

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

**Bakalářská práce**

**Dopady pobytové sociální služby na seniory s demencí**

**Natálie Plachá**

Plzeň 2024

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

Katedra sociologie a sociální práce

**Studijní program Sociální práce**

**Bakalářská práce**

**Dopady pobytové sociální služby na seniory s demencí**

**Natálie Plachá**

*Vedoucí práce:*

Mgr. Bc. Jan Kaňák, Ph.D.

Katedra sociologie a sociální práce

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2024

### **Čestné prohlášení:**

Tímto prohlášením se zavazuji k čestnosti samostatně vypracované bakalářské práce, ve které jsou veškeré použité podklady pro vypracování práce uvedené v seznamu zdrojů a příloh.

Plzeň, duben 2024 .....

## **Poděkování:**

Tímto bych ráda poděkovala svému vedoucímu bakalářské práce Mgr. Bc. Janu Kaňákovi, Ph.D., který mi při psaní mé závěrečné práce podával cenné rady, přistupoval velmi vstřícně, trpělivě a snažil se vždy jasně a srozumitelně se mnou komunikovat. Nadále velké poděkování směřuje k respondentkám, které se mnou rozhovory absolvovaly a bez nichž bych se neobešla.

## Obsah

ÚVOD: .....	8
1 SENIOŘI .....	10
2 DEMENCE.....	12
2.6 Alzheimerova choroba .....	12
2.6.1 Symptomy Alzheimerovy choroby .....	13
2.7 Péče o lidi s demencí: .....	13
3 POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY S DEMENCÍ.....	16
3.1 Proces přijímání nových klientů do pobytového zařízení: .....	16
3.2 Pracovníci v sociálních službách: .....	17
3.5 Individuální plánování: .....	18
4 DOPADY POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB: .....	19
5 METODOLOGICKÁ ČÁST.....	21
5.1 Výzkumná otázka a cíl výzkumu .....	21
5.2 Metoda vytváření dat – kvalitativní výzkum – IPA a polostrukturované rozhovory.....	21
5.3 Interpretační fenomenologická analýza (IPA) – metoda analýzy vytvořených dat .....	22
5.4 Volba respondentů.....	22
5.5 Realizace výzkumu: .....	23
5.6 Etika výzkumu.....	23
5.7 Limitace.....	23
6 Analýza a interpretace dat: .....	25
6.1 Respondentka č.1 (R1) .....	25
6.1.1 Komplexní vnímání života v pobytové sociální službě .....	25
6.1.2 Volba poskytované sociální péče .....	26
6.1.3 Dopady Pobytové sociální služby .....	28

6.1.4 Život v ústavním zařízení.....	30
6.1.5 Zaměstnanci přímé péče v zařízení .....	31
6.1.6 Míra autonomie .....	32
6.2 Respondentka č. 2 (R2).....	32
6.2.1 Komplexní vnímání života v pobytové sociální službě .....	33
6.2.2 Volba poskytované sociální péče .....	33
6.2.3 Dopady pobytové sociální služby .....	34
6.2.4 Život v ústavním zařízení.....	36
6.2.5 Zaměstnanci přímé péče v zařízení .....	37
6.2.6 Míra rozhodování: .....	37
6.3 Respondentka č. 3 (R3).....	37
6.1.1 Komplexní vnímání života v pobytové sociální službě .....	37
6.1.2 Volba poskytované sociální péče .....	38
6.1.3 Dopady Pobytové sociální služby .....	38
6.1.4 Život v ústavním zařízení.....	38
6.1.5 Zaměstnanci přímé péče v zařízení .....	38
6.1.6 Míra autonomie .....	39
7 SHRUTÍ VÝZKUMNÉ ČÁSTI: .....	40
7.1 Komplexní vnímání pobytové sociální služby:.....	41
7.2 Volba poskytovatele sociální péče: .....	41
7.3 Dopady .....	42
7.4 Bariéry prostředí:.....	43
7.5 Bezpečí a jistoty: .....	44
7.6 Péče o zdraví, člověka a jeho prostředí: .....	44
7.7 Průběh dne v ústavním zařízení: .....	45
7.8 Zaměstnanci přímé péče v zařízení: .....	46
7.9 Míra autonomie .....	47

8 ZÁVĚR: .....	49
ZDROJE: .....	51
Elektronické zdroje: .....	53
RESUMÉ:.....	55
PŘÍLOHY .....	56
Příloha č. 1 – Druhy otázek pro hloubkové rozhovory .....	56
Příloha č. 2 – Operacionalizace a řazení typů otázek.....	57

## ÚVOD:

Zvoleným tématem této bakalářské práce jsou „Dopady pobytové sociální služby na seniory s demencí“, kdy cílem je zodpovědět na základní výzkumnou otázku, která zní „Jakou zkušenost mají senioři s diagnostikovanou demencí s dopadem vybrané pobytové služby?“. Cílem práce bude přiblížení subjektivního vnímání zkušeností s dopadem samotných klientů vybrané pobytové služby, které mohou mít na osoby různé dopady. Lze také předpokládat z důvodu jedinečnosti klientů, že vnímání každého z nich mohou být odlišné. Považuji za důležité hovořit o tomto tématu, které se jednou může dotknout každého z nás, a to jak ze strany rodinných příslušníků či projevy demence na vlastní osobě. Pro rok 2020 bylo celosvětově s diagnostikovanou demencí zhruba 50 milionů osob, předpoklady následného vývoje v roce 2030 se počet zvýší na 75,6 milionů osob a v roce 2050 až na počet 152 milionů osob. (Kisvertová a spol., 2020) V České republice žilo v roce 2020 s demencí zhruba 183 tisíc osob, predikce pro rok 2050 se odhaduje na 383 tisíc osob s diagnostikovanou demencí. (Mátl, Mátlová, Holmerová, 2016) Vlivem narůstajícího počtu osob s diagnostikovanou demencí lze předpokládat zvýšené potřeby využívání sociálních služeb s prohlubujícími znalostmi v oboru sociální práce s demencí. Sociální práce v geriatrici jakožto poskytování komplexní dlouhodobé péče seniorům by měla zajišťovat individuální přístup, kde se klade důraz na udržení soběstačnosti a poskytování kvalitních služeb a prostředí, klade také důraz na zajištění pomoci v rizikových situacích, které taktéž mohou mít dopady na seniory s demencí. (Ondrušová, 2020)

Důvodem zvolení tohoto tématu je dlouhodobá praxe se seniory s demencí, a to v mnoha podobách. První zkušenosti jsem získávala již v osobním životě, kdy jsem v pubescentním věku pomáhala s péčí o rodinného příslušníka v domácím prostředí. Nadále jsem se rozvíjela v pracovním životě, kde jsem působila v ústavní péči na oddělení se zvláštním režimem pro seniory s demencí. Momentálně pracuji jako terénní pracovník, kdy napomáhám osobám k setrvání v domácím prostředí, a v neposlední řadě docházím ve volném čase jako dobrovolník do pobytové organizace.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. První částí je konceptuální část práce, kde se zaměřuji na základní vymezení pojmů souvisejících se zvolenou hlavní výzkumnou otázkou. Podstata práce však závisí v zpracovaných kvalitativních datech v metodologické části, kde se orientuji na zkušenosti dopadů samotných klientů služby v domově pro seniory se zvláštním režimem ve vybrané anonymizované organizace. Klíčová slova práce jsou: Alzheimerova choroba, senioři, dopady a pobytové sociální služby. Metodologická část je vedena pomocí kvalitativního výzkumu interpretativní fenomenologickou analýzou (IPA) se zvolenou



metodou polostrukturovaných rozhovorů. Pro tvorbu výzkumných dat jsou zvolila interpretační fenomenologickou analýzu (IPA), jejímž cílem je porozumět co nejlépe zkušenosti osob. (Kostínková, Čermák, 2013) Respondentky byly voleny s ohledem na jejich aktuální stav, aby byly schopny uvést relevantní odpovědi týkající se vnímání dopadů poskytované služby.

# 1 SENIOŘI

Stárnutí je přirozený proces, při kterém dochází k involučním procesům, což znamená ke změně tělesného, psychického a sociálního stavu, který je ovlivněn proměnou životních oblastí (odchod do důchodu, změna sociální role, zájmů, mobility [fyzické zdatnosti], smyslového vnímání, potřeb, životního stylu a ekonomického zajištění). (Vaculíková a spol. 2019) Stáří sebou přináší změny potřeb a priorit, jejichž význam se obměňuje vlivem individuálního vnímání svých schopností a soběstačnosti. S přibývajícím věkem se zvyšuje především biologické a psychické potřeby s podporou jistot, bezpečí, důvěry a stability. Vlastní potřeby tvoří v seniorském věku větší důležitost, a to zejména s ubývajícím silou, limitací a pocitem zranitelnosti. (Huake, 2014) Jejich nedostatečnému naplnění může vést u seniorů takzvaně (tzv.) k problémovému chování pramenící z neschopnosti vyjádření skutečných tužeb či nepochopení pečujících dostatečně uspokojit tyto potřeby. V mnoha situacích se “problémovým chováním“ vyjadřuje určitou vnitřní nespokojeností, které okolí vnímá jako nepřijatelné vzorce chování “nenormální“. (Hauke, 2014)

Vlivem zhoršení zdravotního a funkčního stavu dochází u seniorů k pocitu nepotřebnosti a zbytečnosti, které mohou vést k vážným životním komplikacím. Stáří jako pojem je vnímáno spíše negativistickým způsobem. Předpoklad stáří, je představa nesoběstačnosti, neschopnosti samostatného života a závislosti na pomoci druhých, které sebou mnohdy nese vyšší potřebu zdravotní a sociální péči. Stáří však lze také vnímat jako etapu života, v které se lze realizovat, stárnout vitálně a vnímat proces jako příjemnou součást života. Jedná se o individuální průběh vývojového období. (Malíková, 2020)

Faktory negativně působící na seniory:

- *Samota*
- *Izolovanost*
- *Paranoia*
- *Úzkost/deprese*
- *Strach*
- *Důsledky hospitalizace*
- *Pocit neschopnosti*
- *Ztráta sebeúcty a sebedůvěry*
- *Stigmatizace*

(Walsh, 2005, s. 17)

Věkové určení stáří nelze jednoznačně determinovat z důvodu nevypovídající hodnoty stavu, a tak věkové rozhraní lze vymezit kalendářním a funkčním věkem. Kalendářní věk definujeme počtem uplynulých let od doby narození. Řazení stáří dle věku kalendářního:

- „*Mladý senior – 65–74 let*“
- „*Starý senior – 75–84 let*“
- „*Velmi starý senior – 85 a více let*“

(Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012, s. 25)

Nejedná se ovšem o věk, vymezující vitalitu, jedná se pouze o stanovení odžitých let. Z tohoto důvodu se využívá i věk funkční (biologický), který přibližuje vývoj k věku kalendářnímu. Biologické stáří přibližuje rozsah involučních změn a poklesu potenciálu zdraví. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012) Sharon Basabara (2023) z výzkumu došla k zjištění, že biologický věk je přesnější identifikátor předpovědi nástupu nemoci a smrti. Funkční věk může být ovlivněn genetikou, ale také vnějšími faktory působící v rámci vedení způsobu života (stres, prostředí, užívání návykových látek,..) a to pak působí na fenotyp stáří. Lze mluvit o změnách postavy, mobility – ochabování a úbytek svaloviny a kostní hmoty, svrašťování a vysušování kůže, změna chování, zhoršení zdravotního stavu – porucha sluchu, zraku smyslového vnímání. (Uotinen a spol., 2006 in Čevela, Kalvach a Čeledová, 2012, s. 76).

## 2 DEMENCE

Demence dle Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-11) po kódovým číslem 06 Duševní poruchy, poruchy chování nebo neurovývojové poruchy negativně ovlivňuje nervové kortikální/symbolické funkce. Klasifikace demence spadá pod duševní onemocnění, s kterým se lze setkat převážně u osob staršího věku. S přibývajícím věkem se zvyšuje vyšší pravděpodobnost zkušenosti s demencí či narušením kognitivních funkcí a jedná se tak o nejčastější onemocnění stárnoucí populace. (Jirák, 2009) Při demenci dochází k narušení center mozku (zejména mozkové kůry), snižování intelektu, poškození mozkových funkcí, které působí na kognitivní funkce, paměť či behaviorální a psychologické symptomy. (Huake, 2014) Důvodem, proč dochází k určitému mentálnímu zaostávání mozku, je nadměrný úbytek neuronů, které se v dostatečném množství nedokáží nově vytvářet, a to je příčinou zmenšování jeho objemu. Což neznamená, že mozek osob staršího věku automaticky nemůže tvořit dostatečné množství nových neuronů. (Kosik, Bowmanová, 2016)

Typy demencí lze rozdělit na atroficko-degenerativní, vaskulární a sekundární demenci. Pod atroficko-degenerativní demenci nejčastěji řadíme Alzheimerovu chorobu, demenci s Lewyho tělísky a Frontotemporální demence (FTD), které jsou způsobeny degenerativními procesy mozkových proteinů. (Kosik, Bowmanová, 2015) Sekundární demence zařazuje pod sebe soubor demencí bez společné příčiny vzniku, jedná se o demenci způsobenou v souvislosti okolností. Mluvíme tedy o demenci způsobenou například (např.) traumatem (posttraumatická demence), infekčního typu (Cretufeldtova-Jackobova demence, syfilis a HIV), metabolického typu (onemocnění jater, respirační nemoc, onemocnění ledviny, endokrinní onemocnění,...) a toxické demence (způsobení z alkoholu a drog). (Pidrman, 2007)

### 2.6 Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba je považována za nejčastější formu demence, tvoří 50 % prevalenci ze všech druhů demencí (Jirák, 2009) Jedná se o neurodegenerativní onemocnění mozku, kdy dochází k oslabení určitých center, která zapříčiňují narušení kognitivních funkcí. Onemocnění velmi pomalu a nepatrně působí na mozek, v kterém následně způsobuje znatelné poškození. (Jirák, 1999) Prvních viditelných příznaků typu zapomínání si lze všimnout již při degenerativních procesech mozku, to je však přisuzováno mnohokrát ke stáří, které je s tím taktéž spojené, a tak se Alzheimerova choroba může rozvíjet poklidně dál. (Kosik, Bowmanová, 2015) Nežli se Alzheimerova choroba začne rozvíjet, je důležité si vyjasnit vnitřní děje a co tomu vlastně předchází. V centrální nervové soustavě dochází k snížení počtu neuronů a mozkové tkáně neboli mozkové atrofii, která zapříčiňuje zmenšování objemu mozku, což

způsobuje počátek Alzheimerovy choroby. Bílkovina amyloid –  $\beta$  ukládající se v neuropilu, což jsou prostory neuronů (také zvané nervové buňky) vytvářející neurotické plaky, díky nimž dochází k neurodegenerativnímu dějům, při kterých odumírají neurony. Amyloidový prekurzorový protein je však tělu běžnou bílkovinou, která se v mozku nachází a je štěpen enzymem sekretáza –  $\alpha$ , pokud je však chod narušen, začnou se štěpit bílkoviny sekretázy typu  $\beta$  a  $\gamma$  [gama] a vzniká tak amyloid –  $\beta$ , z čehož začne docházet ke shlukům, které jsou nepropustné. Druhou bílkovinou, která přispívá k propuknutí Alzheimerovy choroby, je tau-protein, který působí přímo na neurony. Tau-protein se proměňuje degenerací do takzvaných (tzv.) neurofibrilárních klubek, díky nimž neplní svou funkci a postupem zanikají. Tyto bílkoviny nazýváme patologickými, a ačkoliv působí na neurony, nejsou jedinými degenerativními ději, které způsobují Alzheimerovu chorobu. Acetylcholin přenašeč nervových signálů mezi neurony plní důležitou činnost přenosu dat pro paměť a pohybového systému. S prohlubováním stádií Alzheimerovy choroby se k těmto prvopočátečním patologickým jevům přidávají další neurodegenerativní jevy a jiné selhávání funkcí. Dalšími narušiteli, který výrazně poškozují stěny mozkových buněk a tělesných tkání jsou kyslíkové radiály. Za běžných okolnostních podmínek fungují jako transfer informací, ovšem v nadbytku uvolňují excitační aminokyseliny jako jsou glutamát a aspartát a to způsobuje zvýšený příjem iontů a vápníku do neuronů. Naruší se tak vnitřní prostředí nervových buněk, které zapříčiňuje buněčnou smrt. (Jiráček, 2009)

### **2.6.1 Symptomy Alzheimerovy choroby**

Symptomy Alzheimerovy choroby jsou velmi podobné s ostatními typy demence, a tak je Alzheimerova choroba častokrát s nimi zaměňována. Zapomínání a opakování stejných informací patří mezi prvotní symptomy, což u OsD (osoby s demencí) vyvolává mnohdy zmatenost, která později graduje až do určité dezorientace. Postupem času se zapomínání stupňuje na nepoznání, kdy např. nelze rozeznat rodinné příslušníky, obtížné pojmenování základních subjektů (agnózie) a náročné pobírání srozumitelnosti úkonů. Postupem se horší schopnost komunikace, mobilita, nastává inkontinence nebo destrukce osobnosti. (Kosik, Bowmanová, 2015; Zvěřová, 2017)

### **2.7 Péče o lidi s demencí:**

Péče o OsD znamená napomáhání k zvládnutí běžných denních úkonů, které již mohou být pro osoby problematické. (APSS, 2015) Samotná péče o osoby s diagnostikovanou demencí však nese mnoho úskalí. Mnohdy jsou osoby považovány za plně nesamostatné a jsou jim ubírány možnosti zachování autonomie. Není chybou pečovat a podporovat osoby s demencí,

chybou je z osob s demencí automaticky vytvářet osoby nemohoucí a nezvládající fungovat a rozhodovat i v primitivních oblastech. Problematikou zde je, že jsou osoby s demencí považovány za nemocné natolik, že je povinností zajištění nepřetržité péče. Nadměrná péče tak vede k zacházení s OsD jako s dětmi. (König, Zemlin, 2017). Takové jednání není zcela patřičné, ovšem nevylučuje se s uspokojením potřeb vnitřního dítěte, do nějž se mohou mentálně osoby navracet. (Schützendorf, Datum, 2021) Péče pak může sama dovézt do bodu, kdy schopnosti osob s demencí se oslabují, ale to již nemusí být důsledkem pokročilím demence, ale přílišným přepečováním „... lidé s demencí ještě něco dokážou, důvěřujte jejich dovednostem a schopnostem, které vycházejí z dlouholeté zkušenosti. I když se něco nepovede hned, trvá to déle nebo to nevypadá dokonale: každá činnost, kterou nemocný smí zvládnout sám, posiluje jeho sebevědomí a zvyšuje kvalitu jeho života.“ (König, Zemlin, 2017, s. 36). Vhodnější způsob zpříjemnění péče, je vytvářet podporující prostředí s oporou zachování dosavadních schopností ve všech aspektech života a odstranění bariér pro vedení kvalitního života. (Brackey, 2019) „Měli bychom důvěřovat tomu, že lidé v Jiném světě mohou sami přispívat k tomu, aby se cítili dobře“ (Schützendorf, Datum, 2021, s. 28)

Podpora a pomoc přichází ze strany neformálně pečujících osob nebo je zajištěna určitou formou sociální péče. Potřeba, poskytnutí péče především pro zajištění bezpečí a základních fyzických potřeb, je mnohdy pro seniory s demencí nepochopitelná, ačkoliv již na činnosti sami nestačí. „Dobří pečující jako spoluvůrci dobré péče akceptují nejistotu a proměnlivost potřeb a činností.“ (Hradcová, 2018, s. 273) Pokud již u člověka s demencí není možnost zůstat v jeho přirozeném prostředí z jakýchkoliv důvodů, je bezpochyby uvědomit si možný dopad nového místa pobytu v ústavním zařízení, které si mnohdy samotní senioři neměli možnost svobodně vybrat či zvážit jinou alternativu. Je zřejmé, o jak velkou změnu se jedná, kdy k jejímu smíření dochází pouze zřídka. (Hradcová, 2018)

Poskytovaná péče by se měla značně lišit dle stádia, ve kterém se klient nachází. Každé stádium má své specifické potřeby a odlišnou míru potřebné pomoci, na což je v průběhu pokročilí demence potřeba reagovat. (Veřejný ochránce práv, 2013) „Dobrá péče zlepšuje osobě s demencí kvalitu života, ale u žádného programu se neprokázalo, že by zastavil nevyhnutelný úpadek, který je pro většinu chorob způsobujících demenci charakteristický“ (Rabins, Mace, 2018, s. 347)

Poskytování kvalitní péče staví především na podpoře a utužování sociální vztahů. Správná komunikace je klíčem ke kvalitnímu porozumění, zjišťování a následné uspokojování potřeb OsD. Zásady pro správnou komunikaci pečujícího s OsD rozdělujeme do 3. základních

segmentů – verbální, neverbální a paraverbální, kdy je potřeba využívat všechny segmenty pro srozumitelnější dorozumívání. Verbální komunikace spočívá v řeči, a to jak mluvené, tak písemné. Pod neverbální komunikací si lze představit např. udržování očního kontaktu, vnímání gestikulace, vymezeného osobního prostoru nebo všímavost mimiky. Paraverbální komunikace je závislá na přizpůsobení řeči, tónu hlasu a intonace. (Hauke, 2017) Důležité je brát ohled na omezení řeči a poskytnout tak trpělivost a empatii s využitím aktivního naslouchání. Pro efektivnější způsob komunikace je vždy vhodné eliminovat množství akustických podnětů. Pokládání otázek vyžadující rozhodování, může být stresujícím faktorem pro obě strany (pečující x opečovávaný). Z důvodu nastání problému nepochopení je vhodné volit takový výběr otázek, které budou konkretizované a srozumitelné. (König, Zemlin, 2017)

Kvalitu péče lze hodnotit objektivním či subjektivním způsobem. Objektivní způsob zhodnocení kvality poskytované služby se může vztahovat např. k lékařským ukazatelům zdraví (tělesné i duševní), finance, bydlení, aktivity, závislost na péči jiné osoby, sociální život. Jedná se o zhodnocení působení okolností na samotného klienta. Subjektivní hodnocení je spjato s vnitřním vnímáním a nastavením, které při evaluaci vychází z naplnění očekávání, stanovených cílů a spokojenosti. Mezi subjektivní hodnocení jsou řazeny např. spokojenost s poskytovanou péčí, s prostředím, nabízenými aktivitami, pocit domova a bezpečí a získáním jistot. Propojenost objektivního a subjektivního způsobu hodnocení mezi sebou vzájemně velmi málo souvisí. Cílem kvalitně poskytované služby je však především naplnění klientovo potřeb, osobních cílů a smyslu života, které se značně liší podle individuality osob. (Matoušek, 2007)

### 3 POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY S DEMENCÍ

Pobytové sociální služby pro seniory s demencí poskytují komplexní péči zajištěnou společně s ubytováním pro osoby v dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu. Mezi základní činnosti poskytované pobytovými zařízeními jsou: pomoc při běžných činnostech týkající se vlastní osoby, poskytnutí prostor pro osobní hygienu a případná pomoc s jejím vykonáním, zajištění stravy, vytváření aktivizačních činností, základní sociální poradenství společně s vyřizováním úředních záležitostí, zprostředkování společenského života a socializace v rámci sociálního začleňování, posilování schopností zachování autonomie, péče o vlastní osobu a dalších činností vedoucí k zachování soběstačnosti. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Pobytové služby umožňují zvolit si zajištění vhodné péče, která je deklarována zásadou poskytování pobytových sociálních služeb pro osoby s demencí „...a to v zájmu osob v náležitě kvalitě a takovým způsobem, aby bylo zajištěné dodržování lidských práv a svobod.“ (§ 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) Pokud však určité omezení v lidských právech musí nastat jedná se převážně z důvodu ohrožení života a bezpečí. Poskytovatel na tuto skutečnost musí brát zřetel a pracovat s tím, aby riziku zamezil a našel prostředek k minimálnímu omezení lidské svobody. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011) Určitá omezení, která reagují na odstranění rizik však zhoršují kvalitu života a autonomie s ní spojenou. (Livingston, 2017 in Holmerová, 2018, s. 121) V ústavních zařízeních je důležité dbát vždy na individuální potřeby klientů, nebude-li na ně kladen důraz, může to vést k negativním důsledkům projevující se psychickými i fyzickými problémy. Ačkoliv to tak nepůsobí, kvalita života spojená s pobytovými sociálními službami pro OsD má za cíl klást důraz na individualizovaný přístup ke spokojenosti klientů. „*Nepečujeme tak, jak bychom sami chtěli, aby o nás bylo pečováno, pečujeme tak, jak to bude vyhovovat našemu klientovi.*“ (König, Zemlin, 2017, s. 34).

#### 3.1 Proces přijímání nových klientů do pobytového zařízení:

Proces přijímání filtruje potencionální klientelu, přičemž zamezuje nepatřičnému umístění do ústavního zařízení. Snahou je co nejdéle setrvání seniorů v přirozeném domácím prostředí. Pokud je však stav vyhodnocen v nesouladu zejména bezpečí setrvání klienta doma, poté je v zájmu seniora a sociální služby poskytnout náležitou péči zajišťující pobytovým zařízením. (Dvořáčková, 2012)

Prvotním kritériem pro poskytování pobytové sociální služby zahrnuje jednání se zájemcem o službě. Sociální šetření probíhá v předem dojednaném termínu v místě momentálního pobytu (v přirozeném prostředí, nemocnici či v léčebně dlouhodobě nemocných



[LDN]). Sociální pracovník zde vyhodnocuje a vymezuje schopnosti zvládání základních životních potřeb, kterými jsou:

- „*Mobilita*“
- „*Orientace*“
- „*Komunikace*“
- „*Stravování*“
- „*Oblékání a obouvání*“
- „*Tělesná hygiena*“
- „*Výkon fyziologických potřeb*“
- „*Péče o zdraví*“
- „*Osobní aktivity*“
- „*Péče o domácnost*“

(§ 9 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

Oblasti, kterých se sociální pracovník dále dotýká jsou zdravotní stav, finanční situace, rodinné zázemí a specifické potřeby. Sociální šetření je prováděno především s ohledem na vytvoření si představy a získání informací k vhodnosti poskytované péče. (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)

### **3.2 Pracovníci v sociálních službách:**

Pracovníci v sociálních službách zastávají přímou obslužnou péči osobám poskytujícím sociální služby, které spočívají v „...*nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporou soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb.*“ (§ 116 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) Pracovník v sociálních službách se mnohdy stává i klíčovým pracovníkem, což je osoba, která přebírá odpovědnost za individuální plnění péče konkrétního klienta. Tento pracovník tvoří a nastavuje společně s klientem služby individuální plán s cíli a potřebami jeho plnění. (Chloupková, 2013)

### 3.5 Individuální plánování:

Individuální plánování v sociálních službách je významným prostředkem vedoucí k poskytování kvalitní a efektivní sociální službě zaměřené na cílené a individuální potřeby klientů. Při sestavování individuálního plánování je důležité dbát na transparentnost, citlivé vnímání individuálních potřeb, plán tvořit společně s klientem a postupně jej především obnovovat do odpovídající aktuální podoby. Aktualizace individuálního plánu je nezbytnou součástí pro poskytování kvalitní péče, sledovat její průběh vede k sledování naplňování osobních cílů. Tvorba a naplňování individuálního plánu je v kompetenci kvalifikované klíčového pracovníka v podobě sociálního pracovníka či pracovníka v sociálních službách, kteří vždy zohledňují konkrétní potřeby přiděleného klienta v souladu s písemnými vnitřními pravidly služby. Uspokojení individuálních potřeb klientů vychází z jejich maximální podpory naplnění a z již dosažených cílů. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011; Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) „*Jednání => dohody => hodnocení (včetně zdravotního stavu) => zdroje podpory => adaptace => definování individuálních cílů => realizace individuálních cílů => vyhodnocení účinnosti individuálního plánu => jednání*“ = cyklus individuálního plánování. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011, s. 81)

Cílem individuálního plánování není plnění rizikových potřeb klienta, cílem individuálního plánování je působit a plánovat tak, aby cíl mohl být v budoucnu v rámci možností realizovatelným. Mnohdy je v pobytových zařízeních princip plánování špatně pochopen a potřeby klienta tak nikdy zcela naplněny. S potlačováním práv klientů na svobodné rozhodování a volbu, se lze u některých poskytovatelů setkat, k omezení dochází z důvodu rizikovosti a odpovědnosti za ně převzatou. (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011)

Vhodnou metodou pro sestavení hodnotného individuálního plánu je metoda SMART, která jasně definuje cíle, které jsou specifické, měřitelné, dosažitelné, reálné a časově vymezené. Tato metoda napomáhá k efektivnějšímu plánování a dosahování jasně vytyčených cílů pomocí nadefinovaných konkrétních cílů. (Hauke, 2016 in Hauke, 2017) Po stanovení dohodnutého cíle je důležité určení dalších kroků – jakým konkrétním způsobem bude docházet k plnění cílů, definování a zabezpečení možných rizik a postup vyhodnocování naplnění cílů. (Hauke, 2017)

## 4 DOPADY POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB:

Dopad neboli také důsledek či vliv má určitý subjektivní účinek v kontextu vnímání, chápání a prožívání života klientů v ústavním zařízení vycházející z vlastních zkušeností, které lze vnímat pozitivně, negativně nebo zcela neutrálně. Vzájemně se však mohou prolínat a postupem měnit. Subjektivní prožívání souvisí s reflexivitou, což znamená uvědomění si vlastní osoby, jak přemýšlíme a uvažujeme. Osoby jsou schopny zhodnotit momentální stav, ve kterém se nachází a následně tak reagují a vytvářejí svůj vlastní postoj k situaci. To si lze představit jako vliv vlastního vnímání, jenž má dopad na svébytnost jedince. (Jackson, Hogg, 2010) Toto individuální vnímání a hodnocení ovlivnění života klientů, slouží jako nástroj, kterým se organizace mohou řídit a díky získaným podkladům nadále nakládat, rozvíjet a ovlivňovat poskytování sociální služby a její vývoj. (Gertler a spol., 2016)

Odchod OsD do pobytové sociální služby nese s sebou značnou nedostupnost poskytovaných terénních a ambulantních sociálních služeb či nedostatečné povědomí o možnostech, které jsou schopné zajistit péči se specifickými potřeby pro setrvání klientů v přirozeném prostředí. (MPVS, 2007)

Označení „domov“ v pobytových zařízeních není zcela vystihující, ačkoliv tak vyplývá ze zákona o sociálních službách, jedná se zde spíše o přiblížení poskytované sociální služby, klienti však mají většinou jinou představu o pojmu domov. Naopak přesun z domácího přirozeného prostředí do ústavní péče způsobuje změnu a ztrátu soukromí a vlastního domova. Pobytová zařízení jsou stále ve vyšší procentuální míře pozorována neosobně a zanedbaně z mnoha hledisek (technické, hygienické, estetické,...). (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011) Dopady na život v ústavní péči mohou vyplývat z hodnocení kvality zařízení, ve kterém osoby žijí (kvalita prostředí, personálu, péče). Kvalita prostředí zařízení obsahuje „*uspořádání budovy, vnitřní vzhled, vnější vzhled, vybavenost a přizpůsobení potřebám klientů, stravování, bezpečné prostředí, atmosféra, integrace do společnosti*“. (Payne, 1994 in Matoušek, 2007, s. 126) Kvalita péče se zaměřuje na „*respektování klientů, právo na vlastní volbu, omezující opatření, ochrana soukromí a osobních informací, využívání vhodných postupů, aktivizace a stimulování klientů*“. (Payne, 1994 in Matoušek, 2007, s. 126) Z hodnocení se odvíjí kvalita poskytované sociální péče, která by měla odpovídat životu v přirozeném prostředí. (MPSV, 2016)

„*Kvalita života je vícerozměrný koncept, který je formován souborem individuálních, organizačních a společenských faktorů*“, pod níž spadají tyto oblasti „*osobní rozvoj, sociální vztahy, práva (lidská a občanská, přítomnost v komunitě a participace, sebeurčení a autonomie,*

*materiální zajištění, tělesná a duševní pohoda*“ (Šiška, Kohout, Čáslava, Truhlářová, 2023, s. 4-5) Tyto oblasti se formují dle individuálních a potřeb klienta a potřeby služeb poskytované péče. Za dopad je považováno poskytování v omezené míře individuální péči. Služby nemají vždy personální kapacitu, která by mohla reagovat na všechny potřeby klientů a uspokojuje tedy jen ty základní (toto se týká zvláště u větších pobytových zařízení). „*V těchto zařízeních je velmi obtížné naplňovat moderní principy poskytování sociálních služeb a metod sociální práce zaručující dodržování lidských práv.*“ (MPSV, 2007, s. 17) U OsD se zvyšuje mnohem vyšší procento nedodržování práv a neporozumění jejich potřeb, což sebou nese riziko omezení či ztrátu autonomie a vedení běžného každodenního života. (MPSV, 2007) Spokojenost klientů v pobytové sociální službě může odkrýt to, jakým způsobem působí služba na klienty. Případné nedostatky mají vliv na možné negativní dopady služby. (Matoušek, 2007, s. 154) Matoušek, 2007 zmiňuje, že klienti služby se mnohdy bojí zmínit negativní vliv služby na ně samotné, raději předstírají spokojenost, aby se to neobrátilo proti nim. Prioritou poskytovatele by mělo být vést a motivovat seniory s demencí k hodnotnému životu a stimulaci. Přínosem poskytování pobytových sociálních služeb je nepřetržitá komplexní péče zajištěná převážně pracovníky v sociálních službách a zdravotním personálem, jejichž cílem je zlepšení životních dovedností klientů, jejich zabezpečení a získání jistot. (Malíková, 2011)

Sociální izolace a její následky v podobě úzkostných a depresivních stavů může být taky jedním z příčin negativního vlivu. V seniorském věku je vedení sociálního života mnohem náročnější z důvodu obav. Pobytová zařízení a jejich sociální podpora by měla být nabízena i v rámci aktivizačních činností, kdy se rezidenti zařízení mohou potkávat a předcházet tak izolaci a případnému pocitu osamělosti. (Baker, 2014 in Dvořáčková, Mojžíšová, 2019) Sociální význam má především na duševní zdraví a udržení komunikačních dovedností a podporu pocitu jistot. Neomezování sociálních kontaktů vede k upevňování kvalitního sociálního zázemí a snižuje riziko demence. Obtížnější porozumění v komunikaci však tomu často zabraňuje, sociální okruh se tedy zužuje a nedochází tak k socializaci z důvodu obav z nevědomosti, jak jednat s OsD. (Brackey, 2019)

## 5 METODOLOGICKÁ ČÁST

Metodologická část je zaměřena na kvalitativní výzkum, pomocí něhož se získávaly výstupy zaměřené na subjektivně vnímané dopadů klientů konkrétní anonymizované pobytové sociální služby poskytující péči osobám s demencí v rámci přizpůsobených oddělení (oddělení se zvláštním režimem). Výzkum byl veden pomocí polostrukturovaného rozhovoru s ohledem na srozumitelnost kladených otázek pro aktuální stav klientů. Pro vytváření dat byla zvolena interpretační fenomenologická analýza (IPA), která se zaměřuje na porozumění osobní zkušenosti. Vzhledem k náročnosti vedení rozhovorů s osoby s tímto typem onemocnění, byly zvoleny pouze 3 klientky služby spolupracující na výzkumu. Tento malý vzorek odkazuje na IPA, která z malého vzorku provádí důkladnou analýzu umožňující podrobnější zaobírání se tématy. (Miškovič, 2019)

### 5.1 Výzkumná otázka a cíl výzkumu

Cílem bakalářské práce je získat odpověď na hlavní výzkumnou otázku, která zní „*Jakou zkušenost mají seniori s diagnostikovanou demencí s dopadem vybrané pobytové služby?*“. Otázka byla tvořena v souladu s IPA zaměřující se na vlastní zkušenost. (Kostínková, Čermák, 2013) Výzkum se věnuje zkušenosti seniorů s diagnostikovanou demencí ve vybraném anonymizovaném zařízení, zaměřující se na subjektivní vnímání dopadů pobytové sociální služby. Cílem je přiblížení skutečnosti a vlivu prožívané zkušenosti oslovených respondentek. Význam výzkumu shledávám v zjištění zkušenosti seniorů s pobytovou sociální službou a jejího dopadu. (Kostínková, Čermák, 2013)

### 5.2 Metoda vytváření dat – kvalitativní výzkum – IPA a polostrukturované rozhovory

Kvalitativní výzkum je metodologicky rámován do IPA, z níž sběr dat je volen v podobě polostrukturovaných rozhovorů (PSR), jenž je vybrán za nejvhodnější způsob sběru dat u seniorů s demencí. Otázky pro PSR byly tvořeny tematicky pro zasáhnutí potřebných okruhů vztahující se k zodpovězení hlavní výzkumné otázky. Při rozhovoru jsem využívala blok pro zaznamenávání si potřebných poznámek, strukturu otázek a diktafon, který sloužil pro zachycení důležitých momentů. (Mioviský, 2006) Klient je zde považován za odborníka na danou zkušenost zkoumaného tématu, z tohoto důvodu otázky byly tvořeny otevřeně tak, aby respondentky měly možnost mluvit v neomezeném rozsahu. (Kostínková, Čermák, 2013)

Dle doporučení Smith, Flowers, Larkin (2009) v rámci celkového rámování do IPA byly zvolené otázky tvořeny pomocí formulace podle typů otázek, jenž jsou uvedeny v příloze 2.

Jejich tvorba odkazovala na otázky pro hloubkové rozhovory pro otevření se k hovoření o vlastní zkušenosti. Zprvu otázky byly formulovány dle jejich typu, nadále došlo k přerozdělení pro tematické ukotvení do operacionalizace a v neposlední řadě došlo k vytvoření samotné struktury pokládaných otázek.

### **5.3 Interpretační fenomenologická analýza (IPA) – metoda analýzy vytvořených dat**

Zvolená metoda analýza vytvořených dat IPA se zaměřuje na individuální a subjektivní prožitou zkušenost osob. V rámci analýzy je cílem výzkumu porozumění a získání odpovědi na hlavní výzkumnou otázku. Význam zkoumání dopadů ústavní péče je přínosný pro zjištění subjektivního vnímání zkušenosti s ústavním zařízením seniorů s demencí. (Kostínková, Čermák, 2013) Výzkumnice tak sledovala, co považují respondentky za významné sdělit a co je podstatně ovlivňuje. Průzkum byl realizován otevřenými otázkami, z kterých respondentky měly možnost rozsáhle mluvit a odchýlit se tak k různým tématům. Občasné zásahy výzkumnice do rozhovoru, sloužily k nepřilísnému odchýlení se od tématu, se zachováním udržení vnímání vlastní žité zkušenosti. (Smith, 2004 in Kostínková, Čermák, 2013) Zprvu jsou prezentovány jednotlivé analýzy respondentek, z kterých je pak zhotoveno celkové shrnutí. Výsledkem analýzy není zhotovení sjednoceného zhodnocení pobytové služby, jedná se pouze o sdílené zkušenosti, které mohou napomoci k vhledu do daného prožitku.

### **5.4 Volba respondentů**

Respondentky s demencí byly voleny vhodně dle aktuálního stavu, jejichž menší počet umožnil výzkumu zajít do větší hloubky poznání a pochopení. Mírná forma demence byla volena, tak aby senioři dokázali vést dialog a relevantně tak zodpovídat na kladené otázky. Kritéria pro volbu respondentů:

- Uživatel konkrétní pobytové sociální služby
- Diagnostikovaná demence
- Zdravotní stav odpovídá schopnosti porozumět a vést dialog v rámci výzkumného rozhovoru (Mírná forma demence)

Jedná se zde o zastoupení 3. žen s Alzheimerovou chorobou ve věkovém rozpětí 75-95 let. Rámcování IPA odkazuje na menší počet výzkumné vzorku, počínající dle Smith, Flowers, Larkin (2009) od počtu 3-6 respondentů, umožňující tak podrobný rozbor.

## 5.5 Realizace výzkumu:

První komunikace a kontaktování služby proběhlo s vedoucí oddělení DZR (Domov se zvláštním režimem), s kterou jsem společně prodiskutovaly průběh výzkumu. Jelikož službu již znám, měla jsem možnost seznámení se s prostředím, klienty a zaměstnanci před realizací výzkumu. Nebylo tedy náročné zvolit vhodné klienty.

Oslovení potenciálních klientů pro rozhovor probíhalo v přítomnosti vedoucí směň, s kterou jsme měly vytipované možné osoby pro rozhovor. K oslovení došlo zhruba 10 klientů služby, kdy již při prvotním kontaktování jsem se rozhodovala, zdali výzkum bude možný realizovat právě s nimi. Prvotně jsem se klientům představila a sdělila jim důvod mého oslovení. Z 10 oslovených jsem zvolila dle vhodnosti vyplývající z kritérií pro výzkum 3 respondentky, jenž se prezentovaly komunikativně a o tématu chtěli hovořit.

Rozhovory s respondentky probíhaly na jejich pokojích. S jednou respondentkou se jednalo o dvojlůžkový pokoj (rozhovor byl veden za přítomnosti spolubydlící) u zbylých dvou respondentek o jednalo o jednolůžkové pokoje. Klientkám jsem vždy donesla pro zpříjemnění atmosféry občerstvení. S klientky byl veden rozhovor vždy tak, aby jim vyhovovalo prostředí, v které se nacházíme, jednalo se vždy o přizpůsobení prostoru, kdy jsme s klientkami seděly naproti sobě s oddělovacím stolem mezi námi.

## 5.6 Etika výzkumu

Etická pravidla ve výzkumu jsou vztažena především k anonymizaci zařízení a ochraně zúčastněných osob v rozhovorech. Ochrana byla zajištěna písemným informovaným souhlasem, kde respondentky podepisovaly srozumění s důvodem oslovení, využití výpovědi v zhotovené práci a jejich právy. Účast ve výzkumu byla zcela dobrovolná, samotné klientky měly možnost, zda-li se chtějí zapojit či nikoliv. Miovský (2006) zdůrazňuje nutnost legislativní shody výzkumu vycházející z nařízení Evropské unie (EU), z nichž vyplývá ochrana osobních údajů, které je zcela v souladu s GDPR (General Data Protection Regulation). „*Pravidla EU pro ochranu osobních údajů stanoví, že byste měli údaje zpracovávat korektním a zákonným způsobem, pro určitý a legitimní účel a měli byste zpracovávat pouze údaje nezbytné ke splnění tohoto účelu*“ (EU, 2022)

## 5.7 Limitace

Nejzásadnější limitace byla shledaná v podcenění vážnosti narušení schopnosti vnímání a uvažování OsD, pro něž bylo problematické pochopení některých položených otázek a následně náročné odpovédět, tudíž jim často muselo být dopomáháno k lepšímu porozumění.

V rozhovorech se častokrát střetávalo, co je podstatné pro respondentku a k jakým tématům jsem zamýšlela původně směřovat na zodpovězení hlavní výzkumné otázky (HVO). Ačkoliv lze z rozhovoru udělat závěr, odpověď na HVO má své limity v rozdílnosti vnímání pobytového zařízení a jeho dopadů. Výsledek výzkumu nelze generalizovat, jedná se pouze o subjektivní vnímání života v ústavním zařízení, z čehož se stává limitace pro neuplatnění výstupů na širší okruh klientů a ústavních zařízení.



## 6 Analýza a interpretace dat:

Interpretace dat, která se vztahuje k navoleným tématům vždy interpretuje respondentky, které se zúčastnily výzkumu. Analýza těchto rozhovorů probíhala v rámci kódování k jednotlivým tematickým úsekům. V rozhovoru jsou využívány \* pro zachování anonymity jmen, vztahů a organizace. Využívané () v přímé řeči respondentek značí poznatky autorky.

	Pozitivní dopad	Negativní dopad	Neutrální dopad
Respondentka č. 1	ANO	ANO	NE
Respondentka č. 2	ANO	ANO	ANO
Respondentka č. 3	ANO	NE	NE

### 6.1 Respondentka č.1 (R1)

Respondentka č. 1 je žena, která v ústavní péči je již déle než rok. Z důvodu imobility se nachází na oddělení pro imobilní uživatele s demencí. Zde je také většina klientů již s těžkou formou demence. U zvolené participantky se jedná o lehčí formu demence, jenž si ji uvědomuje. Respondentka byla velmi hovorná, čímž častokrát odbíhala od tématu a vzpomínala.

#### 6.1.1 Komplexní vnímání života v pobytové sociální službě

*„De facto, tady začíná další etapa života.“* jenž je vnímaná respondentkou jako *„Já jsem si ji vybrala, lepší ústavní péče než skončit někde u popelnic.“*

Ačkoliv respondentce byla diagnostikovaná demence, která je u ní v mírném stádiu, nachází se z důvodu imobility na oddělení, kde žijí převážně osoby již s těžkou formou demence *„Je tady moc lidí, který jsou nemocní. Ukřičení, jeden huláká, druhý bouchá do všeho, aby to, je tady třeba sportovec náš bejvalej, ten boxer, no to je éro. No ani vedle toho si sednout, no krčí pacinky a krmte ho. Na to jsem mu řekla tahle, takhle chlapečku (signalizace práce rukou) a hodně dlouho, dlouho a makej na ty prsty, prolamuj a ruce cvič, seš sportovec, je vidět, že seš lajdák, že jsi lajdák.“*, oddělení, na kterém se respondentka nachází, je vzhledem k jejímu vnímání a chápání zcela degradující v možnosti pomalejšímu rozvoji demence.

Respondentka nečerpala jinou pobytovou sociální službu typu domova pro seniory, prošla si však nemocnicí a léčebny dlouhodobě nemocných, svou zkušenost popisuje takto *„No ono je to pořád jako stejný. Tam ta postel se jenom vyměnila za barvu, tam byla bílá v tom v \**

(název města zařízení). A byli tam zrovna tak příjemný ženský, uklízečky, všecko, a zrovna tak se tam našly i takový prostě, který bych já sadila za drát. Jenomže když třeba vyjde to, tak zjistíte, že to je jenom unavená ženská, která lítá. Mají tam plno lidí prostě, a že se můžete mýlit. Já si myslím, že jsem se v životě mýlila a mockrát, tak proto dneska říkám, nech si věci pro sebe, protože vůbec člověk nezná toho druhýho. A to je to, to je lepší nekomentovat. Protože oni skutečně a zrovna také tady dovedou se tam, štěbetají tam jako husy na louce, protože se bavíme mezi sebou a jsou to mladý lidi. Nebo prostě přijdou a jsou honem, honem, ale udělají si tu svoji práci. Jste čistá, zkontrolovaný všecko, co má bejt.“ Rozdílnost mezi poskytovateli klientka nevnímá.

### **6.1.1.1 Rodina a sociální kontakty**

Důležitost je podpora rodiny a známých, kteří klienty navštěvují. Klientka vzpomíná na Vánoce „Syn přivezl takovou dózu, takovou velkou mísu s modrým deklem. A myslím, že to je ta, co měla ty řapky přidržet a pak nižší dózu s červeným deklem a ta byla zaklapávací a v tý byly obalený rízky a salát. A všichni čuměli! „....., já jsem se najedla a každá ta ať sestra nebo co, tak koukali a říkali, teda to je sen vidíte? Já jsem říkala, já jsem vám říkala, že mám výbornýho syna, von uvaří to nikdo jinej nedělal, všechno jeho ruce, ...“, oporu, kterou v nich nachází jim zpříjemňují dny v domově. Vztah s rodinou respondentka přisuzuje k budování celoživotního vztahu „Já jsem nikdy neřekla svým dětem, já nemám na tebe čas, protože vy nevíte, jak dlouho tady budete, co se v životě může stát a to dítě, i když je malý, ale si to pamatuje.“

### **6.1.2 Volba poskytované sociální péče**

Volba, kterou klienti učiní při rozhodování ve volbě sociální péče, mnohdy nesouvisí jen s jejich rozhodnutím, ale i rozhodnutím rodiny, která se na péči podílí, respondentka sdělila, že její nejmladší syn, o kterém často během rozhovoru hovoří, byl odjakživa vedený, že se o maminku jednou bude muset postarat, proto se také narodil. O možnosti pobytového zařízení z vlastní zkušenosti klientka všeobecně mluví jako o možnosti z kapacitních důvodů „No a protože se rodina o ně postarat nemůže a nemá ji kam jinam dát, nemocnice a to všecko, to je strašně plný. Třeba tady \* (spolubydlící) má trombózu, no a nemůžou se o ní starat, tak ji dali sem a taky nevěděla nic, tudíž, ale ona se s tím ještě nesmířila, a ještě se prostě vyjadřuje, jak se vyjadřuje. Proto já můžu nadávat, když už toho mám maximálně plné zuby, ale ona nemůže nic dělat, já taky ne, já jsem sem šla dobrovolně.“ Klientky spolubydlící má velmi výrazné zvukové projevy převážně pláče. Rodiny se mnohdy podílí na tomto rozhodnutí, jenž je pro ně jediným východiskem v danou chvíli „No sama, sama ne, nerozhodovala jsem se

sama, že jsou na \* (název města) domovy důchodců, to jsem věděla, že jsou tady lidi, žijou tady, třeba bydlí a tak dále. No ale nikdy jsme tak moc o tom nemluvili, až ten můj vnuk, nejstarší syn syna si našel děvče a ta tady přímo pracovala, no dělala tady asi 3 měsíce a domov důchodců zmiňoval pomalinku tenkrát právě syn. A bavil se o tom doma asi s vnukem a jeho přítelkyní, ta se přidala. No nějak to probrali, prostě a přítelkyně vnuka začala verbovat a uměla verbovat. Tam mají tohle, tam máš tohle, ty stejně nechodíš, a když tak tě tam naučí, prostě nemusíš se bát, nemusíš jako to a máš tam všechno. No tak přítelkyně mluvila, pak začal i syn a pak se stalo, že jsem měla úraz, upadla jsem při úklidu. Mrskla jsem sebou, byla jsem rozsekaná, nebyla jsem, já nemám, jako že bych měla rány někde řezný nebo co, mně to přijde, že se to jenom jako někde ty kosti lehce štípli nebo něco, a přitom pádu jsem musela prodělat nějakou lehkou mrtvici.“ Nežli se respondentka dostala do pobytového zařízení prošla si těmito zařízeními „Šla jsem do špitálu, no a pak do tý LND (LDN – léčebna dlouhodobě nemocných), byla jsem asi ve 3.“ Důvodem čerpání pobytového zařízení předchází komplikace, která ztěžuje pobyt v přirozeném prostředí „To zranění a nemohoucnost, a to ta šance prostě, ten kluk musel do práce. A von není, že by byl tak nesvědomitej nebo to, aby mě tam nechal samotnou, to on by neudělal.“

Oznámení o přijmutí do zařízení se klientka dozvěděla v nemocnici „No a pak řekli mě, sbalíte se a pojedete do toho (paní si nemohla vzpomenou na název města, dopomohla jsem jí) Já říkám, vy máte byt volnej tam? No já jsem žádala o to umístění, a to všechno zařizoval syn a se mnou nemluvil ještě. (doktor) Jojo, říkal jo jo, to už je všechno zařízený paní \*, my vás teď hodíme do sanitky a odvezeme vás tam. Říkám, jo? No a přišla jsem rovnou tady na tu postel. No tak nějaký prádlo tady bylo, no, něco tady to. To jsem já tam přivezla to všechno rozkradli (mluveno o nemocnici). To by nikdo nevěřil, že zmizelo toho, ale tak nic nenadělám. To už nemá cenu plakat. Já už slzy nemám.“ Nástupem do pobytového zařízení je potřeba řídit se pravidly a řádem „Musím je tady tolerovat, protože tady do toho jsem šla přímo nevědomá, v životě jsem v domově důchodců nebyla, tohle to není domov důchodců, ale co naděláte, tyhle lidi jsou nemocní.“ S realitou, s kterou se zde klientka setkává je právě zpozorování progresu demence, kterou vnímá jako nemoc v jejíž přítomnosti se necítí dobře.

Kdyby však byla možnost se znovu rozhodnout čerpat tuhle konkrétní službu, klientka by se již tak nerozhodla „Právě ten hluk. Jenom ten hluk. Protože těch lidí je dost, který hlučí, který prostě jsou nemocný. To je fakt zralý na Beřkovice“ změnu však by klientka nerealizovala v zařízení „No, mně tady nic jinýho ani nezbejvá, ani nevím, co bych měla měnit. Tady se snaží zajištění klidu.“

### 6.1.3 Dopady Pobytové sociální služby

Jediným napřímo zmíněným dopadem klientkou jsou finance „*Mě ovlivňuje jenom výše důchodu. Výše důchodu a jinak nic, protože já se vo nic nezajímám a už ani nemám zájem. Nepotřebuju nic.*“ Finanční stránka a přístup k penězům je v zařízení řešeno s klienty, respondentka potvrzuje: „*To už mám zařízené, mně peníze choděj sem prostě a už se s nima disponuje tady prostě, jenomže se zaplatí nájem a zbytek je na kontě.*“ Klienti služby mají možnost si se zbytkem svých peněz disponovat dle svého uvážení, případně si jej ponechat uschované pod zařízením.

#### 6.1.3.1 Prostředí

Prvním negativním dopadem, který vyšel z dedukce, je oddělení, na kterém se klientka nachází, okolnosti, kterými prochází každý den, jsou narušujícím aspektem jejího života „*já jsem tady neměla žádný klid, tamhle paní furt pláče (poukázání na spolubydlící), furt pláče, celej den, celou noc. Tak říkám, protože jsme se neznali nikdo, no tak, co když zrovna někdo doma umřel? A můžete to tak brát, snášíte to tak dlouho až vybuchnete, začnete nadávat, ona se ztiší prostě, ale stejně to není nic platný*“ V rámci vyčlenění rozdílnosti onemocnění na oddělení klientka zmiňuje „*Já nemluví s lidmi a neumím už ani mluvit.*“ Možnost socializace však občas mají „*Šance, že si sedneme, tam si hrajou i pexeso a takovýhle.*“

Dostatečný vlastní klid je narušován hlukem „*Mě spíš, mně vadí jenom hluk. Prostě ty lidi mi nevadí jako, já vím, že to je starej člověk, nemocnej, že se chová tak, jak se chová, prostě tak, jak mu je a ona o tom ani neví, co dělá.*“, všichni jsou jen rezidenti oddělení se zvláštním režimem „*...,protože ona tady zrovna tak bydlí. Ne-li je starší ještě nežli já. Takže by se ani neslušelo, abych se tu chovala jako zlej pes. My se nestýkáme tady takhle, já jsem tady celej den, celou noc, druhej den, celej den, celou noc a 3. se nechám oblíknout tady (ukázáno na postel v pokoji), oni mě hodí na vozejk a vezmou mě do jídelny a tam vedle mě, někoho posadí a posadí starou paní, která už je opravdu stará. A je tam starej pán, to je taky už starej pán, je to kocour. No prostě do mě šťouchá, on se do všeho prostě kecá, a tak je to starej člověk. A ta už jako lalala, zapípá prostě (hovoření o další klientce), no tak ona je v ústavu, ona je svobodná. No co můžu dělat? Ona je nemocná právě tím, že o tom neví. Co to já nevím, já jsem se s ní nikdy víc nebavila, s tím dědou to taky, no to je furt ham ham ham ham. No tak prostě, ale bavíme se v rámci toho, jak chci odpovídám, když ne, tak ne, tam je televize, já se dívám i tam na televizi. Protože oni dávají seriály, je to tak, no, to já mám v hlavě čisto, protože odplynuly starosti.*“

### 6.1.3.2 Ztráta soukromí a osobních věcí

„Nemáte svoje ohraničení (zamyšlení), soukromí, prostě, že to sem vám každé přijde, co chce si vezme,..." U OsD je náročné vysvětlit, že věci, které považují za své, nejsou věci jejich, a tak si je přivlastňují. V tomto zařízení tomu není jinak, z důvodu odemčení všech pokojů, má každý volný přístup ke všem dostupným věcem na pokojích uživatelů „...nevíte, kdo si to vezme.“ S touto situací je náročné naložit, jak říká klientka „Pokud nikoho nechytíte za ruku,..." nelze zcela situaci řešit. Možný způsob řešení a eliminace výskytu ztracení věcí je forma podepisování, ale „Oni si to vezmou i s podpisem a je to.“ Ovšem usnadňuje to práci při hledání ztracených věcí. Klientka situaci zkoušela prodiskutovat s personálem, prozatím je tato věc bez řešení. Po dotazu, zdali by klientka chtěla danou situaci řešit, bylo zodpovězeno „Zatím ne, já jsem nikoho nechytla, ale až někoho no, tak to můžu dát do pléna, ale takhle to nemá cenu. To je jenom jako nařčení.“ Klientka by měla zájem spíše o osobní řešení nežli řešení přes personál, má pocit, že „Může to dotyčný taky komu se svěřit, otočit proti vám, protože tady žalujete, že tady prostě jste hlídač nebo udavač. Prostě když se mu to zlíbí a hodí.“ Má pocit, že by na ni bylo pohlíženo jiným způsobem, s kterým se absolutně neztotožňuje a z tohoto důvodu raději situaci přechází.

### 6.1.3.3 Bezpečí a jistoty

Za pozitivní dopad lze vnímat pocit bezpečí „Já se tu cítím bezpečně, kdyby dole po sobě kameny házeli, tak já jsem mimo, sem nahoru nepolezou“, což považuje respondentka za důležité, bezpečí přirovnává „A to je důležitý i v těch manželských životech, aby ses cítil bezpečně, že prostě, když chodí do práce, že jsi věděla, že tu rodinu uživí, že nebudou živořit“, to samé platí pro ústavní péči, jakmile je o člověka postaráno (zabezpečení), jsou zajištěny jeho potřeby, získává tak pocit bezpečí a jistot.

### 6.1.3.4 Péče o zdraví, člověka a jeho prostředí:

Zařízení se v rámci zdraví snaží u klientky o redukci váhy „Já jsem byla tak těžká a neunesla jsem se. No a teď jsem zhubla. Furt říkají, že jsem na dietě a krměj mě tady hrachovýma polívkama, už tejden. Dneska jsem teda jí odmítla tu polívku a říkám, ty jo, končím, já hrách vidím všude a byla bych zvracela. To říkám ne, ne, ne. Takhle to nejde, holt jsem na dietě, tak musím mít dietu.“. Co se týká dietního stravování „Ale jo, vaří docela dobře. Zprv je to chutný, není to přesolované, nebo nějak to, je to dobrý. Větší porce už mít nemůžu a musím to chválit i sama, protože ty kila opravdu se hla.“

Pozitivním zhodnocením „No, protože vidím, že je tady čisto, že ty lidi jsou také v čistotě, tady nevidíte nikoho špinavého, čistý vlasy, prostě všechno, jsou čistý nádobí, prostě

*tady nenajdete špinavej hrnek, nebo to a že ta uklízečka tady taky chodí víckrát než jen 1., že ji vidíte navečer ještě kolikrát, že setře, no a jako i ty police a to, to je všechno několikrát líznutý ten tejden, to není jenom 1.“*

#### **6.1.4 Život v ústavním zařízení**

Pobyt v ústavním zařízení může být mnohdy pro osoby začátek nového života „*No ano, úplně nový, protože já, já tu nemusím, neuklízím, čistí mi prach, nikde nic ne to, já se tu natáhnu a čumím na televizi, oni mě kopou do koupelny, oni mě tam strkaj do jídelny, protože bych měla proleženiny a boláky všude a všechno, ..., já poznala tak, co to je život bez práce.“* Zajištěná péče umožňuje klientům vést poklidný život s obstaráním záležitostí, na které již jedinec nestačí sám „*No já si myslím, že jinak by to už asi nešlo a zatím mě to takhle vyhovuje, protože ty holky zatím se o člověka staraj, tak aby to šlo prostě.“* Kladné hodnocení ke spokojenosti v zařízení přispívá samotná péče o klienty a prostředí „*No zatím jsem s ním spokojená, jsme čistý, jsme v pořádku, taky naše prádlo voní, taky to nesmrdí a jsme v čistotě, volizujou to každou chvíli (utírají prach), vytírají, všechno. A převlečenou postel máme, jakmile něco vylejete. Jakmile máte polité tričko, tak vám ho ihned vymění, protože oni chodí kontroly a oni se jich docela bojí.“* Vnímání péče „*Je tady péče, protože tady se o vás staraj lékaři a prostě i ten personál no, takže víc už tady oni prostě, dělaj semnou, to co mohou.“* Vnímání a způsob hodnocení kvalitní služby a péče „*Dá se to vnímat, to dá, vycítíte to, prostě všechno, všechno, každá pravda vyjde najevo a prostě to. Všechno se dá.“*

##### **6.1.4.1 Průběh dne:**

Průběh dne v zařízení se řídí určitým denním harmonogramem, který je potřeba dodržovat, klienti služby mají jednotný čas pro vstávání „*Ráno vstávám, oni mě budí, pak nás přebalují.“* při dotazu, zdali by bylo možné vstávat mimo nastavený čas respondentka odpověděla „*No někdy je ukecám, řeknu, že se mi nechce vstávat, tak ještě chvíličku. No pak stejně musím vstávat na snídani, a to roznášej všem.“* Po probuzení a výměně inkontinentních pomůcek probíhá ráno „*No a dá mi ubrousek, tak si tu umeju obličej, oni nás učešou, dají nám tepláky, nějaký tričko, jo a odvedou nás do jídelny. Mě musí do vozíku odvézt, že jo a tam sedím jak buchta. Celý den řápu, a to je prostě, to je všechno.“* Zařízení umožňuje denní aktivity během všedních dnů, klientka však z důvodu ostatních residentů, možnost využívat nechce „*Tak no, já na to nejsem. Já se vztekám a trhám řetězem, protože jedná začne lalala, druhá začne takhle a třetí takhle (značení patologického chování) a mě za chvíli začne tak bolet hlava až protáčím očima prostě. No a teď jak z toho, co máte, během hodiny vám je na nic.“* Jediná relativní možnost, kterou klientka využívá je koukání na televizi, na kterou reaguje

„Využívám televizi, a dejte mi pokoj všichni a zavřete mě tam.“, z čehož vyplývá, že aktivity, kterými se snaží zařízení zpříjemnit pobyt klientům jsou v tomto případě aktivity, o které klientka nemá zájem, jsou vnímané bez naplnění a spíše nucené. Klientka by již uvítala klid a čas raději investovala do vlastních zájmů, které jsou zde sledování televize.

Časový harmonogram je zde vnímán, jako dobře nastavený „*Harmonogram je dobrej, ale v 11 polívka, nějak tak, v 11 je polívka, to přivezou, to je do půl 12. od půl 12. čekáme na oběd, to je to 2. jídlo.*“, s dotazem na časovou pauzu mezi polévkou a hlavní jídlom, zdali je to tak pro klientku vyhovující, popřípadě zdali by to šlo zařídit i jinak „*(smích) Mě se nikdo ptát nebude, já to musím taky to jen tolerovat. To určitě nejde. Co by mi řekli? To nejde paní \*, jak si to představujete, všechno nemůže jít podle vás.*“ Zařízení je vnímáno tak, že je nastaveno nějakými pravidly, kterými se klienti musí řídit a jenž je nemohou ovlivňovat a přímo do nich zasahovat. Večerní režim zde není nějak fixně nastaven „*Já si jdu lehnout prostě už předem, že tam dávaj program (ukázala na televizi naproti posteli) a čumím na televizi.*“

### **6.1.5 Zaměstnanci přímé péče v zařízení**

Respondentka vnímá rozdílnost mezi pracovníky zařízení a některé definuje „*Přístup těch lidí, někdo to umí s lidmi, no a někdo je raz. Myslí si, že když na vás bude řvát, tak, že jsou tady takovýhle pracovnice, no ty sestry, že na vás řve.*“ Osobnostní vnímání personálu „*No, myslím si sví, protože abych já ji poslala do pr\*\*le, to je pod mou úroveň. Dobře vím, že ona udělá svou práci a vypadne a já ji dál nekomplikuju práci, nezdržuju, aby jí tady dýl nedržela.*“ Ačkoliv si klientka uvědomuje, že by se tohle dít nemělo, chování ospravedlňuje vzhledem k náročným situacím, se kterými se pracovníci setkávají „*No, nemělo. No, ale tady můžete, taky to jsou lidi, kterým můžete mluvit horem dolem a ta jí to udělá taky (ukázala na spolubydlici), tady tu postel zleje až na zem, poleje sebe, rozháže to, tady tolikrát svědčte, to byste koukala.*“ Respondentka však situaci řešit nikterak s pracovníky nechce „*Já se do ničeho nemíchám, já mám sví. Není mi to příjemné, když to neudělá tady, tak to udělá jinde. Takže tady jsou nešťastný, ale oni nejsou nešťastní, oni jsou nemocní, oni o tom neví.*“ Zároveň, tak klientka reaguje na patologické chování ostatních rezidentů, kteří si dle jejích slov procházejí také nepřiměřeným chováním některých zaměstnanců. Komplexní vnímání pečovatelek „*Některá je veselá, některá, tak to musíte brát, tak jsou to lidi, když odejdou, řekneme neřád jeden už je pryč, ale neřeknu to jemu, protože se zase jako ten neřád nechovám. Jo prostě to jsme my. To je to mezi nebem a zemí, mezi dobrem a zlem. Vždyť i já říkám, no to zase bude keců, že to nejde no. Já třeba když sedím, tak já už nahoru na postel nemůžu. No musí mě pomoci, protože já ty nohy už nezvednu. Já je nezvednu, ty jsou tak těžký, čistě jako kdyby byly betonový. Takže musim*

*zavolat, i když se mi nechce, ale musím zavolat, zavolám sestru, pomoc. No někdo má kecy. (náznak "keců") Já si říkám jen se vykecej, tady jedinej kutloch, kde můžeš skoro říct nahlas a dělej si co chceš. Já si taky budu dělat co můžu já, co chci dělat už nemůžu. By bylo všechno jiný, kdyby ty nohy chodily a hodně by se změnilo, vono už dojít si sám na záchod.“ Aby se člověk dokázal s nepříjemnými setkání vypořádat vnímá klientka důležitost v psychice „To je psychika no, to je to všechno o psychice.“*

#### **6.1.5.1 Klíčový pracovník**

Komunikace s klíčovým pracovníkem pro zařizování potřeb klientky je zde sledován spíše negativním směrem, klientka momentálně chtěla zařídit pomůcky či fyzioterapii „*O to by se měl starat von a už jsem měla cvičit správně dávno. S ním je to na hrách, ale musí se zakročit jinak.*“ Klíčový pracovník by měl být k dispozici kmenovým uživatelům pro zajištění jejich potřeb „*No on to nezařídí. To jsem zvědavá. Když jsem ted' mu říkala o ty šlapky (rotoped) a on mě zavezl nahoru, ale za vaší \* (vztah). Ale jo, takovou terapii nepotřebuj, já jsem sama provozovala doma.*“ pracovník zde nevnímal individuální potřebu uživatelky „*Já tu šlapačku chci a já musím chodit, to už nemůže být tak strašný, abych to, já to potřebuju rozhybat, to nejde.*“

#### **6.1.6 Míra autonomie**

Autonomie při rozhodování denních činností, s klientkou jsme se zaměřily na koupání „*Když řeknu, že mě není dobře, tak může bejt, že bych vyhrála, ale jinak řekne, že druhý den zas budu smrdět, protože se potím. Jo, takže se musím vykoupat. Nekupe jenom mě, koupe najednou ještě 2-3 lidi a on to stihnout taky musí. Takže já musím zaklapnout. On mě vykoupe, umyje mě. Prostě tady mě učeše (značení na pokoji klientky), zabalej mě do toho, do tý plenky, daj mě triko, a to už se z koupelny vracím do převléknuté postele, prostě nastlaný a jsem v pohodě. A když se vykoupu, tak mě buď tady nechá, nebo mě dá do koupelny, (zaražení a oprava) do jídelny.*“ Respondentka nadále na svá slova reaguje pokorným způsobem vděčnosti „*No já se sama umejt nemůžu, já můžu být ráda, že on mě vydrbe, je tam pěna, je tam šampon, je tam všechno, co se sem koupí, tady krém je taky, co syn koupí. Tady to povlečení a to všecko. Mně tady nechybí jídlo, nic, stačí mě na to můj důchod.*“

### **6.2 Respondentka č. 2 (R2)**

Respondentka č. 2 žije v pobytové službě déle než 3 roky. Žije na oddělení, které by mělo být pro uživatele mobilní s lehkou či středně těžkou demencí. Participantka nepůsobí na první pohled jako osoba s demencí, rozvoj je zde velmi pomalý a podchycený včas, sama si



jej neuvědomuje. V rozhovoru nebyla natolik klientka komunikativní jako předešlá respondentka, přesto zde bylo mnohem jednodušší vedení rozhovoru neutíkající zcela od tématů.

### **6.2.1 Komplexní vnímání života v pobytové sociální službě**

Vnímání ústavní péče „*No jako v dobrém, to jako, to já říkám, že takhle se mi to líbí, že jsou sestřičky ochotný, mají zájem jako.*“ Život zde „*No jako říkám, je to dobrý, akorát mě vadí to, že nemůžeme jít ven.*“

### **6.2.2 Volba poskytované sociální péče**

Důvod přímění čerpání služby „*No, já, když jsem byla doma jako, tak to bylo všechno dobrý. Takhle šla jsem si na zahrádku, něco jsem si tam dělala, no jenže najednou začala, začaly takový pády, že jsem upadla jo a nemohla jsem se zvednout. A to, tak jsem to, syn tam nebyl, syn byl v práci anebo byl doma jo, v bytě v \*. No a on přijel vždycky na chvíli a odjel. No, a tak on začal říkat, že by bylo lepší, abych někam šla abych se umístila. No a já jsem si sama našla jako takovej domov jo, tam bylo, jakože bych musela si dovézt svůj nábytek, no a měla bych tam jako možnost buď si objednat jídlo anebo si ho sama jít nakoupit a uvařit jo, že tam byla i kuchyňka, všechno. No a no, a tak to se mně líbilo jo. Jenže já jsem jim neřekla, že jsem někdy upadla nebo tak no. A voni hlavně abych mohla na nohy. Jo, no a tak všechno bylo v pořádku, pak už jsem měla tam bejt přijmutá jako, protože se netopilo a byla mi zima v tom domě, tak jsem šla normálně to, to nahlásit na, jako na zastupitelství byla ochotná, tak mi tam zavolala a oni říkali jo, takže, že teďka ne, tak za měsíc, že bych mohla přijít. No tak už jsem tam chtěla jít jako za měsíc, jenže jsem to řekla synovi, no a on tam šel a řekl, že já tam nemůžu jít, že, že jsem, že jsem upadla a zvedla jsem se sama dlouho a to, a tak řekla tak to ne, to jsem nemůže jít, no tam jako, tam byla podmínka, jako bejt soběstačná, to a jako teda zdravá na nohy.*“ Tudíž byla potřeba hledat zařízení pro zajištění potřebné péče „*Tenhle domov vyhledal jako syn, syn napsal na několik žádostí, na několik ústavů.*“ Vnímání přechodu z domácího přirozeného prostředí do prostřední ústavního zařízení „*No, bylo to jako úplně jiný, něco jinýho jo. Jako nejdřív se mně to líbilo. Nejdřív bylo, já jsem bydlela na sedmičce, s tou \* (uživatelka) jo, no jenže ta se mi do všeho motala, tak když jsem musela do nemocnice, jakože jsem zase upadla, tak normálně ona posbírala hrnečky, všechno ne, uklidila mi to jako, že prej se to muselo umejt jo, v šuplíku mě zmizely karty hrací. Tak jako se mi to nelíbilo. No tak třeba jsem měla pepsi colu a já jsem jí nabídla taky skleničku a ona pak šla, nalévala si sama, brala si to, no tak se mi to nelíbilo, tak jsem prostě zažádala o samostatnej pokoj. A ten jsem jako dostala.*“ Na jednolůžkovém pokoji se momentálně klientce žije mnohem lépe. Kdyby byla

možnost volit stejnou pobytovou sociální službu „*Tady jo, to bych volila, ale volila bych jako lepší zdravotní péči. Ne prostě takhle hromadu léků a to a, já bych si vybrala prostě ty na cukr, abych měla dostatek, abych snížila hladinu cukru, a to a na klouby.*“

### 6.2.3 Dopady pobytové sociální služby

Dopad, který může mít na život v pobytovém zařízení jednotlivce, je vnímán subjektivně „*Má to na mě vliv, to jo.*“ V případě klientky se jedná o dopady „*Někdy pozitivní, někdy negativní.*“ Mezi pozitivní dopady lze řadit „*Nu, že je tu čisto, že mám určité výhody, že nemusím se chodit, jakože mě nemusej převlíkat, jako dávat plínu a to, že si to sama. No někdy se i sama jako koupu, jako pod sprchou.*“ Klientka vnímá v tomto výhodu vedení k samostatnému způsobu životu. Při zmínění tématu bezpečí vnímá klientka spíše v negativním směru „*To je tady to bezpečí, že nás nepouštějí ven no (smích).*“ Nedostatečná volnost je negativním ovlivňujícím faktorem. Neutrálně vnímaný dopad je ztráta soukromí, která se určitým způsobem nachází v pobytovém zařízení „*To tak беру, že to soukromí není takový jako bych si představovala, ale беру to tak neutrálně.*“ Uživatelka to brala v potaz, při nástupu do zařízení.

#### 6.2.3.1 Svoboda pohybu

Ačkoliv pobytová služba je respondentkou vnímaná neutrálně, nachází se zde negativní dopad v narušení vlastní svobody „*Takhle v domově to celkem jde. Akorát mě vadí to, že nemůžu sama jít jako ven jo, že musím mít doprovod, tak to mě vadí. Voni myslej, že by jim někdo někam utekl jako, nebo by se mu něco stalo, jo, že by třeba porazilo auto a tak, tak takový ty těžší případy, ty vůbec s téma se ani nebaví jako sestřičky. Že říkají, musíte zůstat tady jo, nemůžete nikam a to.*“ Klientka šla do domova s jinou představou „*Uvítala bych, kdybych mohla ven sama, já jsem myslela, když mě sem vzali, že jako když jezdí autobus do \* (sousední město), takže bych mohla s někým, jako s nějakou tou spolubydlící, nebo s, no tady, co je jako odjet a jet si do toho \* (sousední město) nakoupit anebo tak na prohlídku.*“ Ze zařízení by se klientka mohla dostat jen za předpokladu „*To jako jedině s tou, se sestrou jo, ale ty nemají teď čas. Sestřičky jsou tady, je jich málo, tak většinou je tu jenom 1 sestra na celé patro, a takže ta nikam nemůže odejít, ta musí bejt tady. No a jako se synem, když návštěva, to můžu ject, jako jo. No ale syn přijíždí 1. za 14 dní.*“ Z důvodu nedostatečného množství personálu, nelze reagovat na individuální potřeby „*Když jsou tady v 1. jenom, tak nemůžou semnou jít. No, a tak jsem tady zavřená jak v kleci.*“, u klientky toto omezení vyvolává pocit sociální izolace „*izolace tady je, asi v rámci toho, jak jste na tom patře jenom*“ Možnost setkat se s jinými rezidenty a začleňovat

se tak, je jen v rámci aktivit „*Setkávám se s jinejma z oddělení, s jinejma patrama a s jinými odděleními, jako tady jsme rozdělení na A, B, C, takže se setkáváme.*“ Což je vítáno z důvodu, že člověk potkává i jiné osoby než ty stálé z oddělení. Jedinou volnost, kterou zde klientka vnímá „*Po areálu se pohybovat můžu, jako to jo, to můžu, ale svobodu to nevynahradí.*“ To v klientce vyvolává negativní pocity „*To, jako já úzkost ne, ale tu sklíčenost, to bych řekla, že byla že jsem si jako myslela že můžu jít ven na to a ono to nejde. No anebo nakoupit si, to taky nejde.*“ Tento stav nadále přetrvává „*Mám pořád stejnej pocit. Jako bych ráda si sama šla něco koupit vybrat a nejde to.*“

### **6.2.3.2 Medikace:**

Přehled léků a jejich dopad, který respondentka vnímá „*Ne nemám přehled, mám jenom, že vím že kterej je na cukr a na klouby, jako na to, to jo. Ale jinak tam ty nevím, co jsou za léky těch 5 prášků.*“ Odmítnutí či snížení léku by zdravotní personál neakceptoval a vnímal by jej za problematický „*No neakceptujou to, jako nutěj, že to musím brát a hotovo.*“ Léky na klientku působí tlumícím způsobem, cítí se po nich unavená „*Po těch lécích to si chodím lehnout.*“ Negativně léky na uživatelku nepůsobí jen po vyčerpanosti stránce „*Mě dávaj takový léky, že jsem po nich unavená jo, a ještě víc se mi zkazí zrak, takže si mám potřebu si lehnout, a to, odpočívát. Můj špatný dopad jsou ty léky. Ty mi nedělají dobře.*“ Při možnosti stěžování či odmítnutí léků „*To už jsem říkala sestřičce, dřív jsem nechtěla ty léky brát vůbec, ale pak jsem s řekla to, já se budu furt hádat a oni semnou? A to tak jsem si to nechala, a to samý jako beru, to jako haloperidil. Já už dávno žádný hlasy nemám nic, už kolik let jo a furt mu strkají haloperidol.*“

„*Jenže já vidím jenom na 1 oko na to 2. mám jako v mlze, to mám to, šedý zákal.*“ Ačkoliv způsob léčení, který se klientky přímo dotýká ji zcela nevyhovuje, oceňuje rychlé řešení jejího problém se zrakem (*souhlasné potvrzení respondentky*).

### **6.2.3.3 Prostředí**

Klientka na oddělení se zvláštním režimem popisuje negativní zkušenosti s ostatními rezidenty oddělení „*No mě jako vadí, když to, ale já vím, kdo to dělá jo, ale už jsem jí načapala 3x takhle. Víte, že normálně tam visí ručník, a to jako na WC a ona si s tím ručníkem utírá zadek. A pak oni jí ho seberou, pak tam nedají nic, tak člověk se tam nemůže ani umejt. Tý ženský, co to dělá, já říkám - no, co děláte, to nemáte papír, vždyť to se nedělá, takovej dle bordel. No a ona třeba kus lejna a dávala to na umyvadlo jo, protože se šfourala v zadku a jéžišmarja (výraz zohavení). Sestřičky to uklidí, ale teďka tam ručník už není půl dne.*“

## 6.2.4 Život v ústavním zařízení

Vnímání víkendů „Neděle jsou tady takoví jako to, že si každý může dělat, co chce, jako sám jo, nejsou žádný akce, není nic jako.“ Přístupování k těmto dnům „Je to v klidu jako všechno. Mně se to takhle nelíbí. Já mám radši, když s něco děje. A takhle to je celý víkend, jako sobota i neděle.“

Kdyby však nebyla možnost čerpat pobytová sociální službu „No to by bylo ošklivý. Nevím, že bych se vrátila zpátky domů jako no, ale tam ještě není hotový, jako koupelna není hotová. Ted'ka i jako mu zmrzla voda, tam mu nejde voda do baráku. No tam jsou takový ty překážky.“ Překážky v zařízení domácnosti nejsou jediným důvodem, klientka má problém s pády a potřeba přítomnosti druhé osoby by zde nebyla možná „No, tam by nikdo nemohl bejt semnou právě.“ Změna na životě v ústavní péči „No, co bych změnila, abych si mohla sjet dolů výtahem, abych si mohla jít nakoupit co chci no a abych mohla jít na procházku. No a abych mohla jet do toho \* (sousední město) tím autobusem.“

### 6.2.4.1 Průběh dne:

Obvyklý den v domově vypadá pro respondentku „Ráno vstanu, jo, cvičím, to a pak jako, že se jde na snídani no. Po snídání dostanu prášky, jako léky. Těch je poměrně hodně, to je 7 tablet, a pak se cítím z nich unavená, tak si lehnu jako.“ Ranní vstávání a rád „Můžu si vstát, kdy chci, to jako není stanovený tady. Ale zase ne pozdě. Ráno se vstává na snídani. To jako kdyžtak sestřička přijde a vzbudí mě.“ Zařízení umožňuje klientům cvičení s fyzioterapeutem „Tady s náma cvičí jako ve všední dny ta \* jo, a to je jako šikovná žába. To si jako protahujeme klouby. No a já si cvičím podle ní, snažím se to, co nám ukazovala, tak jako si to předcvičuji tady.“ Dále den pokračuje „No a oběd je ve 12. hodin, většinou ve čtvrt na 1. to беру také jako 1 ten ostropestřec, ten je na játra, no tak ten jako беру.“ Aktivity v průběhu dne ve všední dny, kterých se klientka účastní „Aktivity ve všední den jsou jakože třeba přijde ta \* (aktivizační pracovnice) jako a ta nás jako veme do svého toho, svý kanceláře a tam nám dává bingo hrát třeba, anebo holandský biliár, jo, to je jako dobrá hra.“ Vyhovující aktivity „Jo ty mě vyhovují, no občas někam jedeme na vejlet, ale tak to se mě líbí, jako to se mi líbí.“ Aktivity, které může klientka v rámci svého oddělení „No dívat se na televizi, poslouchat rádio a kdybych měla brýle jako pořádný, tak bych si četla to, jako já jsem vždycky ráda četla.“ Večery jsou zde volné, klientka vnímá volnost naložení se svým časem v rámci oddělení „Večer si můžu, mohla bych si lehnout, kdy chci po večeri. Já většinou koukám na televizi, a tak do těch 11.hodin a pak už si jdu lehnout.“

## 6.2.5 Zaměstnanci přímé péče v zařízení

Jediné, co pracovnícím klientka vytýká „*Takhle já nemám ráda, když mi sestřička normálně přemísťuje věci jo, že mi něco sebere a dá mi to i jinam a to, když uklízí. Já to mám ráda, já v tom mám na svém místě.*“ Téma komunikace o tomto se sestřičkami „*Nezkoušela, nezkoušela jsem to s nimi probrat.*“ Komunikace je však s pracovníci vždy možná „*Personál a sestřičky jsou tady moc milý a ochotný takový. Je s nima dobrá spolupráce, až na to akorát chodit ven, a tak, to ne. Jinak se zeptají, jako jestli něco potřebuju a to tak, že mi tady vymění třeba čaj mi dá.*“

## 6.2.6 Míra rozhodování:

Míru rozhodování jsme opět s klientkou vztáhly ke koupání „*Koupání tady mám takhle jako, to ve jako ze čtvrtek na pátek, tak si můžu vybrat. Bud' ve čtvrtek se jít vykoupat nebo až v pátek. No pak mým jako to z neděle na pondělí, taky můžu v pondělí se jít vykoupat, nebo už v neděli.*“ Pokud by však klientka chtěla jít i jiné dny, bylo by to možné v případě „*Mohla, když by nebylo koupelna obsazená, tak bych mohla.*“

## 6.3 Respondentka č. 3 (R3)

Poslední respondentka žije v zařízení zhruba 5 let. U klientky je lehká forma demence, která se pobytem výrazně nezhoršuje. Žije také na oddělení pro mobilní uživatele s demencí, sama je mobilní s pomocí chodítka. Participantka si onemocnění neuvědomuje, dělá však vše proto, aby k němu a jeho rozvoji nedošlo. Klientka nebyla příliš sdílná, svou zkušenost sdělovala velmi stroze, při pokusech rozvoje témat klientka příliš nespolečně pracovala, spíše se vracela k životu v mládí.

### 6.1.1 Komplexní vnímání života v pobytové sociální službě

Vnímání domova pro seniory „*V domově se mi líbí moc.*“ Pocitově to pro klientku znamená „*Cítím se tady velice dobře. Tady jsou všichni strašně hodní.*“ Pobyt v této službě a jeho prostředí „*Líbí se mi prostředí tady. Já jsem ráda, že su tady sama že se nemusím na nikoho ohlížet.*“ Domov se snaží vytvořit takové prostředí, kde se klientka bude cítit jako ve svém přirozeném prostředí „*Je to můj domov, mám tu soukromí.*“ Vnímání života v pobytové službě „*Všecko je prima, já jsem spokojená naprosto. Je to můj nový domov.*“ Možnost volby znovu čerpání této služby, kdy život zde se sice liší, ale na život klientku to dopadá i přesto pozitivně „*Tak, měla jsem svoje vlastní, dělala jsem svoji práci, že šila jsem, měla jsem se dobře no, ale už je člověk starý, tak už to musí brát, jak to je. A tady mám všechno. Hlavně, že ta dcera*

*každý týden za mnou chodí, protože v \* bydlí, takže mám se tady fajn.*“ Pozitivní dopad doprovází spokojenost *„Nic bych nezměnila. Všechno je v pořádku.“*

### **6.1.2 Volba poskytované sociální péče**

Důvod čerpání služby *„No, já jsem byla tady u dcery v \* a byla jsem nemocná, šla jsem do nemocnice, a pak jsem tady zůstala a mně se tu líbilo.“*, jediná předešlá zkušenost s pobytem v jiném zařízení byla nemocnice *„Rozdílnost služby nevidím. Všude byla dobrá.“*. Vnímání a pocit přechodu z přirozeného prostředí do prostředí ústavní péče *„Docela dobře jsem to vnímala, protože doma jsem byla sama. O všechno jsem se musela start, no, a tak tady je, mám všechno zařízený, všichni se starají. Ted' cítím klid a mír.“* Možnost nečerpat tuto službu by znamenalo *„Ne, to už by nebylo dobrý. To už bych nezvládla. Tahle služba je výborná, opravdu. Já jsem naprosto spokojená.“*

### **6.1.3 Dopady Pobytové sociální služby**

Klientka sama vnímá pouze pozitivní dopad pobytového zařízení *„Dopad to má pozitivní.“* Pozitivní dopad rozlišuje vnitřním vnímáním *„Dopad to má na mě, že je tady pohoda klid. Všichni se o mě starají, jsou hodní. Takže cítím se dobře.“* Klientka zde nic nepostrádá *„Cítím se tu naprosto v bezpečí. Nepůsobí na mě nějaká ztráta soukromí.“* Otázka na negativní možné dopady *„Já nevím, já se tu cítím dobře.“* Vnímání, že zde na klientku nepůsobí a neovlivňuje její život nic negativního *„Cítím se dobře, mám se fajn.“*

### **6.1.4 Život v ústavním zařízení**

Klientka svůj den popisuje *„No tak, já sedím, vyšívám, mám puštěnou televizi poslouchám. Já nikam nechodím.“* Aktivitě jsou klientce nabízené, ona však raději tráví čas sama *„Já už su tak sama pořád. Jsem samotářka. Už mám ráda klid. Na stará kolena ted' už mám 90.“* Klientka se aktivizuje sama, byla na to zvyklá již od mládí *„Šila jsem po večerech, jsem si přivydělávala, jsem vyučená švadlena, takže pořád něco dělám. Avšak aj ted' (poukázala na rozdělané vyšívání). Já musím pořád něco dělat, mít to v prstech a hlavě. No přeci nemůžu jenom ležet a čumět. Furt něco dělám. Sama. Já už na staré kolena jsem radši sama.“*. Samotářství může vést k sociální izolaci *„Ne, necítím sociální izolaci. Můžu se jít socializovat. Ono, když něco je, tak mi řeknou a my si tam můžeme sednout a koukáme se. Oni řeknou, jestli chcete, tak půjdete, když ne, tak ne.“*

### **6.1.5 Zaměstnanci přímé péče v zařízení**

Pracovnice v sociálních službách vnímá respondentka *„Opravdu je to tady prima. Já říkám, že su jak moje dcery. Oni se tak i staraj vždycky. Přístup těch sestřiček je pěkný.“*

Chování personálu se může odvíjet od přístupu samotných klientů „Záleží na tom, jak se ti pacienti chovají k těm obsluhujícím, když jsou slušní.“

### **6.1.6 Míra autonomie**

Domov přináší určitý řád a nastavení pravidel „Je to nastavené a mě to nezajímá (smích). Tak to je. Nevadí mi, že je to tak určený. Je to všechno v pořádku.“ Míra rozhodování pro sjednocení byla vztáhnuta opět příkladem ke koupání „Když mě nebylo dobře, já jsem jim říkala, já nepůjdu dneska, tak se to odloží na 2. den, sestřičky mě nechají rozhodnout a tolerují to, všechno je v pořádku.“ Míru rozhodování v činnostech „Tu možnost se rozhodovat sama mám. Na to si nemůžu stěžovat. Všechno je naprosto OK.“

## 7 SHRnutí VÝzkUMNÉ ČÁSTI:

Ve výzkumné části bylo možné pojmenovat 6 témat, která vzešla z rozhovorů, jenž vychází z vlastních zkušeností. Rozdílnost celkového vnímání života v pobytové službě, bylo v některých tématech zcela rozhodné, ale v zásadě nepopírá pravdu z žádné účastnic vlivem zdravotního stavu.

	R1	R2	R3
<b>Komplexní vnímání pobytové sociální služby</b>			
Život v ústavní péči jako nová etapa života	ANO	ANO	ANO
Dopady prostředí – hluk, bariéry	ANO	ANO	NE
Zkušenost s jinou pobytovou službou	ANO – Nemocnice, LDN	NE	ANO – Nemocnice
Rozdílnost pobytu v jiném zařízení	NE	-	NE
<b>Důvody čerpání služby</b>	Úraz z pádu	Časté pády	Nemoc
<b>Dopady</b>			
Ztráta soukromí	Negativní	Neutrální	Bez dopadu
Medikace	Pozitivní	Negativní	Bez dopadu
Bezpečí a jistoty	Pozitivní	Pozitivní	Pozitivní
Péče o člověka	Pozitivní	Pozitivní	Pozitivní
Péče o prostředí	Pozitivní	Negativní	Pozitivní
<b>Zaměstnanci přímé péče</b>	Vnímaná rozdílnost mezi party pečujících	Pozitivní vnímání personálu	Pozitivní vnímání personálu



## 7.1 Komplexní vnímání pobytové sociální služby:

Komplexní vnímání pobytové služby spočívá v počátku nové etapy života, kterou klienti čerpající službu vnímají přechodem do ústavní péče. „*De facto, tady začíná další etapa života.*“ (R1) Oddělení jsou přizpůsobena zdravotnímu stavu klientu. Prvotním kritériem určení vhodného oddělení se určuje mobilitou, v nižších patrech jsou osoby, které jsou plně imobilní s výskytem těžké demence. Druhým kritériem je stav demence, nejtěžší stav souvisí s imobilitou. Nejnižší patra oddělení tedy obsazují imobilní osoby v těžké fázi demence po nejvyšší patra, která obsazují plně mobilní klienti s lehkou formou demence. Vše je ovšem v závislosti na kapacitním obsazení zařízení. Možnost výskytu osob, které jsou již imobilní z jiného důvodu než pokročilosti demence, mohou být umístěny taktéž do nižších pater, zde se pak střetává rozpor bezpečí a degradace stavu. „*Je tady moc lidí, který jsou nemocní.*“ (R1) Vnímání ústavní péče je však spíše pozitivním směrem vzhledem k zajištění běžných záležitostí a péče, které se již stávají obtížnými „*No jako v dobrém, to jako, to já říkám, že takhle se mi to líbí, že jsou sestřičky ochotný, mají zájem jako. No jako říkám dobrý, akorát mě vadí to, že nemůžeme jít ven.*“ (R2) Ačkoliv jsou klientky rády za obstarání péče, negativní dopady jsou i tak zde vnímány.

## 7.2 Volba poskytovatele sociální péče:

Odejít z domácího prostředí předcházela obtíž jenž způsobovala bariéru k návratu domu či v jeho setrvání. Zdravotní důvody narušily možnost zůstat nadále samostatně v domácím prostředí bez náležité péče.

„*Pak se stalo, že jsem měla úraz, upadla jsem při úklidu,..., že se to jenom jako někde ty kosti lehce štípaly nebo něco a přitom pádu jsem musela prodělat lehkou mrtvici.*“ (R1)

„*No, já, když jsem byla doma jako, tak to bylo všechno dobrý. Takhle šla jsem si na zahrádku, něco jsem si tam dělala, no jenže najednou začala, začaly takový pády, že jsem upadla jo a nemohla jsem se zvednout. Syn tam nebyl, syn byl v práci anebo byl doma jo, v bytě v \*.*“ (R2)

„*No já jsem byla tady u dcery v \* a byla jsem nemocná, šla jsem do nemocnice, a pak jsem tady zůstala a mně se tu líbilo.*“ (R3)

Osoby se mohou dostat do pobytové služby z domácího prostředí, ale i jiné institucionalizované formy – nemocnice, LDN, jiné pobytové zařízení. Poskytování institucionalizované formy péče souviselo zde s úrazem (prevencí před úrazem) či nemocí, které neumožní již samostatného fungování v domácím prostředí. Fungování v přirozeném

prostředí s narušením zdravotního stavu, který se stává překážkou pro nezávislé žití bez možnosti pomoci rodiny. Zde je rodina právě ta, co iniciuje možnost pobytové sociální služby, která je poskytována nepřetržitě pro osoby, jenž ji potřebují.

„Nerozhodovala jsem se sama.“ (R1)

„On začal říkat syn, že by bylo lepší, abych někam šla, abych se umístila.“ (R2)

	R1	R2	R3
<b>Kdyby byla znovu možnost se rozhodnout, zda budete žít v této pobytové službě, volila byste opět tuto možnost?</b>	Ne	Ano - (S podmínkou)	Ano

Odůvodnění nečerpát znovu již službu způsobuje sociální prostředí, v kterém klientka žije „*Ten hluk, protože těch lidí je dost, který hlučí, který prostě jsou nemocný.*“ (R1) Prostředí, ve kterém se nacházíme je směrodatný pro život, senioři již chtějí nalézt určitý klid a pohodu. Ačkoliv se zařízení snaží eliminovat rušivé elementy, osob s těžkou demencí s bolestmi a výraznými zvukovými projevy v zařízení přibývá a bohužel není v silách vše personálně obstarat.

Podmínkou čerpání služby znovu, je stanovena s možností volného pohybu, s jehož předpokladem klientka do služby nastupovala, momentálně to však akceptuje a režimu se tedy přizpůsobuje. Důvod čerpání služby pro všechny respondentky je stejný, a to zajištění péče, kterou již s rozdíly nezvládají zcela samostatně.

### 7.3 Dopady

Matoušek, 2007 zmiňuje, že klienti služby se mnohdy bojí zmínit negativní vliv služby na ně samotné, raději předstírají spokojenost, aby se to neobrátilo proti nim. U jedné z klientek byl názorný příklad obav zmínění negativního vlivu, aby nedošlo k zhoršení dopadů, který již na ni služba má, či nevidí význam v poukázání na ně. Ve službě nevidí určitou reflexi a pochopení pro její potřeby, režim a pravidla však vzala za jasně stanovené, s nimiž souhlasila dobrovolně. U dopadů vnímaných negativním směrem, by se dalo hovořit o nenaplnění potřeb. Klientky zde samy však cítí náročnost reagovat a reflektovat potřeby vzhledem k nedostatečným kapacitním stavu pracovníků, kteří nejsou schopni reagovat na všechny potřeby klientů.

## 7.4 Bariéry prostředí:

Klientky zařízení se shodují v tom, že se snaží vytvářet si samy takové prostředí, v kterém se jim bude dobře žít. Jsou však shledány bariéry u 2 klientek, které jim zcela neusnadňují poklidný život. První sociální bariérou je hluk prostředí „*Mně vadí jenom hluk. Prostě ty lidi mi nevadí jako.*“ (R1) Potřeba klidného sociálního prostředí, které na sebe působí, je v personální snaze vytvářet příjemné prostředí eliminující tak rušivé elementy, jenž je těžké ovlivňovat. Náročnost prohloubení demence překračuje do bodu, kdy si již osoby nejsou plně vědomi svého chování. Jedním z takových úkazů je znečišťování toalety a jejího prostředí, které má za následek špatnou vybavenost toalety „*Víte, že normálně se visí ručník na WC a ona si tím ručníkem utírá zadek. A pak oni jí ho sebou, pak tam nedají nic, tak člověk se tam nemůže ani umejt, ..., teďka tam ručník už není půl dne.*“ (R2)

Prostředí oddělení se zvláštním režimem představuje uzavřené oddělení, které omezuje pohyb klientů. Omezení pohybu v zařízeních poskytujících pobytovou sociální službu jsou v souladu se Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Volný pohyb není umožněn z důvodu prevence zabezpečení zdraví a života. (MPVS, 2018) Služba umožňuje klientům služby pohybu po zařízení, to však nestačí pro zajištění jejich potřeb. Otázkou je, zdali by s umožněním volného pohybu bylo pro klienty i s lehčí formou demence zvládnutelné, se pohybovat bez podpůrné osoby. Ovšem jak podotkla sama klientka „*Jsem tady zavřená jak v kleci.*“ (R2), což vede k negativním pocitům sklíčenosti a možné izolaci.

Osoby s demencí mají tendenci přivlastňovat si věci, které pokládají za své, ale není tomu tak. Míra poznávání, soudnosti a dezorientace se prohlubuje. Může tak dojít k přivlastnění si věci cizí, bohužel to má však vliv na samotné zapomínání, zdali s postrádající věcí pouze samotní vlastníci nemanipulovali a v rámci zapomínání si pouze neuvědomují, zdali ji sami někde nepotratili. (Jirák, 2009) „*Nemáte vlastní ohraničení, ohraničení soukromí, prostě, že to sem vám každé přijde, co chce si vezme.*“ (R1) Ztráta soukromí jako takové, je součástí života v pobytovém zařízení a o to více jej narušuje pobyt na vícelůžkovém pokoji. Tato problematika vícelůžkových pokojů narušuje soukromí a může být stresorem, jenž nabourává přirozené osobní činnosti vedoucí k stresovým situacím (Svobodová, 2009) „*Já jsem bydlela na 7. s tou \* jo, jenže ta se mi do všeho motala, tak když jsem musela do nemocnice, jakože jsem zase upadla, tak normálně ona posbírala hrnečky všechno ne, uklidila mi to, jakože prej se to muselo umejt jo, v šuplíku mi zmizely karty hrací. To jako se mi nelíbilo. No tak třeba jsem měla pepsu a já jsem jí nabídla skleničku a ona pak šla, nalévala si sama, brala si to, no tak se mi to nelíbilo a jsem prostě zažádala o samostatnej pokoj.*“ (R2) Jednolůžkové pokoje lze

připodobnit vlastnímu stylu života a k životu v přirozeném prostředí, kde člověk nachází svůj klid a soukromí. Jedná se zde o možnost dožití důstojnějšího života „*Libí se mi prostředí tady. Já jsem ráda, že su tady sama že se nemusim na nikoho ohlížet. Je to můj domov, mám tu soukromí.*“ (R3)

### **7.5 Bezpečí a jistoty:**

Téma, na kterém se shodly klientky služby jednotně. Pocit bezpečí, které jim zařízení poskytuje vnímají pozitivně. Bezpečí a jistota nabývá v seniorském věku většího význam. Význam bezpečí můžeme definovat jako odstranění obav, vyvarovat se určitým hrozbám a rizikům a zároveň pocítit důvěru, stabilitu, ale také potřebu zajištění pomoci. (Malíková, 2011) Tyto potřeby vyplývají z faktorů ovlivňující život seniorů – nemoc, úbytek sil, ztráta přirozeného prostředí. Jedná se o potřeby, které si již senior nedokáže zajistit plnohodnotně sám, k jejich zabezpečení může napomoci tak ústavní zařízení, které reflektuje potřebné zajištění. (Dvořáčková, 2012)

„*A to je důležitý i v těch manželských životech, aby ses cítil bezpečně, že prostě, když chodí do práce, že jsi věděla, že tu rodinu uživi, že nebudou živořit.*“ (R1)

„*Cítím se tu naprosto v bezpečí.*“ (R3)

Rozpor v přílišném bezpečí bylo vnímáno ve vztahu s omezením pohybu „*To je tady to bezpečí, že nás nepouštějí ven no.*“ (R2)

### **7.6 Péče o zdraví, člověka a jeho prostředí:**

Zdravotnický personál v pobytových zařízeních zajišťuje zdravotnickou péči v souladu zdravotnického stavu klientů vyhodnocující lékařem. Náplní činností jsou ošetrovatelské činnosti, sledování stavu klienta (riziko tvoření proleženin/dekubitů, měření nutrice, fyziologické funkce), zaznamenává stav klientů. (MPSV, 2023) Zdravotní péče v ústavním zařízení nese svá pozitiva i negativa, na které reagovaly i respondentky. Rozporová situace užívání medikace mezi klientem služby a zařízením poskytující služby „*No neakceptujou to, jako nutěj, že to musím brát a hotovo.*“ (R2) Některá léčba však má na klienta negativní dopad a nevidí v ní vyšší význam „*Mě dávaj ty léky, že jsem po nich unavená jo, a ještě víc se mi zkazí ten zrak, takže si mám potřebu si lehnout, a to odpočívat. Můj špatný dopad jsou ty léky. Ty mi nedělají dobře.*“ (R2) Ovšem služba neakceptuje vyřazení léků, které uživatelka nepovažuje za efektivní, a naopak vnímá je jako zbytečnost „*Dřív jsem nechtěla ty léky brát vůbec, ale pak jsem si řekla to, já se budu furt hádat a oni semnou? A to tak jsem si to nechala.*“ (R2) Nebýt však komplexní zdravotní péče, kterou služba poskytuje např. lékařské vyšetření, zajišťování

léků, kontrola vyhodnocování zdravotního stavu, ošetření, zajištění kroků (zminěná redukce váhy) pro další léčebné postupy.

Péče o člověka s demencí v ústavním zařízení napomáhá k zvládnání běžného života (v rámci možností) pomocí jiné osoby. Péče je orientovaná na pravidelnou a nepřetržitou pomoc, která se nejedná pouze jen o člověka, ale také o jeho prostředí, ve kterém žije. Pracovníci v sociálních službách zastávají přímo obslužnou a pečovatelskou činnost. (Malíková, 2011) Klienti zde žijí v prostředí, které jim umožňuje odpočinku a klidu se zařízením potřebných věcí – pomoc s osobní hygienou, úklid, poskytování stravy, bezpečného ubytování, aktivizační činnosti společně se socializací, vedení ke soběstačnosti, fyzioterapeutická činnost, zdravotní zajištění péče. (Česká alzheimerská společnost, 2015) Péče o prostředí je shledána na vysoké kvalitativní příčce. Zařízení se o čistotu a jeho úpravu stará více než nadstandardně, na což reaguje jedna z klientek, že nebyl její životní případ, přehnaná péče o čistotu prostředí ji zcela nevyhovuje. Úklid několikrát denně pokojů, někdy narušuje soukromí, na které mají klienti nárok.

*„Vidím, že je tady čisto, tady neuvidíte nikoho špinavýho, čistý vlasy, prostě všecko, jsou čistý nádobí, prostě tady nenajdete špinavej hrnek, nebo to a že to uklízečka tady taky chodí víckrát než jen 1., že ji vidíte navečer ještě kolikrát, že setře, no a jako i ty police a to, to je všecko několikrát líznutý ten tejden, to není jenom 1.“ (R1)*

*„Já tu nemusím, neuklízím, čistí mi prach, nikde nic ne to, já se tu natáhnu a čumím na televizi, ..., já tak poznala, co to je život bez práce“ (R1)*

### **7.7 Průběh dne v ústavním zařízení:**

Vlivy, které působí především na novou etapu života, jsou naplňování individuálních potřeb klienta, časový harmonogram a návštěvní řád zařízení. S tímto však jsou klienti před nástupem vždy seznámeni. (Malíková, 2011) Zařízení je provozováno v určitém časovém režimu, do kterého je obtížně dle individuálních potřeb klientů zasahovat *“Mě se nikdo ptát nebude, já se musím taky to jen tolerovat. To určitě nejde. Co by mi řekli? To nejde paní \*, jak se představujete, všecko nemůže jít podle vás.” (R1)* Osoby zde mají zajištěnou péči o osobu a její prostředí, tato zajišťující péče je vnímána respondentky totožně ačkoliv každá pobývá na jiném oddělení. Den začíná pro všechny stejně probuzením samostatně či od pracovníků, aby klienti včasné dostali snídani. Před snídaní je zajištěna osobní hygiena, kterou si klienti zajišťují dle své samostatnosti. Možnost prodloužení ranního vstávání je prodloužení pouze do stanoveného časového harmonogramu *“No někdy je ukecám, řeknu že se mi nechce vstávat, tak ještě chvílička. No pak stejně musím vstávat na snídani, a to roznášej všem.” (R1)* Dodržení

časového režimu je základ pro zdravotní činnosti, které začínají vždy po snídání. Klientům jsou podány léky s potřebným ošetřením či zhodnocením stavu. Během dne mají klienti možnost různých aktivizačních činností, které jim je zařízením nabízeno, každá z klientek reaguje na aktivity zcela jinak.

	Pozitivní vnímání	Neutrální vnímání	Negativní vnímání
<b>R1</b>	×	×	✓
<b>R2</b>	✓	×	×
<b>R3</b>	×	✓	×

Vhodnost nabízených aktivit by se měla vztahovat k zájmům klientů a podpoře rozvoje oblastí předcházející izolovanosti, depresím, či existenčnímu úpadku. Aktivity by měly být nabízené takovým způsobem, aby klient činnost vykonával dobrovolně, s doprovázejícími pozitivními pocity, smysluplně a obohacení (předcházení) stereotypního způsobu života. Vždy je důležité klást důraz na individualitu člověka a respektovat tak rozhodnutí a přání klientů. (Zgola, 2003, cit. Dvořáčková, Holczerová, 2013)

Negativní postoj k aktivizacím - *“Já na to nejsem. Já se vztekám a trhám řetězem, protože jedna začne lalala, druhá začne takhle a třetí tahle (značení patologického chování) a mě za chvíli začne tak bolet hlava až protáčím očima prostě. No a teď jak z toho, co máte, během hodiny vám je na nic.”* (R1)

Pozitivní postoj k aktivizacím - *“Neděle jsou tady takový jako to, že si každý může dělat, co chce, jako sám jo, nejsou žádné akce, není nic jako. Mně se to takhle nelíbí, Já mám radši, když se něco děje.”* (R2)

Neutrální postoj - *“Já nikam nechodím. Já su tu tak sama pořád. Jsem samotárka. Už mám ráda klid na stará kolena, teď už mám 90.”* (R3) Možnosti klientka mívá, avšak záleží na ní zdali je bude chtít využívat, personál zde nikoho nenutí, pouze nabízí alternativy trávení času.

## 7.8 Zaměstnanci přímé péče v zařízení:

Osobnostní rysy a cit pro výkon pracovníka v sociálních službách je pro práci s lidmi velmi důležité. Pracovníci v tomto zařízení byli hodnoceni 2. klientky velmi kladně. *„Personál a sestřičky jsou tady moc milý a ochotný takový. Je s nimi dobrá spolupráce, až na to akorát chodit ven, a tak to ne. Jinak se zeptají jako jestli něco potřebuju a to tak, že mi tady vymění*

*třeba čaj mi dá.“ (R2) „Já říkám, že su jak moje dcery. Oni se tak i staraj vždycky.“ (R3) U 3. klientky tomu už tak nebylo, vidí rozdíly mezi party pracovníc. “Přístup těch lidí, někdo to umí s lidmi, no a někdo je raz.” (R1) Přístup pracovníc je také vnímán vlivem zpětné vazby klientů “No, ale tady můžete, taky to jsou lidi, kterým můžete mluvit horem dolem a ta jí to udělá taky (ukázala na spolubydlící), tady tu postel zleje až na zem, poleje sebe, rozháže to, tady tolikrát svědčte, to byste koukala.“ (R1) “Záleží na tom, jak se pacienti chovají k těm obsluhujícím, když jsou slušní.” (R3) Pracovníci v sociálních službách jakožto pomáhající profese by však s takovou to psychickou zátěží a náročností měli být předem srozuměný. Výskyt syndromu vyhoření u těchto profesích je velmi častou záležitostí, která ovlivňuje a dotýká se okolí jedince a zde především klientů pobytové služby „Jenomže když třeba vyjde to, tak zjistíte, že to je jenom unavená ženská, která lítá. Mají tam plno lidí prostě, a že se můžete mýlit. Já si myslím, že jsem se v životě mýlila a mockrát, tak proto dneska říkám, nech si věci pro sebe, protože vůbec člověk nezná toho druhýho.“ (R1)*

Nedostatečné personální zabezpečení ústavních zařízení reaguje taktéž na možné zatížení vedoucí ke zmíněným náznakům syndromu vyhoření některých pracovníc. Množství klientů na pracovníka tak není v nesouladu s kvalitním poskytováním služby. Dalším bodem odrážejícím se tedy na nedostatečnou kapacitou personálu přímé péče je neschopnost pracovníků reagovat na individuální potřeby klientů. (Malíková, 2011) „...ale, ty nemají čas. Sestřičky jsou tady, je jich málo, tak většinou je tu jenom 1 sestra na celé patro, a takže ta nikam nemůže odejít, ta musí bejt tady.“ (R2) Ze statistiky z konce roku 2023 vzešlo, že chybějící personální kapacita je 1305 pracovníků v sociálních službách. (Horecký, 2023) Nedostatečné personální obsazení způsobuje, že se tak pracovníci dostávají do časového a psychického presu, což ovlivňuje život klientů. (Malíková, 2011)

## **7.9 Míra autonomie**

Pod pojmem autonomie z rozhovoru vzešly výsledky vztažené v rozhodování v péči. Ztráta soběstačnosti a přijetí pomoci však jde ruku v ruce s respektem v rozhodování o vlastní osobě klienta, kterému je umožněna volba v péči, do které se samostatně zapojuje. (Bužgová, 2007) Klienti se zde musí řídit určitým režimem. „Je to nastavené a mě to nezajímá (smích). Tak to je. Nevadí mi, že je to tak určený. Je to v pořádku.“ (R3) Rozhovor jsme nesly v tématu osobní hygieny (koupání) se všemi 3. respondentky. Všechny uvedly, že určitá míra rozhodování v zařízení možná je, ale z důvodu činností, které je požadováno po zaměstnancích v časovém rozvržení, je náročné reagovat na požadavky klientů.

*„Jo, tak že se musím vykoupat. Nekoupe jenom mě, koupe najednou ještě 2-3 lidi a on to stihnout taky musí. Takže já musím zaklapnout.“ (R1)*

*„Mohla, když by nebyla koupelna obsazená, tak bych mohla.“ (R2)*

*„Tu možnost se rozhodovat sama mám. Na to si nemůžu stěžovat. Všechno je naprosto ok.“ (R3)*

Pro zachování autonomie musí však člověk být ve stavu, který jej také umožňuje. Vlivem demence se však může stát, že rozumově člověk je natolik omezen, že práva v autonomii jsou v kompetenci ošetřujících. Vždy je však důležité člověka respektovat se snahou o zachování jeho dosavadních zvyklostí a potřeb. (Bužgová, 2007)



## 8 ZÁVĚR:

Bakalářská práce byla zaměřena na dopady vybrané sociální pobytové služby na seniory s demencí, jejíž výzkum byl vztažen v průběhu na seniorky s mírnou demencí k onemocnění Alzheimerovy choroby.

Jestliže, hlavní výzkumná otázka zněla „*Jakou zkušenost mají senioři s diagnostikovanou demencí s dopadem vybrané pobytové služby?*“, tak lze odpovědět zcela jednoduše, že pobyt v ústavním zařízení a změna přirozeného prostředí s životními návyky je bezpochyby zásah do života jenž ho nějak ovlivní. Konkrétní zkušenosti s dopady byly spíše negativním směrem, kdy si však potřebnost služby i s jejími pozitivními vlivy informantky zcela uvědomují. Zvolené osoby byly velice vstřícné a ochotné podělit se o svou vlastní zkušenost s tímto pobytem. Rozhovory, s nimiž vedené, byly zcela individuálně k posouzení osobních životních zkušeností, u nichž se nacházely jak shody, tak rozdílnosti. Podstatná témata vyplývající z dopadů - bariéry prostředí, důvody čerpání služby, omezení volného pohybu, soukromí, bezpečí a jistoty, péče o zdraví, člověka a jeho prostředí, aktivity nabízející službou a míra autonomie. Tato témata, tak odpovídají na znění hlavní výzkumné otázky. Rozdílnost vnímání pozitivních a negativních dopadů je především také v rozdílnosti fyzického zdravotního stavu respondentek.

Přímá komunikace s osobou o jejich vnímání o institucionalizované péči ve mně vzbudilo uvědomění si množství možných vlivů, jenž kvalitu života opravdu ovlivňují. V důsledku by se mělo jednat především o místo, kterém bude mít na osoby především pozitivní dopad, jelikož zde stráví s velkou pravděpodobností již zbytek svého života. V závěru práce bylo možné vyvodit, že negativní vlivy vzešly více na povrch s tím, že pozitivní dopady z rozhovorů nebyly explicitně řečeny, ale zřejmé je, že bez poskytované péče by již klientky fungovat samostatně nemohly.

Práce na negativních vlivech postihující osoby na oddělení se zvláštním režimem je především práce personálního zajištění a následně tak práce na individuálních potřebách. To se však také liší od míry soběstačnosti a stavu. Respondentka, která je zcela imobilní, a tak její kompletní péče o vlastní osobu je odkázaná na personál, vnímá podstatně více negativního vlivu pobytové služby než zbylé dvě soběstačnější mobilní respondentky. Zde nelze vyvodit, co je příčinou odlišností vnímání péče, pořád je však potřeba brát v potaz, že každá osoba je individuální a zhodnocuje tak i své zkušenosti.

Zjištěním možných dopadů na seniory s demencí, které prokázaly, že i přesto, že jejich kognitivní myšlení je narušeno, zvládnou sami mnohé stále vyvodit, chápat a vytvořit si tak

svůj pohled. Ať už se jedná o negativní, pozitivní či neutrální dopad, je jasné, že dopady ústavní péče sebou nese. Přírnost zjištěné pro sociální práci vnímám vzhledem k nárstu případů diagnostikovaného onemocnění následně také zvýšenou potřebu čerpání sociálních služeb, kdy pro efektivní a kvalitní poskytování služeb v pobytové službě je nezbytné, aby pracovníci reagovali a refletovali potřeby svých klientů.

## ZDROJE:

- BRACKEY, J., 2019. *Alzheimer – dejte jim lásku a štěstí*. Praha: Triton
- ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D., 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál
- ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie – Úvod do problematiky*. Praha: Grada
- DATUM, J., SCHÜTZENDORF, E., 2021. *Jiný svět – jak jej odhalit, prožít, pochopit: Průvodce světem lidí s demencí*. Praha: Pasparta
- DVOŘÁČKOVÁ, D., MOJŽÍŠOVÁ, A., 2019. Modern trends in the care of seniors in the residential facilities of the social services. *Kontakt*, 21(1), 93-97. Doi: 10.32725/kont.2018.002
- DVOŘÁČKOVÁ, D., HOLCZEROVÁ, V., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada
- DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada
- GERTLER, P. J., A SPOL., 2016. *Impact evaluation in practice*. World Bank Publications. Washington DC: World Bank Publications
- HAUKE, M., 2017. *Když do života vstoupí demence*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky
- HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada
- HOLMEROVÁ, I., 2018. *Case management v péči o lidi žijící s demencí: Koordinace péče zaměřená na člověka*. Praha: Univerzita Karlova v Praze
- HRADCOVÁ, D., 2013. *Jak se dělá péče*. IN ZGOLA, J., BORDILLON, G. *Bon appetit, radost z jídla v dlouhodobé péči*. Praha: Česká alzheimerská společnost, 271-285
- CHLOUPKOVÁ, S., 2013. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada
- JACKSON, R. L., HOGG M. A., 2010. *Encyclopedia of Identity*. Cincinnati: SAGE
- JIRÁK, R., A SPOL. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada
- JIRÁK, R. A KOL., 1999. *Demence*. Praha: Maxdorf

- KOSIK, K. S., BOWMANOVÁ, A., 2016. *Jak přelstít Alzheimer – Co můžete udělat, abyste snížili rizika této nemoci*. Praha: Práh
- KOSTÍNKOVÁ, J., ČERMÁK, I., A KOL 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. IN: ŘIHÁČEK, T, ČERMÁK, I., HYTYCH, R. A KOL. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita
- KÖNIG, J., ZEMLIN, C., 2020. *100 chyb při péči o lidi s demencí*. Praha: Portál.
- KISVETROVÁ, H. A SPOL., 2020. Vliv demence na trajektorie kvality života seniorů. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 83/116(3), 298-304. Doi: 10.14735/amcsnn2020298
- MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb 2., aktualizované a doplněné vydání*. Praha: Grada
- MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. 1. vyd.* Praha: Grada.
- MATOUŠEK, O. a KOL., 2007. *Sociální služby*. Praha: Portal
- MIOVSKÝ, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada
- MIŠKOVIČ, J., 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon
- ONDRUŠOVÁ, J., KRAHULCOVÁ, B. A SPOL, 2020. *Gerontologie pro sociální práci*. Praha: Karolinum
- PIDRMAN, V., 2007. *Demence*. Praha: Grada.
- RABINS, P. V., MACE, N. L., 2018. *Alzheimer: Rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. Praha: Triton
- SMITH, J. A., FLOWERS, P., LARKIN, M., 2009. *Interpretative phenomenological analysis – Theory, method and researgate*. Los Angeles: SAGE
- SVOBODOVÁ, K., 2009. Bydlení seniorů v České republice. *Fórum sociální politiky*, 5/2009, 2-8.
- ŠIŠKA, J., KOHOUT, J., ČÁSLAVA, A TRUHLÁŘOVÁ, Z., 2023. Závažnost hodnocení kvality v sociálních službách z perspektivy různých aktérů. *Sociální práce / Sociálna práca*, (3), 27–42.
- WALSH, D., 2005. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha: Portál.
- ZVĚŘOVÁ, M., 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing

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

Zákon č. 271/2012 Sb. Vyhláška o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka

### **Elektronické zdroje:**

ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ČESKÉ REPUBLIKY, 2015. *Doporučený standard kvality pro domovy pro seniory ČR* [online]. [31.1.2024]. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. Dostupné z: [https://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard\\_FINAL\(2\).pdf](https://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard_FINAL(2).pdf)

BASABARA, S., 2023. *Chronological vs. Biological Age - Understanding the Differences and Factors That Affect Your Health* [online]. [29.12.2023]. Dostupné z: <https://www.verywellhealth.com/what-is-chronological-age-2223384>

BUŽGOVÁ, R., 2007. *Respektování autonomie při dlouhodobé péči o seniory* [online]. [4.4.2024]. Dostupné z: <https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2007/01/08.pdf>

ČESKÁ ALZHEIMEROVSKÁ SPOLEČNOST, 2015. *Domovy se zvláštním režimem* [online]. [26.3.2024]. Praha: Česká alzheimerovská společnost. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/pro-rodinne-pecujici/kde-hledat-pomoc/socialni-sluzby/domovy-se-zvlastnim-rezimem/>

EVROPSKÁ UNIE, 2022. *Ochrana osobních údajů podle nařízení GDPR* [online]. [18.4.2024]. Dostupné z: [https://europa.eu/youreurope/business/dealing-with-customers/data-protection/data-protection-gdpr/index\\_cs.htm](https://europa.eu/youreurope/business/dealing-with-customers/data-protection/data-protection-gdpr/index_cs.htm)

HORECKÝ, J., 2023. *V sociálních službách se zvyšuje počet neobsazených míst* [online]. [1.4.2024]. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/media/sluzby/vydavame/tiskove-zpravy/tz-v-socialnich-sluzbach-se-zvysuje-pocet-neobsazenych-mist-s-odkazem-na-vyhodnoceni.pdf>

INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES 11TH, 2023. *Dementia* [online]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse11/1-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/546689346>

MÁTĽ, O., MÁTĽOVÁ, M., HOLMEROVÁ, I., 2016. *Zpráva o stavu demence 2016* [online]. [5.3.2024]. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s. Dostupné z: <https://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>

MPVS, 2018. *Doporučený postup č. 06/2018, Doporučený postup MPSV pro používání opatření omezujících pohyb osob* [online]. [20.3.2024]. Praha: MPVS

MPVS, 2007. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* [online]. [20.3.2024]. Praha: MPVS. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Koncepce\\_podpory.pdf/9849e5e3-206b-393e-00af-a8e210ee1c47](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Koncepce_podpory.pdf/9849e5e3-206b-393e-00af-a8e210ee1c47)

VACULÍKOVÁ, P. A SPOL., 2019. *Změny ve stáří* [online]. [29.12.2023]. Brno: MUNI. Dostupné z: [https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/fsps/2019podzim/seniori\\_tanci/web/pages/01\\_02\\_zmeny.html](https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/fsps/2019podzim/seniori_tanci/web/pages/01_02_zmeny.html)

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV, 2013. *Domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem* [online]. [3.3.2024]. Brno: Veřejný ochránce práv Dostupné z: [https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/7-2013-NZ-Zprava\\_z\\_navstev.pdf](https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/7-2013-NZ-Zprava_z_navstev.pdf)

## **RESUMÉ:**

My bachelor thesis deals with the subjective perception of the impact of a selected residential social service. In the conceptual part, I have tried to approximate and define the concepts arising from the main research question. The methodological part was then followed by an outline of the activities related to the research. The research already includes data analysis and interpretation with a summary.

Respondents using the service talked about their experiences of different types - negative, positive and neutral. The aim of this thesis was to answer what exact impacts the clients perceived. The impacts emerging from the interviews are environmental barriers, restrictions on freedom of movement, privacy, safety and security, health care, the person and their environment, activities offered by the service and the degree of autonomy. The research was conducted through semi-structured interviews. Clients talked about their own perceptions of the lived experience of living in an institutional setting. The result of the research cannot be generalized for all types of residential facilities due to the focus on a specific service.

## PŘÍLOHY

### Příloha č. 1 – Druhy otázek pro hloubkové rozhovory

TYPY OTÁZEK	PŘÍKLAD OTÁZEK
<b>Descriptive/Popisný</b>	Mohl byste mi prosím říci, co děláte ve své práci?
<b>Narrative/Narativní</b>	Můžete mi říci, jak jste se k této práci dostal?
<b>Structural/Strukturální</b>	Jaké jsou tedy všechny fáze procesu expedice zakázek?
<b>Contrast/Kontrastní</b>	Jaké jsou hlavní rozdíly mezi dobrým a špatným dnem v práci?
<b>Evaluative/Hodnotící</b>	Jak se cítíte po špatném dni v práci?
<b>Circular/Cirkulární</b>	Co si myslíte, že si váš šéf myslí o tom, jak odvádíte svou práci?
<b>Comparative/Komparativní</b>	Jaký by podle vás byl váš život, kdybyste pracovali někde jinde?
<b>Prompts/Podněty</b>	Můžete mi o tom o tom říct něco víc?
<b>Probes/Sondy</b>	Co si představujete po pojmem “nespravedlivý“?

(Smith, Flowers, Larkin, 2009, s. 60)



## **Příloha č. 2 – Operacionalizace a řazení typů otázek**

### **1. KOMPLEXNÍ VNÍMÁNÍ POBYTU V POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBĚ**

- Jak se zde cítíte? (*descriptive/popisný*)
- Jak jste vnímal/a / jaké pocity jste měl/a, když Vás služba přijala, co pro Vás znamenal odchod z domácího prostředí do ústavního zařízení? (*evaluative/hodnotící*)
- Řekněte mi něco více o pobytu v tomto zařízení [Jak vypadá klasický den] (*Narrative/vyprávěcí*)
  - Aktivity a možnosti

### **2. VOLBA POSKYTOVANÉ SOCIÁLNÍ PÉČE**

- Jaké důvody Vás přiměli čerpat danou službu? (*structural/strukturální*)
- Máte zkušenost s jinou pobytovou sociální službou? (*contrast/kontrastní*)
  - Rozdílnost služeb? (*contrast/kontrastní*)

### **3. DOPADY POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

#### **☐ POZITIVNÍ/NEGATIVNÍ VNÍMÁNÍ DOPADŮ ÚSTAVNÍ PÉČE**

- Má na Váš život nějaký dopad pobyt v této organizaci? (*descriptive/popisný*)
  - Pozitivní dopady
  - Negativní dopady
  - Neutrální postoj
- Jaký by na Vás mělo dopad, kdybyste nemohl/a nadále službu čerpat? (*comparative/komparativní*)
- Kdybyste mohl/a cokoliv změnit na této službě, co by to bylo? (*comparative/komparativní*)
- Jakým způsobem rozlišujete rozdíl mezi dobrým a špatným dopadem služby? (*contrast/kontrastní*)
  - Co ovlivňuje skutečnost

### **4. ŽIVOT V ÚSTAVNÍM ZAŘÍZENÍ**

- Kdyby byla znovu možnost se rozhodnout, zda budete žít v této pobytové službě, volil/a byste opět tuto možnost? (*comparative/komparativní*)
- Jak se zde liší život oproti životu, který jste vedl/a mimo ústavní péči? (*contrast/kontrastní*)
- Podle čeho poznáte, zdali Vám služba nabízí kvalitní péči/dostatečnou podporu/kvalitní aktivity,...? (*contrast/kontrastní*)

## 5. MÍRA AUTONOMIE

- Míra rozhodování (máte možnost volby, kdy se budete koupat, kdy se najíte, kdy budete odpočívat/spát?) (*evaluative/hodnotící*)

## 6. ZAMĚSTNANCI ZAŘÍZENÍ

- Jak vnímáte pracovníky v sociálních službách/pečovatelky/sestřičky? Má na Vás jejich péče nějaký vliv? (*evaluative/hodnotící*)
  - Přístup ke klientům