Již hebrejské „zakén“ označuje letitost, stáří, které je předmětem přirozené úcty a původ veškeré životní moudrosti a zkušenosti. Za okrasu starců jsou považovány jejich šediny. Pokud chce Starý zákon vyzdvihnout něčí krutost, píše, že ani starců nebylo ušetřeno. V knize Izajášově se uvádí, že úpadek Izraele je manifestován v tom, že je dítě neposlušné vůči starci. Dále je také citováno, že pokud Bůh vezme zemi starého člověka, znamená to, že jí vzal všechnu podporu. Horším soudem však může ještě být, pokud Bůh odebere starcům schopnost úsudku, protože moudrost je darem od Hospodina. Josef měl například tolik moudrosti, že mohl vyučovat egyptské starce. Také ve Zjevení Janově je psáno o starých lidech, kdy kolem Božího trůnu sedí 24 starců. 12 představitelů z nich může znázorňovat dvanáctero pokolení Izraele a druhých 12 apoštoly, jako zástupce nového Izraele. Jiný výklad uvádí, že se jedná o reprezentanty Izraele a národů.<sup>142</sup>

Dalším pojetím, které se zabývá vztahem ke starým lidem, je čtvrté přikázání Desatera, „Cti otce svého i matku svou“ jehož doslovný překlad znamená, že dospělí děti mají zaopatřit své staré rodiče a dostát tak sociálnímu závazku, protože pokud rodiče předali svůj majetek dětem, bylo posláním dětí, aby se o rodiče postarali. Tím byli rodiče odkázáni na blahovůli svých potomků. Tento původně sociální úkol načerpává na vážnosti tím, že je jedním z Božích přikázání.

V současné době se nejedná jen o uznání autority, nýbrž o uznání všech členů daného společenství jak v rodině, tak ve státě. S tím souvisí i otázka struktur institucí s ohledem na lidskou důstojnost.

Čtvrté přikázání je jedním ze základů sociální nauky církve a pomáhá nám rozkrýt téma odpovědnosti vůči jednotlivým členům rodiny, i vůči politickým a církevním společenstvím.<sup>143</sup>

## **7.2 Péče o klienta v zařízení sociální péče z pohledu křesťanské etiky**

V současnosti se péče o nemocného člena rodiny svěřuje do rukou odborníků v různých zařízeních poskytujících péči. Vytrácí se tak přirozený zážitek ze souboje člověka s bolestí, strádáním, potažmo i se smrtí. Není tím myšleno, abychom se vraceli

---

<sup>142</sup> Srov. NOVOTNÝ, A. *Biblický slovník*. [online], [cit. 30. března 2015].

Dostupné na WWW: [http://lide.cb.cz/pavel.mosner/bib\\_slovník\\_novotny.htm](http://lide.cb.cz/pavel.mosner/bib_slovník_novotny.htm)

<sup>143</sup> Srov. *Život z víry. Překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé*, s. 169-170.

k dřívějším dobám, kdy systém služeb nebyl rozvinut, ale abychom v dnešním pokrokovém světě nezapomněli na funkci a úkoly rodiny, která se ve výsledku ze svého dosavadního poslání může vyvazovat.<sup>144</sup> Sounáležitost členů rodiny je v dnešním světě oslabena, protože existují zařízení poskytující péči a pomoc, takže rodinní příslušníci nemusejí být na sobě závislími.<sup>145</sup>

V dnešním světě se můžeme setkat s pohrdáním seniory, kteří jsou tak vedeni sami k otázce, zda jsou ještě někomu či něčemu užiteční. Do popředí zájmu se tak dostává jako možné východisko eutanazie. Ta je však sama o sobě nepřijatelná v jakémkoli směru, je porušením Božího zákona a zneuctěním lidské důstojnosti.<sup>146</sup> O eutanazii nemůže být řeč ani v případě, kdy je člověk v bolesti, odkázán na péči pečovatелů a nemá zájem o dění kolem sebe, nebo trpí demencí.

Vždy je nutné dívat se na život člověka jako na celek, jehož završením a přípravou na věčný život je právě stáří. Ke starším lidem patří úcta a láska. Ideálním prožitím tohoto posledního věku je být doma, ve společnosti nejbližších, kteří poskytují péči. Přesto existují situace, při nichž je rodině doporučeno, aby využila některého ze zařízení sociálních služeb, které jsou tolik prospěšné, pokud poskytují dobrou organizaci práce a láskyplnou péči. Veškeré starosti a přechod do zařízení jsou snazší, pokud mají senioři dobrý vztah s lidmi kolem sebe, hlavně s rodinou.<sup>147</sup>

Vedle zajištění ošetrovatelské péče seniorům je nezbytné zajímat se i o jejich spirituální potřeby. Tento model, zajišťující biopsychosociální potřeby s potřebami spirituálními, které jsou poskytovány prostřednictvím pastorační práce, se u nás nachází spíše jen v zařízeních hospicového typu. Z toho je patrné, že této složce není věnována dostatečná pozornost. Přesto jsou spirituální potřeby pro mnoho seniorů velmi důležité a to i pro ty, kteří nejsou náboženského vyznání. Mezi nejvýznamnější spirituální potřeby patří rozhovory a sdílení, rozhovor zaměřený na bilancování vlastního života, potřeba osobní blízkosti, potřeba smíření s blízkými, potřeba užitečnosti a předání zkušeností mladším generacím – potřeba zanechat zde odkaz a potřeba zajištění svátostí či společné modlitby.

---

<sup>144</sup> Srov. MACHULA, T. Filosoficko-antropologický pohled na tradiční rodinu. In ŠRAJER, J., MUSIL L. (eds.). *Etické kontexty sociální práce s rodinou*, s. 29.

<sup>145</sup> Srov. ŠRAJER, J. Sociálně etický pohled na problematiku dnešní rodiny. In ŠRAJER, J., MUSIL L. (eds.). *Etické kontexty sociální práce s rodinou*, s. 52.

<sup>146</sup> Srov. List papeže Jana Pavla II. starým lidem. [online], Vatikán 1999, Česká biskupská konference, [cit. 20. února 2015]. Dostupné na WWW: <http://www.cirkev.cz/res/data/003/000425.pdf>, s. 4-6.

<sup>147</sup> Srov. List papeže Jana Pavla II. starým lidem. [online], Vatikán 1999, Česká biskupská konference, [cit. 20. února 2015]. Dostupné na WWW: <http://www.cirkev.cz/res/data/003/000425.pdf>, s. 9.



- Rozhovory a sdílení – jde o potřebu starých lidí vypovídat se ze svých trápení. Pokud není nablízku rodina, měl by být posluchačem pečující pracovník.<sup>148</sup> Pokud nasloucháme pacientovi, musíme nejen slyšet, ale i „číst mezi řádky“, abychom pochopili celé sdělení klienta.<sup>149</sup>
- Rozhovor zaměřený na bilancování vlastního života – senior vypráví svůj velký životní příběh a přitom se potřebuje smířit se vším, co mu život přinesl. V hledání této integrity může být starému člověku nápomocna víra.
- Potřeba osobní blízkosti – v důsledku ztráty životního partnera nebo změny prostředí (přestěhování do zařízení sociální péče) se mohou senioři cítit opuštěni. Od osamělosti může člověku pomoci, když se stane členem nějaké skupiny, pomocí může být také účast na bohoslužbě.
- Potřeba smíření s blízkými – jde o důležitý krok, který je významný jak pro seniory, tak pro druhou stranu. Pokud se k tomu senior bojí uchýlit, může mu pomoci duchovní rozhovor, neboť víra má tu schopnost recipročně prohlubovat porozumění.
- Potřeba zajištění svátosti či společné modlitby – tato potřeba je významná nejen pro umírající, ale i pro ostatní seniory nebo i pro pečující personál, protože poodhaluje různé nezodpovězené otázky.<sup>150</sup>

Oddělení se zvláštním režimem sloužící jako příklad této práci, nabízí svým klientům účast na bohoslužbě každý týden ve své kapli. Nutno podotknout, že senioři s demencí často tuto aktivitu nevyhledávají. Je to ale proto, že kvůli nemoci nedokážou specifikovat své potřeby. Personál se dozvídá o jejich víře náhodou, nebo za pomoci blízkých. Opět je v tomto případě nezbytné intervenovat rodinu, aby personálu sdělila veškeré informace o klientovi, kterému tak mohou být poskytnuty ucelené služby.

Péče o starého člověka, ať už trpí jakýmkoli nemocí, je vždy z hlediska poskytování komplexní péče velmi náročná. Z pohledu křesťanské sociální etiky je kladen větší důraz na poskytování emocionální podpory a spirituálních potřeb, které

---

<sup>148</sup> Srov. OPATRŇY, M., LEHNER, M. *Teorie a praxe charitativní práce: uvedení do problematiky: praktická reflexe a aplikace*, s. 49.

<sup>149</sup> Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*, s. 19.

<sup>150</sup> Srov. OPATRŇY, M., LEHNER, M. *Teorie a praxe charitativní práce: uvedení do problematiky: praktická reflexe a aplikace*, s. 49-51.

jsou dle mého názoru v sociálních službách stále opomíjeny. Proto musí být vedena důsledná intervence na zřizovatele sociálních služeb, aby byla tomuto aspektu věnována větší pozornost.

## Závěr

V dnešní společnosti můžeme zaznamenat rapidní nárůst osob, které postihuje syndrom demence. V počáteční fázi onemocnění je více možné, aby takový člověk byl v domácím prostředí, při zhoršení zdravotního stavu je však vhodné, aby došlo k umístění do domova, který poskytuje sociální službu domov se zvláštním režimem. Tyto služby se však nedají stavět na úroveň rodinného prostředí, ačkoliv by se pečující personál o to výrazně snažil.

Přes veškerou snahu průkopníků novodobých přístupů k péči se v České republice stále drží model, jež se zaměřuje hlavně na zajištění fyziologických potřeb a potřeby psychické, potažmo spirituální, jsou stále opomíjeny. Je přitom dokázáno, že pokud budeme rozumět potřebám člověka s demencí, péče o něj se stane méně náročná. V tomto směru má svou nezastupitelnou hodnotu rodina klienta. Právě ta může poskytnout cenné informace a rady, které tak pomohou k lepšímu poznání člověka a tím i k porozumění jeho potřebám.

Cílem této práce bylo zjistit, jak můžeme docílit lepší spolupráce mezi rodinami klientů a pečujícím personálem na oddělení se zvláštním režimem, aby tak mohla být zkvalitněna péče o seniory s demencí, přičemž odpovědi byly hledány v literatuře, u významných autorů, kteří jsou erudovanými v oblasti sociální práce s osobami s demencí. Někteří autoři sami shledávají, že problematice spolupráce mezi pracovníky a rodinami seniorů není věnována dostatečná pozornost a že je potřeba se aktivně zaměřit na toto stanovisko. Je na zřizovateli, jak se postaví k problematice zapojení rodin do poskytované péče, jak bude dbát na zachování rodinných vazeb a jak je bude podporovat. Dalším zdrojem pro potvrzení zkoumaných informací byly vyplněné dotazníky jak od rodin klientů, tak od pečujícího personálu. Celkově se dá říci, že obě strany spolupracují jen v určitých aspektech péče o uživatele s demencí a na spolupráci by nic neměnili. Taková kooperace je však z mého hlediska nedostatečná a neodpovídá modelu zohledňujícímu biologické, psychologické, sociální a spirituální potřeby. Někteří pracovníci však vidí chybějící momenty ve spolupráci a následně poskytované péči a jako možná východiska uvádějí, aby rodiny klientů byly více informovány o prospěšnosti znát historii klienta, nebo aby se všichni více společně setkávali a měli dostatek času pro práci nejen ošetrovatelskou.

Ve své diplomové práci jsem se snažila uvést možná doporučení, která by vedla ke zkvalitnění spolupráce obou stran a mohla tak být klientům poskytována kvalitní péče s ohledem na zachování požadavků lidské důstojnosti. Doporučení, na základě nichž by senioři s demencí měli individuálně nastaveny aktivizace, aby jen prázdně nebloudili po chodbách zařízení a nehledali cestu domů, nebo aby všichni společně nehráli pexeso, když je taková věc vlastně vůbec nebaví.

Jsou to však jen obecné informace a záleží na každém zřizovateli, jaké zastává hodnoty, nakolik se dokáže vcítit do postavení jedince, který si na nic nemůže vzpomenout, a jaké připraví podmínky klientům, aby nedocházelo k porušování lidských zásad. Přitom do tohoto procesu je nutné začlenit i rodinné příslušníky, jejichž přítomnost je pro nemocné demencí tak důležitá. Pokud však rodina nemá zájem o svého bližního, nebo dokonce žádná rodina neexistuje, musí personál o to více dbát o zajištění blízkosti a alespoň částečně emoční vztah nahradit. Rodině klienta totiž nelze nařídít, aby za seniorem docházela častěji, aby více dbala na jeho potřeby a přání a trávila v zařízení více času, pokud o to sama nestojí. Pečující také nezná předešlou historii celé rodiny, která v tomto případě může být zásadní. Příbuzným umístěného klienta lze pouze doporučit, jakým způsobem může vypadat vzájemná spolupráce, snažit se o co největší začlenění rodiny a neustále vysvětlovat, proč je pro nás biografie seniora tak důležitá. Konečné rozhodnutí je však na rodinném příslušníkovi.

Ze všeho nejdůležitější je však lidský vztah a přístup pečujících k osobám s demencí. Ten se má zakládat na zevnitřnělých morálních hodnotách, které mohou vycházet z křesťanského zakotvení úcty ke každému člověku, protože je Bohem stvořen ke svému obrazu.

Doufám, že moje práce povede ke zkvalitnění péče o seniora s demencí v zařízení. Také očekávám, že zřizovatelé se budou zasazovat o větší začlenění rodinných příslušníků do procesu péče a stejným apelem budou dohlížet na odpovědnost v práci pečujícího personálu, aby vše fungovalo dle morálních zásad vztahujících se k člověku.

## Seznam použité literatury

- BALOGOVÁ, B. *Seniori*. 3. dopl. vydání. Prešov: Akcent print, 2009. ISBN 978-80-89295-18-0.
- BARTOŠ, A., HASALÍKOVÁ, M. *Poznejte demenci správně a včas – příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta a.s., 2010. ISBN 978-80-204-2282-8.
- BUŠKOVÁ, H. Senior v instituci. *Sociální práce*, 2011, roč. 11, č. 3, s. 132 – 134.
- CALLONE, R. P., KUDLACEK, C., VASILOFF, C. B., MANTERNACH, J., BRUMBACK, A. R. *Alzheimerova nemoc. 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2320-4.
- ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.
- DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- *Familiaris Consortio: apoštolská adhortace Jana Pavla II. z 22. listopadu 1981 o úkolech křesťanské rodiny v současném světě*. Praha: Zvon, české katolické nakladatelství a vydavatelství, spol. s r.o., 1992. ISBN 80-7113-067-2.
- FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
- HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, s. r. o., 2004. ISBN 80-7178-803-1.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1994. ISBN 80-85824-03-5.
- HAVRDOVÁ, Z., a kol. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Fakulta humanitních studií University Karlovy v Praze, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. ISBN 978-80-87398-06-7.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, s. r. o., 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- JANEČKOVÁ, H., NOVOTNÁ, N. R. Role rodinných vztahů v institucionální péči o seniory. *Sociální práce*, 2013, roč. 13, č. 1, s. 72 – 80.

- JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M. *Reminiscence. Využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, s. r. o., 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
- JOHNOVÁ, M. Individuální plánování – utajovaná síla sociální práce. *Sociální práce*, 2011, roč. 11, č. 3, s. 5.
- KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
- *Kompendium sociální nauky církve. Papežská rada pro spravedlnost a mír*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-7195-014-1.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vydání. Praha: Portál, s. r. o., 2006. ISBN 80-7367-181-6.
- KUČEROVÁ, H. *Demence v kasuistikách*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1491-4.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991. ISBN neuvedeno.
- LUKASOVÁ, M., HRADILOVÁ, A. a kol. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2014. ISBN 978-80-87949-03-0.
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MÁTL, O., JABŮRKOVÁ, M. *Kvalita péče o seniory. Řízení kvality dlouhodobé péče v ČR*. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-499-7.
- NOVÁK, T., THE BEASTEES. *Jak (pře)žít se stárnoucími rodiči*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4623-4.
- OPATRNÝ, M., LEHNER, M. a kol. *Teorie a praxe charitativní práce: uvedení do problematiky: praktická reflexe a aplikace*. České Budějovice: Jihočeská universita v Českých Budějovicích, Teologická fakulta, 2010. ISBN 978-80-7394-214-4.
- PROCHÁZKOVÁ, E. *Práce s biografii a plány péče*. Praha: Mladá fronta a.s., 2014. ISBN 978-80-204-3186-8.

- *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. Eds.: ŠRAJER, J., MUSIL, L., České Budějovice, Brno: ALBERT, 2008. ISBN 978-80-7326-145-0.
- TOPINKOVÁ, E. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci. Manuál pro klinickou praxi*. Praha: UCB Pharma, s.r.o., 1999. ISBN 80-238-4913-1.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- WEHNER, L. SCHWINGHAMMER, Y. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-40-247-4423-0.
- *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele*. 3. vydání. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2004. ISBN 80-86552-99-3.
- ZGOLA M., J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2003. ISBN 80-247-0183-9.
- *Život z víry. Překlad 2. dílu katolického katechismu pro dospělé*. 5. vydání. České Budějovice: Teologická fakulta Jihočeské univerzity, 2005. ISBN 80-7040-809.

## Elektronické zdroje

- *Das psychobiographische Pflegetmodell nach Böhm*. [PDF online], [cit. 13. ledna 2015].  
Dostupné na WWW: [www.altenpflege-online.net/.../psychobiographisches](http://www.altenpflege-online.net/.../psychobiographisches).
- GOETHE, W. J. *Citáty o stáří*. [online], [cit. 10. října 2014]. Dostupné na WWW: <http://citaty.net/citaty-o-stari/>.
- *List papeže Jana Pavla II. starým lidem*. [online], Vatikán 1999, Česká biskupská konference, [cit. 20. února 2015]. Dostupné na WWW: <http://www.cirkev.cz/res/data/003/000425.pdf>.
- NOVOTNÝ, A. *Biblický slovník*. [online], [cit. 30. března 2015].  
Dostupné na WWW: [http://lide.cb.cz/pavel.mosner/bib\\_slovník\\_novotny.htm](http://lide.cb.cz/pavel.mosner/bib_slovník_novotny.htm).
- *Psychobiografický model profesora Erwina Böhma*. [online], Erwin Böhm Institut, [cit. 13. ledna 2015]. Dostupné na WWW: <http://ebin.cz/historie/>.

- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník: Zákonné zastoupení a opatrovnictví, hlava III., díl 3, oddíl 2 Opatrovnictví člověka, § 466, odst. 1. In: Sbírka zákonů 22. 3. 2012, částka 33, [PDF online], [cit. 22. února 2015]. Dostupné na WWW: [http://obcanskyzakonik.justice.cz/fileadmin/NOZ\\_interaktiv.pdf](http://obcanskyzakonik.justice.cz/fileadmin/NOZ_interaktiv.pdf).
- Zákon č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbírka zákonů 31. 3. 2006, částka 37. [PDF online], [cit. 18. prosince 2014]. Dostupné na Portálu veřejné správy ČR: <http://portal.gov.cz>.



## Seznam příloh

- Příloha I. Test psychických funkcí (MMSE) Mini-Mental State Examination
- Příloha II. Poruchy v jednotlivých oblastech při demenci
- Příloha III. Otázky pro somatickou anamnézu
- Příloha IV. Příklady otázek pro vytvoření Biografické anamnézy
- Příloha V. Biografické listy
- Příloha VI. Dotazníkové šetření pro rodinu uživatele Domova se zvláštním režimem
- Příloha VII. Dotazníkové šetření pro ošetřující personál na oddělení Domova se zvláštním režimem
- Příloha VIII. Průvodní dopis pro rodinu uživatele
- Příloha IX. Průvodní dopis pro ošetřující personál

## **Příloha č. I.**

### **Test psychických funkcí (MMSE) Mini-Mental State Examination**

Informace pro pacienta:

Nyní Vám položím několik otázek a budete řešit některé problémy. Pokuste se, prosím, odpovídat tak, jak nejlépe dokážete.

#### **1. Orientace**

Jaký je dnes den?

Kolikátého je dnes?

Který je dnes den v týdnu?

Který je měsíc?

Který je rok?

Které je roční období?

V jaké zemi se nacházíme?

V jakém okrese?

Ve kterém městě?

Jak se jmenuje tato nemocnice?

Ve kterém poschodí jsme?

*Každá správná odpověď se hodnotí 1 bodem, nemocný má na každou odpověď nejvíce 10 vteřin.*

#### **2. Zapamatování**

Nyní Vám vyjmenuji tři předměty. Pokuste se je opakovat pro mě a zapamatovat si je.

Za chvíli se Vás na tato slova znovu zeptám.

LOPATA

ŠÁTEK

VÁZA

*Slova vyslovujte pomalu a zřetelně, rychlostí asi jedno slovo za vteřinu. Pokud je pacient schopen slova opakovat, započtete 1 bod za každé správně opakované slovo. Pokud si slova nemocný není schopen vybavit, opakujte je několikrát (nejvíce však ještě 5x), než se je nemocný naučí. Jinak nelze vyšetřovat položku „výbavnost“.*

### 3. Pozornost a počítání

Nyní, prosím, odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete.

(100-93-86-79-72-65)

*Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. Pokud pacient udělá chybu a dále odečítá správně, počítejte pouze jako jednu chybu. Jestliže pacient tento úkol nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho:*

Hláskujte, prosím, pozpátku slovo POKRM po jednotlivých písmenech.

M-R-K-O-P

*Za každé správné písmeno započítejte po jednom bodu.*

### 4. Výbavnost

Nyní si pokuste vzpomenout na 3 slova, která jste si měl zapamatovat.

LOPATA

ŠÁTEK

VÁZA

*Za každou správnou odpověď započtete 1 bod.*

### 5. Pojmenování

*Ukažte náramkové hodinky. Co je to?*

*Ukažte tužku. Co je to?*

*Za správnou odpověď po jednom bodu.*

### 6. Opakování

Opakujte, prosím, po mně „první pražská paroplavba“.

*Za správnou odpověď započtete jeden bod, přípustný je pouze jeden pokus.*

### 7. Třístupňový příkaz

*Položte před pacienta list papíru a dejte mu následující pokyn:*

Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přeložte ho na polovinu a položte na zem.

Pravá ruka

Přeložení papíru

Položení na zem

*Za každou správně provedenou činnost započítejte po jednom bodu.*

### 8. Čtení a splnění příkazu

*Ukažte pacientovi kartičku s nápisem „Zavřete oči“ a vyzvěte ho:*

Přečtete, prosím, co je zde napsáno, a udělejte to.

*Nechte nemocnému 10 vteřin na provedení. Instrukci můžete opakovat nejvýše třikrát. Započtete jeden bod pouze, pokud pacient skutečně zavře oči.*

### 9. Psaní

*Dejte pacientovi čistý papír a tužku a vyzvěte ho:*

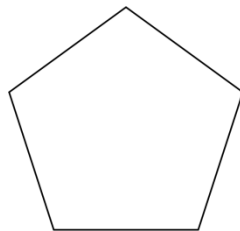
Napište, prosím, jakoukoli větu.

*Jeden bod započítejte, pokud má věta podmět (i nevyjádřený) a přísudek a dává smysl. V textu mohou být pravopisné chyby.*

### 10. Obkreslení obrazce

Nakreslete obrázek co nejpřesněji podle předlohy.

*Započtete jeden bod, pokud pacient nakreslí obrazec v časovém limitu do jedné minuty, jestliže jsou zachovány správně strany, počet úhlů a překřížení. Třes ani rotace nevadí.*



Celkové skóre ..... bodů

Hodnocení:

25-30 bodů – bez poruchy kognitivních funkcí

25-26 bodů – hraniční nález, doporučeno další sledování pacienta

18-24 bodů – lehká demence

6-17 bodů – středně těžká demence

Méně než 6 bodů – těžká demence

## **Příloha č. II.**

### **Typické poruchy paměti u AD**

Časné známky – zapomíná jména, kam co dal, dělá si seznamy a poznámky, opakovaně telefonuje, zapomene na schůzku, důležité rodinné události

Rozvinutá nemoc – zapomíná tváře osob, zapomíná nedávné události, není schopen vytvořit ani používat seznam, není schopen zapamatovat si schůzku

Pozdní fáze – žije v minulosti, nesprávně identifikuje členy rodiny (misidentifikace), postupně úplná amnézie

### **Typické poruchy řeči u AD**

Časné známky – občasná potíž nalézt slovo, méně bohatý jazyk, zhoršená plynulost řeči a výbavnost slov

Rozvinutá nemoc – potíž najít slovo v běžné konverzaci, opakuje, potíže sledovat komplexní konverzaci, porucha v porozumění je větší, než se zdá

Pozdní fáze – omezení slovní zásoby i rozumění řeči, globální fatická porucha, ztráta schopnosti mluvit

### **Typické poruchy komplexních činností (dyspraxie) u AD**

Časné známky – vyhýbá se komplexním činnostem v domácnosti (velký úklid), potíže při řízení auta, finančních transakcích (investice), potíže při provádění běžných domácích prací

Rozvinutá nemoc – při oblékání má potíže se správným pořadím oblečení, vyžaduje dohled a slovní pobídku při oblékání, nesprávně provádí domácí práce, chyby v řízení auta, neschopen jakýchkoli finančních úkonů (zaplatit v obchodě)

Pozdní fáze – vyžaduje pomoc při oblékání a koupání, neschopen použít příbor, neschopen chůze, vstát z lůžka

### **Příloha č. III.**

#### **Otázky pro somatickou anamnézu:**

Je klient pravák nebo levák?

Je pro něho důležitá péče o jeho tělo?

Jak často se umývá a jakou formou (sprcha, vana...)?

Jakou používá k péči o své tělo teplotu vody?

Jaké toaletní potřeby používá k toaletě svého těla (i k holení, popř. k líčení)?

Potřebuje pomoc při mytí?

Jaké má rituály při mytí?

Jaký je stav pokožky?

Jak pečuje o svůj chrup? Jak často si čistí zuby?

Má zubní protézu? Spí s protézou?

Jak často si myje vlasy?

Jak pečuje o své nehty?

Je zvyklý na tělesný kontakt?

Na kterém místě na těle mu nevádí dotek cizí osoby?

Na kterém místě na těle nesnese dotek cizí osoby?

Jak spí (délka a kvalita spánku)?

V jaké poloze usíná?

Jak se přikrývá, dává si při usínání deku za ramena?

V jakém prádle spí?

Má oblíbený polštář, deku nebo jinou věc při spánku?

Je zvyklý na zatemnění při spánku?

Má problémy s vyprazdňováním?

Jaké pomůcky používá k vyprazdňování (inkontinentní vložky, plenkové kalhotky...)?

Používá nějaké specifické techniky k vyprazdňování (masáže břicha, projímadla...)?

Jak reguluje svou tělesnou teplotu? Je zvyklý spíše na teplo nebo chlad?

Jaký má svalový tonus?

Má parézu nebo plegii? Pokud ano, lokalizujte.

Má poruchy citlivosti? Pokud ano, lokalizujte.

Má kontraktury? Pokud ano, lokalizujte.

Používá kompenzační pomůcky? Pokud ano, specifikujte.

Má poruchy rovnováhy?

A jiné...

## **Příloha č. IV.**

### **Příklady otázek pro vytvoření Biografické anamnézy:**

Sociální situace, profese klienta

Kdo může a kdo nemůže klienta navštěvovat?

Jaký je typ (živý, klidný, potřebuje kolem sebe dění)?

Jak slyší?

Jak vidí, potřebuje brýle?

Denní rytmus klienta, struktura dne

Je klient pravák nebo levák?

Které doteky má klient rád a naopak?

Jak spí, v jaké poloze usíná? Jak je zvyklý se přikrývat?

Jak si čistí zuby, jak se holí?

Co jí rád, nerad?

Co pije rád, nerad?

Které zvuky poslouchá rád (radio, TV, hudba)?

Upřednostňuje některé materiály?

Oblíbené vůně?

Oblíbené předměty, věci?

Co dělá, když má bolesti?

Co dělá, aby se cítil dobře (hudba, společnost, káva...)?

Ostatní sdělení

Důležitý zážitek v poslední době

## BIOGRAFICKÝ LIST

### *Jméno a příjmení*

*Místo narození* :.....

*Rodiče: otec – povolání* : .....

.....

*matka – povolání – povinnosti* : .....

.....

### *Dětství*

*1. Kde jste se narodila?* .....

.....

*2. Sourozenci* .....

.....

*3. Zvláštní vlastnost*.....

.....

*4. Zvláštní nadání / zručnost* .....

.....

*5. Oblíbené dítě / kamarád*.....

.....

*6. Oblíbené jídlo / pití* .....

.....

*7. Oblíbené vůně*.....



.....  
**8. Oblíbená píseň / hudba** .....

.....  
**9. Krajina domova / oblíbený obraz** .....

.....  
**10. Oblíbená činnost** .....

.....  
**11. Povinnosti doma**.....

.....  
**12. Ve škole** .....

.....  
**13. V dalším vzdělávání**.....

.....  
**14. Ostatní** .....

**15. Co bylo dovolené ve volném čase** .....

.....  
**16. Co bylo zakázané ve volném čase** .....

.....  
**17. Výchova** .....

.....  
**18. Náboženství** .....

.....  
**19. Hobby / zájmy**.....

.....  
**20. Příjemné vzpomínky**.....

.....  
**21. Negativní vzpomínky**.....

.....  
**Poznámky** .....

.....  
.....  
.....  
.....

## ***Mládí***

***1. Volba povolání*** .....

.....

***2. Svobodná rozhodnutí*** .....

.....

***3. Svoboda*** .....

.....

***4. Povinnosti***.....

.....

***5. Idoly a vzory*** .....

.....

***6. Aktivní činnost v klubech, svazech, oblastí kultury, sportu a politiky*** .....

.....

***7. Ukončení školy***.....

.....

***8. Radost z práce / povolání*** .....

.....

***9. První láska***.....

.....

***10. Co bylo, bylo***.....

.....

***Poznámky*** .....

.....

.....

.....

.....

.....

## *Dospělost*

1. *Povinnosti / pracovní úkoly* .....
  2. *Svatba* .....
  3. *Manželství* .....
  4. *Přátelství* .....
  5. *Děti* .....
  6. *Potraty* .....
  7. *Úmrtí dítěte* .....
  8. *Ostatní vztahy* .....
  9. *Zdravotní problémy*.....
  10. *Zdravotní omezení* .....
  11. *Volný čas* .....
  12. *Životní negativa* .....
  13. *Víra, kultura, sport, zájmy, politika*.....
  14. *Ztráty v dospělosti* .....
  15. *Co bylo, bylo*.....
- Poznámky* .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## ***Stáří***

***1. Odchod do penze*** .....

.....

***2. Ztráta povinností*** .....

.....

***3. Nové úkoly, povinnosti*** .....

.....

***4. Nové ideje, nové plány*** .....

.....

***5. Nové role*** .....

.....

***6. Životní bilancování*** .....

.....

***7. Zvláštnosti v současnosti*** .....

.....

***8. Zvláštnosti stáří*** .....

.....

***9. Které životní období bylo pro Vás nejšťastnější*** .....

.....

***10. Co bylo v životě zvláště obtížné*** .....

.....

***11. Co ještě zůstává*** .....

.....

***12. Odchod a loučení*** .....

.....

*13. A co bude dál* .....

.....

*14. Je Vám 5 let* .....

.....

*15. Co bylo, bylo* .....

.....

*Poznámky* .....

.....

.....

.....

.....

.....

Dne .....

## Příloha č. VI.

### Dotazníkové šetření pro rodinu uživatele Domova se zvláštním režimem

1. Jak dlouho je zde umístěn Váš rodinný příslušník?  
.....
2. Víte, kdo je klíčovým pracovníkem Vašeho blízkého? (ano x ne)  
.....
3. Jak často navštěvujete Vašeho blízkého?
  - a. 2x do týdne
  - b. 1x do týdne
  - c. Spíše 1x za čtrnáct dní
  - d. Spíše 1x za měsíc
4. Víte o přáních Vašich blízkých?
  - a. Určitě ano
  - b. Spíše ano
  - c. Spíše ne
  - d. Téměř ne
5. Jak přispíváte k jejich naplnění?  
.....  
.....  
.....

6. Které úkony by podle Vás měl vykonávat pečující personál a které Vy?

	Pracovník	Rodina	Obě strany
Doprovod na různé instituce			
Doprovod k lékaři mimo zařízení			
Doprovod na kulturní a společenské akce			
Doprovod na bohoslužbu			
Nákup ošacení, hygienických potřeb			
Nákup drobných lahůdek			

7. Jak se podle Vás angažuje pečující personál v pomoci a péči o Vaše blízké?
  - a. Velmi
  - b. Částečně
  - c. Málo
  - d. Vůbec
8. Jak by měl pečující personál pomoci při aktivizaci Vašeho blízkého?  
.....  
.....  
.....  
.....
9. Jakým způsobem se podílíte Vy na aktivizaci Vašeho blízkého?  
.....  
.....

.....  
.....  
10. Máte nějaká doporučení pečovatelům, jak byste zkvalitnili péči o Vašeho blízkého?

.....  
.....  
.....

11. Jaké osobní věci zde má Váš blízký?

- a. Fotografie
- b. Šperky
- c. Různé kousky nábytku
- d. Jiné upomínkové předměty (specifikujte)

.....  
.....

12. Komunikujete při návštěvě s ošetřujícím personálem?

.....  
.....  
.....

13. Zjišťoval pečující personál různé informace o Vašem blízkém? Myslíte, že se mohou zajímat více o biografii Vašeho rodinného příslušníka?

.....  
.....  
.....

14. Jakým způsobem bychom podle Vás zlepšili spolupráci mezi Vámi a pečovateli, abychom tak zkvalitnili poskytování péče klientům?

.....  
.....  
.....

15. Jak byste celkově zhodnotil(a) spolupráci pečujícího personálu s Vámi?

.....  
.....  
.....

## Příloha č. VII.

### Dotazníkové šetření pro ošetřující personál na oddělení Domova se zvláštním režimem

1. Jaké je Vaše dosavadní vzdělání?
  - a. Vysokoškolské
  - b. Středoškolské
  - c. Vyučení
  - d. Základní
2. Jaká je Vaše dosavadní praxe v sociálních službách?
  - a. Více jak 5 let
  - b. Více jak 3 roky
  - c. 2 roky
  - d. 1 – 2 roky
  - e. Méně

3. Které úkony by podle Vás měla vykonávat rodina klienta a které Vy?

	Pracovník	Rodina	Obě strany
Doprovod na různé instituce			
Doprovod k lékaři mimo zařízení			
Doprovod na kulturní a společenské akce			
Doprovod na bohoslužbu			
Nákup ošacení, hygienických potřeb			
Nákup drobných lahůdek			

4. Jak se podle Vás angažují rodiny klientů v pomoci a péči o něj?
  - a. Velmi
  - b. Částečně
  - c. Málo
  - d. Vůbec
5. Jak by měla rodina pomoci při aktivizaci klienta?

.....  
.....  
.....

6. Jakým způsobem se podílíte na aktivizaci klienta Vy?

.....  
.....  
.....

7. Je pro Vás při práci s klientem důležitá i jeho osobní biografie?

.....  
.....



.....  
.....

8. Zahraniční zkušenosti uvádějí, že díky dobře zpracované biografii je péče o klienta snazší. Víte o tom?

.....  
.....  
.....

9. Co byste pro to mohl(a) udělat v budoucnu?

.....  
.....  
.....

10. Myslíte, že s Vámi dostatečně spolupracují rodiny klientů?

.....  
.....  
.....

11. Jakým způsobem bychom podle Vás zlepšili spolupráci mezi Vámi a rodinami klientů, abychom tak zkvalitnili poskytování péče klientům?

.....  
.....  
.....

12. Jak byste celkově zhodnotil(a) spolupráci rodin klientů s Vámi?

.....  
.....  
.....

**Příloha č. VIII.**  
**Průvodní dopis pro rodiny klientů**

Vážení,

ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění dotazníku, který je nedílnou součástí  
mojí diplomové práce s názvem **Význam rodiny v procesu poskytování péče  
seniorům s demencí na oddělení se zvláštním režimem.**

Cílem této práce je navrhnout optimální možnosti pro spolupráci mezi Vámi a  
pečujícími personálem tak, aby výsledek měl pozitivní dopad na zkvalitnění péče pro  
naše klienty, Vaše blízké.

Vyplnění dotazníku Vám zabere jen krátkou chvíli a přitom bude cenným  
pomocníkem pro tento výzkum. Dotazník je anonymní.

Velice si cením Vaší spolupráce a doufám, že moje diplomová práce bude ve  
výsledku užitečnou pro poskytování kvalitní péče uživatelům na oddělení Domova se  
zvláštním režimem.

Bc. Jana Dvořáková (Skamenová)

## **Příloha č. IX.**

### **Průvodní dopis pro ošetřující personál**

Vážení,

ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění dotazníku, který je nedílnou součástí  
mojí diplomové práce s názvem **Význam rodiny v procesu poskytování péče  
seniorům s demencí na oddělení se zvláštním režimem.**

Cílem této práce je navrhnout optimální možnosti pro spolupráci mezi Vámi a  
rodinami klientů tak, aby výsledek měl pozitivní dopad na zkvalitnění péče právě pro  
naše klienty.

Vyplnění dotazníku Vám zabere jen krátkou chvíli a přitom bude cenným  
pomocníkem pro tento výzkum. Dotazník je anonymní.

Velice si cením Vaší spolupráce a doufám, že moje diplomová práce bude ve  
výsledku užitečná pro poskytování kvalitní péče uživatelům na oddělení Domova se  
zvláštním režimem.

Bc. Jana Dvořáková (Skamenová)

## **Abstrakt**

DVOŘÁKOVÁ, J. Význam rodiny v procesu zkvalitnění institucionální péče o klienty s demencí. České Budějovice 2015. Diplomová práce. Jihočeská universita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce R. Míčka.

Klíčová slova: senior, demence, biografie člověka, domov se zvláštním režimem, pracovník v sociálních službách, pečující rodina, odpovědnost, spolupráce, posílení vztahu, potřeby seniorů, kvalitní péče, dotazníkové šetření

Diplomová práce se zabývá okolnostmi spolupráce mezi rodinnými příslušníky osob s demencí a pracovníky v sociálních službách na oddělení se zvláštním režimem. Práce zkoumá, jaký význam má spolupracující rodina v procesu zkvalitnění institucionální péče o tyto klienty. V textu jsou představeny některé novodobé přístupy v péči o seniory s demencí, v nichž je důležité znát osobní biografii klienta. Nejen v tomto směru má velký význam spolupracující rodina, jež by se umístěním svého seniora do institucionálního zařízení neměla zbavovat odpovědnosti vůči němu. Záleží i na přístupu zařízení a aktivitě pečujícího personálu, který by měl vtáhnout rodinné příslušníky do procesu poskytování péče.

Pro zjištění poměrů mezi pracovníky a rodinami klientů byly vypracovány dotazníky, které měly obě strany vyplnit a jejichž odpovědi jsou v práci zakomponované. Všechny zjištěné poznatky přinášejí doporučení, která by vedla ke zkvalitnění poskytované péče osobám s demencí, a tím i k umožnění podmínek, které korespondují se stanovisky dodržování lidských práv.

## **Abstract**

DVORAKOVA, J. The Importance of Family in the Process of Improving the Institutional Care of Clients with Dementia. Ceske Budejovice 2015. Thesis. The University of South Bohemia in Ceske Budejovice. Faculty of Theology. Department of Ethics, Psychology and Charity Work. Thesis supervisor.

Keywords: senior, dementia, human biography, nursing homes, person working in social services, caregiving family, responsibility, cooperation, strengthened relationship, senior's needs, high-quality care, survey

The thesis deals with circumstances of cooperation between members of a family of a person with dementia and social facility staff. The thesis examines the importance of cooperating family in the process of optimizing the institutional care of such clients. The text presents some modern approaches to the care of seniors who suffer from dementia, in which it is essential to know the sufferer's personal biography. Of a great importance not only in this regard is the cooperating family which by placing the senior in a social care institution should not dispose of responsibility towards him or her. Of important are also the approach of the institution and the activity of the facility staff which should engage the family members into the process of providing care to their family member.

To investigate relations between the staff and the families of clients, questionnaires had been developed to be filled in by both parties and the answers are distilled in the thesis. All findings entail recommendations that would increase the quality of care provided to persons with dementia, thereby also leading to conditions corresponding to the views of compliance with human rights.