

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Pohled zdravotnických a sociálních pracovníků na
problematiku restriktivní opatření v pobytových sociálních
zařízeních**

bakalářská práce

Autor práce: Andrea Skružná

Studijní program: Rehabilitace

Studijní obor: RPBP

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Mařhová

Datum odevzdání práce: 13.8. 2012

Abstrakt

Bakalářská práce byla zpracována na téma: Pohled zdravotnických a sociálních pracovníků na problematiku restriktivních opatření v pobytových sociálních zařízeních. Restriktivní opatření jsou prostředky užívané k omezení pohybu uživatele sociálních služeb. Aplikovat se dají pouze v situacích, které vymezuje zákon č. 108/2009 Sb., o sociálních službách. Zákon stanovuje i přesný postup při použití restriktivních opatření.

Teoretická část bakalářské práce je zaměřena na charakteristiku pobytových sociálních zařízení, jejich uživatelů a pracovníků, na vymezení restriktivních opatření a s nimi spojené povinnosti poskytovatelů sociálních služeb, a na charakteristiku péče o osoby s demencí, protože osoby s tímto onemocněním jsou cílovou skupinou uživatelů pobytového sociálního zařízení, v němž byl realizován výzkum.

Cílem praktické části bylo zjistit, jaký názor mají pracovníci vykonávající odbornou činnost na restriktivní opatření v pobytovém sociálním zařízení Domov důchodců Čížkovice. Pro realizaci výzkumu byla použita strategie kvalitativního výzkumu, metoda dotazování, technika polostrukturovaný rozhovor. Byla stanovena hlavní výzkumná otázka. Pro její zodpovězení byly stanoveny tři dílčí výzkumné otázky, které se zaměřovaly na informovanost pracovníků o restriktivních opatření, na péči o osoby se syndromem demence a jak reagují pracovníci na problematické chování těchto osob.

Bakalářská práce bude využita jako zpětná vazba pro pracovníky vykonávajících odbornou činnost v Domově důchodců Čížkovice, kde byl výzkum realizován.

Abstract

This bachelor thesis elaborates the theme of “The Health and Social Service Employees’ Views of the Problems Concerning the Restrictive Measures Imposed Upon Social Facilities Providing Accommodation”. Restrictive measures can be defined as a means used to restrict movement of the social services users. These measures can be applied only to the situations defined by Act No. 108/2009 Sb.*, on Social Services. This act stipulates even the precise procedure for the process of applying these restrictive measures.

The theoretical part of this bachelor thesis is focused on the characteristics of the social facilities providing accommodation, their users and employees, on determining the restrictive measures including the related duties of social service providers, as well as characteristic features of the dementia syndrome, since the person living with this syndrome are a target group of users of the social facility providing accommodation in which this research has been carried out.

The main aim of the practical part of the thesis was to find out what opinion the employees carrying out professional activities had on the restrictive measures imposed upon the Čížkovice Pensioners’ Home, which serves as an example of such social facility. The strategy of qualitative research has been applied to the implementation of the research, in particular the enquiry method and the technique of the half-structured interview. Afterwards the main research question was formulated. For answering this question three partial research questions had to be determined. They were focused on the degree of social employees’ knowledge of these restrictive measures, on the care for persons with the dementia syndrome and on the employees’ reaction to problematic behaviour of these persons.

This bachelor thesis will be made use of as a feedback for the above mentioned employees, i.e. those carrying out professional activities in the Čížkovice Pensioners’ Home, where the research has been carried out.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 12.8.2012

.....

Andrea Skružná

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Lence Mařhové za odborné vedení, cenné rady a trpělivost při zpracování mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala vedoucí Domova důchodců v Čížkovicích paní Soně Vápeníkové, jež mi umožnila výzkum v zařízení realizovat, a především všem respondentům za jejich ochotu a spolupráci.

Obsah

ÚVOD.....	7
1 SOUČASNÝ STAV.....	9
1.1 Pobytová sociální zařízení	9
1.1.1 Proměna vnímání pobytových sociálních zařízení s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.....	9
1.1.2 Uživatelé pobytových sociálních zařízení	11
1.1.3 Druhy pobytových sociálních zařízení a jejich cílové skupiny uživatelů.	12
1.1.4 Pracovníci poskytující odbornou činnost v pobytových sociálních zařízení.	14
1.2 Restriktivní opatření.....	18
1.2.1 Počátky problematiky restriktivních opatření v České republice.....	18
1.2.2 Druhy restriktivních opatření.	19
1.2.3 Zakázaná restriktivní opatření v pobytových sociálních zařízení.	20
1.2.4 Postup při použití restriktivních opatření.	21
1.2.5 Souvislost restriktivních opatření a standardů kvality sociálních služeb	22
1.3 Péče o osoby s demencí v pobytových sociálních zařízení.....	24
1.3.1 Formy, projevy a péče o osoby s demencí.	24
1.3.2 Problematické chování u osob s demencí.....	26
1.3.3 Efektivní komunikace jako prevence problematického chování u osob s demencí.	29
1.3.4 Individuální plánování služeb jako prevence problematického chování osob s demencí.	30
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	33
2.1 Cíl práce.	33
2.2 Výzkumné otázky.....	33

3 METODIKA.....	36
3.1 Použité metody a techniky sběru dat.....	36
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru.....	37
3.3 Realizace výzkumu	38
4 VÝSLEDKY.	40
4.1 Výsledky dílčí výzkumné otázky č. 1.	41
4.2 Výsledky dílčí výzkumné otázky č. 2.	46
4.3 Výsledky dílčí výzkumné otázky č. 3	52
5 DISKUZE.	58
5.1 Diskuze k výsledkům dílčí výzkumné otázky č. 1.....	58
5.2 Diskuze k výsledkům dílčí výzkumné otázky č. 2.....	61
5.3 Diskuze k výsledkům dílčí výzkumné otázky č. 3	63
6 ZÁVĚR.	65
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	67
8 KLÍČOVÁ SLOVA.....	71
9 PŘÍLOHY.....	72
9.1 Seznam příloh.....	72

ÚVOD

Uživatelé žijící v pobytových sociálních zařízeních využívají této služby z různých důvodů. Jedná se zejména o seniory, kteří se o sebe již nedokáží sami postarat, o osoby s mentálním nebo tělesným postižením, a o osoby trpící duševní nemocí. Všichni tito uživatelé zůstávají i nadále lidé, kteří si zaslouží, aby byla respektována jejich základní lidská práva a aby byla zachována jejich důstojnost.

V současné době se péče ve všech pobytových sociálních zařízeních orientuje na individuální přístup. Zavedení individuálního plánování služeb přináší uživateli možnost individuálních úprav režimových opatření v zařízení, které co nejvíce odpovídají jeho dosavadnímu způsobu života. Díky tomu dochází k podpoře uživatelů v aktivním zapojování, v soběstačnosti a zainteresovanosti. Nadále se rozvíjí jeho osobnost a nedochází k porušování lidských práv.

Často diskutovanou otázkou v souvislosti s porušováním práv uživatelů pobytových sociálních služeb jsou restriktivní opatření, tedy opatření omezující pohyb. Pro použití těchto opatření jsou dnes již stanoveny podmínky zakotvené v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Před přijetím výše uvedeného zákona byla Česká republika často kritizována mnohými evropskými státy za nedostatečnou kontrolu používání restriktivních opatření a za jejich nadužívání.

Téma práce jsem si vybrala vzhledem k tomu, že mě problematika restriktivních opatření zajímá. Zařízení, ve kterém bude realizován výzkum, bylo vybráno s ohledem na cílovou skupinu uživatelů, se kterými bych chtěla do budoucna pracovat, tedy s osobami s demencí. Během své praxe zdravotní sestry přicházím do styku i s osobami s demencí. Setkala jsem se i s problematickým chováním těchto osob. Ze svých zkušeností vím, že nepřistoupit k použití restriktivních opatření je velice psychicky náročné a ve zdravotnickém zařízení vzhledem k počtu pacientů a personálu mnohdy prakticky nemožné. Zajímají mě proto zkušenosti a přístup k této problematice pracovníků poskytujících odbornou činnost v pobytovém sociálním zařízení.

Bakalářská práce je rozdělená do dvou částí a to na část teoretickou a

praktickou. V teoretické části budou popsána pobytová sociální zařízení, restriktivní opatření a péče o osoby se s demencí. Cílem praktické části je zjistit, jaký mají názor pracovníci vykonávající odbornou činnost na restriktivní opatření v pobytovém sociálním zařízení Domov důchodců Čížkovice. V praktické části bude použita strategie kvalitativního výzkumu. Sběr dat se uskuteční pomocí metody dotazování a technikou bude polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory budou uskutečněny se 4 pracovníky poskytujícími odbornou činnost v Domově důchodců Čížkovice.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Pobytová sociální zařízení

Pobytová sociální zařízení poskytují služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (44). Od běžných zařízení typu soukromých domů a bytů, hotelů či ubytoven se liší dle Matouška tím, „že v něm skupina profesionálních zaměstnanců pečuje o skupinu nějak handicapovaných lidí.“ (22, s. 17). Uživatelé této služby zde nacházejí krátkodobou, dlouhodobou nebo trvalou náhradu domova. Je tedy žádoucí, aby zaměstnanci nepřistupovali k uživatelům pouze jako k objektu své práce, ale aby do péče zapojili v co největší možné míře individuální přístup (22).

1.1.1 Proměna vnímání pobytových sociálních zařízení s přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Po roce 1989 ve společnosti dochází ke změně vnímání osob se zdravotním postižením, osob s duševním onemocněním a seniorů. Tito lidé začínají být chápáni jako plnohodnotné osoby. Proto bylo nezbytné provést v systému sociálních služeb řadu změn. 1. 1. 2007 vstupuje v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (25).

Mezi hlavní cíle tohoto zákona patří podpora procesu sociální integrace uživatelů sociálních služeb. U uživatelů, kteří nejsou schopni prosazovat své oprávněné potřeby, vytvořit takové podmínky, které umožní jejich naplňování. A vytvořit základní rámec k zabezpečení potřebné podpory a pomoci k sociální integraci. Cílem sociálních služeb je podporovat sociální integraci lidí v nepříznivé životní situaci a předcházet jejich sociální exkluzi (6).

V současné době dochází k nárůstu objemu poskytovaných služeb. Rozvíjí se

nové metody a formy práce s uživateli a vznikají nové typy zařízení. Stát přestává mít výhradní odpovědnost za sociální služby. O odpovědnost se nyní dělí jednotlivci, obce, kraje, občanské společnosti a stát (14).

Mezi základní principy moderního pojetí sociální práce patří individuální přístup, ochrana práv uživatel, partnerství při plánování sociálních služeb a především podpora nezávislosti a integrace osob se zdravotním postižením. Současná podoba sociální práce se snaží v co největší míře podporovat uživatele svých služeb v jeho přirozeném prostředí tak, aby se mohl účastnit života v běžné společnosti. Tento trend se nazývá deinstitucionalizace sociálních služeb (19). Jedná se především o vytváření alternativ k pobytovým sociálním zařízením a k podpoře vstupu nestátních organizací do sociální péče (14).

S přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se změnila kategorizace sociálních služeb. Dělí se na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Formy, ve kterých jsou služby poskytovány, se rozlišují na pobytové, ambulantní a terénní (21).

Poskytovatelé současné podoby pobytových sociálních zařízení nepečují pouze o základní fyziologické potřeby uživatelů, mezi něž patří příjem potravy, hygiena a vyprazdňování, ale přistupují k uživateli jako k bio-psycho-socio-spirituální osobě. Dochází k rozvoji holistické pojetí člověka. „*Všechny tyto skutečnosti přirozeně dodávají člověku nejen jedinečnou pozici, ale také dosud nepoznanou důstojnost*“ 11, s. 16).

Dochází i ke změně vnímání aktivizačních programů poskytovaných při užívání služeb pobytových sociálních zařízení. Dříve bylo organizování těchto aktivit výhradně v režii personálu. Nyní je snaha o propojení aktivizačních programů s individuálním plánováním služeb (21).

1.1.2 Uživatelé pobytových sociálních zařízení

S přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se z původního označení klient stal uživatel, tedy osoba, které je sociální služba poskytována (27).

Obecně se předpokládá, že uživatel se obrací na sociální službu dobrovolně a bez jakéhokoliv nátlaku. Ovšem není to rozhodně pravidlem. Nutnost obrátit se na službu pobytových sociálních zařízení značí nějakou patovou situaci, ve které se budoucí uživatel nachází (22).

Jedná se o tzv. latentní nedobrovolníky, jejichž zhoršující se možnosti soběstačnosti v důsledku stáří nebo nemoci, nebo fakt, že se rodina či jiní blízcí lidé o něj již nemohou nebo z nějakých jiných důvodů nechtějí starat, nutí vyhledat institucionální sociální službu. Druhou skupinou nedobrovolných uživatelů jsou osoby, které jsou zbavené svéprávnosti. O užívání této služby rozhodují jejich opatrovníci, které jim ustanovil soud. Jiný přístup se zaznamenává u uživatelů tzv. institucionalizovaných, kteří do zařízení pro dospělé přicházejí z jiného zařízení pro mládež. Poslední marginalizovanou skupinou jsou osoby, které se zcela dobrovolně a svobodně rozhodli vyhledat pobytovou sociální službu (25).

Vstup do těchto zařízení přináší člověku naprostou změnu životního stylu, nutnost přizpůsobit se pravidlům a ztrátu soukromí. Zvykání si na nové zařízení se nazývá adaptační proces. Délka procesu je individuální. Důležité je, aby se poskytovatel pobytových sociálních služeb snažil vytvářet takové podmínky, které umožní uživateli se co nejrychleji adaptovat na nové prostředí, při pobytu v zařízení bude pocítovat dobrou kvalitu života a přijme zařízení za svůj nový domov (25).

Kvalita života se hodnotí jak z pohledu objektivního, tak z pohledu subjektivního. Objektivně se posuzují sociální podmínky života, materiální zabezpečení, sociální status a fyzické zdraví. Subjektivní hodnocení je závislé na osobních cílech, očekáváních a zájmech (41).

Vaňurová a Mühlpachr shrnuli sledované dimenze u osob se zdravotním postižením nebo psychickým onemocněním a u seniorů. Hodnotí se aktuální zdravotní

stav, soběstačnost, akceptace a pomoc nejbližší rodiny a okolí, individuální funkční norma a využívání možností osoby a ekonomická situace. Jednotlivé dimenze se nemění, záleží ovšem na individuálním vnímání důležitosti (36).

1.1.3 Druhy pobytových sociálních zařízení a jejich cílové skupiny uživatelů

Pobytová sociální zařízení spadají do služeb sociální péče. Ty jsou v § 38 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definovány jako služby, které napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení (44).

Podle cílových skupin uživatelů rozlišuje zákon pobytová sociální zařízení na týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (21).

Všechny typy zařízení nabízejí svým uživatelům stejné základní činnosti, jimiž jsou: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (19).

- a) Týdenní stacionáře** jsou pobytové sociální služby určené seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohrožených užíváním návykových látek, kteří potřebují pravidelnou pomoc jiné osoby (27). Pracovníci se zde zaměřují na výchovnou a sociálně terapeutickou péči. Služba je poskytována během pracovních dnů (17).

- b) Domovy pro osoby se zdravotním postižením** mají svou cílovou skupinu uživatel již v samotném názvu. Jsou určeny osobám se zdravotním postižením, kteří vyžadují pomoc jiné osoby (27). Služba je poskytována celoročně se zaměřením na komplexní péči, která zahrnuje výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti (17).
- c) Domovy pro seniory** jsou dlouhodobou pobytovou službou určenou seniorům, kteří potřebují pomoc při zvládání běžných denních aktivit a při péči o vlastní osobu (27). Služba je zaměřená na komplexní péči s možností sociálně terapeutických činností (17). Vedle toho poskytuje různé skupinové programy. Součástí je i základní zdravotnická a ošetrovatelská péče (21).
- d) Domovy se zvláštním režimem** jsou pobytové služby s režimem přizpůsobeným specifickým potřebám svých uživatelů. Služba je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách a osobám s různou formou demence (27). Péče je zde poskytována v souvislosti se specifickými potřebami osob, které jsou cílovou skupinou daného zařízení (17).
- e) Chráněné bydlení** je určené osobám s postižením, které potřebují pomoc jiné osoby, ale nevyžadují celodenní péči. Služba je zřízená mimo ústavní prostředí. Kromě poskytování ubytování a stravy služba ještě dále umožňuje pomoc při zajištění chodu domácnosti a podporu uživatele při jiných činnostech (27).
- f) Sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení ústavní péče** jsou určené osobám, které se v důsledku svého zdravotního stavu nejsou schopni obejít bez pomoci jiné osoby i přesto, že již nepotřebují ústavní zdravotní péči. Služba je jim poskytována do té doby, než se jim zajistí pomoc od osoby blízké nebo jiná forma pobytových sociálních služeb (21).

1.1.4 Pracovníci poskytující odbornou činnost v pobytových sociálních zařízeních

Ve všech pobytových sociálních zařízeních vykonávají odbornou činnost dle § 115 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, sociální a zdravotní pracovníci, pracovníci v sociálních službách a také je možné využití služeb dobrovolníků. U všech pracovníků v sociálních službách se vyžaduje způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (44).

a) Sociální pracovník

Rozhodne-li se člověk být sociálním pracovníkem, bere v potaz povinnosti nejen k zaměstnavateli, ale i k profesi samotné. Pracovník se řídí pravidly a povinnostmi definovaných právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy (20)

Úkoly sociálního pracovníka ve všech sociálních službách jsou podle § 109 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vykonávat sociální šetření, zabezpečovat sociální agendu včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytovat krizovou pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitaci (44).

Sociální pracovník získá odbornou způsobilost k výkonu tohoto povolání dle § 110 výše zmiňovaného zákona na základě vysokoškolského nebo vyššího odborného vzdělání v akreditovaných programech sociálního zaměření. Způsobilost lze též získat po absolvování jiného vysokoškolského studia. Pracovník musí absolvovat akreditované vzdělávací kurzy se sociální tematikou nejméně v celkovém rozsahu 200 hodin a musí mít minimálně 5 letou praxi při výkonu povolání sociálního pracovníka. Stejně kurzy musí absolvovat i pracovník, který má středoškolské vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, absolvovaném nejpozději 31. prosince 1998 a v oboru pracuje minimálně 10 let (44).

Zákon č. 108/2006 Sb., § 111 stanovuje sociálnímu pracovníkovi povinnost dalšího vzdělávání. Lze ho splnit absolvováním specializačních vzdělávání, které zajišťují vysoké nebo vyšší odborné školy, účastí na akreditovaných kurzech, odborných stážích a školicích akcích (21).

V pobytových sociálních zařízeních je sociální pracovník pracovníkem s vyšší odbornou kvalifikací. V rámci pracovní činnosti je podřízen vedoucímu zařízení. Jeho úkolem je spolupracovat se všemi dalšími odbornými pracovníky (19).

b) Pracovník v sociálních službách

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 116 uvádí, že pracovníci v sociálních službách jsou ti, kteří vykonávají přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb, základní výchovnou nepedagogickou činnost, pečovatelskou činnost v domácnosti uživatele a ti, kteří pod dohledem sociálního pracovníka vykonávají činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (44).

V pobytových sociálních zařízeních poskytují odbornou činnost hlavně pracovníci vykonávající přímou obslužnou péči a základní výchovnou nepedagogickou činnost (21).

Pracovníci přímé obslužné péče zajišťují nácvik jednoduchých denních činností, pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření sociálních, společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb (19).

Pracovníci, kteří mají na starost výchovnou nepedagogickou činnost, zajišťují 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, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti (19).

Na odbornou způsobilost k výkonu tohoto povolání nejsou kladeny takové nároky jako na sociálního pracovníka. Požadavkem je absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Pracovník v sociálních službách si nadále musí prohlubovat kvalifikaci v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok (21).

Přímou nadřízenou pracovníků v sociálních službách je vrchní sestra. Není-li přítomna, jsou pracovníci podřízeni službu konající sestře (19).

c) Zdravotnický pracovník - všeobecná sestra v sociálních službách

Aktuálně se všeobecná sestra definuje podle Mezinárodní rady sester, (International Council of Nurses): *„Sestra je osoba s ukončeným základním všeobecným ošetrovatelským vzděláním, která smí, na základě souhlasu příslušného regulačního orgánu, ve své zemi pracovat jako sestra.“* (1, s. 6).

Způsobilost vykonávat povolání všeobecné sestry je dána podmínkou absolvovat vysokoškolské nebo vyšší odborné studium v oboru všeobecná sestra, popřípadě absolvování tohoto oboru na středních zdravotnických školách, pokud bylo studium zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004. Aby mohla všeobecná sestra se středoškolským vzděláním vykonávat profesi bez odborného dohledu, musí mít 3 roky praxe v oboru. Poskytování ošetrovatelské péče je výkon povolání všeobecné sestry. Spolupracuje s lékařem nebo zubním lékařem a společně se podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči (43).

Všeobecná sestra je připravena a oprávněna zapojovat se do všeobecné ošetrovatelské praxe, včetně podpory zdraví, prevence nemocí a péče o osoby se zdravotním postižením, fyzickým nebo psychickým onemocněním a o osoby různého stáří ve všech zdravotnických a komunitních zařízeních. Nadále se musí vzdělávat a vést edukaci ve zdravotnické péči. Je součástí zdravotnického týmu, ve kterém se plně zapojuje. Je nadřízená pomocným pracovníkům v ošetrovatelství a zdravotnické péči. Může se zapojovat do výzkumu (1).

Vyhláška 620/2006 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů stanovuje tzv. odbornost 913, která

charakterizuje všeobecnou sestru v sociálních službách. Tato všeobecná sestra poskytuje ošetrovatelskou péči pojištěným uživatelům pobytových sociálních zařízení a ve zdravotnických zařízeních ústavní péče (39).

1.2 Restriktivní opatření

Problematickou opatření omezující pohyb se vláda České republiky zabývá až od roku 2002 po návštěvě Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání, přestože řada našich odborníků na tuto problematiku poukazovala již od roku 1989. V červenci 2004 vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky Metodické opatření pro mimořádné použití klecových lůžek se sítí v zařízeních sociální péče. Opatření mělo ovšem jen doporučující charakter. Až novela zákona o sociálním zabezpečení č. 218/2005 Sb., považovala restriktivní opatření za nepřípustné s výjimkou jasně stanovených situací, kdy dochází k ohrožování zdraví nebo života uživatele či jiných osob. Používání klecových lůžek s mříží v zařízeních sociální péče zcela zakazuje a považuje za nepřípustné. 1. ledna 2007 vstoupil v platnost zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který v § 89 vymezuje pravidla pro použití opatření omezující pohyb (26).

Přesné vymezení pravidel umožňující použít opatření omezující pohyb neslouží pouze k ochraně uživatel před zneužíváním těchto prostředků. Slouží také k ochraně pracovníků zařízení, aby měli kompetenci zasáhnout v případě, že je uživatel nadměrně agresivní (25).

1.2.1 Počátky problematiky restriktivních opatření v České republice

Před přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, čelila Česká republika kritice mnohých evropských států ohledně používání restriktivních opatření ve zdravotnických a psychiatrických léčebnách a pobytových zařízeních sociální péče. V roce 2002 navštívil několik našich ústavů sociální péče a psychiatrické léčebny Evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání (15).

O své návštěvě vydal Evropský výbor Zprávu o stavu lidských práv v České

republike. Uvádí zde velké znepokojení nad neexistencí jakýchkoli předpisů a pravidel pro omezení pohybu rozrušených nebo agresivních osob. Upozorňuje na vysoké riziko zneužití a špatného zacházení těchto omezení. Za naprosto nezbytné považuje fakt, aby byla definována jasná pravidla, jak postupovat při zklidňování uživatelů. Fyzické omezení pohybu lze použít pouze se souhlasem lékaře a každý takovýto počín musí být zaznamenán do knihy speciálně vedené pro tento účel (45).

Dnes se restriktivní opatření smějí využívat pouze při nouzových situacích. Nesmí být na ně nahlíženo jako na tresty udílené personálem za neadekvátní chování. Jejich častá aplikace je posuzována jako týrání nebo zneužívání (28).

1.2.2 Druhy restriktivních opatření

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky vydalo Doporučený postupu pro používání opatření omezující pohyb osob. Zde ta to opatření definuje jako: „*opatření, která zamezí uživateli sociální služby pohybovat se svobodně a bez omezení a tím projevovat svou svobodnou vůli*“ (24, s. 1). Matoušek popisuje tato opatření jako: „*postupy užívané pracovníky sociálních služeb sloužící k omezení klienta. Pracovník při nich využívá své převahy, aby zabránil ublížení ostatním uživatelům, pracovníkům nebo sebepoškozování*“ (21, s. 45).

Z výše uvedeného vyplývá, že pojem restriktivní opatření se neomezuje pouze na klecová lůžka s mříží nebo se sítí. Opatření omezující pohyb, které lze dle zákona použít v jasně daných situacích, se dělí na fyzická, mechanická a chemická (15).

Do fyzických opatření patří úchopy a držení. Může je použít pouze odborně vzdělaný personál. Při jejich využití je důležité, aby zachovávali důstojnost uživatele, byly přiměřeně volené vzhledem k věku, výšce, váze a pohlaví uživatele. Mohou se aplikovat jen po nezbytně nutnou dobu. Slouží k zabránění vzniku poranění ostatních uživatelů, personálu nebo samotného uživatele (24).

Mechanická omezení jsou prostředky, jsou určeny k omezení pohybu člověka. Spadají do nich řemeny, kurty, svěrací kazajky, dlahy na ruce a mnohé další včetně místnosti zřízené k bezpečnému pobytu. Místnost lze použít pouze v případě, že nedošlo ke zklidnění pomocí fyzických úchopů a jiných opatření. Chování, kdy člověk ohrožuje své zdraví a život nebo zdraví a život ostatních, je jediná situace pro umístění uživatele do této místnosti. Pro užití místnosti zřízené k bezpečnému pobytu osob je nezbytné dodržovat daná pravidla a postupy. Uživatel zde smí být pouze po dobu nezbytně nutnou. Pobyt se ukončuje hned, jakmile uživatel jeví verbální i neverbální známky klidu. V místnosti musí být možnost přivolat si pomoc. Personál nejméně každých 15 minut kontroluje uživatele a provádí zápis, jak uživatelův pobyt probíhal. Místnost musí být vybavena tak, aby nezpůsobila zranění uživatele, ale naopak aby vedla k jeho zklidnění (24).

Do chemických opatření spadá podání léků a to především psychofarmak, neuroleptik a hypnotik. Léky lze aplikovat pouze na základě ordinace lékaře. Nad rámec medikace nutné ze zdravotních důvodů, lze léky ordinovat pouze z důvodu zvládnutí chování uživatele, který buď ohrožuje zdraví a život svůj nebo ostatních (24).

1.2.3 Zakázaná restriktivní opatření v pobytových sociálních zařízeních

Ještě v nedávné době bylo běžnou každodenní součástí tehdejších ústavů sociálních služeb používání opatření omezující pohyb, jakou jsou klecová a síťová lůžka, ochranný kabátek, kurty a řemeny. Nebyla vedena žádná evidence, kdy se tato omezení aplikovala a docházelo k jejich nadužívání. V důsledku toho docházelo ke zbytečnému omezování pohybu uživatele, byla porušována jeho práva, nastalou situaci vnímal jako snižování lidské důstojnosti a neporozumění ze strany jeho okolí. Neměl dostatečnou možnost uspokojit své potřeby. V důsledku strachu z dalšího použití restriktivního opatření se začal chovat nevhodně a tím se riziko dalšího použití těchto opatření jenom zvýšilo. Dnes již jejich používání zákon zakazuje a přikazuje poskytovateli sociální služby, aby vedl evidenci použití restriktivních opatření, které

zákon povoluje (19).

Haicl tvrdí, že neexistuje žádná situace, při které by člověk musel být umístěn do klecového nebo síťového lůžka. Umístění uživatele do tohoto lůžka je podle něj „tragickým nedorozuměním, důsledkem poruchy vztahu, kompetencí pracovníků, nedostatečným materiálních, personálních či organizačních podmínek v sociální službě“ (7, s. 12). Používání klecových lůžek bylo spíše důsledkem neochoty nebo nepřipravenosti zařízení řešit vzniklou situaci jiným způsobem, než primárně špatně zacházet až týrat uživatele (7).

1.2.4 Postup při použití restriktivních opatření

Jedním z hlavních principů českého právního řádu je, že osobní svoboda každého je zaručena. Jakákoli opatření, která jakkoliv osobní svobodu omezují, lze použít pouze v případech a za podmínek jasně stanovených v zákoně. Při poskytování sociální služby uživateli s rizikem v chování je velice důležitá ochrana jeho práv a důstojnosti. Z toho důvodu Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky podporuje poskytovatele sociálních služeb tak, aby opatření omezující pohyb byla postupně z pobytových sociálních zařízení odstraněna (26).

Sociální služba má poskytovat takovou péči, která zabraňuje vzniku problematického chování. K tomu slouží individuální plánování služeb, které nepomáhá uspokojování potřeb uživatele, protože si cíle stanovuje sám. Je-li uživatel schopen dát informovaný souhlas k užívání opatření omezující pohyb, je nutné ho získat. Před získáním souhlasu je nutné zjistit, zdali je uživatel schopný se rozumně rozhodnout, chápe důvody pro navržená opatření, uvědomuje si přínosy a možná rizika opatření a seznámit ho s riziky nebude-li souhlasit použitím opatření omezujících pohyb (24).

Před aplikací samotných prostředků omezujících pohyb, musí dojít ke snaze zklidnění cestou verbální nebo neverbální. Ke snížení napětí se využívají strategie odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivní naslouchání atd. Tyto postupy lze nazvat jako deeskalace, tedy proces, kdy je osoba přeměrována do klidnějšího osobního prostoru.

Jsou-li vyčerpány tyto možnosti, může dojít k užití prostředků omezujících pohyb, o jejichž použití musí být uživatel informován. Nutné je přistupovat k uživateli s rizikem v chování individuálně s ohledem na jeho aktuální potřeby (44).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 89 jasně vymezuje situace, kdy je možné použít opatření omezující pohyb při poskytování sociálních služeb. Lze je použít pouze tehdy, pokud:

- a) „byla neúspěšně použita jiná opatření pro zabránění takovému jednání osoby, které ohrožuje její zdraví a život, nebo zdraví a život jiných;
- b) lékař s použitím takového opatření vyslovil souhlas;
- c) jsou použita nejmírnější opatření;
- d) byl o použití opatření bez zbytečného odkladu informován zákonný zástupce, nebo osoba, již byl nezletilý svěřen do péče“ (21, s. 45).

Restriktivní opatření mají daný i přesný postup, jak mají být používána. Nejprve se provádějí fyzická omezení, tedy úchopové techniky. Následují mechanická opatření a to nejlépe umístění uživatele do místnosti určené k bezpečnému pobytu. Poslední možností je použití chemické restrikce, tedy podání tlumivé medikace na základě ordinace lékaře (24).

Poskytovatel sociálních služeb je povinen evidovat všechny případy, kdy došlo k restriktivním opatřením. Evidence těchto případů musí obsahovat jméno, příjmení a datum narození uživatele, na kterého bylo restriktivní opatření použito, datum a přesný čas užití a ukončení omezení, popsat důvod a situaci, která předcházela použití těchto opatření, jména osob, která opatření uplatnila, popsání případných poranění osob, souhlas lékaře a záznam o informování zákonného zástupce (24).

1.2.5 Souvislost restriktivních opatření a standardů kvality sociálních služeb

Povinností každého poskytovatele sociálních služeb je vypracovat standardy kvality sociálních služeb. O jaké standardy se jedná a co má být sepsáno jasně vymezuje

příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb. Obsah standardů sociálních služeb (21).

Standard v bodě č. 2 se věnuje ochraně práv osob. Cílem je zpracovat postupy, které zabraňují omezování nebo porušování základních lidských práv a svobod. V příloze se uvádí, že poskytovatel má písemně zpracovat vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob. Vytvořit postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde. Podle těchto vypracovaných pravidel bude poskytovatel nadále postupovat. Poskytovatel také musí písemně zpracovat vnitřní pravidla, ve kterých vymezí situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací (38).

1.3 Péče o osoby s demencí v pobytových sociálních zařízeních

Tato kapitola je zařazena do teoretické části této bakalářské práce proto, že praktická část bude uskutečněna v Domově důchodců Čížkovice, který poskytuje sociální službu domova se zvláštním režimem osobám s různou formou demence.

Demence je syndrom, který vzniká na základě chronického nebo progresivního onemocnění mozku. Způsobuje v něm poruchu mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí a to sebou přináší poruchy chování a kognitivních funkcí, k nimž patří myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek (35).

1.3.1 Formy, projevy a péče o osoby s demencí

Demenci jako celek lze dělit podle různých způsobů. Nejzákladnější dělení je na primární, sekundární a smíšenou (31).

Do skupiny primárních demencí se řadí Alzheimerova nemoc, demence s Lewyho tělísky a frontotemporální demence. Jedná se o organické duševní poruchy, kdy nemoc je způsobená poruchou v samotném centrálním nervovém systému. Lze je také označit jako atroficko-degenerativní onemocnění. Dochází při nich k progresivnímu odumírání neuronů v hemisférách (18).

Sekundární demence lze také označit jako demence symptomatické. Jedná se o nesourodou skupinu onemocnění. Společné mají to, že primárně jde o jiná systémová onemocnění a mozek byl poškozen až sekundárně. Sekundárních demencí bylo popsáno více než 70 různých skupin. Mohou být způsobeny traumatem, infekcí, metabolickou poruchou jater, při tumorech, endokrinních onemocnění, epilepsii a v celé řadě dalších onemocnění. Mezi nejvýznamnější a nejzávažnější patří demence vaskulární, metabolická, toxická, traumatická, při Parkinsonově chorobě, při Huntingtonově chorobě a demence při nádorech centrálního nervového systému (31).

Demencí smíšeného typu je asi 10 % ze všech demencí. Vznikají na základě

Alzheimerovy nemoci a vaskulárního poškození mozku. Při diagnostice smíšené demence je zapotřebí hlavně rozlišovat lokalizaci cévních změn, objem a četnost změn a postižení podkorové bílé hmoty (33).

Demence vzniká v průběhu života. Člověk ztrácí již naučené dovednosti. Projevy nastupují pozvolna a postupem času dochází k jejich zhoršování. Mezi prvotní projevy demence patří zapomětivost. Ta může být pouze parciální, tedy že člověk zapomíná pouze nové informace, nebo celková. Jak onemocnění postupuje, dochází k poruše logického myšlení a soudnosti. Výsledek poruchy prostorové představivosti a orientace je bloudění i v prostorech, které osoba se syndromem demence dobře zná. Na to navazují poruchy exekutivních funkcí, kdy člověk není schopen vykonat náročnější úkon, který je tvořen z více jednoduchých úkonů. Lidem s demencí se zhoršuje krátkodobá paměť v důsledku snižování intelektové výkonnosti (33).

K poruchám kognitivních funkcí se postupně přidávají behaviorální a psychologické projevy demence. Do této skupiny projevů patří poruchy spánku, vnímání, emotivity a také poruchy chování (33).

Demence narušuje sociální uplatnění člověka. Standardní požadavky jsou pro něj příliš náročné, nerozumí jim a tak přestává zvládat i běžné sociální role (28). Jak onemocnění progreduje, nejsou lidé nadále schopní žít samostatný život. Jsou odkázáni na pomoc druhých, ať už rodiny nebo pomoc institucionální. Péče v zařízeních by měla i nadále poskytovat aktivační program (34).

Pro rodinu je péče o osobu s demencí, jehož stav se zhoršující, stále náročnější. Je pro ně velice těžké přijmout fakt, že osobnost jejich blízkého člověka upadá. Emočně náročná je postupně stěžující se možnost domluvy s touto osobou. Často se stává, že rodiny přičítají neadekvátní chování člověka s demencí spíše jeho neochotě chovat se „normálně“. V důsledku toho pak členové rodiny bojují se změnou jejich postoje k člověku. Fyzicky je sice člověk stále přítomen, ale jeho psychika prodělala velké změny. Pokud rodina péči nezvládá, řeší nastalou situaci umístěním člověka do pobytových sociálních zařízení. Je velice důležité, aby s ním i nadále byla rodina v kontaktu, často ho v zařízení navštěvovala, protože to na něj působí podpůrně (35).

Dle hloubky poškození lze demenci rozdělit do tří stupňů a to na mírnou, středně

těžkou a těžkou. Mírná demence nečiní člověka nesoběstačného, ale v důsledku poklesu kognitivních schopností mu neumožňuje vykonávat složitější aktivity. Při středně těžkém stupni se stává člověk závislý na pomoci druhých osob. Je schopný zvládat pouze jednoduché činnosti. Těžký stupeň demence je charakterizován rozpadem osobnosti. Člověk se stává nesoběstačným a zcela závislým na péči svého okolí (32).

Klevetová a Dlabalová (13) rozlišují v péči o osobu s demencí dvě formy a to počínající a pokročilou demenci. Hlavním cílem péče o osobu s demencí v počínající fázi onemocnění je pomoci jí zachovat si co nejdéle základní informace o sobě samém, o prostředí, kde žije, o lidech, se kterými se stýká. K tomu slouží procvičování krátkodobé paměti, které lze posilovat např. pomocí nástěnky, kde je uveden den v týdnu, měsíc, rok apod. Během pokročilé fáze demence je důležité nemocnému nevyvracet jeho vzpomínky a prožitky. Osobě s demencí se obrazy vytvářejí proti jeho vůli. Pečující člověk o tyto osoby si musí uvědomit, že problematické chování osob s demencí souvisí s jejich prožitými životními událostmi (13).

1.3.2 Problematické chování osob s demencí

S poruchou kognitivních funkcí, která je jedna ze základních skupin symptomů demence, se rozvíjí i problematické chování (31). „*Poruchy chování někdy bývají nejnápadnější a pro okolí nejobtížnějším příznakem demence. Toto patické chování může být, zejména v pokročilejších stádiích demence, spojené s agresivitou různého stupně, od verbální přes ničení předmětů až po brachiální* (33, s. 146).“ Problematické chování svědčí o nerovnováze mezi potřebami osoby s demencí a schopností okolí tyto potřeby uspokojit. Díky tomu dochází ke vzniku stresové situace, se kterou se osoba se syndromem demence snaží vyrovnat. Ovšem při snaze vyhovět svým potřebám, naráží na pravidla a tím se její chování začne pro okolí jevit jako problematické (42).

Problematická chování jsou součástí syndromu nazývaného se Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (dále BPSD). BPSD jsou rozdílné u různých typů

demence. Liší se i v souvislosti s premorbidní osobností člověka s demencí, průběhem onemocnění a interakcí s prostředím, ve kterém žije. Tyto symptomy způsobují osobě výrazný diskomfort a utrpení. Mohou se vyskytnout i situace, kdy je nemocný nebezpečný nejen sám sobě, ale i svému okolí. Důležité je i v těchto situacích působit preventivně, kdy se vysleduje jev, který problematické chování způsobuje. „*Pokud tyto situace jsou opravdu závažné, opakují se a není možné je řešit jiným způsobem, je zapotřebí zvolit adekvátní medikaci*“ (9, s. 25).

BPSD v sobě zahrnuje řadu patologických symptomů, které se dělí do dvou velmi těsně souvisejících skupin, a to na behaviorální a psychologické. Dalšími symptomy jsou poruchy nálady a spánku (31).

Behaviorální symptomy jsou viditelné. U osoby se syndromem demence se zjistí již pouhým pozorováním. Jedná se především o bloudění, verbální nebo brachiální agresivní chování (31).

Bloudění je jedním z nejčastějších příznaků demence. Vzniká na základě dezorientace, obzvláště v prostředí, které se osobě s demencí subjektivně jeví jako neznámé. Bloudění se objevuje především v nočních hodinách. Jedná se o bezcílné, stereotypní jednání, které nemá žádný cíl. Pro osobu s demencí je bloudění nebezpečné hlavně proto, že se může ztratit nebo zranit (31).

Vznik agresivního chování je podmíněn nejen zhoršením kognitivních funkcí, ale také vlivem prostředí, farmakoterapií a osobností člověka před samotným onemocněním (31). Agresivní chování se může projevit různými způsoby. Jedná se především o verbální, sociální a fyzické atakování. Agresivní chování je vyvoláváno pocitem strachu a frustrace (29). Člověk se stává frustrovaný ve chvíli, kdy mu je znemožněno uspokojit nějaké své potřeby, zájmy nebo záliby. Dochází při tom ke stupňování napětí a ke snaze o jeho vyrovnání. Vyrovnání lze dosáhnout buď atakem na příčinu frustrační situace, tedy agresivním chováním, nebo ustoupením od původních záměrů, tedy rezignací (5). Rizikovými faktory pro vznik agresivního chování jsou především mužské pohlaví, závažnější postižení intelektu, rozvoj bludného myšlení a snížení soběstačnosti (31).

Do psychologických symptomů se řadí především bludy a halucinace. Častěji se

vyskytují bludy než halucinace. Nejčastěji se tyto symptomy objevují ve středním stádiu syndromu demence. Jednou z hlavních příčin psychologických symptomů je rychlý pokles kognitivních funkcí. Z počátku se projevují převážně jako agresivní chování. Jedním z rizikových faktorů pro vznik těchto symptomů je příliš brzké umístění osoby s demencí do zdravotnického nebo sociálního zařízení (31).

Jako bludy lze označit mylné představy, které vznikají na podkladě chorobných duševních předpokladů a o jejichž pravosti je nemocný nevyvratitelně přesvědčen. U osob se syndromem demence mají bludy velmi často perzekuční charakter. Vztahují na svou osobu jevy, které se jich samotných netýkají. Jsou přesvědčení, že jsou okrádáni, že jim chce někdo ublížit. Časté jsou i bludy ze sexuální oblasti, kdy je osoba přesvědčená, že jí je partner nevěrný nebo podezírá lidi ze svého okolí, že na ní páchají různé sexuální praktiky (33).

Halucinace spadají do poruch vnímání. Jedná se o vjemy, které nemají jakýkoli skutečný podnět. U osob s demencí se vyskytují hlavně halucinace zrakové a sluchové, kdy zrakové jsou častější. Při zrakových halucinacích nemocný vidí záblesky, jiskry, oheň, ale i postavy, zvířata, předměty atd. Sluchové halucinace mohou být pouze pískání či tóny, ale také tzv. auditivně verbální, kdy nemocný slyší hlasy, které mu buď něco přikazují (imperativní), něco mu radí (teleologické) nebo mezi sebou samy vedou spor (antagonistické) (2).

Poruchy nálady se vyskytují až u 50 % osob s demencí ve všech stádiích onemocnění. Nejčastějšími se objevují deprese, úzkost a fobie. Méně se vyskytují manie. U osob s demencí, u kterých se poruchy nálad objeví v počátečním stádiu onemocnění, bývá často pozitivní osobní anamnézu s výskytem depresivních nebo subdepresivních epizod. Depresivní osoba si velmi málo stěžuje na poruchy nálady. Mezi prvotní symptomy patří především ztráta zájmu, nevysvětlitelný smutek, který nelze ničím odvrátit, lítostivost, nechutenství, snížená kvalita spánku často spojená s nočním blouděním. Je proto důležité, aby se pečující osoba zaměřila na rozpoznání těchto symptomů (31).

Porucha spánku je jedním z nejčastějších problémů většiny seniorů. Insomnie je definována jako „*subjektivně vnímaný relativní úbytek kvality nebo délky spánku*“ (31,

s. 84). Insomnie se dělí na primární – neorganickou a sekundární – organickou. Osoby s demencí častěji postihuje insomnie sekundární. Její příčiny vzniku lze rozdělit na skupiny somatické, psychické, faktory zevního prostředí a vlivy iatrogenní. Insomnie se stává problémem BPSD tehdy, když dochází k narušení cirkadiálního rytmu. Jedná se o poruchu v rytmu spánek – bdění. U nemocného se to projevuje tím, že v noci bdí a přes den pospává. Nedostatek denního světla je významným činitelem, který může u osob s demencí zapříčinit insomnii. Je proto zapotřebí, aby přes den byly místnosti dostatečně osvětleny (12).

1.3.3 Efektivní komunikace jako prevence problematického chování osob s demencí

Díky komunikačnímu procesu dochází ke sdělování a sdílení informací. Komunikace dostává smysl až tehdy, má-li na příjemce nějaký vliv, funkci. Základních funkcí komunikování je pět. Spadá do nich informativní, instruktážní, persuazivní, vyjednávací nebo operativní a zábavní funkce. Informovat znamená oznamovat novou zprávu, předávat jí dál, ale i doplňovat zprávu již existující. Instruktážní funkce se zabývá nejen samotným sdělením informace, ale i jeho interpretací. Persuazovat znamená přesvědčit toho s kým je komunikováno, aby změnil či alespoň pozměnil svůj názor. Dospět k dohodě je cílem funkce vyjednávací. Funkce zábavní směřuje k pobavení jak sebe, tak i komunikačního partnera. (40).

Má-li být komunikace s osobou s demencí efektivní, je zapotřebí dodržovat určitá pravidla. (37).

Při komunikaci s osobami s demencí je nutné omezení rušivých rozptylujících vlivů prostředí. Při rozhovoru s tímto člověkem je důležitý vlídný přístup, klidné chování, vyhýbání se prudkým pohybům a stát v jeho zorném poli. Informace se mu sdělují tak, aby jim porozuměl, pomalu a v krátkých větách. Komunikace s osobou se syndromem demence se nepodceňuje ani neomezuje, ale přizpůsobuje se jeho

schopnostem. Při hovoru se nepoužívají odborné výrazy, žargon a ironie. Během rozhovoru se průběžně ověřuje, zda člověk sdělovaným informacím rozumí. Pokud člověk správně nepochopil to, co mu je říkáno, neopakují se mu stejná slova, ale hledá se jiná formulace (37).

Velkou roli hraje při rozhovoru s člověkem s demencí neverbální komunikace. Podstatné je sledovat a umožnit mu neverbální projevy. Stejně jako při komunikaci se seniorem je podstatné chránit lidskou důstojnost. Člověk se oslovuje tak, jak si sám přeje. Cílem komunikace s člověkem se syndromem demence je posilovat nebo ho alespoň udržet ve stávající orientaci osobou, místem a časem (10).

Stále se ještě vyskytují i chyby v přístupu ke komunikaci s lidmi s demencí. Jedná se především o netrpělivé jednání, popohánění, používání zdvořilostí bez předchozího souhlasu osoby, nesdělování důležitých informací v domnění, že jim osoba stejně neporozumí. Zásadní chybou je, když je rozhovor veden pouze s doprovodem, tím je osobě dáváno najevo její bezvýznamnost. Pozornost těchto osob ruší působení více rušivých podnětů najednou, spěch a nervozita. (37).

1.3.4 Individuální plánování služeb jako prevence problematického chování osob s demencí

Individuálního plánování je zásadní součástí při poskytování sociálních služeb. Měl by na něj být kladen dostatečný důraz. Jedná se o opakující se proces, při kterém si zařízení společně se svými uživateli vyjasňuje a upřesňuje to, proč vlastně své služby poskytují a co si od nich uživatelé očekávají. Uživatelé si stanovují své osobní cíle a ve spolupráci se zařízením sociálních služeb, ve kterém pobývají, pak plánují, jakými způsoby těchto cílů lze dosáhnout. Uživatelé by při realizaci svých cílů měli mít plnou podporu zařízení, které pak společně s nimi vyhodnocuje, zda stanovené cíle byly opravdu naplněny (16).

S přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, přichází povinnost poskytovatelů sociálních služeb poskytovat svým uživatelům individuální péči. Dříve

byla péče poskytována skupinovým systémem. Ten vedl uživatele k pasivnímu přijímání prováděných aktivit, k podřízení se režimu zařízení a tím ho nutil k ukončení svých návyků a dosavadního způsobu života. Nedocházelo k rozvoji osobnosti a hlavně docházelo k porušování základních lidských práv (19).

Zavedení individuálního plánování služeb naopak uživateli přináší možnost individuálních úprav režimových opatření v zařízení, které co nejvíce odpovídají jeho dosavadnímu způsobu života. Díky individuálnímu přístupu se uživatel podporuje v aktivním zapojování, v soběstačnosti a zainteresovanosti. Nadále se rozvíjí jeho osobnost a nedochází k porušování lidských práv (19). Individuální plánování je záměrně strukturovaný proces, při němž se stanovují kroky, které umožní dosáhnout změny (28).

Prioritou individuálního plánování jsou potřeby uživatele. Ty jsou vyzdvihovány nad úroveň potřeb zařízení. Díky různorodosti potřeb uživatel se zařízení musí stát organizací vysoce flexibilní (21). Výhodou individuálního plánování pro zařízení je fakt, že na všechny zúčastněné klade vyšší nároky. Vyžaduje plné nasazení pracovníků, kdy je nutí k aktivitě, neustálému zkoumání, hodnocení, posuzování, analýze a zjišťování nových variant. (19).

Aby mohl být individuální plán péče sestaven je zapotřebí zjistit uživateli potřeby. V průběhu onemocnění demencí dochází k charakteristickému poklesu potřeby změny a vzestupem potřeby jistoty a stability. Prožívání změn daných demencí a adaptace na toto onemocnění je spojena s větší koncentrací na vlastní potřeby (25).

Zgola řadí mezi základní potřeby osob s demencí bezpečí, náklonost a intimitu, sociální začlenění a kontrolu a moc (42).

Potřeba bezpečí se v průběhu onemocnění zvyšuje. Osoba s demencí se cítí mnohem více ohrožena. Někdy se nejedná pouze o přecitlivění, ale o skutečné riziko (25). Z neuspokojené potřeby bezpečí pramení řada problematického chování u osob s demencí. Člověk s poruchou paměti není schopen zapamatovat si potřebné informace. Jeví-li se okolní svět pro něj nevypočitatelně, snaží se utéci, nebo bránit sebe a vše, co je mu drahé. Pocit bezpečí nalézá v prostředí, které mu poskytuje to, co potřebuje, nenalézá v něm nic neobvyklého a může v něm vyjádřit své schopnosti a talent (37).

Při naplňování potřeby náklonosti a intimity se může osoba s poruchou úsudku dostat mnohdy do společensky nepřijatelných a pro pečující zátěžových situací. Jejich chování sice může mít ráz otevřeného sexuálního projevu, ale v podstatě jde o snahu získat lidský kontakt (42).

Sociální začlenění spočívá v naplňování jakýchkoli společenských rolí (42). Demence může způsobit izolaci osoby a tím se člověk začíná cítit ostrčený, že nezapadá mezi ostatní. Osoba se pak může stáhnout nebo u ní dojde k výbuchu a zaútočení. Důležitou složkou péče o osoby s demencí je její aktivní zapojování do běžného dění. Dochází tak k tomu, že se osoba i nadále cítí nepostradatelnou součástí celku (17).

Značná část problematického chování je jen výrazem osob s narušenou poznávací funkcí naplnit svoji potřebu kontroly a moci. Potřeba člověka mít kontrolu nad svým tělem, majetkem a osobním prostorem je velmi silná. K její poruše dochází velmi snadno, za to její uspokojení je obtížné. Je proto důležité osoby co nejvíce aktivně zapojovat do dění kolem (42).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit, jaký mají názor pracovníci vykonávající odbornou činnost na restriktivní opatření v pobytovém sociálním zařízení Domov důchodců Čížkovice.

2.2 Výzkumné otázky

Pro splnění cíle praktické části byla stanovena jedna hlavní výzkumná otázka: Jaký je pohled pracovníků vykonávajících odbornou činnost na restriktivní opatření v pobytovém sociálním zařízení Domov důchodců Čížkovice?

K tomu, aby byla zodpovězena hlavní výzkumná otázka, byly stanoveny tři dílčí výzkumné otázky:

1. Jaká je informovanost pracovníků vykonávajících odbornou činnost v pobytových sociálních zařízeních o restriktivních opatření?
2. Jak probíhá péče o osoby s demencí v pobytových sociálních zařízeních, aby nedocházelo k použití restriktivních opatření?
3. Jak reagují pracovníci vykonávající odbornou činnost v pobytových sociálních zařízeních na problematické chování osob s demencí?

Pro zodpovězení dílčích výzkumných otázek byly vytvořeny následující okruhy indikátorů (viz. Tabulka č. 1). Jednotlivá témata byla zpracována do návodných otázek, které jsou nápomocné k vedení rozhovoru.

Tabulka č. 1: **Okruhy indikátorů dílčích výzkumných otázek**

Dílčí výzkumná otázka	Technika sběru dat	Indikátory
Jaká je informovanost pracovníků vykonávajících odbornou činnost v pobytových sociálních zařízeních o restriktivních opatření?	Polostrukturovaný rozhovor	Restriktivní opatření: - charakteristika - druhy - zakázaná restriktivní opatření - situace, kdy je možné použít restriktivní opatření Další vzdělávání
Jak probíhá péče o osoby s demencí v pobytových sociálních zařízeních, aby nedocházelo k použití restriktivních opatření?	Polostrukturovaný rozhovor	Specifika péče v domově se zvláštním režimem Individuální plánování služeb Aktivizace uživatelů Podílení rodin v péči o osoby s demencí
Jak reagují pracovníci vykonávající odbornou činnost v pobytových sociálních zařízeních na problematické chování osob s demencí?	Polostrukturovaný rozhovor	Charakteristika osoby s demencí Péče o osoby s demencí Problematické chování u osob s demencí Komunikace s osobou s demencí

Zdroj: Vlastní výzkum

Operacionalizace pojmů

Demence – syndrom, který vzniká na základě chronického nebo progresivního onemocnění mozku. Způsobuje v něm poruchu mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí. To sebou přináší problematické chování a poruchy kognitivních funkcí (35).

Domov důchodců Čížkovice – sociální zařízení spadající pod Centrum sociální pomoci Litoměřice o.p.s. Zřizovatelem organizace je Ústecký kraj. Zařízení poskytuje dvě sociální služby a to domov pro seniory a domov se zvláštním režimem pro osoby s různou formou demence. Kapacita zařízení je 53 uživatelů. Služba domov pro seniory je v současné době poskytována pouze uživatelům přijatých před přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociální službách. V budoucnu bude zařízení poskytovat pouze službu domova se zvláštním režimem (4).

Pobytová sociální zařízení – služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (44).

Pracovník v sociálních službách – vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových sociálních zařízeních, základní výchovnou nepedagogickou činnost, pečovatelskou činnost v domácnosti uživatele a pod dohledem sociálního pracovníka vykonávají činnosti při základním sociálním poradenství, depistáži, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (44).

Pracovníci vykonávající odbornou činnost v pobytových sociálních zařízeních – sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, zdravotnický pracovník (44).

Restriktivní opatření – opatření omezující pohyb (44).

Sociální pracovník – vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy, včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti. Poskytuje také sociální poradenství a sociální rehabilitaci (21).

Zdravotnický pracovník – všeobecná sestra v sociálních službách. Poskytuje ošetrovatelskou péči pojištěným uživatelům pobytových sociálních zařízení a ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Musí být způsobilá k výkonu profese bez odborného dohledu (39).

3 METODIKA

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Teoretická část bakalářské práce obsahuje shrnutí dosavadního poznání daného jevu. Použita byla obsahová analýza relevantních dokumentů, odborné literatury a odborných časopisů, které se zabývají problematikou pobytových sociálních zařízení, restriktivních opatření a péči o osoby s demencí. K získávání informací o Domově důchodců Čížkovice, kde byla realizována praktická část této bakalářské práce, byly použity jejich internetové stránky.

Vzhledem k zaměření této bakalářské práce a ke stanovenému cíli byla k výzkumu v praktické části zvolena strategie kvalitativního výzkumu.

Na kvalitativní výzkum mají metodologové rozdílné názory. Jedna strana ho považuje jako pouhý doplněk tradičních kvantitativních výzkumných strategií, druhá strana ho zase chápe jako samostatnou výzkumnou strategii, která je protipólem ke kvantitativní a je postavena na přírodovědných základech (8).

Za hlavní kritérium, které rozlišuje kvalitativní výzkum od kvantitativního, jsou podle Corbinové a Strausse metody, kterými byly data analyzovány. Data získaná kvalitativním výzkumem nelze dále kvantifikovat a analyzovat statisticky (3).

Strategie kvalitativního výzkumu se snaží získat podrobnou charakteristiku a vzhled při zkoumání jedince, skupiny, události či fenoménu v autentickém prostředí. Umožňuje studovat procesy a navrhnout teorii. Je schopna dobře reagovat na místní situaci a podmínky a jejich příčinné souvislosti. Nevýhodou kvalitativního výzkumu naproti tomu je, že získané výsledky nemusejí být zobecnitelné na populaci a jsou snadněji ovlivnitelné osobními preferencemi výzkumníka (8).

Pro získání dat byla použita metoda dotazování pomocí techniky polostrukturovaného (semistandardizovaného) rozhovoru. Rozhovor, též označovaný jako interview, pro získávání kvalitativních dat patří mezi nejvýhodnější a zároveň nejobtížnější metody. Jedná se o rozhovor, který je moderovaný, prováděný s určitým

cílem a účelem výzkumné studie. Polostrukturovaný rozhovor patří mezi nejrozšířenější metody. Tazatel si při něm vytváří určité schéma, které je pro něj závazné (23). Byl sestaven jeden polostrukturovaný rozhovor (viz. Příloha č. 1), který byl rozdělen do tří tematických oblastí odpovídající jednotlivým výzkumným otázkám a jejich indikátorům (viz. Tabulka č. 1, s. 34). Otázky polostrukturovaného rozhovoru byly otevřené. Dle odpovědí respondentů jsem volila individuální doplňující otázky k upřesnění dané odpovědi.

K tomu, abych svůj výzkum mohla realizovat, jsem využívala tzv. gatekeeper neboli „dveřníka“. Jedná se o osoby, které výzkumníkovi umožňují pobyt v terénu a přístup k zajímavým jedincům nebo skupinám (8). Osobou tzv. „dveřníka“, která mi umožnila uskutečnit rozhovory s pracovníky vykonávající v pobytovém sociálním zařízení odbornou činnost, mi byla vedoucí Domova důchodců Čížkovice Soňa Vápeníková.

Vedoucí zařízení jsem e-mailem informovala o kritériích pro výběr pracovníků. Následně kontaktovala ona mě s informací, že má 4 pracovníky, kteří jsou ochotni zúčastnit se mého výzkumu a dala mi na ně telefonní kontakty. Se všemi vybranými pracovníky jsem se telefonicky domluvila na individuálním termínu uskutečnění polostrukturovaného rozhovoru.

Před samotným zahájením rozhovorů jsem si od pracovníků vyžádala ústní souhlas s nahráváním na diktafon s tím, že nikde nebude uveřejněn, že zůstane v mém osobním archivu a že bude sloužit výhradně pro výzkum mé bakalářské práce. Všichni pracovníci souhlasili. Dále jsem od pracovníků získala souhlas k přímé citaci z rozhovorů. Všichni pracovníci byli informováni o tom, že výzkum probíhá anonymně.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro realizaci výzkumu bylo zařízení Domov důchodců Čížkovice vybráno na základě záměrného (účelového) výběru. Za záměrný výběr je označován takový postup, kdy se cíleně vyhledávají účastníci podle jejich určitých vlastností. To znamená, že se

cíleně vyhledávají jen ti jedinci, kteří splňují předem stanovená kritéria (23). Kritériem bylo, aby se jednalo o pobytové sociální zařízení, které poskytuje svoje služby uživatelům, u nichž je zvýšené riziko vzniku problematického chování a tím i zvýšené riziko použití restriktivních opatření.

Základní výzkumný soubor tvořili zaměstnanci zařízení, kteří poskytují odbornou činnost ve smyslu § 115 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V zařízení pracuje celkem 23 pracovníků vykonávající tuto odbornou činnost. Jedná se o 1 sociálního pracovníka, 1 vedoucí oddělení péče a služeb, 5 všeobecných sester, 16 pracovníků v sociálních službách. Rozhovory byly provedeny se 4 pracovníky a to se sociálním pracovníkem, zdravotní sestrou, pracovníkem v sociálních službách vykonávající přímou obslužnou péči a pracovníkem v sociálních službách pro zájmovou činnost.

Pro naplnění cíle byl výběr výzkumného vzorku proveden dle záměrného (účelového) výběru. Kritéria pro výběr pracovníků byla:

- a) vykonávání odborné činnosti dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (sociální pracovník, pracovník v sociálních službách) nebo dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, o nelékařských zdravotnických povoláních (zdravotní sestra v sociálních službách),
- b) práce s osobami s různou formou demence,
- c) ochota respondentů spolupracovat
- d) souhlas respondentů se zpracováním získaných informací.

Identifikace výzkumného souboru je uvedena v tabulce č. 2, s. 40.

3.3 Realizace výzkumu

Samotné realizaci výzkumu předcházela sekundární analýza dat. Jednalo se o studium odborné literatury, časopisů a internetových zdrojů. Výzkum byl realizován s pracovníky Domova důchodců Čížkovice během měsíce března 2012. Můj „dveřník“ Soňa Vápeníková mi zajistila pracovníky, kteří byli ochotni účastnit se rozhovorů.

S každým jednotlivým pracovníkem pak bylo individuálně domluveno termín a doba rozhovoru. Rozhovory trvaly 30-40 minut. Se sociálním pracovníkem probíhal v jeho kanceláři. S ostatními pracovníky se rozhovory jednotlivě uskutečnily v kanceláři vedoucí domova, která mi jí nechala na potřebnou dobu k dispozici.

Během měsíce dubna 2012 byly rozhovory analyzovány pomocí metody zachycování vzorců tzv. „gestaltů“. Základním principem této metody je vyhledávání určitého opakujícího se vzorce nebo témat a jejich zaznamenávání. Jedná se o vyhledávání určitých obecnějších principů, vzorců nebo struktur, které odpovídají specifickým zaznamenaným jevům vázaných na určitý kontext či osobu (23).

4. VÝSLEDKY

Pro přehlednost jsem v následující tabulce č. 2 uvedla identifikaci výzkumného souboru. Rozhovory byly analyzovány a následně porovnávány. V rámci porovnávání jsem vyhledávala určité opakující se vzorce, shody nebo rozdíly ve vnímání restriktivních opatření, jejich aplikací a předcházení jejich užití. Následně jsem je zaznamenala ve shrnutí každé dílčí výzkumné otázky. Pro větší přehlednost jsem ke každému shrnutí vytvořila tabulku s nejdůležitějšími odpověďmi k jednotlivým indikátorům okruhu otázek.

Tabulka 2: **Identifikace výzkumného souboru**

Respondent	Odborná činnost	Věk (roky)	Dosažené vzdělání	Délka praxe v zařízení (roky)	Délka praxe v sociálních službách (roky)
č. 1	Sociální pracovník	46	Středoškolské	17	17
č. 2	Zdravotní sestra	53	Středoškolské	3	20
č. 3	Pracovník v sociálních službách	36	Vyučen(a)	3	3
č. 4	Pracovník v sociálních službách	41	Vyučen(a)	6	6

Zdroj: Vlastní výzkum

4.1 Výsledky dílčí výzkumné otázky č. 1

Jaká je informovanost pracovníků vykonávajících odbornou činnost v pobytových sociálních zařízeních o restriktivních opatřeních?

Indikátory pro okruhy otázek k dílčí výzkumné otázce č. 1 byly charakteristika a druhy restriktivní opatření, zakázaná restriktivní opatření v pobytových sociálních zařízeních, situace, kdy je možné použít restriktivní opatření a další vzdělávání pracovníků vykonávající odbornou činnost v pobytových sociálních zařízeních v problematice restriktivních opatření.

Charakteristika restriktivních opatření

Všichni 4 respondenti se shodli v tom, že použitím restriktivních opatření se zamezuje volnému pohybu člověka. Respondent č. 2 popisuje restriktivní opatření jako: *„cokoli, co se cíleně použije k zamezení pohybu člověka.“* Respondent č. 4 udává, že se jedná o: *„opatření nebo pomůcky omezující člověka v pohybu“*.

S používáním restriktivních opatření souhlasí všichni respondenti, ale jen jako: *„poslední variantu při řešení problematického chování uživatele“*, jak uvádí pracovnice č. 3. Respondent č. 1 si nemyslí, že použití restriktivních opatření je selhání pracovníků nebo že zásadně snižují lidskou důstojnost. *„Pokud se používají jen ve výjimečných případech, chápu jejich užití jako ochranu bezpečí uživatele.“* Běžné používání těchto opatření v sociálních službách považuje respondent č. 2 za nesprávné, protože poskytování sociálních služeb vnímá jako pomoc člověku v jeho nějakým způsobem závažné životní situaci. Pokud se jako první řešení problematického chování použijí omezující prostředky, vnímá to jako snižování lidské důstojnosti a selhání pracovníků.

Respondenti č. 1 a 4 uvádějí, že se v zařízení žádná restriktivní opatření nepoužívají. Respondenti č. 2 a 3 se setkali v Domově důchodců Čížkovice pouze s použitím chemických opatření, tedy aplikace psychofarmak, která se podávají mimo trvalou medikaci za účelem zklidnění problematického chování člověka. Podána smí být pouze na základě ordinace lékaře a je zde k tomu určený zvláštní formulář, kde se zaznamenává jejich použití. Respondent č. 3 si myslí, že: *„jsou i situace, kdy*

restriktivní opatření uživateli pomůže. Je to tehdy, kdy mu takováto opatření zabrání v sebepoškozování nebo v tom, aby si nějak závažně ublížil. “

Problematiku restriktivních opatření v pobytových sociálních zařízeních všechny pracovnice poprvé zaznamenaly z medií. Respondent č. 3 k tomu říká: *„pamatuji si, že se k užívání klecových lůžek v České republice hodně popudivě vyjadřovala autorka Harryho Pottera. Já sama s jejich používáním nesouhlasím, ale nemyslím si, že člověk, který nikdy nepracoval v podobných zařízeních, má právo něco kritizovat a takto negativně medializovat česká zařízení, když nikdy nebyl v situaci, kdy je klientovo chování nezvladatelné a jiné řešení než použití nějakého omezujícího opatření není. “*

Druhy restriktivních opatření

Mechanické druhy restriktivních opatření byly jediné, které uvedli všichni respondenti. Respondent č. 2 za mechanická opatření považuje: *„všechny věci, které člověku zabrání ve svobodném pohybu, ať už se jedná o klecová či síťová lůžka, nebo kurty, zábrany či svěrací kazajky. “* Respondent č. 3 si myslí, že se jedná: *„o lůžka s vysokými postranicemi a kurtování lidí k lůžku. “*

Chemická opatření jako další druh restriktivních opatření uvedli pouze respondenti č. 2 a 3. Tato opatření chápe respondent č. 3 jako: *„situace, kdy se uživateli podávají léky, aby došlo ke zklidnění jeho problematického chování. “* Respondent č. 2 navíc uvádí, že se musí jednat o podání psychofarmak mimo trvalou medikaci a pouze na základě ordinace lékaře.

Fyzická opatření jako jsou úchopy a držení, vnímají všichni respondenti spíše jako prevenci použití restriktivních opatření než jako jejich samostatný druh.

Místnost, určenou k bezpečnému pobytu, uvedl pouze respondent č. 1. V zařízení tuto místnost vybudovanou nemají a o jejím zřízení neuvažují. *„Vyskytne-li se u našich uživatelů agresivní chování, nemá takovou intenzitu, aby se to nedalo zvládnout jiným způsobem než ho izolovat v samostatné místnosti, “* tvrdí respondent č. 3.

Respondenti se účastnili semináře, kdy jim autorka sdělovala, že zamykání vchodových dveří je také jedna z forem restriktivních opatření. Všichni se shodují

v tom, že takovéto opatření vnímají jako ochranu uživatelů před vniknutím cizí osoby do zařízení.

Situace, kdy je možné použít restriktivní opatření

Respondenti shodně uvedli, že restriktivní opatření je možné použít při situacích, kdy uživatel nějakým způsobem ohrožuje sebe na zdraví nebo životě. Respondent č. 4 popisuje takovou situaci jako: *„takové agresivní chování, kterým ohrožuje sebe nebo ostatní.“*

Respondenti č. 1, 2 a 3 by použili restriktivní opatření i v situacích, kdy uživatel ohrožuje na zdraví či životě ostatní osoby. Respondent č. 1 k tomu říká: *„situace, při kterých můžou být použita restriktivní opatření, vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jedná se o situace, kdy uživatel ohrožuje na zdraví či životě sebe nebo ohrožuje zdraví či život ostatních osob.“* Restriktivní opatření se podle respondenta č. 2 mohou v těchto situacích použít, ale za předpokladu, že: *„třeba odvrácení pozornosti nevedlo ke zklidnění jeho problematického chování.“*

S podáním chemických opatření se setkali pouze respondenti č. 2 a 3. Oba se shodují, že aplikace byla zapříčiněna agresivním chováním uživatele. Respondent č. 3 se setkal pouze s agresivním chováním, které uživatel obracel proti sobě. Respondent č. 2 zažil i situace, kdy uživatel svým agresivním chováním ohrožoval osoby ve své blízkosti.

Zakázaná restriktivní opatření v pobytových sociálních zařízeních

Do zakázaných restriktivních opatření v pobytových sociálních zařízeních řadí všichni respondenti klecová a síťová lůžka. Respondent č. 4 uvádí: *„s jejich zákazem souhlasím, protože si myslím, že je spousta jiných možností, jak řešit problematickou situaci než umístěním člověka do takového lůžka.“*

Respondent č. 2 také nesouhlasí s běžným užíváním klecových či síťových lůžek. Dále ale uvádí: *„v době, kdy jsem ještě pracovala v domově pro osoby se zdravotním postižením určené mladistvým se středně těžkou a těžkou mentální retardací, jsem se mnohokrát setkala se situací, že sám uživatel vyhledal síťové lůžko. Domnívám*

se, že tak činili proto, že se v něm cítili bezpečně. Takovouto situaci nepovažují za použití restriktivních opatření, protože tak uživatel učinil sám na základě svého rozhodnutí.“

Klecová a síťová lůžka doplňuje ještě respondent č. 1 o používání kurtů a svěracích kazajek. *„Cílené použití těchto opatření považuji za bezúčelné a neřešící příčinu, proč k problematickému chování u uživatele došlo,“* tvrdí respondent č. 1. Respondent č. 3 považuje za zakázané také použití kurtů.

Další vzdělávání pracovníků vykonávajících odbornou činnost v pobytových sociálních zařízeních v problematice restriktivních opatření

Tabulka č. 3: **Další vzdělávání**

Respondent	Semináře	Studium ve škole	Odborná literatura	Odborné časopisy	Internet
č. 1	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
č. 2	Ano	Ne	Ne	Ano	Ano
č. 3	Ano	Ne	Ne	Ne	Ano
č. 4	Ano	Ne	Ano	Ano	Ano

Zdroj – Vlastní výzkum

Shrnutí dílčí otázky č. 1

Dle rozhovorů s jednotlivými respondenty s různým pracovním zařazením vyplývá, že vědí, co označuje pojem restriktivní opatření. Vědí, že se jedná o opatření omezující pohyb.

S běžným používáním restriktivních opatření nesouhlasí ani jeden z respondentů. Všichni to shodně považují za věc, která neřeší příčinu problematického chování uživatele. Za situace, kdy by bylo možné použít restriktivní opatření, považují respondenti ty situace, při kterých uživatel ohrožuje na zdraví či životě sebe nebo lidé v jeho okolí, ale pouze za předpokladu, že jiná, mírnější opatření, nebyla účinná. Za

zakázaná restriktivní opatření považují všichni klecová nebo síťová lůžka.

Jako druhy restriktivních opatření uvedli všechny shodně pouze mechanické. O existenci chemických opatření věděli respondenti č. 2 a 3, tedy profese zdravotní sestry a pracovníka v sociálních službách pro přímou obslužnou péči. Fyzická opatření nevnímá ani jeden z dotázaných jako druh restriktivních opatření.

Respondenti považují za důležité, aby se všichni pracovníci vzdělávali v oblasti péče o osoby s demencí. Toto onemocnění sebou přináší řadu specifík v péči o ně, a aby byla péče efektivní, je pro ně nezbytné nadále se vzdělávat.

Tabulka č. 4: **Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 1** (*RO=restriktivní opatření)

Respondent	Charakteristika RO*	Druhy RO*	Zakázaná RO*	Situace, kdy použít RO*	Další vzdělávání
č. 1	„...opatření omezující pohyb člověka.“	Mechanické	Klecová, síťová lůžka, Kurty Svěrací kazajky	„...uživatel ohrožuje na zdraví či životě sebe nebo ohrožuje život či zdraví ostatních osob.“	Ano
č. 2	„...cokoli, co se použije k zamezení pohybu člověka“	Mechanické Chemické	Klecová, síťová lůžka	„...rozptýlení nevedlo ke zklidnění jeho problematického chování.“	Ano
č. 3	„Opatření omezující pohyb“	Mechanické Chemické	Klecová, síťová lůžka Kurty	„...když je nebezpečný sám sobě nebo ostatním“	Ano
č. 4	„Opatření nebo pomůcky omezující člověka v pohybu“	Mechanické	Klecová, síťová lůžka	„...agresivní chování, kterým ohrožuje sebe nebo ostatní“	Ano

Zdroj: Vlastní výzkum

4.2 Výsledky dílčí výzkumné otázky č. 2

Jak probíhá péče o osoby s demencí v pobytových sociálních zařízeních, aby nedocházelo k použití restriktivních opatření?

Indikátory pro okruhy otázek ke 2 dílčí výzkumné otázce byly: specifika péče v „domově se zvláštním režimem“, individuální plánování služeb, aktivizace uživatelů, podílení rodin v péči o osoby s demencí.

Specifika péče v domově se zvláštním režimem

Respondent č. 1 popisuje, komu je služba domova se zvláštním režimem určena: *„služba je určena pro osoby s chronickým duševním onemocněním, kteří mají deficit v oblasti soběstačnosti. V našem případě máme cílovou skupinu osoby s Alzheimerovou chorobou nebo jiným typem demence.“*

Hlavní rozdíl mezi domovem se zvláštním a ostatními pobytovými sociálními zařízeními vidí všichni respondenti shodně v tom, že se jedná o oddělení uzamčené. Uzamčení areálu ani jeden respondent nevnímá jako omezování svobody pohybu uživatelů, ale vnímají to spíše jako jejich ochranu.

Výhodu uzavřeného zařízení vidí respondent č. 3 hlavně v tom, že: *„v době péče o ležící uživatele nemusí být ti chodící zavřeni v jedné místnosti, ale mohou se v bezpečí procházet po uzamčeném areálu zařízení.“* Respondent č. 1 sděluje svůj názor, proč si myslí, že je zapotřebí, aby jejich zařízení bylo uzamčené: *„jsou zde lidé, kteří by zvládli se samostatně projít po ulici, ale jsou zde i tací, kteří jsou chodící, ale zároveň i dezorientovaní. Pro ty by jejich samostatný pohyb mimo areál byl nebezpečný.“* Respondent č. 4 uvádí: *„dopoledne, kdy ostatní pracovníce vykonávají hygienu u méně soběstačných uživatelů, je mým úkolem vymyslet nějaké aktivity pro ty ostatní. Samozřejmě není v mých silách upoutat pozornost každého. Výhodou uzamčeného zařízení je právě to, že nikoho nemusím zapojovat do aktivity proti jeho vůli. Když ho prováděná aktivita nezaujme, může odejít ven i přesto, že tam s ním nebude žádný pracovník.“*

Respondent č. 2 jako další specifikum popisuje soběstačnost uživatelů zařízení: *„mezi našimi uživateli jsou velké rozdíly v soběstačnosti. Řada z nich je chodících, schopných samostatného pohybu po areálu. Jsou zde i uživatelé, kteří jsou naprosto odkázáni na péči personálu.“* Respondent č. 3 uvádí: *„Většina našich uživatelů je nějakým způsobem dezorientovaná, zmatená. Tomu se také musí přizpůsobit péče o ně. A to si myslím, že je další rozdíl. Péče je náročná a člověk by jí bez průběžného vzdělávání se v této problematice nezvládal.“*

Individuální plánování služeb

Všichni respondenti uvádějí, že klíčovými pracovníky jsou v tom to zařízení všechny zdravotní sestry a pracovníci v sociálních službách. Každý z nich má svěřen do péče tři uživatele. Vyhodnocování plánů probíhá jednou za měsíc, kdy se sejde klíčový pracovník s vrchní sestrou a sociální pracovníci.

Respondent č. 2 si myslí, že: *„pro uživatele by měl být klíčový pracovník takovou osobou, které důvěřuje, které se nebojí svěřit. Nemáme striktně dané rozdělení uživatelů. Pokud nějaká dvojice nefunguje, než aby se něco lámalo přes koleno, vymění se klíčový pracovník a zkusí se, jestli si někdo jiný najde cestu k uživateli lépe.“*

Respondent č. 1 uvádí: *„já klíčový pracovník nejsem. Při tvorbě individuálních plánů péče tady funguju spíše jako takový „supervizor“. Pracovnice se na mě obracují, mají-li během jeho sestavování nějaký problém nebo si nevědí rady. Podílím se také na hodnocení plánů.“*

Individuální plánování služeb mají všichni respondenti spojené s naplňováním stanovených cílů. Všichni také mají cíle plánů spojené s potřebami uživatelů. *„Cíle se stanovují na základě zjištěných potřeb uživatele,“* uvádí respondent č. 4. Respondent č. 2 vnímá individuální plánování péče jako: *„zjišťování a hlavně zajišťování naplňování konkrétních potřeb uživatel“. „Při tvorbě plánů se hlavně snažím od svých uživatelů zjistit, co je trápí, co by jim udělalo radost, jaká mají přání, co by chtěli zažít. Jednotlivé potřeby jsou hodně individuální. Záleží hlavně na tom, v jakém stádiu onemocnění se člověk nachází. Třeba člověk s demencí v počáteční fázi chce podnikat výlety, stále ještě poznávat nové věci. Kdežto pro člověka v pokročilejší fázi demence je*

prioritní zachování vzpomínek, a aby co nejdéle zůstal alespoň relativně soběstačný,“ říká respondent č. 3.

Při zjišťování potřeb uživatelů se v první řadě respondenti č. 2, 3 a 4 obrací na uživatele samotné. Respondent č. 3 popisuje, jak získává informace potřebné pro tvorbu plánu: *„nemluví s nimi o jejich potřebách pouze při sestavování plánu. Zajímám se o to v průběhu celého měsíce. Takže vlastně, když dojde ke tvorbě nového plánu, už vím z průběhu realizace, jaké potřeby se budeme snažit naplnit nyní.“* Tento názor sdílí i respondent č. 4: *„vyhodnocování plánů sice probíhá jednou za měsíc, ale s tím člověkem se dostáváte do styku prakticky denně. Já mám na starost tři lidi, takže už v průběhu vím, co by asi tak chtěli, co potřebují atd.“*

Pokud uživatelův stav nedovoluje, aby sdělil svoje potřeby sám, obracejí se všichni respondenti na jeho rodinu nebo známé jako na alternativní zdroj informací o něm. *„Mám ale přidělené i uživatele, kteří jsou hodně zmatení, hodně dezorientovaní. Při zjišťování jejich potřeb se obracím i na jejich rodiny. Zajímá mě, co měli rádi dřív, co jim dělalo radost a mohlo by je potěšit i nyní,*“ uvádí respondent č. 2.

Aktivizace uživatelů

Respondent č. 1 říká: *„každá aktivizační činnost je pro tyto lidi důležitá. Každý člověk zvládá jiné činnosti a jiná věc je pro něj vyhovující. Proto se vytvářejí individuální plány péče. Záleží na stavu daného člověka, na jeho schopnostech a na stádiu nemoci. I v těch těžších stádiích je nějaká činnost, která tomu člověku pasuje a která ho dovede pozvednout z letargie. Dát ho prostě trošku jinam než ho jenom nechat chodit a koukat.“*

Uživatelům jsou v zařízení nabízeny různé volnočasové aktivity. *„Zdravotní sestry vykonávají ošetrovatelskou rehabilitaci. Máme v zařízení pár přístrojů, pomocí kterých se snažíme rozvíjet nebo alespoň udržet pohyblivost kloubů a posilovat svaly nezbytné pro chůzi. Jsou tu k dispozici i pojízdná chodítka, ve kterých si chůzi trénují lidé, kteří mají nestabilní chůzi, a kteří nezvládají používání holí nebo berlí,*“ říká pracovnice č. 2.

Aktivity během dopoledne zajišťují dvě pracovnice v sociálních službách, které

mají v náplni práce kulturní a zájmovou činnost. „Ty to aktivity nejsou zcela v režii uživatelů. Musím aktivitou zaujmout, co nejvíce z nich, takže nelze vyhovět každému. Jedná se o aktivity skupinové, kdy se snažíme trénovat paměť nebo rozvíjet jemnou motoriku. Při trénování paměti většinou využíváme míč, se kterým si házíme a zároveň tak udržujeme motoriku uživatelů. Také se staráme a zajišťujeme společně s vedoucí zařízení různá vystoupení. Nejvíce při tom spolupracujeme s jinými sociálními zařízeními,“ uvádí respondent č. 4.

Pracovnice v sociálních službách vykonávající přímou obslužnou péči se starají o aktivity během odpoledne. „Tohle je vyloženě individuální záležitost. Záleží na každém, co chce dělat. Hrajeme třeba karty nebo pexeso, pleteme nebo jen tak sedíme venku a povídáme si,“ uvádí respondent č. 3.

Všichni respondenti uvádějí, že účast na aktivitách je zcela dobrovolná. „Pokud uživatele prováděná aktivita nebo hra nezaujme, snažíme se zjistit, co by chtěl dělat jiného. Rozhodně ho ale do ničeho nenutíme. Snažíme se ovšem, aby byli uživatelé přes den dostatečně zaměstnávány, aby nespávali v křeslech a aby u nich v noci nedocházelo k poruchám spánku,“ říká respondent č. 3.

Nejnovější aktivitu, kterou v zařízení zavádějí je vytváření nástěnek jednotlivých uživatelů. „Teprve jsme oslovili pár rodin. Sháníme fotografie našich uživatelů v době, kdy byli aktivní a aktivně činní, kdy byli mladí, kdy jim to slušelo. Tato aktivita má stanovené tři cíle. Jednak trénování paměti uživatele, zapojení jeho rodiny nebo blízkých do společných aktivit a hlavně také to, aby si personál utvořil takový jiný vztah k člověku, aby ho vlastně poznali, jaký byl předtím, než onemocněl demencí,“ vysvětluje respondent č. 1.

Respondenti se shodují v tom, že mezi nejoblíbenější aktivity patří hudební vystoupení. „Ať už uživatelé jenom zpívají, tančí nebo se pomocí různých hudebních nástrojů samy zapojují je na nich při téhle aktivitě nejvíc vidět radost a rozjasněný pohled,“ říká respondent č. 4. Respondent č. 3 k tomu dodává: „je až neuvěřitelný, že člověk, který si nepamatuje, co měl ráno ke snídani, si pak během vystoupení zpívá naprosto celý text známé písně.“

Podílení rodin v péči o osoby s demencí.

„Snažíme se zapojovat rodiny. Některé rodiny se zapojují automaticky, jsou rodiny, které kontakt s námi vůbec nemají,“ uvádí respondent č. 1.

Všichni respondenti při práci s rodinami považují za hlavní cíl podporu vztahu mezi nimi a uživatelem, aby nedocházelo ke ztrátě kontaktu. *„Nechceme po příbuzných, aby u svých blízkých prováděli hygienu. Za tyto služby si uživatel platí. Přáli bychom si, aby se účastnili různých společenských akcí, které tady pořádáme. Aby s uživatelem trávili volný čas a tím také přispívali ve snaze udržet ho co nejdéle orientovaného nebo alespoň v tom stádiu, v jakém se nachází,“* uvádí respondent č. 2. *„Pořádáme různé akce, jako jsou třeba poutě, výstavy, jarmarky. Účastnit se jich mohou i příbuzní. Výhoda těchto akcí je v tom, že mají společný zážitek a návštěva není omezená jenom na koukání se na sebe,“* sděluje respondent č. 4.

Podílení se rodin na péči o uživatele je velice individuální. *„Setkávám se s příbuznými, kteří se samy ptají, jestli nemají něco koupit atd. Na druhé straně jsou i tací, kteří se za uživatelem ani nezastaví a vyzvednou si pouze peníze a hned zase jdou,“* říká respondent č. 2. Respondent č. 3 uvádí: *„jsou rodiny, které chodí na návštěvy pomalu denně, nedělá jim problém svého příbuzného nakrmit, obléknout ho a jít s ním na procházku. Někteří se stavují jen na letnou návštěvu a za někým nechodí nikdo.“*

Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 2

Zařízení Domov důchodců Čížkovice poskytuje sociální službu pobytového zařízení domova se zvláštním režimem. Jako hlavní specifikum tohoto zařízení vnímají všichni respondenti to, že se jedná o oddělení uzamčené. Nemyslí si, že by se jednalo o omezování svobody uživatelů. Vnímají to jako ochranu zdraví uživatele, kdy zajišťují jeho bezpečnost, aby si odchodem ze zařízení neublížil. Respondenti č. 1, 2 a 3 se shodují v tom, že všichni jejich uživatelé mají různý stupeň v oblasti deficitu soběstačnosti.

Individuální plánování služeb pokládají za nezbytnou součást péče o osoby s různým typem demence. Vzhledem ke kapacitě zařízení nelze vyhovět všem požadavkům uživatele. Ale respondenti se snaží, co nejvíce vyjít uživatelům vstříc. Při

zjišťování potřeb uživatele se v první řadě obrací na uživatele samotného. Je-li získání potřebných informací přímo od něj z nějakého důvodu nemožné, obrací se respondenti na jejich rodiny nebo blízké osoby.

Aktivizaci vnímají všichni respondenti také jako nezbytnou součást péče o osoby s demencí. Aktivitu se pro uživatele volí individuálně, vždy v závislosti na jeho aktuálních potřebách a náladě.

Podílení rodin v péči o osoby s demencí pokládají všichni respondenti za velice důležitou. Shodují se také v tom, že mezi jednotlivými rodinami jsou značné rozdíly v jejich ochotě spolupracovat se zařízením.

Tabulka č. 5: **Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 2**

Respondent	Specifika péče	Individuální plánování	Aktivizace uživatelů	Podílení rodin v péči
č. 1	Uzamčené zařízení Zhoršená soběstačnost	„...klíčový pracovník takovou osobou, které důvěřuje..“	„...i v těch těžších stádiích je nějaké činnost, ... která ho dovede pozvednout z letargie.“	„některé rodiny se zapojují automaticky, jsou rodiny, které kontakt s námi vůbec nemají.“
č. 2	Uzamčené zařízení Zhoršená soběstačnost	„...zjišťování a hlavně zajišťování potřeb uživatele.“	„Zdravotní sestry vykonávají hlavně ošetrovatelskou rehabilitaci“	„...aby se účastnili různých společenských akcí, které tady pořádáme.“
č. 3	Uzamčené zařízení Zhoršená soběstačnost	„...zjistit, co je trápi, co by jim udělalo radost..“	„Záleží na každém, co chce dělat.“	„...chodí denně.. jen na letmou návštěvu.. nechodí nikdo..“
č. 4	Uzamčené zařízení	„Cíle se stanovují na základě zjištěných potřeb uživatele.“	„...aktivitu skupinové, kdy se snažíme trénovat paměť nebo jemnou motoriku.“	„Pořádáme různé akce. Výhoda.. je v tom, že mají společný zážitek.“

Zdroj: Vlastní výzkum

4.3 Výsledky dílčí výzkumné otázky č. 3

Jak reagují pracovníci vykonávající odbornou činnost v pobytových sociálních zařízeních na problematiku chování osob s demencí?

Identifikátory k okruhu otázek k dílčí výzkumné otázce č. 3 byly: charakteristika osoby s demencí, péče o osoby s demencí, problematiku chování u osob s demencí, komunikace s osobou s demencí.

Charakteristika osoby s demencí

Všichni respondenti vnímají demenci jako onemocnění nevyléčitelné. „*Jedná se o onemocnění, kdy dochází k odumírání neuronů. Onemocnění vzniká buď primárně, nebo sekundárně. Primární vzniká na podkladě atroficko-degenerativních změn na neuronech. Sekundární demence je způsobena jiným onemocněním, třeba centrální mozkovou příhodou. Demence nejde vyléčit. Když se to onemocnění včas rozpozná, tak existují léky, které zpomalují progresy projevů,*“ uvádí respondent č. 2. Respondent č. 3 demenci popisuje jako: „*onemocnění, při kterém dochází k poškození mozku. Odumírají v něm buňky. Demence je vlastně nevyléčitelné onemocnění. Při správné péči a medikaci je možné zbrzdit průběh nemoci.*“

Projevy demence se podle respondentů dají zmírnit, ale v průběhu času dojde k jeho zhoršení. Respondent č. 1 označuje jako hlavní projev demence deficit v oblasti soběstačnosti: „*člověk, který má nějaký typ demence, tak nezvládá běžný úkony péče. Projevuje se to tím, že má sníženou rozpoznávací schopnost, sníženou komunikační schopnost, jeho běžný obvyklý vlastnosti jsou na horší úrovni, postupně se zhoršuje jeho orientace.*“

Respondenti č. 2 a 3 vnímají ztrátu paměti a zapomětivost jako hlavní projev demence. „*Hlavním znakem demence je ztráta paměti. Záleží na stupni onemocnění. Lidé v pokročilejším stádiu hodně vzpomínají na to, co bylo dřív, když ještě byli mladí, když pracovali. Udržet je v orientaci se někdy daří jen na pár vteřin, kdy vědí, co je dneska za den, ale za chvíli na to stejně zapomenou,*“ udává respondent č. 2. „*Prvotním příznakem, kdy člověk zaznamená, že se s ním něco děje, že u sebe začne vnímat*

zhoršující se paměť. S tím vlastně souvisí zapomětlivost,“ uvádí respondent č. 4.

Respondent č. 3 doplňuje ztrátu paměti ještě o dezorientaci: *„člověk začíná být zmatený, protože si nechce připustit nebo možná nedokáže vysvětlit, proč nerozpoznává známé věci kolem sebe, známé lidi, někdy i své příbuzné. Jak nemoc postupuje, začne se člověk ztrácet i ve sém přirozeném prostředí. Postupně začíná být dezorientovaný místem, časem i osobou.“*

Péče o osoby s demencí

Zjistí-li se u osoby onemocnění demence, považuje respondent č. 1 za nejdůležitější v péči o ni, neopomíjet jí, zapojovat jí a informovat o skutečnostech a věcech, které se jí stávají a jak bude onemocnění nadále postupovat. *„Osoba v počáteční fázi demence by hlavně měla být informována o tom, co se s ní děje. I rodina by se postupně měla připravovat na to, že ta choroba postupuje a že to není choroba, která by se dala vyléčit. Dá se přibrzdit nějakou medikací, ale to je na chvíli. Ale vlastně ta prognóza je pořád horší, takže člověk by se měl připravit. Mělo by se mu vysvětlit, že to, co se mu stává, že občas zapomíná, se postupně bude zhoršovat, že bude mít větší výpadky paměti. Měl by s ním pracovat i lékař, vysvětlit mu všechny změny, které se s ním budou dít. Hlavně by měl mít někoho z rodiny, kdo by mu věnoval zvýšenou péči.“*

Respondent č. 2 jako hlavní cíl v péči o osobu v počínající fázi demence vidí, její podporu a udržení orientace. *„Zpočátku onemocnění je důležité, aby se s osobou hodně trénovala paměť, aby k zapomínání docházelo u člověka, co nejméně. A aby se v této fázi udržel, co nejdéle.“*

Respondenti č. 3 a 4 spatřují důležitý prvek péče v komunikaci s osobou v počínající fázi demence. *„Péče v počínající fázi je hlavně o tom, že s těmi lidmi budete komunikovat, že budete trénovat paměť, procvičovat motoriku rukou,”* říká respondent č. 3. *„Pokud je onemocnění na začátku, tak s tím člověkem můžete číst noviny, bavit se o politice nebo o počasí. Ale pokud jsou lidé už v pokročilém stádiu je spolupráce s nimi složitá,”* udává respondent č. 4.

Respondent č. 2 uvádí: *„Když už je onemocnění v pokročilé fázi, musí se*

zabezpečit péče o základní fyziologické potřeby a zajistit bezpečí osoby. I nadále by se člověk měl aktivizovat a komunikovat s ním, aby nedocházelo k jeho apatii vůči okolí. “

Respondenti č. 3 a 4 také uvádí jako důležitou součást péče, zajištění potřeby bezpečí. *„Když se člověk bude cítit bezpečně, nebude u něj v takové míře docházet k problematickému chování,“* uvádí respondent č. 4.

„V pokročilé fázi demence je hlavní cíl nějak udržet jeho současný stav, aktivizovat toho člověka v mezích, které on zvládá a zajistit jeho bezpečnost, protože v tomto stádiu už je nebezpečný i sám pro sebe, protože neví, kam jde, prostředí je pro něj neznámé. Důležitá je pomoc s orientací, s běžnými úkony, vlastně všechno, co pobytová služba poskytuje,“ uvádí respondent č. 1.

Zabezpečování úkonů potřebných pro péči o vlastní osobu považují za důležité všechny pracovníce a děje se tak ve všech stádiích onemocnění. *„Někdo potřebuje opravdu jen dopomoc třeba při hygieně, u někoho zase musíte zabezpečit všechno, třeba ho nakrmit, dát mu napít, obléknout ho,“* říká respondent č. 3.

Problematické chování u osob s demencí

S různými typy problematického chování se setkaly a nadále setkávají všichni respondenti. Jako nejzávažnější formu problematického chování vnímají agresivitu.

„Určitě se u našich uživatelů vyskytuje agresivita. To je určitě nejzávažnější forma problematického chování u našich uživatelů. Oni mají svoje myšlení, vrací se do minulosti, stane se, že nepoznávají personál, nepoznávají ani příbuzný. Takže chtějí něco jiného než to, co je po nich zrovna vyžadováno. Třeba se vedou na oběd, ale oni si zrovna nemyslí, že je čas oběda, takže vznikají střetové situace, kde dochází až k té agresivitě,“ uvádí respondent č. 1.

Všichni respondenti uvádějí, že dochází ke konfliktním situacím mezi uživateli při soužití osob s různým stádiem onemocnění. *„Jedná se situace, kdy třeba uživatel s horší fází demence jde do stolečku uživatele v počáteční fázi. Člověku v počáteční fázi si neuvědomuje, že ten druhý je na tom hůře, že to nedělá proto, aby mu něco ukradl, ale že je to dáno pouze jeho zmateností,“* říká respondent č. 3.

Nejzávažnější riziko problémového chování spatřují respondenti v tom, že si

může ublížit nebo že ublíží někomu jinému. Respondent č. 4 k tomu říká: „člověk vlastně už neregistruje možné následky. Mají posunutý práh bolesti, nevědí, že jim činnost, kterou provádí, může ublížit nebo ublížit lidem v jejich okolí.“

Na otázku, jestli souvisí uspokojování potřeb s výskytem problematického chování, odpovídá respondent č. 2: „Hlavně u osob v počátečních stádiích, který problém ještě rozpoznají, tak určitě jo, protože je to vlastně znepokojuje, dělá jim to problém, rozhodí je to psychicky.“

„Jsem v práci i přes noc, takže se často setkávám s poruchou spánku. Člověk jde spát v devět a už o půlnoci je vzhůru. U některých lidí už víme, že jim stačí dát napít nebo si s nimi chvíli popovídat a oni zase hned usnou. Ale jsou tu i lidi, které si vezmeme na jídelnu a klidně i tři hodiny s nimi něco děláme, třeba si povídáme nebo jim předčítáme. Oni prostě jenom chtějí společnost. Pak zas v klidu usnou,“ udává respondent č. 3. Poruchu spánku udává i respondent č. 2.

Halucinace a bludy zažili u uživatelů respondenti č. 2, 3 a 4. Respondent č. 4 na ně reaguje následovně: „Zklidníte svůj hlas, toho člověka se snažíte jakoby vytáhnout z toho, co právě prožívá.“

„Máme tady paní, která trpí hroznou úzkostí, že něco udělala špatně. Včera se třeba měla jít koupat a já jí vyprávím, že půjdeme do koupelny, že jí tam pomůžu s koupelí. V tu chvíli se vyděsila, že tam nepůjde, že to nezvládne. Takže jsem na to zareagovala tak, že se půjdeme projít, že zajdeme na sluníčko. Tím, že já jí zaměřím na něco jiného, se ona tak nějak zklidní a pak je teprve možné s ní pokračovat v koupání,“ vypráví respondent č. 3.

Komunikace s osobou s demencí

Tabulka č. 6: **Komunikace s osobou s demencí**

Respondent	Zásady správné a efektivní	Chyby
č. 1	„...přizpůsobit řeč možnostem klienta, být trpělivý a tolerantní.“	„Mluvíme-li o klientových záležitostech před ním s rodinou, bez toho aniž by nás zajímal jeho názor.“
č. 2	„...zachovat klid, být trpělivý a člověku vysvětlovat danou věc tak dlouho a tolika různými způsoby, dokud to nepochopí.“	„...pokud se používají výrazy, kterým lidé nerozumí.“
č. 3	„určitě jim netykáme, oslovujeme je tak, jak chtějí... je důležitý zachovat klidnou hlavu, klidný hlas.“	„...netrpělivost, jednání s klientem, jako by byl dítětem, používání zdvořilostí.“
č. 4	„...mluvit s člověkem v rámci jeho možností. Stačilo by vyměnit pár slov, ukázat obrázek a ten člověk reaguje hned jinak.“	„To, že se neupřednostní individuální přístup, že se s tím člověkem vlastně jedná, jako kdyby byl v pořádku.“

Zdroj: Vlastní výzkum

Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 3

Respondenti vnímají demenci jako onemocnění nevyléčitelné, kdy dochází k postupnému odumírání neuronů v mozku. Respondenti shodně uvádějí, že díky včasné diagnostice a nasazení správné medikace může dojít ke zpomalení projevů demence. Jako hlavní příznaky uvádějí poruchu paměti a dezorientaci.

Nedílnou součástí péče o osoby v jakémkoli stádiu onemocnění považují respondenti dopomoc nebo pomoc při zvládání běžných denních činností. Během počáteční fáze vnímají komunikaci s uživatelem jako nejdůležitější aktivitu. Díky tomu dochází k udržení jeho orientace ve stávající fázi. I pro osoby v pozdních stádiích demence považují všichni respondenti za důležitou aktivizaci.

Problematické chování vnímají respondenti jako reakci uživatele na jeho

neuspokojenou potřebu. Za nejzávažnější problematické chování považují agresi. Nejzávažnější důsledek problematického chování je pro všechny respondenty to, že uživatel ublíží sobě nebo lidem v jeho okolí.

Jako první řešení problematického chování používají respondenti komunikaci. Je při ní nezbytné udržet klid, být trpělivý a s uživatelem komunikovat tak, aby tomu porozuměl. Nepřízpůsobení slovní zásoby rozumovým schopnostem uživatele považují všichni respondenti za zásadní chybu v komunikaci s osobou s demencí.

Tabulka č. 7: **Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 3** (*OD= osoba s demencí)

Respondent	Charakteristika OD*	Péče o OD*	Problematické chování u OD*	Komunikace s OD*
č. 1	„...vlastnosti jsou na horší úrovni, postupně se zhoršuje orientace.“	„Osoba..by hlavně měla být informována o tom, co se s ní děje.“	Agresivita	Prizpůsobit řeč Trpělivost Tolerance
č. 2	„Hlavním znakem demence je ztráta paměti.“	„I nadále by se měl člověk aktivizovat a komunikovat s ním.“	Agresivita Bludy Halucinace Porucha spánku	Klid Opakování Trpělivost
č. 3	„...nemoc postupuje, začne se člověk ztrácet i ve svém přirozeném prostředí.“	„Péče..je hlavně o tom, že s těmi lidmi budete komunikovat.“	Agresivita Bludy Halucinace Porucha spánku	Klid Oslovovat tak, jak uživatelé chtějí
č. 4	„Prvotním příznakem.., že u sebe začne vnímat zhoršující paměť.“	„Když se člověk bude cítit bezpečně, nebude u něj docházet k problematickému chování.“	Agresivita Bludy Halucinace	Prizpůsobit řeč

Zdroj: Vlastní výzkum

5. DISKUZE

Restriktivní opatření jsou prostředky užívané k omezení pohybu uživatele sociálních služeb. Aplikovat se dají pouze v situacích, které vymezuje zákon č. 108/2009 Sb., o sociálních službách. Zákon stanovuje i přesný postup při použití restriktivních opatření (44).

Cílem práce bylo zjistit, jaký mají názor pracovníci vykonávající odbornou činnost na restriktivní opatření v pobytovém sociálním zařízení Domov důchodců Čížkovice. Výzkum se uskutečnil se 4 respondenty, kteří byli dle záměrného výběru zvoleni z řad pracovníků vykonávající v tomto zařízení odbornou činnost.

5.1 Diskuze k výsledkům dílčí výzkumné otázky č. 1

První dílčí výzkumná otázka měla za cíl zjistit, jaká je informovanost pracovníků vykonávajících odbornou činnost v pobytových sociálních zařízeních o restriktivních opatření?

Respondenti shodně označují za restriktivní opatření použití opatření k omezení pohybu uživatele. Stejně tak je definuje v § 89 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (44).

Z výzkumu vyplývá, že respondenti vnímají jejich použití jako ochranu uživatele před jeho nezvladatelným problematickým chováním nebo jako zajištění bezpečí lidem v okolí takového uživatele. Ministerstvo práce a sociálních věcí ve svém Doporučeném postupu pro používání opatření omezující pohyb osob chápe použití restriktivních opatření jako zamezení uživateli pohybovat se svobodně a bez omezení. Tím dochází k zamezení projevu jeho svobodné vůle (24). Osobně vnímám použití restriktivních opatření shodně jako respondenti. Myslím si, že je velice důležité, aby pracovník v pobytových sociálních zařízeních měl kompetence zasáhnout v případě nezvladatelného problematického chování uživatele. Ovšem nesmí docházet ke zneužívání nebo

využívání této kompetence. Pevně věřím, že v pobytových sociálních zařízeních nepracují lidé, kteří by chtěli využívat restriktivních opatření coby trestů osob s problematickým chováním.

K použití restriktivních opatření by respondenti přistoupili v případech, kdy jiné uklidňovací metody a techniky nezabraly. Můj názor je takový, že pracovníci musejí mít možnost, jak vyřešit problematické chování, které nelze zvládnout jinak. Osobně se domnívám, že je velice důležité, aby byla stanovana jasná pravidla k aplikaci restriktivních opatření na uživatele pobytových sociálních a zařízení. Zásadní je dle mého názoru také to, aby byla řádně prováděna kontrola dodržování těchto pravidel. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky považuje přesné vymezení pravidel pro používání restriktivních opatření jednak za ochranu uživatelů před zneužíváním těchto prostředků, ale také jako ochranu pracovníků, kterým tímto byla přidělena kompetence zasáhnout v případech nezvladatelného problematického chování uživatele (25).

Z výzkumu bylo zjištěno, že respondenti by restriktivní opatření použili v případech, kdy uživatel ohrožuje na zdraví či životě sebe nebo lidé ve svém okolí. Za jednoznačnou indikaci použití restriktivních opatření považují právě to, když je osoba s problematickým chováním nebezpečná svému okolí. To to zjištění potvrzuje Matoušek, který za cíl použití restriktivních opatření považuje to, že pracovníci zabrání uživateli v sebepoškozování nebo v ublížení jiných osob (20). Mým názorem je, že je důležité chránit práva všech uživatelů. Ohrožuje-li jeden druhého svým problematickým chováním, je v zájmu klidného uživatele ochránit právě jeho právo na bezpečí. Nezbytné ovšem stále je dodržovat výše zmíněná pravidla pro aplikaci restriktivních opatření.

Všichni respondenti uvedli jako druh restriktivních opatření mechanická opatření. V § 89 zákon č. 108/2006 Sb., rozlišuje fyzická, mechanická a chemická opatření (44). Fyzická opatření nepovažují za restrikcii, ale spíše za prevenci použití pomůcek, které by fakticky zabránili uživateli v pohybu. Osobně také restriktivní opatření vnímám hlavně jako mechanická opatření. Z výzkumu bylo zjištěno, že v zařízení Domova důchodců Čížkovice se využívá pouze chemická restrikce, tedy

podání psychofarmak nad rámec trvalé medikace. Toto uvedli dva respondenti. Použití chemické restrikce má v zařízení přesně daná pravidla - jiná opatření nevedla k zabránění problematického chování uživatele a ten nadále ohrožuje sebe nebo lidé ve svém okolí, aplikace psychofarmak je na základě ordinace lékaře, je veden evidence použití a o jejich použití je informován opatrovník. Tato pravidla odpovídají podmínkám pro použití restriktivních opatření, které stanovuje v § 89 zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (44). S tím, že se vyskytuje problematické chování, které nelze vyřešit jinak, než pomocí psychofarmak se shodují i Holmerová, Baumanová, Sůsová a Vaňková. Ve svém článku také uvádí, že vyskytuje-li se problematické chování u uživatele opakovaně, je zapotřebí jeho výskytu pomocí adekvátní medikace předcházet (9). Mým názorem je, že správně nastavená trvalá medikace psychofarmak vede k prevenci použití restriktivních opatření. Je proto velice důležité, aby s pobytovými sociálními zařízeními spolupracovali psychiatři.

Před použitím samotných restriktivních opatření má dojít k aplikaci metody deeskalace. Do této metody zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v § 89 řadí odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivní naslouchání atd. (44). Ani jeden respondent tento pojem neznal, ale z jejich výpovědí vyplývá, že jej využívají. Miriam Návrátová ve své diplomové práci na téma Problematika restriktivních opatření v domovech pro osoby se zdravotním znevýhodněním v moravskoslezském kraji z roku 2010 zjistila, že pouze 26,09 % dotazovaných pracovníků bylo proškoleno v alternativních způsobech uklidnění rizikových uživatelů. Dále ze svého výzkumu zjistila, že k pravidelným školením o restriktivních opatření alespoň v rámci daného zařízení dochází velice ojediněle (30). Během mého výzkumu bylo zjištěno, že všichni respondenti sice prošli seminářem o restriktivních opatření, ale jejich znalosti o této problematice jsou i nadále neúplné. Vyskytne-li se u uživatelů problematické chování, snaží se ho respondenti odstranit pomocí správné a efektivní komunikace. Což právě odpovídá využití metody deeskalace.

Všichni respondenti shodně uvedli, že v sociálních službách je zakázané používání klecových nebo síťových lůžek. Respondenti se shodují v názoru, že tato opatření neřeší vlastní příčinu dané situace. I já mám na tuto problematiku podobný

názor. Nesouhlasím s používáním restriktivních opatření jako běžné řešení problematického chování uživatele, ale je zapotřebí, aby měli pracovníci možnost, jak řešit situace, které se nedaří vyřešit méně omezujícím způsobem.

5.2 Diskuze k výsledkům dílčí výzkumné otázky č. 2

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky uvádí, že péče v pobytovém sociálním zařízení má předcházet výskytu problematického chování. Dále určuje poskytovatelům sociálních služeb, aby vytvářeli takové podmínky a péči, které povedou k co nejrychlejší adaptaci uživatele na nové prostředí (24). Touto problematikou jsem se zabývala ve druhé výzkumné otázce, která zněla: Jak probíhá péče o osoby s demencí v pobytových sociálních zařízeních, aby nedocházelo k použití restriktivních opatření?

Zařízení Domov důchodců Čížkovice poskytuje pobytovou sociální službu domova se zvláštním režimem. Specifika péče v této sociální službě vidí všichni respondenti v tom, že se jedná o uzamčené pracoviště. Uzamčení nevnímají jako omezování svobody uživatel, ale jako ochranu jejich bezpečí. Já se s jejich názorem také shoduji. Tři respondenti dále uvedli zhoršenou soběstačnost uživatelů. Mým názorem je, že od stupně deficitu soběstačnosti jednotlivých uživatelů se odvíjí veškerá péče a aktivity. Jako negativum vidím velké rozdíly v soběstačnosti mezi jednotlivými uživateli.

Při sestavování individuálního plánování služeb jsou pro všechny respondenty prioritní potřeby uživatele. Potřeby vnímají jako vysoce individuální záležitost. Při jejich zjišťování se v první řadě obracejí na uživatele samotného. Nelze-li od něj potřebné informace získat, obracejí se na jeho rodinu. Pro mě je samozřejmostí se při získávání informací prioritně obrátit na osobu, o jejíchž potřebách a přání se jedná. Obrátit se na rodinu jakož to na sekundární zdroj informací je dle mého názoru naprosto adekvátní. Ministerstvo práce a sociálních věcí spatřuje výhodu individuálního plánu právě v tom, že si uživatel sám stanovuje cíl péče (24). Matoušek vyzdvihuje při

individuálním plánování potřeby uživatelů nad potřeby zařízení (21). S tím to názorem se neshodují ani já ani respondenti z mého výzkumu. Respondenti se snaží naplňovat potřeby uživatelů, ale ne vždy mohou všem vyhovět. Je nezbytné v maximální možné míře uspokojit potřeby uživatele, ale domnívám se, že není v silách pracovníků pobytových sociálních zařízení uspokojit každou potřebu a že není možné celý chod zařízení zcela přizpůsobit potřebám jednotlivých uživatelů. Podle mého názoru dochází a i nadále bude muset docházet v pobytových sociálních zařízeních ke hledání kompromisu v uspokojování potřeb mezi jednotlivými uživateli.

Aktivita pro jednotlivé uživatele volí respondenti individuálně, vždy v závislosti na jeho aktuálních potřebách a náladě. Je-li vykonávána skupinová aktivita a uživatel se nechce účastnit, nikdo ho do ničeho nenutí. Osobně chápu pobytová sociální zařízení jako něco, kde se uživatel má cítit jako doma. Nebude-li k němu přístupováno individuálně, nikdy se u něj tento pocit nedostaví.

Z výzkumu bylo zjištěno, že ze strany respondentů dochází k podporování rodin v tom, aby neztratili kontakt se svými blízkými. Uvádějí ale, že mezi spoluprací s jednotlivými rodinami jsou značné rozdíly. Některé rodiny se do péče zapojují automaticky, jiné se prakticky nezapojují vůbec. Stejný názor na různorodost spolupráce rodin jsem získala i já během své praxe zdravotní sestry. Pokládám podporu kontaktu s rodinou za jeden z nejdůležitějších faktorů při práci s jakýmkoliv uživatelem. Vágnerová uvádí, že je velice důležité, aby rodina udržovala kontakt s osobou s demencí i během jeho umístění do zařízení. Časté návštěvy lidí známých a blízkých totiž působí na osoby s demencí podpůrně (34).

Právě aktivizaci, naplňování individuálních potřeb uživatele a spolupráci v péči o něj s jeho rodinou spatřují respondenti jako nejdůležitější metodu jak předcházet problematickému chování u osob s demencí a tím předcházet i použití restriktivních opatření.

5.3 Diskuze k výsledkům dílčí výzkumné otázky č. 3

Aby péče o uživatele s demencí předcházela vzniku problematického chování a tím pádem i použití restriktivních opatření, je zapotřebí, aby personál věděl o cílové skupině uživatelů co nejvíce informací. Touto problematikou se zabývám ve třetí dílčí výzkumné otázce: Jak reagují pracovníci vykonávající odbornou činnost v pobytových sociálních zařízeních na problematické chování osob s demencí?

Cílovou skupinou uživatelů v Domově důchodců Čížkovice jsou osoby s různým typem demence. Respondenti vnímají demenci jako onemocnění, při kterém dochází k postupnému odumírání neuronů v mozku. Za hlavní projevy považují poruchy paměti a orientace. Pracovnice se shodují v tom, že během průběhu nemoci se jednotlivé projevy zhoršují, což potvrzují i Raboch a Zvolský (33).

Respondenti rozlišují péči o osoby s různou formou demence stejně jako Klevetová a Dlabalová (13) na péči o osobu v počínající fázi a v pokročilé fázi demence. Dle autorek je cílem péče v počínající fázi to, aby si osoba s demencí zachovala co nejdéle stávající informace. Jako nejdůležitější součást péče o osoby v počínající fázi demence považují respondenti komunikaci. Respondenti sice vědí o tom, že existují pravidla efektivní komunikace s osobami s demencí, ale jejich konkrétní znění nevěděli. Domnívám se, že znalost správné komunikace a umět jí správně použít je velice důležité při práci s kteroukoli cílovou skupinou uživatelů. Myslím si, že díky správné komunikaci lze předejít vzniku řady konfliktů, proto by, dle mého názoru, měli být pracovníci intenzivně proškoleni i v této oblasti.

I během pokročilé fáze demence pokládají respondenti za nedílnou součást péče aktivizaci uživatelů. Aktivizaci uzpůsobují s ohledem na aktuální zdravotní stav uživatele. S jejich názorem se shodují. Pokládám za nezbytné, aby i uživatel, který je imobilní a upoután na lůžko, byl zapojován do aktivit. Aktivita se samozřejmě musí přizpůsobit jeho možnostem, ale určitě nemusí celý den strávit na lůžku spánkem.

Problematické chování u osob s demencí vnímají respondenti jako reakci uživatele na neuspokojenou potřebu. Toto potvrzuje i Zgola, která tvrdí, že

problematické chování je výsledek nerovnováhy mezi potřebami osoby s demencí a schopností okolí tyto potřeby uspokojit (42). I já mám stejný pohled na danou problematiku. Neustále je důležité zjišťovat aktuální potřeby uživatele.

Problematické chování se u osob s demencí nazývá Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Tento pojem ani jeden respondent neuvedl. Symptom BPSD dělí Pridmore (31) na behaviorální a psychologické. Do behaviorálních spadá bloudění a agresivní chování, do psychologických bludy a halucinace. Dále se do BPSD řadí ještě poruchy nálad a spánku. Z výzkumu vyplynulo, že se respondenti setkali se všemi druhy problematického chování. Za nejzávažnější považují agresivní chování a to především takové, které uživatel obrací vůči lidem v jeho okolí. I já považuji za nejzávažnější problematické chování právě agresivitu obrácenou na okolí. V této situaci dochází k porušování práv druhého uživatele, které je zapotřebí hájit stejně jako práva uživatele s problematickým chováním.

Předcházení výskytu problematického chování spatřují všichni respondenti v individuálním plánování služeb. Osobně považují zavedení individuálního přístupu k osobám využívající služeb pobytových sociálních zařízení za velice důležité. Objeví-li se u uživatele problematické chování, jako první řešení využívají respondenti komunikaci. Uvádějí, že při komunikaci s osobou s demencí je zapotřebí udržet klid, být trpělivý a přizpůsobit komunikaci rozumovým schopnostem uživatele. Janáčková ještě navíc do zásad efektivní komunikace s osobou s demencí uvádí důležitost neverbální komunikace a průběžné ověřování toho, že uživatel porozuměl sdělovanému (10).

Za zásadní chybu při komunikaci s osobou s demencí považují respondenti právě její nepřizpůsobení schopnostem uživatele. Toto potvrzuje jak Janáčková (10), tak Venglářová s Mahrovou, které za zásadní chybu považují to, je-li rozhovor veden pouze s doprovodem a dává se tak osobě s demencí najevo její bezvýznamnost (37). Domnívám se, že je prvořadé komunikovat především s tím, o kom je jednáno. Proto si myslím, že je nezbytné zjišťovat informace především od uživatele a až posléze si je upřesnit nebo se doptat doprovodu.

6. ZÁVĚR

Teoretická část bakalářské práce měla za cíl popsat pobytová sociální zařízení, charakterizovat restriktivní opatření a vylíčit péči o osoby se syndromem demence v pobytových sociálních zařízeních.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit, jaký mají názor pracovníci vykonávající odbornou činnost na restriktivní opatření v pobytovém sociálním zařízení Domov důchodců Čížkovice. Byla stanovena hlavní výzkumná otázka: Jaký je pohled pracovníků vykonávajících odbornou činnost na restriktivní opatření v pobytovém sociálním zařízení Domov důchodců Čížkovice? Pro její zodpovězení byly stanoveny tři dílčí výzkumné otázky, které byly zodpovězeny v rámci rozhovorů s respondenty.

V praktické části se zabývám samotným výzkumným šetřením. Ke sběru dat byla použita strategie kvalitativního výzkumu. Byla zvolena metoda dotazování pomocí techniky polostruturovaného rozhovoru. Výzkum byl proveden v zařízení Domov důchodců Čížkovice. Výzkumný soubor tvořily 4 pracovníky zařízení, kteří byli záměrně vybráni. Rozhovory pak následně byly analyzovány pomocí metody zachycování vzorců tzv. „gestaltů“. Pro větší přehlednost, byly některé odpovědi a závěrečná shrnutí dílčích výzkumných otázek zaznamenána do tabulek.

Z výzkumu bylo zjištěno, že respondenti z Domova důchodců Čížkovice souhlasí s používáním restriktivních opatření pouze v situacích, kdy uživatelovo problematické chování nelze zvládnout jiným způsobem. Opatření tedy považují za poslední volbu při řešení problematického chování u osob s demencí. Běžné používání restriktivních opatření je pro ně nepřijatelné. K problematickému chování u osob s demencí podle nich dochází z důvodu jeho neuspokojené potřeby. Použití restriktivních opatření sice vyřeší danou situaci, ale příčinu vzniku problematického chování nikoli. Individuální plánování služeb pracovníci chápou jako zjišťování a naplňování potřeb uživatelů. Tím předcházejí výskytu problematického chování a tím i použití restriktivních opatření.

Práce může být dále využita jako zpětná vazba pro pracovníky poskytující odbornou činnost v Domově důchodců Čížkovice, kde byl výzkum realizován. Mohla by být i využita jako zdroj informací pro sestavení semináře, který by doplnil chybějící informace pracovníkům poskytujících odbornou činnost.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ALEXANDER, M., F.; RUNCIMAN, P.,J.,: Struktura kompetencí všeobecné sestry podle ICN. NCONZO, Brno, 2003, ISBN 80-7013-392-9.
2. BOUČEK, J. a kol. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, ISBN 80-244-0240-8.
3. CORBIN,J., STRAUSS, L. *Basics of qualitative research*. 3rd Edition, Sage Chapter: Los Angeles, 2008. ISBN 9781412906449.
4. CSP LITOMĚŘICE. Domov důchodců Čížkovice. [on-line]. [cit. 2011-10-6]. Dostupné z: <http://www.csplitimorice.cz/ddcizkovice/index.html>
5. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. 1.vyd. Praha: Grada, 2005. 176 s. ISBN 80-247-0197-9.
6. GULOVÁ, L. *Sociální práce (Pro pedagogické obory)*. Praha: Grada, 2011. 208 s. ISBN 978-80-247-3379-1.
7. HAICL, M. a kol. *Osobní asistence jako alternativa klecových a síťových lůžek*. [on-line]. Praha: Středočeský kraj, 2006. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: http://www.bobelovka.cz/upload_files/dokumenty_124.pdf
8. HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
9. HOLMEROVÁ, I., BAUMANOVÁ, M., SŮSOVÁ, M., VAŇKOVÁ, H. Poruchy chování a další psychické symptomy u pacientů s demencí. Zdravotnické listy, příloha zdravotnických novin 24-25 s. 09/2011.
10. JANÁČKOVÁ, L. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
11. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. Vyd. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
12. KALVACH, Z a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

13. KLEVETOVÁ, D., Dlabalová, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
14. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. Vyd. Praha, Portál, 2005. ISBN 80-7254-662-7.
15. KULICHOVÁ, R. Příloha VI – Problematika restriktivních opatření v České republice. In HAICL, M. a kol. *Osobní asistence jako alternativa klecových a síťových lůžek*. Praha: Středočeský kraj, 2006, s. 50 - 52. [cit. 2012-01-02]. Dostupné z: http://www.bobelovka.cz/upload_files/dokumenty_124.pdf
16. MACEČEK, R. Proces individuálního plánování průběhu poskytování služeb. In JANOUŠKOVÁ, K.; NEDĚLNÍKOVÁ, D. (ed.) *Profesní dovednosti terénních pracovníků*. Ostrava: Grafico, 2008. 549 s. ISBN 978-80-7368-503-4.
17. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
18. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
19. MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
20. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
21. MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
22. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha : SLON, 1995. 138 s. ISBN 80-8585-008-7.
23. MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
24. MPSV. *Doporučený postup Ministerstva práce a sociálních věcí ČR pro používání opatření omezujících pohyb osob*. [on-line]. [cit. 2011-11-6]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/5532/doporuceny_postup.pdf
25. MPSV. *Manuál práce s klientem s rizikem v chování*. [on-line]. [cit. 2011-11-6]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/4035/manual.pdf>

26. MPSV. *Problematika restriktivních opatření*. [on-line]. [cit. 2011-11-6].
Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/1087>
27. MPSV. *Sociální služby*. [online]. [cit. 2012-1-12]. Dostupné z:
<http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd>.
28. MPSP ČR. *Zavádění standardů kvality sociální služeb do praxe. Průvodce pro poskytovatele*. Praha: MPSV ČR, 2002. ISBN 80-86552-45-4.
29. NAKONEČNÝ, M. *Encyklopedie obecné psychologie*. 2.vyd. Praha: Academia, 1997. 437 s. ISBN 80-200-0625-7.
30. NÁVRATOVÁ, M. *Problematika restriktivních opatření v domovech pro osoby se zdravotním znevýhodněním v moravskoslezském kraji*. Diplomová práce. Olomouc, 2010.
31. PIDRMAN, V. *Demence*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2007. 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
32. RABOCH, J, PAVLOVSKÝ, P, JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie minimum pro praxi*. 4. Vyd. Praha: Triton, 2006. 211 s. ISBN 80-7254-746-1.
33. RABOCH, J, ZVOLSKÝ, P et al. *Psychiatrie*. 1. Vyd. Praha: Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.
34. TROJAN, S, DRUGA, R, PFEIFFER, J, VOTAV, J. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 3. vyd. Praha: Grada, 2005. 240 s. ISBN 80-247-1296-2.
35. VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese*. [on-line]. [cit. 2012-01-25]. Dostupné z: <http://www.specialnipedagogika.cz/socius/data/432.pdf>
36. VAŽUROVÁ, H, MÜHLPACHER, P. *Kvalita života*. 1. Vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.
37. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1262-8.
38. Vyhláška č. 505/2006 Sb. v platném znění, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
39. Vyhláška č. 620/2006 Sb. v platném znění, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů

40. VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2005. 320 s. ISBN 80-7178-998-4.
41. VYMĚTAL, Z. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
42. ZGOLA, J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.
43. Zákon č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů, o nelékařských zdravotnických povoláních
44. Zákon č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, o sociálních službách.
45. ZPRÁVA PRO VLÁDU ČESKÉ REPUBLIKY O NÁVŠTĚVĚ ČESKÉ REPUBLIKY, KTEROU VYKONAL EVROPSKÝ VÝBOR PRO ZABRÁNĚNÍ MUČENÍ A NELIDSKÉMU NEBO PONÍŽUJÍCÍMU ZACHÁZENÍ NEBO TRESTÁNÍ. In: *Vláda.cz* [online]. Štrasburk, 2002 [cit. 2012-02-05]. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/dokumenty/zpravy-plneni-mezin-umluv/CPT2002_Zprava_pro_vladu_CZ_1.pdf

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Demence

Osoba s demencí

Pobytová sociální zařízení

Pracovník poskytující odbornou činnost

Restriktivní opatření

9. PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Záznamový arch polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky poskytující odbornou činnost v pobytovém sociálním zařízení Domov důchodců Čížkovice

Příloha č. 1 – Záznamový arch polostrukturovaného rozhovoru s pracovníky poskytující odbornou činnost v pobytovém sociálním zařízení Domov důchodců Čížkovice

I. Identifikační údaje

Pohlaví:

Věk:

Dosažené nejvyšší vzdělání:

Pracovní zařazení v DD Čížkovice:

Délka praxe v DD Čížkovice:

Délka praxe v sociálních službách:

II. Dílčí výzkumná otázka č. 1 - Jaká je informovanost pracovníků vykonávajících odbornou činnost v pobytových sociálních zařízeních o restriktivních opatření?

Jak by jste charakterizoval(a) restriktivní opatření?

Znáte druhy restriktivních opatření?

Víte, která restriktivní opatření jsou v sociálních službách zakázána používat?

Co si myslíte o používání klecových nebo síťových lůžek v pobytových sociálních zařízeních?

Setkal(a) jste se s použitím restriktivních opatření?

Při jaké situaci by jste použil(a) restriktivní opatření?

Víte, jak postupovat před použitím restriktivních opatření?

Účastnil(a) jste se semináře zabývající ho se problematikou restriktivních opatření?

Získáváte si sám(a) informace o problematice restriktivních opatření? A Kde?

III. Dílčí výzkumná otázka č. 2 - Jak probíhá péče o osoby s demencí v pobytových sociálních zařízeních, aby nedocházelo k použití restriktivních opatření?

Jak by jste charakterizovala sociální službu domov se zvláštním režimem?

Liší se poskytování sociální služby domova se zvláštním režimem od ostatních pobytových sociálních služeb?

Pro kolik uživatel je určený Domov důchodců Čížkovice?

Jak by jste popsal(a) složení uživatelů Domova důchodců Čížkovice?

Podílíte se na individuálním plánování služeb?

Od koho získáváte informace při individuálním plánování služeb?

O jaké informace se zajímáte při individuálním plánování služeb?

Podílíte se při vykonávání aktivit s uživateli?

Podle čeho volíte jednotlivé aktivity s uživateli?

Myslíte si, že zařízení podporuje podílení rodiny v péči o uživatele?

IV. Dílčí výzkumná otázka č. 3 - Jak reagují pracovníci vykonávající odbornou činnost v pobytových sociálních zařízeních na problematiku chování osob s demencí?

Jak by jste charakterizoval(a) onemocnění demence?

Jak by jste charakterizoval(a) osoby s demencí?

Liší se péče o osoby s demencí v počátečních a v pokročilejších stádiích onemocnění?

Co si představujete pod pojmem Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia?

Setkáváte se u uživatelů s problematickým chováním? S jakým?

Jak reagujete na uživatelské problematické chování?

Myslíte si, že souvisí nenaplněné potřeby uživatele s jeho problematickým chováním?

Znáte nějaké zásady při komunikaci s osobou s demencí?

Čemu by jste se při komunikaci s osobou s demencí měl(a) vyvarovat?