

Adaptace seniorů s demencí na domov se zvláštním režimem

Denisa Jurčíková

Bakalářská práce
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2023/2024

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Denisa Jurčíková**
Osobní číslo: **H21489**
Studijní program: **B0111A190011 Sociální pedagogika**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Adaptace seniorů s demencí na domov se zvláštním režimem**

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti adaptace, sociálních služeb a osob s demencí.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvalitativního výzkumu formou případové studie.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

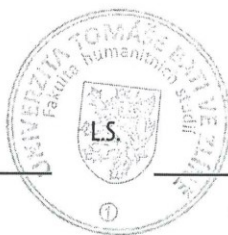
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ, Claudia BORZOVÁ a ET AL, 2009. Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, 2005. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-x.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2007. Vývojová psychologie II: dospělost a stáří. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VENGLAŘOVÁ, Martina, 2007. Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2170-5.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **15. ledna 2024**

Termín odevzdání bakalářské práce: **26. dubna 2024**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 15. ledna 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské 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 bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou 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 – bakalářskou 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 bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

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 nahlédnutí 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 vzdělávacímu 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 užit 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 jím 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 přihlídně k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na proces adaptace seniorů na domov se zvláštním režimem. Cílem práce je zjistit, jak probíhá adaptace ve vybraném domově se zvláštním režimem, jaké faktory napomáhají v adaptačním období, jaké změny nastávají v psychickém a zdravotním stavu seniora po přijetí do domova se zvláštním režimem a jaký je výskyt problémového chování u seniorů s demencí ve vybraném domově a za jakých situací k němu dochází. Praktická část práce zkoumala adaptační proces pomocí rozhovorů, pozorování a analyzování vybraných dokumentů. Z výsledků je patrné, jak probíhá adaptační proces ve vybraném zařízení a poukazuje i na nedostatky ze strany personálu vybraného domova se zvláštním režimem.

Klíčová slova: adaptace, senior, demence, domov se zvláštním režimem

ABSTRACT

The bachelor thesis focuses on the process of adaptation of the elderly to a home with a special regime. The aim of the thesis is to find out how the adaptation takes place in the selected home with special regime, what factors help in the adaptation period, what changes occur in the psychological and health state of the elderly after admission to the home with special regime and what is the incidence of problem behaviour in seniors with dementia in the selected home and under what situations it occurs. The practical part of the thesis investigated the adaptation process by means of interviews, observation and analysis of selected documents. The results show how the adaptation process takes place in the selected facility and also point out the shortcomings on the part of the staff of the home with a special régime.

Keywords: Adaption, senior, dementia, home with a special regime

Ráda bych v této části vyjádřila své upřímné poděkování vedoucímu mé bakalářské práce, doc. Mgr. Jakubu Hladíkovi, Ph.D., za jeho vynikající odborné vedení, ochotu a trpělivost, kterou mi věnoval po celou dobu zpracování práce. Také bych chtěla vyjádřit poděkování všem respondentům, kteří se ochotně zapojili do mého výzkumu. Nemohu opomenout ani své kolegyně v práci, zejména Janu, která mi v průběhu psaní bakalářské práce poskytla nepostradatelnou podporu a inspiraci.

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

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DEMENCE.....	13
1.1 PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ U DEMENCE	15
1.2 NEFARMAKOLOGICKÉ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ DEMENCE	16
1.3 FARMAKOLOGICKÉ PŘÍSTUPY V LÉČBĚ DEMENCE.....	19
2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S DEMENCÍ	21
2.1 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	22
2.2 STANDARDSY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	24
3 ADAPTACE.....	26
3.1 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PROCES ADAPTACE	28
3.2 SOUHLAS S POBYTEM V ZAŘÍZENÍ	29
3.3 NESOUHLAS S POBYTEM V ZAŘÍZENÍ	29
3.4 INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ V PROCESU ADAPTACE	30
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	32
4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....	33
4.1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	33
4.2 VYMEZENÍ VÝZKUMNÝCH CÍLŮ	34
4.3 VYMEZENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	34
4.4 VÝZKUMNÝ NÁSTROJ	35
4.5 ANALÝZA DAT.....	37
5 VÝSLEDKY.....	40
5.1 VÝSLEDKY – ANALÝZA DAT VYBRANÝCH DOKUMENTŮ	40
5.2 SHRnutí VÝSLEDKŮ – ANALÝZA DAT VYBRANÝCH DOKUMENTŮ	41
5.3 VÝSLEDKY – POZOROVÁNÍ.....	42
5.4 SHRnutí VÝSLEDKŮ – POZOROVÁNÍ	44
5.5 VÝSLEDKY – ROZHOVORY	45
5.6 SHRnutí VÝSLEDKŮ – ROZHOVORY	51
6 PROCES ADAPTACE VE VYBRANÉM DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.....	52
7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	56
ZÁVĚR	58
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	60
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	63

SEZNAM TABULEK.....	64
SEZNAM PŘÍLOH.....	65

ÚVOD

V současné době je stárnutí populace jedním z významných globálních problémů, který má zásadní dopad na společnost a sociální politiku. S tímto problémem se také zvyšuje počet seniorů postižených demencí, což představuje výzvu pro poskytování adekvátní péče a podpory. Seniori s demencí vykazují vysokou míru nesoběstačnosti a potřebují péči 24 hodin denně.

Adaptace seniorů s demencí na nové prostředí, zejména do domovů se zvláštním režimem, je procesem, který často přináší různé výzvy a obtíže. Změna prostředí může být pro tyto jedince značně stresující a vyžaduje specifický přístup, aby se minimalizovaly negativní dopady tohoto přechodu. Z tohoto důvodu je důležité zkoumat a porozumět procesu adaptace seniorů s demencí na domov se zvláštním režimem a identifikovat strategie, které jim mohou pomoci překonat obtíže a usnadnit jim pobyt v novém prostředí.

Cílem této bakalářské práce je popsat a analyzovat proces adaptace seniorů s demencí na vybraný domov se zvláštním režimem a identifikovat faktory, které napomáhají úspěšné adaptaci. Práce se zaměřuje jak na teoretický, tak praktický pohled na problematiku.

V teoretické části se nejprve budeme věnovat demenci, kde vymezíme základní typy demence, typy problémového chování a nefarmakologické a farmakologické přístupy v léčbě demence. Ve druhé části se budeme věnovat sociálním službám pro osoby s demencí, především domovům se zvláštním režimem. V poslední části se budeme zabývat adaptací, jednotlivými fázemi adaptace, dobrovolným a nedobrovolným nástupem do zařízení a významem individuálního plánování v adaptačním procesu.

Praktická část práce se pak věnuje konkrétnímu domovu se zvláštním režimem, sledování adaptačního procesu seniorů s demencí a odhalení faktorů ovlivňujících tuto adaptaci. K dosažení cíle použijeme polostrukturované rozhovory, pozorování a analýzu dokumentů k získání hlubšího porozumění adaptace seniorů s demencí. Cílem je vypracovat případovou studii vybraného domova se zvláštním režimem a identifikovat klíčové faktory ovlivňující adaptační proces. Práce dále zkoumá vliv rodiny v adaptačním procesu, výskyt problémového chování v adaptačním procesu a jeho dopady na zdravotní a psychický stav seniorů s demencí.

Celkovým cílem této bakalářské práce je přispět k lepšímu porozumění procesu adaptace seniorů s demencí na domov se zvláštním režimem a poskytnout doporučení pro praxi, která může vést k optimalizaci péče a podpory poskytované této cílové skupině.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DEMENCE

Demence představuje neurodegenerativní onemocnění, které vážně narušuje kognitivní funkce jedince, jako je paměť, schopnost myšlení, orientace, řeči a úsudku. Tyto poruchy mají významný dopad na každodenní život jedince s demencí. Mezi klíčové příznaky demence patří poruchy kognitivních funkcí, obtíže s plněním denních úkolů a změny v chování. Kromě toho mohou být pozorovány i další symptomy, jako jsou poruchy chápání, poruchy osobnosti, poruchy orientace, poruchy intelektu, poruchy abstraktního myšlení, poruchy emotivity a ztráta soběstačnosti. V některých případech mohou být pozorovány i psychotické příznaky (Pidrman, 2007).

Je třeba zdůraznit, že demence představuje globální problém, který není omezen pouze na vyspělé země. S prodlužováním délky života populace se zvyšuje i riziko výskytu demence, přičemž u osob starších 65 let se toto riziko zvyšuje o 5 %, a nad 80 let dokonce o 20 %. V poslední době dochází také k častějšímu výskytu demence i u osob ve středním věku. Onemocnění demence sebou nese významné ekonomické náklady, zejména v oblasti ošetrovatelské péče, podpůrných prostředků a sociální péče. Navíc může dojít i k poklesu pracovní výkonnosti příbuzných, kteří se často stávají neformálními pečovateli (Pidrman, 2007).

Demenci lze klasifikovat podle různých kritérií, avšak nejčastěji se používá dělení na primární, sekundární a smíšené formy. Mezi primární degenerativní demence patří Alzheimerova nemoc, demence s Lewyho tělisky a frontotemporální demence. Sekundární demence mohou být způsobeny různými faktory, jako jsou traumata, poruchy jater, epilepsie nebo infekce. Existuje více než 70 různých typů demencí, které zahrnují vaskulární demenci, toxickou demenci, traumatickou demenci, demenci spojenou s Parkinsonovou chorobou nebo metabolickou demenci. Poslední kategorií jsou smíšené demence, do kterých patří například kombinace Alzheimerovy a vaskulární demence nebo kombinace Alzheimerovy nemoci a primárně degenerativní demence. Tato klasifikace umožňuje lépe porozumět různorodosti a příčinám demence, což je klíčové pro diagnostiku a vhodnou léčbu těchto stavů (Pidrman, 2007).

Alzheimerova demence představuje jedno z nejčastějších forem demence. Mezi hlavní rizikové faktory pro vznik Alzheimerovy choroby patří stáří, přítomnost genetické varianty apolipoproteinu E4 a dědičnost v rodině. Další známé faktory spojené s výskytem

Alzheimerovy demence zahrnují metabolický syndrom, kouření, nadměrnou konzumaci alkoholu a opakovaná traumata hlavy (Zvěřová, 2017).

Alzheimerova demence může být klasifikována do dvou hlavních skupin. První skupina je charakterizována časným začátkem, kdy se příznaky objevují před dosažením věku 65 let, zatímco druhá skupina má pozdní začátek, kdy se příznaky začínají projevovat až po dosažení 65 let věku. Tato klasifikace umožňuje lékařům lépe identifikovat a diagnostikovat Alzheimerovu demenci v různých věkových skupinách a přizpůsobit léčebné postupy podle potřeb jednotlivých pacientů (Zvěřová, 2017).

Alzheimerova demence postupuje typicky skrze několik stádií, které označují různé úrovně postižení. Průběh Alzheimerovy demence můžeme rozlišit podle stupně demence na lehké, střední a těžké stádium.

- U lehkého stádia onemocnění můžeme u pacientů pozorovat poruchy kognitivních funkcí, především ztrátu paměti, kterou si pacienti ještě uvědomují. Dochází k narušení aktivit denního života, především při těch, ve kterých je potřeba pozornost. Často se také můžeme setkat u těchto pacientů u lehkého stádia s depresivní symptomatikou.
- Ve středním stádiu dochází k většímu úbytku kognitivních funkcí, kdy pacienti už bývají bez náhledu na jejich zdravotní stav. Dochází k značnému zhoršení při aktivitách denního života, především při používání domácích přístrojů. V tomto stádiu už pacienti nedokážou hospodařit se svými finančními prostředky.
- V těžkém stádiu už pacienti nepoznávají své blízké, dochází k ztrátě orientace a jsou plně odkázaní na péči druhé osoby. V tomto stádiu se setkáváme také s behaviorálními a psychologickými poruchami (Zvěřová, 2017).

Vaskulární demence představuje další typ demence, který vzniká v důsledku narušení cévního zásobení mozku. Toto narušení může být způsobeno různými faktory, jako je zúžení nebo postupné ucpávání mozkových cév nebo krvácení do mozku. Jedním z hlavních rizikových faktorů pro vznik vaskulární demence je hypertenze (vysoký krevní tlak), která může vést k poškození cév v mozku a omezení toku krve do určitých oblastí mozku. Další faktory spojené s výskytem vaskulární demence zahrnují kouření, obezitu, diabetes mellitus a opakovaná traumata hlavy a mozku (Jiráček et al., 2009).

Příznaky vaskulární demence se obvykle objevují relativně rychle a mohou zahrnovat řadu neurologických a kognitivních dysfunkcí. Mezi tyto příznaky patří zpomalení kognitivních procesů, které se projevuje poruchou pozornosti, paměti a schopnosti koncentrace. Pacienti často působí zmateně a nerozumí své aktuální situaci nebo nedokážou vykonávat běžné úkoly a činnosti, které předtím zvládali bez problémů. Depresivní symptomy jsou také běžné u pacientů s vaskulární demencí, a to jak v důsledku samotného onemocnění, tak také jako reakce na ztrátu schopností a závislost na péči druhých. Tato deprese může dále komplikovat celkový stav pacienta a ovlivnit kvalitu života. Příznaky vaskulární demence často vykazují fluktuace, což znamená, že se mohou měnit nebo zhoršovat v závislosti na stavu mozku a progresi onemocnění. Pacienti mohou projevovat dezorientaci v prostoru a čase, což může vést k nespavosti a nočnímu blouhání nebo nutkání utéct z domova či z nemocnice (Jiráček et al., 2009).

Pro stanovení číselného vyjádření stupně demence se často využívá dotazník MMSE (Mini-Mental State Examination), který na základě získaných bodů poskytuje určitou míru kognitivního deficitu. Avšak je důležité zdůraznit, že tento test má své nedostatky. Zejména je třeba brát v úvahu, že výsledek testu může být ovlivněn aktuální náladou a schopností jednotlivce. Dalším problémem je, že jednotlivé úlohy v testu nejsou vždy přiměřeně hodnoceny – například některé jednodušší úlohy mohou mít vyšší bodování než úlohy náročnější. Proto je vhodné provést komplexní vyšetření a test MMSE využít spíše jako doplňkový nástroj, než jako jediný způsob hodnocení kognitivních schopností jednotlivce (Kučerová, 2006).

1.1 Problémové chování u demence

U pacientů trpících demencí je běžný výskyt problémového chování, což představuje významnou zátěž zejména pro pečující osoby. Toto chování často slouží jako prostředek pro pacienty k vyjádření svých potřeb a emocí. Problémové chování může vycházet z obtíží porozumění mezi pacientem a jeho okolím, které pak může považovat toto chování za neadekvátní nebo obtěžující. Je důležité si uvědomit, že problémové chování je spíše symptomem demence než zlým úmyslem pacienta. Pacienti s demencí často trpí dezorientací, úzkostí a strachem, což může vyvolávat neklid, agresivitu nebo jiné obtížné projevy chování. Pečujícím osobám je proto důležité být citlivými na potřeby a emocionální stavy pacientů a hledat způsoby, jak s nimi efektivně komunikovat a poskytovat jim

odpovídající podporu a péči. Porozumění této dynamice je klíčové pro zlepšení kvality života jak pacientů s demencí, tak i jejich pečujících osob (Jiráček et al., 2009).

Mezi nejčastější formy problémového chování u pacientů s demencí patří bránění se péči, kdy nemocný projevuje nedostatek schopnosti přizpůsobit se novým podmínkám a nepochopení potřeby péče ze strany pečujících osob. Tento odpor se může projevit odmítáním hygienických procedur, oblékání, neochotou opustit domov nebo zdržováním se při jídle. Další častou formou problémového chování je agitovanost, která se projevuje nepokojem a neustálým manipulováním s předměty, často spojená s agresivními projevy. Agitovanost může také vyvolávat stavy, které jsou charakterizovány zmateností a neklidem, typicky se vyskytujícími v pozdních odpoledních a večerních hodinách. Dalším typickým problémovým chováním je bloudění a touha opustit prostředí, které pacient nepoznává. Tato touha může souviset s potřebou napodobovat dřívější rutiny, jako je docházení do práce. Poruchy spánku jsou také častým projevem demence, zvláště v pokročilých stádiích onemocnění. Psychotické příznaky, jako jsou halucinace a bludy, se často objevují ve středně těžkých stádiích demence. Misidentifikace je dalším častým problémovým chováním, kdy pacient ztrácí schopnost rozpoznat své blízké nebo dokonce sám sebe. Deprese se projevuje únavou, bolestmi hlavy, závratěmi a pocitem beznaděje. Podrážděnost a agresivní chování jsou běžnými projevy deprese u pacientů s demencí. Nakonec, úzkost je další formou problémového chování, kdy pacient vykazuje neklid a neustálou potřebu dotazovat se ostatních na svoji situaci, ačkoliv si ještě neuvědomuje přesnou povahu svých kognitivních obtíží (Jiráček et al., 2009).

1.2 Nefarmakologické přístupy v léčbě demence

Nefarmakologické přístupy v léčbě demence vznikly jako důležitý doplněk k farmakoterapii, s cílem maximalizovat zachování funkčních schopností pacienta a zlepšit jeho kvalitu života. Tyto přístupy se zaměřují na udržení a posílení jemné i hrubé motoriky, podporu pohybu a chůze, zachování soběstačnosti v denních aktivitách a podporu kognitivních funkcí. Kromě toho se nefarmakologická léčba snaží o podporu smysluplného trávení volného času a ovlivnění příznaků demence, jako jsou deprese, úzkost či agitovanost. Důležité je vybírat vhodné aktivity individuálně, s ohledem na schopnosti a zájmy konkrétního pacienta, aby byl dosažen co nejlepší terapeutický účinek. Cílem nefarmakologických přístupů není vyléčit demenci, ale spíše zpomalit progresi onemocnění a zlepšit kvalitu života pacienta.

Klíčovou součástí je zavedení pravidelného denního režimu, který zahrnuje strukturované časy pro jídlo, aktivity a odpočinek. Podpora soběstačnosti je také důležitá, neboť umožňuje pacientovi provádět určité činnosti nezávisle, co nejdéle je to možné, což může zvýšit jeho pocit autonomie a pocitu úspěšnosti (Fert'alová & Ondriová, 2020).

Kognitivní trénink představuje úvodní nefarmakologickou metodu v léčbě demence, která se zaměřuje na aktivní stimulaci mozkových funkcí a posílení různých kognitivních schopností. Tato metoda zahrnuje různá cvičení a aktivity, které mohou být použity jako součást denních rutin nebo prostřednictvím zábavy. Kognitivní trénink je obvykle preferován v raných a středních stádiích demence, protože v těchto fázích může být účinný při udržování, a dokonce zlepšování kognitivních funkcí. Některé studie však ukázaly, že použití kognitivního tréninku v pokročilých stádiích demence může způsobit úzkost a frustraci u pacientů. Během kognitivního tréninku jsou využívány různé techniky a strategie, jako jsou například techniky paměti, kategorizace, asociace nebo zapamatování prostřednictvím vytváření příběhů. Tyto metody mají za cíl stimulovat mozkovou aktivitu a posilovat spojení mezi mozkovými buňkami, což může přispět k lepšímu zachování kognitivních funkcí a zpomalit progresi demence (Fert'alová a Ondriová, 2020).

Další metodou je **Snoezelen terapie**, původně vyvinutá pro nizozemské děti s poruchami učení. Tato terapie využívá speciálně upravené místnosti vybavené světly, pohyblivými objekty, hudbou, vůněmi a hmatovými předměty, aby podpořila relaxaci a stimulaci smyslů. Kromě Snoezelen místnosti může být Snoezelen terapie poskytována i pomocí mobilních vozíků, které mohou být přímo přeneseny do pokoje klienta. Tato forma terapie je navržena také pro osoby trpící demencí, jelikož má pozitivní vliv na kognitivní funkce a má vliv na maladaptivní chování (Bauer et al., 2015).

Terapie Snoezelen, zaměřující se na sedm smyslových systémů, tedy zrak, sluch, čich, chuť, hmat, vestibulární systém a proprioceptivní systém, je koncipována tak, aby vyvolala u pacientů s demencí pocit pohody a uvolnění. Tento terapeutický přístup je implementován prostřednictvím různých typů Snoezelen místností, jako jsou bílé místnosti, tmavé místnosti a měkké hrací místnosti. Účinky terapie Snoezelen na pacienty jsou individuální a mohou zahrnovat širokou škálu pozitivních vlivů. Podle Mertense (2003) může Snoezelen vést ke zlepšení schopnosti pacientů relaxovat a snižovat projevy agresivity, autoagresivity a stereotypního chování. Dále může zvýšit jejich vytrvalost, iniciativu a spontánnost a podporovat schopnost navázat kontakt s okolím. Tento terapeutický přístup se ukázal jako

účinný při poskytování podpory a komfortu pacientům s demencí, přičemž individuální přizpůsobení prostředí a stimulů hraje klíčovou roli v dosahování terapeutických cílů (Fert'alová & Ondriová, 2020).

Reminiscenční terapie je jednou z dalších účinných nefarmakologických metod pro seniory trpící demencí, kteří se potýkají s poruchou krátkodobé paměti a často se vracejí k událostem a vzpomínkám z minulosti. Tato terapie se zaměřuje na podporu seniorů při adaptaci na nové prostředí a zlepšení jejich komunikace. Používá se několik metod, jako je vyprávění životního příběhu, prohlížení starých fotografií a účast na různých aktivitách, včetně tance či zpěvu. Některá zařízení pro seniory dokonce vyhrazené místnosti speciálně pro reminiscenci. Je však důležité pečlivě vybírat témata, aby se zabránilo případnému vyvolání nepříjemných či bolestivých emocí u seniorů (Fert'alová & Ondriová, 2020).

Další nefarmakologický přístup k péči o lidi trpící demencí představuje **validační terapie podle Naomi Feil**. Naomi Feil je tvůrkyní validační terapie, která vyvinula první metodu zaměřenou specificky na pacienty s demencí. Validace v tomto kontextu spočívá v uznání, potvrzení a respektování hodnot a zkušeností člověka (Fert'alová & Ondriová, 2020).

„Validovat znamená přijmout jeho emoce, říct mu, že jeho emoce jsou pravdivé. Odmítání emocí znejišťuje“ (Feil, de Klerk-Ru-bin, 2015, s. 13).

V rámci validační terapie se soustředíme na minulost, neboť je to právě minulost, která nejvíce formuje a ovlivňuje současnost pacienta. Pro jedince trpícího demencí je přítomnost často nepřehledná a ztrácí na významu kvůli poruchám kognitivního charakteru. Abychom mohli proniknout do jejich světa, musíme přijmout zcela nový pohled na život seniorů. Zaměřujeme se na ty části minulosti, které stále ovlivňují jejich současný stav. Klíčové je respektovat jedinečnost a nezaměnitelnost každého jednotlivce a přistupovat k němu individuálně. Cílem validační terapie je zpomalit progresi nemoci prostřednictvím empatického naslouchání a respektování pohledu seniorů na svět kolem nich.

V rámci validační terapie se řídíme několika klíčovými principy, z nichž bychom chtěli vyzdvihnout ty nejdůležitější. Prvním z těchto principů je přesvědčení, že i senioři nedostatečně orientovaní nebo dezorientovaní si zachovávají svou jedinečnost a hodnotu. Dalším významným principem je akceptace jednotlivců takových, jací jsou, místo pokusu o jejich změnu za každou cenu. Důležitou součástí validační terapie je schopnost aktivního naslouchání, která umožňuje porozumět emocionálním potřebám a projevům klientů. Dalším principem je uvědomění si, že vyjádření, akceptace a validace bolestivých emocí

může vést k jejich postupnému oslabení. Je důležité si uvědomit, že chování dezorientovaných starších jedinců má své racionální důvody, které je třeba respektovat a porozumět jim. Tyto principy jsou základem validační terapie a přispívají k podpoře a respektování jedinečnosti každého klienta (Fert'alová & Ondriová, 2020).

Naomi Feil uvedla několik technik určených pro jednotlivé fáze či stadia demence. Tyto techniky jsou navrženy tak, aby byly snadno použitelné a nevyžadují žádnou specifickou odbornou způsobilost. První technika, nazvaná **koncentrace**, klade důraz na soustředěnost terapeuta na přítomný okamžik a potlačení vlastních emocí. Další technikou je **jednoduchá a jasná komunikace**, vhodná zejména v raných stádiích demence, při níž je preferováno klást otázky typu kdo, co a kdy, spíše než otázky proč. **Opakování**, jako další technika, může poskytnout seniorům pocit útěchy, zvláště když jsou zopakována jejich vlastní slova, což může působit uklidňujícím dojmem. **Předkládání extrémů** je technika, která se aplikuje v počátečních stádiích demence a spočívá v prezentaci nejhoršího možného scénáře, což může pomoci identifikovat skutečný problém. **Vzpomínání na minulost** je další užitečná technika, která může být využita k vyvolání pozitivních emocí. **Udržování blízkého a upřímného očního kontaktu** se využívá především ve středních a pokročilých stádiích demence, kdy může podpořit pocit lásky a bezpečí u seniorů. Poslední technikou, kterou zmíníme je **technika doteku**, vhodná pro pokročilé stadia demence, při níž se doporučuje jemné hlazení tváře a ušních boltců špičkami prstů či jemné masírování ramen. Tyto techniky jsou vhodné při komunikaci a péči o seniory s demencí (Fert'alová & Ondriová, 2020).

Je klíčové si uvědomit, že validační terapie se od reminiscence nebo orientace na realitu výrazně liší. Při reminiscenci se často kladou otázky jako "Řekněte mi něco o své práci", zatímco orientace na realitu může zahrnovat sdělení jedince o jeho současném stavu, například že již nepracuje a je v důchodu. Na rozdíl od toho se validační terapie zaměřuje na pomáhání osobě vypracovat představu o její minulosti a aktuální situaci. Nejde pouze o navrácení jedince do reality, ale o podporu jeho emocionálního prožívání a respektování jeho subjektivního vnímání (Jankoski & Frey, 2012).

1.3 Farmakologické přístupy v léčbě demence

Farmakoterapie je jedním z přístupů, které mohou být využity k řešení problémového chování u seniorů, avšak není to jediná možnost. Je nutné zdůraznit, že užití léků přináší účinky útlumu, které mohou ovlivnit nejen konkrétní situace vyvolávající obtíže, ale také

běžné denní aktivity. Proto je důležité pečlivě zvažovat účinky farmakoterapie a minimalizovat riziko nepřiměřeného zvýšení dávek. Mezi nejčastěji používané typy léků v rámci farmakoterapie patří kognitiva, která cílí na zlepšení kognitivních funkcí jako je paměť a pozornost, hypnotika, jež pomáhají regulovat spánek, antipsychotika, která slouží k potlačení problémového chování, benzodiazepiny, jež mají uklidňující účinky, a antidepressiva, určená k léčbě depresivních stavů. Je však nutné pečlivě sledovat účinky těchto léků a minimalizovat jejich potenciální negativní dopady (Venglářová, 2007).

2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S DEMENCÍ

Sociální služby jsou určeny pro lidi, kteří čelí různým formám znevýhodnění a potřebují podporu pro zlepšení svého života. Jejich hlavním cílem je poskytovat pomoc potřebným a přispívat k jejich celkovému blahobytu. Tato opatření jsou zařazena do oblasti působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí a zahrnují široké spektrum služeb, jako je sociální poradenství, služby sociální péče a prevence sociální prevence. Sociální služby jsou dostupné v různých formách a mohou být poskytovány jak služby terénní, ambulantní a pobytové. Pro osoby trpící demencí jsou zvláště důležité služby sociální péče, jako jsou pečovatelské služby, odlehčovací služby, centra denních služeb, a také denní nebo týdenní stacionáře a domovy pro seniory nebo domovy se zvláštním režimem. Těmito službami je poskytována klíčová podpora a péče o jednotlivce s demencí, což významně přispívá ke zlepšení jejich kvality života (Matoušek, 2011).

Poskytování těchto sociálních služeb umožňuje jednotlivcům trpícím demencí zůstat v důstojném prostředí a zajišťuje jim nezbytnou péči a podporu. Financování těchto sociálních služeb je obvykle různorodé a závisí na charakteru poskytovaných služeb a institucích, které je poskytují. Zdroje financování se mohou lišit v závislosti na tom, kdo je poskytovatelem služby a jaký je druh péče, který je poskytován. Mezi možné zdroje financování patří státní dotace a granty, finanční příspěvky od zřizovatelů, platby od uživatelů služeb, příspěvky na péči, příjmy z veřejného zdravotního pojištění, podpory od samosprávných celků a dary. Každý registrovaný poskytovatel sociálních služeb může žádat o přidělení dotace, přičemž tyto dotace jsou obvykle poskytovány na základě potřeby daného typu služby v daném regionu. Je důležité zdůraznit, že dotace jsou udělovány na základě potřeb a nejsou automaticky poskytovány každému žadateli. Při hodnocení žádosti je proto brána v úvahu důležitost a potřeba daného druhu sociální služby v konkrétním regionu (Malíková, 2020).

Vzhledem k nedostatku pobytových služeb, zejména domovů pro seniory a zařízení se zvláštním režimem, se na českém trhu objevila řada soukromých institucí, které reagovaly na vzrůstající poptávku po těchto specifických službách. Tato soukromá zařízení často operují bez finanční podpory ve formě dotací, což vede k vyšším nákladům na pobyt a péči. Z tohoto důvodu se rodiny často musí podílet na financování pobytu svých blízkých. Financování soukromých zařízení pro seniory zahrnuje příspěvky na péči od státu, platby od uživatelů za poskytované služby, příjmy z veřejného zdravotního pojištění a také případné dary. Vzhledem k absenci dotací musí tyto instituce čelit větší finanční náročnosti a mohou tak vyžadovat vyšší finanční spoluúčast ze strany rodin uživatelů. Soukromá zařízení pro

seniory jsou tedy závislá na různorodých zdrojích financování a často se musí spoléhat na různé formy příjmů, aby mohla pokrýt náklady spojené s provozem a poskytováním kvalitní péče a služeb (Sršňová, 2019).

2.1 Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem se zaměřují na osoby s duševním chronickým onemocněním, osobám, které mají závislost na návykových látkách nebo také osobám s Alzheimerovou nemocí nebo s jiným typem demence. Tyto zařízení se zaměřují na poskytování kontinuální péče a podpory těmto osobám, jejichž situace vyžaduje neustálou asistenci od jiného člověka. Hlavním úkolem domovů se zvláštním režimem je vytvořit prostředí, které je pro jejich klienty příjemné a důstojné, a které jim poskytuje veškeré potřebné zázemí, ubytování a péči. Tímto způsobem se snaží maximalizovat pohodlí a bezpečí klientů a nahradit jim domácí prostředí co nejvíce možným způsobem. Zaměstnanci těchto zařízení podporují klienty v jejich soběstačnosti a usilují o obnovení nebo posílení komunikace s rodinou a sociálním prostředím. Kromě poskytování základní péče zahrnuje služba domovů se zvláštním režimem i široké spektrum terapeutických a zájmových aktivit, které mají za cíl zapojit klienty do běžného společenského života. To může zahrnovat účast na kulturních akcích, sportovních událostech a dalších aktivitách, v závislosti na zájmu a schopnostech jednotlivých klientů. Celkově se jedná o komplexní péči, která zahrnuje pomoc se všemi běžnými denními činnostmi, podporu osobní hygieny, stravování, zajištění ubytování a pomoc při řešení osobních záležitostí a právních záležitostí (Česká alzheimerovská společnost, 2015).

V domovech se zvláštním režimem je klíčové dodržovat stanovený harmonogram činností. Každé zařízení má pečlivě stanovený režim, který je přizpůsoben potřebám a specifické skupině klientů. Tento režim je důležité dodržovat, avšak jsou zde i prostředky pro flexibilitu, aby bylo možné reagovat na individuální potřeby klientů. Denní harmonogram je standardně popsán v dokumentech zařízení a v průběhu pobytu jsou klientům poskytovány služby, na kterých se strany společně domluvily při podpisu smluv. Pracovníci v zařízeních se zvláštním režimem se aktivně podílejí na běžných denních aktivitách klientů a pečlivě sledují jejich projevy a reakce. Kromě toho je poskytována i podpora nelékařskými zdravotnickými pracovníky. V rámci dopoledních hodin se klientům věnují ergoterapeuti a aktivizační pracovníci, kteří vybírají vhodné aktivity a cvičení pro danou cílovou skupinu. Odpoledne se klienti můžou účastnit posezení nebo různých kulturních akcí společně s jejich

rodinou. V dohodnuté dny navíc přijíždí praktický lékař, který provádí pravidelné kontroly a poskytuje potřebnou lékařskou péči. V nočních hodinách jsou klienti na svých pokojích a jsou pravidelně kontrolováni personálem, aby se zajistilo jejich bezpečí a pohodlí během celého pobytu v zařízení (Malíková, 2020).

Pacienti trpící určitou formou demence vykazují zvýšenou potřebu systematického vedení k určitým aktivitám a dennímu režimu, což je klíčové nejen v rámci pobytu v ošetrovatelských zařízeních, ale také ve vlastním domácím prostředí. Vedení a struktura jsou pro tyto pacienty zásadní pro udržení stability a pohody, a to jak fyzicky, tak psychicky. Pravidelný a systematický režim pomáhá minimalizovat úzkost a dezorientaci, které mohou být spojeny s demencí, a zlepšuje celkovou kvalitu jejich života. (Jirák et al., 2009).

V sociálních službách působí personál s různými odbornostmi a specializacemi. Pracovníci, kteří pracují v sociálních službách jsou definováni zákonem č. 108/2006 Sb. Patří mezi ně sociální pracovník, pracovníci v sociálních službách a nelékařští a lékařští zdravotničtí pracovníci (Malíková, 2020).

Sociální pracovník musí splňovat určité kvalifikační předpoklady a být povinně odborně kvalifikovaný podle příslušných právních předpisů v oblasti sociální práce. Je nezbytné, aby byl bezúhonný a zdravotně způsobilý, a to v souladu se zákonem. Dále je také vyžadována schopnost provádět právní úkony, což zahrnuje posuzování a sestavování smluv a dokumentů. Hlavními funkcemi sociálního pracovníka je poskytování informací těm, kdo se o sociální službu zajímají, ať už potenciálním klientům nebo jejich rodinným příslušníkům. Také umožňuje zájemcům prohlídku prostor zařízení a provádí pečlivý záznam každého sociálního šetření. Kromě toho poskytuje základní sociální poradenství a připravuje návrhy smluv o poskytování sociálních služeb. Dále je součástí jeho práce také edukace individuálního plánování a možnostech dostupných služeb. Sociální pracovník se snaží být přítomen při přijetí nových klientů do zařízení, aby jim poskytl potřebné informace a pomohl jim se seznamováním se s ostatními klienty a klíčovým pracovníkem v zařízení. Tím vytváří podpůrné a bezpečné prostředí pro nové klienty a pomáhá jim při adaptaci na nové životní podmínky (Malíková, 2020).

Dalším důležitým účastníkem v poskytování sociálních služeb je pracovník v sociálních službách, který se zaměřuje na přímou obslužnou péči. Tato péče zahrnuje podporu klientů při zvládnutí jednoduchých denních činností a rozvoji jejich soběstačnosti. Pro tuto práci je nezbytné mít základní vzdělání a úspěšně absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz v oboru sociálních služeb. Nelékařský personál, který je součástí týmu sociálních služeb, zahrnuje

vrchní sestru, všeobecnou sestru, fyzioterapeuta a ergoterapeuta. Tito odborníci hrají klíčovou roli v poskytování individuální péče a podpory klientům při dosahování jejich cílů a zlepšování kvality života. Společně s ostatními členy týmu sociálních služeb pracují na optimalizaci péče a poskytování komplexní podpory pro klienty v potřebě (Malíková, 2020).

2.2 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality jsou klíčovým nástrojem pro zajištění a garantování určité úrovně poskytovaných služeb ve všech oblastech sociální péče. Tyto standardy jsou uplatňovány a sledovány nezávisle na typu poskytovaných služeb a mají za cíl zajistit jejich kvalitu a bezpečnost. Ministerstvo práce a sociálních věcí je hlavním orgánem, který dohlíží na dodržování a naplňování těchto sociálních standardů. Standardy kvality sociálních služeb jsou rozděleny do tří hlavních kategorií: procedurální, personální a provozní. Procedurální standardy mají zvláštní význam, neboť poskytují podrobné pokyny a směrnice týkající se toho, jak by měla daná sociální služba fungovat a jaké cíle by měla sledovat. Mezi ně patří například standard č. 1, který se zabývá definicí cílů a metod poskytování sociálních služeb. (Malíková, 2020).

Standard č. 2 týkající se ochrany práv a osob v domovech se zvláštním režimem zcela správně zdůrazňuje, že lidská práva by měla být respektována bez ohledu na jakékoli individuální postižení, včetně poruch kognitivních funkcí, orientace nebo pohybu. Je však důležité si uvědomit, že u osob s těmito postiženími může docházet k porušování práv, zejména v situacích, kdy jsou závislé na poskytované péči. Někdy zaměstnanci nejsou plně uvědoměni možného omezení práv klientů nebo mohou být přesvědčeni, že takové porušení nenastává. Dochází k porušování práva na soukromí, intimitu a osobní život, kdy je důležité respektovat klientovu autonomii, například zaklepáním před vstupem do pokoje a zajištěním souhlasu před prováděním úklidu nebo jakýchkoli zásahů do osobního prostoru klienta. Časté porušování může nastat i během běžných úkonů, jako je výměna inkontinentních pomůcek, kdy není respektována klientova potřeba soukromí a intimního prostoru. Je zřejmé, že existují nedostatky v oblasti standardů kvality sociálních služeb pro domovy se zvláštním režimem. Tyto standardy by měly být důkladněji specifikovány a zdůrazňovat potřebu respektování práv a důstojnosti každého klienta s ohledem na jejich individuální stav (Tetourová, 2014).

Další standardy, zařazené do první kategorie procedurálních standardů, mají klíčový význam pro definici a poskytování sociálních služeb. Standard č. 3 se zaměřuje na jednání se

zájemcem o službu a definuje obsah komunikace a postupy pracovníka při jednání se zájemcem, dále tam spadá standard č. 4 smlouva o poskytování služby. Důležitým standardem je také č. 5, který se věnuje individuálnímu plánování průběhu sociální služby. Tento standard má za cíl poskytnout klientovi službu šitou na míru, která podporuje jeho soběstačnost, usnadňuje adaptaci a zvyšuje kvalitu života. Dalšími procedurálními standardy jsou č. 6, který se týká dokumentace o poskytování sociální služby, a č. 7, který se zabývá řešením stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby. Dále je zde standard č. 8, který upřesňuje návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje. Další skupinu tvoří personální standardy, mezi něž patří standardy č. 9, který se věnuje personálnímu a organizačnímu zajištění sociální služby, a č. 10, který podporuje profesní rozvoj zaměstnanců. Poslední kategorií jsou provozní standardy, zahrnující standardy jako Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby, Informovanost o poskytované sociální službě, Prostředí a podmínky, Nouzové a havarijní situace a Zvyšování kvality sociálních služeb. Tyto standardy přispívají k efektivnímu provozu sociálních služeb a k dosažení co nejlepšího výsledku pro klienty (Malíková, 2020).

3 ADAPTACE

Období stáří často přináší negativní vnímání, neboť se s ním často pojí řada obtíží spojených se ztrátou soběstačnosti, úbytkem mentálních schopností a omezenými sociálními kontakty. Mühlpachr (2004) zdůrazňuje, že stáří není samo o sobě chorobou, ale často přináší zvýšený výskyt nemocí a zdravotních problémů. Hlavní hrozbou, jak naznačuje, není pouze smrt, ale především ztráta schopnosti žít nezávisle. S postupujícím věkem se mnozí starší lidé stávají závislími na pomoci druhých, neboť se jim stále obtížněji plní základní potřeby. Tato závislost často vyžaduje radikální životní změny a adaptaci na nové podmínky. Současně s fyzickou závislostí přichází i snížená schopnost přizpůsobit se novým situacím a změnám, což může stárnutí ještě více ztížit (Malíková, 2020).

Při nástupu nového klienta do zařízení zahajuje senior novou kapitolu svého života, a je důležité zdůraznit, že každá adaptace je zcela individuální. Hlavním úkolem zařízení je usnadnit klientovi adaptační proces a zajistit, aby se cítil co nejpříjemněji. Průběh adaptace je běžně stanoven v interních předpisech organizace a je přizpůsoben individuálním potřebám seniora. Tento proces má své časové vymezení, které je definováno samotným zařízením, a zahrnuje poskytování pomoci, podpory a monitorování adaptace. Průběh adaptace je pečlivě dokumentován příslušným pracovníkem, který vede záznamy o postupu klienta v adaptaci. Během tohoto období se pracovníci zaměřují na identifikaci individuálních potřeb klienta a poskytují mu potřebnou podporu při průchodu adaptačním procesem. Pokud se v průběhu adaptace objeví nějaké problémy, pracovníci se snaží tyto překážky rychle a efektivně řešit, aby zajistili maximální spokojenost klienta (Malíková, 2020).

Adaptační proces je jedním z klíčových momentů při přijímání nového klienta do zařízení, a vyžaduje proto značnou pozornost a úsilí celého týmu. Sociální pracovník může sehrát klíčovou roli v tomto procesu tím, že určí klíčového pracovníka pro daného klienta, což je osoba, která se stane jeho nejbližším kontaktem v zařízení. Klíčový pracovník by měl věnovat klientovi maximální pozornost a péči, aby mu usnadnil přechod do nového prostředí. Při příchodu seniora do zařízení je vytvořen adaptační plán, který pomáhá jak pracovníkům, tak klientům lépe zvládnout adaptační proces. Důležité je, aby klient byl seznámen se všemi důležitými aspekty zařízení a aby byl podporován v navazování nových přátelských vztahů a zapojení do aktivit, které jsou pro něj relevantní. V této fázi může hrát významnou roli podpora ze strany rodiny, přátel a sousedů. Součástí adaptačního procesu je také vytvoření individuálního plánu péče, který je přizpůsoben klientovi na míru na základě

jeho zdravotního a duševního stavu. Tento plán definuje konkrétní způsoby, jak klientovi pomoci a zlepšit jeho aktuální stav (Matoušek et al., 2015).

Adaptace na pobyt v zařízení zahrnuje různé fáze, kterými jedinec postupně prochází. Proces adaptace může být rozdělen do několika fází. **První fáze** je obdobím seznámení s novým domovem a jeho obyvateli, senioři zde mají možnost vytvoření soukromí a začínají se orientovat v novém prostředí. **Druhá fáze** je charakterizována navazováním nových vztahů a sociálních kontaktů, což přispívá k pocitu přináležitosti a zapojení do kolektivu. Ve **třetí fázi** se senioři postupně integrují do běžného života v zařízení, avšak často dochází k oslabení vztahů se světem mimo zařízení, což může vést k sociální izolaci. **Čtvrtá fáze** zahrnuje plné přizpůsobení se životu v domově kde, již senioři plně akceptují svůj nový životní styl a mohou dokonce pomáhat novým obyvatelům s jejich adaptací. Je důležité si uvědomit, že délka a intenzita jednotlivých fází adaptace mohou být u každého jednotlivce odlišné a u některých jedinců nemusí nastat poslední, čtvrtá fáze (Hlaváčová, 2003 in Plívová 2015).

Další možné rozdělení fází adaptace na pobytové zařízení je následující: první fáze, nazvaná fáze očekávání, která nastává před příchodem do domova. Předtím, než senior vůbec podá žádost o umístění. Druhá fáze je fáze vlastní adaptace, která začíná po příchodu do zařízení a může trvat až 6 měsíců. Tyto fáze jsou často provázeny stresovými událostmi, které významně ovlivňují život seniora. Poslední fáze je fáze dozívající stresové reakce, kdy se můžeme bavit o aktivní adaptaci, kdy senior již akceptoval pobyt v domově (Hrozenková et al., 2008).

Můžeme rozlišit tři typy adaptace. Prvním typem je **dobrá adaptace**, která trvá přibližně 6 týdnů a projevuje se tím, že se klient aktivně zapojuje do činností od prvního dne pobytu a navazuje kontakty s ostatními klienty a personálem. Druhým typem je **vyhovující adaptace**, která může trvat 4 až 6 měsíců, kdy klient neprojevuje aktivně zájem o okolí, ale nestaví se k němu negativně, ale jeho nálada bývá většinou pesimistická. Posledním typem je **špatná adaptace**, která může trvat až 12 měsíců, kdy klient nemá zájem o nové prostředí, nejeví ochotu spolupracovat, a může být depresivní až plačtivý (Hrozenková et al., 2008).

Dobře adaptovaného klienta můžeme charakterizovat jako spokojeného, spolupracujícího seniora, který je přátelský, pokorný a vyrovnaný. Aktivně se zapojuje do různých činností a má své vlastní záliby (Hrozenková et al., 2008).

3.1 Faktory ovlivňující proces adaptace

Adaptační proces při přechodu do nového prostředí může být usnadněn pomocí několika klíčových faktorů. Důležité je zajistit prostředí, které je přívětivé a stimulující, podporovat budování sociálních vazeb a vztahů, podněcovat aktivní a smysluplné využívání času, respektovat a naplňovat spirituální potřeby klienta a současně podporovat zachování co nejlepšího zdravotního stavu. Tyto faktory jsou klíčové pro efektivní adaptaci jedince na nové prostředí a mohou přispět k celkovému pohodlí a pohodě klienta během procesu adaptace (Ray et al., 2008).

Rodinné vazby hrají klíčovou roli v adaptačním procesu seniorů do nového prostředí. Senioři často prezentují svou rodinu v pozitivním světle a mohou poskytovat zkrácené informace, aby představili ideální obraz. Nicméně pravidelný kontakt s rodinnými příslušníky je klíčovým prvkem při přechodu mezi různými fázemi adaptace. Tento kontakt napomáhá seniorům přizpůsobit se novým podmínkám a lépe zvládat přechodové období. Dochází tak k udržení emocionální podpory a pocitu sounáležitosti, což je zásadní pro celkový pocit pohody a přizpůsobení se novému životnímu prostředí (Plívová, 2014).

Zařízení pro péči o seniory aktivně usiluje o udržení kontaktu s rodinou klienta, což se stává prioritou již od samého okamžiku, kdy je klient přijat do zařízení. Nicméně, jakmile rodina vidí, že o svého příbuzného pečuje personál zařízení, může se stát, že začne ztrácet zájem o pravidelnou návštěvu. Studie dokonce ukázaly, že s prodlužujícím se pobytem klienta v zařízení dochází k postupnému úbytku návštěvnosti ze strany rodiny. Přesto je však úloha rodiny v individuálním plánování péče klienta zásadní. Rodinní příslušníci mohou přispět úpravou prostředí, společnými aktivitami a vzájemnou interakcí s klientem, čímž dochází k propojení různých generací a udržení rodinných vazeb. Taková integrace rodiny do péče o seniory může významně přispět k celkovému pohodlí a kvalitě života klienta (Matoušek et al., 2015).

Pro seniory je klíčové mít pocit jistoty a bezpečí, zejména v novém prostředí, kam přicházejí. Tento pocit je výrazně ovlivněn prací klíčového pracovníka, který hraje důležitou roli při pomoci s orientací a adaptací na nové podmínky. Jeho úkolem je nejen poskytnout nezbytnou podporu při začlenění do zařízení, ale také zajistit prostředí, kde se senioři cítí chráněni a bezpeční. Kromě toho je zásadní zachování důvěrnosti a důstojnosti klienta. To zahrnuje respektování jeho soukromí a individuálních potřeb, a to i v rámci poskytované péče a podpory. Tyto aspekty jsou klíčové pro budování pozitivního prostředí, které

podporuje seniory v procesu adaptace a umožňuje jim si udržet pocit důstojnosti a autonomie (Zimmelová & Dvořáčková, 2007).

Kalvach et al. (2004) zmiňují patrona, který klientovi slouží jako důvěrná opora v prvních měsících jeho pobytu. Tento patron se stává důležitým kontaktem, na kterého se klient může obrátit s problémy, jež přesahují běžnou interakci s ostatními pracovníky.

3.2 Souhlas s pobytem v zařízení

Proces adaptace klienta do zařízení může být komplikovaný, zejména pokud se klient do zařízení dostává proti své vůli. I když klient vstupuje do zařízení dobrovolně, adaptace není vždy bezproblémová. Tento proces, který se zaměřuje na dobrovolný odchod do domova seniorů lze rozdělit do dvou hlavních fází, které reflektují postupné přizpůsobení se klienta novému prostředí. První fáze, nazvaná **fáze nejistoty a vytváření nového stereotypu**, představuje období, kdy se senior začíná orientovat a získávat informace o novém prostředí a o tom, jak se zde žije. Během této fáze jsou senioři citlivější a mohou se objevovat různé vzpomínky na minulost. V této fázi může dojít i ke značnému zhoršení zdravotního i psychického stavu seniora, a proto je důležité, aby jeho prvotní zážitky nebyly příliš nepříjemné. Druhá fáze, nazvaná **fáze adaptace a přijetí nového životního stylu**, představuje období, ve kterém se senior postupně smiřuje se ztrátou domova a mění se jeho role a způsob života. Během této fáze dochází k navazování nových sociálních vazeb. Nicméně málokterý senior se skutečně s touto fází ztotožní (Vágnerová, 2007).

Je nutné upozornit na určité faktory, které podle Kalvacha et al. (2004) mohou pozitivně ovlivnit proces adaptace. Mezi tyto faktory patří souhlas s pobytem v zařízení, k čemu může pomoci informování seniora o prostředí, kde by měl později žít, což zahrnuje možnost předchozí návštěvy vybraného zařízení. Dále je důležité respektování důvěrnosti, důstojnosti a zachování lidské slušnosti při komunikaci s klientem. Přínosem může být také bezbariérové prostředí zařízení, které umožní seniorovi pohyb v zařízení. Kromě toho je nezbytná cílená práce s klientem, která zahrnuje aktivizační techniky a nabídku širokého spektra vhodných aktivit, jež mohou napomoci klientovi k lepší adaptaci na nové prostředí (Kalvach et al., 2004).

3.3 Nesouhlas s pobytem v zařízení

Při přijímání klienta do zařízení je nezbytné, aby budoucí klient podepsal smlouvu o pobytu v daném zařízení. Pokud klient odmítne podepsat smlouvu, musí být situace nahlášena

soudu. V případě osob trpících syndromem demence je situace složitější. Mnoho jedinců s demencí je schopno vyjádřit své přání a preference, ale rozhodnutí o souhlasu či nesouhlasu s pobytem v zařízení může být pro ně problematické. Proto je klíčové mít hlubší znalost problematiky demence a individuálního stavu pacienta (Jiráček et al., 2009).

I když mají senioři právo odmítnout vstup do zařízení, jejich zdravotní nebo sociální situace často může být tak vážná, že nemají jinou možnost. I když samotnou žádost musí senioři podepsat sami, pokud nemají zákonného zástupce, často se stává, že podepisují dokumenty, které ne zcela chápou. Tato fáze může být pro většinu seniorů značně stresující, a často dochází k zvýšené úmrtnosti v prvních týdnech nebo měsících. Během této fáze mohou nastat běžné adaptační reakce, jako jsou změny chování nebo zhoršení chronických zdravotních problémů (Kalvach et al., 2004).

Nedobrovolná adaptace má tři fáze a může být srovnána s dětskou separační úzkostí. První fáze je **obdobím odporu**, charakterizuje období, kdy se senioři často projevují negativisticky nebo agresivně vůči okolí, včetně personálu a ostatních obyvatel domova. Je důležité chápat toto chování jako obrannou reakci, protože v této fázi nemusí být schopni projevit přívětivější jednání, což může být jejich způsobem protestu proti této změně. Druhou fází je **Fáze zoufalství a apatie**, která nastává poté když se starý člověk dostává do stavu zoufalství. Tato fáze většinou nastává poté, když si starý člověk uvědomí, že jeho úsilí nedosahuje žádných výsledků. V této fázi často ztrácejí zájem a rezignují na situaci kolem sebe. Mnozí zůstávají v této fázi až do konce svého života, což může přispět k brzké smrti. Ve třetí fázi, nazývané **fáze vytvoření nových pozitivních vazeb**, dochází k tomu, že senior začíná nacházet nové pozitivní vztahy v prostředí zařízení. Tyto vztahy mohou být s členy personálu nebo s ostatními klienty, což přispívá k jeho pozitivnímu vnímání nového prostředí (Vágnerová, 2007).

3.4 Individuální plánování v procesu adaptace

Jak jsme již dříve zmínili, zavedení individuálního plánování již při přijetí klienta do zařízení, tzv. adaptační individuální plán, je klíčové pro úspěšnou adaptaci seniora na nové prostředí. Tento plán, stanovený na určité období, hraje zásadní roli v procesu adaptace a může klientovi výrazně usnadnit pobyt v zařízení. Individuální plánování zahrnuje především úzkou spolupráci všech pracovníků v zařízení. To znamená pravidelné sdílení informací, postřehů a výsledků pozorování mezi členy týmu, konzultace a vzájemnou

pomoc, což přispívá k efektivní péči a podpoře seniorů v jejich adaptačním procesu (Malíková, 2020).

Na základě individuálních přání klienta nebo identifikovaných potřeb můžeme stanovit specifické cíle. Tyto osobní cíle klienta vycházejí z propojení jeho vlastních aspirací, individuálních potřeb a zároveň jsou zohledněny možnosti a kapacita poskytovatele služby. Jsou to takové cíle, které respektují klientovu autonomii a zároveň jsou realistické a dosažitelné v rámci poskytované péče (Hauke, 2011).

Pro většinu pracovníků může být výzvou identifikovat potřeby a cíle u klientů, kteří nemohou komunikovat. Klíčové je aktivně pozorovat klienta v reálných situacích, kde lze odhalit jeho potřeby a preference. Kromě toho mohou pracovníci využívat empatii a fantazii, aby lépe porozuměli světu klienta a jeho zkušenostem. Důležitým zdrojem informací může být také studium dokumentace klienta a konzultace s jeho rodinnými příslušníky či pečovateli. Tyto metody umožňují pracovníkům lépe porozumět individuálním potřebám a cílům klientů a lépe je integrovat do poskytované péče (Malíková, 2022).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této kapitole se budeme věnovat metodologií výzkumu. Metodologická část našeho výzkumu je zaměřena na kvalitativní výzkum prostřednictvím designu případové studie. Cílem tohoto výzkumu je detailně prozkoumat proces adaptace seniorů s demencí v konkrétním domově se zvláštním režimem. Analyzovat budeme interakce mezi klienty, personálem a prostředím zařízení s důrazem na identifikaci klíčových faktorů ovlivňujících adaptaci a získání hlubšího porozumění jejich zkušenostem a potřebám.

4.1 Vymezení výzkumného problému

V našem výzkumu se budeme věnovat **adaptací seniorů s demencí na domov se zvláštním režimem**, v souvislosti problémového chování a faktorů, které ovlivňují jejich adaptaci.

Schopnost adaptace u seniorů je již značně snižena a každá změna je pro ně velkou stresovou situací (Haškovcová, 2010). U seniorů s demencí se po přemístění do domova můžou projevovat pocity nejistoty, zranitelnosti, protože ztrácí moc nad svými věcmi. Následně se u nich můžou začít po přijetí do domova projevovat poruchy chování (Jirák et al., 2009). Mezi typy problémového chování podle Jiráka, Homerové a Borzové (2009) patří nejčastěji: **bránění se péči, agresivita, toulání se, poruchy spánku a další**. Problémové chování u seniorů s demencí může signalizovat potřebu sdělit své potřeby, proto je velmi důležitá znalost klienta, jeho potřeb, zvyků, rituálů a schopností. Je proto důležité připravit vhodné podmínky a programy pro klienty s demencí (Jirák et al., 2009). Jak ukazuje výzkum Vildové (2013) k problémovému chování nejčastěji dochází v situacích **bez organizované aktivity, ukládání ke spánku, v noci nebo při komunikaci s personálem a ostatními klienty**. Proto nás zajímá, v jakých dalších situacích při adaptaci se můžeme s problémovým chováním u klientů setkat a jaké faktory ovlivňují jejich adaptaci.

Tento výzkum je zaměřen na analýzu procesu adaptace seniorů s demencí na domov se zvláštním režimem, na zjištění, za jakých situací se setkáváme s problémovým chováním u seniorů s demencí při jejich adaptaci na domov se zvláštním režimem a které faktory napomáhají k adaptaci. Cílem naší práce je poskytnout doporučení a možné řešení pro zkvalitnění sociálních služeb vybraného domova se zvláštním režimem.

4.2 Vymezení výzkumných cílů

Hlavním cílem výzkumu je popsat proces adaptace klientů s demencí na domov se zvláštním režimem, a to v prvních třech měsících od nástupu do DZR. Dalším cílem je odhalit, co napomáhá klientům s demencí ke správné adaptaci. Zároveň chceme zmapovat jaké problémové chování se objevuje u klientů s demencí v DZR a za jakých situací se s tímhle problémovým chováním setkáváme. Chceme také zjistit jakou roli hraje rodina klienta při adaptaci na DZR a také zda dochází ke změnám zdravotního a psychického stavu klienta od přijetí do DZR.

4.3 Vymezení výzkumných otázek

Hlavní otázka: Jaký je průběh adaptace seniorů s demencí na domov se zvláštním režimem?

Dílní výzkumné otázky:

1. Jaké faktory napomáhají seniorům k úspěšné adaptaci seniorů s demencí na domov se zvláštním režimem?
2. Jaké změny v chování a zdravotním stavu jsou pozorovatelné u seniorů s demencí po příchodu do domova se zvláštním režimem a jak tyto změny ovlivňují jejich adaptaci?

4.4 Výzkumný nástroj

Výzkumnými nástroji, které jsme si zvolili v rámci naší práce, jsou polostrukturované rozhovory, zúčastněné pozorování a analýza vybraných dokumentů.

4.4.1 Analýza dokumentů

Pro účely naší práce jsme zvolili techniku analýzy dokumentů.

Pro účel naší práce jsme analyzovali tyto dokumenty:

- Záznamy ze sociálního šetření klienta,
- lékařské zprávy klienta,
- výsledky MMSE testů,
- záznamy o jednání z příjmu klienta,
- individuální dokumenty klienta,
- deník klienta.

Tato metoda analýzy dokumentů nám pomohla k usměrnění informací o daném klientovi v období adaptačního procesu. Získané informace jsme si zaznamenávali do záznamového archu, který jsme převzali z diplomové práce Vildové (2013). Záznamový arch, který byl upraven dle našich potřeb, naleznete v příloze č. 1.

Záznamy ze sociálního šetření nám pomohly zmapovat, zda se problémové chování vyskytovalo u klientů už před nástupem do vybraného domova se zvláštním režimem a v jakém prostředí před nástupem byli.

Lékařské zprávy jsme využili při analýze dokumentů z důvodu zjištění, zda v průběhu adaptačního období došlo k výrazným změnám v oblasti fyzického či psychického zdravotního stavu.

Pro náš výzkum jsme při analýze dokumentů využili měřicí nástroj Mini-Mental State Examination (MMSE), který bývá nejčastěji používán k posouzení kognitivních funkcí seniora a slouží především k sledování změn kognitivního deficitu v rámci různých časových období (Šáteková, 2021). Tento test se používá ve vybraném domově se zvláštním režimem k rychlé diagnostice kognitivních funkcí. Test byl proveden personálem v den přijetí klienta a po období adaptace, tedy po 3 měsících od přijetí.

Záznamy z jednání ze dne příjmu klienta jsme využili pro náš výzkum z důvodu zjištění celkové orientace klienta a jeho míru kognitivního deficitu.

Mezi individuální dokumenty klienta patří životní příběh klienta a osobní profil klienta. Tyto dokumenty byly použity při analýze dokumentů z důvodu zjištění individuálních potřeb klienta, který mohly vést k výskytu problémového chování.

Poslední dokumenty, který jsme analyzovali jsou deníky klientů. V denících klientů jsme se dozvídali kdy a k jakému problémovému chování docházelo.

4.4.2 Pozorování

Dalším nástrojem pro náš výzkum bylo pozorování, kdy jsme použili metodu zúčastněného pozorování, kdy jsme se aktivně zapojili a byli součástí zkoumané skupiny (Hendl, 2005). Tuhle metodu jsme použili proto abychom co nejlépe dokázali proniknout do zkoumané problematiky.

V rámci pozorování jsme se zaměřovali na frekvenci výskytu problémového chování u klientů ve vybraném domově se zvláštním režimem, změnám chování při každodenních činnostech klientů zda, kdy a za jakých podmínek k němu dochází a přístupu klientů k personálu a k ostatním klientům domova se zvláštním režimem. Pozorování probíhalo v adaptačním období klientů, tedy 3 měsíce od přijetí klienta do domova se zvláštním režimem. Pro pozorování jsme vybrali 6 klientů, kteří nastoupili v období mezi 12. srpnem až 15. listopadem. Pozorování bylo zaznamenáno v záznamovém archu, který se skládal z pozorování v den přijetí, po 14 dnech, po měsíci, po dvou měsících a po 3 měsících.

4.4.3 Polostrukturovaný rozhovor

Za účelem popsání procesu adaptace u seniorů s demencí ve vybraném domově se zvláštním režimem jsme použili polostrukturovaný rozhovor, který obsahoval pět hlavních otázek pro rozhovor. Otázky do rozhovoru najdete v příloze č. 3.

Rozhovory se zaměstnanci vybraného domova se zvláštním režimem probíhaly v období mezi prosincem 2023 a lednem 2024. Rozhovoru se účastnili čtyři zaměstnanci vybraného domova se zvláštním režimem, kteří splňovali daná kritéria. Vybraní zaměstnanci byli osloveni, zda jsou ochotni se účastnit na výzkumu naší bakalářské práce. Informovali jsme dotazované, že je vše zcela anonymní a nepůjde z naší bakalářské práce poznat jaká osoba

nám rozhovor poskytla. Rozhovory trvali přibližně 30 minut. Dotazovaní souhlasili s poskytnutím rozhovoru pro náš výzkum.

Otázky do rozhovoru byly předem připravené a další otázky se vyvíjely podle toho kam rozhovor směřoval a jaké otázky nás v průběhu rozhovoru napadali.

4.5 Analýza dat

4.5.1 Analýza vybraných dokumentů

Předtím než jsme začali zkoumat proces adaptace jednotlivého klienta jsme analyzovali jednotlivé dokumenty konkrétního klienta. Až po analýze jednotlivých dokumentů jsme přešli na pozorování klienta v adaptačním období a postupně také doplňovali záznamový arch o poznatky z pozorování, které se především týkali problémového chování.

4.5.2 Pozorování

Analýza pozorování klientů vybraného domova se zvláštním režimem, kteří nastoupili v období mezi 12. srpnem a 15. listopadem, byla provedena na základě pěti časových období: den nástupu, po 14 dnech, po jednom měsíci, po dvou měsících a po třech měsících. Celkem do domova nastoupilo 18 klientů, z nichž jsme vybrali 6 klientů, které jsme podrobili pozorování. Během pozorování byli sledováni tyto klienti (S1, S2, S3, S4, S13, S16), u nichž byl zaznamenán celý adaptační proces. Data byla analyzována postupně od prvního dne nástupu do zařízení až po konec adaptačního období. Tato analýza umožnila identifikovat změny v chování a zdravotním stavu klientů během adaptačního období.

4.5.3 Rozhovory

Během analýzy rozhovorů jsme postupovali následovně: nejprve jsme přepsali rozhovory do počítače a poté jsme text několikrát přečetli. Během této četby jsme vyznačili úryvky, které se jevily jako důležité pro náš výzkum. Tyto klíčové úryvky jsme poté seskupili do pěti témat, abychom lépe porozuměli obsahu rozhovorů a identifikovali hlavní body relevantní pro naši studii.

Tabulka 1 - Témata

Témata
1. Před nástupem
2. Úspěšná či neúspěšná adaptace
3. Jak můžu pomoci?
4. Role rodiny
5. Problémové chování

4.6 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor představují pracovníci a klienti Domova se zvláštním režimem v České republice.

Adaptační proces v domově se zvláštním režimem je stanoven na dobu 3 měsíců, kdy pracovníci domova se zvláštním režimem pozorují chování nově přichozích klientů. Ve vybraném domově se zvláštním režimem je aktuálně 98 pracovníků. Z toho pracovníci v přímé péči (32), zdravotní sestry (20), aktivizační pracovnice (3), sociální pracovnice (2), ředitelka a vrchní sestra jsou v přímém kontaktu se všemi nově přichozími i staršími klienty. Klientů je v domově se zvláštním režimem aktuálně 93 a každým všedním dnem přichází další noví klienti. Klienti ve vybraném domově se zvláštním režimem mají diagnostikovanou buď Alzheimerovu chorobu nebo jiný typ demence.

Dotazování byli vybíráni na základě záměrného výběru. Adaptační proces v domově se zvláštním režimem je stanoven na dobu 3 měsíců, proto prvním kritériem pro výběr bylo být v zařízení déle než 3 měsíce anebo mít předchozí zkušenost z jiného domova se zvláštním režimem. Dalším kritériem bylo absolvování kurzu pracovníka v sociálních službách, aby kromě praxe byli obeznámeni i o teoretické poznatky, které se vážou k adaptačnímu procesu i ke klientům s demencí nebo Alzheimerovou chorobou. Na základě těchto kritérií byli

vybrání 4 pracovníci domova se zvláštním režimem, 2 pracovníci z přímé péče, jeden koordinátor přímé péče a všeobecná zdravotní sestra.

Tabulka 2 - Respondenti

Respondent	Pozice v DZR
R1	Koordinátor přímé péče
R2	Všeobecná sestra
R3	PSS
R4	PSS

Senioři, kteří byli objektem pozorování byli vybráni na základě dvou kritérií. Prvním kritériem byla potvrzená diagnóza Alzheimerovy choroby nebo jiného typu demence od praktického lékaře nebo psychiatra. Druhým kritériem bylo, že senior se musel stát klientem vybraného domova se zvláštním režimem v období mezi 12. srpnem a 15. listopadem, abychom byli schopni zaznamenat v rámci pozorování celý adaptační proces.

5 VÝSLEDKY

Pro náš výzkum jsme si zvolili design případové studie. Případová studie se zabývá detailním studiem a porozuměním jednoho nebo více případů. V naší práci je případem námi vybraný domov se zvláštním režimem. Klíčové je zvolit kvalitativní techniky jako je rozhovor, pozorování a analýza dokumentů. V naší práci jsme využili všechny tyto kvalitativní techniky (Švaříček, 2007).

Data získaná při výzkumu mají podobu textu, jedná se o přepisy rozhovoru, které byly nahrány na diktafon a následně přepsány, záznamy z pozorování v domově se zvláštním režimem a dokumentace.

5.1 Výsledky – Analýza dat vybraných dokumentů

Ze záznamu ze sociálního šetření jsme zjistili odkud do zařízení klienti přichází. Devět klientů přichází z domova, z toho pět klientů bydlelo společně s některým z rodinných příslušníků. Tři klienti přichází ze zdravotnického zařízení, a to především z psychiatrické nemocnice nebo z nemocnice. Tři klienti přichází z denního stacionáře. Z jiného domova se zvláštním režimem do zařízení přichází dva klienti a z pečovatelského domu jeden klient.

Z lékařských zpráv klientů jsme zjistili jejich aktuální zdravotní stav a zda už před nástupem byli v péči psychiatra. Z lékařských zpráv jsme se také dozvěděli hodnoty MMSE testu, které jsme ale pro jistotu prováděli sami při přijetí a po uplynutí adaptačního období. Lékařské zprávy také zahrnovali orientaci místem, časem a osobou nově příchozích klientů, takže jsme dopředu mohly vyplnit v záznamovém archu otázky týkající se orientace.

MMSE testy jsme prováděli, jak už jsme zmínili v den přijetí a po adaptačním období. Také jsme výsledky MMSE testů měli v lékařských zprávách od praktického lékaře nebo psychiatra. Výsledky MMSE testů od lékařů se značně lišili od těch testů, které v den přijetí provedl personál Domova, a proto jsme MMSE testy od lékařů nebrali v potaz. Ke zhoršení během adaptačního období došlo u 8 klientů. K výraznému zlepšení došlo u jednoho klienta a to o 9 bodů. K mírnějšímu zlepšení došlo u 5 klientů a k neměnnému stavu došlo u 4 klientů.

Záznamy z jednání příjmu klienta jsme použili k upřesnění orientace klienta s porovnáním orientace, která byla v lékařské zprávě. Lékařské zprávy se ohledně orientace významně nelišily se záznamy z jednání z příjmu, a proto jsme použili orientaci, která byla uvedena

v lékařských zprávách. U 6 klientů můžeme říct, že mají těžký stav kognitivního deficitu a neorientují se v žádném směru v oblasti času, místa ani osoby.

Individuální dokumentace klientů, zejména životní příběhy a osobní profily, poskytly cenné informace k porozumění vzniku problematického chování. Například u klientky S15, která projevovala v období adaptace výrazný neklid a opakovaně se svlékala a manipulovala s plenami, jsme díky životnímu příběhu a osobnímu profilu identifikovali, že v minulosti klientka vykazovala zájem o různé ruční práce, jako je pletení, háčkování a vyšívání. Tento poznatek nám pomohl porozumět jejímu neklidu a nutkavému chování, které pravděpodobně vyplývalo z potřeby provádět tyto ruční práce.

Deník klienta jsme používali k zjištění a četnosti výskytu problémového chování, protože denní záznamy personál píše každý den ke každému klientovi zvlášť. Všechny informace, které se týkaly problémového chování jsme zaznamenali do záznamového archu.

Pro větší přehled jsme vytvořili tabulku redukovaných dat, které nám přišli důležité, kterou naleznete v příloze č. 2.

5.2 Shrnutí výsledků – Analýza dat vybraných dokumentů

Při analýze dokumentace vybraných klientů jsme identifikovali několik klíčových faktorů ovlivňujících jejich adaptační proces v sociálním zařízení. U klientů, kteří přišli do zařízení z jiných institucí nebo zdravotnických zařízení, jsme pozorovali neutrální nebo pozitivní postoj k novému prostředí, což usnadňuje adaptační proces a snižuje výskyt problémového chování. Naopak klienti, kteří přecházejí ze svého domova, často vykazují obtíže s adaptací a vykazují větší pravděpodobnost projevů problematického chování. Problémové chování se také často vyskytuje u klientů s horší orientací, s těžším kognitivním deficitem nebo s negativním postojem k nástupu do zařízení.

Dochází k významným změnám v zdravotním a psychickém stavu klientů, což je patrné ze skóre MMSE testů. Klienti s pozitivním postojem k novému prostředí vykazují zlepšení v testech MMSE, zatímco ti s odmítavým postojem projevují výrazné zhoršení.

Analyzujeme-li individuální dokumentaci klientů, například osobní profily či deníky, můžeme odhalit důvody výskytu problematického chování. Například u klientky, která měla celoživotní zvyk pletení a vyšívání, může nečinnost vést k neklidu a potřebě stálé stimulace. U další klientky může dojít k výraznému zhoršení jejího stavu v reakci na zhoršení zdravotního stavu blízkého člena rodiny, na kterém byla v zařízení závislá.

5.3 Výsledky – Pozorování

5.3.1 Den nástupu do zařízení

Změna prostředí pro lidi staršího věku bývá náročná. Senioři, kteří přichází do vybraného domova se zvláštním režimem mají různé obavy a postoje k nástupu do zařízení. U klientů S1, S2 a S13 se už hned při nástupu projevil odmítavý postoj k nástupu do zařízení. Všichni tři klienti jdou do zařízení z jejich domova. V den přijetí se všichni tři klienti snažili dostat ze zařízení zpět domů a odmítali jakoukoliv péči od personálu. U dvou klientů u klienta S1 a S2 se projevovalo agresivní chování vůči personálu, jednalo se o agresi slovní i fyzickou. Personál se vůči těmto klientům choval v daný den poté už odtažitě a snažili se s klienty už nepřijít do kontaktu. Klienti S3, S4 a S16 v den přijetí měli neutrální postoj nástupu do zařízení, dva klienti nastoupili do zařízení z jiného zařízení sociálních služeb a jeden se zdravotnického zařízení. Klienti S3 a S4 jsou imobilní, proto nedocházelo u těchto klientů k žádnému bloudění po zařízení v den přijetí oproti zbylým třem, kteří měli odmítavý postoj k nástupu do zařízení. Klient S16 byl po odjezdu rodiny lehce zmatený, a proto se ho hned ujal personál a se vším v zařízení ho seznámil. Klient S16 celý den strávil v aktivizační místnosti s ostatními klienty a jevil se jako spokojený, spolupracoval a nejevil žádné známky problémového chování. Klienti S3 a S4 trávili den přijetí na svém pokoji s rodinou. Klient S4 byl velmi plačtivý, nekomunikativní a odmítal jakoukoliv péči od personálu. V den přijetí se o něho starala dcera. Klient S4 v noci neustále volal: „*maminko, prosím pomoc.*“ Ani po medikaci klient neusnul. Klient S3 spal celou noc.

5.3.2 Druhý týden od nástupu do zařízení

V prvních dvou týdnech adaptace se snaží personál Domova seznámit klienta s prostředím Domova, s personálem a s ostatními klienty. Klienti S16 a S3 se aktivně účastní aktivizace, spolupracují a komunikují s ostatními klienty i personálem. Personál zjišťuje od klientů jejich oblíbené činnosti a zajímavosti z jejich minulosti. Klient S16 byl spisovatel, a proto aktivizační pracovnice věnovala jeden den čtení jeho článků. Klienta to moc potěšilo a jevil se jako spokojený. Klienti S1 a S13 nevydrží na jednom místě, a proto neustále odchází z aktivizace a bloudí po zařízení. Personálu se ptají, jak dlouho tady ještě budou a kdy si pro ně rodina přijde. Rodina od klienta S1 dostala doporučení od vedoucí pracovnice, že by klientovi měli dát čas a nějakou dobu nechodit. Rodina to dodržela a první dva týdny klienta nenavštívili. Klient S1 si po večerech balil věci do kufru a odmítal v zařízení zůstat. Neustále opakoval, že musí jít do práce a starat se o děti. U klienta S2 rodina nedostala doporučení o

tom, že by neměli klienta navštěvovat, ale za klientem první dva týdny nebyli. Klient S2 si neustále oblékal bundu a snažil se vyrazit dveře. Personál se klienta snažil vždy doprovodit zpět na patro, ale klient začal být verbálně i fyzicky agresivní. Po pár takových incidentů to personál vzdal a nechal klienta bloudit po zařízení. Klient S4 je nadále nekomunikativní, aktivizace se účastní pasivně a neustále je plačtivý. Po návštěvě rodiny přestává být plačtivý a jednoslovně komunikuje.

5.3.3 Měsíc od nástupu do zařízení

Po jednom měsíci dochází ke zlepšení u klienta S3, který byl přijat jako imobilní a po jednom měsíci ve vybraném zařízení začal chodit s pomocí nízkého chodítka. Klient S3 se nadále aktivně účastní aktivizací a chodí společně s ostatními klienty po zařízení i do kavárny. Klient byl ubytován ve druhém patře, kde od otevření domova zajišťuje péči neměnný personál. Na stejném patře je i klient S16 a klient S4. Klient S16 nadále spolupracuje a nevykazuje žádné problémové chování. Klient S4 už nebývá plačtivý a občas se i aktivně účastní aktivizací především když se jedná o aktivizaci zaměřenou na zpěv. U klienta S1 dochází ke zhoršení zdravotního stavu. Klient se stává inkontinentní a kvůli zhoršené mobilitě začíná využívat nízké chodítka. Klient tráví většinu času na svém pokoji. Ke zhoršení dochází i u klienta S2, kde klient už odmítá chodit a stává se imobilní, odmítá stravu a přestává komunikovat. Klient přestává být aktivizován a dochází k celkovému zhoršení jak v psychickém, tak zdravotním stavu. Zhoršený stav se řeší pouze farmakoterapií. U klienta S13 dochází díky farmakoterapii k pozitivnímu naladění a účastní se aktivizace, spolupracuje a pomáhá ostatním klientům. Problémy se začínají projevovat až večer, kdy klient i s medikací nespí a navštěvuje cizí pokoje a přemísťuje věci. Personál při tomto zjištění se snaží klienta v noci zaměstnat jinou činností v aktivizační místnosti.

5.3.4 Dva měsíce od nástupu do zařízení

Po dvou měsících od nástupu do zařízení nejsou pozorovány žádné výrazné změny v chování u klientů S3, S4 a S16, kteří se jeví jako bezproblémoví. U klienta S4 je pozorováno střídání lepších a horších dnů, přičemž projevuje spokojenost při individuálním zaměření personálu na klienta a věnování mu času. Nicméně, reakce klienta na otázky, na které nezná odpověď je plačtivá. Klient S1 utrpěl pád při snaze dojít na toaletu s následnou tržnou ránu na hlavě, což vyžádalo odeslání na urgentní ošetření. Po návratu do zařízení se jeho stav zhoršil, projevují se suicidální myšlenky, odmítá komunikaci s personálem a odmítá příjem tekutin

a stravy. U klienta S2 se situace nezměnila, tráví většinu času na pokoji a projevuje pasivitu i během aktivizace. Klient S3 každou noc bloudí po zařízení a obtěžuje ostatní klienty, přičemž medikace na noc nezabírá. Jiná forma zklidnění nebyla použita.

5.3.5 Tři měsíce od nástupu do zařízení – konec adaptačního období

Adaptační proces trvá v sociálních službách obvykle tři měsíce, kdy by klient měl být seznámen s personálem, klienty a prostředím domova. V tomto období by měl personál domova zjistit individuální potřeby a přání klienta a navázat na to jeho individuální plán. Je důležité zdůraznit, že adaptační proces je značně individuální a závisí na specifických potřebách a charakteristikách jednotlivých klientů. Úspěšnou adaptaci pozorujeme u klientů S3, S4 a S16. U klienta S16 se však v posledním měsíci vyskytlo problémové chování v noci, projevující se především verbální agresí vůči novému spolubydlícímu. Toto chování se postupně zhoršovalo, avšak po přesunu klienta k jinému spolubydlícímu došlo k jeho uklidnění. U klienta S13 nemůžeme s jistotou říct, že adaptace proběhla úspěšně, protože nedošlo ještě k úplné adaptaci, což bylo zaznamenáno v rámci pozorování. U klienta se sice neprojevují žádné známky problémového chování přes den, ale přes noc je klient neklidný až agresivní. Problémové chování se přes noc stupňuje, kdy klient dává své vlasy do nápoje jiných klientů a pomočuje se na jejich postel. Naopak, klient S1 a S2 vykazují známky neúspěšné adaptace. Klient S1 přestal přijímat stravu a tekutiny, což vedlo ke stagnaci, a nakonec i k úmrtí na konci adaptačního období. Klient S2 projevuje stagnaci, suicidální myšlenky a odmítá příjem potravy a tekutin. Během posledního měsíce došlo ke dvěma pádům během aktivizace, které následovali týdenní hospitalizaci v nemocnici.

5.4 Shrnutí výsledků – Pozorování

Během analýzy pozorování byli vybraní klienti systematicky sledováni v pěti různých časových etapách: v den nástupu do zařízení, po uplynutí čtrnácti dnů, po jednom měsíci, po dvou měsících, a nakonec po třech měsících. Výsledky této analýzy naznačují, že adaptace klientů na nové prostředí je často náročnější pro ty, kteří přecházejí ze svého domova, kde žili buď sami nebo s rodinnými příslušníky. Naopak pozorujeme, že klienti, kteří přecházejí z jiných sociálních či zdravotnických zařízení, se lépe adaptují. Důležitým aspektem je zaznamenaný negativní postoj personálu k problematickým klientům, který se neomezuje pouze na první den přijetí, ale setrvává i nadále. Kriticky hodnotíme nedostatečné řešení problematického chování personálem, kde se často uplatňuje pouze farmakoterapie, místo vyváženějších přístupů. Pozoruhodné je zlepšení zdravotního stavu u klientů ubytovaných

ve druhém patře, což je pravděpodobně spojeno s přítomností neměnného personálu. V kontrastu s tímto přístupem je nestabilita personálu na jiných patrech, což může mít negativní dopad na klienty. Dále je třeba zdůraznit významný vliv vážně míněného nesouhlasu klientů s přijetím do zařízení, který může negativně ovlivnit jejich zdravotní a psychologický stav, a dokonce vést i k úmrtí klienta. Závěrem hodnotíme řešení problematického chování personálu jako nedostatečné, což by mohlo být důsledkem nedostatečného vzdělání v této oblasti.

5.5 Výsledky – Rozhovory

5.5.1 Téma: Před nástupem

V tomto tématu jsem shromáždili informace, které poukazují dle dotazovaných na důležitost zdravotního stavu klienta před vstupem do zařízení, jeho životní příběh a umístění před vstupem do daného zařízení

Z rozhovorů jsme se dozvěděli, že průběh adaptace může záviset na tom odkud budoucí klienti přichází. Z rozhovorů bylo téměř jasné, že klienti, kteří přichází do zařízení z domova, ze svého přirozeného prostředí, tak je pro ně adaptace značně náročnější.

(R1): „...když přijdou z domova je to hrozný, oni jsou zvyklý na tu rodinu přece. Jsou ve svém prostředí, a tak a znají to tam a pak jsou někde, kde to neznají a nechtějí tu být...“

(R4): „...Podle toho z kama jde, jestli jde z domu, tak je to pro toho klienta horší..“ Naopak když k nám klienti přichází z jiného zařízení sociálních služeb nebo ze zdravotního zařízení je adaptace podle dotazovaných lepší. (R2): „... Ze zařízení jsou zvyklý na společnost, to znamená, že jim nevadí taková ta sociální interakce těch jiných lidí, jsou zvyklý na jiný lidi a hlavně jsou zvyklý na režim...“ (R1): „...když přijdou z domova ví do čeho jdou podle mě..“

Jako další důležitý faktor dotazovaní zmiňují zdravotní stav klienta před nástupem do zařízení. (R2): „...záleží prostě na tom, jestli ten člověk, jako jaký má stupeň toho kognitivního deficitu...“

Dotazovaní také zmínili že předtím, než klient nastoupí do zařízení je důležité znát jeho životní příběh. (R2): „... Někdo je zvyklý si dát na noc čaj v 9 hodin, my mu ho vezmeme a asi mu něco bude chybět. Jo jsou takové jako blbosti. Jo, prostě, ale někdy je to o takových jako věcech, o takových jako jemných variantách jako jo, prostě něčeho proto my bereme ten životní příběh o těch lidí a měli bychom si ho číst a měli bychom o tom něco vědět...“

Aby byl životní příběh opravdu užitečný musí obsahovat kompletně pravdivé informace. (R2): „... *Nebo respektive jsou některé věci, které se do toho životního příběhu nepišou. Jo málokdo napíše, že manžel byl alkoholik a bil děti, a proto já nevím. ...Potom nemůžeme ale očekávat, že když ta návštěva přijde, že to bude všechno, jako kdyby v pořádku, že jo jako taky jako časem přijdeme, proč se to děje? Proto říkám ty takové prostě vážné věci se z té rodiny prostě jako málo vynáší, že jo málo jdou na povrch...*“

Ve vybraném domově se zvláštním režimem se od klientů nevybírají životní příběhy, ale pouze osobní profily, které jsou podle vedoucích pracovníků nedostačující, ovšem personál vybraného Domova to bere jako dostačující. (R3): „...*tak určitě, jako je tam, čím byl, čím byl zaměstnaný, co dělal, jaké koníčky měl. Já si myslím, že je to dostačující...*“

(R4): „...*Já si myslím, že jo...*“

Z tohoto tématu vyplývá, že opravdu dotazovaní vnímají značný rozdíl mezi tím odkud klienti do zařízení přichází. Dotazovaní to rozdělují na příchod z domova a příchod z jiného zařízení sociálních služeb nebo ze zdravotnického zařízení, kde příchod z domova je značně pro klienty podle dotazovaných náročnější. Z jiného sociálního zařízení nebo ze zdravotnického zařízení je adaptace dle dotazovaných lepší z důvodu toho, že tam byli zvyklí na společnost a byl tam nějaký denní režim. Jeden dotazovaný také zmínil spojitost mezi mírou kognitivního deficitu a adaptací, která může hrát v období adaptace významnou roli. Dotazovaní také upozorňují na důležitost znalosti osobního profilu či životního příběhu, kde dotazovaní uvádí, že osobní profil vybraného zařízení je dostačující, protože obsahuje všechny podstatné informace. Jeden z dotazovaných bere osobní profily jako nedostačující, protože neobsahují životní příběh klienta a unikají nám potom důležité informace z klientova života.

5.5.2 Téma: Úspěšná či neúspěšná adaptace

Do tématu úspěšná či neúspěšná adaptace jsme zařadili úryvky z rozhovorů, které se zaměřovaly na osobnost seniora, na jeho postoj k nástupu do zařízení a na jeho změny ve zdravotním stavu po nástupu do vybraného zařízení.

Adaptační období trvá v sociálních službách standartně tři měsíce. Délka adaptace je podle dotazovaných velmi individuální a nejde říct, jak dlouho adaptační proces trvá. (S3): „...*Je to individuální. Že je to u někoho dýl, a u někoho to trvalo míň...*“

(S4): „...Po dlouhé době, já si myslím, třeba já nevím po měsícu. Není to prostě hned člověk prostě, než se přizpůsobí...“ (S1): „...Někdo se adaptuje hned a je tu jako ryba ve vodě a někomu to trvá déle...“

Když jsme se dotazovaných zeptali, zda jsou klienti v zařízení adaptovaní, většina z nich odpověděla, že ano. (R3): „...Myslím, že jo...“

Velkou roli v tom, jak adaptace u klientů probíhá a za jak dlouho se klient zadaptuje závisí také na jeho osobnosti. Především podle dotazovaných na tom, jaký byl v minulosti.

(R2): „...jsou lidé, kteří byli třeba, nevím, introvertní nebo jsou lidé, kteří se takto jako těžko adaptují...“

U hodně klientů došlo podle slov dotazovaných ke značnému zlepšení v oblasti zdravotního stavu jak po fyzické, tak psychické stránce. (R2): „...Já jsem byla překvapená, jak se nám zlepšili... a to jsou přesně ti lidé, o kterých já nechci říct, že o nich nevím, ale jsou fakt takový jako fakt klidní...“

(R4): „...dejme tomu paní K., to je jasnej příklad, ta k nám přišla jako nechodící a ochablá na nohy a podívej, teďka nám lítá pěkně bez chodítka...“

Dotazovaným jsme také položili otázky, které se týkaly naopak zhoršení zdravotního stavu během adaptačního období a co k tomu vedlo.

(R1): „...U té paní L. tam byl ten proces těžký...furt si balila věci, že tu nechtějí být, že jdou domů a tam to bylo těžký a myslím, že paní L. se ani snad neadaptovala. Že se asi radši zabije než aby tady byla...“ (R2): „...i tahle může být vážně míněný nesouhlas a i ten by jsme měli brát vážně jako...ale určitě se to projeví na psychickém a na celkovém zdravotním stavu...“

(R3): „...tak to poznáš, jak chátrají, jak je to pro toho klienta jako těžký...“

Z tohoto tématu vyplývá že proces adaptace je velmi individuální a nedá se přesně určit jeho trvání. Hodně záleží na tom, jaký ten klient byl předtím, jakou má osobnost a zda snášel i v minulosti změnu prostředí dobře či špatně. V průběhu adaptačního období dotazování zmínili velké zlepšení v oblasti zdravotního stavu. Ke zlepšení došlo u klientů, kteří byli přijati jako imobilní a v zařízení se rozchodili a téměř chodí bez kompenzační pomůcky. Velké změny jdou také vidět v oblasti MMSE testů. Až na jednu výjimku dotazovaní zmínili, že všichni klienti v zařízení jsou adaptovaní, při tom nevěděli, co adaptace znamená. Vzhledem k tomu, že všichni dotazovaní si prošli kurzem pracovníka v sociálních službách by jim měl být pojem adaptace známý. Z rozhovorů jsme se také dozvěděli, že vážně míněný

nesouhlas s pobytem ve vybraném zařízení může mít velký dopad na zdravotní stav klienta a dochází poté ke značnému zhoršení.

5.5.3 Téma: Jak můžu pomoci?

Do tohoto tématu jsme seskupili informace, které nám vyplynuli z rozhovorů jako důležité pro seniory v průběhu adaptačního procesu a můžou pomoci seniorům lépe zvládnout adaptační období.

V rámci rozhovoru jsme se dotazovaných ptali na to, co napomáhá klientům ke správné adaptaci. (R1): „...*Noo, určitě když je s ním ta rodina v kontaktu, ale já sama nevím, jestli je lepší, že je ta rodina s ním v kontaktu nebo ne...*“ (R2): „...*za mě je důležité mu nabídnout pocit jistoty, pocit bezpečí, pocit toho, že se má na koho obrátit...Dbát na ten režim, neustupovat moc...*“ (R3): „...*Vytvořit takový domov, takové zázemí...Personál určitě na prvním místě...závisí, kdo zrovna s ním v ten daný moment je...*“ (R4): „...*snažit se s těma lidma vnitřně komunikovat a trošku se k nim přiblížit...*“ (R2): „...*Ty klienty prostě poslouchat, málokdo umí poslouchat lidi, protože oni si třeba myslí, že třeba mluví z cesty a tak dále... někdy zaposlouchat se do toho co ten člověk říká, co nám vykazuje a co opakuje...*“

Dotazovaných jsme se také ptali na prostředí, ve kterém jsou, především na jejich pokoj a na výběr spolubydlícího. (R1): „...*za mě to nestačí, je to takový holobytek... ale samozřejmě si ho můžou vybavit sami, ale jsou tu klienti, kteří jsou tu čtyři měsíce a rodina jim nic nedonesla...*“ (R4): „...*třeba hodně klientů, že rodinný příslušníci nosí obrázky a oni se třeba... na poličky si dají a to je trošku uklidňuje, že se podívají. Aha? Obrázek...je to vlastně něco z domova nebo křeslo...*“

(R2): „...*Samozřejmě a na tom s kým na tom pokoji zrovna aktuálně jsem taky tam určitě může být nějaká spolupráce s rodinou... některé věci jako řešíme, že třeba přestěhujeme ty lidi, protože ne všichni si můžou sednout...*“ (R1): „...*ta adaptace je za mě rychle, když si spolu sednou...*“

Dále nás zajímalo, zda aktivizace pomáhá klientům při adaptaci. (R1): „...*nemají čas přemýšlet, co tady dělají, proč je sem rodina dala...Nevím, možná utužují vztahy s ostatními klienty...*“ (R4): „...*To zase záleží na každém klientovi, každý je jinej, no někdo je třeba takový, že nechce je odtažítej...tam třeba dejme tomu paní kreslí ráda, ta se zapojí hned...*“ (R3): „...*Reagoval hlavně na mou dceru, kterou měl rád. Oni ty vlastně klienti se vrací jak kdyby do dětských let, takže mají strašně rádi děti...*“

V tomto tématu jsme se měli dozvědět, co klientům napomáhá k adaptaci ve vybraném domově se zvláštním režimem. Velký podíl na tom má podle dotazovaných personál Domova a rodina klienta. V tomto období je důležité klientům nabídnout pocit jistoty a bezpečí. Je důležité klienty poslouchat a snažit se pochopit, co se nám snaží říct. Podle dotazovaných může pomoci klientům s adaptací také vybavení pokoje něčím z jejich bývalého domova a také správný výběr spolubydlícího. Co se týká samotných aktivizací nevidí v tom dotazování nějaký významný faktor k usnadnění aktivizace. Spousta klientů s touhle diagnózou se vrací do dětských let a mají rádi společnost dětí a hraní si s panenkami nebo plyšáky.

5.5.4 Téma: Role rodiny

Do tohoto tématu jsme zahrnuli informace z rozhovorů, které se týkaly role rodiny během adaptačního procesu.

Jak už bylo popsáno v předchozím tématu v adaptačním období hraje významnou roli rodina klienta. Nás především zajímá, jak může přispět pozitivně, ale i negativně. Je také důležité zvážit, zda rodina má nechat klientovi prostor na seznámení nebo mu se seznámením pomoci. (R2): „...*Jo, za mě my jsme jednu dobu doporučovali prostě těm rodinám ať třeba nám dají 14 dní na to abychom měli čas se s tím klientem seznámit a zadaptovat a tak dále...prostě tam kde vidíme, že prostě třeba po těch návštěvách jako dochází k nějakým změnám, tam je docela velké pole pro mě abych si s tou rodinou promluvila...*“ (R1): „...*oni sedí a najednou se objeví někdo ve dveřích a jim se vykouzlí ten úsměv na tváři...a někteří ti klienti to berou hůře a potom nastává to, že oni pláčou a smutní...*“ (R3): „...*asi většinou je přínosem, když přijde za klientem, tak jsou šťastní...*“

Dotazovaní se taky zmiňovali o nepravdivých informacích od rodin a o spolupráci mezi personálem a rodinou. (R3): „...*tak je dobré spolupracovat, se zeptat se určitě co to s tím klientem udělalo. Jestli to bylo dobrý, jestli to bylo špatný, jestli mohou chodit častěji, jak to my vidíme tady, že tady s tím klientem trávíme přece většinu času než ta rodina...*“

(R4): „...*to rodina psala, že vlastně chodí, že je mobilní a přitom vlastně vůbec nebyla...*“

V tématu role rodiny jsme se měli dozvědět jakou roli hraje rodina v adaptačním procesu. Názory dotazovaných byly odlišné. Podle některých dotazovaných je dobré dát tomu klientovi čas na to, aby se tady s tím seznámil a aby nějakou dobu nechodili. Další naopak

tvrdili, že když jsou na ně zvyklí, tak chodit mají, že to těm klientům naopak pomůže s adaptací. Po návštěvě rodinných příslušníků se podle dotazovaných objevuje radost i smutek. Klienti se podle dotazovaných úplně rozzáří a jsou šťastní, že tady s nimi rodinní příslušníci můžou být. Po rozloučení s rodinným příslušníkem se můžeme setkat u některých klientů s plačtivostí a smutkem, že je tady rodinní příslušníci zase nechali.

5.5.5 Téma: Problémové chování

V posledním tématu jsme se zaměřili na problémové chování a jeho výskyt u seniorů pohledem dotazovaných.

V adaptačním období se často setkáváme s problémovým chováním, které se může vyskytovat v různých podobách.

Dotazovaných jsme se ptali, jaké problémové chování se v zařízení vyskytuje a za jakých situacích se vyskytuje. (R2): „...*Příčina je pracovník svým nevhodným přístupem, nevhodně položenou otázkou, nevhodným hlasem tím, že neřekneme, co jde s ním dělat dopředu a on se potom bojí a brání...*“

Dotazovaní berou problémové chování jako příčinu nemoci. (R1): „...*ale tak to dělají všichni, ale tak za to může ta nemoc ne? To je prostě ta nemoc, je to prostě tím...né že nejsou neadaptovaní, to je prostě nemoc...*“ (R4): „...*Já si myslím, že je to tou nemocí...prostě se jim to postupně zhoršuje...agresivita člověk třeba předtím mohl být hodnej a teďka prostě oni za to vlastně nemůžou...*“ (R2): „...*Pozor nezaměňujme příznaky demence a jako poruchy denního rytmu a tak dále s problémovým chováním...*“

Většina dotazovaných na otázku týkající se problémového chování zmiňovala klientku, která má závislost na nikotinu. (R1): „...*Mmm, tak třeba u naší klientky paní D., která je závislá na cigaretě a když s ní personál zrovna nejde a nemá čas, tak klientka projevuje agresivní chování...*“ (R3): „...*Hm, tak třeba i tady klientka, která si jde zapálit, tak je potom agresivní...*“

Dále jsme se dotazovaných ptali na řešení problémových situací. (R1): „...*Já jako pečovatelka to nahlásím zdravotní sestře...to já už nevím, já to řeknu sociální pracovníci a ta už si to vyřeší, ale já nevím, to už se netýká mě...*“ (R4): „...*No tam si myslím, že většinou doktorka, psycholog a léky taky...*“ (R3): „...*snažíme se ji uklidnit vlídným slovem, pomoci, ukázat co s ní budeme dělat...vysvětlit ji aby se nebála a potom se většinou zklidní...*“

Důležité podle R2 je také zjistit, co se stalo předtím, než k problémovému chování došlo.

(R2): „...*Ale já chci vždycky slyšet, co se stalo předtím než ten klient tak reagoval...ono to u něho může vyvolat ta nemoc, ale zároveň jako na něho někdo může bafnout zezadu...*“

V posledním tématu jsme se měli dozvědět jaký je výskyt problémového chování a za jakých situacích k němu dochází. Dotazovaní zařazují do problémového chování především agresi verbální i brachiální, zmiňují se zejména o klientce, která je závislá na nikotinu a při nevyhovění personálu si s ní jít zapálit bývá agresivní. Ostatní druhy problémového chování jako blouzení, nespavost a úzkost berou jako následek syndromu demence. Jako řešení zmiňovaného problémového chování volí možnost farmakoterapie nebo se snaží klienty uklidnit slovně. Podle dotazované R2 je důležité zjistit, co se stalo předtím, než k problémovému chování došlo. Ve většině případů je příčinou problémového chování právě personál.

5.6 Shrnutí výsledků – Rozhovory

Z kritérii pro výběr dotazovaných vyplývá, že všichni pracovníci absolvovali kurz pracovníka v sociálních službách, který zahrnoval problematiku klientů s Alzheimerovou nemocí. Většina z dotazovaných pracovníků však neprojevila zřejmé porozumění pojmu "adaptace". Spíše popisovali činnosti a péči poskytovanou v den přijetí klienta, s důrazem na první den pobytu.

Bylo pozorováno, že proces adaptace je vnímán jako individuální a vyžaduje individuální přístup k jednotlivým klientům. Pracovníci si uvědomují důležitost režimu a rituálů pro klienty s demencí nebo Alzheimerovou chorobou, zejména pokud přicházejí z domácího prostředí. Klíčovými faktory v adaptaci klientů jsou personál, komunikace a podpora ze strany ostatních klientů.

Problematika chování spojená s demencí je chápána spíše jako příznaky nemoci než jako problémové chování obecně. Řešení problematického chování se často přenechává zdravotnímu personálu, někdy je řešeno pomocí domluvy nebo změnou režimu. Rodina hraje důležitou roli v adaptačním procesu klienta, ale je třeba respektovat potřebu klienta a nechat mu pár dní na seznámení se s novým prostředím. Nedostatečné vybavení pokoje v zařízení je zmiňováno jako problém, a doporučuje se, aby rodiny vybavily pokoj předměty, které jsou klientovi blízké. Výběr spolubydlícího může také ovlivnit průběh adaptace.

Během adaptačního procesu dochází ke změnám v zdravotním i psychickém stavu klienta. Zaznamenává se zlepšení mobility a celkového psychického stavu, ačkoliv u některých klientů může dojít ke zhoršení, pokud se neztotožní s pobytem v zařízení. Většina pracovníků má pocit, že disponují dostatečnými informacemi o klientech s Alzheimerovou chorobou.

6 PROCES ADAPTACE VE VYBRANÉM DOMOVĚ SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

V této části se budeme věnovat interpretaci získaných dat. Naším cílem bylo detailně prozkoumat a popsat proces adaptace klientů v konkrétním domově se zvláštním režimem za pomoci designu případové studie. Vedle toho jsme si kladli za cíl odhalit faktory, které přispívají k úspěšnému zvládnutí adaptačního období klientů a jaké změny nastávají v psychickém nebo zdravotním stavu klienta během adaptačního procesu. Dále jsme se zabývali výskytem a frekvencí problémového chování u klientů v daném domově se zvláštním režimem a situacemi, za nichž se toto chování objevuje.

Adaptační období v daném domově se zvláštním režimem je stanoveno na tři měsíce od okamžiku nástupu klienta do zařízení. Tento časový rámec je obvyklým standardem, avšak může být individuálně upraven v závislosti na potřebách a schopnostech jednotlivých klientů. Při nástupu do zařízení probíhá přijímací pohovor, na kterém se podílí vedoucí sociální pracovník, sociální pracovník a vrchní sestra. Součástí tohoto procesu je i podpis smluv o poskytování sociálních služeb, které obvykle zajišťuje samotný klient, pokud není určen soudem zvolený opatrovník, který pak jedná za něj. Matoušek et al. (2015) zdůrazňuje význam přidělení klíčového pracovníka klientovi již v den jeho příjmu do zařízení, který by mu měl poskytovat individuální podporu a asistenci během celého adaptačního procesu. Avšak vzhledem k nedostatku personálu v přímé péči, což je zvláště patrné vzhledem k tomu, že se jedná o poměrně nové zařízení, není možné každému klientovi stanovit klíčového pracovníka. Tento nedostatek má vliv na průběh adaptačního období, neboť klientovi se při přijetí dostává pozornosti pouze od koordinátora přímé péče, který má na starosti mnoho dalších úkolů a není schopen mu věnovat dostatek času. Zde sehrává důležitou roli i sociální pracovník, který se snaží klientovi pomáhat v den jeho přijetí a i nadále, avšak i on se potýká se značnou pracovní zátěží. Personál v přímé péči se samozřejmě věnuje novému klientovi, avšak kvůli vysokému počtu klientů nedostává každý z nich potřebnou individuální pozornost.

O průběhu prvního dne nového klienta v zařízení jsou vedoucí pracovníci informováni následující den během ranního hlášení, kde se snaží získat od personálu zpětnou vazbu ohledně toho, jak nový klient zvládl svůj příchod do zařízení. Avšak, tento proces odhaluje další nedostatky, zejména co se týče nedostatečné informovanosti personálu o novém klientovi. Často se stávalo, že personál nebyl informován o příchodu nového klienta a

chyběly jim důležité informace o jeho potřebách a preferencích. Zde je nutné zdůraznit důležitou roli sociálního pracovníka, který by měl personál včas informovat o nových klientech na základě provedeného sociálního šetření. Tato oblast byla během průběhu výzkumu zlepšena na základě poskytnuté zpětné vazby, kdy sociální pracovník začal vytvářet zprávy o nových klientech a distribuoval je všem pracovníkům s dostatečným předstihem před jejich příchodem do zařízení. Je také zásadní mít předem vypracované osobní profily klientů nebo jejich životní příběhy, neboť to značně usnadňuje pracovníkům porozumění klientům a napomáhá individuálnímu plánování a přístupu k nim.

Během našeho výzkumu jsme se setkávali s významným problémem vážně míněného nesouhlasu klientů s pobytem v zařízení. Podle Kalvacha et al. (2004) takoví klienti často čelí zvýšenému riziku úmrtí v důsledku nesouhlasu s pobytem v zařízení. Tento jev jsme potvrdili i v průběhu našeho výzkumu. U jedinců trpících demencí, jak naznačuje Jiráček et al. (2009), je obtížné určit jejich přání a preference, což zdůrazňuje potřebu hlubší znalosti problematiky a individuálního pojetí každého klienta. V případech pokročilé demence, kdy je nutná nepřetržitá péče 24 hodin denně, se může stát, že rodina není schopna zvládnout takovou zátěž a je nucena umístit svého příbuzného do pobytového zařízení, i přes jeho vyslovený nesouhlas. Bohužel, vážně míněný nesouhlas klienta má výrazný dopad na jeho adaptační období, často vedoucí k celkovému zhoršení zdravotního i psychického stavu, a v extrémních případech i k úmrtí klienta, jak jsme zaznamenali i v rámci našeho výzkumu. V takových situacích je doporučeno, aby rodina omezila návštěvy klienta, aby neúmyslně nezkomplikovala adaptační proces ještě více.

Na tento problém bychom rádi navázali s problematikou výskytu problémového chování u klientů trpících demencí. Problémové chování, jak naznačuje Jiráček et al. (2009), je charakterizováno jako forma komunikace, prostřednictvím které se jedinec snaží vyjádřit své myšlenky, pocity a emoce. Během našeho výzkumu jsme se opakovaně setkali s tímto jevem, přičemž mezi nejčastější projevy problémového chování ve vybraném zařízení patřila agresivita, bloudění, bránění se péči, úzkostné stavy a poruchy spánku. Důležité je zdůraznit, že pracovníci v přímé péči často nemají dostatečné znalosti a dovednosti pro řešení těchto situací, což vede k přenášení zodpovědnosti na zdravotnický nebo vedoucí personál, aniž by si byli vědomi konkrétních postupů či metodik. Zde se odráží nedostatečná znalost nebo neúčinné využívání nefarmakologických přístupů ke zklidnění problémového chování, což může vést k nadměrnému využívání farmakologických postupů s absencí těch nefarmakologických. Někdy může být příčinou problémového chování nevhodný přístup

personálu, který může klienta neúmyslně zneklidňovat. Zvláště důležitým aspektem je také časování výskytu problémového chování, které se často objevuje ve večerních nebo nočních hodinách, při nedostatku aktivit nebo po návštěvě rodinného příslušníka. Obzvláště u klientů, kteří před nástupem do zařízení žili ve společné domácnosti s rodinnými příslušníky, kdy se po návštěvě klient stává agresivním, toulá se po zařízení a chce odejít nebo začne mít úzkostné stavy. Je důležité zmínit, že pracovníci sociálních služeb se s problémovým chováním klientů nesetkávají každý den, a to zejména v závislosti na tom, který pracovník je v danou chvíli na směně.

Jedním z dílčích cílů našeho výzkumu bylo identifikovat faktory, které přispívají k úspěšnému průběhu adaptačního období klientů. S ohledem na samotnou adaptaci a strategie, které mohou klientům nejvíce prospět, Ray et al. (2008) zdůrazňují důležitost vytvoření příznivého prostředí, podporu při budování sociálních vazeb a povzbuzení k aktivnímu a smysluplnému využití času, včetně respektování a naplnění spirituálních potřeb. Výsledky našich rozhovorů s personálem domova ukázaly, že klíčovými faktory pro klienty jsou přátelský a vlídný personál, pocit jistoty a bezpečí, zachování denního režimu a rituálů, a také vhodný výběr spolubydlících a trávení času s ostatními klienty domova. Personál zdůrazňuje význam vybavení pokoje klienta předměty, které mu jsou známé z domova, jako jsou například rodinné fotografie, což pomáhá vytvořit pocit kontinuity a bezpečí. Dále také podotýká, že výběr vhodného spolubydlícího může významně ovlivnit adaptaci klienta. Vzhledem k tomu, že se jedná o poměrně nové zařízení, je možnost výměny spolubydlících realizovatelná, a to na základě pozorování a podnětů ze strany personálu. Vedoucí pracovníci pak reagují na identifikované problémy a organizují případné stěhování klienta či jiná opatření podle situace. Jako významný krok vpřed vnímáme iniciativu sociálního pracovníka volit spolubydlícího na základě sociálního šetření již před nástupem klienta do zařízení. Tento přístup umožňuje sociálnímu pracovníkovi predikovat potencionálně vhodného spolubydlícího, pokud je to možné. Nicméně během našeho výzkumu jsme zaznamenali, že tato volba není vždy úspěšná, což vyvolává nutnost zásahu vedoucích pracovníků na základě podnětů od pečovatelského personálu. Z našeho výzkumu jsme také zjistili, že pracovníci kladli značný důraz na dodržování denního režimu, což je též důležitým aspektem také podle Malíkové (2020). V kontextu lidí trpících demencí je tato rutina zvláště významná, neboť tito jedinci vyžadují strukturovaný režim dne, zahrnující pravidelné časy probuzení, stravování a další činnosti. Tento aspekt je často jedním z hlavních důvodů, proč jsou lidé s

demencí umístění do pobytových zařízení, kde je možné jim poskytnout pevně stanovený a usměrňující režim, který pomáhá minimalizovat negativní projevy jejich chování.

Jedním z dílčích cílů bylo odhalit případné změny ve zdravotním a psychickém stavu klientů během jejich adaptačního období v zařízení. Výsledky naznačují, že tyto změny mohou být jak pozitivní, tak negativní. Zaznamenány byly výrazné pozitivní změny u klientů ubytovaných na druhém poschodí, kde se pracovníci neměnného týmu vyznačují značnou zkušeností, protože jsou v zařízení od prvopočátku. Naopak na ostatních patrech, kde dochází k časté obměně personálu, se objevují převážně negativní změny, což způsobuje zhoršení jak zdravotního, tak psychického stavu klientů, především v oblasti mobility a MMSE testů, na které má také vliv postoj klientka k nástupu do zařízení, kdy k výraznému zhoršení dochází u klientů, kteří vyjádřili negativní postoj k nástupu do zařízení.

V závěru naší studie bychom rádi zdůraznili, že i přes určité pozitivní poznatky, které jsme zaznamenali v rámci našeho výzkumu, dominují spíše negativní aspekty. Zjištění naznačují nedostatečnou znalost personálu domova o problematice adaptace, ačkoliv většina z nich absolvovala kurzy pro pracovníky v sociálních službách. Je patrné, že pracovníci mají tendenci předpokládat, že většina klientů je již adaptována, což naše pozorování nepotvrdila. Je důležité zdůraznit, že proces adaptace jednotlivce je individuální a závisí na míře kognitivního deficitu a osobnostních charakteristikách klienta. Tento proces vyžaduje také adekvátní časovou investici od personálu při příchodu nových klientů. Tímto způsobem lze minimalizovat riziko vzniku nepříjemných situací v budoucnosti. Důraz by měl být kladen také na aplikaci nefarmakologických metod v péči o seniory s demencí, neboť ty mohou významně přispět k úspěšnému procesu adaptace.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

I přes identifikované pozitivní prvky během výzkumu, zůstává v rámci vybraného Domova se zvláštním režimem řada nedostatků, jež by měly být směřovány k posílení a zkvalitnění péče.

Prvním výrazným nedostatkem je nedostatek personálu vzhledem k počtu klientů. Pro zlepšení této situace je nezbytné, aby zařízení zaměřilo svou pozornost na nábor kvalifikovaných zaměstnanců a následně se soustředilo na získávání nových klientů. V případě zvýšeného odchodu pracovníků v přímé péči, což je v rámci sociálních služeb častým jevem, by mělo dojít k pozastavení příjmu nových klientů, než se najdou noví pracovníci v přímé péči. Klíčovým krokem je přidělení každému klientovi klíčového pracovníka, který by ho provázel adaptačním procesem, jelikož absence této individuální podpory může ztížit adaptaci klienta.

Dalším výrazným nedostatkem je omezená znalost nefarmakologických přístupů k řešení problémového chování u seniorů s demencí. Interní školení zaměřené na tyto metody by mělo být zavedeno v rámci DZR, aby personál v přímé péči získal potřebné znalosti a dovednosti k efektivní podpoře klientů a mohly tyto metody mezi sebou sdílet. To by mohlo vést k posílení týmové spolupráce a k lepší péči poskytované seniorům.

Rádi bychom také upozornili na zásadní roli aktivizačních pracovníků, která často není v sociálních službách dostatečně oceněna. Aktivizační pracovník či aktivizační programy představují klíčový prvek, který odlišuje vybraný Domov se zvláštním režimem od běžných domovů. Zde se klade důraz na podporu soběstačnosti klientů prostřednictvím tréninku dovedností, které by jinak vykonával personál v přímé péči. Tato diferenciací je zásadní, neboť umožňuje klientům zachovat větší míru autonomie a nezávislosti. Aktivizační pracovníci hrají klíčovou roli v adaptačním procesu klientů, neboť prostřednictvím svých aktivit a metodických přístupů umožňují klientům lépe se adaptovat na nové prostředí a podněty. Jejich úloha spočívá nejen ve vykonávání aktivit, ale také v individuálním přístupu k jednotlivým klientům, přizpůsobení aktivit jejich zájmům a preferencím a podpoře rozvoje jejich dovedností. Je však třeba zdůraznit, že aktivizační pracovníci by měli být vybaveni dostatečnými znalostmi a dovednostmi v oblasti aktivizačních technik a terapií. Aktuálně se ve vybraném DZR více zaměřují na konkrétní aktivity a terapie, což je sice důležité, ale nedostatečně pokrývá potřebu klientů pro rozvoj jejich schopností a soběstačnosti. Proto by

měl být kladen důraz na další vzdělávání aktivizačních pracovníků, aby mohli lépe využívat různé techniky a metody pro podporu soběstačnosti a individuálního rozvoje klientů

Dalším zásadním nedostatkem jsou osobní profily klientů, což značně omezuje schopnost poskytnout individuálně přizpůsobenou péči. Současné osobní profily jsou často velmi stručné, což nedostačuje k tomu, abychom získali komplexní porozumění potřebám a preferencím jednotlivých klientů. Je zásadní požadovat od rodinných příslušníků pravdivý životní příběh klienta, neboť pouze tak můžeme získat hlubší pohled na jeho osobnost, zájmy, potřeby a životní zkušenosti. Tyto informace jsou klíčové pro poskytnutí péče, která je skutečně individualizovaná a odpovídá konkrétním potřebám každého klienta. Zlepšení kvality osobních profilů klientů a získání pravdivých životních příběhů od rodinných příslušníků by mělo být prioritou, neboť to umožní zařízení lépe porozumět jedinečnosti každého klienta a poskytnout mu péči, která plně respektuje jeho individuální potřeby a preference.

Posledním, avšak ne méně důležitým doporučením, je posílení spolupráce mezi zaměstnanci DZR a rodinnými příslušníky klientů. Zlepšená komunikace a sdílení informací mezi těmito stranami je klíčová pro úspěšný adaptační proces klientů. Tato spolupráce by měla být podporována a řízena vedením DZR s cílem zajistit co nejúčinnější a nejefektivnější poskytování péče.

ZÁVĚR

Naše bakalářská práce se hlouběji zabývala procesem adaptace seniorů s demencí na domov se zvláštním režimem. Snažili jsme se proniknout do této problematiky prostřednictvím případové studie, která nám měla poskytnout podrobný pohled na průběh adaptace v konkrétním zařízení. Vedle samotného sledování tohoto procesu jsme se také zaměřili na faktory, jež ovlivňují adaptaci seniorů, s důrazem na výskyt problémového chování a změny v jejich zdravotním a psychickém stavu během adaptačního období.

Teoretická část naší práce nás zavedla k porozumění syndromu demence, různým typům této poruchy, jejím stádiím a přístupům v péči o osoby trpící demencí. Dále jsme se podívali na sociální služby poskytované seniorům s demencí, s důrazem na domovy se zvláštním režimem a na standardy kvality sociálních služeb. Třetí kapitola se pak věnovala samotné adaptaci, popisovala její fáze a rozebírala dobrovolný a nedobrovolný vstup do zařízení a význam individuálního plánování v adaptačním období.

Cílem naší práce bylo nejen popsat průběh adaptace seniorů ve vybraném domově se zvláštním režimem, ale také identifikovat faktory, které tuto adaptaci ovlivňují. Chtěli jsme pochopit, co pomáhá seniorům s demencí při adaptaci a jaký je výskyt jejich problémového chování. Dále jsme se zajímali o vliv rodiny na adaptaci klientů v domově se zvláštním režimem a sledovali jsme změny v jejich zdravotním a psychickém stavu od okamžiku příchodu do zařízení. Pro získání odpovědí na tyto otázky jsme zvolili kvalitativní typ výzkumu a využili jsme metody sběru dat, jako jsou polostrukturované rozhovory s pracovníky domova se zvláštním režimem, zúčastněné pozorování seniorů v tomto zařízení a analýza vybraných dokumentů. V průběhu výzkumu jsme získali řadu důležitých poznatků.

Z našeho výzkumu vyplynulo několik klíčových poznatků týkajících se procesu adaptace seniorů s demencí na domov se zvláštním režimem. Začátek adaptace je klíčovým okamžikem, kdy senior vstupuje do nového prostředí. První setkání s vedením a podpis smluv představují zásadní milníky, avšak nedostatek personálu často brání v poskytnutí individuálního doprovodu klíčovým pracovníkem po celou dobu adaptace.

Náš výzkum rovněž odhalil, že vážný nesouhlas může výrazně ovlivnit průběh adaptace a v extrémních případech vést k fatálním důsledkům. Adaptace je silně individuální proces, přičemž klíčovým faktorem pro seniory s demencí je pocit jistoty, bezpečí a denní režim. Vliv na adaptační proces má zejména rodina, spolubydlící, vybavení pokoje a kvalita

personálu. Během našeho výzkumu jsme také zjistili, že při řešení problémového chování se personál častěji uchyluje k farmakologickým metodám než k nefarmakologickým, což signalizuje potřebu dalšího vzdělávání v této oblasti.

Před umístěním do zařízení je klíčové získat co nejvíce informací z osobního profilu klienta nebo jeho životního příběhu. Důležitým aspektem je i role rodiny, která může mít negativní vliv na adaptaci, zejména pokud byl klient předtím ve stálém kontaktu s některým z příslušníků rodiny. Naše práce také poukázala na nedostatky v péči ze strany personálu, což by mělo být v budoucnosti řešeno větším důrazem na jejich vzdělávání a zdůrazňováním nefarmakologických metod péče.

Celkově jsme se v naší bakalářské práci pokusili přiblížit pohled na proces adaptace seniorů s demencí na domov se zvláštním režimem. Ukázali jsme nedostatky, především ve znalostech a postupech personálu, a představili doporučení pro budoucí zlepšení v této oblasti. Doufáme, že naše práce bude inspirací pro další výzkum a přispěje k lepšímu porozumění a péči o tuto citlivou skupinu jedinců.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) Bauer, M., Rayner, J., Tang, J., Koch, S., While, Ch. & O’Keefe, F. (2015). An evaluation of Snoezelen® compared to ‘common best practice’ for allaying the symptoms of wandering and restlessness among residents with dementia in aged care facilities. *Geriatric Nursing*, 36(6), 462 – 466. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0197457215002888>
- 2) Česká alzheimerovská společnost. (2015). *Domovy se zvláštním režimem*. Alzheimer.cz. <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/domovy-se-zvlastnim-rezimem/>
- 3) Feil, N. & Klerk-Rubin, V. (2015). *V/F Validation; the Feil Method – How to Help Disoriented Old-Old*. Feil Publications.
- 4) Ferťalová, T., & Ondriová, I. (2020). *Demence nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing.
- 5) Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. (2. vyd.). Praha: Havlíček Brain Team.
- 6) Hauke, M. (2011). *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada.
- 7) Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- 8) Hrozenská, M., Dratva, R., Matučšinová, D., Pavelová, L., Poledníková, L., Slamková, A., & Vranková, Z. (2008). *Sociální práce so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Vydavateľstvo Osveta.
- 9) Jankoski, J., & Frey, A. (2012). Students Connecting with the Elderly: Validation as a Tool. *Education Gerontology*, 486 – 490. <http://vfvalidation.org/wp-content/uploads/2019/05/Jankoski-Frey-2011-Students-Connecting-with-the-Elderly-Validation-as-a-Tool.pdf>

- 10) Jirák, R., Holmerová, I., & Borzová, C. (2009). *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada
- 11) Kalvach, Z., Zadák, Z., Jirák, R., Zavázlová, H., & Sucharda, P. (2004). *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada.
- 12) Kučerová, H. (2006). *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing.
- 13) Malíková, E. (2020). *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. (2. vyd.) Praha: Grada Publishing.
- 14) Matoušek, O. (2011). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. (2. vyd.) Praha: Portál.
- 15) Matoušek, O., Kodymánová, P., & Koláčková, J. ed., (2015). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. (2. vyd.) Praha: Portál.
- 16) Mühlpachr, P. (2004). *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova Univerzita.
- 17) Pidrman, V. (2007) *Demence*. Praha: Grada Publishing.
- 18) Plívová, E., (2014). *Faktory ovlivňující zvládnání adaptace seniorů při přechodu z domácího prostředí do prostředí domova pro seniory v první fázi adaptačního procesu*. [Diplomová práce, Masarykova Univerzita v Brně]
- 19) Ray, M.; Bernard, M.; Phillips, J. (2008). *Critical Issues In Social Work With Older People*. New York : Palgrave Macmillan
- 20) Sršňová, L. (2019). *Soukromé domovy pro seniory v systému sociálních služeb v ČR*. [Diplomová práce, Univerzita Karlova].
- 21) Šáteková, L. (2021). *Demence: hodnoticí techniky a nástroje*. Praha: Grada Publishing.
- 22) Švaříček, R., & Šedřová, K. (2007) *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.

- 23) Tetourová, R. (2014). *Ochrana práv a důstojnosti osob s demencí v domově se zvláštním režimem*. [Diplomová práce, Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích].
- 24) Vágnerová, M. (2007). *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
- 25) Venglářová, M. (2007) *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada.
- 26) Vildová, I. (2013). *Adaptace osob s demencí na prostředí domova se zvláštním režimem – domov harmonie, centrum sociálních služeb Mirošov*. [Diplomová práce, Západočeská univerzita v Plzni].
- 27) Zimmelová, P., & Dvořáčková, D. (2007). Factors affecting the adaptation of clients in the Home for senior Máj p.o. *Kontakt*, 9(2), 353-357.
<https://www.proquest.com/openview/1400f9378f5252e0a91bfba401912a96/1?pq-origsite=gscholar&cbl=6496878>
- 28) Zvěřová, M. (2017). *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DZR Domov se zvláštním režimem

MMSE Mini Mental State Exam

PSS Pracovník v sociálních službách

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Témata	38
Tabulka 2 - Respondenti	39

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Záznamový arch

Příloha č. 2 Redukovaná data

Příloha č. 3 Otázky do rozhovoru

Příloha č. 4 Ukázka rozhovoru

Příloha č. 5 Ukázka pozorování

PŘÍLOHA Č. 1: ZÁZNAMOVÝ ARCH

Záznamový arch

Klient: _____

Pohlaví:

- o Muž
- o Žena

Věk: _____

Před nástupem do DZR v péči odborného lékaře (*psychiatr, neurolog*)

- o Ano
- o Ne

Postoj k nástupu do DZR:

- o Odmítavý
- o Neutrální
- o Přijímaný

1. Klient do zařízení nastupuje z:

- a) Z domova – samostatného bydlení
- b) Z domova – společné bydlení s rodinnými příslušníky
- c) Ze zařízení sociálních služeb - Pečovatelství dům
- d) Ze zařízení sociálních služeb - Domov se zvláštním režimem nebo Domov seniorů
- e) Ze zařízení sociálních služeb - denní nebo týdenní stacionáře
- f) ze zdravotnického zařízení (psychiatrická léčebna, LDN, „sociální lůžka“)

2. Orientace místem:

- a) Plná orientace
- b) Orientace ve známém prostředí
- c) Úplná dezorientace

3. Orientace osobou:

- a) Plná orientace
- b) Poznává několik nejbližších osob
- c) Dezorientace

4. Orientace časem:

- a) Plná orientace
- b) Hrubá orientace (denní dobou – ráno x večer, roční období)
- c) Dezorientace

5. Kontakt s rodinou před nástupem do zařízení

- a) Každý den
- b) 3-4x týdně
- c) 1x týdně
- d) Párkrát do měsíce

6. Kontakt s rodinou po nástupu do zařízení

- a) Každý den
- b) 3-4x týdně
- c) 1x týdně
- d) Párkrát do měsíce

Výskyt problémového chování před nástupem do zařízení:

- o Ano
- o Ne

6. Výskyt problémového chování a jeho četnost před nástupem do zařízení: (viz tabulka)

- a) alespoň jedenkrát denně
- c) občas (2-3x týdně),
- d) ojediněle

7. Výskyt problémového chování a jeho četnost po nástupu do zařízení: (viz tabulka)

- a) alespoň jedenkrát denně
- c) občas (2-3x týdně),
- d) ojediněle

8. Výskyt problémového chování po návštěvě rodinného příslušníka:

- a) Ano
- b) Ne

Jaké: _____

	Před nástupem	Den nástupu	Po 14 dnech	Po prvním měsíci	Po druhém měsíci	Po třetím měsíci
Agitovanost						
Agresivita - verbální						
Agresivita - brachiální						
Bránění se péči						
Poruchy spánku						
Útěky, toulání se						
Úzkost, deprese						
Psychotické příznaky						
Misidentifikace						

9. Popis situací, při kterých dochází k problémovému chování:

	Před nástupem	Den nástupu	Po 14 dnech	Po prvním měsíci	Po druhém měsíci	Po třetím měsíci
Probouzení se						
Hygiena						
Oblékání						
Celková koupel						
Večer						
Ukládání ke spánku						
V noci						
Aktivizační činnosti						
Bez organizované aktivity						
Komunikace s rodinou						
Komunikace s klienty						
Komunikace s personálem						
Jiné						

10. Pro zmírněné problémového chování použito:

- a) Úprava denního režimu
- b) Úprava prostředí – zej. pokoje
- c) Zaměstnání klienta
- d) Komunikace s klientem
- e) Změna přístupu pracovníků
- f) Farmakoterapie (psychiatr, léčba bolesti, ...)
- g) Žádné opatření
- h) Jiné opatření – jaké?

	Před nástupem	Den nástupu	Po 14 dnech	Po prvním měsíci	Po druhém měsíci	Po třetím měsíci
Agitovanost						
Agresivita - verbální						
Agresivita - brachiální						
Bránění se péči						
Poruchy spánku						
Útěky, toulání se						
Úzkost, deprese						
Psychotické příznaky						
Misidentifikace						

PŘÍLOHA Č. 2: REDUKOVNÁ DATA

Klient	Věk	Postoj k nástupu	Nástup od	Orientace místem	Orientace osobou	Orientace časem
S1	82	Odmítavý	Z domova - sama	Částečně	Částečně	Ne
S2	82	Odmítavý	Z domova - s rodinou	Částečná	Ano	Částečně
S3	75	Neutrální	Ze zdravotnického zařízení	Částečně	Částečně	Částečně
S4	80	Neutrální	Ze zařízení SS DZR	Ne	Ne	Ne
S5	80	Přijímaný	Z domova - s rodinou	Částečně	Částečně	Částečně
S6	87	Odmítavý	Z domova - s rodinou	Ne	Částečně	Ne
S7	89	Přijímaný	Ze zařízení SS PS	Částečně	Částečně	Ne
S8	81	Odmítavý	Z domova - sama	Ne	Ne	Ne
S9	79	Přijímaný	Ze zařízení SS DZR	Částečně	Ano	Částečně
S10	82	Odmítavý	Z domova - s rodinou	Částečně	Částečně	Ne
S11	76	Neutrální	Ze zařízení SS - stacionář	Ne	Částečně	Částečně
S12	84	Přijímaný	Ze zdravotnického zařízení	Ano	Ano	Ano
S13	80	Odmítavý	Z domova - sama	Ne	Ne	Částečně
S14	87	Přijímaný	Ze zařízení SS - stacionář	Ano	Ano	Částečně
S15	79	Přijímaný	Ze zdravotnického zařízení	Ne	Ne	Ne
S16	88	Neutrální	Ze zařízení SS - stacionář	Částečně	Ano	Ne
S17	76	Odmítavý	Z domova - sama	Ne	Ne	Částečně
S18	86	Přijímaný	Z domova - s rodinou	Částečná	Částečná	Ne

Klient	Problémové chování před nástupem	Problémové chování po nástupu	Výskyt problémového chování po návštěvě rodiny	MMSE v den nástupu	MMSE po 3 měsících
S1	Ano	Ano	Ano	10	0
S2	Ne	Ano	Ano	11	0
S3	Ano	Ano	Ne	10	14
S4	Ano	Ano	Ne	2	6
S5	Ne	Ne	Ne	21	21
S6	Ano	Ano	Ne	15	0
S7	Ano	Ano	Ne	21	24
S8	Ano	Ano	Ne	11	1
S9	Ne	Ne	Ne	18	19
S10	Ne	Ano	Ano	23	15
S11	Ne	Ne	Ne	12	13
S12	Ne	Ano	Ne	26	28
S13	Ano	Ano	Ano	15	11
S14	Ne	Ne	Ne	18	19
S15	Ano	Ano	Ne	8	12
S16	Ano	Ano	Ne	13	22
S17	Ano	Ano	Ano	13	10
S18	Ne	Ano	Ne	14	3

PŘÍLOHA Č. 3: OTÁZKY DO ROZHOVORŮ

1. Jaký je průběh adaptace klienta na DZR?
2. Co napomáhá klientům k adaptaci v DZR?
3. Jaký je výskyt problémového chování u klientů v DZR a za jakých situací k němu dochází?
4. Jakou roli má rodina pro klienta v adaptačním období?
5. Jaké změny nastávají v psychickém a zdravotním stavu klienta po přijetí do DZR?

PŘÍLOHA Č. 4: UKÁZKA ROZHOVORU

Jaký je průběh adaptace klientů s demencí na DZR?

Klient nastoupí do domova a je seznámen s prostředím a s personálem, anebo některá PSS vezme klienta na obchůzku domova a on se adaptuje. Někomu adaptace trvá méně někomu déle.

Jak dlouho ta adaptace trvá?

Někdo se adaptuje hned a je tu jako ryba ve vodě a někomu to trvá déle, nevím, koho bych dala jako příklad, počkej..., určitě paní H., ona přišla k nám a byla závislá na své dceři a to byla katastrofa. První noc a ona volala neustále, brečela, stýskalo se jí, vyžadovala telefonický kontakt, ale dcera ji pak uklidnila. A za týden byla v pohodě. Naopak bezproblémová adaptace byla u paní J., protože tu měla sestru a byla prostě úplně v pohodě, ona to tady znala a podle mě se tu i těšila, protože tu chodila i dřív.

Jak poznáte adaptovaného klienta?

Přišla jsem včera ke klientovi pan V. a on tu vlastně byl první den a když jsem ho chtěla uložit, bylo úplně na něm vidět, že je nervózní. On seděl a nevěděl co má teď dělat. Šlo to poznat, že je tady nový, když je tady někdo delší dobu ví, co má tady dělat. I když jsou to klienti s demencí tak si pamatují ty rituály. Ale záleží na klientovi.

Jak reagují na nové klienty?

Noo já si myslím, že oni moc nereagují na to, že je to nový klient, oni vůbec neví, oni možná pozdraví, ale oni sedí a neví, zda tu byli včera nebo dnes.

Když rodina odejde po přijetí do domova, co se děje pak?

Když jsem byla u toho, hmm žádné změny jsem neviděla, možná tak plačtivost, ale nevím.

Jsou všichni klienti na tomhle patře adaptovaní podle Vás?

Ne paní R. určitě ne, protože když přijde syn, tak po tom neustále pláče. Je v hrozném stavu, je těžké ji uklidnit, ale když tu není, tak je úplně v pohodě. Minule jsem tu s ní seděla a utěšovala ju, že zase přijde a furt pláče.

Co napomáhá klientům k adaptaci na DZR?

NOOO. Určitě když je s ním rodina v kontaktu, ale já sama nevím, jestli je lepší, že je ta rodina s ním v kontaktu nebo ne, jestli to je hned nebo tak, protože když hned první den tady

přijde plno lidí je to blbý, ale asi bych ho nechala toho klienta jakoby bez nějakých rodinných jako návštěv třeba 2 dny. Oni si jako můžou myslet, že na toho klienta zapomněli, ale podle mě je to tak lepší, než ráno přijde a večer je tu rodina. Samozřejmě důležitý je asi personál domovu, jak se k nim chovají, jak ho zapojují do činností, aby se necítil, jakože je někde jinde. A myslím si, že každý klient si najde toho svého pracovníka, se kterým mu je nejlépe, je mu to příjemnější a potom má ty ostatní a s nimi to není až tak příjemné podle mě.

Co vybavení pokoje?

Za mě nestačí je to takový holobytek, postel ne moc kvalitní, já bych si představovala jako jinak, ale samozřejmě si ho můžou vybavit sami, ale jsou tu klienti, kteří jsou tu 4 měsíce a rodina jim nic nedonesla. Je prostě v původním stavu.

Kdyby ta rodina ten pokoj nějak vybavila, myslíte že by se tady cítili lépe?

Já myslím, že jo, když to budou mít u sebe a můžou se na to pak podívat, že se otočí na zed' a jsou tam fotky a rodina. Je to tak, že to potěší každého. Mají tam poličky a na poličce nic není.

Co aktivizační činnosti?

NOO asi jo určitě, nemají...hmm...čas přemýšlet, co tady dělají, proč je sem rodina dala, ale jestli úplně napomáhá k tomu, tak ti nevím. Nevím možná utužují vztahy s ostatními klienty. Záleží, jací jsou, tady na dvojce moc ne, ale ta trojka je za mě lepší, jsou schopnější a jsou kamarádštější. Mně se líbí sportovní aktivity, kdy sedí v kolečku a házejí s balonkem a je to taková společenská akce a je to hezké se na to dívat.

Klienti v den přijetí se účastní aktivizace?

Ne, spíše sedí a koukají, jakoby pozorují, někteří jsou samozřejmě takový společenštější, tak ty se zapojí hned, ale většinou fakt jen sedí a koukají se, co se děje.

Jaký je výskyt problémového chování u klientů a za jakých situací k němu dochází?

Mm, tak třeba u naší klientky paní D., která je závislá na cigaretě a když s ní personál zrovna nejde a nemá čas, tak klientka projevuje agresivní chování a klientka, která se má koupat a odmítá hygienu, tak dokonce útočí na personál (*neví, co vše patří mezi problémové chování, vyjmenovala jsem ho pracovníci*). Po vyjmenování typů problémového chování:

ale tak to dělají všichni, ale tak za to může ta nemoc ne? To je prostě ta nemoc, je to prostě tím, nejsou neadaptování to je prostě nemoc, jsou v pohodě. A pak najednou zas ne. Stane se no, výkyv nálad. Poslední příjem ti manželé to se jim zas vše nelíbilo v péči. Byli zvyklí

na něco jiného a tady přichází k nám z jiného domova a byla prostě nepříjemná, velmi. Jakože se jí to nelíbí, ale snad si zvykla a nastavíme si pravidla, jak to bude fungovat. Třeba paní M. Ta péči vyloženě odmítá, můžete prosit ale prostě ne, ta vše odmítá. U té paní L. Tam byl ten proces těžký, na tu jsem zapomněla také paní H. Furt si balily věci, že tu nechtějí být, že jdou domů a tam to bylo těžký a myslím, že paní L. se ani snad neadaptovala. Že se asi radši zabije, než aby tady byla. A paní H. ona vykládala, že ji sem odložili, že na ni nemají čas, že ona to ví, ale že to bere těžce.

Kdy nejčastěji dochází k situacím toho problémového chování?

To nebyla snad situace, to bylo pořád ne? Já nevím. Možná, večer, když neví, co mají dělat, ale jsou tací, kteří bloudí i přes den a mají ty aktivity, ale i tak bloudí po baráčku.

Jak řešíte problémové chování?

Já jako pečovatelka do nahlásím zdravotní sestře.

Jak se to teda řeší?

To já už jako nevím, já to řeknu sociální pracovníci a ta už si to vyřeší, ale já nevím, to už se netýká mě. Nevím vůbec jak se to řeší. Jako snažíme se vytipovat na koho ten klient dá.

Jakou roli hraje rodina v adaptačním procesu?

HMM. Začnu z pozitivní stránky oni jsou, jakože rádi jo. Oni pak ví, že je sem neodložili a že je sem navštěvují a ti klienti na nich jde vidět jakou mají radost, když oni přijdou. Oni sedí a najednou se objeví někdo ve dveřích a jim se vykouzlí ten úsměv na tváři. Oni mají fakt z toho radost, ale pak ta rodina odchází a někteří ti klienti to berou hůře a potom nastává to že oni pláčou a smutní. A někteří paní H. a tam ta rodina prostě dělá špatně, vždy když odejde ta dcera to je špatný, spouští to chování, že ona bloudí po té chodbě, je taková roztržitá. Zhorší se ten její stav, když přijde ta dcera. Já jako moc nevím tohle jo. Ta negativní je, že oni jsou pak smutní a že chtějí domů, že je prostě odložili, nechcují se oné starat.

Zmiňovala jste předtím, že by ta rodina ze začátku neměla tolik chodit, proč?

Tak jako jde o to, že ti rodinný příslušníci jim pak pletou tu hlavu. Vykládají, že ji sem dají a odpoledne jsou zpátky, co to jako je? Já myslím, že se nejdříve musí adaptovat, aby viděli, co je tady a pak řešit teprve nějaké návštěvy. Neříkám, že musí být týden bez návštěv, ale chápeš.

Co byste doporučila v takové situaci?

Já bych doporučila, aby si k ní sedla nějaká příjemná pečovatelka a začala ji utěšovat, že rodina zase přijde. A když nepřijdou, tak já nevím, já bych ji lhala, že jako přijde. Oni určitě přijdou, musí snad. Neřekneš kdy, ale že prostě přijde.

Co když se ptají na rodinné příslušníky, kteří už nežijí?

No, to je třeba u pana P. tam sem vždy říkala, že přijde, ale třeba u paní K. tak tam se o tom vůbec nesmí mluvit. On zemřel, když ona ještě byla doma. Ona to těžce nese ona to ví a pak dostala strašný záchvat, ale ona pak zapomněla, ale nesmí se o tom mluvit, aby se jí pak nepřitížilo.

Ovlivňuje spolubydlící adaptaci nového klienta?

No jako když si sednou, tak je to super, oni si sedli třeba paní V. a paní B., to je vlastně imobilní a mobilní, ale oni si prostě pomáhají a když syn dojde, tak on bere i tu druhou sebou. To je hezké. Ta adaptace za mě byla rychle, když si sedly spolu. Ale myslím, že u pana V. byl teď příjem v týdnu, a to byla za mě chyba, že jste ho dali k panu H. Protože pan V. je mobilní a je na pokoji s nekomunikativním imobilním klientem. Je to špatný a pak to zhoršuje za mě tu adaptaci. Ne snad? Mohly by si povídat a on prostě sedí a kouká do stropu. Co má pak dělat? Bylo by fajn, kdyby si to nějak zařídila toto, aby spolu nebyli nebo tak. On pak leží a myslím na špatné věci.

Je rozdíl mezi přijetím z domova, z jiného zařízení nebo z nemocnice či psychiatrii?

Když přijdou z domova je to hrozný, oni jsou zvyklí na tu rodinu přece. Jsou ve svém prostředí, a tak a znají to tam a pak jsou někde kde to neznají a nechtějí tu být, je to prostě horší a když přijdou z jiného domova ví do čeho jdou podle mě.

Jaké změny nastávají v psychickém a zdravotním stavu klienta po přijetí do DZR?

To je hrozně těžká otázka, já na to neznám odpověď vůbec ale. Ale možná pan D. On přijat jako nechodící a manželka říkala, že jen leží a my ho aktivizovali k chůzi a klient začal chodit a pak prostě jdeš na té noční po chodbě a vidíš, že on se sám zvedl z lůžka a chodí po chodbě též. To je jako velká paráda za mě, ale jinak fakt nevím. Třeba ten psychický stav, třeba stav z psychiatrie u paní F. jsou to nároční klienti, protože jsou nooo... já nevím. Oni jsou pod práškama a pak nevíš co od toho čekat a vidíš to ležet a pak najednou po pár dnech ona normálně chodila. Ale pan L. to je taky dobrý případ, ho dovezli z psychiatrie a první dva dny štípal pečovatelky a byl agresivní a postupem času dokáže i komunikovat, ten se

fakt zlepšil, ale nevím, zda to nebylo spíše kvůli lepší medikaci, nevím, zda kvůli aktivizaci třeba. Každý klient je individuální, někomu to prospěje někomu ne.

PŘÍLOHA Č. 5: UKÁZKA POZOROVÁNÍ

Den nástupu:

Klientka do zařízení přichází z domácího prostředí. Při vstupu do zařízení projevovala odpor k pobytu a odmítala spolupracovat. Odmítla jít do kanceláře sociálních pracovníků a podepsat smlouvy k přijetí. Nakonec pod tlakem rodiny smlouvy podepsala s přesvědčením, že jde na pobyt do lázní a bude tady pouze po nezbytnou dobu. Při prohlídce pokoje projevovala agresivitu a odmítavý postoj, vyjadřovala potřebu pracovat a obviňovala personál z nepochopení její situace. Agresivita se projevila i vůči její vnučce a pokračovala i při doprovodu na aktivační místnost, kde rozbila talířek. Rodina klientky poté bez rozloučení odešla a nechala to na personálu. Klientka s personálem komunikovala pouze agresivním způsobem, kdy to personál po chvíli vzdal a nechal klientku bloudit po zařízení. Klientka první den odmítala stravu i pomoc při osobní hygieně od personálu. Klientka první noc vůbec nespala a bloudila po zařízení.

Po 14 dnech:

Klientka stále odmítá aktivizace a tráví čas blouděním po domově ve dne i během noci. Přestože klidně a přátelsky komunikuje s ostatními klienty, ve vztahu k personálu se projevuje převážně verbální agresivitou. Vedoucí pracovníci se společně s rodinou od klientky domluvili na dvou týdnech, kdy rodina klientku nenavštíví. Personál domova se snaží s klientkou navázat kontakt pomocí témat, které ji uklidňují, především témata z minulosti. Klientka si nadále myslí, že je zde kvůli pobytu v lázní, což říká také ostatním klientům. Klientka se již začala stravovat a nadále odmítá hygienickou péči ze strany personálu.

Po měsíci:

Klientka se začíná mírně účastnit aktivit, převážně kreslení a zpívání, a i když stále bloudí po domově, je to méně často než dříve. Zlepšuje se spánek, ačkoli je stále potřeba medikace na spaní a zklidnění. Agresivní projevy ustupují, a rodina se rozhodla klientku poprvé navštívit, klientka při návštěvě rodiny znovu agresivní, ale jen vůči rodině nikoliv vůči personálu. Po návštěvě rodiny lehce neklidná, méně jí a méně komunikuje, další den je již stejný jak před návštěvou rodiny. Rodina společně s personálem pomohla vybavit pokoj klientky věcmi z jejího předešlého domova.

Po 2 měsících:

Klientka upadá při dalším bloudění a je odvezena do nemocnice, po návratu je zdravotní i psychický stav horší. Klientka se stává inkontinentní a mobilita je zhoršena, vykompenzováno nízkým chodítkem. Klientce se vrátil výrazně odmítavý postoj k pobytu v zařízení. Klientka začíná mít úzkostlivé stavy a sebevražedné myšlenky. Klientka tráví veškerý čas na pokoji. Klientka začíná vyžadovat zvýšenou pozornost personálu, neustále chytá personál za ruku a nechce, aby odcházel. Klientka začíná vyjadřovat obavy ohledně smrti. Medikace je navýšená, ale bez větších účinků. Personál klientku navštěvuje pouze na pokoji, na aktivizaci nebývá vyvážena.

Po 3 měsících:

Klientka přestává jíst a pít, strava je nahrazena nutridrinkami. Klientka je již převážně na lůžku ve svém pokoji. Pozornost od personálu klientka stále vyžaduje. Klientka projevuje převážně myšlenky o smrti. Podle lékaře je v terminálním stádiu. Personál navštěvuje klientku individuálně, při návštěvě ji drží za ruku a vykládá ji. Klientka umírá na konci třetího měsíce.