

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ
KATEDRA PEDAGOGIKY

**ADAPTACE OSOB S DEMENCÍ NA PROSTŘEDÍ DOMOVA SE
ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM - DOMOV HARMONIE, CENTRUM
SOCIÁLNÍCH SLUŽEB MIROŠOV**
DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Ivana Vildová

Sociální politika a sociální práce, Sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Josef Slowík, Ph.D.

Plzeň, 2013

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 7. 3. 2013

.....
vlastnoruční podpis

Děkuji PhDr. Josefu Slowíkovi, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, za cenné připomínky a vstřícný přístup. Děkuji zaměstnancům, uživatelům i rodinným příslušníkům uživatelů sociálních služeb domova se zvláštním režimem Domova Harmonie, centra sociálních služeb Mirošov za ochotu a otevřenost. A děkuji rovněž své rodině za podporu a pochopení. Všichni jmenovaní mají svůj podíl na tom, že se mi podařilo diplomovou práci napsat, proto jim za to touto cestou ještě jednou velice děkuji.

Originál zadání práce

OBSAH

OBSAH	1
ÚVOD	3
1 DEMENCE	4
1.1 TYPY A ETIOLOGIE DEMENCE	5
1.2 PROJEVY A STADIA DEMENCE.....	8
2. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S DEMENCÍ	14
2.1 PRÁVNÍ ÚPRAVA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB – MINULOST A SOUČASNOST	14
2.1.1 Zákon o sociálním zabezpečení	14
2.1.2 Zákon o sociálních službách.....	15
2.2 DRUHÝ, FORMY A ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	16
2.2.1 Terénní a ambulantní sociální služby.....	16
2.2.2 Pobytové sociální služby.....	18
2.2.3 Domov se zvláštním režimem – Domov Harmonie Mirošov.....	20
2.2.4 Smlouva o poskytování sociální služby, úhrada za služby.....	20
3 ADAPTACE	22
3.1 VYMEZENÍ POJMU SE ZŘETELEM NA OSOBY S DEMENCÍ.....	22
3.1.1 <i>Adaptace a socializace</i>	22
3.1.2 <i>Adaptační poruchy</i>	23
3.2 METODY A TECHNIKY USNADŇUJÍCÍ LIDEM S DEMENCÍ ADAPTACI NA NOVÉ PROSTŘEDÍ.....	26
3.2.1 <i>Programované aktivity</i> :	26
3.2.2 <i>Preterapie</i>	27
3.2.3 <i>Reminiscenční aktivity</i>	27
3.2.4 <i>Bazální stimulace</i>	28
3.3 POPIS POSTUPU PŘI ADAPTACI UŽIVATELŮ NA PROSTŘEDÍ DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM DOMOVA HARMONIE MIROŠOV	29
3.3.1 <i>Období před nástupem do zařízení</i>	29
3.3.2 <i>Období adaptace</i>	30
4. METODOLOGIE PROVÁDĚNÉHO VÝZKUMU	33
4.1 VYMEZENÍ VÝZKUMNÉ STRATEGIE.....	33
4.2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE VÝZKUMU	33
4.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU A MÍSTA ŠETŘENÍ	34
4.4 VYMEZENÍ VÝZKUMNÝCH METOD	36
4.4.1 <i>Analýza dokumentů</i>	36
4.4.2 <i>Metody kvalitativního dotazování</i>	36
4.4.3 <i>Pozorování</i>	38
4.5 SBĚR DAT A ZPŮSOB JEJICH VYHODNOCENÍ	39
4.5.1 <i>Sběr dat</i>	39

4.5.2 Zpracování dat	40
4.6 PŘEDVÝZKUM	41
4.7 ROLE VÝZKUMNÍKA	41
5 VÝSLEDKY.....	43
5. 1 MAPOVÁNÍ VÝSKYTU PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ A SITUACÍ, PŘI NICHŽ K NĚMU DOCHÁZÍ.....	44
5.1.1 MMSE a problémové chování.....	47
5.1.2 Orientace a problémové chování.....	48
5.1.3 Prostředí a problémové chování.....	48
5.1.4 Typ demence a problémové chování.....	49
5. 2 USMĚRNITELNOST PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ.....	49
5. 3 ANALÝZA PROCESU ADAPTACE UŽIVATELE.....	51
6 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ.....	53
6.1 VYHODNOCENÍ MAPOVÁNÍ VÝSKYTU PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ.....	53
6.2 VYHODNOCENÍ MOŽNOSTÍ USMĚRNITELNOSTI PROBLÉMOVÉHO CHOVÁNÍ	57
6.3 VYHODNOCENÍ ANALÝZY PROCESU ADAPTACE OSOB S DEMENCÍ NA PROSTŘEDÍ DZR DH MIROŠOV	58
7. DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	60
ZÁVĚR.....	62
RESUMÉ.....	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ	66
SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ	69
SEZNAM PŘÍLOH	70

ÚVOD

O problémy osob s demencí se intenzivně zajímám již řadu let, a to zpočátku z osobních důvodů, které přerostly v profesionální zájem. V současné době jsem jako sociální pracovnice pobytového zařízení v úzkém kontaktu s osobami s demencí i jejich rodinnými příslušníky.

Během jednání předcházejících nástupu do zařízení se rodinní příslušníci často obávají, zda si jejich blízký v pobytovém zařízení dokáže zvyknout a zda mu přechod do nového prostředí neublíží.

Byli to tedy právě rodinní příslušníci zájemců o služby, kteří mě přivedli na myšlenku hlouběji se problematikou adaptace zabývat, zvláště když jsem v odborné literatuře nenalezla dostatečné odpovědi na své i jejich otázky.

Svojí diplomovou prací bych proto chtěla přispět k pochopení procesu adaptace na prostředí domova se zvláštním režimem Domova Harmonie, centra sociálních služeb Mirošov (dále v textu označován též jako DZR DH Mirošov), a tím přispět ke zkvalitnění sociálních služeb poskytovaných osobám s demencí a snad i přispět k rozptýlení obav z přechodu do nového prostředí.

Teoretickou část tvoří tři kapitoly, z nichž úvodní pojednává o symptomech, typech a stádiích demence. Ve druhé kapitole se autorka práce dotýká blízké minulosti v sociálním zabezpečení, ale především se zabývá sociálními službami pro osoby s demencí poskytovanými dle zákona o sociálních službách. Třetí kapitola je vzhledem ke zvolenému tématu práce stěžejní kapitolou teoretické části, je zaměřena na problematiku adaptace a socializace jak v obecné, tak speciální rovině, kdy se věnuje adaptaci osob s demencí.

Odborná část je uvozena kapitolou o metodologii prováděného výzkumu s vymezením výzkumného problému, cíle výzkumu, charakteristiku výzkumného vzorku a místa šetření i vymezení použitých výzkumných metod.

V dalších kapitolách jsou předložena, shrnuta a interpretována data získaná v průběhu výzkumu. Na jejich podkladě pak autorka uvedla svá doporučení pro praxi.

1 DEMENCE

Demence patří mezi získaná mentální postižení, nikdy se nejedná o postižení vrozené. Ačkoliv se vyskytuje především u osob nad 65 let, může zasáhnout i osoby podstatně mladší, demenci lze diagnostikovat již u dětí po druhém roce věku. Jedná se o „*organicky podmíněný syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek kognitivních funkcí, především inteligence a paměti.*“ (Vágnerová, 2004, s. 265). Má chronickou povahu s různou mírou progresu.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) řadí demence do V. kapitoly – Poruchy duševní a poruchy chování, oddílu Organické duševní poruchy včetně symptomatických. Je popsána jako: „*syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.*“

Pojem „demence“ z hlediska jazykového vysvětluje gerontopsycholog Huub Buijssen (2005). Slovo je latinského původu, je složeno z předpony „de“, znamenající „odstranit, a slova „mens“, v překladu mysl. Pojem lze tedy doslovně přeložit jako „bez myslí“.

Vágnerová (2004) uvádí, že v roce 1838 byla demence popsána francouzským psychiatrem Esquirolelem jako úpadek schopností ve stáří a označena jako *démence senile*.

Zásluhy za popis Alzheimerovy choroby se přiznávají německému psychiatrovi a neuropatologovi Aloisi Alzheimerovi. Málo je však známý přínos pražského psychiatra a neuropatologa Oskara Fischera. Zatímco v roce 1907 Alzheimer publikuje v časopise případ pacientky Augusty D., Fischer má 12 detailně rozebraných případů a v roce 1910 tento počet narostl již na 58. Oba psychiatři spolu vedli písemné diskuse, ve svých textech se na sebe odvolávali, dokonce Fischer své články v letech 1910 a 1912 publikoval v časopise, který

Alzheimer redigoval. V současné době existuje snaha řady psychiatrů a neurologů, aby zapomenutému Fischerovi byly přiznány zásluhy na popsání choroby, což by mohlo být vyjádřeno změnou názvu choroby na Fischerova – Alzheimerova choroba. (Burianová, Vojtek, 2012)

1.1 Typy a etiologie demence

Stuart-Hamilton uvádí, že existuje přibližně 50 známých forem demence (1994, str. 194), proto jsou pro snazší orientaci sestavovány do skupin podle společných znaků.

Z níže uvedených klasifikací je pak patrné, že v odborných kruzích se užívají různé termíny pro označení stejného typu demence, což může být někdy pro laiky matoucí. Pro ilustraci uvádím názvy uváděné v odborných publikacích. Můžeme se tak setkat s názvem Alzheimerova choroba, Alzheimerova nemoc, demence Alzheimerova typu. U ischemicko-vaskulárních demencí bývá používán zkrácený název vaskulární demence nebo cerebrovaskulární demence či vaskulární encephalopatie, jak se také uvádí v některých lékařských zprávách.

Pro oblast zdravotnictví je určující *Mezinárodní klasifikace nemocí* (MKN10), která demence rozčleňuje do čtyř skupin:

- demence u Alzheimerovy nemoci (F00), kam spadají demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem, s pozdním začátkem, atypického nebo smíšeného typu
- vaskulární demence (F01) zahrnují vaskulární demence s akutním začátkem, multiinfarktové demence, subkortikální vaskulární demence, smíšené kortikální a subkortikální vaskulární demence
- demence u jiných nemocí zařazených jinde (F02), jako je demence u Pickovy choroby, u Creutzfeldt-Jacobovy nemoci, u Huntingtonovy nemoci, u Parkinsonovy nemoci, u onemocnění virem HIV, demence u jiných určených nemocí zařazených jinde – epilepsie, intoxikace, uremie ...
- neurčená demence (F03)

Podle zasažené oblasti v mozku se rozlišují (Stuart–Hamilton, 1994):

- kortikální (korové) demence, při nichž dochází k atrofii mozkové kůry a jejichž základním znakem je zhoršení funkcí intelektu. Nejběžnějšími typy

jsou demence Alzheimerova typu, multiinfarktová demence, Pickova choroba (patří mezi frontotemporální demence)

- subkortikální (podkorové) demence s atrofií převážně v podkorových centrech, které řídí pohybovou aktivitu nebo emoce a jejichž základním znakem jsou poruchy hybnosti. Z nich se nejčastěji se vyskytují Parkinsonova choroba a Huntingtonova chorea.

Podle etiologie postižení se demence zpravidla člení do dvou základních skupin (Vágnerová, 2004) :

- atroficko – degenerativní demence, jejichž prvotní příčinou je degenerativní onemocnění mozku. Sem se řadí Alzheimerova choroba, frontotemporální demence (FTD), Huntingtonova choroba, demence při Parkinsonově chorobě, demence s Lewyho tělísky
- sekundární (symptomatické) demence, vznikající jako důsledek jiné poruchy, která poškozuje centrální nervovou soustavu. Symptomatické demence se dále člení na:
 - ischemicko – vaskulární demence, jejichž příčinou je narušené cévní zásobení mozku
 - ostatní sekundární demence, které vznikly jako důsledek otravy, úrazu, infekce nebo metabolických poruch

Řada demencí (kolem 10%) vzniká i na smíšeném podkladě, kdy se nejčastěji vyskytuje Alzheimerova choroba ve spojení s ischemicko – vaskulární demencí. Až dosud lze demenci Alzheimerova typu spolehlivě potvrdit jedině pitvou mozku, přitom, jak uvádí Volicer (2003), se vedle Alzheimerovy choroby velice často objeví právě i malé mozkové infarkty a Lewyho tělíčka.

Stejně jako existuje velké množství jednotlivých forem demence, existuje i velké množství příčin, které je vyvolávají. Někdy stačí příčina jediná, jindy je demence způsobena kombinací několika faktorů. V některých případech je etiologie známá jako například u Huntingtonovy choroby, v jiných zatím není zcela jasná, jak je tomu, bohužel, u nejčastějšího typu demence - Alzheimerovy nemoci. Faktory, které způsobují demenci, jsou jak endogenní, tak exogenní povahy.

Nejprve se zaměříme na faktory vnitřní, endogenní, reprezentované genetickými faktory a jejich dědičností:

- Genetické faktory stojí za vznikem Huntingtonovy choroby, konkrétně se jedná o mutaci lokalizovanou na 4. chromozomu (Adamczyk, 2012). Také v případě Alzheimerovy choroby bylo potvrzeno změny v genetickém zápisu, a to na chromozomech 21, 14 a 1, v jejichž důsledku dochází k tvorbě a ukládání chorobné bílkoviny beta-amyloidu. V souvislosti s Alzheimerovou chorobou jsou pak zkoumány i další genové mutace, existuje rovněž hypotéza, že se jedná o polygenní onemocnění, při jehož vzniku však zřejmě důležitou roli hrají i faktory negenetické. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009). Rovněž u Parkinsonovy nemoci existují hypotézy o genetické dispozici ke vzniku onemocnění.
- Dědičné zatížení lze vystopovat u ischemicko – vaskulárních demencí, kde se obvykle vyskytuje dědičné zatížení rodiny MID (multiinfarktová demence) či mrtvicemi (Stuart – Hamilton, 1999). Vrozená forma se vyskytuje i u Alzheimerovy choroby, je však velice vzácná. Podle některých odborníků stojí za vznikem 1 až 5 % případů demence Alzheimerova typu (Stuart – Hamilton, 1999), jiní udávají familiární výskyt v desetínách až několika procentech (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009). Oproti tomu u Huntingtonovy choroby hraje dědičnost velice významnou roli, kdy výskyt Huntingtonovy choroby nebo vloha pro ni u jednoho z rodičů znamená, že potomek nese 50% riziko – dědičnost choroby je autozomálně dominantní. Pouze v 1 – 3% případů se Huntingtonova choroba objevuje bez předchozího výskytu v rodině. (Adamczyk, 2012)

K exogenním faktorům, které se podílejí na vzniku demence, patří jak činitele fyzikální, chemické nebo biologické, tak faktory sociální.

- Mezi fyzikální faktory se řadí zejména úrazy hlavy, dokonce i v pozadí vzniku ischemicko – vaskulární demence mohou stát opakovaná traumata hlavy a mozku (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009)
- Z oblasti chemie může demenci způsobit dlouhodobé vystavení se vlivu rozpouštědel a jiných toxických chemikálií, kouření, abusus alkoholu, v podezření je i citlivost na hliník (Stuart –Hamilton, 1999)

- Biologické faktory, které se na vzniku syndromu demence podílí nebo ho přímo způsobují, jsou rozmanité. Důležitými faktory jsou pohlaví, neboť u žen je riziko onemocnění Alzheimerovou chorobou významně vyšší než u mužů, a věk nad 65 let, kdy v populaci osob 65-ti letých je výskyt nemoci 5% a s postupujícím věkem prudce roste, takže mezi 85-ti letými seniory se udává 30% postižení populace syndromem demence (Vágnerová, 2004), Alzheimer's Association (2012) hovoří dokonce o 50% osob s demencí v této věkové skupině.
- Příčinou vzácné Creutzfeldt-Jacobovy nemoci je působení virů (jediná známá infekční primární demence), kdy nemoc je způsobena konzumací masa dobytka postiženého BSE - bovinní spongiformní encefalopatií (Stuart-Hamilton, 1999). Syndrom demence se může objevit jako nejtěžší důsledek encefalitidy (Miřhová, 2006), může k němu vést nákaza HIV, nádory nebo hromadění mozkomíšního moku v mozku.
- Sociální faktory se mohou spolupodílet na vzniku demence, ale také mu do jisté míry i bránit. Ke zrodu demence přispívá nevhodný styl života spojený s nadužíváním alkoholu, s nevhodnými stravovací návyky a nedostatkem pohybu, dále tendence k neadekvátnímu riziku (Vágnerová, 2004) nebo dlouhodobý nadměrný stres.

Zatímco endogenní faktory ovlivnit ještě nedokážeme, u exogenních faktorů je situace jiná. Riziko zejména vzniku Alzheimerovy choroby mohou snížit: zdravý životní styl, vyšší úroveň formálního vzdělání, stimulační práce, časté sociální interakce nebo psychicky náročné volnočasové aktivity jako je čtení, hraní na hudební nástroj nebo hraní společenských her. (kol. zaměstnanců Mayo Clinic, 2011)

1.2 Projevy a stadia demence

Různé typy demence jsou charakteristické nejen svými projevy, ale i průběhem a dobou dožití.

Nástup onemocnění může být pozvolný i náhlý. Jako příklad pozvolného, velmi pomalého nástupu lze uvést Alzheimerovu chorobu, jejíž preklinická fáze může trvat i několik let, během nichž se objevují určité problémy s pamětí (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2004), podle Vágnerové začínají být potíže

postiženého nápadně až mezi 2. a 4. rokem od počátku onemocnění. Oproti tomu ischemicko - vaskulární demence může propuknout náhle jako důsledek rozsáhlejší centrální mozkové příhody nebo také pozvolně po několika menších infarktech (Vágnerová, 2004).

Průběh onemocnění je dán nejen diagnózou, ale také individualitou nemocného. Zatímco progresse Alzheimerovy choroby je obvykle pomalá, plynulá a zasahuje rovnoměrně všechny psychické funkce postiženého, u ischemicko – vaskulární demence tomu bývá jinak. Průběh je kolísavý, ke zhoršování stavu dochází po skocích, není však vyloučeno ani přechodné zlepšení stavu. Postižení psychických funkcí je nerovnoměrné, vždy závisí jak na lokalizaci, tak na míře poškození mozkové tkáně. (Vágnerová, 2004)

Buijsen (2006) uvádí, že demence se v západním světě stala již pátou nejčastější příčinou úmrtí, je proto někdy nazývána „nemocí století“. U progresivních demencí se jedná o infaustní onemocnění s různou dobou přežití, která je závislá hlavně na typu demence. Zatímco u Creuzfeldt-Jacobovy nemoci ke smrti dochází obvykle již 9 měsíců od výskytu prvních symptomů (Stuart – Hamilton, 1999), u Alzheimerovy choroby je to zpravidla 7 – 10 let od objevení prvních příznaků, doba přežití však může dosahovat i 15 let nebo naopak průběh onemocnění může být mnohem rychlejší, zejména u presenilní formy. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009) U Huntingtonovy choroby je průměrná délka života ve srovnání s ostatními typy demence delší, kolísá mezi 10 – 20 lety, někteří pacienti s tímto syndromem žijí i 25 a více let (Adamczyk, 2012)

Průběh demence lze, samozřejmě s vědomím individuálních odlišností i rozdílů odvíjejících se od typu demence, rozdělit do několika stádií, přičemž přechod mezi nimi může trvat i několik let. Charakteristika jednotlivých stádií je obecná, některé popisované „problémy“ nemusí nastat vůbec nebo se objeví v jiném stádiu. Příznaky v lehkém stádiu jsou více závislé na etiologii demence, v těžké a terminální fázi se rozdílily u progresivních demencí stírají. Klasifikací stádií syndromu demence je celá řada, pro ilustraci jsou následně uvedeny čtyři z nich.

Již od roku 1989 se používá *hodnocení funkční úrovně* (Functional Assessment Stages, FAST), které Reisberg a kol. původně vytvořili pro popis

funkčního stavu pacientů s demencí Alzheimerova typu, ale později se rozšířilo na všechny typy demencí. Pacient je podle příznaků zařazen do jednoho ze sedmi stádií, při jejich popisu vycházím jak ze Stuart – Hamiltona (1994), tak z informací uvedených na stránkách Alzheimer's Association (2012). Stadium 1 znamená normální funkci organismu, ve stádiu 3 se objevují problémy s řešením složitějších úloh, ve stádiu 5 již prohlubující se problémy s pamětí a myšlením vedou k tomu, že si jedinec nedokáže připravit vhodné oblečení nebo si nepamatuje svoji adresu, ve stadiu 7 dochází ke ztrátě motorických i verbálních schopností.

Rozdělení rozvoje demence do čtyř stádií *podle míry postižení jednotlivých složek* uvádí Vágnerová v Psychopatologii pro pomáhající profese (Vágnerová, 2004).

První stadium: lehká demence

- objevují se mírnější poruchy zejména krátkodobé paměti - jedinec si nepamatuje, na co se díval v televizi, zapomíná telefonní čísla, jména známých,
- občas se vyskytnou problémy v časové a prostorové orientaci,
- osoba s lehkou demencí obtížně rozumí delšímu, složitějšímu sdělení, hůře hledá slova, má problémy při řešení méně obvyklých problémů,
- projevují se nápadnosti chování, zpomalení, nezájem o dříve oblíbené činnosti, jedinec často působí dojmem roztržitosti,
- náhled na onemocnění bývá ještě zachován, což způsobuje depresivní stavy a úzkostné reakce
 - *je nutná kontrola a občasná pomoc*

Druhé stadium: střední demence

- pro toto období jsou charakteristické poruchy dlouhodobé paměti – zhoršuje se výbavnost, nastupují potíže s podáním osobní a rodinné anamnézy,
- dochází k dezorientaci časem i k dezorientaci místem, která je způsobená poruchami prostorově-zrakových funkcí (ztráta orientačního smyslu a prostorové paměti) a zpočátku se projevuje na neznámých místech,
- nastupují problémy s řešením obvyklých situací v důsledku narušení exekutivních funkcí – obtížné je jak plánování, tak organizování činností, včetně jejich provádění ve správném pořadí,

- snižuje se schopnost udržet pozornost i abstraktně myslet, proto osoba v této fázi demence nerozumí mnoha požadavkům a sdělením,
- ztráta soudnosti, mohou se objevit bludná přesvědčení,
- řeč je obsahově chudá, opakování zůstává nezměněné, při čtení už jedinec nedokáže porozumět obsahu přečteného, názorná demonstrace činností je pro něj ale pochopitelná, důležitá je proto synchronizace verbální i nonverbální komunikace,
- objevuje se apraxie , a to i u tak zažitých činností jako je oblékání nebo čištění zubů
 - *potřeba dohledu a trvalé pomoci*

Třetí stadium: těžká demence (pokročilá)

- k dezorientaci místem a časem se přidává i dezorientace osobou,
- jedinec ztrácí schopnost myšlení, porozumění a schopnosti se vyjádřit,
- přichází o většinu běžných dovedností, mohou nastat problémy s polykáním, zhoršuje se mobilita, běžná je úplná inkontinence
- jedinec již není schopen respektovat sociální pravidla
 - *potřeba péče okolí*

Čtvrté stadium: terminální

- člověk je již zcela upoután na lůžko, navázání kontaktu s ním je silně omezeno, v posledních měsících před smrtí je obtížné navázat i oční kontakt, někdy ale přetrvává možnost neverbální komunikace – opětování úsměvu
 - *úplná závislost na péči*

Dělení průběhu demence do čtyř stádií používá i Volicer (2003), včetně jejich označení. Ke každému z nich pak přiřazuje hesla označující typické okruhy problémů, které dané stádium charakterizují:

- **Lehká demence :** paměť, osobnost, orientace
- **Středně těžká demence:** apraxie, afázie, zmatenost, agitovanost, insomnie
- **Těžká demence:** inkontinence, iluze, poruchy jídla a chůze
- **Terminální stadium:** neschopnost chůze a řeči, poruchy polykání, infekce

Rovněž Huub Buijssen (2006) průběh demence rozčleňuje do čtyř etap – fází, jejichž názvy odvodil od míry pomoci, kterou pacient od okolí pro své fungování potřebuje. K popisu stádií pak přistupuje z pohledu jedince postiženého demencí a jeho prožívání:

- **Přípravná fáze** je charakterizována zapomnětlivostí a velkým úsilím při vykonávání složitějších úkolů. Chyby způsobují frustraci, která se u někoho projeví jako zlost, u jiného jako sklíčenost, objevuje se také úzkost.
- **Fáze potřeby dohledu** nastává tehdy, když se zapomnětlivost stává pravidlem a v důsledku častých chyb dochází k ke konfliktům s nejbližšími. Ztrácí také pocity, které se vztahují k minulosti i budoucnosti, proto stud, vděčnost, vina, naděje, touha po pomstě nebo výčitky svědomí pro něj nic neznamenají.
- **Ve fázi potřeby péče** se člověk ocitá v zajetí stále hlubších vzpomínek – musí odejít do zaměstnání, postarat se o malé děti, ztrácí také smysl pro orientaci v čase a prostoru. Ztrácí iniciativu, postupně dokáže reagovat až na stále silnější podněty. Tak, jak přestává rozumět verbální komunikaci, vnímá stále více neverbální projevy druhých. Stahuje se do sebe a stále více času tráví podřimováním.
- **Fáze potřeby ošetrovatelské péče** je podle slov Ronalda Reagana, která uvedl na začátku svého onemocnění (Buijssen, 2006), poslední fází cesty ke svému vlastnímu západu slunce. Buijssen uvádí, že vnímání jedince se v této fázi blíží vnímání kojence, který nerozeznává lidi kolem sebe, „zajímá“ ho jen uspokojování jeho fyziologických potřeb jako jídla, pití, tepla, odpočinku a emočních potřeb jako bezpečí a důvěra. Neví, že se může napít z lahve, která stojí vedle na stolku, přiloží-li mu ji ale někdo k ústům, začne reflexivně pít. Mizí rozdíly mezi individuální osobou a jejím okolím.

Výše uvedené varianty průběhu demence upozorňují zejména na změny fungování psychiky, které syndrom demence vyvolává. Demence však ovlivňuje fungování organismu i po fyzické stránce.

Volicer (2003) upozorňuje na skutečnost, že u osob s demencí zejména v terminální fázi dochází k poklesu obranyschopnosti organismu a k nárůstu infekcí. Svůj podíl na této skutečnosti mají i problémy v oblasti příjmu potravy, kdy

v důsledku metabolických poruch nebo nedostatečného příjmu potravy může dojít k malnutrici. Infekce pak zpětně způsobují problémy s příjmem potravy a zpracováním živin.

Dosud nelze vyléčit pacienta s progresivní demencí a ani není možné v pokročilém stádiu zhoršování nemoci zastavit. *„Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěží podobá člověku, jímž byl na jejím začátku.“* (Buijssen, 2006, s.13) Proto je v pokročilých fázích demence vhodný paliativní přístup, jehož hlavním cílem je zajištění komfortu pacienta narozdíl od prodlužování života za každou cenu. (Volicer, 2003)

2. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S DEMENCÍ

S postupujícím onemocněním se osoba s demencí stává čím dál víc závislejší na svém okolí – rodině, přátelích nebo sousedech, sociálních a zdravotních službách. Bez jejich pomoci by nebyla schopna zajistit své běžné každodenní fungování – nakoupit si, zaplatit nájem a elektřinu, uvařit si, udržovat kontakty s druhými lidmi, vyprat, obléknout se, najíst se, vzít si léky...

Osobám s demencí by měla být poskytována péče zaměřená na osobu, která podle Brookera (in McCabe, 2008) zahrnuje následující čtyři prvky:

- oceňování osob s demencí i jejich pečovateli
- respektování lidí jako individualit
- pohlížení na svět z perspektivy lidí s demencí
- sociální prostředí umožňující lidem s demencí zažívat pohodu ve vztazích

2.1 Právní úprava sociálních služeb – minulost a současnost

Poskytováním pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci se zabývá zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, který stanovuje jak podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám, tak podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách.

2.1.1 Zákon o sociálním zabezpečení

Výše uvedené právní normě předcházela zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, který, jak název napovídá, pokrýval mnohem širší oblast - kromě sociálních služeb pro osoby staré, těžce zdravotně postižené nebo společensky nepřizpůsobené se zabýval hlavně důchody. Ustanovení o sociálních službách proto nebyla tak rozsáhlá jako v zákoně současném.

Starým občanům byly dle zákona 100/1988 Sb. poskytovány služby a dávky sociální péče, které měli napomáhat uspokojování zvláštních potřeb odůvodněných stárnutím a usnadňovat život ve stáří. Ze služeb byla poskytována pečovatelská služba, společné stravování, rekreace. Zejména pro seniory, kteří potřebovali soustavnou péči pro trvalé změny zdravotního stavu, byly určeny ústavy sociální péče pro staré občany s celoročním, týdenním nebo denním pobytem. V nich se poskytovalo: „zejména bydlení, zaopatření, v případě potřeby

osobní vybavení, zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační péče.“(zákon č. 100/1988 Sb.)

2.1.2 Zákon o sociálních službách

Poskytování sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb. vychází ze základních zásad v něm uvedených. Mezi hlavní zásady patří zachování lidské důstojnosti, stejně jako dodržování lidských práv a základních svobod. Pomoc i podpora mají vycházet z individuálně určených potřeb uživatelů služeb a být poskytovány v jejich zájmu, což je zvláště důležité ustanovení u osob s demencí, které již často mají narušenou schopnost verbálně sdělit svá přání a potřeby.

Zprostředkovateli informací o uživateli služeb bývají, zejména zpočátku, rodinní příslušníci, jejich potřeby a zájmy se však nemusí z nejrůznějších důvodů krýt s potřebami a zájmy uživatele služeb, může se v nich promítat nevyrovnání se s diagnózou jejich blízkého a snaha o její zvrácení nebo neznalost aktuálního stavu (zvláště u osob dlouhodobě hospitalizovaných nebo žijících vzdáleně).

Je proto nezbytně nutné, aby zaměstnanci dokázali citlivě a zároveň důsledně obhajovat zájmy uživatelů služeb a mít přitom zároveň na paměti, že pokud mají být osobám s demencí poskytovány kvalitní služby, nelze to uskutečnit bez úzké spolupráce s jejich nejbližšími, bez oboustranné důvěry a otevřené komunikace.

Mezi neméně důležité zásady patří i poskytování takové podpory a pomoci, která posiluje sociální začleňování, podporuje rozvoj samostatnosti uživatele, jeho aktivitu a motivuje ho k činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace. U osob s demencí sice už většinou nemůžeme očekávat rozvoj jejich soběstačnosti, ale na druhou stranu musíme usilovat o to, aby tyto osoby mohly využívat své zachované schopnosti a dovednosti tak dlouho, jak je to jen možné. Stejně tak je tomu i v oblasti sociálního začleňování.

Osobám, které jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiné fyzické osoby, je dle zákona o sociálních službách poskytován příspěvek na péči. Jeho příjemce ho má využívat na zajištění potřebné pomoci osobou blízkou, asistentem sociální péče nebo poskytovatelem sociálních služeb.

Výše příspěvku je odstupňována podle stupně závislosti na pomoci druhé osoby, posudkovými kritérii pro určení stupně závislosti (celkem jsou čtyři) je deset základních životních potřeb a schopnost jedince je zvládat, jedná se o mobilitu, orientaci, komunikaci, stravování, oblékání a obouvání, tělesnou hygienu, výkon fyziologické potřeby, péči o zdraví, osobní aktivity, péči o domácnost.

Plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb a kvalitu poskytovaných služeb kontroluje inspekce sociálních služeb, jejíž agenda přešla, stejně jako agenda příspěvku na péči, na Úřad práce České republiky. Měřítkem pro posuzování kvality je míra naplnění standardů kvality sociálních služeb, které byly vypracovány ministerstvem práce a sociálních služeb v roce 2002. Legislativního zakotvení se standardy dočkaly v roce 2006, kdy byly začleněny do vyhlášky č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb.

Ze srovnání ustanovení v obou předpisech je patrný vývoj v poskytování sociálních služeb – vede od pasivity k aktivitě příjemce služeb, od komplexnosti služeb k individuální podpoře a pomoci.

2.2 Druhy, formy a zařízení sociálních služeb

Zákon o sociálních službách rozlišuje tři druhy sociálních služeb, a to sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence, které se poskytují v terénní, ambulantní nebo pobytové formě. Součástí všech sociálních služeb je bezplatné základní sociální poradenství, které má jedinci prostřednictvím poskytnutých informací pomoci při řešení jeho nepříznivé sociální situace.

Potenciální uživatel sociálních služeb, v případě osoby s demencí spíše však její zástupce, má na výběr z mnoha zařízení sociálních služeb, někdy však pro něj může být obtížné se v nabídce zařízení zorientovat a následně ve svém okolí potřebné služby nalézt.

2.2.1 Terénní a ambulantní sociální služby

Ze skupiny terénních služeb mohou lidé s demencí, zejména v počátečních stádiích, využívat pečovatelskou nebo asistenční službu, kdy nasmlouvané služby jsou poskytovány přímo v jejich domově.

Pečovatelská služba se poskytuje ve vymezeném čase buď jako terénní nebo ambulantní služba – v domácnostech uživatelů služeb nebo v zařízeních

sociálních služeb. Zahrnuje nasmlouvané úkony z oblasti péče o vlastní osobu, osobní hygieny, stravy, zajištění chodu domácnosti nebo zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Osobní asistence je sociální služba, která za klientem také přichází do jeho přirozeného prostředí, narozdíl od pečovatelské služby nemá žádné časové omezení. Paleta základních služeb je větší, asistent může klientovi, pokud se dohodnou, poskytovat i výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a také pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Zatímco pečovatelskou službu můžeme najít ve všech větších obcích Plzeňského kraje, pokrytí asistenční službou je mnohem menší. V registru poskytovatelů jsou v současnosti zatím dvě asistenční služby, jedna z nich je s místní působností a druhá je v případě zájmu schopna nabídnout pomoc a podporu i osobám s demencí v celém kraji. Avšak i se zajištěním pečovatelské služby bývá problém, zejména v řídkce osídlených místech kraje, neboť pro poskytovatele nebývá rentabilní zajíždět za jedním klientem mnoho kilometrů. Dosud rovněž stále přetrvává stav, kdy pečovatelská služba je poskytována hlavně v pracovních dnech a jen do 15. nebo 16. hodiny, výjimkou jsou tak poskytovatelé, kteří služby nabízejí do večerních hodin nebo o víkendech. (Katalog poskytovatelů Plzeňského kraje, 2012)

Má-li rodina možnost zajistit péči alespoň v odpoledních a nočních hodinách, je vhodnou eventualitou denní stacionář, v kraji se však nachází pouze jedno zařízení vhodné pro tuto cílovou skupinu.

Pro lidi s demencí je určena i odlehčovací služba, která může být poskytována v terénní, ambulantní nebo pobytové formě. Jak již sám název služby napovídá, jedná se o službu časově ohraničenou a jejím smyslem je zabezpečit jedince po dobu, po kterou se o něj nemůže starat fyzická osoba, která péči jinak zajišťuje. Respitní péče má pečující osobě poskytnout čas pro odpočinek, a tak preventivně působit proti vyčerpání pečujících a tím i proti předčasnému trvalému umístění osoby s demencí do pobytového zařízení. Ani síť těchto služeb, zejména pobytových, není dostatečná. Důvodem může být i skutečnost, že službu je třeba podle zákona o sociálních službách registrovat a vyčlenit pro ni prostory i

pracovníky, přitom po většinu roku je zájem o respitní péči minimální, vzrůstá hlavně v letních měsících.

2.2.2 Pobytové sociální služby

Pokud se u jedince již začínají projevovat symptomy typické pro fázi rozvinuté demence, jako je bloudění nebo další problémové chování ohrožující bezpečnost jeho nebo jeho okolí, je třeba zajistit nepřetržitý dohled, péči a pomoc (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009). V této fázi proto rodinní pečující nejčastěji volí pobytové služby.

Týdenní stacionáře a domovy se zvláštním režimem jsou voleny v případě, kdy klient nemá funkční sociální zázemí nebo již není v silách rodiny, byť s pomocí terénních nebo ambulantních služeb, zajistit péči o svého rodinného příslušníka alespoň po část dne. Nad rámec základních služeb uvedených u předcházejících zařízení je v týdenním stacionáři nebo domově se zvláštním režimem poskytováno ubytování. Poskytovatelé pobytových služeb jsou také povinni svým klientům zajistit zdravotní péči.

Domov se zvláštním režimem je službou sociální péče zaměřenou na osoby se sníženou soběstačností pro chronické duševní onemocnění, závislost na návykových látkách, stařeckou, Alzheimerovu demenci a ostatní typy demence, které potřebují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Jedna z novel zákona o sociálních službách přinesla zařízením sociálních služeb možnost blíže specifikovat svoji cílovou skupinu z hlediska věkové hranice nebo druhu zdravotního postižení.

V domovech se zvláštním režimem se poskytují tyto základní činnosti dané zákonem č. 108/2006 Sb. a upřesněné vyhláškou č. 505/2006 Sb. :

- Ubytování – kromě samotného bydlení zahrnuje také úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení
- Stravování – poskytuje se celodenní strava v rozsahu minimálně tří jídel, která mají odpovídat zásadám racionálního a potřebám dietního stravování
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu - představuje pomoc při úkonech osobní hygieny, při základní péči o vlasy a nehty, pomoc při použití WC

- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu – pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík, vstávání z lůžka, uléhání, změnách poloh, při podávání jídla a pití, při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním nebo vnějším prostoru
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím – podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů, pomoc při upevnění nebo obnovení kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách
- Sociálně terapeutické činnosti, jejich poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování
- Aktivizační činnosti – pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím, nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí – pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů

Domovů se zvláštním režimem je v regionu celkem sedm (Registr poskytovatelů, 2012), což se již projevuje ve zkrácených čekacích lhůtách na poskytnutí pobytové služby. Týdenní stacionář poskytující služby osobám s demencí zůstal již jen jeden.

Ačkoliv osoby s demencí nejsou jejich cílovou skupinou, přesto se jich velký počet nachází v domovech pro seniory. Podle výzkumů, které probíhaly v letech 2004 – 2006 a v roce 2007 je ve standardních odděleních domovů pro seniory, která nejsou nijak přizpůsobena specifickým potřebám lidí s demencí, 40% osob trpících poruchou kognitivních funkcí v hloubce demence. Mezi obyvateli těchto oddělení jsou dokonce i lidé s těžkou demencí. (Válková, Kojesová, Holmerová, 2010)

2.2.3 Domov se zvláštním režimem – Domov Harmonie Mirošov

Domov Harmonie, centrum sociálních služeb Mirošov má registrované 2 typy sociálních služeb, a to domov pro seniory a domov se zvláštním režimem (DZR). Služby DZR jsou určeny osobám se stařeckou, atroficko-degenerativní (demenci Alzheimerova typu) nebo ischemicko-vaskulární demencí, které se ocitly v nepříznivé situaci (způsobené zdravotním stavem, ztrátou soběstačnosti, osamocněním) a nejsou schopny svou situaci řešit vlastními silami ani za pomoci svého okolí nebo dostupnými terénními službami. Do zařízení mohou být přijímány osoby starší 27 let, věkový průměr klientů k 31. 12. 2012 převyšuje 70 let. (Výroční zpráva, 2011)

Domov se zvláštním režimem tvoří tři pavilony

- pavilon K Myti, uzpůsobený zejména potřebám osob částečně či zcela imobilních,
- pavilon U fontány, ve kterém žijí osoby mobilní, dezorientované místem
- pavilon U lesa je specifický tím, že v něm žijí osoby s mentální retardací, které zde zůstaly po zrušení domova pro osoby se zdravotním postižením, nyní jsou tyto osoby v seniorském věku.

Kapacita Domova se zvláštním režimem je 160 lůžek, uživatelé obývají převážně dvoulůžkové pokoje, je zde také 18 jednolůžkových a zatím ještě i tři třílůžkové pokoje.

Pracovní tým, který poskytuje služby uživatelům, tvoří převážně pracovníci v sociálních službách, pět z nich se specializuje na aktivizační činnosti. Tým doplňují zdravotní sestry a sociální pracovnice. Pracovníci v sociálních službách i zdravotní sestry jsou v zařízení přítomni po 24 hodin.

Některé služby, jako je canisterapie nebo muzikoterapie, jsou zajištěny externisty. Lékařskou péči zajišťují smluvní lékaři pojišťovny. Do zařízení dochází dvakrát týdně na praxi studentky Církevní střední odborné školy ve Spáleném Poříčí, obor sociální činnost a napomáhají tak zkvalitňovat péči a podporu poskytovanou uživatelům.

2.2.4 Smlouva o poskytování sociální služby, úhrada za služby

O poskytnutí sociální služby uzavírá osoba (její zástupce) smlouvu s poskytovatelem sociálních služeb, u všech služeb sociální péče je předepsána

písemná forma. Kromě jiných povinných ustanovení smlouva obsahuje i ujednání o výši úhrady.

V případě osobní asistence a pečovatelské služby klient hradí základní činnosti v rozsahu stanoveném ve smlouvě, ve zvláštním předpise je pak stanovena maximální výše úhrady.

V pobytových zařízeních platí uživatelé úhradu za ubytování a stravu ze svých příjmů a za poskytovanou péči z příspěvku na péči. Maximální výše úhrady za stravu a ubytování je stanovena prováděcím předpisem, uživatelům služby je zaručen také minimální zůstatek, pokud jejich příjem nestačí na pokrytí úhrady.

Pokud klient ze svých příjmů není schopen zaplatit úhradu v plné výši, může se poskytovatel dohodnout na spoluúčasti na úhradě nákladů s osobou blízkou uživateli nebo s jinou fyzickou nebo právnickou osobou.

Poskytnutá zdravotní péče je hrazena zdravotními pojišťovnami. V této souvislosti však poskytovatelé pobytových sociálních služeb upozorňují na nerovnosti v úhradách za stejné služby poskytnuté ve zdravotnických a sociálních zařízeních. (Sakařová, 2012)

I když se v poslední době pozvolna zlepšuje jak nabídka služeb pro osoby s demencí, tak jejich dostupnost, stále platí, že *„Péče o lidi s demencí v České republice představuje zásadní problém, neboť tito lidé vyžadují jak včasnou diagnostiku a terapii, tak později dlouhodobou péči, která dosud není v České republice uspokojivě řešena. Dochází k tomu, že nejsou vítáni ve zdravotnictví (neboť se jedná o chronickou záležitost) ani v sociální sféře (neboť jsou nemocní a svým chováním „problémoví“!). Zbytečně dochází k oddalování diagnózy, vlivem nevhodného nastavení úhrad péče ke zpoždění terapie, pečující rodiny nemají téměř žádnou podporu a sociální služby v terénu nejsou dostatečné nebo zcela chybí.“* (Válková, Kojesová, Holmerová, 2010).

Propojení sociálních a zdravotních služeb v péči o osoby se sníženou soběstačností závislé na cizí pomoci měl řešit zákon o dlouhodobé péči, vypracovaný materiál byl na podzim roku 2012 stažen z jednání vlády s tím, že jednotlivá ustanovení budou zakomponována do novel zákonů v sociální a zdravotní oblasti, zejména s velkou novelou zákona o sociálních službách, která by měla vstoupit v účinnost 1. 1. 2014. (Úřad vlády ČR, 2012)

3 ADAPTACE

3.1 Vymezení pojmu se zřetelem na osoby s demencí

Při nástupu do pobytového zařízení se zcela mění dosavadní klientův svět. Odchází ze svého domova, ve kterém mnohdy prožil desítky let, mění se lidé i věci kolem něj, dostává se do nových situací, které musí řešit, odlišný je jeho denní režim i činnosti, které vykonává. Zároveň s tím má ale díky poruše kognitivních funkcí snížené schopnosti i dovednosti, jak se s tím vším vyrovnat, přizpůsobit se.

3.1.1 Adaptace a socializace

Vlastnost organismů přizpůsobovat se podmínkám, ve kterých existují, se nazývá adaptace. Z pohledu biologie je to základní vlastnost živé hmoty, schopnost organismu nebo jeho jednotlivých orgánů přizpůsobit se vnějším, dříve neobvyklým podmínkám. Z psychologického hlediska je adaptace chápána jako přizpůsobení se chování, vnímání, myšlení, postojů. Sociologicky se jedná o proces postupného přizpůsobování se člověka sociálním podmínkám. (Hartl, 1993)

Prostřednictvím socializace se pak člověk stává součástí lidského společenství, je to proces *„sociálního formování osobnosti jedince jako sociálně – kulturní osobnosti, procesem sociální ontogeneze jedince, druhým narozením jedince jako sociální bytosti a řetězcem sociálně adaptačních procesů, jejichž úhrn tvoří obsah socializace* (B. Geist 1992 in Řezáč, 1998).

Socializace představuje celoživotní proces sociálního učení, jímž si jedinec osvojuje hodnoty i sociální normy a postupně se tak utváří jeho osobnost i vazby s jinými lidmi. Díky socializaci si člověk uvědomí svoje „Já“ a také „Ne-já“, tedy okolní svět. Prostřednictvím styku s lidmi, společností a kulturou si člověk na základě posuzování sebe sama vytvoří představu o sobě, na základě sebehodnocení i hodnocení jinými lidmi si připisuje určitou hodnotu, postupně si buduje představu o svých životních cílech a plánech, o svých možnostech a vytváří si kritéria posuzování sebe, objektů okolního světa i vztahů, do nichž vstupuje (Řezáč, 1998).

Prvním předpokladem složitějších socializačních dějů je schopnost jedince přizpůsobit se sociálnímu prostředí (a vlastně prostředí vůbec). Působení prostředí

závisí jak na samotných podnětech, tak na způsobu, jak je určitý jedinec interpretuje a zpracovává, jak na ně reaguje a jaký pro něj mají význam. (Vágnerová, 2004)

Adaptace jako proces přizpůsobování se organizmu prostředí zahrnuje dva navzájem se prolínající děje: akomodaci a asimilaci. Akomodace znamená děje zaměřené na přizpůsobení se prostředí, asimilace naopak děje, jimiž se jedinec snaží některé z prvků prostředí přizpůsobit sobě. Pro přizpůsobování se prostředí sociálnímu (společenskému) se vžil pojem *adjustace*. Rovněž *adjustace* se realizuje souhrou dějů asimilační a akomodační povahy.“ (Řezáč, 1998)

V souvislosti s *ajdustovaností* se hovoří také o tzv. „osobní vpravenosti“ nebo-li *personální adjustovanosti*. Ta se obvykle vymezuje jako míra vnitřní harmonie v samotné osobnosti v takových složkách, jako jsou např. schopnost kontrolovat svoje prožívání, sociální chování nebo postoje. (Řezáč, 1998)

U osob s demencí se však proces socializace jakoby obrací, dochází k regresi. Již v počátečních stádiích dochází k narušení přenosu informací z krátkodobé do dlouhodobé paměti, a tak si člověk nedokáže zapamatovat, co se dělo před pouhými 30 sekundami. V důsledku toho klesá až postupně mizí schopnost učit se, přesto ale existuje určitá možnost, jak se osoba s demencí může alespoň částečně naučit novým věcem - k tomu může dojít tehdy, pokud se informace nebo činnost často opakuje nebo je spojena s emocemi. (Buijssen, 2006).

S postupem onemocnění se postupně ztrácí schopnost jedince rozumět dění kolem sebe a volit tak chování přiměřené situaci. Často dochází k chování, které Lawrence Kohlberg ve své koncepci morálního vývoje připisuje předškolním dětem v období tzv. *prekonvenční morálky*, tedy morálky určované *zvnějšku*. (Prokop, 2012) Osoba s demencí ztrácí svoji *zvnitřněnou morálku*, vytvářenou v průběhu celého svého života. V posledních stádiích onemocnění se někdy stává „*bytostí mimo dobro a zlo*“, která je zcela neschopna pojmového myšlení a soustředí se jen na uspokojování pudových potřeb (Prokop, 2012).

3.1.2 Adaptační poruchy

Přiměřená adaptace neznamena jen dosažení přijatelného uspokojení vlastních potřeb, ale i schopnost snášet různá omezení a strádání, která však

nesmí překročit určitou, subjektivně danou horní hranici. K adaptačním poruchám dochází tehdy, jestliže všechny významnější potřeby jedince nemohou být uspokojeny v dostatečné míře a po dostatečně dlouhou dobu. Maladaptační projevy vznikají i tehdy, když se nepodaří dosáhnout souladu mezi potřebami jedince a podmínkami prostředí (Vágnerová, 2004)

Za základní lidské potřeby, jejichž naplnění je pro úspěšnou adaptaci nejen osob s demencí důležité, Zgola považuje

- bezpečí, vnímané i jako subjektivní pocit ochrany před hrozbou fyzickou nebo emocionální,
- kontrolu nad vlastním životem, včetně možnosti vyjádřit se ke způsobu nakládání se svými věcmi, s vlastní osobou, časem, prostorem,
- náklonnost, tedy být milován a také být vnímán jako milující,
- příslušnost ke společenství

Jako zdroj problému se ukazuje nedostatek souladu mezi schopnostmi a potřebami osoby na jedné straně a možností tyto potřeby uspokojit na straně druhé. Osobu přizpůsobit nemůžeme, ale prostředí ano. Je však třeba mít na paměti, že demence působí jako filtr, který ovlivňuje jak doručované, tak odesílané informace. (Zgola, 2003)

Nedokonalý či špatný průběh přizpůsobování signalizují tzv. maladaptační (maladjustační) projevy. Maladjustované chování se nejčastěji projevuje:

- vnitřní nevyvážeností, představovanou buď přizpůsobováním sebe prostředí nebo naopak jen přizpůsobováním prostředí sobě
- neadekvátními citovými reakcemi a postoji vůči sobě i jiným, jako je neadekvátní obrana s pocitů méněcennosti, útok či naopak únik
- neadekvátním poznáváním (rigidita v percepci, fantastické myšlení)
- neadekvátní volní regulací, projevující se např. nerozhodností, nedostatečnou sebekontrolou nebo negativismem. (Řezáč, 1998)

Matoušek (1999) upozorňuje i na další riziko spojené s adaptací na prostředí zařízení ústavní péče, a to na stav dobré adaptace na umělé podmínky panující v pobytových zařízeních a na současně se snižující schopnost adaptace na neústavní život. Tento stav se označuje termínem hospitalismus a vzniká

v důsledku omezení podnětů i snížení nároků na klienta. V důsledku toho dochází ke zhoršení schopnosti komunikovat, regresi, automatickým pohybům nebo nepřiměřeně dlouhému spánku

Za signál problémů v adaptaci jsou chápány poruchy chování. Osoba s demencí s projevy ztráty paměti a poruch vnímání může prožívat pocity nejistoty a zranitelnosti, protože ztrácí moc nad svými věcmi. Tyto pocity se pak promítají do jejího chování v podobě útěků, úniků do samoty nebo zápasení o moc. (Zgola, 2003)

Jiráková, Holmerová, Borzová (2009) jako nejčastější typy problémového chování u osob s demencí uvádí:

- bránění se péči – u osob s demencí do jisté míry zůstává zachováno vědomí sebe sama, nejsou si ale vědomy změn, ke kterým došlo vlivem onemocnění, proto nechápou, proč je někdo chce oblékat nebo mýt, proto se mohou péči bránit
- agitovanost (neklid) - jedinec nevydrží na jednom místě, neúčelně přenáší věci sem a tam, někdy je spojena s agresivitou
- agresivita – objevuje se ve formě verbální i brachiální, stejně jako agitovanost je u osob s mírnou demencí spojena s úzkostí a u středně těžké demence se vyskytuje v souvislosti s psychotickými příznaky nebo depresí
- toulání se, bloudění – může jít o snahu odejít z prostředí, ve kterém se necítí dobře nebo ho nepoznává, nebo o snahu pokračovat v zaběhlém stereotypu („odchod do práce“)
- poruchy spánku – u osob s demencí jsou změny ve struktuře spánku výraznější než jen změny způsobené stářím, někdy dochází ke spánkové inverzi, kdy v noci jedinec bdí a ve dne spí, mohou se objevit i stavy noční zmatenosti
- misidentifikace - osoba své blízké považuje za cizí osoby nebo naopak, nepoznává sebe sama v zrcadle, nepoznává svůj byt, považuje se za součást děje, který sleduje v televizi
- úzkost – její příznaky se mohou vyskytovat již v počátečním stádiu demence, kdy si jedinec může uvědomovat, že něco není v pořádku, může mít strach ze

selhání nebo z opuštění, krátkodobé epizody intenzivní úzkosti může způsobit přecenění schopností osoby a jeho následným selháním

Problémové chování signalizuje snahu osoby s demencí sdělit svoji potřebu, vždy je proto potřeba se jím důkladně zabývat. Přitom je důležitá velmi dobrá znalost klienta – jeho potřeb, zvyků, rituálů, schopností. Jako prevence vzniku problémového chování u demence se v pobytových zařízeních osvědčuje vytváření vhodných podmínek a programu pro klienty i modernizace ústavních zařízení jako prevence a správný přístup v případě vzniku problémového chování.

3.2 Metody a techniky usnadňující lidem s demencí adaptaci na nové prostředí

O úspěšnosti adaptace se do jisté míry rozhoduje ještě před přijetím nového klienta do pobytového zařízení. Je třeba, aby sociální pracovník vstupoval již do kontaktu se zájemcem o sociální službu, umožnil mu návštěvu zařízení, hovořil i s rodinou o zvycích, oblíbených činnostech nebo způsobu života zájemce. Přijetím klienta do zařízení pokračuje proces adaptace, jemuž je třeba věnovat maximální pozornost, neboť je to proces velice rizikový, který někdy končí i předčasným úmrtím klienta krátce po přechodu do zařízení. Spolu s nástupem vzniká individuální plán, který pomáhá se zvládnutím tohoto náročného období. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005)

Zejména v počátku demence je také dobré využívat pomůcky, které napomáhají orientaci osob s demencí, jako jsou štítky s nápisy, velké kalendáře, nástěnka se zprávami, velké hodiny, označení dveří apod..

Adaptaci na prostředí nového domova mohou usnadnit i některé dále zmíněné přístupy a metody

3.2.1 Programované aktivity:

Lidé v období rozvinuté demence mají prospěch z pravidelnosti denního režimu, do jejich jinak složitého života se tak vnáší pravidlo a řád, což pro ně přináší jednak redukci rozhodování a jednak pocit většího bezpečí. Programované aktivity vychází z přirozeného rytmu dne a ze zachovaných schopností péče o sebe i o druhé. Klienti tak mohou pomáhat s prostíráním nebo odnášením nádobí, zaléváním květin apod.

Do denního režimu jsou vkládány dopolední i odpolední bloky aktivit. Volicer (2010) doporučuje tělesná cvičení, jednoduchá mentální cvičení jako hry se slovy nebo třídění předmětů, dále společné zpívání, tvůrčí činnosti a jednoduché práce. Tyto činnosti by měly probíhat po sedm dní v týdnu a po většinu času, kdy jsou klienti vzhůru. Správně volené aktivity vedou ke snížení potřeby psychiatrických léků i výskytu agitovaného chování.

3.2.2 Preterapie

se uplatňuje u osob, jejichž možnosti navázat kontakt s okolím, komunikovat a sdělovat tak své potřeby, přání a obavy jsou silně narušeny. Vychází ze zjištění, že klienti s poškozeným mozkiem nebo psychózou vnímají svět kolem sebe velice konkrétně. (Prouty, Van Werde, Pórtner 2005) Pomocí tzv. kontaktních reflexí napomáhá navázání a udržení kontaktu s realitou, se sebou samým i s druhou osobou. Vyškolený pracovník reflektuje zvuky a slova, která jedinec používá, reflektuje pohyby i pozice těla, výraz obličeje nebo prostředí a situace, ve kterých se nachází. (Matoušek, Koláčková, Kodymová 2005) Reflexe jsou zcela konkrétní a orientující se na předřečovou úroveň vyjadřování. I neškolení lidé při setkání s preterapií poznají, že je to metoda, kterou již v různé míře uplatňují zvláště tehdy, mají-li zkušenost s malými dětmi – ty totiž také chtějí pracovat na nízkém stupni fungování. (Prouty, Van Werde, Pórtner, 2005)

Prouty a kol. (2005) přinášejí náměty napomáhající ukotvování v realitě jak pro činnosti klientů, tak pro dekoraci interiérů, ve kterých klienti pobývají. Hodně je podporován pobyt v přírodě a sledování dějů, které v ní probíhají, stejně jako využívání všeho, co v přírodě najdeme.

3.2.3 Reminiscenční aktivity

zahrnují práci se vzpomínkami, přitom jsou využívány životní příběhy klientů, fotografie, filmy pro pamětníky, dobová hudba i předměty. Reminiscenční setkání mohou mít skupinovou nebo individuální podobu.

Ve výzkumech zkoumajících vliv reminiscenční terapie na seniory probíhající v pobytových zařízeních v Tchaj-wanu (Wang, 2007) i v České republice (Janečková, Holmerová, Vaňková, Kašílková, 2008) se prokázalo, že soustavná reminiscenční terapie, prováděná vyškoleným personálem, má pozitivní vliv na osoby s kognitivní poruchou, kdy u intervenovaných osob narozdíl od

kontrolního souboru došlo k mírnému zlepšení kognitivních funkcí. Reminiscenční terapie zachovává hodnotu a identitu seniora, a tím podporuje i jeho adaptaci na nový domov.

3.2.4 Bazální stimulace

je pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který prostřednictvím smyslového vnímání podporuje lidské vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Jeho autorem je Andreas Frólich, německý speciální pedagog, který od roku 1970 pracoval s dětmi s vrozeným těžkým kombinovaným somatickým a intelektovým postižením. (Friedlová, 2005)

Koncept Bazální stimulace se s úspěchem využívá při péči o seniory, zejména o seniory trpící demencí. Podle doktora Frólicha (in Friedlová, 2012) může bazální stimulace vyvolat i u lidí s těžkým stupněm demence prvky inteligentního chování.

Tento koncept je souborem terapeutických postupů, jimiž jsou stimulovány lidské smysly a tím dochází k opětovnému podněcování příslušných nervových komplexů. Koncept Bazální stimulace pracuje se stimulací somatickou, taktilně-haptickou, vestibulární, vibrační, orální, olfaktorickou, optickou i auditivní. Posiluje se uvědomování si svého vlastního těla, jeho hranic i sebe sama. Vychází se z předpokladu, že lidský mozek je schopen uchovávat své životní návyky v paměťových drahách, a tak lze cílenou stimulací uložených vzpomínek znovu aktivovat jeho činnost. Prostřednictvím bazální stimulace lze dosáhnout i zklidnění agitovaného nebo agresivního klienta. (Friedlová, 2012)

Bazální stimulace pracuje s dotekem a klade velký důraz na jeho kvalitu. Necílené doteky mohou vyvolat pocity strachu a nejistoty, proto je nutné dát vždy dostatečně najevo, kdy začíná nebo končí naše přítomnost u klienta, a to nejlépe prostřednictvím cíleného doteku (tzv. iniciálního doteku). Iniciální dotek je třeba doprovodit slovně, je dobré zaznamenat místo, na kterém je cílený dotek prováděn, do dokumentace uživatele a následně by ho měl používat každý, kdo s klientem přijde do styku. (Friedlová, 2005)

3.3 Popis postupu při adaptaci uživatelů na prostředí domova se zvláštním režimem Domova Harmonie Mirošov

3.3.1 Období před nástupem do zařízení

Nástupu do domova se zvláštním režimem Domova Harmonie, centra sociálních služeb Mirošov předchází jednání sociální pracovníce se zájemcem o sociální služby, tato schůzka probíhá nejčastěji v Domově Harmonie Mirošov za účasti zájemce a jednoho či více rodinných příslušníků. Není však výjimkou, že se setkání uskuteční mimo prostory DH, ať už v bytě zájemce nebo v léčebném zařízení. (Vildová, 2012)

Výhodou setkání v Domově Harmonie je pozorování prvních reakcí zájemce a jeho blízkých na prostředí domova se zvláštním režimem, neboť součástí setkání je také prohlídka zařízení. Zájemce si prohlédne pokoje, společné prostory, seznámí se s aktivizačními činnostmi a samozřejmě se setká i s ostatními uživateli i pracovníky. Probíhá-li jednání mimo Domov Harmonie, sociální pracovníce s sebou mimo jiné veze soubor fotografií, aby zájemci přiblížila jak prostory zařízení, tak aktivity, které v Domově i mimo něj probíhají.

V průběhu jednání se zájemcem zjišťuje údaje o zájemci, zajímá se o jeho potřeby, zájmy, soběstačnost, orientaci a vše zapisuje do Záznamového listu o jednání se zájemcem o služby Domova se zvláštním režimem. Klient a jeho rodina jsou upozorněni na možnost vzít si do zařízení s sebou oblíbené věci jako fotografie, polštářek, obrazy, květiny a další předměty, které uživateli připomínají jeho dřívější život a pomohou mu tak si zvyknout na nové bydliště. Jsou také požádáni o zpracování životního příběhu zájemce o službu, ve kterém zachytí nejdůležitější období i události jeho života. (Vildová, 2012)

Kromě Žádosti o poskytování sociálních služeb a životního příběhu, dodaného rodinu klienta, je Záznamový list dalším ze zdrojů informací, které sociální pracovníce zpracovává, doplní je při nástupu klienta a ve formě tiskopisu nazvaného Sociální dokumentace je se souhlasem klienta nebo jeho zástupce (zmocněnce či opatrovníka) předává pracovníkům v sociálních službách na oddělení, kam nový klient přichází. (Vildová, 2012) Pracovníkům v přímé péči se tímto způsobem dostávají do rukou prvotní podrobnější informace o klientovi, potřebné zejména v prvních dnech jeho pobytu v zařízení, než pracovníci klienta více sami poznají. Pracovník v sociálních službách se tak mimo jiné dozví, zda se

klient orientuje ve svém blízkém okolí, poznává své nejbližší, zda a jak se dokáže sám najíst a jaká jídla má rád, o co se zajímal před propuknutím demence nebo jaké povolání vykonával.

Před nástupem sociální pracovnice sdělí údaje o klientovi vedoucí oddělení, kam klient nastupuje, a vedoucí zdravotnického oddělení. Prozatím se nepodařilo zajistit, aby informace o klientovi dostali všichni pracovníci v sociálních službách ještě před jeho nástupem. Řešením by mohlo být zavedení počítačů i na jednotlivá oddělení do pracoven pracovníků v sociálních službách, kdy by tito pracovníci měli přístup již k elektronickým záznamům o budoucím klientovi.

3.3.2 Období adaptace

Nástupem klienta do domova začíná tříměsíční adaptační období, během něž je klientovi ze strany personálu věnována zvýšená pozornost. Těžiště práce přechází na pracovníky v sociálních službách na oddělení, zejména na klíčového pracovníka daného uživatele. Personál navazuje kontakt s uživatelem, zjišťuje schopnost sebeobsluhy i zvyky klienta, sleduje jeho verbální i neverbální reakce, podle toho se pak nastavuje poskytovaná podpora a péče. V této době je více než kdy jindy důležitá úzká spolupráce s rodinou nebo dalšími blízkými osobami, které mohou o klientovi poskytnout spoustu důležitých informací a přispět tak k úspěšné adaptaci.

Klíčový pracovník nejpozději v den nástupu zakládá a dále vede písemnou dokumentaci o klientovi nazvanou Záznam o průběhu poskytované sociální služby. Součástí dokumentace jsou zápisy o průběhu adaptace a přijatá opatření, sleduje se den nástupu, dále se záznamy provádí po 7. dni pobytu, po měsíci a nakonec po třech měsících pobytu, kdy je navíc adaptace uživatele zhodnocena.

V prvních dnech pobytu klíčový pracovník sestavuje osobní profil uživatele, zajímá se o důležité mezníky v jeho minulém životě, o jeho současnost, o to, jaká má klient přání, co má rád, co dokáže, nebo naopak – co ho nebaví, co mu vadí, z čeho má obavy nebo s čím potřebuje pomoc.

Za zpracování osobního plánu klienta je odpovědný rovněž klíčový pracovník, vychází přitom z osobního cíle uvedeného sociální pracovníci v Sociální dokumentaci. Cíl je v průběhu adaptační doby buď rozpracován do dílčích cílů a kroků nebo je změněn a to proto, že na počátku bývá osobní cíl

většinou stanoven rodinnými příslušníky a ne vždy odpovídá potřebám a schopnostem uživatele služby.

Osobní plán vzniká nejčastěji ve spolupráci s klientem, jeho blízkými, sociální pracovníci a aktivizačním pracovníkem, někdy, podle stanoveného cíle se do plánování zapojuje i fyzioterapeut nebo všeobecná sestra. Kromě konkrétního dojednaného cíle je v tiskopise popsána současná situace v oblasti, která se plánu týká, dále možná rizika a jejich prevence a samozřejmě i konkrétní kroky vedoucí k naplnění cíle, potřeba podpory, odpovědné osoby, termíny jednotlivých dílčích kroků nebo vyhodnocení plnění plánu.

Do adaptačního procesu se postupně zapojují i aktivizační pracovníci, kteří seznamují uživatele služeb s prostředím domova, nabízejí mu aktivizační činnosti na oddělení i mimo ně. Volí takové aktivity, které pomáhají ukotvovat klienta v realitě, odpovídají jeho věku a schopnostem a jsou smysluplné. (Šnebergerová, 2012) Většina aktivit probíhá pravidelně ve stabilně určený den a hodinu, střídají se činnosti na oddělení a mimo něj. Klienti pracují se speciálními pomůckami vhodnými pro aktivizaci lidí v jednotlivých stádiích demence, jako jsou skládačky, obrázky, pexesa nebo domino, někteří z nich kreslí nebo provádějí jednoduché ruční práce (pletení šály), pečou bábovky, zpívají, vyprávějí si nebo se věnují pohybovým aktivitám. Mezi klienty jsou oblíbené venkovní aktivity, ať už se jedná o posezení na lavičce nebo vycházky do okolí, návštěvy cukrárny ve městě či grilování na zahradě. S velkým zájmem se setkává také canisterapie.

Stejně jako ostatní pracovníci na oddělení i aktivizační pracovníci napomáhají klientům se sebeobsluhou, přitom by v co největší míře měl být využíván zachovaný potenciál klientů. Péče o sebe sama a další běžné všední aktivity by měly tvořit podstatnou náplň dne uživatele služeb. Zatím se nepodařilo změnit myšlení a přístup u veškerého personálu v přímé péči, kdy by klient měl dělat sám to, co dokáže. Pro některé pracovníky v sociálních službách je stále kritériem dobře vykonané práce čistý, upravený klient a uklizené okolí a přepečovávání tak stále není prázdným pojmem.

Aby si klient v novém prostředí lépe zvykl, doporučují zaměstnanci jeho rodině, aby svého blízkého v zařízení navštěvovali co nejčastěji a pokud možno pravidelně.

Při výskytu problémů s adaptací klienta se pracovníci v sociálních službách obrací s problémy podle jejich povahy na vedoucí oddělení nebo sociální pracovníci, případně prostřednictvím všeobecných sester informují ošetřujícího lékaře nebo psychiatra, mají rovněž možnost projednání případu při supervizi.

4. METODOLOGIE PROVÁDĚNÉHO VÝZKUMU

4.1 Vymezení výzkumné strategie

Dělení výzkumných přístupů na kvantitativní a kvalitativní je dle Miovského (2006) striktně didaktické. Uvádí, že je vhodné rozlišovat jednotlivé fáze výzkumu, v nichž mohou být použity jak kvalitativní, tak kvantitativní metody podle cílů a výzkumných prostředí zvolených pro dosažení těchto cílů.

Pro kvalitativní přístup je typická nízká strukturace plánu výzkumu a možnost změn v průběhu výzkumu. Uplatňuje se princip otevřenosti v oblasti výzkumných proměnných (znaků). Jejich pole je většinou otevřené a výzkumník až v průběhu výzkumu zjišťuje, jaký význam proměnné mají a jak se ovlivňují. (Miovský,2006). Podle Hendla (2005) také výzkumník v kvalitativním výzkumu pracuje s omezeným počtem jedinců a obvykle na jednom místě, proto pak vznikají problémy se zobecňováním výsledků. S ohledem na jeho pružný a nestrukturovaný charakter je obtížné výzkum opakovat.

Vzhledem ke zkoumané problematice i velikosti výzkumného vzorku jsem se rozhodla pro použití kvalitativního výzkumu.

4. 2 Výzkumný problém a cíle výzkumu

Výzkumným problémem, kterému se ve své diplomové práci věnuji, je problematika adaptace osob s demencí na prostředí domova se zvláštním režimem Domova Harmonie, centra sociálních služeb Mirošov.

Hlavním cílem je sledování a analýza procesu adaptace uživatele, a to v prvních patnácti dnech od nástupu do DZR DH Mirošov.

Dále jsem si vytkla dva dílčí cíle:

1. Zmapovat výskyt problémového chování a situace, při nichž k němu dochází
2. Zjistit možnosti usměrnitelnosti problémového chování

Dílčí cíl č. 1: *Zmapovat výskyt problémového chování a situace, při nichž k němu dochází*

Při stanovení typů problémového chování jsem vycházela z díla autorů Jiráka, Holmerové a Borzové (2009) i ze svých zkušeností, stejně tak mi dílo těchto autorů bylo inspirací pro stanovení kategorií situací, při nichž k problémovému chování dochází.

Abych mohla zjistit, zda je případné problémové chování důsledkem změny prostředí či nikoliv, použila jsem pro srovnání období jednoho měsíce před nástupem. Při výzkumu vztahujícím se k období před nástupem jsem pro sběr dat používala analýzu dokumentů a polostrukturovaný rozhovor s rodinnými příslušníky nebo jinými blízkými osobami budoucích uživatelů služeb.

Pro mapování výskytu problémového chování a situací během prvních patnácti dnů pobytu jsem metody sběru dat rozšířila o pozorování a polostrukturované rozhovory jsem navíc vedla i s pracovníky v přímé péči na pavilonu U fontány.

Dílčí cíl č. 2 : *Prozkoumat usměrnitelnost problémového chování*

Pro stanovení způsobů zmírnění problémového chování jsem vycházela jak z díla J. M. Zgola (2003) a Jiráka, Holmerové, Borzové (2009), tak z vlastních zkušeností. Při zkoumání jsem se zabývala i tím, zda v reakci na problémové chování nedošlo k porušení práv uživatele a povinností poskytovatele sociálních služeb uvedených v zákoně sociálních službách.

S výjimkou přímého ohrožení zdraví a života uživatele nebo jiných fyzických osob není při poskytování sociálních služeb dovoleno používat opatření omezující pohyb osob. I v tomto případě ho lze použít navíc pouze na nezbytně nutnou dobu a poté, co byla neúspěšně použita jiná opatření jako slovní zklidnění, odvrácení pozornosti nebo aktivní naslouchání. (§89 zákona č. 108/2006 Sb.)

Při naplňování tohoto dílčího cíle jsem opět používala stejné metody sběru dat jako u předešlého cíle, stejně tak jsem odlišovala období před a po nástupu.

4.3 Charakteristika výzkumného vzorku a místa šetření

Vzhledem k cíli výzkumu tvořili výzkumný vzorek uživatelé sociálních služeb Domova se zvláštním režimem – Domova Harmonie, centra sociálních služeb Mirošov, pavilonu U fontány.

Zvolila jsem kritériální typ vzorkování (Hendl, 2005), kdy do výzkumu byly zařazeny osoby s demencí, které nastoupili v období od 31. 12. 2011 do 31. 12. 2012. Zároveň museli splňovat podmínku mobility, jinak by mohlo dojít ke zkreslení výzkumu, neboť by nemohla být postižena celá oblast problémového chování, konkrétně útky a toulání. Proto byli do výzkumu zařazeni pouze klienti z pavilonu U fontány, uživatelé ze zbývajících dvou pavilonů nesplňují buď podmínku mobility nebo demence.

Z výzkumu byli také vyřazeni klienti, kteří se přestěhovali z Domova pro seniory DH Mirošov, a to proto, že již prostředí zařízení pro ně nebylo nové.

Na pavilon U fontány ve sledovaném období nastoupilo 31 osob, z toho však 2 byly imobilní a 6 jich přešlo z Domova pro seniory. Nastavené podmínky pro výběr vzorku tak splnilo celkem 23 osob, z toho 6 mužů a 17 žen.

Respondenty se kromě uživatelů služeb stali i jejich rodinní příslušníci nebo jiné blízké osoby a pracovníci v sociálních službách z pavilonu U fontány a to proto, že samotní uživatelé nejsou vzhledem ke svému stavu schopni vždy podat relevantní verbální informace.

Jak jsem již zmínila, výzkum se týkal nově nastupujících uživatelů na pavilon U fontány. Pavilon obývá 46 klientů ve dvoulůžkových pokojích na 3 podlažích, přičemž v přízemí jsou ubytováni převážně imobilní uživatelé. Na druhém a třetím podlaží se nachází vždy devět pokojů s předsíňkou a s výhledem do zahrady, někteří uživatelé mají přístup na balkony. Pokoje jsou vybaveny polohovacími lůžky, stolkem a židlemi, skříňkami, v předsíních jsou vestavěné skříňe a umyvadlo s galérkou a zrcadlem. Uživatelé si mohou vyzdobit pokoje podle svého vkusu. Z pokojů se vychází na společnou chodbu, ze které je výhled na nádvoří s fontánou. Na chodbě jsou umístěny stolky se židlemi, v zákoutí je rohová sedací souprava. Někteří uživatelé mají na pokoji vlastní televizor, společná televize je i na každém podlaží a ve společenské místnosti na druhém podlaží. Toalety (čtyři na podlaží) i koupelny jsou společné.

Na každém patře jsou pracovny personálu v přímé péči. Chodba je zakončena prosklenými bezpečnostními dveřmi se systémem protiklik. Na chodbách jsou velké hodiny, magnetická tabule – kalendář s vyznačením dne v týdnu, data, ročního období a aktivit, kterých se v daný den mohou uživatelé

zúčastnit. Na stěnách jsou také fotografie odpovídající ročnímu období a zachycující převážně okolní přírodu.

4.4 Vymezení výzkumných metod

Při výzkumu jsem kombinovala metody, kterými jsem zkoumala proces adaptace nových uživatelů služby domova se zvláštním režimem DH Mirošov. Použila jsem jak metodologickou, tak datovou triangulaci. Metodologická triangulace představuje použití různých metod sběru dat nebo technik uvnitř metody. Pojem datová triangulace znamená použití různých datových zdrojů. (Denzin in Hendl, 2005)

4.4.1 Analýza dokumentů

Metodu analýzy dokumentů jsem zvolila jako výchozí podklad výzkumné studie. Podle Hendla nejde o metodu získávání dat v pravém slova smyslu, kdy data v průběhu výzkumu vytváříme různými postupy a metodami, neboť v tomto případě shromažďujeme již vytvořená data. Miovský k tomu dodává, že data jsou pořízena někým jiným než výzkumníkem a také k jinému účelu, než má právě probíhající výzkum.

Hendl spatřuje zejména dvě výhody zkoumání dokumentů: jednak získáváme přístup k informacím, ke kterým bychom se jinak těžko dostali, a jednak informace obsažené v dokumentech nejsou zkresleny výzkumníkem.

Pro účely své práce jsem analyzovala následující dokumenty:

- žádost o poskytování sociálních služeb,
- záznamy o jednání se zájemcem o službu,
- životní příběh uživatele,
- individuální dokumentaci uživatele

Tato metoda získávání dat byla pro mne důležitá i v průběhu získávání údajů o průběhu samotné adaptace, neboť z důvodu směnlosti není možné hovořit se všemi zaměstnanci. Vyskytnou-li se však nějaké závažné odchylky v chování, jsou zaznamenány do individuální dokumentace uživatele.

4.4.2 Metody kvalitativního dotazování

Mezi metody kvalitativního dotazování patří různé typy rozhovorů, dotazníků, testů. Narozdíl od kvantativního dotazování, kdy je cílem vytvořit

jednoduchý a neutrální stimul pro získání pravdivého údaje pomocí přísně strukturovaného dotazování, je kvalitativní dotazování charakterizováno přizpůsobením se výzkumníka respondentovi a nepředkládáním předem určených formulací odpovědí nebo jejich kategorií. (Hendl, 2005)

Ve výzkumné studii jsem použila polostrukturovaný rozhovor a test Mini Mental State Examination (MMSE)

Polostrukturovaný rozhovor

Tento typ rozhovoru bývá shodně charakterizován avšak rozdílně označován, setkáme se tak s názvem polostrukturované interview (Miovský), částečně standardizovaný rozhovor (Jeřábek), polostrukturovaný rozhovor nebo dotazování (Hendl), charakteristiku polostrukturovaného rozhovoru naplňuje i technika rozhovor pomocí návodu (Hendl). Dále pro přehlednost budu užívat jen jeden název, a to polostrukturovaný rozhovor.

Tento typ rozhovoru jsem si vybrala proto, že v sobě spojuje výhody nestrukturovaného i strukturovaného rozhovoru, jde tedy o určitou střední cestu, pro kterou je typické definování účelu, stanovení určité osnovy a velká pružnost procesu získávání informací (Hendl, 2005). Zároveň však polostrukturovaný rozhovor vyžaduje náročnější technickou přípravu, kdy si výzkumník vytváří určité závazné schéma a specifikuje okruhy kladených otázek. Většinou není třeba dodržovat pořadí otázek, pružnost procesu získávání informací se projevuje rovněž i v tom, že jsou povoleny drobné nuance ve znění a stylu pokládání otázek. (Miovský, 2006)

Metoda dotazování pomocí polostrukturovaného rozhovoru se dle Jeřábka používá tehdy, pokud existuje předpoklad, že stejnou informaci můžeme získat od různých skupin dotázaných rozdílně formulovanými otázkami, které jsou navíc v některých případech kladeny v rozdílném pořadí.

Kromě výhod je třeba mít na zřeteli i možná rizika, kdy podobně jako u nestrukturovaného rozhovoru existuje možnost, že výzkumník doplňujícími otázkami nadměrně roztříští závaznou strukturu interview nebo sdělení účastníků nebudou relevantní cílům výzkumu nebo výzkumným otázkám. (Miovský, 2005)

Nejprve jsem prováděla rozhovory s rodinnými příslušníky, a to po prostudování dostupných dokumentů, zaměřovala jsem se zejména na výskyt

problémového chování před nástupem do zařízení. Dále jsem vedla rozhovory i s pracovníky v přímé péči, které se týkaly prvních patnácti dnů pobytu klienta v zařízení.

Test

Použila jsem Mini Mental State Examination (též označovaný jako MMSE), což je standardizovaný test vytvořený Folsteinem a kol., který se používá k relativně rychlé a přesné diagnostice kognitivních funkcí, zejména paměti. První dva okruhy otázek jsou zaměřeny na zjištění stavu místní a časové orientace, další na zapamatování, výbavnost, pozornost. Testují se schopnosti pojmenovat předměty, zopakovat větu, vykonat ústně danou i napsanou instrukci, napsat libovolnou větu a překreslit obrazec. Za každý správně provedený úkol se přiděluje jeden bod, maximální bodový zisk je 30 bodů. Dosažení hodnoty 27 a více bodů představuje normální stav, 26- 25 bodů signalizuje možnost demence, 24 – 10 bodů ukazuje na mírnou až středně těžkou demenci, hodnoty v rozmezí 9 – 6 bodů znamenají středně těžkou až těžkou demenci, dosažení méně než 6 bodů je charakteristické pro osoby s těžkou demencí.(Vágnerová,2004)

Test MMSE jsem klientům zadávala dvakrát, poprvé v prvním týdnu po nástupu a podruhé na konci druhého měsíce pobytu v zařízení. Záznamy o provedených testech jsem zaznamenávala do tabulky Výsledky testů MMSE (zařazena jako příloha číslo 1). Protože jde o kvalitativně vedený výzkum, zapisovala jsem si také poznámky k průběhu jednotlivých testování a uschovala jsem si i písemný a kresebný projev zkoumaných osob, který vznikl při plnění úkolů č. 9 (napsání libovolné věty) a 10 (malování podle předlohy).

4.4.3 Pozorování

Zatímco rozhovorem zjišťujeme nejen to, co je, ale i to, co si o tom respondent myslí, pozorováním se snažíme zjistit, co se skutečně děje. Zatímco v běžném životě využíváme, často bezděčně, naši schopnost pozorovat, v kvalitativním výzkumu pozorování využíváme cíleně, promyšleně. (Hendl, 2005) Kerlinger (in Miovský, 2006) uvádí, že pozorování jako vědeckou metodu chápe výlučně jako pozorování chování.

Můžeme ho použít buď jako hlavní metodu výzkumu nebo jím můžeme potvrdit výsledky získané rozhovorem.

Pro zkoumání procesu adaptace jsem zvolila zúčastněné pozorování, kdy jsem vystupovala v roli „účastníka jako pozorovatele“ (Hendl, 2005), to znamená, že jsem byla součástí zkoumané skupiny – klientů a pracovníků - a jejím členům byla má role známa. Pozorovatel je při takto prováděném pozorování v osobním vztahu s pozorovanými, což mu umožňuje více se přiblížit předmětu výzkumu. Zároveň zde však existuje riziko, že výzkumník svým chováním naruší běžné fungování skupiny nebo vyvolá situaci, která by jinak těžko nastala. (Miovský, 2006)

Při každodenním pozorování jsem se zaměřovala zejména na projevy chování klientů, zda, kdy a za jakých okolností dochází k maladaptivním projevům, jak se je daří zvládat apod.

4.5 Sběr dat a způsob jejich vyhodnocení

4.5.1 Sběr dat

Zkoumání procesu adaptace konkrétního uživatele jsem vždy zahajovala analýzou dokumentů, z ní jsem také vycházela při přípravě na rozhovor, jehož schéma jsem přizpůsobovala i zjištěným údajům.

Polostrukturované rozhovory jsem provedla s celkem 40 rodinnými příslušníky nebo blízkými osobami uživatelů služeb, kteří splnili podmínky pro zařazení do výzkumu. S 25-ti osobami byly rozhovory vedeny opakovaně. Rozhovory probíhaly v jednacích místnostech tak, aby bylo zajištěno odpovídající prostředí. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí 20 – 30 minut.

Rozhovory se zaměstnanci probíhaly během jejich služby na pavilonu U fontány, vedla jsem je opakovaně s pracovníky v sociálních službách i pracovníky pro výchovnou nepedagogickou činnost (tzv. aktivizační pracovníky).

Pozorování probíhala opakovaně v průběhu 15-ti dnů po nástupu. První pozorování se uskutečnilo v den nástupu, další 2 – 3 pozorování mezi 2. – 8. dnem a pak mezi 9. a 15. dnem pobytu. Krátký záznam z pozorování jsem prováděla přímo v terénu do připraveného tiskopisu Záznamový arch - pozorování (zařazen jako příloha číslo 2) formou popisných poznámek (Hendl, 2005), ve kterých jsem se snažila zachytit chování jednotlivců, konverzaci i popis situací.

Test MMSE jsem prováděla s klienty dvakrát – poprvé v průběhu prvního týdne adaptační doby a podruhé na konci druhého měsíce pobytu v zařízení. U jedné klientky se mi z důvodu jejího přestěhování do jiného zařízení podařilo zadat pouze úvodní test, u zbylých 22 respondentů proběhlo testování dvakrát.

Testování probíhalo na oddělení, kde byli uživatelé ubytováni – nejčastěji na pokoji nebo v odpočinkovém koutě, pokud tam nebyli přítomni jiní klienti. Přesto jsem se několikrát musela vypořádat se snahou ostatních uživatelů napovídat testovaným.

Každému z klientů – účastníků výzkumu jsem založila složku, v níž jsem soustřeďovala veškerá data, která jsem získala během zkoumání a která se vztahovala k danému klientovi.

4.5.2 Zpracování dat

Pro vyhodnocování a interpretaci dat jsem zvolila metodu kvalitativní analýzy, kdy data jsem analyzovala průběžně ve fázi jejich sběru. Při popisování dat jsem postupovala metodou kódování, konkrétně jsem využívala postupy založené na šabloně.

Kódem rozumíme symbol, který má vztah k výzkumným otázkám, konceptům nebo tématům a kterým data klasifikujeme nebo kategorizujeme (Hendl, 2005).

Získaná data jsem zapisovala do záznamového archu (uveden jako příloha číslo 3) podle jednotlivých kategorií, které jsem si vytvořila jako pomůcku pro pozdější zpracování dat. Do něj jsem soustřeďovala data získaná analýzou dokumentů, polostrukturovaným rozhovorem i pozorováním.

Záznamový arch má umožnit rychlou orientaci i zápis, je to pomocný nástroj výzkumníka, který je obvykle založený na metodě tužka – papír. (Miovský, 2006)

Následně jsem prováděla redukci dat a redukována data jsem pro přehlednost do tabulky uvedené v příloze číslo 4, která byla podkladem pro popis a analýzu dat.

Během sběru dat i jejich zpracování jsem využívala techniku poznámkování, kdy poznámky nepředstavují nová data, ale znamenají propojení

několika částí dat, důležité jsou zejména poznámky o kódech a jejich vztazích. (Hendl, 2005)

4.6 Předvýzkum

Před zahájením samotného výzkumu jsem provedla předvýzkum, kdy jsem si ověřila použití metod sběru dat, výběr zkoumaných oblastí i jejich záznamy prostřednictvím záznamového archu.

Předvýzkum zahrnoval zkoumání procesu adaptace u jedné klientky. Na jeho základě jsem provedla změny v záznamovém archu a rozhodla se pro zkrácení sledovaného období po nástupu z původně zamýšleného měsíce na patnáct dnů, neboť dle mého názoru chování uživatele v tomto období dokáže dostatečně přesně predikovat úspěšnost či neúspěšnost adaptace na nové prostředí.

Rovněž jsem se rozhodla zařadit test MMSE, a to proto, že jeho prostřednictvím by mohly být objasněny i některé okolnosti adaptace.

4.7 Role výzkumníka

Výzkumník si musí být vědom skutečnosti, že je sám účastníkem výzkumu a přímo či nepřímo ovlivňuje zkoumaný proces a mění jej. (Miovský, 2006)

Je nezbytně nutné se v průběhu výzkumu chovat eticky, to znamená dodržovat etické zásady výzkumu. Vždy je tak třeba získat poučený souhlas od účastníků výzkumu, ať už v písemné či ústní podobě. Mezi další zásady patří zachování soukromí a důvěrnosti ve vztahu k respondentům, tedy nezveřejňovat data, která by mohla vést k identifikaci účastníků výzkumu. Neméně důležitá je zodpovědnost výzkumného pracovníka, což představuje přijetí odpovědnosti za objektivitu a preciznost prováděného výzkumu (Dohnalová, 2011).

S ohledem na výše uvedené zásady jsem získaná data anonymizovala, i proto jsem od účastníků získala ústní souhlas poté, co jsem je seznámila s cíli, metodami i průběhem výzkumu.

Protože jsem součástí týmu pracovníků DH Mirošov, maximální měrou jsem se snažila o objektivitu a nezájatost během realizace výzkumu. Ve vztahu k některým pracovníkům na pavilonu U fontány jsem se musela zpočátku

vypořádat s jejich nepříliš velkou otevřeností a s jejich obavami týkajícími se účelu poskytovaných informací a zachování jejich důvěrnosti.

5 VÝSLEDKY

V následující kapitole budu popisovat a analyzovat výsledky výzkumného šetření zaměřeného na proces adaptace osob s demencí na pobytové zařízení – domov se zvláštním režimem DH Mirošov. Výsledky budu uvádět v členění podle výzkumných cílů, nejprve uvedu výsledky zaměřené na oblast dílčích cílů.

V průběhu výzkumu jsem si dále upřesnila, co budu zahrnovat pod pojem problémové chování a co nikoliv. K tomuto upřesnění jsem dospěla poté, kdy jsem zjistila, že se rozchází pohled zejména pracovníků v sociálních službách a rodin na to, co je a co není problémové. V podmínkách DZR DH Mirošov totiž pracovníci považují mnohé projevy chování ještě za běžné, normální, zatímco stejné chování rodiny v domácím prostředí hodnotí jako problémové, neboť je pro ně značně zátěžové.

Rozdíly se vyskytly zvláště u dvou typů problémového chování – u poruch spánku a útěků a toulání. Pracovníci jako problematické vnímají časté probouzení se během noci, případně závažné problémy s usínáním nebo nespavost. Za běžné považují, pokud se klient probudí jednou až dvakrát během noci a po uložení na lůžko zase brzy usne.

Pod položku útěky a toulání jsem zahrнула jak dokonané útěky, tak pokusy o ně - za podmínky, že se klient pokoušel opakovaně odejít, ale bylo mu v tom zabráněno.

Stejnou optikou jsem se pak snažila dívat na chování klienta před nástupem, abych je mohla porovnat s obdobím po nástupu do DZR.

5. 1 Mapování výskytu problémového chování a situací, při nichž k němu dochází

Nejprve jsem zjišťovala výskyt problémového chování, kdy jsem se zajímala o jeho výskyt jak před nástupem do Domova Harmonie, tak v průběhu patnácti dnů adaptační doby. Z výzkumných metod jsem použila analýzu dokumentů, polostrukturovaný rozhovor, pozorování i test MMSE.

V příloze číslo 4 jsou ve formě tabulky uvedeny redukované souhrnné výsledky výzkumného šetření zpracované otevřeným kódováním. Z nich je patrné, u kterých osob a v jakém období (před nástupem či po něm) se problematické chování vyskytovalo. Celkem se jedná o jedenáct osob. Při další analýze jsem se proto podrobněji zabývala jejich výsledky.

U dvou osob bylo problémové chování zaznamenáno po nástupu do zařízení. V jednom případě došlo k ojedinělému výskytu 10. den po nástupu, v situaci, kdy spolubydlící odjela na dovolenou. Klientka si následující ráno sbalila své věci a snažila se odejít z oddělení s odůvodněním, že odjíždí k dceři. Při pozdějším rozhovoru s vnučkou jsem zjistila, že dceru už klientka dlouho neviděla.

Ve druhém případě došlo také k ojedinělému výskytu, a to třetí den pobytu, kdy klientka odešla z oddělení, které v té době ještě nebylo zabezpečeno systémem protiklík. Byla nalezena na jiném pavilonu, zcela dezorientovaná. V následujících dnech si pak na oddělení chodila pravidelně lehat na postel do vedlejšího pokoje. Podle dcery měla doma postel na stejném místě, proto klientku na tento pokoj přestěhovali a problémy ustaly.

V obou případech došlo k odchodu či pokusu o odchod v době bez organizované činnosti.

U sedmi osob byl výskyt problémového chování zjištěn před nástupem i po něm. Při dalším zkoumání jsem zjistila, že u čtyř osob se po nástupu vyskytlo, ve srovnání s obdobím předchozím, více typů problémového chování.

U první klientky jsem analýzou dokumentů zjistila poruchy spánku. Asi měsíc před nástupem najednou, bez zjevné příčiny ulehla a o tři týdny později začala zase znovu chodit. Po nástupu se k již avizovaným poruchám spánku

přidalo agitované chování, kdy celé dny a někdy i noci, chodila po chodbě sem a tam. Na slovní pokyn nereagovala, slova musela být doprovázena lehkým dotekem, pak si například na chvíli sedla k jídlu, snědla dvě, tři lžice a znovu začala přecházet z místa na místo, nevnímala ani překážky, které jí stály v cestě. V noci buď nespala vůbec nebo se často budila a znovu chodila sem a tam po chodbě. Agitované chování nebylo vázáno na určité situace, probíhalo po celý den a někdy i noc. Poruchy spánku se vyskytovaly v noci v různou dobu, a přitom klientka ve dne nespala ani neodpočívala.

U další klientky byly již dopředu příbuznými avizovány projevy úzkosti. Také bezprostředně po nástupu do DZR chování klientky na první pohled upoutalo pozornost. Seděla schoulená, na hlasitější pokyn reagovala pláčem, na rychlejší pohyb úhybným manévrem nebo si dávala ruce před obličej. V noci se probouzela, po uložení do postele znovu vstávala. První noc napadla pracovníka v sociálních službách – udeřila ho do ruky, když se ji snažil uložit zpět do postele. Rozhovorem s příbuznými se následně podařilo zjistit, že klientka byla týrána dnes již zemřelým manželem. Projevy problémového chování se objevovaly při komunikaci s personálem, v době bez organizovaných aktivit, při ukládání ke spánku a v noci, pokud měl službu muž.

Intenzivní bránění se péči bylo příčinou hospitalizace klienta, jehož rodina již nebyla schopna se o něj postarat. Jeho obrana byla namířena zejména proti synovi, když se ho pokoušel vykoupat. V den nástupu se problémové chování neprojevovalo, protože zřejmě v důsledku medikace byl klient spíše apatický. Od druhého dne do osmého dne pobytu se u klienta projevovala úzkost, kdy omezeně reagoval na své okolí, byl stažen jakoby do sebe. Také se zejména při intimní hygieně bránil péči, a to i brachiálně. Rovněž mu vadilo, když ho chtěl oholit muž. Stejně tak se bránil při ukládání ke spánku nebo při podávání stravy, kdy odstrkoval personálu ruku. Nedokázal se zpočátku verbálně vyjadřovat, pouze v rozrušení někdy vyhrkl sprosté slovo.

Před nástupem této klientky rodina avizovala nutnost pobytu na zabezpečeném oddělení, neboť klientka několikrát odešla ze svého domova, přitom tvrdila, že jede domů. Váhali jsme s jejím přijetím na toto oddělení, protože i dle rodiny byla zcela orientovaná, také hodnoty MMSE byly ještě v pásmu normality, klientka však přesto měla diagnostikovanou demenci. Ve druhé polovině

sledovaného období se u klientky začala objevovat verbální agresivita, začala se hádat se svojí spolubydlící, se kterou do té doby dobře vycházela. Klientky z jiného oddělení začala mylně považovat za osoby, o které se jako zaměstnanec stará, a dožadovala se, aby ostatním zaměstnancům sdělily, že svoji práci dělá dobře. Nakonec odešla z oddělení ven, nedostatečně oblečená. Nevěděla, proč odešla ani kam jde. Výskyt problémového chování byl v jejím případě vázán na situace bez organizované aktivity a na komunikaci s klienty.

U další klientky jsem se zpočátku domnívala, že se problémové chování vyskytlo až po nástupu, neboť rodinný příslušník negoval projevy takového chování před pobytem v Domově Harmonie. Poté, co od druhého dne od nástupu odmítala veškeré nabídky činností a zůstávala ležet v posteli, dokonce odmítala vstát z postele i k jídlu, kontaktovala jsem rodinu znovu. Tentokrát jsem zjistila, že se stejný typ chování u klientky vyskytoval i v domácím prostředí, jen to část rodiny považovala za důsledek nedostatečné péče zbytku rodiny a za problémové chování ho proto nepovažovala. Od prvních kontaktů s uživateli sociálních služeb jak domova se zvláštním režimem, tak domova pro seniory se chovala přezíravě. Postupně začala zejména v kontaktu s ostatními uživateli služby užívat vulgarismy, později jimi častovala i personál.

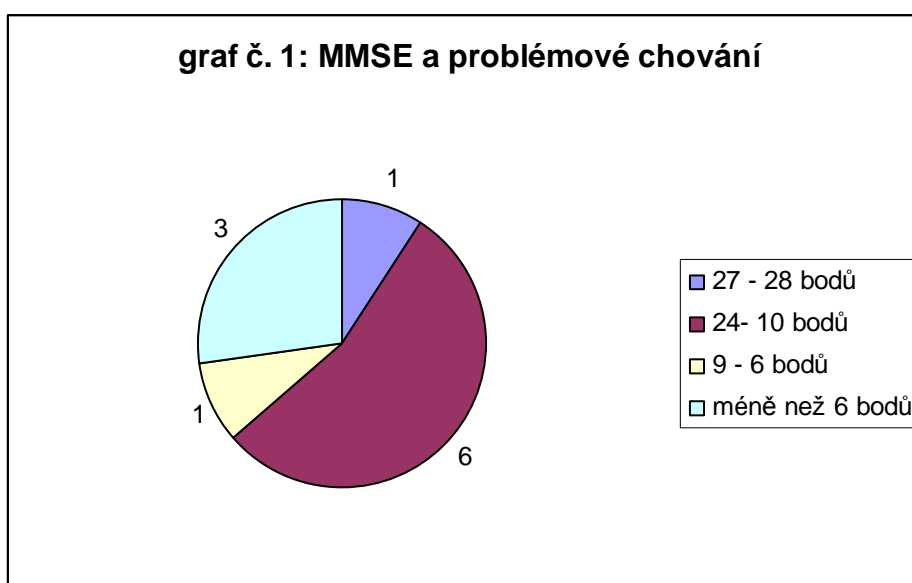
U dvou osob se vyskytovalo problémové chování pouze před nástupem, což pro mě bylo zajímavé zjištění.

První klientka se dle rodiny během pobytu v domově pro seniory přestala orientovat v rozlehlém areálu, nedokázala najít svůj pokoj a několikrát denně se dožadovala vstupu na cizí pokoj s tím, že se jedná o její vlastní pokoj. Ve dvou případech ze zařízení odešla do města a nemohla nalézt cestu zpět. Krátce před nástupem si poranila kotník a do DZR nastupovala s ortézou, byla tak schopna ujít jen pár kroků. Po čtrnácti dnech jí byla ortéza sundána a k útekům ani toulání již poté nedocházelo.

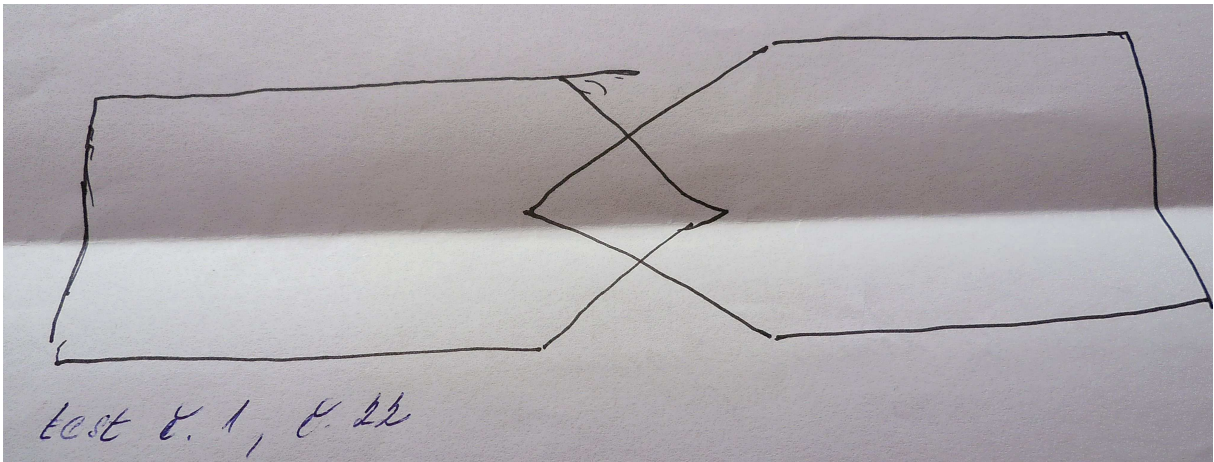
Ve druhém případě rodina klientky udávala problémy při poskytování péče, kdy se klientka bránila provádění hygieny snachou. Syn se o matce vyjadřoval s despektem, mluvil o ní v lepším případě jako o bláznovi. Od prvního dne pobytu se u klientky nevyskytly žádné projevy problémového chování.

5.1.1 MMSE a problémové chování

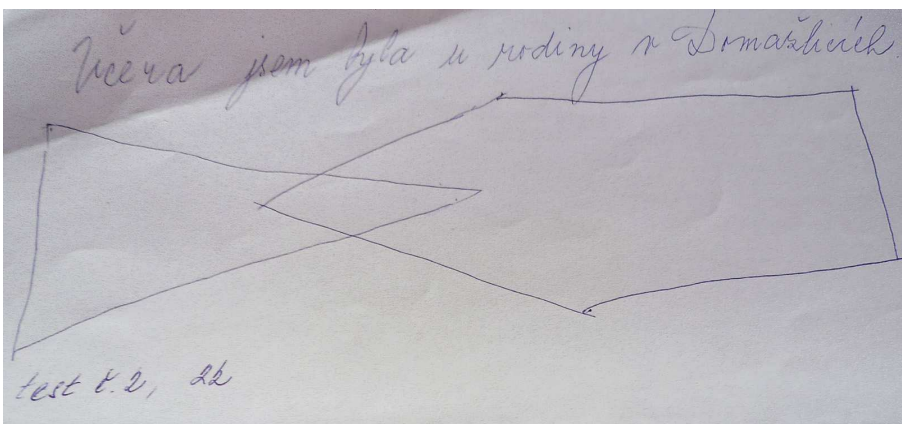
Zkoumala jsem, zda existuje vztah mezi problémovým chováním a hodnotami naměřenými pomocí Mini Mental State Examination. Zjistila jsem, že problémové chování se u zkoumaného vzorku vyskytuje nejčastěji, a to šestkrát, u osob s MMSE v rozmezí 24 – 10 bodů, tedy v pásmu mírné až středně těžké demence. Tři případy spadají do pásma pod šest bodů – pásma těžké demence. Po jednom případě se vyskytlo u klientů, kteří podle hodnot naměřených MMSE spadali do skupiny středně těžké až těžké demence (9 – 6 bodů) a normálního stavu (27 – 28 bodů).



Právě u klientky s nejvyšší naměřenou hodnotou MMSE v obou testech bylo zajímavé porovnání obkreslených obrázců v obou testech – v prvním týdnu po nástupu (obrázek č. 1) a po dvou měsících od nástupu (obrázek č. 2, oba na následující straně). Změny, které se projevily v obkreslování obrázců mohou poukazovat na problémy v orientaci v prostoru, které se u klientky vyskytly ve druhé polovině sledovaného období.



Obrázek číslo 1: MMSE – test 1, obkreslování obrazců



Obrázek číslo 2: MMSE – test 2, obkreslování obrazců

5.1.2 Orientace a problémové chování

Stav orientace byl zjišťován ke dni nástupu polostrukturovaným rozhovorem s rodinnými příslušníky. Pokud však nebyli bezprostředně před nástupem v úzkém kontaktu se svými blízkými, nebyli jejich informace odpovídající a orientaci místem, časem nebo osobou jen odhadovali. Ke zpřesnění jsem proto použila jak metodu pozorování chování během prvního dne pobytu (i s vědomím toho, že jde o nové prostředí), tak i některé otázky MMSE. Zjistila jsem, že výskyt problémového chování je nejčastěji vázán na výskyt částečné orientace osobou (u 7 osob) a úplnou dezorientaci časem a místem (vždy u 6 osob).

5.1.3 Prostředí a problémové chování

Klienti s problémovým chováním shodně ve čtyřech případech nastupovali ze zdravotnického zařízení a z domova, který sdíleli společně s dalšími rodinnými příslušníky. Z pobytového zařízení sociálních služeb nastoupili klienti ve dvou

případech a v jednom z domova, kde klient bydlel sám a příbuzní za ním pouze docházeli.

5.1.4 Typ demence a problémové chování

Zabývala jsem se také zkoumáním vlivu typu demence na problémové chování. Ve čtyřech případech se jednalo o lékaři diagnostikovanou demenci Alzheimerova typu, shodně ve třech případech o vaskulární demenci a neurčenou demenci, v jednom případě o demenci smíšeného typu.

5. 2 Usměrnitelnost problémového chování

V této části jsem se zabývala analýzou a popisem odklonitelnosti problémového chování a způsobů, které byly pro zmírnění problémového chování použity. Zaměřovala jsem se pouze na klienty, u nichž se problémové chování objevilo v průběhu sledovaného období adaptační doby.

Jako základní způsob zmírnění problémového chování byla využívána komunikace s klientem. V většině případů bylo její užití úspěšné, zejména ve spojení s ostatními způsoby.

Komunikace s klientem se nejvíce využívala při poruchách spánku, v jednom případě bylo nutné navíc použít farmakoterapii, neboť klientka nespala řadu nocí a poruchy spánku se u ní vyskytovaly v kombinaci s celodenním agitovaným chováním. Po nasazení léků některé noci spala dobře, jindy se probouzela, alespoň však už více odpočívala.

Komunikace byla hojně využívána i při zmírňování úzkosti klienta, byla doplňována změnou přístupu pracovníků a zaměstnáním klienta. Jako příklad lze uvést případ klientky, které úzkost a strach, pramenící z dřívějšího týrání manželem vážně zhoršovaly běžné fungování. Zpočátku personál s klientkou mluvil klidně, trpělivě, utěšoval ji a snažil se vysvětlit, že jí v domově nic nehrozí, nemusí mít obavy, že by jí chtěl někdo ublížit. Avšak namísto toho, aby se klientka uklidnila, začala se její úzkost prohlubovat, choulila se, více naříkala, až se téměř nedala uklidnit, neustále se dokola s pláčem omlouvala. Postupně však personál vyzoroval, že pokud klientku přestane litovat a odvede její pozornost jinam, nedojde k prohloubení stavu, klientka se přestane soustředit na sebe a ochotněji se zapojí do aktivit na oddělení.

Při problémovém chování typu bránění se péči byla komunikace s klientem opět úspěšně používána ve spojení se změnou přístupu pracovníků. U jednoho z klientů se tento typ chování projevoval již před nástupem do domova se zvláštním režimem, navíc klient již vzhledem ke svému stavu nebyl schopen provádět jakékoliv úkony samostatně nebo na slovní pokyn, také nedokázal verbálně sdělit svá přání. Zpočátku se klient bránil jakékoliv pomoci, odstrkoval personál, někdy napřahoval ruku. Postupně však začal pomoc přijímat. Personál volil klidný, trpělivý přístup, poskytoval klientovi více času, aby mohl informace vstřebat a připravit se na jednotlivé úkony. U dvou nejproblematičtějších oblastí péče, tak jak je vnímal klient, zvolil odlišný postup. S prováděním intimní hygieny pomáhali klientovi zpočátku jen muži, později, pokud nebyl muž ve službě přítomen, byl ochoten přijmout i pomoc ženského personálu. U holení vousů však byla situace opačná, klient se bránil mužům, ale od žen se strojkem na holení nechal oholit ochotně. Bránění se péči při ukládání ke spánku se podařilo odstranit tak, že po uložení do postele mu pracovnice popřála dobrou noc a pohládila ho po tváři.

V případě klientky, která se rozhodla celý den trávit v posteli, personál vyzkoušel celou paletu způsobů, jak změnit její chování. Pracovníci v přímé péči nejprve pomalu a vlídně klientku lákali na nejrůznější aktivity, jen aby vstala z postele. Neúspěšně. Dokonce i při obou testech MMSE odpovídala na otázky sice ochotně, ale vleže a s pohledem do protější stěny, při kreslení se pouze posadila a kreslila na klíně. Z lůžka se jí personálu povedlo zvednout pouze s velkými obtížemi a na krátkou dobu – na jídlo nebo na hygienu. Personál zkoušel i autoritativnější přístup, ale opět bez dlouhodobějšího úspěchu. Navíc na autoritativní přikazování, které na ni dle rodiny doma platilo, reagovala vulgárními nadávkami, ale z postele nevstala.

V několika případech personál přikročil také k úpravě prostředí.

Klientce neustále chodící sem a tam, odstranili z cesty předměty, o které by mohla zakopnout nebo se o ně zranit, pokud by je shodila.

Klientce stále ležící na posteli, přemístili postel po domluvě s rodinou tak, aby se mohla alespoň dívat ven.

Klientku, která napadala svoji spolubydlící, přestěhovali na jiný pokoj k uživatelce, která se projevovala jako submisivní a nechala svoji novou spolubydlící, aby za ni rozhodovala a starala se o ni. Problémy s verbální agresivitou se tak v tomto případě podařilo odstranit. Současně vymizely i misidentifikace.

Stejně jako komunikace s klientem bylo ve všech případech pro zmírnění problémového chování cíleně použito zaměstnání uživatele, personál využíval zejména zapojení do aktivizačních činností dle zájmu klienta (muzikoterapie, canisterapie, vycházky a jednoduché fyzické aktivity, práce s kognitivní sadou nebo povídání si a další aktivity).

Problémové chování se podařilo odstranit v pěti případech, četnost problémového chování se podařilo snížit ve třech případech. U jedné klientky zůstala četnost problémového chování beze změny.

5. 3 Analýza procesu adaptace uživatele

Proces adaptace uživatele jsem sledovala po dobu prvních patnácti dnů od nástupu do DZR DH Mirošov.

Dosud jsem se při popisech výsledků zaměřovala na problémové chování v souladu s dílčími cíli 1 a 2. Avšak o tom, zda je adaptace úspěšná či nikoliv, mohou svědčit i jiné skutečnosti.

Za známku úspěšné adaptace by bylo možné považovat výrazné zlepšení se v testu MMSE, kdy u jedné klientky došlo v průběhu dvou měsíců ke zlepšení o 6 bodů, aniž by jí byly změněny léky. Rodinní příslušníci uváděli, že jsou mile překvapeni, jak klientka pookřála a jak je najednou plná života. Před nástupem do zařízení žila sama, rodině se zdála depresivní. Klientka navíc i díky své disciplíně po nástupu začala používat některé techniky, které jí pomáhají s lepší orientací v čase. Sama říká: *„Sestřičko, víte, já mám tu hlavu už úplně blbou, já si nic nepamatuju. Vždycky ráno, hned jak se vzbudím, si musím tady v tom kalendáři udělat znamínko, abych věděla, co je za den. Vidíte, dneska je pátek.“*

Ke zlepšení v testu MMSE došlo ještě u dvou dalších klientek, i když ne tak výrazně jako u výše zmiňované uživatelky. U jedné se při druhém testu výsledek zlepšil o 3 body, u druhé o dva.

Za zlepšením v testech MMSE by mohl být přísun nových podnětů, avšak druhý test dopadl lépe i u klientky, která odmítá vstát z postele a nechce se vůbec zapojit do dění na oddělení (zlepšení o dva body).

Další svědectví o tom, že se v novém prostředí cítí klientka dobře, nám podala opět rodina. Uživatelka během víkendového pobytu u rodiny (ve sledovaném období) začala kolem dokola procházet místnostmi v domě, a když se jí zeptali, co hledá, odpověděla: „Ty ženský.“ Na upřesňující dotaz odpověděla: „Co tu vždycky sedí a zpívají“. MMSE této klientky byl při prvním měření 5, při druhém 1 bod. Přitom během pozorování klientka nejčastěji sedávala na chodbě buď sama nebo ve společnosti ostatních, ale nikdy si s ostatními nezpívala, hleděla jakoby nepřítomně před sebe a nezdálo, že by vnímala dění kolem sebe.

Během pozorování jsem zjistila, že stávající klienti skutečně hrají důležitou roli při procesu adaptace nově příchozích. Ve většině případů jim nemohou pomoci s orientací v novém prostředí, ale pomáhají jim tím, že jsou jim nablízku, jsou to spřízněné duše. I když spolu nehovořili a z jejich obličejů se nedali odečíst emoce, své sympatie si dávali najevo tím, že si spontánně vedle sebe sedali jak na chodbě před pokoji, tak během některých akcí. V průběhu výzkumu jsem také opakovaně pozorovala dvě uživatelky (jedna z nich byla v adaptační době), které vedle sebe sedávaly na pokoji na posteli, nemluvily, dívaly se před sebe a držely se za ruce. Jednou jsem se jich zeptala, co dělají, a jedna z nich mi odpověděla: „Jsme tu spolu.“

6 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ

V této kapitole se zaměřuji na interpretaci výsledků výzkumného šetření, zatímco u kapitoly předešlé jsem prováděla jejich sumarizaci. Současně s interpretací provádím i reflexi naplnění hlavního a dílčích cílů výzkumu.

Výzkumný soubor tvořili uživatelé sociálních služeb domova se zvláštním režimem – pavilonu U fontány, kteří do zařízení nastoupili v období od 31. 12. 2011 do 31. 12. 2012. Sledovaným obdobím bylo prvních patnáct dnů pobytu uživatele v zařízení. Do souboru nebyli zařazeni imobilní uživatelé a uživatelé, kteří se přestěhovali ze sousedícího domova pro seniory, druhé registrované sociální služby Domova Harmonie Mirošov.

Výzkumnými metodami, které jsem pro šetření zvolila, byly analýza dokumentů, pozorování, polostrukturovaný rozhovor a standardizovaný test MMSE.

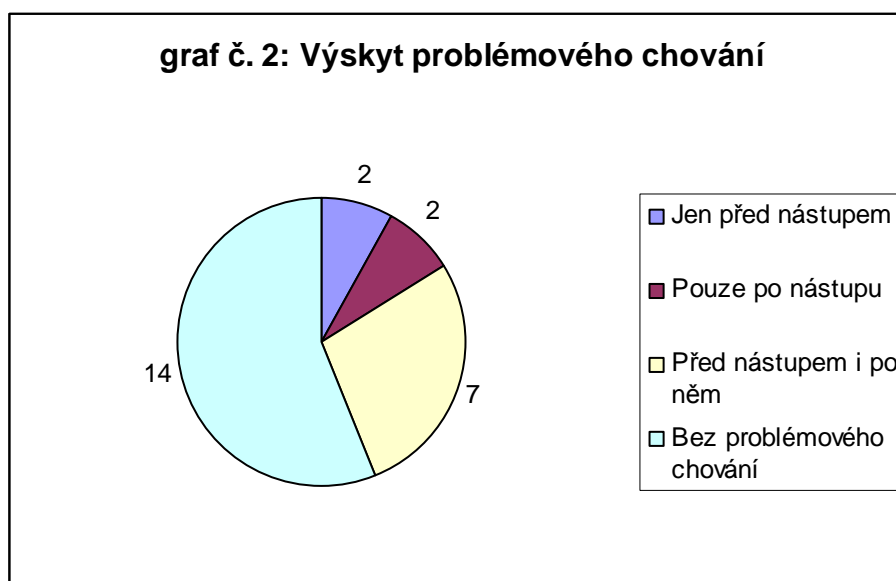
Nejprve se zaměřím na míru naplnění dílčích cílů a poté hlavního cíle.

6.1 Vyhodnocení mapování výskytu problémového chování

„Zmapovat výskyt problémového chování a situace, při nichž k němu dochází“ – to je dílčí cíl, který jsem si stanovila jako první.

Jak jsem uvedla již v předešlé kapitole, problémové chování se vyskytlo celkem u jedenácti z dvaceti tří sledovaných osob. U dvou osob se problémové chování objevilo až po nástupu. U sedmi osob byl výskyt problémového chování zachycen jak před nástupem, tak po něm (viz graf č. 2 na následující straně), přitom u čtyř osob se ve srovnání s obdobím před nástupem vyskytlo více typů problémového chování.

Problémové chování po nástupu do zařízení se tedy vyskytovalo u 9 osob, tj. u 39% sledovaných uživatelů. Z toho u 6 (26% sledovaných uživatelů) se problémové chování vyskytlo buď po nástupu nebo byly u uživatelů zaregistrovány další typy problémového chování. Ačkoliv problémové chování má u lidí s demencí více příčin (Jiráková, Holmerová, Borzová, 2009), lze usuzovat, že k problémovému chování 26% sledovaných uživatelů došlo v souvislosti se změnou prostředí. Nástup do domova se zvláštním režimem byl pro ně tedy tak náročnou životní situací, při jejímž zvládnutí se u nich poruchy chování objevily.



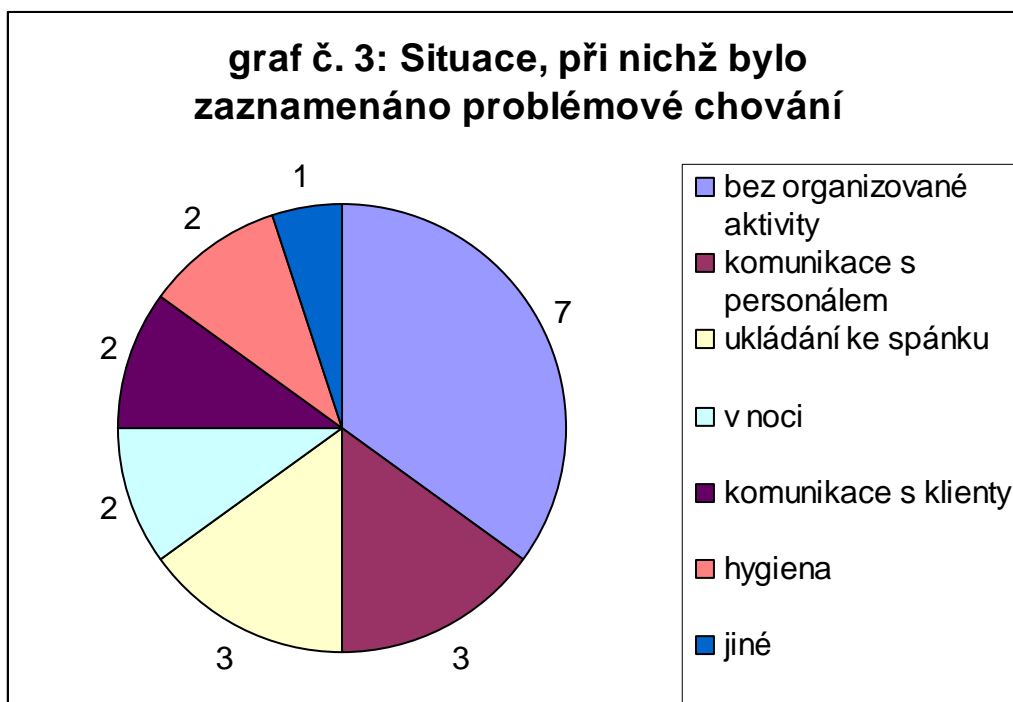
Při analýze jednotlivých typů nově se vyskytujícího problémového chování jsem zjistila, že ve dvou případech se jednalo o problémové chování typu *útěky, toulání se*, po jednom případě byly zastoupeny následující typy: *agitované chování, úzkost, verbální agresivita, misidentifikace*. Žádný typ problémového chování tak nebyl zastoupen významně čteněji než jiné.

U dvou osob naopak problémové chování po nástupu do zařízení vymizelo, avšak pouze u jedné z nich lze ústup problémového chování přičíst příznivému působení nového prostředí. Rodina sice věděla, že klientka trpí demencí, ale nebyla seznámena s projevy onemocnění, a tak chování klientky považovala za určitý druh schválností a podle toho s ní také jednala. Narozdíl od rodiny je personál DZR DH Mirošov cíleně vzděláván v oblasti péče o klienty s demencí i způsobech komunikace, odlišný přístup zaměstnanců tak mohl v tomto případě napomoci vymizení problémového chování.

Dále jsem analyzovala situace, při nichž k problémovému chování dochází. Nejprve jsem se zaměřila na nově se vyskytující problémové chování. K němu dochází nejčastěji v situacích *bez organizované aktivity* (4x), následují shodně zastoupené (vždy 1x) situace *ukládání ke spánku, v noci, komunikace s personálem, komunikace s klienty*.

Následně jsem analýzu situací rozšířila na všechny uživatele, u nichž jsem problémové chování identifikovala, to znamená, že jsem se zaměřila jak na období před nástupem, tak po něm (viz graf č. 2 na následující stránce). Opět byla nejvíce

zastoupena situace *bez organizované aktivity* (7x), následovala *komunikace s personálem a ukládání ke spánku* (vždy 3x), dále *v noci, komunikace s klienty* a nově zaregistrovaná situace *hygiena* (vždy 2x). U jednoho uživatele byl výskyt problémového chování zaznamenán při jídle (zahrnuto pod *jiné*).



Z výše uvedeného je patrné, že pro vznik problémového chování je nejkritičtější období bez organizovaných aktivit. Volicer (2010) doporučuje, aby v pobytových zařízeních probíhaly soustavné programované aktivity po sedm dní v týdnu a po většinu doby, kdy jsou uživatelé vzhůru a nespí (waking hours).

V Domově Harmonie probíhají organizované aktivity zejména v pracovních dnech od rána od sedmi hodin do přibližně 15. hodin, po období bez organizované aktivity v délce asi 1,5 hodiny nastupují další činnosti jako je večeře, hygiena, ukládání ke spánku. O víkendech jsou pravidelné činnosti většinou omezeny na jídlo, hygienu, vstávání a uléhání ke spánku. Pokud je na oddělení dostatek personálu v přímé péči, organizují pro klienty i další činnosti, jako jsou např. vycházky, poslech hudby, vyprávění, společenské hry apod. Náplň dne uživatelům služeb pomáhají naplňovat i návštěvy rodiny a dalších blízkých osob, ne všichni však za svými blízkými jezdí pravidelně a často. Období bez organizovaných aktivit tak tvoří značnou část dne, zejména o víkendech.

V souvislosti s analýzou typů problémového chování a situací, při nichž k němu dochází, jsem se zabývala i termínem „*vlivy okolí*“ ((Jiráková, Holmerová, Borzová, 2009). Pod tímto termínem zařazeným mezi nejčastější faktory, které vedou k poruchám chování u osob s demencí je zahrnuto nevhodné prostředí, nevhodné zacházení, nadbytek nebo nedostatek zevních podnětů, narušení rutiny, nervozita pečujícího. (Jiráková, Holmerová, Borzová, 2009)

S výjimkou situací bez organizované aktivity, které by se v jistém směru dalo zahrnout pod nedostatek zevních podnětů, jsem v rámci DZR DH Mirošov neidentifikovala žádné další výrazně negativně působící vlivy na více uživatelů. Dle mého názoru působení vlivů okolí u zkoumaných jedinců záleží spíše na premorbidní osobnosti, míře kognitivního postižení, jejich zvycích, stylu života, potřebách.

S ohledem na výše uvedené se domnívám, že nástup do domova se zvláštním režimem nebyl pro více jak 60% sledovaných uživatelů tak závažným problémem, neboť u nich nedošlo ke vzniku problémového chování, a to i přesto, že díky poruše kognitivních funkcí mají snížené adaptační schopnosti.

Ke zkvalitnění procesu adaptace, ale i celého průběhu služby by dle mého názoru přispělo zavedení soustavných programovaných aktivit i během víkendů. Jsem si však vědoma, že možnost realizace v tomto případě závisí i na počtu pracovníků a jejich navýšení prozatím současná situace v sociálních službách neumožňuje.

Při zkoumání, zda existuje vztah mezi problémovým chováním a body získanými v MMSE, jsem zjistila, že nejčastěji (6x) se problémové chování vyskytuje u jedinců, kteří jsou podle počtu bodů v MMSE zařazeni do pásma mírné až středně těžké demence. Tomu odpovídá i zjištění, že výskyt problémového chování se u zkoumaného vzorku nejčastěji vyskytuje ve vazbě na úplnou dezorientaci místem a časem (6 x) a částečnou orientaci osobou (7x).

Ačkoliv jsem se zpočátku domnívala, že maladaptivní reakce na nástup do DZR DH Mirošov by mohla souviset s typem demence nebo prostředím, ze kterého klient nastoupil, ukázalo se, že se tato moje domněnka nepotvrdila.

6.2 Vyhodnocení možností usměrnitelnosti problémového chování

Při jeho naplňování dílčího cíle č. 2 jsem se zabývala mírou a způsoby usměrnitelnosti problémového chování, jako kritérium pro sledování úspěšnosti či neúspěšnosti usměrnitelnosti problémového chování jsem si zvolila změny četnosti problémového chování v průběhu sledovaného období.

Zaměřila jsem se na klienty, u nichž se problémové chování vyskytlo v průběhu adaptační doby, celkem se tedy jednalo o devět osob.

Zjistila jsem, že pro zmírnění problémového chování nebyly jednotlivé způsoby používány izolovaně, ale že je pracovníci kombinovali a přizpůsobovali klientovi a aktuálnímu dění.

Nejčastějším nástrojem, který pracovníci používali ve všech případech, byla komunikace s klientem. Ve spojení se změnou přístupu ji úspěšně využívali při zmírňování úzkosti nebo při odstranění obrany při péči. Při pokusech o útěk ji kombinovali např. se zaměstnáním uživatele, v případě poruch spánku kombinovali komunikaci se změnou přístupu a nakonec, když se problém nepodařilo odstranit, i s farmakoterapií.

V některých případech se problémové chování nepodařilo zcela eliminovat. Jednalo se zejména o klientku s agitovaným chováním a klientku, která chtěla po celý den zůstat ve své posteli. V obou případech nakonec pracovníci přijali chování klientek jako skutečnost, kterou nemohou změnit. Klientce s agitovaným chováním se snažili vytvořit bezpečné prostředí – koridor bez překážek, aby se při chůzi nezranila. Postupem doby se zkracovala doba trvání agitovaného chování, jeho četnost se také mírně snížila.

U klientky odmítající opustit postel trvali na zachování stolování a ranní a večerní hygieně, po zbytek dne jí pouze informovali o tom, co se na oddělení děje a nabízeli jí aktivity, kterých by se mohla zúčastnit.

Jak jsem již uváděla v kapitole shrnující výsledky, z 9 klientů s problémovým chováním po nástupu došlo u 5 osob k jeho vymizení do konce sledovaného období, u 3 osob se snížila jeho četnost, pouze v jednom případě se výskyt problémového chování nezměnil. K nárůstu problémového chování nedošlo u žádného ze sledovaných klientů.

Konečná fáze adaptačního procesu u pobytových sociálních služeb může mít různou intenzitu, a to od splynutí se službou až po nepřijetí nových podmínek v podobě nevčlenění se. (kol. autorů, 2011)

Na základě výsledků výzkumu předpokládám, že u všech sledovaných osob dochází pomaleji či rychleji k adaptaci na nové prostředí. Ve výzkumném vzorku se nevyskytoval žádný jedinec, u kterého by průběh procesu adaptace signalizoval nevčlenění se.

6.3 Vyhodnocení analýzy procesu adaptace osob s demencí na prostředí DZR DH Mirošov

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo sledování a analýza procesu adaptace osob s demencí na prostředí domova se zvláštním režimem Domova Harmonie, centra sociálních služeb Mirošov, a to v prvních patnácti dnech adaptační doby.

Výzkumný soubor tvořilo celkem 23 klientů, kteří do DZR DH Mirošov nastoupili v období od 31. 12. 2011 do 31. 12. 2012. Data o těchto klientech jsem sbírala jak před jejich nástupem do zařízení, tak po něm a následně je zkoumala. Do zařízení nastupovali lidé v různé fázi a s různým typem demence, lišila se tedy jejich schopnost učit se novým věcem i schopnost adaptace.

Na základě provedeného výzkumného šetření se domnívám, že osoby s demencí se při vytvoření vhodných podmínek dokáží zadaptovat na nové prostředí, i když se v mnoha ohledech liší od prostředí, na které byly dosud zvyklé.

Nástupem do pobytového zařízení sociálních služeb se osobám s demencí většinou radikálně zmenší soukromý prostor, podstatných změn dozná režim dne, vymění se osoby, které o ně pečují a také se najednou setkávají s množstvím dalších lidí. Domnívala jsem se, že všechny tyto faktory mohou na klienty působit negativně, alespoň zpočátku.

Avšak v průběhu výzkumu se ukázalo, že většina klientů má od samého počátku prospěch z pravidelného režimu, různorodých aktivit i ze společnosti – klientů, personálu, rodinných příslušníků. Potvrzuje se tak tvrzení Buijssena (2006), že pravidelně se opakující činnosti i aktivity spojené s kladnými emocemi

napomáhají osobám s demencí s učením. Tím se zároveň usnadňuje adaptace na nové prostředí.

Z adaptačních dějů (Řezáč, 1998) jsem u klientů zaznamenala akomodaci, tedy přizpůsobování se klientů prostředí. Naopak ze strany personálu byly patrné i snahy přizpůsobit prostředí potřebám osob s demencí, kdy v průběhu výzkumného šetření došlo k částečné rekonstrukci oddělení, zajištění rozličných pomůcek pro aktivizaci klientů i pro bazální stimulaci a také pro informovanost klientů.

Zaměstnanci, kteří se o klienty starají, jsou odborně školeni, mají možnost supervize, pomůckou při jejich práci jsou jim i vnitřní předpisy Domova Harmonie, které upravují postup při adaptaci nového uživatele.

V průběhu výzkumného šetření jsem přesto zaznamenala také riziko vzniku hospitalismu, tedy adaptace na ústavní život a zároveň se snižující schopnosti adaptace na neústavní život (Matoušek, 1999). Ačkoliv je snižující se schopnost adaptace daná samotným syndromem demence, přesto jejímu zhoršení nevhodný přístup některých zaměstnanců napomáhá. Jedná se zejména o poskytování nadměrné péče a nepodporování klienta v činnostech, které dokáže provádět sám anebo s dopomocí druhé osoby. Typickým příkladem je oblékání a hygiena, naopak v oblasti stravování se již situace zlepšila.

Výsledky výzkumného šetření jsou platné pro domov se zvláštním režimem Domova Harmonie, centra sociálních služeb Mirošov. Pokud bychom uvažovali o obecné platnosti, bylo by třeba provést výzkumné šetření na větším vzorku uživatelů a zapojit i více pobytových zařízení sociálních služeb.

7. DOPORUČENÍ PRO PRAXI

I přes dobré výsledky, kterých pracovníci domova při práci s osobami s demencí dosahují, je možné poskytovanou péči zkvalitnit, v této kapitole proto uvedu doporučení pro další praxi, která mě během provádění výzkumného šetření napadla.

Dle mého názoru je stále náplň dne klientů tvořena uměle, těžiště jejich každodenní činnosti by mělo spočívat v péči o sebe sama nebo při vykonávání jednoduchých domácích prací jako je zametání, zalévání květin, prostírání nebo utírání stolů. Kromě vykonávání smysluplné činnosti se prostřednictvím těchto aktivit podporuje i kladné sebehodnocení klientů, kdy jsou za práci pro druhé ostatními oceňováni. V současné době je však situace opačná, většinu času tvoří aktivity, které pro seniory žijící mimo zařízení představují náplň volného času.

Během výzkumného šetření jsem si rovněž všimla dělení práce mezi aktivizačními pracovníky a ostatními pracovníky v sociálních službách. Ti se na aktivizační pracovníky někdy dívají skrz prsty, jako na ty, kteří si jen hrají. Přitom aktivizační pracovníci s klienty provádějí jak specializované aktivizační činnosti, tak nácvik a udržování soběstačnosti při aktivitách všedního dne. Ačkoliv by klienty v soběstačnosti měli podporovat i pracovníci v sociálních službách, skutečnost je taková, že někteří pracovníci v sociálních službách stále poskytují uživatelům nadměrnou péči a nenechávají jim dostatek prostoru pro vyjádření svých přání. Naopak, někteří pracovníci v sociálních službách se věnují zájmovým aktivitám s klienty v době, kdy aktivizační pracovníci nejsou ve službě.

Pro úspěšnou adaptaci klientů je třeba, aby mezi sebou úzce spolupracovali zaměstnanci DZR i rodinní příslušníci, případně přátelé uživatelů služeb a vyměňovali si mezi sebou informace, které mohou přispět ke zkvalitnění péče o klienty. Toto se sice v DZR děje, pracovníci si získané informace mezi sebou předávají ústně, ale s ohledem na směnný provoz se tak nedostanou ke všem pracovníkům. Proto by bylo vhodné alespoň nejdůležitější informace zaznamenávat do dokumentace klientů na oddělení.

Poslední doporučení se týká prostředí, ve kterém klienti žijí. Zde je však změna závislá na finančních a prostorových možnostech. Klienti žijí ve dvoulůžkových pokojích, kromě chodby jim však chybí prostor pro setkávání a

komornější zájmové činnosti přímo na jednotlivých patrech. Ideální by bylo spojení obývacího pokoje s kuchyňkou, kde by klienti mohli nejen s pomocí personálu v rámci organizovaných aktivit péct, tak jako dosud, ale také si pravidelně připravovat snídaně nebo svačiny.

ZÁVĚR

Teoretická část diplomové práce je složena ze tří kapitol, vytvořených na podkladě odborné literatury. Ve své práci jsem se opírala o odborné práce Holmerové, Jiráka, Volicera, Matouška, Vágnerové a dalších odborníků. Stěžejní kapitolou v teoretické části je třetí kapitola nazvaná Adaptace.

Praktická část začíná kapitolou Metodologie prováděného výzkumu, v níž podrobně vymezuji výzkumnou strategii, problém a cíle výzkumu, výzkumný vzorek, včetně místa šetření. Podrobně se zabývám rovněž výzkumnými metodami, které jsem při své práci použila. Jako výchozí metodu jsem zvolila analýzu dokumentů, v průběhu šetření jsem dále využívala pozorování a metody kvalitativního dotazování.

Výzkumným problémem, kterému jsem se ve své diplomové práci věnovala, byla adaptace osob s demencí na prostředí domova se zvláštním režimem Domova Harmonie, centra sociálních služeb Mirošov.

Hlavním cílem pak bylo sledování a analýza procesu adaptace uživatele, a to v prvních patnácti dnech od nástupu do DZR DH Mirošov. Zabývala jsem se výskytem problémového chování i situací, při nichž k němu dochází. Rovněž jsem sledovala četnost problémového chování i způsoby, které pracovníci používají k jeho zmírnění či odstranění. V průběhu výzkumného šetření jsem vedla řadu rozhovorů s pracovníky a rodinnými příslušníky klientů, u nich jsem zpočátku měla dojem, že se o problémovém chování svých blízkých bojí mluvit, zřejmě se obávali, že by v důsledku toho do zařízení nebyli přijati.

V průběhu šetření jsem kromě problémového chování zaznamenávala i známky úspěšné adaptace na prostředí. Před zahájením výzkumného šetření jsem se domnívala, že rozhodujícím činitelem bude přístup personálu a režim na oddělení. Později jsem také zaznamenala pozitivní vliv klientů, kteří již v zařízení žijí delší dobu.

Během období, ve kterém výzkum probíhal, došlo na oddělení ke změnám zvyšujícím komfort klientů, od stavebních úprav, přes nákup nových pomůcek, cyklus školení zaměřeného na problematiku demence až po zvýšení počtu aktivizačních pracovníků, takže na oddělení pro 46 klientů jsou nyní dva

aktivizační pracovníci namísto jednoho. Podmínky, které měli klienti na konci roku 2012, tak byly mnohem lepší, než podmínky, za nichž do domova se zvláštním režimem nastupovali klienti na počátku roku 2012. Je tak patrná stálá snaha o zkvalitňování poskytovaných sociálních služeb. I s ohledem na tuto skutečnost jsem informace získané během výzkumného šetření předala pracovníkům zařízení s cílem, aby přispěli k dalšímu zkvalitňování služeb.

RESUMÉ

Předkládaná diplomová práce se zabývá problematikou adaptace osob s demencí na prostředí domova se zvláštním režimem Domova Harmonie, centra sociálních služeb Mirošov. Základním výzkumným cílem je sledování a analýza procesu adaptace klienta, a to v prvních patnácti dnech od nástupu do domova se zvláštním režimem.

Práce je rozčleněna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na problematiku demence, sociálních služeb určených osobám s demencí a zejména na problematiku adaptace.

V praktické části uvozené kapitolou Metodologie prováděného výzkumu je čtenář seznámen s konceptem výzkumného šetření. Jako výzkumné metody byly zvoleny analýza dokumentů, pozorování, polostrukturovaný rozhovor a test MMSE.

Výzkumným šetřením byly zjištěny podnětné informace, které by mohly přispět ke kvalitnějšímu poskytování sociálních služeb nejen v Domově Harmonie.

Klíčová slova: adaptace, problémové chování, demence, sociální služby, domov se zvláštním režimem, Domov Harmonie

SUMMARY

The presented dissertation is concerned with issues of adaptation of persons with dementia to the environment with special regime of Home of Harmony Mirošov, center of social services Mirošov. The basic research goal is observation and analysis of the client adaptation process in the first 15 days after his arrival to this home with special regime.

The dissertation is divided into theoretical and practical part. The theoretical part is focused on the issues of dementia, social services to dedicated persons with dementia and mainly the issues of adaptation.

The practical part starts with a chapter entitled The methodology of the research where the concept of research is introduced to the reader. The document analysis, observation, semi-structured interview and MMSE test were chosen as the research methods. There were found inspiring information during the research

process which can help to improve the quality of social services not only in the Home of Harmony.

The key words: adaptation, behavior with negative impact, dementia, social services, home with special regime, Home of Harmony,

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

- 1 ADAMCZYK, Roman. *Huntingtonova choroba a úskalí péče u vzácných diagnóz*. Sestra: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky. 2012, roč. 22, č. 05, 33 - 35. ISSN 1210-0404.
- 2 *Alzheimer's and Dementia: Risk Factors*. Alzheimer's Association [online]. [cit. 2012-07-20]. Dostupné z: http://www.alz.org/alzheimers_disease_causes_risk_factors.asp
- 3 BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081.
- 4 BURIÁNOVÁ, Tereza a Marián VOJTEK. *Oskar Fischer - lékař ve stínu Aloise Alzheimerera*. In: Český rozhlas [online]. 2012, 24. 4. 2012 [cit. 2012-06-09]. Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/radio_cesko/exkluzivne/_zprava/oskar-fischer-lekar-ve-stinu-aloise-alzheimerera—1050266
- 5 DOHNALOVÁ, Zdenka. *Výzkumníkovo desatero*. Sociální práce/sociální práce: Výzkum pro praxi v sociální práci. 2011, roč. 11, č. 1, 23 - 24. ISSN 1213-6204.
- 6 DOMOV HARMONIE, 2012. *Výroční zpráva za rok 2011*
- 7 FRIEDLOVÁ, Karolína. O bazální stimulaci. In: *Institut bazální stimulace* [online]. 2005 [cit. 2013-03-10]. Dostupné z: http://www.bazalni-stimulace.cz/bazalni_stimulace.php
- 8 FRIEDLOVÁ, Karolína. *Uplatnění konceptu Bazální stimulace v geriatrii*. SESTRA, 2012, vol. XXII. č. 9, s. 58-59. ISSN 1210-0404
- 9 HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- 10 HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Helena NOVÁKOVÁ. *Alzheimerova nemoc v rodině: Příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*. Praha: Pfizer, 2004. Dostupné z: http://www.gerontologie.cz/files/alzheimerova_nemoc_v_rodine.pdf
- 11 HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. A KOL. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 1. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.
- 12 JANEČKOVÁ, Hana, Iva HOLMEROVÁ, Hana VAŇKOVÁ a Tatjana KAŠLÍKOVÁ. *Reminiscenční terapie a výzkum jejího efektu na kvalitu života seniorů v institucionální péči*. Geriatria [online]. 2008, roč. 14, č. 1, 19 - 27 [cit. 2013-02-28]. ISSN 1335-1850. Dostupné z: <http://www.geriatria.sk/files/geriatria/Geriatria2008.pdf>
- 13 JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ, Claudia BORZOVÁ a ET AL. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada Publishing, 2009. Sestra. ISBN 978-80-247-2454-6.
- 14 *Katalog poskytovatelů sociálních služeb v Plzeňském kraji*. 2. upravené vyd. Plzeň: NAVA DTP, 2012.
- 15 KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.

- 16 MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- 17 MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1.
- 18 MAYO CLINIC STAFF. *Alzheimer's disease: Risk Factors*. In: Mayo Clinic [online]. 2011-01-08 [cit.2012-15-07]. Dostupné z:<http://www.mayoclinic.com/health/alzheimers-disease/DS00161/DSECTION=risk-factors>
- 19 MCCABE, Louise. *A holistic approach to caring for people with Alzheimer's disease*. Nursing Standard [online]. 2008, roč. 22, č. 42, 50 - 56 [cit. 2013-01-26]. Dostupné z:<http://nursingstandard.rcnpublishing.co.uk/archive/article-a-holistic-approach-to-caring-for-people-with-alzheimer-s-disease>
- 20 *Mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10*. In: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online].2011-10-30 [cit. 2012-04-20]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F09.html>
- 21 MIŇHOVÁ, Jana. *Psychopatologie pro právníky*. 3. rozšířené vydání. Plzeň: Aleš Čeněk, 2006. ISBN80-86898-70-9.
- 22 MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- 23 MOŠNOVÁ, Marcela a Ivana VILDOVÁ. *Pravidla pro přijímání nového uživatele do Domova se zvláštním režimem DH Mirošov*. Mirošov, 2012.
- 24 PROKOP, Jiří Maxmilián. *Etická dilemata u nemocných se syndromem demence: text přednášky na konferenci Management péče o pacienta v pozdních fázích demence - role paliativní péče*. 2012.
- 25 *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. In: Ministerstvo práce a sociálních služeb [online]. [cit.2012-12-27]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/sluzba/rozsirenevyhledavanisluzby>
- 26 SAKAŘOVÁ, Alena. *Výsledky zářijového jednání řídicí rady Profesního svazu zdravotnických pracovníků v sociálních službách*. Sociální služby. 2012, roč. 14, 11/2012, s. 6. ISSN 1803-7348.
- 27 STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
- 28 ŠNEBERGEROVÁ, Dana. *Adaptace uživatelů - mapování aktivit: Pracovní postup č. 16*. Mirošov, 2012.
- 29 ÚŘAD VLÁDY ČR. *Přehled plnění opatření obsažených v národním programu reformy ČR 2012: Stav k 30. říjnu 2012* [on-line]. 2012, 51 s. [cit. 8. 1. 2013]. Dostupné z:<http://www.vlada.cz/assets/evropske-zalezitosti/dokumenty/Prehled-plneni-opatreni-obsazenych-v-Narodnim-programu-reformy-CR-2012.doc>
- 30 VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozšířené vydání. Praha: Portál,2004. ISBN 80-7178-802-3.
- 31 VÁLKOVÁ, Monika, Marie KOJESOVÁ, Iva HOLMEROVÁ. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. In: Ministerstvo práce a

- sociálních věcí [online]. Praha, 2010 [cit. 2012-07-30]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9597/dlouhodobá_pece_CR.pdf
- 32 VILDOVÁ, Ivana. *Pravidla pro jednání se zájemci o sociální služby poskytované Domovem se zvláštním režimem*. Mirošov, 2012.
- 33 VOLICER, Ladislav. *End-of-life care for people with progressive dementias: promoting quality of life*. In: International Association of Gerontology and Geriatrics [online]. 2010 [cit. 2012-12-13]. Dostupné z: http://www.iagg.info/sites/default/files/VOLICER__End_of_life_care_in_Dementia_1.pdf
- 34 VOLICER, Ladislav. *Paliativní přístupy k pacientům s demencí*. Česká geriatrická revue [online]. 2003, č. 2, 16 - 19 [cit. 2012-07-04]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_03_02_04.pdf
- 35 VOLICER, Ladislav. *Quality of life in dementia* [online]. [cit. 2012-07-01]. Dostupné z: http://www.hkcss.org.hk/el/ADI/Ladislav_VOLICER.pdf
- 36 WANG, Jing-Jy. *Group reminiscence therapy for cognitive and affective function of demented elderly in Taiwan*. International Journal of Geriatric Psychiatry [online]. 2007, roč. 22, č. 12, 1235 - 1240 [cit. 2012-02-25]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.1821>
- 37 *Zákon o sociálních službách*. In: Sběrka zákonů. 2006, roč. 2006, č. 108, 164.
- 38 *Zákon o sociálním zabezpečení*. In: Sběrka zákonů. 1988, roč. 1988, č. 100, 21. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka_zakonu/SearchResult.aspx?q=100/1988&typeLaw=zakon&what=Cislozakona_smlouvy
- 39 *Změní se financování sociálních služeb?: Z dopisů předsedy vlády České republiky Petra Nečase poskytovatelům sociálních služeb*. Sociální služby. 2012, roč. 14, č. 10, 8 - 9. ISSN 1803-7348.

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

Graf číslo 1: MMSE a problémové chování	47
Graf číslo 2: Výskyt problémového chování	54
Graf číslo 3: Situace, při nichž bylo problémové chování zaznamenáno	55
Obrázek číslo 1: MMSE – test 1. obkreslování obrazců	48
Obrázek číslo 2: MMSE – test 2. obkreslování obrazců	48

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha číslo 1: Výsledky testů MMSE

Příloha číslo 2: Záznamový arch - pozorování

Příloha číslo 3: Záznamový arch"

Příloha číslo 4: Redukovaná data

Příloha číslo 1: Výsledky testů MMSE

Poř. č. osoby	Č. testu	Ot. 1	Ot. 2	Ot. 3	Ot. 4	Ot. 5	Ot. 6	Ot. 7	Ot. 8	Ot. 9	Ot. 10	celkem	rozdíl
1	1	2	3	0	0	1	1	1	1	0	0	8	
	2	1	3	0	0	1	1	1	1	0	0	7	-1
2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-1
3	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	3	
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-3
4	1	0	2	0	0	1	0	2	1	0	0	6	
	2	0	2	0	0	1	0	2	1	0	0	6	0
5	1	6	2	3	2	2	0	2	1	1	0	19	
	2	5	3	2	3	2	1	3	1	1	0	21	+2
6	1	5	3	3	0	2	1	2	1	1	1	20	
	2	8	3	5	1	2	1	3	1	1	1	26	+6
7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	.0
8	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	1	3	1	1	3	2	1	3	1	1	1	17	
	2	3	1	1	0	2	1	3	1	1	1	14	-3
10	1	1	3	2	1	2	1	3	1	1	0	15	
	2	0	2	1	2	2	1	3	1	1	0	14	-1
11	1	0	1	0	0	2	1	3	1	0	0	8	
	2	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	3	-5
12	1	5	3	1	0	2	1	3	1	1	0	17	
	2	2	3	4	2	2	1	3	1	1	1	20	+3
13	1	4	3	4	0	2	1	3	1	1	1	20	
	2	3	3	4	0	2	1	3	1	1	1	19	-1
14	1	2	3	0	0	2	1	3	1	1	1	14	
	2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
15	1	2	2	2	1	2	1	3	1	1	0	15	
	2	2	2	1	0	2	1	2	1	0	1	12	-3
16	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	1	5	3	5	2	2	1	3	1	1	1	24	
	2	3	3	5	2	2	1	3	1	1	1	22	-2
18	1	0	1	0	0	1	0	2	0	1	0	5	
	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	-4
19	1	2	2	0	0	0	0	2	0	0	0	6	
	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	-4
20	1	1	3	2	0	2	1	3	1	1	1	15	
	2	1	1	1	0	2	0	3	1	1	0	10	-5
21	1	3	3	1	0	2	1	2	1	1	0	14	
	2	2	3	0	0	2	1	2	1	1	0	12	-2
22	1	10	3	4	2	2	1	3	1	1	1	28	
	2	9	3	4	3	2	1	3	1	1	1	27	-1
23	1	1	3	4	0	2	1	3	1	1	1	17	
	2	1	3	4	0	2	1	3	1	1	1	17	0

Příloha číslo 2:

Záznamový arch – pozorování

Číslo respondenta:

Den pobytu:

čas:

Popis pozorované situace:

Popis chování uživatele:

Popis chování ostatních (uživatelů, personálu)

Záznamový arch

Pohlaví:

muž

žena

Č.:

Věk:

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

ano

ne

1) Prostředí, ze kterého do DZR nastupuje:

- a) z domova – samostatného bydlení
- b) z domova – společné bydlení s rodinnými příslušníky
- c) ze zařízení sociálních služeb (včetně týdenního stacionáře, DPS)
- d) ze zdravotnického zařízení (psychiatrická léčebna, LDN, „sociální lůžka“)

2) Orientace místem:

- a) plná orientace
- b) orientace ve známém prostředí
- c) úplná dezorientace

3) Orientace osobou:

- a) plná orientace
- b) poznává několik nejbližších osob
- c) dezorientace

4) Orientace časem:

- a) plná orientace
- b) hrubá orientace (denní dobou – ráno x večer, roční období)
- c) dezorientace

5) Kontakty s rodinou min. 1 – 2x týdně přetrvávají i po nástupu do zařízení:

ano

ne

6) Výskyt problémového chování a jeho četnost:

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

	Před nástupem	Den nástupu	2. – 8. den	9. – 15. den
Agitovanost				
Agresivita – verbální				
Agresivita – brachiální				
Bránění se péči				
Poruchy spánku				
Útěky, toulání se				
Úzkost, deprese				
Psychotické příznaky				
Misidentifikace				

7) Popis situací, při kterých se problémové chování objevuje:

	Před nástupem	Den nástupu	2. – 8. den	9. – 15. den
Probouzení se				
Hygiena				
Oblékání				
Večer				
Ukládání ke spánku				
V noci				
Aktivizační činnosti				
Bez organizované aktivity				
Komunikace s rodinou				
Komunikace s personálem				
Komunikace s klienty				
Jiné				

8) Pro zmírnění probl. chování použito:

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

	Před nástupem	Den nástupu	2. – 8. den	9. – 15. den
Agitovanost				
Agresivita – verbální				
Agresivita – brachiální				
Bránění se péči				
Poruchy spánku				
Útěky, toulání se				
Úzkost, deprese				
Psychotické příznaky				
Misidentifikace				

9) Problémové chování je odklonitelné:

- a) snadno
- b) snadno, s krátkodobým úspěchem
- c) s vynaložením velkého úsilí
- d) s vynaložením velkého úsilí a s krátkodobým úspěchem
- e) Jen s použitím medikace
- f) vůbec

	Před nástupem	Den nástupu	2. – 8. den	9. – 15. den
Agitovanost				
Agresivita – verbální				
Agresivita – brachiální				
Bránění se péči				
Poruchy spánku				
Útěky, toulání se				
Úzkost, deprese				
Psychotické příznaky				
Misidentifikace				

Příloha číslo 4 : Redukovaná data

Poř. Č.	Typ demence	Věk	Odkud nastoupil	Orientace			Výskyt problémového chování		MMSE	
				Místem	Osobou	Časem	Před	Po	Test 1	Test 2
1.	neurčen	81,1	sociální služby	ne	částečně	ne	ano	ne	8	7
2.	DAT	87,5	zdravotnické z.	ne	ne	ne	ano	ano	1	0
3.	DAT	77,3	sociální služby	ne	částečně	ne	ano	ano	3	0
4.	smíšená	82,9	zdravotnické z.	ne	částečně	ne	ne	ne	6	6
5.	neurčen	77,7	zdravotnické z.	částečně	částečně	částečně	ne	ne	19	21
6.	smíšená	70,3	domov - sám	částečně	ano	částečně	ne	ne	20	26
7.	DAT	72,7	zdravotnické z.	ne	ne	ne	ano	ano	0	0
8.	Smíšená	68,1	sociální služby	ne	ne	ne	ne	ne	0	0
9.	Smíšená	80,3	domov s rodinou	částečně	ano	částečně	ne	ne	17	14
10.	DAT	79,3	zdravotnické z.	ne	částečně	ne	ne	ne	15	14
11.	smíšená	75,3	zdravotnické z.	částečně	částečně	částečně	ne	ano	8	3
12.	vaskulární	79,2	domov s rodinou	částečně	částečně	částečně	ano	ano	17	20
13.	neurčen	88,4	domov - sám	částečně	částečně	částečně	ano	ano	20	19
14.	DAT	85,1	zdravotnické z.	částečně	částečně	částečně	ne	ne	14	--
15.	vaskulární	82,8	domov s rodinou	částečně	částečně	částečně	ano	ano	15	12
16.	DAT	89,2	domov s rodinou	ne	ne	ne	ano	ne	0	0
17.	DAT	82,4	sociální služby	částečně	ano	částečně	ne	ne	24	22
18.	vaskulární	92,2	domov s rodinou	ne	částečně	ne	ne	ne	5	1
19.	DAT	71	zdravotnické z.	ne	ne	ne	ne	ne	6	2
20.	smíšená	75,8	zdravotnické z.	částečně	částečně	částečně	ne	ne	15	10
21.	vaskulární	85,5	domov s rodinou	částečně	ne	ne	ne	ne	14	12
22.	vaskulární	82,4	domov s rodinou	ano	ano	ano	ano	ano	28	27
23.	neurčen	88	domov s rodinou	ne	částečně	ne	ne	ano	17	17

