



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Specifika péče o seniory s demencí v pobytových
sociálních službách**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

REHABILITACE

Autor: Michaela Šimánková

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Dvořáčková, Ph.D.

České Budějovice 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem **Specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních službách** jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě 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 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací These.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. srpna 2019

podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Dagmar Dvořáčkové, Ph.D., za odborné vedení, metodickou pomoc, cenné připomínky a vstřícný přístup.

Nemalý dík patří zaměstnancům domova se zvláštním režimem, kteří se zapojili do výzkumu. Ve svém volném čase odpovídali na výzkumné otázky a zamýšleli se nad svou prací.

Děkuji zejména i vedení domova se zvláštním režimem, které mi výzkum umožnilo.

Ráda bych poděkovala také své rodině a přátelům za morální a technickou podporu po celou dobu svého studia.

Specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních službách

Abstrakt

V současné době přibývá lidí, kteří onemocní některou z forem demence. Demence je destruktivní nemoc, která probíhá v několika fázích. Během první fáze nejsou na člověku poznat nápadné změny, v konečné fázi je nemocný naprosto závislý na péči jiné osoby ve všech svých potřebách.

Cílem této bakalářské práce bylo identifikovat specifika péče o seniory s demencí v pobytových zařízeních sociálních služeb tak, jak je vnímají pracovníci v sociálních službách, a zjistit, která z nich považují za nejzásadnější.

Teoretická část bakalářské práce vymezuje pojmy senior a pobytové sociální služby podle současné platné legislativy. Zabývá se jednotlivými druhy demencí a specifickými příznaky v jejich stádiích.

Empirická část zkoumá hlavní oblasti péče o seniory s demencí v pobytových sociálních službách a hledá specifika této péče z pohledu pracovníků v sociálních službách.

Výzkum byl prováděn strategií kvalitativního výzkumu, metodou dotazování, technikou polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumným souborem byli pracovníci v sociálních službách jednoho domova se zvláštním režimem, kteří byli vybráni metodou kvótního výběru.

Z výzkumu vyplynulo, že za nejzásadnější specifikum péče o seniory s demencí v domově se zvláštním režimem považují pracovníci v sociálních službách používání dotyku jako komunikačního prostředku. Jako další zásadní specifikum péče vidí pracovníci v sociálních službách v rozporu mezi zajištěním bezpečí klientů, autonomií jejich vůle a zachováním důstojnosti. Obě tato specifika prostupují všemi oblastmi péče o seniory s demencí.

Výsledky výzkumu by mohly sloužit při výběru dalšího vzdělávání pracovníků v sociálních službách, které by mohlo být zaměřeno na nácvik komunikace a sebereflexi zaměstnanců.

Klíčová slova

Senior; demence; domov se zvláštním režimem; komunikace; specifika; péče.

Specifics of Residential Care for Elderly People with Dementia

Abstract

Currently, there are more and more people who become ill with some form of dementia. Dementia is a destructive disease that occurs in several stages. During the first phase, there are no noticeable changes in the person, in the end the patient is completely dependent on the care of another person in all his needs.

The aim of the bachelor thesis was to identify the specifics of care for seniors with dementia in residential social services facilities as perceived by workers in social services and to find out which ones they consider to be the most important.

The theoretical part of the thesis defines the terms senior and residential social services according to current legislation. It deals with individual types of dementia and specific symptoms in their stages.

The empirical part examines the main areas of care for seniors with dementia in residential social services and looks for the specifics of this care from the perspective of workers in social services.

The research was carried out by a qualitative research strategy, a questioning method, and a semi-structured interview technique. The research sample consisted of workers in social services of one home with special regime, who were selected by the method of quota selection.

Research has shown that social services workers consider the use of touch as a means of communication to be the most important specificity of care for the elderly with dementia in a special regime home. Workers in social services see another fundamental specificity of care in contradiction between ensuring the safety of clients, autonomy of their will and maintaining dignity. Both of these specifics permeate all areas of care for the elderly with dementia.

The results of the research could be used in the selection of further education of workers in social services, which could be focused on training of communication and self-reflection of employees.

.

Key Words

Senior; dementia; a home with a special regime; communication; specifics; care.

Obsah

Úvod.....	8
1 Teoretická část	10
1.1 Proces stárnutí	10
1.1.1 Vymezení pojmu senior	10
1.1.2 Stáří a nárůst demencí.....	11
1.1.3 Výzkumy prevence demencí.....	11
1.2 Vymezení pojmu demence	12
1.2.1 Typologie demencí	13
1.2.2 Primárně neurodegenerativní demence.....	14
1.2.3 Symptomatické demence	14
1.2.4 Alzheimerova nemoc	15
1.2.5 Demence s Lewyho tělísky	16
1.2.6 Frontotemporální lobární demence	16
1.2.7 Vaskulární demence.....	16
1.3 Sociální pobytové služby	17
1.3.1 Domovy se zvláštním režimem.....	18
1.3.2 Pracovníci v sociálních službách	19
1.4 Specifika péče o seniory v jednotlivých stádiích demence	19
1.4.1 Počínající a mírná demence	20
1.4.2 Středně pokročilá a rozvinutá demence	20
1.4.3 Pokročilá demence a terminální fáze demence	21
2 Cíle, výzkumné otázky	22
2.1 Cíl práce	22
2.2 Hlavní výzkumná otázka.....	22
2.3 Vedlejší výzkumné otázky	22
2.4 Operacionalizace pojmů.....	22

3	Metodika	24
3.1	Metodický postup.....	24
3.2	Popis výzkumného nástroje.....	24
3.3	Způsob výběru výzkumného souboru	24
3.4	Etické aspekty výzkumu	25
3.5	Harmonogram výzkumu.....	26
3.6	Předvýzkum.....	27
3.7	Způsob zpracování dat	27
4	Výsledky	28
5	Diskuse výsledků	39
6	Závěr	47
7	Seznam použitých zdrojů.....	49
8	Přílohy.....	53
8.1	Seznam příloh.....	53
8.2	Vlastní přílohy.....	54

Úvod

Je známým faktem, že populace v zemích tzv. západního světa stárne. Lidský věk se prodlužuje, klesá porodnost, a tím se zvyšuje jak absolutní počet seniorů, tak jejich procentuální zastoupení v populaci. S narůstajícím věkem přibývá chronických degenerativních onemocnění. Jedním z nich jsou onemocnění demencí. Nejčastější je Alzheimerova nemoc, která se stala globálním problémem a jednou z pěti hlavních příčin úmrtí. Počet nemocných Alzheimerovou nemocí progresivně narůstá v přímé souvislosti s delší dobou dožití. Základní filozofií, podle Národního akčního Alzheimer plánu v České republice, je snaha podporovat domácí péči o osoby trpící demencí za pomoci terénních a ambulantních služeb co nejdéle. Taková péče je pro rodinu velmi náročná. Progresí nemoci, bohužel, nastane chvíle, kdy už není rodina schopna tuto péči doma zajistit a je potřeba najít pobytovou sociální službu, která by celodenní péči zajistila. Začíná být patrný trend, kdy narůstá skupina nemocných, kteří jsou ve středním a těžkém stadiu demence a potřebují celodenní dohled a péči.

Poskytování sociální pobytové služby se řídí zákonem č. 108/2006, Sb. o sociálních službách a vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se ustanovení zákona provádějí. Způsobem poskytování těchto služeb se zabývá teorie bakalářské práce. Důležitým článkem v poskytování péče o seniory s demencí v pobytovém sociálním zařízení jsou pracovníci v sociálních službách, kteří zabezpečují přímou obslužnou péči a jsou výzkumným souborem této bakalářské práce.

Onemocnění demencí znamená velké ekonomické náklady na ošetrovatelskou a sociální práci, stoupající přímo úměrně se stadiem nemoci. Stále více peněz se dává také do výzkumu, který se zabývá prevencí demencí a oddálení nástupu příznaků, které vedou k nesoběstačnosti a k potřebě péče. I tuto oblast v teoretické části bakalářské práci zmiňuji.

Druhá kapitola teoretické části se zabývá vymezením pojmu demence a základním rozdělením demencí s jejich rozdíly. Čtvrtá má za úkol upozornit na specifika jednotlivých stadií.

Ve výzkumné části jsem se zaměřila na pracovníky v sociálních službách, kteří jsou při poskytování péče v nejužším styku s klienty. Jaká oni vidí specifika této péče a nakolik jsou pro jejich přístup ke klientovi důležitá? Shodují se jejich názory

s poznatky v odborné literatuře? Z těchto zamyšlení byla stanovena hlavní výzkumná otázka a posléze i vedlejší výzkumné otázky, které se staly předmětem kvalitativního výzkumu, jenž je popsán v empirické části bakalářské práce.

Znalost specifík péče o seniory s demencí by měl mít vliv na kvalitu poskytované péče v pobytovém sociálním zařízení. Tato bakalářská práce může být ukazatelem pro vedoucí pracovníky, jakým směrem zaměřit další vzdělávání zaměstnanců (pracovníků v sociálních službách), které je podle zákona o sociálních službách v určeném rozsahu povinné.

1 Teoretická část

1.1 Proces stárnutí

Nejčastějším měřítkem stáří a stárnutí je chronologický věk. Pokud srovnáme jedince stejného chronologického věku, vidíme, že se značně odlišují jak v oblasti biologických změn, tak sociálním věkem. Světová zdravotnická organizace doporučuje dělení podle kalendářního věku takto: 45–59 let – střední, zralý věk; 60–74 let – senescence, rané stáří; 75–89 let – senium, vlastní stáří; 90 a více let – patriarchum, dlouhověkost (Péče o seniory.info, 2019).

Dělení podle vývojové psychologie: období starší dospělosti 50–60 let; období raného stáří: 60–75 let; období pravého stáří: 75 a více let (Vagnerová, 2008).

Gruss (2009) nahlíží na stáří diferencovaně. Podle jeho poznatků jsou lidé v období raného stáří (šedesát až osmdesát let) v průměru mnohem zdatnější než předchozí generace, ale v dalším období, pokročilého stáří, psychické i fyzické výkonnosti ubývá a od devadesáti let je stáří zatěžující jak pro člověka samotného, tak pro celou společnost. Baltes (2009) mluví o stáří jako o jevu tělesném, psychickém, sociálním a duchovním. Podle něj je třeba rozlišovat mezi raným (třetím věkem) a pozdním (čtvrtým věkem) obdobím stáří. Šedesátileté až osmdesátileté lidi Baltes (2009) zahrnuje do třetího věku, raného stáří, zatímco lidé nad osmdesát let podle něj patří do čtvrtého věku, v němž nastává úpadek ve všech oblastech lidského života. Jak dále píše, toto rozdělení není dané striktně, slouží hlavně pro výzkumné účely.

Říčan (2006) uvádí, že genetické, společenské, psychologické a náhodné procesy působí společně a způsobují tak různě rychlé a obsahově variabilní procesy stárnutí. Dále autor upozorňuje na velké rozdíly ve stárnutí mezi jedinci a na to, že někdo biologicky (funkčně) stárne rychleji, někdo pomaleji. Ve své publikaci, *Cesta životem*, mluví o stárnutí jako takovém a nerozděluje je na žádná období.

1.1.1 Vymezení pojmu senior

Kdo je senior? Dvořák (2018) v souvislosti se změnou názvu organizace Svaz důchodců České republiky na Senioři České republiky uvádí, že pojem senior není právně zakotven v legislativě ČR, i když jsou v naší společnosti užívány pojmy jako: domov pro seniory, zájmová činnost pro seniory, slevy pro seniory apod. Navrhuje používání pojmu senior

pro občana, který splnil podmínky pro přiznání starobního důchodu, a ztotožnil by se tím pojem senior se starobním důchodcem.

1.1.2 Stáří a nárůst demencí

Antebi (2009) upozorňuje, že proces stárnutí úzce souvisí s mnoha stařeckými demenčními onemocněními. Gruss (2009) poukazuje na to, že stárnoucí tělo spotřebovává více psychických sil k zajištění a řízení běžných činností, že s přibývajícím věkem musí člověk přesunout více duševních zdrojů do oblasti každodenních tělesných úkonů, a dává do souvislosti vyšší věk a zvýšený nárůst počtu lidí s demencí. Dále uvádí, že v populaci sedmdesátiletých je lidí s demencí kolem 5 %, u osmdesátiletých se jejich počet pohybuje mezi 10 a 15 % a v populaci devadesátiletých trpí demencí každý druhý. Naproti tomu Kolibáš (2005) uvádí prevalenci demence ve věkové skupině 65–69letých lidí 2,5 %, ale ve skupině 85letých je prevalence demence již patnáctkrát větší. Podle Holmerové (2007) není demence normálním příznakem stárnutí, ale s přibývajícím věkem roste riziko onemocnění touto nemocí. Základní klinické studie ukázaly, že až u 80 % lidí s mírnou kognitivní poruchou se rozvine demence po šesti letech (Molin, 2016).

1.1.3 Výzkumy prevence demencí

Závažnost celosvětového nárůstu onemocnění demencí je patrná i v souvislosti se zvyšujícími se prostředky, které jsou vydávány na různé studie a výzkumy zabývající se možnostmi léčby a prevence Alzheimerovy nemoci. Výzkumy prevence například zaznamenaly, že konzumování ovoce a zeleniny, které obsahují antioxidanty, může riziko demence snížit. Konzumace ryb bohatých na omega 3 nenasycené mastné kyseliny alespoň jednou týdně, lehká konzumace alkoholu, zeleného čaje a středomořská strava snižují riziko vzniku demence (Konzuki et al, 2019).

Na základě mnoha experimentálních studií vyslovil profesor Iglseder (2018) hypotézu, že na zdraví mozku má vliv kromě kvalitní stravy také aktivní životní styl s pravidelnou duševní a fyzickou aktivitou a sociální interakcí, protože aktivita přispívá k nárůstu hustoty dendrických spojení a k expresi synaptických proteinů, což znamená, že mechanismy potřebné k učení jsou na synaptické úrovni pozitivně ovlivněny.

Mnoho prostředků na výzkum, týkajícího se problémů demence, věnují poslední dobou v Japonsku, které je známé dlouhověkostí svých obyvatel, s níž souvisí zvýšený výskyt onemocnění demencemi. Tým lékařů Konzuki (2019) zkoumal v pobytovém zařízení pro

seniory s demencí vliv používání ochucovadla glutamátu sodného na kognitivní funkce nemocných. Zjistil, že používání tohoto ochucovadla ve stravě zvýšilo zájem lidí o jídlo. Klienti více jedli a při testech bylo zaznamenáno zlepšení kognitivních funkcí.

1.2 Vymezení pojmu demence

Spektrum demence zahrnuje řadu poruch se složitou diagnózou, patofyziologií a omezenými možnostmi léčby (Wilson, H., Pagano, G., 2019). Pidrman (2007) vymezuje demenci jako syndrom, který je způsoben následkem onemocnění mozku chronického nebo progresivního charakteru, při němž jsou narušeny vyšší korové funkce, včetně myšlení, orientace, paměti, schopnosti řeči, učení a úsudku, přičemž vědomí není zastřené. Podle něj dochází ke zhoršení kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace (mohou to být první příznaky onemocnění) a diagnóza demence se nechá určit na základě klinického psychiatrického, neuropsychiatrického a psychologického vyšetření. Dále Pidrman (2007) uvádí, že míra atrofie nalezená zobrazovacími technikami nemusí korespondovat se stupněm demence a jejími projevy.

Lužný (2012) považuje demenci za syndrom chronického nebo progresivního rázu, který zahrnuje postupnou deterioraci (zhoršení) korových funkcí (paměť, chápání, orientace v prostoru i čase, konkrétní a abstraktní myšlení, počítání, porozumění, úsudek atd.), deterioraci v emoční oblasti (otupení emocí), v motivaci a zhoršení fungování v sociální oblasti. Lužný (2012) dále ukazuje na postižení v oblastech ABC, tj. A – *activities of daily living* (aktivity všedního dne), B – *behavioral and psychological symptoms* (chování a emoční oblasti včetně psychotických symptomů), C – *cognitive functions* (kognitivní oblasti), ale nedochází ke změnám vědomí.

Zvěřová (2017) mluví o syndromu demence a řadí jej mezi organické duševní nemoci vzniklé na základě makroskopického nebo mikroskopického postižení mozku, jenž se projevuje úpadkem kognitivních, poznávacích, funkcí (paměť, vnímání, inteligence). Dále se podle Zvěřové (2017) zhoršují exekutivní a výkonné funkce, mezi něž patří motivace, schopnost plánování, provedení činnost. Zvěřová (2017) také píše o postupném postižení nekognitivních funkcí, které se označují jako behaviorální a psychologické příznaky demence (emotivita, změny chování, poruchy cyklu spánku, ztráta soběstačnosti v aktivitách všedního dne).

Jiráček (2009) vymezuje demence jako poruchy, u nichž dochází ke snížení úrovně paměti a dalších poznávacích (kognitivních) funkcí, které umožňují adaptaci na vnější prostředí, komunikaci s ním a cílené chování. Do těchto funkcí Jiráček (2009) řadí také pozornost, vnímání, schopnost tvorby řeči a schopnost porozumění, výkonné (exekutivní) funkce jako být motivován k činnosti, naplánovat ji, udělat a zhodnotit. Stejně jako Lužný (2012), popisuje Jiráček (2009) tři základní skupiny funkcí, které jsou demencí postiženy. Píše, že nejsou ostře ohraničeny, ale prolínají se. Jsou to kognitivní funkce, aktivity denního života a poruchy emocí, chování, spánku a cyklu spánků – bdění.

1.2.1 Typologie demencí

Lužný (2012) uvádí dělení demencí z pohledu patologicko-anatomického a etiopatogenetického na dvě základní skupiny: demence atroficko-degenerativní a demence symptomatické (sekundární).

Pidrman (2007) rozděluje demence na primárně degenerativní, sekundární a smíšené. Primárně degenerativní demence dělí dále na Alzheimerovu nemoc, která představuje 60 % všech demencí, na demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence. Do sekundárních demencí, které jsou nesourodou skupinou nemocí s různými příčinami vzniku (bylo jich popsáno přes 70 skupin), řadí Pidman (2007) demence způsobené traumatem, infekcí, metabolické demence při poruchách jater, respiračního systému, ledvin, demence při karencích vitamínu, při endokrinologických onemocněních, při tumorech, epilepsii a jiných. Smíšené demence podle něho tvoří 10–15 % všech demencí a patří mezi ně smíšená Alzheimerova/vaskulární, smíšená Alzheimerova/jiná primárně degenerativní demence a ostatní smíšené.

Naproti tomu Zvěřová (2017) rozděluje demence podle etiologie, lokalizace a kurability (možnosti léčení, na léčitelné a neléčitelné). Podle etiologie spadají demence do dvou skupin: primárně neurodegenerativní choroby, u kterých je etiopatogenetickým činitelem atrofie mozku, a sekundární demence vznikající na základě systémových onemocnění, traumat a intoxikací. Podle lokalizace Zvěřová (2017) dělí demence na kortikální, subkortikální a kortikosubkortikální. Popisuje, že u kortikální demence je postižena mozková kůra (Alzheimerova choroba, demence s Lewyho tělísky, frontotemporální demence). Také říká, že hlavními příznaky onemocnění jsou u kortikální demence: zhoršené zapamatování si nových informací, přítomnost afázie, agnózie, apraxie a poruchy orientace v prostoru a čase. Pokud je podle Zvěřové (2017) postižena bílá

hmota, thalamus a bazální ganglia jedná se o subkortikální demenci, jejímiž hlavními příznaky jsou: porucha výkonných funkcí, vážnoucí výbavnost, motivace, schopnost rozhodovat se, zpomalené psychomotorické tempo, vážnoucí schopnost rozdělit činnost na dílčí kroky a vykonat je správně za sebou, depresivní symptomatika, extrapyramidové syndromy (demence u Parkinsonovy choroby, u Huntingtonovy nemoci, vaskulární Binswangerovy nemoci). O kortikosubkortikální demenci Zvěřová (2017) tvrdí, že při ní je různou měrou postižena kortikální i subkortikální část mozku a její příznaky jsou kombinací obou předchozích demencí.

1.2.2 Primárně neurodegenerativní demence

U demencí atroficko-degenerativních podle Lužného (2012) dochází k úbytku počtu neuronů, neuronálním změnám na úrovni buněčné i subcelulární, reaktivním změnám gliových částic. Dále Lužný (2012) informuje, že atrofie mozku je zjiřitelná pomocí strukturálních (CT mozku, MRI mozku) nebo funkčních (PET, SPECT mozku) zobrazovacích metod. Jiráek (2009) připomíná, že dochází mimo úbytku neuronů také ke snížení počtu synapsí nervových buněk i pomocných nervových buněk a ke vzniku a ukládání patologických bílkovin, které způsobují další degenerativní děje. Jiráek (2009) také upozorňuje na apoptózu, což je geneticky naprogramovaná buněčná smrt, která je častá u neurodegenerativních chorob.

Atrofie mozku je převážně selektivní a je doprovázena dalšími patogenetickými změnami. Jedná se o degeneraci proteinů a ukládání patologických proteinů, o poruchy tvorby a vazby nervových růstových faktorů, o poruchy mitochondriálního metabolismu, nadměrné uvolnění volných kyslíkových radikálů, projevy sterilního zánětu a jiné (Zvěřová, 2017).

1.2.3 Symptomatické demence

Poškození mozku, jak uvádí Jiráek (2012), je u symptomatické (sekundární) demence symptomem jiného onemocnění. Nejčastěji diagnostikovanou sekundární demencí bývá vaskulární demence (do 20 % všech demencí). Lužný (2012) popisuje, že symptomatické demence způsobuje onemocnění, které sekundárně poškozujee mozek nebo vede k dysfunkci mozku. Můžee to podle něho být systémové somatické onemocnění kardiovaskulární, onemocnění infekční, autoimunitní, metabolické apod.

Zvěřová (2017) dělí symptomatické demence na ischemicko-vaskulární, u nichž dochází k vícečetným malým mozkovým infarktům, které snižují množství mozkové tkáně a na demence infekční, prionové metabolické, vzniklé intoxikací, traumaty a dalšími chorobnými procesy.

1.2.4 Alzheimerova nemoc

Lužný (2012) uvádí, že Alzheimerova nemoc je nejčastěji diagnostikovaná demence, tvoří 60 % ze všech demencí a řadí ji mezi atroficko-degenerativní demence. Dále píše o jejím nenápadném začátku, zapomínání.

Pidrman (2007) píše, že se jedná o primární onemocnění šedé kůry mozkové. Onemocnění se vyvíjí plíživě, pomalu, ale trvale progreduje. Dále udává délku trvání onemocnění v průměru deset let. Pidrman (2007) také uvádí, že dochází ke změně osobnostních rysů a charakteristik, ke ztrátě základních etických a estetických pravidel, návyků, zvyklostí a zájmů. Nemocní narušují své dlouhodobé vazby a vztahy, stávají se podezřívavými a sobeckými, dochází k narušení krátkodobé paměti, přidává se emoční plochost a ztrácí se schopnost orientace v prostoru. Přestávají zvládat péči o sebe sama, hygienu i oblékání, trpí afázií, apraxií, agnózií, často i depresemi (Pidrman, 2007).

Zvěřová (2017) píše, že patogeneze Alzheimerovy nemoci není zcela objasněna, ale mimo úbytku neuronů dochází i ke snížení synaptické plasticity, což způsobuje tvorba a ukládání beta-amyloidu. Průběh nemoci rozděluje Zvěřová (2017) na tři stupně.

V lehkém stadiu převládají podle Zvěřové (2017) rozpoznatelné poruchy kognitivních funkcí, které si postižení uvědomují a které jsou měřitelné psychologickými testovacími metodami, narušeny jsou aktivity denního života, častá je depresivnost nemocných. Jiráček (2012) popisuje poruchy deklarativní paměti krátkodobé a střednědobé, poruchy orientace na méně známých místech a poruchy nálady.

Ve středním stadiu se prohlubuje úbytek kognitivních funkcí, nemocní již nemají náhled nemoci. Nemocný ztrácí schopnost instrumentálních výkonů (obsluha domácích spotřebičů), nedokáže hospodařit s penězi a často se projevují behaviorální a psychologické příznaky a poruchy chování (Zvěřová, 2017). Jiráček (2012) doplňuje ztrátu orientace v čase i prostoru.

U těžké demence si podle Jiráka (2012) nemocný není schopen zapamatovat nové informace, není orientován místem ani časem, nepoznává příbuzné. Zvěřová (2017) k tomu dodává, že u třetího stadia se pacienti stávají závislími na péči okolí, aktivity denního života jsou postiženy v instrumentální i neinstrumentální složce, ale nejobtížnějšími příznaky z hlediska pečovateli bývají behaviorální a psychologické poruchy.

1.2.5 Demence s Lewyho tělísky

Demenci s Lewyho tělísky (10–20 % z demencí) popisuje Jirák (2012) jako neurodegenerativní onemocnění na pomezí Parkinsonovy a Alzheimerovy nemoci, při kterém se kombinuje postižení struktur mozkového kmene a mozkové kůry, kdy uvnitř mozkových buněk vznikají kulovitá Lewyho tělíska, způsobená patologickými změnami bílkovin. Dále uvádí specifické příznaky Demence s Lewyho tělísky: zrakové halucinace postav a zvířat, kolísání soustředěnosti a kvality vědomí, progredující demenci, motorické příznaky parkinsonismu, přičemž porucha paměti nebývá zpočátku výrazná. Klasická neuroleptika zhoršují parkinsonské příznaky a mohou přivodit smrt.

1.2.6 Frontotemporální lobární demence

Podle Jiráka (2012) frontotemporální demence představuje 10 % všech demencí, dochází u ní k postupné degeneraci frontálních (čelních) nebo předních temporálních (spánkových) laloků mozku. Jirák (2012) ji popisuje jako plíživou a pomalu se zhoršující nemoc, předpokládá u ní genetickou podmíněnost. Jako typické uvádí změny v chování, změny charakterových vlastností, poruchy řeči, změny stravovacích návyků, ztráta zájmu o zevnějšek, nekritičnost a další.

1.2.7 Vaskulární demence

Vaskulární demenci, jak píše Pidrman (2007), tvoří 10-20 % všech demencí a řadí je mezi sekundární demence, které vznikají v důsledku narušení cévního zásobování mozku. Pidrman (2007) také uvádí, že symptomy demence se objeví obvykle do třech měsíců po cévní příhodě. Jirák (2012) rozlišuje několik typů vaskulárních demencí. Vaskulární demence s náhlým začátkem podle něj vzniká při větších mozkových infarktech v oblasti paměti. Multiinfarktová demence se rozvine při postižení infarktem v oblastech mozkové kůry i bílé hmoty a její průběh je kolísavý. Postižení si uvědomují poruchy paměti, ale mají dlouho dobře zachovanou osobnost. Jako třetí popisuje Jirák (2012) tzv. převážně

podkorovou vaskulární demenci (také Binswangerova choroba), která postihuje bílou a šedou hmotu mozku v oblasti bazálních ganglií a projevuje se apatií, zpomalením řeči, myšlení i psychomotoriky, poruchou ovládnání sfinkterů (inkontinence).

1.3 Sociální pobytové služby

Situace v poskytování sociálních pobytových služeb se v ČR postupně měnila po roce 1989, ale teprve zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který vstoupil v platnost 1. 1. 2007, umožnil zásadní transformaci sociálních služeb. Tento zákon určil nová pravidla a ukázal směr od institucionalizace k deinstitucionalizaci u mnoha skupin osob s různým postižením. Odpovědnost za sociální služby přešla z výhradní odpovědnosti státu na jednotlivce, obce, kraje, občanské společnosti, komunity a stát. Posláním tohoto zákona je: chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří si je nemohou prosazovat sami, a to z důvodu určitého omezení; vytvořit právní rámec pro vztahy při nezbytném zabezpečení podpory a pomoci lidem v nepříznivé situaci; vymezit práva a povinnosti jednotlivců, obcí, krajů, státu a poskytovatelů sociálních služeb; stanovit podmínky pro výkon sociální práce ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí (Malíková, 2011).

Dvořáčková (2013) upozorňuje na změny, ke kterým došlo v systému sociálních služeb po roce 1989, kdy rozvojem občanské společnosti se občan stal uživatelem služeb, který si vybírá službu podle své potřeby. Dvořáčková (2013) mimo jiné konstatuje, že sociální péče není již zajišťována pouze státem, ale i nestátními neziskovými organizacemi, církvemi, samosprávou krajů a obcí nebo i soukromými osobami, a aby poskytovatelé zajistili kvalitní službu, věděli komu a kdy ji poskytovat, byla v roce 2006 schválena vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. V jejích přílohách jsou vymezeny schopnosti zvládnání základních životních potřeb, podle nichž jsou přiznávány příspěvky na péči, určeny obsahy standardů kvality sociálních služeb a kvalifikace pracovníků v sociálních službách.

Podle Malíkové (2011) se sociální službou rozumí činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Malíková (2011) sociální situací míní oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, ohrožení práv a zájmů. Také popisuje, že poskytovatel sociální služby je právnická nebo fyzická osoba

mající oprávnění k této činnosti podle tohoto zákona a za poskytovatele nelze považovat rodinné příslušníky a jiné osoby pečující o blízkou osobu v domácím prostředí. Uživatel sociální služby je ten, kdo uzavřel smluvní vztah s poskytovatelem sociální služby. Zákon o sociálních službách definuje základní činnosti všech poskytovaných sociálních služeb, určuje druhy zařízení sociálních služeb i jednotlivé služby sociální péče (Malíková, 2011).

Sociální služby jsou podle zákona rozděleny na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Uživatel si tyto služby může objednat a za poskytnuté služby zaplatit (některé jsou zdarma), k čemuž mu slouží příspěvek na péči. Ceny za služby jsou dané prováděcí vyhláškou č. 505/2006 Sb. Sociální služby rozdělujeme na pobytové, ambulantní a terénní. Pobytové služby pro seniory poskytují podle zákona o sociálních službách podle: § 49 Domovy pro seniory, § 50 Domovy se zvláštním režimem, § 52 Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče (Dvořáčková, 2013).

1.3.1 Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové sociální služby podle § 50 odst. 1 zákona č. 108/2006, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, 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. Základní činnosti této služby jsou podle odst. 2 tyto: a) poskytnutí ubytování, b) poskytnutí stravy, c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, f) sociálně terapeutické činnosti, g) aktivizační činnosti, h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Malíková (2011) uvádí, kteří pracovníci vykonávají odbornou činnost v zařízení se zvláštním režimem, bývají to: sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, kteří podléhají zákonu o sociálních službách; zdravotní pracovníci, jejichž odborná

činnost je dána zdravotnickými předpisy; pedagogičtí pracovníci, kterým kvalifikaci určují školské předpisy.

1.3.2 Pracovníci v sociálních službách

Pracovníkem v sociálních službách je podle zákona č. 108/2006 o sociálních službách, část devátá, § 116 mimo jiné ten, kdo vykonává a) přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb, b) základní nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalosti a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti. Odbornou způsobilost určuje tentýž zákon. Malíková (2011) uvádí jako předpoklady pro výkon povolání pracovníka v sociálních službách bezúhonnost, zdravotní způsobilost, odbornou způsobilost – splnění kvalifikačního požadavku (akreditovaný kvalifikační kurz).

1.4 Specifika péče o seniory v jednotlivých stadiích demence

Péče o člověka s demencí se liší v jednotlivých stadiích nemoci. Docentka Holmerová z České alzheimerské společnosti uvedla v roce 2014 na mezinárodní konferenci Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí tezi, že demence představuje celospolečenský problém v organizaci služeb i nákladů na zajištění péče a že pacienti s demencí jsou nejkřehčí a nejzranitelnější, proto Česká alzheimerská společnost podporuje zlepšování kvality této péče. Dále představila strategii P-PA-IA (P-podpora, pomoc, PA-programované aktivity, IA-individuální asistence), která informuje o potřebách pacientů v jednotlivých stadiích. Jsou to stadium P-PA-IA 1 počínající a mírná demence, P-PA-IA 2 středně pokročilá a rozvinutá demence, P-PA-IA 3 těžká demence (Holmerová, 2014).

Buijssen (2006) první stadium nazývá fází potřeby dohledu, další stadium označuje za fází potřeby péče a poslední jako fází potřeby ošetrovatelské péče.

Do pobytových sociálních zařízení se dostávají především lidé s demencí ve fázi středně pokročilé a rozvinuté.

1.4.1 Počínající a mírná demence

V prvním stadiu syndromu demence je pacient soběstačný, dokáže žít samostatně. Potřebuje jen návody, upomínky, občasný dohled. Může mít obtíže s obsluhou přístrojů, s rozhodováním, hledáním slov a vyjadřováním. Zhoršuje se krátkodobá paměť (nemocný zapomíná, co před chvílí řekl nebo udělal), orientace v čase i prostoru. Nemocní to registrují a často reagují smutkem, úzkostně i vztekle. Protože se necítí jistí, nevyhledávají společnost, přestávají se stýkat se známými (Holmerová, Jarolímková, 2007).

V tomto období, kdy se projevují první příznaky onemocnění, je důležitá správná a včasná diagnóza, stanovení typu onemocnění. Často se stává, že první příznaky nemoci jsou považovány za důsledek stáří, přitom pokud je v této fázi onemocnění zahájena vhodná léčba, lze zmírnit nebo pozastavit jeho průběh (Holmerová, 2014).

1.4.2 Středně pokročilá a rozvinutá demence

V tomto stadiu se podle Zvěřové (2017) prohlubuje úbytek kognitivních funkcí, nemocní ztrácejí náhled chorobnosti, poruchy aktivit denního života se prohlubují, pacienti neumí hospodařit s financemi, začínají se projevovat behaviorální a psychologické příznaky demence i poruchy chování.

Holmerová (2009) popisuje rozvinutou fází demence jako specifickou, v níž je potřeba zajistit nemocnému nepřetržitý dohled, péči a pomoc specifickými přístupy, a která trvá 2–10 let. V této fázi demence je důležité zajistit bezpečnost pacientů, kteří často odcházejí z domova a bloudí. Holmerová (2014) upozorňuje, že v tomto stadiu demence vzniká potřeba poskytování péče v denních stacionářích nebo pobytových zařízeních sociálních služeb, se kterou musí člověk s demencí souhlasit, a že jejich nesouhlas s pobytem se často projevuje tzv. poruchami chování, kterým se nechá předcházet péčí s přístupem orientovaným na člověka. Dále Holmerová (2014) uvádí, že lidé s demencí nebývají spontánně agresivní, je to spíše obranná reakce na situaci, kterou vnímají jako

nesrozumitelnou, nepříjemnou nebo ohrožující. Agresivní reakce bývá často vyvolána diskomfortem při ošetrovatelské manipulaci, bolestí. Holmerová (2014) píše, že přestože mají lidé v této fázi omezenou soběstačnost, potřebují pomoc v aktivitách denního života, trpí dezorientací a potřebují trvalý dohled, jsou schopni vykonávat především ty aktivity, které rutinně dělali po celý život, a rádi se zapojují do smysluplného denního programu a profitují z něj. Dokáží se radovat, cítí se užiteční a snaží se komunikovat.

Podle Holmerové (2009) má být režim v pobytovém zařízení pro seniory s demencí individualizovaný, respektující potřeby jednotlivců, jejich kvalitu života a důstojnost. Dále dává do popředí, že specifické potřeby, které by měly vycházet ze zvyků a soběstačnosti klientů, jsou respektovány v individuálních plánech, k jejichž vytváření může sloužit dotazník. Denní režim a aktivity seniorů s demencí potřebují systematické vedení s validačním přístupem. Holmerová (2009) považuje za specifickou potřebu ve středně pokročilé a rozvinuté demenci také programování aktivit, které tím vytváří rámec činností celého dne.

1.4.3 Pokročilá demence a terminální fáze demence

V pokročilém stadiu demence se vytrácí schopnost dělat cokoli složitějšího, tělesné funkce slábnou a selhávají, proto se stává nejdůležitějším hlediskem péče pohodlí a čistota a pečující musí být schopen porozumět řeči těla (Callone, 2008). V tomto stadiu je rozvinuta těžká porucha paměti a poznávání, také těžká porucha úsudku i těžká porucha funkční kapacity, kdy je nemocný neschopný chůze, sám se nenají, má inkontinenci moče i stolice a je plně závislý na péči druhého (Kolibáš, 2005).

Holmerová, Janečková, Niklová (2016) uvádějí, že lidé s demencí v pozdním stadiu se obvykle nedokáží zapojit do různých činností, ale mohou mít radost z jejich pozorování. Také podle nich stále vnímají vlídné chování, pocit čistoty, snadno polykatelné a chutné jídlo apod.

Podle Holmerové, Janečkové, Niklové (2016) se v terminální fázi zhorší hybnost, vzniknou svalové kontraktury a tělo se skrčí. Autorky také upozorňují, že komunikace z pohledu cizího člověka vymizí, jen pečovatelé a blízcí nemocného dokáží poznat změnu výrazu ve tváři, a ztrácí se schopnost polykat.

2 Cíle, výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je identifikovat specifika péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních z pohledu pracovníků v sociálních službách.

2.2 Hlavní výzkumná otázka

Byla stanovena hlavní výzkumná otázka:

Jaká specifika péče o seniory s demencí považují pracovníci v sociálních službách za nejzásadnější?

2.3 Vedlejší výzkumné otázky

Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky byly stanoveny 4 dílčí výzkumné otázky.

DVO1 Jaká specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních považují pracovníci v sociálních službách za nejzásadnější v oblasti komunikace?

DVO2 Jaká specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních považují pracovníci v sociálních službách za nejzásadnější v činnostech všedního dne?

DVO3 Jaká specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních považují pracovníci v sociálních službách za nejzásadnější v oblasti výživy?

DVO4 Jaká specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních považují pracovníci v sociálních službách za nejzásadnější v oblasti aktivizace?

DVO5 V jakých dalších oblastech péče v pobytových sociálních zařízeních vidí pracovníci v sociálních službách specifika a považují je za nejzásadnější?

2.4 Operacionalizace pojmů

ADL – všední denní činnosti odpovídají základním biologickým potřebám člověka. Příjem jídla a tekutin, osobní hygiena: mytí, česání, holení, stříhání nehtů, oblékání a svlékání, koupání, vyměšování, přesuny a funkční mobilita. Krivošíková (2011) uvádí, že pro všední denní činnosti je charakteristická pravidelnost a automaticnost, jsou součástí návyků člověka.

Bazální stimulace – je pedagogicko-ošetrovatelský koncept orientovaný na tělo a oblast lidských potřeb. Pracuje s individuálním plánem péče a s biografií člověka. Podle Friedlové (2015) bazální stimulace podporuje lidské vnímání v nejzákladnější (bazální rovině) a vnímání sama sebe je předpokladem pohybu a komunikace.

Orální a olfaktorická stimulace – stimulace chuti a čichu z konceptu bazální stimulace, která může aktivizovat asociace a stimulovat paměťovou stopu, navozovat pocit klidu a bezpečí. Propojení čichových drah s limbickým systémem má úzký vztah k citovému zabarvení stimulace a hluboké paměťové stopě.

Taktilně – haptické nabídky – různé předměty vložené do ruky (předměty z osobního života, pracovního, z oblasti koníčků) mohou stimulovat paměťovou stopu a jejich používáním se předchází neklidu klientů a jejich svlékání se, rozepínání, vyhrnování nohavic, bouchání apod.

Komunikace – proces předávání informací mezi dvěma či více komunikujícími subjekty (Pokorná, 2010). Slouží k výměně informací, vytváří a udržuje mezilidské vztahy. Komunikace má podle Hauke (2017) tři základní složky: **verbální** (řeč mluvená i psaná), **neverbální** (postoj, vzdálenost komunikantů, pohled očí, mimika) a **paraverbální** (tón hlasu, intonace, hloubka, síla).

Iniciální dotek – forma nonverbálního signálu pro klienta, kterým mu dáváme najevo, že jsme u něj a budeme vykonávat nějaké činnosti. Iniciální dotek se spojuje s verbálním projevem a používají ho všichni pečující (Friedlová, 2015).

BPSD – behaviorální a psychologické symptomy demence je souhrnné označení pro poruchy chování, afektivní a psychotické příznaky provázející demence. Jsou nejčastějším důvodem pro pobyt seniora s demencí v zařízení. Patří sem např. bloudění, agitovanost, agrese, poruchy spánku, deprese, úzkost (Uhrová in Rusina, Matěj a kol., 2014).

Specifikum – zvláštnost, příznačnost, jedinečnost, jedinečná vlastnost

3 Metodika

3.1 Metodický postup

Výzkum v empirické části byl prováděn strategií kvalitativního výzkumu. Použita byla metoda dotazování, jako technika byl vybrán polostrukturovaný rozhovor. Podle Miovského (2006) znamená kvalitativní přístup určitý princip, který určuje v závislosti na výzkumném problému výběr a způsob aplikace kvalitativních metod. Hendl (2016) považuje kvalitativní výzkum, při němž získáme hloubkový popis případu, za pružný.

Výzkum byl prováděn ve dvou fázích. Nejprve byl uskutečněn předvýzkum a po analýze vhodnosti a srozumitelnosti otázek a jejich upravení byl realizován vlastní výzkum s dotazováním.

3.2 Popis výzkumného nástroje

Pro kvalitativní techniku sběru dat byla využita metoda dotazování formou polostrukturovaného rozhovoru s předem stanovenými otevřenými otázkami. Polostrukturovaný rozhovor je podle Miovského (2006) nejrozšířenější podobou interview, protože dokáže řešit nevýhody nestrukturovaného i plně strukturovaného rozhovoru. Podle Hendla (2016) jsou přednosti určeného závazného schématu rozhovoru v tom, že získaná data se nebudou výrazně strukturně lišit a snadněji se analyzují. Disman (2011) vidí výhody polostrukturovaného rozhovoru v tom, že se respondent stává spoluautorem výzkumu a otázek a výzkumník tak lépe porozumí respondentovu myšlení.

Podle pěti vedlejších výzkumných otázek získal rozhovor strukturu a následně byl vytvořen scénář rozhovoru s otevřenými otázkami. V rámci předvýzkumu byla ověřena vhodnost a srozumitelnost otázek, některé byly upraveny. Scénář polostrukturovaného rozhovoru je přílohou č. 1. Čas pro rozhovor zabral asi čtyřicet minut.

3.3 Způsob výběru výzkumného souboru

Pro tento druh výzkumu byl zvolen kvótový záměrný výběr, kterým podle Miovského (2006) vybíráme cíleně na základě definovaných podskupin základního souboru určitý počet zástupců pro výběrový soubor. Hendl (2016) o kvótovém záměrném výběru tvrdí, že při něm dochází k zohledňování předem stanovených parametrů s cílem rovnoměrného zastoupení zkoumaných případů v dané struktuře.

Výběru pro rozhovor se zúčastnili pracovníci v sociálních službách jednoho konkrétního zařízení se zvláštním režimem, ve kterém se pracuje konceptem bazální stimulace. V daném zařízení pracují pracovníci v sociálních službách v přímé obslužné péči a na pozici aktivizačního pracovníka, celkem je jich šestnáct. Kvóty byly definovány délkou praxe, dva roky na pozici pracovníka v sociálních službách v zařízení se zvláštním režimem, absolvováním kurzu pracovníka v sociálních službách a ochotou zúčastnit se výzkumu. Výzkumu se zúčastnilo pět pracovníků v sociálních službách konkrétního zařízení se zvláštním režimem, kteří splňovali výše uvedené kvóty.

3.4 Etické aspekty výzkumu

Zachování anonymity považuje Kajánová (2017) za stěžejní, proto doporučuje neznalost identifikačních údajů informantů na základě anonymizace, proto se užívá například fiktivních jmen. Výzkumník se musí řídit etickými otázkami a brát zřetel na informovaný souhlas, svobodu odmítnutí a anonymitu (Hendl, 2016).

Účastníci se výzkumu účastnili dobrovolně bez nároku na odměnu. Byli poučeni o účelu výzkumu a seznámeni se způsobem využití jejich rozhovoru, jeho záznamem a uchováním. Před započítáním záznamu potvrdili svůj souhlas s nahráváním do listu informovaného souhlasu, jenž je přílohou č. 2. V rámci zachování jejich anonymity není zveřejněn název zařízení se zvláštním režimem a účastníci jsou označeni jako informant I, II, III, IV a V. Rozhovory probíhaly v klidné místnosti zařízení, v níž byl přítomen vždy jen tazatel a informant. Před zahájením byl každý poučen o účelu výzkumu, možnosti odmítnout účast a o tom, že rozhovor bude nahráván. Před započítáním záznamu potvrdili svůj souhlas podpisem do listu informovaného souhlasu, jenž je přílohou č. 2. Podobný informovaný souhlas vyjádřil na příloze č. 3 i odpovědný zástupce domova se zvláštním režimem, kde výzkum probíhal.

Tabulka 1 – Informanti:

Informant	Věk	Vzdělání	Praxe
I	35	VOŠ	3 roky
II	40	VOŠ	5 let
III	28	ÚSO	3 roky
IV	45	ÚSO	15 let
V	35	ÚSO	4 roky

Zdroj: vlastní

3.5 Harmonogram výzkumu

Pro snadnější provedení výzkumu byl vytvořen harmonogram výzkumu skládající se z pěti fází, jež představují a popisují jednotlivé činnosti a cíle, které byly postupně plněny tak, aby mohl být výzkum dokončen. V první fázi v období září až říjen 2018 bylo stěžejní seznámit se s problematikou výzkumu a získat potřebné informace k tématu bakalářské práce. V rámci odborné praxe v říjnu a listopadu 2018 došlo k zmapování terénu, ve kterém bude výzkum probíhat, a seznámení se zařízením se zvláštním režimem. Třetí fáze byla ve znamení sepsání teoretické části v prosinci 2018 až únoru 2019. V březnu až květnu 2019 proběhl předvýzkum a vlastní výzkum. V červnu 2019 došlo k interpretaci získaných dat a k vyhodnocování výsledků výzkumu.

Tabulka č. 2 – Harmonogram výzkumu

Fáze	Období realizace	Činnost
1. fáze	září–říjen 2018	Rešerše literatury, získávání informací
2. fáze	říjen–listopad 2018	Zmapování terénu, seznámení se zařízením
3. fáze	prosinec–únor 2019	Analýza literatury, sepsání teoretické části
4. fáze	březen–květen 2019	Předvýzkum a vlastní výzkum
5. fáze	květen–červen 2019	Interpretace získaných dat

Zdroj: vlastní

3.6 Předvýzkum

Pro ověření srozumitelnosti otázek a ke zjištění časové náročnosti rozhovorů byl osloven jeden pracovník v sociálních službách, který splňoval kritéria výběru. Jak uvádí Miovský (2006), je předvýzkum vhodný pro zmapování prostředí, k ověření navrhované metody, postupů a kvality získaných dat. Na základě předvýzkumu bylo zjištěno, že rozhovor trval čtyřicet minut. Několik otázek bylo následně upraveno tak, aby byly srozumitelnější a mohly být doplněny případnými upřesňujícími dotazy.

3.7 Způsob zpracování dat

Každý z rozhovorů byl zaznamenán na nahrávací zařízení, aby mohl být následně analyzován pomocí transkripce, kódován a tříděn do skupiny trsů. Kajanová (2017) uvádí, že záznam rozhovoru na záznamové zařízení je nejvhodnější pro jeho pozdější doslovný přepis a pozdější elektronické uchování. Záznam byl v rámci analýzy doslovně přepsán, tzv. technikou transkripce zaznamenaných rozhovorů, kterou Hendl (2015) definuje jako proces převodu mluveného projevu do písemné podoby. Rozhovory v přepsané podobě byly kódovány, děleny do kategorií a dále zpracovávány technikou trsů. Při užití metody vytváření trsů jsou výroky uspořádávány a seskupovány na základě podobnosti a opakujících se znaků do kategorií (Sedláková, 2015). Získaná data byla použita k interpretaci dílčích výzkumných otázek. Archivovány jsou záznamy rozhovorů i jejich přepis.

4 Výsledky

V této kapitole jsou uvedeny výsledky výzkumu podle jednotlivých dílčích výzkumných otázek. Dílčí výzkumné otázky se týkaly oblastí, ve kterých by pracovníci v sociálních službách mohli spatřovat specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních službách. Jednotlivé otázky byly směřovány tak, aby se respondent zamyslel a uvědomil si, jaká specifika v každé z oblastí výzkumu může vidět a poslední otázka byla položena přímo tak, aby informanti určili, co považují za specifika péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.

DVO 1: Jaká specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních považují pracovníci v sociálních službách za nejzásadnější v oblasti komunikace?

Počáteční otázky byly zaměřené tak, aby si respondenti uvědomili, co znamená komunikace a postupně identifikovali její specifika. Všichni informanti shodně uváděli, že pod pojmem komunikace vidí verbální a neverbální komunikaci, sdělování. Informant II: *„Komunikace je jediný prostředek, jak vytvořit smysluplný vztah a smysluplný vztah je podmínkou smysluplné práce s jakýmkoli klientem“*. Informant č. III: *„Já komunikaci chápu jako prostředek dorozumění mezi lidmi, jedná se o předání informací“*.

Pro zjištění potřeb klienta, který verbálně dostatečně nekomunikuje, všichni uvádějí nonverbální komunikaci, hlavně jeho mimiku. Informant II také uvádí řeč těla, napětí svalů. Informant č. IV a V dává důraz hlavně na oční kontakt.

To, že klient rozumí tomu, co se s ním bude dít, se projeví na uvolnění svalů a v tom, že neklade odpor následnému pohybu. Informant č. II se snaží zapojovat citovou rovinu, ale zároveň si uvědomuje, že se tato rovina hůře ovládá. Informant č. III sdělí klientovi, co budou dělat, nechá mu čas a pak dotekem na část těla, se kterou se bude manipulovat, upozorňuje klienta a zároveň tím dotekem zjišťuje, zda mu klient porozuměl. Informant č. I zmiňuje iniciální dotek, kterým klienta upozorňuje na to, že se bude něco dít.

Další zjišťovací otázka se týkala situace, kdy klient neustále opakuje stejnou otázku kolem dokola. Chtěla jsem vědět, zda si pečující personál uvědomuje, co to může znamenat. Informant II: *„Často to může být u klienta s pokročilou demencí jedna z mála vět nebo slov, které si svede vybatvit. On chce něco vyjádřit a tohle je jedna z mála možností, které se mu nabízí. Je třeba jít po rovině pocitu, jestli vyjadřuje strach, pocit libosti nebo nelibosti. On často něco chce, ale sám si neuvědomuje přesně co, často cítí*

nepohodlí, něco se má změnit“. Informant IV v případě stále se opakující stejné otázky uvádí: *„Většinou se snažím klienta zaujmout, dát před něj knihu, fotografie a navodit na vlnu komunikace, protože je zjevné, že chce komunikovat, ale nejde mu to a snažím se mu pomoci navázat rozhovor“.*

V neverbální komunikaci pracovníkům v sociálních službách pomáhá čtení mimiky a těla. Informant č. IV je nejvíce zaměřen na oční kontakt: *„Hodně mi pomáhá oční kontakt, což si myslím, že je nejdůležitější v komunikaci s klientem, a potom právě ta naladěnost klienta“.* Informant č. II se vyjádřil takto: *„Z mé strany mi pomáhá i to, že se člověk občas zastaví a přemýšlí, jestli tohle gesto je skutečně gesto přátelství, vstřícnosti, zda to protistrana nemůže vnímat odlišně. Takže z mé strany určitá sebereflexe i sebecvičení a cvičení pod odbornou pomocí“.* Informant č. II mluví o tom, že klient může mít problém s vyjadřováním mimiky, způsobený nemocí, např. výraz kamenné tváře u parkinsoniků, a je třeba s tím počítat.

Z vyhodnocení 1. dílčí výzkumné otázky byly vytvořeny následující trsy, ve kterých jsou zastoupena nejzásadnější specifika péče v oblasti komunikace podle pracovníků v sociálních službách.

Neverbální komunikace – všichni respondenti si uvědomují, že komunikace neznamená jen slova, ale hlavní je komunikace nonverbální. U klientů s těžší formou demence hlavně mimika obličeje a gesta, stav svalstva.

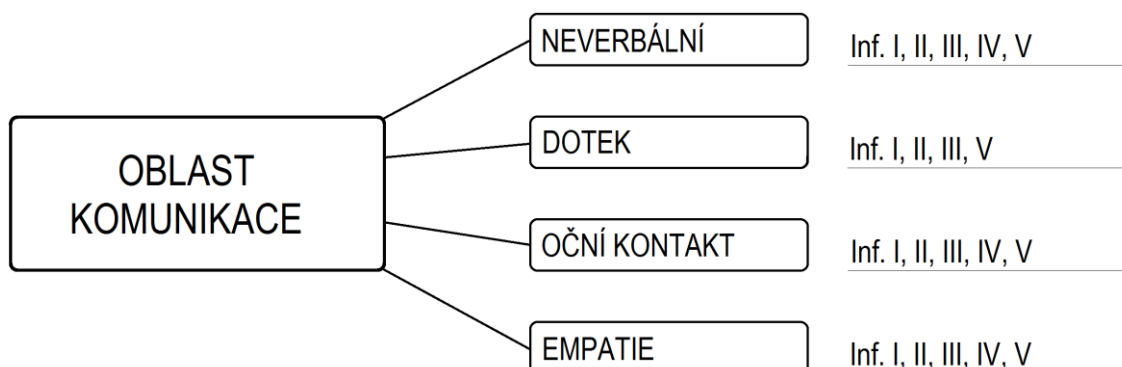
Dotek (iniciální dotek) a oslovení klienta – pečovatelé používají jako komunikační prostředek iniciální dotek a oslovení klienta jménem podle konceptu bazální stimulace. A dotek jako takový vidí jako důležitý komunikační kanál u lidí s kognitivními poruchami.

Oční kontakt – pro navázání komunikace je pro ně důležitý oční kontakt. A to nejen oční kontakt mezi ním a klientem. Mají na mysli sledování pohybů těla i grimasy obličeje klienta.

Empatie – vcítění se, naladění. Přestože slovo empatie přímo od žádného informanta nezaznělo, z odpovědí všech vyplývá, že je pro jejich komunikaci s klientem důležitá a ztotožňují ji s očním kontaktem.

Na schématu č. 1 jsou graficky znázorněny výsledné trsy a shoda informantů. Dotek a oční kontakt jsou pro ně tak důležité, že je nezařazovali do neverbální komunikace, ale jako samostatné položky, což je také ze schématu patrné.

Schéma č. 1 – Zobrazení trsů DVO 1



Zdroj: vlastní výzkum

DVO 2: Jaká specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních považují pracovníci v sociálních službách za nejzásadnější v činnostech všedního dne?

Informanti, přestože tento výraz činnosti všedního dne (ADL) spíše neznali, celkem správně do nich zařadili činnosti, které se vztahují k základním fyzickým funkcím člověka a vytvářejí jeho každodenní život. To znamená osobní hygienu, oblékání, použití WC a přijímání stravy. Nezmiňovali mobilitu klienta.

Na otázku: „U které z činností všedního dne považujete za nejdůležitější, aby je klient zvládl sám nebo s mírnou dopomocí?“, odpovídali informanti podobně. Jedná se o činnosti, které souvisí s lidskou důstojností a intimitou. Za nejdůležitější Informant č. II považuje: „*Tam, kde se to dotýká nejzákladnější důstojnosti. Že ještě o sebe sama dokážu pečovat v těch nejprošších věcech. Hygienu, oblékání, jíst lžičkou. Tam by se mělo směřovat*“. Informant č. I podotýká, že tyto činnosti mají klienti zafixované z dřívějších a on je může pomoci uchovat a podpořit. Pokud se klient například nedokáže sám umýt ani se slovním návodem: „*vložím mu žínku do ruky a ukazuju mu podle konceptu bazální stimulace, jak se meje*“. Podle informanta č. III je nejdůležitější klientovo uvědomění si toho, že je ještě schopen, alespoň částečně, se o sebe postarat.

Pokud klient nezvládá sám činnosti všedního dne, snaží se pracovníci v sociálních službách při dopomoci, aby se alespoň malou částí podílel nebo měl pocit, že se podílí. Pracovníci rozfázují jednotlivé činnosti, popisují, co právě dělají. Informant č. I: *„Když se oblíká, také mu pomůžu, dám ruku do rukávu a všechno popisuji krok za krokem“*. Informant č. V: *„Pomáháme, a když už pomáhání nestačí, tak jim vše komentujeme, co se s nimi bude dít, proč to děláme. Ten popis je tam důležitý“*. Podle informanta č. II by měl dopřát čas klientovi na to, o co se sám pokouší, zamyslet se a usnadnit mu to: *„Hele tady to zkusíš sám, a přemýšlet, má dost blízko věci, dosáhne na ně? Nepotřebuje něco podat? Nemá na tom stolku moc předmětů a nerozezná ten pravý?“*. Když nezvládne sám, pomoci mu asistovaným pohybem a tím, že ho provází rozfázovanými činnostmi. Obrazně: *„Když dám klientovi všechno na jednu hromadu, tak bude zmatený. Ale když mu dám každou jednu cihlu postupně, tak to možná zvládne“*.

V oblasti ADL je pro pracovníky v sociálních službách zásadní zachovat a podpořit soběstačnost a důstojnost klienta. Dopřát mu pocit, že ještě něco zvládne. Důležité je, aby klient chtěl. Informant č. II: *„Velké umění ze strany pečujících je přijmout nesouhlas a odmítnutí. On si to klient z jakéhokoli důvodu nepřeje. A pokud ho to přímo neohrožuje na životě nebo zdraví, tak to prostě nebude uděláno“*. Za zásadní v péči považují pracovníci v sociálních službách také hygienu. Informant č. III: *„Hlavně hygienu, když je člověk umytý, cítí se dobře, tak se od toho odvíjí další činnost. Když s nima chci aktivizovat, všechno se odvíjí od toho, jak se cítí fyzicky“*.

Z vyhodnocení DVO 2 vyšly tři trsy, které sdružují názory informantů.

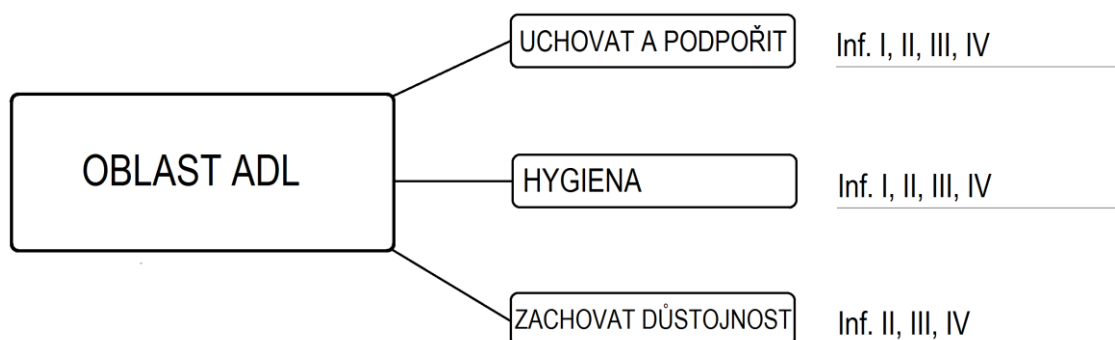
Uchovat a podpořit – informanti se shodují v tom, že je důležité zbylé schopnosti klientů co nejdéle uchovat a podpořit tím, že ho nechají činnosti vykonávat, přestože to bude trvat déle.

Hygiena – udržování čistoty je pro pracovníky důležité. Umytý člověk se cítí dobře a od toho se odvíjí i chuť dělat další činnosti.

Zachovat důstojnost – znamená v tomto případě to, že klient dokáže některé všední denní činnosti sám nebo s mírnou dopomocí (hlavně jídlo, hygiena, použití WC).

Názory informantů sdružené do trsů, jsou znázorněny na schématu č. 2.

Schéma č. 2 – Zobrazení trsů DVO 2



Zdroj: vlastní výzkum

DVO 3 Jaká specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních v oblasti výživy považují pracovníci v sociálních službách za nejzásadnější?

Pracovníci v sociálních službách si uvědomují význam vyvážené a dostatečné stravy pro pacienta a vliv na jeho zdravotní stav. Ví, že demence způsobuje ztrátu polykacích reflexů. Informant č. IV: „*Největší problém vidím v tom, když ten člověk nemůže polykat*“. Informant č. III dodává: „*Někdy výživa není dostatečná. Snažíme se jim podat stravu, jakou by měli mít, jako z normálního života tu pestrou, ale mnohdy je to těžký, protože to nechťejí nebo jim to nechutná a odmítají to*“.

V podávání mixované stravy vidí většinou jen výhody. Informant č. I: „*Pro toho klienta je to asi příjemnější, když může spolknout mixovanou stravu, když má problémy s normálním soustem. Spíš vidím problém s rozžvýkáním sousta*“. Informant č. IV: „*Nevidím žádné nevýhody. Výhody v případě, že člověk nemůže polykat a když nemá třeba zuby, aby ji mohl rozkousat. Považuji za super věc*“. To, zda klient přejde na mixovanou stravu je společné rozhodnutí týmu. Jako výhodu mixované stravy vidí i to, že klient jídlo nemůže vdechnout. Informant č. III říká: „*Když klient přestává polykat, je to jediné východisko, pokud mu nechceme zavést sondu*“. Informant č. II vidí situaci s odmítáním jídla a polykáním i z jiných hledisek: „*To, že mají zdravotní potíže s polykáním, s trávením, to ano. Ale každému v různých situacích chutná různě. Může tam být i to, že dostávají stravu, která je pro ně nepřijatelná. Klienti si mají zvykat na nové jídlo, ale oni už nemají ty kapacity, prostředky, aby si zvykali*“. Informant č. II a č. III vidí nevýhody mixu ve způsobu podávání. Může se předložit strávnickovi tak, že je každá složka jídla namixována a naservírována zvlášť, pak je to přijatelné. Pokud je vše semleté dohromady, je to špatně.

Pokud klient stravu odmítá, snaží se mu ji pracovníci v sociálních službách nabídnout později, proložit pitím nebo mu nabídnout něco jiného. Pokud je problém dlouhodobější, zjišťuje se, zda klient nemá bolesti zubů, v krku nebo depresivní stavy.

Pokud se klient sám nenají, je strava podávána s asistovanou pomocí. Pečovatel vede ruku klienta. Informant č. V uvádí: „*Vedu klientovi ruku, zeptám se, jestli mu můžu pomoci, když kývne. Když ho bolí ruka, tak dávám lžící já*“.

U této dílčí výzkumné otázky jsem vyhodnotila čtyři trsy, ve kterých se sjednocují názory na specifika podávání stravy u seniorů s demencí v pobytových službách.

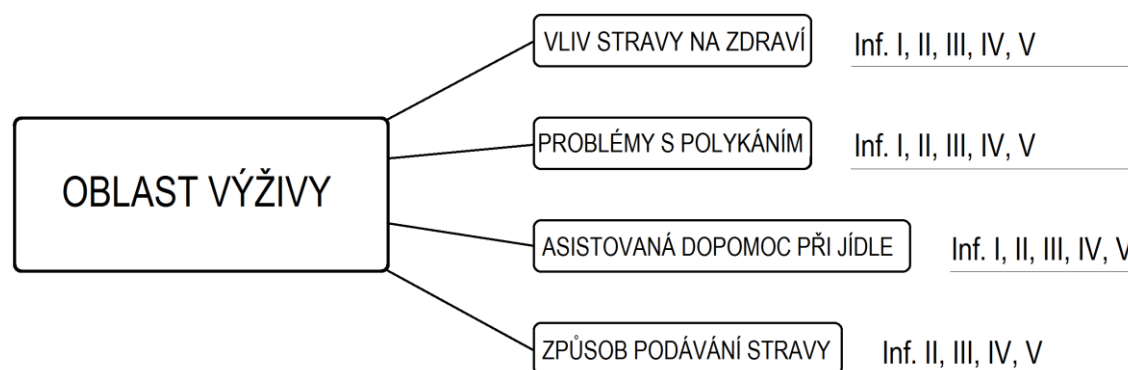
Vliv stravy na zdraví – nedostatek stravy nebo její nevyváženost má vliv na zdraví člověka. U imobilních může mít vliv na vytváření a hojení dekubitů.

Problémy s polykáním – vedou k postupnému zavádění mixované stravy, která umožňuje postiženému příjem potravy.

Asistovaná pomoc při jídle – při asistované pomoci má klient pocit, že se dokáže najíst sám.

Způsob podávání stravy – hraje velkou roli v tom, zda klient jídlo jí nebo ho odmítá. Věnovat se při asistenci jen klientovi a dát mu dostatek času. Pokud je u mixované stravy vše podáno v misce smíchané dohromady, způsobuje to jednotvárnost vizuální i chuťovou.

Schéma č. 3 – Zobrazení trsů DVO 3



Zdroj: vlastní výzkum

DVO 4 Jaká specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních považují pracovníci v sociálních službách za nejzásadnější v oblasti aktivizací?

Všichni pracovníci v sociálních službách uvedli, že využívají při aktivizacích klientů poznatky z jejich života. Aktivitu plánují s ohledem na zažité činnosti klienta a podle jeho individuálního plánu. Informant č. II uvádí: *„Nejvítanější je rozhovor a to, že se člověk snaží s ním sdílet, být. Dotyk, to, že sedím u lůžka“*. Ve velké míře se využívá bazální stimulace. U nepohyblivých klientů formou somatické stimulace a polohováním. Informant č. III si myslí, že nejdůležitější je zavést do aktivizace to, co dělali v běžném životě: *„Nemyslím si, že je pro ně důležité stříhání nějakých dětských omalovánek nebo tak. Samozřejmě si s nimi můžeme zamalovat, třeba nějaký kruh, aby si procvičili motoriku, ale nemyslím si, že je důležité, abychom je zdětsťovali. Spíš používat běžné věci, aby se na nich podíleli“*.

Klienti podle informantů dobře reagují na bazální stimulaci, smyslovou stimulaci a aktivity, které připomínají činnosti ze života, v tom se všichni shodují. Podle informanta č. II: *„... výborná je bazální stimulace, to je ohromný vějíř možností. A potom věci kolem stimulace smyslů zasazené do běžného prožívání člověka. Květiny, vůně, kuchyň. Běžnost, to, co mohl člověk běžně potkat, cítit“*. Informant č. III naproti tomu upřednostňuje reminiscenci. Klienti reagují na aktivizaci podle informanta č. V nejlépe, pokud se věnuje pouze jim: *„Mají rádi, když nás mají sami pro sebe“*. A při vytváření skupiny nepřemýšlí o stadiu demence jednotlivých členů. Informant č. II naopak stupeň demence považuje za jeden z rozhodujících vlivů při skupinové práci, a také podle stadia demence přizpůsobuje počet členů skupiny: *„Pokud tam jsou klienti, kteří požadují plnou pozornost, tam je lepší menší skupina. I já jako pracovník bych si měl říci, kolik lidí v té skupině stačím na sebe navazovat. Jak velkou pozornost ten klient vyžaduje a kolik pozornosti dokážu rozdělit“*. Zamýšlí se nad tím, zda v případě skupiny někoho z klientů neuráží to, že pozornost věnuje jinému a na něho jí tolik nezbývá. Jinému naopak může vyhovovat, že na něj není zaměřena pozornost a je pozorovatelem.

Informant č. II vidí jako specifikum nesnažit se člověka za každou cenu zahrnout příjemným. Umění nabídnout právě tolik, kolik by potřeboval. Respektovat právo na to, že člověk smí i potřebovat nic nedělat a k tomu mu vytvořit hezké prostředí, hezké věci. Dále se zamýšlí nad tím, jak asi uvažuje klient: *„Celej život jsem něco dělal, vždycky to mělo svůj účel, svého příjemce. Dělal jsem to s někým pro někoho“*. *„Když já mu nabídnu*

aktivitu, pojd'te dělat, abyste se nenudil, je to nesmysl. Otázka je, jak to dát, aby to byl důležitý úkol, který je ho hoden, který zvládne a někomu poslouží“.

Z vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 4 vyplynulo několik trsů, které sdružují shodné názory.

Smysluplné činnosti – klienti se podle pracovníků v sociálních službách raději zapojují do činností, které pro ně mají smysl.

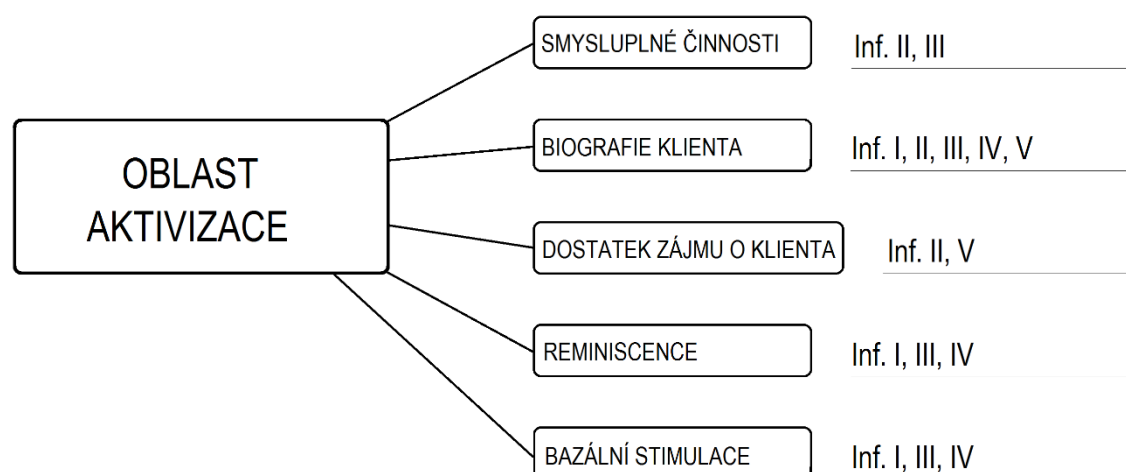
Biografie klienta – je využívána pro vytvoření individuálního plánu péče, ze kterého se vychází při aktivizacích i běžných činnostech.

Dostatek zájmu o klienta – podle pracovníků v sociálních službách je potřeba, aby klient cítil, že se o něj zajímají. Je to důležité hlavně ve skupinových aktivizacích, při kterých může klient cítit málo pozornosti.

Reminiscence – klienti se podle zkušeností pracovníků v sociálních službách rádi zapojují do rozhovoru o své minulosti, tím si uvědomují svou osobnost. Prvky reminiscence se promítají do všech činností.

Bazální stimulace – v domově se zvláštním režimem, ve kterém byl prováděn výzkum, se pracuje s konceptem bazální stimulace, který prochází všemi oblastmi péče. U klientů v těžkém stadiu demence je to nejčastější a vhodný způsob aktivizace.

Schéma č. 4 – Zobrazení trsů DVO 4



Zdroj: vlastní výzkum

DVO 5 V jakých dalších oblastech péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních vidí pracovníci v sociálních službách specifika a považují je za nejzásadnější?

Pomocné otázky podle scénáře směřovaly především na bezpečnost klientů a používání omezovacích prostředků a na to, aby si pracovníci v sociálních službách uvědomili další oblasti péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních a možná specifika této péče.

Vzhledem k tomu, že výzkum probíhal v zařízení se zvláštním režimem, mají klienti omezený pohyb po zařízení, sami se nemůžou dostat na schodiště ani ven. Informanti konstatují, že vše je zabezpečené, otevírání vstupních dveří je elektronické, okna jsou zabezpečena zámky. Informanti dále uvádějí, že pro bezpečí klientů se používají na posteli postranice a na pojízdných křesílkách bederní pásy, které zabraňují klientovi vstát. Na oddělení je seznam, na kterém je zapsáno, u kterého klienta lze tyto omezovací prostředky používat. Podle informantů dává souhlas s jejich užíváním klient, rodina, poručník a vrchní sestra. Informanti postranice ani bederní pás nepovažují za omezovací prostředek, ale za prostředek zajišťující bezpečnost klienta. Informant č. V na otázku, zda tyto prostředky bere jako omezující, odpověděl: „*Ne, vůbec, je to pro jejich bezpečí*“. Informant č. IV: „*Naše zařízení je tak pěkně zajištěné, že k tomu nemám co říci*“. Informant č. II si uvědomuje, že se jedná o omezovací prostředky a uvádí: „*Ale zase je to na základě toho, že opravdu se vyhodnotí, zda je to omezení přijatelné a zda to neomezuje právo na riziko daného klienta*“. Tento informant také uvádí, že personál je zvýšeně opatrný, sleduje okolí a všimá si toho, co by mohlo znamenat ohrožení: „*i v té připravenosti, nedávat zbytečné překážky do chodby, i drobná překážka znamená pád*“.

Informant č. III považuje za specifikum omezování pohybu a vůle, přestože se jedná o bezpečí klientů: „*Musím zaznamenat jejich přání, ale nemůžu jim otevřít dveře*“.

Další otázka byla zaměřena na základní behaviorální a psychologické symptomy demence (BPSD). Jak na vás působí agitovanost klienta, neustálé naříkání nebo vykřikování, vulgarity a nadávky, toulání se po zařízení? Pracovníci v sociálních službách si takové chování vysvětlují tím, že klientovi něco chybí, něco potřebuje. Chce pozornost nebo něco sdělit. Snaží se odvést jeho pozornost a zjistit, co za tím vězí. Informantovi č. II agitovaností klient ukazuje: „*mám energii, mám sílu a nevím, co dělat. Nebo to může znamenat bolest. Se mnou se něco děje, já nemám své pohodlí*“. Informant

č. III: „*snažím se být trpělivá, nevnímat to, protože klient za to nemůže. Nebo se snažím přistupovat klidně, dát mu zpětnou vazbu, že to není nejlepší, když se takhle chová, ale nenadávám mu zpět. Může mít bolest nebo jen špatnou náladu. Snažím se u něj zastavit, povídat si, zjistit, kde se ta bolest nachází. Může se jednat i o nevhodnou polohu*“. Informant č. V se snaží najít důvod a odstranit ho. Častým důvodem takového chování bývá podle něho nespokojenost: „*Třeba ho může tlačit guma v pase. Může to být spousta důvodů*“.

Nejhůře na pracovníky v sociálních službách působí nadávky a vulgarity vůči personálu. Větší část si myslí, že někteří klienti si to uvědomují a dělají to schválně. Naopak informant č. II si myslí, že jadrnější slova mohou být poslední slova, která zůstala ve slovní zásobě a člověk jimi může vyjádřit emoci. Tvrdí: „*Někdy jsou vulgarity něco, s čím se dá pracovat, nemá se jen okřiknout. Klienta může něco bolet, je naštvaný, chce pozornost nebo tak byl zvyklý mluvit. Takže vulgarita má mnoho možností, jak ji vnímat, ale vždycky se z ní dá vyjít slušně. Nadávku by měl člověk zrcadlit. Teď jste mi nadával, já to беру tak, že nadáváte té situaci, cítíte smutný, opuštěný, jídlo nestálo za nic... Jak říkám, je to velmi obtížné*“.

Z toulání se po chodbách lze podle pracovníků sociálních služeb usuzovat, že se klient necítí doma, něco nebo někoho hledá, má pocit, že by měl něco udělat. Může mít hodně energie, kterou nemá kam nasměrovat, tak chodí. Jindy může chodit z radosti. Mohl být delší dobu upoután na lůžko, tak má radost, že zase může chodit.

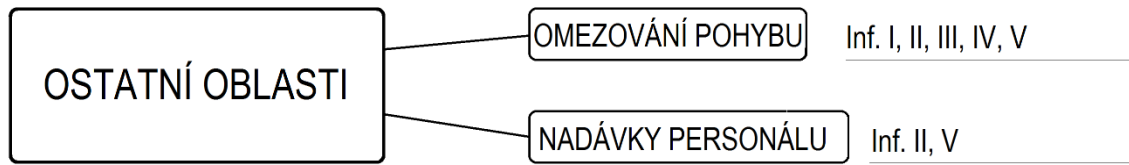
Analýza odpovědí v této oblasti ukázala dva hlavní trsy, které sjednocují názory informantů na bezpečí klientů a behaviorální symptomy.

Omezování pohybu – pracovníci v sociálních službách z větší části nepovažují používání postranic u postele a zamezování nekontrolovaného stoje klientů za omezování pohybu, ale za zajištění bezpečnosti. Ale zároveň jejich užívání vidí jako významné specifikum péče o seniora s demencí v pobytovém sociálním zařízení.

Vulgarismy a nadávky personálu – informanti si uvědomují, že jsou známkou nepohody nebo strachu klienta, přesto je špatně přijímají a nedokáží s nimi pracovat.

Trsy, které byly vyhodnoceny, jsou zobrazeny ve schématu č. 5.

Schéma č. 5 – Zobrazení trsů DVO 5



Zdroj: vlastní výzkum

5 Diskuse výsledků

Záměrem bakalářské práce bylo identifikovat specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních tak, jak je vnímají pracovníci v sociálních službách a určit, která považují za nejzásadnější.

V této kapitole práce jsou shrnuty výsledky výzkumu a jeho dílčích výzkumných otázek, které byly na základě výzkumného šetření získány. Výzkumného šetření se zúčastnilo pět zaměstnanců jednoho domova se zvláštním režimem, kteří mají pracovní zařazení pracovník v sociálních službách.

Pro výzkum byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu, technika polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný vzorek byl vybrán kvótním záměrným výběrem. Informantům byla zachována anonymita, na výzkumné otázky odpovídali dobrovolně a bez nároku na odměnu. Výsledky se porovnávají s poznatky autorů, kteří se zabývají demencemi a péčí o seniory s demencí.

První dílčí výzkumná otázka hledala specifika komunikace, která vnímají pracovníci v sociálních službách. **Jaká specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních považují pracovníci v sociálních službách za nejzásadnější v oblasti komunikace?**

Z výsledku šetření je patrné, že pracovníci v sociálních službách komunikaci považují za důležitou oblast v péči o seniory s demencí. Rozeznávají roviny verbální a neverbální. Dva z nich mluví o naladění a jeden o aktivním naslouchání. Pojem rovina paraverbální nezmiňují, zatímco Hauke (2017) popisuje tři základní složky komunikace: verbální, neverbální a paraverbální a zároveň upozorňuje, že v sociální interakci jsou slova důležitá, ale především u osob s demencí, které přestávají slovům rozumět, záleží na dalších složkách komunikace, tj. neverbální a paraverbální a že všechny složky komunikace musí být v souladu, aby byla zajištěna srozumitelnost. Uhrová (2014) píše, že komunikace s pacientem s demencí je specifická. Základní podmínkou je jednoduchost a srozumitelnost sdělení a klidný přístup. Podle Špatenkové (2009) se komunikační dovednosti zlepšují časem a získanými zkušenostmi, což nepřímo potvrdily odpovědi informantů. Informanti s delší praxí v péči o seniory měli jasnější náhled na komunikaci a její specifika. Zmiňovali zásadu poskytnout dostatečný čas pro odpověď a nechat klienta vnímat emoční nastavení, což je v souladu s některými

ze zásad komunikace s pacienty s poruchami myšlení a paměti, které uvádí Uhrová (2014). Pokorná (2010) radí pečovatelům nemocných s kognitivní poruchou, aby se neptali na více skutečností najednou a nedávali více pokynů najednou, ale komunikovali s nimi s úctou a respektem a poskytli pro komunikaci dostatek času. Podobně Čadková-Svejkovská (2008) uvádí, že komunikace s osobou s demencí je specifická postižením kognitivních funkcí, kdy dochází nejen ke ztrátě paměti, snížení pozornosti, poruchám porozumění mluvenému slovu, orientaci v čase a prostoru, poruchám motoriky, ale i ke snížení abstraktních operací, úsudku a vhledu. Dodává, že zodpovědnost za pochopení sdělovaného je na straně pečovatele a že to, co se mu může zdát nesmyslné, pro jedince, který to říká, nesmyslné není. Čadková-Svejkovská (2008) dále doporučuje jednoduchou konverzaci bez otevřených otázek s dostatkem prostoru pro odpověď a nezastírání nebo vynechávání určitých informací, protože osoby s demencí velmi často rozumí ukrytému sdělení a reagují na ně.

Pracovníci v sociálních službách vidí specifikum komunikace v tom, že se hodně využívá jako komunikační prostředek dotyk. Podobně o dotyku píše Erikson (2015, s. 125): *To je samozřejmě přesně to, co poskytují ideální instituce zdravotní péče: pomoc, porozumění, schopné, zručné ruce lidí, kteří mají kvalitní trénink a bohaté zkušenosti s těmi, kdo jsou omezeni ve schopnostech vyjádřit své potřeby.* Dále Erikson (2015) uvádí, že existuje rozdíl mezi pracovním dotykem (omývání, zvedání, krmení) a komunikativním dotykem (poplácání po zádech, držení za ruku), ale že i pracovní dotyk mohou pečovatelé poskytnout s uctivým a zlidšťujícím ohledem, při němž pacient pocítí, že je s ním zacházeno jako s člověkem. Dotek a vůbec somatická stimulace je jedním ze základních kamenů bazální stimulace, v jejímž používání jsou pracovníci zařízení se zvláštním režimem, kteří se zúčastnili výzkumu, proškoleni. Friedlová (2015) dodává, v souladu s výše uvedeným poznatkem Eriksona, že předpokladem kvalitního doteku je způsob kontaktu, vyvinutá síla, tlak, rytmus, opakování, kontinuita a sled doteků.

Každý z pracovníků v sociálních službách uvedl jiné specifikum nebo za něj považuje něco, co ani specifikum v komunikaci s osobami s demencí není. Třeba oční kontakt. Ten se používá při komunikaci s kýmkoliv. Je pravdou, že při komunikaci s klienty s demencí je oční kontakt intenzivnější a je potřeba vizuálně sledovat celého člověka, aby byl pečující schopný takovému klientu porozumět. A to chtěli informanti vyjádřit. Podle odpovědí na pomocné otázky jsem usoudila, že pracovníci v sociálních službách měli očním kontaktem na mysli také empatii a vcítění se. Určení specifika péče záleží na

zaměření toho určitého pracovníka, jeho naturelu, zkušenostech a jeho reflexi. Z odpovědí na pomocné otázky lze ale vyčíst, že všichni považují za specifické dotýkání se klientů, které není jen pracovní, ale slouží i ke komunikaci s člověkem, který je postižen demencí (hlavně ve stadiu těžké demence, ale i ve stadiu středně pokročilé a rozvinuté demence).

Druhá dílčí výzkumná otázka měla za úkol zmapovat, jaká specifika péče o seniory s demencí v pobytovém sociálním zařízení rozeznávají pracovníci v sociálních službách v oblasti činností všedního dne: **Jaká specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních považují pracovníci v sociálních službách za nejzásadnější v činnostech všedního dne?**

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda informanti znají pojem všední denní činnosti (activities of daily living) a jaká vidí specifika při jejich zvládnání svými klienty. Informanti, přestože tento termín neznali, po jeho vysvětlení logicky vyjmenovali sebeobslužné činnosti, se kterými klientům pomáhají – hygienu, použití WC, oblékání a svlékání, najedení se. Neuváděli mobilitu.

Suchá (2009) také do všedních denních činností bazálních zařazuje činnosti, které jsou nutné pro zvládnání sebeobsluhy. Dále Suchá (2009) upozorňuje, že kompenzační pomůcky, které mohou usnadnit zvládnutí denních činností, není možné u klientů trpících demencí použít, protože se s nimi kvůli zhoršení kognitivních funkcí nenaučí zacházet. Krivošíková (2011) uvádí specifikaci soběstačnosti v rámci konceptu všedních denních činností, jejich pravidelnost a automaticnost spojenou s určitými rituály a rozšířenou o instrumentální všední denní činnost, které zahrnují komplexnější činnosti v domácím prostředí i v prostředí širší komunity (nakupování, příprava jídla, úklid, praní, hospodaření, užívání dopravních prostředků atd.) Těmito rozšířenými všedními denními činnostmi se v pobytových zařízeních zabývají spíše v rámci aktivizací a v této otázce je nezmiňujeme.

Pracovníci v sociálních službách si uvědomují, že základní všední denní činnosti mají seniori s demencí zafixovány a je dobré, zachovat je co nejdéle. Seniorům s demencí, kvůli snížené kognitivní schopnosti, je potřeba činnost rozdělit na jednotlivé jednodušší kroky, využívat nápovědu, kontrolu a asistenci.

To je v souladu s Böhmovým modelem péče, který je zaměřen na podporu a uchování schopnosti sebezpečí starých a zmatených lidí, což oživí i jejich psychiku (Procházková, 2014). Procházková (2014) dále píše, že podle Böhmovy psychobiografického modelu péče je potřeba opustit dřívější způsoby, kdy personál dělal veškeré úkony sebezpečí za klienta a nerespektoval jeho zachovalé schopnosti a dovednosti. Zapojení klientů do sebezpečí působí reaktivizaci jejich psychiky a dodá jim více sebevědomí a sebeúcty. Podobně to vidí i informanti výzkumu, kteří se do jednoho shodli, že zapojení klientů do sebezpečí a možnost se na ní alespoň nějakým způsobem podílet, zvyšuje sebeúctu klientů, a tím i jejich ochotu do dalších aktivit.

Z pomocných otázek výzkumu vyplynulo, že za nejzásadnější specifika v oblasti všedních denních činností považují pracovníci v sociálních službách zachování a rozvoj sebeobsluhy, čímž si senioři s demencí udržují sebeúctu a lidskou důstojnost a pocit soběstačnosti a potřebnosti.

Ve třetí dílčí výzkumné otázce se zabývám výživou seniorů s demencí a s pracovníky v sociálních službách hledáme její specifika: **Jaká specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních v oblasti výživy považují pracovníci v sociálních službách za nejzásadnější?**

Informanti pestrou stravu a její dostatečný příjem dávají do souvislosti se zdravotním stavem klientů. Uvádějí, že nedostatečný příjem živin má vliv na celkové zdraví člověka, na stav pokožky a případný vznik a hojení dekubitů. Zřejmě proto je pro informanty důležité, aby klient potravu přijal. V praxi tolik neřeší, jestli je forma stravy pro klienta příjemná a přijatelná, ale při rozhovoru se nad tím zamýšleli. Jako specifické uvádějí postupné potíže s polykáním klientů s demencí a nebezpečí vdechnutí sousta.

Tomeček in Lukasová, Hradilová a kol. (2014) z Kanceláře veřejného ochránce práv uvádí, že poskytování stravy neuzpůsobené potřebám uživatelů s demencí či její poskytování nevhodným způsobem, může představovat zásah do důstojnosti člověka. Veřejný ochránce se zaměřuje na riziko vzniku malnutrice, ale i na estetickou rovinu stolování a podávání stravy. Dále Tomeček (2014) uvádí specifika při poskytování stravy osobám s demencí: energetickou náročnost Alzheimerovy nemoci a potřebnost zvýšeného příjmu energie a živin, problémy s polykáním a to, že osoby s demencí nemají pocit žízně a je nutné jim zajistit pitný režim.

Zgola (2013) tvrdí, že i nutričně vyvážený pokrm ztratí svoji výživovou hodnotu, provází-li stolování pocity úzkosti a smutku. Podle ní je třeba brát v úvahu individuální zvyky klienta a stolování mu udělat co nejpohodlnějším a nejpříjemnějším. Přijímání potravy považuje za životně důležitou činnost. Měli bychom se zamyslet nad způsobem jakým je potrava podávána. Podle Zgoly (2013) je potřeba zhodnotit klientovi schopnosti v několika oblastech. Zda nebrání v samostatném jídle úbytek fyzické síly, pohyblivost kloubů, nevhodná poloha těla, koordinace nebo stav chrupu. Další oblastí jsou smysly, uvědomování a poznávání, schopnost účelných pohybů a socializace.

Tato specifika si uvědomují i účastníci výzkumu. Vloží klientovi lžičku do ruky, pomůžou mu udržet pozornost a pobídnou ho. Vedou mu ruku, pokud již nemá dostatek síly. Když s tím klient souhlasí, nakrmí ho. Za nejzásadnější specifikum považují pracovníci v sociálních službách umění včas rozpoznat problémy s polykáním, potřebu přejít na mixovanou stravu a podávat ji takovým způsobem, který je pro klienta přijatelný. Zároveň se někteří pozastavují nad formou mixované stravy. Jako přijatelnější vidí mixovat každou složku jídla zvlášť, a tak ji podávat. Ne v jedné misce jako omáčku. Tento názor pracovníků, který je v souladu s odbornými poznatky, by mohl být inspirací pro kuchyni. Podle Kanceláře veřejného ochránce práv by měla být mixovaná strava nejzastší způsobem úpravy, neboť klient přichází o plnou kvalitu stravy a prožitek z její konzumace. Zároveň veřejný ochránce doporučuje, aby byly jednotlivé složky stravy upravovány zvlášť a společně se dopředu nesmíchávaly. Také upozorňuje, že příjem potravy osobami s demencí je časově náročnější, potřebují být naváděny a povzbuzovány. Doba jídla podle něj může trvat až 40 minut (Tomeček, 2014).

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka se zabývá aktivizací seniorů s demencí v pobytovém sociálním zařízení: **Jaká specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních považují pracovníci v sociálních službách za nejzásadnější v oblasti aktivizací?**

Koncept bazální stimulace, se kterým v zařízení pracují, se promítá do náhledu pracovníků v sociálních službách na aktivizaci klientů. Při plánování aktivit pro klienty využívají jejich individuální plán a biografii. Dotazovaní upřednostňují aktivity, které dávají klientovi smysl. Před jejím zahájením vysvětlují, proč dělat právě toto. Například malování obrázků má smysl, pokud ho dělají s dětmi ze školy, které přišly na návštěvu. Klienti jsou pak podle informantů většinou ochotnější zapojit se do činnosti.

U klientů, kteří jsou v nejtěžší fázi demence a jen leží, považují informanti za specifické využívání právě prvků bazální stimulace: zklidňující nebo povzbuzující somatickou stimulaci (koupel), olfaktorickou stimulaci, taktilně – haptické nabídky, stimulaci hlasem (četbu, popisování), polohování, masáž stimuluje dýchání, z nichž nejvíce profitují. Holmerová (2009) tvrdí, že bychom měli být pozorní a pokud aktivity nepřinášejí žádný prospěch, ale diskomfort, nemáme na nich trvat.

Jak tvrdí Böhm (2015), pokud člověk nemá motiv, nemá proč pohybovat nohama, rukama, umýt se ani jíst. Nedostatek životní energie a motivace podle Böhma (2015) zapříčiňuje deficit sebepéče a nedovolí mu ani zapojení se do aktivizace. Já k tomu dodávám, že pokud klient necítí zájem pečujících o něj, nemá ani on zájem o život.

Podle Zgoly (2013) mají všichni lidé vrozenou potřebu něco dělat proto, aby sami sobě rozuměli, udržovali a rozvíjeli vztahy s ostatními, ale při Alzheimerově nemoci se tyto schopnosti narušují a pečovatel má za úkol pomoci být aktivní. Dále Zgola (2013) tvrdí, že jednou naučené a procvičené činnosti se zachovávají alespoň ve významné míře, a přestože schopnost tyto činnosti organizovat, začínat a měnit je narušena, síla, šikovnost a svalová kontrola zůstávají zachovány, takže pokud jim pomůžeme s jejich rozfázováním na jednotlivé kroky, mohou je zvládnout. Také je podle ní nutné úkol přizpůsobit možnostem klientů. Jeden zvládne mísit těsto, druhý jen drží misku.

Suchá (2009) připomíná, jak je těžké motivovat klienty s demencí k činnostem a upozorňuje na to, aby činnost měla smysl nebo užitek. Dále říká, že pokud je vztah mezi pacientem a pečovatelem dobrý, funguje požádání o pomoc klienta s tím, že bez něho bychom to nezvládli, a potom ho zapojit tak, abychom předešli jeho případnému neúspěchu.

Pracovníci v sociálních službách považují za hlavní specifikum nastavit aktivizaci tak, aby byla pro klienta smysluplná a přizpůsobit ji jeho potřebám a možnostem, což dělají prostřednictvím individuálního plánu a biografii. Specifická je i stimulace smyslů zasazená do běžného dne. Vůně květiny, chuť sezonního ovoce a zeleniny, vůně oběda, kávy.

Podle svých zkušeností mohu říci, že při skupinové aktivitě je důležité vhodně zvolit velikost skupiny tak, aby se všichni, kteří chtějí, mohli aktivně zapojit a necítili se

odstrčení. A protože klient potřebuje dopomoc při činnosti, je třeba přemýšlet, jak koho zapojit a mít nad celou skupinou přehled.

Pátá dílčí výzkumná otázka zkoumala, zda vidí pracovníci v sociálních službách specifika i v jiných oblastech péče: **V jakých dalších oblastech péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních vidí pracovníci v sociálních službách specifika a považují je za nejzásadnější?**

Pro lepší orientaci jim byla nabídnuta oblast bezpečnosti, omezovacích prostředků a problémového chování.

Informanti spíše nepovažují používání postranic a zádržného systému na židličkách za omezování pohybu klienta, ale za zajištění jeho bezpečí. Stejně tak Čamský (2011) píše, že postranice na posteli nejsou považovány za prostředek k omezení pohybu u osoby, jejímž omezením je její zdravotní stav. Zdvžení postranic jako prevence pádu není omezování. Zamýšlí se nad zněním § 89 zákona o sociálních službách, podle kterého lze dovodit: *prostředky používané dlouhodobě k jiným účelům, než je řešení přímého ohrožení zdraví nebo života osob agresivním chováním uživatele, nejsou opatřením omezujícím pohyb ve smyslu § 89* (Čamský, 2011, s. 104). Zároveň Čamský (2011) však dodává, že ne všechny tyto pomůcky jsou za všech okolností přípustné a v souladu s právními předpisy, a že je důležité určit, zda prostředek brání pádu nebo naopak omezuje pohyb. Pracovníci v sociálních službách z mého výzkumu se řídí vnitřním předpisem, ve kterém je uvedeno, kdo a jakou pomůcku může používat. Přesto někteří pracovníci cítí určité dilema mezi právem na bezpečí a právem na svobodnou volbu a na vlastní rozhodnutí.

Z mého pohledu člověka, který nepracuje v domově se zvláštním režimem dlouho, se může zdát, specifické, že nemocný nějakou formou demence, je automaticky považován za neschopného se rozhodnout, zda chce chodit nebo sedět. Na druhou stranu chápu, že u těchto nemocných hrozí větší riziko pádu a zranění.

Za omezovací prostředky se také považují léky s tlumícími účinky, o jejichž užívání nemají pracovníci v sociálních službách přehled a vůbec je ve výzkumu nezmiňují. Podle Holmerové (2009) i způsob podání léků může být považován za omezující, stejně tak nucení k lékařskému vyšetření, zákrokům (permanentní katetr v případě inkontinence) nebo k aktivitám, které klienti nechtějí dělat.

Jako druhý trs vyplynuly nadávky a vulgarismy, kterými občas častují klienti své pečovatele, což je druh agrese. Při rozhovoru je většina informantů (kromě dvou) přímo nezmiňovala. Soustředila se na jiné projevy problematického chování, které připisovala tomu, že klienta něco trápí. Od bolesti až třeba jen po nevhodně zvolené oblečení, polohu těla, ale i nedostatek činnosti, nudu, potřebu pozornosti. Těžké je najít příčinu.

Holmerová, Jarolímková (2009) radí zamyslet se nad tím, za jaké situace se problematické chování objevuje, čím k němu může přispívat okolí, zda jsou naplněny potřeby dotyčného. Pacient se často chová agresivně, když nerozumí situaci, ve které se ocitl a cítí se ohrožený.

6 Závěr

Cílem bakalářské práce Specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních službách byla identifikace specifík, která vnímají pracovníci v sociálních službách při péči o seniory s demencí v jednom konkrétním domově se zvláštním režimem, v němž se pracuje konceptem bazální stimulace. Hlavní výzkumná otázka byla stanovena takto: Jaká specifika péče o seniory s demencí považují pracovníci v sociálních službách za nejzásadnější. Pro její zodpovězení bylo použito pět dílčích výzkumných otázek, na které odpovídali pracovníci v sociálních službách v polostrukturovaném rozhovoru. Cíl výzkumu byl splněn.

Výzkum ukázal, že pracovníci v sociálních službách specifika péče o seniory s demencí vnímají a některá i pojmenovávají. Nejzásadnějším specifikem je pro ně používání dotyku nejen k péči o klienta, ale i ke komunikaci. Komunikace s klientem prostupuje všemi oblastmi péče. Aby klient s pracovníkem spolupracoval, musí si nejdříve porozumět, proto komunikaci považují pracovníci v sociálních službách za důležitou. Od ní se odvíjí další činnosti.

Z výzkumu lze dále vyčíst, že dalším důležitým specifikem při péči o seniory s demencí v sociálních pobytových službách je pro pracovníky v sociálních službách určitá nerovnováha v zachování důstojnosti a sebeúcty klienta a zároveň omezování některých jeho přání z důvodu bezpečnosti. Také toto specifikum prostupuje celou oblastí péče a pracovníci v sociálních službách se nad ním zamýšlejí při každé činnosti stejně jako nad tím, zda si s klientem porozuměli.

Pro pracovníky v sociálních službách bude přínosné, pokud se budou dále vzdělávat a pokud budou mít možnost své poznatky z praxe sdílet a reflektovat s kolegy a odborníky, k čemuž se může využít supervize, na které její účastníci mohou porovnat své zkušenosti. Každý z pracovníků si vykládá některé příznaky chování klientů podle svého zaměření a své sociální zkušenosti. Právě společné setkávání může být prospěšné pro jejich sebereflexi a dá jim možnost pohledu z jiné strany. Z výzkumu je také patrné, že pracovníci s delší praxí a odborným vzděláním mají větší náhled na specifika práce s lidmi s demencí. Je proto v zájmu zaměstnavatele udržet si zkušené zaměstnance a další prohlubování kvalifikace méně zkušených zaměřovat právě na oblast komunikace. Jako vedlejší poznatek mi vyplynulo, že už v akreditovaném kurzu pracovníka v sociálních službách by měla být zmíněna specifika péče o klienty s demencí.

Pro zlepšení péče o klienty by bylo vhodné, pokud by se pracovníci v sociálních službách dověděli více o behaviorálních a psychologických symptomech demence a o jejich korekci behaviorální léčbou.

Při vyhodnocování výzkumu jsem se zamýšlela nad tím, jakým způsobem se projevilo použití techniky polostrukturovaného rozhovoru, kde je tazatel v přímém kontaktu s informantem, a vzájemně se znají. Zda informant odpovídá podle svého úsudku nebo se chce tazateli zalíbit. Bylo by možná vhodné doplnit tento výzkum ještě dotazníkovým šetřením, při kterém by měl informant větší pocit anonymity nebo zkombinovat s výzkumem podle nových smíšených strategií. Výzkum by se tak mohl dostat více do hloubky. Mohl by to být námět další práce.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BALTES, P. B., 2009. *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-7367-605-6.
2. BÖHM, E., 2015. *Psychobiografický model péče podle Böhma*. Praha: Mladá fronta. 203 s. ISBN 978-80-204-3197-4.
3. BUIJSSEN, H., 2006. *Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál. 136 s. ISBN 80-7367-081-X.
4. CALLONE, P. et al., 2008. *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Praha: Grada. 120 s. ISBN 978-80-247-2320-4.
5. COHEN, S., M., et al., 2019. Concordance Between Proxy Level of Care Preference and Advance Directives Among Nursing Home Residents With Advanced Dementia: A Cluster Randomized Clinical Trial. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 57, No. 1. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.09.018>
6. ČADKOVÁ-SVEJKOVSKÁ, M., 2008. Sociální práce se seniorem s duševním onemocněním. In: MAHROVÁ, G., VEGLÁŘOVÁ, M. a kol., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, s. 106-116. ISBN 978-80-247-2138-5.
7. DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. 376 s. ISBN 978-80-246-1966-8.
8. DVOŘÁK, M., © 2018. [online]. Praha: *Senioři České republiky*. [cit. 2019-02-10]. Dostupné z <https://senioricr.cz/pravni-definice-seniora-dosud-chybi/>
9. ERIKSON, E., H., 2015. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-0786-3.
10. FRIEDLOVÁ, K., 2015. *Bazální stimulace pro pečující, terapeuty, logopedy a speciální pedagogy*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb. 216 s. ISBN 978-80-904668-9-0.
11. GRUSS, P. (ed), 2009. *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál. 224 s. ISBN 978-80-7367-605-6.

12. HAUKE, M. a kol., 2017. *Když do života vstoupí demence aneb Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. 314 s. ISBN 978-80-906320-7-3.
13. HENDL, J., 2015. *Přehled statistických metod: Analýza a metaanalýza dat*. 3. vydání. Praha: Portál. 736 s. ISBN 978-80-262-0981-2.
14. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 4. přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
15. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. a kol., 2009. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost a Gerontologické centrum. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.
16. HOLMEROVÁ, I., 2014. *Průvodce vyšším věkem – manuál pro seniory a jejich pečovatele*. Praha: Mladá fronta. 200 s. ISBN 978-80-204-3119-6.
17. HOLMEROVÁ, I., JANEČKOVÁ, H., NIKLOVÁ, D., 2016. *Na pomoc pečujícím rodinám*. 11. vydání. Praha: Česká alzheimerovská společnost. 30 s. ISBN 978-80-86541-49-5.
18. IGLSEDER, B., 2018. Doping für das Gehirn. *Gerontol Gerlat*. 51. s. 143-148. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00391-017-1351-y>
19. JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol., 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
20. KAJANOVÁ, A. et al., 2017. *Metodologie výzkumu v oblasti sociálních věd*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 106 s. ISBN 978-807394-639-5.
21. KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. 368 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
22. KOUZUKI, M., et all, 2019. Effect of monosodium L-glatamate (umami substance) on cognitive function in people with dementia. *European Journal of clinical Nutrition*, DOI: <http://doi.org/10.1038/s41430-018-349-x>

23. LUKASOVÁ, M., HRADILOVÁ, A. a kol., 2014. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv. 118 s. ISBN 978-80-87949-03-0.
24. LUŽNÝ, J., 2012. *Gereontopsychiatrie*. Praha: Triton. 159 s. ISBN 978-80-7387-573-2.
25. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
26. MOLIN, P., 2016. The New Criteria for Alzheimer's Disease-Implications for Geriatricians. *CANADIAN GERIATRICS JOURNAL*, Vol 19, ISSUE 2, June 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5770/cgj.19.207>
27. PIDRMAN, V., KOLIBÁŠ, E., 2005. *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén. 189 s. ISBN 80-7262-363-X.
28. PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
29. PÉČE O SENIORY, © 2019. [online] Praha: *Pece o seniory.cz* [cit. 2018-12-06] Dostupné z <http://peceoseniory.info/stari-s-starnuti/>
30. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
31. PROCHÁZKOVÁ, E., 2014. *Práce s biografií a plány péče*. Praha: Mladá fronta. 133 s. ISBN 978-80-204-3186-8.
32. RUSINA, R., MATĚJ, R. a kol., 2014. *Neurodegenerativní onemocnění*. Praha: Mladá fronta. 351 s. ISBN 978-80-204-3300-8.
33. ŘÍČAN, P., 2006. *Cesta životem: vývojová psychologie*. 2. vydání. Praha: Portál. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
34. SEDLÁKOVÁ, R., 2015. *Výzkum médií: Nejužívanější metody a techniky*. Praha: Grada. 544 s. ISBN 978-80-247-3568-9.
35. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace. Komunikace (ne)jen pro sestry*. Praha: Galén. 135 s. ISBN 978-80-726-2599-4.

36. TOMEČEK, L., 2014. Poskytování stravy osobám s demencí v zařízení sociálních služeb. In: LUKASOVÁ, M., HRADILOVÁ, A. a kol. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv. 34-41 s. ISBN 978-80-87949-03-0.
37. UHROVÁ, T., 2014. Behaviorální a psychologické symptomy demence. In: RUSINA, R. a kol. *Neurodegenerativní onemocnění*. Praha: Mladá fronta. 49-54 s. ISBN 978-80-204-3300-8.
38. VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Dotisk 1. vydání. Praha: Karolinum. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
39. VYHLÁŠKA č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2016. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 164, s.7021-7049, ISSN 1211-1244.
40. WILSON, H., PAGANO, G., 2019. Dementia spectrum disorders: lesson learnt from decades with PET research. *Journal of neural transmission*. DOI: 10.1007/s00702-019-01975-4.
41. ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257-1289, ISSN 1211-1244.
42. ZVĚŘOVÁ, M., 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada. 108 s. ISBN 978-80-271-0561-8.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha č. 1 Návod pro rozhovor

Příloha č. 2 Informovaný souhlas informanta s rozhovorem

Příloha č. 3 Informovaný souhlas zařízení s provedením výzkumu

8.2 Vlastní přílohy

Příloha č. 1 – Návod pro rozhovor

Dílčí výzkumná otázka	Indikátory	Otázky k rozhovoru
<p>1. Jaká specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních považují pracovníci v sociálních službách za nejzásadnější v oblasti komunikace?</p>	<p>Komunikace</p>	<p>Co se vám vybaví pod pojmem komunikace?</p> <p>Pokud klient neustále opakuje stejnou otázku, jak na to reagujete?</p> <p>V případě, že klient nekomunikuje slovně, jakým způsobem poznáváte jeho potřeby?</p> <p>Jak zjišťujete, zda klient porozuměl vašemu sdělení o tom, co se s ním bude dít?</p> <p>Které komunikační kanály používáte?</p> <p>Co vám pomáhá v neverbální komunikaci?</p> <p>Která z těchto vyjmenovaných specifíků nebo i jiných považujete v oblasti komunikace za nejzásadnější?</p>
<p>2. Jaká specifika péče o seniory s demencí v sociálních pobytových zařízeních považují pracovníci v sociálních službách za nejzásadnější v činnostech všedního dne?</p>	<p>Činnosti všedního dne (ADL)</p>	<p>Co byste zahrnul do činností všedního dne (ADL)?</p> <p>Které z těchto činností považujete za nejdůležitější, aby klient zvládl sám nebo s mírnou pomocí?</p> <p>Pokud klient nezvládá sám aktivity denního života, jak to řešíte?</p>

		<p>Je péče o denní potřeby klienta náročnější fyzicky nebo psychicky?</p> <p>Které z těchto vyjmenovaných i dalších specifik v činnostech všedního dne považujete za nejzásadnější?</p>
<p>3. Jaká specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních v oblasti výživy považují pracovníci v sociálních službách za nejzásadnější.</p>	Výživa	<p>Jaké problémy s výživou vidíte u klientů?</p> <p>Kdo určuje, zda klient přejde na mixovanou stravu?</p> <p>Vidíte nějaké nevýhody u podávání mixované stravy?</p> <p>A jaké vidíte výhody u podávání mixované stravy?</p> <p>Jakým způsobem podáváte stravu s asistovanou pomocí?</p> <p>Pokud klient stravu odmítá, jak postupujete?</p> <p>Na co může mít, podle vašeho názoru, vliv nevyvážená nebo nedostatečná strava?</p> <p>Jaké z uvedených i neuvedených specifik v oblasti podávání stravy považujete za nejzásadnější?</p>
<p>4. Jaká specifika péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních považují pracovníci v sociálních službách za nejzásadnější v oblasti aktivizace?</p>	Aktivizace	<p>Jakým způsobem využíváte při plánování aktivizací poznatky ze života klientů?</p> <p>Jaké druhy aktivizace používáte?</p> <p>Na které z nich klienti dobře reagují?</p>

		<p>V jakých situacích je vhodná skupinová aktivita?</p> <p>Jaké specifikum péče o seniory s demencí považujete za nejzásadnější v oblasti aktivizace?</p>
<p>5. V jakých dalších oblastech péče o seniory s demencí v pobytových sociálních zařízeních vidí pracovníci v sociálních službách specifika a považují je za nejzásadnější?</p>	<p>Ostatní, bezpečnost, poruchy chování</p>	<p>Jakým způsobem je zajištěno bezpečí klientů v zařízení?</p> <p>Jaké omezovací prostředky se v zařízení používají a v jaké situaci? Kdo rozhoduje o jejich užití?</p> <p>Jak na vás působí agitovanost klienta, neustálé nařikání nebo vykřikování, vulgarity a nadávky, toulání se po zařízení?</p> <p>Které z těchto příznaků nejhůře zvládáte?</p> <p>Jaká další specifika v péči o seniory s demencí v pobytovém zařízení vidíte?</p> <p>Považujete některá z těchto i dalších specifik péče o seniory s demencí za nejzásadnější?</p>

Příloha č. 2 - Informovaný souhlas informanta

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas k účasti na výzkumu k bakalářské práci na téma Specifika péče o seniory s demencí v pobytových zařízeních.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami a průběhem výzkumu. Souhlasím s nahráváním rozhovoru na audio zařízení pro účely výzkumu, který bude popsán v bakalářské práci studentky 3. ročníku Jihočeské university v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulty, Michaely Šimánkové. Byl/a jsem poučen/a, že v rámci výzkumu mi bude zachována anonymita, že údaje poskytované pro účely tohoto výzkumu budou použity pouze pro účely této práce a že kdykoliv mohu z výzkumného šetření odstoupit.

V

podpis informanta

Příloha č. 3 - Informovaný souhlas zařízení s provedením výzkumu

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas s provedením výzkumu k bakalářské práci na téma Specifika péče o seniory s demencí v pobytových zařízeních.

Prohlašuji, že jsem byl seznámen s podmínkami a průběhem výzkumu v našem domově se zvláštním režimem, ve kterém jsou informanty naši pracovníci v sociálních službách, a souhlasím s ním. V rámci zachování anonymity zaměstnanců nebude název našeho zařízení v bakalářské práci uváděn.

V

Podpis odpovědného zástupce zařízení