

Zdravotně sociální potřeby seniorů s demencí v pobytové sociální službě

Jana Slatinková

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Slatinková**
Osobní číslo: **H14024**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Zdravotně sociální potřeby seniorů s demencí v pobytové sociální službě**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti potřeb seniorů v pobytové sociální službě.

Příprava metodiky průzkumné části.

Realizace smíšeného průzkumu v pobytovém zařízení pro seniory metodou dotazníkového šetření, pozorování a zpracováním kazuistik u vybraných respondentů.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Sociální péče o seniory. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. 191 s. ISBN 978-80-247-4139-0.

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

PŘIBYL, Hugo. Lidské potřeby ve stáří. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2015. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.

TIMONEN, Virpi. Beyond successful and active ageing: a theory of model ageing. 1st published. Bristol: Policy Press, 2016. 119 p. ISBN 978-1-4473-3017-2.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Michaela Vaško

Ústav zdravotnických věd

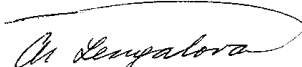
Datum zadání bakalářské práce:

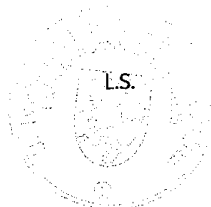
9. prosince 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

19. května 2017

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

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 obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ 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 samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 10.2.2017.

.....

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

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

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

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

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

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či 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). *Odprávně-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 užití 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 výdělků jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělků dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Předkládaná bakalářská práce se zabývá zdravotně sociálními potřebami seniorů s demencí v pobytové sociální službě. Hlavním cílem této práce je zmapovat tyto potřeby na konkrétních uživateli pobytové služby. Je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část práce se zabývá charakteristikou stáří a stárnutí, demografickými ukazateli samotného stárnutí a kvalitou života seniorů. Dalším důležitým aspektem je vymezení pojmu demence, objasnění této nemoci a jakým způsobem ovlivňuje seniory a blízké osoby v jejich životě. Důležitou složkou je také popis lidských potřeb za pomoci vybraných autorů a kvalita potřeb v sociálních službách. Poslední kapitolou této práce je popis sociálních služeb, vymezení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a seznámení s pobytovou službou jako je domov se zvláštním režimem. V praktické části se budeme zabývat smíšeným výzkumem, který bude realizován prostřednictvím dotazníkového šetření, pozorování a kazuistiky s vybranými uživateli pobytových sociálních služeb.

Klíčová slova: stáří a stárnutí, demence, potřeby, senioři, sociální pobytová služby.

ABSTRACT

Presented bachelor level work is engaged in health and social needs of older people with dementia in residential care. The main objective of this work is to map these needs to the users of residential services. It is divided into theoretical and practical part. Theoretical part deals with the characteristics of old age and aging, demographic indicators such as remain a-aging and quality of life of seniors. Another important aspect is the definition of dementia, clarification of this disease and how it affects seniors and loved in their life. An important component is also a description of human needs with the help of selected authors and quality needs in social services. The last chapter of this work is a description of Social Services, the definition of the Act no. 108/2006 Coll., On social services and familiarization with residential services such as special homes. In the practical part we will deal with admixture of excellent research that will be conducted through a questionnaire survey, observation and case studies with selected users of residential social services.

Keywords: age and aging, dementia, needs, seniors, social tourist services.

Poděkování

Velice ráda bych poděkovala Mgr. Michaele Vaško především za trpělivost, cenné rady, vstřícnost a podporu při tvorbě mé bakalářské práce. Poděkování patří také mé rodině a blízkým přátelům za projevenou podporu.

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

Motto:

„ Stáří a bezmoc jsou smutní druhové posledních let života.“

Henryk Sienkiewicz

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1 PROBLEMATIKA STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	13
1.1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ.....	14
1.1.1 Stáří	14
1.1.2 Stárnutí	15
1.2 DEMOGRAFICKÉ UKAZATELE STÁRNOUCÍ POPULACE	15
1.3 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ	16
1.4 ZDRAVÍ A NEMOCI VE STÁŘÍ	17
2 DEMENCE - NEMOC POSTIHUJÍCÍ SENIORY.....	20
2.1 DEFINICE DEMENCE.....	20
2.2 PŘÍZNAKY DEMENCE	21
2.3 DIAGNOSTIKA DEMENCE	22
2.4 STÁDIA DEMENCE.....	23
2.5 FORMY DEMENCE	25
3 POTŘEBY SENIORŮ	26
3.1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ A DĚLENÍ LIDSKÝCH POTŘEB.....	26
3.2 POTŘEBY POHLEDEM VYBRANÝCH AUTORŮ	28
3.3 KVALITA ŽIVOTA A NAPLNĚNÍ POTŘEB	30
3.4 POTŘEBY UŽIVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	32
4 SOUČASNÝ SYSTÉM ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY V ČR	35
4.1 VÝVOJ POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČR	35
4.2 ZÁKON Č. 108/2006 Sb., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	36
4.3 ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY	37
4.4 POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB SENIORŮM.....	37
4.5 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM	38
II PRAKTICKÁ ČÁST	41
5 PŘÍPRAVA VÝZKUMU	42
5.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÁ OTÁZKA	42
5.2 DRUH VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ METODY	43
5.2.1 Dotazník	43
5.2.2 Pozorování.....	44
5.2.3 Případová studie	44

5.3	VÝZKUMNÝ SOUBOR	45
5.3.1	Výzkumný vzorek a způsob výběru výzkumného vzorku	46
5.3.2	Místo realizace výzkumu	46
5.4	PRŮBĚH VÝZKUMU	47
5.5	ZPŮSOBY A PRŮBĚH VYHODNOCOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	48
6	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	49
6.1	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	49
6.1.1	Demografická část.....	49
6.1.2	Adaptace na nové prostředí	52
6.1.3	Poskytovaná péče	56
6.1.4	Sociální kontakt a aktivity.....	63
6.2	POZOROVÁNÍ.....	67
6.3	PŘÍPADOVÁ STUDIE	72
6.3.1	Uživatelka č. 1	73
6.3.2	Uživatelka č. 2.....	75
6.3.3	Uživatelka č. 3.....	77
6.3.4	Uživatelka č. 4.....	79
7	DISKUSE	82
	ZÁVĚR	85
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	87
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	89
	SEZNAM OBRÁZKŮ	90
	SEZNAM TABULEK.....	91
	SEZNAM PŘÍLOH.....	93
	PŘÍLOHA P I: POZOROVACÍ ARCH.....	94
	PŘÍLOHA II. : INVENTÁŘ POTŘEB.....	95
	PŘÍLOHA III. : DOTAZNÍK PRO UŽIVATELE	100
	PŘÍLOHA IV.: DOTAZNÍK PRO ZAMĚSTNANCE.....	105

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma Zdravotně sociální potřeby seniorů s demencí v pobytové sociální službě. Rozhodnutí zaměřit se na toto téma bylo z důvodu toho, že již řadu let pracuji jako pracovník v sociálních službách v domově pro seniory. Ze své praxe vím, že nastavit kvalitní službu a zajistit základní potřeby uživatelů je někdy náročný úkon a to proto, že každý uživatel je jedinečná osoba a jako taková má své specifické potřeby a požadavky.

V rámci své profese se v zařízení, kde pracuji, se čím dál tím častěji objevují uživatelé, kteří trpí různou formou demence. Jejich umístění do zařízení je mnohdy jedinou variantou, kterou rodinní příslušníci mají. V mnoha případech je jim toto onemocnění diagnostikováno až v našem zařízení, a většinou již v adaptačním procesu, protože nové prostředí je pro tyto uživatele velmi náročné a stresující. Vykazují známky zmatenosti, úzkosti a nejsou schopni se zorientovat v prostředí. Rodinní příslušníci si mnohdy nevšimnou, že jejich člen rodiny trpí nějakým onemocněním, protože nepoznali, že jejich míra soběstačnosti se změnila. Většinou je to v případech, kdy senior žil sám v domácnosti. Po nastavení vhodné léčby, se v mnoha případech uživatel zklidní a je schopen se nějakým způsobem začlenit do režimu oddělení. Také je velmi důležité, v jakém stádiu demence se uživatel nachází, protože od toho se odvíjí nastavení služby. Každý uživatel po adaptačním procesu má přidělen klíčového pracovníka, který s ním vede individuální plánování. Pro nastavení kvalitní služby je pro uživatele toto plánování důležité. Zde si s klíčovým pracovníkem zmapují potřeby, které uživatel vyžaduje a potřebuje. U uživatele, který dokáže komunikovat je nastavení jednoduché, ale zjistit potřeby u uživatele, který nemluví, to je velmi náročné. V rámci individuální plánování klíčový pracovníci používají různé techniky. Nejedná se pouze o rozhovor s blízkou osobou, ale převážně o pozorování, vciťování se a stanovení diagnostiky u nekomunikujících uživatelů, kdy na základě kladení jednoduchých otázek klíčový pracovník sleduje, jestli je uživatel schopen odpovědět. Všechna zjištěná fakta jsou poté zaznamenána do archu, který nese název Inventář potřeb. Poté na základě těchto informací je sestaveno individuální plánování.

Vím, že zmapovat kvalitně potřeby uživatelů s demencí je pro mnohé pracovníky nadlidský výkon, ale také vím, že pro nového uživatele s touto nemocí, to je jediný způsob, jak se přizpůsobit novému prostředí a zvyknout si na nový režim. Vzhledem ke své nemoci je někdy odkázán jen na ošetřující personál. Pokud by nebyly uspokojovány jeho základní

lidské potřeby, nemohl by uživatel žít plnohodnotným životem. V mnoha případech se mne rodinní příslušníci ptají, k čemu tzv. individuální plánování slouží a má odpověď zní, že i oni mají ve svém životě ještě nějaké cíle, tak proč by je nemohl mít i senior, který žije v domově pro seniory.

Bakalářská práce je zaměřena na uživatele pobytové sociální služby, kteří trpí demencí v různých fázích. Cílem této práce je zmapovat zdravotně sociální potřeby u seniorů, kterým bylo diagnostikováno toto onemocnění. Výzkum je soustředěn na konkrétní pobytovou sociální službu v Olomouckém kraji. Pro toto zařízení jsem se rozhodla proto, že zde pracuji již několik let a znám chod všech oddělení. Odpověď na výzkumné otázky chci nalézt metodou smíšeného výzkumu prostřednictvím dotazníkového šetření, pozorováním a vypracováním kazuistik u vybraných uživatelů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PROBLEMATIKA STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Historie lidstva se zajímá o podstatu narození, mládí, smrti a další etapy života. Samotná koncepce staroby, jako osobité fáze života, je však podstatě mladá. Dle některých názorů, že když někdo překročil mezník šedesáti let, je automaticky chápáný jako neefektivní, neproduktivní, nemocný a dokonce i s demencí, se již objevuje v polovině 19. století. Je zvláštní, že před tímto obdobím většina lidí pracovala a aktivně žila až do smrti. (Hetteš, 2011, s. 7)

Na úvod je důležité zmínit, že pojmy stáří a stárnutí jsou v dnešní společnosti dosti používané a spojené se závažnými osobnostními i společenskými důsledky, ale i tak jsou nejasné a také pojednávány chybně a to mnohdy s osudovými následky jak pro jednotlivce, tak i pro společnost. Proto je nutné znovu a znovu diskutovat a ujasňovat jejich obsah a usilovat o identifikování nejzávažnějších problémů a nejbezpečnějších řešení. Nápomoci nám mohou být a musí mezinárodní zkušenosti, ovšem s vědomím, že některé skutečnosti mohou být použitelné do české společnosti. (Čevela a kol., 2014, s. 16)

Timonen (2016, s. 87 – 89) se snažil ve své publikaci popsat modely stárnutí. Snaží se nastínit několik úzce souvisejících způsobů, ve kterých definuje pojem stáří a stárnutí a jak dle jeho názoru vypadá a žije senior v dnešní době. Poukazuje, jakým způsobem jsou staří lidé zapojeni do ekonomického systému, zda by měli nadále pracovat, být konzumenty zboží a služeb a tím tak podporovat ekonomiku svého státu. Jeho názory se shodují s některými českými autory, kteří vysvětlují stáří obdobným způsobem. Dále se zabývá tím, jak politici státu nahlíží na samotné stárnutí obyvatelstva dané země. Jestli jsou staří lidé přínosem nebo nikoli.

Další důležitou skutečností je, že stáří a stárnutí, jejich vymezování a standardizování patří k pojmům, které je nutno zmínit. Dalším důležitým aspektem je poukázat na demografické ukazatele, kvalitu života seniorů a zdraví a nemoci spojené se stářím. Další části této práce se budeme snažit poukázat na onemocnění demence, které je v celosvětovém měřítku chápáno jako největší potencionální hrozbou seniorů. Zdravotní a sociální potřeby je proto nutné přizpůsobit onemocnění a potřebám, aby byla zachována jejich možná míra soběstačnosti a důstojného stáří. Tyto potřeby je také možno poskytovat v rámci sociálních služeb, které vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Lidé trpící demencí v různé formě mohou žít plnohodnotným životem v domovech se zvláštním režimem, které jsou jejich potřebám přímo přizpůsobeny.

1.1 Stáří a stárnutí

Je zjištěno, že existuje asi tři sta definic, které vymezují pojmy stáří a stárnutí. Žádná z nich, ale není absolutně platná a definitivní. Dle dochované historie již Hippokrates uvedl, že stáří je chápáno jako ztráta vlhkosti a Aristoteles jako ztráta tepla. Stav mezi zdravím a nemocí, který je navozen změnami tělních šťáv s úbytkem vlhka, tepla a krve, takto chápal stáří samotný Galén. Pojetí definic ovlivňuje zejména to, jakou optikou je na stárnutí nahlíženo (demografie, psychologie, sociální práce, gerontologie aj.). Mezi uvedenými autory, kteří se zajímají o problematiku stárnutí, uvádíme v následujících řádcích. (Příbyl, 2015, s. 9)

1.1.1 Stáří

Stáří se používá jako obecné označení pozdních fází ontogeneze. Je to poslední vývojová etapa, která uzavírá, završuje život osobnostně, duševně, spirituálně i tělesně. A také současně jde o sociální charakteristiku. Lez tedy říci, že povaha stáří je dvojitá. Samotné zrání se prolíná s involucí a s ubýváním sil. Biologické aspekty se prolínají se sociálními. Tento rys je důležitý z hlediska jak pochopení, tak i zneužití seniorské problematiky. Biologické stárnutí je objektivní skutečnost, univerzální zákonitost živé přírody, vše živé se rozvíjí, stárne a samozřejmě umírá. U člověka se jedná o vývoj nitroděložní, o dětství, dospělost a stáří. Tyto základní etapy života mají své charakteristické biologické rysy a jsou patrné. Lze tedy stereotypizovat typické dětství i typické starce. A právě proto tyto skutečnosti mají svá úskalí a mnohdy vedou k závažným deformacím a zneužitím. Také diskriminační, segregace vylučující pojetí stáří v sociálním kontextu je spojeno s poklesem výkonnosti a společenské potřebnosti, ale i s prostou nadbytečností, s mezigenerační kompetencí o pracovní místa, vedoucí pozice, vlastnění nebo využívání rodinného majetku. Starým lidem se bez ohledu na jejich výkonnost naznačuje, že uvolní své místo a svou účast na pracovním procesu nové generaci odchodem do důchodu. Samotný civilizační vývoj s dlouhodobým zlepšováním zdravotního a funkčního stavu nové stárnoucí generace, kvůli které se také zvyšuje produktivita seniorů. Jejich soběstačnost posouvá hranici stáří do vyššího kalendářního věku, ale také tím snižuje společenský zájem o pozitivní diskriminaci, úctu k seniorům, kteří se stali ze zkušených nositelů na nositele přemnožených zastaralých dovedností, a kvůli tomu se objevil mezigenerační střet o pracovní příležitosti při klesající potřebě lidské práce. Lze tedy říci, že biologická kritéria se mění a to tak, že starý je ten, kdo se za starého označí a jak ho vnímá společnost, která k tomu může zpřísňovat kri-

téria, případně zavádět nepřiměřené testování tzv. mladosti. (Čeledová, Čevela a Kalvach, 2016, s. 11 – 13)

1.1.2 Stárnutí

Stárnutí všech živých organismů se dnes vysvětluje kombinací dvou okruhů teorií. První je teorie programového stárnutí vyznačuje význam druhové specifické genetické informace ontogenezí, involucí i vlastní délkou života. Stárnutí se pokládá zejména za řízený, programovaný proces, v němž sehrávají hlavní roli časové aktivace různých genů nebo postupné zkracování koncových částí chromozomů činností enzymů, které odměřuje na buněčné úrovni biologický čas. Další teorií je stochastická teorie, která zdůrazňuje zásadní význam náhodných poškození a opotřebování organismu. Ten postupně ztrácí dokonalé uspořádání. Za důležité se od 50. let 20. století považuje negativní působení volných radikálů, vysoce slučivých chemických sloučenin a prvků objevujících se v rámci základního metabolismu a generování buněčné energie v mitochondriích. Genetická informace podporující dlouhověkost by mohla změnit především oblast a to např. snižovat produkci volných radikálů nebo zvyšovat produkci látek eliminujících volné radikály. Při nalezení genu dlouhověkosti by mohl být schopen sám proces stárnutí dosti zpomalit a samotný lidský věk prodloužit a to se dnes považuje za možné, spíše se tedy objevuje absence některých genů jako příčiny zkrácení života. (Čeledová, Čevela a Kalvach, 2016, s. 22)

1.2 Demografické ukazatele stárnoucí populace

Hlavní příčinou populačního stárnutí můžeme shledávat ve snížení porodnosti dané hodnotovou proměnou společnosti za současného prodloužení života. Je to hlavně způsobeno nejen medicínským pokrokem, ale i racionalizací života. Prognóza populačního vývoje Českého statistického úřadu předpokládá výrazný nárůst podílů seniorů v České republice. V současné době je u nás v populaci více než 2 380 000 osob starších 60 let a předpokládá se, že jejich počet vzroste na 4 000 000 po roce 2045. Ale dá se i říci, že nestárne jen samotná populace, ale i samotní senioři. Lidé starší 80 let dnes představují jen necelá 4% české populace, předpovídá se však jejich nárůst na 14% do roku 2060. Stárnutí v ČR je oproti západoevropským zemím s mírným zpožděním, zatímco jsme se donedávna mohli zařadit mezi populačně mladší země. Je možné, že v roce 2030 se s největší pravděpodobností vyhoupneme mezi světově nejstarší populace. Stejný či podobný vývoj můžeme předpokládat i v ostatních evropských zemích. Světová zdravotnická organizace předesílá

na celosvětový nárůst počtu seniorů a to zejména nejstarších skupin seniorů. Nárůst počtu seniorů je totiž provázen stoupající nadějí dožití. Ta je v České republice 81 let pro ženy a 75 let pro muže. Dle Českého statistického úřadu se předpokládá její posouvající nárůst a v roce 2060 naděje dožití žen by mohla být 90 let a 86 u mužů. Zajímavostí je, že rozdílná naděje dožití žen připomíná feminizaci stárnutí, je tedy dáno, že ženy mezi seniorskou populací značně převyšují. (Kafková, 2013, s. 14 – 15)

Ze sociologicko-ekonomického hlediska stárnutí populace a snižování již zmíněné porodnosti způsobuje nedostatečné naplnění pojistných fondů a také zvýšené požadavky na výplaty důchodů. Vystává na mysli otázka, jaké bude zajištění zdravotní péče starších občanů. Půjde převážně o dlouhodobou péči. Stárnutí populace je v současnosti realitou prezentující se buď pozitivně či negativně, a je tedy nutné patřičně v opatřeních sociální ochrany připravovat zdravotní systém. Ale i také jednotlivce a jejich rodiny na život ve vyšším věku na problémy, které mohou změnit jejich každodenní život. Patří sem především dlouhodobá péče o seniory, kterou je nutné řešit nejen v rámci rodiny, ale také komunity a veřejných institucích. (Dvořáčková a Hrozenková, 2013, s. 15 – 16)

1.3 Kvalita života seniorů

Lidský život se vždy uskutečňuje v určitém kulturně-historickém prostoru a ve společenských podmínkách. Pokud se zmiňujeme o kvalitě života, musíme mít na mysli hlavně hodnotu života, která je mezinárodně chráněná právem na život a je jedním ze základních lidských práv. Samotná hodnota života je dána jako životem samým a kvalita života splněním této hodnoty na bázi minimálně humánního optima a je závislá na společenských podmínkách tohoto naplnění. První snaha o měření kvality života se objevila v USA v 50. letech 20. století. Poukazuje na pestrost sociálních a environmentálních vlivů. Všechny instituce vyhodnocují ekonomické podmínky společenského blaha. Taková zjištění se ukázala jako neadekvátní zrcadlení kvality nebo dobra života nebo jisté úrovně štěstí národa. Od 60. let se užívají statistiky, které zachycují sociální indikátory. Tyto statistiky se zaměřují na předtím neprozkoumané oblasti života. Individuální úroveň kvality života je možné vyhodnotit a zamýšlet se nad ní např. v souvislostech objektivních aspektů kvality života a to včetně příjmů a délky života. Jejich důležitostí před subjektivními elementy jako je štěstí a citové naplnění. Na kolektivní úrovni se ukazují problémy intenzivněji. Společnost, která maximalizuje kvalitu života svých členů a vize tzv. dokonalé společnosti, je snahou přetrvávající z let minulých. (Dvořáčková a Hrozenková, 2013, s. 20 – 21)

Kvalita života seniorů je také závislá na fyzickém zdraví, míře závislosti, psychickém fungování v poznávání a v adaptaci, na převládávajícím citovém prožívání, na přijímané i poskytované psychické opoře a také spiritualitě, což můžeme chápat jako pozitivní přijetí vlastního stárnutí. Samotná kvalita života se stala cílem globálních snah o vytvoření univerzálního životního stylu. Společensko-politickou snahou o naplnění kvalita života seniorů můžeme brát za přijetí Národního programu ochrany starších lidí v roce 1999, kdy jeho cílem je ve vztahu ke starším lidem, uplatnit princip nezávislosti, princip seberealizace, princip zúčastněnosti, princip péče a princip důstojnosti. Zdravotní stav seniora, ale hlavně úroveň mobility a nezávislost jsou činiteli kvality života v séniu. Pro seniora, který onemocněl chronickou nemocí, jsou důležité čtyři oblasti – fyzické problémy spojené se samotnou nemocí a léčbou, psychický stav a výkonnost v oblastech každodenního života a sociální vztahy. Omezení tělesné kvality, přítomnost chronického onemocnění a vysoký věk nemusí znamenat snížení kvality života. Podpůrné faktory pro starého člověka mohou být tyto např. sociální integrace, optimismus, sebedůvěra, snaha o plnohodnotný život apod. Pokles kvality života u seniora se může projevit za přítomnosti negativních pocitů, ztráty smyslu života, závislosti na jiných a ztrátou autonomie. Autonomii jako atribut kvality života koncipuje hlavně fyzická soběstačnost, kterou doplňuje finanční soběstačnost. Soběstačnost je pro starého člověka velmi důležitá ve vztahu k sobě samému a považuje ji i jako zdroj jisté sebeúcty. Seniori mají svou vlastní filozofii, ve které se opírají o tři pilíře a to o životní optimismus, blízké osoby a vlastní aktivitu. Adaptace na stáří z pohledu seniorů znamená aktivitu v rámci realisticky zhodnocených vlastních možností a pomoc pečujících. (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 44 – 46)

1.4 Zdraví a nemoci ve stáří

Bohužel každý senior trpí nějakým chronickým onemocněním, a proto lze říci, stáří a nemoci jsou pokládány za synonyma. Toto tvrzení je nesprávné, protože nemoci postihují lidi všech věkových kategorií. Seniorům však hrozí příchod vážných nemocí častěji a to je důvod, proč se bojí stáří. Vysoký věk s sebou nese obávané těžkosti, někdy pouze obtíže a jindy nemoci. Asociace stáří a nemoci se zdá být přirozená. Starý nemocný člověk, který onemocní, věří v úlevu a doufá po zlepšení svého zdravotního stavu. Ale bohužel ví, že se k tomu časem přidruží další obtíže a může se objevit i další nemoci. Zdraví má vysokou společenskou a individuální hodnotu. To si uvědomuje především tehdy, když je zdraví potenciálně ohroženo. Dle definice Světové zdravotnické organizace je zdraví definováno

jako „stav úplného tělesného, duševního a sociálního blaha“, a později doplněný ještě o pohodu duchovní, ekologickou a etickou. Nemoc je pak chápána jako stav, kdy je člověk ochuzen v některé oblasti tohoto blaha. Pro seniory vyššího věku je typické, že se deficity pohody kombinují nebo mění. Někdy převažuje tělesná, tedy somatická nemoc, jindy problémy duševní a sociální, obvykle se objevují zároveň. To, co se zdravým lidem jeví jako samozřejmost, může být ve stáří a v nemoci vnímáno zcela jinak. Stárnoucí lidé vědí, že být zdravý není samozřejmé. (Haškovcová, 2010, s. 248 – 249)

Populace seniorů je z pohledu zdravotního stavu velmi heterogenní. Jako celek se vyznačuje vyšší celkovou morbiditou, vysokým výskytem chronických a degenerativních nemocí, ale i vyšší incidencí akutních zhoršení a dekompenzací. Potíže plynule narůstají s věkem až do nejvyšších věkových skupin. Ženy udávají větší počet zdravotních potíží než muži. Staří lidé nad 80 let se obvykle vyčleňují jako samostatná populační skupina. Charakter nemocnosti ve stáří je narůstání celkové prevalence s věkem a polymorbiditou, změna spektra chorob (více chronických a degenerativních nemocí, častěji akutní dekompenzace a hospitalizace). Dále pak riziko přechodu do chronicity, vysoký potenciál nemoci. Mezi nejčastější onemocnění vyššího věku jsou choroby kardiovaskulární (všechny formy ICHS, hypertenze, ikty), nemoci pohybového aparátu (osteoporóza, artróza), metabolická onemocnění typu diabetes mellitus a gastrointestinální a respirační choroby. S věkem se mění spektrum nemocnosti, vzrůstají chronické degenerativní choroby, orgánová postižení se kombinují a jsou spojena celkovou rizikovostí seniora. Hodnocení zdravotního stavu je komplikované, potkáváme se zde s rozporem subjektivního a objektivního zdravotního stavu, nedostatečnou diagnostikou některých nemocí a symptomů. Podle určitých studií, trpí téměř 90% osob nad 75 let jednou či více chronickými nemocemi. Obvykle je sdružování nemocí a to bez souvislosti nebo dochází k řetězení chorob, kdy jedna vyvolává druhou. Pro geriatrického pacienta je typické, že řada nemocí probíhá odlišně. Tuto atypickou symptomatologii charakterizují především mikrosymptomatologie, monosymptomatologie, nespecifické příznaky, symptomy druhotného postižení, řetězení příznaků, atypické lékové reakce, prudké zhoršení stavu, vysoký invalidizující potenciál nemoci a sociální rozměr nemoci. Stařecká křehkost, tedy rizikovost, je způsobena fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů ve stáří a to úbytkem svalové hmoty, úbytkem kostní hmoty a snížením pevností kostí, zhoršením mobility, vytrvalosti, svalové síly a koordinace. Dále také i poruchou imunity, kognitivních funkcí a kardiovaskulární výkonnosti. Tito nemocní senioři jsou ohroženi postižením v provádění běžných činností, nesoběstačností, pády, zlomeninou, inkontinencí

a špatným vývojem zdravotního stavu v dalších letech. Akutní dekompenzace vedou k hospitalizacím, zvyšují spotřebu zdravotních a sociálních služeb a i dlouhodobé péče. (Topinková, 2005, s. 5 – 9)

2 DEMENCE - NEMOC POSTIHUJÍCÍ SENIORY

V dnešní době se pojem demence již vyskytuje v odborné literatuře pravidelně. Je to onemocnění, které dosti často postihuje větší část seniorů ve věku 65 let. Proto je velice důležité si vyjasnit základní pojmy a seznámit se s tímto onemocněním. Pochopit, jaké úskalí tato nemoc přináší, s čím se musí nemocný člověk a jeho blízké okolí vyrovnat.

Pojem demence pochází z latiny a znamená „bez myslí“. Předpona „de“ znamená „odstranit“ a „mens“ je slovo pro „mysl“. Člověk, který je postižený demencí, čeká postupný úpadek a nemoc je tak zničující, že v její poslední etapě se pacient jen málo podobá člověku, kterým byl na jejím začátku. První fáze demence je sotva patrná. Oči jsou jasné a otevřené, mysl je čistá a pacient je samostatně pohyblivý. V konečné fázi nemoci je pacient závislý na druhých ve všech svých potřebách a zapomněl úplně vše, co se kdy naučil. Bohužel člověk s těžkou demencí končí život tak, jak do něho přišel: jako bezmocné dítě. V tomto stadiu vnímá už jen okolí kolem sebe a uspokojuje jen své nezákladnější biologické potřeby. (Buijssen, 2006, s. 13 – 14)

2.1 Definice demence

Definice demence podle 10. decenální revize mezinárodní klasifikace nemoci zní: „*Demence (F 00 – F 03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek.*“ Vědomí není zastřeno. Je i přidruжено porušené chápání a příležitostně mu předchází i snížení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Jinými slovy lze říci, že jde o celkové zhoršení duševních dovedností s různě vyjádřeným postižením v jednotlivých složkách psychiky a v závěru zasahuje celou osobnost, včetně i tělesné schránky. V horších fázích se tedy jedná o zchátralost nejen paměti, myšlení, emotivity, vůle, ale i o tělesnou ochablost, nevykonnost, pomočování, neudržování stolice, zhoršení obranyschopnosti organismu vůči infekcím, poruchy pohybového aparátu a ostatních systémů. Zhoršování může mít stálou progresi, kdy rychlost je buď soustavná, nebo se mění, je rychlejší či pomalejší. Mívá přestávky ve stagnaci, výjimečně i období zlepšení. Průběh této nemoci je mnohdy ovlivněn vnějšími vlivy např. různé zátěže tělesného i duševního charakteru. Toto onemocnění postihuje asi 5% populace starší 65 let. Zatím z neznámých důvodů převažují ženy. V České republice je celkový počet odhadován na 100 000 osob, prevelance činí,

tedy asi 1% populace. V populaci osob nad 65 let věku již demencí trpí 5% jedinců, v populaci nad 80 let věku je to již 30 – 50% osob. Z tohoto celkového počtu demencí je demencí u Alzheimerovy nemoci 50 – 65%, a u vaskulárních demencí je 10 – 30%. (Kučerová, 2006, s. 9 – 10)

2.2 Příznaky demence

Jedná-li se o konkrétní příznaky demence, mohou se vyskytovat poruchy velmi různé. Nejedná se jen o výčet samotných poruch, ale důležitá je i jejich vzájemná propojenost, kontext a vývoj v čase. U demence dominují poruchy paměti, poruchy úsudku, logického myšlení, porucha učení se novým věcem a poruchy soustředivosti. Také se objevují poruchy emotivity, jako jsou úzkosti, deprese, emoční labilita, apatie až emoční tupost a dále poruchy obsahu myšlení a to jsou např. zvýšená vztahovačnost až paranoidní bludy, a to především bludy okrádání a bludy žárlivosti. Dále poruchy vůle, poruchy sociálního citění, zvýšený egocentrismus a anozognozie. Mohou se vyskytnout i halucinace a to především v propuknutí ve stavech zmatenosti, ale i za neporušeného vědomí. Halucinace bývají zrakové, sluchové, ale i mnohočetné, které mohou dosáhnout až parafrenního charakteru. Poruchy paměti, nesoustředivost a tělesná slabost a pomalost vedou často k tomu, že nemocný se přestává o sebe starat, nemyje se, špatně jí, zapomíná na pestrý jídelníček a několik dní má stejnou skladbu stravy. Zhoršuje se i celková osobní a bytová hygiena, nemocný málo pere, neuklízí, všude se objevuje špína, prach a odpadky. Často něco hledá, proto přehazuje věci z místa na místo, přičemž obviňuje své blízké a sousedy, že mu věci berou, schovávají, kradou, nosí jeho oblečení nebo jej vyměňují. Jsou i případy, kdy je postižený negativistický a odmítá se mýt, obléci si čisté prádlo. Také tvrdí, že již jedl, přitom, ale nic nepozřel a zapomíná si brát léky. Obvykle bývají zachovány ty dovednosti, které postižený vykonával celý život. U žen je to např. vaření, ale již si nepamatují telefonní čísla a pamatují si, kdy se narodily jejich děti. Muži si častěji pamatují různé technické věci, lépe pracují s čísly, ale zase si nepamatují narození své manželky či dětí a někdy ani jejich jména. V pozdějších etapách nemoci si nemocný plete blízké osoby, neorientuje se po bytě, odchází z bytu pryč, protože si myslí, že není doma. Odcestují někde vlakem či autobusem a poté je příbuzní hledají za pomoci policie. Demence je vážná nemoc, nepříjemná pro postiženého, ale také i pro jeho okolí, ale je těžké říci, pro koho více. Záleží také na kritičnosti pacienta, jak svou nemoc prožívá, jestli je spíše depresivní, nebo naopak suverénní je schopen obviňovat ze své neschopnosti příbuzné. Klíčovou roli hraje tzv. premorbidní

osobnost, předchozí vzdělanost a informovanost nemocného a přístup rodiny a dalších, kteří o nemocného pečují. (Kučerová, 2006, s. 10 – 12)

2.3 Diagnostika demence

Prvním krokem v diagnostice demence je stanovení velikosti postižení, kterému je pacient vystaven. Stav může ovlivňovat celá řada faktorů, z nichž nejběžnější jsou následující dva. Důležitou roli hraje věk pacienta. U mladších pacientů bývá zřejmě zachycena dříve, protože symptomy nápadně kontrastují s předpokladem, že lidé v tomto věku by měli být stále ještě tzv. plné síle. Starší pacienti v mnoha případech vykazují pokročilejší příznaky choroby, neboť její počátek může být plíživý a první výpadky paměti či postižení psychiky bývají snadno zaměňovány za prvotní znaky běžného stárnutí. Celková úroveň postižení pacienta je obvykle posuzována několika testy paměti a dotazníkem zjišťujícím pacientovo chování. Nejrozšířenějším testem tohoto typu ve Velké Británii je Blessedova škála demence, ve Spojených státech je to dotazník zjišťující psychický stav a Minitest psychického stavu. Jsou zde uvedeny otázky typu: „Co je dnes za den?“ a „Jak se jmenujete?“ Jedná se o otázky vyžadující znalosti, které by měl znát každý normálně stárnoucí člověk, třeba i nepřilíh inteligentní. Další detailnější metodou, která popisuje stav funkcí demenčního pacienta, je Hodnocení funkční úrovně. Tato metoda byla původně vytvořena pro popis funkčního stavu pacientů s Alzheimerovou chorobou. Pacient je zařazen do jedné ze sedmi kategorií, kdy stádia 6 a 7 se dělí do dalších dílčích kategorií. O něco jednodušší hodnocení nabízí Klinická posuzovací škála demence, která zahrnuje seznam rozličných úkonů, u nichž je hodnocena úroveň výkonu např. paměť, orientace, chování doma atd. Samotné poškození paměti a dalších funkcí organismu ještě nedefinuje demenci. Americká psychiatrická asociace pravidelně publikuje taxonomii psychických chorob – Diagnostický a statistický manuál psychických chorob. (Stuart-Hamilton, 1999, s. 179 – 182)

Diferenciální diagnostika při přibližných obtížích je snaha vyloučit další možná onemocnění a poté je zvolena vhodná léčba typu depresivní porucha, delirium, mentální retardace a další. V rámci diagnostiky demence je velice důležité odlišit i jiné příznaky a to běžné změny ve stáří, reakce na změnu prostředí, poruchy nálad, zejména deprese, reakce na obtížnou situaci a somatické onemocnění se znaky selhávání sebepěče. Nezvládnutí péče o sebe, domácnost, riziko úrazu či způsobení nehody vede často k umístění seniora do ústavní péče. Oblast denních aktivit lze orientačně otestovat testem bazálních denních čin-

ností – ADL. U nás více používaný název Bathelův test základních všedních činností. (Venglářová, 2007, s. 28 – 31)

Tab. 1 Stádia demence

	Příznaky	Problémy v životě nemocného
I. stádium	<ul style="list-style-type: none"> - zapomínání nedávných aktivit - neschopnost si vybavit data, jména, trasy 	<ul style="list-style-type: none"> - chybné úkony - nedorozumění - ztráta zaměstnání
II. stádium	<ul style="list-style-type: none"> - zvýraznění rysů osobnosti - zpomalení myšlení - potíže rozhodnout se - ztráta zájmu 	<ul style="list-style-type: none"> - zvýšená dráždivost - slovní konflikty - apatie
III. stádium	<ul style="list-style-type: none"> - dezorientace - ztráta soudnosti - zhoršení sebepéče - poruchy komunikace 	<ul style="list-style-type: none"> - závažný rozvrat života - nutná celodenní péče a dohled - problematické chování

Zdroj: vlastní zpracování dle Venglářové (2007, s. 28)

2.4 Stádia demence

Jednotlivá stádia této nemoci lze rozlišovat např. podle pokročilosti neurodegenerativních změn mozku nebo dle výsledku některých testů. Na doporučení České alzheimerovské společnosti používáme strategii P-PA-IA a zde jsou charakterizovaná jednotlivá stádia demence odpovídající běžně používaným kritériím. Tato klasifikace reflektuje potřeby pacientů a i rodinných příslušníků zajištění péče s ohledem na multidisciplinární přístup. První stádium P-PA-IA (P = pomoc a podpora) označuje stav, kdy je pacient více soběstačný a to především v základních sebe-obslužných aktivitách jako jsou mobilita, hygiena, schopnost se najíst, ale je zde již potřeba určité pomoci, dohled, rada či připomenutí spojených s vykonáváním instrumentálních aktivit denního života (užívání léků, příprava jídla, nákup, finanční transakce, doprava mimo domov atd.). Důležitým momentem v této etapě je stanovení diagnózy a sdělení tohoto faktu pacientovi a další osobě, ke které má pacient důvěru a na niž se bude obracet v průběhu své nemoci. Otázkou správného stanovování a vůbec samotné sdělení diagnózy je jeden z nejdůležitějších kroků ze strany lékaře. Na tomto procesu by se měl podílet nejen praktický lékař, ale především specialista, který bude

v určitých případech indikovat léčbu kognitivity. Také je velice důležité při sdělení diagnózy, aby tento proces byl postupný a aby si pacient měl možnost rozmyslet své otázky a dostat na ně odpovědi. Druhé stádium demence P-PA-IA (PA = programování aktivit) je fází, kdy nastane výrazné omezení soběstačnosti v instrumentálních aktivitách a dochází tak k postupné nesoběstačnosti i v základních aktivitách denního života. Přejít do této etapy je charakterizován jako stav, kdy lidé s demencí již nerozumějí návodům, návodům či připomínkám a rychle na ně zapomínají. Dochází postupně schopnost orientace, užívání drobných domácích zařízení atd. Také zde hrozí, že odejdou z bytu a již se do něj nevrátí, dále pak riziko vytopení bytu, úniku plynu a požáru, pokud zůstanou bez dohledu. Profitují však ze strukturovaných aktivit dne, a to jak v domácím prostředí, ale i pokud žijí v ústavním zařízení. Jejich kvalita života může být stále dobrá, pokud jsou v jejich péči adekvátně zachovány jejich potřeby. V této fázi se mohou objevit některé poruchy chování, které lze zvládnout psychotropní medikací. Třetí stádium demence P-PA-IA (IA = individualizovaná asistence) je fáze, kdy lidé potřebují neustálou pomoc, protože onemocnění již došlo do stavu, kdy jim pravidelný rytmus dne naplněný činnostmi přináší více dyskomfortu než užítku. Je zde důležité zachování přirozeného denního rytmu a smysluplného života, ale s vědomím, že tito lidé musí více odpočívat a daleko více času trávit na lůžku a mohou se zde vyskytnout závažné komplikace zdravotního stavu, na které je potřeba reagovat. V etapě těžké demence, která je ukončena fází terminální a smrtí v důsledku onemocnění způsobujícího demenci, nestačí pouze již péče poskytována prostřednictvím laiků či pracovníků v sociálních službách. Je zapotřebí, aby péči zajistili kvalifikovaní a v problematice demence poučení zdravotníci, sestry ve spolupráci s lékaři a také rodinnými příslušníky. Objevují se komplikace, na které je zapotřebí adekvátně reagovat. Tyto situace pacient s demencí nedokáže signalizovat, proto se mohou projevat neklidem, křikem nebo agresivním chováním, v pozdních fázích vegetativní reakcí. Velmi důležité je pamatovat na bolest, protože její léčba může velmi zmírnit agitovanost pacientů s demencí. Pokud onemocnění dospělo do terminální fáze, může trvat zpravidla několik týdnů. U těchto stavů může být terapií docíleno prodloužení života, ale nikoli jeho kvality. Především je důležitá léčba paliativní, která zmírní bolest a další nepříjemné příznaky. (Holmerová a kol. aut., 2014, s. 72 – 76)

2.5 Formy demence

Demence má mnoho forem a je to hromadný výraz podobně jako rakovina či revmatismus. Její nejběžnější formou je Alzheimerova nemoc, která dostala svůj název po německém neurologovi Aloisu Alzheimerovi, který ji poprvé popsal v roce 1906. Ze všech lidí, kteří onemocněli demencí, má asi 55% Alzheimerovu nemoc v čisté formě. Po Alzheimerově nemoci je nejběžnější vaskulární demence, která postihuje asi 15% všech případů. Vaskulární demence má různé formy, a nejznámější je tzv. multiinfarktová demence. Tato demence se vyvíjí z mnoha malých mozkových infarktů, jež způsobují přerušení zásobování kyslíkem v různých částech mozku, a to má za následek erozi mozkové tkáně. Asi 15% případu uvidíme kombinaci dvou nebo více poruch, které nakonec vedou k demenci. Nejčastěji se vyskytuje kombinace Alzheimerovy nemoci a vaskulární demence. Když připočítáme Alzheimerovu nemoc v čisté formě k uvedeným 15%, znamená to, že asi 70% všech pacientů s demencí trpí Alzheimerovou nemocí. Zbývajících 15% představuje řadu těchto nemocí, kam můžeme zařadit Parkinsonova, Pickova, Bingswangerova, Lewy Bodyho a Huntingtonova – vyskytují se častěji u mladších pacientů. Totéž platí o AIDS, který může ve své poslední fázi způsobovat demenci. (Buijssen, 2006, s. 14 – 15)

Demence je syndrom, což je skupina symptomů či rysů, které se objevují v kombinaci. Každý syndrom má svou vlastní příčinu a svůj vlastní průběh. Jak jsme se již zmínili na začátku, nejběžnější formou demence jsou Alzheimerova nemoc a multiinfarktová demence. Mají mnoho společného, pokud jde o symptomy, tak i následky. Je tu, ale i několik významných rozdílů. Zatímco se Alzheimerova nemoc rozvíjí velmi pomalu, multiinfarktová demence často začíná náhle, a to obdobím zmatenosti, jež může být způsobem důsledkem lehkého infarktu. Poté přichází období mírného zlepšení a stav pacienta zůstává docela stabilní a to až do začátku dalšího období zmatenosti. Alzheimerova nemoc postupuje způsobem, který by se dal přirovnat k sestupu mírného svahu. Multiinfarktová demence připomíná sestup po schodišti, dva kroky dolů a jeden zpět nahoru. Multiinfarktová demence způsobuje eroze četných malých mozkových částic, kdy okolní oblast je stále schopna docela dobře fungovat, jsou ti tito pacienti často vědomi zhoršování svého stavu než pacienti s Alzheimerovou nemocí. Když pacient udělá chybu s Alzheimerovou nemocí, je na to upozorněn a častá reakce bývá nefalšované překvapení. Lze to popsat i slovy, že jejich nedávná minulost je pro ně černá díra. Skutečnost je bohužel taková, že lidé trpící demencí jsou bohužel diváky svého vlastního úpadku. (Buijssen, 2006, s. 16 -17)

3 POTŘEBY SENIORŮ

Senioři potřebují ve svém životě uspokojovat všechny své potřeby stejně jako kdokoliv jiný, kdy jsou velmi často odkázáni na pomoc svých blízkých. Potřeba péče však není primárně spojena s věkem, ale je spojena se snížením funkčních schopností a soběstačnosti, které omezují člověka v jeho schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby. Většina typologií lidských potřeb se dělí na okruh vztahující se k tělesné pohodě, k psychické rovnováze na bezpečí, na okruh spojený se vztahy k blízkým lidem, na okruh vztahující se ke společenskému uplatnění a na okruh spirituálních potřeb. Senior potřebuje mít pocit jistoty a bezpečí, touží po důvěře, stabilitě, jistotě a spolehlivosti. V případě potřeby bezpečí hovoříme o potřebě fyzického a psychického bezpečí a ekonomického zabezpečení. Dle některých výzkumů došlo k zjištění, že k hodnotám, které jsou pro seniory důležité, patří zdraví, láska, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, vlastní domácnost, psychická a fyzická pohoda. Senioři upřednostňují ty hodnoty a potřeby, které pocítují jako ohrožené s tím, že je velmi pravděpodobné, že hodnoty budou záviset na podmínkách bydlení, na zdravotním stavu, na úrovni sociálních kontaktů a dalších faktorech. Dostatečným způsobem uspokojovat své životní potřeby je vlastní v každém věku. Buď si tyto potřeby zajistí sám, nebo je plně závislý na pomoci druhé osoby. Jedná se tak o období raného dětství a poté o seniorský věk tzv. stáří. (Dvořáčková, 2012, s. 38 – 40)

Důležité je také si uvědomit základní vymezení lidských potřeb a jak si je můžeme rozdělit. Již několik autorů se o to pokusilo a patří sem především A. H. Maslow, který vytvořil tzv. pyramidu potřeb, která je známá snad po celém světě. Tato pyramida staví své základy na základních lidských potřebách a její vrcholek tvoří sebetranscendence. Od toho se také odvozuje kvalita života a samotné naplnění potřeb. Jak již bylo zmíněno, hodnoty potřeb se odvíjí od stádia lidského života a proto v každé etapě, člověk pocítuje jinou potřebu svého uspokojení a především naplnění.

3.1 Základní vymezení a dělení lidských potřeb

Obecně lze charakterizovat potřebu jako projev nějakého nedostatku, chybění něčeho, kdy odstranění je přímo žádoucí. Vymezení pojmu potřeba můžeme použít následující citaci: *„Potřeba je stav organismu, který je charakterizován dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní.“*

Naplnění potřeb směřuje k vyrovnaní a obnově změněné rovnováhy organismu. (Příbyl, 2015, s. 31)

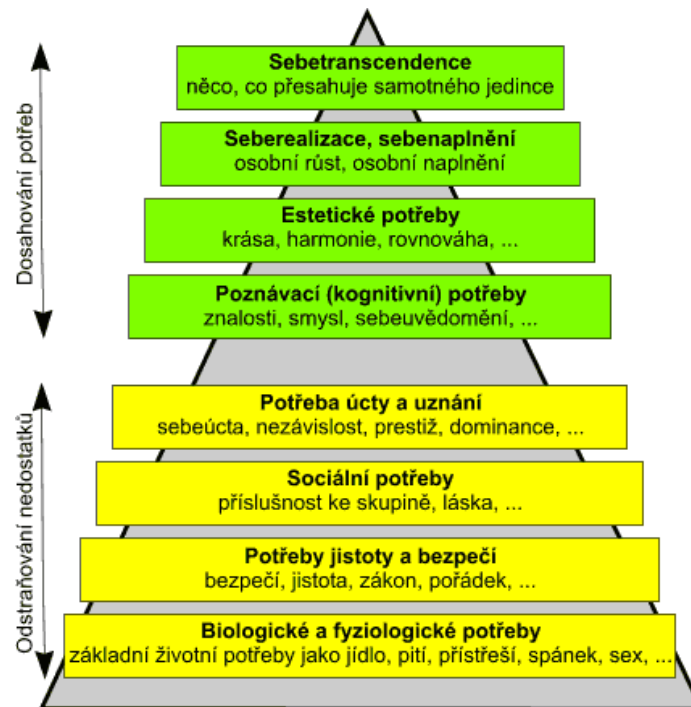
Uspokojení či neuspokojení potřeb ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka, jako jsou např. pozornost, myšlení, volní procesy, kdy zde zcela zásadně se podílí na tvorbě vzorce chování člověka. Konání směřující k uspokojení potřeby převádí samotnou potřebu na psychologickou úroveň. Naplňování potřeb má sociální povahu, skutky vedoucí k jejich saturaci jsou zakotveny v sociálních sítích jedince. Potřeby nejsou pouze základním motivem k udržení stability uvnitř organismu, ale jsou také základním motivem k udržení balance mezi člověkem a prostředím. Neodrážejí tak pouze vztah člověka k sobě samému, k životu, k prostředí, ale jsou také odrazem nároků prostředí na člověka. Potřeba není jenom nedostatkem něčeho, ale je také silou, která člověka posouvá k jiným lidem, předmětům a činnostem. Potřeby mají svůj význam pro zmapování člověka v prostředí, pomáhají díky seberealizaci jedinci prostředí změnit. Je důležité si uvědomit, že způsob uspokojování potřeb je individuální záležitostí, motivované chování se projevuje u každého člověka jinak. Potřeby neprobíhají a ani nevznikají izolovaně, vzájemně se doplňují. I když se jedná o cyklický proces, samotné uspokojování potřeb je neměnné, což můžeme pozorovat při základních tělesných potřebách a to např. potřeba pravidelné stravy, vyprazdňování či spánku. Všichni lidé mají stejné potřeby, avšak potřeby jednotlivce doznávají v průběhu života změnu z hlediska kvantity i kvality, mění se i množství a priority jednotlivých potřeb. Tak, jako existuje mnoho vymezení pojmů „potřeba“ tak, existuje i nejrůznější množství dělení lidských potřeb. Podle důležitosti pro zachování života dělíme lidské potřeby na nižší, které stimulují člověka, aby se staral o své tělo z fyziologického hlediska, dále sem patří potřeba bezpečí. Je důležité zmínit, že pokud neuspokojujeme nižší potřeby nelze kvalitně uspokojit potřeby vyšší. Potřeby vyšší zahrnují potřeby uznání, sounáležitosti, seberealizace, jedná se také o získané, naučené společenské potřeby, kdy člověk cítí potřebu společnosti druhých lidí. Uspokojování těchto potřeb je dlouhodobým procesem a právě tyto potřeby utvářejí osobnost jedince. Z holistického přístupu se členění potřeb rozděluje do oblastí a sem patří biologické potřeby, které mají povahu, čeho si naše tělo žádá (potrava, tekutiny, vylučování, dýchání, spánek, odpočinek, pohyb). Psychologické potřeby jsou zajištěny potřebou bezpečí, jistoty, respektování lidské důstojnosti a touha po víře. A v poslední radě potřeby duchovní, kdy mnoho zdravotníků a sociálních pracovníků si myslí, že tyto potřeby mají pouze věřící lidé, což je velký omyl, patří sem potřeba smyslu

života a potřeba odpuštění. Lidské potřeby se mohou dělit i podle jiných kritérií např. podle počtu osob, podle obsahu, podle četnosti, podle času atd. (Příbyl, 2015, s. 31 – 33)

3.2 Potřeby pohledem vybraných autorů

Nejznámější teorií, která se týká lidských potřeb, vytvořil ve 40. letech 20. století americký psycholog A. H. Maslow. Jedná se o psychologickou motivační teorii, která je založena na pořadí naléhavosti a na pořadí, ve kterém se základní lidské potřeby projevují. Teorie motivace by se měla soustředit především na cíle a nikoliv na prostředky směřující k dosažení potřeb. Prostředky mohou být kulturně specifické, kdežto cíle jsou spíše univerzální. Všechny tyto potřeby se vyskytují u člověka souběžně, avšak, jak již bylo zmíněno, k naplnění potřeb vyšších dochází až tehdy, kdy jsou při určité míře naplněny potřeby nižší. Autor hovoří o hierarchii relativní nadvlády, protože aktuálně neuspokojená potřeba má snahu v organismu tzv. vládnout či dominovat. Chování jedince je pak určováno potřebami neuspokojenými, i když jejich síla slábne s tím, jak se pohybujeme od potřeb nižších k potřebám vyšším. Maslow uvádí základní lidské potřeby od nejnižších po nejvyšší. Tento systém je v mnoha případech uváděn ve formě pyramidy, kdy ve spodní části jsou potřeby fyziologické, výše se nachází potřeba bezpečí, lásky, sounáležitosti a přijetí, v dalším pořadí se uvádí potřeba uznání. Směrem k vrcholu této pyramidy se dále nachází potřeba seberealizace. Jakási hierarchie se tak uplatňuje mezi dvěma skupinami potřeb – skupinou alfa (potřeby nutné pro přežití) a skupinou beta. Pokud jsou potřeby alfa naplněny, jejich cenu skoro nevnímáme, chápeme ji jako jistou samozřejmost a nepotřebujeme rozlišovat. Oproti tomu potřeby beta (potřeby rozvojové) se nikdy docela nenaplní, i když jsou svým způsobem uspokojeny, jejich nutnost stoupá, neboť náš život rozvíjí a obohacují. Za Maslowův přínos lze považovat především odkazy na existenci tzv. metapotřeb. K vyšším potřebám řadí především potřeby růstu, které vysvětlují různé specifické tendence seberealizace osoby. (Dvořáčková, 2012, s. 40 – 41)

Obr. 1 Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Dvořáčková (2012, s. 42)

Helena Chloubová, psychoterapeutka Domova pro seniory Ďáblice, odborná asistentka Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK v Praze, se zasazuje za kompletní, holistický přístup, který klade důraz na psychosomatickou jednotu a jedinečnost každého člověka. Její Dům životních potřeb, který je uveden v publikaci *Lidské potřeby ve stáří* (Příbyl, 2015, s. 42) vychází z filozofie Maslowa, z hierarchicky uspořádaných potřeb. Pro stabilitu domu jsou nutností „pevné základy“ – suterén = tělesné potřeby (dýchání spojené s kardiovaskulárními funkcemi, hydratace, výživa, vyprazdňování, tělesná i duševní aktivita, spánek, odpočinek, teplo, pohodlí, eliminace bolesti, hygiena, sexuální a mateřské potřeby). Frustrace tělesných potřeb se projevuje v subjektivních negativních pocitech, jako jsou bolest, hlad, žízeň, únava aj. Je známo, že některé oblasti tělesných potřeb jsou pro seniory na prvním místě. Jedná se především o potřebu výživy, vyprazdňování, vitální potřeby – hydratace, aktivita, hygiena, sexuální potřeby ustupují do pozadí. Psychosociální potřeby vznikají v souvislosti se socializací člověka a jeho adaptací na prostředí. Tyto potřeby bývají někdy zapomínány a to z důvodu zhoršené verbální komunikativnosti. Senioři a nemocní lidé své potřeby neumí identifikovat. Senioři vyžadují a potřebují řád, mají svá pravidla a rituály. Pokud dojde ke změně, může se objevit jistá frustrace spojené s pocity strachu, nejistoty, neklidu a dezorientace. Potřebují tzv. svůj čas k tomu, aby si přivykli

novému prostředí, podmínkám a to je důležité mít na paměti, pokud se jedná o seniory, kteří jsou hospitalizováni nebo přijati do nových zařízení pobytových sociálních služeb. (Příbyl, 2015, s. 40)

Obr. 2 Dům potřeb dle Chloubové

POTŘEBY ČLOVĚKA								
sebe-realizace	sebe-aktualizace	hodnoty životní	tvůrčí potřeby	duchovní potřeby	kulturní potřeby	pracovní potřeby	estetické potřeby	různé zájmy
sebeúcta	sebe-pojetí	úspěch uznání	neudělat ostudu	intimita	poznání pochopení	autonomie	moc	submise
láska	sounáležitost	důvěra	kommunikace	rodina	přátelství	pečovat o druhé	identita	pozitivní vztah
zdraví	bezpečí pomoci	jistoty sociální ekonom.	soběstačnost	bydlení	informace	podněty	mír klid	potřeba struktury řádu
dýchání	hydratace	výživa	vyprázdnění moče stolice	aktivita tělesná duševní	spánek odpočinek	teplo být bez bolesti	očista hygiena	sexuální mateřské potřeby

Zdroj: Příbyl (2015, s. 41)

Manfréd Max-Neef, chilský ekonom zabývající se především otázkami chudoby, argumentoval, že základní lidské potřeby jsou nehierarchické, ontologicky univerzální a neměnné ve své povaze. Max-Neefova teorie potřeb – model rozvoje lidské škály určuje lidské potřeby jako nemnohé, konečné a určité a konstantní ve všech lidských kulturách a historicky časových obdobích. Podobně jako u Maslowova jsou potřeby chápány jako systém, jako vzájemně propojené a interaktivní. S výjimkou základních potřeb bytí/existence a přežití nejsou potřeby nijak hierarchizovány, ale jsou v procesu svého uspokojování chápány vzájemnou komplementaritou a kompromisy. Max-Neef jako základní lidské potřeby klasifikuje bytí, ochranu, city/lásku, porozumění, participaci, rekreaci, kreaci/tvoření a svobodu. Potřeby jsou pak definovány v kategoriích bytí (being), vlastnictví (having), dělání a interakce. (Dvořáčková, 2012, s. 43)

3.3 Kvalita života a naplnění potřeb

Kvalitu života a životní spokojenost nemůže jen chápat jako synonyma, ale jako blízké pojmy. Samotný proces uspokojování lidských potřeb představuje jednu ze složek kvality života. Holistický pohled ke kvalitě života představuje model sestavený Centrem pro pod-

poru zdraví při univerzitě v Torontu. Tento model se opírá o tři hlavní životní domény a to je být, náležet a realizovat se. Každá tato doména je blíže vyspecifikovaná do příslušných subdomén. Míra uspokojování lidských potřeb jako jedna ze složek kvality života, je dle tohoto přístupu vyznačena dvěma rozměry – subjektivním a objektivním. I když je hodnocení kvality života dosti složitý proces, kvalita života v sobě odráží pocit pohody, která vychází nejen z tělesného, ale také ze sociálního a duševního rozpoložení každého jednotlivce. Tato tabulka není hodnotitelná body, slouží jako návod pro posouzení kvality života z pohledu sledované osoby. (Šamánková a kol., 2011, s. 31)

Když je člověk zdravý je schopen saturovat své základní, biologické potřeby bez pomoci ostatních lidí – sám se nají, umyje, nemá problémy s dýcháním atd. Do základních biologických potřeb také řadíme potřebu být bez bolesti. Naplnění vyšších potřeb se odvíjí od schopnosti, vědomosti a dovednosti jednotlivce, jeho zázemí, prostředí, kulturnosti, vzdělání a úrovně svých životních cílů a ostatních motivací a potřeb, ke kterým mohou být nápomocno poradenství, kulturní přehledy atd. Je důležité pro pochopení cest k naplnění potřeb v nemoci pokusit se zachytit osobnost jedince před onemocněním. Můžeme použít obecná kritéria, zda se jedná o ženu či muže, věk jedince, dosažené vzdělání a prostředí. Dále typ osobnosti, temperament, zralá a nezralá osobnost, vlastní hierarchie hodnot a zdravotní uvědomění. Vliv předcházejících onemocnění můžeme posoudit za pomoci úspěšnosti léčby, formy onemocnění, přístup zdravotnického personálu, léčebné a diagnostické zákroky a nižší inteligence jak u zdravotníků tak i jednotlivce. Přejít ze zdraví do nemoci je samo o sobě krizová situace. S touto situací je nutno se vyrovnat. Můžeme ji rozdělit na adaptaci aktivní a adaptaci pasivní. Adaptace aktivní znamená, že jedinec si danou situaci přizpůsobí sobě a svým potřebám. Adaptace pasivní je dána tím, že jedinec se dané situaci přizpůsobí. Nemoc bývá chápána jako konfliktní situace s rodinou, se sebou samým, s neschopností přijetí faktu onemocnění, se změnou životního rytmu a se změnou prostředí. (Šamánková a kol., 2011, s. 33 – 34)

Tab. 2 Kvalita života podle centra pro podporu zdraví (Toronto, Kanada)

BÝT (being)	Osobnostní charakteristiky člověka
Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
Psychologické bytí	Psychologické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Hodnoty, přesvědčení, víra
Náležet (belonging)	Vazba k určitému prostředí
Fyzická náležitost	Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
Sociální náležitost	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé (užší napojení)
Skupinová náležitost	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity
Realizovat se (becoming)	Dosahování osobních cílů, naděje, aspirace
Praktická realizace	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Volnočasová Realizace	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
Růstová realizace	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

Zdroj: vlastní zpracování dle Šamánkové (2011, s. 32)

3.4 Potřeby uživatelů sociálních služeb

Potřeby uživatelů sociálních služeb a jejich zjišťování jsou důležitými ústředními pojmy a nástroji v oblasti plánování sociálních služeb a jejich poskytování. Jedním z největších a také nejčastějších omylů v oblasti plánování sociálních služeb je fakt, že tomuto fenoménu je věnována pozornost jen v etapě procesu komunitního plánování, bez uvědomění si

toho, že potřeby klientů se dynamicky vyvíjejí, ale někdy i dosti mění. Pojem potřeba je sám o sobě dosti široký, zákonem u nás nedefinovaný a bývá často různě interpretována. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v ustanovení § 94 a 95 obsahuje nešťastnou definici, která ukládá povinnost obcím a krajům zjišťovat potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na daném území. Tato poněkud zavádějící dikce zákona vede v mnoha případech v praxi, že při zjišťování potřeb klientů se v dotaznicích zjišťují chybějící služby podle toho, o jakou službu se jedná dle zákona o sociálních službách, a nikoli potřeby podpory nebo pomoci uživatelům sociálních služeb nebo zájemců o ně. Současná praxe to i potvrzuje, že lidé jsou velmi dobře schopni popsat své potřeby, ale bohužel podstatnou část nelze řešit sociální službou a to z toho důvodu, že sociální služby pochopitelně nemohou řešit široké spektrum lidských potřeb. Dostupnost sociálních služeb a potřeby osob na daném území jsou jednoznačně ve společném vztahu a dostupnost by měla odpovídat na potřeby. Plán rozvoje sociálních služeb tyto témata zaznamenává v konkrétní představě postupu směřující k jejich naplnění v případě potřeb a zlepšení v jejich dostupnosti. Je důležité zmínit, že zjišťování potřeb není to samé se zjišťováním míry spokojenosti s poskytovanými službami u klientů sociálních služeb. (Pilát, 2015, s. 67)

Současná situace v oblasti zjišťování potřeb a individuálního plánování v mnoha pobytových zařízeních v České republice není na odpovídající úrovni a jsou zde problémy a určité nedostatky. Před vstupem platnost zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášky č. 505/2006 nebyla klientům poskytována péče v pobytových zařízeních individualizovaně. Měla charakter rutinně vykonávaných činností, které byly vykonávány stejným způsobem tzv. systémem skupinové péče. Tento způsob neusiloval a nezohledňoval individualitu jedince a nesnažil se systematicky a cíleně o splnění jeho očekávání. Mnozí pracovníci bohužel chápou povinné zjišťování potřeb, individuální plánování sociální služby a vedení dokumentace jako zbytečnou zátěž navíc. Činnost pracovníků při individuálním plánování znamená zcela nový postoj ke klientům, ale vyžaduje také plnění dalších významných požadavků. Zcela zásadním faktorem ovlivňujícím úspěch nebo také neúspěch individuálního plánování je závislá na správné organizaci a fungující činnosti celého pracovního týmu. Proto, je v pátém standartu vyznačeno, že jde o zcela nový způsob komunikace a spolupráce všech pracovníků, kteří se na zajištění péče a poskytování služby klienta podílejí. Znamená to tedy, nepřetržitou komunikaci mezi pracovníky a komunikaci vhodnými prostřed-

ky s klienty, předávání a výměnu informací a je velice důležité dodržování jednotného přístupu ke klientům. (Malíková, 2011, s. 157 – 160)

4 SOUČASNÝ SYSTÉM ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY V ČR

Zdravotní a sociální péči o seniory není možné od sebe oddělovat, protože v praxi jsou často zdravotní problémy spojeny se sociálními a naopak. V české společnosti se model poskytování péče nesoběstačným členům rodiny opírá o tradiční pojetí, které předpokládá, že za zajištění potřeb těchto osob je na prvním místě zodpovědná rodina, přičemž státní služby jsou využívány až v situaci, kde neformální poskytovatelé chybí nebo péči nezvládají. Proto je velmi důležité vytvářet dostačující nabídku služeb, které mohou rodinu doplnit nebo dočasně a v případě potřeby nahradit a podporovat život seniora v jeho přirozeném prostředí, kde bude hlavně kladen důraz na jeho individuální potřeby. Služby pobytových zařízení mohou využít senioři, kteří jsou nesoběstační, že nemohou fungovat ve svém původním, přirozeném prostředí a péče ze strany jejich rodinných příslušníků je nedostatečná nebo zcela chybí. V této kapitole se pokusíme nastínit rozvoj sociálních služeb po roce 1989, o vysvětlení systému zdravotní a sociální péče a pobytové služby v České republice a poukázat na zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který změnil sociální služby do dnešní podoby. (Dvořáčková a Hrozenská, 2013, s. 60)

4.1 Vývoj poskytování sociálních služeb v ČR

V souvislosti s politicko-ekonomickými změnami v ČR po roce 1989 zaznamenala poskytovaná pomoc a podpora lidem sociálně a zdravotně znevýhodněným řadu důležitých změn. Tento rozvoj sociálních služeb byl na začátku devadesátých let 20. století charakterizován určitou živelností v kladném slova smyslu, která se snažila reagovat na aktuální potřeby praxe. I přes snahu o deetatizaci a deinstitucionalizaci v oblasti poskytování sociálních služeb byl převážně hlavním poskytovatelem do nedávné doby stát. Největším problémem v realizaci dalšího vývoje v oblasti poskytování sociálních služeb byla až do roku 2006 dlouhodobý nedostatek moderní legislativy, který kromě vytyčení kompetencí v ose stát – kraj – obec dovolila rovný přístup k finančním prostředkům potřebným pro zajišťování služeb a reflektovala by stávající stav praxe. Přestože od roku 1989 prošly legislativní změnou prakticky všechny oblasti společenského života v ČR, v poskytování sociálních služeb a tato změna se udála až v roce 2006 a to přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který reaguje na zásadní společenské změny, odborné trendy a požadavky praxe. (Pilát, 2015, s. 13 – 14)

K rozvoji sociálních služeb v devadesátých letech docházelo k hlavním změnám v legislativě a to v oblasti sociální péče, kde přetrvával dosavadní systém. Tzv. zděděná právní úprava samozřejmě nevyhovovala ani klientům sociálních služeb ani nestátním organizacím, které začaly zavádět moderní trendy a poskytovat alternativní sociální služby. Na začátku vznikaly jako zájmové organizace, jež na základě zákona č. 83/1990 Sb., o sdružování občanů, měly podobu občanských sdružení. Od začátku 90. let začaly vznikat také organizace a účelová řízení církví a náboženských společností, které podle § 4 odst. 1 a 3 zákona č. 308/1991 Sb., o svobodě náboženské víry a postavení církví a náboženských společností, mohou poskytovat duchovní a hmotné služby, provozovat účelová zařízení a vlastní zdravotnická zařízení i objekty sociálních služeb a účastnit se na poskytování těchto služeb i ve státních zařízeních. Tuto činnost upravovalo v 90. letech pouze ustanovení § 73a zákona č. 100/1988 Sb., § 2 a 4 zákona ČNR č. 114/1988 Sb. a § 108 a 109 vyhlášky č. 182/1991 Sb. Vývoj naší společnosti po roce 1989 vyvolal rozvoj řady nových a do té doby neexistujících sociálních služeb, které poskytovaly nestátní neziskové organizace. Sociální služba byla přiznávána na základě rozhodnutí vydávaného ve správním řízení, když byl klient účastníkem a s možností podání žádosti a odvolání proti rozhodnutí. Až rostoucí nabídka různých forem a druhů sociálních služeb s sebou přinesla i požadavky klientů sociálních služeb na možnost svobodné volby sociální služby. (Pilát, 2015, s. 18)

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

Hlavním cílem zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je nejširší podpora procesu sociálního začleňování a soudržnosti společnosti. Posláním sociální služby je snaha umožnit lidem, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci, zůstat rovnocennými členy společnosti. Znakem kvality sociální služby je schopnost podporovat uživatele služby v naplňování cílů, kterých chtějí s pomocí sociální služby dosáhnout. Tento zákon o sociálních službách upravuje podmínky poskytování podpory a pomoci fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci za pomoci sociálních služeb a příspěvku na péči. Také jsou zde uvedeny jednotlivé druhy sociálních služeb a rozsah činností, které musí být u každého poskytovatele zajištěny. Dále jsou tu uvedeny podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb a důležitou součástí je i zde upravena kontrola poskytování sociálních služeb. V neposlední řadě zde nalezneme předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách, kvalifikační předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách. (Dvořáčková a Hrozenková, 2013, s. 69 – 70)

4.3 Zdravotní a sociální péče o seniory

Základem zdravotní péče je primární péče, kterou poskytuje praktický lékař pro dospělé. Uplatňuje při své práci primární, sekundární a terciální prevenci. V péči o seniory by měl spolupracovat převážně s rodinou, ale i také s ostatními složkami primární péče např. s domácí ošetrovatelskou péčí, pečovatelskou službou a ostatními neziskovými organizacemi. Domácí péče je poskytována na doporučení praktického lékaře a je placena z prostředků zdravotního pojištění. Tato péče je zajištěna agenturami, státními, městskými, charitativními nebo soukromými. Pro tuto péči je důležité, aby klinický stav seniora byl stabilizovaný a aby domácí prostředí bylo schopno poskytovat péči, která předpokládá zapojení rodiny. Pro rodiny je významná možnost půjčování různých pomůcek včetně polohovacích lůžek. V případě potřeby poskytují zdravotní péči ambulantní specialisté a to především u oborů vnitřního lékařství. Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným a jejich cílem je zlepšit kvalitu jejich života nebo v dostupné míře do společnosti začlenit. Prostřednictvím sociálních služeb je především zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění prací v domácnosti, ošetrování, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a samozřejmě při prosazování práv a zájmů. Hlavním cílem bývá i snaha podporovat rozvoj či alespoň zachování stávající soběstačnosti klienta, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu. Dále také snížení zdravotních rizik souvisejících se způsobem života uživatelů. Sociální služby v České republice jsou součástí státního sociálního zabezpečení. Tyto služby si jejich uživatel může na základě přiznaného příspěvku na péči nakupovat, tedy může si je objednat u organizace a dle dohody zaplatit. Sociální služby mohou poskytovat pouze organizace nebo jednotlivci, kteří mají k této činnosti oprávnění. Maximální ceny za službu jsou ustanoveny vyhláškou k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (Dvořáčková, 2012, s. 80 – 82)

4.4 Poskytování sociálních služeb seniorům

Problematika seniorů a pobytových sociálních služeb je důležitá zmíněná deinstitucionalizace. Je to tzv. přechod k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v jeho přirozeném prostředí. K dosažení tohoto cíle je na základě sociálního zákona vytvořena široká škála terénních a ambulantních služeb, které pomáhají mnoho lidem v nepříznivé situaci setrvat v domácím prostředí. Na pomoc osobám s jednotlivými druhy problémů jsou zákonem definovány určité druhy sociálních služeb. Senioři

mohou využít příspěvek na péči, který jim umožňuje využít kombinaci několika typů sociálních služeb a zůstat i nadále ve svém přirozeném prostředí a přitom udržovat a také zlepšovat svoji soběstačnost. Bohužel, ale malý zájem o využití ambulantních a terénních služeb převážně souvisí s tím, že tyto druhy sociálních služeb nepatří k zažitým způsobům řešení problémů, ale je patrné, že v budoucnu bude jejich využití narůstat. Více než 85% pobytových sociálních zařízení v České republice spadá pod kraje nebo obce a zřizovatelem již není stát. Pobytové služby také poskytují nestátní neziskové organizace, jako jsou občanská sdružení a církve. Poskytované sociální služby v pobytových zařízeních jsou dotovány více zdrojově a podílí se na nich i úhrady klientů a přiznané příspěvky na péči, které v plné výši náleží pobytovému zařízení. (Malíková, 2011, s. 32 – 33)

4.5 Domov se zvláštním režimem

Do pobytových sociálních služeb patří i domovy se zvláštním režimem, které fungují jako celoroční pobytové zařízení pro osoby, které z důvodu svého onemocnění či postižení potřebují služby přizpůsobit tomuto omezení. Tyto domovy se zaměřují především na poskytování služeb lidem se syndromem demence, nejčastěji Alzheimerovou chorobou. Dále také osobám se závislostí na alkoholu či jejími následky nebo například pacientům s psychiatrickým onemocněním ve stabilizovaném stádiu. Domovy se zvláštním režimem fungují velmi podobně jako typické domovy pro seniory. Rozdíl je, ale v tom, že jsou zde přizpůsobeny specifickým potřebám klientů, kdy jsou zde přesně definovány podmínky možné v domově se zvláštním režimem pohyb klientů omezit, aby byla zajištěna jejich bezpečnost. Vše je prováděno ve prospěch klienta. Kromě ubytování a stravy nabízejí tyto domovy aktivity vedoucí k udržení soběstačnosti, cvičení, vycházky, poslech četby atd. (Holmerová a kol., 2014, s. 189)

Podmínky pro přijetí do domova se zvláštním režimem dle § 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou následující a to, že žadatel je osoba se sníženou soběstačností způsobenou chronickým duševním onemocněním nebo závislostí na návykových látkách a jeho stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby nebo je žadatel osoba se stařeckou nebo Alzheimerovou demencí nebo jiným druhem demence, se sníženou soběstačností způsobenou tímto onemocněním a jeho situace vyžaduje pravidelnou pomoc druhé osoby. Žadatel podává vyplněnou žádost o přijetí do zařízení, dokládá další doklady nebo jejich kopie a po projednání je vyrozuměn, jestli splňuje podmínky pro přijetí. Tato žádost se podává na příslušný Úřad práce nebo přímo v pobytovém zařízení a samotné projednání, pak je pro-

váděno přímo v něm. Pokud si žadatele přeje, při zamítnutí podané žádosti je písemně informován. (Malíková, 2012, s. 65)

Každý poskytovatel sociální služby musí dodržovat rozsah služeb stanovené v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, pro určitý druh poskytované služby a odpovídajícímu typu zařízení. Pro domovy se zvláštním režimem je v § 50, dílu 3, odst. 2 citovaného zákona o sociálních službách uveden rozsah základních činností, které je povinen poskytovatel sociální služby dodržovat. Dále vyhláška č. 505/2006 Sb., v části druhé popisuje přesně obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb a také určuje maximální výši úhrad za poskytování některých sociálních služeb. Popis úkonů je uveden v § 15 citované vyhlášky č. 505/2006 Sb., jsou:

- V rámci poskytování ubytování musí poskytovatel zajistit vlastní ubytování a úklid, praní ložního a osobního prádla a také žehlení.
- Poskytnutí stravy znamená povinnost zajistit klientům celodenní stravu v rozsahu tří hlavních a dvou vedlejších jídel. Klienti se mohou stravovat v jídelně zařízení a imobilní na pokoji u stolu nebo přímo na lůžku.
- Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu zahrnuje poskytnutí pomoci při přesunech (vstávání z lůžka, uléhání, změna polohy, přesuny na lůžko nebo na vozík a zpět aj.), oblékání, svlékání, podávání nápojů a stravy, pomoc při manipulaci se speciálními pomůckami a pomoc při prostorové orientaci.
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, což znamená, že je klientům poskytována pomoc při veškerých činnostech spojených s osobní hygienou, při péči o vlasy, při použití WC, holení, pedikúře a manikúře.
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím musí poskytovatel zajistit podporu a pomoc, aby mohli klienti využívat běžné dostupné služby a informační zdroje a dále být nápomocni při udržování kontaktu s rodinou a podporovat sociální začlenění.
- Sociálně terapeutické činnosti v rámci podpory nebo rozvoji osobních a sociálních schopností i dovedností pomáhají klientovi v jeho sociálním začlenění má zařízení poskytovat metody psychoterapie a socioterapie.
- Aktivizační činnosti zahrnují tři okruhy a ty jsou volnočasové a zájmové, a dále poskytnutí pomoci při udržení kontaktu s přirozeným sociálním prostředím a napomáhat při nábízení a zlepšování dovedností klienta.

- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, kdy musí být klientům poskytována pomoc při komunikaci vedené k zachování práv a oprávněných zájmů klienta.

Zařízení tohoto typu může rozšířit tuto nabídku o další služby. Bohužel se to většinou z ekonomického důvodu nestává, protože je problematické jejich dofinancování. O rozsahu a realizaci jednotlivých činností, které jsou popsány ve vyhlášce č. 505/2006 (§15 a §16) musí být žadatelé srozumitelně informováni. (Malíková, 2012, s. 114 – 115)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 PŘÍPRAVA VÝZKUMU

V praktické části bakalářské práce se budu zabývat přípravou, realizací a vyhodnocením získaných dat výzkumu. Tato část bakalářské práce je zaměřena na analýzu potřeb seniorů s demencí v pobytové sociální službě. Dané téma jsem si vybrala, protože již několik let pracuji s touto cílovou skupinou a zajímalo mě, jaké potřeby tito uživatelé mají a jakým způsobem jsou naplňovány ve vybrané pobytové sociální službě. Na základě praxe v daném typu zařízení jsem se přesvědčila o tom, že zmapovat potřeby je náročné, a to už jen proto, že tito uživatelé trpí různými typy demence a jejich zdravotní stav jim již neumožňuje se samostatně vyjádřit. Dál mě zajímalo, jestli k naplnění potřeb dochází. Pro realizaci výzkumu jsem si vybrala domov pro seniory v Olomouckém kraji.

V jednotlivých kapitolách budu rozebírat metodiku výzkumu.

5.1 Cíl výzkumu a výzkumná otázka

Předmětem výzkumu bakalářské práce je náhled do konkrétní organizace, která v rámci individuálního plánování popisuje potřeby jednotlivých uživatelů. Pozornost je zaměřena především na uživatele trpící demencí. Cílem je zmapovat zdravotně sociální potřeby uživatelů s demencí v pobytové sociální službě. Zařízení, ve kterém byl realizován výzkum, je rozdělen na dvě části a to domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Výzkum probíhal v obou domovech, to z toho důvodu, že uživatelé s tímto onemocněním byli umístěni i v domově pro seniory.

Aby mohl být splněn stanovený cíl bakalářské práce, je zde uvedena hlavní výzkumná otázka a dílčí výzkumné otázky, které z tohoto cíle vychází:

Hlavní výzkumná otázka zní takto:

HVO: Jaké jsou potřeby uživatelů s demencí v konkrétním domově pro seniory?

Vedlejší otázky zní takto:

1 DVO: Jakou péči potřebují uživatelé s demencí v domově pro seniory?

2 DVO: Jak je poskytování služby hodnoceno pohledem uživatelů služby?

3DVO: Jakou zdravotní péči využívají uživatelé v domově pro seniory?

4DVO: Jakým způsobem udržují uživatelé sociální kontakt v domově pro seniory?

5.2 Druh výzkumu a výzkumné metody

Z hlediska strategie lze rozlišovat dva typy výzkumu – kvalitativní výzkum a kvantitativní výzkum. V případě využití obou typů současně, hovoříme o smíšeném výzkumu. V této bakalářské práci byl sběr dat rozdělen na dotazníkové šetření, pozorování, analýzu dat a následné vypracování kazuistik u vybraných uživatelů. Byl zvolen také proto, že v domově pro seniory jsem pracovala s menším počtem respondentů. Uživatelé byli vybíráni na základě získaných informací od klíčových pracovníků, kteří mi pomohli zmapovat uživatele s demencí v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem, podle předem stanovených kritérií.

Kvantitativní výzkumná strategie této bakalářské práce byla zpracována metodou dotazníkového šetření.

5.2.1 Dotazník

Kvalitativní výzkumná strategie této bakalářské práce byla zpracována metodou pozorování a vypracováním kazuistik u vybraných uživatelů.

Dotazník je standardizovaným souborem otázek, které jsou připraveny na určitém formuláři. Na úvodu zpravidla bývá jednoduché vysvětlení, za jakým účelem respondent dotazník vyplňuje. Měl by obsahovat i fakt, že je dotazník anonymní. Techniku dotazníku charakterizuje nepřítomnost výzkumníka při vyplňování dotazníku, znalost šetřeného prostředí a nezbytnost předvýzkumu. (Kutnohorská, 2009, s. 41)

Dotazník v rámci výzkumu byl vytvořen ve dvou formátech. Jeden pro uživatele pobytové sociální služby a druhý pro klíčové pracovníky vybraných uživatelů. Dotazník obsahuje celkem 25 otázek, které jsou směřovány ke zjištění potřeb uživatelů domova pro seniory. Na začátku dotazníku je uvedeno krátké představení autora, dále za jakým účelem byl dotazník vytvořen a že je zcela anonymní. Poté je také uvedeno, jakým způsobem se má dotazník vyplnit. Samotný obsah dotazníku je rozdělen do baterií otázek, které jsou zaměřeny na určité ukazatele:

- první část se zajímá o demografické ukazatele (otázka č. 1. – 4.),
- druhá část je zaměřena na adaptaci uživatele v domově pro seniory (otázka č. 5. – 10.),
- třetí část se ptá na poskytovanou péči (otázka č. 11. – 15.)

- čtvrtá část se zajímá o sociální kontakt a aktivity v domově pro seniory (otázka č. 16. – 25.).

Uživatelé tento dotazník vyplňovali buď sami, nebo za pomoci klíčových pracovníků. Klíčový pracovníci v některých případech museli pomoci s vyplněním i u komunikujících uživatelů a to proto, že nebyli již schopni to přečíst nebo cokoliv napsat. Návratnost dotazníků byla 100%.

5.2.2 Pozorování

Další výzkumnou metodou je pozorování. Pozorování je vlastně chápáno jako vědecká technika a je nutno jej rozlišit od běžného pozorování. Jedná se tedy o systematické, záměrné, cílevědomé sledování určitých jevů spojených s registrací charakteristických údajů. Úspěšnost tohoto pozorování je závislá na kvalitě informovanosti o sledované problematice, na schopnostech pozorovatele a na pomůckách využitých při této metodě. Před samotným pozorováním by výzkumník měl zvážit, co, jak a kdy bude pozorovat a jakým způsobem bude zaznamenávat výsledky. Pozorování má dojít k objektivnímu popisu jevu, umožňující následnou analýzu. (Kutnohorská, 2009, s. 35 – 36)

Pozorování v rámci výzkumu bylo prováděno v obou pobytových sociálních službách u čtyř uživatelék. Dvě uživatelky bydlely v domově pro seniory a dvě uživatelky v domově se zvláštním režimem. Pozorování probíhalo v časových úsecích a to z toho důvodu, že každé oddělení mělo svůj časový harmonogram. U každé uživatelky probíhalo pozorování po určitou dobu a se záměrem zjistit, zda ta potřeba, která byla zaznamenána byla uspokojována a v jaké míře a jestli v rámci péče ji uživatelka potřebuje nebo nepotřebuje. Vše bylo zaznamenáno do pozorovacích archů (viz příloha 1), které byly pro výzkumné účely pozorování vytvořeny. Do pozorovacích archů byla zapisována fakta, která byla u jednotlivých uživatelék zjišťována a mapována.

5.2.3 Případová studie

Jedním z nejrozšířenějších typů kvalitativního výzkumu je případová studie. V centru pozornosti tohoto výzkumu je případ. Případem chápeme objekt našeho výzkumného zájmu, což může být osoba, skupina, organizace atd. Důležité je, aby případ byl řádně popsán, definován nebo ohraničen a také, aby způsob výzkumné práce odpovídal hlavním pravidlům práce s případovou studií. Samotná práce na případové studii zdůrazňuje komplexní

povahu zkoumaných fenoménů, zohledňuje souvislosti jednotlivých oblastí, kterých se případ dotýká, včetně historicko-biografického prostředí. Analýza jednotlivých případů nám během celého výzkumu umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případů v jeho celistvosti, a díky tomu můžeme dojít k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům. A díky těmto postupům, pak můžeme lépe porozumět jednotlivým vztahům i souvislostem. (Miovský, 2006, s. 94)

K vypracování kazuistik jsem si vybrala 4 uživatelky, u kterých bylo prováděno cílené pozorování. Toto pozorování bylo poté zaznamenáváno do vytvořených pozorovacích archů (viz příloha 1), které byly rozděleny na několik dílčích oblastí, které byly zaměřeny na hygienu, stravování, vyprazdňování, trávení dne, aktivity, spánek, sociální kontakt, zvláštnosti a zdravotní péči. Především mě zajímalo, jaké potřeby mají uživatelky, které svým způsobem komunikují, ale vzhledem ke své nemoci již nejsou plně schopny si zajistit své potřeby a další dvě uživatelky byly vybrány z toho důvodu, že již jejich stav jim nedovoluje komunikovat, proto je uspokojování potřeb v tomto případě náročnější. Také výběr uživatelek byl zaměřen na druh jejich onemocnění, což bylo především na Parkinsonovu chorobu a Alzheimerovu chorobu a také, že dvě uživatelky byly umístěny v domově pro seniory a dvě uživatelky byly umístěny v domově se zvláštním režimem. Zajímalo mne, jestli způsob uspokojování potřeb je stejný v rámci obou domovů. U těchto uživatelek bylo možno nahlédnout do individuálního plánování, ve kterém se nacházel vypracovaný arch s názvem Inventář potřeb (viz příloha 2), kde každý klíčový pracovník musí zapsat potřeby svých uživatelů a tím následně pomáhal naplánovat kvalitní službu svého uživatele. Tento Inventář potřeb (viz příloha 2) byl také poté použit ke srovnání, zda dle mého pozorování byly potřeby těchto uživatelek uspokojovány.

5.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor této bakalářské práce tvoří uživatelé trpící demencí a jejich klíčový pracovníci v domově pro seniory a v domově se zvláštním režimem. Celkem oslovených uživatelů bylo 39, z toho na dotazníkové šetření odpovědělo celkem 10 uživatelů a na zbylou část odpověděli klíčový pracovníci, kteří byli osloveni u uživatelů, kteří z důvodu zdravotního stavu již nebyli schopni se vyjádřit.

Další kapitoly jsou zaměřeny především na místo realizace výzkumu, výzkumný vzorek, průběh výzkumu a také na způsoby a průběh vyhodnocovaných dat.

5.3.1 Výzkumný vzorek a způsob výběru výzkumného vzorku

Jak jsem se již zmínila v úvodu, pro výzkum byli vybráni uživatelé konkrétní pobytové služby, kteří mají diagnostikovou demenci různé formy. Tito uživatelé byli vybíráni na základě získaných informací od klíčových pracovníků. Především mě zajímalo, jestli tito uživatelé trpí onemocněním demence, jak dlouho jsou uživateli pobytové sociální služby, jak dlouho již žijí s touto nemocí a kdy jim toto onemocnění bylo diagnostikováno.

Pro výzkum v rámci pozorování byly vytipovány celkem 4 uživatelky, které žijí v této pobytové sociální službě. Rozhodující byla pro mne určitá kritéria, podle kterých jsem si tyto uživatelky vybrala. Na prvním místě bylo důležité, jestli uživatelka má diagnostikované onemocnění demence, a to převážně Alzheimerovu chorobu nebo Parkinsonovu chorobu a to z toho důvodu, že tento výskyt těchto nemocí je nejčastější. Dalším hlavním aspektem bylo, jak dlouho uživatelka žije v domově pro seniory, a to proto, aby výzkum nebyl zkreslený adaptačním procesem a začleněním do nového prostředí. Také bylo důležité tyto uživatelky rozdělit dle postihu nemoci a závislosti na pomoci druhé osoby. V rámci tohoto výzkumu byly rozděleny uživatelky takto:

Uživatelka č. 1 – Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, plně závislá na péči druhé osoby, nekomunikující.

Uživatelka č. 2 – Parkinsonova choroba, plně závislá na péči druhé osoby, částečně komunikující.

Uživatelka č. 3 – Alzheimerova choroba, částečně závislá na péči druhé osoby, částečně komunikující.

Uživatelka č. 4 – Parkinsonova choroba, schopna se postarat sama o sebe, komunikující.

5.3.2 Místo realizace výzkumu

Pobytová SSL byla otevřena v září 2008. Je vybudována z bývalé základní školy, která byla vystavěna před více než čtyřiceti lety. Je to seskupení se šesti menších pavilonů kolem dlouhého koridoru. Pro venkovní pobyt byla vytvořena volná plocha s pěšími chodníky, odpočinkovými lavičkami, vodní fontánou a altánem. Domov čítá 81 lůžek a to na jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Součástí pokojů je samozřejmě koupelna s WC, vybavení a uzavřené balkóny, jak v přízemí, tak i v prvním patře. Stravování je zajištěno externí službou. Součástí každého pavilonu je ošetřovna, jídelny, které také zároveň slouží jako společenská místnost a koupelny pro provádění hygieny u imobilních uživatelů.

V jednom z pavilonu je také rehabilitace, ergoterapie a knihovna. Je zde zřízena nově i foto-místnost, která je plně využívána uživateli. Součástí areálu je také velký prostorný sál, který slouží pro společenské akce, bufet, prádelna a kadeřnictví. (Statutární město Přerov, © 2017)

Tato sociální služba je rozdělena na domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Hlavním posláním této služby je „*podpora seniorů v jejich soběstačnosti, poskytovat pomoc a podporu, tak, aby byly naplněny individuální potřeby seniorů a tak mohli společně prožít hodnotný život v domově pro seniory.* (Statutární město Přerov, © 2017)

Cílovou skupinou tohoto zařízení tvoří senioři, kteří dosáhli věku 60 let a více. Dále také seniorům, kteří potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby při zvládání běžných denních činností a péči o sebe sama. Rozsah a forma pomoci je zachovávat lidskou důstojnost, práva a svobodu uživatelů. Tato pomoc především vychází z individuálních potřeb uživatelů, podporuje rozvoj jejich soběstačnosti a motivuje je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování jejich nepříznivé sociální situace. Tato sociální služba je zejména poskytována v zájmu uživatele a v náležitě kvalitě. Dále také vytváří podmínky pro uživatele při uplatňování vlastní vůle při řešení nepříznivé situace a to tak, aby, mohli jednat na základě vlastního rozhodnutí. Dalším důležitým aspektem je práce klíčových pracovníků, kteří plánují poskytování služby společně s uživatelem. V tomto zařízení pracuje celkem 10 zdravotních sester a 33 klíčových pracovníků pod vedením vedoucí zdravotní a sociální péče. (Statutární město Přerov, © 2017)

5.4 Průběh výzkumu

Výzkum byl realizovaný v měsíci březnu a bylo do něj zapojeno celkem 39 uživatelů domova pro seniory a domova se zvláštním režimem. Celkem 10 uživatelů bylo schopno vyplnit dotazník samostatně a 29 dotazníků vyplnili klíčový pracovníci.

Prvním krokem výzkumu bylo rozdělení dotazníků klíčovými pracovníky a vytypovaným uživatelům. Před samotným vypracováním dotazníků byly poskytnuty potřebné instrukce, jak dotazník správně vyplnit. Dotazník byl zcela anonymní, což bylo uvedeno na začátku dotazníku a bylo zde také vysvětleno, jak má respondent při vyplňování postupovat.

Dalším krokem mého výzkumu bylo pozorování u mnou vybraných uživatelů. Probíhalo to v určitých časových úsecích, a to z toho důvodu, abych byla schopna pozorovat vybrané oblasti, protože každé oddělení mělo svůj časový řád a svůj režim. To bylo poté zapisová-

no do pozorovacích archů (viz příloha 1) a to převážně na pokojích uživatelů, v jídelně, v koupelnách, v ergo dílně, na chodbách a ve společenském sále, kde se zrovna uživatelky pohybovaly. Samotné pozorování probíhalo po dobu 9 dnů v určitém časovém rozmezí, přibližně do 7.00 hod do 16.00 hod. Záleželo především na tom, jakou činnost právě uživatelka vykonávala nebo jakou činnost vykonávali pracovníci v sociálních službách. Při samotném pozorování jsem byla u uživatelky přibližně cca 10 až 15 minut.

Také byla důležitá spolupráce se zdravotními sestrami, které mi poskytly informace o zdravotní péči určité uživatelky a také s ergoterapeutkami a fyzioterapeutkami, které s uživatelkami prováděly různé aktivity. Důležitým aspektem v rámci pozorování byl rozhovor s klíčovými pracovníky, kteří mi pomohli ucelit si osobnost určité uživatelky, a to bylo podstatné pro psaní kazuistiky.

5.5 Způsoby a průběh vyhodnocování získaných dat

Sběr těchto dat byl náročný, protože řada oslovených uživatelů nedokázala odpovědět na dotazníkové šetření z důvodů své nemoci, a proto byli osloveni klíčoví pracovníci těchto uživatelů. Na základě těchto faktů byly vypracované dva dotazníky, které jsem rozdělila na dotazníky pro uživatele, kteří byli schopni na dotazníkové šetření odpovědět a dotazníky pro klíčové pracovníky, kteří je vyplnili za své již vážně nemocné uživatele. V rámci zpracování dat od klíčových pracovníků během výzkumu mohlo dojít ke zkreslení dat a to z toho důvodu, že tito pracovníci si vybírali odpovědi dle svého uvážení a nerespektovali tím tak případný výběr uživatele. Bohužel s jiným způsobem k získání potřebných dat, jsem se zatím nesešla, a který by zároveň kvalitně zmapoval potřeby uživatelů v domově pro seniory, kteří již v rámci své nemoci nemohou komunikovat.

6 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Získaná data, která byla získána z dotazníku, jsou následně analyzována a zpracována pomocí tabulek a grafů v Microsoft office Excel 2007 a Microsoft office Word 2007. V následující kapitole je vždy popsána část baterie otázek z dotazníku, ke které je buď vytvořena tabulka, graf nebo jen komentář. Tabulka vždy obsahuje absolutní i relativní četnost nebo vyjádření hodnoty výsledků nebo také, i aritmetický průměr. Nejvyšší hodnoty, které vyšly, jsou v tabulce vyznačeny tučnou černou barvou a barevně. Grafy v této bakalářské práci jsou použity sloupcové a koláčové. Dotazník je nadřazený a dále jeho podkapitoly budou označeny jako název konkrétní baterie otázek. V další kapitole jsou poté vypracované kazuistiky u vybraných uživatelů a zpracované pozorování.

6.1 Dotazníkové šetření

V podkapitole jsou uvedeny výsledky dotazníkového šetření za pomoci tabulek a grafů, u kterých je krátce popsáno, jakým způsobem respondenti na danou otázku odpovídali. U každé otázky je vytvořena tabulka nebo graf a v některých případech i graf a tabulka. Je to převážně u otázek, kde měli respondenti možnost vybrat si z více možností. Tato tabulka poté obsahuje, jakým způsobem odpovídali klíčový pracovníci a jak uživatelé pobytové sociální služby.

6.1.1 Demografická část

V této baterii otázek jsem se ptala oslovených respondentů na demografické ukazatele a to především na jejich pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a také na jejich rodinný stav. Tento soubor otázek je důležitý a to z toho důvodu, aby bylo zřejmé, jaká skupina respondentů odpovídala na tyto otázky.

Otázka č. 1: Pohlaví*Tab. 3 Pohlaví*

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Žena	33	84,61%
Muž	6	15,38%
Celkem	39	100,00%

Komentář: Tabulka 3 prezentuje, jakého pohlaví jsou oslovení respondenti. Nejvíce respondentů, kteří odpovídali na tuto otázku, celkem 33 (84,61%) tvoří ženy a 6 respondentů (15,38%) tvoří muži.

Otázka č. 2: Váš věk*Tab. 4 Věk*

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
65 – 70	4	10,25%
71 – 80	7	17,94%
81 – 90	18	46,15%
90 a více	10	25,64%
Celkem	39	100,00%

Komentář: V tab. 4 je zapsán věk respondentů. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že velké procento tvoří uživatelé ve věku 81 – 90 let celkem 18 (46,15%), dále pak uživatelé ve věku 90 a více let, což bylo 10 (25,64%). Na předposledním místě se objevili uživatelé ve věku 71 – 80 let s počtem 7 (17,94%) a na posledním místě se umístili uživatelé ve věku 65 – 70 let s počtem 4 (10,25%). Průměrný věk uživatelů je 0,5.

Otázka č. 3: Vaše nejvyšší vzdělání*Tab. 5 Nejvyšší dosažené vzdělání*

	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Základní vzdělání	5	14,28%
Vyučení	15	42,85%
Střední odborné s maturitou	13	37,14%
Vysokoškolské	2	5,71%
Celkem	35	100,00%

Komentář: Tabulka 5 znázorňuje, jakého vzdělání dosáhli oslovení respondenti. Z 35 odpovědí bylo zjištěno, že vyučení získalo celkem 15 (42,85%) respondentů, dále pak 13 (37,14%) z nich absolvovalo střední odbornou školu, základní vzdělání získalo 5 (14,28%) oslovených respondentů a nejvyšší možné vzdělání, což je vysokoškolské činí počtem 2 (5,71%) respondenti.

Otázka č. 4: Váš rodinný stav*Tab. 6 Rodinný stav*

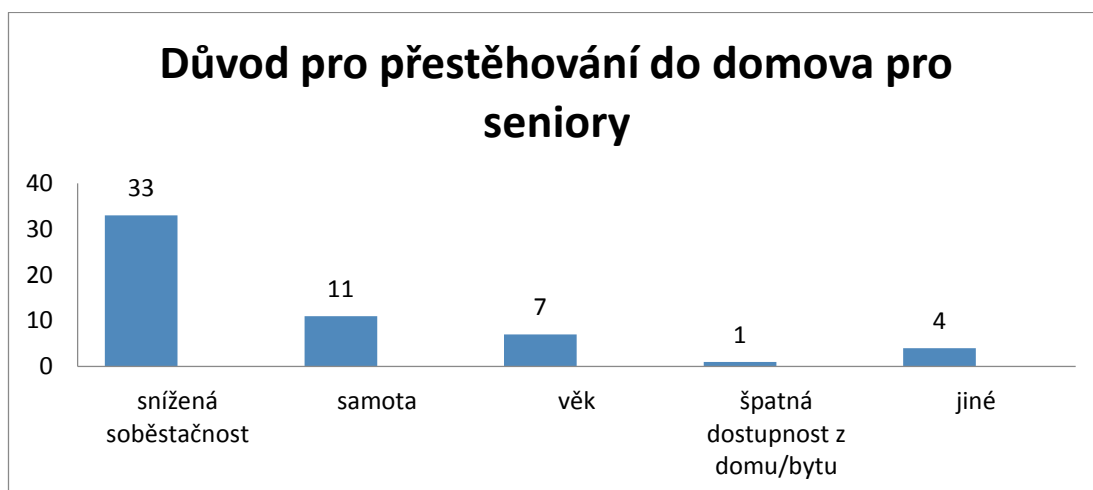
	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
Svobodný/svobodná	0	0
Ženatý/vdaná	8	20,51%
Vdovec/vdova	30	76,92%
Rozvedený/ rozvedená	1	2,56%
Celkem	39	100,00%

Komentář: Tabulce 6 je vyznačeno kolik odpovědělo uživatelů v domově pro seniory. Ve velké převaze se ukázalo, že 30 (76,92%) uživatelů již nemá partnera, 8 (20,51%) z nich uvedlo, že jsou ještě ve svazku manželském, rozvedených uživatelů bylo v počtu 1 (2,56%) uživatel a statut svobodný/svobodná nikdo neměl.

6.1.2 Adaptace na nové prostředí

V této části dotazníku jsem se zaměřila na adaptaci na prostředí v domově pro seniory. Soubor otázek svým obsahem se snaží zmapovat, co přimělo uživatele se přestěhovat do této sociální služby a jestli využívali jinou sociální službu před příchodem do domova pro seniory. Především bylo důležité zjistit, jak dlouhou dobu již žijí v tomto zařízení a jak dlouho si zvykali na nové prostředí.

Otázka č. 5: Jaký byl Váš důvod pro přestěhování do domova pro seniory? (respondenti měli možnost volit více odpovědí)



Graf 1 Důvod přestěhování do domova pro seniory

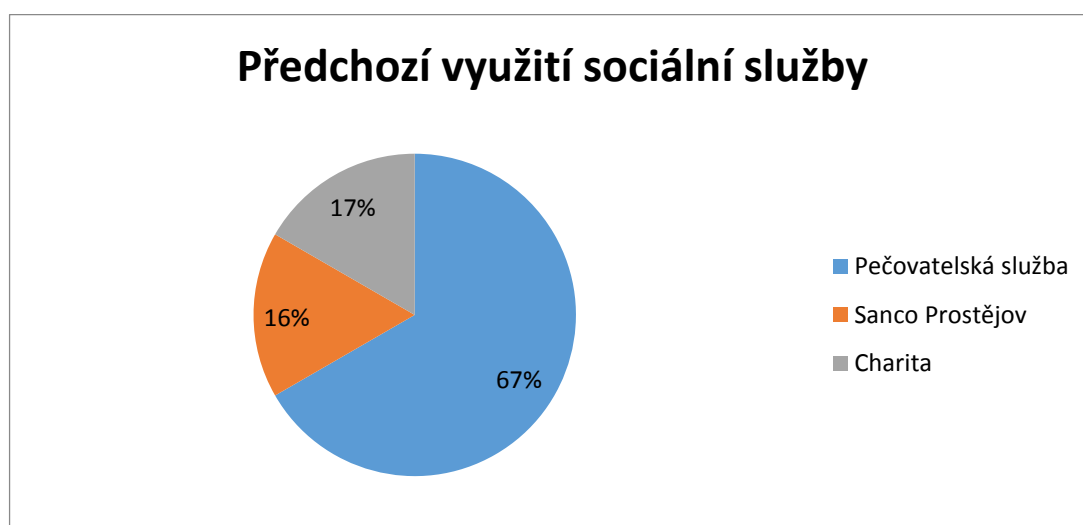
Komentář: Graf 1 ukazuje, jaký byl důvod uživatelů pro přestěhování do domova pro seniory. Nejvyšší hodnotu ukazuje snížená soběstačnost v počtu 33 respondentů, na druhém místě možnost označená jako samota v počtu 11 odpovědí, pak dalším důvodem k přestěhování byl věk v počtu 7 odpovědí, poté 4 respondenti označili kolonku jiné, kde uvedli hlavní důvod přestěhování za manželem/manželkou, vzdálenost od rodiny a bezmocnost. Na posledním místě zaškrtili odpověď špatná dostupnost z domu/bytu v počtu 1 respondent.

Tab. 7 Získávání informací o počtu odpovědí od klíčových pracovníků a uživatelů u otázky č. 5

Získávání informací o počtu odpovědí	POČET ODPOVĚDÍ	
	Klíčový pracovníci	Uživatelé
Věk	7	0
Samota	6	5
Snížená soběstačnost	26	7
Špatná dostupnost z domu/bytu	1	0
Jiné	2	2

Komentář: Tabulka 7 obsahuje přehled o počtu odpovědí od klíčových pracovníků a uživatelů na dané možnosti. Údaje v tabulce ukazují počet jednotlivých odpovědí, respondenti měli možnost uvést více než jednu odpověď. Z daných možností vyplývá, že klíčový pracovníci uvedli, že důvod přestěhování do domova pro seniory byl především kvůli snížené soběstačnosti a také kvůli věku. Uživatelé vypověděli, že se také přestěhovali ze stejného důvodu, a to snížené soběstačnosti.

Otázka č. 6: Využíval/a uživatel/ka před příchodem do domova pro seniory jinou sociální službu? (respondenti mohli napsat svou odpověď, pokud tak neučinili, přešli na další otázku)



Graf 2 Předchozí využití sociální služby

Komentář: V otázce č. 6 měli možnost respondenti odpovědět, jestli před příchodem do domova pro seniory využívali nějakou sociální službu. Respondenti odpovídali vlastními slovy. Nejčastější odpovědí byla využívaná pečovatelská služba, kde odpověděli v počtu 4 (67%), pak charita s odpovědí 1 (17%) a Sanco Prostějov s odpovědí 1 (16%).

Otázka č. 7: Jak dlouho žijete v domově pro seniory? (respondenti měli napsat svou odpověď vyjádřit v letech)

Komentář: U této otázky je uvedeno, kolik odpovědělo respondentů na otázku délky života v domově pro seniory. Průměrná odpověď byla 1 rok, poté jsou to dva roky, tři roky, čtyři roky a na posledním místě to bylo pět a více let.

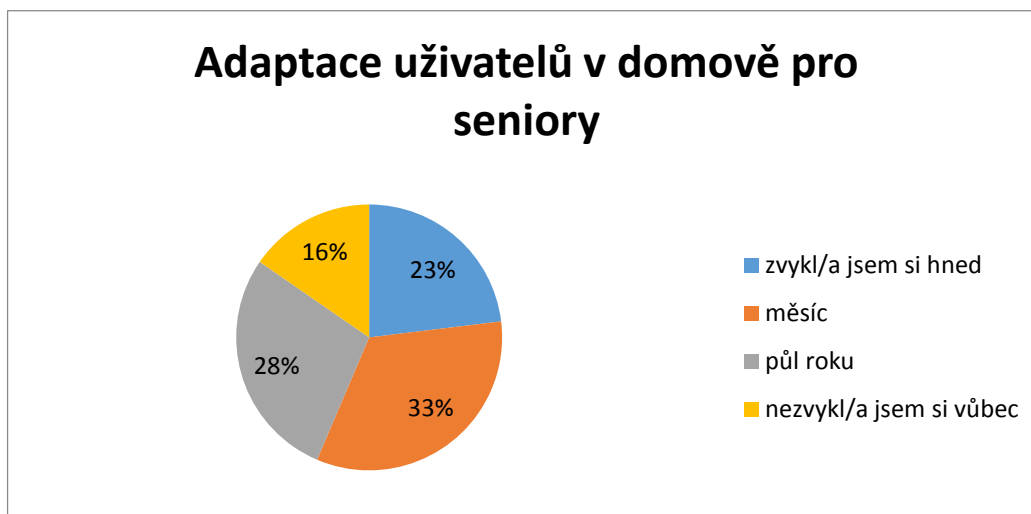
Otázka č. 8: Líbí se Vám vybavení domova pro seniory? (respondenti měli svou odpověď vyjádřit známkou)

Tab. 8 Spokojenost uživatelů s vybavením domova pro seniory

ZNÁMKA	VYJÁDŘENÍ SPOKOJENOSTI (\bar{X})
1	0,69
2	0,23
3	0
4	0
5	0,5

Komentář: V tab. 8 je uvedeno, jestli se uživatelům domova pro seniory líbí vybavení domova pro seniory. Svou odpověď vyjádřili známkou. Hodnoty v tabulce jsou vypočítány aritmetickým průměrem a to proto, aby bylo zřejmé, jakou známkou ohodnotili uživatelé svou spokojenost. Nejčastější známka byla v průměru číslo jedna, poté číslo dvě. Známkou číslo tři a čtyři neohodnotil vybavení domova pro seniory nikdo a v průměru ohodnotili uživatelé známkou číslo pět.

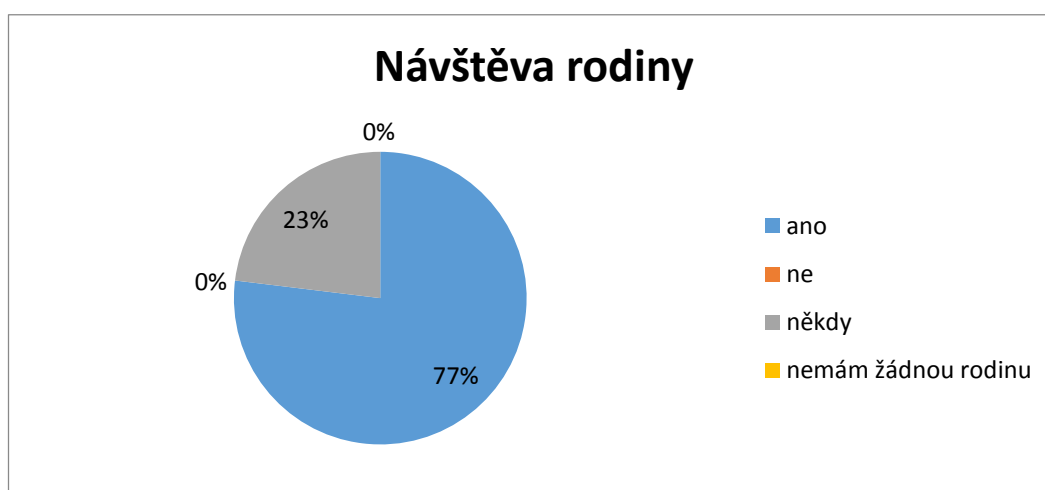
Otázka č. 9: Jak dlouho jste si zvykal/a v domově pro seniory?



Graf 3 Adaptace uživatelů v domově pro seniory

Komentář: V tomto grafu 3 je vyjádřeno, jak dlouho si uživatelé zvykali na pobyt v domově pro seniory. Respondenti udali, že jim zhruba trvalo měsíc v počtu 13 (33,33%), dalším respondentům to trvalo asi půl roku v počtu 11 (28,20%). V počtu 9 (23,07%) respondenti uvedli, že si zvykli na pobyt hned a 6 (15,38%) uvedlo, že si stále ještě nezvykli.

Otázka č. 10: Navštěvuje Vás tady rodina?



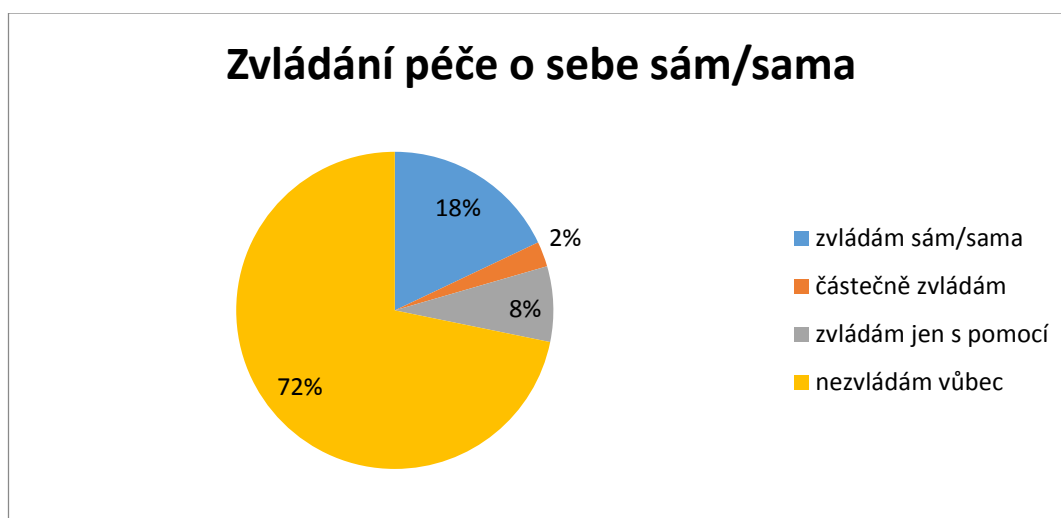
Graf 4 Návštěva rodiny

Komentář: Grafu 4 je uvedeno, jestli uživatele navštěvuje rodina v domově pro seniory. S počtem 30 (76,92%) respondentů se vyjádřilo, že ano a u odpovědi někdy odpovědělo 9 (23,07%). U dalších otázek ne a nemám žádnou rodinu, nikdo neodpověděl.

6.1.3 Poskytovaná péče

V rámci otázek, které byly zaměřeny na poskytování péče, osloveni respondenti odpovídali na spokojenost poskytované péče v rámci pobytové sociální služby. Jakou službu využívají a jestli jim v péči něco chybí. Důležitým aspektem byla také otázka, která se zaměřila na zdravotní péči v domově pro seniory.

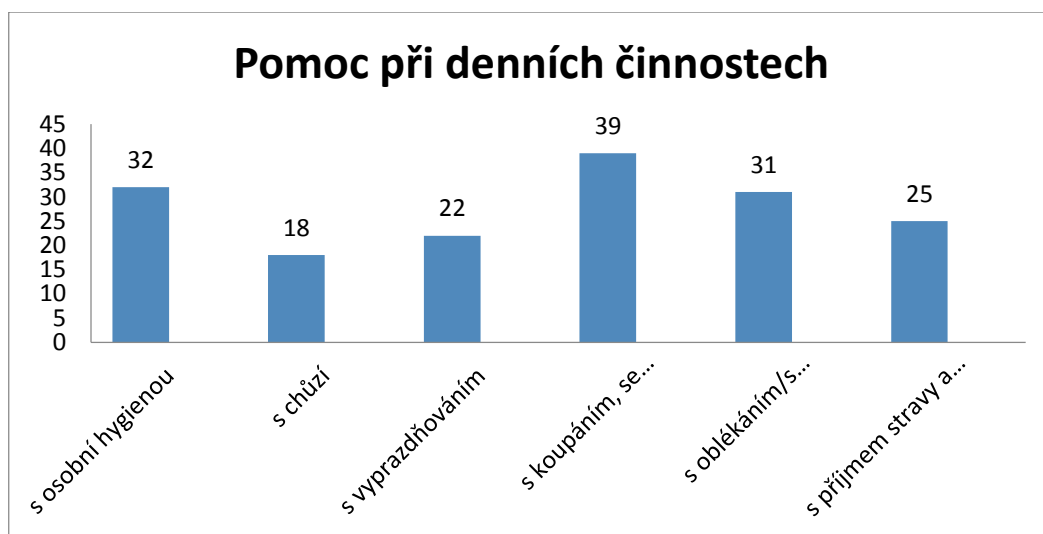
Otázka č. 11: Je uživatel/ka schopen/a zvládat péči o sebe sama?



Graf 5 Zvládání péče o sebe sám/sama

Komentář: Otázka č. 11 se zabývala tím, jestli jsou uživatelé v domově pro seniory schopni se postarat o sebe sama nebo potřebují pomoci. Z oslovených respondentů se vyjádřilo 28 (71,79%), že nezvládají vůbec péči o sebe sama a potřebují pomoci, dále 7 (17,94%) respondentů, že péči o sebe sama zvládají sama, s pomocí to zvládá 3 (7,69%) oslovených respondentů a částečně zvládá péči o sebe sama 1 (2,56%) respondentů.

Otázka č. 12: Při kterých činnostech potřebujete pomoci? (respondenti měli možnost volit více odpovědí)



Graf 6 Pomoc při denních činnostech

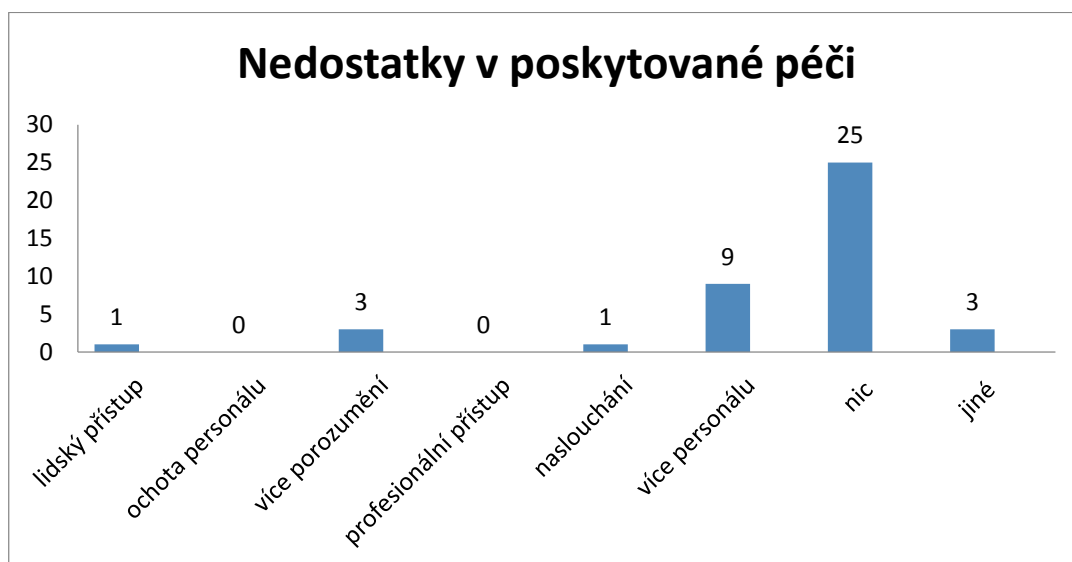
Komentář: V grafu 6 je znázorněno, jakými činnostmi potřebují pomoci uživatelé v domově pro seniory. Nejvyšší počet odpovědí s počtem 39 dosáhla možnost pomoc s koupáním/sprchováním, zatím se umístila odpověď s osobní hygienou s počtem 32, dále pomoc s oblékáním/obouváním v počtu 31. Pak je to pomoc s příjmem stravy a tekutin s počtem 25, s vyprazdňováním potřebuje pomoci 22 respondentů a s chůzí celkem 18 respondentů.

Tab. 9 Získávání informací o počtu odpovědí od klíčových pracovníků a uživatelů u otázky č. 12

Získávání informací o počtu odpovědí	POČET ODPOVĚDÍ	
	Klíčový pracovníci	Uživatelé
S osobní hygienou	29	3
S chůzí	15	3
S vyprazdňováním	20	2
S koupáním/se sprchováním	29	10
S oblékáním/obouváním	27	4
S příjmem stravy a tekutin	23	2

Komentář: Tabulka 14 obsahuje přehled o počtu odpovědí od klíčových pracovníků a uživatelů na dané možnosti. Údaje v tabulce ukazují počet jednotlivých odpovědí, respondenti měli možnost uvést více než jednu odpověď. Z daných možností vyplývá, že klíčový pracovníci uvedli, že uživatelé potřebují pomoci ve velké míře s koupáním/se sprchováním, celkem 29 odpovědí a s osobní hygienou v počtu 10 odpovědí. Uživatelé vypověděli, že jsou odkázáni na pomoc především s koupáním/se sprchováním celkem 29 odpovědí.

Otázka č. 13: Chybí Vám něco v poskytované péči? (respondenti měli možnost zvolit více možností)



Graf 7 Nedostatky v poskytované péči

Komentář: V grafu 7 je zobrazeno, co chybí uživatelům při poskytované péči. Respondenti se vyjádřili, že jim nic nechybí v počtu 25. V počtu 9 respondentů uvedli, že by uvítali více personálu. Se stejným počtem 3 respondentů se vyjádřilo, že by přivítali více porozumění a v kolonce jiné uvedli, že jim chybí ženská společnost, procházky venku a větší volnost. Na posledním místě respondenti 1 zvolili lidský přístup a naslouchání. U zbytku odpovědí nebyla vyjádřena žádná odpověď.

Tab. 10 Získávání informací o počtu odpovědí od klíčových pracovníků a uživatelů u otázce č. 13

Získávání informací o počtu odpovědí	POČET ODPOVĚDÍ	
	Klíčový pracovníci	Uživatelé
Lidský přístup	0	1
Ochota personálu	0	0
Více porozumění	2	1
Profesionální přístup	0	0
Naslouchání	0	1
Více personálu	9	0
Nic	18	7
Jiné	1	2

Komentář: Tabulka 16 obsahuje přehled o počtu odpovědí od klíčových pracovníků a uživatelů na dané možnosti. Údaje v tabulce ukazují počet jednotlivých odpovědí, respondenti měli možnost uvést více než jednu odpověď. Z daných možností vyplývá, že klíčový pracovníci uvedli, že uživatelům převážně dle jejich názoru nic nechybí v počtu 18 odpovědí a poté uvedli, že by dle jejich mínění uvítali více personálu, na to odpovědělo celkem 9 klíčových pracovníků. Tato odpověď je dle mého názoru zkreslená, a to proto, že pracovníci se často vyjadřovali, že je nedostatek personálu. A proto bych tuto odpověď nepovažovala za relevantní. Uživatelé vypověděli, že nic nepotřebují v počtu 7 odpovědí.

Otázka č. 14: Jste spokojen/a s péčí v domově pro seniory?*Graf 8 Spokojenost s péčí*

Komentář: U tohoto grafu 8 je uvedeno, jestli jsou uživatelé spokojeni s poskytovanou péčí v domově pro seniory. V počtu 32 (82,05%) respondenti uvedli, že jsou spokojeni, 5 (12,82%) respondentů odpovědělo, že neví a 2 (5,12%) respondentů odpovědělo, že nejsou spokojeni s péčí.

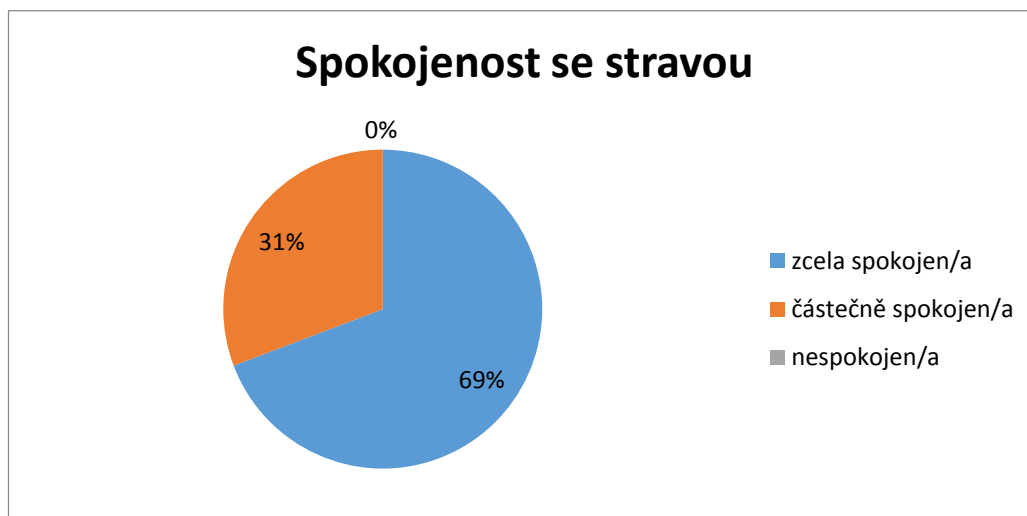
Otázka č. 15: Využíváte zdravotní péči v domově pro seniory? (respondenti měli možnost zvolit více možností)*Graf 9 Využití zdravotní péče*

Komentář: V tomto grafu je znázorněno, jakou zdravotní péči využívají uživatelé v rámci domova pro seniory. Mohli zvolit více možností. Na první místo uvedli respondenti v počtu 39, že využívají podávání léků, pak uvedli, že navštěvují lékaře v domově pro seniory v počtu 33. Také dále využívají možnosti převozu do jiného zdravotního zařízení v počtu 23 respondentů. Počtu 19 využívá možnosti převazu ran. V malém počtu 9 respondentů uvedli, že potřebují aplikaci injekcí a na posledním místě uvedli počtu 1 jinou možnost (péče o stomii).

Tab. 11 Získávání informací o počtu odpovědí od klíčových pracovníků a uživatelů u otázce č. 15

Získávání informací o počtu odpovědí	POČET ODPOVĚDÍ	
	Klíčový pracovníci	Uživatelé
Podávání léků	29	10
Převazování ran	18	1
Aplikace injekcí	8	1
Převoz do jiného zdravotního zařízení	20	3
Návštěva lékaře v domově pro seniory	29	4
Jiné	1	0

Komentář: Tabulka 11 obsahuje přehled o počtu odpovědí od klíčových pracovníků a uživatelů na dané možnosti. Údaje v tabulce ukazují počet jednotlivých odpovědí, respondenti měli možnost uvést více než jednu odpověď. Z daných možností vyplývá, že klíčový pracovníci uvedli, že uživatelé převážně využívají možnosti podávání léků a návštěvy lékaře v domově pro seniory. Uživatelé vypověděli, že pokud mohou, využijí také podávání léků a návštěvy lékaře v domově pro seniory.

Otázka č. 17: Jste spokojen/a se stravováním v domově pro seniory?*Graf 10 Spokojenost se stravou*

Komentář: V tomto grafu 10 je znázorněno, jestli jsou uživatelé spokojeni se stravou. Respondenti 27(69,23%) uvedli, že jsou zcela spokojeni. Částečně spokojeni je celkem 12 (30,76%) respondentů. Nikdo není nespokojený se stravou v domově pro seniory.

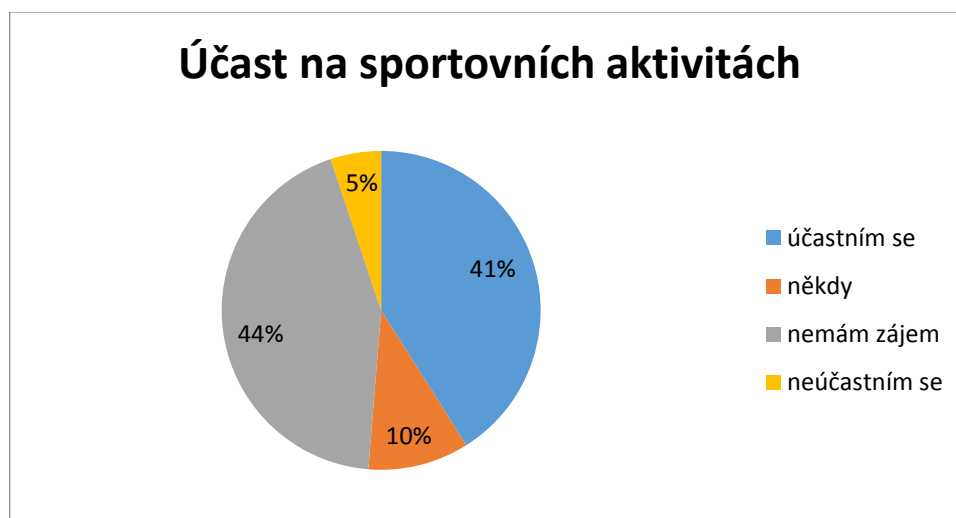
Otázka č. 18: Chtěl/a byste ve stravování něco změnit nebo něco nového? (respondenti mohli napsat svou odpověď, pokud tak neučinili, přešli na další otázku)*Graf 11 Nedostatky ve stravě*

Komentář: U této otázky měli možnost respondenti odpovědět, jestli jim chybí něco v poskytované stravě. Respondenti odpovídali vlastními slovy. Nejčastější odpovědí bylo, že by přivítali častěji sladká jídla 4, pak více sladkostí 1 a častěji kávu nebo kakao 1.

6.1.4 Sociální kontakt a aktivity

Poslední části dotazníku jsou uvedeny otázky směřované na sociální kontakt a aktivity v domově pro seniory. Uživatelé a klíčoví pracovníci zde odpovídali na otázky, které byly vytvořené ke zjištění, jestli uživatelé využívají v rámci pobytové sociální služby např. dílnu, bohoslužby a jestli mají možnost vykonávat své záliby a jestli dochází k naplnění potřeb.

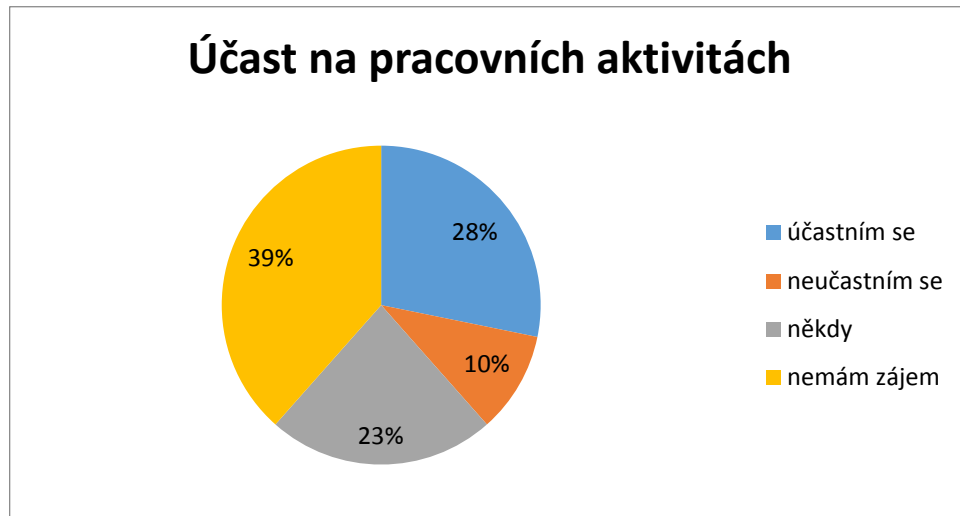
Otázka č. 19: Účastníte se sportovních aktivit v domově pro seniory?



Graf 12 Účast na sportovních aktivitách

Komentář: V tomto grafu 12 je znázorněno, jestli se respondenti účastní sportovních aktivit v domově pro seniory. V počtu 17 (43,58%) respondentů uvedlo, že o tyto akce nemají zájem. Další respondenti 16 (41,02%) uvedli, že se těchto aktivit účastní a 4 (10,25%) respondentů uvedli, že se těchto akcí účastní jen někdy. 2 (5,12%) respondenti odpověděli, že se jich neúčastní.

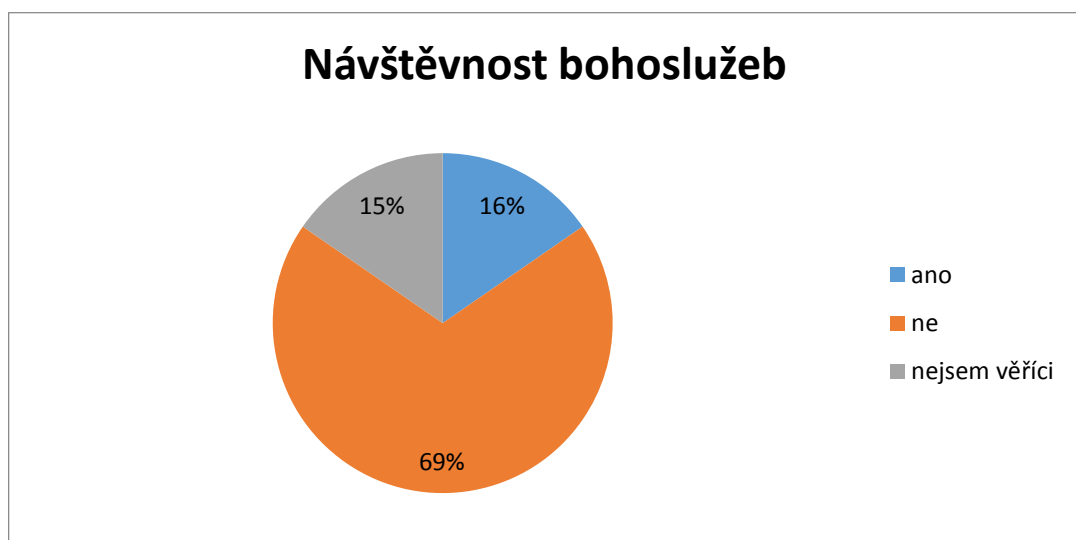
Otázka č. 20: Navštěvujete dílnu nebo jiné pracovní aktivity v domově pro seniory?



Graf 13 Účast na pracovních aktivitách

Komentář: U tohoto grafu 13 je vyjádřeno, že 15 (38,46%) respondentů, že o tyto akce nemá zájem. S počtem 11 (28,20%) respondentů odpovědělo, že se těchto akcí účastní a 9 (23,07%) respondentů se těchto činností účastní někdy. Respondentů 4 (10,25%) se vyjádřilo, že se těchto akcí neúčastní.

Otázka č. 21: Navštěvujete bohoslužby v domově pro seniory?



Graf 14 Návštěvnost bohoslužeb

Komentář: Respondenti odpověděli na otázku č. 21, jestli navštěvují bohoslužby v domově pro seniory. V počtu 27 (69,23%) uvedli, že nenavštěvují bohoslužby a se stej-

ným počtem 6 (15,38%) respondentů odpověděli, že navštěvují bohoslužby a že nejsou věřící.

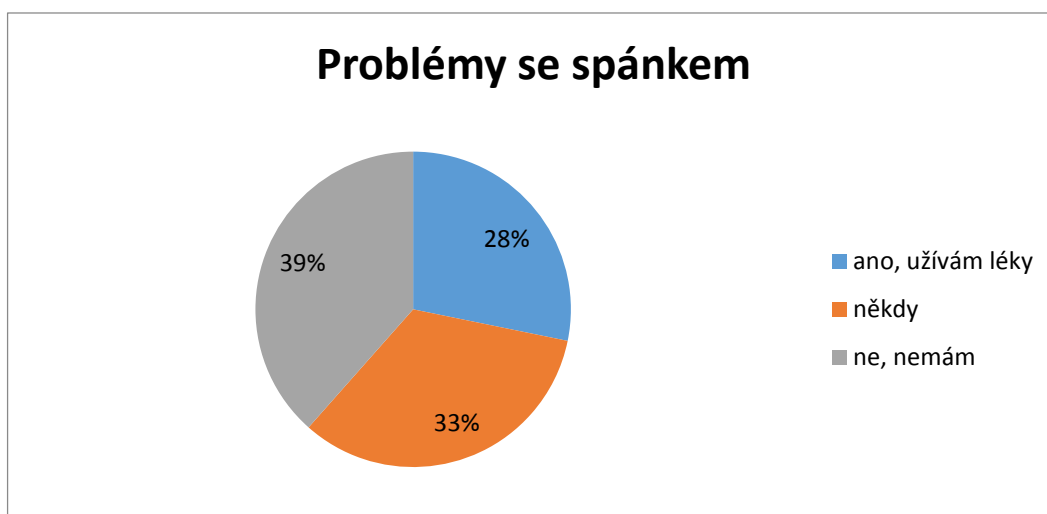
Otázka č. 22: Respektuje personál Vaše soukromí?



Graf 15 Respektování soukromí

Komentář: V tomto grafu 15 je znázorněno, jak respondenti odpovídali na otázku č. 22, jestli personál respektuje jejich soukromí. V počtu 36 (92,30%) odpovědělo, že ano. U odpovědi ne respondentů odpovědělo 2 (5,12%) a 1 (2,56%) respondent se vyjádřil, že neví.

Otázka č. 23: Máte problémy se spánkem?



Graf 16 Problémy se spánkem

Komentář: Graf 16 obsahuje odpovědi, jestli mají respondenti problémy se spánkem. Respondentů 15 (38,46%) se vyjádřilo, že problémy se spánkem nemají. Další respondenti v počtu 13 (33,33%) uvedli, že mají potíže se spánkem někdy a 11 (28,20%) respondentů užívá léky pravidelně.

Otázka č. 24: Napište záliby, které máte rád/a a můžete je vykonávat v domově pro seniory. (respondenti měli napsat svou odpověď)

Tab. 12 Zájmy

ZÁJMY	POČET ODPOVĚDÍ
Sledování televize	7
Četba knih a časopisů	5
Poslech rádia	3
Procházky	3
Zpěv	2
Luštění křížovek	1
Pletení	1
Společnost druhých	1
Odpočinek	1
Tanec	1

Komentář: V této otázce měli možnost respondenti odpovědět, jestli mají možnost provádět své záliby i v domově pro seniory a pokud ano, měli uvést jaké. Respondenti odpovídali vlastními slovy. Nejčastější odpovědí bylo, že pravidelně sledují televizi, a to uvedlo 7 respondentů. Dále také uvedli, že pravidelně čtou knížky nebo časopisy, to uvedlo 5 respondentů. Na dalším místě uvedli poslech rádia 3 a také procházky se stejným počtem. Poté také uvedli 2 respondenti, že rádi zpívají. Další zájmy byly luštění křížovek, pletení, společnost druhých, odpočinek a tanec.

Otázka č. 25: V tabulce jsou uvedeny potřeby, oznámkujte je tak, jak si myslíte, že jste s nimi spokojeni. (respondenti měli ke každé potřebě přiřadit známku)

Tab. 13 Potřeby důležité pro uživatele domova pro seniory

Potřeby	PRŮMĚRNÁ HODNOTA ZNÁMKY (\bar{X})
Strava	1,66
Hygiena	1,15
Spánek a odpočinek	1,33
Zachování soběstačnosti	3,17
Být bez bolesti	2,41
Nebýt sám/sama	2,48
Pocit bezpečí a jistoty	1,28
Finanční nezávislost	1,51
Víra	2,17
Záliby	2,69

Komentář: Při této otázce měli respondenti jednotlivé potřeby oznámkovat. Nejvyšší průměr známek získala potřeba zachování soběstačnosti (3,17), to znamená, že uživatelé této pobytové sociální služby uvedli, že je pro ně tato potřeba být soběstačný velmi důležitá a to proto, že chtějí zůstat, co nejdéle aktivní. Na dalším místě se umístila potřeba zálib (2,69). Na třetí místo uživatelé uvedli, pak potřebu nebýt sám/sama (2,48).

6.2 Pozorování

V této části bakalářské práce jsem vyhodnotila fakta, které jsem zpracovávala v rámci pozorování. To bylo prováděno na obou odděleních pobytové sociální služby u vybraných uživatelů. K zapisování jsem si vytvořila pozorovací arch (viz příloha 1), který obsahuje tabulku. V ní jsou vyznačeny oblasti, které jsem si stanovila pro svůj výzkum:

- Hygiena – celková očista těla (umytí obličeje a těla, promazání celého těla, celková koupel/sprchování)

- Stravování – nakrájení stravy, krmení uživatele, podávání tekutin
- Vyprazdňování – doprovod na WC, výměna inkontinentních pomůcek, očista po provedení tělesného vylučování
- Trávení dne – vlastní aktivity ve volném čase, vlastní koníčky a zájmy
- Spánek – užívání léků na spaní
- Aktivity – činnosti s pojené s nabídkou aktivit v rámci pobytové sociální služby (dílna, společné cvičení, bohoslužba, různá představení atd.)
- Sociální kontakt – udržování sociálního kontaktu s rodinou a s ostatními uživateli
- Zvláštnosti – různé činnosti, které se vymykají běžnému standartu
- Zdravotní péče – veškeré úkony, které provádí zdravotní sestra v rámci ošetrovatelské péče

V tabulce, byl také zaznamenáván den, kdy jsem pozorování prováděla a hodina, kdy jsem u dané uživatelky byla. Na základě těchto informací jsem zpracovala opět tabulku ke každé uživatelce, která vyjadřuje určité potřeby v rámci oblastí, které jsem si vytyčila. Tabulka obsahuje, o kterou uživatelku se jedná, datum pozorování a potřeba je vyjádřena černým bodem u té oblasti, se kterou potřebuje pomoci a je v pobytové sociální službě uspokojována a naplňována.

Tab. 14 Vyjádření pozorování – uživatelka č. 1

Uživatelka č. 1										
Datum	Hygiena	Stravo- vání	Vy- mrazd-	Trávení dne	Aktivity	Spánek	Sociální kontakt	Zvlášt- nosti	Zdrav. Péče	
20. 3. 2017	•	•	•			•			•	
21. 3. 2017	•	•	•			•			•	
22. 3. 2017	•	•	•			•			•	
23. 3. 2017	•	•	•			•			•	
24. 3. 2017	•	•	•			•			•	
27. 3. 2017	•	•	•			•			•	
28. 3. 2017	•	•	•		•	•			•	
29. 3. 2017	•	•	•			•			•	
30. 3. 2017	•	•	•			•			•	

Komentář: V tabulce 14 je znázorněno, jakou potřebu uživatelka č. 1 potřebuje. Vzhledem ke zdravotnímu stavu je uživatelka závislá na péči druhé osoby a je odkázána na ošetřující personál. Během celého pozorování uživatelka pasivně přijímala poskytovanou péči, a to z toho důvodu, že její zdravotní stav byl natolik vážný, že se již sama nedokázala vyjádřit. Uživatelka potřebovala pomoci ve vyznačených oblastech, které jsou uvedené v tabulce. V oblasti aktivity navštívila uživatelku fyzioterapeutka a aplikovala u ní masáž dolních končetin. V Inventáři potřeb jsou zaznamenány stejné potřeby jako u pozorování.

Tab. 15 Vyjádření pozorování – uživatelka č. 2

Uživatelka č. 2										
Datum	Hygiena	Stravo- vání	Vy- mrazd-	Trávení dne	Aktivity	Spánek	Sociální kontakt	Zvlášt- nosti	Zdrav. Péče	
20. 3. 2017	•	•	•			•	•		•	
21. 3. 2017	•	•	•		•	•			•	
22. 3. 2017	•	•	•			•			•	
23. 3. 2017	•	•	•		•	•			•	
24. 3. 2017	•	•	•			•			•	
27. 3. 2017	•	•	•			•			•	
28. 3. 2017	•	•	•		•	•			•	
29. 3. 2017	•	•	•			•			•	
30. 3. 2017	•	•	•		•	•			•	

Komentář: V tabulce 15 je vyznačeno, jakou konkrétní potřebu si již není uživatelka schopna zajistit. Vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu, lze tedy předpokládat, že oblast hygieny, stravování, vyprazdňování, zdravotní péče a spánek musí v plném rozsahu zajistit ošetřující personál. Co se týká aktivit ve vyznačených dnech, uživatelku navštívila 2 krát fyzioterapeutka a prováděla masáž dolních končetin a 2 krát za uživatelkou došla klíčová pracovnice. Ta s ní plnila individuální plán. V kolonce sociální kontakt uživatelku navštívila dcera. V Inventáři potřeb jsou zapsány některé potřeby, které již uživatelka kvůli své nemoci nezvládá. Jedná se v tomto případě o návštěvu dílny za doprovodu ošetřujícího personálu. Vzhledem k tomu, že uživatelka již nebyla schopna se vyjádřit a dle rozhovoru s klíčovou pracovnicí, tam již uživatelka nedocházela.

Tab. 16 Vyjádření pozorování – uživatelka č. 3

Uživatelka č. 3										
Datum	Hygiena	Stravování	Vyprazdňování	Trávení dne	Aktivity	Spánek	Sociální kontakt	Zvláštnosti	Zdrav.	Péče
20. 3. 2017	•		•	•	•					•
21. 3. 2017	•		•	•						•
22. 3. 2017	•		•							•
23. 3. 2017	•		•		•					•
24. 3. 2017	•		•		•					•
27. 3. 2017	•		•	•						•
28. 3. 2017	•		•							•
29. 3. 2017	•		•	•	•					•
30. 3. 2017	•		•	•	•					•

Komentář: V tabulce 16 je znázorněno, jaké potřeby uživatelka č. 3 není již schopna sama zvládnout a potřebuje péči ošetrovatelského personálu v kolonkách hygiena, vyprazdňování a zdravotní péče. Oblast trávení dne se vyznačuje volnočasovou aktivitou samotné uživatelky. V tomto případě jej tráví převážně v jídelně u televize. Na otázku: „*Co právě dávají za pořad?*“ Odpovídá převážně: „*Nevím.*“ Uživatelka si na jídelnu dochází sama, televizi jí zapíná personál. Co se týká cílených aktivit v rámci domova pro seniory, tak ve vyznačených dnech byla uživatelka převážně na dílně a na skupinovém cvičení, které se pořádá každou středu ve velkém sále. V Inventáři potřeb jsou zaznamenány stejné oblasti potřeb, jak pozorování u uživatelky.

Tab. 17 Vyjádření pozorování – uživatelka č. 4

Uživatelka č. 4										
Datum	Hygiena	Stravo- vání	Vy- mrazd-	Trávení dne	Aktivity	Spánek	Sociální kontakt	Zvlášť- nosti	Zdrav. Péče	
20. 3. 2017					•	•	•		•	
21. 3. 2017				•	•	•	•		•	
22. 3. 2017				•	•	•	•		•	
23. 3. 2017					•	•	•		•	
24. 3. 2017	•			•		•	•		•	
27. 3. 2017					•	•	•		•	
28. 3. 2017					•	•	•		•	
29. 3. 2017				•	•	•	•		•	
30. 3. 2017				•	•	•	•		•	

V této tabulce 17 je vyznačeno, jaké potřeby uživatelka č. 4 potřebuje zajistit v rámci této pobytové sociální služby. Ve velké převaze je to převážně zdravotní péče a spánek. Sociální kontakt uživatelka udržuje během aktivit v dílně, při bohoslužbě nebo při cvičení. Jednou za týden jí navštěvuje rodina. Své volnočasové aktivity si uživatelka zajišťuje převážně sama a to v podobě procházky mimo zařízení, poslech hudby, sledování televize nebo nácvičku chůze, který sama trénuje. Co se týká hygieny, ve vyznačený den, se uživatelka koupe v centrální koupelně na oddělení, se kterou jí pomáhají pracovníci v sociálních službách. Co se týká Inventáře potřeb, všechny aspekty v rámci pozorování jsou stejné.

6.3 Případová studie

V této kapitole jsou popsány 4 případové studie vybraných uživatelky, které jsem vytvořila na základě pozorování, které probíhalo přímo v konkrétní pobytové službě. K tomu mi posloužil pozorovací arch (viz příloha 1), který jsem si vytvořila a do něj zaznamenávala

získaná fakta a poté zpracovala. Také jsem použila informace z dostupné dokumentace, do které jsem měla možnost nahlédnout. Další fakta, která jsem použila k tvorbě kazuistiky u konkrétní uživatelky, jsem získala na základě rozhovoru s klíčovým pracovníkem a ostatního ošetřovatelského personálu.

6.3.1 Uživatelka č. 1

Uživatelka č. 1 se narodila v roce 1927 v malé vesnici nedaleko města Přerova. Z dochovaných záznamů uživatelka netrpěla během života žádnými vážnými chorobami. V důchodovém věku se objevil diabetes mellitus II. stupně. Uživatelka byla na dietě a užívala pravidelně léky, které ji zajišťovala dcera. V roce 2001 uživatelce byla diagnostikována Parkinsonova choroba, ke které se poté v roce 2007 přidružila i Alzheimerova choroba. V této době již nebyla schopna se postarat sama o sebe a několikrát během této doby byla hospitalizována na oddělení LDN v nemocnici. Po celou dobu se o ni starala její dcera. Pečovatelská služba zajišťovala pouze obědy. Uživatelka již nemohla zůstat v péči dcery, protože to již nezvládala. A proto na konci roku 2007 dcera zažádala o umístění do domova pro seniory. V září 2008 byla uživatelka umístěna do domova pro seniory, kde pobývá do teď.

Osobní anamnéza

Uživatelka č. 1 vystudovala odborné učiliště. Bohužel v záznamu nebylo uvedeno jakého směru. Také zde bylo uvedeno, že poslední pracovní místo, které vykonávala, bylo dělnice, ale nebylo zde poznačeno, kde tuto činnost vykonávala.

Rodinná anamnéza

Uživatelka č. 1 je již vdova několik let. Z tohoto manželství má pouze dceru, která za ní chodila pravidelně. Nyní za ní dochází jen občas a to údajně kvůli tomu, že zdravotní stav uživatelky se velmi zhoršil a dcera pohled na nemocnou matku nezvládá. O jiných příbuzných není uveden žádný záznam a dle slov pracovníků za uživatelkou nikdo jiný nedochází.

Nynější stav

Uživatelka č. 1 v domově se zvláštním režimem žije již čtyři roky. Předtím byla na jiném oddělení, které spadalo pod domov pro seniory. Celková doba pobytu je devět let. Uživatelka bydlí na dvoulůžkovém pokoji. Její spolubydlící je mobilní a není orientována mís-

tem a časem. Uživatelka č. 1 je korpulentní postavy, zcela imobilní a závislá na péči druhé osoby. Nekomunikuje a její celkový zdravotní stav je velmi špatný.

Zdravotní stav

Zdravotní stav uživatelky č. 1 je velmi vážný, prakticky je v terminálním stádiu. Uživatelka má na těle několik dekubitů v oblasti hýždí, boků a kotníku. Tyto dekubity jsou každý den zdravotní sestrou převazovány za pomoci pracovníků v sociálních službách. Manipulace je velmi náročná a to z toho důvodu, že uživatelka má silné bolesti. V rámci ošetrovatelské péče musí být uživatelka polohována přibližně cca 2 hodiny. Uživatelce jsou pravidelně podávány zdravotní sestrou léky, které užívá ráno, večer a před spaním. Sestra jí léky rozdrtí a aplikuje do úst za pomoci injekční stříkačky s trochou čaje. Již není schopna je spolknout celé.

Režim dne

Uživatelka č. 1 již není schopna se postarat sama o sebe. Celková péče je poskytována ošetrovatelským personálem v plném rozsahu. Hygiena je prováděna 3 krát za den. Spadá sem celková očista těla, výměna inkontinentní pleny a oblečení. Uživatelka při manipulaci sténá bolestí z důvodu rozsáhlých dekubitů. Již není schopna sama najíst a špatně polyká. Uživatelka je krmena za pomoci stříkačky mixovanou stravou. Tekutiny přijímá stejným způsobem. Také je pravidelně polohována. Vzhledem ke své nemoci a zhoršenému zdravotnímu stavu, zůstává uživatelka pouze na pokoji s výjimkou koupele, kterou provádí personál každou středu za pomoci koupacího lehátka v centrální koupelně na patře oddělení. Manipulace je velmi náročná a to převážně proto, že uživatelka je mohutnější postavy a také kvůli dekubitům. Dvakrát do týdne za uživatelkou dochází fyzioterapeutka a provádí u uživatelky bazální stimulaci v oblasti horních končetin.

Vlastní pozorování

Tato uživatelka vzhledem ke svému zdravotnímu stavu již jen pasivně přijímá poskytovanou péči. Není schopna se jakýmkoliv způsobem vyjádřit. Jen při manipulaci křičí bolestí. Personál se uživatelce snaží odlehčit její celkový stav. Bohužel k celkovému zlepšení již není možné, aby došlo nebo se cokoliv změnilo.

Závěr

Na začátku pobytu se s uživatelkou dokázal navázat rozhovor jen na krátkou dobu, a to jen, když se dokázala udržet její pozornost. Poté většinou upadla do vlastního světa. Dokázala

ještě říct několik slov či vět. Nyní již uživatelka vůbec nemluví a vyluzuje jen zvuky nebo sténá bolestí. Před zhoršením zdravotního stavu ještě reagovala na své jméno, nyní se to nestává vůbec. Celková míra poskytované péče je zaměřena jen na plnění základních potřeb a zmírnění její nemoci.

Návrh intervence

Jelikož je uživatelka imobilní, nekomunikující a její zdravotní stav je špatný, bylo by vhodné, aby za uživatelkou docházela aktivizační pracovnice, která by na ni mluvila. Určitě by bylo vhodné, dát uživatelce najevo, že tu není sama v rámci jejího onemocnění. Jelikož má uživatelka dekubity, bylo by vhodné ji nasadit léky nebo náplasti od bolesti a tím zmírnit její trápení.

6.3.2 Uživatelka č. 2

Uživatelka č. 2 se narodila v roce 1936 a celý svůj život bydlela ve městě. Její zdravotní stav byl v celku dobrý, až s blížícím se odchodem do důchodu ji diagnostikovali diabetes mellitus II. stupně. Uživatelka byla hospitalizována v nemocnici, kvůli mrtvici, kterou prodělala v roce 2006. Během pobytu jí byla diagnostikována Parkinsonova choroba. Jelikož uživatelka žila sama v bytě a její celkový stav nebyl dobrý, zažádala její dcera na konci roku 2007 o umístění do domova pro seniory. V této době byla uživatelka schopna po rehabilitaci chodit za pomoci kompenzační pomůcky a v rámci sebepečce zvládala jednodušší úkony např. najíst se, dojít si na WC. Její žádosti bylo vyhověno v září 2008 a byl jí přidělen jednolůžkový pokoj, ve kterém bydlí dodnes.

Osobní anamnéza

Uživatelka celý život bydlela ve městě, kde také vystudovala střední odbornou školu. I zde nebyl dochován záznam, jakého byla škola zaměřená. Prakticky od školy pracovala v průmyslové továrně jako sekretářka až do odchodu do důchodu. Její hlavní koníček byla zahrádka, která byla na okraji města. Zde také trávila nejvíce svého času. Také během života chovala několik koček, které měla uživatelka ve velké oblibě.

Rodinná anamnéza

Uživatelka má dvě dcery, které vychovávala s manželem. Ten je již po smrti a uživatelka je více jak 15 let vdovou. Obě její dcery navštěvují uživatelku zároveň s jejími vnoučaty a pravnoučaty. Frekvence návštěv dle informací získaných od pracovníků se podstatně snížil. Personál uvádí, že je to kvůli zhoršenému stavu uživatelky. Dříve mladší dcera cho-

dila v pravidelných intervalech a s uživatelkou si vařila kávu a dívali se společně na televizi. Nyní již dcera přichází jen na krátkou dobu a asi jednou za 14 dní.

Nynější stav

Uživatelka bydlí na oddělení v domově pro seniory po celou dobu na stejném pokoji. Pobývá tu již skoro devět let. Uživatelka je nyní imobilní a plně závislá na péči druhé osoby. Již není schopna si okolo sebe vykonat žádnou činnost. Její komunikace v rámci nemoci je omezena. Záleží na tom, v jakém rozpoložení se uživatelka nachází. Někdy je schopna reagovat na jednoduché otázky.

Zdravotní stav

Celkový zdravotní stav uživatelky s přihlédnutím k její nemoci je v celku dobrý. I když je trvale upoutána na lůžko, nejsou zde žádné známky dekubitů. Uživatelka je diabetička a jsou jí pouze podávány léky a také je dodržován dietní režim. Léky jsou jí podávány rozdrcené na lžičce s trochou čaje. Jsou jí donášeny v časových intervalech a to z toho důvodu, že tyto tablety jsou užívány na Parkinsonovu chorobu. Večer jsou jí podávány léky na spaní. Uživatelka hůře polyká.

Režim dne

Uživatelka převážně svůj čas tráví na pokoji. Během dne má zapnutou televizi, kterou, ale nesleduje. Uživatelka je odkázána na péči druhé osoby. Poskytovaná péče je realizována v plném rozsahu. Celková hygiena je prováděna 3 za den s celkovou očistou těla, výměnou inkontinentní pleny a převlečení do denního šatstva. Každé pondělí je uživatelka koupana v centrální koupelně na oddělení na koupacím lůžku. Při koupeli bývá uživatelka neklidná a musí tuto činnost provádět dva pečovatelé. Stravu přijímá krměním lžící, ta je mixovaná. Co se týká aktivit, dochází za uživatelkou rehabilitační pracovnice jednou za týden. Provádí jí masáž dolních končetin. Dříve uživatelka pravidelně docházela na dílnu, nyní ji dováží jen sporadicky a to záleží na rozpoložení uživatelky na invalidním vozíku.

Vlastní pozorování

Uživatelka č. 2 vzhledem ke své nemoci již není schopna navázat jakýkoliv rozhovor nebo projevit zájem o jakoukoliv činnost. V rámci péče potřebuje pomoci ve všech aspektech. Prováděné aktivity v rámci rehabilitace nebo návštěvy dílny přijímá jen pasivně a neprojevuje žádné emoce. Dle slov personálu se stává jen zřídka, kdy se uživatelka vrátí do reality a je v rámci svých schopností navázat jakýsi rozhovor.

Závěr

Před devíti lety nastoupila uživatelka do domova pro seniory a byla ještě schopna se pohybovat po pokoji a plynule mluvit. Její nynější stav je zcela podřízený nemoci. Uživatelka potřebuje pomoci ve všech směrech. Co se týká komunikace, již se jí někdy podaří vyslovit určitá slova, která nedávají smysl, a snaha o navázání rozhovoru nikam nevede. Péče je zaměřena především na uspokojení základních potřeb a udržení sociálního kontaktu.

Návrh intervence

Uživatelka je upoutána na lůžku, ale v rámci nějaké aktivity by bylo vhodné, aby za uživatelkou docházela aktivizační pracovníce nebo klíčový pracovník a předčítal jí z nějaké knihy. Bylo by to lepší než zapnutá televize, kterou uživatelka nevnímá. Také by se uživatelka mohla na krátkou dobu posadit do křesla nebo vozíčku, aby měla jinou polohu a mohla by se jí uvařit káva, kterou dříve dle klíčového pracovníka měla ráda. Mohla by se také využít reminiscenční terapie.

6.3.3 Uživatelka č. 3

Uživatelka č. 3 se narodila 1947 a celý život prožila ve městě. Dle informací od klíčového pracovníka uživatelka neprodělala vážnější chorobu. Několik let před odchodem do důchodu uživatelce byl diagnostikován diabetes mellitus II. stupně. Její léčba spočívá pouze v dodržování dietního režimu a užívání léků. Uživatelka bydlela sama a péči o sebe sama zvládala sama. V roce 2012 se objevily první zdravotní komplikace. Uživatelka se začala špatně orientovat ve svém domácím prostředí a několikrát se nebyla schopna vrátit zpět domů. V roce 2013 ji byla diagnostikována Alzheimerova choroba a na začátku roku 2014 byla uživatelka přestěhována do domova se zvláštním režimem.

Osobní anamnéza

Uživatelka vystudovala střední odborné učiliště obor prodavačka obuvi. Celý život pracovala v obchodě s různým druhem zboží. Ve svém volném čase se převážně věnovala rodině a v pozdějším věku malovala. Také ráda četla převážně romány a povídky. Jejím dalším koníčkem byl poslech hudby.

Rodinná anamnéza

Uživatelka se po škole provdala a z tohoto manželství se narodili dva synové, kteří za ní pravidelně dochází a jednou za 14 dní si uživatelku odvezou domů na celý den. Oba synové žijí v blízkém okolí. Její manželství skončilo rozvodem a s manželem se nestýkají. Uživatelka se vrací ve vzpomínkách, když byla ještě svobodná a ráda vzpomíná na období, kdy žila ještě u rodičů. Na nočním stolku má fotku své matky a otce.

Nynější stav

Uživatelka je na dvoulůžkovém pokoji. Její spolubydlící je v domově se zvláštním režimem krátkou dobu. Uživatelka č. 2 je mobilní, dochází si pravidelně na jídlo do jídelny na patře. Vzhledem ke své diagnóze není již schopna přesně vyjádřit, jakou potřebu potřebuje. Na uzavřené otázky dokáže odpovědět. Sama není schopna navázat rozhovor.

Zdravotní stav

Celkový zdravotní stav uživatelky je vcelku dobrý. Má pouze dietní opatření v rámci diabetu. Pouze onemocnění demence ji z části omezuje, protože uživatelka již není schopna si sama užít léky a proto jí je podávají zdravotní sestry 3x denně.

Režim dne

Uživatelka kvůli svému onemocnění není schopna si zajistit celkovou péči. Tu jí nyní poskytuje ošetřovatelský personál v plném rozsahu. Uživatelka je inkontinentní a pracovníci u ní provádějí hygienu 3 denně. Pomáhají jí také s oblékáním. Celková koupel je prováděna každé pondělí, kdy uživatelka v doprovodu personálu dojde na centrální koupelnu. Na jídlo ji doprovází na jídelnu na patře. Je schopna se najíst sama, ale ke stolu se musí posadit a dát jí pokyn, že má jíst. Stravu má celou, jen maso se jí musí pokrájet. Svůj volný čas tráví převážně na jídelně, kde sleduje televizi, ale není schopna vyjádřit, co běží za program. Klíčový pracovník uživatele v rámci individuálního plánování pouští relaxační hudbu nebo jí předčítá z knížky. Rehabilitační pracovnice doprovází na cvičení, které se koná každou středu a v úterý a čtvrtek uživatelka dochází na motokolo. Co se týká aktivit na dílně, nejeví uživatelka o nic zájem. Většinou tam jen sedí a pozoruje okolí a u toho popíjí kávu.

Vlastní pozorování

Uživatelka se zdá být na oddělení se zvláštním režimem spokojená. Vůbec se neprojevuje negativně, na známé tváře se většinou usmívá. Dle slov personálu si nepamatují za celý její

pobyt, že by byla s něčím nespokojená. Ke své spolubydlící se projevuje stejným způsobem, i když je zde krátkou dobu. Její celkové začlenění proběhlo bez problému, a co se týká její nemoci, se stav od příjetí do domova se zvláštním režimem nezhoršil.

Závěr

V rámci začlenění do režimu oddělení se uživatelka rychle přizpůsobila. Její celkový stav je dobrý. Poskytovanou péčí přijímá bez problémů, někdy se snaží zapojit. To se většinou odráží od toho, jak se uživatelka cítí. Ostatní uživatele akceptuje, nenavazuje žádný kontakt. Celková péče je zaměřena na základní potřeby s nácvikem zvládnání jednoduchých úkonů a udržení sociálního kontaktu.

Návrh intervence

Jelikož uživatelka prakticky celý den tráví v jídelně u televize, bylo by vhodné, kdyby se uživatelka mohla také podívat ven, mimo oddělení a měla více pohybu. Během pobytu měla jen vzácně možnost se dostat do parku nebo mimo areál. Bylo by vhodné ji umožnit procházku nejenom po parku, ale i mimo areál domova a to z toho důvodu, že uživatelka má v rámci péče jen omezené možnosti, které se pořád opakují a její pohyb je zaměřen pouze na skupinové cvičení a motokolo.

6.3.4 Uživatelka č. 4

Uživatelka se narodila v roce 1928. Dle slov samotné uživatelky nikdy netrpěla vážnější nemocí během svého života. Až v roce 2000 to již byla v důchodovém věku, uživatelku srazilo auto, a s vážnými zraněními byla hospitalizována v nemocnici. Několik týdnů byla v umělém spánku. Její zdravotní stav, ale již po nehodě nebyl dobrý a nepomohla k tomu smrt jejího manžela, který skonal v roce 2003. Poté uživatelka zůstala sama v bytě a v roce 2004 ji byla diagnostikována Parkinsonova choroba. Na základě vlastního rozhodnutí uživatelka v roce 2007 podala žádost do domova pro seniory. V září následujícího roku se uživatelka přestěhovala do domova pro seniory.

Osobní anamnéza

Uživatelka vystudovala učitelství na ústavu pro mateřské školy. A tomuto povolání se věnovala celý život. Sama uživatelka uvedla, že během své praxe vystřídala několik mateřských školek a většinou to bylo z důvodu stěhování. Svůj volný čas převážně věnovala rodině a až v pozdějším věku vedla Hanácký kroužek pro děti a mládež. Její další velká záliba byl tanec a zpěv.

Rodinná anamnéza

Uživatelka je vdova a z manželství má dceru a syna. Obě děti užívatelku pravidelně navštěvují. A nejenom její děti, ale již vnoučata a pravnoučata. Uživatelka se účastní i rodinných oslav, na které je pravidelně zvána. Také za ní dochází spolužačky ze základní školy.

Zdravotní stav

Celkový zdravotní stav vzhledem k věku užívatelky a stanoveným diagnózám je vcelku dobrý. Uživatelka se pohybuje za pomoci dvou francouzských holí a to proto, že její nemoc, Parkinsonova choroba, ji již neumožňuje samostatně chodit. Další chorobou, kterou užívatelka trpí je Crohnova choroba, na kterou se užívatelka léčí již řadu let. Kvůli tomu dodržuje užívatelka dietní režim, který si sama nastavila a ve výběru stravy si sama určuje, co bude jíst. Léky jí podávají sestry při jídle 3 krát denně a další léky má tzv. časované a to z toho důvodu, že jsou to léky na Parkinsonovu nemoc. Také dostává léky na spaní. Uživatelka je sama schopna si je užít.

Režim dne

Uživatelka bydlí na jednolůžkovém pokoji. Pravidelně vstává po šesté hodině a sama se umyje a oblékne. Celkovou hygienu (koupání) zvládá částečně sama. Personál ji pouze pomůže do vany a ven. Na jídlo si dochází na jídelnu. Stravu má šetřící a je schopna si sama nakrájet maso. Volný čas tráví převážně na dílně, kde se věnuje pletení dek, které poté ergo pracovnice sešijí a posílají na azylový dům pro matky s dětmi. Také ráda chodí cvičit na motokolo, na společné cvičení do sálu a sama jednou týdně obchází pomalou procházkou okolí domova. Ráda se účastní společenských akcí v domově pro seniory. Dříve každou neděli nasedla na hromadnou městskou dopravu a jela na ranní bohoslužbu. Dnes bohužel ke zhoršené chůzi jezdí jen občas, ale pravidelně dochází na mši svatou v domově pro seniory. Také navštěvuje kurz na počítači, který se koná pravidelně na dílně.

Vlastní pozorování

Uživatelka je velmi společenská a je výraznou osobností na oddělení domova pro seniory. Ráda navazuje kontakt s novými lidmi a nebojí se vyzkoušet něco nového. Dle jejich slov je v domově pro seniory velice spokojená a nic ji tu nechybí. Občas má výtky ke stravě. Uživatelka je velmi aktivní a energická a veškerý svůj čas má přesně naplánovaný. Nemá ráda změny, a pokud k nějaké dojde, hůře to snáší. Na užívatelce jsou již vidět patrné známky zapomínání. Velmi často se jí stává, že si nepamatuje s kým a o čem mluvila. Tak-

že se jí stává, že se neustále opakuje a říká pořád dokola stejné věty. Na oddělení má dobré vztahy a ostatní uživatelé ji akceptují. Péče uživatelky je zaměřena pouze na podporu zachování soběstačnosti a udržení sociálního kontaktu.

Závěr

Uživatelka je v domově pro seniory skoro devět let a svůj režim si prakticky nastavuje sama. Potřebuje pomoci jen v některých úkonech a celkovou péči převážně zvládá sama. Svá zdravotní omezení přijala s nadhledem a snaží se pořád si udržovat kondici. I když již zapomíná, zatím ji to neomezuje v běžných aktivitách.

Návrh intervence

Jelikož je uživatelka velmi energická a má mnoho aktivit, doporučila bych, aby s uživatelkou byla trénována paměť a různá paměťová cvičení, která by mohla být nápomocná k tomu, aby uživatelka byla schopna si zapamatovat určitá fakta.

7 DISKUSE

V této poslední kapitole se budu zabývat odpovědí na hlavní výzkumnou otázkou a dílčími podotázkami, které jsem si vytyčila na začátku celého výzkumu. K tomu bylo použito dotazníkové šetření, pozorování a u vybraných uživatelék jsem poté vytvořila kazuistiky.

V rámci realizovaného výzkumu jsem si vytyčila hlavní výzkumnou otázku, která se zajímala především o potřeby uživatelů s demencí v konkrétním domově pro seniory. K jejímu zodpovězení mi posloužily dílčí výzkumné otázky. První tato otázka se ptala, jakou péči potřebují uživatelé s demencí v domově pro seniory. Ze získaných odpovědí v dotazníkovém šetření, které si mohli oslovení uživatelé v pobytové sociální službě vybrat, nejčastěji označili možnost, že potřebují pomoci s koupáním/se sprchováním. Oslovení klíčový pracovníci odpovídali na stejnou otázku se stejnou odpovědí. Co se týkalo pozorování u vybraných uživatelék, tak uživatelka č. 1 potřebovala pomoci s celkovou hygienou. Uživatelka č. 2 a 3 na tom byly stejně. Jejich základní potřeba byla hygiena, kam také spadala koupel nebo sprchování. Na druhém místě u dotazníku se také objevila potřeba hygieny. Mnoho uživatelů v této pobytové sociální službě již není schopno si zajistit v rámci svého onemocnění tuto potřebu. Což odpovídá samozřejmě tomu, jakou formou demence uživatelé trpí a v jakém je stádiu. Poslední otázka v dotazníkovém šetření měla za úkol zmapovat, jaká je pro uživatele nejdůležitější potřeba, u které ví, že by jim ve velké míře chyběla. Ve velké převaze vyplynulo, že zachování soběstačnosti je pro uživatele na prvním místě, v těsném závěsu byla potřeba zálib a na třetím místě se umístila potřeba nebýt sám/sama.

Druhá dílčí otázka se ptala, jak je poskytování služby hodnoceno uživateli. Z dotazníkového šetření vyplívá, že uživatelé této služby jsou v tomto zařízení spokojeni. Další otázka, která směřovala, k této druhé dílčí otázce byla, jestli jim v poskytované péči něco nechybí. Uživatelé nejčastěji odpovídali, že nic nepotřebují. Co se týká odpovědí od klíčových pracovníků, tak u této otázky si nejsem jistá, že nedošlo ke zkreslení odpovědí. I u nich se na prvním místě objevila odpověď, že uživatelé nic nepotřebují, také uvedli, že by přivítali více personálu. Dle mého názoru, tyto odpovědi nepovažuji za adekvátní, z toho důvodu, že nekomunikující a plně závislý na péči uživatel si neuvědomuje, že v domově pro seniory chybí personál. U uživatelék, u kterých bylo prováděno pozorování, tak uživatelka č. 4 sama uvedla, že je v domově pro seniory spokojená. U zbylých uživate-

lek jsem na tuto otázku nedostala adekvátní odpověď a to z toho důvodu, že kvůli svému onemocnění se již nemohou vyjádřit.

Třetí dílčí otázka směřovala ke zjištění, jakou zdravotní péči využívají uživatelé v domově pro seniory. Z odpovědí z dotazníkového šetření vyplývá, že uživatelé, kteří odpovídali, sami uvedli, že využívají v rámci péče podávání léků a na druhém místě možnost návštěvy lékaře v domově pro seniory. Klíčový pracovníci, kteří odpovídali za své uživatele, uvedli také, že potřebují pomoci s podáváním léků a hned za tím možnost návštěvy lékaře v domově pro seniory. Co se týká u pozorovaných uživatelů, tak všechny v rámci péče potřebovali pomoci s podáváním léku, ale také s užitím a to proto, že kvůli své nemoci již aplikace do úst či polknutí bylo pro ně samotné již nemožné.

Poslední dílčí otázka se zajímala, jakým způsobem udržují uživatelé sociální kontakt v domově pro seniory. U této otázky v dotazníku bylo uvedeno více otázek. Ty byly rozděleny na jednotlivé aspekty a to, jestli je navštěvuje rodina a jestli se účastní různých aktivit v domově pro seniory. Všechny činnosti, které se konají v této pobytové sociální službě, jsou kolektivní a setkávají se při nich uživatelé ze všech oddělení. Proto bylo důležité, různé tyto aktivity rozdělit, aby bylo zřejmé, o jaké aktivity mají zájem a co je s ostatními uživateli spojuje. Během těchto činností musí uživatelé spolupracovat společně a tím také navazují nové vztahy a udržují sociální kontakt s ostatními. Na otázku, jestli je v domově pro seniory navštěvuje rodina, odpovídali všichni oslovení respondenti ve velké míře, že rodina do domova pro seniory dochází. S velkým odstupem odpovědí se ukázalo, že někteří uživatelé odpovídali jen někdy. Uživatelky, u kterých jsem prováděla pozorování, jsem zjistila, že všechny rodinu mají a navštěvují je s určitou pravidelností. Na účasti u sportovních aktivit respondenti odpověděli, že o tyto činnosti nemají zájem, ale v těsném závěsu se ukázalo, že docházejí na sportovní aktivity. Další aktivitou byla pracovní činnost, kterou zajišťovaly ergo pracovníce. Zde se ukázalo, že odpovědi byly stejné, jak u sportovních činností. Co se týkalo návštěvnosti na bohoslužbách, tak ze získaných odpovědí vyplynulo, že mnoho uživatelů této pobytové sociální služby na bohoslužby nechodí. Uživatelky, u kterých jsem prováděla pozorování, tak uživatelka č. 1 vzhledem ke svému zdravotnímu stavu se již účastnit těchto aktivit nemohla. Uživatelka č. 2, tak za ní docházela pouze fyzioterapeutka na pokoj. Uživatelka č. 3 a č. 4, tak ty v jisté míře navštěvovali již zmíněné aktivity.

Hlavní výzkumná otázka se ptá, jaké jsou potřeby uživatelů s demencí v konkrétním domově pro seniory. Z výše rozebraných dílčích otázek vyplývá, že uživatele této pobytové

služby zejména kladou důraz v sociálních potřebách na osobní hygienu, zachování soběstačnosti, potřebu zálib a nebýt sám/sama. Také je pro ně velmi důležitý sociální kontakt a nejen s rodinou, ale i s ostatními uživateli pobytové sociální služby. Dle mého názoru tato potřeba vyplívá z toho, že každý z nás má potřebu se někde začlenit a někam patřit. To je také i odpověď na potřebu nebýt sám/sama. Mít pocit, že se mohou na někoho obrátit o pomoc či radu. Potřeba osobní hygieny nejspíše vyplívá z toho, že být čistý a žít v čistém prostředí je přirozený a naučený fakt, který je již osvojený od narození a podmiňován celý život. Zdravotní potřeba je z důvodu výskytu různých onemocnění v seniorském věku vysoká a moderní medicína již umožňuje u mnohých nemocí pouze farmakologickou léčbu. To je také možný důvod toho, že uživatelé kladou velký důraz na potřebu mít pravidelně léky, které jim pomohou v rámci svého onemocnění žít skoro plnohodnotný život. Další potřebou je přítomnost lékaře v domově pro seniory. V mnoha případech je to, dle mého názoru pocit jistoty, že když uživatel má zdravotní potíže, může se přímo obrátit na lékaře v domově pro seniory a nemusí někam jinam docházet. Což v rámci zdravotní péče, kterou senioři potřebují je dostačující.

V rámci výzkumu mapování potřeb seniorů v pobytové sociální službě proběhlo velké množství. Každý výzkum je specifický převážně v tom, kde se provádí a s jakou skupinou se pracuje, jaké je zdravotní omezení nebo jaká je to sociální služba. Tento výzkum měl také svá kritéria a své pravidla, podle kterých se řídil. Snaha zmapovat zdravotně sociální potřeby seniorů s demencí nebyl jednoduchý a to převážně v tom, že mnoho seniorů vzhledem ke své nemoci, již své potřeby nedokáže vyjádřit. Z toho důvodu za ně odpovídali klíčoví pracovníci. Lze podotknout, že fakt, že odpovídali klíčoví pracovníci, mohl celý výzkum zkreslit a že tyto pracovníci se nesnažili vybírat odpovědi, které by možná označil jejich uživatel. Bohužel jsem se nesešla v rámci jiných výzkumů s možností, jak zmapovat potřeby seniorů s demencí a tím zajistit validitu výzkumu.

ZÁVĚR

Tato práce se zabývala zdravotně sociálními potřebami seniorů s demencí v pobytové sociální službě. Výzkum se snažil nahlédnout do prostředí konkrétní pobytové sociální služby a za pomoci uživatelů a klíčových pracovníků zmapovat, jaké potřeby uživatelé v rámci péče a sociální služby potřebují. Uživatelé, kteří byli osloveni, byli vytyčeni za poskytnutí informací od klíčových pracovníků. Hlavní kritérium bylo, že případný účastník dotazníkového šetření a pozorování musí mít diagnostikované onemocnění demence v různé formě a druhu. V rámci poskytování péče u těchto seniorů, je velmi komplikované zjistit jejich potřeby, protože jejich onemocnění jim již neumožňuje se slovně vyjádřit a proto tento výzkum zahrnul i klíčové pracovníky. Tito pracovníci v poskytované péči jsou těmto uživatelům nejbližší a znají nebo by měli znát jejich reakce a potřeby. A od toho by se měla odvozovat kvalita nastavení poskytované péče. Klíčoví pracovníci pracují s dokumentem, který se nazývá Inventář potřeb (viz příloha 2), který slouží právě k zaznamenávání veškerých potřeb u uživatele. S tímto dokumentem jsem byla seznámena a měla jsem možnost jej získat pro svůj výzkum u vybraných uživatelek. Použila jsem jej ke srovnání se svým pozorováním.

Teoretická část této práce se zabývala tématem stáří a stárnutí a popisovala také, jak naše populace stárne a jak asi bude vypadat naše složení obyvatelstva za několik desítek let. Bylo také důležité poukázat, jaká je kvalita života seniorů a s jakými problémy se musejí potýkat. Druhá kapitola se snažila vysvětlit, co je onemocnění demence, jaké je definice, příznaky, formy a druhy tohoto onemocnění. Jelikož se tato práce zabývá potřebami seniorů, bylo důležité nastínit základní vymezení a dělení lidských potřeb. Také je tu znázorněna Maslowova pyramida potřeb a dům potřeb dle Chloubové. Poslední kapitolou této práce je současný systém zdravotní a sociální péče o seniory v ČR. Jen v krátkosti je zde popsán zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. A bylo také důležité popsat sociální služby, které jsou určeny pro seniory. Tato část byla zpracována proto, aby případným čtenářům pomohla pochopit následující výzkum.

V praktické části byl popsán výzkum, jeho průběh, shrnutí a výsledky. Na začátku bylo důležité si stanovit cíl a výzkumné otázky. Od těch se poté odvíjel celý výzkum, který probíhal formou dotazníkového šetření, pozorování a vypracování kazuistik u vybraných uživatelek. Ve výzkumu bylo zjištěno, že uživatelé konkrétní sociální pobytové služby potřebují pomoci především v oblasti hygieny a to především s koupáním/se sprchováním a poté

i s osobní hygienou. Uživatelé také uvedli, že je pro ně důležité zachovat si soběstačnost, potřebu zálib a také potřebu nebýt sám/sama. Z výzkumu také vyplynulo, že se cítí v domově dobře a že jim, zde nic nechybí. Sociální kontakt je v jejich prostředí dle výzkumu velmi důležitý a proto většina uživatelů pravidelně navštěvuje různé aktivity v domově pro seniory. V závěru této práce je důležité zmínit, že celá tato práce byla vypracována k tomu, abychom dokázali pochopit, jakou roli hrají potřeby v životě seniorů v domově pro seniory a že není vždy jednoduché tyto potřeby uspokojit a to převážně u seniorů s demencí, která je již omezuje v různých aspektech jejich života.

Tato bakalářská práce může posloužit pracovníkům v pobytových sociálních službách, kteří převážně pracují se seniory, kterým bylo diagnostikováno onemocnění demence v různých stádiích. Může jim to být návodem, jak zmapovat potřeby seniorů a tak naplánovat kvalitní službu u svých uživatelů. Klíčovým pracovníkům může pomoci pozorování u individuálního plánování a případové studie dokreslit a ucelit osobnost daného uživatele.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BUIISEN, Huub. 2005. *Demence*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-081-X.
- [2] ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDVÁ. 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.
- [3] ČELEDVÁ, Libuše, KALVACH, Zdeněk a Rostislav, ČEVELA. 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
- [4] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [5] HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [6] HETTESŠ, Miloslav. 2011. *Starnutie spoločnosti: vybrané kapitoly sociálnej práce so seniormi*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety. ISBN 978-80-8132-031-6.
- [7] HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
- [8] HUDÁKOVÁ Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ. 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4772-9.
- [9] HOLMEROVÁ, Ivana a kol. 2014. *Průvodce vyšším věkem*. Praha: MF Mladá Fronta. ISBN 978-80-204-3119-6.
- [10] KAFKOVÁ – PETROVÁ, Marcela. 2013. *Šedivější hodnoty*. Brno: Masarykova univerzita Brno. ISBN 978-802-1063-105.
- [11] KUČEROVÁ, Helena. 2006. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1491-4.
- [12] KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- [13] MALÍKOVÁ, Eva. 2012. *Péče o seniory v poskytovaných sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

- [14] MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- [15] PILÁT, Miroslav. 2015. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0932-4.
- [16] PŘIBYL, Hugo. 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-437-1.
- [17] Sociální služby města Přerova: Domov pro seniory. 2017. *Sociální služby města Přerova* [online]. Přerov: Joomla, [cit. 2017-05-12]. Dostupné z: <http://ssmp.cz/registrovane-sluzby/domov-pro-seniory.html>
- [18] STUART-HAMILTON, Ian. 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2.
- [19] ŠAMÁNKOVÁ, Marie. 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
- [20] TIMONEN, Virpi. 2016. *Beyond successful and active ageing: a theory of model ageing*. Bristol: Policy Press. ISBN 978-1-4473-3017-2.
- [21] TOPINKOVÁ, Eva. 2005. *Geriatricie pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-365-6.
- [22] VENGLÁŘOVÁ, Martina. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ISCH Ischemická choroba srdeční

SSL Sociální služby

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. Maslowova pyramida potřeb.....	23
Obr. 2. Dům potřeb dle Chloubové.....	30

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Stádia demence.....	23
Tab. 2 Kvalita života podle centra pro podporu zdraví (Toronto, Kanada).....	32
Tab. 3 Pohlaví.....	50
Tab. 4 Věk.....	50
Tab. 5 Nejvyšší vzdělání.....	51
Tab. 6 Rodinný stav.....	51
Tab. 7 Získávání informací o počtu odpovědí od klíčových pracovníků a uživatelů u otázky č. 5.....	53
Tab. 8 Spokojenost uživatelů s vybavením domova pro seniory.....	54
Tab. 9 Získávání informací o počtu odpovědí od klíčových pracovníků a uživatelů u otázky č. 12.....	57
Tab. 10 Získávání informací o počtu odpovědí od klíčových pracovníků a uživatelů u otázky č. 13.....	59
Tab. 11 Získávání informací o počtu odpovědí od klíčových pracovníků a uživatelů u otázky č. 15.....	61
Tab. 12 Zájmy.....	66
Tab. 13 Důležité potřeby pro uživatele domova pro seniory.....	67
Tab. 14 Vyjádření pozorování uživatelka č. 1.....	69
Tab. 15 Vyjádření pozorování uživatelka č. 2.....	70
Tab. 16 Vyjádření pozornosti - uživatelka č. 3.....	71
Tab. 17 Vyjádření pozorování - uživatelka č. 4.....	72

Seznam grafů

Graf 1 Důvod pro přestěhování do domova pro seniory.....	52
Graf 2 Předchozí využití sociální služby.....	53
Graf 3 Adaptace uživatelů v domově pro seniory.....	55
Graf 4 Návštěva rodiny.....	55
Graf 5 Zvládání péče o sebe sám/sama.....	56
Graf 6 Pomoc při denních činnostech.....	57
Graf 7 Nedostatky v poskytované péči.....	58
Graf 8 Spokojenost s péčí.....	60
Graf 9 Využití zdravotní péče.....	60
Graf 10 Spokojenost se stravou.....	62
Graf 11 Nedostatky ve stravě.....	62
Graf 12 Účast na sportovních aktivitách.....	63
Graf 13 Účast na pracovních aktivitách.....	64
Graf 14 Návštěvnost bohoslužeb.....	64
Graf 15 Respektování soukromí.....	65
Graf 16 Problémy se spánkem.....	65

SEZNAM PŘÍLOH

P I.: Pozorovací arch

P II.: Inventář potřeb

P III.: Dotazník pro uživatele

P IV.: Dotazník pro klíčové pracovníky

PŘÍLOHA P I: POZOROVACÍ ARCH

DATUM					
HYGIENA					
STRAVOVÁNÍ					
VYPRAZDŇOVÁNÍ					
TRÁVENÍ DNE					
AKTIVITY					
SPÁNEK					
SOCIÁLNÍ KONTAKT					
ZVLÁŠTNOSTI					
ZDRAVOTNÍ PÉČE					

PŘÍLOHA II. : INVETNÁŘ POTŘEB

Jméno a příjmení uživatele:	Vzor inventáře potřeb	
Dohodnuté oslovení:		
Metoda plánování, technika:		
Plán na období od – do:		
Klíčový pracovník:		

Inventář potřeb uživatele – plán průběhu poskytování sociální služby

Datum:	Potřeba, osobní cíl: Aktivita uživatele:	Podpora organizace:	Zrušeno, změna od:
	UBYTOVÁNÍ: (pokoj, úklid, praní a opravy prádla)		
	Jednolůžkový pokoj v přízemí s balkonem Úklid pokoje Praní a drobné opravy prádla Výměna ložního prádla Výměna osobního prádla – zvládá sama Úklid osobního prádla Větrání pokoje - zvládá sama	Zajištěno soukromí Každý den provádí provozní pracovník V prádelně DS 1 x týdně při koupání nebo dle potřeby provádí PSS PSS donese čisté prádlo na pokoj, klientka si ho sama uklidí Provádí PSS ráno	

	Stlaní postele		
STRAVOVÁNÍ: (druhy a formy jídla a návyky)			
	<p>Strava racionální celá, upravuje si jí sama</p> <p>Stolování – snídaně, obědy, večere dochází klientka do jídelny</p> <p>Svačina</p> <p>Pitný režim</p> <p>Výběr stravy</p>	<p>Klientka si přeje ½ polévky a ½ přílohy</p> <p>PSS nachystá celý jídelní příbor a donese jídlo na stůl</p> <p>PSS donese na pokoj</p> <p>PSS donese ráno na pokoj konvici s čajem a do jídelny ke každému jídlu na stůl hrnek s čajem</p> <p>PSS v sobotu dopoledne vybere s klientkou jídlo a zapíše</p>	
POMOC PŘI PÉČI O OSOBU: (oblékání, pohyb, polohování, podání stravy, orientace)			
	<p>Oblékání – zvládá sama</p> <p>Výběr oblečení – zvládá sama</p> <p>Obouvání – zvládá sama</p> <p>Pohyb – chodí o francouzských holí</p> <p>Orientace – v DS i mimi DS plná</p>		
POMOC PŘI OSOBNÍ HYGIENĚ: (vlasy, nehty, WC)			
	<p>Osobní hygiena – zvládá sama</p> <p>Zubní hygiena – zvládá sama</p> <p>Koupel</p>	<p>PSS každý pátek dopoledne pomůže klientce do vany v centrální</p>	

	<p>Stříhání nehtů – zvládá sama</p> <p>WC – na pokoji, zvládá sama</p>	<p>koupelně, dá perličkovou koupel a poté umyje vlasy a celé tělo</p>	
ZPROSTŘEDKOVÁNÍ KONTAKTU S PŘIROZENÝM PROSTŘEDÍM: (rodina, přátelé)			
	<p>Fakultativní služby v rámci DS si zajišťuje sama</p> <p>Rodina – pravidelně dochází za klientkou a i ona jezdí na návštěvu,</p> <p>Chodí na přednášky, koncerty mimo DS, navštěvuje centrum SONUS v Přerově a chodívá na hřbitov a do kostela v Přerově</p> <p>Lékař</p>	<p>Smluvní lékař DS</p>	
SOCIÁLNĚ TERAPEUTICKÉ ČINNOSTI: (terapie vedoucí k sociálnímu začleňování)			
	<p>Obsluha výtahu – zvládá sama</p> <p>Telefon – zvládá sama</p> <p>Obsluha signalizačního zařízení – zvládá sama</p> <p>Doprovod na vyšetření – s rodinou</p> <p>Ošetřovná ví, kde se nachází</p>	<p>Nebo s doprovodem PSS</p>	

AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI: (zájmy, koníčky, volný čas)			
	<p>Návštěva tvořivé dílny – dochází sama</p> <p>Skupinové cvičení – ve středu dopoledne dochází sama</p> <p>Návštěva kaple – dochází sama dle zájmu</p> <p>Keramika dochází do keramické dílny sama</p>		
POMOC PŘI UPLATŇOVÁNÍ PRÁV A OPRÁVNĚNÝCH ZÁJMŮ: (nákupy)			
	<p>Vyřizování nákupů – zajišťuje si sama</p> <p>Léky</p> <p>Finance (hospodaření, příspěvek, důchod)</p>	<p>Zajišťuje DS</p> <p>Zajišťuje sociální pracovnice</p>	
SPECIFICKÉ POTŘEBY A UJEDNÁNÍ:			
	PSS smí vstupovat na pokoj i za nepřítomnosti klientky. Klientka souhlasí.		

.	Klientka nevyžaduje noční kontroly PSS.	
	HODNOCENÍ PLÁNU SLUŽBY:	

PŘÍLOHA III. : DOTAZNÍK PRO UŽIVATELE

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Jana Slatinková a jsem studentka kombinovaného studia oboru Zdravotně sociální pracovník na fakultě humanitních studií Baťovi univerzity ve Zlíně. Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma: “ Zdravotně sociální potřeby seniorů s demencí v pobytové sociální službě “. Dovoluji si Vás tímto požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Jeho cílem je zmapovat zdravotně sociální potřeby seniorů s demencí v domově pro seniory. Vyplnění tohoto dotazníku je zcela anonymní a dobrovolné. Získané údaje budou výhradně užity pro tuto bakalářskou práci.

U každé otázky si prosím vyberte odpověď a zaškrtněte (pokud je uvedeno jinak, zaškrtněte více možností). Jsou zde uvedeny také otázky, u kterých prosím popište svou odpověď. U dalších otázek je známkování jako ve škole. Číslo jedna je nejlepší známka a číslo pět je nejhorší známka.

Za Vaši ochotu a čas při vyplnění dotazníku předem děkuji.

Slatinková Jana

1. Pohlaví:

- žena
- muž

2. Váš věk:

- 65 – 70
- 71 – 80
- 81 – 90
- 91 a více

3. Vaše nejvyšší vzdělání:

- základní vzdělání
- vyučení
- střední odborné s maturitou
- vysokoškolské

4. Váš rodinný stav:

- svobodný/svobodná
- ženatý/vdaná
- vdovec/vdova

- rozvedený/rozvedená
5. Jaký byl Váš důvod pro přestěhování do domova pro seniory? Můžete zaškrtnout více možností, pokud si nevyberete, napište v kolonce jiné svůj názor.
- věk
- samota
- snížená soběstačnost
- špatná dostupnost z domu/bytu
- ji-
né:.....
.....
6. Využíval/a jste před příchodem do domova pro seniory jinou sociální službu (např. pečovatelská služba, Charita, jiný domov pro seniory atd.). Pokud ano napište. Pokud ne, přejděte na další otázku.
-
.....
7. Jak dlouho žijete v domově pro seniory? Uveďte v letech.
-
8. Líbí se Vám vybavení domova pro seniory (např. malba, nábytek na pokoji, obrázky atd.)? Označte jako ve škole.
- 1 2 3 4 5
9. Jak dlouho jste si zvykal/a v domově pro seniory?
- zvykla jsem si hned
- měsíc
- půl roku
- nezvykl/a jsem si vůbec
10. Navštěvuje Vás tady rodina?
- ano
- ne
- někdy
- nemám žádnou rodinu

11. Jste schopen/a zvládat péči o sebe?
- zvládám sám/sama
 - částečně zvládám
 - zvládám jen s pomocí
 - nezvládám vůbec
12. Při kterých činnostech potřebujete pomoci? Můžete zaškrtnout i více možností.
- s osobní hygienou
 - s chůzí
 - s vyprazdňováním
 - s koupáním/se sprchováním
 - s oblékáním/obouváním
 - s příjmem stravy a tekutin
13. Chybí Vám tu něco? Můžete zaškrtnout i více možností. Pokud si z nabídky nevyberete, napište v kolonce jiné svůj názor.
- lidský přístup
 - ochota personálu
 - více porozumění
 - profesionální přístup
 - naslouchání
 - více personálu
 - nic
 - jiné:.....
.....
.....
14. Jste spokojen/a s péčí v domově pro seniory?
- ano
 - ne
 - nevím
15. Využíváte zdravotní péči v domově pro seniory? Můžete zakroužkovat i více možností. Pokud si nevyberete, napište v kolonce jiné svůj názor.
- podávání léků
 - převazování ran
 - aplikace injekcí
 - převoz do jiného zdravotního zařízení např. nemocnice, odborný lékař
 - návštěva lékaře v domově pro seniory
 - jiné:.....
.....
.....

16. Účastníte se společenských akcí v domově pro seniory (např. představení dětí, vánoční večírek, vodění medvěda atd.)?

- ano
- někdy
- ne, nemám zájem o tyto akce

17. Jste spokojen/a se stravováním v domově pro seniory?

- zcela spokojen/a
- částečně spokojen/a
- nespokojen/a

18. Chtěl/a by jste ve stravování něco změnit nebo něco nového? Pokud ano napište. Pokud ne, přejděte k další otázce.

.....
.....

19. Účastníte se sportovních aktivit v domově pro seniory (např. společné cvičení, kriket, motokolo apod.)?

- ano
- někdy
- ne, nemám zájem o tyto činnosti

20. Navštěvujete dílnu nebo jiné pracovní aktivity v domově pro seniory (např. stříhání papíru, výroba obrázků, počítačový kurz atd.)?

- ano
- někdy
- ne, nemám zájem o tyto činnosti

21. Navštěvujete bohoslužby v domově pro seniory?

- ano
- ne
- nejsem věřící

22. Respektuje personál Vaše soukromí?

- ano
- ne
- nevím

23. Máte problémy se spánkem?

- ano, užívám pravidelně léky na spaní
- někdy

ne, nemám

24. Napište záliby, které máte rád/a a můžete je vykonávat v domově pro seniory. Pro-
sím napište.

.....
.....

25. V tabulce jsou uvedeny potřeby, oznámkujte je tak, jak si myslíte, že jste s nimi
spokojena. Ke každé potřebě přiřaďte známku od jedničky do pětky.

strava	
hygiena	
spánek a odpočinek	
zachování soběstačnosti	
být bez bolesti	
nebýt sám/sama	
pocit bezpečí a jistoty	
finanční nezávislost	
víra	
záliby	

PŘÍLOHA IV.: DOTAZNÍK PRO ZAMĚSTNANCE

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Jana Slatinková a jsem studentka kombinovaného studia oboru Zdravotně sociální pracovník na fakultě humanitních studií Baťovi univerzity ve Zlíně. Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma: “Zdravotně sociální potřeby seniorů s demencí v pobytové sociální službě”. Dovoluji si Vás tímto požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Jeho cílem je zmapovat zdravotně sociální potřeby seniorů s demencí v domově pro seniory. Vyplnění tohoto dotazníku je zcela anonymní a dobrovolné. Získané údaje budou výhradně užity pro tuto bakalářskou práci.

U každé otázky si prosím vyberte odpověď a zaškrtněte (pokud je uvedeno jinak, zaškrtněte více možností). Jsou zde uvedeny také otázky, u kterých prosím popište svou odpověď. U dalších otázek je známkování jako ve škole. Číslo jedna je nejlepší známka a číslo pět je nejhorší známka.

Za Vaši ochotu a čas při vyplnění dotazníku předem děkuji.

Slatinková Jana

1. Pohlaví:

- žena
- muž

2. Věk uživatele:

- 65 – 70
- 71 – 80
- 81 – 90
- 91 a více

3. Nejvyšší dosažené vzdělání uživatele:

- základní vzdělání
- vyučení
- střední odborné s maturitou
- vysokoškolské

4. Rodinný stav uživatele:
- svobodný/svobodná
 - ženatý/vdaná
 - vdovec/vdova
 - rozvedený/rozvedená
5. Jaký byl důvod, proč se uživatel/ka přestěhoval/a do domova pro seniory? Můžete zaškrtnout více možností, pokud si nevyberete, doplňte v kolonce jiné.
- věk
 - samota
 - snížená soběstačnost
 - špatná dostupnost z domu/bytu
 - jiné:.....
6. Využíval/a uživatel/ka před příchodem do domova pro seniory jinou sociální službu? Pokud ano, napište. Pokud ne, přejděte k další otázce.
-
-
7. Jak dlouho uživatel/ka žije v domově pro seniory? Uveďte v letech.
-
8. Líbí se uživateli/uživatelce vybavení zařízení (např. malba, nábytek na pokoji atd.)? Označte jako ve škole.
- 1 2 3 4 5
9. Jak dlouho si myslíte, že si uživatel/ka zvykla na pobyt v domově pro seniory?
- zvykl/a si hned
 - měsíc
 - půl roku
 - nezvykl/a si vůbec
10. Navštěvují uživatele/uživatelku rodinní příslušníci?
- ano
 - ne
 - někdy
 - nemá žádnou rodinu

11. Je uživatel/ka schopna zvládat péči o sebe sama?
- ano
 - částečně
 - s pomocí
 - nezvládá
12. Při kterých činnostech si myslíte, že uživatelka potřebuje pomoci? Můžete zaškrtnout více možností.
- s osobní hygienou
 - s chůzí
 - s vyprazdňováním
 - s koupáním, se sprchováním
 - s oblékáním/s obouváním
 - s příjmem stravy a tekutin
13. Myslíte si, že uživateli/uživatelce chybí něco v poskytované péči? Můžete zaškrtnout i více možností. Pokud si nevyberete, napište v kolonce jiné.
- lidský přístup
 - ochota personálu
 - více porozumění
 - profesionální přístup
 - naslouchání
 - více personálu
 - nic
 - jiné:.....
14. Jak na Vás působí uživatelka? Myslíte si, že spokojena s poskytovanou péčí?
- ano
 - ne
 - nevím
15. Využívá uživatel/ka zdravotní péči v rámci domova pro seniory? Můžete zaškrtnout i více možností. Pokud si nevyberete, napište v kolonce jiné.
- podávání léků
 - převazování ran
 - aplikace injekcí
 - převoz do jiného zdravotního zařízení
 - návštěva lékaře v domově pro seniory
 - jiné:.....

16. Účastní se uživatel/ka společenských akcí v domově pro seniory?

- ano
- někdy
- ne, nemá zájem o tyto akce

17. Myslíte si, že je uživatel/ka spokojena se stravováním v domově pro seniory?

- zcela spokojen/a
- částečně spokojen/a
- nespokojen/a

18. Myslíte, že by uživatel/ka uvítala něco nového ve stravě? Pokud ano, napište. Pokud ne přejděte k další otázce.

.....

.....

.....

.....

19. Účastní se uživatel/ka sportovních aktivit v domově pro seniory?

- ano
- někdy
- ne, nemá zájem o tyto akce

20. Navštěvuje uživatel/ka dílnu, účastní se pracovních aktivit v domově pro seniory?

- ano
- někdy
- ne, nemá zájem o tyto akce

21. Navštěvuje uživatel/ka bohoslužby v domově pro seniory?

- ano
- ne
- není věřící

22. Myslíte si, že respektujete soukromí uživatele/uživatelky?

- ano
- ne
- nevím

23. Má uživatel/ka problémy se spánkem?

- ano, užívá pravidelně léky na spaní
- někdy
- ne, nemá

24. Jaké záliby má uživatel/ka rád/a a které z nich může vykonávat v domově pro seniory? Prosím napište.

.....

.....

.....

.....

25. V tabulce jsou uvedeny potřeby, oznámujte je tak, jak si myslíte, že je uživatel/ka s nimi spokojena. Ke každé potřebě přiřaďte známku od jedničky do pětky.

strava	
hygiena	
spánek a odpočinek	
zachování soběstačnosti	
být bez bolesti	
nebýt sám/sama	
pocit bezpečí a jistoty	
ekonomická nezávislost	
víra	
záliby	