



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

INSTITUT MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Diplomová práce

2013

Kateřina Uhlířová

Specifika péče o seniory s demencí v domově se zvláštním režimem

Bc. Kateřina Uhlířová, DiS.

Diplomová práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Kateřina UHLÍŘOVÁ, DiS.
Osobní číslo: H118579
Studijní program: N 7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální pedagogika

Téma práce: Specifika péče o seniory s demencí v domově se zvláštním režimem

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na historii poskytované péče v domovech pro seniory a zmapování zařízení poskytujících specializovanou péči seniorům s demencí
- na charakteristiku seniorů s demencí, stádia a projevy demence
- na podmínky prostředí poskytované péče
- na přístup k seniorům v péči v domově se zvláštním režimem

Součástí práce bude sociologický výzkum zaměřený na zjištění přístupu, jaký v péči potřebují senioři s demencí.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Holmerová, I. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: EV Public relations, 2007, 299 s. ISBN 978-80-254-0177-4

Holmerová, I. Vybrané kapitoly z gerontologie. 3.vyd. Praha: EV Public relations, 2007, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8

Jiráček, R. Demence a jiné poruchy paměti. 1.vyd. Praha: Grada, 2009, 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6

Kalvach, Z. Úvod do gerontologie a geriatrie. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1997, 193 s. ISBN 80-7184-366-0

Kraus, B. Základy sociální pedagogiky. 1.vyd. Praha: Portál, 2008, 216 s. ISBN 978-80-7367-393-3

Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1.vyd. Praha: Grada, 2003, 226 s. ISBN 80-247-0183-9

Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.

Katedra psychologie

Datum zadání diplomové práce:

30. listopadu 2011

Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2013

V Brně dne 30. listopadu 2011


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PhDr. František Vízdal, CSc.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Bc. KATEŘINA VILHUSOVÁ, DiS.
.....
Jméno, příjmení studenta

V Brně 11. 3. 2013

.....
Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce pojednává o přístupu k seniorovi s demencí při péči v domově se zvláštním režimem. Teoretická část se věnuje definování seniora trpícího demencí, popisuje praktické aspekty péče o seniory založené na individuálních potřebách seniora se znalostí jeho zvyků, přání a osobní historie a na spolupráci s rodinou a dalšími subjekty specializovanými na práci se seniory s demencí. Součástí poskytované sociální služby je vytváření přiměřených aktivizačních programů, zapojování do denních činností a přizpůsobení prostředí domova se zvláštním režimem schopnostem a omezením seniora s demencí. Výzkum se zaměřuje na přístup k seniorům s demencí v jednotlivých oblastech péče.

Klíčová slova: demence, senior s kognitivní poruchou, individualizovaná péče, domov se zvláštním režimem, aktivizační programy, prostředí sociálního zařízení

ABSTRACT

My Thesis is to show the attitude to an elderly person suffering with dementia in a home with special care. Theoretical part defines an elderly with cognitive dysfunction, describes practical aspects of the care based on individual needs of a specific elderly person, considering his/her habits, wishes, personal history, cooperating with his/her family and other subjects specialized on working with elderly suffering with dementia. This social care includes projects on suitable activation programs, involvement in everyday activities and adjustment of the home environment towards the abilities and limits of an elderly person suffering dementia. The research aims on attitude to elderly suffering with dementia in specific parts of the social care.

Keywords: dementia, an elderly with cognitive dysfunction, individualized care, home with special care, activation programs, environment of home

Děkuji vedoucí mé diplomové práce paní PhDr. Geraldině Palovčíkové, CSc. za trpělivé odborné vedení, její podporu a praktické rady, které mi poskytla při zpracování diplomové práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 SENIOR TRPÍCÍ DEMENCÍ	11
1.1 POJEM A ZÁKONY DEMENCE.....	11
1.2 FÁZE DEMENCE	12
1.3 KOGNITIVNÍ PORUCHY	16
2 PRAKTICKÉ ASPEKTY PÉČE O SENIORA S DEMENCÍ	26
2.1 HISTORIE A SOUČASNOST PÉČE O SENIORY	26
2.2 PÉČE O SENIORY S DEMENCÍ.....	28
3 AKTIVIZACE VŠEDNÍHO DNE	34
3.1 POJEM AKTIVIZACE A VÝZNAM AKTIVIT	34
3.2 CHARAKTERISTIKA ČINNOSTÍ A AKTIVIT.....	35
4 PROSTŘEDÍ DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	37
4.1 BEZPEČNÉ A PODPŮRNÉ PROSTŘEDÍ.....	37
4.2 VYBAVENÍ PROSTOR A OBYTNÝCH MÍSTNOSTÍ.....	39
II PRAKTICKÁ ČÁST	41
5 PŘÍSTUP V PÉČI O SENIORA S DEMENCÍ	42
5.1 VÝZKUMNÝ CÍL A FORMULACE HYPOTÉZ.....	42
5.2 VÝZKUMNÝ VZOREK.....	44
5.3 PRŮBĚH SBĚRU DAT A PREZENTACE VÝSLEDKŮ.....	47
5.4 DISKUSE.....	82
ZÁVĚR	85
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	88
SEZNAM GRAFŮ	92
SEZNAM PŘÍLOH	95

ÚVOD

Syndrom demence se stává jednou ze závažných problémů společnosti. Populace stárne a zvyšuje se počet seniorů s potřebou pomoci a podpory v základních životních dovednostech a v úkonech soběstačnosti a péče o vlastní osobu. Demence je dlouhodobým progredujícím stavem postihujícím kognitivní funkce, který má vliv na kvalitu života seniora a jeho rodiny. V případě, že nelze již péči zajistit v rodinném prostředí, poskytují pobytovou sociální službu domovy se zvláštním režimem prostřednictvím kvalifikovaného personálu.

Zajištění kvalitní péče o seniora s demencí představuje vytváření vhodných podmínek pro poskytování sociálně – zdravotní a aktivizační péče a uzpůsobení prostředí vzhledem ke stupni funkčního postižení s důrazem na individuální, důstojný, podpůrný a odborný přístup. Důležitou vlastností při poskytování péče je pochopení seniora, který má určitou životní historii, zkušenosti, zastával nějaké pozice, pochází z určitého prostředí, má individuální potřeby, zájmy a zvyky, a také pochopení toho, že demence, se kterou nyní senior žije, ho zbavuje správného úsudku a může vyvolávat problematické projevy chování.

Senior s demencí pro své onemocnění přestává postupně zvládat běžné denní činnosti a snižuje se jeho samostatnost při vykonávání základních životních dovedností. Prohlubováním demence dochází ke stavu, kdy senior vyžaduje částečnou až úplnou podporu a pomoc při úkonech soběstačnosti a péče o svou osobu. Důsledkem poruch paměti se objevují obtíže s vyjádřením myšlenky, přání a potřeb, dochází k poruchám orientace, emotivity, ale také chování, které senior nedokáže ovlivňovat ani usměrňovat. Často si neuvědomuje, že jeho chování je nevhodné nebo nepřiměřené.

Z uvedených důvodů je nutné k seniorovi přistupovat se znalostí jeho potřeb a zvyklostí, přítomné komunikační bariéry, projevů chování a stupně schopnosti samostatně uspokojovat základní životní potřeby. Nedílnou částí poskytované péče o seniora je nabízení přiměřených zájmových aktivit vzhledem ke stádiu demence a zapojování do běžných denních činností, které senior dokáže zvládnout a které

podporují jeho soběstačnost. Podpora má rovněž vycházet z faktu, že domov se zvláštním režimem, ve kterém senior žije, na něj působí, proto je vhodné, aby toto prostředí používalo dobového vybavení a prostředků, které senior zná a které napomáhají udržovat jeho soběstačnost a zažité zvyklosti.

Cílem diplomové práce je zjistit, jaký celkový přístup potřebují senioři s demencí v domově se zvláštním režimem. Struktura práce bude rozdělena na teoretickou a empirickou část.

V teoretické části nejdříve definuji demenci, představím fáze demence a objasním kognitivní poruchy. Další kapitola uvede praktické aspekty péče o seniory s demencí, ve které bude krátce popsána historie poskytované péče o seniory trpící demencí ve srovnání se současností. Po ní bude následovat péče o seniora zahrnující adaptační období, individuální potřeby seniora a přizpůsobování komunikace podle výskytu možné komunikační bariéry s využitím různých alternativních komunikačních metod. Za velmi významnou považuji spolupráci s rodinnými příslušníky v rámci získávání poznatků a informací o životě seniora v souvislosti s plánováním průběhu poskytované sociální služby a z důvodu podpory sociálních kontaktů a rodinných vazeb mezi seniorem a rodinou. Součástí spolupráce s rodinou je navazování kontaktu s dalšími subjekty zaměřenými na péči o seniory s demencí. K poskytované péči náleží rovněž aktivizační činnosti, kterými jsou podporovány zachovalé dovednosti a schopnosti seniora. Poslední kapitolou bude prostředí domova se zvláštním režimem, které má zajistit seniorovi bezpečné a důstojné místo pro dožití.

Empirická část bude věnována samotnému drobnému sociologickému výzkumu, který bude proveden ve dvou sociálních zařízeních poskytujících pobytovou sociální službu. Na základě výzkumného cíle budou formulovány hypotézy, k jejichž zodpovězení a ověření bude použit kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření s vybraným výzkumným vzorkem respondentů. Získaná data budou zpracována a zobrazena pomocí grafických znázornění. Výsledky výzkumu budou interpretovány a stanovená tvrzení verifikována v rámci diskuse.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. SENIOR TRPÍCÍ DEMENCÍ

Senior trpící demencí prochází nesnadným obdobím svého života, protože se stává svědkem rozsáhlých změn ve svých schopnostech, dovednostech a soběstačnosti. Nerozumí, co se s ním děje, nedokáže vyjádřit, co by potřeboval, zažívá obavy z budoucnosti a naléhavě potřebuje pocítit jistotu a bezpečí, které poruchou paměti ztrácí. Přestává se orientovat v prostředí, které ho obklopuje, přestává poznávat blízké a jiné osoby ze svého okolí. Je vnitřně neklidný z obavy, že o všechny své vzpomínky přijde, že přichází změny, které nedokáže vlastní vůlí ovládat ani usměrňovat a že ztrácí kontrolu nad svým jednáním, projevem a celým životem. Následující kapitola bude zaměřena na představení demence, fázi demence a na objasnění kognitivních poruch spojených s demencí s některými postupy a metodami práce se seniorem s demencí, který potřebuje specifickou a podpůrnou péči plnou pochopení, empatie a trpělivého přístupu.

1. 1 Pojem a zákony demence

Pojem „*demence*“ pochází z latiny a jeho doslovný překlad je „*bez mysli*“, ¹ a znamená pokles úrovně duševních činností seniora trpícího demencí. ²

Holmerová považuje demenci za důsledek chorobného procesu a řadí ji „*mezi tzv. organická mozková onemocnění, která mozkovou tkáň poškozují v důsledku vaskulárních, metabolických nebo traumatických změn či v degenerativním procesu.*“ ³

Dle Jiráka ⁴ je demence skupina duševních poruch, jejichž nejzákladnějším charakteristickým rysem je získaný úbytek kognitivních funkcí především paměti a intelektu. Výsledkem je pokles duševních činností seniora, ubývající schopnosti ve vykonávání běžných denních aktivit až po ztrátu schopnosti samostatné existence.

¹ Buijssen, H. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. s. 13. ISBN 80-7367-081-x.

² Mühlpachr, P. Gerontopedagogika. Brno: IMS, 2009. 203 s.

³ Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 1.vyd. Praha: EV Public relations, 2007. s. 10. ISBN 978-80-254-0177-4.

⁴ Jiráček, R. Co to jsou demence? In Jiráček, R. a kol. Demence. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1999. 226 s. ISBN 80-85800-44-6.

Demence je tedy chorobný a degenerativní proces provázený úbytkem kognitivních funkcí především paměti a intelektu s výskytem poruch chování a vedoucí k postupnému snižování schopnosti soběstačného života a zvyšující se potřebou podpory a pomoci další osoby.

Pro pochopení změn v chování seniora mohou sloužit tzv. zákony demence, které objasňují principy fungování krátkodobé a dlouhodobé paměti po nástupu demence a umožňují porozumět chování, prožívání a komunikaci seniora. Podstatou těchto zákonů je fungování krátkodobé a dlouhodobé paměti založené na přijímání, ukládání a vybavování informací. Senior s demencí má tento proces narušený, protože již nedokáže přenášet informace z krátkodobé a ukládat v dlouhodobé paměti. Progresí demence se rovněž začínají uložené vzpomínky postupně vytrácet od nejbližších událostí až po vzpomínky z dětství.⁵

1.2 Fáze demence

Pro poskytovanou péči o seniora je užitečné definovat stadia závažnosti průběhu demence,⁶ které rozlišila Holmerová⁷ na:

- počínající a mírnou demenci, ve které dominují zejména poruchy paměti, koncentrace a chování,
- středně pokročilou demenci, která se projevuje poruchou soběstačnosti a ve které senior s demencí vyžaduje častý až převážný dohled,
- pokročilou formu demence, ve které je senior odkázán na nepřetržitou péči a pomoc ve většině samoobslužných aktivit,
- terminální stadium.

⁵ Buijssen, H. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-x.

⁶ Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.

⁷ Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K. Vybrané kapitoly z gerontologie. 2.dopl.vyd. Praha: ČALS, 2003. s. 50. ISBN 80-86541-12-6.

Stadium počínající a mírné demence

První stadium syndromu demence lze charakterizovat relativní soběstačností seniora, který dokáže stále žít samostatně ve svém domácím prostředí, i když někdy potřebuje určité návody a pomůcky, aby nezapomněl na některé činnosti nebo úkoly.⁸ Je stále schopen poměrně bez problémů verbálně komunikovat a vyslovovat souhlas i nesouhlas.⁹

Prvními příznaky demence mohou být:¹⁰

- horší vyjadřování, hledání slov,
- obtíže v nových situacích, s novými přístroji,
- zhoršení paměti, orientace v čase i prostoru,
- potíže s rozhodováním, ztráta iniciativy a motivace,
- depresivní nálada, apatie nebo naopak agresivní chování,
- ztráta zájmu o koníčky a oblíbené činnosti.

Příznaky jsou vyvolány poruchami krátkodobé paměti. Senior stále častěji neví, kolik je hodin, kdo včera volal, kde jsou klíče, na co se někdo právě ptal, jaké byly plány na dnešní dopoledne a podobně. Vykonávání složitějších úkolů, kde je potřeba dodržet pořadí úkonů, jako je vaření, vyžaduje ze strany člověka s demencí nesmírné úsilí. U těchto náročnějších úkonů může docházet k chybám, které mohou vyvolat u seniora zlost nebo sklíčenost a okamžiky úzkosti a obavy z ochabování mysli,¹¹ což může vyvolat depresivní náladu.

⁸ Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.

⁹ Malíková, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

¹⁰ Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009. s. 34-35. ISBN 978-80-86541-28-0.

¹¹ Buijsen, H. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-x.

Stadium středně pokročilé demence

Senior si ve stadiu středně pokročilé demence:¹²

- nepamatuje zejména nedávné události a jména,
- velmi špatně se vyjadřuje,
- zhoršuje se jeho soběstačnost, hygienické návyky,
- není schopen vařit, uklízet a nakupovat,
- toulá se a chová se nepřiměřeně dané situaci,
- může trpět halucinacemi.

Senior zhoršováním soběstačnosti již není schopen zvládat situaci bez pomoci a podpory druhých, postupně přestává být schopen řešit i jednoduché problémy, které mu činí narůstající obtíže.¹³

Paměť slouží jako určitý tmel osobnosti charakteristických vlastností, které člověka vystihují jako individualitu.¹⁴ Podle Bernlefa¹⁵ lidé žijí ze vzpomínek, a když se ty ztratí, nezůstane pak už nic. *„Senior s demencí zapomíná na celý svůj život, začíná být prázdný, vnitřně rozpolcený a rozervaný. Jedná se o proces, který nelze zastavit, protože tím procesem je on sám. Člověk si říká „já“, „moje tělo“, „můj duch“, to jsou slova, která ho dříve chránila, ale teď je v něm najednou nějaká větší síla, která za něho rozhoduje a které se nedá odporovat.“*

Zhoršováním paměti senior přestává správně řadit myšlenky, informace, prožitky a události do paměti a uvádět je do souvislosti s dřívějšími zážitky. Počínající rozrušování mentálních schopností způsobuje, že reakce mohou být prudší a impulzivnější a stud nebo lítost se může projevit hněvem nebo agresí.¹⁶

¹² Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009. s. 36. ISBN 978-80-86541-28-0.

¹³ Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009. s. 37. ISBN 978-80-86541-28-0.

¹⁴ Buijssen, H. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-x.

¹⁵ Bernlef, J. Zatmění mozku. 1. vyd. Praha: Ivo Železný, 1996. s. 101. ISBN 80-237-3211-0.

¹⁶ Buijssen, H. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-x.

Stadium pokročilé demence

Senior ve stadiu pokročilé demence potřebuje zejména ošetrovatelskou péči a to z důvodu:¹⁷

- potíží s poznáváním příbuzných, přátel, známých předmětů,
- ztráty schopnosti porozumět nebo se vyjádřit,
- bloudění,
- zhoršení chůze, upoutání na lůžku, inkontinence.

Progresí demence senior přestává rozeznávat minulost a přítomnost, takže se může na základě současné situace ocitnout náhle uprostřed dne v události, která se stala před lety, anebo jeho prožívání je ovládáno tématem, které bylo pro něj v minulých obdobích jeho života významné.¹⁸ V prvním případě může stačit pouhý pohyb či gesto, které senior pochopí jako útok nebo mu asociuje nějakou příhodu, která v něm vyvolá negativní vzpomínky a bude se jí bránit problematickým projevem chování. Nebo ve druhém případě může být příkladem seniorka, která čeká, až se její děti vrátí domů ze školy, chce jim uvařit a být doma, aby nebyly samy.

Podle výše uvedených důvodů potřebuje senior s demencí v pokročilé fázi demence vyšší dohled a dopomoc při úkonech soběstačnosti a sebepečce. Dochází u něho k omezení mobility, proto je třeba provádět šetrnou rehabilitaci a adekvátní polohování na lůžku. Stejně tak je nutné předcházet možnému problematickému chování znalostí života seniora, jeho osobní historie, přání a potřeb.

Terminální stadium

Poskytovaná péče v konečné fázi života seniora s demencí má být realizována v bezpečném, empatickém a důstojném prostředí¹⁹ s důrazem na zprostředkování libých

¹⁷ Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009. s. 37. ISBN 978-80-86541-28-0.

¹⁸ Buijssen, H. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-x.

¹⁹ Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.

pocitů (např. citlivé taktilní podněty, péče o pokožku apod.) a minimalizaci utrpení, zejména bolesti, kterou senior v terminálním stadiu trpí a jejíž kauzalitu ani souvislosti nechápe.²⁰

Senior postupně ztrácí schopnost komunikovat, nerozumí mluvenému slovu, ale dokáže chápat laskavý přístup,²¹ je vnímavější k řeči těla, výrazu obličeje, gestům a tónu hlasu. Třebaže je kontakt se seniorem minimální a téměř výhradně nonverbální,²² má tento způsob značnou „vypovídací hodnotu, protože je možné získat řadu důležitých poznatků a informací, které přispějí k porozumění seniora a jeho potřebám.“²³

Dochází k zanikání vlastní identity, mizí rozdíl mezi individuální osobou a jejím okolím. Hovoří o tom Bernlef:²⁴ „*Jako bych neměl žádné tělo. Jen tam, kde se mě dotýkají, kde mě umývají, jako by se zase na okamžik objevilo.*“

V tomto stádiu je vhodné užívat při poskytování péče metodu bazální stimulace, která je založena na uvědomování si vlastního těla prostřednictvím podpory percepce, lokomoce a komunikace. Tento koncept pracuje s iniciálním dotekem jako s komunikačním prostředkem, který umožňuje seniorovi získat spoustu informací o sobě samém i prostředí kolem něho.²⁵

1.3 Kognitivní poruchy

Níže představím změny a poruchy kognitivních funkcí, doprovázené behaviorálními poruchami a funkčními potížemi, které seniora s demencí provází společně se změnami osobnosti a poruchami emotivity.²⁶ Porozumění důsledkům demence může pomoci

²⁰ Kalvach, Z., Kabelka, L. Paliativní péče v geriatrii. Praha: Galén, 2011. s. 266-273. Kapitola 7. Paliativní péče u neoncologických onemocnění. ISBN 978-80-7262-849-0.

²¹ Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.

²² Strategie České Alzheimerovské společnosti P-PA-IA [online]. © 2013 [cit. 2013-02-27] Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/000063.pdf>

²³ Malíková, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 177. ISBN 978-80-247-3148-3.

²⁴ Bernlef, J. Zatmění mozku. 1. vyd. Praha: Ivo Železný, 1996. s. 119. ISBN 80-237-3211-0.

²⁵ Friedlová, K. Bazální stimulace. 11. přeprac. vyd. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2012. s. 3-6.

²⁶ Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.

předcházet problematickým projevům chování, zlepšit kvalitu života seniora s demencí a zvýšit jeho spokojenost.

Kognitivní změny

Mezi kognitivní změny patří (dle Venglářové²⁷ a Buijssena²⁸):

- a) poruchy paměti
- b) poruchy řeči
- c) poruchy pozornosti
- d) poruchy vnímání
- e) poruchy vhledu, úsudku a abstrakce

ad a) poruchy paměti

*„Poruchy paměti jsou doprovázejícím, prvním a nejnápadnějším symptomem demence.“*²⁹ Poruchy paměti zahrnují (dle Buijssena³⁰ a Zgola³¹):

- špatnou orientaci, dezorientaci v neznámém prostředí, v čase, místě nebo osobě,
- opakování stejných dotazů, vyprávění téhož příběhu,
- úzkostlivost, špatné chápání situace, ztrácení souvislostí,
- potíže se získáním nových informací,
- lži, vyhýbavé odpovědi, konfabulace, popírání zapomnělosti, paranoické tvoření představ,
- ztrácení věcí či opakované hledání schovaných věcí.

Senior s poruchou nebo ztrátou paměti se opakováním otázky zoufale pokouší vypořádat se se situací, usiluje o udržení pocitu nadhledu³² a zabránění pocitům

²⁷ Venglářová, M. Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

²⁸ Buijssen, H. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-x.

²⁹ Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009. s. 18. ISBN 978-80-86541-28-0.

³⁰ Buijssen, H. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-x.

³¹ Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

bezradnosti a úzkosti.³³ Příkladem může být jedna seniorka, která se opětovně ptá, kolik je hodin a jaký je den a stále tyto otázky opakuje ve snaze si zapamatovat odpověď. Jen stěží si lze představit, jaká bezmocnost a zoufalství se skrývá v seniorovi, který neustále opakuje otázku a nedokáže si zapamatovat odpověď, nerozumí jí a je z toho vyčerpaný.

Pečující by proto měl ocenit snahu seniora opětovným zopakováním informace s klidným tónem, jasně a s úctou způsobem, jakým to dotyčná osoba potřebuje. Takové hojné a klidné opakování informací přispívá v obrovské míře k atmosféře bezpečí.³⁴ Vhodnou podporou je reminiscenční terapie (viz Aktivizace všedního dne) pro udržování a trénování paměti a ožívování starých zapomenutých paměťových obsahů ovlivňujících vlastní sebeprožívání a sebehodnocení seniora.³⁵

Dle Buijssena³⁶ „pracovník nemá učit seniora s demencí něčemu novému, protože z důvodu příliš krátkého intervalu paměti seniora jeho schopnost zapamatovat si informaci rychle mizí.“ Ovšem z vlastní zkušenosti vím, že senior s demencí se může něco nového naučit, pokud je činnost opětovně opakována. V jednom sociálním zařízení byly nainstalovány dvě kulové protisměrné kliky, aby odchod byl pro seniory s demencí možný, ale bylo u toho zapotřebí dovednosti ovládat fungování klik. Po čase se mnozí tomuto naučili sledováním, jak se s nimi zachází a sami si pak otevřeli nebo za pomoci rady „jak na to“ od jiného přihlížejícího seniora.

Ad b) poruchy řeči

Poruchy řeči se projevují jako (dle Venglářové):³⁷

- problémy v komunikaci, nedorozumění, neporozumění myšlenke,
- problémy s vyjadřováním a porozuměním mluvené řeči,

³² Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

³³ Venglářová, M. Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

³⁴ Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

³⁵ Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.

³⁶ Buijssen, H. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 103. ISBN 80-7367-081-x.

³⁷ Venglářová, M. Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 29. ISBN 978-80-247-2170-5

- chybějící slova, rozsáhlé opisování, špatné řazení vět, verbální naléhavost.

Dle výčtu poruch řeči senior s demencí obtížně hledá slova, která by přesně vyjádřila jeho myšlenku. Má problém s formováním smysluplných vět, protože může použít nesprávné slovo nebo je nahradit slovem podobně znějícím či použít slovo ze stejné kategorie. Někdy výraz nenajde a použije slovo „tentononc“. Proto je možné při komunikaci se seniorem s demencí napomoci synonymem anebo popisem předmětu. Přesto v případě problému s vyjádřením myšlenky nebude senior schopen pochopit smysl nezávisle na počtu synonym a obrázkových znázornění věci.³⁸ Příkladem může být senior: *„Stále se mi ztrácejí nějaké články. Ale když člověk dává dobrý pozor a pořádně poslouchá, dá se ještě ledacos zrekonstruovat, aby to vypadalo, jako že rozumím všemu. Někdy jsou ale mezery tak velké, že se dá jen mlčet a předstírat, že jsem to přeslechl.“*³⁹

Porucha řeči se dále může projevit v užívání slov v žargonu původního povolání seniora, v masu slov a skoro-slov. Senior může přejít do jazyka z dětství, může se vrátit k dialektu, se kterým vyrůstal.⁴⁰ Jedna seniorka, která se narodila a žila v produktivním věku v zahraničí, začala v důsledku zhoršování kognitivních funkcí mluvit německy.

Ad c) poruchy pozornosti:

Poruchy pozornosti a s tím související ztráta motivace jsou dalšími symptomy demence:⁴¹

- neschopnost začít a ukončit úkol, činnost,
- fixace na nepodstatnou část úkolu,
- snížená schopnost vzdorovat rušivým podnětům,
- snížená schopnost reagovat, zmatené reakce.

³⁸ Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

³⁹ Bernlef, J. Zatmění mozku. 1. vyd. Praha: Ivo Železný, 1996. s. 108-109. ISBN 80-237-3211-0.

⁴⁰ Buijssen, H. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-x.

⁴¹ Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009. s. 21. ISBN 978-80-86541-28-0.

Důsledkem poruchy koncentrace může mít senior potíže se zahájením činnosti nebo setrváním v činnosti týkající se jen určitého úkonu (například bude zapínat knoflík u košile a zapomene se obléknout) nebo činnost v půlce přeruší a odejde jen zcela oblečený. Také může nastat situace, kdy nereaguje na podnět, což může značit, že senior podnětu nerozumí a nedává mu smysl. Nebo upoutal pozornost, ale senior není schopen reagovat nebo se rozhodl nereagovat z obavy ze selhání.⁴²

Ad d) poruchy vnímání

Poruchy vnímání mohou být spojovány s iluzemi a halucinacemi, které senior prožívá jako reálnou situaci, proto *„je nutné zohlednit toto v přístupu k němu, zejména nebagatelizovat a nepřesvědčovat o nesmyslnosti jeho počínání.“*⁴³

Poruchy zrakové percepce mohou vyústit v následující problémy:⁴⁴

- neschopnost poznávat věci a lidi,
- mylný výklad podnětů z prostředí, špatný odhad vzdálenosti,
- potíže s nacházením věcí, potíže s nacházením správné cesty,
- úzkost a nejistota.

Senior má dále sklon ke klamným představám a prožívání bludů, protože si mylně vykládá skutečné podněty. Vidí například postavy místo stínů nebo utíkající bytost místo povlávající záclony. Důsledkem poruchy zrakového vnímání jsou potíže s rozlišováním předmětu a pozadí. Prevencí těchto bludů a klamných představ je uzpůsobená úprava prostředí, ve kterém se senior pohybuje a výběr barevně kontrastních předmětů denní potřeby, aby se předešlo klopýtnutím, drobným poraněním a obavám či nejistotě seniora pohybovat se v prostoru.⁴⁵ Vhodným přístupem lze zabránit pocitům vyvolávajícím strach a úzkost v důsledku splývání věcí stejného

⁴² Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

⁴³ Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009. s. 24. ISBN 978-80-86541-28-0.

⁴⁴ Havelka, J., Rich, D. Péče o osoby trpící demencí. Brno: ESF prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, 2011. s. 7.

⁴⁵ Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

nebo podobného zabarvení či tvaru (viz také kap. Prostředí domova se zvláštním režimem).

Ad e) poruchy vhledu, úsudku a abstrakce

Tyto poruchy mohou vést k následujícím reakcím seniora:⁴⁶

- odmítání pomoci (špatně hodnotí situaci, nevnímá realitu),
- trvání na starých vzorcích chování, tendence brát si věci osobně, doslovně,
- ztrácení schopnosti chovat se podle společenských konvencí, ztráta zábrán, užívání vulgarismů,
- nepředvídání důsledků,
- absence představy o nepřítomných objektech a okolnostech.

„Racionální úsudek seniora je v různé míře zasažen, tudíž senior není schopen posoudit možné následky svého jednání.“⁴⁷ Vulgární jednání seniora je dáno rozpadem jeho vnitřní sebekontroly, schopnosti uvažovat o vhodnosti a nevhodnosti výrazů a projevů chování.

Behaviorální symptomy

„Poruchy chování patří ke standardním příznakům demence“⁴⁸ a vyjadřují často snahu seniora s demencí sdělit svoji potřebu. Problematické chování vzniká jako důsledek nedostatečného souladu mezi potřebami seniora a schopností prostředí jeho potřebám vyhovět. Nejedná se o zlý úmysl ze strany seniora, ale o způsob vyjádření určitého nedostatku a nespokojenosti, které nedokáže projevit jinak.⁴⁹

⁴⁶ Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. s. 30-31. ISBN 80-247-0183-9.

⁴⁷ Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009. s. 26. ISBN 978-80-86541-28-0.

⁴⁸ Jirák, R. Co jsou demence? In: Jirák, R. a kol. Demence. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1999. s. 11. ISBN 80-85800-44-6.

⁴⁹ Franková, V. Problémové chování u demence In: Jirák, R., Holmerová, I., Borzová, C. a kol. Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

K častým projevům těchto poruch se řadí:⁵⁰

- a) závislé chování
- b) toulání a noční neklid
- c) útočné jednání

Ad a) závislé chování

Nesamostatné chování u seniorů s demencí pochází z „*potřeby kontaktu, hledání ujištění a pomoci bez schopnosti vyjádřit se verbálně.*“⁵¹ Senior často nedokáže pochopit, co se kolem něho děje, ale uvědomuje si přítomnost pečující osoby, která představuje pro seniora pocit bezpečí. A když není přítomna, je znepokojený a pociťuje ztrátu jistoty.⁵²

Ad b) toulání a noční neklid

Toulání odráží psychomotorický neklid, zvýšenou pohyblivost a stereotypní pohyby.⁵³ Senior se může tímto způsobem zbavovat přebytku energie nebo emočního napětí, může hledat cestu domů nebo se snažit chovat jako jindy (např. ráno klient odchází do práce). V případě nočního neklidu se jedná o dezorientaci časem, brzkým uléháním, nedostatkem fyzické aktivity nebo jiné denní činnosti. Možnou příčinou je přítomnost rušivých podnětů v okolí seniora.⁵⁴

Ad c) útočné chování

- fyzicky neklidné chování: hypoaktivita, hyperaktivita, neklid, přecházení sem a tam, změny sexuálního chování.⁵⁵

⁵⁰ Venglářová, M. Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

⁵¹ Venglářová, M. Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. s. 42. ISBN 978-80-247-2170-5

⁵² Buijsen, H. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-x.

⁵³ Pichaud, C., Thareauová, I. Soužití se staršími lidmi. 1.vyd. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.

⁵⁴ Venglářová, M. Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

⁵⁵ Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009. s. 26. ISBN 978-80-86541-28-0.

- útočné chování od verbálních projevů po fyzické napadání: urážky, nadávky, obviňování, vyhrožování.⁵⁶

První příčinou útočného či agresivního chování seniora s demencí je reakce na obtížnou situaci. Je to nástroj užívaný v úsilí znovu získat kontrolu nad svým životem nebo nad určitou situací.⁵⁷ Jedná se také o vyjádření nějakého napětí nebo neklidu, které neumí dát najevo jinými, přijatelnějšími způsoby.⁵⁸

Další příčinou dle mého názoru může být agrese reakcí na událost, která se seniorovi přihodila. Příkladem je seniorka s demencí, která před nástupem do domova se zvláštním režimem žila sama v rodinném domku na okraji vesnice. Byla přepadena zloději, kteří ji proti její vůli drželi a vykrádali její dům. V době, kdy paní byla umístěna do sociálního zařízení, trpěla již demencí. Byla podezřivá a paranoidní, stále měla pocit, že ji někdo chce okrást, do pokoje nesměl nikdo cizí. Křičela a nadávala ostatním seniorům a návštěvníkům. Jednou dokonce fyzicky napadla pracovníci. Progresí demence se stala imobilní s potřebou celodenní podpory a péče. Kdykoli se k ní někdo přiblížil, volala útržkovitě o přepadení a personál opakovaně paní uklidňoval, aby se nebála, že je v bezpečí a nikdo jí nechce ublížit. Seniorka se v děsivé události nepřetržitě ocitala, nedokázala si už uvědomit, že se příhoda udála před nějakou dobou.

Fyzické napadání může být dále projevem nedůstojného přístupu k seniorovi. Může se také jednat o reakci na předchozí život, kdy senior byl obětí domácího násilí.

Funkční obtíže

Funkční potíže jsou definovány apraxií s postupnou ztrátou soběstačnosti ve všech úkonech péče o sebe a vedou k postupnému zhoršování schopnosti seniora řádně se o sebe postarat.⁵⁹

⁵⁶Havelka, J., Rich, D. Péče o osoby trpící demencí. Brno: ESF prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, 2011. s. 13.

⁵⁷Buijssen, H. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-x.

⁵⁸Koběřská, P. a kol. Společnou cestou. Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpící demencí. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 38 s. ISBN 80-7178-851-1.

⁵⁹Buijssen, H. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-x.

Apraxie představuje sníženou až úplnou ztrátu schopnosti vykonávat pohybové úkony a činnosti navzdory neporušeným motorickým funkcím. To znamená, že senior s demencí není již schopen se sám najít přiborem, obléknout se, neví, jak má použít hřeben nebo již tento předmět nepoznává.⁶⁰

Před projevem demence dokázal senior fungovat prostřednictvím tzv. automatických paměťových vzorců, které si jeho nervová soustava vytvořila. Tyto paměťové stopy umožňují vybavení dávných mechanicky naučených znalostí, dovedností nebo rituálů.⁶¹ Potíže se však mohou vyskytnout, když jsou paměťové vzorce narušeny poruchou paměti obzvláště u činností skládajících se z více po sobě jdoucích kroků. Senior s demencí zapomene některé z kroků, nebude schopen činnost začít nebo začne uprostřed.⁶²

Vhodnou úpravou prostředí, přítomností známých předmětů, jejichž užívání senioři znají a jejich ovládání je pro ně snadné, lze napomáhat seniorům využívat staré vzorce a umožňovat jim v rámci svých možností fungovat a zachovávat si určitou soběstačnost.

Poruchy emotivity

K poruchám emotivity náleží změny nálad a podezíravost. Změny nálad jsou doprovázené depresivní poruchou, která je výrazem bezmocnosti a úzkosti plynoucí z vlastních nezdarů. Senior na sobě pocítuje, že nedokáže říci, co chce, co si přeje, kam chce jít a co dělat. Deprese je reakcí na závislost na pomoci druhé osoby a zapomínání i té nejjednodušší činnosti.⁶³

Dalším projevem změny nálad u seniora s demencí je emoční oploštělost charakteristická postupným úbytkem vyšších citů.⁶⁴ Senior se stává pro své okolí i rodinné příslušníky nesrozumitelným, jeho snížené emoční reakce

⁶⁰ Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.

⁶¹ Koběřská, P. a kol. Společnou cestou. Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpící demencí. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 38 s. ISBN 80-7178-851-1.

⁶² Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

⁶³ Buijssen, H. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-x.

⁶⁴ Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.

mohou připomínat nezájem, neochotu zapojit se citově do života rodiny. Opakem oploštělých emocí je emoční labilita s častým střídáním pláče a smíchu.⁶⁵

Ztrátou paměti dochází v důsledku demence k nejrůznějším chybám a selháním, které mohou vyvolávat u seniora s demencí pocity nejistoty, úzkosti a zmatku. Důsledkem těchto pocitů může senior reagovat hlubokou nedůvěrou ke svému okolí a stává se podezřívavým.⁶⁶

Dílčí závěr

Dle výčtu důsledků narušené paměti v důsledku demence lze vidět, jak rozsáhlé jsou změny, které seniora s demencí postihnou, jak ztrácí sám sebe. Je proto třeba apelovat na přístupy a metody práce s těmito lidmi a klást důraz na vztah důvěry mezi pečujícím a seniorem, na způsob komunikace, smysluplné aktivity a prostředí péče. Uvedenými oblastmi se budu zabývat v dalších kapitolách.

⁶⁵ Venglářová, M. Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

⁶⁶ Buijsen, H. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1.vyd. Praha: Portál, 2006.132 s. ISBN 80-7367-081-x.

2. PRAKTICKÉ ASPEKTY PÉČE O SENIORA S DEMENCÍ

Praktické aspekty péče představí možné přístupy při péči o seniory s demencí. Krátce popíši historii a současnost poskytované péče o seniory a dále se budu věnovat péči o seniory s demencí v adaptačním období odpovídající individuálním potřebám a přáním seniora, zaměřím se na komunikaci se seniorem s demencí a s komunikační bariérou a vysvětlím významnost spolupráce s rodinnými příslušníky a dalšími subjekty.

2.1 Historie a současnost péče o seniory

Péče o seniory v institucionálním zařízení byla před rokem 1989 položena na direktivním přístupu, rutinním skupinovém systému péče bez hlubšího porozumění jednotlivým osobám jako lidské bytosti s individuálními potřebami. Senior byl pasivním příjemcem poskytované péče s minimálním prostorem pro pokračování ve svém předchozím navyklém způsobu života. Jeho návyky většinou nebyly zohledněny, nikdo se o ně nezajímal a senior se musel plně přizpůsobit chodu a režimu v zařízení. Většinou neměl ani možnost vyjádřit se k poskytované zdravotní a sociální péči⁶⁷ a neměl možnost spolurozhodovat o jejich podobě a kvalitě.⁶⁸ Seniorům s demencí a nekomunikujícím jedincům nikdo nerozuměl, neutilizovaly se žádné metody, jak seniorům porozumět a přiblížit se jim.⁶⁹

Rok 1989 vedl ke změně dominantního poskytování sociálních služeb směrem k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka a aplikaci principů ochrany lidských práv prostřednictvím tvorby a zavádění právních standardů kvality a zákona o sociálních službách.⁷⁰

Hlavním cílem sociální služby bylo dle nového zákona zabezpečit seniorům odpovídající úroveň poskytované péče v zařízeních s pobytovou službou zajišťující

⁶⁷ Malíková, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

⁶⁸ Horecký, J., Tajanovská A. Sociální služby v ČR In: Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. 1. vyd. Tábor: APSS ČR, 2011. s. 17. ISBN 978-80-904668-1-4.

⁶⁹ Malíková, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

⁷⁰ Krutilová, D., Čámský, P., Sembdner, J. Sociální služby. Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb. 1. vyd. Praha: APSS ČR, 2009. 223 s. ISBN 978-80-254-3427-7.

důstojné podmínky, ochranu, rehabilitaci, sociální a duševní stimulaci v humánním a bezpečném prostředí.⁷¹ U seniorů s demencí a nekomunikujících byly aplikovány metody a způsoby péče zajišťující kvalitní péči o seniory s demencí bez narušování jejich práv a důstojnosti.⁷² Nový systém sociálních služeb apeluje na spolupráci mezi poskytovateli, seniorem a osobami jemu blízkými s cílem mobilizovat a aktivizovat seniora při udržení jeho soběstačnosti a zachovat co nejdéle jeho stávající schopnosti a dovednosti.⁷³

Vznikají také různé projekty na podporu vzdělávání v oblasti péče o seniory s demencí, komunikace s nimi, přístupy, aktivity a hledají se nové cesty, které směřují k větší autonomii seniorů.⁷⁴

Pojetí sociálních služeb

Sociální služby jsou specializované činnosti, které mají pomoci člověku řešit jeho nepříznivou sociální situaci,⁷⁵ zajistit pomoc a podporu za účelem sociálního začlenění nebo prevenci sociálního vyloučení.⁷⁶

Zákon o sociálních službách stanovil řadu nových termínů a druhů služeb, mezi nimi domov pro seniory a domov se zvláštním režimem.

Domovy pro seniory jsou pobytovou sociální službou s celoročním provozem určenou pro seniory se sníženou soběstačností, kteří potřebují zejména z důvodu věku a situace pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.⁷⁷

Domovy se zvláštním režimem poskytují celoroční pobytovou sociální službu obdobně jako domov pro seniory, liší se pouze ve vytváření specifických podmínek

⁷¹ MPSV: Zásady OSN pro seniory [online]. ©2005 [cit. 2013-03-01]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/1111>

⁷² Venglářová, M. Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

⁷³ Krutilová, D., Čámský, P., Sembdner, J. Sociální služby. Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb. 1.vyd. Praha: APSS ČR, 2009. S. 16. ISBN 978-80-254-3427-7.

⁷⁴ Venglářová, M. Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

⁷⁵ Horecký, J., Tajanovská A. Sociální služby v ČR In: Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. 1.vyd. Tábor: APSS ČR, 2011. 275 s. ISBN 978-80-904668-1-4.

⁷⁶ § 3, odst. a) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

⁷⁷ § 49, odst. 1) zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

zohledňujících zvláštní potřeby osob s duševními nemocemi. Dle zákona o sociálních službách⁷⁸ „je poskytována služba osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“

2.2 Péče o seniory s demencí

Péče o seniora v jednotlivých fázích demence doprovázenými poruchami kognitivních funkcí, poruchami chování a emocí vyžaduje zajištění odpovídajícího prostředí domova se zvláštním režimem, vhodnou aktivizaci s důrazem na individuální a podpůrný přístup podle potřeb seniora a s ohledem na jeho životní historii, zkušenosti a zvyky.

Péče je poskytována seniorům v různých stádiích demence, tedy těm, kteří jsou schopni ještě komunikovat a sami vyjádřit, co potřebují nebo s podporou různých graficky upravených obrázků či příkladů. Jsou ale senioři, kteří již ztratili schopnost verbálně komunikovat kvůli pokročilému stádiu demence a zhoršenému zdravotnímu stavu a je nad jejich schopnosti a dovednosti verbálně vyjádřit své potřeby a přání.

Pro podpůrný a individuální přístup mohou být využity různé metody práce se seniorem s demencí a alternativní způsoby komunikace, která se stává pro seniora obzvláště složitým a náročným prostředkem dorozumívání se.

Adaptační období

Základem péče o seniory s demencí je pozitivní interpersonální přístup. Je to cesta pro vytvoření bezpečného prostředí pro odpovídající péči, která je předpokladem pro zajištění pocitu jistoty a bezpečí. Jistota a bezpečí patří k hlavním potřebám seniora, který „se ztrácí i sám sobě a nerozumí tomu, co se kolem něho a s ním děje.“⁷⁹

⁷⁸ § 50, odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

⁷⁹ Vašátková, J. a kol. Sociální práce v praxi. 1.vyd. Olomouc: Honex, 2008. s. 26. ISBN 978-80-7409-016-5.

Vstupem seniora do domova se zvláštním režimem začíná probíhat tzv. adaptační proces. Toto období představuje dobu, „*kdy senior poznává způsob poskytování služby*“⁸⁰ za pomoci svého klíčového pracovníka, se kterým vypracovává průběh poskytované služby. Adaptace je nejen procesem poznávání ale také „*vyrovnávání se s podmínkami, s novými situacemi a novým prostředím, které seniora s demencí v domově obklopuje*.“⁸¹ U seniora s demencí trvá tento proces déle vzhledem ke zhoršení či ztrátě schopnosti přizpůsobit se důsledkem poruchy paměti. Podpora je proto v tomto procesu více zaměřena⁸² na pozitivní přístup ze strany pracovníků, rodinných příslušníků a na umožnění prostoru pro vyjádření přání, zájmů a potřeb.

Změnou prostředí mohou přestat fungovat staré paměťové vzorce, čímž dochází ke zhoršení soběstačnosti seniora. Pokud sociální zařízení vytvoří podmínky, za kterých tyto vzorce budou opět fungovat, mohou se senioři stát opět užitečnými a těšit se svým úspěchem.⁸³ Senior tím získává pocit jistoty a klidu z přítomnosti stálých a známých podnětů, pravidelně se opakujících denních činností a nabízených aktivit, do kterých se začíná zapojovat.⁸⁴

Individuální potřeby seniora

Pro podporu zachovalých schopností a dovedností je nutné vnímat seniora jako osobnost, která je ojedinělou individuální bytostí s jedinečnou osobní historií. Je potřeba znát jeho významné události, životní zkušenosti, zvyky, zájmy, úspěchy i neúspěchy, uznávané hodnoty, naděje, obavy, role, které zastával, silné stránky a slabosti a nejmilejší vzpomínky.⁸⁵ Dalším hlediskem je prostředí obklopující seniora, které nelze ze života seniora vynechat, protože svým způsobem seniora ovlivnilo a podílelo se na formování jeho osobnosti v dětství, mládí, dospělosti i ve stáří.

⁸⁰ Bicková, L., Hrdinová, D. Proces individuálního plánování In: Kolektiv autorů. Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. 1. vyd. Tábor: APSS, 2011. s. 84. ISBN 978-80-904668-1-4.

⁸¹ Kraus, B., Sýkora, P. Sociální pedagogika I. 1.vyd. Brno: IMS, 2009. s. 24.

⁸² Bicková, L., Hrdinová, D. Proces individuálního plánování In: Kolektiv autorů. Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách. 1. vyd. Tábor: APSS, 2011. s. 84. ISBN 978-80-904668-1-4.

⁸³ Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

⁸⁴ Adaptace. [online]. © 2013 [cit. 2013-02-27] Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/rozhodujete-se/adaptace>

⁸⁵ Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

Pro seniora s kognitivní poruchou je významnou potřebou bezpečí a to nejen fyzické, ale obzvláště pocit jistoty, který je chápán jako pocit ochrany a zároveň příležitost „vyjádřit se ke způsobu, jakým je nakládáno s jeho osobou, věcmi, časem a prostorem.“⁸⁶ Proto je třeba poskytovat seniorovi příležitost aktivně se zapojit do činností každodenní péče, může se jednat například o žádost o podání sklenice, o posunutí se apod. Prosba a poděkování umožňuje seniorovi podílet se na dění a umožňuje mu získat pocit užitečnosti a jistého vlivu a kontroly nad situací.

Naplňování potřeb seniora je klíčem k vytváření a udržení vztahu s ním. Uspokojování potřeb je zároveň prevencí problematického chování a projevů, které se mohou objevit právě absencí saturace potřeb. Poté je možné nastavit průběh poskytované služby odpovídající jeho potřebám.

Komunikace se seniorem s demencí

Vztah založený na důvěře vzniká na základě komunikace pracovníka a seniora s demencí, do které je zahrnována verbální i nonverbální rovina. Pro vzájemné porozumění je možné z jeho projevů vyvodit, že svůj stav nějakým způsobem vnímá a prožívá, a také lze využít různých metod a technik, kterými lze zjišťovat potřeby a přání a navázat kontakt se seniorem ve všech stádiích demence.

Senior s kognitivní poruchou neztrácí potřebu komunikovat, ale má výrazně omezené možnosti sdělit svému okolí své požadavky, příjemné i nepříjemné pocity. Proto je mimořádně důležité využívat a posilovat schopnosti a dovednosti, které zůstaly ještě zachovány.⁸⁷ Mnohé naučené vzorce chování a automatické dovednosti je možné využít k tomu, aby senior měl pocit, že něco tvoří, produkuje.⁸⁸ Příkladem může být podání ruky seniorovi při pozdravu s vyslovením jména seniora a otázkou: Jak se daří? Pro seniora je to úžasný zážitek.

⁸⁶ Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. s. 15-16. ISBN 80-247-0183-9.

⁸⁷ Holmerová, I., Janečková, H., Vaňková, H., Veleta, P. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené. In: Interní medicína 2005. [online]. © 2009 [cit. 2013-1-2]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2005/10/08.pdf>.

⁸⁸ Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

Důležitými principy při komunikaci se seniorem je:⁸⁹

- respektovat autonomii seniora, projevovat empatii a aktivně naslouchat.⁹⁰
- přijímat zvláštní chování seniorů a dát jejich projevu význam a smysl,⁹¹ protože se senior může snažit sdělit nějaké přání, požadavek nebo obavu.
- mít pochopení pro jeho city a emoce. Příkladem může být paní s touhou odejít domů, aby se postarala o své děti. Ve skutečnosti jsou děti již dospělé a mají vlastní potomky. Seniorka se touto úzkostí možná snaží sdělit, že stále na své děti myslí a má o ně starost. Dobrou zkušeností je poskytnout čas a prostor seniorovi, aby mohl mluvit o tom, co ho trápí. Seniorovi se tím může ulevit a zklidnit se, protože bude mít pocit, že je brán vážně.
- vést se seniorem rozhovor ve stručných větách, používat jednoduché, běžné hovorové výrazy a kratší věty.⁹² Je dobré využívat všech smyslů, tedy mluvit o věcech, které senior může zároveň slyšet, vidět, čichat, cítit i hmatat. Pokud například vede pracovník rozhovor o počasí, může postavit seniora k oknu, aby měl dobrý výhled a mohl skutečně pochopit, o čem se hovoří.
- společně hledat řešení, aby senior pochopil, že na problém není sám. Senior s demencí má vědět, že pečující nestojí s problémem proti němu, ale že problému budou čelit společně.

Zjišťování a naplňování potřeb u nekomunikujících seniorů nebo seniorů s komunikační bariérou může efektivně probíhat při využívání vhodných komunikačních metod. Proto je velmi důležité vybrat nejvhodnější komunikační metodu, která umožní oboustrannou výměnu informací a přispěje ke vzájemnému porozumění.⁹³

⁸⁹ Buijsen, H. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-x.

⁹⁰ Vranková, E. Metódy sociálnej práce v zdravotníctve. In: Mátel, A., Hardy, M. a kol. Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce II. 1. vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2013. s. 401. ISBN 978-80-8132-074-3.

⁹¹ Motlová, L. Aktivizační programy pro seniory. In: VURM, V. a kol. Rukověť pro poskytovatele sociální služby v oblasti problematiky seniorů. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2008. s. 71. ISBN 978-80-7394-090-4.

⁹² Vranková, E. Metódy sociálnej práce v zdravotníctve. In: Mátel, A., Hardy, M. a kol. Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce II. 1. vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2013. s. 417. ISBN 978-80-8132-074-3.

⁹³ Malíková, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

Metody lze rozdělit na několik přístupů.⁹⁴

a) **intuitivní metoda**, která vychází z prožitků, pocitů a intuice pracovníka prostřednictvím hluboké schopnosti empatie a všímavosti.

b) **empatické pozorování seniora v reálné situaci**, které znamená nerušené pozorování, přirozené a otevřené vnímání a uvědomování si situace seniora a jeho prostředí. Pracovník sleduje, co senior dělá, jak se chová, jaké činnosti vyhledává a čemu se naopak brání nebo je mu nelibé. Pracovník se vcítuje do situace seniora s demencí tím, že vnímá, co by on sám potřeboval, co by mu bylo příjemné nebo by mu mohlo vadit (např. kapající kohoutek, hlučná televize, otevřené nebo zavřené dveře).

c) **augmentativní a alternativní komunikační techniky**. Tato komunikační metoda umožňuje seniorům s komunikační bariérou usnadňovat vlastní vyjádření prostřednictvím různých typů vizuálních pomůcek, které mohou zvýšit srozumitelnost a orientaci seniora. Mohou to být fotografie, předměty a graficky znázorněné pojmy (piktogramy, slova, obrázkové symboly).⁹⁵ Metoda dává příležitost seniorovi projevit přání nebo požadavky a zvyšuje jeho aktivní spoluúčast při výměně informací.⁹⁶

Spolupráce s rodinou a dalšími subjekty

Při každém získávání informací je v první řadě nejpodstatnější osobou sám senior. Pokud má potíže verbálně komunikovat, je vhodné zahrnout do zjišťování informací další osoby. Jedná se především o rodinné příslušníky nebo jiné blízké osoby (přátele, spolužáky, bývalé spolupracovníky, členy z dříve vykonávaných zájmových aktivit ad.), ale také obecní úřady, matriky nebo různé spolky.⁹⁷ Všechny uvedené osoby a subjekty, které seniora znají, mohou poskytnout cenné informace, poznatky a zkušenosti o životě a historii seniora.

⁹⁴ Haicl, M., Haiclová, V. Metody individuálního plánování služby s uživateli. In: Kolektiv autorů. Individuální plánování a role klíčového pracovníka. 1. vyd. Tábor: APSS, 2011. s. 153-155. ISBN 978-80-904668-1-4.

⁹⁵ Furmaniková, L. Alternativní a augmentativní komunikace v sociálních službách. Sociální služby. 2012. č. 3, s. 24-25. ISSN 1803-7348.

⁹⁶ Malíková, E. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. s. 250-253. ISBN 978-80-247-3148-3.

⁹⁷ Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. s. 44. ISBN 80-247-0183-9.

Spolupráce s rodinnými příslušníky je založena na jejím zapojení do péče o seniora s demencí, vyjadřování spokojenosti s poskytovanou péčí, možnosti konzultování a řešení vzniklé situace nebo problému. Součástí kontaktu s blízkými osobami je společenské setkání na různých společenských aktivitách a kulturních akcích pořádaných organizací.

V rámci plánování a zapojování do průběhu poskytované služby mohou rodinní příslušníci participovat na vytváření tzv. knihy života seniora s jeho životním příběhem doplněné fotografiemi z dětství, mládí a dospělosti a dalšími důležitými událostmi, které senior zažil. Také se mohou podílet na výzdobě pokoje seniora nebo jeho části různými předměty, se kterými má senior spojenou pozitivní vzpomínku a jsou pro něj cenné (např. fotografie, vyznamenání, různé předměty apod.).

Poskytovaná péče může být doplňována spoluprací s dalšími subjekty a institucemi zaměřenými na oblast práce a péče o seniory s demencí. V tomto ohledu má významné postavení Česká alzheimerská společnost, která vytváří projekty pro zkvalitnění péče o seniory s demencí v sociálních zařízeních, zprostředkovává konzultace a podporu pro rodinné příslušníky a organizuje vzdělávací semináře a školení specializované na péči o seniory s kognitivní poruchou. Mezi externí odborníky specializované na seniory s demencí náleží například geriatři, gerontologové, psychologové a další.

Dílčí závěr

Uvedené praktické aspekty péče mohou přispět k prevenci problematického chování seniora s demencí a vytvářet bezpečný prostor pro poskytovanou péči a zázemí jistoty seniora s demencí. Péče poskytovaná v atmosféře pochopení, respektu a náklonnosti je prostředkem pro vytváření podmínek důstojného dožití seniora v přítomnosti blízkých osob. Velkému významu přikládám při péči o seniora s demencí aktivizačním programům a činnostem všedního dne a podpůrnému prostředí domova, které mají rovněž vliv na prožívání a chování seniora s demencí a kvalitu jeho života.

3. AKTIVIZACE VŠEDNÍHO DNE

Cílem následující kapitoly je definování aktivizace a významu aktivit pro seniora s kognitivní poruchou, stanovení kritérií pro vytváření smysluplných aktivizačních programů a činností a jejich charakteristika. Aktivizací všedního dne má senior příležitost využívat paměťové stopy, plnohodnotně trávit den, zažívat úspěch a uspokojení a také se lépe adaptovat na prostředí domova se zvláštním režimem.

3. 1 Pojem aktivizace a význam aktivit

Aktivita je činnost spojená s vykonáváním běžných věcí v každodenním životě. Aktivita posiluje lidskou důstojnost a sebeuvědomění, protože dává účel a smysl životu seniora a vytváří strukturu dne.⁹⁸

„Cílem aktivizační terapie je, aby se seniori cítili dobře při jakékoliv činnosti,“⁹⁹ prožívali potěšení ze samotné činnosti a z možnosti být nápomocný a produktivní.¹⁰⁰ Účelem vytváření aktivizačních programů je zaměření se na aktivaci zbytkových schopností a dovedností a posilování sebeúcty, pozitivního přijímání, pocitu sounáležitosti a opory.¹⁰¹ Zároveň aktivity představují „prostor pro kvalitní interakci jedinců a prostor pro uplatňování vlastní vůle.“¹⁰²

Obzvláštní význam má pravidelnost aktivit, která představuje pro seniora s kognitivní poruchou zdroj bezpečí a stability svou předvídatelností a navazováním jedné činnosti na druhou. Rutinní pravidelně se opakující činnost poskytuje seniorovi jistotu, nabízí mu pocit kontroly a je také jedním z nejsilnějších prostředků orientace. Například senior už nepozná, kolik je hodin, ví ale, že po obědě přichází pošta¹⁰³ nebo každou středu chodí návštěva.

⁹⁸ Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009. 299 s. ISBN 978-80-86541-28-0.

⁹⁹ Matoušek, O. Slovník sociální práce. 2.přepř.vyd. Praha: Portál, 2008. s. 22. ISBN 978-80-7367-368-0.

¹⁰⁰ Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

¹⁰¹ Kalvach, Z. Psychoterapie a aktivizace ve stáří. In: Kalvach, Z. a kol. Úvod do gerontologie a geriatrie. I. díl. Gerontologie obecná a aplikovaná. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.

¹⁰² Medlíková, J. Aktivizace všedního dne. 2.část. Sociální služby. 2011. č. 10. s. 17. ISSN 1803-7348.

¹⁰³ Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

Nabídka aktivit má vycházet z přirozených denních situací, které se běžně dějí počínaje sebeobslužnými činnostmi a sebepéčí a konče náhodným setkáním na chodbě.¹⁰⁴ Dále mají zdůrazňovat nonverbální komunikaci, taktilitu, laskavost, individuální přístup k seniorovi a přiměřené podněty pro všechny smysly.¹⁰⁵

Podstatou smysluplnosti aktivit je splnění různých kritérií. Aby byla aktivita považována za opravdu hodnotnou a pro seniora přínosnou:¹⁰⁶

- má být prováděna dobrovolně a dávat pocit úspěchu a uspokojení,
- má působit na všechny složky osobnosti, tj. na kognitivní funkce, fyzickou, psychosociální, popř. duchovní stránku,
- podporovat silné stránky seniora, zachovávat jeho důstojnost,
- probíhat ve známém, bezpečném a neohrožujícím prostředí,
- dávat důraz spíše na proces než na výsledek,
- být upravitelná pro potřeby seniorů s demencí s možností rozdělení na jednoduché dílčí úkoly.

3. 2 Charakteristika činností a aktivit

Dle výše uvedených kritérií jsou do nabídky činností zahrnuty aktivizační činnosti vycházející z běžných denních činností a různých oblastí zájmů a zaměření seniorů.

- a) domácí činnosti: zametání s lopatkou a smetáčkem, skládání kapesníků nebo ubrousků, prostírání a sklizení ze stolu, zalévání pokojových rostlin, krájení ovoce a zeleniny.
- b) činnosti venku: zalévání květin, shrabování listí či trávy, procházky po okolí, v parku, v lese, pozorování ptáků a zvířat, výlet do okolí, navštěvování místních společenských akcí, návštěvy cukrárny, ochotnického divadelního představení.

¹⁰⁴ Medlíková, J. Aktivizace všedního dne, 1.část. Sociální služby. 2011. č. 8-9. 63 s. ISSN 1803-7348.

¹⁰⁵ Holmerová, I., Janečková, H., Vaňková, H., Veleta, P. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené. In: Interní medicína 2005. [online]. © 2009 [cit. 2013-1-2]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2005/10/08.pdf>.

¹⁰⁶ Holmerová I., Jarolímová, E., Suchá J. a kol. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. 2. vyd. Praha: ČALS a Gerontologické centrum, 2009. s. 140. ISBN 978-80-86541-28-0.

- c) aktivity pro nácvik jemné motoriky: navlékání knoflíků, hraní stolních her, skládání jednoduchého puzzle,¹⁰⁷ motání klubíček¹⁰⁸ apod.
- d) muzikoterapie a pohybová terapie: poslouchání vážné hudby nebo oblíbených písní, nahrávek mluveného slova, sledování pěveckých sborů, zpívání, návštěvy koncertů,¹⁰⁹ tancování, přiměřené cvičení.
- e) reminiscenční terapie: prohlížení alb a fotografií, obrázků, společné sledování rodinných filmů a videí, vyprávění starých příběhů, recitování, ukázka starých a dobových předmětů a věcí,¹¹⁰ trénink paměti, paměťové hry.
- f) zooterapie: péče o domácí zvíře (králík, andulky apod.), canisterapie.
- g) péče o sebe: nácvik sebeobsluhy a soběstačnosti (osobní hygiena, oblékání, svlékání, česání, holení, stravování, stlaní lůžka, nácvik mobility a další).

Dílčí závěr

Předchozí kapitola byla zaměřená na význam aktivizačních činností, popisovala kritéria smysluplnosti činností a charakterizovala jednotlivé aktivity, kterých se senior může zúčastnit. Aktivity a činnosti vycházejí ze zájmové orientace seniora, dřívějších prováděných činností, profesionálního zaměření a ostatních souvislostí jeho života.¹¹¹ Umožňují mu zapojit se do dění v domově se zvláštním režimem a pocítit radost a uspokojení ze známých úkonů, vůní, tvarů a potěšit se úspěšným výsledkem.

¹⁰⁷ Buijssen, H. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-x.

¹⁰⁸ Čadková-Svejkovská, M. Sociální práce se seniorem s duševním onemocněním. In: Mahrová, G., Venglářová M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

¹⁰⁹ Buijssen, H. Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-081-x.

¹¹⁰ Holmerová, I., Janečková, H., Vaňková, H., Veleta, P. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené. In: Interní medicína 2005. [online]. © 2009 [cit. 2013-1-2]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2005/10/08.pdf>.

¹¹¹ Vostrovská, H. Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby. 2. rozš. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. 21 s. ISBN 80-7071-093-4.

4. PROSTŘEDÍ DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Seniorovi s demencí je poskytována sociální služba ve vnitřním a vnějším prostředí domova, se kterým je senior v neustálé interakci, které ho stimuluje k jistému chování a vyvolává určité reakce.¹¹² „*Prostředí na seniora působí podněty, ovlivňuje ho, on na tyto podněty reaguje, přizpůsobuje se a také prostředí sám mění.*“¹¹³ To znamená, že v adaptačním období se senior seznamuje s prostředím domova se zvláštním režimem, které na něj svým vybavením, prostory, velikostí a barevností působí a senior na jeho působení odpovídá chováním.

Prostředí je dále dle Přádky¹¹⁴ definováno jako „*soubor složek struktury obklopující jedince, které účinkují jako systém podnětů a vyvolávají psychické reakce,*“ jako jsou například potěšení, uspokojení z činnosti, pocit pohody, úspěchu, spolupráce, kontroly anebo neklidné přecházení, hledání východu apod.

Prostředí může mít vliv na jednání člověka v několika směrech. Může ho:

- podpořit a stimulovat k činnosti (např. posedět u alba) nebo být překážkou (např. velký hlučný prostor),
- přímo formovat (úzce účelový prostor, např. keramická dílna, zákoutí s rybičkami),
- motivovat či mít signální funkci (vyvolávat určité jednání, jako například jít na procházku, prohlížet si rozvěšené obrázky).¹¹⁵

4. 1 Bezpečné a podpůrné prostředí

Prostředí domova se zvláštním režimem: jeho vybavení, umístění v lokalitě, zařízení interiéru by mělo „*z hlediska funkcionálního vlivu působit spontánně a přirozeně.*“¹¹⁶ Mělo by navazovat na „*potřebu seniora být plně orientován ve svém prostoru, který je*

¹¹² Rheinwaldová, E. Novodobá péče o seniory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.

¹¹³ Kraus, B. Základy sociální pedagogiky. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 67. ISBN 978-80-7367-383-3.

¹¹⁴ Přádka, M. Kapitoly ze sociální pedagogiky. 1. vyd. Brno: rektorát UJEP FF, 1970. s. 11. ISBN 55-966-70.

¹¹⁵ Kraus, B. Základy sociální pedagogiky. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 74-75. ISBN 978-80-7367-383-3.

¹¹⁶ Kraus, B., Sýkora, P. Sociální pedagogika I. 1. vyd. Brno: IMS, 2009. s. 26.

*pro seniora přehledný, pochopitelný a předvídatelný*¹¹⁷ a ve kterém se nenalézá nic neočekávaného a vše potřebné je viditelné a jasně dostupné.¹¹⁸

Proto je nutné při vytváření prostředí pro seniory snížit nejistotu seniora v prostředí dostatečně velkými nadpisy, jasnými značkami a symboly barevně rozlišenými, které usnadňují pohyb po zařízení a pomáhají seniorovi zorientovat se v prostoru.¹¹⁹

Sociální zařízení má poskytovat bezpečný, ale neomezující pohodlný a podnětný prostor. Z toho důvodu je nutné přizpůsobit prostředí domova se zvláštním režimem s ohledem na kognitivní poruchy seniora s demencí a brát zřetel na jeho předchozí život.

*„Životní pohoda a psychická stabilita seniora jsou výsledkem podpory prostředí a podpory jeho individuálních kompetencí.“*¹²⁰ Principem podpůrného prostředí je vytváření specifických podmínek *„pro kompenzaci a vyrovnávání“*¹²¹ omezených dovedností a schopností a pro usnadňování života seniora úpravou prostředí nebo předmětů, které senior při činnosti používá.¹²²

Odpovídající podpůrné prostředí může pomoci seniorovi s demencí znovu začít používat paměťové vzorce, které se vyskytují v jeho okolí. Může se jednat například o klasické hodiny s ručičkami (místo digitálních), dřez s mýdlovou vodou (místo myčky na nádobí) nebo klasický telefon s číselníkem (místo telefonu s tónovou volbou).¹²³

¹¹⁷ Holmerová, I., Janečková, H., Vaňková, H., Veleta, P. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené. In: Interní medicína 2005. [online]. © 2009 [cit. 2013-1-2]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2005/10/08.pdf>.

¹¹⁸ Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

¹¹⁹ Rheinwaldová, E. Novodobá péče o seniory. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.

¹²⁰ Procházková, E. Prostor jako terapeutické medium a psychobiografický princip normality v institucích poskytujících sociální služby seniorům. Sociální služby. 2010. č. 4. s. 20. ISSN 1803-7348.

¹²¹ Wroczynski, R. Sociální pedagogika. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelstvo, 1968. s. 66. ISBN 67-235-68.

¹²² Kozáková, Z. Stárnutí a stáří. In: Kozáková, Z., Müller, O. Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 54 s. ISBN 80-244-1552-6.

¹²³ Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. s. 141. ISBN 80-247-0183-9.

4. 2 Vybavení prostor a obytných místností

Senioři prožili neaktivnější část svého života v 50., 60. a 70. letech, kdy atmosféra tohoto historického období silně ovlivnila jejich životy. Proto je nutné nezapomínat na danou dobu a obytný interiér sociálního zařízení stylizovat v souladu se znalostí prostředí, ve kterém senior žil,¹²⁴ a s jeho zažitým životním stylem.¹²⁵

Prostředí domova se zvláštním režimem je součástí každodenního života seniora, běžných činností, terapeutických programů a společenských akcí. V prostorách sociálního zařízení probíhá aktivizace seniora s demencí, konají se setkání s ostatními seniory, s rodinnými příslušníky, s přáteli a dalšími návštěvami. Proto vybavení a vzhled zařízení se má co nejvíce podobat domácímu a vlídnému prostředí se zabydlenými prostory. To znamená, že na chodbách jsou umístěné stolky a pohodlné sedačky a křesla. Výzdoba má odpovídat vkusu seniorů. Může se jednat např. o obrazy, fotografie, výrobky seniorů nebo autorů, kteří je oslovují a jejichž díla se jim líbí. Dále to mohou být živé květiny a drobná zvířata (akvarijní rybičky, papoušci, králík, želvy aj.), v jídelně ubrusy, na stolcích noviny, časopisy,¹²⁶ knihy velkého formátu a fotografie a jiné zajímavé a bezpečné předměty, nad nimiž lze bádát. Neměl by ani chybět příjemný výhled z okna nebo balkonu na klidná místa parku, lesa nebo na rušná prostranství, která přitahují a udržují pozornost seniora.¹²⁷

Principem přirozenosti prostředí je kromě vhodné úpravy prostředí možnost seniora vzít si do sociálního zařízení vlastní věci, jako drobný nábytek, dekorativní předměty, fotografie, suvenýry, hodiny, obraz, oblíbené křeslo, přehoz přes postel, skříňku, hrnek, květiny, podle možností zařízení i domácí zvíře a další.¹²⁸

¹²⁴ Procházková, E. Prostředí jako terapeutické medium a psychobiografický princip normality v institucích poskytujících sociální služby seniorům. Sociální služby, 2010. č. 4. s. 20. ISSN 1803-7348.

¹²⁵ Rheinwaldová, E. Novodobá péče o seniory. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.

¹²⁶ Krutilová, D., Čámský, P., Sembdner, J. Sociální služby. Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb. 1. vyd. Praha: APSS ČR, 2009. 223 s. ISBN 978-80-254-3427-7.

¹²⁷ Zgola, J. Úspěšná péče o člověka s demencí. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

¹²⁸ Čámský, P., Sembdner, J., Krutilová, D. Sociální služby v ČR v teorii a praxi. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. s. 213. ISBN 978-80-262-0027-7.

Dílčí závěr

Podpůrné a vstřícné prostředí zařízení, které napomáhá seniorovi při zachování jeho soběstačnosti, které vytváří podmínky pro orientaci a které využívá biografii seniora s demencí, vede k následné saturaci potřeby jistoty a bezpečí, čímž snižuje výskyt patologických symptomů spojených s adaptací seniora a pocity úzkosti a bázně vedoucí ke změnám v chování seniora.¹²⁹

¹²⁹ Procházková, E. Prostředí jako terapeutické medium a psychobiografický princip normality v institucích poskytujících sociální služby seniorům. Sociální služby. 2010. č. 4. s. 20. ISSN 1803-7348.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5. PŘÍSTUP V PÉČI O SENIORA S DEMENCÍ

Teorie diplomové práce byla zaměřena na demenci, její fáze a na důsledky demence spojené s kognitivními, behaviorálními a funkčními potížemi. Dalšími tématem byly praktické aspekty péče o seniory s důrazem na vztahovou a individualizovanou péči v podpůrném prostředí sociálního zařízení a s nabídkou aktivit a činností poskytovanou na základě znalostí potřeb, přání, zájmů a osobní historie seniora ve spolupráci s rodinou či blízkými osobami a dalšími subjekty zaměřenými na péči o seniory s demencí.

Empirická část práce bude věnována zodpovězení cíle diplomové práce, formulace hypotéz, výběru metody sběru dat, prezentaci výsledků s interpretací a verifikaci hypotéz v rámci diskuse.

5. 1 Výzkumný cíl a formulace hypotéz

Péče o seniora s demencí v podmínkách sociálního zařízení typu domov se zvláštním režimem klade důraz na individuální, citlivý a podpůrný přístup, který zohledňuje specifické potřeby seniora, komunikační obtíže a různá omezení soběstačnosti. Významnou úlohu při poskytování péče sehrávají pravidelné činnosti všedního dne a uzpůsobené bezpečné prostředí.

Cíl výzkumu jsou tvrzení, co chce šetření vyzkoumat. Prostřednictvím výzkumných otázek lze dosáhnout stanoveného cíle.¹³⁰

Jako výzkumný cíl jsem si stanovila zjistit, jaký celkový přístup v péči potřebují senioři s demencí v domově se zvláštním režimem.

¹³⁰ Punch, K. F. Základy kvantitativního šetření. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9

Ke zjištění daného cíle byly vytvořeny následující hypotézy:

H₁ Čím více je péče individualizována, tím může být seniorovi s demencí zajišťována kvalitnější péče.

H₂ Jak nabízené aktivity, tak podpůrné prostředí domova může seniora s demencí aktivizovat.

H₃ Komunikace s rodinou je stejně důležitá jako komunikace se seniorem s demencí.

Metoda je cestou k naplnění cíle. „*Výzkumná metoda představuje soubor postupů, pomocí kterých se získávají data ve výzkumném prostředí.*“¹³¹

Pro účely získání odpovědi na stanovený výzkumný cíl jsem zvolila kvantitativní metodu sběru dat prostřednictvím dotazníku s uzavřenými otázkami s možností výběru odpovědí na čtyřbodové škále a některými polozavřenými otázkami pro doplnění informací o vybrané odpovědi.

Dotazník se skládá z několika položek, které hodnotí jednotlivé oblasti péče, které jsou součástí přístupu při péči o seniora s demencí.¹³² Položky byly seřazeny do oblastí péče o seniora, aktivity, prostředí domova, komunikace, spolupráce s rodinou a spolupráce s dalšími subjekty (viz Příloha č. 1).

Dané položky byly hodnoceny na čtyřbodové škále se slovním vyjádřením jednotlivých stupňů, které ukazují na rozsah výskytu jevu (určitě ano – spíše ano – spíše ne – určitě ne), jeho intenzitu (maximálně – hodně – trochu – vůbec ne) a frekvenci jevu (vždy – často – někdy – nikdy). Hodnotící škály byly sestaveny od pozitivní možnosti hodnocení po negativní.¹³³

¹³¹ Gavora, Peter a kol. 2010. Elektronická učebnica pedagogického výskumu. [online]. Bratislava: Univerzita Komenského, 2010. Dostupné na: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/> ISBN 978-80-223-2951-4.

¹³² Čechová, D., Dragomírečká, E. a kol. Manuál – Dotazník spokojenosti s péčí. 1. vyd. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. 28 s. ISBN 978-80-260-1312-9.

¹³³ Čechová, D., Dragomírečká, E. a kol. Manuál – Dotazník spokojenosti s péčí. 1. vyd. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. 28 s. ISBN 978-80-260-1312-9

5. 2 Výzkumný vzorek

Výzkumným vzorkem byla sociální zařízení poskytující sociální službu v domově se zvláštním režimem zaměřená na péči o seniory s demencí. Oslovila jsem dva domovy se zvláštním režimem, kde bylo rozdáno celkem 120 dotazníků pracovníkům v sociálních službách, všeobecným sestřám, sociálním, aktivizačním a rehabilitačním pracovnícím. V Domově A bylo 75 oslovených pracovníků a v Domově B 45 dotazovaných.

Domov A:

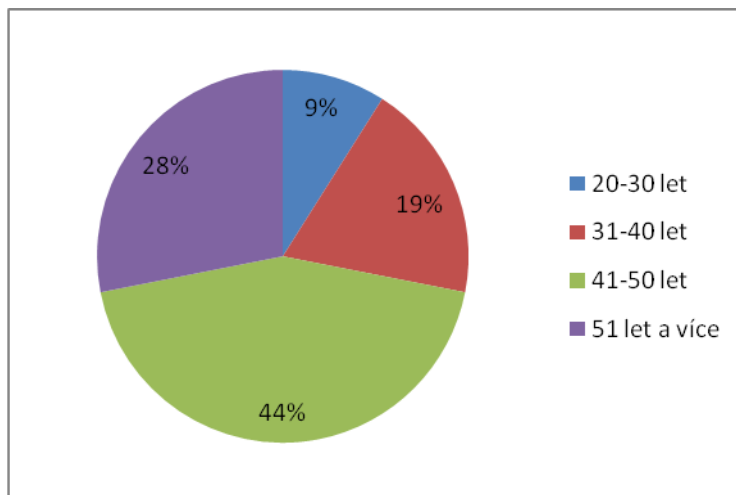
Zřizovatelem Domova A je statutární město Brno. Sociální zařízení poskytuje dva druhy sociální služby: domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Zařízení je umístěno na kraji sídliště v moderní budově s možností vycházky do přilehlého parku. Domov se zvláštním režimem je vymezen pro 200 seniorů umístěných na jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. O seniory v domově se zvláštním režimem pečuje celkem 75 pracovníků v přímé péči, do kterých jsou zahrnováni pracovníci v sociálních službách, všeobecné sestry, rehabilitační pracovníce, sociální a aktivizační pracovníce.

Domov B:

Zřizovatelem Domova B je Krajský úřad Jihomoravského kraje. Sociální zařízení poskytuje dvě služby: domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Domov je umístěn v památkově chráněné zámecké budově na kraji obce s přilehlým zámeckým parkem. Budova je rozčleněna na tři oddělení s převážně vícelůžkovými pokoji (od jednolůžkového až po sedmilůžkové). Péči o 94 seniorů s demencí zajišťuje 45 pracovníků v přímé péči, do kterých jsou zahrnováni pracovníci v sociálních službách, všeobecné sestry, rehabilitační sestry, sociální a aktivizační pracovníce.

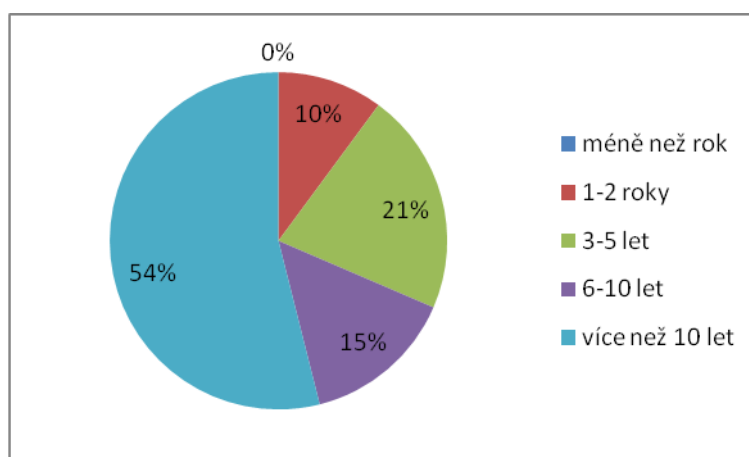
Níže uvádím přehled pracovníků obou zkoumaných sociálních zařízení rozdělených podle pohlaví a věku, počtu let praxe, vzdělání a pracovní pozice.

Graf 1. Pohlaví a věk respondentů



Věk respondentů se pohybuje převážně v rozmezí mezi 41 až 50 lety, tedy dle Grafu 1 to znamená 44% všech dotázaných respondentů. Graficky znázorněné výsledky zahrnují oba zkoumané domovy se zvláštním režimem, ve kterých pracují převážně ženy středního věku s dlouhodobou praxí práce se seniory s demencí (jak ukazuje níže Graf 2).

Graf 2. Počet let praxe

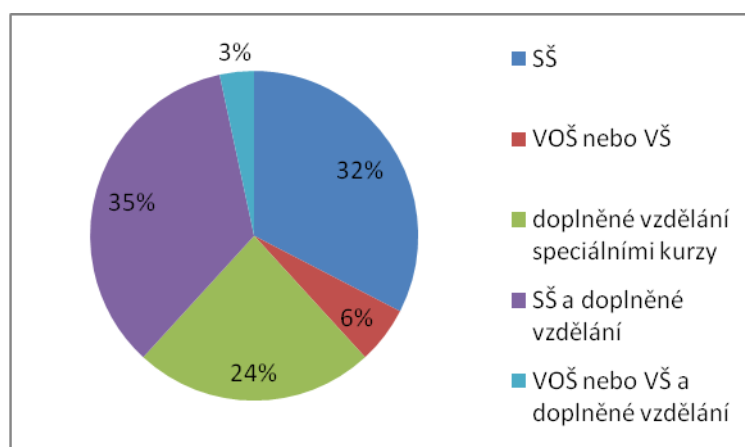


Na základě výsledků odpovědí respondentů pracují v obou zkoumaných sociálních zařízeních pracovníci v 54% s více než desetiletou praxí, což potvrzuje vyšší věk

v předchozím Grafu 1. V daných domovech se zvláštním režimem pracuje více starších pracovníků s dlouholetou praxí a zkušenostmi. Zajímavým zjištěním je absence nových mladších pracovníků, protože nejméně jsou zastoupeni právě pracovníci zaměstnaní v těchto zařízeních 1 až 2 roky a nikdo není v zařízení méně než rok.

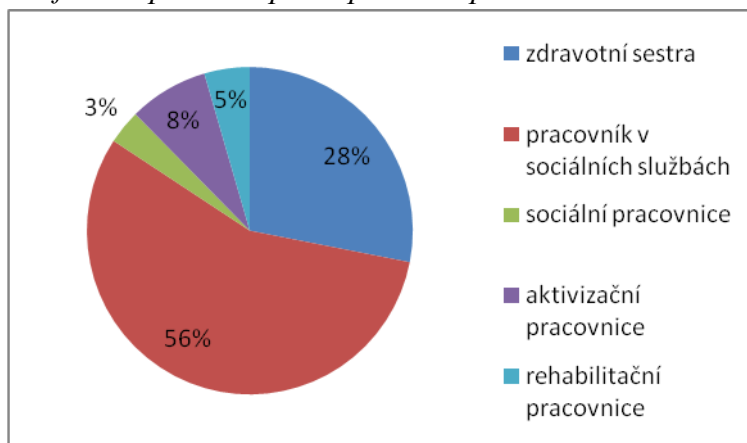
Z výše uvedeného vyplývá dlouholetá pracovní zkušenost respondentů sociálních zařízení, což je pozitivním faktem pro práci se seniory s demencí. Na druhou stranu to nicméně může vést k vyhoření, ztrátě zájmů či neochotě učit se něčemu novému (například přístupům a způsobům práce se seniory, metodám komunikace se seniory s komunikační bariérou apod.). Dle mého názoru se tyto obavy na základě výsledků odpovědí dotazovaných nepotvrdily, jak dokazují výsledky níže.

Graf 3. Vzdělání pracovníků



Vzdělání respondentů zkoumaných sociálních zařízení je znázorněno v Grafu 3, ze kterého vyplývá, že nejvíce tedy 35% respondentů má dosažené vzdělání na střední škole doplněné speciálními kurzy zaměřené na péči o seniory s demencí. Tento výsledek je téměř shodný u respondentů s dosaženým vzděláním na střední škole, které má zastoupení 32%. Nejméně tedy 3% oslovených pracovníků dosáhlo vysokoškolského vzdělání, které se převážně týká sociálních pracovníků a aktivizačních pracovníků. Z výše uvedených a graficky znázorněných hodnot lze usoudit, že pracovníci si doplnili vzdělání v péči o seniory až před příchodem do sociálního zařízení nebo po nástupu do zařízení.

Graf 4. Respondenti podle pracovní pozice



Dle výše uvedených graficky znázorněných výsledků v Grafu 4 vyplynulo největší zastoupení pracovníků v obou zkoumaných domovech se zvláštním režimem, které tvoří pracovníci v sociálních službách (56%). Následují zdravotní sestry (28%), kterých je méně, ale jsou nezbytnou součástí multidisciplinárního týmu pečujícího o seniory s demencí, společně s aktivizačními pracovníci, rehabilitačními a sociálními pracovníci.

Důvodem tak vysokého procenta zastoupení pracovníků v sociálních službách v zařízení je vyšší potřebnost pomoci, podpory a péče o seniory s demencí při úkonech péče o sebe a úkonech soběstačnosti v denních činnostech, pochopitelně ve spolupráci s ostatními uvedenými pracovníky.

5.3 Průběh sběru dat a prezentace výsledků

Dotazníkové šetření bylo provedeno v průběhu října a listopadu 2012 ve dvou výše uvedených sociálních zařízeních.

Dotazník byl anonymní, respondenti udávali pouze některé sociodemografické údaje, jako jsou pohlaví, věk, počet let praxe, vzdělání a pracovní pozici, kterou zastávají v sociálním zařízení (viz 5.2 Výzkumný vzorek). Pro zajištění anonymity a důvěrnosti získaných dat měli respondenti k dispozici obálku, do které mohli dotazníky vkládat.

Měli rovněž možnost využívat schránky důvěry na odděleních domova se zvláštním režimem, kam také mohli dotazník vhodit.¹³⁴

Prezentace výsledků bude věnována porovnávání výsledků dotazníkového šetření zkoumaných sociálních zařízení seřazených podle zkoumaných okruhů, které jsou rozčleněny na oblasti: Péče o seniora s demencí, Aktivity, Prostředí domova, Komunikace, Spolupráce s rodinou a Spolupráce s jinými subjekty. Porovnávat budu rovněž některé související otázky z uvedených oblastí.

Péče o seniora s demencí

Danou oblast saturují následující položky dotazníku:

Má každý klient svého klíčového pracovníka, se kterým vytváří individuální plán? (otázka 6. a)

Zjišťujete potřeby, přání, zájmy a osobní historii seniora? (otázka 6. b)

Sledujete adaptaci seniora na nové prostředí? (otázka 6. c)

Jsou získané informace využívány v každodenní péči? (otázka 6. d)

Přináší pravidelný denní rytmus seniorovi pocit jistoty? (otázka 6. e)

Vytváří vztah důvěry mezi personálem a seniorem pocit bezpečí seniora? (otázka 6. f)

Podporujete seniora, aby se aktivně zapojil do sebeděče? (otázka 6. g)

Užíváte při práci se seniory s demencí metodu bazální stimulace? (otázka 6. h)

Odstraňujete rušivé vlivy při práci se seniorem (hluk TV, rozhovory personálu...)? (otázka 6. i)

Může být problematické chování seniora s demencí projevem nějaké jeho neuspokojené potřeby? (otázka 6. j)

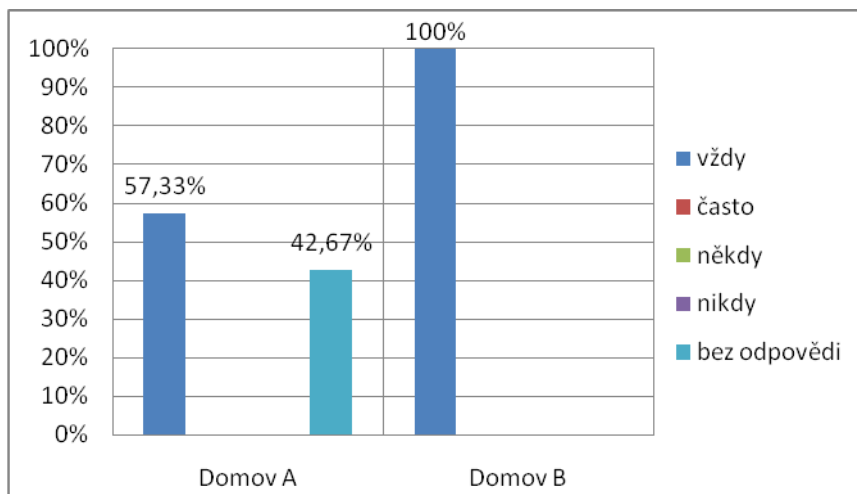
Má senior možnost vyjadřovat jakýmkoliv způsobem svou spokojenost s poskytovanou službou? (otázka 6. k)

Řešíte problémy společně se seniorem? (otázka 6. l)

Považujete chování seniora s demencí jako projev prožívání demence? (otázka 6. m)

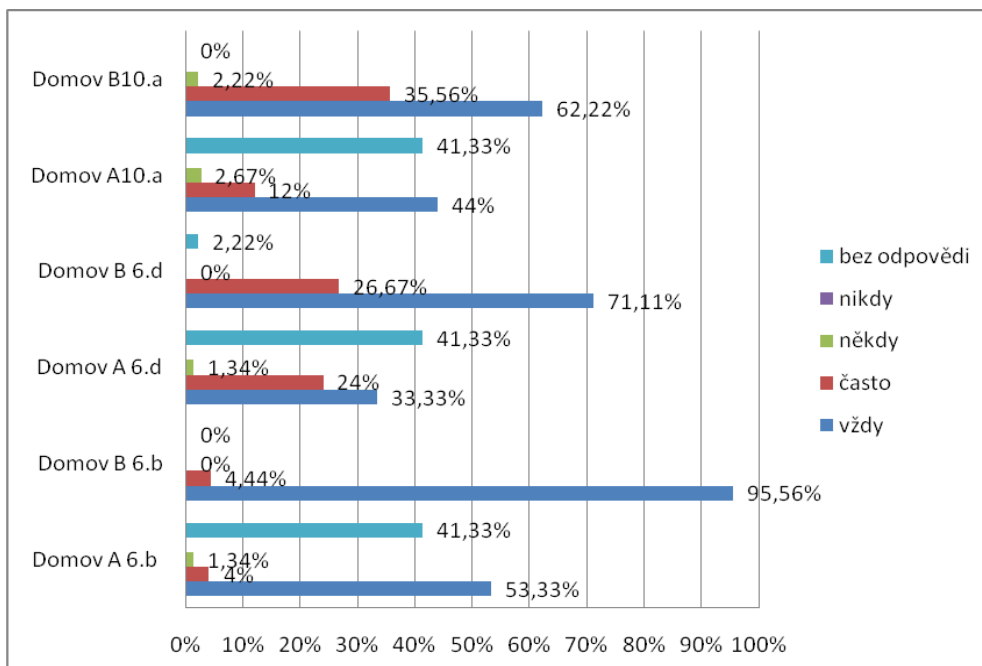
¹³⁴ Čechová, D., Dragomirecká, E. a kol. Manuál – Dotazník spokojenosti s péčí. 1. Vyd. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. 28 s. ISBN 978-80-260-1312-9

Graf 5. Každý klient má svého klíčového pracovníka (otázka 6. a)



Na položenou otázku odpověděli všichni respondenti Domova B, dle kterých má senior vždy svého klíčového pracovníka, se kterým společně vypracovává individuální plán. Avšak respondenti Domova A sice odpověděli, že vždy má senior svého klíčového pracovníka, ale pouze 57% dotázaných. Zbylých necelých 43% respondentů neodpovědělo.

Graf 6. Zjišťování potřeb, přání a osobní historie seniora (otázka 6. b), jejich využití v každodenní péči (otázka 6. d) a rodina jako významný zdroj informací (otázka 10. a)

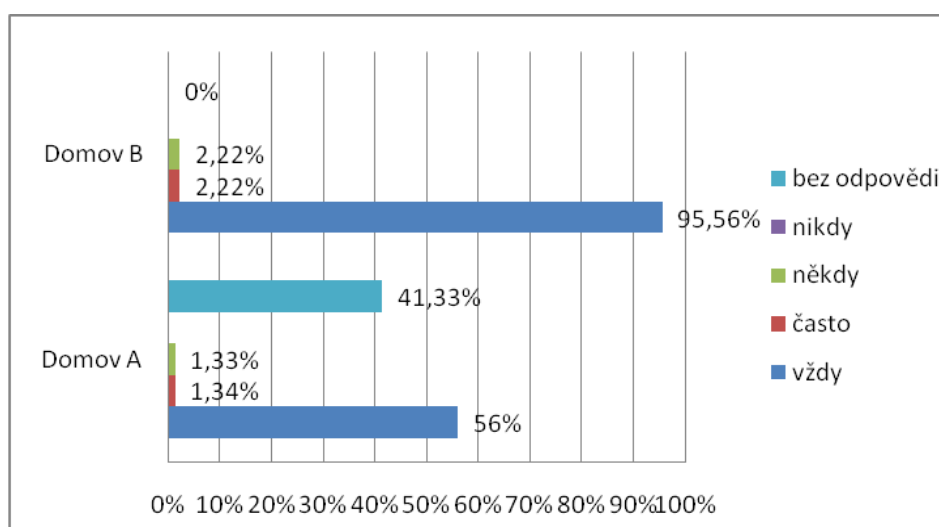


Z Grafu 6 dle respondentů Domova A 6. b a Domova B 6. b vyplývá, že v obou sociálních zařízeních vyjma malého procentního zastoupení respondentů vždy zjišťují pracovníci potřeby, přání, zájmy a osobní historii seniora. Poměrně vysoké procentní zastoupení (41,33%) respondentů Domova A neodpovědělo vůbec na žádnou z výše uvedených otázek.

Získané poznatky o seniorovi vždy a často využívají respondenti zkoumaných zařízení při poskytované službě, a také považují rodinu vždy a často za významný zdroj informací o seniorovi. Tento postoj ukazuje na snahu spolupracovat s rodinnými příslušníky a poznat seniora, který již vzhledem ke stupni demence spojené s komunikačními obtížemi a postupnou zhoršující se pamětí nedokáže sdělit svá přání, potřeby a osobní historii srozumitelnou formou. Přístupem dotazovaných pracovníků ke zjišťování informací a jejich využívání v praxi lze dosáhnout individualizované péče.

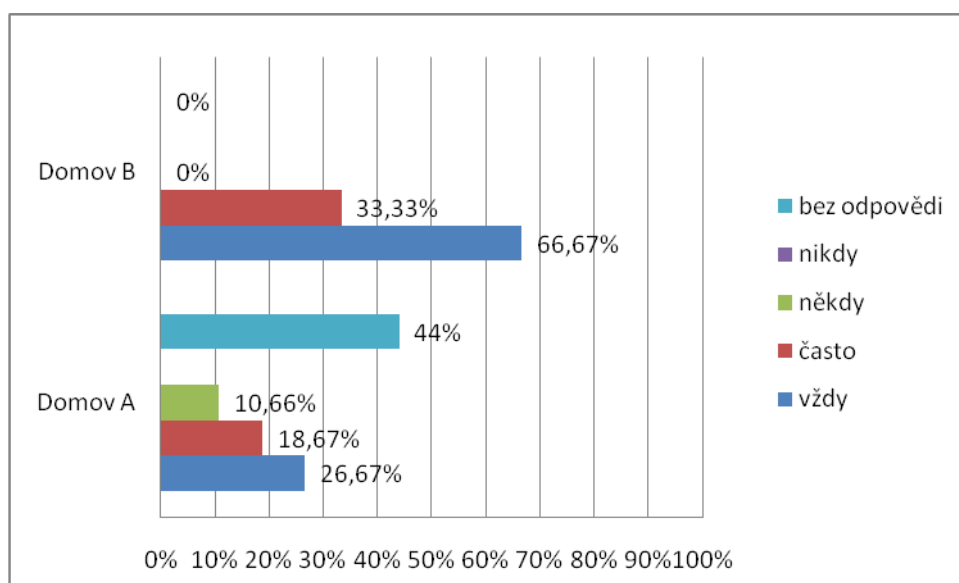
Kromě výše uvedených výsledků je podle malého procentního zastoupení dotazovaných pracovníků rodina seniora někdy podstatným zdrojem informací. Důvodem dle mého názoru mohou být nevyjasněné či ne zcela fungující vztahy v rodině, proto nemusí být rodina zcela otevřená a ochotná podávat informace o seniorovi, jeho životě, osobním, rodinném a pracovním a vysvětlovat příčiny jeho chování a jednání.

Graf 7. Sledování adaptace seniora na nové prostředí (otázka 6. c)



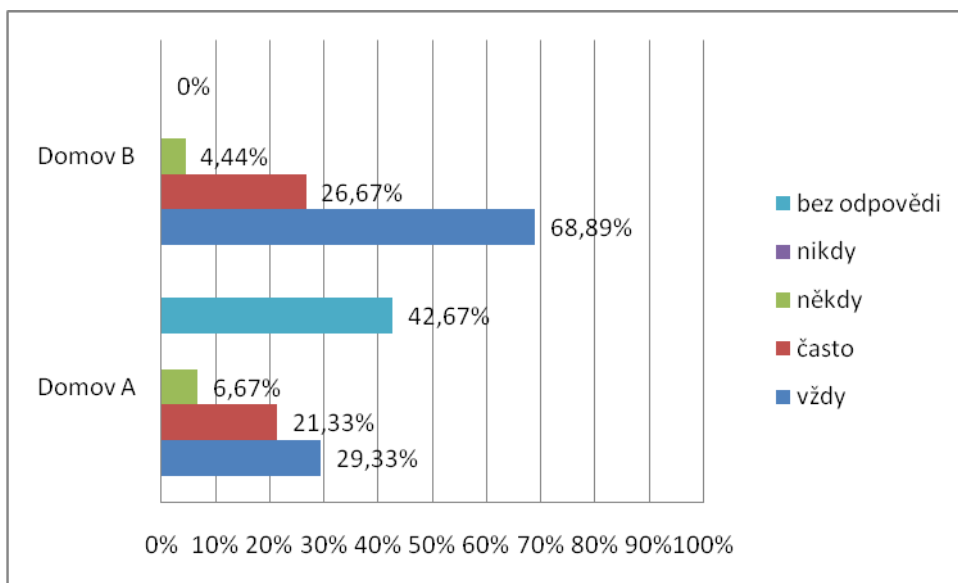
Většina respondentů obou sociálních zařízení dle Grafu 7 sleduje vždy adaptaci seniora na nové prostředí, obzvláště v Domově B (95,56%). Pouze malé procento dotazovaných pracovníků sleduje adaptaci seniora často a někdy. Z oslovených respondentů 41% z nich Domova A nezodpověděli vůbec na danou otázku. Pro seniora je to náročné období, proto se pracovníci snaží, aby adaptační období bylo pro seniory co nejvíce příjemné a aby senior s demencí pocítil jistotu a přijetí při kontaktu ze strany pracovníků.

Graf 8. Pocit jistoty v pravidelném denním rytmu (otázka 6. e)



Ve zkoumaných domovech se zvláštním režimem dle Grafu 8 převažuje názor obzvláště dle respondentů Domova B o tom, že pravidelný denní rytmus vždy a často přináší seniorovi s demencí pocity jistoty. U respondentů Domova A je procento odpovědí nižší vzhledem k počtu respondentů, kteří nezodpověděli na otázku. Pro seniora má tento pocit značný význam, protože ví, co bude následovat, že například každou středu je předčítání nebo v pátek je zpívání, anebo ráno chodí lékař a odpoledne přijde návštěva. Tyto běžné události podporují seniorovu orientaci v čase, o kterém velmi brzy ztrácí pro zhoršování kognitivních funkcí představu.

Graf 9. Vznik pocitu bezpečí na základě vztahu důvěry mezi personálem a seniorem (otázka 6. f)

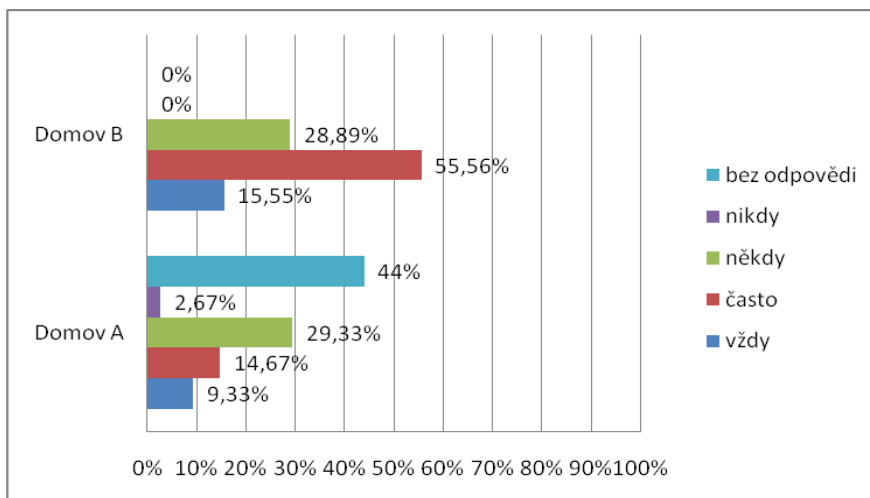


Nadpoloviční většina respondentů Domova B (téměř 69%) v Grafu 9 se domnívá, že vztah důvěry mezi personálem a seniorem s demencí vždy vytváří jeho pocit bezpečí. Dle respondentů Domova A zastává tento názor 29% dotazovaných. Téměř třetina respondentů obou sociálních zařízení soudí, že vztah důvěry mezi personálem a seniorem vytváří často pocit bezpečí seniora.

Pocit a potřeba jistoty a bezpečí patří k základním životním potřebám a je důležité tyto potřeby získávat a znát, aby se senior s demencí necítil osamocený, zbytečný a ohrožený. Takové pocity mohou následně vyvolávat negativní reakce (neklid, úzkost, toulání) až projevy problematického chování.¹³⁵ Pro poskytování bezpečné a potřebám odpovídající péče je nutný vztah mezi personálem a seniorem založený na vzájemné důvěře a respektu.

¹³⁵ Viz 1. 3 Kognitivní poruchy

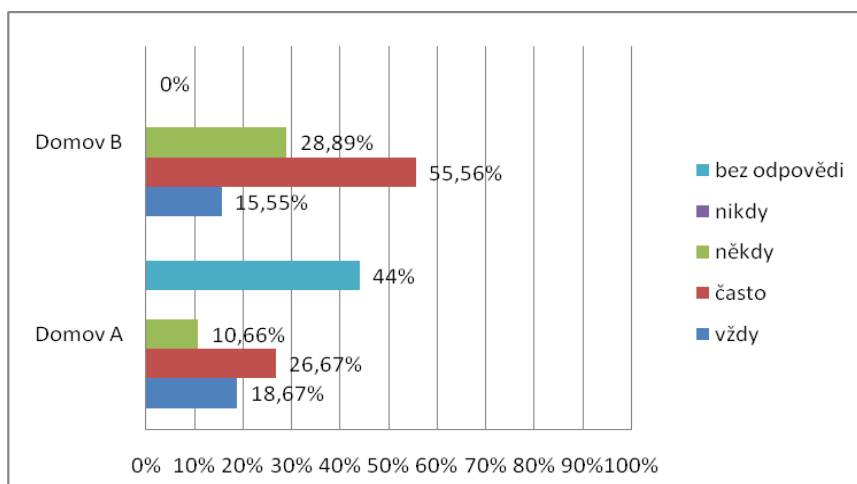
Graf 10. Užívání metody bazální stimulace (otázka 6. h)



Respondenti zkoumaných sociálních zařízení se poměrně liší v názoru na užívání metody bazální stimulace. Jak lze vidět v Grafu 10, metoda bazální stimulace je více využívána v Domově B, kde je aplikována častěji (dle 55,56% respondentů) než v Domově A, ve kterém dokonce dle malého procenta respondentů (2,67%) není užívána nikdy.

Pouze v malém zastoupení ukazuje Graf 10 shodné výsledky u obou zkoumaných sociálních zařízení týkající se užívání metody bazální stimulace, na základě kterého ji používají někdy, ovšem pouze dle mínění cca 29% respondentů.

Graf 11. Odstraňování rušivých vlivů při práci se seniorem (ot. 6. i)



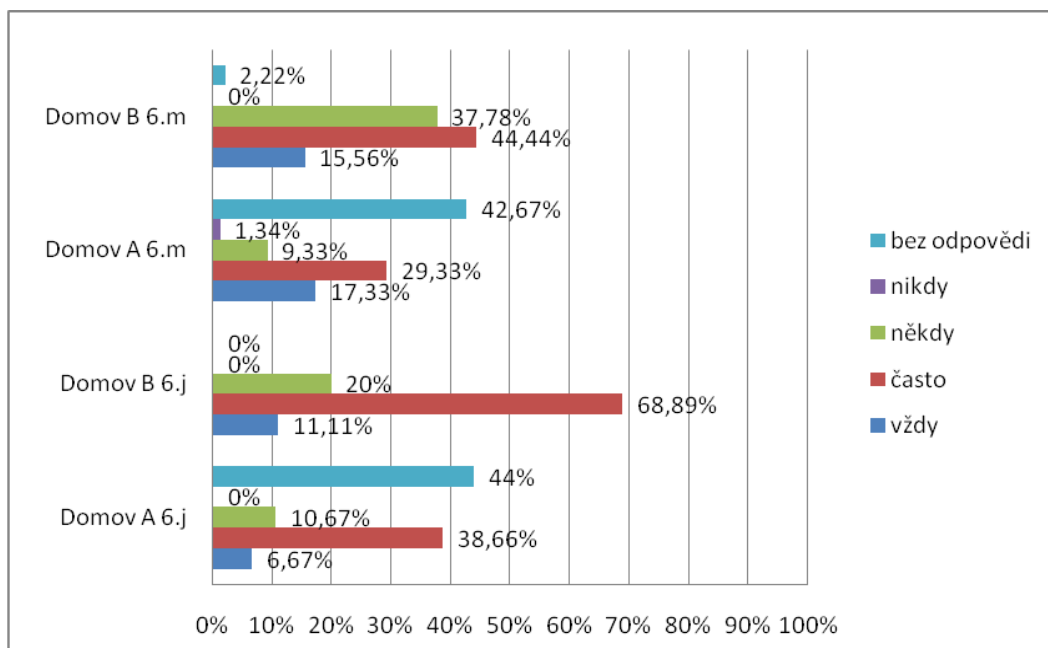
Z Grafu 11 vyplývá, že respondenti Domova B častěji odstraňují možné rušivé vlivy při práci se seniorem s demencí (téměř 56%) než respondenti Domova A (necelých 27%).

Rozdíl mezi oběma domovy se zvláštním režimem v Grafu 11 lze vysvětlit tím, jak moc si personál uvědomuje vnímání seniora, kterému je poskytována péče za přítomnosti více pracovníků hovořících mezi sebou a dalších rušivých faktorů zneklidňujících seniora. Senior si může připadat bezmocný, bezvýznamný, bez možnosti ovlivnit situaci a může reagovat neklidem nebo se bránit péči. Proto je třeba brát zřetel na jeho stav a přistupovat k němu s důstojností, kterou si zaslouží.

V tomto ohledu může být jistou pomocí metoda bazální stimulace užívaná převážně u imobilních seniorů s komunikační bariérou, která klade důraz na klidný a pomalý postup s využitím více pomocných rukou, ale s jedním mluvčím (viz 1.2 Fáze demence – Metoda Bazální stimulace).

Dalším vhodným doporučením je odstraňování možných rušivých faktorů a vlivů, které by narušovaly práci se seniorem, a věnování pozornosti reakcím seniora a způsobu komunikace s ním (viz 2.2 Péče o seniory s demencí – Komunikace se seniorem s demencí).

Graf 12. Chování seniora jako projev neuspokojené potřeby (otázka 6. j) a jako projev prožívání demence (otázka 6. m)

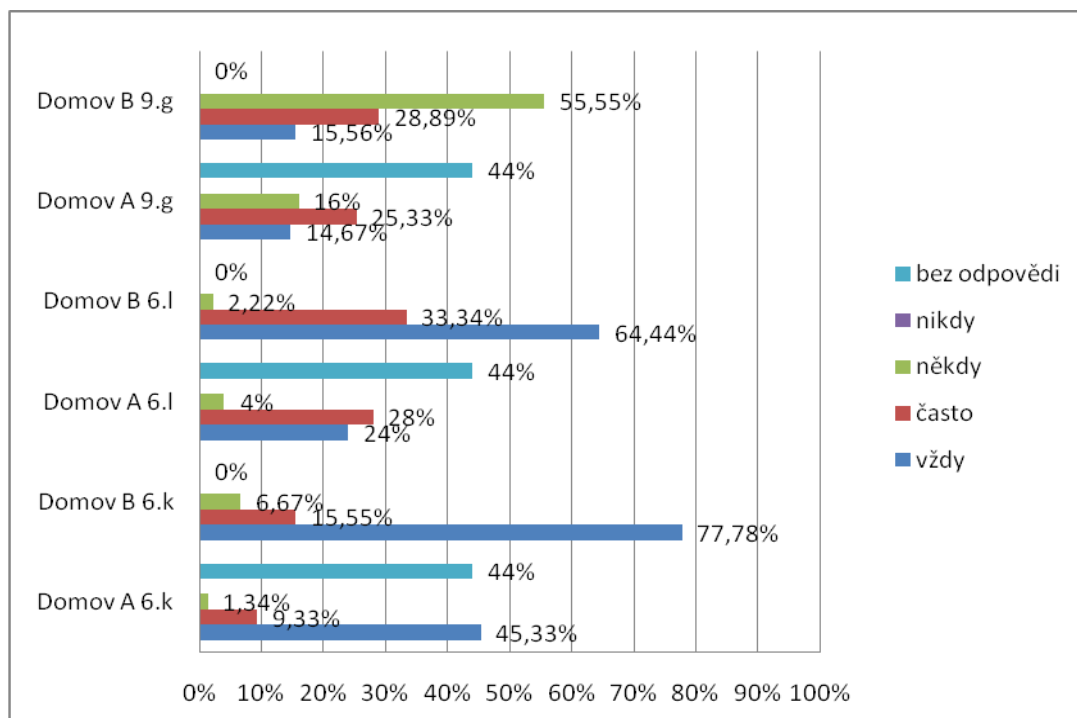


Chování dle Grafu 12 považují respondenti zkoumaných zařízení vždy jako projev neuspokojené potřeby, i když dle Domova B 6. j ve větší míře (68,89%). Tento postoj ukazuje na znalost potřeb seniorů s demencí a možných projevů jejich chování.

Chování seniora s demencí považují respondenti za projev prožívání demence seniora v menší míře ve srovnání chování spojeného s neuspokojenou potřebou. Objevuje se dokonce názor, že nikdy není chování seniora projevem prožívání demence (dle 1,34% respondentů Domova A 6. m).

Jak vyplývá z teorie, častým důsledkem neklidného chování je absence nějaké potřeby, která nebyla naplněna nebo je přítomna nějaká nepříjemná situace či stav. Příkladem může být hlad, žízeň, potřeba na toaletu, strach, nezvyklá situace vyvolávající obavy, nejistotu, hluk z televize či rádia, hluk z ulice, velký shluk lidí na jednom místě, velké prostory, temné chodby a zákoutí apod. (více otázka 8. g v Grafu 23, 8. h v Grafu 24), které mohou ovlivňovat chování seniora s demencí a také u něj vyvolávat dávné prožití události a vzpomínky i ty s negativním nábojem.

Graf 13. Možnost vyjadřovat ne/spokojenost (otázka 6. k), společné řešení problémů (otázka 6. l) a vliv seniora na (svou) situaci (otázka 9. g)



Grafické znázornění výsledků odpovědí respondentů na otázku možnosti vyjadřovat spokojenost či nespokojenost s poskytovanou službou (znázornění Domova A 6. k a Domova B 6. k) ukazuje v Domově B na většinové shodné tvrzení (77,78%), dle něhož se senior může vždy vyjadřovat jakýmkoliv způsobem k poskytované sociální službě oproti Domovu A, ve kterém mohou senioři vždy podávat připomínky dle necelé poloviny respondentů (45,33%).

Stejně tak je ve větší míře řešena problematická situace společně se seniorem v Domově B 6. l (dle 64,44% dotázaných) než v Domově A 6. l, ve kterém s tímto názorem souhlasí 24% oslovených. Ovšem rozdíl nastává ve vlivu seniora na situaci, který může uplatňovat v Domově B 9. g někdy dle 55,56% respondentů oproti Domovu A 9. g.

Podle srovnání odpovědí a zobrazených výsledků nejsou v názoru na ovlivnění situace seniorem zkoumaná sociální zařízení jednotná. U Domova B 9. g převažuje tendence dávat menší prostor seniorovi pro ovlivnění či kontrolu své situace. Tato tendence může být způsobena postojem samotného personálu k seniorovi s demencí, ale také

možnostmi zařízení, jeho vybavení, prostorovými možnostmi a zdravotním stavem seniora, jeho soběstačností, schopností pohybu a sebepečce. Přesto určitým doporučením je pozměnit přístup k péči o seniora. Stačí, aby mohl sám mít alespoň malou moc nad svou či jinou situací, která se ho přinejmenším týká či je v ní účastníkem, např. prosba personálu o posunutí se nebo podání talíře, pokud je toho senior schopný. Pro seniora je to znamením rovnoprávného postavení s pečujícím, signálem, že je chápán jako rovnocenný člověk, který může být potřebný a užitečný (viz 2.2 Péče o seniory s demencí).

Aktivity

Oblast Aktivity obsahuje tyto následující položky dotazníku:

Mají senioři s demencí příležitost zúčastňovat se smysluplných programovaných aktivit? (otázka 7. a)

Má senior možnost podílet se na běžných denních činnostech (např. úklid ze stolu, nachystání si hrnku na kávu, zametání...)? (otázka 7. b)

Vytváříte pro seniory s demencí aktivity a činnosti, které odpovídají jejich věku? (otázka 7. c)

Vytváříte individuální programy pro seniory upoutané (nepohyblivé) na lůžku s komunikačním deficitem – 3. stadium demence? (otázka 7. d)

Jsou individuální programy pro nepohyblivé seniory – 3. stadium demence více přínosné než skupinové aktivity? (otázka 7. e)

Nabízíte aktivity pro seniory v různých stádiích demence? (otázka 7. f)

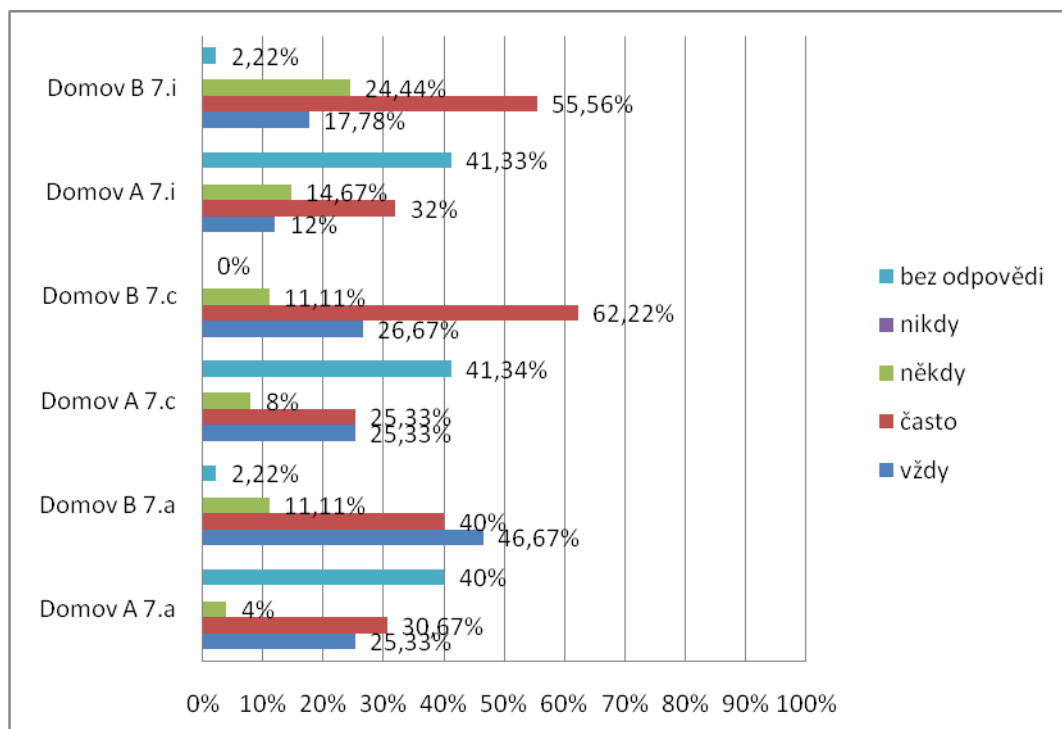
Podporují aktivity seniora s demencí ve využívání jeho zvyklostí a schopností? (otázka 7. g)

Jsou programované aktivity dobrovolné? (otázka 7. h)

Povzbuzují aktivity k úspěchu? (otázka 7. i)

Využíváte pro aktivizaci seniorů s demencí prostředí zařízení (např. výzdobou, předměty, zákoutími, živými zvířaty a květinami, výhledem...)? (otázka 7. j)

Graf 14. Účast na smysluplných aktivitách a činnostech (otázka 7. a) odpovídajících věku (otázka 7. c) a vedoucí k úspěchu (otázka 7. i)



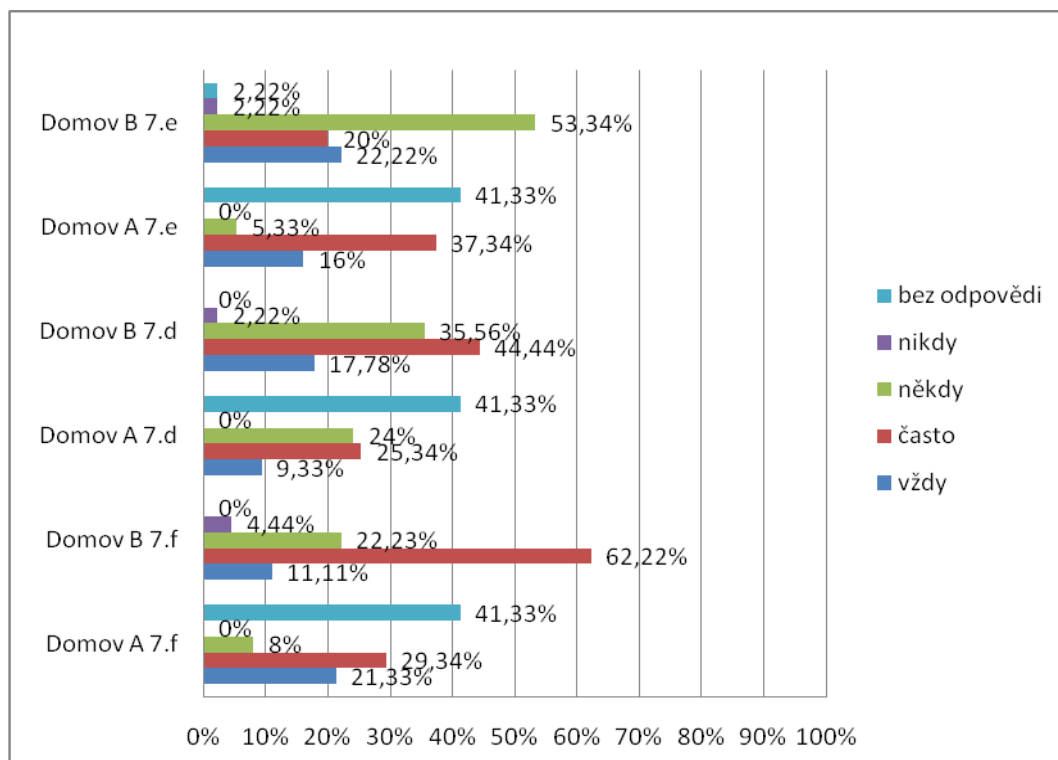
Senior se může ve větší míře dle výsledků odpovědí v Grafu 14 zúčastňovat smysluplných aktivit, které odpovídají věku a vedou k úspěchu v Domově B než v Domově A. Nabízené aktivity přiměřené věku seniora jsou v obou sociálních zařízeních v téměř totožném poměru (25,33% a 26,67%), které by jinak nemohly být pro seniory smysluplné a důstojné.

Určité zastoupení mají názory respondentů obou sociálních zařízení, kteří se domnívají, že pořádané aktivity vedou někdy k úspěchu. Jejich domněnka vychází z možné proměnlivosti stavu seniora s demencí, kterému se může některá činnost podařit a někdy přijde období, kdy není tak úspěšný jako dříve. Mínění respondentů vychází ze zkušenosti práce se seniory s demencí, jejichž stav není vždy stejný a v průběhu času se mění k lepšímu i k horšímu.

Výše znázorněné výsledky vedou k závěru, že senior s demencí se může více zapojovat do hodnotných aktivit a činností, které jsou přiměřené věku a vedou seniora k úspěchu v Domově B. Takové činnosti povzbuzují sebedůvěru seniora, příjemný pocit a radost.

Senior z nich může mít potěšení a mohou ho motivovat k dalším aktivitám nebo pokračováním v nabízených činnostech. Smysluplnost aktivit pro seniory s demencí tkví ve využívání činností běžného denního života, které podporují užívání ještě zachovaných paměťových stop jednotlivých úkonů soběstačnosti a sebezpečí (například umývání hrnku, stlaní lůžka, zametání). Jedná se také o činnosti, které dříve dělávali, jejich paměť je má hluboko zafixované, takže je pak senior může zvládnout s podporou nebo bez ní (viz 3. Aktivizace všedního dne).

Graf 15. Aktivity v různých stádiích demence (otázka 7. f), programy pro seniory upoutané (nepohyblivé) na lůžku s komunikační bariérou (otázka 7. d) a přínos individuálních aktivit před skupinovými (otázka 7. e)

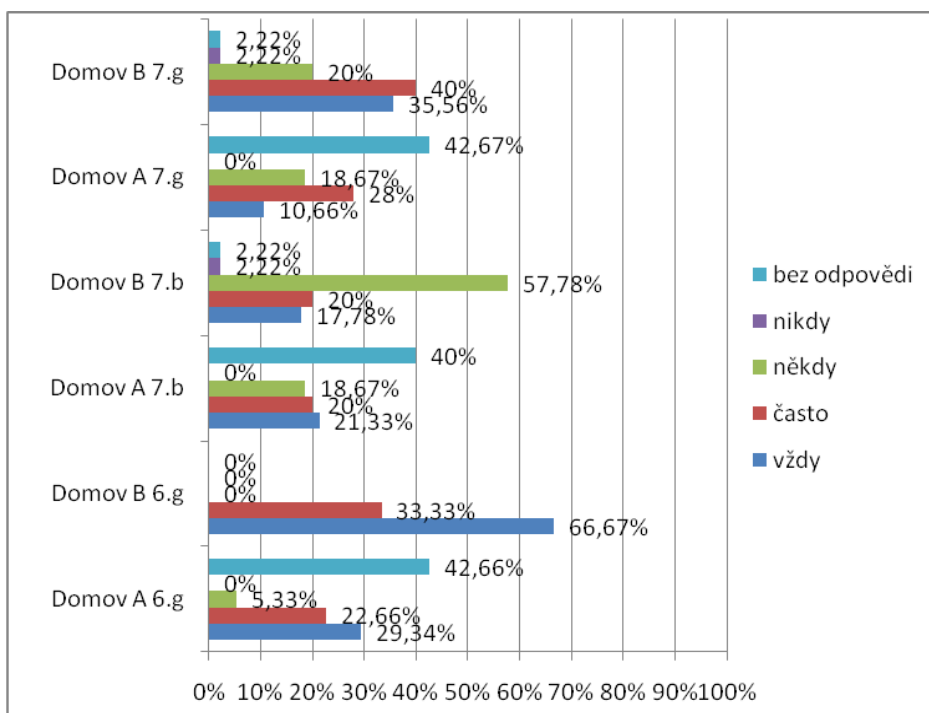


Názor na aktivity pro seniory v různých stádiích demence vytvářené často převažuje u respondentů Domova B 7. f (62,22%) nad názorem respondentů Domova A 7. f (29,34%), ve kterém jsou zase vždy vytvářené aktivity pro seniory ve všech stádiích demence (21,33%). Na druhou stranu se objevilo několik mínění (podle 4,44% respondentů Domova B), dle kterých tyto aktivity nejsou nikdy vytvářeny.

Odpovědi respondentů Domova A 7. d ukazují větší sklon k názoru na individuální programy pro seniory upoutané na lůžku s komunikačním deficitem vytvářené často a někdy v rovnoměrném poměru (cca 24,5%), které častěji přináší seniorovi přínos než skupinové programy (37,34%). Naproti tomu u respondentů Domova B 7. d převažuje názor, že individuální programy pro seniory upoutané na lůžku jsou vytvářeny často, poté někdy a dle poloviny dotazovaných mějí někdy pro seniory přínos.

Výsledky Domova A 7. f a Domova B 7. f vyplývající z Grafu 15 se shodují s názory respondentů znázorněnými v Domově A 7. d a v Domově B 7. d. Jestliže jsou aktivity nabízeny ve všech stádiích demence, jsou také vytvářeny pro nepohyblivé seniory ve 3. stadiu demence. Co se týče vyššího přínosu individuálně vytvářených než skupinových, záleží, jak senior s demencí dokáže vnímat okolní dění, jak moc ho mohou společné aktivity zatěžovat a jak mohou být pro něj tyto aktivity obohacující.

Graf 16. Podpora seniora při sebezpečí (otázka 6. g), jeho podíl na denních činnostech (otázka 7. b) a podpora seniora ve využívání zvyklostí a schopností (otázka 7. g)

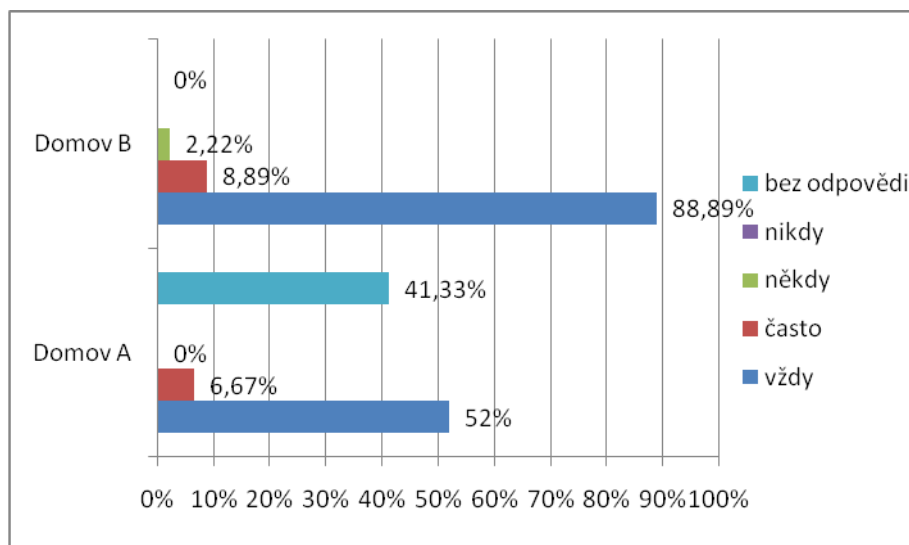


Graf 16 ukazuje výsledky podpory seniora při sebeděči, kterou vždy zajišťují více pracovníci Domova B 6. g (66,67%) než respondenti Domova A 6. g, kteří podporují vždy seniora při sebeděči podle 29,34% z dotazovaných. Ovšem respondenti Domova A 7. b více zapojují seniora do běžných denních činností než respondenti Domova B 7. b, kde se může na denních činnostech podílet senior někdy dle většiny respondentů (57,78%).

Denní činnosti umožňují seniorovi kontakt s děním, s realitou všedního dne spojeného s obyčejnými úkoly, které byly dříve běžnou součástí jeho každodenního života. I když jsou činnosti vytvořené, senior se již dle odpovědí některých respondentů neovládá do nich zapojovat z důvodu zhoršeného stavu, vyššího stádia demence a ztrátou dovedností a tím zvýšené potřebě převážné a plné pomoci při sebeděči (viz 3. Aktivizace všedního dne).

Podpora seniora ve využívání zvyklostí a schopností souvisí s podporou soběstačnosti seniora a s jeho zapojováním do běžných denních činností, kde může uplatnit zachovalé schopnosti a dovednosti. Rovněž záleží, jak jsou tyto schopnosti ještě zachovány, aby je mohl senior využívat. Výsledky odpovědí respondentů Domova A 7. g a Domova B 7. g ukazují na vyšší snahu pracovníků Domova B (40%) ve snaze využívat zvyklostí a schopností seniora s demencí při podpoře v sebeděči.

Graf 17. Dobrovolnost programovaných aktivit (otázka 7. h)

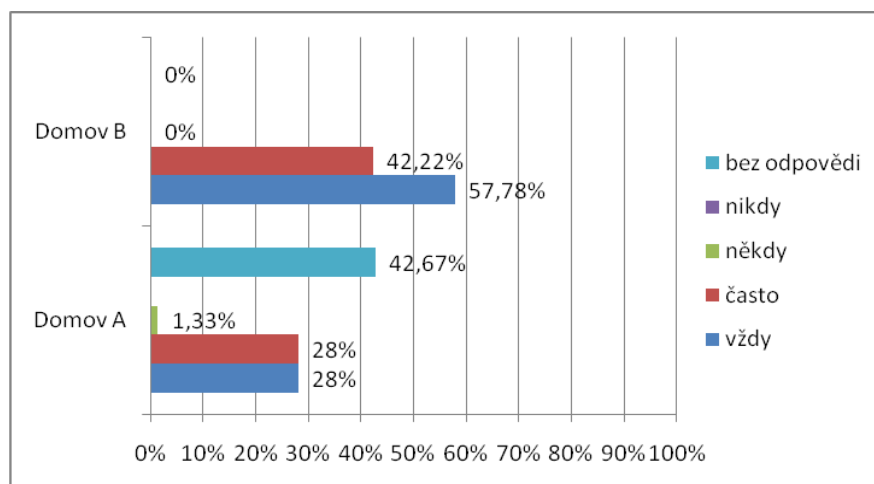


Výsledky odpovědí dotazovaných respondentů obou domovů se zvláštním režimem znázorněné v Grafu 17 jsou téměř jednoznačné. Většina respondentů se shoduje v názoru na dobrovolném zúčastňování seniorů na nabízených aktivitách.

Uvedené výsledky ukazují a jasně dokazují, že pracovníci berou ohled na svobodné rozhodnutí seniorů s demencí, dávají jim možnost a příležitost ovlivnit situaci a rozhodnout se bez nátlaku.

Odpovědi respondentů, dle kterých jsou aktivity někdy dobrovolné, vyznívá pejorativně, ovšem možným vysvětlením je nejistota seniora, zda se má zúčastnit nebo ne. Senior s demencí třeba neví a nedokáže se rozhodnout, zda se připojí, má obavy, co má očekávat, zda bude aktivitu či činnost zvládat, proto je pracovníky motivován, aby se zapojil a zkusil se třeba jen dívat, co ostatní senioři dělají.

Graf 18. Využití prostředí zařízení při aktivizaci (otázka 7. j)



Většina respondentů obou sociálních zařízení dle Grafu 18 souhlasí s názorem, že využívají prostředí domova, jeho vybavení a prostory při aktivizaci seniorů s demencí. Pouze 1,33% z oslovených respondentů Domova A se domnívá, že je prostředí využíváno při aktivizaci jen někdy.

Prostředí, ve kterém se člověk pohybuje a tráví v něm část svého života a času, má vliv na vnímání toho okolí jako příjemného, pohodového, klidného či aktivizujícího

a podnětného místa. V opačném případě, by se mohly u seniora s demencí projevovat negativní reakce, úzkost, bloudění a neklidné chování. Dokladem, zda prostředím zkoumaných sociálních zařízení využívá své prostory k různým posezením a prohlídkám a zda může vytvářet domácí atmosféru, jsou odpovědi respondentů zkoumaných sociálních zařízení v otázkách 8. d (Graf 21) a 8. f (Graf 22).

Prostředí domova

Prostředí domova pojímá níže uvedené otázky dotazníku:

Užíváte v zařízení orientační systém pro seniory s demencí? (otázka 8. a)

Přizpůsobujete prostředí seniorům podle jejich schopností a omezení? (otázka 8. b)

Používáte barevné kontrasty mezi pozadím a předměty? (otázka 8. c)

Považujete vaše zařízení za domácí prostředí? (otázka 8. d)

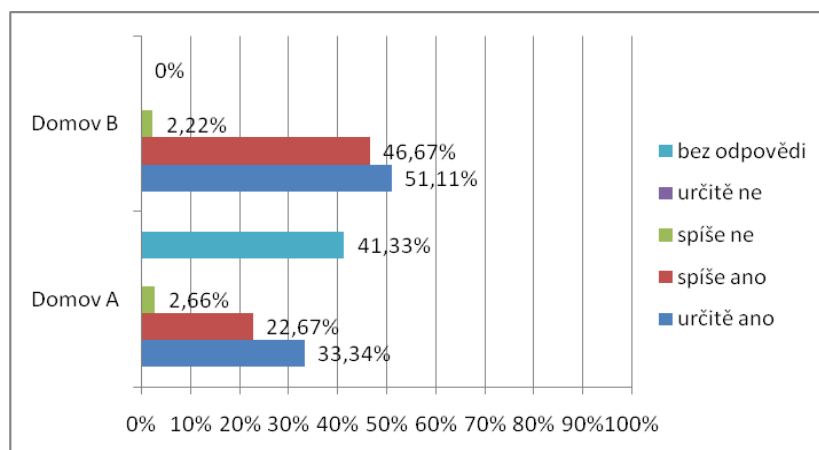
Užíváte barevné graficky označené místnosti, které senior s demencí užívá? (otázka 8. e)

Máte k dispozici různé koutky a posezení pro příjemný pobyt? (otázka 8. f)

Vyvolávají některé prostroje ve vašem zařízení neklid a negativní reakce? Pokud ano, jaké? (otázka 8. g)

Mají senioři s tendencemi k toulání a nočnímu neklidu dostatečně zajištěný bezpečný prostor? (otázka 8. h)

Graf 19. Přizpůsobení prostředí podle schopností a omezení seniorů (otázka 8. b)

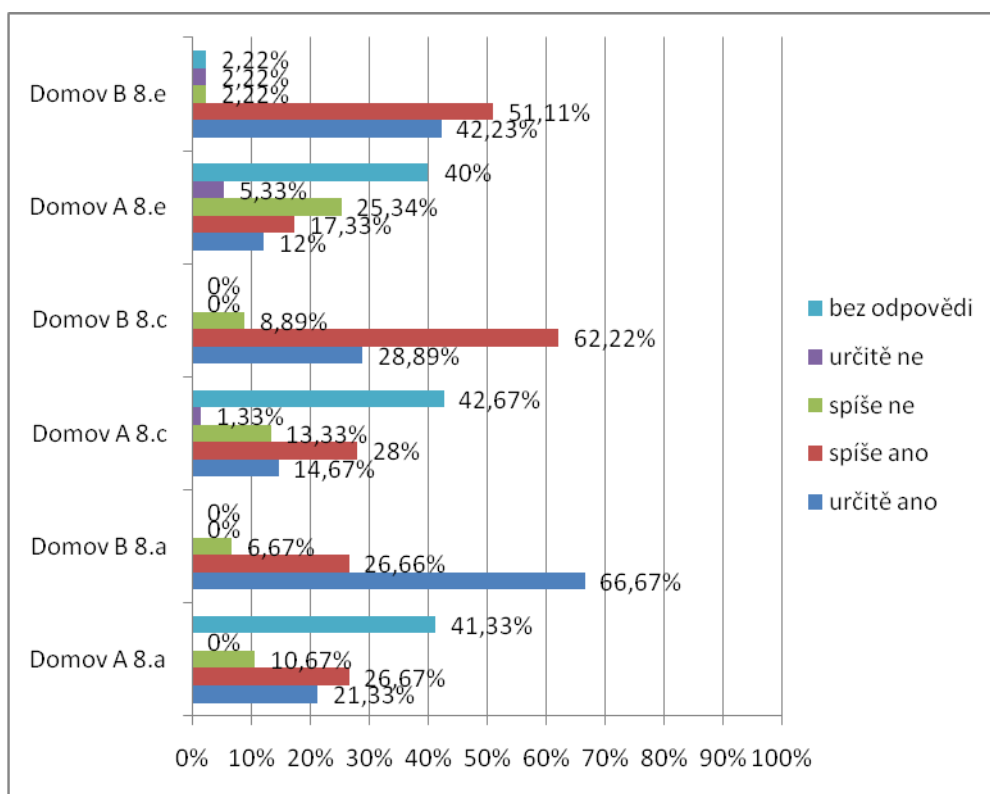


Z odpovědí respondentů Domova A a Domova B dle Grafu 19 vyplývá, že sociální zařízení je určité a spíše přizpůsobováno schopnostem a omezením seniorů s demencí. Podle cca 2,5% z oslovených respondentů obou zařízení spíše není prostředí domova upravováno vzhledem ke schopnostem a omezením seniorů s demencí. Jejich mínění může být odůvodněno technickými obtížemi spojenými s prováděním stavebních úprav, obzvláště v případě zámecké budovy chráněné památkovým ústavem. Roli také hraje dostatek finančních prostředků na realizaci úprav.

Přizpůsobení prostředí domova se zvláštním režimem se týká také vytváření prostor pro posezení nebo procházky seniorů uvnitř domova (viz také Graf 22) a uzpůsobení prostor pro pohyb seniorů s demencí po domově (např. schodišťové plošiny, výtahy, koutky pro posezení, úpravy a rozdělování vícelůžkových pokojů na ménělůžkové zajišťující soukromí seniorů s demencí).

Odpovídající prostředí rovněž představuje netechnické zásahy do budovy, jako například vytváření orientačního systému pro seniory s demencí (zda to tak je, ukazuje Graf 20), označení místností pochopitelným a jednoduchým způsobem (viz Graf 20), užívání kontrastních barev předmětů a pozadí (viz Graf 20), aby seniorům nesplývaly a nevyvolávaly strach z klopýtnutí. Kromě uvedených prostředků pro orientaci je snahou prostředí domova vytváření domácí atmosféry (viz Graf 21) a příjemného prostředí pomocí živých květin, drobných domácích zvířat, vhodné výzdoby a předmětů, které mohou povzbuzovat k procházkám, ke zkoumání nebo prohlížení (souvisí s otázkou 7. j v Grafu 18).

Graf 20. Orientační systém (otázka 8. a), barevné kontrasty (otázka 8. c) a grafické označení místností (otázka 8. e)



Graf 20 ukazuje, že Domov A 8. a má nastavený orientační systém, který je podle 26,67% oslovených respondentů spíše užíván, ale spíše nevyužívá grafické označení místností pro seniory podle 25,34% dotázaných. Na druhou stranu je dle respondentů snahou používat kontrastní barvy u předmětů určených pro seniory (dle 28%).

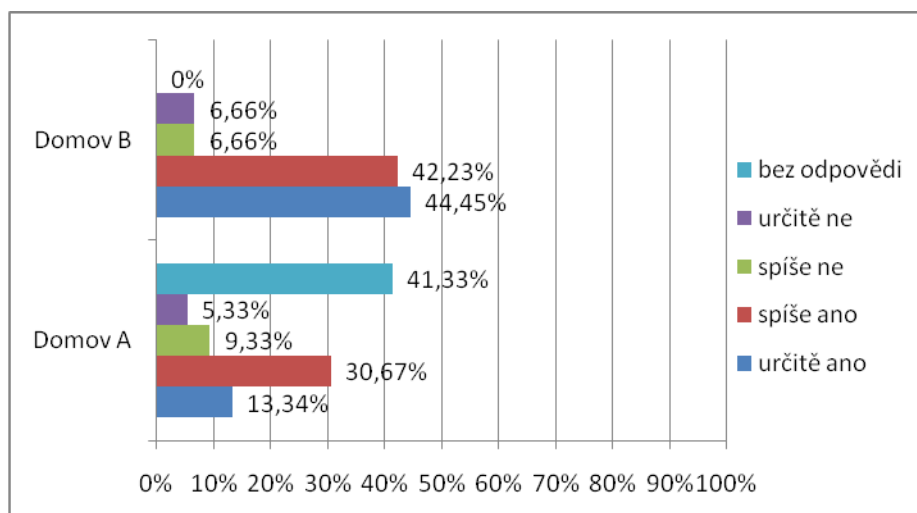
Poněkud odlišně je využíván systém pro orientaci seniorů s demencí v Domově B 8. a, kde se většina respondentů (66,67%) shoduje, že je určitě uplatňován. Respondenti také užívají barevné předměty odlišné od pozadí (62,22%) společně s označenými místnostmi pro seniory podle 51,11% pracovníků.

Graf 20 ukazuje, že v Domově B je více užíván orientační systém pro seniory s demencí, jsou zavedeny barevné kontrasty mezi pozadím a předměty a jsou v domově označeny barevně místnosti pro orientaci a poznání seniora, kde se nachází například toalety, koupelna, pokoje, sesterna, rehabilitace apod. V daném zařízení je kladen vyšší

důraz na orientaci seniora s demencí než v Domově A, snahou je usnadňovat seniorům pohyb v rámci domova a prostor, ve kterých pobývají, a usilují o zmírnění obav seniorů z nepoznání předmětů. Barevně odlišené předměty a pozadí mohou zamezit možným pádům, klopýtnutím nebo drobným nehodám či poranění způsobených přehlédnutím předmětu stejné barvy nebo podobného tvaru jako pozadí stěny nebo koberce či podlahy (viz 4.1 Bezpečné a podpůrné prostředí, 1.3 Kognitivní poruchy – Poruchy vnímání).

Určitým doporučením pro Domov A je zavedení funkčního orientačního systému, který by pomohl seniorovi zorientovat se v prostředí, ve kterém se pohybuje a ve kterém přebývá. Tímto lze předcházet možnému toulání, hledání, úzkosti seniora vznikající z nejistoty, kde se nachází nebo kam má jít.

Graf 21. Sociální zařízení jako domácí prostředí (otázka 8. d)



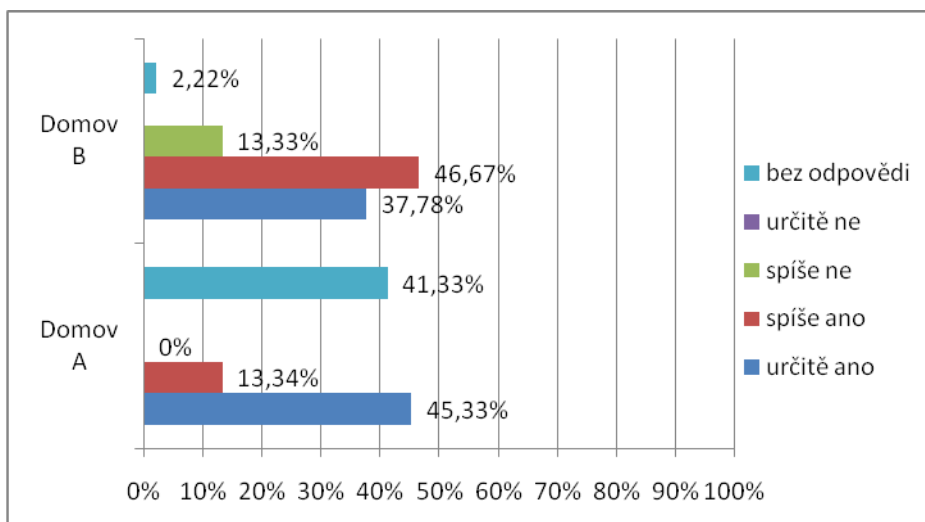
Výše graficky znázorněné výsledky prezentují názor dotazovaných pracovníků na domácí prostředí domova se zvláštním režimem, na základě kterého je v Domově B (44,45%) určitě sociální zařízení považováno za domácí prostředí. Respondenti Domova A pokládají domov se zvláštním režimem spíše za domácí prostředí (30,67%). Někteří dotazovaní ovšem určitě nepovažují zařízení za domácí prostředí.

Výsledky odpovědí dotazovaných respondentů zobrazené v Grafu 21 jsou vcelku pochopitelné. Interiér i exteriér domova může být pohodlný, stylově nebo moderně zařízený, ovšem skutečný domov seniorům nikdy nenahradí. Důvodů je několik:

například menší soukromý prostor, který senior užívá, aniž by byl rušen (kromě jednolůžkových pokojů), přítomnost poměrně vysoké hustoty obyvatel domova na jednom místě, nábytek patřící sociálnímu zařízení (postel, skříň, stůl, ...), které nejsou v jejich vlastnictví a nejsou spojeny s historií života seniora.

Vybavení a prostory domova se zvláštním režimem by měly z výše uvedených důvodů odpovídat době, ve které senioři žili a které jim poskytnou podmínky pro co nejpříjemnější pobyt blízký se přirozenému prostředí jejich skutečného domova. Jedná se o nábytek a předměty, které senioři poznávají, jsou jim něčím blízké (nábytek z jejich doby, předměty jako například kredenc, židle, obrazy, prostírání, lampičky, knihy, ozdoby, fotografie, ad. ...) a se kterými umějí zacházet. Senioři by měli mít také příležitost vzít si do domova drobné předměty i drobný nábytek (podle prostorových možností pokoje), který mu připomíná skutečný domov a mezi kterým se bude v zařízení cítit lépe (viz 4.2 Vybavení prostor a obytných místností).

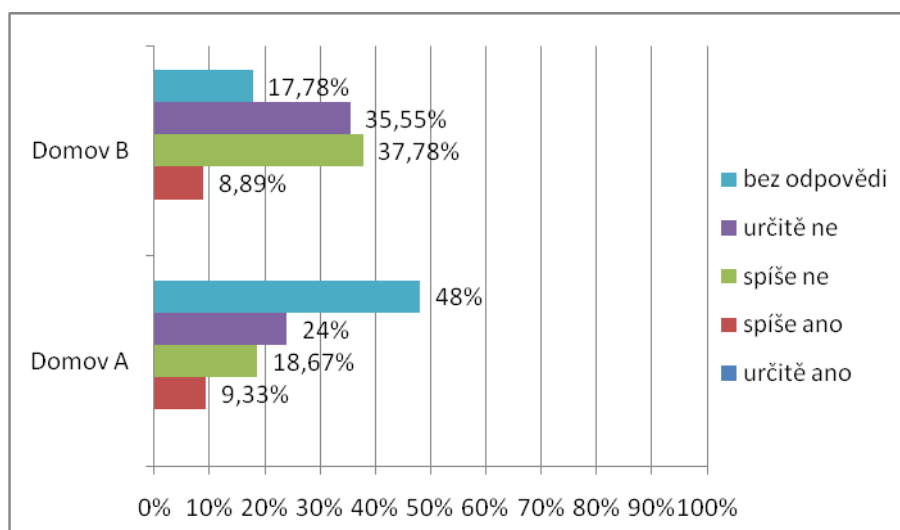
Graf 22. Koutky a posezení pro příjemný pobyt (otázka 8. f)



Koutky a různá posezení pro seniory v zařízení jsou dle respondentů Domova A a Domova B určitě a spíše vytvořené, jak ukazují výsledky v Grafu 22. Respondenti Domova B také poukazují, že taková místa pro posezení spíše nejsou nebo zřejmě je jejich počet nedostatečný.

Uvedené názory opět souvisí s prostorovými a stavebními možnostmi sociálního zařízení, které dovolují vytvořit taková zákoutí. Jak o tom bylo hovořeno výše v otázce 8. b (Graf 19), souvisí vytváření takových posezení a zákoutí s domácí atmosférou prostředí (viz Graf 21). Klidné posezení umožňuje seniorovi chvíli spočinout v soukromí, tiše relaxovat, podřimovat, pozorovat dění nebo si nerušeně povídat s rodinným příslušníkem, návštěvníkem nebo jiným seniorem. Podle výsledků Domova B dle Grafu 22 lze tušit, že takových prostorů zřejmě moc není nebo zcela neodpovídají představě nerušeného koutku anebo jen v omezené míře.

Graf 23. Prostory vyvolávající u seniorů neklid a negativní reakce (otázka 8. g)

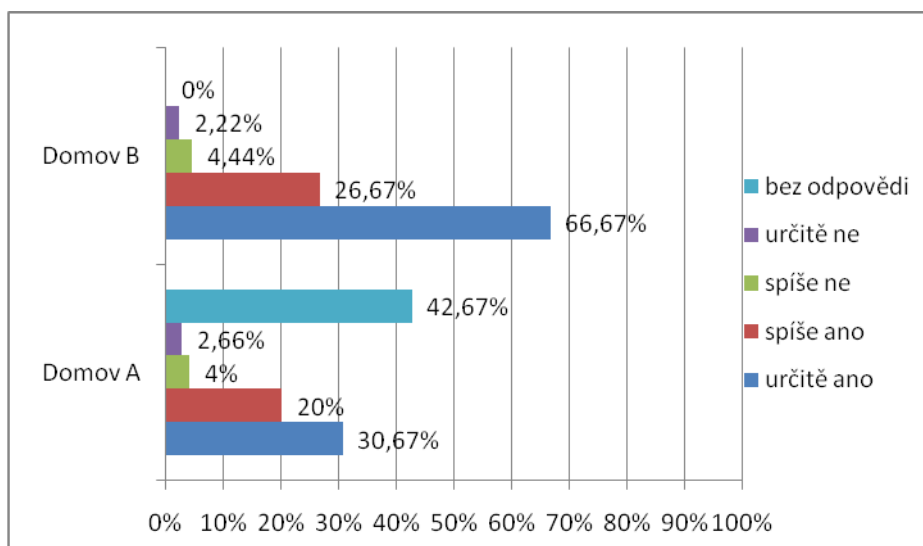


Graf 23 ukazuje podobné názory respondentů obou zkoumaných sociálních zařízení na danou otázku s možností konkrétně vyjmenovat prostory vyvolávající neklid a negativní reakce. Respondenti Domova A vyjádřili mínění, že se v jejich zařízení spíše vyskytují prostory vyvolávající neklid a následné negativní reakce seniorů s demencí (9,33%). Za takové prostory označili koupelny, chodby v suterénu, tmavé prostory na toaletách, spletné chodby a velké prostory. Kromě toho patří mezi takové situace ty, se kterými si senior s demencí neví rady a které vyvolávají pocity nejistoty a úzkosti. Senioři se pak s nimi vyrovnávají neklidem, touláním a dalšími behaviorálními poruchami (viz 1.3 Kognitivní poruchy). Respondenti Domova B (8,89%) určili za prostory znepokojující seniory dveře, kterými chce senior odejít.

V obou zkoumaných sociálních zařízeních však převažuje názor respondentů, podle kterého spíše a určitě nejsou prostory či místa vyvolávající u seniorů s demencí negativní reakce.

Vhodným doporučením pro Domov A je osvětlit tmavá místa na chodbách a toaletách, ze kterých mají senioři s demencí obavy z důvodu poruchy vnímání a přítomnosti zrakových halucinací (viz 1.3 Kognitivní poruchy, 4.1 Bezpečné a podpurné prostředí).

Graf 24. Bezpečný prostor pro seniory s tendencemi k toulání a nočnímu neklidu (otázka 8. h)



V Domově A dle 30,67% respondentů mají senioři s demencí s tendencemi k toulání a nočnímu neklidu určitě zajištěný prostor pro tyto procházky. A na základě 66,67% respondentů Domova B je rovněž zabezpečený prostor pro toulání seniorů s demencí. Malé procento dotazovaných se domnívá, že takové prostory v zařízení spíše a určitě nejsou.

Daná otázka, zda mají senioři s tendencemi k toulání a nočnímu neklidu zajištěný bezpečný prostor, navazuje na otázku 8. b v Grafu 19 týkající se přizpůsobení prostředí domova se zvláštním režimem schopnostem a omezením seniora s demencí.

Komunikace

Do oblasti Komunikace spadají tyto následující položky dotazníku:

Používáte v rozhovoru se seniorem stručné a jasné věty? (otázka 9. a)

Usmíváte se při kontaktu se seniorem? (otázka 9. b)

Užíváte při komunikaci se seniorem s komunikační bariérou neverbální prvky (pozorování, dotyk, tón hlasu, výraz tváře...)? (otázka 9. c)

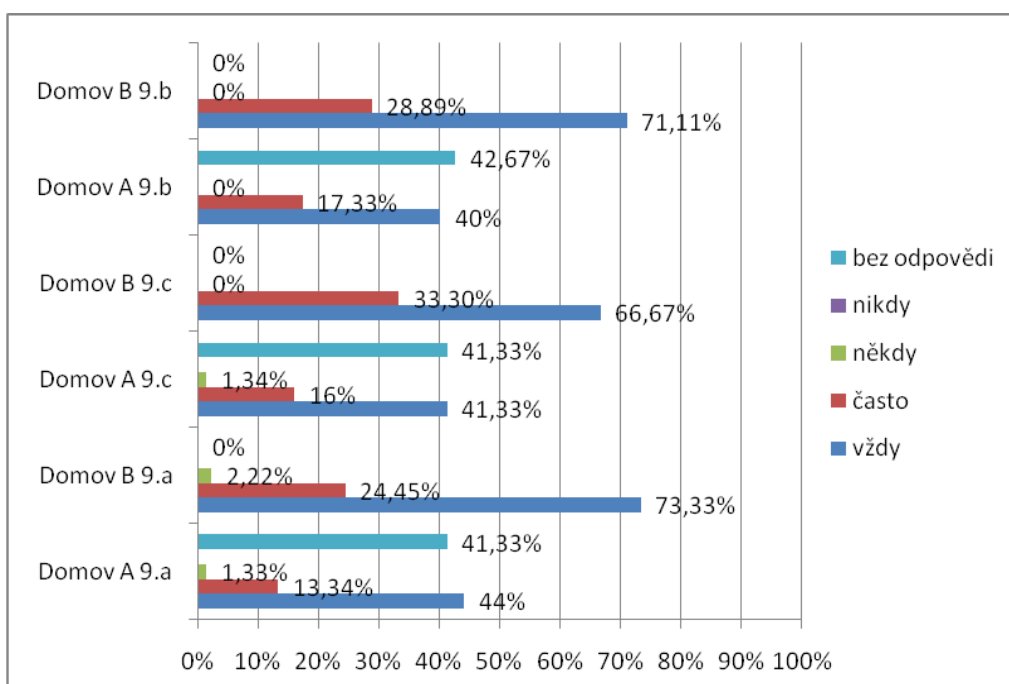
Podporujete seniora s demencí ve vzpomínkách na příjemné zážitky z jeho mládí (na školu, první lásky aj.)? (otázka 9. d)

Když chce senior s demencí odejít např. domů, konfrontujete ho s realitou? (otázka 9. e)

Poskytujete seniorovi pocit jeho vlastní důležitosti, významnosti? (otázka 9. f)

Může senior ovlivňovat (svou) situaci? (otázka 9. g)

Graf 25. Užívání stručných a jasných vět (otázka 9. a), neverbálních prvků (otázka 9. c) a úsměv při kontaktu se seniorem (otázka 9. b)



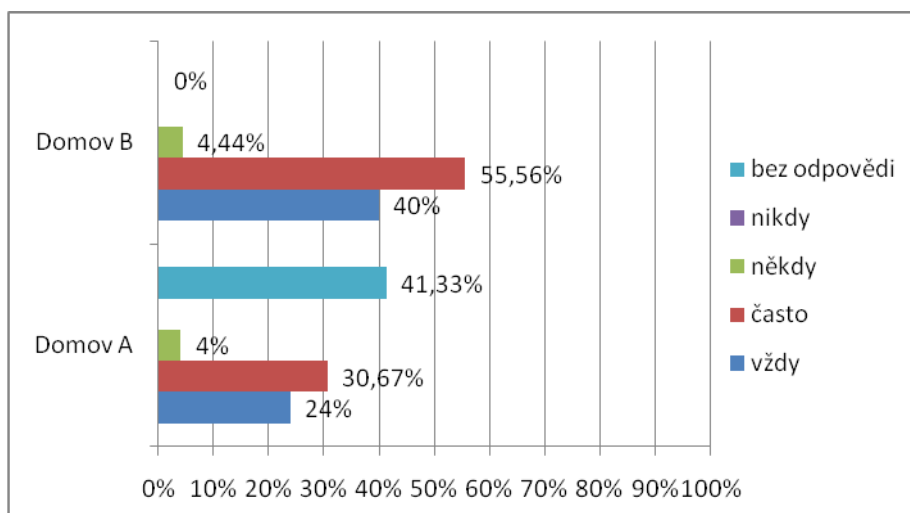
Z odpovědí respondentů Domova A 9. a (44%) a Domova B 9. a (73,33%) vyplývá, že pracovníci vždy při kontaktu se seniorem užívají stručné a jasné věty, kterým senior může rozumět. V některých případech, jak ukazuje malé procentní zastoupení, se

pracovníci vyjadřují někdy stručně a v jednoduchých větách. Je pochopitelné, že mohou nastat situace, ve kterých je třeba použít stručné, jednoduché věty, ovšem jsou také situace, ve kterých by takové krátké vysvětlení nestačilo, z toho důvodu se mohou vyskytovat i situace, ve kterých lze použít krátké věty jen někdy.

Ke komunikaci se seniorem s demencí nezbytně patří neverbální projevy (9. c, 9. b) jako pozitivní naladění, klidný tón hlasu, dotyk, úsměv, podání ruky, aktivní naslouchání a udržování očního kontaktu. Neverbální prvky při komunikaci se seniorem užívá většina dotazovaných obou zkoumaných zařízení, což vyjadřuje snahu navodit příjemnou atmosféru s pocitem důvěry a bezpečí.

Z výsledků zanesených v Grafu 25 vyplývá, že respondenti obou domovů se zvláštním režimem dávají důraz na srozumitelnou komunikaci s užíváním neverbálních prvků, všímají si neverbálních projevů seniora s demencí a snaží se komunikovat a porozumět se s ním a vytvářet tak atmosféru pohody a porozumění.

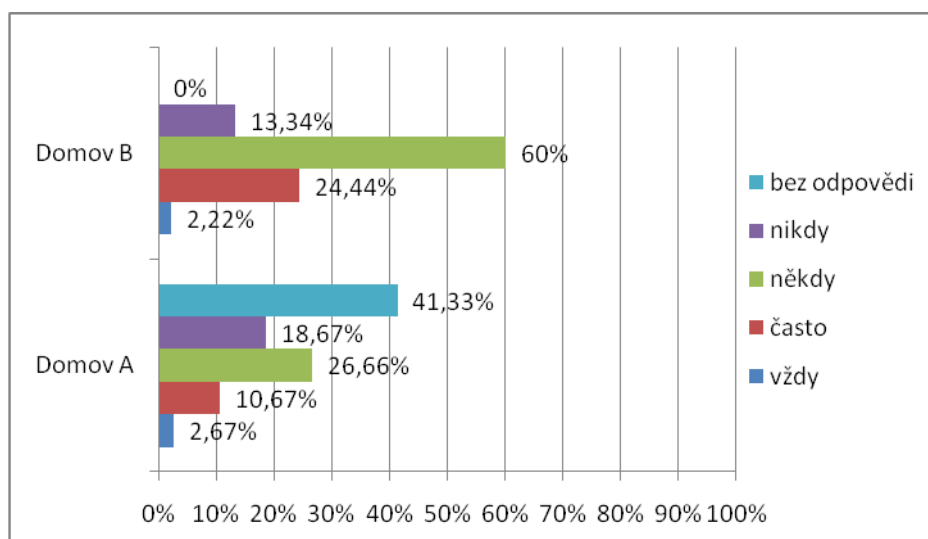
Graf 26. Podporování seniora ve vzpomínkách na příjemné zážitky z jeho mládí (otázka 9. d)



Výše v Grafu 26 znázorněné odpovědi zkoumaných zařízení naznačují postoj respondentů při podporování seniora ve vzpomínkách na příjemné vzpomínky z doby jeho mládí, které podporují často a vždy. Malé procentní zastoupení mají odpovědi respondentů, dle kterých někdy hovoří se seniorem o vzpomínkách z jeho mládí.

Uvedené odpovědi mají souvislost se znalostí života seniora s demencí. Pokud pracovník ví například od samotného seniora nebo rodinných příslušníků, že mládí seniora nebylo zcela šťastné období, nebude v seniorovi znovu vyvolávat takové vzpomínky a způsobovat mu bolest a stres ze smutných či nešťastných událostí nebo období.

Graf 27. Konfrontace seniora s demencí s realitou (otázka 9. e)

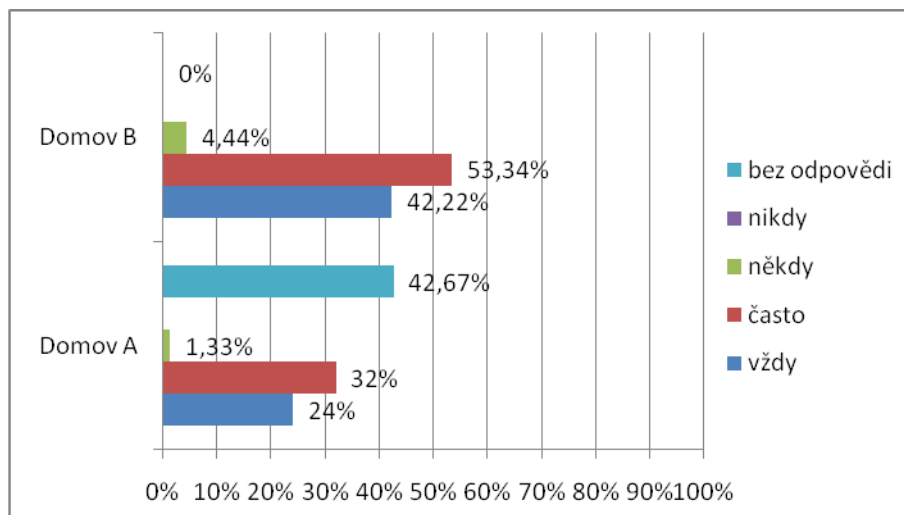


Graf 27 ukazuje poměrně rozdílné výsledky. Podle odpovědí respondenti Domova A někdy seniora s demencí konfrontují s realitou (26,66%) a nikdy není senior konfrontován se skutečností (18,67%). Ve srovnání s odpověďmi dotazovaných Domova A poukazuje 60% oslovených respondentů Domova B na nereálnost požadavku seniora. Také se objevují názory 24,44% respondentů, kteří často konfrontují seniora se skutečnou situací.

Odpovědi respondentů vycházejí ze zkušeností se vzniklými situacemi a situacemi, které se mohou pravděpodobně uskutečnit. Seniorovi na nižším stupni demence, kdy je ještě schopen chápat realitu, je možné vysvětlit jeho nereálné přání způsobem pro něj přijatelným (například odvedením pozornosti, oddálením požadavku, navržením jiné aktivity), aby nedošlo k negativní reakci nebo problematickému chování. U seniora ve vyšším stadiu je však nutné přizpůsobovat komunikaci podle jeho roviny vnímání

reality a nevyvracet jeho nereálné představy, aby nedocházelo k neklidu a negativní reakci seniora.

Graf 28. Poskytování seniorovi pocitu jeho vlastní důležitosti a významnosti (otázka 9. f)



Graf 28 ukazuje odpovědi respondentů obou zkoumaných sociálních zařízení, ze kterých plyne, že pracovníci zařízení často a vždy poskytují seniorovi pocit důležitosti.

Na danou otázku navazuje Graf 13. K pocitu důležitosti a významnosti náleží možnost seniora mít vliv na svou situaci nebo vzniklou situaci, při které se může aktivně zapojit do řešení či být jakkoliv nápomocen. Stačí obyčejné situace, které však mají pro seniora s demencí velký význam, protože mu dávají pocit důležitosti a určité kontroly nad situací. Stejně tak vyjadřování spokojenosti seniora a společné řešení problémů mu dává pocit, že je vyslyšen, je rovnoprávným partnerem při jednání, při hledání řešení, jeho názor je stejně důležitý a že není jen bezvýznamnou a anonymní bytostí, které je poskytována péče (viz 2.2 Péče o seniory s demencí).

Spolupráce s rodinou

Tuto oblast saturují níže uvedené položky dotazníku:

Považujete rodinu za významný zdroj informací o seniorovi? (otázka 10. a)

Umožňuje spolupráce s rodinou lépe porozumět projevům chování seniora? (otázka 10. b)

Umožňuje vzájemná spolupráce s rodinou lépe plánovat průběh poskytované služby podle odpovídajících potřeb seniora? (otázka 10. c)

Může se rodina zapojit do péče o seniora s demencí? (otázka 10. d)

Může rodina konzultovat péči o seniora? (otázka 10. e)

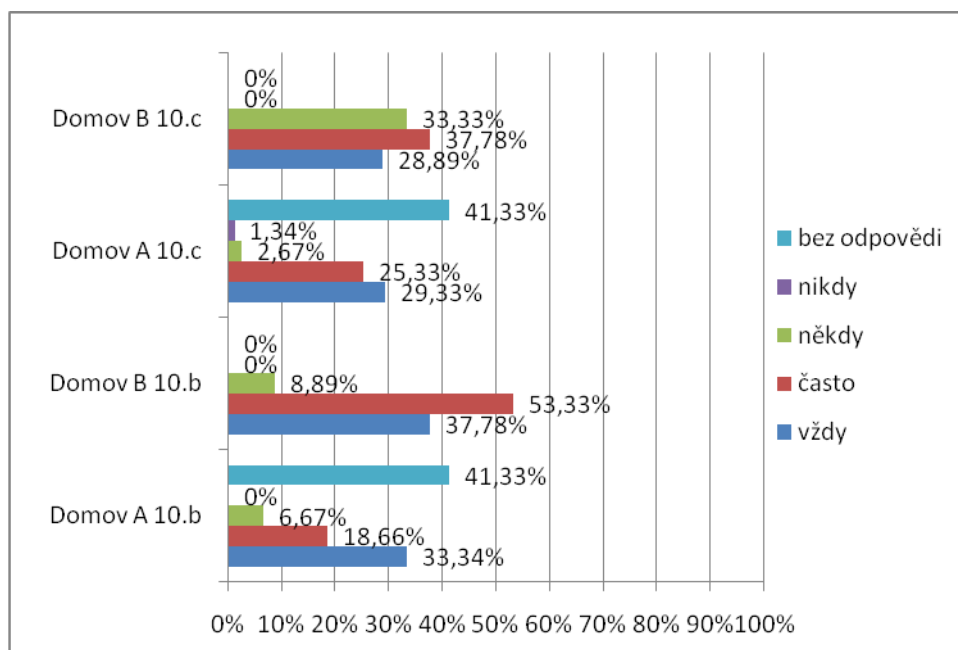
Může rodina podávat zpětnou vazbu? (otázka 10. f)

Je rodina zvána na společenské akce pořádané organizací? (otázka 10. g)

Může se rodina spolupodílet na řešení problémů? (otázka 10. h)

Mají rodiny možnost navštěvovat seniora v nějakém soukromém prostoru? (otázka 10. i)

Graf 29. Spolupráce s rodinou umožňuje porozumět projevům chování seniora (otázka 10. b) a tím lépe plánovat průběh poskytované služby (otázka 10. c)

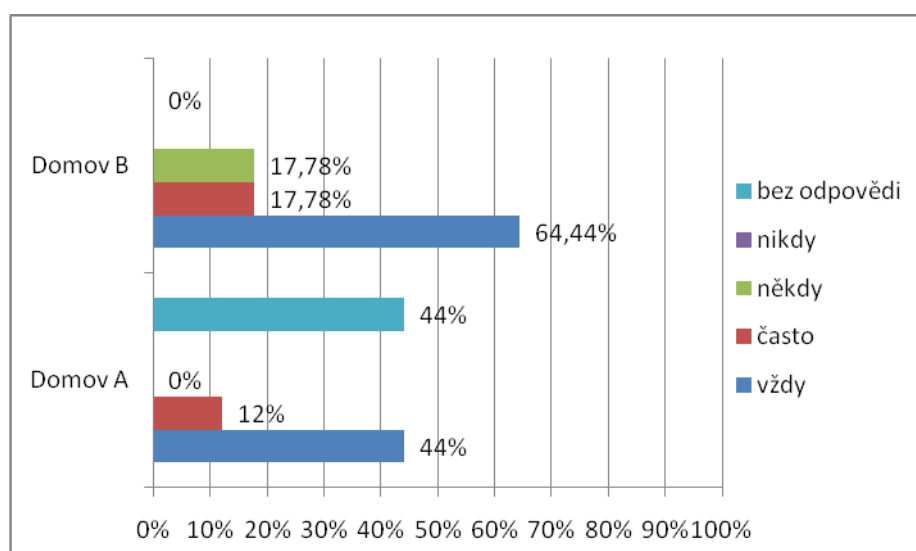


Výsledky grafického uspořádání poukazují, že respondenti Domova B 10. b ve spolupráci s rodinou často porozumí projevům chování seniora (53,33%) a také vždy (37,78%) společně s respondenty Domova A 10. b (33,34%). Ovšem někteří respondenti jsou toho mínění, že spolupráce s rodinnými příslušníky může porozumět chování seniora jen někdy. Možným vysvětlením je jistá neochota rodiny objasnit projevy chování seniora kvůli rodinným vztahům nebo si nepřeje otevírat příliš citlivé a nepříjemné téma. Anebo také nejeví zájem o spolupráci při poskytování služby seniorovi.

Na základě spolupráce s rodinou lze dle respondentů obou zařízení vždy a často lépe plánovat průběh poskytované služby. Ovšem objevily se i názory respondentů převážně Domova B 10. c, na základě kterých je někdy možné lépe plánovat péči. V tomto případě opět záleží na rodinných příslušnících, na vzájemných rodinných vztazích, na jejich ochotě spolupracovat, podávat informace o seniorovi a jeho životě.

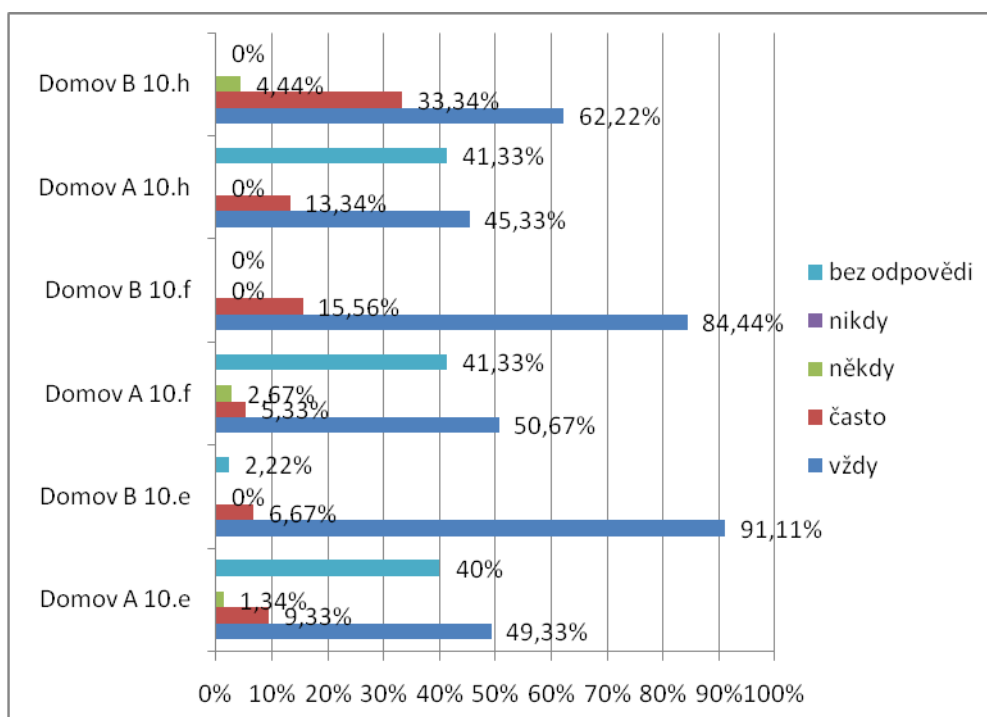
Respondenti obou zkoumaných sociálních zařízení se shodli s určitými odchylkami v názoru na porozumění projevům chování seniora s demencí prostřednictvím spolupráce s rodinou, která umožní lépe pochopit chování i prožívání seniora a tím lépe plánovat průběh poskytované služby.

Graf 30. Zapojení rodiny do péče (otázka 10. d)



Zapojení rodiny do péče o seniora s demencí dle Grafu 30 je vnímáno u každého zařízení trochu odlišně. Respondenti Domova A se v 44% shodují, že rodina se vždy může zapojit do péče a taktéž respondenti Domova B se v 64,44% ztotožňují v zapojení rodinných příslušníků do péče o seniora s demencí. Rozdíl vytváří názor 17,78% dotazovaných z Domova B, dle kterých se do péče mohou rodiny zapojovat někdy. To znamená, že rodina tuto možnost nemusí využívat a nechává plnou péči na personálu. Sociální zařízení rodinám dále poskytuje prostor pro konzultace k poskytované péči (viz Graf 31), podávání zpětné vazby (viz Graf 31) a umožňuje jim spolupodílet se na řešení vzniklých situací, problémů a potíží (viz Graf 31).

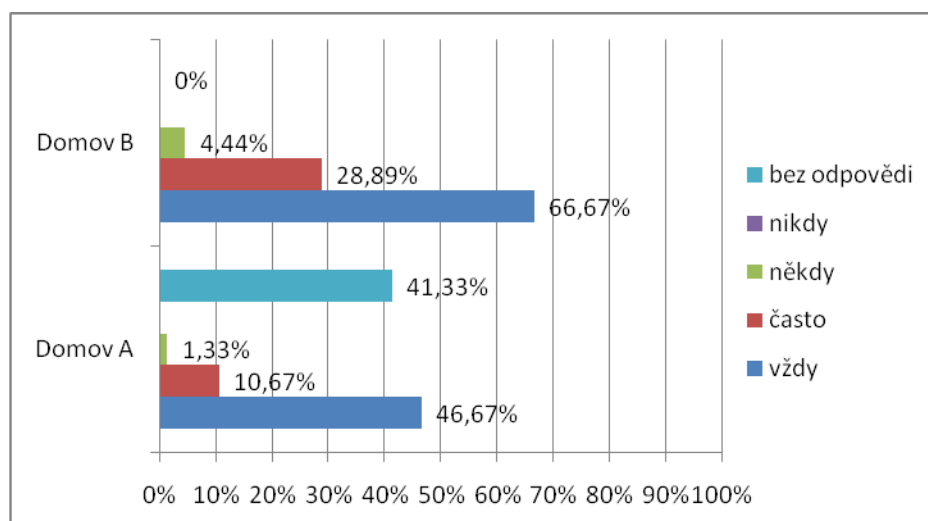
Graf 31. Možnost konzultovat péči o seniora (otázka 10. e), podávat zpětnou vazbu (otázka 10. f) a spolupodílet se na řešení problémů (otázka 10. h)



Dle grafického znázornění převažují odpovědi na dané otázky u respondentů Domova B, podle jejichž názoru mají vždy rodiny možnost konzultovat péči o seniora (91,11%), podávat zpětnou vazbu (84,44%) a spolupodílet se na řešení problémových situací (62,22%). Respondenti Domova A se také v daných otázkách shodují, i když přibližně dle poloviny dotazovaných.

Dle výsledků znázorněných v Grafu 31 je rodina zapojována do péče o seniora, má příležitost se vyjadřovat k poskytované péči a je přijímán její názor. Z toho vyplývá, že rodina je chápána jako důležitá součást při poskytování péče o seniora s demencí, snahou je s ní spolupracovat a navazovat kontakt. Pro pracovníky je tudíž stejně významná spolupráce a kontakt s rodinou jako kontakt se seniorem.

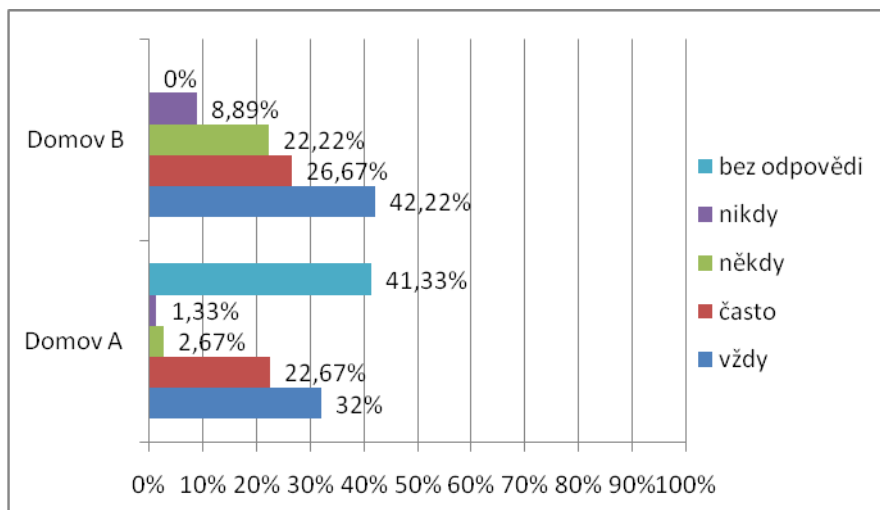
Graf 32. Možnost rodiny zúčastnit se společenských akcí pořádaných organizací (otázka 10. g)



Graf 32 poukazuje na názor většiny respondentů obou sociálních zařízení týkající se účasti rodiny při pořádání společenských akcí v organizaci, na které jsou rodiny vždy zvány. Je důležité zapojovat rodinu do příjemných událostí a prohlubovat vzájemné vztahy.

S danou otázkou souvisí i zapojování rodiny do řešení problémů, možnost konzultace péče, poskytování příležitostí podávat zpětnou vazbu na poskytovanou službu. Čím více je rodina zapojována do dění v domově se zvláštním režimem a do péče o seniora s demencí, tím více může být péče pro seniora přínosnější a kvalitnější a rodina spokojenější a informovanější. Proto je komunikace a spolupráce s rodinnými příslušníky i blízkými osobami tolik významná jako se samotným seniorem. Účast rodinných příslušníků umožňuje kontakt rodiny se seniorem s demencí a podporuje udržovat rodinné vztahy a sociální vazby.

Graf 33. Soukromý prostor pro návštěvy (otázka 10. i)



Soukromý prostor pro návštěvy umožňují dle respondentů s jistými rozdíly oba domovy se zvláštním režimem. Větší možnost prostoru pro návštěvy mají rodinní příslušníci v Domově B (42,22%) než v Domově A. Jedná se však pravděpodobně o prostory, které neskýtají mnoho soukromí, protože podle respondentů Domova B rodinní příslušníci někdy (22,22%) a také nikdy (8,89%) nemají k dispozici soukromý prostor pro setkání se seniorem. Tento názor může souviset s prostorovým omezením zařízením (viz Graf 22), které zřejmě v daném zařízení zcela neodpovídá představám pracovníků o nerušeném prostoru.

Spolupráce s jinými subjekty

Uvedená zkoumaná oblast zahrnuje následující položky dotazníku:

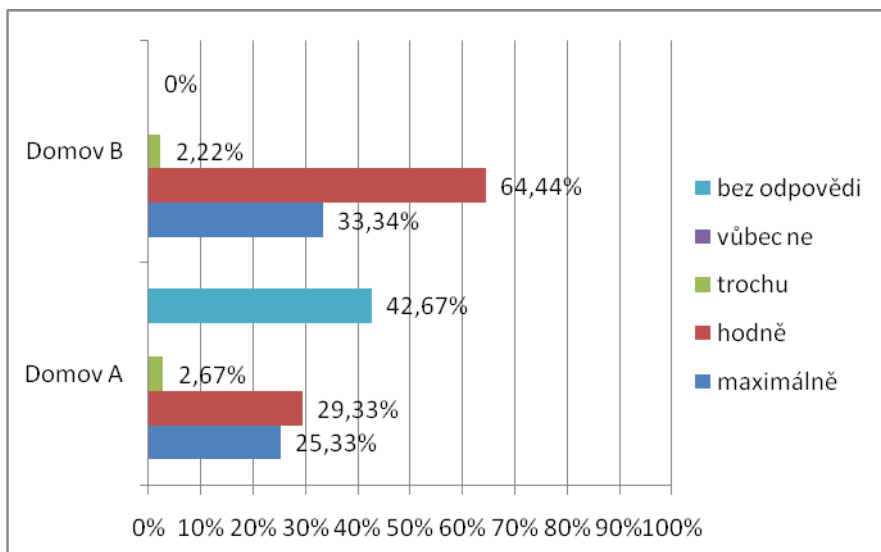
Spolupracuje vaše zařízení s duchovním? (otázka 11. a)

Spolupracuje vaše zařízení s psychologem? (otázka 11. b)

Spolupracuje vaše zařízení s nějakou organizací nebo institucí zaměřenou na péči o seniory s demencí? Pokud ano, s jakou? (otázka 11. c)

Spolupracuje vaše zařízení s dalšími jinými externími pracovníky? Pokud ano, s jakými? (otázka 11. d)

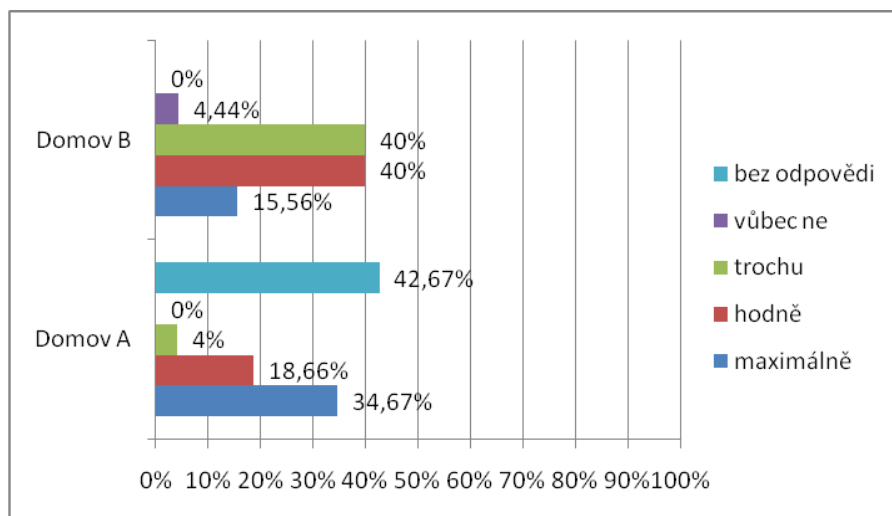
Graf 34. Spolupráce s duchovním (otázka 11. a)



Graf 34 ukazuje názor respondentů Domova B, podle nichž spolupráce s duchovním funguje hodně (64,44%) a maximálně (33,34%). U respondentů Domova A také převažuje mínění, že spolupráce s duchovním funguje hodně (29,33%) a maximálně (25,33%).

Spolupráce s duchovním je pro seniory přínosná z hlediska naplňování duchovních a spirituálních potřeb a z hlediska společenské integrace a setkávání s komunitou ve farnosti. Většina seniorů je nábožensky založená, a proto je spolupráce s duchovním často využívána.

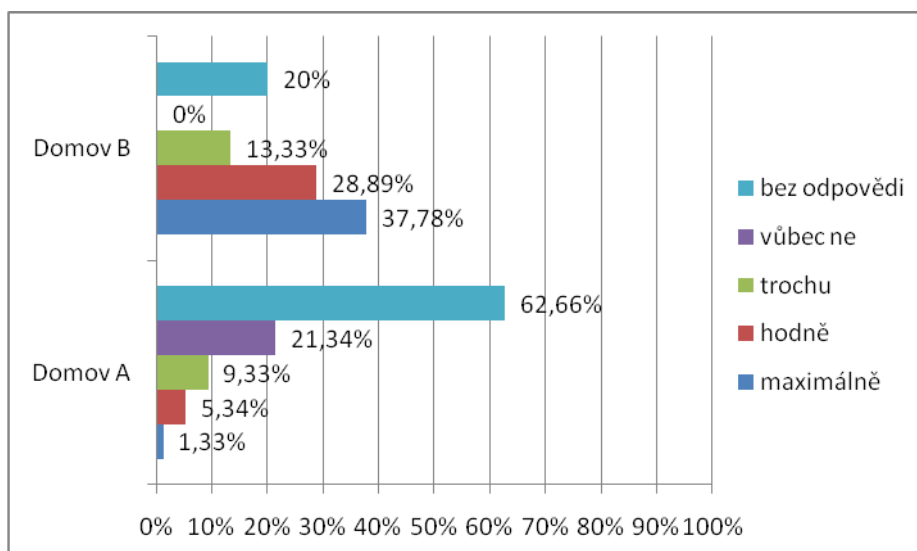
Graf 35. Spolupráce s psychologem (otázka 11. b)



V Domově A dle 34,67% respondentů převažuje názor, že spolupráce s psychologem funguje maximálně. Kdežto dle 40% respondentů Domova B funguje spolupráce hodně a trochu a dle menšího procentního zastoupení nefunguje vůbec.

Rozdílnost názorů respondentů Domova B na fungující respektive nefungující spolupráci s psychologickým pracovníkem vychází zřejmě z určité nespokojenosti s již zavedenou spoluprací.

Graf 36. Spolupráce s organizací zaměřenou na péči o seniory s demencí (otázka 11. c)



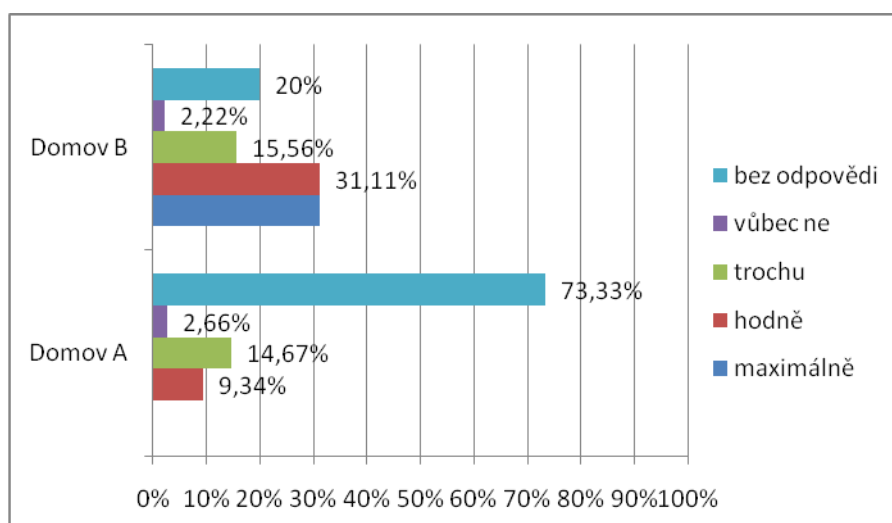
U odpovědí respondentů Domova A převažuje názor, že žádná spolupráce s další organizací není vůbec (21,34%). Podle odpovědí ostatních respondentů funguje trochu (9,33%) a dle malého procentního zastoupení hodně a maximálně. Respondenti uváděli nejčastěji spolupráci s různými institucemi zajišťujícími školení a další vzdělávání pracovníků, dále využívání canisterapie, zapojování dobrovolníků, umožňování stáží a spolupráci s dalšími sociálními zařízeními v rámci společenských akcí.

Podle respondentů Domova B je situace téměř opačná. Dle 37,78% respondentů je spolupráce s dalšími subjekty maximální a dle 28,89% dotazovaných je hodně využívána. Dotazovaní uváděli jako konkrétní příklady spolupráci s Českou

alzheimerovskou společností a Rodinnou pohodu, o. s. zajišťující canisterapii a trénink paměti.

Z uvedených výsledků lze rozpoznat, že Domov B více spolupracuje s institucemi specializovanými na péči o seniory s demencí. Proto doporučením pro Domov A je zaměřit se na navázání součinnosti s institucí nebo organizací poskytující poradenské a konzultační služby týkající se péče a práce se seniory s kognitivní poruchou.

Graf 37. Spolupráce s dalšími externími pracovníky (otázka 11. d)



U respondentů Domova A převažuje názor, že spolupráce s dalšími externími pracovníky funguje trochu (14,67%). Jako příklady uváděli působení dobrovolníků, zapojování praktikantů, nabídku canisterapie, spolupráci s odbornými lékaři, s praktickým lékařem a lektory.

Situace v Domově B je dle dotazovaných pracovníků poněkud odlišná. Dle Grafu 37 převažuje u 31,11% respondentů názor, že spolupráce s dalšími externisty funguje maximálně a hodně. Jako ukázky pracovníci uváděli spolupráci s pedikérkou, kadeřnicí, spolupráci s externími odborníky zabývajícími se tréninkem paměti, canisterapií, působení dobrovolníků, odborných lékařů, spolupráci s Charitou, dobrovolníky z Křesťanských sborů a součinnost s obecním domem.

Rozdílné názory pracovníků mohou být způsobeny jistou neinformovaností o spolupráci s dalšími institucemi a externími pracovníky. Nebo tímto způsobem mohou vyjadřovat i jistý nesouhlas se spoluprací, která je v zařízení zavedená, ale nefunguje plně podle představ pracovníků. Stejně jako vysoké procento respondentů, kteří danou otázku vynechali.

5. 4 Diskuse

V empirické části práce jsem si stanovila za cíl zjistit přístup při péči o seniory s demencí v domově se zvláštním režimem. K naplnění daného cíle jsem použila kvantitativní metodu zkoumání formou dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření proběhlo ve dvou pobytových sociálních zařízeních zaměřených na péči o seniory s demencí v domově se zvláštním režimem. Jednalo se o dvě poměrně odlišná sociální zařízení. Rozdílnosti se týkaly zřizovatele organizace, umístění domova se zvláštním režimem v určitém prostředí, výši kapacity obyvatel, počtu seniorů v jednom pokoji, velikosti a typu architektonické stavby domova se zvláštním režimem.

Dotazník byl rozdělen na několik oblastí týkajících se praktických aspektů poskytování péče o seniora s demencí. Stanovené oblasti zahrnují sociodemografické údaje o respondentech a jednotlivé zkoumané oblasti, ke kterým se řadí péče o seniora s demencí, aktivity, prostředí domova, komunikace, spolupráce s rodinou a spolupráce s dalšími subjekty.

Sesbíraná data včetně nezodpovězených otázek jsem zpracovala a představila pomocí grafických znázornění se slovním popisem a interpretací výsledků. Zpracované výsledky obou zkoumaných sociálních zařízení byly porovnávány mezi sebou a některé zkoumané okruhy i otázky z jednotlivých oblastí byly podle vzájemné souvislosti a návaznosti mezi sebou propojovány (např. viz Graf 13 a Graf 15).

Úvodem byly v empirické části stanoveny tři hypotézy, jejichž verifikaci či falzifikaci jsem ověřila prostřednictvím dotazníkového šetření a výsledným zpracováním údajů podle odpovědí dotazovaných respondentů.

H₁ Čím více je péče individualizována, tím může být seniorovi s demencí zajišťována kvalitnější péče.

Předpokládané tvrzení bylo ověřeno oblastmi Péče o seniora, Aktivity, Prostředí domova, Komunikace, Spolupráce s rodinou a s dalšími subjekty (viz Graf 5, Graf 6, Graf 7, Graf 8, Graf 9, Graf 10, Graf 12, Graf 15, Graf 19, Graf 20, Graf 21, Graf 25, Graf 29, Graf 34, Graf 35, Graf 36 a Graf 37). Individualizovaná péče spočívá na základě výsledků v podpoře a pomoci odpovídající potřebám, přáním, zájmům a osobní historii seniora, přizpůsobené schopnostem a omezením (podle možností zařízení) a založené na pozitivním přístupu pracovníka a užíváním dalších metod práce a komunikace se seniorem s demencí. Z uvedeného vyplývá, že čím více informací o seniorovi, jeho životě, přání a potřebách pracovník zná, tím více mu porozumí a předchází tak negativním reakcím v chování. Takový přístup přispívá ke spokojenosti seniora a plnohodnotně poskytované péči v bezpečném a domáckém prostředí. Součástí poskytované péče je dále umožňování saturace spirituálních potřeb, využití psychologické pomoci a zapojení dalších subjektů a externích pracovníků zaměřených na péči o seniory s demencí. Na základě zhodnocení uvedených dat byla **hypotéza potvrzena**.

H₂ Jak nabízené aktivity, tak podpůrné prostředí domova může seniora s demencí aktivizovat.

Uvedené tvrzení bylo ověřeno oblastmi Aktivity a Prostředí domova (viz Graf 14, Graf 16, Graf 18, Graf 22, Graf 23 a Graf 24). Nabízené aktivity a činnosti jsou dle výsledků zkoumání smysluplné, odpovídají věku seniorů a vedou k úspěchu, který má na seniora pozitivní vliv a který ho může stimulovat k pokračování v aktivitě, příští účasti nebo motivovat k další či jiné činnosti. Aktivizace seniora s demencí prostřednictvím zapojování do denních běžných činností podporuje udržovat jeho zvyklosti a dovednosti. Aktivizace seniora s demencí prostřednictvím podpůrného prostředí aktivizuje seniora spontánním působením (svou funkcionální funkcí) a uzpůsobením jeho potřebám, schopnostem i omezení, čímž podporuje fungování jeho starých paměťových vzorců a umožňuje vnímat okolí všemi smysly. To znamená, že napomáhá

zažívat radost při prohlížení nebo zkoušení známých předmětů nebo objevovat nové věci, umožňuje potěšit se výhledem na okolí nebo na květinu, prožít uspokojení při pohlázení domácího zvířete, které může vyvolávat pozitivní a příjemné vzpomínky z různých období seniorova života. Někdy k naprosté spokojenosti stačí procházka nebo posezení v příjemném tichém koutku. Dle vyhodnocených výsledků byla **hypotéza verifikována.**

H₃ Komunikace s rodinou je stejně důležitá jako komunikace se seniorem s demencí.

Tvrzení bylo ověřeno oblastmi Péče o seniory, Komunikace a Spolupráce s rodinou (viz Graf 6, Graf 7, Graf 13, Graf 26, Graf 27, Graf 28, Graf 29, Graf 30, Graf 31, Graf 32 a Graf 33). Komunikace se seniorem je podle výsledků odpovědí respondentů nezbytnou součástí poskytované péče, zjišťování informací o historii seniora, jeho potřebách, schopnostech a přáních. Bez ní by nemohl být navázán vztah se seniorem a péče by nebyla poskytována s individuálním zaměřením a kvalitou. Důraz je kladen na přizpůsobení se schopnostem seniora, užívání alternativních komunikačních metod u seniorů s komunikační bariérou s cílem porozumět a být v kontaktu se seniorem ve všech stádiích demence. Pracovníci zdůrazňují způsob komunikace se seniorem, ve kterém se odráží důstojný přístup a jednání na úrovni partnerské a přátelské spolupráce. Komunikace a kontakt s rodinou je navazován současně se seniorem při projednávání přijetí do domova se zvláštním režimem a je udržován po celou dobu poskytované péče (pokud je rodina ochotná kontakt udržovat). Udržování kontaktu s rodinnými příslušníky má pro seniora obrovský význam, protože mu společně s pracovníky pomáhají při adaptaci na nové prostředí. Zároveň poskytují cenné informace o životě seniora, jeho historii, specifických potřebách, možném projevu chování nebo způsobu komunikace. Kontakt s rodinou je nezbytnou částí péče o seniora, proto se rodinní příslušníci mohou vždy zapojit do péče o seniora, konzultovat ji, podávat zpětnou vazbu a spolupodílet se na řešení problémových situací. Kontakt s rodinou je udržován také ze společenského hlediska, kdy rodinní příslušníci či přátelé mají vždy možnost zúčastnit se kulturních akcí pořádaných organizací a zapojovat se do nabízených aktivit a činností. Na základě vyhodnocených výsledků grafických znázornění byla **hypotéza potvrzena.**

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jaký celkový přístup v péči potřebují senioři s demencí v domově se zvláštním režimem.

Témata práce byla stanovena dle uvedeného cíle a rozdělena na kapitoly zaměřené na definování seniora trpícího demencí, na vymezení praktických aspektů péče o seniora s demencí, významu aktivizace všedního dne a působení prostředí domova se zvláštním režimem. Jednotlivé části teoretického dílu práce byly poté převedeny v praktické části do oblastí s výzkumnými otázkami, které měly odhalit přístup k seniorům s demencí a verifikovat formulovaná předpokládaná tvrzení o poskytované péči.

Pro splnění daného výzkumného cíle jsem oslovila respondenty dvou domovů se zvláštním režimem, kterým jsem předložila k vyplnění anonymní dotazník. Získaná data jsem zpracovala a znázornila pomocí grafických vyobrazení, ve kterých byly zohledněny nezodpovězené otázky respondentů, aby nedocházelo ke zkreslení výsledků. Vyšší počet vynechaných položek mohl být dle mého názoru způsoben určitou neochotou se rozepisovat u otázek s možností slovního doplnění odpovědi nebo nedostatkem zájmu vyjadřovat názor k problematice.

Výsledky výzkumu ukázaly, že pracovníci zkoumaných sociálních zařízení přistupují k seniorovi na základě získaných informací od seniora samotného nebo ve spolupráci s rodinnými příslušníky, mají snahu seniora poznat a zajistit mu pocit jistoty a bezpečí. Z výsledků je také patrné, že pracovníci jsou obeznámeni s potřebami seniora a možnými projevy chování. Jejich znalost je velmi důležitá pro prevenci negativních projevů chování a zajištění spokojenosti seniora. Jistým návrhem pro zlepšení pro Domov B je více si empaticky všimnout projevů libosti a nelibosti seniora, které se mohou vyskytovat při každodenní péči, pomoci a podpoře z důvodu časté přítomnosti rušivých vlivů, které mohou vyvolávat neklid a negativní reakce ze strany seniora. Z výsledků vyplynul výraznější rozdíl v aplikaci bazální stimulace v Domově A, proto určitým doporučením je zaměřit se na užívání metody práce se seniory v pokročilém a těžkém stadiu demence s poruchou komunikace.

Výzkum prokázal zkušenosti pracovníků s prací se seniory s demencí, u kterých není jejich stav stabilní, ale bývá proměnlivý ve smyslu jeho zlepšení i zhoršení. Tento poznatek využívají v praxi při zapojování seniorů do aktivizačních programů a činností vycházejících z individuálního přístupu s ohledem na aktuální stav seniora, který může způsobovat někdy úspěch a někdy neúspěch, stejně jako někdy mohou být přínosnější skupinové aktivity a někdy je pro seniora větším přínosem individuální program. Dobrovolná účast seniora na aktivitách a činnostech prokazuje možnost seniora se rozhodnout bez nátlaku a respekt k jeho názoru a volbě. Námětem pro zkvalitnění je umožňovat v co největší možné míře seniorovi v Domově B příležitost mít alespoň částečnou moc nad jakoukoli běžnou situací, která se ho týká nebo je v ní spoluúčastníkem, aby se tímto způsobem zapojil aktivně do činností zařízení a nebyl pasivním příjemcem služby. Je pochopitelně nutné respektovat jeho zachovalé schopnosti, dovednosti a vůli být činný.

Pozitivně hodnoceným výsledkem je zjištění, že pracovníci usilují o vytváření domácího a příjemného kompenzačního prostředí sociálního zařízení, ve kterém se senior může cítit bezpečně, pohybovat se s jistotou bez obav ze zabloudění nebo klopýtnutí. Doporučujícím návrhem je pro Domov A zavedení více funkčního orientačního systému pro seniory a zaměřit pozornost na prosvětlení tmavých chodeb a koutů například namontováním osvětlení nebo umístěním barevné výzdoby. U Domova B by mohlo fungovat pro odvedení pozornosti zakrytí vchodu.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že respondenti kladou důraz na pozitivní přístup při kontaktu se seniorem a užívání neverbálních prvků se snahou vytvořit příjemnou a bezpečnou atmosféru při setkání se seniorem. Rovněž považují za významnou spolupráci s rodinou, která má možnost zapojit se do péče o seniora, podávat zpětnou vazbu, podílet se na řešení problémových situací a má příležitost zúčastnit se společenských akcí. Podle toho je zřejmé, že je rodina seniora chápána jako důležitá součást poskytované péče, je respektován její názor, případný podnět a je přínosná z hlediska podpory udržování rodinných vazeb. Dle výsledků v obou domovech se zvláštním režimem pracovníci někdy srovnávají nereálné požadavky seniora se skutečností. V tomto případě záleží na schopnosti seniora chápat realitu, to znamená,

že u seniora v pokročilém a těžkém stadiu demence je třeba nevyvracet jeho náhled, ale zůstatvat při kontaktu s ním na stejné rovině.

Výzkum dále ukázal, že senioři mohou naplňovat duchovní a spirituální potřeby prostřednictvím spolupráce organizace s duchovním. Také mohou využívat služeb psychologické pomoci nebo se zúčastňovat aktivit zajišťovaných externími odborníky. Jistým doporučením pro Domov A je zaměřit se na zvýšení informovanosti pracovníků o spolupráci zařízení s externími odborníky.

Péče o seniory s demencí v domově se zvláštním režimem představuje vytváření specifických podmínek se znalostí kognitivních poruch spojených s demencí a zohledňujících zvyklosti a osobní životní historii seniora s cílem poznávat jeho osobnost a způsoby komunikace, pomáhat mu zajistit sociální i psychickou stabilitu a poskytovat oporu. Společně s vhodnou aktivizací a s využitím metody organizování (pedagogizace) a také estetizace podpůrného prostředí¹³⁶ sociálního zařízení lze poskytovat individualizovanou sociální službu založenou na partnerství, úctě, respektu, náklonnosti, důstojnosti a rovnoprávném zacházení a zkvalitnit tak život seniora s demencí.

¹³⁶ Kraus, B. Základy sociální pedagogiky. 1.vyd. Praha: Portál, 2008. 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Zákony:

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Použitá literatura:

BERNLEF, J. *Zatmění mozku*. 1.vyd. Praha: Ivo Železný, 1996. s. 101. ISBN 80-237-3211-0.

BICKOVÁ, L, HRDINOVÁ, D. *Proces individuálního plánování* In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: APSS, 2011. s. 84. ISBN 978-80-904668-1-4.

BUIJSSEN, H. *Demence. Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. s. 13. ISBN 80-7367-081-x.

ČADKOVÁ-SVEJKOVSKÁ, M. *Sociální práce se seniorem s duševním onemocněním*. In: MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

ČÁMSKÝ, P. SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1.vyd. Praha: Portál, 2011. s. 213. ISBN 978-80-262-0027-7.

ČECHOVÁ, D., DRAGOMIRECKÁ, E. a kol. *Manuál – Dotazník spokojenosti s péčí*. 1. vyd. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. 28 s. ISBN 978-80-260-1312-9.

FRANKOVÁ, V. *Problémové chování u demence* In: JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. a kol. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.

FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace*. 11. přeprac. vyd. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2012. s. 3-6.

FURMANÍKOVÁ, L. *Alternativní a augmentativní komunikace v sociálních službách*. Sociální služby. 2012. č. 3, s. 24-25. ISSN 1803-7348.

HAICL, M., HAICLOVÁ, V. *Metody individuálního plánování služby s uživateli*. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka*. 1. vyd. Tábor: APSS, 2011. s. 153-155. ISBN 978-80-904668-1-4.

HAVELKA, J., RICH, D. *Péče o osoby trpící demencí*. Brno: ESF prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, 2011. s. 7.

HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1.vyd. Praha: EV Public relations, 2007. s. 10. ISBN 978-80-254-0177-4.

HOLMEROVÁ, I., JURAŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2.dopl.vyd. Praha: ČALS, 2003. s. 50. ISBN 80-86541-12-6.

HORECKÝ, J., TAJANOVSKÁ, A. *Sociální služby v ČR* In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1.vyd. Tábor: APSS ČR, 2011. s. 17. ISBN 978-80-904668-1-4.

JIRÁK, R. *Co to jsou demence?* In JIRÁK, R. a kol. *Demence*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 1999. 226 s. ISBN 80-85800-44-6.

KALVACH, Z. *Psychoterapie a aktivizace ve stáří*. In: KALVACH, Z. a kol. *Úvod do gerontologie a geriatrie. I. díl. Gerontologie obecná a aplikovaná*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0.

KALVACH, Z., KABELKA, L. *Paliativní péče v geriatrii*. Praha: Galén, 2011. s. 266-273. Kapitola 7. *Paliativní péče u neonkologických onemocnění*. ISBN 978-80-7262-849-0.

KOBĚRSKÁ, P. a kol. *Společnou cestou. Jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpící demencí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 38 s. ISBN 80-7178-851-1.

KOZÁKOVÁ, Z. *Stárnutí a stáří*. In: KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 54 s. ISBN 80-244-1552-6.

KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. 1.vyd. Praha: Portál, 2008. s. 67. ISBN 978-80-7367-383-3.

KRAUS, B., SÝKORA, P. *Sociální pedagogika I*. 1.vyd. Brno: IMS, 2009. s. 24.

KRUTILOVÁ, D., ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J. *Sociální služby. Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. 1.vyd. Praha: APSS ČR, 2009. 223 s. ISBN 978-80-254-3427-7.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2.přepr.vyd. Praha: Portál, 2008. s. 22. ISBN 978-80-7367-368-0.

MEDLÍKOVÁ, J. *Aktivizace všedního dne, 1. část*. Sociální služby. 2011. č. 8-9. 63 s. ISSN 1803-7348.

- MEDLÍKOVÁ, J. *Aktivizace všedního dne. 2. část. Sociální služby*. 2011. č. 10. s. 17. ISSN 1803-7348.
- MOTLOVÁ, L. *Aktivizační programy pro seniory*. In: VURM, V. a kol. *Rukověť pro poskytovatele sociální služby v oblasti problematiky seniorů*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2008. s. 71. ISBN 978-80-7394-090-4.
- MŮHLPACHR, P. *Gerontopedagogika*. Brno: IMS, 2009. 203 s.
- PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. *Soužití se staršími lidmi*. 1.vyd. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3.
- PROCHÁZKOVÁ, E. *Prostředí jako terapeutické medium a psychobiografický princip normality v institucích poskytujících sociální služby seniorům*. Sociální služby. 2010. č. 4. s. 20. ISSN 1803-7348.
- PŘADKA, M. *Kapitoly ze sociální pedagogiky*. 1.vyd. Brno: rektorát UJEP FF, 1970. s. 11. ISBN 55-966-70.
- PUNCH, K. F. *Základy kvantitativního šetření*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9
- RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.
- VAŠŤATKOVÁ, J. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1.vyd. Olomouc: Honex, 2008. s. 26. ISBN 978-80-7409-016-5.
- VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5
- VOSTROVSKÁ, H. *Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby*. 2. rozš. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. 21 s. ISBN 80-7071-093-4.
- VRANKOVÁ, E. *Metódy sociálnej práce v zdravotníctve*. In: MÁTEL, A., HARDY, M. a kol. *Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce II*. 1. vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2013. s. 401. ISBN 978-80-8132-074-3.
- WROCZYNSKI, R. *Sociálna pedagogika*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1968. s. 66. ISBN 67-235-68.
- ZGOLA, J. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-9.

Internetové odkazy:

Adaptace. [online]. © 2013 [cit. 2013-02-27] Dostupné z: <http://www.alzheimercentrum.cz/rozhodujete-se/adaptace>

GAVORA, Peter a kol. 2010. *Elektronická učebnica pedagogického výskumu*. [online]. Bratislava: Univerzita Komenského, 2010. Dostupné na: <http://www.e-metodologia.fedu.uniba.sk/> ISBN 978–80–223–2951–4.

HOLMEROVÁ, I., JANEČKOVÁ, H., VAŇKOVÁ, H., VELETA, P. *Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené*. In: Interní medicína 2005. [online]. © 2009 [cit. 2013-1-2]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2005/10/08.pdf>.

MPSV: Zásady OSN pro seniory [online]. ©2005 [cit. 2013-03-01]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/1111>

Strategie České Alzheimerovské společnosti P-PA-IA [online]. © 2013 [cit. 2013-02-27] Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/data/000063.pdf>

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Pohlaví a věk respondentů.....	45
Graf 2. Počet let praxe.....	45
Graf 3. Vzdělání pracovníků.....	46
Graf 4. Respondent podle pracovní pozice.....	47
Graf 5. Každý klient má svého klíčového pracovníka (otázka 6. a).....	49
Graf 6. Zjišťování potřeb, přání a osobní historie seniora (otázka 6. b), jejich využití v každodenní péči (otázka 6. d) a rodina jako významný zdroj informací (otázka 10. a).....	49
Graf 7. Sledování adaptace seniora na nové prostředí (otázka 6. c).....	50
Graf 8. Pocit jistoty v pravidelném denním rytmu (otázka 6. e).....	51
Graf 9. Vznik pocitu bezpečí na základě vztahu důvěry mezi personálem a seniorem (otázka 6. f).....	52
Graf 10. Užívání metody bazální stimulace (otázka 6. h).....	53
Graf 11. Odstraňování rušivých vlivů při práci se seniorem (otázka 6. i).....	53
Graf 12. Chování seniora jako projev neuspokojené potřeby (otázka 6. j) a jako projev prožívání demence (otázka 6. m).....	55
Graf 13. Možnost vyjadřovat ne/spokojenost (otázka 6. k), společné řešení problémů (otázka 6. l) a vliv seniora na (svou) situaci (otázka 9. g).....	56
Graf 14. Účast na smysluplných aktivitách a činnostech (otázka 7. a) odpovídajících věku (otázka 7. c) a vedoucí k úspěchu (otázka 7. i).....	58
Graf 15. Aktivity v různých stádiích demence (otázka 7. f), programy pro seniory upoutané (nepohyblivé) na lůžku s komunikační bariérou (otázka 7. d) a přínos individuálních aktivit před skupinovými (otázka 7. e).....	59

Graf 16. Podpora seniora při sebezpečce (otázka 6. g), jeho podíl na denních činnostech (otázka 7. b) a podpora seniora ve využívání zvyklostí a schopností (otázka 7. g).....	60
Graf 17. Dobrovolnost programovaných aktivit (otázka 7. h).....	61
Graf 18. Využití prostředí zařízení při aktivizaci (otázka 7. j).....	62
Graf 19. Přizpůsobení prostředí podle schopností a omezení seniorů (otázka 8. b).....	63
Graf 20. Orientační systém (otázka 8. a), barevné kontrasty (otázka 8. c) a grafické označení místností (otázka 8. e).....	65
Graf 21. Sociální zařízení jako domácí prostředí (otázka 8. d).....	66
Graf 22. Koutky a posezení pro příjemný pobyt (otázka 8. f).....	67
Graf 23. Prostory vyvolávající u seniorů neklid a negativní reakce (otázka 8. g)...	68
Graf 24. Bezpečný prostor pro seniory s tendencemi k toulání a nočnímu neklidu (otázka 8. h).....	69
Graf 25. Užívání stručných a jasných vět (otázka 9. a), neverbálních prvků (otázka 9. c) a úsměv při kontaktu se seniorem (otázka 9. b).....	70
Graf 26. Podporování seniora ve vzpomínkách na příjemné zážitky z jeho mládí (otázka 9. d).....	71
Graf 27. Konfrontace seniora s demencí s realitou (otázka 9. e).....	72
Graf 28. Poskytování seniorovi pocitu jeho vlastní důležitosti a významnosti (otázka 9. f).....	73
Graf 29. Spolupráce s rodinou umožňuje porozumět projevům chování seniora (otázka 10. b) a tím lépe plánovat průběh poskytované služby (otázka 10. c).....	74
Graf 30. Zapojení rodiny do péče (otázka 10. d).....	75
Graf 31. Možnost konzultovat péči o seniora (otázka 10. e), podávat zpětnou	

vazbu (otázka 10. f) a spolupodílet se na řešení problémů (otázka 10. h).....	76
Graf 32. Možnost rodiny zúčastnit se společenských akcí pořádaných organizací (otázka 10. g).....	77
Graf 33. Soukromý prostor pro návštěvy (otázka 10. i).....	78
Graf 34. Spolupráce s duchovním (otázka 11. a).....	79
Graf 35. Spolupráce s psychologem (otázka 11. b).....	79
Graf 36. Spolupráce s organizací zaměřenou na péči o seniory s demencí (otázka 11. c).....	80
Graf 37. Spolupráce s dalšími externími pracovníky (otázka 11. d).....	81

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Dotazník

Vážení respondenti,

jmenuji se Kateřina Uhlířová a jsem studentkou 5. ročníku magisterského studia obor

Sociální pedagogika na Institutu mezioborových studií v Brně. Téma mé diplomové práce je „Specifika péče o seniory s demencí v domově se zvláštním režimem“ a ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Údaje jsou zcela anonymní, budou zpracovávány hromadně a budou sloužit pouze jako podklad pro moji práci. Prosím Vás proto, o pravdivé nikoliv o společensky či pracovně vhodné odpovědi.

Dotazník je rozdělen na několik oblastí s otázkami. U každé otázky, prosím, zaškrtněte křížkem „X“ jednu z nabízených odpovědí. Vyplnění dotazníku trvá 15 – 20 minut.

Za vyplnění dotazníku a Váš čas Vám předem děkuji.

1. Jste:

a) Muž

b) Žena

2. Věk:

a) 20 – 30

b) 31 – 40

c) 41 – 50

d) 51 a více

3. Počet let praxe:

a) méně než rok

b) 1 – 2 roky

c) 3 – 5 let

d) 6 – 10 let

e) více než 10 let

4. Vzdělání:

- a) SŠ
- b) VOŠ nebo VŠ
- c) doplněné vzdělání speciálními kurzy

5. Vaše pracovní pozice:

- a) zdravotní sestra
- b) pracovník v sociálních službách
- c) sociální pracovníce
- d) aktivizační pracovníce
- e) rehabilitační pracovníce

6. Péče o seniora s demencí

	vždy	často	někdy	nikdy
a) Má každý klient svého klíčového pracovníka, se kterým vytváří individuální plán?				
b) Zjišťujete potřeby, přání, zájmy a osobní historii seniora?				
c) Sledujete adaptaci seniora na nové prostředí?				
d) Jsou získané informace využívány v každodenní péči?				
e) Přináší pravidelný denní rytmus seniorovi pocit jistoty?				
f) Vytváří vztah důvěry mezi personálem a seniorem pocit bezpečí seniora?				
g) Podporujete seniora, aby se aktivně zapojil do sebeděče?				
h) Užíváte při práci se seniory s demencí metodu bazální stimulace?				

i) Odstraňujete rušivé vlivy při práci se seniorem (hluk TV, rozhovory personálu...)?				
j) Může být problematické chování seniora s demencí projevem nějaké jeho neuspokojené potřeby?				
k) Má senior možnost vyjadřovat se jakýmkoliv způsobem svou spokojenost s poskytovanou službou?				
l) Řešíte problémy společně se seniorem?				
m) Považujete chování seniora s demencí jako projev prožívání demence?				

7. Aktivity

	vždy	často	někdy	nikdy
a) Mají senioři s demencí příležitost zúčastňovat se smysluplných programovaných aktivit?				
b) Má senior možnost podílet se na běžných denních činnostech (např. úklid ze stolu, nachystání si hrnku na kávu, zametání...)?				
c) Vytváříte pro seniory s demencí aktivity a činnosti, které odpovídají jejich věku?				
d) Vytváříte individuální programy pro seniory upoutané (nepohyblivé) na lůžku s komunikačním deficitem – 3. Stadium demence?				
e) Jsou individuální programy pro nepohyblivé seniory – 3. Stadium demence více přínosné než skupinové aktivity?				
f) Nabízíte aktivity pro seniory v různých stádiích demence?				
g) Podporují aktivity seniora s demencí ve využívání jeho zvyklostí a schopností?				
h) Jsou programované aktivity dobrovolné?				
i) Povzbuzují aktivity k úspěchu?				
j) Využíváte pro aktivizaci seniorů s demencí prostředí zařízení (např. výzdobou, předměty, zákoutími, živými				

zvířaty a květinami, výhledem...)?				
------------------------------------	--	--	--	--

8. Prostředí domova

	určitě ano	spíše ano	spíše ne	určitě ne
a) Užíváte v zařízení orientační systém pro seniory s demencí?				
b) Přizpůsobujete prostředí seniorům podle jejich schopností a omezení?				
c) Používáte barevné kontrasty mezi pozadím a předměty?				
d) Považujete vaše zařízení za domácí prostředí?				
e) Užíváte barevné graficky označené místnosti, které senior s demencí užívá?				
f) Máte k dispozici různé koutky a posezení pro příjemný pobyt?				
g) Vyvolávají některé prostory ve vašem zařízení neklid a negativní reakce? Pokud ano, jaké:.....				
h) Mají senioři s tendencemi k toulání a nočnímu neklidu dostatečně zajištěný bezpečný prostor?				

9. Komunikace

	vždy	často	někdy	nikdy
a) Používáte v rozhovoru se seniorem stručné a jasné věty?				
b) Usmíváte se při kontaktu se seniorem?				
c) Užíváte při komunikaci se seniorem s komunikační bariérou neverbální prvky (pozorování, dotyk, tón hlasu, výraz tváře...)?				
d) Podporujete seniora s demencí ve vzpomínkách na příjemné zážitky z jeho mládí (na školu, první lásky aj.)?				

e) Když chce senior s demencí odejít např. domů, konfrontujete ho s realitou?				
f) Poskytujete seniorovi pocit jeho vlastní důležitosti, významnosti?				
g) Může senior ovlivňovat (svou) situaci?				

10. Spolupráce s rodinou

	vždy	často	někdy	nikdy
a) Považujete rodinu za významný zdroj informací o seniorovi?				
b) Umožňuje spolupráce s rodinou lépe porozumět projevům chování seniora?				
c) Umožňuje vzájemná spolupráce s rodinou lépe plánovat průběh poskytované služby podle odpovídajících potřeb seniora?				
d) Může se rodina zapojit do péče o seniora s demencí?				
e) Může rodina konzultovat péči o seniora?				
f) Může rodina podávat zpětnou vazbu?				
g) Je rodina zvána na společenské akce pořádané organizací?				
h) Může se rodina spolupodílet na řešení problémů?				
i) Mají rodiny možnost navštěvovat seniora v nějakém soukromém prostoru?				

11. Spolupráce s jinými subjekty

	maximálně	hodně	trochu	vůbec ne
a) Spolupracuje vaše zařízení s duchovním?				
b) Spolupracuje vaše zařízení s psychologem?				
c) Spolupracuje vaše zařízení s nějakou organizací nebo institucí zaměřenou na péči o seniory				

s demencí? Pokud ano, s jakou:				
d) Spolupracuje vaše zařízení s dalšími jinými externími pracovníky? Pokud ano, s jakými:.....				

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.