

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce



Bakalářská práce

Nikola Morkusová

**Potřeby seniorů s diagnostikovanou demencí z pohledu
pracovníků Domova se zvláštním režimem**

*The needs of seniors diagnosed with dementia from the point
of view of the staff of the Home with a Special Regime*

Praha 2022

Vedoucí práce: PhDr. Vodáčková Daniela

Poděkování:

Tímto chci poděkovat vedoucí práce PhDr. Daniele Vodáčkové za vedení práce a cenné rady. Dále chci poděkovat respondentům, kteří se podíleli na vzniku praktické části mé bakalářské práce. V neposlední řadě chci poděkovat své rodině a všem, kteří mě při mém studiu podporovali.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Jméno a příjmení

Klíčová slova

Demence, Alzheimerova choroba, Stáří a stárnutí, Potřeby, Institucionální péče.

Key words

Dementia, Alzheimer's disease, Old age and aging, Needs, Institutional care.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá potřebami seniorů s diagnostikovanou demencí z pohledu sociálních pracovníků. Teoretická část je zaměřena na vymezení životního období stáří, popis druhů demence ve stáří, teorii potřeb podle A. Maslowa a podle Maxe-Neefa.

Praktická část bakalářské práce se zaměřuje na otázku potřeb seniorů s demencí podle toho, jak je pracovníci v sociálních službách detekují. Praktická část práce je řešena pomocí kvalitativního výzkumu za pomoci polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky jednoho Domova se zvláštním režimem.

Cílem práce je zjistit, jaké potřeby pracovníci Domova se zvláštním režimem vnímají u různých skupin seniorů a jak hodnotí své možnosti tyto potřeby u svých klientů naplňovat.

Abstract

The bachelor thesis deals with the needs of seniors diagnosed with dementia from the perspective of social workers. The theoretical part focuses on the definition of the age of old age, a description of the types of dementia in old age, the theory of needs according to A. Maslow and according to Maxe-Neef.

In the practical part of the bachelor's thesis, I focus on the needs of seniors with dementia according to how social workers detect them. The practical part of the work is solved through qualitative research with the help of semi-structured interviews with employees of one Home with a special regime.

The aim of my work is to find out what needs the staff of the Home with a special regime perceive in different groups of seniors and how they evaluate their ability to meet these needs in their clients.

Obsah

Úvod.....	8
Teoretická část.....	9
1 Definice stáří.....	9
1.1 Fyzické změny ve stáří	10
1.2 Psychické změny ve stáří.....	10
1.3 Sociální změny ve stáří.....	11
1.4 Mýty spojené se stářím.....	12
2 Demence.....	14
2.1 Příznaky demence	15
2.2 Vyšetřovací metody demence.....	15
2.2.1 Testy používané k diagnostice demence.....	16
2.3 Komunikace se seniory s demencí.....	17
3 Vybrané druhy demence	19
3.1 Alzheimerova choroba	19
3.1.1 Vznik Alzheimerovy choroby	19
3.1.2 Stádia Alzheimerovy choroby.....	20
3.2 Demence u Parkinsonovy choroby	21
3.3 Vaskulární demence	22
3.3.1 Vznik Vaskulární demence	22
3.4 Frontotempolární demence a Pickova nemoc	22
4 Institucionální péče o seniory	24
4.1 Domovy pro seniory	25
4.1.1 Legislativní úprava Domovů pro seniory.....	25
4.2 Domovy se zvláštním režimem.....	25
5 Potřeby seniorů s demencí	26
5.1 Teorie A. Maslowa.....	26
5.2 Teorie M. Max-Neefa.....	28
5.3 Způsob naplňování potřeb	30
5.4 Bariéry v naplňování potřeb.....	30
Praktická část.....	31
6 Výzkum	31
6.1 Cíl výzkumu	31
6.2 Metodologie výzkumu	31
6.3 Charakteristika vybraného pracoviště	33

6.4	Charakteristika respondentů.....	33
6.5	Rozhovory	34
6.6	Výsledek rozhovorů	51
	Diskuse	54
	Závěr	57
	Seznam použitých zdrojů	59
	Seznam obrázků:.....	63
	Seznam tabulek:	63

Úvod

Predikce vývoje demence v České republice a ve světě není příliš pozitivní. Dle České alzheimerovské společnosti se počet osob s demencí bude postupem času zvyšovat. Ve výroční zprávě za rok 2020 je předpovězeno, že v roce 2050 můžeme očekávat až 280 tisíc osob s diagnózou demence. V roce 2020 bylo vedeno 159 tisíc osob s demencí. Zhruba tedy můžeme očekávat nárůst osob s demencí o 120 tisíc v České republice (ČASL, 2020).

Domnívám se, že tato okolnost má svou dimenzi zdravotní i sociální a obojí je nutné řešit po stránce systémové i obsahové.

Demence je onemocnění způsobené poškozením mozku. Konkrétně se jedná o poruchu intelektu, osobnosti a paměti. Dochází k poklesu kognitivních funkcí a postupem času člověk s demencí nepřichází pouze o krátkodobou paměť, ale i o jiné faktory ovlivňující jeho sociální fungování. Bariéry mezi člověkem s demencí a společností se zvyšují díky poruše řeči i díky odchýlkám v chování. Pro společnost je tato skutečnost těžce uchopitelná. Senioři s demencí se setkávají s nepochopením a v návaznosti na to se mohou potýkat s řadou obtíží. Demence a celkově stáří a stárnutí jsou předmětem kapitol bakalářské práce.

Pokud rodina péči o blízké s demencí není schopna zajistit, nabízí se možnost umístit člověka do Domova se zvláštním režimem. Domovy se zvláštním režimem jsou pobytovou sociální službou a v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, mají jasně vymezené činnosti, které poskytují. Mezi ně patří komplexní péče od bazálních potřeb až po potřeby sociální, psychologické a duchovní. Tématu institucionální péče a potřebám seniorů je věnována pozornost v teoretické části práce.

Praktická část se zabývá otázkou, jak pracovníci v sociálních službách vnímají a naplňují ostatní potřeby klientů s demencí. Navazuje na teoretickou část bakalářské práce, v níž byly představeny kapitoly týkající se potřeb seniorů s demencí v institucionální péči.

Teoretická část

1 Definice stáří

Haškovcová (1990) definuje stáří jako období lidského života, které je přirozené. Vztahuje se k životnímu období dětství, mládí a zralosti. Klade důraz na fakt, že stáří není nemoc, nýbrž přirozený proces změn, jež trvají po celý život.

Definice stáří najdeme několik. Kalvach (1997, in Jarošová, 2006) konstatuje, že stáří zapříčiňuje navození významných sociálních změn. Má na mysli například osamostatnění dětí, ztrátu partnera aj. Kalvach také uvádí, že stáří se dělí podle tří hledisek. Jedná se o stáří biologické, sociální a kalendářní.

Holmerová Iva (2003) uvádí, že stáří začíná překročením hranice 65 let. Stáří rozděluje následovně:

- 60 – 74 let – počínající stáří/mladí senioři
- 75 – 89 let – vlastní stáří/staří senioři
- 90 let a více – dlouhověkost/velmi staří senioři

Stárnutí u každého člověka probíhá jinak. Závisí na mnoha aspektech, jako jsou například pevnost kostí, způsob života, zaměstnání, rodinné vztahy (Holmerová, 2003).

Eva Malíková ve své publikaci píše o obecných charakteristikách stárnutí. Zmiňuje celkový pokles sil a schopností člověka. Ke stáří dle Malíkové patří i úbytek výkonnosti, nižší koncentrace, delší čas na přípravu. Je nutné zvýšit čas odpočinku, což souvisí s úbytkem sil. Hodnoty a potřeby seniora se mění. Mění se i jedincův psychický stav a jeho emoční projevy (Malíková, 2020)

V souvislosti se stářím hovoříme o trojí podobě stárnutí. První podobou stárnutí je takzvané „úspěšné stárnutí a zdravé (aktivní) stáří“. Tuto podobu stáří lze označit za šťastnou. Senior žije aktivním životem, po ekonomické, sociální, kulturní i fyzické stránce si vede dobře (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

Druhou podobou je „obvyklé stárnutí a stáří“. Senior není plně vybaven dále fungovat ve společnosti, jak u něj bylo zvykem. Dochází ke zhoršení fyzického stavu, omezení finančních možností a jiné. V důsledku toho senior není schopen úplné seberealizace, což může vést k deprivaci (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

Třetí podoba stáří se nazývá „patologické stáří“. K této podobě stáří mohou vést choroby získané vyšším věkem, případné ovdovění, finanční nedostatek a další negativní životní události. Dochází k ztrátě zájmu o dění ve světě, rezignaci, deprivaci, deprese aj. (Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012).

1.1 Fyzické změny ve stáří

Ve stáří dojde k mnoha fyzickým změnám. Může to tak být z důvodu různých chorob či z důvodu přirozeného post-vývoje. Jarošová (in Malíková 2020, str.18) jako biologický aspekt stárnutí uvádí ztrátu elasticity (pokožka, svaly a tělesné tkáně ztrácí pružnost), dále také atrofii, zvyšování tělesného tuku, snížená je i činnost nervového systému. To vede například k nekvalitnímu spánku nebo snížení výkonu smyslových funkcí.

Vágnerová (2007) tvrdí o tělesných změnách, že jsou individuálně variabilní, a to s ohledem na čas, závažnost a míru postižení.

Jedním z faktorů je genetická dispozice. Ta nám mimo jiné předběžně určuje i délku života a celkový průběh stárnutí. Vágnerová (2007) genetické dispozice řadí do tzv. primárního stárnutí. Sekundární stárnutí záleží na vnějších vlivech jako je například způsob života, profese, stres a ostatní aspekty, které můžeme kladně či negativně během života ovlivnit.

1.2 Psychické změny ve stáří

Předpokládá se, že profese, jež se zabývají otázkami stáří či pracují se starými osobami, musí mít určité povědomí o psychických zvláštностech, které doprovázejí životní období stáří. Aby člověk vykonávající pomáhající profesi věděl, jak s psychickými zvláštnostmi pracovat, musí znát životní příběh pacienta/klienta. Dále musí přistupovat k pacientovi/klientovi s lidským přístupem, také musí vědět o vztahu pacienta/klienta k sobě samému, k lidem a k hodnotám. V neposlední řadě, by osoba vykonávající pomáhající profesi měla být opřena o vědomosti v oblasti zdravého stáří (Kalvach 1997).

Vágnerová (2007) zmiňuje zmenšování neuronů, což má za následek zmenšování mozkové tkáně. Tento jev pojmenováváme jako atrofii. Ztráta části mozkové hmoty má za následek narušení funkcí mozku. Do toho patří například horší zpracovávání nových informací, ztráta schopnosti uvažování nad více věcmi zároveň, zhoršující se paměť atd.

Dochází ke změně kognitivních funkcí. Přesněji dochází k zhoršenému ukládání a využití informací. Zhoršení nastává i u reakcí a reflexí starých lidí. Zpomalují se poznávací procesy. Tyto problémy mohou vyvolat či zhoršit biologické aspekty stárnutí – zhoršení zraku/sluchu. (Vágnerová, 2007).

Mezi psychické změny, které mohou přijít po osmdesátém roce života jsou porucha paměti, poruchy osobnosti a porucha rozhodovacích schopností. Narůstá riziko vzniku duševního onemocnění a demence (Klevelandová, 2017).

1.3 Sociální změny ve stáří

Jarošová (2006) uvádí jako jednu z podstatných změn sociálního stáří odchod z aktivního pracovního života. Odchodem z pracovního života člověk ztratí některé kontakty a také se zásadně mění jeho sociální role.

O určité role starý člověk přichází a určité role zase získává. Může zde vzniknout nová role vdovec/vdova či prarodič. Naopak přicházíme například o roli zaměstnance (Jarošová 2006).

Díky všem aspektům stáří se zvětšuje závislost starého člověka. V tomto kontextu mluvíme o dvou závislostech, a to závislosti fyzické a psychické/emoční. Závislost fyzická se často vyskytuje v pobytových sociálních službách, kdy je klient částečně či plně imobilní a potřebuje pomoci se základními úkony. Závislost psychická/emoční se často ukazuje v rámci rodiny (Jarošová, 2006).

Další nedílnou částí sociálního stáří je osamocení. K tomuto pocitu se může vázat několik událostí. Může ho vyvolat ztráta životního partnera, ztráta funkčnosti smyslových orgánů, odchod z pracovního života, demence aj. (Jarošová, 2006).

Velmi důležitou prevencí izolace starého člověka je funkční rodina s fungujícími vztahy (Jarošová 2006).

1.4 Mýty spojené se stářím

Mýty spojené se stářím, popsal Příbyl (2015). Zmiňuje mýtus falešných představ, což popisuje jako mylnou představu, že dobře ekonomicky a materiálně zabezpečený senior v životě nic nepostrádá. Příbyl zde zdůrazňuje, že majetek nikdy nenahradí dobrý zdravotní stav nebo dobré vztahy v rodině.

Další mýtus, o kterém se v publikaci píše, je mýtus zjednodušené demografie. Zde jde o problém, kdy lidé definují starého člověka tím, že odešel z pracovního života do starobního důchodu. Starý člověk se nerovná uživatel starobního důchodu. Je zde mnoho aspektů, dle kterých soudíme, zda je člověk starý. Minimálně rozlišujeme mladší seniory a starší seniory.

Dalším mýtem je mýtus neužitečného času. Znamená to, že senioři jsou považováni za neužitečné. Lidé se často domnívají, že svůj volný čas senioři věnují pouze odpočinku a žádný užitek společnosti nepřinášejí. Mýtů, dotýkajících se tématu stáří je mnoho – mýtus špatného spánku, mýtus o nemocech aj. (Příbyl 2015).

Predikce, že každý starý člověk onemocní demencí je dalším mýtem. Demence není běžnou součástí stárnutí. S přibývajícím věkem roste riziko onemocnění demence, ale i přesto se mnoho lidí dožívá vysokého věku bez výrazného poklesu myšlení a chování, jenž demenci charakterizuje (National Institute on Aging).

Dalším velkým tématem v oblasti mýtů je ageismus. Tento pojem se překládá jako „věková diskriminace“. Vidovičová (2005) definuje ageismus jako ideologii založenou na přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Jedná se o proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě věku anebo jejich zařazení do určité generace.

Tošnerová (2002) se ve své knize věnuje tématu zmírňování ageismu. Dle jejího názoru je potřeba se v první řadě zaměřit na svůj postoj vůči starým lidem. Dalším krokem, jak by se dalo předejít ageismu, je ukázat pravý obraz stáří už na školách. Variantou je i podpora sociálního kontaktu se starší generací například prostřednictvím dobrovolnictví.

V roce 2009 se Česká republika zapojila do výzkumu European Social Survey Round 4 (ESS4). Daný výzkum prokázal, že právě ageismus je nejrozšířenější formou diskriminace v ČR. Více jak polovina respondentů nad 15 let uvedla, že se kvůli svému věku setkala s určitou formou diskriminace. Více jak polovina tázaných se také shodla, že osoby ve věku dvaceti let považují za produktivní. Oproti tomu senioři 70 + v lidech vzbuzují lítost.

2 Demence

Demence je syndrom klinických příznaků a znaků. Prvním znakem je pokles či zhoršení kognitivních funkcí. Závažnost tohoto poklesu musí být taková, aby měla vliv na každodenní fungování. Druhým znakem je narušení více než jedné oblasti poznání. Paměť je postižena u téměř každého druhu demence, zatímco ostatní kognitivní poruchy závisí na konkrétní nemoci a stádiu dané nemoci (Rabins, Lyketos, Steele, 2006).

Dle Kučerové (2006) jde o celkový pokles duševních schopností s různým postižením v jednotlivých částech psychiky, které mají za následek zasáhnutí celé osobnosti včetně tělesných funkcí. Průběh demence ovlivňuje mnoho fyziologických a duševních faktorů.

Zpráva světové zdravotnické organizace (World Health Organization, dále jen WHO) uvádí, že v roce 2010 žilo na světě 35,6 milionů osob s diagnostikovanou demencí. Dle WHO by v roce 2030 mělo dojít ke zdvojnásobení počtu osob s diagnostikovanou demencí a k roku 2050 by se měl počet ztrojnásobit (ÚZIS ČR, 2012).

Zpráva o stavu demence z roku 2014 uvádí, že v České republice žije 143 tisíc osob s demencí. Toto číslo není přesné, jedná se pouze o odhadovaný výpočet ze zahraničních studií. Je těžké zjistit skutečný stav. Mnoho lidí nemá demenci diagnostikovanou, popř. jí může mít chybně diagnostikovanou (ČALS 2014).

Výskyt demence je jednoznačně největší v Praze. Praha má téměř 19 000 obyvatel s demencí. Naopak nejlépe dopadla Plzeň, kde je zaregistrováno 2 795 osob s demencí. Podobně jako Plzeň dopadlo i Karlovarsko (ČALS 2014).

Rizikovější skupinou pro vznik demence jsou ženy, odhadem žen s demencí je jednou tolik co mužů. Dalším významným faktorem pravděpodobnosti vzniku demence je věk. Dosažením důchodového věku se zvyšuje pravděpodobnost pro vznik demence (ČALS 2014).

2.1 Příznaky demence

Jirák (2009) rozděluje příznaky do tří okruhů – postižení kognitivních funkcí, postižení aktivit denního života a behaviorální či psychické příznaky demence.

Pro většinu demencí jsou charakteristické poruchy paměti, ale existují výjimky. Například frontotemporální demence je známá poruchami chování, kdy kognitivní funkce zůstávají delší dobu zachovány (Jirák, 2009).

Borzová (2009) jako obecné příznaky demence uvádí narušení kognitivních funkcí, čímž je myšleno hlavně zhoršení paměti. Nejedná se ovšem o pravidlo. Jsou i typy demencí, kdy prvně dojde k narušení jiných funkcí a zhoršení paměti přijde až později.

Dalším příznakem jsou změny v chování a psychice. Časté jsou projevy neklidu neboli agitovanost. V důsledku neklidu se u osob s demencí může vyskytovat agresivní chování, útoky z domu či ze zařízení pro seniory, útoky na členy rodiny či pečující personál aj. Velmi obvyklé jsou poruchy emocí, jako je například deprese a záchvaty vzteku. U osob s demencí se vyskytují deliria, kdy osoby nejsou schopni rozeznat realitu od halucinace/iluze. Spánek je také narušen, a to ve větší míře nespavostí (Borzová 2009).

V důsledku výše zmíněných faktorů doprovázející demenci dochází k narušení běžných aktivit denního života. Z počátku dochází k nezvládnutí složitějších úkonů, poté k narušení aktivit denního života a v poslední fázi senior s demencí ztrácí kontrolu nad běžnými zažitými úkony, například nad vyměšováním (Borzová 2009).

2.2 Vyšetřovací metody demence

Anamnéza je velmi důležitá k určení diagnózy demence. Lékař vyžaduje informace o vzniku potíží, jejich průběhu a o lécích, které pacient užívá. Informace o užívaných lécích jsou důležité hlavně z důvodu, že vedlejšími příznaky užívání některých léků může být delirium, což musíme od demence odlišit. Stejně tak důležitá je rodinná anamnéza, je možné, že demence se v rodině již vyskytla a osoba má tedy genetické dispozice ke vzniku daného typu. V anamnéze nesmí chybět informace o životním stylu jedince, tyto informace mohou být také velmi nápomocné při určení diagnózy (Hauke, 2017).

Pro určení diagnózy se provádí i somatické vyšetření, konkrétně například EKG, krevní obraz, jaterní testy, testy štítné žlázy, EEG a neurologické vyšetření (Borzová, Jiráček, Holmerová, 2009).

Ke stanovení diagnózy je zapotřebí provést kognitivní testy, které pomohou určit stupeň demence. Tyto testy mohou provádět pracovníci, již jsou odborně proškoleni a oprávněni k tomu je provádět. Ve vícero případech tyto testy dělá praktický lékař (Hauke, 2017).

2.2.1 Testy používané k diagnostice demence

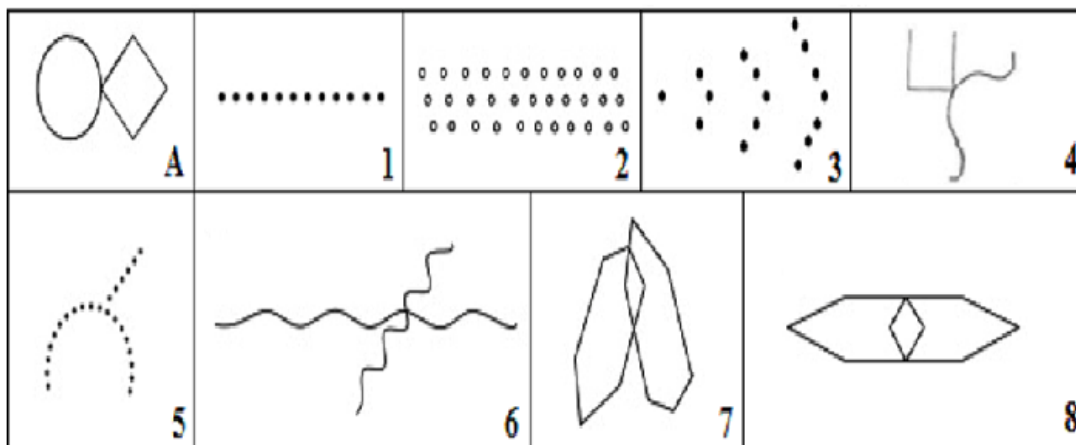
Borzová (2009) uvádí nejpoužívanější testy, které mají za úkol odhalit problémy ve verbálním projevu, v krátkodobé a dlouhodobé paměti, v poznávání, ve schopnostech rozvrhování a plánování činností a v manuálních schopnostech (praní prádla aj.).

1) MSE (Mini-Mental State Examination – tento test je nejvíce používaný, ale může se stát, že nedokáže diagnostikovat určité typy demence. Zjišťuje, zda je člověk orientován v časoprostoru, osobou. Dále také schopnost počítání a překreslování obrázků.

2) Wechslerova škála paměti – tento test se zaměřuje na podrobné informace o paměti testovaného jedince. Testuje samostatně okamžité vybavení a oddálené vybavení.

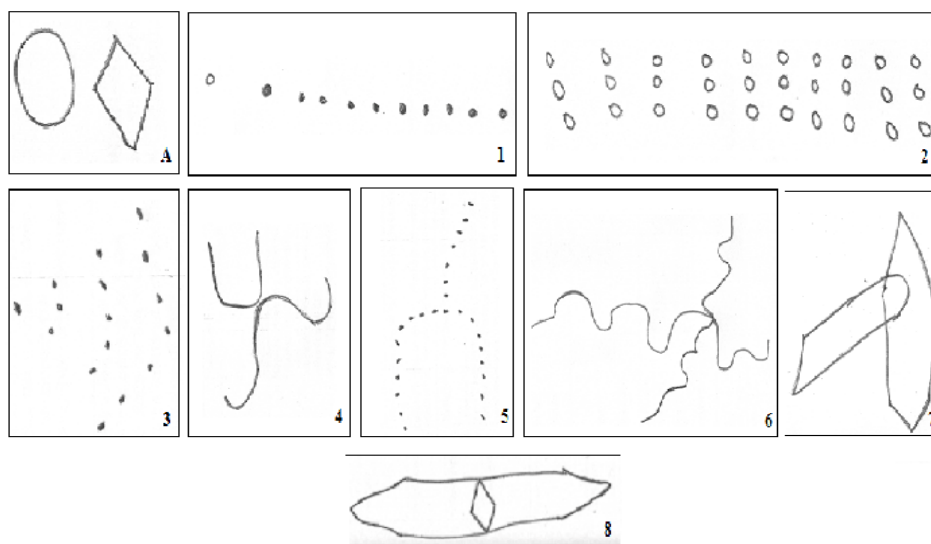
3) WAB – tento test se zaměřuje hlavně na mluvený projev jedince, zda dokáže jedinec pojmenovat věci, zda rozumí tomu, co se mu komunikátor snaží sdělit a další. Kromě řeči se testuje stejně jako u MMSA testu počítání, schopnost splnění úkolů aj.

4) Bender-Gestalt test – v tomto testu se obkreslují obrázky, každým obrázkem stoupá náročnost. Na uvedeném snímku můžeme vidět obrázky, které se v testu používají. Na druhém obrázku je znázorněno, jak ho obkreslí člověk s demencí.



Obrázek č. 1: Obrázky v Bender-Gestalt

(Zdroj: MOETESUM, Momina, Uzma MASROOR, Chawki DJEDDI a I. SIDDIQI, 2022)



Obrázek č. 2: Bender-Gestalt test – Kresleno seniorem s demencí

(Zdroj: MOETESUM, Momina, Uzma MASROOR, Chawki DJEDDI a I. SIDDIQI, 2022)

5) Stroopův test – testuje, jak člověk dokáže udržet pozornost, psychomotorické tempo, schopnost adaptace na zátěž a mentální pružnost.

2.3 Komunikace se seniory s demencí

Komunikační dovednosti seniorů jsou ovlivněny jak běžným stárnutím, tak i rozvojem demence. Pokles kognitivních a každodenních funkcí se řadí do primárních příznaků demence. Jazykové nedostatky jsou patrné u všech pacientů s Alzheimerovou chorobou. Výrazně nižších výsledků dosahují v oblasti verbálního vyjadřování, porozumění, sluchu,

čtení a psaní. Cévní demencí je ovlivněno více kognitivních domén včetně jazyka a komunikačních funkcí. Lidé s demencí používají méně slov, méně běžná slova, méně předložkových spojení, méně závislých vět a více neúplných roztržitých vět (Banovic, Zunic, Sinanovic, 2018).

Při konverzaci s člověkem s demencí je důležité vytvořit bezpečný prostor, kdy je čas věnovat se rozhovoru bez vlivu rozptylujících faktorů. Při rozhovoru by se měl člověk oslovovat jménem. Je možné použít doteky, pokud je to pro danou osobu vyhovující. Důležité je i tempo řeči komunikujícího. Rozhovor by měl být veden zřetelně, pomalu, v přiměřené hlasitosti a krátkých větách. Nedoporučuje se dávat seniorům s demencí otevřené otázky. Vzhledem k potížím s hledáním slov je doporučováno ptát se na otázky s odpovědí ano/ne. Při komunikaci je dobré použít i neverbální techniky, jako jsou například gesta či obrázky a fotografie (DementiaUK, 2020).

3 Vybrané druhy demence

3.1 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je pojmenovaná podle německého psychiatra a neuropatologa Aloise Alzheimerera. Na setkání jihoněmeckých psychiatrů v roce 1906 představil svůj objev. Konkrétně šlo o pacientku z Městského ústavu, kde pracoval. Jednalo se o paní Auguste D., u ní si Alzheimer všiml, že má odchylku v neurofibrilech. Paní zapomínala, nebyla orientovaná sebou ani okolím, vyskytovaly se poruchy řeči aj. Později jeho spolupracovníci došli k názoru, že se nejedná o senilní demenci nýbrž samostatnou nemoc a pojmenovali ji Alzheimerovým jménem (Koukolík, Jirák, 1998).

3.1.1 Vznik Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba vzniká hromaděním beta amyloidu, díky tomu se tvoří amyloidové plaky. To narušuje spojení neuronů a vede k jejich úbytku. Dochází k celkovému úbytku mozkové tkáně, která je neobnovitelná (Hauke a kol., 2017).

Alzheimerova choroba je nejrozšířenějším typem demence ve světě. V České republice tuto chorobu má minimálně 50 % osob ze všech diagnostikovaných demencí (Jirák, Hort 2007).

Rozlišujeme dva typy Alzheimerovy choroby. Typ presenilní, který se týká osob, u nichž se Alzheimer prokáže před dovršením seniorského věku (65 let). Druhým typem Alzheimerovy choroby je typ označovaný jako senilní. Ten se naopak rozvíjí až po 65. roce (Hauke a kol., 2017).

Na otázku, zda genetika hraje roli v onemocnění Alzheimerovou chorobou odpovídá Jirák (2009). Tato choroba se může přenášet v rámci rodiny, ale genetika není zásadním faktorem. Jedná se o desetinu procent maximálně několik procent z celkového počtu diagnostikovaných Alzheimerových onemocnění.

3.1.2 Stádia Alzheimerovy choroby

Alzheimerovu chorobu rozdělujeme do tří stádií. (Jirák 2009, str.32)

- 1) Lehká demence: Osoba si uvědomuje zapomínání určitých věcí. Vyskytují se poruchy složitějších úkonů dne.
- 2) Střední demence: Lidé se neorientují v časoprostoru. Časté zapomínání, nyní je i dlouhodobá paměť narušena.
- 3) Těžká demence: V tomto stádiu demence je člověk naprosto dezorientovaný, není orientovaný ani osobou, časem či místem.

Hauke a kol. (2017) uvádí šest příznaků Alzheimerovy choroby.

- 1) Porucha paměti: Dochází k poškození krátkodobé paměti, v rozvinutějším stadiu choroby dochází i k narušení dlouhodobé paměti.
- 2) Postupná ztráta mechanických dovedností: Člověk se vrací k zažitým způsobům vykonávání činnosti z mládí (vodu nevaří v konvici nýbrž na plotně v kastrůlku). Později ztrácí i tyto zažité stereotypy.
- 3) Ztráta orientace: Osoba s pokročilou demencí ztrácí pojem o časoprostoru. V určité fázi demence nepoznává ani rodinné příslušníky, dlouholeté známé aj., naopak se může stát, že do života této osoby vstoupí již zemřelý člověk (90ti-letá paní je přesvědčena, že musí ze zařízení domů starat se o maminku).
- 4) Potíže v komunikaci: Snižuje se slovní zásoba z důvodu špatné paměti. Stává se, že člověk nerozumí ani tomu, co mu druhý člověk říká. V poslední fázi úplně přestane verbálně komunikovat.
- 5) Změny osobnosti: Může dojít k úplné změně osobnosti. Mnohdy dochází k nemožnosti ovládnutí svých emocí nebo k vyhasnutí emočních reakcí. Lidé s demencí zapomínají, jak se chovat ve společnosti.
- 6) Ztráta soběstačnosti: Jedná se o postupný proces.

3.2 Demence u Parkinsonovy choroby

Parkinsonova nemoc je neurodegenerativní onemocnění postihující především mozkový kmen a jeho dopaminergní buňky. V pozdějších stádiích a především u případů, které se objevují až ve vyšším věku, bývají postiženy i další oblasti mozku (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Toto neurodegenerativní onemocnění je pojmenováno dle londýnského lékaře, který poprvé definoval jeho příznaky, Jamese Parkinsona. Bylo tomu tak v jeho publikaci *Ann Essay on the Shaking Palsy* (v překladu: O třaslavé obrně). Po vydání této publikace s Jamesem Parkinsonem souhlasila i řada dalších lékařů, již se s podobnými příznaky nedefinovanými žádnou nemocí setkali také (Roth, 2009).

Parkinsonova nemoc není život ohrožující. Má vliv na kvalitu života, nikoliv na jeho délku (Freund 2014). Může se ve výjimečných případech rozvinout v dětství, ale spíše se jedná o onemocnění středního a vyššího věku. Průběh nemoci je pozvolný. Onemocnění se nejdříve projevuje na jedné končetině, později se rozšíří na celou polovinu těla, až nakonec dojde k zasažení celého těla (Rektor, 1999).

Jedná se o nemoc, která je rozšířena po celém světě. V Evropě odhadem každý tisící člověk je postižený Parkinsonovou nemocí. Statistiky nebývají přesné, u někoho nemoc nemusí být ještě diagnostikována, nebo naopak může být diagnostikována chybně (Roth, 2009).

Demencí u Parkinsonovy choroby je postihnuto nejméně 20 % osob s diagnostikovanou Parkinsonovou chorobou. Demence u Parkinsonovy choroby bývá často zanedbávaná, jelikož se léčba orientuje na řešení základního onemocnění (Pidrman, 2007).

Mezi klinické příznaky demence u Parkinsonovy choroby se řadí porucha paměti. Mimo to se člověku zpomalují myšlení a psychomotorické tempo. Oslabují se vlastní aktivity, kdy člověk s demencí u Parkinsonovy choroby není schopen uspořádat si myšlenky a započít aktivitu. Mění se i osobnost člověka. Dochází k poruchám nálad případně apatii. Možné jsou i sluchové a zrakové halucinace nebo bludy (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

3.3 Vaskulární demence

Vaskulární demence je ve Švédsku, Japonsku a Rusku považována za nejrozšířenější demenci. Ve zbytku světa je Vaskulární demence na druhém místě, před ní je Alzheimerova choroba (Koukolík a Jiráček, 1998).

V souvislosti s Vaskulární demencí, rozlišujeme několik typů této demence (Koukolík a Jiráček, 1998).

Prvním typem je Binswangerova nemoc, která se nejčastěji projevuje v 57 letech. Nemoc může začít pozvolna anebo být vyvolána infarktem. Charakteristická je porucha paměti, zhoršená chůze, inkontinence, období euforie a deprese.

3.3.1 Vznik Vaskulární demence

Borzová a Jiráček (2009) jako příčinu vaskulární demence uvádí zužování cév v mozku, cévy se mohou zužovat či zacpávat. S tímto handicapem se člověk může narodit (vrozené cévní výdutě v mozku) nebo jej získat během života. Rizikovými skupinami osob jsou:

- osoby s diabetem melitem
- osoby užívající tabák
- sportovci, jenž se jim opakovaně stávají úrazy hlavy
- osoby se srdečními chorobami
- osoby se špatnou krevní tvorbou
- osoby s příliš nízkým či vysokým tlakem
- osoby po prodělání cévní mozkové příhody

3.4 Frontotemporální demence a Pickova nemoc

Frontotemporální demence zahrnuje širší spektrum onemocnění, u kterých je společná progresivní degenerace temporálních a frontálních laloků. Objevuje se mezi 45. až 65. rokem. Výrazné změny nastávají v oblasti sociálního chování, kde dochází k netaktnosti a disinhibici. Člověk s frontotemporální demencí se vlivem onemocnění stává pasivní. Dochází k otupění emocí a to vč. primárních, jako je štěstí, smutek a strach. Dalšími

příznaky jsou narušení prostorové orientace, praktických dovedností a paměti (Snowden, Neary, Mann, 2002).

Příčina tohoto onemocnění není zřejmá, ale existuje určitý předpoklad, že je zde faktor genetické predispozice. Průměrná délka onemocnění je osm let a projevy nemoci závisí na místě poškození. Například u změn čelní oblasti mozku dochází ke změnám osobnostních a behaviorálních rysů (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

4 Institucionální péče o seniory

V současné době stát usiluje o deinstitucionalizaci služeb pro seniory. Cílem je seniory udržet v jejich přirozeném prostředí. K tomu by měl prospívat rozvoj terénních a ambulantních služeb, které umožňují osobám setrvat při nepříznivé situaci v domácím prostředí (Malíková, 2020).

Poskytovateli sociálních služeb mohou být MPSV, obce, kraje a nestátní neziskové organizace či fyzické osoby a církve. Dané subjekty mohou být poskytovateli sociálních služeb na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb, které vznikne po rozhodnutí o registraci, vydané příslušným krajským úřadem (Matoušek, 2007). V dnešní době je více než 85 % pobytových zařízení zřizováno kraji a obcemi, neziskovými organizacemi a církví (Malíková, 2020).

1. ledna 2007 nabyt účinnosti zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který upravuje právní rámec pro vztahy mezi institucemi poskytující sociální služby a jedinci, již potřebují pomoc a podporu v nepříjemné sociální situaci. Mimo to také klade důraz na individuální potřeby klienta a zachování jeho lidských práv (Dvořáčková, 2012).

Na základě § 33 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který je účinný od 1. 1. 2007 vymezujeme sociální služby na:

- pobytové
- ambulantní
- terénní

Forma a rozsah podpory a pomoci v sociálních službách musí vycházet z individuálních potřeb jedince. Nesmí ohrožovat lidská práva a musí zachovávat lidskou důstojnost. Pomoc musí působit aktivně, tak aby udržovala soběstačnost klienta, motivovala ho k činnostem, jež nevedou k dlouhodobému prohlubování či setrvávání nevyhovující sociální situace. (Dvořáčková, Hrozenská, 2013)

4.1 Domovy pro seniory

Osobám se sníženou soběstačností v důsledku vysokého věku a zároveň vyžadujícím pravidelnou pomoc je určena pobytová služba Domov pro seniory (Ondrušová, 2017).

4.1.1 Legislativní úprava Domovů pro seniory

Vyhláška č. 505/2006 Sb. v druhé části upravuje základní činnosti, které jsou v Domovech poskytovány a ceny jednotlivých úkonů. Pro rok 2022 je momentální maximální cena za stravu 205 Kč (celý den) a z toho se maximálně 95 Kč může účtovat za oběd. Za poskytnutí ubytování a to vč. provozních nákladů může být maximální úhrada 250 Kč za den. Osobám v Domovech pro seniory je poskytováno ubytování, strava, podpora při osobní hygieně a při zvládnání jiných běžných úkonů související s péčí o sebe. Dále se poskytuje podpora při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a při obstarávání osobních záležitostí. V Domově pro seniory se pomáhá jednotlivcům s uplatňováním jejich práv a oprávněných zájmů. Domov pro seniory je také místem se sociálně terapeutickými aktivitami a aktivizačními aktivitami (Holmerová a kol., 2014).

Domovy pro seniory mají danou organizační strukturu, organizační řád, pravomoci, cíle a poslání. To vše se odvozuje od standardů kvality sociálních služeb, které jsou důležité pro zvyšování kvality sociálních služeb. Dodržování standardů se kontroluje státní inspekcí kvality (Janečková, 2013).

4.2 Domovy se zvláštním režimem

- 1) Zákon č. 108/2006 Sb., říká, že v domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, jejichž soběstačnost je snížena z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají za následek sníženou soběstačnost. Poskytují se také osobám, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Činnosti a maximální možné úhrady Domovů se zvláštním režimem upravuje vyhláška č. 505/2006 Sb., kdy jsou jednotlivé úkony a jejich ceny s Domovy pro seniory shodné.

5 Potřeby seniorů s demencí

Naplnování základních potřeb je hlavní pro žití kvalitního života (Dvořáčková, 2012).

Příbyl (2015) charakterizuje potřebu jako reakci na absenci něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeby jsou důsledkem vzájemné neustálé interakce hodnot, racionálního i emočního rozhodování. Jsou odrazem vztahu člověka k sobě samému, ale i nároků prostředí na člověka.

Potřeby rozdělujeme na nižší a vyšší, a to dle důležitosti pro zachování života. Nižší potřeby (fyziologické/primární) mají motivovat jedince k péči o sebe z fyziologického hlediska. Do této skupiny řadíme mimo fyziologických potřeb i potřebu bezpečí. Pokud se tyto potřeby neuspokojí, nemůže člověk dlouho žít. Pakliže neuspokojí jedinec nižší potřeby, nemůže uspokojit ani vyšší potřeby. Vyšší potřeby (psychologické, sekundární) jsou potřeby získané sociálním prostředím. Řadíme sem například potřebu uznání, seberealizace a sounáležitosti (Příbyl, 2015).

Jedinci s handicapem mají stejné potřeby jako ostatní lidé. Nastávají situace, kdy člověk pro své fyzické, smyslové, mentální úroveň či psychickou nemoc nemůže své základní lidské potřeby uspokojit běžným způsobem (Novosad, 2009).

Hierarchie potřeb se v průběhu života, nemoci nebo postižení mění. Nejprve jsou nejdůležitější potřeby fyziologické, ale v závěrečné fázi to jsou potřeby spirituální. Člověk v závěrečné fázi života potřebuje odpuštění, potřebuje vědět, že jeho život měl a má smysl (Svatošová, 2012).

5.1 Teorie A. Maslowa

Pozornost pracovníků v sociálních službách je více směřována na fyziologické potřeby. Při práci se starým člověkem je potřeba nahlížet na něho komplexně, jelikož ve stáří se nenarušuje pouze biologická rovnováha, ale i psychosociální rovnováha (Chloubová, 2005).

Americký psycholog Abraham Maslow, představitel humanisticko-holistického přístupu, vytvořil hierarchii potřeb. Potřeby rozděluje na nižší a vyšší. V praxi to vypadá tak, že člověk

musí mít v dostatečné míře uspokojeny nižší potřeby a poté může uspokojovat potřeby vyšší (Chloubová, 2005).



Obrázek č. 3: Maslowa pyramida potřeb

(Zdroj: vlastní zpracování dle: Maslow (1908 – 1970), 2022)

- 1) **fyziologické potřeby (tělesné, biologické)** – Tyto potřeby udržují člověka naživu, jedná se o základní potřeby. Spadá sem potřeba dýchání, potřeba výživy, spánku, odstraňování bolesti a další.
- 2) **potřeba bezpečí a jistoty**– Naplněním této potřeby člověk získá stabilitu a jistotu. Jistotu můžeme hledat v mnoha směrech jako je naše zdraví, zázemí a rodina.
- 3) **potřeba sounáležitost a lásky** – Do této potřeby řadíme touhu po intimitě, po tom někam patřit, mít vztahy (přátelské, partnerské, rodinné), milovat a být milován.
- 4) **potřeba uznání a sebeúcty** – Tato potřeba náleží do vyšších potřeb, jelikož je poměrně těžké dosáhnout jejímu naplnění. Člověk přirozeně touží po uznání okolím, ale i po sebe-uznání.
- 5) **potřeba seberealizace** – Jedná se o potřebu, kdy jedinec potřebuje uplatnit svůj talent, schopnosti a potencial. Maslow tvrdil, že ne každý má předpoklady k tomu, aby se dokázal seberealizovat (Nešporová, Vidovičova, Svobodová, 2008).

5.2 Teorie M. Max-Neefa

Max-Neef klasifikuje základní lidské potřeby jako: obživu, ochranu, náklonnost, porozumění, participaci, rekreaci (ve smyslu volného času nebo času na přemýšlení), tvorbu, identitu a svobodu (Flynn, 2020).

Max-Neefova teorie potřeb neboli Model rozvoje lidské škály říká o lidských potřebách, že jsou nehierarchické, univerzální a neměnné své povaze. Max-Neef předpokládá, že to, co je měnné mezi časem a kulturami jsou způsoby, kterými jsou dané potřeby naplňovány (Nešporová, Vidovičova, Svobodová, 2008).

Max-Neef přiznává, že naplnění jedné potřeby může způsobit nenaplnění jiné potřeby. Příkladem může být válka, která na jednu stranu je prezentovaná jako snaha o zajištění bezpečí, ale na stranu druhou znepríjemňuje bytí, svobodu a participaci (Nešporová, Vidovičova, Svobodová, 2008).

Tabulka č. 1: Lidské potřeby Max-Neef

(Zdroj: vlastní zpracování dle: Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008)

Základní lidské potřeby	Formy uspokojení			
	Bytí (kvality)	Vlastnictví (věci)	Dělání (jednání)	Interakce (prostředí)
<u>bytí/přežití</u>	fyzické a mentální zdraví	přístřeší, jídlo, práce	jíst, oblékat se, odpočívat, pracovat	životní prostředí, sociální okolí
<u>ochrana</u>	péče, adaptibilita, autonomie	sociální zabezpečení, zdravotnictví, práce	spolupracovat, pečovat, plánovat, pomáhat	sociální prostředí, bydliště/okolí
<u>city</u>	respekt, štedrost, smysl pro humor, smyslnost	rodina, přátelství, vztahy s přírodou	sdílet, starat se o, milovat se, vyjadřovat emoce,	soukromí, intimní místa pro sdílení
<u>porozumění</u>	kritická kapacita, zvědavost, intuice	vzdělání, učitelé, literatura, politiky	analyzovat, studovat, zkoumat, meditoval	školy, rodiny, komunity, univerzity
<u>participace</u>	vnímavost, zasvěcení, smysl pro humor	odpovědnost, práce, povinnosti, práva	spolupracovat, vyjadřovat myšlení, nesouhlasit	strany, asociace, církve, sousedství
<u>volný čas</u>	imaginace, klid, spontánnost	pokojná mysl, hry, zábavy	denní snění, pamatovat si, relaxovat, bavit se	krajina, intimní prostory, místo, kde člověk může být sám
<u>kreace</u>	imaginace, vynalézavost, smělost, zvědavost	schopnosti, vlohy, práce, techniky	vynalézat, budovat, designovat, skládat	místa pro vyjádření, workshopy
<u>identita</u>	sebeúcta, zásadovost, pocit sounáležitosti	náboženství, jazyk, zvyky, práce, hodnoty, normy	poznat sám sebe, růst	prostředí každodennosti, místa, kam patřím
<u>svoboda</u>	autonomie, vášně, hrdost, otevřená mysl	rovná práva	nesouhlasit, vybrat, riskovat, uvědomění	kdekoliv

5.3 Způsob naplňování potřeb

Rozlišujeme dva způsoby naplňování potřeb, a to žádoucí a nežádoucí. Žádoucí naplňování potřeb je takové, ve kterém neškodíme svému okolí a dochází k naplnění v mezích zákona. Pokud dojde k nenaplnění potřeby člověka, ocitá se jedinec v zátěžové situaci. Jako zátěžové situace uvádí Příbyl (2015) frustraci, stres, deprivaci a konflikt.

Obranným mechanismem na zátěžové situace může být útok, kdy člověk v ohrožení může přímo zaútočit na zdroj, z něhož pramení ohrožení nebo může agresi otočit na sebe. Druhou strategií je únik (Příbyl, 2015).

5.4 Bariéry v naplňování potřeb

Naplňování potřeb může být ovlivněno řadou bariér, které jsou překážkou při pojmenování a naplnění jednotlivých potřeb.

Šamánková a kol. rozdělují bariéry na osobní, psychické, jazykové, fyziologické a bariéry z prostředí. Osobní bariéra může vzniknout z ostychu vyslovit své opravdové přání. Lidé mohou mít obavy z reakce okolí na jejich potřeby. Obavy mohou pramenit například z reakce druhé osoby na jejich přání/potřebu. Psychické bariéry vznikají na základě antipatií. Dále zde může hrát roli neschopnost přijmout pomoc druhé osoby v naplňování potřeb. Jazykové bariéry nastávají tehdy, kdy dojde k nepochopení mezi komunikanty, oproti tomu fyziologické bariéry jsou spojovány s fyzickým diskomfortem. Bariéry z prostředí jsou bariéry, které vznikají volbou nevhodného místa. Jde například o místa, kde se necítíme bezpečně, útulně (Šamánková a kol., 2011).

Praktická část

6 Výzkum

6.1 Cíl výzkumu

Schopnost rozeznat a pomoci naplňovat potřeby u seniorů s demencí je náročná, ale zároveň nepodkročitelná součást kvalitní práce s danou cílovou skupinou. V pokročilém stádiu demence senior často přichází o možnost vyjadřovat své potřeby slovně, to má za následek například depresivní stavy, zmatenost a další negativní dopady na psychiku jedince. Z toho důvodu mě zajímalo, jak potřeby seniorů s demencí pracovníci detekují a jak s nimi zacházejí.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jaké potřeby pracovníci domova se zvláštním režimem sledávají u různých skupin seniorů a jak popisují své možnosti tyto potřeby u svých klientů naplňovat.

Za dílčí výzkumné otázky je pokládáno následující: Jak a zda pracovníci domova se zvláštním režimem vnímají rozdíl v potřebách seniorů s diagnostikovanou demencí a v potřebách zdravých seniorů? Jak pracovníci popisují způsob, jakým způsobem tyto potřeby naplňují u seniorů s diagnostikovanou demencí?

6.2 Metodologie výzkumu

Pro výzkum v bakalářské práci byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. V kvalitativním výzkumu jde o zkoumání určitého fenoménu v podmínkách jemu přirozených. Fenoménu se výzkumníci pokouší porozumět a snaží se o vytvoření komplexního obrazu (Reichel, 2009). V kvalitativním výzkumu jde o zkoumání určitého široce definovaného jevu a získání maximálního množství informací (Švaříček, Šed'ová, 2010).

Data byla sbírána za pomoci polostrukturovaných rozhovorů v rozmezí 17. 1. 2021 – 13. 7. 2022. Polostrukturované rozhovory byly vybrány na základě povahy dané techniky. Polostrukturované rozhovory udávají jádro rozhovoru, které zajistí,

že všechny otázky budou probrány. Zároveň je žádoucí klást doplňkové otázky a nechat si odpovědi respondentů dovysvětlit (Kutnohorská, 2009).

Provedené rozhovory byly doslovně přepsány. Po přepsání rozhovorů byly části odpovídající na dílčí výzkumné otázky vyznačeny barevně. Dané části byly poté použity k vyhodnocení výsledků rozhovorů.

Tabulka č. 2: Hlavní a dílčí výzkumné otázky

(Zdroj: vlastní zpracování, 2022)

Hlavní výzkumná otázka – Jaké potřeby pracovníci Domova se zvláštním režimem vnímají u různých skupin seniorů a jak hodnotí své možnosti potřeby u svých klientů naplňovat?	
Dílčí výzkumné otázky	Otázky do rozhovorů
Jak a zda pracovníci domova se zvláštním režimem vnímají rozdíl v potřebách seniorů s diagnostikovanou demencí a v potřebách zdravých seniorů?	Jaký konkrétní rozdíl vnímáte mezi potřebami seniorů s diagnostikovanou demencí a potřebami zdravé skupiny seniorů?
	Která věc/činnost uvádí podle Vás seniora s demencí do duševní pohody?
	Která věc/činnost uvádí podle Vás zdravého seniora do duševní pohody?
Jak pracovníci popisují způsob, jak tyto potřeby naplňují u seniorů s diagnostikovanou demencí?	Které potřeby u seniorů s demencí jsou hůře uspokojitelné a které naopak lze uspokojit snadno?
	Jakým způsobem se Vám daří uspokojovat jednotlivé potřeby klientů? Jmenujte konkrétní situace.
	Jaký vidíte problém v čitelnosti daných potřeb u seniorů s demencí?
	V čem shledáváte úskalí při naplňování potřeb klientů Domova se zvláštním režimem?
	Které potřeby si jsou klienti Domova se zvláštním režimem schopni většinou uspokojit sami?

6.3 Charakteristika vybraného pracoviště

Pracoviště, které bylo vybráno pro praktickou část bakalářské práce je Domov se zvláštním režimem. Domov se zvláštním režimem sídlí ve vesnici Břevnice. Domov je specifický tím, že je na venkově a nabízí klientům aktivizační činnosti jako je péče o ovce, slepice, králíky či křepelky. Mimo to domov obývá i malý pes, který se volně pohybuje mezi klienty a přináší jim radost.

Zřizovatelem Domova je Kraj Vysočina se sídlem v Jihlavě. Jedná se o příspěvkovou organizaci. Domov se zvláštním režimem je oddělené pracoviště Domova Havlíčkův Brod.

Domov se zvláštním režimem Břevnice, který byl vybrán do bakalářské práce, má celkem osm pracovníků přímé péče. Se všemi pracovníci byly provedeny rozhovory na téma potřeb seniorů s demencí.

Kapacita Domova je 25 klientů. Tito klienti obývají tři lůžkové pokoje bez sociálního zařízení a jeden jednolůžkový se sociálním zařízením. Klienti Domova jsou senioři s různými typy demencí.

Tento rok Domov se zvláštním režimem v Břevnici obhájil certifikát „Vážka“, jenž uděluje Česká alzheimerovská společnost zařízením, které poskytují kvalitní péči lidem s onemocněním demence.

6.4 Charakteristika respondentů

Za komunikanty výzkumné části bakalářské práce byly zvoleny pracovníce v sociálních službách z Domova se zvláštním režimem Břevnice. Pracovnice byly vybrány z toho důvodu, že z celého personálu Domova tráví s klienty nejvíce času.

Daných osm pracovníků jsem rozdělila do dvou vzorků. První vzorek je složený z pracovníků, jejichž délka praxe v domově nepřesahuje délku 5 let. Druhý vzorek je složen z pracovníků s délkou praxe v daném domově nad 5 let. Věk zaměstnankyň prvního vzorku je od 28–45 let. Věk pracovníků z druhého vzorku je od 32–61 let. Důvodem rozdělení do těchto vzorků bylo testování, jak otázkám rozumí pracovníci s různou délkou praxe. Švaříček a Šedřová (2010) píší, že nelze provést rozhovory s několika jedinci a jejich výpovědi zařadit do stejných kategorií. Naopak je za potřebí zkoumat, jak otázkám rozumí různí respondenti.

Pracovnice byly rozděleny dle délky praxe v Domově z důvodu toho, že Domov má své určité poslání, se kterým by se pracovnice měly ztotožňovat a v jehož duchu by měly vykonávat svou práci. Každá další organizace může mít jiné poslání a pracovat jinou metodou. Z toho důvodu byly pracovnice rozděleny dle délky praxe v zařízení na které se zaměřuje bakalářská práce.

Všechny pracovnice mají za sebou akreditovaný kurz pracovníka v sociálních službách.

6.5 Rozhovory

V této části jsou prezentovány citace odpovědí z rozhovorů. Každá otázka je rozdělená dle výzkumných vzorků a na konci je její shrnutí.

Před začátkem rozhovorů byl s respondenty podepsán informovaný souhlas o zpracování jejich odpovědí v bakalářské práci (viz. příloha č.1).

Dále byl respondentům představen model hierarchie potřeb podle A. Maslowa.

Na žádost respondentů byly otázky rozhovoru poslány předem a před rozhovorem probrány individuálně s každým z respondentů. V neposlední řadě byl dotazovaným poskytnutý prostor pro případné otázky.

Všechny rozhovory se konaly na pracovišti Domova se zvláštním režimem, a to ve venkovních nebo ve vnitřních prostorách Domova. Všechny rozhovory se konaly během pracovní doby pracovníků. Při každém rozhovoru bylo vytvořeno klidné a ničím nerušené prostředí. Nejkratší rozhovor trval necelých sedm minut. Nejdelší rozhovor osmnáct minut.

Otázka č. 1

Jaký konkrétní rozdíl vnímáte mezi potřebami seniorů s diagnostikovanou demencí a potřebami zdravé skupiny seniorů?

Skupina respondentů s praxí v Domově pod 5 let.

Respondentka č. 1 – „...*Senioři s demencí zažívají více pocit méněcennosti, i tak potřebují zažít potřebu, že jejich život má smysl, že jsou potřební, že někomu na nich záleží. Často to, ale nedokážou říct, člověk musí hodně naslouchat a zkoušet. U zdravých seniorů je to jednodušší, ti si spíš řeknou, co jim schází...*“

Respondentka č. 2 – „...*U zdravé skupiny seniorů se dají potřeby lépe uspokojit, jelikož lépe komunikují...*“

Respondentka č. 3 – „...*Senioři s demencí jsou často smutní a nedokážou vysvětlit proč. Lépe se potřeby identifikují u zdravých seniorů, ale myslím si, že u seniorů s demencí je dominantní potřeba bezpečí a jistoty*“

Respondentka č. 4 – „...*Tak, u seniorů s demencí je to méně čitelné, to, co potřebují, no a u seniorů zdravých si vlastně o svou potřebu dokážou říct...*“

Respondentka č. 5 – „...*Tak, základními potřebami seniorů s demencí bych řekla, že jsou ty fyziologické potřeby. S potřebami zdravé skupiny seniorů, tak tam bych viděla to samé, ale navíc je tam i ta láska a taková ta seberealizace. Senioři s demencí to vnímají hůř, nebo obtížněji než lidi zdravé skupiny seniorů. Nedokážou už rozpoznat třeba své blízké, svou rodinu a vzpomínat na to...*“

Skupina respondentů s praxí v Domově nad 5 let.

Respondentka č. 6 – „...*Zdravá skupina seniorů má spíš potřebu seberealizace, než senioři s demencí...*“

Respondentka č. 7 – „...*U seniorů s demencí je nutné uspokojit fyziologické potřeby, hlavně jídlo, hygiena, spánek. Zdraví senioři více vyžadují seberealizaci, než lidé s demencí...*“

Respondentka č. 8 – „...Rozdíl vidím ve více oblastech. První rozdíl vidím v rozpoznávání potřeb – zdravý senior většinou sdělí, co mu chybí. Druhý rozdíl vidím v konkrétních potřebách. U seniorů s demencí je důležité naplnění fyziologických potřeb, od nich se odvíjí celý den seniora s demencí. Zdravý senior více prahne po uznání a respektu.“

Shrnutí odpovědí na otázku č. 1

Skupina respondentů s praxí pod 5 let více odkazovala na rozdíl spočívající v rozpoznávání potřeb. Skupina respondentů s praxí nad 5 let neupozorňovala na rozdíl v rozpoznávání potřeb, až na jednoho respondenta, ale spíše na konkrétní potřeby, kdy většina dotazovaných uváděla, že u seniorů s demencí je velmi důležité dbát na fyziologické potřeby. Na rozdíl od zdravých seniorů, u kterých je dle dotazovaného vzorku nárok kladen na vyšší potřeby jako je potřeba seberealizace, úcty.

Otázka č. 2

Které potřeby vidíte jako hůře uspokojitelné a které naopak lze uspokojit snadno?

Skupina respondentů s praxí v Domově pod 5 let

Respondentka č. 1 – „...Snadno jdou uspokojit fyziologické potřeby i potřeby lásky a sounáležitosti. Ostatní jsou pro mě složitější...“

Respondentka č. 2 – „...Lépe se uspokojují potřeby fyziologické, poté psychologické, do kterých bych zařadila potřebu jistoty a bezpečí, lásku, uznání. Ovšem naplňování těchto potřeb nezávisí pouze na nás, ale hlavně na rodině. Kdybych měla vybrat co je pro mě obtížné, tak je to asi seberealizace. U klientů s demencí v pokročilém stádiu je těžké najít něco, kde se mohou seberealizovat...“

Respondentka č. 3 – „...Pro mě je snadné uspokojit fyziologické potřeby, ale i potřebu lásky, například tím, že seniora obejmou, pohladím po ruce. Horší je to u seniorů s finálním stádiem demence, kteří nemluví. U nich nerozpoznám ani zda mají hlad, nebo jestli je něco bolí...“

Respondentka č. 4 – „...Já si myslím, že ty tělesné nedělají takový problém než ty psychosociální no, že to je jakoby, že to je jednodušší no než ty psychosociální...“

Respondentka č. 5 – „...Tak to je právě bych řekla právě ta láska, jako takový to, taková. Oni opravdu těžko někdy poznávají svojí rodinu i taková ta seberealizace jako že, něčemu jakoby ne je přimět, to ne ale prostě do něčeho je zapojit kolikrát mi přijde že jde kolikrát hůře, uspokojit, jde to hůře...“

Skupina respondentů s praxí v Domově nad 5 let

Respondentka č. 6 – „...U klientů s demencí, kteří se přestěhují z domova do zařízení se velmi pomalu a těžko uspokojuje potřeba bezpečí a jistoty. Lépe se uspokojují fyziologické potřeby, jako sycení, hygiena...“

Respondentka č. 7 – „... *Snadněji se uspokojují základní fyziologické potřeby. Hůře naopak se uspokojuje potřeba lásky nebo uznání...*“

Respondentka č. 8 – „... *Snadno jdou uspokojit potřeby fyziologické, potřeby založené na emocích se uspokojují špatně...*“

Shrnutí odpovědí na otázku č. 2

Obě skupiny respondentů se shodly na tom, že fyziologické potřeby se uspokojují snadno. Skupina respondentů s praxí v Domově pod 5 let zmiňovala i lehkost v naplňování vyšších potřeb, jako například potřeba uznání, potřeba lásky a sounáležitosti.

Otázka č. 3

Jakým způsobem se Vám daří uspokojovat jednotlivé potřeby klientů? Jmenujte konkrétní situace.

Skupina respondentů s praxí v Domově pod 5 let

Respondentka č. 1 – „...Každého klienta dobře známe a víme co potřebuje. Je to hodně individuální, např. víme, že jedna paní si potrpí na svou židli a nikdo si na ní nemůže sednout, jinak jí to rozhodí na x hodin...“

Respondentka č. 2 – „...U klientů v adaptaci se snažíme navazovat na zvyklosti z Domova. Hodně třeba výzdoba pokoje, předměty, které klient zná z Domova jako je například hrneček na kávu...“

Respondentka č. 3 – „...Ujištěním, pohlazením, požádáním, aby nám pomohli s nějakou prací...“

Respondentka č. 4 – „...No tam si myslím, že to je vlídným slovem, obejmutím, pohlazením a poskytnutím bezpečí... označením židle, ujištěním, kde je a proč tu je...“

Respondentka č. 5 – „...No tak na seberealizaci máme aktivizační, potřebu lásky za mě teda uspokojuje nejvíc rodina, bezpečí, to je, to se snažíme lidem třeba vysvětlit, kde jsou a i tím, že jsme na ně milý, si aspoň teda myslím..., pohladíme je po ruce, nalakujeme nehty ženským, no... namasírujeme záda... mše se pořádají a ty lidi se toho zúčastňují, taky máme, že programy v televizi pouštíme jim mše...“

Skupina respondentů s praxí v Domově nad 5 let

Respondentka č. 6 – „...Fyziologické potřeby uspokojujeme podáním stravy, provedením hygieny. Další potřeby jsou spíše o konverzaci s klienty. Ujišťováním, že mají kde spát. Lásku dáváme najevo pohlazením, vlídným slovem...“

Respondentka č. 7 – „...Myslím, že každý pracovník uspokojuje potřeby klientů jinak. Někteří klienta hezky osloví, pohladí, jiní se spíše zaměřují na to, aby klient byl v čistotě, najezený a v pohodlí. Obojí je stejně důležité...“

Respondentka č. 8 – „...Hodně důležité je naše nastavení. Musíme do práce chodit s dobrou náladou a energií, to samozřejmě není vždycky možné. Každopádně si myslím, že je to pak nakažlivé a snadněji se uspokojují potřeby založené na psychice, jako láska. Fyziologické potřeby jsou samozřejmostí, je to hlavní obsah naší práce udržet klienta čistého, napitého, najezeného, případně dobře napolohovaného...“

Shrnutí odpovědí na otázku č. 3

Skupina respondentů s praxí v Domově pod 5 let ve většině zmiňovala individuální přístup a individuální uspokojování potřeb dle preferencí klienta. Skupina respondentů s praxí nad 5 let ve většině zmiňovala individuální přístup pracovníků dle jejich osobního nastavení/povahy. U respondentek zněly věci jako rodina, vlídný personál, aktivizační činnosti, zvyklosti, mše.

Skupina respondentů s praxí pod 5 let uváděla příklady související s potřebou bezpečí a jistoty. Ve skupině respondentů s praxí nad 5 let byly spíše příklady uspokojování fyziologických potřeb, případně sounáležitosti a lásky.

Otázka č. 4

Jaký vidíte problém v čitelnosti daných potřeb u jednotlivých klientů?

Skupina respondentů s praxí v Domově pod 5 let.

Respondentka č. 1 – „...*S prohlubující se demencí se u klientů ztrácí schopnost se vyjádřit slovy. Pracovník se musí naladit na vnímání klienta a všimnout si neverbálního sdělení. To se, ale nedá vždy. Občas se to tak sejde a není čas tyto věci u každého pozorovat...*“

Respondentka č. 2 – „...*Záleží, jaký klient je. Personál musí znát všechny potřeby, pocity, výrazy v obličeji, proč nadává, proč pláče, proč ho nic nezajímá. Hledání důvodů, proč to tak je, je obtížné. Máme školení, které nás učí o komunikaci s klienty s demencí, ale v praxi je z časových důvodů náročné všechny představené techniky zkoušet...*“

Respondentka č. 3 – „...*Řekla bych, že je to celkově problém. Někteří klienti řeknou „Potřebuju na záchod“, tak s nimi jdeme, ale poté potřebu nevykonají a nevědí, co dělat. Najednou na záchod nepotřebují a my nevíme, co ten člověk doopravdy chtěl. Nechce být sám? Neměl hlad? ...Je to těžké hlavně, když je demence v pokročilém stádiu. Z naší strany bych řekla, že je bariérou vyčerpání. Často nemáme čas se jim věnovat a zjišťovat opravdovou potřebu...*“

Respondentka č. 4 – „...*No já si myslím, že ten problém je v té komunikaci...Určitě je to na nás, všimnout si té mimiky, poznat libost a nelibost a taky si předávat informace, že jo...*“

Respondentka č. 5 – „...*Já si myslím, že hlavní problém je to, že kolikrát nedokážou vyjádřit co potřebují není čas na to se jim úplně takhle věnovat a jako hlavní problém třeba v té komunikaci no že oni nedokážou vyjádřit své potřeby...*“

Skupina respondentů s praxí v Domově nad 5 let.

Respondentka č. 6 – „...*Určitě je zapotřebí více pozorovat klienty s demencí, třeba jejich mimiku. Mohli bychom se více doptávat, ale na to často není energie ani čas...*“

Respondentka č. 7 – „...*Problém je v rozeznávání jednotlivých potřeb. Klient pláče a personál neví, jestli je to kvůli potřebě vyprázdnění, nebo jestli mu je smutno po rodině...*“

Respondentka č. 8 – „...*Jako problém vidím jazykovou bariéru, dá-li se to tak říct. Klienti s demencí ztrácejí schopnost vyjadřování, často zaměňují slova, nebo říkají nesouvislé věty. Pro nás je obtížné jim porozumět...*“

Shrnutí odpovědí na otázku č. 4

Obě skupiny se shodly na těchto bariérách v čitelnosti potřeb – rozeznávání potřeb (když klient s demencí ztrácí schopnost komunikování), čas a s tím související energie. Pracovníci zmiňovali vesměs to stejné – K tomu, aby pro ně byly potřeby dobře čitelné, by potřebovali více času na pozorování neverbální komunikace, případně využití technik pro komunikaci se seniory s demencí.

Otázka č. 5

Která věc či činnost uvádí seniora s demencí do duševní pohody?

Skupina respondentů s praxí v Domově pod 5 let

Respondentka č. 1 – „...*Věci na svém místě, rituály, označené WC a jídelna, úsměv, pohlázení, pocit bezpečí...*“

Respondentka č. 2 – „...*Mít své rituály, stereotyp v denní činnosti, styk s rodinou. Nemají rádi změny, pak přichází strach, nejistota, ztratí pocit bezpečí...*“

Respondentka č. 3 – „...*Opět je to individuální. Kdybych to měla říct obecně, tak si myslím, že je to bezpečné prostředí, co je uklidňuje. Činnosti už se hodně liší, máme tu velkou skupinu seniorů, co rádi chodí na mše a jsou rádi za čtení z Bible. Taky tu máme skupinu seniorů, kteří potřebují být aktivní a uklidňuje je chození po venku a jiné aktivizace...*“

Respondentka č. 4 – „...*No tak, také si myslím, že to vlídné slovo je dobrý, potom nějaký obejmutí, pohlázení a pocit bezpečí toho klienta. To si myslím, že je nejdůležitější ten pocit bezpečí no...*“

Respondentka č. 5 – „...*Věc třeba která ho v životě bavila, uvědomí si to, že mu to něco připomíná, nebo třeba co jsem takhle vyzozorovala u nás tak televize nějaký zvuky, rádio, nějakéj předmět ktorej jim je blízkej, třeba křížek, máme třeba i různý fotografie, to je to co jsem vyzozorovala...*“

Skupina respondentů s praxí v Domově nad 5 let

Respondentka č. 6 – „...*Strava, spánek, oblíbená činnost z mládí, vlídné slovo a úsměv...*“

Respondentka č. 7 – „...*Jídlo. Ze své pracovní zkušenosti vím, že je dokáže rozhodit ledacos, co je ale nikdy nerozhodí je jídlo...*“

Respondentka č. 8 – „...*Klidné prostředí, příjemný dotek, klidný hlas...*“

Shrnutí odpovědí na otázku č. 5

Skupina respondentů s praxí v Domově pod 5 let uváděla bezpečné a příjemné prostředí, jako to, co seniory s demencí uvádí do duševní pohody, dále také úsměv, pohlazení, které bych zařadila k potřebám sounáležitosti a lásky. Jedna respondentka zmiňovala i činnosti související s potřebou seberealizace.

Ve skupině respondentů s praxí v Domově nad 5 let se odpovědi lišily. U dvou respondentek byla zmiňována strava, u jedné z nich navíc i oblíbená činnost a úsměv/vlídlné slovo, což bychom mohli zařadit do potřeby seberealizace a do potřeby lásky a sounáležitosti. U zbylé, třetí respondentky, byly zmiňovány okolnosti patřící do potřeby bezpečí a jistoty i do potřeby lásky a sounáležitosti.

Otázka č. 6

Která věc či činnost uvádí zdravého seniora do duševní pohody?

Skupina respondentů s praxí v Domově pod 5 let

Respondentka č. 1 – „...Povídání o rodině...Pokud nemají rodinu, tak o jejich životních úspěších. Je pro ně důležitý zájem...“

Respondentka č. 2 – „...Rozhodně stejně tak jako u seniorů s demencí bezpečí a jistota. Rodina, přátelé a péče o sebe samotného...“

Respondentka č. 3 – „...Chce být potřebný, soběstačný, mít svůj klid. Taky určitě hezké vztahy s rodinou...“

Respondentka č. 4 – „...No, vlastně je to podobný jak u seniorů s demencí – rodina, personál, plus teda je tam určitě ta vyšší potřeba seberealizace...“

Respondentka č. 5 – „...Tam si myslím, že je když přijde ta rodina nebo děti, ty na ně působí velice pozitivně, fotografie, vzpomínky, třeba když se s nima člověk baví o rodině vybavuje si to, co dělali, jejich záliby, práce, tak nějak různě s těma seniorama, když si člověk s nima povídá, tak se s nima dostanete do takový pohody bych řekla...“

Skupina respondentů s praxí v Domově nad 5 let

Respondentka č. 6 – „...Mít svůj klid a režim, který si sám určuje.“

Respondentka č. 7 – „...Seberealizace, celkově rádi dělají věci, které je baví, které jim jdou...“

Respondentka č. 8 – „...Kontakt s rodinou, koníčky a pocit potřebnosti...“

Shrnutí odpovědí na otázku č. 6

Skupina respondentů s praxí v Domově pod 5 let zmiňovala spíše záležitosti spadající do potřeby uznání. Dvě z pěti respondentek zmiňovaly i potřebu bezpečí a potřebu sounáležitosti, ve smyslu stráveného času s rodinou nebo konverzací na téma rodina.

Skupina respondentů s praxí v Domově nad 5 let také ve dvou ze tří dotazovaných odpovídala tak, že činnosti, které uvádí seniora do duševní pohody spadají do potřeb bezpečí. Mimo to, dvě ze tří zmiňovaly potřebu seberealizace.

Otázka č. 7

V čem shledáváte úskalí při naplňování potřeb klientů Domova se zvláštním režimem?

Skupina respondentů s praxí v Domově pod 5 let

Respondentka č. 1 – „...Nedostatek soukromí, dodržování režimu Domova v kontextu toho, že není vždy možné plnit potřeby klientů individuálně...“

Respondentka č. 2 – „...Často nejsme schopni plně člověku pomoci od bolesti, proto bych řekla, že nemůžeme ani uspokojit další potřeby z pyramidy potřeb...“

Respondentka č. 3 – „...U každého klienta je to úskalí někde jinde. Nejčastější je asi ta časová vytíženost personálu. Bariéry ze strany klienta jsou ty spojované s demencí, jako třeba dezorientace v osobách, času a prostoru. S tím je spojen strach a napětí...“

Respondentka č. 4 – „...Je to nedostatek vlastně personálu...“

Respondentka č. 5 – „...Já si myslím, že teda hlavní problém je to, že je málo personálu. Ty lidi vyžadují větší péči. Je tam víc lidí a málo personálu a ten čas, tam na ty lidi tolik není. Nedá se věnovat tolik, kolik by třeba bylo potřeba a ani na to není energie často...“

Skupina respondentů s praxí v Domově nad 5 let

Respondentka č. 6 – „...Nedostatek personálu...Má to za následek to, že nejsme schopni se klientům příliš věnovat a tím pádem naplňovat jejich potřeby ve větším měřítku, než je v náplni naší práce...“

Respondentka č. 7 – „...Každý klient je jiný, proto je důležitý individuální přístup. Někdy klient nechce, nebo nikoho nepustí do své blízkosti...“

Respondentka č. 8 – „...Faktory, které za mě nejvíce mohou ovlivňovat naplňování potřeb mohou být třeba nedůvěra k ošetřujícímu personálu, strach nebo ostych...“

Shrnutí odpovědí na otázku č. 7

Dvě respondentky ze skupiny respondentů s praxí v Domově pod 5 let uvádí, že při naplňování potřeb klientů s demencí bariéry nastávají v potřebě bezpečí, kdy se klient necítí bezpečně v pro něj novém prostředí. Respondentka č.2 uvádí, že problém nastává už ve fyziologických potřebách, kdy senioři s demencí často trpí i jinými fyzickými indispozicemi a v silách personálu v pobytové sociální službě Domov se zvláštním režimem není bolest plně utižit. Respondentky č.4 a č.5 se shodují, že největší bariéru vidí v nedostatku personálu na směně.

Skupina respondentů s praxí v Domově nad 5 let ve dvou ze tří odpovědí také zmiňuje potřebu bezpečí, jako právě úskalí v naplňování potřeb. Respondentka č.6 je toho názoru, že úskalí nastává v personálním obsazení, kdy dle jejího názoru není personál dostatečně posílen.

Otázka č. 8

Které potřeby si jsou klienti Domova se zvláštním režimem schopni většinou uspokojovat sami?

Skupina respondentů s praxí v Domově pod 5 let

Respondentka č. 1 – „...*Své biologické potřeby jako stravu, spánek, vyprazdňování...*“

Respondentka č. 2 – „...*V posledním stádiu žádné... Jinak nevím, plně asi žádné, ale částečně fyziologické potřeby...*“

Respondentka č. 3 – „...*Určitě některé fyziologické potřeby, ale ne všechny...*“

Respondentka č. 4 – „...*No, vlastně dokáží si spíše uspokojit potřebu přijetí a fyziologické potřeby...Myslím to tak, že v určité fázi demence ještě dokáží navázat přátelské vztahy, i když je to individuální...*“

Respondentka č. 5 – „...*Určitě zase ty fyziologické potřeby, že se najedí, vyprázdní, a tak různě. Zbývá je to hodně individuální...*“

Skupina respondentů s praxí v Domově nad 5 let

Respondentka č. 6 – „...*Fyziologické potřeby jako třeba jídlo, většina klientů s demencí se dokáže najíst bez naší podpory...*“

Respondentka č. 7 – „...*Fyziologické potřeby, tam bych zařadila stravu, hygienu, toaletu, a ještě lásku ve formě navázání přátelství s ostatními klienty...*“

Respondentka č. 8 – „...*Většina seniorů si dokáže obstarat některé fyziologické potřeby...*“

Shrnutí odpovědí na otázku č. 8

Zde se odpovědi poměrně shodovaly. Obě skupiny respondentů mají za to, že klienti Domova si jsou většinou schopni zaopatřit základní fyziologické potřeby. Respondentka č. 7 a respondentka č. 4 přidaly lásku, jako potřebu, kterou si klienti většinou uspokojují sami ve formě navazování přátelských vztahů.

6.6 Výsledek rozhovorů

První dílčí výzkumnou otázkou je: „Jak a zda pracovníci Domova se zvláštním režimem vnímají rozdíl v potřebách seniorů s diagnostikovanou demencí a v potřebách zdravých seniorů?“.

Na zodpovězení této dílčí výzkumné otázky mi sloužily tři otázky v rozhovoru. Odpovědi respondentů jsou rozděleny do dvou skupin z důvodu předpokládané odlišnosti v názorech pramenící z délky praxe.

Skupina respondentů s praxí pod 5 let se shodla, že rozdíl, který vnímají mezi jednotlivými skupinami seniorů je v identifikaci potřeb. Dle respondentů se lépe identifikují potřeby u zdravé skupiny seniorů. Druhá skupina respondentů s praxí nad 5 let v jednom případě také zmiňovala těžkost při identifikaci potřeb u seniorů s demencí. Mimo to je druhá skupina názoru, že zdraví senioři mají větší potřebu uspokojovat potřeby seberealizace a také uznání. S tímto se ztotožňovala i jedna respondentka ze skupiny s praxí pod 5 let.

Rozdíl v tom, co uvádí jednotlivé skupiny seniorů s ohledem na duševní pohodu, vidí respondenti s praxí pod 5 let tak, že se shodli na činnostech u seniorů s demencí, které souvisí s bezpečím a jistotou, jako další s potřebou sounáležitosti a lásky a jedna respondentka zmiňovala činnosti spojené s potřebou seberealizace.

Oproti tomu respondentky s praxí nad 5 let si myslí, že vyšší míra duševní pohody souvisí s uspokojením fyziologických potřeb, potřebou bezpečí a jistoty, potřebou sounáležitosti a lásky.

Zdravého seniora dle respondentů s praxí pod 5 let uvádí do duševní pohody situace, které souvisí s uznáním, bezpečím a jistotou, sounáležitostí a láskou. Respondenti s praxí nad 5 let měli podobný názor jako respondenti pod 5 let, akorát místo sounáležitosti a lásky se domnívají, že u zdravých seniorů je vyšší potřeba seberealizace.

Odpověď na první dílčí výzkumnou otázku zní, že rozdíl ve vnímání potřeb jednotlivých skupin seniorů je v tom, jakou důležitost jednotlivým potřebám u skupin seniorů pracovníci v sociálních službách připisují. Při rozhovorech se ukázalo, že více respondentů nehledě na délku praxe zmiňovalo, že senioři často touží po naplnění potřeby seberealizace,

kdežto u seniorů s demencí se ukázalo, že respondenti jsou názoru, že senioři s demencí potřebují spíše uspokojit potřebu lásky a bezpečí.

Dalším rozdílem je identifikace potřeb, která je u seniorů s diagnostikovanou demencí obtížná. Respondenti zmiňovali, že u zdravých seniorů mají větší lehkost při zkoumání neuspokojených potřeb, jelikož se mohou seniora zeptat a není tam jazyková bariéra. U seniorů s demencí vlivem onemocnění dochází ke vzniku bariér v komunikaci a to pracovníkům brání v identifikaci a následném sycení potřeb. Pracovníci v rozhovorech zmiňovali bazální stimulaci, díky které poznávají u seniorů s demencí libost a nelibost.

Druhou dílčí výzkumnou otázkou je „Jak pracovníci domova se zvláštním režimem popisují způsob, jak tyto potřeby naplňují u seniorů s diagnostikovanou demencí?“ Na zodpovězení této otázky mi sloužilo pět otázek z rozhovoru.

Nejvíce se respondenti shodli, že bariéry v naplňování potřeb nastávají ze strany seniora s demencí, kdy při jmenování konkrétních situací nejvíce zaznívaly ztráta slovního vyjadřování, neutišitelné bolesti, nedůvěra.

Při otázce, jaký vidí problém v čitelnosti daných potřeb nejvíce zaznívaly jazyková bariéra mezi klientem s demencí a personálem a dále čas, kdy respondenti zmiňovali, že během své pracovní doby nemají příliš možností věnovat se klientům do hloubky a individuálně. V rozhovorech se respondentky vyjadřovaly, že jeden pracovník ve směně navíc by byl s největší pravděpodobností dostatečnou posilou, se kterou by se dalo věnovat klientům i více. Další návrh padl od jedné z respondentek, a to zapojit do této oblasti více dobrovolníky. Dle respondentky dobrovolníci nejsou.

Jako dobře uspokojitelné potřeby hodnotily respondentky fyziologické potřeby. Hůře uspokojitelné potřeby dle respondentů jsou potřeba bezpečí a jistoty, seberealizace a potřeba lásky/sounáležitosti. Naopak to, co lze dle respondentů uspokojit snadno jsou fyziologické potřeby. Na tom se shodli všichni dotazovaní.

Potřeby, které si jsou dle respondentek schopni senioři s demencí uspokojovat sami jsou nejčastěji fyziologické potřeby. Respondenti jsou názoru, že jiné potřeby u seniorů s demencí nelze uspokojit bez pomoci druhé osoby. To, jak potřeby uspokojují bylo předmětem další otázky. Respondenti se shodovali, že pokud jde o potřebu klienta, musí

se uspokojovat individuálně. Nejčastěji uspokojují potřebu sounáležitosti a lásky, stejně tak často fyziologické potřeby a poté potřebu bezpečí. V uspokojování potřeb tři respondentky mluvily o konceptu bazální stimulace, který hodnotily jako velmi přínosný v práci se seniory s demencí. Respondentky zmiňovaly, že klienti Domova se zvláštním režimem jsou po bazální stimulaci klidnější. Dle respondentek se bazální stimulací dá naplnit potřeba bezpečí i lásky.

Odpovědí na mou druhou dílčí výzkumnou otázku je, že pracovníci v sociálních službách své možnosti hodnotí jako obtížné. Často bojují s nedostatkem času, i přestože slouží dvanáctihodinové směny. Na dvanáctihodinovou směnu je pro 25 klientů k dispozici personál o třech pracovnících v sociálních službách a od pondělí do pátku je k dispozici jedna pečovatelka navíc na ranní směnu.

U tohoto počtu klientů musí pracovníci v sociálních službách zajistit ranní hygienu, vyvstávání klientů, snídani, celkovou hygienu ve sprchách, dopolední svačinu, polohování u imobilních klientů, oběd, průběžné hygieny, svačinu a odpolední kávu, večerní hygienu, večeri, podporu při přípravě na spánek a doplňování inkontinenčních pomůcek na pokoj klienta. Mimo to je náplní jejich práce i administrativní část, kdy se podílí na vytváření individuálních plánů klienta a zaznamenávají provedené úkoly do počítače, tzv. kódování.

Mimo časové obtíže při naplňování potřeb z výzkumu vzešlo, že je pro pracovníky v sociálních službách těžká i čitelnost jednotlivých potřeb. Zde nastávají bariéry jak ze strany personálu, kdy respondenti zmiňovali úbytek energie, časové vytížení, tak i ze strany klientů, kdy je pro pracovníky v sociálních službách obtížná komunikace se seniory s demencí. V pokročilých fázích demence klienti ztrácejí schopnost vyjadřovat své pocity slovy. Další zmiňovaná bariéra je nemožnost plného naplnění fyziologických potřeb. Respondentka uvedla obtíže při naplňování potřeb u člověka trpícího neutišitelnými bolestmi.

Diskuse

V poslední kapitole se budu zabývat odpovědí na hlavní výzkumnou otázku, která zní: „Jaké potřeby pracovníci Domova se zvláštním režimem vnímají u různých skupin seniorů a jak hodnotí své možnosti tyto potřeby u svých klientů naplňovat?“.

Odpovědi na hlavní výzkumnou otázku jsem zjišťovala pomocí dílčích výzkumných otázek, které zní: „Jak a zda pracovníci domova se zvláštním režimem vnímají rozdíl v potřebách seniorů s diagnostikovanou demencí a v potřebách zdravých seniorů?“ a „Jak pracovníci popisují způsob, jak tyto potřeby naplňují u seniorů s diagnostikovanou demencí?“ Odpověď na tyto otázky jsem zjišťovala pomocí osmi otevřených otázek ve formě polostrukturovaných rozhovorů.

Z odpovědí vyplývá, že pracovníci Domova se zvláštním režimem mají povědomí o lidských potřebách a usilují o to jít jim vstříc v rámci své práce, i přestože je to náročné.

Potřeby u různých skupin seniorů pracovníci Domova se zvláštním režimem vnímají jako rozdílné. Ukázalo se, že se domnívají, že zdravá skupina seniorů má zvýšenou touhu po seberealizaci a uznání, kdežto u skupiny seniorů s demencí spíše převládal názor o zajištění potřeby jistoty a bezpečí. Myslím si, že to může být způsobeno tím, že jsou často senioři s demencí vnímáni a přirovnáváni k bezbranným dětem, kterým musíme poskytnout bezpečné útočiště pro rozvoj jejich duševní pohody. Naopak u zdravých seniorů se domnívám, že převládá přesvědčení, že základní potřeby si jsou schopni uspokojit sami.

Své možnosti tyto potřeby naplňovat pracovníci nehodnotili kladně. V rozhovorech zaznívalo, že jsou časově vytíženi, často bez energie a také uváděli obtížnost při komunikaci se seniorem s demencí.

Co se v rozhovorech ukázalo tak to, že se poměrně často rozcházel názory skupin respondentů. Skupina respondentů s praxí pod 5 let při rozhovorech mluvila spíše o potřebách bezpečí a jistoty, sounáležitosti a lásky, kdežto skupina respondentů s praxí nad 5 let zmiňovala spíše praktické věci a fyziologické potřeby.

Faktorů, které mohou ovlivňovat názory skupin respondentů je více a ve své práci jsem nezjišťovala, čím to je. Domnívám se, že zde roli může hrát naučený přístup personálu

působící v Domově nad 5 let. Během pěti a více let se pracovník setká s mnoha náročnými situacemi jako například s nešťastnými životními příběhy klientů, bezmoci při práci s klienty s demencí i se smrtí klientů. Je individuální, jak se s tím každý vyrovná, ale držet si odstup a zaměřovat se pouze na nezbytné praktické činnosti může být jedna z forem udržení duševní pohody pracovníků.

Zjistila jsem, že v tom, aby se personál Domova mohl více zaměřovat na komplexního jedince je zapotřebí posílit personální obsazení na jednotlivých směnách. Jako alternativa mě napadá možnost více zapojit dobrovolníky, kteří by mohli seniora zajistit více po psychosociální stránce. Tuto možnost zmiňovaly i respondentky v rozhovorech. Do Domova dle mých zjištění momentálně dochází jedna dobrovolnice pouze párkrát do měsíce. K tomu, aby do Domova docházelo více dobrovolníků je dle mého názoru potřeba více informovat širokou veřejnost o dobrovolnictví a jeho významu.

Také si myslím, že k řešení problematiky potřeb by bylo dobré pravidelně proškolenat personál na různé techniky využitelné při komunikaci se seniory s demencí. Jedním z nich by mohla být validace od Naomi Feil. Tato metoda je nápomocná při komunikaci s dezorientovanými seniory. Cílem této metody je vcítit se do starého člověka, akceptovat ho, podporovat ho, být přítomen v jeho vnitřním světě a cítit to, co cítí daný člověk. Naladěním se na seniorův dech, tón hlasu a neverbální komunikaci se daří navázat kontakt se seniorem s demencí. Dále přichází na řadu zakotvené dotyky, které můžeme doplnit hudbou. Pokud je senior ve fázi, kdy verbálně komunikuje pokládáme mu otázky, které mají za cíl ulevit seniorovi s demencí od jeho vnitřního prožívání. Validační pracovník se nepokouší analyzovat a nedoufá ve změnu dezorientovaného člověka. Pracovník dezorientovaného člověka přijímá a je ochoten osobě pomoci dosáhnout vlastního cíle (Jonnes, Miesen, 1993).

Praktická část bakalářské práce byla realizována v jednom zařízení, které je jinak koncipováno než jiné Domovy se zvláštním režimem v České republice. Domov je malý a je na venkově. Domnívám se, že by dalším předmětem výzkumu mohlo být například porovnání vnímání potřeb u pracovníků v malých Domovech do 30 lůžek a ve velkých Domovech se zvláštním režimem. Během svého studia jsem navštívila více domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. Jako největší rozdíl vnímám rodinnou atmosféru,

kteřá v malém Domově se zvláštřím režimem je, to byl také jeden z důvodů, proč byla praktická část realizovaná zde.

Vzhledem k tomu, že byl výzkum realizován v jednom malém zařízení není možné považovat jeho výsledky za obecné a uplatnitelné v celkovém náhledu na všechny pracovníky v přímé péči a jejich vnímání potřeb u seniorů s demencí.

Závěr

Tato bakalářská práce se zabývala potřebami seniorů s diagnostikovanou demencí z pohledu pracovníků v sociálních službách.

Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. První kapitola se zabývá definicí stáří, druhá kapitola popisuje nejčastější typy demence, jako je například Alzheimerova choroba. Třetí kapitola se zabývá dvěma institucemi dlouhodobé péče o seniory. Poslední kapitola teoretické části je o potřebách seniorů s diagnostikovanou demencí. V této kapitole jsou představeny dva nejznámější pohledy na potřeby, a to teorie A. Maslowa a Maxe-Neefa.

Praktická část je realizovaná kvalitativním výzkumem, ve kterém jsem k zjištění odpovědí použila polostrukturované rozhovory. Cílem této části bylo zjistit pohled pracovníků Domova se zvláštním režimem na problematiku potřeb. Přesněji, zjistit jejich náhled na rozdílnost v potřebách u zdravé skupiny seniorů a u skupiny seniorů s demencí. Dalším cílem, jenž byl v práci stanoven bylo zjistit, jak pracovníci v sociálních službách vnímají své možnosti v naplnění. Zajímaly mě bariéry v naplňování, potřeby, které hodnotí jako neaktivnější při práci s touto cílovou skupinou a zda je čitelnost jednotlivých potřeb obtížná a v čem konkrétně.

Odpovědi respondentů byly zajímavé a přínosné. Odpovědi se lišily u respondentů s praxí pod 5 let a nad 5 let. Konkrétně se lišily v náhledu na jednotlivé potřeby. Pracovníci s praxí nad 5 let byli zaměřeni spíše na praktické věci jako fyziologické potřeby, kdežto pracovníci s praxí pod 5 let více při rozhovorech přemýšleli o psychosociální složce člověka. Napadlo mě mnoho úvah, čím je to, že se odpovědi skupin respondentů liší, ale žádnou jsem si nepotvrdila i díky malému vzorku zkoumaných osob.

Ve výzkumu se potvrdilo, že práce s touto cílovou skupinou je velmi náročná, zároveň potřebná a pro člověka přínosná.

Výsledky výzkumu by bylo možné využít pro diskusi o potřebách seniorů s demencí a o jejich důležité roli na konci života jedince. Dále si myslím, že by bylo dobré se na toto téma zaměřit z kvantitativního hlediska a zjistit názory dalších pracovníků i z jiných domovů zabývajících se péčí o seniory s demencí.

Seznam použitých zdrojů

Knížní zdroje:

BARTOŠ, Aleš a Martina HASALÍKOVÁ. *Poznejte demenci správně a včas příručka pro klinickou praxi*. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2282-8.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

HÁŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

HAUKE., Marcela a kol. *Když do života vstoupí demence aneb Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2017. ISBN 978-80-906320-7-3.

HOLMEROVÁ A KOL., Iva. *Dlouhodobá péče geriatrické aspekty a kvalita*. 2015. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5439-0.

HOLMEROVÁ A KOL., Iva. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. ISBN 80-86541-12-6.

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

JANEČKOVÁ, H. *Domovy pro seniory*. In: MATOUŠEK, O., et al. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013

JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

JIRÁK, Roman a Jakub HORT. *Alzheimerova choroba a jiné demence, aneb, Co v učebnicích 20. století*. Praha: MediMedia Information, 2007. ISBN 978-80-86336-07-7.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ, Claudia BORZOVÁ, Jří KONRÁD a kol. *Demence a jiné poruchy paměti komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

JONNES, Gema a Bere MIESEN. *Care-Giving in Dementia: Volume 1 Research and Applications*. Routledge, 1993. ISBN 9780415101684.

KALVACH, Zdeněk a KOLEKTIV. *Úvod do gerontologie a geriatricie integrovaný text pro interdisciplinární studium*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.

KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0102-3.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.

JANA, Kutnohorská. *Výzkum v ošetrovatelství*. I. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

NEŠPOROVÁ, O., SVOBODOVÁ, K., VIDOVIČOVÁ, L. 2008. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV, v.v.i. ISBN 978-8087007-96-9.

NOVOSAD, L. 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7

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

REICHEL, Jří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.

REMR, Jiri. (2005). *Institucionální péče o seniory*. Studie CESES. 3. 2005.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Víme si rady s duchovními potřebami nemocných?*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4107-9.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. I. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-313-0.

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Ageismus průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, 2002. ISBN 80-238-9506-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II dospělost a stáří*. II. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

Zákony:

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

Vyhláška č. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Elektronické zdroje:

BENEŠOVÁ, Romana. „Ageismus“. *Socioweb* [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2011(1), 8-9. ISSN 1214-1720. Dostupné

z: http://www.socioweb.cz/upl/editorial/download/186_SOCIOWEB_01_2011_.pdf

ČESKÁ ALZHAIMEROVSKÁ SPOLEČNOST. Výroční zpráva za rok 2020: Demence včera, dnes a zítra. *Alzheimer.cz* [online]. Praha, 2021, 16.6.2021 [cit. 2022-04-23]. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/res/archive/006/000749.pdf?seek=1625080329>

Domov pro seniory Havlíčkův Brod [online]. 2022 [cit. 2022-08-01]. Dostupné z: <https://www.ddhb.cz/>

FLYNN, Alexis. What is the Max-Neef theory?. <https://greedhead.net/> [online]. 1. 9. 2020 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://greedhead.net/what-is-the-max-neef-theory/>

FREUND, Zdislava. Parkinsonova nemoc. In: *Parkinson společnost o.s.* [online]. Parkinson, o.s, 2014 [cit. 2021-04-04]. Dostupné z: <http://www.spolecnost-parkinson.cz/res/data/038/004042.pdf>

CHLOUBOVÁ, H. Změny potřeb ve stáří [online]. Zpravodaj pro management rezidenčních zařízení, 2005. Dostupné z: http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf

MÁTĽ, Ondřej, Iva HOLMEROVÁ a Martina MÁTĽOVÁ. Zpráva o stavu demence 2014: Existují v krajích České republiky významnější rozdíly? In: [Http://www.alzheimer.cz/](http://www.alzheimer.cz/) [online]. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o. p. s, 2014. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/003/000389.pdf?seek=1455022795>

National Institute on Aging [online]. United States [cit. 2022-07-28]. Dostupné z: <https://www.nia.nih.gov/health/10-myths-about-aging>

SNOWDEN, J., NEARY, D., a MANN, D. (2002). Frontotemporální demence. *British Journal of Psychiatry*, 180 (2), 140-143. doi:10.1192/bjp.180.2.140

ŠTĚPANYOVÁ, Gabriela. Ministerstvo zdravotnictví a NUDZ připravily Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc. *Hygpraha.cz* [online]. Praha, 2019, 18.9. 2019. Dostupné z: http://www.hygpraha.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-a-nudz-pripravily-narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc-4362_4362_161_1.html

Petr. *Demence: prioritá pro systém zdravotnictví (zpráva WHO)* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2012 Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/63_12.pdf

Zdroje obrázky:

MOETESUM, Momina, Uzma MASROOR, Chawki DJEDDI a I. SIDDIQI. *Automated scoring of Bender Gestalt Test using image analysis techniques* [online]. In: . 2015 [cit. 2021-04-17]. Dostupné z: <https://www.semanticscholar.org/paper/Automated-scoring-of-Bender-Gestalt-Test-using-Moetesum-Siddiqi/a8b463b46a80e501830a0278c99e8f608998ca5f>

Vlastní zpracování dle: Maslow (1908 - 1970) Hierarchy of needs. 5 or 7 levels? Useful or useless?. In: [Http://donaldclarkplanb.blogspot.com/](http://donaldclarkplanb.blogspot.com/) [online]. 2012, 2012 [cit. 2022-05-14]. Dostupné z: <http://donaldclarkplanb.blogspot.com/2012/04/maslow-1908-1970-hierarchy-of-needs-5.html>

Vlastní zpracování dle: VIDOVIČOVÁ, Lucie, Olga NEŠPOROVÁ a Kamila SVOBODOVÁ. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. Praha: VÚPSV, 2008, s. 28. ISBN 978-80-87007-96-9.

Seznam obrázků:

Obrázek č. 1: Obrázky v Bender-Gestalt	17
Obrázek č. 2: Bender-Gestalt test – Kresleno seniorem s demencí.....	17
Obrázek č. 3: Maslowa pyramida potřeb	27

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1: Lidské potřeby Max-Neef	29
Tabulka č. 2: Hlavní a dílčí výzkumné otázky	32

Seznam příloh:

Příloha č. 1: Informovaný souhlas	I
Příloha č. 2: Scénář rozhovoru	II
Příloha č. 3: Ukázka transkripce anonymizovaného rozhovoru.....	III

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas o poskytnutí rozhovoru do praktické části bakalářské práce.

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru pro bakalářskou práci Nikoly Morkusové na téma:
„Potřeby seniorů s diagnostikovanou demencí z pohledu pracovníků Domova se zvláštním režimem.“

Autorka práce poučila respondenta o možnosti neodpovídat na otázky a o možnosti přerušit či ukončit rozhovor kdykoliv bude chtít.

Autorka se zavazuje k zachování anonymity jednotlivých respondentů.

V.....

Dne.....

Podpis respondenta

.....

Příloha č. 2: Scénář rozhovoru

- I. Pozdravení
- II. Neformální konverzace
- III. Znovu představení tématu rozhovoru včetně Maslowovy pyramidy potřeb
- IV. Podepisování informovaného souhlasu s využitím rozhovoru
- V. Rozhovor
- VI. Poděkování a rozloučení

Dílčí výzkumné otázky	Otázky do rozhovorů
Jak a zda pracovníci domova se zvláštním režimem vnímají rozdíl v potřebách seniorů s diagnostikovanou demencí a v potřebách zdravých seniorů?	Jaký konkrétní rozdíl vnímáte mezi potřebami seniorů s diagnostikovanou demencí a potřebami zdravé skupiny seniorů?
	Která věc/činnost uvádí podle Vás seniora s demencí do duševní pohody?
	Která věc/činnost uvádí podle Vás zdravého seniora do duševní pohody?
Jak pracovníci Domova se zvláštním režimem popisují způsob, jak tyto potřeby naplňují u seniorů s diagnostikovanou demencí?	Které potřeby u seniorů s demencí jsou hůře uspokojitelné a které naopak lze uspokojit snadno?
	Jakým způsobem se Vám daří uspokojovat jednotlivé potřeby klientů? Jmenujte konkrétní situace.
	Jaký vidíte problém v čitelnosti daných potřeb u seniorů s demencí?
	V čem shledáváte úskalí při naplňování potřeb klientů Domova se zvláštním režimem?
	Které potřeby si jsou klienti Domova se zvláštním režimem schopni většinou uspokojit sami?

Příloha č. 3: Ukázka transkripce anonymizovaného rozhovoru

Dobrý den ještě jednou

Dobrý den.

Já Vám chci ještě jednou poděkovat, za možnost udělat s váma rozhovor na téma potřeb a chci se vás ještě jednou zeptat jestli souhlasíte s tím, že rozhovor bude nahrávaný a bude použitý v mé bakalářské práci?

Určitě nemám s tím žádný problém.

Dobře. Tak jo. My jsme teda předtím prošly, ty okruhy a otázky. Chci se zeptat máte k tomu něco ještě?

Já si myslím že jste mi to řekla srozumitelně, tak určitě nemám nic.

Dobře tak můžeme přejít na otázky?

Ano.

Moje první otázka je jaký konkrétní rozdíl vnímáte mezi potřebami seniorů s diagnostikovanou demencí a potřebami zdravé skupiny seniorů?

Tak, základními potřebami seniorů s demencí bych řekla že jsou ty fyziologické potřeby, jako je, jídlo, spánek tak vyprazdňování, a tak různé a s potřebami zdravé skupiny seniorů, tak tam bych viděla to samé, ale navíc je tam i ta láska, takový to ta seberealizace.

A u seniorů s demencí myslíte, že tam není potřeba té lásky?

Je, určitě je, ale myslím že to vnímají hůř, nebo obtížněji než ty lidi zdravé skupiny těch seniorů.

A jak konkrétně hůř těžka myslíte?

Já si myslím že, z mého pohledu takhle při práci tak, že nedokážou už rozpoznat třeba svůj blízký, mají už problémy rozpoznávat své blízké, svoji rodinu vzpomínat na to a ta zdravá skupina si to uvědomí, má radost z toho, je tam ta základní potřeba tam mít tu lásku a těšit se na ty blízký.

Takže vlastně pokud to chápu správně, tak myslíte že fyziologické skupiny mají obě skupiny stejné a co se týká potřeby lásky tak obě skupiny jí mají taky akorát teda,

senioři s demencí, tak je ta potřeba hůře uspokojitelná hlavně ze strany té rodiny kterou třeba koklikrát nepoznají?

Ano určitě, tak si to myslím.

Dobře. A jak konkrétně naplňujete potřeby klientů, kteří mají demenci? Jestli používáte na určité potřeby nějaké techniky, nebo...

No tak na seberealizaci máme aktivizační, potřebu lásky za mě teda uspokojuje nejvíc rodina, bezpečí, to je, to se snažíme lidem třeba vysvětlit, kde jsou a i tím, že jsme na ně milý, si aspoň teda myslím.

A vy jim potřebu té lásky taky nějak pomáháte uspokojit?

Jo to taky, pohladíme je po ruce, nalakujeme nehty ženským, no... namasírujeme záda.

Dobře. A která věc nebo činnost podle vás uvádí seniora s demencí do duševní pohody, co mu udělá radost, díky čemu je klidnej?

Díky čemu je klidnej... věc třeba která ho v životě bavila uvědomí si to, že mu to něco připomíná, nebo třeba co jsem takhle vypožorovala u nás tak televize nějaký zvuky, rádio, nějakéj předmět ktorej jim je blízkej, třeba křížek, máme třeba i různý fotografie, to je to, co jsem vypožorovala

A u zdravého seniora myslíte že to jak s tou věcí nebo činností která ho dostává do duševní pohody?

Tam si myslím, že je, když přijde ta rodina nebo děti, ty na ně působí velice pozitivně, fotografie, vzpomínky, třeba když se s nima člověk baví o rodině vybavuje si to, co dělali, jejich záliby, práce, tak nějak různě s těma seniorama. Když si člověk s nima povídá tak se s nima dostanete do takový pohody bych řekla.

Takže vlastně rozpravování se nad jejich životním příběhem a úspěchama?

Ano, a hlavně co jsem většinou takhle právě setkala tak většinou vyprávěli to co prožili, jakéj měli život, kde pracovali, jaký mají vnoučata, co dělají. Vlastně celej ten jejich životní příběh o tom si rádi teda povídají.

Nedostává je to spíš kolikrát teda do smutků, že vlastně už je to za nima?

No já jsem si to taky myslela. Bála jsem se na to třeba zeptat ale vyzorovala jsem a setkala jsem se právě s tím, že naopak že jsem viděla v těch lidech tu radost když to můžou někomu sdělit. I ty smutný příběhy, co tam byly tak ty lidi si pobřečej ale je to zároveň vidět, že se jim ulevilo, že to můžou někomu říct, jo. Takže mně přijde, že z vlastní zkušenosti, jinak nevím teda, ale podle mě z vlastní zkušenosti vidím teda, že je to spíš pro ně spíš přínosem, že to můžou někde někomu říct a ten život si tak jako promítnout pár slovy s námi třeba.

To je hezký.

Jo, to je.

A myslíte, teď zpátky k seniorům s demencí, jsou nějaké potřeby u seniorů s demencí, které jsou hůře uspokojitelné a které naopak lze uspokojit snadno z vašeho pohledu?

Tak no, potřeby seniorů s demencí, které jsou hůře, tak to je právě bych řekla právě ta láska, jako takový to, taková. Oni opravdu těžko někdy poznávají svoji rodinu i taková ta seberealizace jako že, něčemu jakoby ne je přimět, to ne ale prostě do něčeho je zapojit kolikrát mi přijde že jde kolikrát hůře, uspokojit, jde to hůře (tady úplně přesně nevím). Pro nás je to hůře uskutečnitelné než třeba pro ty lidi zdravé, který se zapojej, ze začátku je to třeba nebaví ale pak potom přijdou, a naopak je to začne bavit a můžou to mít třeba jako zálibu kolikrát.

A co třeba potřeba bezpečí? Jak jste schopný vlastně, vy ve vašem zařízení zajistit to, aby ten člověk se cejtil, že je na bezpečném místě? Aby se tam nebál ten člověk s demencí, který se ráno probudí a neví třeba kde ani je? Je to vůbec možné zajistit?

Tak máme v práci nastavený nějaký ty postupy, který všichni dodržujeme, takže vlastně přijdeme, přivítáme je mluvíme na ně klidným hlasem uvádíme je do takový pohody pomalejc s nima pracujeme. Jo je to takový, jako individuálnější než s těma lidma, nebo já bych neřekla individuálnější ja si myslím, že ke každému člověku se musí přistupovat individuálně, ale tak nějak klidnější. Myslím si, že když se takhle nastartuje ten den, že na toho člověka s tou demencí začneme klidným hlasem. Trošičku jim to jako pomůžeme. Pak ten den je takovej klidnější.

A je nějaká potřeba která se vám uspokojuje dobře? Která vlastně vám nedělá problém jako uspokojit u těch seniorů nebo všechny jsou takové hodně obtížné a individuální?

Je, třeba to podávání stravy, nebo pomoc při hygieně určitě taky.

A čím to je že se vám to dělá dobře?

Protože to jsou nastavený, my to máme v práci nastavený takový postupy, standardy, jak má člověk pečovat o ty lidi. A je to takový zajetý.

Takže vlastně obecně to jsou ty fyziologický potřeby jestli to chápu správně?

Ano, určitě.

Dobře, a jaký vidíte problém v čitelnosti daných potřeb seniorů s demencí?

Nevím, jaký bych viděla ten problém, ježiši já se nad tímhle musím zamyslet jakej je čitelněj problém se seniory s demencí... (delší pauza)

Když vlastně jste mluvila o tý potřebě lásky u seniorů s demencí, že to je hůře uspokojitelné tak vlastně, je nějaký problém v tom zjistit, že člověk potřebuje tu lásku, že potřebuje obejmout?

Já si myslím, že hlavní problém je to, že kolikrát nedokážou vyjádřit co potřebují není čas na to se jím úplně takhle věnovat a jako hlavní problém třeba v tý komunikaci no, že oni nedokážou vyjádřit své potřeby.

Máte na to nějaký techniky kdy vlastně takhle lze seniorům s demencí vlastně se naladíte tahle na tu jejich, když použiju slovo na jejich vlnu, a tím se vám podaří třeba s nima lépe komunikovat, nebo jestli pozorujete je co jim dělá dobře a nedobře?

Určitě pozorujeme i výrazy v tváři, mimiku a tak nějak různě

Předáváte si i informace o tom vlastně že když zjistíte že tento člověk má rád, když ho někdo pohladí, tenhle člověk zase nemá rád pohlazení, dotyky?

Určitě, předávat si to je hodně důležitý si to předávat mezi kolektivem i mezi personálem, celkově si předávat informace o klientech a sledovat jejich potřeby je jedno z důležitých věcí.

Dobře. A je nějaký úskalí, který vidíte v naplňování potřeb klientů domova se zvláštním režimem?

(Dlouho přemýšlí)

Vy jste mluvila vlastně o tý čitelnosti o tom že nemáte čas na ně. Čím to vlastně je?

Já si myslím že teda hlavní problém je to, že je málo personálu ty lidi vyžadují větší péči. Je tam víc lidí a míň personálu a ten čas tam na ty lidi tolik není.

Kolik myslíte že by bylo za potřebí personálu na tu směnu, aby byly pokryty lidi a zároveň byly pokryty i psychosociální potřeby? Protože vlastně s tím stavem personálu, co máte teď, chápu že dobře teda uspokojíte fyziologické potřeby, ale pak už teda ty psychosociální jako třeba, potřeba lásky a bezpečí, že už je to teda asi hůře uspokojitelné, vzhledem na ten čas. Kolik lidí tam máte teďka na tu směnu?

Máme tak 25 lidí, máme tři pracovníky a jednoho na ráno od pondělí do pátku, ale podle mě by to bylo tak jestli si můžu dovolit takhle, tak na deset lidí tak dva pracovníky, si myslí že by to bylo tak aktuální. Nedá... Nedá se věnovat tolik, kolik by třeba bylo potřeba.

Tomu rozumím. Je to náročné.

To jo, ale zároveň je to hezká práce a je fajn, když si člověk ten čas najde a vidí ty lidi, jak jsou rádi za maličkosti.

Za co například?

V podstatě jim stačí darovat úsměv, nebo... nebo krátká konverzace.

To je hezké.

(úsměv)

No a co myslíte. Které potřeby si jsou klienti Domova schopni většinou uspokojit sami? Jestli je nějaká taková potřeba je?

Určitě zase ty fyziologické potřeby, že se najedí, vyprázdní, a tak různě.

Jsou si třeba schopní uspokojit potřebu lásky nějakým způsobem, třeba vůči sobě? Zdá se vám že...?

Já si myslím že je to individuální, někteří ano a někteří se utápí v depresích a je to pro ně těžké.

Hmm, dobře. A potřebu bezpečí si jsou schopni uspokojit sami?

Já myslím že bezpečí, taky že to je individuální.

Máte třeba nějaký zasedací pořádek, třeba v jídelně, že vlastně na stejný místo usazujete ty samý lidi a nebo si lidi přijdou a sednou si kam chtějí?

To jsem vyzorovala, každý opravdu má svý místo a je problém potom když to někdo naruší někdo nově přijde omylem si sedne tak opravdu to ty lidi rozhodí a naruší je to. Takže si myslím že tohleto je jedna z důležitých věcí, aby měli takovou tu jistotu, že někde mají si svoje místo, že se v klidu najedí, tam kde mají svý místo, které jim nikdo nevezme.

A co ta potřeba seberealizace, nebo potřeba spirituální/duchovní je to u seniorů s demencí potřeba, kterou si senioři s demencí jsou schopni uspokojit sami anebo je to potřeba na kterou nemyslí?

Tak určitě, taky máme v domově nastavený aktivizační služby, který vlastně, různý tyhle věci se pořádají a ty lidi se toho zúčastňují, taky máme, že programy v televizi použijeme jim mše, všimla jsem si, že to na ty lidi působí.

A je to něco o co jsi dokážou říct nebo je to něco z čeho vycházíte na základě rodiny?

Určitě, na základě rodiny to stoprocentně. A myslím si takhle s demencí, nesetkala jsem se s tím, že by si o to vyloženě někdo řekl, to spíš na žádost té rodiny nebo na nějakým základu toho životopisu, kde si člověk vyčetl o tom klientovi nějaký životní příběh, ale vysloveně si o to teda neřeknou.

Dobře. Za mě to jsou všechny otázky, který jsem vám chtěla dneska položit a chci se zeptat – chcete k tomu něco doplnit?

Asi nevím, teď mě tak nenapadá. Je to práce zajímavá jak s lidma s demencí, tak s tou zdravou skupinou seniorů, oboje dvoje je to rozlišný, a přitom je to zajímavý a náročný ať je musí pochopit nějak tak a vžít se.

Tak jo, já Vám chci moc poděkovat za přínosnej rozhovor. Moc mi to pomůže.

Taky děkuju, taky mi to pomohlo si trochu všechno vybavit a vlastně takhle člověk se nad tím aspoň zamyslí, jak pracuje a jak to vnímá. Moc děkuju.

Taky děkuji.