

**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

-----

## **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.

V praktické části bakalářské práce se zaměřuji 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 mé 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
1.2.1 Sociální změny ve stáří.....	11
1.3 Mýty spojené se stářím.....	12
2 Demence.....	14
2.1 Vyšetřovací metody demence.....	15
2.1.1 Testy k diagnostice demence.....	15
2.2 Alzheimerova choroba.....	16
2.2.1 Vznik Alzheimerovy choroby.....	17
2.2.2 Stádia Alzheimerovy choroby.....	17
2.3 Parkinsonova choroba.....	18
2.3.1 Vznik Parkinsonovy choroby.....	19
2.4 Vaskulární demence.....	19
2.4.1 Vznik Vaskulární demence.....	19
2.5 Mírná kognitivní porucha.....	20
3 Institucionální péče o seniory.....	21
3.1 Domovy pro seniory.....	22
3.1.1 Legislativní úprava Domovů pro seniory.....	22
3.2 Domovy se zvláštním režimem.....	22
4 Potřeby seniorů s demencí.....	23
4.1 Teorie A. Maslowa.....	23
4.2 Teorie M. Max-Neefa.....	25
4.3 Způsob naplňování potřeb.....	27
4.4 Bariéry v naplňování potřeb.....	27
Praktická část.....	28
5 Výzkum.....	29
5.1 Cíl výzkumu.....	29
5.2 Metodologie výzkumu.....	29
5.3 Charakteristika vybraného pracoviště.....	31
5.4 Charakteristika komunikantů.....	31
5.5 Rozhovory.....	31

5.6 Výsledek rozhovorů.....	42
Diskuse:.....	48
Závěr:.....	50
Seznam použitých zdrojů.....	51
Seznam obrázků:.....	55
Seznam grafů:.....	55
Seznam příloh:.....	55
Příloha 1 - Informovaný souhlas.....	56
Příloha 2 – Scénář rozhovoru.....	57

## 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 280.000 osob s diagnózou demence. V roce 2020 bylo vedeno 159.000 osob s demencí. Zhruba tedy můžeme očekávat nárůst osob s demencí o 120.000 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. Seniori s demencí se setkávají s nepochopením a v návaznosti na to se mohou potýkat s řadou obtíží. Demenci a celkově stáří a stárnutí se věnuji v prvních dvou kapitolách své 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 pobytová sociální služba a v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, mají jasně vymezené činnosti, které poskytují a mezi ně patří komplexní péče od bazálních potřeb až po potřeby sociální, psychologické a duchovní. Tématu institucionální péče a potřebám seniorů se v teoretické části mé bakalářské práce věnuji více dopodrobna.

V praktické části mé bakalářské práce se zabývám otázkou, jak pracovníci v sociálních službách vnímají a naplňují ostatní potřeby klientů s demencí.



## Teoretická část

### 1 Definice stáří

Haškovcová (1990, s. 58) 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, jenž trvá po celý život.

Definice stáří najdeme několik. Kalvach (1997, s. 18, in Jarošová, 2006, s.8) 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. 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 je například pevnost kostí, způsob života, zaměstnání, rodinné vztahy (Holmerová, 2003)

Eva Malíková (2020, s.17) 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.

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, tělesné tkáně ztrácí pružnost), dále také atrofii, zvyšování tělesného tuku, snížená je i činnost nervového systému. To vede například k nekvalitnímu spánku, či 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, jenž 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).

Psychická změna, která může přijít po osmdesátém roce života je porucha paměti, poruchy osobnosti a porucha rozhodovacích schopností. Narůstá riziko vzniku duševního onemocnění a demence (Klevetová, 2017).

### 1.2.1 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 důležitá prevence izolace starého člověka je funkční rodina s fungujícími vztahy. (Jarošová 2006)

### **1.3 Mýty spojené se stářím**

Mýty spojené se stářím, popsal Příbyl (2015, str. 26-28). 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 či 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 nerovná se uživatel starobního důchodu. Je zde mnoho aspektů, dle kterých soudíme, zda je člověk starý. Minimálně rozlišujeme mladší seniory a starší seniory. (Příbyl 2015)

Mylná představa, že všichni senioři mají stejné potřeby a stejné vystupování ve společnosti se nazývá mýtus homogenity. (Příbyl 2015)

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. (Příbyl 2015)

Mýtus schematismu a automatismu značí představu seniora jako někoho, kdo není schopen naučit se novým činnostem a funguje pouze podle dávno naučených vzorců chování. (Příbyl 2015)

Další mýtus je založen na představě, že senioři nemají sexuální život. Pro mladší generace je představa styku seniorů odpudivá. Výzkumy dokazují, že senioři svůj sexuální život hodnotí jako uspokojivý i ve věku 70 a více. (Příbyl 2015)

Mýtů, dotýkajících se tématu stáří je mnoho – mýtus špatného spánku, mýtus o nemocech aj. (Příbyl 2015)

Dalším velkým tématem v oblasti mýtů je ageismus. Tento pojem se překládá jako „věková diskriminace“. Vidovičová (2005) definuje ageismus jako: *„Ageismus je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu manifestovaná skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.“*<sup>1</sup>

Tošnerová (2002) se ve své knize věnuje tématu zmírňování ageismu. Dle jejího názoru je potřeba v první řadě zaměřit se na svůj postoj vůči starým lidem. Dalším krokem, jak by se dalo předejít ageismu, je ukázat pravý obraz stáří už na školách. Jedna z variant 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 setkali 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.

---

1 VIDOVIČOVÁ, Lucie a Ladislav RABUŠIC. *Věková diskriminace - ageismus úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha: VÚPSV, výzkumné centrum Brno, 2005. ISBN 80-239-4645-5.

## 2 Demence

Zpráva světové zdravotnické organizace (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 či ji mohou 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 2795 osob s demencí. Podobně jako Plzeň dopadlo i Karlovarsko (ČALS 2014).

Rizikovější skupinou pro vznik demence jsou ženy, odhadem žen s demencí je 1x tolik co mužů. Dalším velkým faktorem pravděpodobnosti vzniku demence je věk. Dosažením důchodového věku se zvyšuje pravděpodobnost pro vznik demence. (ČALS 2014)

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, 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)

## 2.1 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, jenž jsou odborně proškoleni a oprávněni k tomu je provádět. Ve vícero případech tyto testy dělá praktický lékař. (Hauke, 2017)

### 2.1.1 Testy 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, MMSE (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 obrázku můžeme vidět obrázky, jenž se v testu používají. Na druhém obrázku je znázorněno, jak ho obkreslí člověk s demencí.

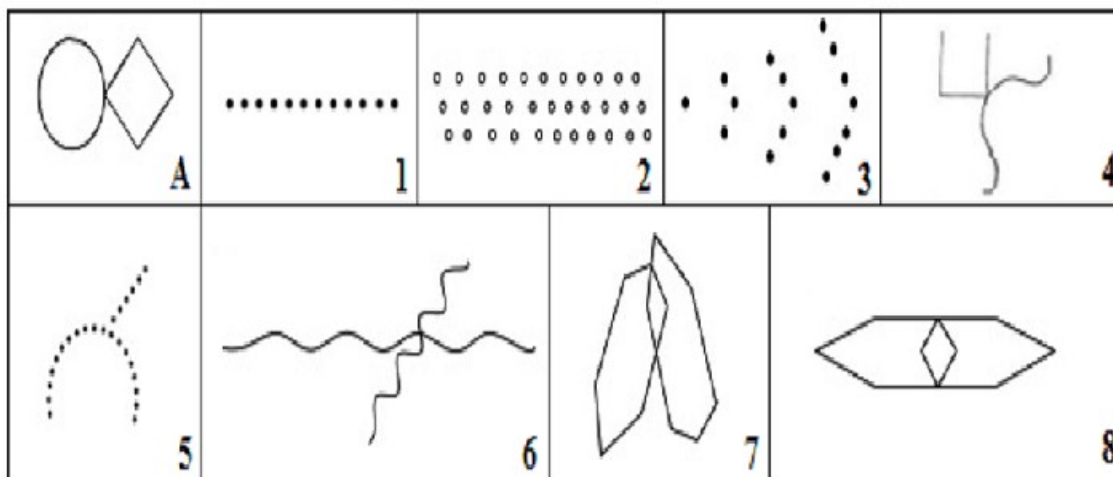
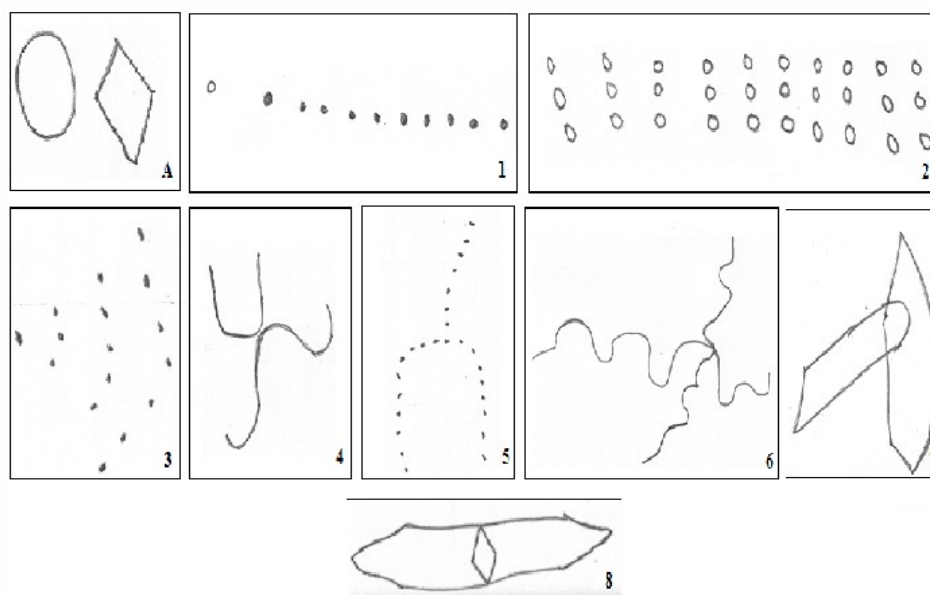


Fig. 1. Figures of Bender Gestalt Test

Obrázek č.1: Obrázky v Bender-Gestalt 1 (zdroj: <https://www.semanticscholar.org/paper/Automated-scoring-of-Bender-Gestalt-Test-using-Moetesum-Siddiqi/a8b463b46a80e501830a0278c99e8f608998ca5f>)



Obrázek č.2: Bender-Gestalt test- Kresleno seniorem s demencí 1 (zdroj: <https://www.semanticscholar.org/paper/Automated-scoring-of-Bender-Gestalt-Test-using-Moetesum-Siddiqi/a8b463b46a80e501830a0278c99e8f608998ca5f>)

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



## **2.2 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 v Městském ústavě, kde pracoval – paní Auguste D., u ní si Alzheimer všiml, že je zde odchylka 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, Jiráček, 1998)

### **2.2.1 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. (Jiráček, 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 označován jako senilní. Ten se naopak rozvíjí až po 65. roku. (Hauke a kol., 2017)

Na otázku, zda genetika hraje roli v onemocnění Alzheimerovou chorobou odpovídá Jiráček (2009, str. 31). 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.

### **2.2.2 Stádia Alzheimerovy choroby**

Alzheimerovu chorobu rozdělujeme do 3. stádií. (Jiráček 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 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 6. 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.

### 2.3 Parkinsonova choroba

*„Parkinsonova nemoc (PN) je neurodegenerativní onemocnění postihující především mozkový kmen, jeho dopaminergní buňky. V pozdějších stádiích, a především u případů, které se objevují až ve vyšším věku, bývají postiženy i další oblasti mozku.“<sup>2</sup>*

---

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

Parkinsonova nemoc je pojmenovaná dle londýnského lékaře, který poprvé definoval její příznaky – James Parkinson. 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, jenž se s podobnými příznaky nedefinovaný žádnou nemocí setkali také. Na to dostala tato nemoc jméno po Jamesovi Parkinsonovi. (Roth, 2009)

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

### 2.3.1 Vznik Parkinsonovy choroby

K tomuto onemocnění dochází zánikem nervových buněk v mozku. Člověka postihuje celkově. Naruší jeho hybnost (třes, nestabilní postoj, strnulost, zpomalenost pohybu), vyskytují se i poruchy řeči, čichová disfunkce, pokles tělesné váhy, reálné sny aj. (Freund 2014)

Co se neuropsychiatrických příznaků týče, Parkinsonova nemoc má jako jeden z hlavních příznaků demenci. Vyskytují se i poruchy chování jako je apatie, neschopnost prožívání radosti, panické ataky, stereotypní chování, deprese, delirium (z užívání léků). (Freund, 2014)

Parkinsonova nemoc není života 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)

## 2.4 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.

#### 2.4.1 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), či jej získat během života. Rizikovými skupinami osob jsou:

- Osoby s diabetes melitus
- 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

#### 2.5 Mírná kognitivní porucha

Na rozdíl od demencí, mírná kognitivní porucha nebrání lidem v soběstačnosti. Starší osoby jsou mírnou kognitivní poruchou ovlivňováni hlavně tak, že jim trvá, než si na danou věc vzpomenou. Po nápodědě jsou většinou schopni si vzpomenout. Paměť je tedy zasažena více, než je považováno za normu, ale ne natolik, aby se osoba s touto poruchou řadila mezi osoby s demencí. (alzheimer.cz, 2015)

Bartoš a Hasalíková (2010) uvádí, vysoký percentil (50-70%) možného zhoršení stavu z Mírné kognitivní poruchy do demence. Nejčastějším typem demence, který přichází po mírné kognitivní poruše, je Alzheimerova choroba.

Léčba v tomto případě je komplikovaná, nastavení vyhovující léčby je stále obtížné. Rozšířené je užívání látek podporující mozkový metabolismus, především vitamín E, extrakt z Ginkgo biloba, vitamín B, kurkuma, estrogeny, nesteroidní revmatika a další. Účinnost těchto látek se zpochybňuje, nejedná se o nic škodlivého, ale některé výzkumy hovoří o placebo ve smyslu užívání těchto látek (Bartoš a Hasalíková, 2010).

### 3 Institucionální péče o seniory

Poskytovateli sociálních služeb mohou být MPSV, obce, kraje a nestátní neziskové organizace či fyzické osoby. 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).

Historicky podloženým faktem je, že péče o seniory byla od pradávna obstarávána rodinou seniora, případně ji zabezpečovala chudinská péče. Díky tomuto zařazení nikdy nebyla péče o seniory brána jako vhodná alternativa rodinné péče. Změna přišla po druhé světové válce, kdy se systém sociálních služeb začal rozvíjet (Reml, 2005).

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, jenž 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

Jelikož se ve své práci soustředím na pobytové sociální služby, shrnu v následujících kapitolách dva základní typy pobytových zařízení pro seniory trpící demencí.

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, Hrozenková, 2013)

### **3.1 Domovy pro seniory**

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

#### **3.1.1 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 denně (vyhláška č. 505/2006 Sb.)

Osobám v Domovech pro seniory je poskytováno ubytování, strava, podpora při osobní hygieně a při zvládání jiných běžných úkonů související s péčí o sebe. 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. Dále je Domov pro seniory místo 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).

### **3.2 Domovy se zvláštním režimem**

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. Dále také osobám jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (zákon č.108/2006 Sb.)

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.

## 4 Potřeby seniorů s demencí

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

Příbyl (2015) charakterizuje potřebu jako reakci na absenci něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Dle Příbyla (2015) jsou potřeby 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, 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, vědět že jeho život měl a má smysl (Svatošová, 2012).

### 4.1 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 rozděljuje 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: Maslowova pyramida potřeb. 1

(Zdroj: Vlastní zpracování dle: <http://donaldclarkplanb.blogspot.com/2012/04/maslow-1908-1970-hierarchy-of-needs-5.html>)

**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, 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, potencial. Maslow tvrdil, že ne každý má předpoklady k tomu, aby se dokázal seberealizovat (Nešporová, Vidovičova, Svobodová, 2008).



## 4.2 Teorie M. Max-Neefa

Max-Neef klasifikuje základní lidské potřeby jako: obživu, ochranu, náklonnost, porozumění, participaci, rekreaci (ve smyslu volného času, 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).

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, štědrost, humor, smysl pro humor,	rodina, přátelství, vztahy	sdílet, starat se o, milovat se, vyjadřovat	soukromí, intimní místa pro sdílení

	smyslnost	s přírodou	emoce,	
<u>porozumění</u>	kritická kapacita, zvědavost, intuice	vzdělání, učitelé, literatura, politiky	analyzovat, studovat, zkoumat, meditovat	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, vloh, 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, vášeň, hrdost, otevřená mysl	rovná práva	nesouhlasit, vybrat, riskovat, uvědomění	kdekoliv

Obrázek č.4: Lidské potřeby Max-Neef 1

(zdroj: vlastní zpracování dle: Nešporová, Svobodová, Vidovičová, 2008, str. 26)

### **4.3 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 (Příbyl, 2015).

Pokud dojde k nenaplnění potřeby člověka ocitá se jedinec v zátěžové situaci. Jako zátěžové situace uvádí Příbyl (2015) frustrace, stres, deprivace 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).

### **4.4 Bariéry v naplňování potřeb**

Naplňování potřeb může být ovlivněno řadou bariér, které jsou překážkou při pojmenování a naplnění jednotlivých potřeb. Tyto bariéry popsali Šamánková a kol. (2011).

Šamánková a kol. (2011) 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 (Šamánková a kol., 2011).

Psychické bariéry dle Šamánkové a kol. (2011) mohou vzniknout 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 (Šamánková a kol., 2011).

Fyziologické bariéry jsou spojovány s fyzickým diskomfortem (Šamánková a kol., 2011).

Bariéry z prostředí jsou bariéry, které vznikají volbou nevhodného místa. Například místa, kde se necítíme bezpečně, útulně (Šamánková a kol., 2011).

## **Praktická část**

Praktická část bakalářské práce navazuje na teoretickou část bakalářské práce, v níž byly představeny kapitoly týkající se potřeb seniorů s demencí v institucionální péči.

Praktická část vychází z provedených rozhovorů s pracovníci v sociálních službách z jednoho konkrétního Domova se zvláštním režimem.

Vycházela jsem částečně i ze své dobrovolnické činnosti během pandemie Covid-19, kdy jsem v daném domově se zvláštním režimem působila a zaujala mě otázka potřeb u seniorů s demencí. Ve své práci se tím, jak na tyto potřeby nahlíží pracovníci domova se zvláštním režimem.

## 5 Výzkum

### 5.1 Cíl výzkumu

Schopnost rozeznat a pomoci naplňovat potřeby u seniorů s demencí je náročná, ale zároveň nepodkročitelná součástí 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 detekují a jak s nimi zacházejí.

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

Za dílčí výzkumné otázky si pokládám: 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, jak tyto potřeby naplňují u seniorů s diagnostikovanou demencí?

### 5.2 Metodologie výzkumu

Pro svůj výzkum jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu.

Data jsem sbírala za pomoci polostrukturovaných rozhovorů v rozmezí 17.1.2021 – 22.6. 2021. Hlavním důvodem, proč jsem si vybrala kvalitativní výzkum a polostrukturované rozhovory je, že jsem chtěla mít možnost doptat se respondenta a zaměřit se na výzkumný problém více do hloubky, případně si nechat dovysvětlit jednotlivé odpovědi.

<b>Hlavní výzkumná otázka – Jaké potřeby pracovníci Domova se</b>
---

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?

Před začátkem rozhovoru jsem respondenty nechala podepsat informovaný souhlas s rozhovorem a jeho využitím.

### **5.3 Charakteristika vybraného pracoviště**

Pracoviště, které jsem si vybrala pro praktickou část mé bakalářské práce je Domov se zvláštním režimem. Vybraný Domov sídlí na Vysočině a je jinak konstituovaný než většina Domovů v České republice. To je také důvodem, proč jsem si vybrala právě toto pracoviště.

Domov se zvláštním režimem na Vysočině má kapacitu pouze 25 klientů. Klienti Domova jsou senioři s různými typy demencí. Domov se zvláštním režimem sídlí v malé vesničce, má velký pozemek, kde můžeme najít ovce, slepice, křepelky, psa a jiné. To hlavně z důvodu, aby klienti mohli žít v prostředí, na které byli zvyklí, neboť většina seniorů pochází z vesnic.

Zřizovatelem Domova je Kraj Vysočina se sídlem v Jihlavě. Jedná se o příspěvkovou organizaci.

### **5.4 Charakteristika komunikantů**

Jako komunikanty mé výzkumné části bakalářské práce jsem zvolila pracovníky v sociálních službách z domova se zvláštním režimem. Pracovníky jsem zvolila z toho důvodu, že z celého personálu domova oni tráví s klienty nejvíce času.

Domov se zvláštním režimem, který jsem vybrala do své bakalářské práce má celkem osm pracovníků přímé péče na HPP. Z osmi pracovníků, jsem se šesti z nich provedla rozhovory na téma potřeb seniorů s demencí.

Daných šest 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 pracovníků prvního vzorku je od 28–45 let. Věk pracovníků z druhého vzorku je od 32–59 let. Všechny pracovníce mají za sebou akreditovaný kurz pracovníka v sociálních službách.

### **5.5 Rozhovory**

V této části prezentuji citace odpovědí z rozhovorů. Každá otázka je rozdělena dle výzkumných vzorků a na konci je její shrnutí.

Před začátkem rozhovorů jsem respondenty seznámila s informovaným souhlasem o zpracování jejich odpovědí do mé bakalářské práce (viz. příloha). Dále jsem respondentům představila hierarchii potřeb podle A. Maslowa a dala prostor pro případné otázky.

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*“

Skupina respondentů s praxí v Domově nad 5 let.

Respondentka č. 4 - „...*Zdravá skupina seniorů má spíš potřebu seberealizace, než senioři s demencí...*“

Respondentka č. 5 - „...*U seniorů s demencí je nutné uspokojit fyziologické potřeby, hlavně jídlo, hygiena, spánek. Zdraví senioři více vyžadují seberealizaci, než lidé s demencí...*“

Respondentka č. 6 - „...*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, pohládím 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...*“

Skupina respondentů s praxí v Domově nad 5 let

Respondentka č. 4 - „...*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. 5 - „...*Snadněji se uspokojují základní fyziologické potřeby. Hůře naopak se uspokojuje potřeba lásky nebo uznání...*“

Respondentka č. 6 - „... *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...*“

### Skupina respondentů s praxí v Domově nad 5 let

Respondentka č. 4 - „...*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. 5 - „...*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. 6 - „...*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. Skupina respondentů s praxí nad 5 let ve většině zmiňovala individuální přístup pracovníků dle jejich osobního nastavení/povahy.

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 vytíženost. Často nemáme čas se jim věnovat a zjišťovat opravdovou potřebu...“

### Skupina respondentů s praxí v Domově nad 5 let.

Respondentka č. 4 - „...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. 5 - „...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. 6 - „...Jako problém vidím jazykovou bariéru, dá-li se to tak říct. Klienti s demencí ztrácí 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 ve směs 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, pohlazení, 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...*“

Skupina respondentů s praxí v Domově nad 5 let

Respondentka č. 4 - „...*Strava, spánek, oblíbená činnost z mládí, vlídné slovo a úsměv...*“

Respondentka č. 5 - „...*Jídlo. Ze své pracovní zkušenosti vím, že je dokáže rozhodit ledacos, co je ale nikdy nerozhodí je jídlo...*“

Respondentka č. 6 - „...*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, pohlázení, které bych zařadila do potřeby sounáležitosti a lásky.

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...“

Skupina respondentů s praxí v Domově nad 5 let

Respondentka č. 4 - „...Mít svůj klid a režim, který si sám určuje.“

Respondentka č. 5 - „...Seberealizace, celkově rádi dělají věci, které je baví, které jim jdou...“

Respondentka č. 6 - „...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 ze tří respondentek zmiňovaly i potřebu bezpečí, sounáležitosti.

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...“

#### Skupina respondentů s praxí v Domově nad 5 let

Respondentka č.4 - „...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.5 - „...Každý klient je jiný, proto je důležitý individuální přístup. Někdy klient nechce, nebo nikoho nepustí do své blízkosti...“

Respondentka č.6 - „...*Faktory, které za mě nejvíce mohou ovlivňovat naplňování potřeb můžou 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 sociální službě Domov se zvláštním režimem není bolest plně utišit.

Skupina respondentů s praxí v Domově nad 5 let ve dvou ze tří odpovědí také zmiňuje potřebu bezpečí, jako právě úskalí v naplňování potřeb. 4. respondentka je názoru, že úskalí nastává v personálním obsazení, kdy dle jejího názoru není personál dostatečně posílen.

Cílem mé 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.

### 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...*“



### Skupina respondentů s praxí v Domově nad 5 let

Respondentka č.4- „...*Fyziologické potřeby jako třeba jídlo, většina klientů s demencí se dokáže najíst bez naší podpory...*“

Respondentka č.5.- „...*Fyziologické potřeby, tam bych zařadila stravu, hygienu, toaletu, a ještě lásku ve formě navázání přátelství s ostatními klienty...*“

Respondentka č.6. – „...*Většina seniorů si dokáže obstarat některé fyziologické potřeby...*“

### **Shrnutí odpovědí na otázku č. 7**

Zde se odpovědi poměrně shodovaly. Obě skupiny respondentů mají za to, že klienti Domova si jsou většinou schopni zaopatřit základní fyziologické potřeby. Respondentka č.5 přidala lásku, jako potřebu, kterou si klienti většinou uspokojují sami ve formě navazování přátelských vztahů.

## 5.6 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?“

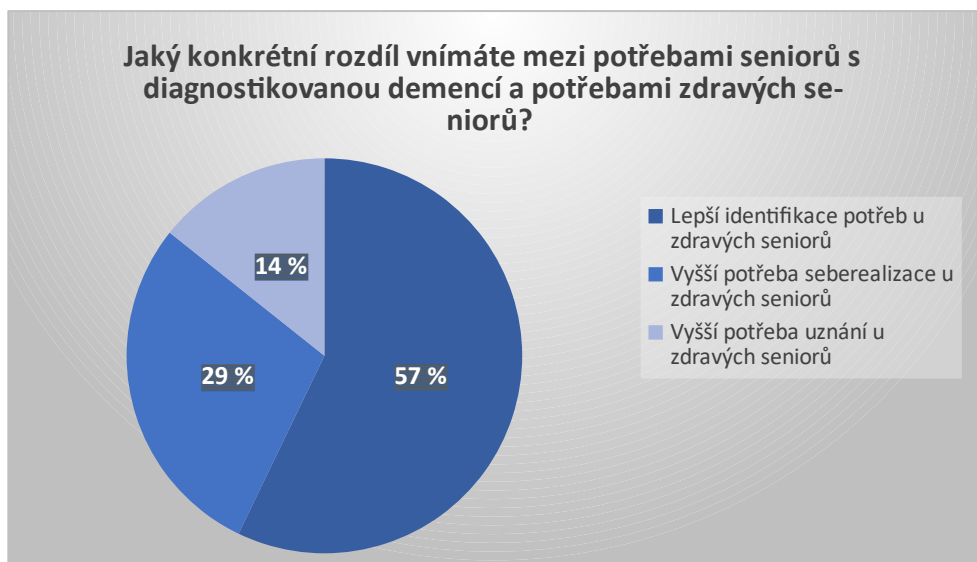
Na zodpovězení této dílčí výzkumné otázky mi sloužily 3 otázky v rozhovoru. Odpovědi respondentů jsem rozdělila do dvou skupin.

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.

Rozdíl v tom, co uvádí jednotlivé skupiny seniorů do duševní pohody 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.

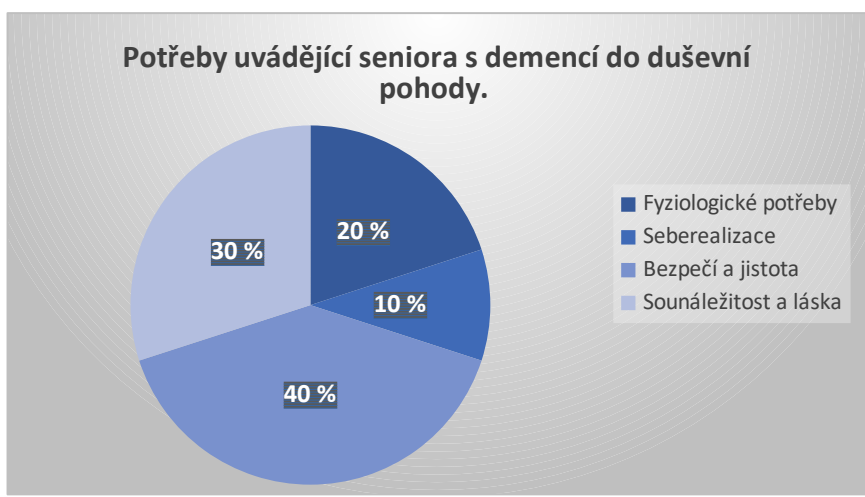
Oproti tomu respondentky s praxí nad 5 let si myslí, že vyšší míra duševní pohody souvisí s uspokojením fyziologických potřeb, potřeby bezpečí a jistoty, potřeby sounáležitosti a lásky.

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.

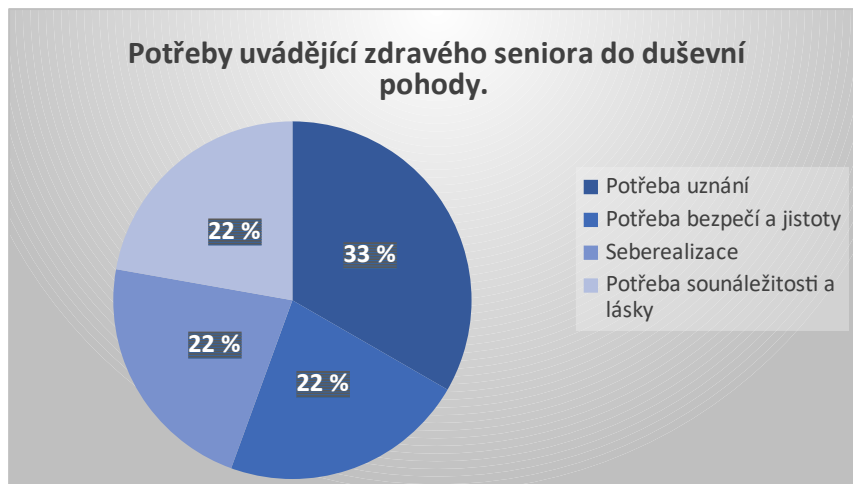


Graf č.1

Na tomto grafu můžeme vidět grafické znázornění názoru respondentů na rozdíl mezi potřebami jednotlivých skupin seniorů. Nejvíce se respondenti shodovali na tom, že u zdravých seniorů se lépe identifikují jednotlivé potřeby.



Graf č.2



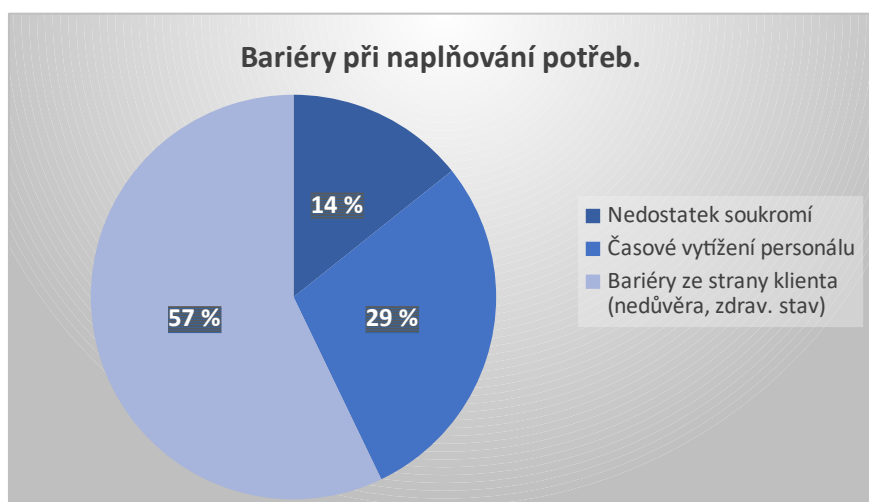
Graf č.3

Na těchto dvou grafech můžeme vidět, jaký je rozdíl mezi názorem na potřeby u zdravých seniorů a seniorů s diagnostikovanou demencí. U obou skupin seniorů se tři potřeby shodují. U seniorů s diagnostikovanou demencí jsou zmíněny fyziologické potřeby a u zdravých seniorů zase potřeba uznání.

Odpověď na mou dílčí výzkumnou otázku zní: Rozdíl ve vnímání potřeb jednotlivých skupin seniorů je v tom, jakou důležitost jednotlivým potřebám u skupin seniorů pracovníci v sociálních službách připisují. Dalším rozdílem je identifikace potřeb, která je u seniorů s diagnostikovanou demencí obtížná.

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. Na základě odpovědí respondentů jsem vytvořila následující grafy.

Graf číslo 4. popisuje bariéry v naplňování potřeb u klientů s demencí.

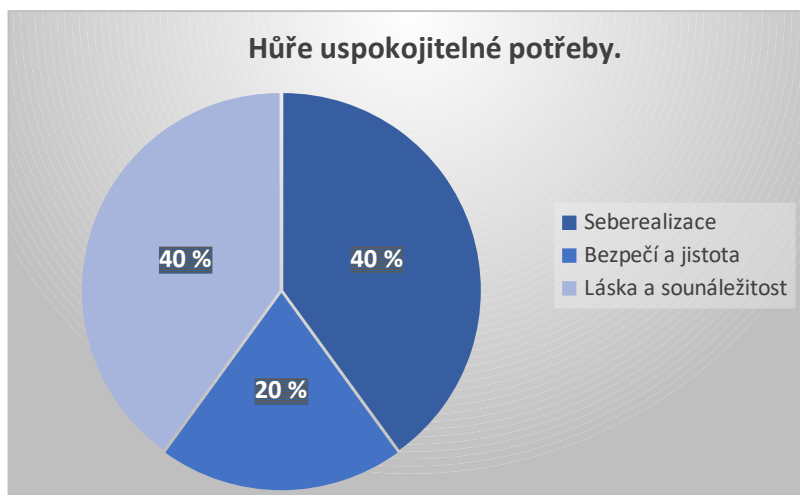


Graf č.4

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

Při otázce, jaký respondenti vidí problém v čitelnosti daných potřeb nejvíce zaznívala 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.

Jako dobře uspokojitelné potřeby se respondenti shodli na fyziologických potřebách. Hůře uspokojitelné potřeby dle respondentů jsou znázorněny na grafu č.5. Naopak to, co dle respondentů uspokojit snadno jsou fyziologické potřeby. Na tom se shodli všichni dotazovaní.



Graf č.5

Potřeby, které si jsou dle respondentů 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 mé 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.

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 dvanácti hodinové směny. Na dvanácti hodinovou směnu je pro 25. klientů k dispozici personál o třech pracovnících v sociálních službách/pečovatelkách, v pracovním týdnu 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, polední svačinu, polohování u imobilních klientů, oběd, průběžné hygieny, svačinu a odpolední kávu, večerní hygienu, večeři, podporu při přípravě na spánek. Mimo to musí zaznamenávat svou aktivitu u klientů do počítače a starat se o další věci související s provozem, jako je například doplňování inkontinenčních pomůcek a jiné.

Mimo časové obtíže při naplňování potřeb z mého 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 ztrácí schopnost vyjadřovat své pocity slovy. Další zmiňovaná bariéra je nemožnost plného naplnění fyziologických potřeb. Respondentka zmiňovala 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 obtížnost při komunikaci se seniorem s demencí.

Co bylo pro mě zajímavé, tak to, že se poměrně často rozcházely 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, kdo 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 jednotlivé směny. Jako alternativa mě napadá možnost více zapojit dobrovolníky, kteří by mohli seniora zajistit více po psychosociální stránce. 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. Sama jsem si školením na tuto komunikační metodu prošla a následně ji použila při práci s klienty s demencí. 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.

Praktickou část své bakalářské práce jsem realizovala v jednom zařízení, které je jinak koncipováno než jiné Domovy se zvláštním režimem v České republice. Domov je malý a je na venkově. Myslím si, 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 a jako největší rozdíl vnímám rodinnou atmosféru, která v malém Domově se zvláštním režimem je.

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. Dále jsem si za cíl stanovila zjistit, jak pracovníci v sociálních službách vnímají své možnosti v naplnění. Zajímaly mě bariéry v naplňování, potřeby, které hodnotí jako nejaktivnější 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 svém výzkumu jsem si potvrdila, 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

### Knižní 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.

KALVACH, Zdeněk a KOLEKTIV. *Úvod do gerontologie a geriatrie 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.

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, Jiří. *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.

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](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>

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](http://zpravodaj.marcom-praha.cz/zpr_0502/pdf/22-24.pdf)

MÁTTL, Ondřej, Iva HOLMEROVÁ a Martina MÁTLOVÁ. 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>

Mírná kognitivní porucha. In: *Alzheimer.cz* [online]. Praha [cit. 2021-04-06]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/mirna-kognitivni-porucha/>

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.hygp Praha.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-a-nudz-pripravily-narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc-4362\\_4362\\_161\\_1.html](http://www.hygp Praha.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-a-nudz-pripravily-narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc-4362_4362_161_1.html)

WIJA, Petr. *Demence: priorita pro systém zdravotnictví (zpráva WHO)* [online]. Praha: ÚZIS ČR, 2012 Dostupné z: [https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/63\\_12.pdf](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 1 – Obrázky v Bender-Gestalt testu.....

16

Obrázek 2 – Kresleno seniorem s demencí.....

16

Obrázek 3 – Maslowova pyramida potřeb.....

24

Obrázek 4 – Lidské potřeby Max-Neef.....

26

### **Seznam grafů:**

Graf 1 - .....43

Graf 2 - .....43

Graf 3 - .....44

Graf 4 - .....45

Graf 5 - .....46

### **Seznam příloh:**

#### **Příloha 1**

Informovaný souhlas.....56

#### **Příloha 2**

Scénář rozhovoru.....5

## **Příloha 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 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?
--	--------------------------