

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Zdravotně sociální péče

**PÉČE O KLIENTY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU
V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

Bakalářská práce

Autor práce: Veronika Vlčková

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Novotná

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Veronika Vlčková
Studijní program:	Zdravotně sociální péče
Garant studijního programu:	Mgr. Jana Gabrielová, PhD.
Název práce:	Péče o klienty s Alzheimerovou chorobou v pobytovém zařízení sociálních služeb
Vedoucí práce:	Mgr. Jitka Novotná
Cíl práce:	Identifikovat překážky, se kterými se pracovníci v sociálních službách setkávají při přímé péči v domově se zvláštním režimem.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou péče o klienty s Alzheimerovou chorobou v pobytových zařízeních sociálních služeb, konkrétně v domovech se zvláštním režimem. Cílem práce je identifikovat překážky, se kterými se pracovníci v sociálních službách setkávají při přímé péči. Teoretická část práce se věnuje vymezení sociálních služeb, jejich formám, typům poskytovatelů a legislativnímu ukotvení. Dále se zaměřuje na problematiku stáří, procesu stárnutí a změny s ním spojené, včetně kognitivního stárnutí a výskytu onemocnění ve vyšším věku. Podstatná část je věnována Alzheimerově chorobě, její charakteristice, průběhu, jednotlivým stadiím a typickým projevům. Praktická část práce je realizována formou kvalitativního výzkumu. Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky v sociálních službách, kteří poskytují přímou péči klientům s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem.

Klíčová slova

senior, Alzheimerova choroba, sociální služba, domovy se zvláštním režimem, stáří, pracovník v sociálních službách

Abstract

The bachelor's thesis deals with the issue of caring for clients with Alzheimer's disease in residential social service facilities, specifically in special regime homes. The aim of the thesis is to identify the obstacles that social service workers encounter in providing direct care. The theoretical part of the thesis focuses on the definition of social services, their forms, types of providers, and their legislative framework. It further addresses the issue of old age, the aging process, and the changes associated with it, including cognitive aging and the occurrence of diseases in later life. A substantial part is devoted to Alzheimer's disease, its characteristics, progression, individual stages, and typical symptoms. The practical part of the thesis is carried out in the form of qualitative research. The data were collected through semi-structured interviews with social service workers who provide direct care to clients with Alzheimer's disease in a special regime home.

Keywords

senior, Alzheimer's disease, social services, residential homes with a special regime, social service worker care

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce, a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užití své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 20. dubna 2026

.....

Podpis studentky

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí své práce Mgr. Jitce Novotné za její odborné vedení, cenné rady a trpělivost při konzultacích. Její podpora mi pomohla lépe porozumět tématu i usměrnit mou práci k jasným a srozumitelným závěrům.

Děkuji také všem, kteří mi poskytli užitečné informace a materiály, jež byly nezbytné pro zpracování této práce. Velké poděkování patří mé rodině a přátelům za jejich neustálou podporu, povzbuzení a pochopení v náročných chvílích.

Zvláštní dík patří také všem, kteří se mnou sdíleli své zkušenosti a praktické postřehy, jež mi pomohly lépe uchopit reálné souvislosti tématu. Bez jejich pomoci by tato práce nemohla vzniknout v takové podobě.

Obsah

Seznam obrázků	8
Seznam tabulek	9
Seznam zkratk	10
Úvod.....	11
1 Teoretická část	12
1.1 Sociální služby	12
1.2 Účel a definice sociální služby	12
1.3 Formy poskytování	12
1.4 Typy poskytovatelů.....	13
1.5 Obsah a průběh služby	14
1.6 Práva a povinnosti klienta	14
1.7 Povinnosti poskytovatele sociálních služeb.....	15
1.8 Financování sociálních služeb	15
1.9 Inspekce sociálních služeb	16
1.10 Domovy se zvláštním režimem.....	16
2 Stáří	18
2.1 Charakteristika stárnutí a stáří	18
2.2 Tělesné změny ve stáří.....	18
2.3 Psychické změny ve stáří	18
2.4 Projevy stáří	19
2.5 Kognitivní stárnutí	19
2.6 Nemoci ve stáří	20
3 Alzheimerova choroba.....	21
3.1 Historie onemocnění	21
3.2 Úvodní charakteristika onemocnění	21
3.3 Stádia Alzheimerovy choroby	21
3.4 Poruchy kognitivních funkcí.....	22
3.5 Specifika v komunikaci s klientem s demencí.....	23
4 Zásady správné péče o klienta s Alzheimerovou chorobou	24
4.1 Bezpečnost prostředí u osob s Alzheimerovou chorobou.....	25
4.2 Stravování a režim při jídle.....	25
4.3 Poruchy příjmu potravy a polykání	25
4.4 Podvýživa a úbytek hmotnosti	25
4.5 Inkontinence.....	26
5 Pracovník v sociálních službách	27
5.1 Úvodní charakteristika	27
5.2 Požadavky na kvalifikaci pracovníka v sociálních službách poskytujícího přímou nebo obslužnou péči.....	27
5.3 Pracovní pravomoci pracovníka v sociálních službách	27
5.4 Klíčové dovednosti pracovníka v sociálních službách	27
5.5 Předpoklady pro respektování a poznávání klienta i jeho situace	28
6 Výzkumná část práce.....	29
6.1 Metodologie	29
6.1.1 Popis vybraného druhu metodologie	29
6.1.2 Nástroj získání dat	30
6.1.3 Výběr výzkumného vzorku.....	31
6.1.4 Limity výzkumu.....	31

6.1.5	Charakteristika organizace a výzkumného prostředí	32
6.1.6	Organizace výzkumu.....	33
6.1.7	Analýza a interpretace výsledků výzkumu	34
6.2	Dílčí výzkumná otázka č. 1 - Jak pracovníci popisují péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?	34
6.3	Dílčí výzkumná otázka č. 2 -Jaké faktory v pracovním prostředí pracovníci považují za limitující při péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?	38
6.4	Dílčí výzkumná otázka č. 3 -Jaké překážky pracovníci vnímají při komunikaci s klientem s Alzheimerovou chorobou?	40
7	Diskuze.....	43
7.1	Doporučení pro praxi	45
	Závěr.....	46
	Seznam použité literatury	47
	Přílohy.....	49

Seznam obrázků

Obr.1.....	35
Obr.2.....	38
Obr.3.....	40

Seznam tabulek

Tab. 1: Věk a délka pracovního poměru komunikačních partnerek	31
---	----

Seznam zkratk

AD	Alzheimerova choroba
PSS	Pracovník v sociálních službách
MMSE	Mini Mental State Examination
VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
KP	Komunikační partnerka

Úvod

Tato bakalářská práce s názvem „Péče o klienty s Alzheimerovou chorobou v pobytovém zařízení sociálních služeb“ byla zvolena na základě osobního zájmu o danou problematiku. Alzheimerova choroba patří mezi nejzávažnější onemocnění současné doby, jelikož významně zasahuje nejen do života samotného pacienta, ale také jeho rodiny a odborného personálu, který mu poskytuje péči. Jedná se o progresivní neurodegenerativní onemocnění, jež postupně narušuje kognitivní funkce, paměť, orientaci, úsudek i chování. Statistické údaje poukazují na rostoucí počet diagnostikovaných případů jak v České republice, tak i v celosvětovém měřítku, což s sebou přináší zvyšující se nároky na kvalitu a organizaci poskytovaných služeb.

Péče o klienty s Alzheimerovou chorobou v pobytových zařízeních sociálních služeb se zvláštním režimem je charakteristická svou specifickou povahou a vysokou náročností. Od pracovníků vyžaduje nejen odpovídající odbornou kvalifikaci a praktické zkušenosti, ale také značnou míru empatie, trpělivosti a schopnosti adekvátně reagovat na krizové situace. Každodenní práce zahrnuje řešení změn nálad a chování klientů, obtížnou komunikaci i zvládání zvýšené psychické a fyzické zátěže. Vzhledem ke komplexním potřebám osob s tímto onemocněním čelí pracovníci řadě překážek, které mohou mít negativní dopad na kvalitu péče, pracovní výkon i jejich celkovou profesní spokojenost.

Domovy se zvláštním režimem představují specifický segment pobytových sociálních služeb, kde je péče o klienty s Alzheimerovou chorobou poskytována dlouhodobě a systematicky. V tomto prostředí se zřetelně ukazují význam pracovníků v přímé péči a rozsah požadavků, které jsou na ně kladeny. Přestože jsou k dispozici odborné standardy i metodické postupy, realita praxe často přináší obtíže, jako jsou nedostatek personálu, omezená podpora ze strany managementu, nedostatečné možnosti dalšího vzdělávání či riziko emočního a fyzického vyčerpání.

Cílem této práce je poukázat na konkrétní problémy, s nimiž se pracovníci v přímé péči setkávají. Přínos práce spočívá zejména v identifikaci praktických překážek, které zůstávají často opomíjeny, přesto významně ovlivňují jak kvalitu života klientů, tak pracovní podmínky personálu.

1 Teoretická část

1.1 Sociální služby

System sociálních služeb představuje v moderní společnosti jeden z pilířů sociální politiky, jehož primárním účelem je podpora a pomoc jednotlivcům v nepříznivých sociálních situacích. Tento koncept vychází z principu solidarity a humanity, přičemž jeho cílem je umožnit uživatelům zachování lidské důstojnosti a v maximální možné míře i jejich autonomie. Sociální služby nejsou pouze nástrojem k zajištění základních životních potřeb, ale představují dynamický soubor intervencí, které směřují k sociálnímu začlenění a prevenci izolace osob, jež se ocitly v situaci vyžadující asistenci druhé osoby. Zdá se, že právě odklon od dřívějších forem paternalistické péče směrem k partnerskému přístupu definuje současnou kvalitu a směřování tohoto oboru (Matoušek, 2008).

1.2 Účel a definice sociální služby

Teoretické vymezení sociálních služeb se opírá o legislativní rámec, který definuje nepříznivou sociální situaci jako stav, v němž osoba potřebuje pomoc z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu nebo krizové životní situace, kterou není schopna řešit vlastními silami. Sociální služby jsou v tomto kontextu chápány jako organizovaná činnost, která pomáhá tyto bariéry překonávat. Nejde tedy pouze o fyzickou pomoc, ale o komplexní podporu, která zahrnuje poradenství, sociální práci i konkrétní úkony péče, jež jsou přizpůsobeny individuálním potřebám každého uživatele (Králová, 2012).

Sociální služby se částečně překrývají s kategorií veřejných služeb. Veřejné služby jsou tak poskytovány v zájmu veřejnosti a na rozdíl od komerčních služeb bývají povětšinou financovány z veřejných rozpočtů, a jsou tak podrobněji upraveny legislativou. Z tohoto důvodu jsou však více podřízeny politickým rozhodováním státu, krajů a obcí. Nicméně také sociální služby mohou být realizovány na komerční bázi na základě smluvního vztahu mezi poskytovatelem a uživatelem. V mezinárodní literatuře se často používá pojem „Human Services“ (v překladu „humanitní služby“), který zahrnuje činnosti vykonávané jak profesionály, tak dobrovolníky. Sociální služby jsou určeny lidem, které můžeme označit za společensky znevýhodněné. Jejich hlavním cílem je zlepšit kvalitu jejich životů a v co největší míře podpořit jejich začlenění do společnosti. Mohou také současně sloužit k ochraně společnosti před riziky spojenými s vyloučením či zranitelností určitých společenských skupin (Matoušek, 2011).

1.3 Formy poskytování

Sociální služby se poskytují v různých formách podle potřeb klienta. Služby jsou podle Arnoldové (2016) poskytovány ve třech základních formách:

- pobytové – tyto služby jsou spojeny s ubytováním klientů v zařízení sociálních služeb;
- ambulantní – jsou poskytovány osobám, které do zařízení docházejí, případně jsou do něj doprovázeny či dopravovány. Součástí služby není ubytování;
- terénní – služby jsou realizovány v přirozeném prostředí klienta.

1.4 Typy poskytovatelů

Služby mohou poskytovat různé subjekty (stát, kraje, obce, nestátní organizace, soukromí poskytovatelé). Poskytovatel musí splňovat podmínky stanovené zákonem a dodržovat požadavky na kvalitu i bezpečnost poskytování služeb. Poskytování sociálních služeb v České republice upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který vymezuje okruh subjektů oprávněných tyto služby poskytovat, stejně jako formy jejich realizace. Poskytovateli sociálních služeb jsou podle tohoto zákona územní samosprávné celky a právnické osoby jimi zřizované, dále jiné právnické osoby, fyzické osoby a rovněž Ministerstvo práce a sociálních věcí spolu se svými organizačními složkami. Sociální služby jsou poskytovány prostřednictvím různých typů zařízení, která zajišťují jejich praktickou realizaci (Molek, 2011).

Podle právní normy se sociální služby člení na tři základní oblasti, podle Matouška (2011) jsou to sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální poradenství je dále rozlišeno na základní a odborné. Základní sociální poradenství spočívá v poskytování informací, které napomáhají řešení nepříznivé sociální situace klienta. Odborné sociální poradenství je zaměřeno na specifické potřeby jednotlivých cílových skupin a je realizováno prostřednictvím specializovaných poraden.

Matoušek (2011) charakterizuje služby sociální péče jako činnosti podporující fyzickou a psychickou soběstačnost osob s cílem umožnit jim co nejvyšší míru zapojení do běžného života společnosti. V případech, kdy to jejich zdravotní či sociální stav neumožňuje, je cílem těchto služeb zajistit důstojné prostředí a odpovídající zacházení. Do této kategorie zákon řadí:

- osobní asistenci
- pečovatelskou službu
- tísňovou péči
- průvodcovské a předčitatelské služby
- podporu samostatného bydlení,
- odlehčovací služby
- centra denních služeb
- denní a týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem
- chráněné bydlení
- sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Služby sociální prevence jsou zákonem vymezeny jako služby, jejichž účelem je předcházet sociálnímu vyloučení osob ohrožených krizovou sociální situací, nevhodnými životními návyky, sociálně znevýhodňujícím prostředím nebo ohrožením jejich práv a oprávněných zájmů. Jejich cílem je pomoci osobám překonat nepříznivou sociální situaci a zároveň chránit společnost před vznikem i šířením nežádoucích sociálních jevů. Podle legislativy ČR mezi služby sociální prevence patří.

- telefonická krizová pomoc,
- tlumočnické služby,
- azylové domy,
- domy na půl cesty,
- kontaktní centra, krizová pomoc,
- nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- noclehárny,
- služby následné péče,
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením,
- sociálně terapeutické dílny,
- terapeutické komunity,
- terénní programy a sociální rehabilitace (Matoušek, 2011).

1.5 Obsah a průběh služby

Představují dynamický proces, který se odvíjí od interakce mezi poskytovatelem a uživatelem, přičemž těžištěm této interakce je naplňování individuálních potřeb v souladu s principy odborné pomoci. Obsahová náplň služby není statickým souborem úkonů, ale zahrnuje široké spektrum činností od poradenství a nácviku dovedností až po podporu při zajištění základních životních funkcí a sociálních kontaktů. Cílem těchto intervencí je především posílení kompetencí uživatele tak, aby byl schopen v rámci svých možností participovat na běžném životě společnosti. Zdá se, že právě vyváženost mezi přímou péčí a aktivizačními metodami určuje efektivitu poskytované podpory a její dopad na kvalitu života jednotlivce (Matoušek, 2008).

Samotný průběh sociální služby lze charakterizovat jako cyklický proces, který začíná prvním kontaktem a vyjednáváním o cílech spolupráce. Tento proces je postaven na metodice individuálního plánování, které transformuje obecná očekávání uživatele do konkrétních kroků a měřitelných výstupů. Stěžejním prvkem se v této fázi jeví vytvoření vztahu založeného na důvěře a respektu k volbě klienta, což umožňuje identifikovat jeho skutečné priority. Realizace služby následně vyžaduje kontinuální monitoring a pravidelné vyhodnocování, zda zvolené postupy stále odpovídají aktuální situaci uživatele. Flexibilita systému v průběhu času je nezbytná, neboť potřeby jedince se vlivem měnících se životních okolností neustále vyvíjejí (Bechyňová, 2011).

1.6 Práva a povinnosti klienta

Dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, má klient právo na důstojné zacházení, informace o poskytovateli služeb, na soukromí a ochranu osobních údajů, aktivní zapojení do plánování péče a možnost stížnosti či odvolání proti postupu poskytovatele. Současně má klient povinnosti, například dodržovat pravidla zařízení, spolupracovat při poskytování služby a hradit dohodnuté poplatky, pokud jsou stanoveny (Česko, 2006).

1.7 Povinnosti poskytovatele sociálních služeb

Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni zajistit, aby informace o druhu poskytovaných sociálních služeb, místě jejich poskytování, okruhu osob, kterým jsou služby určeny, kapacitě a způsobu poskytování byly dostupné a srozumitelné všem osobám. Zároveň musí zájemce o sociální službu přehledně informovat o povinnostech vyplývajících ze smlouvy o poskytování sociálních služeb, o způsobu poskytování těchto služeb a o výši úhrad, a to způsobem odpovídajícím jeho porozumění. Při poskytování sociálních služeb jsou poskytovatelé povinni vytvářet podmínky, které umožňují naplňování lidských i občanských práv uživatelů služeb a současně předcházet vzniku střetu zájmů mezi uživateli a poskytovatelem. Další povinností poskytovatelů je vypracování vnitřních pravidel pro zajištění poskytovaných sociálních služeb, včetně stanovení pravidel k ochraně oprávněných zájmů uživatelů, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby. Poskytovatelé jsou rovněž povinni mít zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu poskytovaných sociálních služeb, a to ve formě, která je přístupná a pochopitelná všem osobám. Průběh poskytování sociální služby musí být plánován s ohledem na individuální cíle, potřeby a schopnosti osob, kterým je služba poskytována, přičemž poskytovatelé vedou písemné individuální záznamy a pravidelně hodnotí poskytování služby za účasti těchto osob, případně jejich zákonných zástupců nebo opatrovníků, pokud to jejich zdravotní stav nebo povaha služby umožňuje. Poskytovatelé jsou povinni vést evidenci žadatelů o sociální službu, se kterými nebyla uzavřena smlouva z důvodů stanovených zákonem, dodržovat standardy kvality sociálních služeb a uzavřít smlouvu o poskytování sociální služby, nebrání-li tomu zákonné důvody. V případě poskytování sociální služby podle § 48 jsou poskytovatelé povinni přednostně poskytnout službu dítěti, kterému byla soudem nařízena ústavní výchova, výchovné opatření nebo předběžné opatření. Pokud dojde k ukončení poskytování pobytové sociální služby osobě, která by se bez další pomoci mohla ocitnout v situaci ohrožující její život nebo zdraví, je poskytovatel povinen tuto skutečnost neprodleně písemně oznámit příslušnému obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností, a to za předpokladu souhlasu této osoby (Mach a Janečková, 2019).

1.8 Financování sociálních služeb

Současný systém financování sociálních služeb představuje jeden z významných limitujících faktorů jejich dalšího rozvoje. Sociální služby jsou obecně finančně náročné, přičemž nejvyšší náklady jsou spojeny zejména se službami pobytového charakteru. V evropských zemích bývají tyto služby zpravidla spolufinancovány státem nebo integrovány do systémů sociálního či zdravotního pojištění. Tento model posiluje autonomii jednotlivce, neboť mu umožňuje svobodně si zvolit poskytovatele služeb. Současně přispívá ke zvýšení transparentnosti a kontroly nad skutečným poskytováním služeb, vytváří efektivní poptávku a podporuje konkurenční prostředí mezi poskytovateli. Stát si přitom ponechává kontrolní mechanismy v podobě stanovení nároku na dávku prostřednictvím posudkové služby a dohledu nad kvalitou i ekonomickou přiměřeností poskytovaných služeb prostřednictvím akreditačního systému. Zásadní kvalitativní změnu v oblasti financování sociálních služeb představuje zavedení dávky „příspěvek na péči“. Tato dávka je určena osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby, a jejím účelem je příspěvek na úhradu nákladů spojených se zajištěním potřebné péče.

Příspěvek je financován ze státního rozpočtu a o jeho přiznání rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností (Molek, 2011).

Financování pobytových sociálních služeb je v současnosti založeno především na třech pilířích: úhradách od uživatelů, státních dotacích a platbách z veřejného zdravotního pojištění. Výše jednotlivých zdrojů se liší v závislosti na skladbě klientů, kvalitě poskytované péče a typu zřizovatele. Ambulantní a terénní sociální služby jsou financovány především z úhrad uživatelů a ze státních dotací. Doplňkovými zdroji mohou být příspěvky zřizovatele, dary, granty, výnosy z vedlejší hospodářské činnosti či jiné mimořádné příjmy (Molek, 2011).

1.9 Inspekce sociálních služeb

Podle Hrozenské a Dvořáčkové (2013) inspekce poskytování sociálních služeb představuje významný nástroj kontroly kvality a ochrany práv uživatelů. Jejím hlavním cílem je zabránit neodborným nebo nevhodným postupům ze strany poskytovatelů a přispívat ke zvyšování standardu poskytovaných služeb. Inspekce probíhá u registrovaných poskytovatelů vždy v místě poskytování služby. Inspekční tým tvoří minimálně dva členové, u pobytových služeb nejméně tři, přičemž inspektoři musí být nezávislí na kontrolovaných subjektech. Od 1. ledna 2012 vykonávají inspekci krajské pobočky Úřadu práce České republiky, zatímco registrace poskytovatelů zůstává v kompetenci krajských úřadů. Předmětem inspekce je mimo jiné kontrola dodržování zákonných podmínek poskytování služby, včetně posouzení náležitostí smlouvy o poskytování sociální služby a správnosti stanovené úhrady. V případě zjištěných nedostatků jsou o těchto skutečnostech informováni uživatelé nebo jejich zákonní zástupci. Rozlišují se tři typy inspekci: základní, která se zaměřuje na identifikaci nejzávažnějších nedostatků, hloubková, prováděná při závažných zjištěních v plném rozsahu kontroly, a následná, jejímž účelem je ověření splnění uložených nápravných opatření. Inspekce tak plní nejen kontrolní, ale i preventivní funkci v systému sociálních služeb.

1.10 Domovy se zvláštním režimem

Charakteristika

Domovy se zvláštním režimem představují zvláštní typ sociální služby určené klientům s omezenými schopnostmi samostatné orientace a sebeobsluhy, zejména osoby s Alzheimerovou chorobou a jinými formami demence. Cílem péče je bezpečné a důstojné prostředí, které minimalizuje rizika ztráty orientace, bloudění, akutních behaviorálních komplikací. K základním zásadám patří individuální přístup, stabilní rutiny, orientační pomůcky a adaptace interiéru (bezpečné schodiště, označení místností, tlumené osvětlení), které snižují kognitivní zátěž a úzkost klientů. Péče o seniory s AD klade důraz na multidisciplinární postup, který zahrnuje pravidelné lékařské sledování, farmakologickou i nefarmakologickou léčbu, kognitivní terapie, reminiscenční terapie, senzomotorické aktivity a také podporu rodiny. Důležitý je pro pracovníce v sociálních službách plán péče, vedení dokumentace o změnách kognitivního i somatického stavu a pravidelné kontroly podle vývoje nemoci (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022).

Provozní aspekty zahrnují optimální personální zabezpečení (dostatečný poměr pečovatelů a kvalifikovaných zdravotnických pracovníků). Ekonomické plánování musí počítat s náklady na vyšší míru dohledu, speciální vybavení a vzdělávání personálu. Právní rámec a standardy kvality pak určují podmínky provozu, práva klientů a odpovědnost poskytovatele, což je důležité pro garanci bezpečného a eticky odpovědného zajištění péče o osoby s Alzheimerovou chorobou (MPSV, 2017).

Zásadním pilířem péče v těchto zařízeních je vysoká míra specializace personálu, která přesahuje rámec běžné ošetrovatelské asistence. Odborný přístup se zde opírá o znalost specifických komunikačních technik a aktivizačních metod, které jsou šity na míru aktuálnímu mentálnímu stavu klienta. V popředí zájmu stojí především techniky, které nevyžadují od uživatele bezchybný výkon paměti, ale zaměřují se na jeho emoční prožívání a posilování vlastní identity. Právě integrace psychosociální podpory do každodenních úkonů péče je vnímána jako nezbytný předpoklad pro udržení kvality života a prevenci depresivních stavů u seniorů. Úspěšnost této formy sociální služby je přímo úměrná schopnosti multidisciplinárního týmu vnímat klienta jako jedinečnou osobnost s vlastní historií, nikoliv pouze jako příjemce péče (Janečková,2010).

Specifické postavení domovů se zvláštním režimem v systému sociálních služeb je dáno především nutností adaptovat veškeré procesy péče na klesající kognitivní a adaptivní schopnosti uživatelů. V této souvislosti je důležitý význam strukturovaného a předvídatelného denního řádu, který slouží jako stabilizační prvek pro osoby trpící dezorientací a úzkostmi. Zvláštní režim v těchto zařízeních nesmí být vnímán jako soubor restriktivních opatření, ale jako cílená podpora, která skrze specifické komunikační techniky a aktivizační metody pomáhá zvládat doprovodné behaviorální symptomy demence, jako je neklid, bloudění či poruchy spánku (Venglářová,2007).

2 Stáří

„Každý člověk si přeje dlouhý život, ale nikdo nechce být starý“ (cit. Jonathan Swift).

2.1 Charakteristika stárnutí a stáří

Život každého člověka probíhá již od narození a do smrti, a to ve více vývojových etapách. Každé z těchto období má své zákonitosti, které často mohou ovlivnit kvalitu života, jeho průběh i rozsah, a je proto nutné je při plánování péče a podpory zohlednit. Vývojová období nám také přináší určité příležitosti i omezení. Totéž platí pro proces stárnutí. To bývá často spojováno s negativním přístupem. Stáří je vnímáno jako ztráta možností, naděje či optimismu, avšak nemusí tomu tak být vždycky. Obecný pohled na seniory bývá často jednostranný. Mnoho lidí si může pod pojmem „stáří“ představit osobu závislou na pomoci, neschopnou se sama o sebe postarat a zvládat základní činnosti (Malíková, 2011).

Dělení stáří podle věku

Stáří můžeme podle Holmerové, Juráškové a Zikmundové (2007) rozdělit do tří etap:

- 60 až 74 let – počínající stáří
- 75 až 89 let – vlastní stáří
- 90 let a více – dlouhověkost

2.2 Tělesné změny ve stáří

Stárnutí představuje přirozený biologický proces, kterému se nevyhne žádný živý organismus ani žádná jeho struktura. Ve chvíli, kdy si lidstvo začalo uvědomovat konečnost lidského života, objevily se také snahy tento limit překonat. Pojem „biologické stáří“ označuje hypotetickou míru involučních změn, mezi něž patří například atrofie, pokles funkční výkonnosti či změny regulačních a adaptačních mechanismů. Tyto změny bývají často spojovány s onemocněními, jež se ve vyšším věku vyskytují častěji (Jarolímová, 2024).

2.3 Psychické změny ve stáří

Psychické změny představují přirozenou součást procesu stárnutí a souvisejí s postupnými biologickými i psychosociálními proměnami osobnosti. Tento proces, označovaný jako psychická involuce, představuje zákonitou a individuálně rozdílnou proměnu psychických funkcí. V průběhu stárnutí může docházet ke zvýraznění některých osobnostních rysů, přičemž určité vlastnosti mohou vystupovat výrazněji než v předchozích životních obdobích. Typickým znakem psychického stárnutí je postupný pokles některých kognitivních funkcí. Objevují se zpomalení psychomotorického tempa, snížení vitality a elánu, oslabení paměti, zejména v oblasti vstřípivosti a výbavnosti, a zhoršení schopnosti soustředění. U některých seniorů může být patrné také omezení schopnosti pružně reagovat na nové situace či navazovat a udržovat sociální vztahy. Tyto změny však probíhají individuálně a jejich intenzita je ovlivněna zdravotním stavem, životním stylem i osobnostními charakteristikami jedince. Je však důležité zdůraznit, že ne všechny psychické funkce s přibývajícím věkem oslabují. Relativně stabilní zůstávají například jazykové schopnosti, slovní zásoba či celková úroveň intelektu. Významnou roli hrají také životní

zkušenosti, které mohou přispívat k většímu nadhledu, toleranci, trpělivosti a vytrvalosti. Stáří tak nepředstavuje pouze období ztrát, ale i určité formy osobnostního zrání. Úbytek některých duševních funkcí souvisí s přirozenými biologickými změnami, zejména se změnami v centrální nervové soustavě a celkovém fungování organismu. Tyto procesy mohou začínat již ve střední dospělosti a probíhají postupně. V praxi je však důležité rozlišovat mezi běžnými projevy stárnutí a patologickými stavy, například demencí či jinými duševními poruchami. Psychické změny ve stáří úzce souvisí se změnami sociálními. Ztráta životních rolí, omezení sociálních kontaktů nebo obtížnější adaptace na nové podmínky mohou psychický stav seniora dále ovlivňovat. Kvalita života ve stáří je proto významně podmíněna mírou sociální podpory, zachováním aktivity a možností smysluplného zapojení do společnosti (Dvořáčková, 2012).

2.4 Projevy stáří

- **Tělesné projevy stáří** – odlišují se tak od mladších generací. Často jde o snížení výšky, zvýšení hmotnosti, změny v postoji i v chůzi, do této kategorie řadíme také úbytek svalové hmoty, změny ve smyslovém vnímání i řadu jiných změn.
- **Sociální změny a změny v životní orientaci** – přechod z ekonomicky aktivního života do důchodu přináší více volného času, což může vyvolávat jak příjemné, tak i nepříjemné pocity. Senioři se mohou dostávat na okraj společnosti, mít problémy s navazováním nových kontaktů a cítit strach z osamění či opuštění.
- **Spirituální změny** – mění se zde hodnoty a věci, které byly dříve pro staršího člověka důležité, mohou ztrácet význam. Zároveň dochází ke změnám postojů, názorů či životních filozofií. Souvisí s tím také význam víry, někteří senioři se k víře uchylují více, někteří naopak od víry upouštějí (Švehlová, Kainrátová a Tajanovská, 2021).

2.5 Kognitivní stárnutí

Kognitivní stárnutí se projevuje velkou variabilitou, a to jak mezi lidmi, tak u jednoho člověka v průběhu času. Každý z nás prochází určitou křivkou poklesu kognitivních schopností a různé funkce kognice se zhoršují různou rychlostí. U někoho může nastat výrazné patologické zhoršení vedoucí až k demenci (Jarolímová, 2024).

Se stářím dochází ke zpomalení příjmu a zpracování informací, zároveň se mění celkové motorické tempo seniorů. Postupně se prodlužuje doba potřebná ke zvládnutí každodenních aktivit a objevuje se zhoršení sluchu, zraku či kognitivních funkcí. V takových situacích hrají významnou roli kompenzační pomůcky, jako jsou sluchadla, chodítka, vozíky nebo lupy, které seniorům umožňují zmírnit dopady zdravotních problémů a vrátit se k běžným aktivitám. U osob s demencí se postupně snižuje schopnost udržet jasný a rozumný úsudek. Důležitý přístup zahrnuje především udržení aktuálního stavu a podporu rozvoje těch oblastí, které jsou stářím či nemocí ohroženy. Při postižení kognitivních funkcí se často nejprve projeví narušení krátkodobé paměti, což může být varovným signálem pro rozvoj onemocnění, například Alzheimerovy choroby. Současně dochází k postupnému narušování osobnosti a ovlivnění sociální oblasti jedince. V praxi je nezbytné věnovat lidem se závažnými kognitivními poruchami dostatek času a podporovat je ve všech aspektech samostatnosti i soběstačnosti. Psychické procesy se s přibývajícím věkem zpomalují a mění se kognitivní funkce.

V důsledku fyziologických změn v mozku a kornatění cév dochází ke zhoršování paměti, přesto u starších osob bez závažných psychických onemocnění zůstává schopnost osvojování si nových poznatků relativně dobře zachována. Ve vyšším věku klesá schopnost přijímat nové podněty, oslabuje se schopnost asociace a učení se novým informacím, snižuje se také schopnost přizpůsobovat svůj dosavadní život. Podle Klímové et al. (2013) lze kognitivní funkce ve stáří rozdělit na tři období: na úspěšné stáří, kdy jsou zachovány funkční schopnosti a kognitivní funkce nejsou poškozeny, normální stáří, kdy se objevují fyziologické změny a drobné abnormality, a patologické stáří, charakterizované výrazným postižením metabolismu vedoucím k rozvoji chorobných stavů (Vostrý a Veteška, 2021).

2.6 Nemoci ve stáří

Nemoci ve stáří mají několik charakteristických rysů. S přibývajícím věkem dochází k nárůstu celkové prevalence nemocí, což vede k výskytu více onemocnění najednou. Mění se také spektrum onemocnění s převahou chronických a degenerativních stavů. Starší lidé čelí často zvýšenému riziku komplikací a neúplného vyléčení, což často vede právě k přechodu do chronického stavu nemoci. Důležitou součástí je rovněž sociální rozměr těchto onemocnění. V oblasti geriatricke se rozlišují dva hlavní problémy. Prvním jsou onemocnění specifická pro stáří, například katarakta či ateroskleróza. Druhým pak nemocné stavy ve stáří obecně, které mívají často atypický klinický obraz. Nemoci ve stáří vyžadují odlišné diagnostické a léčebné postupy. Často se vyskytují komplikace, mimo jiné vznik imobilizačního syndromu, vedoucího ke ztrátě soběstačnosti a nutnosti dlouhodobé péče, geriatrický hospitalismus nebo účinky medikace (Čevela a kol., 2014).

3 Alzheimerova choroba

3.1 Historie onemocnění

Podle Zvěřové (2017), která popisuje historii onemocnění (AD), příznaky této nemoci poprvé popsal německý psychiatr a neuropatolog Alois Alzheimer v roce 1906. Studium medicíny absolvoval na univerzitách v Berlíně i Würzburgu a v roce 1887 získal lékařský titul. Po promoci nastoupil do psychiatrické léčebny ve Frankfurtu nad Mohanem, kde se v místním sanatoriu pro duševně choré a epileptiky seznámil s neurologem Franzem Nisslem. Společně tak začali experimentovat a zkoumat anatomii mozkové kůry, a zároveň testovat své hypotézy. V roce 1910 byly popsány změny mozku pojmenovány po svém objeviteli. Alois Alzheimer zemřel 19. prosince 1915.

3.2 Úvodní charakteristika onemocnění

Alzheimerova choroba (AD) je vážné postupně se zhoršující a nevratné onemocnění nervového systému, které ovlivňuje jak pacienta, tak i jeho rodinu, kterou má okolo sebe. Nemoc obvykle začíná nenápadně a pozorují ji častěji příbuzní než sám nemocný. Klinické příznaky jsou důsledkem kortikální degenerace, jehož typickým rysem jsou potíže se zapamatováním nedávných událostí a neschopnost si osvojit nové informace. V raných fázích se často vyskytují mírné změny nálad, chování (například úzkost, deprese, podrážděnost či apatie). Postupem času dochází k poškození i dalších kognitivních a nekognitivních funkcí. Za často zmiňovaný hlavní faktor se označuje atrofie mozku doprovázená řadou patologických změn. Mezi hlavní mechanismy, které pravděpodobně vedou ke změnám, patří vznik a ukládání beta-amyloidu (AB). Alzheimerova choroba je nejběžnější příčinou demence. Jedná se o onemocnění s nepříznivou prognózou, avšak včasná a správně volená léčba může udržet pacienty v lehčích stádiích delší dobu. S postupující nemocí často pacienti ztrácí soběstačnost a stávají se závislími na péči jiných osob, což vede k úpadku intelektových schopností (Zvěřová, 2017).

3.3 Stádia Alzheimerovy choroby

Začátek Alzheimerovy nemoci bývá podle Zvěřové (2017) často nenápadný a nezřídka bývá považován za běžný projev stárnutí. Člověk je v této fázi ještě poměrně samostatný, i když již potřebuje určité vedení a občasné připomenutí.

Průběh onemocnění lze přibližně rozdělit podle závažnosti demence na lehké, střední a těžké stadium.

- **Lehké stadium.** Objevují se především poruchy kognitivních funkcí, zejména paměti. Nemocní si často uvědomují, že mají problémy se zapamatováním, a tyto potíže lze prokázat také pomocí psychologických testů. Postupně se začínají objevovat potíže při běžných denních činnostech, hlavně při těch složitějších, které vyžadují soustředění a plánování. U některých pacientů se může objevit i depresivní nálada, která souvisí jak se změnami v mozku, tak s tím, že si nemocný stále uvědomuje své potíže.
- **Střední stadium.** Dochází k dalšímu zhoršování kognitivních schopností. Pacienti si často svůj zdravotní stav již neuvědomují. Mohou se objevit také potíže s řečí a vyjadřováním.

Schopnost zvládat běžné denní aktivity se rychle zhoršuje, zejména u činností, které vyžadují určitou samostatnost, například používání domácích spotřebičů nebo telefonování. Nemocní mohou mít také problémy s hospodařením s penězi. U části pacientů se objevují změny v chování i psychice, které mohou zahrnovat například neklid nebo jiné poruchy chování.

- **Těžké stadium.** Pacienti často nepoznávají své blízké ani prostředí, kde se nacházejí. Dochází k výrazné dezorientaci v čase i prostoru. Kvůli výraznému zhoršení kognitivních funkcí jsou nemocní zcela závislí na pomoci druhých lidí. Postiženy jsou všechny základní činnosti každodenního života. Změny chování a psychické potíže bývají pro pečující osoby velmi náročné. Od objevení prvních příznaků onemocnění se délka přežití obvykle pohybuje přibližně mezi sedmi až deseti lety. Díky vhodné léčbě a kvalitní péči může být toto období někdy o něco delší. U dědičných forem onemocnění však může být průběh rychlejší. Nejčastější bezprostřední příčinou úmrtí bývají plicní onemocnění, například zápal plic, nebo úrazy způsobené pády. Samotná Alzheimerova choroba však zůstává základní příčinou úmrtí (Zvěřová, 2017).

3.4 Poruchy kognitivních funkcí

Intelektová deteriorace

Intelektová deteriorace představuje postupné snižování intelektových schopností ve srovnání s premorbidní úrovní jedince. Míra tohoto poklesu se vyjadřuje pomocí indexu deteriorace, který udává procentuální snížení intelektové kapacity ve srovnání s původním stavem. Za klinicky významnou se považuje deteriorace dosahující hodnoty 20 % a více. Průběh intelektového úpadku se může lišit v závislosti na typu demence – u některých forem probíhá pozvolna, u jiných se vyznačuje náhlým zhoršením (Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2007).

Poruchy paměti

Poruchy paměti jsou jedním z nejčasnějších a nejvýraznějších symptomů objevujících se u osob s demencí. Nejvýrazněji se projevuje snížená schopnost osvojovat si nové informace, což se klinicky manifestuje opakovanými dotazy, zapomínáním nedávných událostí a neschopností přizpůsobit se aktuální situaci. Nemocní si často pomáhají využíváním dříve nabytých znalostí, aby současnou situaci interpretovali. Poruchy paměti jsou úzce propojeny s poruchami orientace a s výskytem konfabulací, tedy neúmyslného dotváření či zkreslování vzpomínek, které neodpovídají realitě (Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2007).

Poruchy orientace

Poruchy orientace patří mezi další časně projevy demence. Postihují orientaci v čase, místě, prostoru, a v pozdějších stadiích také orientaci vlastní osobou. Dezorientace v čase se projevuje neschopností určit aktuální datum, den v týdnu, roční období či denní dobu. Dezorientace v místě a prostoru vede k bloudění nejprve v neznámém, později i v důvěrně známém prostředí, včetně domácnosti. S progresí onemocnění dochází ke zhoršování orientace vlastní osobou, což se projevuje ztrátou údajů o vlastním věku, rodinných vztazích, profesní historii a osobní identitě. Úprava prostředí s důrazem na bezpečnost, přehlednost a dostatečné osvětlení má zásadní význam pro snížení míry dezorientace (Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2007).

Poruchy úsudku a myšlení

Podle Holmerové, Jarolímové a Suché (2007) poruchy úsudku a abstraktního myšlení úzce souvisejí s intelektovou deteriorací. Nemocní nejsou schopni pochopit význam přísloví, vytvářet abstraktní pojmy, plánovat ani správně vyhodnocovat situace. Dochází ke snížení racionálního úsudku, což se projevuje například nevhodným oblékáním vzhledem k počasí či neschopností hospodařit s financemi.

Poruchy pozornosti a motivace

Poruchy pozornosti se projevují sníženou schopností zahájit, udržet nebo dokončit činnost, zvýšenou roztěkaností i neadekvátními reakcemi na podněty a jsou charakterizovány apatií, sníženou aktivitou a omezeným zájmem o okolní dění. Nemocní postupně ztrácejí zájem o dříve oblíbené činnosti, média i sociální vztahy. V péči o osoby s demencí je proto důležité využívat aktivizační a stimulační metody zaměřené na zachované schopnosti (Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2007).

Korové poruchy

V důsledku atrofie mozkové kůry, zejména sensorických oblastí, se mohou objevit tzv. korové poruchy. Ty zahrnují smyslové agnózie, kdy pacient subjektivně vnímá poruchu zraku či sluchu, aniž by byl přítomen odpovídající organický nálezn. Mezi další korové poruchy patří fatické poruchy, zejména afázie, která se projevuje narušením produkce a porozumění řeči (Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2007).

3.5 Specifika v komunikaci s klientem s demencí

Péče o osobu s demencí přináší různé náročné situace, které často nebývají snadno řešitelné. Klíčovými k pochopení vnitřního světa osoby s demencí jsou empatie a schopnost komunikovat, přestože někteří pečovatelé si myslí, že komunikace není reálná. Senioři reagují pomaleji, proto komunikace s mladší generací může vyvolávat pocity nedočkavosti, netrpělivosti, nepozornosti i používání moderních a cizích názvů. Paměťové poruchy ovlivňují komunikaci, senioři si proto často špatně vybavují jména osob či názvy. Senioři mohou také sdělovat již sdělené informace, protože se snaží ujistit, že byli správně pochopeni. Sluchové problémy, jako je nedoslýchavost, mohou způsobit, že senior nesprávně rozumí a reaguje nepřiměřeně. Někteří senioři mohou reagovat tělesnými signály, aby upoutali pozornost. V neposlední řadě je důležité zmínit hluk v prostředí a komunikaci ve větší skupině lidí, které mohou u seniora vést k neklidnému až agresivnímu chování (Švehlová, Kainrátová a Tajanovská, 2021).

4 Zásady správné péče o klienta s Alzheimerovou chorobou

Správná péče o klienta s Alzheimerovou nemocí, zejména v pokročilém stadiu, musí být komplexní a individuálně přizpůsobená aktuálnímu zdravotnímu i funkčnímu stavu pacienta. Zahrnuje zajištění celodenní péče s důrazem na uspokojení fyzických, psychických i sociálních potřeb, podporu mobility a prevenci imobility prostřednictvím pravidelného polohování, jemné aktivizace a rehabilitačních cvičení. Nedílnou součástí péče je prevence dekubitů, která spočívá v častých změnách polohy, používání antidekubitních pomůcek a důsledné péči o pokožku. Důraz je kladen na zajištění dostatečné a nutričně vyvážené stravy, přizpůsobení konzistence pokrmů při poruchách polykání, podporu příjmu tekutin a prevenci dehydratace. Péče dále zahrnuje pomoc s osobní hygienou, řešení inkontinence prostřednictvím plánovaného režimu vyprazdňování a vhodných pomůcek, stejně jako bezpečný a klidný přístup při krmení. Zásadní roli hrají vhodná komunikace, především neverbální, a schopnost pečovatele rozpoznat projevy bolesti či diskomfortu, které klient není schopen verbálně vyjádřit. Péče by měla probíhat v úzké spolupráci s rodinou a zdravotnickým personálem, s respektem k dříve vysloveným přáním klienta, a v závěru onemocnění může být doplněna paliativní nebo hospicovou péčí zaměřenou na zachování důstojnosti a kvality života (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022).

Specifické nároky jsou kladeny na komunikační dovednosti personálu a úpravu fyzického prostředí, které má sloužit jako terapeutický nástroj. Pape-Raschen uvádí, že v pokročilých fázích demence se komunikace přesouvá do roviny emocionální a neverbální, kde hraje zásadní roli empatické naladění a potvrzení prožitků klienta, bez ohledu na jejich faktickou správnost. Je nezbytné přijmout subjektivní realitu nemocného, čímž se předchází konfliktům a prohlubování úzkostných stavů (Pape-Raschen, 2017).

Hauke (2011) upozorňuje na nezbytnost detailní znalosti životního příběhu klienta. Biografická anamnéza umožňuje personálu lépe dekodovat příčiny neklidu či zdánlivě nepochopitelného chování a adekvátně na ně reagovat skrze personálně zaměřený přístup.

Mezi zachované schopnosti u osob s AD se často řadí pevně fixovaná motorická gesta a vzorce chování, které jsou spouštěny známými i běžnými předměty v jejich okolí, jako jsou hodinky, dřez s mýdlovou vodou nebo klasický telefon s tlačítky namísto automatického vytáčení čísel. Pro usnadnění denního fungování je možné upravit prostředí tak, aby minimalizovalo chyby a nechtěné či nebezpečné projevy chování, například močení mimo toaletu. Důležitou součástí péče je především uspokojení individuálních potřeb klienta, zejména potřeby pohybu a změny prostředí, která pomáhá průchodu silných emocí a poskytuje sensorickou stimulaci. Pohyb a fyzická aktivita, například chůze, pomáhají klientům zbavovat se nadbytečné energie a zároveň poskytují pozitivní sensorickou zpětnou vazbu. Vyjádření a ventilace emocí, jako jsou hněv nebo frustrace, jsou u osob s AD velmi důležité. Pro uvolnění je možné také využít neverbální nebo jiné způsoby (bušení do těsta, práce na zahradě). Jedná se o činnosti, které napomáhají uvolnit silné emoce společensky přijatelným způsobem. Sensorická stimulace je jedním z hlavních aspektů péče o pacienty s AD (Zgola, 2003).

4.1 Bezpečnost prostředí u osob s Alzheimerovou chorobou

Při péči o osobu s demencí je nezbytné upravit prostředí tak, aby se minimalizovalo riziko úrazu či jiného ohrožení. Z prostoru by měly být odstraněny potenciálně nebezpečné předměty, jako jsou léky, ostré kuchyňské náčiní, zápalky, elektrické přístroje či nářadí. Chemické látky (např. insekticidy, benzin, barvy, rozpouštědla a čisticí prostředky) je nutné bezpečně uzamknout, případně zcela odstranit. I osoby s mírnou kognitivní poruchou mohou tyto předměty nesprávně použít a způsobit tak škodu sobě či svému okolí. Významnou roli naplňují přehlednost a jednoduchost prostředí. Nadměrné množství předmětů a nepořádek mohou zvyšovat zmatenost a přispívat ke vzniku úrazů. Prostor by měl být zbaven překážek, včetně prodlužovacích kabelů či jiných předmětů, o které by osoba mohla zakopnout (Mace a Rabins, 2018).

4.2 Stravování a režim při jídle

Během jídla by měla být osoba s AD usazena pohodlně a ve stabilní poloze, která odpovídá běžnému způsobu stolování. Je vhodné minimalizovat rušivé podněty, například vypnout televizi nebo zajistit, aby osoba nemusela během jídla odcházet na toaletu. Někteří jedinci preferují společnost při jídle, jiní naopak lépe přijímají potravu v klidném prostředí bez dalších osob.

Důležité je dostatečné osvětlení jídelního prostoru. Pro lepší orientaci je vhodné používat nádobí, které barevně kontrastuje s podkladem i podávanou stravou. Nevhodné může být skleněné či výrazně vzorované nádobí, pokud zhoršuje orientaci nebo působí zmatení (Mace a Rabins, 2018).

4.3 Poruchy příjmu potravy a polykání

U osob s AD se mohou objevit obtíže s příjmem potravy. Některé léky způsobují sucho v ústech a hrdle, což může ztěžovat polykání a snižovat chuť k jídlu. V takových případech je vhodné podávat dostatek tekutin a dbát na pravidelné zapíjení jednotlivých soust. Pokud je polykání bolestivé, může být nemocný podrážděný či odmítat stravu.

Specifickým problémem může být apraxie, kdy osoba s demencí nedokáže koordinovat žvýkání a polykání. Vhodné je proto podávat měkkou nebo mixovanou stravu, například jemně nasekané maso, kašovitou stravu, jogurty či želatinu.

Je-li přítomno zvýšené riziko dušení, je nutné vyhnout se podávání tvrdých či drobných potravin, jako jsou ořechy, bonbony, syrová mrkev nebo popcorn. Vhodnější jsou měkké a snadno polykatelné pokrmy. Během jídla by měla osoba sedět vzpřímeně s mírně předkloněnou hlavou a po jídle setrvat vsedě alespoň 15 minut (Mace a Rabins, 2018).

4.4 Podvýživa a úbytek hmotnosti

Osoby s AD bývají ohroženy podvýživou a dehydratací, a to i při snaze pečujících zajistit dostatečný příjem potravy. Tyto stavy negativně ovlivňují celkový zdravotní stav, prodlužují rekonvalescenci a mohou zkracovat délku života.

Při neúmyslném úbytku hmotnosti je nutné vyloučit jiná onemocnění či komplikace, například depresi, zácpu, cévní mozkovou příhodu nebo stomatologické obtíže. V pozdějších fázích onemocnění může být pokles hmotnosti součástí samotného patologického procesu (Mace a Rabins, 2018).

4.5 Inkontinence

V průběhu onemocnění se může objevit močová či fekální inkontinence, které představují dva odlišné problémy. Mnohé případy inkontinence bývají léčitelné, proto je důležité odborné vyšetření lékařem. Ztráta kontroly nad vylučováním může být pro nemocného i pečující osobu psychicky náročná, neboť zasahuje do oblasti osobní důstojnosti a intimity. Pečující by si měli být vědomi vlastních emocí a případných negativních pocitů, aby dokázali situaci zvládat profesionálně a s respektem ke klientovi. S progresí demence dochází často ke zhoršení mobility. Objevují se potíže s chůzí, vstáváním ze židle nebo z lůžka, změny držení těla či šouravá chůze. Zvyšuje se tak riziko pádů, a proto je nutný zvýšený dohled (Mace a Rabins, 2018).

5 Pracovník v sociálních službách

5.1 Úvodní charakteristika

V současnosti mají pracovníci v sociálních službách nezastupitelnou roli ve společnosti. Jejich úkolem je poskytnout nezbytnou pomoc a podporu lidem v obtížných životních situacích, lidem, kteří se nemohou z jakéhokoliv důvodu již o sebe postarat, a působí tak napříč věkovými kategoriemi. Tato profese zahrnuje široké spektrum dovedností a hodnot, které ovlivňují celou komunitu. Dnešní pracovníci v sociálních službách zastávají klíčovou funkci ve společnosti, poskytují podporu lidem v nesnázích, nesoběstačným. Do souboru dovedností pracovníka v sociálních službách patří například reakce na potřeby komunity, zlepšování života lidí závislých na sociální pomoci. Díky jejich propojení je pracovník schopen pružně odpovídat na potřeby komunity a přinášet pozitivní změny v životech příjemců sociální podpory. Pracovník v sociálních službách poskytuje přímou obslužnou péči zahrnující nácvik základních denních činností, podporu samostatnosti, zlepšování kvality života, aktivizaci, navazování základních společenských vztahů a uspokojování psychosociálních potřeb (Malíková, 2020).

5.2 Požadavky na kvalifikaci pracovníka v sociálních službách poskytujícího přímou obslužnou péči

Jako požadavek pro tuto profesi uvádí (Malíková, 2020) základní nebo střední vzdělání doplněné absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu, u fyzických osob, které mají oprávnění podle zvláštního právního předpisu vykonávat zdravotnickou péči v oboru ošetrovatelství, není absolvování kurzu povinné. Stejně tak je tomu u osob se vzděláním v oboru sociální práce.

5.3 Pracovní pravomoci pracovníka v sociálních službách

Pracovník by si měl uvědomovat svoji pracovní náplň a neměl by vykonávat žádnou jinou odbornou činnost. Má oprávnění poskytovat základní ošetrovatelskou péči a pomáhat klientům při běžných denních činnostech. Další náplní je respekt ke svým povinnostem. Řídí se pracovním plánem sestaveným vrchní sestrou nebo jiným nadřízeným pracovníkem. Spolupracuje s kolegy při zjišťování, realizaci a hodnocení individuálních plánů, taktéž se aktivně podílí na týmové práci (Malíková, 2020).

5.4 Klíčové dovednosti pracovníka v sociálních službách

- **Komunikace.** Empatická a srozumitelná komunikace je velmi důležitá. Pracovník v sociálních službách musí umět naslouchat, porozumět, ale zároveň jasně sdělovat informace.
- **Empatie a porozumění.** Mezi nepostradatelné vlastnosti pracovníka v sociálních službách patří schopnost porozumění, vcítění se do daného klienta a respekt vůči danému klientovi.
- **Kreativita a flexibilita.** Jedná se o schopnost individualizovat každého klienta, hledat různé možnosti s ohledem na individualitu každého jedince.

- **Etika a morálnost.** Profese pracovníka v sociálních službách je založena na silných etických základech. Pracovník musí respektovat lidskou důstojnost a dodržovat zásady rovnosti.
- **Organizační dovednosti.** Pracovník v sociálních službách často řeší více úkolů současně, proto je důležitá schopnost organizovanosti, umět si všechny činnosti uspořádat tak, aby jeho práce byla efektivní a dobře odvedená.
- **Týmová spolupráce.** Spolupráce s jinými pracovníkem a kolegy v týmu je nezbytnou součástí tohoto povolání. Práce v sociálních službách je o týmové spolupráci a zapojení všech článků týmu.
- **Znalost systému.** Znalost zdrojů, které mohou pracovníci poskytnout klientům, je nezbytná. Pracovník by měl umět odkázat klienta na jeho dostupné zdroje (Mavo, 2026).

5.5 Předpoklady pro respektování a poznávání klienta i jeho situace

Pro úspěšné respektování a porozumění klientovi i jeho situaci je potřeba, aby pracovník v sociálních službách splnil několik předpokladů. Je důležité umět rozpoznat požadavky klienta, které mohou být časově nekonzistentní a obsahově nesrozumitelné. Taktéž je nutné akceptovat klientovu neochotu vykonávat soběstačné činnosti, přičemž pečovatel musí zvážit, co klient zvládne sám. Dále je potřeba také včas identifikovat akutní zdravotní nebo psychické stavy, jež vyžadují zásah dalších odborníků, což je sice běžný, ale často obtížně naplnitelný předpoklad. Rovněž je nezbytné rozpoznat skutečný potenciál klienta k sebeobsluze, aniž by se příznaky zdravotních či psychických potíží zaměňovaly s jeho neochotou. Stimulace klienta k sebeobslužným aktivitám by měla být prováděna s ohledem na odhad jeho reálných možností. Pečovatel by si měl být vědom vlastní moci nad klientem, snažit se ji nepřekračovat a respektovat potřeby klienta (Musil, Kubalčíková a Hubíková, 2006).

6 Výzkumná část práce

6.1 Metodologie

6.1.1 Popis vybraného druhu metodologie

Podle Hendla (2005) je kvalitativní výzkum výzkumným přístupem, jenž má za cíl porozumět významům, které lidé přisuzují svému jednání, zkušenostem a sociální realitě. Zaměřuje se na hlubší pochopení zkoumaného jevu v jeho přirozeném kontextu a usiluje o zachycení komplexity sociálních procesů.

Výhody kvalitativního výzkumu

Mezi hlavní výhody kvalitativního výzkumu řadí Hendl (2005) možnost detailního a hloubkového poznání zkoumaného jevu. Tento přístup umožňuje porozumět motivům, postojům a zkušenostem účastníků, které by kvantitativní metody nemusely postihnout. Další výhodou je flexibilita výzkumného procesu, která umožňuje reagovat na nové skutečnosti zjištěné v průběhu výzkumu. Kvalitativní výzkum se rovněž jeví vhodný pro zkoumání nových, málo probádaných témat, kde dosud neexistuje dostatek teoretických poznatků.

Nevýhody kvalitativního výzkumu

Jako nevýhodu kvalitativního výzkumu uvádí Hendl (2005) možnost zobecnění výsledků na širší populaci, protože pracuje s menším a záměrně vybraným vzorkem respondentů. Výsledky do určité míry závisí na interpretaci výzkumníka, což může vést k riziku subjektivity. Proces sběru a analýzy dat je časově náročný a vyžaduje vysokou míru odborné kompetence výzkumníka.

Vhodnost a nevhodnost kvalitativního výzkumu

Kvalitativní výzkum je podle Hendla (2005) vhodný zejména tehdy, pokud je cílem porozumět významům, zkušenostem a procesům, které nelze snadno kvantifikovat. Uplatňuje se při zkoumání složitých sociálních jevů, při analýze individuálních případů nebo při vývoji nových teorií. Bývá vhodný také v situacích, kdy je potřeba proniknout do hloubky problému a zachytit kontext daného prostředí. Naopak méně vhodný bývá kvalitativní přístup v případech, kdy je cílem testování předem stanovených hypotéz na reprezentativním vzorku populace nebo získání statisticky zobecnitelných dat. Pokud jsou požadovány vysoká míra objektivity měření a přesná kvantifikace jevů, je vhodnější využít kvantitativní výzkum.

Nejčastější metody kvalitativního výzkumu

Mezi základní strategie kvalitativního výzkumu patří podle Hendla (2005) případová studie, etnografický výzkum, zakotvená teorie, fenomenologický výzkum a v neposlední řadě biografický výzkum.

K nejčastěji používaným metodám sběru dat náleží:

- hloubkový (polostrukturovaný či nestrukturovaný) rozhovor,
- zúčastněné i nezúčastněné pozorování,
- analýza dokumentů,
- fokusní skupiny.

6.1.2 Nástroj získání dat

Data pro tuto část bakalářské práce byla získávána pomocí polostrukturovaných rozhovorů s oslovenými respondenty, již budou dále označováni jen jako komunikační partneři.

Vymezení a charakteristika polostrukturovaného rozhovoru

Polostrukturovaný rozhovor podle Mišoviče (2025) představuje kvalitativní výzkumnou techniku založenou na předem připraveném souboru tematických okruhů a otázek, které jsou systematicky zaměřeny na výzkumný problém. Současně však polostrukturovaný rozhovor poskytuje výzkumníkovi dostatečný prostor pro flexibilitu, úpravu formulací otázek i jejich pořadí podle aktuální situace a průběhu rozhovoru. Významným rysem této metody je skutečnost, že výzkumník i komunikační partner vystupují jako rovnocenní aktéři interakce. Odpovědi nevznikají jako objektivní obraz reality, ale jako výsledek konkrétní situace a sociální interakce mezi oběma stranami.

Výhody polostrukturovaného rozhovoru

Mezi hlavní výhody této metody patří podle Mišoviče (2025) možnost hlubšího porozumění zkušenostem a významům, které aktér svým jednáním přisuzuje:

- flexibilita při vedení rozhovoru,
- schopnost reagovat na nové směry, které se během rozhovoru objeví,
- získávání detailních a „prokreslených“ odpovědí,
- možnost postupné úpravy otázek na základě předchozích rozhovorů.

Vhodnost polostrukturovaného rozhovoru

Tato technika je vhodná, jak popisuje Mišovič (2025), především tehdy, když je cílem výzkumu porozumět tomu, jak lidé interpretují své jednání, jaké významy mu přiřkládají a jak reflektují své zkušenosti. Umožňuje zachytit subjektivní pohled účastníka a současně poskytuje výzkumníkovi oporu ve formě předem připravené struktury. Polostrukturovaný rozhovor je využitelný i u skupin, kde komunikace nemusí být vždy jednoduchá, avšak není extrémně zatížena výraznými behaviorálními odchylkami. Její úspěšnost je podmíněna důvěrou mezi výzkumníkem a respondentem, jakož i schopností citlivě reagovat na průběh rozhovoru.

6.1.3 Výběr výzkumného vzorku

Podle metodologa Hendla (2005) představuje výzkumný vzorek reprezentativně vybranou část základního souboru, která je určena k empirickému zkoumání. Jejím cílem je umožnit zobecnění získaných výsledků na širší populaci. Využití výzkumného vzorku přispívá k efektivnějšímu průběhu výzkumu, neboť snižuje časovou i finanční náročnost sběru a zpracování dat. Správně zvolený vzorek zároveň umožňuje realizovat jak kvantitativní, tak kvalitativní výzkumné šetření při zachování dostatečné vypovídací hodnoty výsledků.

Výběr výzkumného souboru pro realizaci polostrukturovaných rozhovorů probíhal formou záměrného (účelového) výběru. Do výzkumu byly zařazeny pracovnice v sociálních službách působící v domově se zvláštním režimem, ve kterém byl výzkum realizován. Tyto respondentky (dále jen komunikační partnerky) byly vybírány s ohledem na jejich přímou zkušenost s poskytováním péče klientům s Alzheimerovou chorobou. Původním záměrem byl homogenní sběr dat, kdy bylo cílem zahrnout pouze komunikační partnerky s delší dobou praxe. Tento záměr se však nepodařilo zcela naplnit, neboť dvě zkušenější pracovnice účast na rozhovoru odmítly. Z tohoto důvodu byly následně osloveny i kolegyně s kratší délkou praxe. Polostrukturované rozhovory jsem vedla celkem se 6 pracovnicemi, které byly ochotny se mnou rozhovory vést. Komunikační partnerky tvoří mé kolegyně, s nimiž pravidelně spolupracuji v rámci každodenních pracovních směn.

Tab. 1: Věk a délka pracovního poměru komunikačních partnerek

KP	Věk (let)	Doba praxe v oboru (let)
KP1	22	2
KP2	50	9
KP3	47	1,5
KP4	50	10
KP5	55	20
KP6	45	21

Zdroj: vlastní zpracování, 2026

6.1.4 Limity výzkumu

Jako jeden z limitů výzkumu vnímám různou míru otevřenosti komunikačních partnerek. Některé pečovatelky měly z rozhovoru obavy, což mohlo souviset s nejistotou ohledně zachování anonymity nebo s obavami z možného hodnocení jejich práce. Tyto skutečnosti mohly vést k opatrnějším či sociálně žádoucím odpovědím. U několika respondentek se rovněž projevovala nejistota ve vyjadřování – samy uváděly, že „neumí mluvit“ nebo že se obtížně vyjadřují. To mohlo ovlivnit hloubku a rozsah získaných dat.

Limitujícím faktorem mohla být také časová vytíženost pracovnic. Přestože rozhovory probíhaly po domluvě s vedoucí přímé péče v klidném a tichém prostředí zařízení a byly plánovány s ohledem na jeho provoz, nelze vyloučit, že pracovní povinnosti mohly ovlivnit soustředění respondentek či délku jejich odpovědí. Dalším limitem této práce je skutečnost, že jsem dosud neměla zkušenosti s realizací polostrukturovaných rozhovorů.

Při prvním rozhovoru jsem se necítila zcela jistě a nedokázala jsem vždy pružně reagovat tak, jak bych si představovala, což mohlo ovlivnit průběh rozhovoru.

Za limit považuji i způsob výběru komunikačních partnerek, který nebyl náhodný, ale cílený podle předem stanovených kritérií, zejména délky pracovních zkušeností. Původním záměrem bylo oslovit především zkušenější pracovnice, avšak z důvodu odmítnutí účasti dvěma z nich jsem byla nucena zařadit i kolegyně s kratší praxí. Nižší pracovní zkušenost některých respondentek tak mohla ovlivnit charakter získaných odpovědí.

Posledním limitem je skutečnost, že jsem kolegyní všech komunikačních partnerek a v daném zařízení s nimi přicházím do každodenního kontaktu. Přestože jsem se v průběhu rozhovorů snažila zachovat maximální objektivitu a nijak respondentky neovlivňovat, nelze zcela vyloučit, že vzájemný pracovní vztah mohl mít vliv na otevřenost či obsah jejich odpovědí.

6.1.5 Charakteristika organizace a výzkumného prostředí

Výzkum probíhal v moderním pobytovém zařízení sociálních služeb. Zřizovatelem zařízení je Jihomoravský kraj. Zařízení je určeno pro cílovou skupinu seniorů se sníženou soběstačností v oblasti základních životních dovedností, kteří trpí Alzheimerovou chorobou, stařeckou demencí nebo jinými typy demence spojenými s poruchami paměti a orientace. Minimální věková hranice pro přijetí je stanovena na 55 let. Domov poskytuje klientům komplexní péči a podporu odpovídající jejich individuálním potřebám. Součástí poskytovaných služeb je celodenní stravování pětkrát denně, a to včetně zajištění všech typů diet. Ubytování je nabízeno v jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích se samostatným sociálním zařízením. Dále se o domovech se zvláštním režimem pojednává v teoretické části. (v kapitole 1., podkapitole 1.10 -Domovy se zvláštním režimem).V zařízení je klientům poskytována pomoc při osobní hygieně a podpora při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, včetně oblékání, svlékání a celkové úpravy vzhledu. Součástí poskytované péče je také dopomoc při pohybu a změnách polohy na lůžku. Zařízení rovněž zajišťuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a realizaci individuálních i skupinových aktivizačních činností. Klientům je poskytována podpora při uplatňování jejich práv a při vyřizování osobních záležitostí. Zdravotní péče je zajištěna v souladu se zdravotním stavem klientů. Každý den v týdnu navštěvuje zařízení praktický lékař, ve vybrané dny v měsíci je zajištěna péče psychiatrické lékařky a diabetoložky. Domov je organizován do čtyř oddělení, přičemž každé z nich disponuje sesternou, určenou pro práci zdravotnického personálu a pracovníků v přímé péči. V každé sesterně jsou k dispozici dva počítače. V prvním patře se nachází místnost pro fototerapii, vybavená třemi speciálními křesly pro masáž. Každé patro má společnou jídelnu, kde je rovněž vyhrazena odpočinková a relaxační část s televizním zařízením. Celková kapacita domova je sto lůžek. Zařízení zároveň vymezuje situace, za kterých nelze žadatele přijmout. Jedná se zejména o případy, kdy požadovaný druh služby neodpovídá zaměření zařízení, nebo pokud by poskytování služby nebylo možné zajistit v odpovídající kvalitě. Dále se jedná o osoby, jejichž zdravotní stav vyžaduje specializovanou péči, kterou zařízení není schopno zajistit, například z důvodu potřeby specifických komunikačních prostředků, infekčního onemocnění vyžadujícího izolaci či hospitalizaci, případně závažné duševní poruchy, která by mohla ohrozit samotného klienta či jeho okolí. Důvodem k odmítnutí může být také naplněná kapacita zařízení.

6.1.6 Organizace výzkumu

Organizace výzkumu byla zahájena oslovením vedoucí přímé péče daného zařízení, které byl představen záměr realizace kvalitativního výzkumu pro účely bakalářské práce. V rámci tohoto úvodního setkání byly objasněny cíle výzkumu, jeho zaměření i způsob sběru dat. Po udělení souhlasu ze strany vedení zařízení bylo možné přistoupit k samotné realizaci výzkumu.

Následně byly postupně oslovovány pracovnice přímé péče, které splňovaly stanovená kritéria pro zařazení do výzkumu. Výběr komunikačních partnerek byl záměrný, přičemž důraz byl kladen především na délku jejich praxe a zkušenosti s péčí o klienty s Alzheimerovou chorobou. Do výzkumu bylo celkem zapojeno šest komunikačních partnerek. Většina z nich měla delší pracovní zkušenost v oblasti sociálních služeb, dvě z nich disponovaly kratší praxí.

Před samotnou realizací rozhovorů byly všechny komunikační partnerky seznámeny s cílem výzkumu i s jednotlivými výzkumnými otázkami. Zároveň jim byl poskytnut dostatečný prostor pro kladení dotazů a vyjasnění případných nejasností. Každé z účastnic byl před zahájením rozhovoru předložen informovaný souhlas, který zahrnoval také souhlas s pořízením audiozáznamu. Tento souhlas byl nezbytný k zajištění etických principů výzkumu a k následnému zpracování dat (viz přílohu č. 3).

Sběr dat probíhal od ledna 2026. Jednotlivé rozhovory byly plánované. Rozhovory probíhaly v předem domluveném čase a prostředí, které bylo pro komunikační partnerky přirozené a bezpečné. Každý rozhovor trval od 30 minut do maximální délky, a to 40 minut.

Po uskutečnění každého rozhovoru byl audiozáznam co nejdříve přepsán do textové podoby, aby nedošlo ke ztrátě významových souvislostí. Následně byly přepisy opakovaně pročítány a analyzovány. V rámci analýzy dat byly identifikována klíčová témata a významné výroky, které byly dále tříděny do jednotlivých kategorií. Tento postup umožnil systematické zpracování získaných dat a jejich následnou interpretaci v kontextu stanovených výzkumných otázek.

6.1.7 Analýza a interpretace výsledků výzkumu

V rámci kvalitativního výzkumu byla stanovena hlavní výzkumná otázka, která je totožná s cílem bakalářské práce, a to identifikovat překážky se kterými se pracovníci v sociálních službách setkávají při přímé péči v domově se zvláštním režimem. Na tuto hlavní otázku navazovaly tři dílčí výzkumné otázky, ke kterým byly následně vytvořeny otázky pro polostrukturované rozhovory.

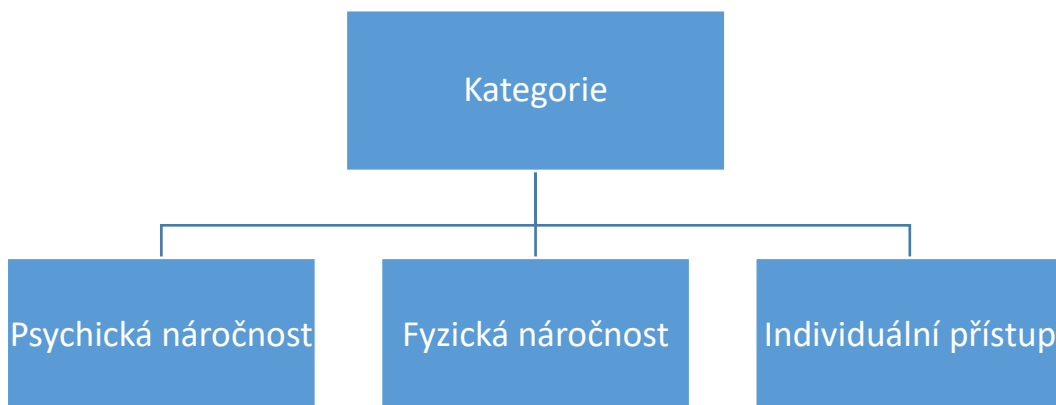
1. **Dílčí výzkumná otázka** – Jak pracovníci popisují péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?
2. **Dílčí výzkumná otázka** --Jaké faktory v pracovním prostředí pracovníci považují za limitující při péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?
3. **Dílčí výzkumná otázka** – Jaké překážky pracovníci vnímají při komunikaci s klientem s Alzheimerovou chorobou?

V průběhu analýzy získaných dat byly pro jednotlivé dílčí výzkumné otázky identifikovány významové kategorie. Do těchto kategorií byly systematicky zařazovány konkrétní citace komunikačních partnerů, které odpovídaly daným tematickým okruhům. Tento postup umožnil strukturovat získaná data a přehledně zachytit hlavní překážky, se kterými se pracovníci v sociálních službách při péči o klienty s Alzheimerovou chorobou setkávají.

6.2 Dílčí výzkumná otázka č. 1 - Jak pracovníci popisují péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?

V rámci této dílčí výzkumné otázky byly realizovány rozhovory s komunikačními partnerkami. Úvod rozhovoru byl zaměřen na obecné zkušenosti komunikačních partnerek s péčí o klienty s Alzheimerovou chorobou. Následně byly pokládány další otázky, přičemž jejich pořadí se mohlo v průběhu rozhovoru lišit v závislosti na jeho přirozeném průběhu. Na základě analýzy získaných dat byly identifikovány tři významové kategorie, které se v jednotlivých rozhovorech opakovaně objevovaly a zároveň úzce souvisely s danou dílčí výzkumnou otázkou:

1. kategorie: Psychická náročnost
2. kategorie: Fyzická náročnost
3. kategorie: Individuální přístup



Obr. 1: Kategorie k 1 DVO
Zdroj: Vlastní zpracování, 2026

Respondentky často uváděly, že se jedná o velmi náročnou práci, a to zejména z hlediska psychické zátěže, kdy je nezbytné naladit se na empatický přístup ke klientům. V této souvislosti některé z nich zmiňovaly, že v rámci své profese částečně zastávají i roli psychologa.

Specifickou výpověď poskytla komunikační partnerka KP3, která popsala svůj přístup ke klientům tak, že je vnímá jako členy vlastní rodiny a označuje je jako „zlatíčka“. Zároveň však respondentky zdůrazňovaly nutnost zachování určitého profesního odstupu, který jim pomáhá lépe zvládat emočně náročné situace, například odchod klienta.

V odpovědích se rovněž opakovaně objevovala radost z pozitivní zpětné vazby, zejména ve formě poděkování ze strany rodiny klienta či samotného klienta. Tento aspekt vnímaly pracovnice jako významný a příjemný prvek své profese. Například komunikační partnerka KP5 uvedla: „Do práce chodím ráda, ještě jsem nevyhořela.“

Tato respondentka dále ve svém rozhovoru zmínila zkušenost s napadením klientem v jiném zařízení a zdůraznila důležitost dodržování bezpečnostních zásad, například neotáčet se ke klientovi zády a být připravena na jeho možné reakce. Tuto výpověď lze považovat za specifický a přínosný vhled do dané problematiky.

1.kategorie: Psychická náročnost

Z výpovědí komunikačních partnerů vyplývá, že práce s klienty je výrazně psychicky náročná a vyžaduje vysokou míru trpělivosti a empatie. Pracovníci se často setkávají s projevy agresivity, dezorientace a opakujícího se chování ze strany klientů, což zvyšuje náročnost každodenní péče. Klienti mnohdy nerozumí pokynům ani po opakovaném vysvětlování, což vede k frustraci na obou stranách.

Dalším významným aspektem je nutnost neustálého dohledu a asistence i u základních denních činností, které klienti v pokročilejších stavech onemocnění již nezvládají samostatně.

Pracovníci tak zajišťují péči „od A do Z“, včetně hygieny, orientace a udržení klidu a pohody klientů během dne.

Opakování stejných pokynů a požadavků je vnímáno jako vyčerpávající nejen pro pracovníky, ale i pro samotné klienty, kteří mohou ztrácet pocit autonomie a klidu. Současně se ukazuje, že pracovníci si s klienty často vytvářejí osobní vztahy, což zvyšuje emoční náročnost práce. Výše uvedené potvrzují citacemi komunikačních partnerek.

KP2: „Práce je psychiky vyčerpávající. Potřebuji být trpělivá a empatická. Klienti tu jsou někdy trošičku agresivní a dezorientovaní.“

KP6: „Máme třeba tady jednu klientku, že jo, která pořád vykřikuje, pořád se dožaduje jídla, pořád všechno opakuje, když neodpovídáme hned, tak prostě zvyšuje tón a začíná být razantnější. Je to v náročnosti toho, že těm klientům to říkáme desetkrát a prostě navádíme ho na tu činnost, a on třeba jako vůbec nerozumí nebo nedokáže už to v té hlavě tak jako si dát dohromady, co po něm vlastně chceme. Takže to beru jako asi jedno z nejnáročnějších. A taky ty další věci jako, že člověk je prostě musí pořád hlídat, protože oni už nevědí, že třeba v těch horších stadiích, že jako ti chodící, že mají jít na záchod, že se mají vytříít. Prostě takový ty klasický jako věci, který my bereme jako automaticky, tak oni ty návyky už úplně jako by ztratili. Takže vlastně nás mají od A do Z. A to je na tom to náročný, je prostě jakoby zkorigovat takhle celý den, aby byli v klidu, míru, pohodě a čistí a tak dále.“

KP1: „Opakovat jednu a stejnou věc pořád dokola je pro nás ubíjející, i pro ty klienty. Určitě, že když po něm pořád někdo něco chce a něco mu připomíná, taky nemá klient svůj klid.“

KP3: „Já osobně to mám nastavený tak, že opravdu jsem hodně empatický člověk. Třeba když tady byla klientka, která tady byla chvíli a my jsme si dokázali udělat srandu spolu a měli jsme vztah společný, a ona náhle zemřela. Tak to můžu říct, že mě to zabořelo, a to jsem si i poplakala.“

2. Kategorie: fyzická náročnost

Významová kategorie fyzická zátěž vychází z výpovědí komunikačních partnerek, které poukazují na vysoké nároky spojené s každodenní péčí o klienty. Respondentky zmiňují především neustálý pohyb a nutnost „pořád lítat a pobíhat za klienty“, což ukazuje na dynamický a fyzicky vyčerpávající charakter práce. Fyzická náročnost je dále spojena s asistencí při běžných denních činnostech, kdy někteří klienti nezvládají ani základní úkony, například si samostatně obléknout oděv. Pracovníci tak musí poskytovat kontinuální pomoc v různých oblastech péče. Z výpovědí zároveň vyplývá, že míra fyzické zátěže se liší v závislosti na soběstačnosti jednotlivých klientů, což přispívá k celkové náročnosti této profese.

KP5: „Tahle péče je náročná, jak fyzicky, tak psychicky, a musí mít člověk velkou trpělivost. Jelikož ti lidé nechápou, nerozumí, nepoberou to, co po nich chcete. Takže práce s nimi je velmi náročná, ale jak kteří, někteří neví, jak si mají zapnout mikinu, někteří si zapnou televizi.“

KP1: „Pořád musíme lítat a pobíhat za klienty“.

KP4: „Za celý den se nezastavím, ale na to se dá zvyknout „,

3. Kategorie: Individuální přístup

Pracovnice vnímají jako velmi důležitý aspekt v péči o klienty s AD individualitu každého klienta, což potvrzují ve svých tvrzeních níže. Odpovědi dotazovaných se často prolínají v souvislostech spojených s individualitou každého jedince. Většina komunikačních partnerek ve svých odpovědích zdůraznila nutnost individuálního přístupu, a to i s ohledem na různé fáze Alzheimerovy choroby. Tento důraz lze interpretovat jako důležitý prvek kvalitní péče, jelikož potřeby klientů se v průběhu onemocnění významně proměňují.

Z rozhovorů dále vyplývá, že pracovnice přizpůsobují nejen formu komunikace, ale i konkrétní činnosti aktuálním schopnostem klienta. V počátečních fázích onemocnění se více zaměřují na podporu soběstačnosti a zachování dosavadních dovedností, zatímco v pokročilejších fázích kladou důraz především na zajištění bezpečí, základních potřeb a neverbální komunikaci.

Současně lze pozorovat, že individuální přístup není vnímán pouze jako metodický postup, ale jako přirozená součást každodenní praxe. Respondentky tak nepřímou potvrzují, že bez znalosti životní historie klienta, jeho zvyků a aktuálního psychického stavu nelze poskytovat efektivní a důstojnou péči. Tyto závěry korespondují s teoretickými poznatky (viz kapitolu 3.3), které zdůrazňují proměnlivost projevů Alzheimerovy choroby a nutnost flexibilního přístupu ze strany pracovníků v sociálních službách.

KP2: „Každý klient s tou nemocí se víceméně chová jinak. Pracuji tady devět let a u každého klienta je to strašně individuální. V některých případech si jeden klient neuvědomuje, že tady vůbec je. Plete se, zapomíná čím dál častěji, a někteří mají světlé chvíle. Každý jsou úplně jiný človíček, musíme se s nimi naučit komunikovat, protože když je nenaučíš komunikovat s námi jejich řečí, tak potom mohou být agresivní nebo zlí, nebo s námi nebudou komunikovat, a to my nechceme.“

KP4: „Myslím si, že člověk přistupuje k těm lidem individuálně. Musí se přistupovat ke každému klientovi jako kdyby jinak. Ale to člověk časem pozná jak. Někdo potřebuje takový větší řád.

A je důležité také tu osobu respektovat. A vnímat stav toho klienta, v jakém je zdravotním stavu nebo psychickém, že je třeba prostě individuálně každého toho klienta poznat a přistupovat k němu podle jeho potřeb. Protože každý je jiný.“

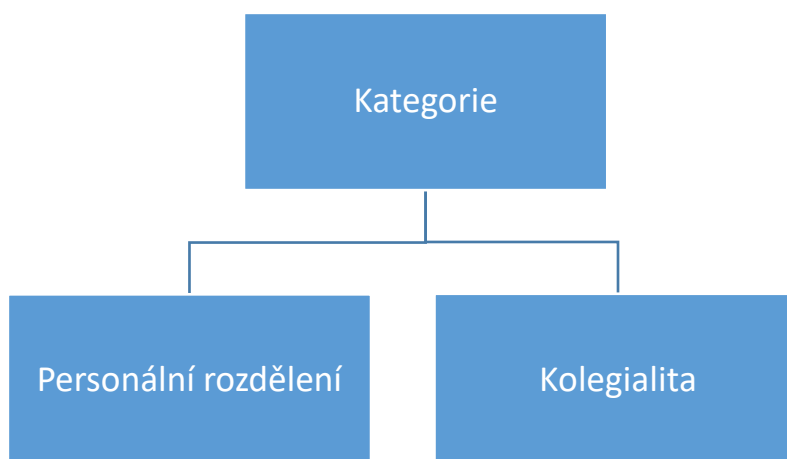
KP1: „U lehké fáze je potřeba připomínat například: Kolikátého je dneska? U střední fáze je potřeba myslet na to, že se klienti již moc neorientují, a u těžké fáze je většinou potřeba úplná péče, jsou závislí na nás.“

KP6: „Zkušenost asi taková: přistupovat individuálně a nacítit se na toho klienta a prostě jednat s ním tak, jak si myslím, že zrovna jako v tu chvíli potřebuje. Abych se s ním co nejlépe domluvila. Asi tak jako. A navedla ho tam, kam jakoby potřebuji, třeba na tu hygienu a tak. Takže prostě jak se v daný moment jako cítí.“

6.3 Dílčí výzkumná otázka č. 2 - Jaké faktory v pracovním prostředí pracovníci považují za limitující při péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?

Na začátku rozhovoru v rámci 2 DVO jsem položila první otázku obecnějšího charakteru, jak by KP popsala pracovní podmínky při péči o klienty s AD v tomto zařízení. Další otázky byly podrobnější a byly pokládány postupně, jak zapadaly do kontextu rozhovoru. V rámci 2 DVO jsem stanovila dvě klíčové kategorie, které se v rámci rozhovoru vzájemně prolínají a korespondují spolu.

1. Kategorie: Personální rozdělení
2. Kategorie: Kolegialita



Obr. 2 kategorie k 2 DVO

Zdroj: vlastní zpracování, 2026

1. kategorie: Personální rozdělení

Z výpovědí komunikačních partnerek vyplývá shoda v tom, že zásadním problémem při poskytování péče je nedostatečný počet personálu. Respondentky poukazují na vysoké pracovní tempo, nutnost zvládat velké množství úkolů v omezeném čase a časté situace, kdy je možné zajistit pouze základní péči. Shodují se také na tom, že v důsledku personálního poddimenzování nemají dostatek času na individuální přístup ke klientům, což ovlivňuje jak jejich pracovní podmínky, tak kvalitu poskytované péče. Níže jsou uvedené citace KP, které dokládají výše uvedené shrnutí.

KP5: „*No tak rozhodně si myslím, že je tady málo personálu. Jsou udělaný hygienický věci, napolohovány, ale odcházíme k dalšímu klientovi.*“

KP2: „*V případě nemocnosti je nás tu méně, musíme to zvládnout.*“

KP1: „*Když víte, že musíte zvládnout tolik věcí za hodinu, což je prostě nezvladatelný, a už víte, že toho posledního musíte odbýt.*“

KP4: „*Je tady nedostatek toho času, abychom měli na toho klienta dostatek času, na toho každého, protože je nás tady fakt málo. Takže člověk zvládne udělat jenom jako to nejnужnější a pak není čas na to, aby se ten člověk, abychom se tomu člověku věnovali tak, jak bychom chtěli.*“

2. kategorie: Kolegialita

Komunikační partnerky se ve svých výpovědích shodovaly na tom, že kolegialita představuje v jejich pracovním prostředí klíčový faktor pro kvalitní poskytování péče. Zdůrazňovaly význam vzájemné spolupráce, podpory a efektivní komunikace mezi jednotlivými členkami týmu. Právě fungující týmová spolupráce podle nich významně přispívá k plynulému chodu pracovních činností a zároveň pozitivně ovlivňuje kvalitu péče o klienty.

Naopak v případech, kdy dochází k nedostatečné komunikaci nebo narušení vzájemné důvěry mezi kolegyněmi, vnímají KP tuto situaci jako zásadní problém. Nemožnost spolehnout se na ostatní členy týmu může vést ke zvýšené pracovní zátěži, vzniku konfliktů a k celkovému zhoršení pracovního prostředí. Tyto skutečnosti následně mohou mít negativní dopad nejen na samotné pracovnice, ale i na poskytovanou péči. Níže jsou výroky pracovnic, které překážky v rámci kolegiality na pracovišti potvrzují.

KP2: „*Měla jsem tady dvě kolegyně, se kterými jsem neměla dobrý vztah. Musela jsem na jejich rozkaz jít udělat dvě kolegyně, bylo to nepříjemné a nevím proč.*“

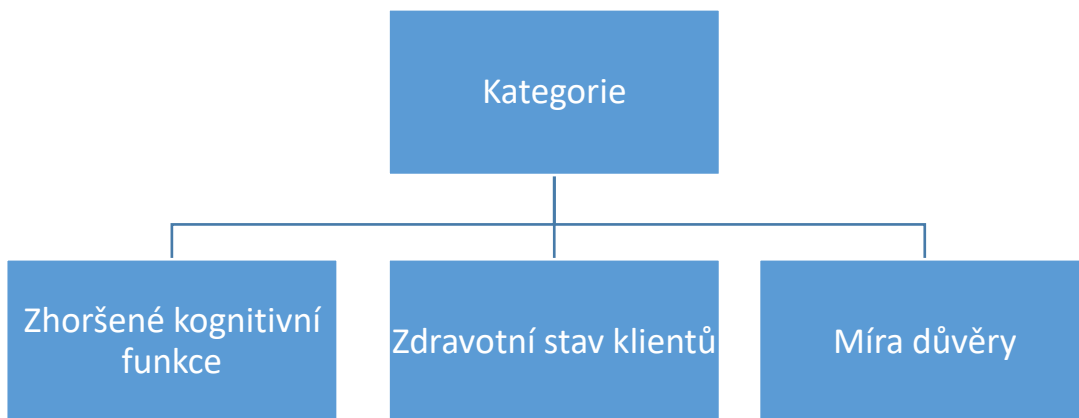
KP1: „*Měli jsme zde kolegyni, která měla nějaké problémy doma a nedokázala udržet profesní život.*“

KP6: „*Špatný kolektiv, protože ten kolektiv je důležitý jak pro všechny kolegyně, tak hlavně i pro ty klienty, protože s prominutím našťvaný kolektiv nemůže dobře sloužit jakoby i těm klientům. Takže to i pro mě je jako by číslo jedna, že prostě když je špatný kolektiv, tak prostě jedna s tím nic neudělá, takže odcházím.*“

6.4 Dílčí výzkumná otázka č. 3 -Jaké překážky pracovníci vnímají při komunikaci s klientem s Alzheimerovou chorobou?

V rámci 3 DVO, která se zaměřuje na překážky v komunikaci, se kterými se pracovníci v sociálních službách setkávají běžně při péči o klienty s AD, jsem položila několik otázek v rámci rozhovoru. První otázka byla obecnější, zatímco další otázky se týkaly konkrétních překážek, se kterými se mohou pracovníci v rámci komunikace setkat. Byly zvoleny kategorie, které jsem dále názorně graficky zpracovala.

1. Kategorie: Zhoršené kognitivní funkce
2. Kategorie: Zdravotní stav klientů
3. Kategorie: Míra důvěry



Obr. 3 Kategorie k 3 DVO
Zdroj: vlastní zpracování, 2026

1. Kategorie: Zhoršené kognitivní funkce

Všechny dotazované pracovníce, se kterými byly vedeny rozhovory zaměřené na překážky v komunikaci s klienty, se shodovaly, že komunikace s klienty s demencí je velmi specifická a náročná. Podle jejich zkušeností klienti často mění nálady, mohou být nepředvídatelní a mnohdy neprojevují ochotu spolupracovat, což značně komplikuje průběh péče a plánované činnosti. Respondentky zdůrazňovaly, že při kontaktu s klienty s demencí je nezbytné uplatňovat vysokou míru trpělivosti, empatie a citlivosti. Takový přístup nejen zlepšuje efektivitu komunikace, ale zároveň přispívá k pocitu bezpečí a respektu u klientů. Pracovnice rovněž upozornily, že schopnost naslouchat a vnímat individuální potřeby klienta je klíčová pro budování důvěry a zajištění kvalitní péče. V průběhu rozhovorů se opakovaně objevovala také fráze „musíte přistoupit na jejich ‚hru‘“. Tím pracovníce vyjadřovaly nutnost přizpůsobit komunikaci aktuálnímu prožívání klienta. Příkladem může být situace popsaná komunikační partnerkou KP1, kdy si klientka myslela, že péče buchtu v troubě. Pracovnice si byla vědoma, že by nebylo vhodné klientku přesvědčovat o opaku, protože by to pravděpodobně nevedlo k pozitivnímu výsledku. Většina pracovníků uvedla, že pokud by se snažily klienty z jejich mylných

představ vyvést nebo jejich tvrzení vyvracet, často by se setkaly s negativní reakcí ze strany klientů, například s agresivitou nebo odmítáním spolupráce.

Z tohoto důvodu považují za vhodnější přizpůsobit komunikaci aktuální situaci a přistupovat ke klientům s pochopením i respektem. Níže uvedené výroky potvrzují překážky v komunikaci s ohledem na zhoršené kognitivní funkce klientů v DZR.

KP2: „Práce s tím klientem, který je dezorientovaný, nespolupracuje a případně i agresivní, nerozumí tomu, co po něm chceme.“

KP5: „Někdy nechápou, co chceš, musíš přistoupit na jejich ‚hru‘.“

KP3: „Klientka někdy ‚stávkuje‘, protože chce spinkat, ale já se jí snažím vysvětlit, že se musí umýt, a vše jí vysvětluji. Máme tady klientku, která úplně zapomíná.“

KP4: „Je to prostě někdy jak s malým dítětem. Kolikrát říkáme: Kde je lžice? Opakování, pořád dokola.“

KP1: „U těch klientů je opravdu potřeba, aby se mluvilo pomalu, nahlas, jednoduše, srozumitelně.“

2. kategorie: Zdravotní stav klientů

Pracovnice se v rozhovorech často shodovaly na tom, že pro navázání hlubšího vztahu s klientem a pro efektivní spolupráci je důležité, aby byl klient stabilizovaný a měl nastavenou odpovídající léčbu. Podle jejich zkušeností je právě zdravotní stav klienta jedním z klíčových faktorů, které ovlivňují jeho schopnost komunikovat, spolupracovat a zapojit se do poskytovaných služeb. Pokud klient není dostatečně zaléčený, mohou být navazování vztahu i další práce s ním výrazně obtížnější. V této souvislosti se objevila také potřeba spolupráce se zdravotnickým personálem, zejména se zdravotními sestrami. Komunikační partnerka KP1 v rozhovoru uvedla: „Potřebujeme, aby zdravotní sestřičky předávaly informace ošetřovatelkám.“ Z její výpovědi vyplývá důraz na důležitost sdílení informací mezi jednotlivými profesemi, které se na péči o klienta podílejí. Předávání informací může přispět k lepší orientaci pracovníků v aktuálním zdravotním stavu klienta, a tedy rovněž k efektivnějšímu plánování další práce s ním. V ostatních rozhovorech však žádná z komunikačních partnerek tuto skutečnost výslovně nezmínila.

KP1: „Je důležité vědět i další nemoci, což je důležité, aby personál spolu mluvil, aby zdravotní sestřičky řekly ošetřovatelkám.“

KP2: „Přizpůsobujeme se aktuálnímu stavu klienta.“

KP5: „Musí být zaléčený.“

3. kategorie: Míra důvěry

V rámci odpovědí na danou výzkumnou otázku se opakovaně objevovalo téma navázání prvotního kontaktu s klientem. Dotazované pracovnice uváděly, že vytvoření vztahu mezi pracovníkem a klientem představuje základní předpoklad pro další spolupráci. Z jejich výpovědí vyplynulo, že pokud si klient k pracovníkovi nevytvoří určitý vztah nebo důvěru, často nespolupracuje a není ochoten přijímat další podporu či změny.

Z odpovědí pracovnic dále vyplývá, že náročnou situací může být také příchod klienta do pobytového zařízení, zejména v případě, kdy klient dříve žil v domácím prostředí. Přejít do domova pro něj může představovat výraznou změnu, na kterou si musí postupně zvykat. Pro některé klienty je například obtížné přijmout potřebu používání inkontinenčních pomůcek nebo jiných forem podpory. V takových situacích je podle pracovnic důležitá role pečujícího personálu, který musí klientovi tyto změny citlivě, taktně a s respektem vysvětlit. Tento přístup ilustruje také výpověď komunikační partnerky KP5: *„Musíme je lадně navést na to, že to pro ně bude bezpečné, když se stane nějaká menší nehoda.“*

KP2: *„Oni si taky jako musejí k nám najít nějaký ten vztah a trošku nám jakoby začít důvěřovat, protože jsou vytržení jako kdyby z toho domova, nebyli zvyklí.“*

KP6: *„Pokud je ta důvěra od klienta jakoby směrem ke mně, tak jde všechno mnohem snáz. A s tím souvisí, že když mě zná a vidíme se často, tak si důvěřujeme.“*

KP3: *„To jsou takový ty počáteční kontakty s tím klientem, já a klient.“*

7 Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo přiblížit specifika péče o klienty s Alzheimerovou chorobou a identifikovat překážky, se kterými se pracovníci v sociálních službách setkávají při poskytování přímé péče. Výsledky kvalitativního výzkumu byly následně porovnány s poznatky uvedenými v teoretické části práce.

V oblasti vnímání péče o klienty s Alzheimerovou chorobou vyplynulo z výzkumu, že komunikační partnerky považují tuto práci za psychicky i fyzicky velmi náročnou. Pracovnice opakovaně uváděly nutnost vysoké míry trpělivosti, empatie a schopnosti zvládat emočně náročné situace, například při zhoršování zdravotního stavu klienta nebo jeho úmrtí. Některé z nich dokonce zmiňovaly, že v rámci své práce částečně zastávají i roli psychologa. Tyto výsledky jsou v souladu s odbornou literaturou, která zdůrazňuje vysokou psychickou zátěž pracovníků pečujících o osoby s demencí a náročnost této profese (Malíková, 2011; Holmerová, Jarolímová a Suchá, 2007).

Současně výzkum poukázal na význam individuálního přístupu ke klientům. Komunikační partnerky zdůrazňovaly, že každý klient je odlišný, a to nejen z hlediska osobnosti, ale i v souvislosti s různými fázemi Alzheimerovy choroby. Pracovnice proto přizpůsobují péči aktuálním potřebám klienta a jeho zdravotnímu stavu. Tento přístup odpovídá teoretickým poznatkům, které zdůrazňují význam individualizované péče a respektování jedinečnosti klienta.

V oblasti pracovních podmínek byl jako hlavní limitující faktor identifikován nedostatek personálu. Komunikační partnerky opakovaně uváděly, že vzhledem k vysokému počtu klientů nemají dostatek času věnovat se každému z nich individuálně, a jsou nuceny soustředit se především na základní úkony péče. Tento výsledek je v rozporu s teoretickými východisky, která zdůrazňují význam dostatečného personálního zajištění pro poskytování kvalitní péče. Tento nesoulad mezi teorií a praxí poukazuje na reálné problémy v organizaci sociálních služeb.

Dalšími významnými faktory ovlivňujícími kvalitu péče byly kolegiálna a týmová spolupráce. Z výpovědí komunikačních partnerek vyplynulo, že dobré vztahy na pracovišti a vzájemná podpora mezi pracovníky mají zásadní vliv na zvládnutí náročných situací. Naopak konflikty nebo nedostatečná komunikace mezi kolegy mohou vést ke zvýšené pracovní zátěži a negativně ovlivňovat pracovní prostředí. Tento poznatek odpovídá teoretickým východiskům, která zdůrazňují význam týmové spolupráce v sociálních službách.

V oblasti komunikace s klienty s Alzheimerovou chorobou výzkum ukázal, že pracovníci se potýkají s řadou překážek, zejména v souvislosti se zhoršenými kognitivními funkcemi klientů. Komunikační partnerky uváděly, že klienti často nerozumí sdělení, zapomínají a mohou reagovat nepředvídatelně či agresivně. Z tohoto důvodu je nutné komunikaci přizpůsobovat jejich aktuálnímu schopnostem, používat jednoduché a srozumitelné vyjadřování i opakování informací. Tyto výsledky jsou v souladu s odbornou literaturou, která popisuje komunikaci s osobami s demencí jako specifickou a náročnou oblast vyžadující individuální přístup a trpělivost (Mace a Rabins, 2018).

Specifickým zjištěním výzkumu byla potřeba „přistoupit na realitu klienta“, kterou pracovnice popisovaly jako nutnost přizpůsobit se aktuálnímu prožívání klienta. Tento přístup se ukázal efektivní při předcházení konfliktům a agresivnímu chování. Výsledky výzkumného šetření potvrzují, že strategie přistoupení na subjektivní realitu klienta, v praxi někdy označovaná jako „vstup do jeho světa“ či „hraní jeho hry“, představuje nezbytný nástroj pro deeskalaci napětí a udržení důstojné komunikace. Tento přístup nachází teoretické ukotvení především v metodě validační terapie, jejíž zakladatelka Naomi Feil (2015), která argumentuje, že pro člověka v pokročilé fázi demence je jeho aktuální prožitek jedinou pravdivou realitou, kterou nelze zpochybňovat bez rizika vyvolání hlubokého traumatu. Namísto konfrontace s objektivními fakty, která u nemocného vyvolává pocity selhání, zmatenosti a úzkosti, se doporučuje potvrzení jeho emocí a potřeb, jež jsou za zdánlivě nesrozumitelným chováním skryty.

Další důležitou oblastí byl vliv zdravotního stavu klienta na komunikaci a spolupráci. Z výzkumu vyplynulo, že stabilizovaný zdravotní stav a vhodně nastavená léčba výrazně usnadňují práci s klientem. Zároveň byla zdůrazněna potřeba spolupráce mezi jednotlivými členy týmu, zejména mezi zdravotnickým a sociálním personálem. Tento aspekt však nebyl výrazně zastoupen ve všech výpovědích, což může naznačovat rozdílné zkušenosti pracovníků.

V neposlední řadě byla identifikována důležitost navázání důvěry mezi pracovníkem a klientem. Komunikační partnerky uváděly, že bez vytvoření vztahu a důvěry klient často nespolupracuje. Tento proces může být náročný zejména při příchodu klienta do zařízení, kdy se musí adaptovat na nové prostředí. Tento poznatek je v souladu s teoretickými východiskami, která zdůrazňují význam vztahu a důvěry v procesu péče.

Závěrem lze konstatovat, že výsledky výzkumu se v mnoha oblastech shodují s odbornou literaturou, zejména pokud jde o náročnost péče, význam individuálního přístupu a specifika komunikace s klienty s Alzheimerovou chorobou. Zároveň však poukazují na určité rozdíly mezi teorií a praxí, především v oblasti personálního zajištění. Tyto rozdíly je důležité reflektovat, neboť poskytují cenný vhled do reálného fungování sociálních služeb a mohou sloužit jako podnět pro jejich další rozvoj.

7.1 Doporučení pro praxi

Na základě zjištěných skutečností lze formulovat několik doporučení pro praxi, která by mohla přispět ke snížení překážek, se kterými se pracovníci v sociálních službách setkávají. Doporučuji proto zaměřit se na stabilizaci pracovních týmů, a motivace k setrvání v profesi. Dále doporučuji věnovat větší pozornost pravidelné supervizi a psychické podpoře pracovníků. Práce v sociálních službách, zejména s klienty s Alzheimerovou chorobou, je psychicky náročná. Supervize může pracovníkům pomoci sdílet zkušenosti, reflektovat náročné situace a předcházet syndromu vyhoření. Za přínosné považuji také rozšíření možností dalšího vzdělávání pracovníků. Zaměření na komunikaci s klienty s demencí, zvládnání náročného chování nebo práci s emocemi může zvýšit kompetence pracovníků a jejich jistotu při výkonu práce.

V neposlední řadě doporučuji podporovat otevřenou komunikaci na pracovišti. Vytváření bezpečného prostředí, ve kterém se pracovníci nemusí obávat vyjádřit své názory či obtíže, může přispět ke zlepšení pracovního klimatu a celkové kvality poskytované péče.

Závěr

Předložená bakalářská práce se věnovala problematice péče o klienty s Alzheimerovou chorobou v prostředí domova se zvláštním režimem, přičemž hlavní pozornost byla soustředěna na identifikaci překážek, se kterými se pracovníci v přímé péči každodenně potýkají. Vzhledem k nepříznivému demografickému vývoji a narůstajícímu počtu osob trpících neurodegenerativním onemocněním se toto téma jeví jako vysoce aktuální, a to nejen z hlediska sociální politiky, ale především z pohledu kvality života konkrétních uživatelů a jejich pečovatелů.

V teoretické části byl vymezen legislativní a odborný rámec sociálních služeb v České republice se specifickým zaměřením na domovy se zvláštním režimem. Pozornost byla věnována procesu stárnutí a podrobné charakteristice Alzheimerovy choroby, která zásadním způsobem determinuje rozsah a formu poskytované podpory. Teoretická východiska potvrdila, že péče o takto specifickou cílovou skupinu vyžaduje od personálu nejen vysokou míru odborné erudice, ale také specifické komunikační dovednosti a hluboký etický postoj založený na respektu k lidské důstojnosti.

Praktická část práce, realizovaná formou kvalitativního výzkumného šetření, přinesla hlubší vhled do reality každodenní praxe v pobytovém zařízení. Skrze polostrukturované rozhovory s pracovníky v sociálních službách se podařilo naplnit stanovený cíl práce a identifikovat hlavní překážky v přímé péči. Pracovníci se denně vyrovnávají s projevy agresivity, dezorientace a komunikačními bariérami, které plynou z progresivního úbytku kognitivních funkcí klientů. Významným zjištěním byla nezbytnost využívání validačních technik a schopnost „přistoupit na realitu klienta“, což se v praxi ukazuje jako nejúčinnější strategie pro deescalaci napětí.

Zároveň byla potvrzena důležitá role týmové spolupráce a koležiality, které slouží jako zásadní podpůrný mechanismus při zvládání emočně vypjatých situací, včetně úmrtí klientů.

Lze konstatovat, že stanovené cíle bakalářské práce byly naplněny. Výsledky šetření jasně definovaly, že překážky v péči o klienty s Alzheimerovou chorobou nejsou dány pouze povahou samotného onemocnění, ale jsou výrazně ovlivněny systémovými faktory, zejména personálním poddimenzováním a vysokými nároky na psychickou odolnost personálu. Práce tak může sloužit jako podnět pro management sociálních zařízení k posílení podpůrných opatření pro zaměstnance, jako jsou pravidelné supervize či specializované vzdělávání v oblasti komunikace s lidmi s demencí. Zajištění důstojné péče o klienty je totiž neoddelitelně spjata se zajištěním adekvátních podmínek pro ty, kteří tuto péči v první linii poskytují.

Seznam použité literatury

- ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9307-3.
- BECHYŇOVÁ, Věra a KONVIČKOVÁ, Martina. *Individuální plánování v sociálních službách*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-837-1.
- CITÁTY PRO LIDI. „Každý chce žít dlouho, ale nikdo nechce být starý“. In: *Citaty.net* [online]. 29. 7. 2025 [cit. 2026-03-20]. Dostupné z: <https://citaty.net/citaty/13-jonathan-swift-kazdy-chce-zit-dlouho-ale-nikdo-nechce-byt-stary>
- ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2026-04-08]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- ČEVELA, Rostislav a kol. *Sociální gerontologie-východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024792903.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada, 2012. ISBN
- FEIL, Naomi a Vicki de KLERK-RUBIN. *Validační terapie: metoda komunikace s lidmi s demencí*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0925-6
- GEORGI, Hana, Eva DRAGOMIRECKÁ a Eva JAROLÍMOVÁ. *Psychologie stárnutí a stáří*. Praha: Grada. 2024. ISBN 978-80-271-5065-6.
- HAUKE, Marcela. *Když do života vstoupí demence: praktický průvodce pro pečující*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4105-5.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 8073670402.
- HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
- HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN-978-80-247-8470-0.
- JANEČKOVÁ, Hana a Hana VAŇKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-583-7.
- KRÁLOVÁ, Jarmila a RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby*. Olomouc: ANAG, 2012. ISBN 978-80-7263-759-1
- MACE, Nancy L. a Peter V. RABINS. *Alzheimer: rodinný průvodce péčí o nemocné s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi*. Praha: Triton, 2018. ISBN 978-8075535832.
- MACH, Petr; JANEČKOVÁ, Eva a ČESKO. *Zákon o sociálních službách*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2019. ISBN 807552246X.

- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN-978-80-247-3148-3.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0
- MAVO. MAVO – Jazyková škola. *Mavo.eu* [online]. © 2026 [cit. 2026-03-02]. Dostupné z: <https://www.mavo.eu>
- METODIKA MPSV. *Domovy se zvláštním režimem – standardy a doporučené postupy, praha, 2017*.
- MÍŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Karolinum, 2025. ISBN 9788024661957.
- MOLEK, Jan. *Řízení organizací sociálních služeb: vybrané problémy*. Praha: VÚPSV, 2011. ISBN 978-80-7416-083-7.
- MUSIL, Libor, Kateřina KUBALČÍKOVÁ a Olga HUBÍKOVÁ. *Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory: závěrečná zpráva výzkumu*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2006. ISBN 80-87007-41-7.
- PAPE-RASCHEN, Katja. *Komunikace s lidmi s demencí*. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1250-8.
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. ISBN-978-80-247-3271-8.
- ŠVEHLOVÁ, Alice, Renata KAINRÁTOVÁ a Andrea TAJANOVSKÁ. *Podpora zdravého životního stylu seniorů aneb stárnout ve zdraví a v pohodě*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2021.
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Česká alzheimerská společnost, o.p.s. In: *Nzip.cz* [online]. 19. 9. 2022 [cit. 2026-03-12]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/178-ceska-alzheimerovska-spolecnost-o-p-s>
- VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematika demence*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1460-8.
- VOSTRÝ, Michal a Jaroslav VŠETEČKA. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-4266-8.
- ZGOLA, M. Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2007. ISBN 80-247-0183-9.
- ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada, 2017. ISBN-978-80-271-0561-8.

Přílohy

Příloha A

Rozhovorové otázky

Dílčí výzkumná otázka č. 1: Jak pracovníci popisují péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?

Otázky do rozhovoru, které se vztahují k DVO č. 1:

1. Jak byste popsal/a svou zkušenost s péčí o klienty s Alzheimerovou chorobou?
2. Jaké konkrétní situace vnímáte jako náročné a proč?
3. Jaké konkrétní situace vnímáte jako příjemné a proč?
4. Jaké konkrétní situace nebo momenty při péči o klienty s Alzheimerovou chorobou vnímáte jako významné či specifické a proč?
5. Jakým způsobem přizpůsobujete svou péči individuálním potřebám klientů s Alzheimerovou chorobou v různých fázích onemocnění?

Dílčí výzkumná otázka č. 2: Jaké faktory v pracovním prostředí pracovníci považují za limitující při péči o klienty s Alzheimerovou chorobou?

Otázky do rozhovoru, které se vztahují k DVO č. 2:

1. Jak byste popsal/a pracovní podmínky při péči o klienty s Alzheimerovou chorobou ve vašem zařízení?
2. Které podmínky prostředí považujete za limitující při své péči a proč?
3. Můžete uvést konkrétní situace, kdy podmínky na pracovišti ovlivnily vaši možnost poskytovat péči klientům s Alzheimerovou chorobou, a popsat, jakým způsobem?

Dílčí výzkumná otázka č. 3: Jaké překážky pracovníci vnímají při komunikaci s klientem s Alzheimerovou chorobou?

Otázky do rozhovoru, které se vztahují k DVO č. 3:

1. Jak byste popsal/a svou zkušenost s komunikací s klienty s Alzheimerovou chorobou?
2. Co považujete za nejnáročnější při komunikaci s klientem s Alzheimerovou chorobou?
3. Jaké okolnosti podle vás ovlivňují průběh komunikace s klientem s Alzheimerovou chorobou?

Zdroj: vlastní zpracování, 2026

Příloha B

Hodnocení kognitivních funkcí jako jedna z možností diagnostiky Alzheimerovy choroby

Mini Mental State Examination (MMSE) – Folsteinův test kognitivních funkcí

Oblast hodnocení	Maximální bodové hodnocení
<p>1. ORIENTACE</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou započítejte 1 bod.</p> <p>Který je rok? Jaké je roční období? Dnešní datum? Který je den v týdnu? Který je měsíc? Ve kterém jsme státě? Ve které jsme zemi? Ve kterém jsme městě? Jak se jmenuje tato nemocnice (ordinace, číslo pokoje, místo, kde se nacházíme)? Ve kterém jsme poschodí?</p>	10 bodů
<p>2. PAMĚŤ</p> <p>Vyšetřující jmenuje nejméně 3 předměty (nejlépe z pokoje pacienta – např. okno, tužka, kniha) a vyzve pacienta, aby je zopakoval. Za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí se započítává 1 bod.</p>	3 body
<p>3. POZORNOST A POČÍTÁNÍ</p> <p>Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5× po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5 bodů
<p>4. KRÁTKODOBÁ PAMĚŤ A VÝBAVNOST</p> <p>Úkolem je zopakovat 3 dříve jmenované předměty. Za každou správnou odpověď se započítává 1 bod.</p>	3 body

Oblast hodnocení	Maximální bodové hodnocení
<p>5. ŘEČ, KOMUNIKACE A KONSTRUKČNÍ SCHOPNOSTI</p> <p>Správná odpověď nebo splnění úkolů rovná se 1 bodu. Ukažte nemocnému dva předměty (např. tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ale - jestliže - kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte na podlahu.“</p> <p>Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek).</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. Započítává se 1 bod, jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>9 bodů</p>

Hodnocení MMSE:

0–10 bodů – těžká kognitivní porucha,

11–20 bodů – středně těžká kognitivní porucha,

21–23 bodů – lehká kognitivní porucha,

24–30 bodů – pásmo normálu.

Tab. č. 2 zdroj Pokorná, Komunikace se seniory, 2010

Příloha C

Informovaný souhlas s prováděním výzkumných rozhovorů pro potřeby bakalářské práce

Název organizace: _____

Sídlo: _____

IČ: _____

Souhlas s prováděním výzkumných rozhovorů v rámci bakalářské práce

Tímto potvrzuji, že souhlasím s prováděním výzkumných rozhovorů studentky:

Jméno a příjmení: _____

Studijní program: Zdravotně sociální péče, Vysoká škola polytechnická Jihlava

Název bakalářské práce: _____

Výzkumné rozhovory budou probíhat v prostorách organizace se souhlasem účastníků, a to v souladu s etickými zásadami výzkumu. Studentka se zavazuje k anonymizaci dat a ochraně osobních údajů všech respondentů. Výsledky výzkumu budou použity výhradně pro účely zpracování bakalářské práce.

V _____ dne _____

jméno a podpis oprávněné osoby _____

razítko: _____