

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Jitka Marková

*Možnosti jednotlivých přístupů v péči o klienty
s příznaky demence ve vybraném domově pro
seniory*

Diplomová práce

Vedoucí práce: ThLic. Michal Umlauf

2015

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.“

Ve Veletinách dne 6. 4. 2015

.....

Poděkování

Chtěla bych velmi poděkovat vedoucímu práce ThLic. Michalu Umlafovi za podporu a radu při vedení práce. Poděkování patří vybranému domovu pro seniory za zprostředkování výzkumu. A také devíti participantkám, bez kterých by práce nemohla vzniknout.

OBSAH

| | |
|---|----|
| ÚVOD..... | 6 |
| 1 CHARAKTERISTIKA DEMENCE..... | 8 |
| 1.1 Pojem demence | 8 |
| 1.2 Příznaky demence | 8 |
| 1.3 Rozdělení demencí | 10 |
| 1.4 Stádia demence..... | 10 |
| 1.5 Rozpoznání demence | 11 |
| 1.5.1 Test Mini-mentalstateexamination (MMSE) | 12 |
| 1.5.2 Test hodin (CDT)..... | 12 |
| 2 ZVLÁŠTNÍ POTŘEBY KLIENTŮ S PŘÍZNAKY DEMENCE..... | 14 |
| 2.1 Stádium mírné demence | 14 |
| 2.2 Stádium střední demence | 16 |
| 2.3 Stádium těžké demence..... | 19 |
| 3 VYBRANÉ PŘÍSTUPY V PÉČI O KLIENTY S PŘÍZNAKY DEMENCE..... | 22 |
| 3.1 Kognitivní trénink | 22 |
| 3.2 Reminiscence | 23 |
| 3.3 Bazální stimulace | 26 |
| 3.4 Validace..... | 29 |
| 3.5 Orientace v realitě | 32 |
| 3.6 Rezoluce..... | 33 |
| 3.7 Paliativní péče | 35 |
| 4 PRACOVNÍK V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH..... | 36 |
| 5 POBYTOVÉ SLUŽBY PRO SENIORY | 38 |
| 6 VYBRANÝ DOMOV PRO SENIORY | 39 |
| 7 METODOLOGIE VÝZKUMU | 40 |

| | | |
|-------|---|----|
| 7.1 | Participantky | 41 |
| 7.2 | Metoda výzkumu..... | 43 |
| 7.3 | Mapování terénu a zpracování dat | 43 |
| 7.4 | Průběh rozhovorů | 44 |
| 8 | VÝSLEDKY VÝZKUMU | 45 |
| 8.1 | Využívanost přístupů v péči o klienty s příznaky demence..... | 45 |
| 8.1.1 | Kognitivní trénink..... | 45 |
| 8.1.2 | Reminiscence | 46 |
| 8.1.3 | Bazální stimulace | 48 |
| 8.1.4 | Validace | 49 |
| 8.1.5 | Orientace v realitě..... | 50 |
| 8.1.6 | Rezoluce..... | 51 |
| 8.1.7 | Paliativní péče..... | 53 |
| 8.2 | Shrnutí | 54 |
| 8.2.1 | Kognitivní trénink..... | 54 |
| 8.2.2 | Reminiscence | 54 |
| 8.2.3 | Bazální stimulace | 55 |
| 8.2.4 | Validace | 56 |
| 8.2.5 | Orientace v realitě..... | 56 |
| 8.2.6 | Rezoluce..... | 57 |
| 8.2.7 | Paliativní péče..... | 57 |
| 8.3 | Diskuze..... | 58 |
| | ZÁVĚR | 60 |
| | PŘÍLOHY | 61 |
| | SEZNAM LITERATURY | 68 |

ÚVOD

Proč se zabývám otázkou osob s příznaky demence v domově pro seniory? Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. nabízí jako možnost pobytové sociální služby pro osoby s demencí službu zvláštního režimu dle §50. Vybraný domov pro seniory (dále jen Domov) tuto službu neposkytuje, a ani osoby s demencí nejsou definovanou cílovou skupinou sociální služby, avšak s přibývajícím věkem seniorů v Domově, se zvyšuje pravděpodobnost výskytu příznaků demence. Takový člověk často v Domově pro seniory zůstává z důvodu obsazenosti služeb zvláštního režimu nebo kvůli nepříznivému zdravotnímu stavu, který brání k přestěhování. S přítomností uživatelů s příznaky demence se v Domově zvyšují a mění nároky i na personál v přímé péči, zvláště specifickými potřebami klientů. Touto prací bych chtěla představit vhodné nefarmakologické přístupy pro práci s osobami s příznaky demence a zmapovat používání přístupů personálu v přímé péči.

Motivací pro zvolení tohoto tématu je dlouhodobá dobrovolnická činnost u osob seniorského věku právě ve vybraném Domově pro seniory, osobní zájem o problematiku demence u seniorů a neméně též fenomén stárnutí populace a s tím spojený nárůst tohoto onemocnění. Zpráva o stavu demence z roku 2014 říká: „Zatímco do 65 let věku trpí demencí každý 866., nad 65 let je to každý 13. V případě nejvyšších věkových kategorií nad 80 let věku pak každý pátý, nad 90 let pak dokonce téměř každý druhý.“

V současné době se zvyšuje počet sociálních služeb zvláštního režimu, ale s ním i nárůst tohoto onemocnění. Proto by mě velmi zajímalo jak pracovníce v sociálních službách, které jsou primárně zaměřeny na péči o „zdravé“ seniory, využívají nefarmakologických přístupů u klientů s příznaky demence.

Cílem práce je pomocí kvalitativního výzkumu zmapovat a popsat využití vybraných přístupů očima pracovníků v sociálních službách, kteří pečují o klienty s příznaky demence ve vybraném domově pro seniory.

Práce obsahuje teoretickou část zaměřenou na vybrané využitelné přístupy pro osoby s příznaky demence. Ty byly vybrány z dostupné literatury na základě obecné četnosti používání a vhodnosti pro Domov pro seniory. Konkrétně teoretický rámec

popisuje pojem demence, zvláštní potřeby osob s příznaky demence, nefarmakologické přístupy, pobytové služby pro seniory a specifikaci vybraného Domova pro seniory. Empirická část se zaměřuje na metodologii kvalitativního výzkumu, která směřuje k výzkumné otázce: Jaké vybrané přístupy v péči o klienty s příznaky demence využívají pracovníci v sociálních službách? Dále jsou popsány výsledky výzkumu, jejich shrnutí a diskuze.

Využitelnost práce vnímám především jako informační materiál pro vybraný Domov pro seniory. Může tak nastítnit situaci pracovníků v sociálních službách, které se s klienty s příznaky demence setkávají nebo být podkladem pro tematické plánování vzdělávání pracovníků v sociálních službách. Její využití nemusí být ohraničeno pouze na vybraný Domov, ale výsledky mohou být platné i pro další zařízení podobného typu a charakteristiky služby.

Empirie na obdobná témata netvoří výjimku, avšak takto situovaný výzkum v tomto Domově pro seniory zatím neproběhl. Pro práci jsme čerpala převážně z geriatrické a gerontopsychiatrické literatury od autorů jako je Jiráček, Piderman nebo Kalvach. Dále jsem se zaměřila na literaturu specifikující zvláštní potřeby klientů s demencí a dalšími autory zabývajícími se o jednotlivé nefarmakologické přístupy. Taky jsem čerpala z webových stránek, výročních zpráv, z mého času stráveného ve vybraném Domově pro seniory a dvou absolvovaných kurzů Validace.

1 CHARAKTERISTIKA DEMENCE

V této kapitole bych se chtěla věnovat vymezením pojmu demence, jejími příznaky, dělením a stádiu demence. Kapitulu o demenci řadím jako první z důvodu vzhledu do problematiky klientů s příznaky této nemoci.

1.1 Pojem demence

Demence jako diagnóza je považována za syndrom. Znamená to, že k diagnostikování tohoto onemocnění musí být nalezena určitá suma symptomů, příznaků. Nejčastěji se jedná o poruchy paměti, poznávání, řeči, jazyka, emotivity a sociální adaptace aj. Symptomy mohou být v různých kombinacích a hloubkách výskytu. Však na začátku onemocnění mohou být příznaky identické s „klinicky normálním stárnutím“ (Koukolík, 1999b, s. 10). Tudíž není lehké najít rozhraní mezi fyziologickým a patologickými příznaky seniorského klienta.

U demence bývá charakteristický její progresivní vývoj, kdy se zhoršuje stav myšlení, orientace, učení a úsudku (Jiráček, 1994, s. 240). Jedná se o získané postižení, které předpokládá určitou míru rozumového vývoje, proto jej lze diagnostikovat od druhého roku života (Vágnerová, 2012, s. 265).

Příčinou této nemoci je poškození centrální nervové soustavy u mladších lidí především úrazem, u starších jsou to často degenerace Alzheimerova typu. Faktory vyvolávající onemocnění mohou být původu genetického, biologického, které rozpoutají funkční změny v mozku, nebo taky původu chemického (otravy) či sociálního (styl života, užívání návykových látek) (Vágnerová, 2012, s. 266).

1.2 Příznaky demence

Jak jsem již uvedla, demence je syndrom, který se skládá z rozsáhlého počtu symptomů. Vybrala a popsala jsem ty nejčastější a nejvíce charakteristické pro demenci.

Postižení paměťových funkcí. Zpočátku bývá narušena paměť krátkodobá a později se postižení posouvá až do dlouhodobé paměti či ztrátě informací o vlastní osobě. Zprvu se

osoba snaží zakrýt svůj paměťový deficit smyšlenými údaji někdy až nesmyslného charakteru (Vágnerová, 2012, s. 267).

Narušená pozornost. Pro osobu je velmi těžké se soustředit a koncentrace pozornosti umenšuje možnost učit se (Vágnerová, 2012, s. 267).

Úpadek myšlení. Zpočátku nemoci se vytrácí abstraktní myšlení, konkrétní myšlení je zachováno po delší dobu. Osoby mají problém s plánováním a organizováním běžných úkonů, které dříve zvládali. Vznikají problémy s porozuměním vztahů a souvislostí (Vágnerová, 2012, s. 267 – 268).

Úbytek kritičnosti se objevuje častěji ve výkyvech než plynule. Ztrácí se soudnost nad správností svých úvah a přijatelnosti chování (Vágnerová, 2012, s. 267).

Narušení gnostických funkcí. Jedná se o postižení poznávacích funkcí, i když osoba nemá vadu smyslových orgánů, nedokáže rozeznat (Vágnerová, 2012, s. 267).

Porucha orientace. Osoba je dezorientovaná v místě i čase. Přichází problém s blouděním, i ve vlastním bytě (Jiráček, 1999, s. 9 – 13). S tím souvisí ztráta vlastní identity, mohou vznikat falešné přesvědčení o krádežích nebo jiných činnostech škodící postižené osobě (Vágnerová, 2012, s. 268).

Poruchy řeči, ve smyslu porozumět řeči a verbálně se vyjádřit jsou dalším příznakem. Při nástupu demence dochází ke zjednodušení a zpomalení mluveného slova. Osoba zaměňuje pojmy nebo používá pojmy, kterým fakticky nerozumí (Vágnerová, 2012, s. 268).

Emoční reaktivita a citová oploštělost. V první fázi demence se objevují nepřiměřené emoční reakce v podobě euforie, lítosti, deprese. V pozdějších fázích se vyskytuje spíše otupělost a apatie (Vágnerová, 2012, s. 270).

Apraxie. Postižená osoba ztrácí motorické dovednosti. Ztrácí se také schopnost užívat běžné nástroje např. příbor - zapomene jeho funkci. Může dojít i k postižení motoriky (Vágnerová, 2012, s. 270 – 271).

Úpadek osobnosti. Při tomto onemocnění se mohou měnit některé osobnostní rysy člověka. Např. introvertní člověk se začíná chovat extrovertně. Může se vyskytovat

ztráta empatie, sobeckost, konfliktnost, ztráta pocitu studu a agresivita. Osoby přestávají dbát na svou hygienu, může se ztrácet kontrola nad sexualitou (Vágnerová, 2012, s. 271).

V pokročilejší fázi se mohou objevovat taky *halucinace a bludy* (Pidrman, 2007, s. 35).

1.3 Rozdělení demencí

Rozdělení demencí uvádím pro zorientování se v problematice těchto diagnóz, vzhledem k tomu, že podle Jiráka (2009, s. 12) existuje více než šedesát chorob, které vedou k demenci.

Demence se rozděluje podle různých východisek a různých autorů. Použiji rozdělení podle Pidrmana (2007, s. 31), které vychází z etiologie nemoci, ze vzniku.

Pidrman (2007, s. 31) rozděluje demenci na primární, sekundární a smíšenou.

Primárně degenerativní demence. Jsou to demence, které vznikají degenerativním poškozením mozku (Jiráka, 2001, s. 240). Nejčastější nemoc z této skupiny je Alzheimerova (Pidrman, 2007, s. 31).

Sekundární a smíšené demence. Příčina jejich vzniku nesouvisí pouze s mozkem, ale podílí se na ní další řada spolučinitelů. Demence souvisí s traumatem, infekcí, epilepsií apod. Nejčastěji se jedná o vaskulární demenci, demenci při Parkinsonově nemoci, demence při nádorech CNS aj. U smíšených demencí se jedná především o Alzheimerovu nemoc v kombinaci s jinou demencí (Pidrman, 2007, s. 31).

1.4 Stádia demence

Demence jako taková se podle Holmerové (2009, s. 116) nebo Zimmera (1987, podle RahnMahnkopf, 2000, s. 140 – 141) dělí do čtyř stádií dle míry závažnosti postižení a náročnosti péče o osobu. Však z důvodů četnosti výskytu Alzheimerovy choroby, Pidrman (2007, s. 31) uvádí šedesát procent ze všech demencí, se zajímám o stádia právě této primárně degenerativní nemoci.

Pidrman (2007, s. 34) a Jiráka a kol. (1998-9, s. 14) uvádí 3 stádia Alzheimerovy nemoci: „Časné (mírné), středí, těžké (hluboké)“. Česká alzheimerovská společnost

přestavuje vzhledem ke stádiím nemoci svůj program P-PA-IA, který popisuje jednotlivá stádia demence v návaznosti na nároky na péči a podporu postižených (Holmerová, Baláčková, Baumanová, Hájková, Hradcová, Hýblová, Janečková, Jarolímová, Kabelka, Mátlová, Nováková, Suchá, Sůsová, Vaňková, Veleta, Wija, 2013, s. 159).

Následně bych na základě Strategie P-PA-IA ve zkratce představila stádia demence (Holmerová a kol., 2013, s. 159 – 163).

1. stádium - *mírná demence* – lidé v tomto stádiu jsou do jisté míry soběstační, nepotřebují nepřetržitou péči. Začínají se objevovat kognitivní deficity, kterých si je postižený vědom a často je svým stavem znepokojen a podrážděn. V rámci kognitivních funkcí se zhoršuje schopnost orientace a řeči.

2. stádium – *střední demence* – v tomto stádiu mají postižené osoby omezenou soběstačnost. Ke svému každodennímu fungování potřebují ze sociálních služeb denní stacionář nebo pobytovou sociální službu. Objevuje se dezorientace. Lidé v tomto stádiu jsou schopni se věnovat některým každodenním činnostem, však vše s podporou a vedením. Osoby mohou mít problém s psychiatrickými symptomy jako halucinace, agresivita nebo odpor k péči. Lidem v tomto stádiu svědčí přesně strukturovaný den.

3. stádium – *těžká demence* – v tomto stádiu se nemoc stupňuje, přibývají poruchy chování a somatické problémy. V této fázi je klient odkázán na pomoci druhých a vyžaduje celodenní péči. Péče vyžaduje plně individuální přístup, skupinové aktivity nejsou obvykle nijak přínosné. Rychle se zužuje schopnost verbální komunikace a pohyblivost klienta. Třetí stádium končí smrtí.

1.5 Rozpoznání demence

Jak se již výše zmiňuji o příznacích syndromu demence, jejich samotné rozpoznání nemusí být nejjednodušší, vzhledem k plíživému a nejasnému nástupu demence (Koukolík, 1999a, s. 35). I když vyšetřování a diagnostika nemoci je úkolem psychiatrů, psychologů, neurologů a internistů, nabízí se i možnost napomáhající laikům tuto nemoc rozeznat. Z toho důvodu pro ilustraci přikládám dva psychologické testy, které mohou pomoci poznat nástup demence. Vybrala jsem ze škály testů takové,

které jsou vhodné a dostupné i pro personál bez medicínského nebo psychologického vzdělání.

1.5.1 Test Mini-mentalstateexamination (MMSE)

Jedná se o test, kdy v rámci rozhovoru s osobou, u které máme podezření na nastupující demenci, se ptáme na tři skupiny otázek (Koukolík, 1999b, s. 11).

První skupina otázek se zaměřuje na orientaci. Osoby se ptáme na den, měsíc, rok, místo.

Druhá skupina jsou otázky zaměřené na paměť. Osobě sdělíme k zapamatování tři názvy věcí (např. stůl, auto, strom) a asi po pěti minutách ji vyzveme k zopakování.

Ve třetí otázce (úkolu) necháme osobu odečítat sedmičky od padesátky.

MMSE test je vhodné po měsíci znovu opakovat a výsledky porovnat. Podezření na demenci je v situaci, kdy se osoba časoprostorově neorientuje, nevzpomene si alespoň na dvě věci a není schopna odečíst jedno nebo dvě čísla (Koukolík, 1999b, s. 11).

Ucelenou formu testu MMSE dle Pidrmána (2007, s. 167 – 168) přikládám v příloze č. 1.

1.5.2 Test hodin (CDT)

Test hodin je další možností k rozpoznání syndromu demence, vhodnou pro laiky. Spočívá v tom, že požádáme osobu (klienta), aby nakreslil ciferník hodin s příslušnými čísly a dále doplnil hodiny o ručičky, které ukazují 11 hodin a 10 minut (Rouleau a kol., 1992, dle Preiss, 2006, s. 95 – 96).

Jeho kresbu vyhodnotíme podle kritérií a škál dle Rouleau a kol., které uvádím v příloze č. 2.

Průběh kresby je užitečné pečlivě sledovat a zaznamenávat si, zda se osoba při kresbě opakovaně ptá na pokyny, dlouho ulpívá v detailech nebo zda je obrázek velmi malý či velký. Tyto skutečnosti hrají velkou roly pro možné rozpoznání poruchy (Rouleau, 1992, s. 70 – 87).

Psychologické testy mohou být dobrou pomůckou pro pečující v situaci, kdy mají podezření na demenci. Díky nim mohou lépe přizpůsobit péči o klienty a jejich potřeby. Však nezastupitelnou roly hraje potřeba lékařské pomoci a diagnostiky (Pidrman, 2007, s. 12).

2 ZVLÁŠTNÍ POTŘEBY KLIENTŮ S PŘÍZNAKY DEMENCE

V této kapitole představuji zvláštní potřeby klientů, u kterých se vyskytují příznaky demence. Jednotlivé potřeby plynoucí z charakteru nemoci navazují na stádia Alzheimerovy choroby podle Pidrman (2007, s. 34), Jiráček a kol. (1998-9, s. 14) a na holistickou teorii.

Holismus je filozofický směr, který poukazuje na celistvost člověka. Člověk je podle něj nedílně tvořen, ať již v menší či větší míře, složkou – biologickou, psychologickou, sociální, a spirituální (duchovní). Všechny čtyři složky se navzájem ovlivňují a působí na sebe (Pavlíková, 2006, s. 14 – 15). S ohledem na tento směr by měla péče o klienty vždy splňovat všechny čtyři úrovně.

Jelikož zvláštní potřeby není možné striktně zařadit do stádia demence, vždy záleží na individualitě klienta, jsou přiřazovány podle největší pravděpodobnosti potřeby. Nutno podotknout, že ve zvláštních potřebách se nezaměřují na zvláštní lékařskou péči, kterou osoby s příznaky demence mohou potřebovat.

2.1 Stádium mírné demence

Mezi biologické potřeby tohoto stádia demence se řadí *podpora při běžných pracovních situacích* v domácnosti, o svou vlastní osobu nebo při pohybu. V počátečním stádiu se jedná spíše o pomoc či případnou kontrolu (Zimmer, 1987, podle Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 140). Právě v běžných situacích si klient uvědomuje kognitivní oslabení, které se postupně zesiluje. Oslabení se snaží různě kompenzovat, někdy i nevinnou lží, které mu pomáhají udržet si sociální status, když paměť upadá (Buijssen, 2006, s. 26 – 27).

V 1. stádiu se může začít projevat dezorientace, ze které pramení *potřeba podpory časoprostorové orientace*. Klient se cítí být ohrožen, pokud není ve známém prostředí a časté změny na něj působí stres. Pro klienty je velmi prospěšné, pokud jsou do méně známého prostředí doprovázeni blízkou osobou, která se stane prostředníkem mezi jimi a prostředím (Pidrman, 2007, s. 94). Pro podporu klientovy orientace,

pro jeho jistotu a pocit bezpečí je velmi vhodné vybavit jeho domácí prostor velkými hodiny, přehledným kalendářem, ze kterého je schopen číst a vyzdobovat jeho prostředí dle ročního období (Pidrman, 2007, s. 94).

Verbální *komunikace* je pro osoby v 1. stádiu demence velmi důležitá. Podporuje udržení schopností klienta, procvičuje myšlení a upevňuje vztah pečujícího a klienta (Koběřská, 2003, s. 10 -13). Při verbální komunikaci s klientem s příznaky demence je důležité hovořit především o emočních prožitcích, tato konverzace je mu nápomocná při zvládnání jeho nemoci (Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 142 – 153). Při konverzaci je prospěšné se zaměřit spíše na pocity klienta než na paměťové skutečnosti, které mu činí problémy a v komunikaci ho činí podřadnějším partnerem.

Kromě smysluplné komunikace potřebuje člověk s příznaky demence ještě další *kognitivní stimulace*, aktivizace. Aktivity při stimulaci musí být strukturované a ne příliš nenáročné (Rheinwaldová, 1999, s. 63). Nejvíce vhodná je smysluplná denní činnost, která klienta baví a v minulosti se o ni klient zajímal. Jako práce s písmeny a čísly, zapamatování si, práce se vzpomínkami, chov drobných domácích zvířat (PET terapie) (Pidrman, 2007, s. 95), nebo taky drobné zahradničení či stimulace skrze užívání smyslů (Rheinwaldová, 1999, s. 59 - 60).

Klient potřebuje taky *spirituální a existenční podporu*. Pro tuto potřebu definuji pojem spiritualita jako životní sílu, která činí život smyslným (Škrlovi, 2003, s. 434). V mírné demenci klient obvykle vnímá svoji víru a bilancuje nad svým zdravotním stavem jako nad možností trestu, výzvy nebo šance. Každý člověk má své individuální vyšší potřeby (spiritualitu), které potřebuje důstojně uspokojovat a při péči o klienty je důležité je vnímat a respektovat (Opatrný, 2010, 144 – 145).

Krom přímých spirituálních potřeb vztahujících se k víře a vyrovnání se s diagnózou může klient řešit svůj další život pomocí „dříve vysloveného přání“. Předem vyslovení přání je písemný právní akt, který umožňuje lidem s těžkou a progresivní chorobou naplánovat si svůj plán zdravotní péče pro případ, že jednou již nebudou schopni o svých záležitostech rozhodovat (Zákon č. 372/2011 Sb., §36).

V prvním stádiu demence je zapotřebí se zaměřit z biologické stránky hlavně na podporu a dopomoc jedinci, který je schopen s podporou zvládnout množství běžných úkonů. Po psychické a sociální stránce si klient uvědomuje svou přicházející slabost,

snaží se s ní vyrovnávat, k tomu mu prospěje klidné a vnímavé prostředí jevící o něj zájem. V oblasti spirituální se potřeby klientů nepochybně různí, vždy jsou závislé na životních hodnotách. Však všeobecným pravidlem může být respektující přístup k hodnotovému žebříčku klientů.

2.2 Stádium střední demence

U *fyzilogických potřeb* se zajímám především potřebou příjmu tekutin, jídla a zajištění možné inkontinence.

U seniorů s demencí se můžeme často setkávat s malnutricí. Malnutrice je často způsobována přímo nemocí nebo nechutenstvím z důvodu malé fyzické zátěže. Však na podvýživě může přispívat taky nevhodná kultura stravování, nedostatek času na jídlo, nevhodná zubní náhrada aj. (Pidrman, 2007, s. 155 – 158). Jak uvádí Holmerová a kol. (2013, s. 160) jídlo by se mělo stát příjemným zážitkem a významným mezníkem dne. Opakem malnutrice se může objevit i obezita (Kalvach, Jurášková, 2008, s. 162).

Problematika příjmu tekutin je u seniorů spojena s nižší percepcí žízně, u klientů s demencí je proto důležité kontrolovat pitný režim a aktivně nabízet klientům chuťově pestré tekutiny (Pidrman, 2007, s. 158).

Inkontinence moči, tedy samovolné odcházení moči, při demenci vzniká často díky kognitivní poruše. Klienti potřebují být seznámeni a aktivně dle individuální potřeby umět používat hygienické inkontinenční pomůcky nebo být v používání podporováni. Vždy je potřeba zvážit vhodné inkontinenční pomůcky s ohledem, aby nebyl klient společensky zahanben, pohybově omezován, nebyl ohrožen výskytem dekubitů aj. (Hanus, 2008, s. 215, 226).

Jak jsem již výše uvedla pro klienty prokazující příznaky demence je velmi výhodný *strukturovaný den a denní režim*. Pravidelný režim opakujících se činností a pravidelné dodržování střídání dne a noci je velmi prospěšné pro podporu zachování jisté soběstačnosti a celkovou kvalitu života (Holmerová a kol., 2013, s. 160). Pro podporu denního rytmu je vhodné, aby klient přes den vykonával smysluplnou činnost, která jej zaměstná a pobýval v prosvětlené místnosti. V noci naopak zažíval ve svém pokoji klid a tmu/příšeří (Pidrman, 2007, s. 84 – 86).

Klient s příznaky demence potřebuje *bezpečný prostor* pro žití, který bude vhodný pro neorientovanou osobu a nebude pro ni ohrožující. Klienti v tomto stádiu často bloudí po domově a bez cíle chodí po chodbách. Pro podporu orientace je vhodné, srozumitelně pro uživatele, označit dveře pokojů a části domova (Babiaková a kol., 2006, s. 200-201).

Kromě zabezpečení prostor domova je zapotřebí ochránit klienty před samostatným odchodem z chráněného prostředí, který může být pro dezorientovaného člověka velmi nebezpečný. Tito klienti se již nedokážou orientovat v pro nás běžném světě a vzniká riziko zabloudění. Však je potřebné rozlišovat klienty, kteří s blouděním mají problém, a kteří ne. Je možné využít např. elektronické dohlížecí systémy, které personálu hlásí, kdo prošel dveřmi, na základě čipu, který uživatel nosí na náramku. Vždy je nutné posoudit individuální vhodnost dohlížecího systému, zda neomezuje klienta nad míru jeho potřeby (Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí, 2007, s. 104).

Do rámce bezpečného prostředí patří i zabezpečení prevence pádů. U geriatrických klientů mohou být pády způsobeny podle Pidrmána (2007, s. 163 – 166) příčinou vnitřní což je často psychiatrické onemocnění, neuromotorická porucha aj. Příčina vnější je pro pečující personál významnější a více ovlivnitelná. Jedná se o nevhodné vybavení pokoje, nevhodné pomůcky pro podporu pochybu či špatná obuv.

Vhodné prostředí pro prevenci pádů by mělo být vybaveno lůžkem s bočními zábranami. Poblíž něj by mělo být situované křeslo. Podlahy a schodiště by mělo mít protiskluzový povrch. Kolem všech stěn jsou vhodná pevná madla pro přidržení. Doporučuje se ohraničit vstup na schody vrátky. Prevence pádů zajistí taky barevné odlišení záchodové mísy a podlahy kolem ní (Babiaková a kol., 2006, s. 200-201).

Mezi prevencí pádů patří i posilování svalového tonu především fyzickým cvičením. Pro posilování svalstva klientů je velmi prospěšné pravidelné a šetrné cvičení (Bureš, a kol., 2008, s. 199). Vždy je nutné individuálně posoudit vhodnost aktivity.

U osob s příznaky demence vyvstává *potřeba zvládnání možných projevů demence*. Mohou se vyskytnout bludy a halucinace. Bludy nejčastěji ve formě pocitu okrádání nebo pocitu jiného násilí směřovaného na postiženou osobu. Halucinace,

pokud se vyskytují, nejčastěji jsou vnímané ve formě zrakové, mohou být řešeny farmakoterapií (Pidrman, 2007, s. 82- 83).

Podle Kamphöner (2012, seminář) je důležité nenechat klienty v halucinacích a bludech sami. Vhodné je zůstat klientům na blízku a prožívat s nimi jejich projevy opravdově stejně tak, jak je oni cítí.

I v tomto stádiu klienti *potřebují komunikovat*. Holmerová a kol. (2013, s. 160) uvádí, že osoby v tomto stádiu zpravidla „více či méně uspokojivě komunikují“. V této fázi se mohou ztrácet, známe vzorce řeči a klient tak přestává některým obrátům rozumět. Je vhodné používat při komunikaci jednoduché věty neobsahující abstraktní pojmy. Při rozhovoru je důležité mít navázaný oční kontakt a využít gestikulace i emocí (Koběrská, 2003, s. 10 – 31). Komunikace je velmi potřebná kognitivní stimulace.

Další potřebou klientů je *podnětné prostředí*. Jelikož se celý život pohybujeme v prostředí plném podnětů, které nám stimuluje smysly a vnímání. Tak i klienti s příznaky demence potřebují mít ve svém prostředí věci vyvolávající jejich zájem. Prostor by měl být vybaveno velmi tradičním způsobem. Společenská místnost má v sobě prvky i obývacího pokoje i kuchyně, kde klienti mohou manipulovat s nádobím a vykonávat obdobné činnosti, jako dříve. Do prostorů je vhodné zakomponovat prvky, které vytvářejí u klientů příjemné vzpomínky a v nichž mohou listovat, pozorovat, poslouchat. Mohou to být věci jako staré kuchařky, módní nebo technické časopisy, staré obrazy či hudební desky (Holmerová a kol., 2013, s. 161).

Kromě přímého prostředí, ve kterém se klient pohybuje, dotvářejí příjemnou atmosféru i speciální nefarmakologické přístupy, které mohou zpříjemnit a ulehčit život klientům s příznaky demence. Jedná se o přístupy jako např. práce se vzpomínkami a biografii klienta, zapojování klientů do běžných denních domácích aktivit. Běžné aktivity mohou být ve stylu umytí si hrníčku po kávě, uklizení nádobí ze stolu. Drobné činnosti stimulují rituální chování člověka, kterému pravidelné vykonávání činnosti vytváří pocit jistoty (Holmerová a kol., 2013, s. 161).

V této fázi vyvstává *potřeba zvládnutí poruch chování*. U klientů se může objevovat agitovanost nebo agresivita. V agresi se může projevovat úzkost, bolest, protest, nenaplněná potřeba nebo bludné přesvědčení (Pidrman, 2007, s. 81 – 82). Poruchy chování je nejvhodnější řešit nefarmakologickými přístupy v péči o klienta,

kteřé mohou odvrátit agresii. Použití farmakoterapie může být použito pouze z indikace lékaře (Holmerová a kol., 2013, s. 163).

Jak říká Opatrný (2010, s. 145), *spirituální potřeby* mohou být naplněny pouze tehdy, pokud přijímáme klienta bezpodmínečně. Z toho vyplývá, že pro zajištění spirituálních potřeb musíme přijímat klienta se vším, co jej tvoří. I pokud je psychiatricky nemocen a nám i celému světu již nerozumí, stále je člověkem. Potřeby spirituálního/duchovního charakteru mohou být u klientů v podobě vztahů, pochopení nebo praktikování náboženství (Malíková, 2011, s. 269). Při naplňování spirituálních potřeb klientů je bezpodmínečně nutné znát biografii jednotlivých klientů, jelikož ve stádiu střední demence se není schopen klient racionálně rozhodnout o vhodnosti naplnění potřeby. Personál by měl znát důležité informace z biografie klienta, ale taky by měl být formován v rozeznávání spirituálních potřeb (Malíková, 2011, s. 269 -270). Jak říká Svatošová (2012, s. 50), že nejdůležitější a základní dovedností pro přiblížení se klientovi je naslouchání. Spirituální potřeby mohou být naplňovány pomocí poslechu hudby, modlitby, rozhovoru, terapeutického sezení, přístupu pečujícího (Malíková, 2011, s. 273).

Ve střední fázi demence je zapotřebí podporovat fyziologické potřeby v dohledu nad přijímaným jídlem a tekutinami. Často je potřeba zajistit pomoc a podporu v inkontinenci moči. Ze strany sociální potřebuje klient v této fázi chráněné prostředí pro jeho bezpečí před vážným nebezpečím z okolního světa. Na psychické úrovni klient potřebuje pravidelnou a stimulující komunikaci a podnětné prostředí. Taky pravidelný opakující se denní rytmus a strukturovaný den. Pro psychickou stránku je nutné, aby pečující osoba zvládala a správně reagovala na možné halucinace a bludy. Spirituální potřeby jsou podmíněny biografií jednotlivých klientů. Však ve fázi, kdy si klient není vědomě jist všemi svými potřebami, by se nemělo zapomínat na důstojný přístup k člověku.

2.3 Stádium těžké demence

Pro zajištění *fyziologických potřeb* v poslední fázi demence je nezbytná asistence při podávání jídla a nápojů. Jídlo by mělo být servírováno do podoby, kterou je schopen klient pozřít a zároveň zachovávat jeho estetickou i chuťovou hodnotu. Pokud je klient schopen, nemělo by mu být odpíráno jíst jídlo přímo rukama. V těžké demenci trpí

většina klientů inkontinencí, je potřebné zajistit patřičných pomůcek a hygieny (Holmerová a kol., 2013, s. 162). Je potřebné zajistit celodenní péči, dohled nad klientem a mít k dispozici dvaceti čtyř hodinovou přítomnost personálu (Holmerová a kol., 2013, s. 161).

Převážná většina klientů je v tomto stádiu *imobilní*, jejich pohybová aktivita se zmenšuje a klient je fixován na pobyt na lůžku. Z tohoto důvodů narůstá riziko dekubitů a potřeba zajistit antidekubitní pomůcky a polohování klienta (Bureš a kol., 2008, s. 205). Imobilní klient může být deprimován, malým množstvím podnětů, které se vyskytují v jeho okolí, které je často stereotypní. Vhodné je zásobovat jeho prostředí různým vjemovým materiálem, který bude stimulovat různé smysly (Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 155).

V této fázi je *komunikace* zaměřena především na úroveň nonverbální. Verbální komunikace je obvykle omezena a navázání kontaktu běžným způsobem je velmi komplikované. Je proto nutné, aby personál byl schopen užívat nefarmakologické přístupy, přičemž uměl uplatňovat validaci při komunikaci s klientem (Holmerová a kol., 2013, s. 162).

I když psychiatrické onemocnění je již rozsáhlé, není možné, aby byla *důstojnost* klienta nějakým způsobem umenšována. Důstojný přístup může být bořen automatizovanou péčí o klienta a rutinním přístupem (Schmidlová, 2002, s. 67) nebo taky nevhodností oslovení, které je infantilní (Holmerová a kol., 2013, s. 162). Stejně tak vyjádření důstojnosti je neseno oblečením klientů, kteří jsou šaceni podle příležitosti a nenosí pouze univerzální noční košile (Holmerová, 2013, s. 162).

I v těžké fázi demence musí být naplněn *aspekt duchovních potřeb*. Uvádím potřebu lásky, která není specifická jen pro toto stádium ani pro demenci samotnou, ale může být opomíjena z důvodu omezení kvality komunikace s klientem. Lásku potřebuje klient přijímat i dávat. Přijímání i darování může probíhat při každém kontaktu pečujícího, příbuzného, dobrovolníka a klienta (Motlová, Opatrný, 2008, s. 95). Nejen naplňování potřeby lásky, ale Svatošová (2012, s. 41) uvádí, jako potřebu touhu po lásce, kterou pojmenovává univerzální potřebou všech. Tedy všichni pečující, klienti, rodinní příslušníci můžeme být bez rozdílu spojeni touto společnou duchovní potřebou.

Jak řekl Frank (1996, s. 64 – 65): „Nemá smysl jen život aktivní, protože člověku umožňuje vytvářet hodnoty, nýbrž svůj smysl má dokonce i život, který sotva poskytuje šanci tvůrčím a zážitkovým způsobem uskutečňovat hodnoty“. Tedy i lidský život, který zjevně nejeví známky naplnění a smyslu může mít svou hloubku daleko skrytou našim očím.

V těžké fázi demence je nutné se zaměřit na trvalou asistenční pomoc při všech pečovatelských úkonech. Klient v tomto stádiu je velmi často imobilní a veškeré potřeby je nutné na lůžku naplňovat. Z pohledu psychických a sociálních potřeb je nutné s klientem i v této fázi komunikovat, převážně pak specifickým způsobem vhodných pro osobu s demencí. Spirituální úroveň by neměla postrádat aspekt důstojnosti a lásky od personálu i ostatních příbuzných.

3 VYBRANÉ PŘÍSTUPY V PÉČI O KLIENTY S PŘÍZNAKY DEMENCE

V této kapitole se zabývám sedmi přístupy, které jsou vhodné k aplikaci v péči a navazují na specifické potřeby klientů s příznaky demence. Jedná se o přístupy nefarmakologické, již existující a v praxi více či méně používané.

3.1 Kognitivní trénink

Kognitivní trénink patří mezi přístupy, jejichž využití je optimální pro počáteční a začínající střední fázi demence. Jak uvádí Suchá (2013, s. 36), pro pokročilejší stádia demence je vhodnější využít přístupy např. validace, bazální stimulace apod., z důvodu neporozumění u klientů. Trénování je jedna z prevencí úbytku kognitivních schopností a zpomaluje průběh mírné kognitivní poruchy.

Kognitivní trénování jako přístup je založen na cvičení poznávací funkce mozku. Kognitivními tréninky se docílí zpomalení poklesu kognitivních funkcí, tím se prodlužuje adaptabilita klienta na sociální prostředí, skrze kterou klient může pociťovat větší jistotu (Klucká a Volfová, 2009, s. 19 – 21).

Mezi základní kognitivní funkce člověka patří paměť, pozornost, zrakově-prostorové schopnosti, jazyk, řečové schopnosti a myšlení (Klucká a Volfová, 2009, s. 11 – 13). Na základě zmíněných funkcí kognice se vytváří cvičení, které stimulují jednotlivé odvětví. Za formu kognitivního tréninku se pokládá i sama o sobě komunikace, z toho důvodu je kognitivní cvičení efektivnější pokud probíhá ve skupině (Klucká a Volfová, 2009, s. 22).

Pro úspěšný kognitivní trénink hraje významnou roli pozornost a soustředěnost. Pro udržení pozornosti je důležité klienty motivovat. K motivaci je nezbytné použít individuálně významné podněty, jako návštěva kulturních akcí, navštěvovat nová místa, setkávat se s lidmi. Pro motivaci ke kognitivní stimulaci je vhodné použít křížovky, SUDOKU, kvízy a soutěže, však velmi významný je komunikační kontakt jak ústní, tak písemný v podobě dopisu nebo mailu. Kromě přímé kognitivní stimulace podporuje funkce mozku i fyzický pohyb nebo zpěv, který jej prokrvuje (Suchá, 2007, s. 13 - 14).

Při kognitivním trénování musí převládat přátelská a nenucená atmosféra, klient se nesmí cítit v pozici zkoušeného. Důležité je pracovat s motivací klientů, aby i klient pocítil užitečnost a zábavu aktivity. Kromě motivace musí realizátor kognitivní aktivity individuálně zvážit náročnost úkolu, tak aby každý klient mohl být úspěšný ve zvládnutí (Klucká a Volfová, 2009, s. 22 – 25). Pokud by kognitivní cvičení u klienta vyvolávalo stres, aktivita by se stala více než neužitečná. Taky realizátor tréninku si musí uvědomovat věk a společenské postavení klientů a vyvarovat se infantilních sklonů, které by mohly zasáhnout důstojnost osob.

Kognitivní trénink může probíhat individuálně nebo skupinově (Klucká a Volfová, 2009, s. 21), ale může se jednat i o společnou aktivitu různého zaměření nebo o společně setkání zacílené přímo na kognitivní trénink s přesně stanovenou strukturou.

Společenská setkání kognitivního tréninku mají mít svou strukturu a rituál. Setkání začíná uvítáním, případným představením účastníků. Následně realizátor představí program setkání, podle kterého se postupuje. Na konci setkání následuje neměnicí se forma rozloučení a poděkování za účast. Opatrní bychom měli být s vyhlásováním výsledků nebo porovnávání klientů (Klucká a Volfová, 2009, s. 23).

Kognitivní trénování může být různého typu. Může se používat kombinace individuálních a skupinových aktivit (Klucká a Volfová, 2009, s. 21). V příloze č. 3 uvádím příklad připraveného kognitivního tréninku podle Klucké a Volfové, Vejsadové a Suché.

3.2 Reminiscence

Reminiscence jako přístup je vhodný použít především ve stádiu mírné a střední demence.

Ve svém významu nese reminiscence vzpomínání a vrácení se ve vzpomínkách do minulosti. Jak říká Janečková a kol. (2010, s. 14 -15) vzpomínky jsou pro všechny lidi velmi důležité, z důvodu, že se díky nim můžeme kdykoliv vrátit do minulých situací, znovu je prožít a ve vzpomínce si vytvořit pozdější náhled na věc. Přístup reminiscence je postaven na základech teorie Eriksona, který uvádí v posledním stádiu života potřebu rekapitulace. Stejně tak Butler, který se zabýval stářím, zjistil, že lidé

ve stáří, hledají smysl života. Vzpomínání jim může pomoci nalézt smysl prožitého života (Janečková a kol., 2010, s. 16 – 18).

Reminiscence jako přístup, ve kterém se pracuje se vzpomínkami, může být praktikován za přítomnosti terapeuta, který aktivitu řídí nebo může jít o spontánní vzpomínání mezi klienty (Špatenková a kol., 2011, s. 22). Za reminiscenční terapii se považuje rozhovor terapeuta a staršího klienta/klientů zaměřený na minulost, na minulé zážitky, události, zkušenosti apod. Při vzpomínání (reminiscenci) se mohou používat pomůcky (staré předměty, hudba), které vzpomínky pomohou vyvolat (Janečková, 2010, s. 21 – 22).

Vzpomínání je velmi vhodná aktivita u seniorů, díky ní může docházet smíření se s životem a předáváním vzpomínek může senior utvrzovat svou hodnotu (Špatenková, 2011, s. 12). Havighurst a Glasser(1972, s. 235 – 253) říkají, že vzpomínání je důležité i pro osoby s příznaky demence. Naše vzpomínky máme ukryty v paměti, osoby s demencí mají nejprve nerušenou paměť krátkodobou, ale ukryty v paměti dlouhodobé jsou uchovány po delší dobu. A právě v dlouhodobé paměti se ukrývá velký potenciál v podobě vzpomínek (Norris, 1997, s. 47 – 48).

Reminiscence může probíhat ve formě individuální nebo skupinové. U individuální je přítomen klient a pracovník/dobrovolník. Při práci s osobami s příznaky demence je vhodné skupinové setkání v počtu dvou až čtyř klientů, které vedou dva pracovníci. Setkání by pro větší efektivitu měla být strukturovaná a pravidelná (Gibson, 1994, Norris, 1997, podle Špatenková a kol., 2011, s. 67 – 68). Při setkání je důležité často připomínat význam našeho setkání, že se jedná o přátelské posezení s vyprávěním a popíjením kávy (Janečková a kol. 2010, s. 101).

Jednotlivá reminiscenční setkání mohou být na různé téma. Klienti sami mohou navrhnout, o jakých tématech by si chtěli vyprávět. Pozornost musíme věnovat některým obdobím, která mohou přinášet nelibé vzpomínky např. války apod. (Špatenková, 2011, s. 58) a taky významným milníkům života našich klientů, abychom neprohloubili zármutek. K tomu je velmi vhodné znát alespoň kousky z biografie klienta.

Nabídka témat reminiscence dle Špatenkové (2011, s. 58 – 59): Vzpomínky na dětství, jak se dříve žilo doma, bydlení ve městě a na vesnici, jak to vypadalo ve škole, sporty, ruční práce, móda, dopravní prostředky, dovolená.

Jak jsem zmínila, ke vzpomínání je vhodné využít pomůcky, které přirozeně vyvolají vzpomínání. I lidé s demencí mají dlouho zachované smyslové vnímání, z toho důvodu můžeme využít velké množství pomůcek (Janečková a kol., 2010, s. 103 – 104).

Pomůcky k reminiscenci je možné rozdělit do skupin podle vnímaného smyslu:

V oblasti čichu jde o aromatický materiál pachů a vůní. Mělo by se jednat o pachy, se kterými se klient dříve setkával např. pokrmy, čisticí prostředky (Janečková a kol., 2010, s. 104).

Hmatové podněty můžeme využít v podobě hlazení, česání vlasů, líčení. Klienty je vhodné uvádět do kontaktu s různými materiály, se kterými dříve přicházeli do styku. Např. nechat klienty omakat kousky dřeva, vlny, kožešiny apod. (Janečková a kol., 2010, s. 104).

Pomůcky sluchového charakteru představují poslech hudby či různých zvuků z běžného života, s kterými se dotyční již neseťkají (Janečková a kol., 2010, s. 104).

Zrakové pomůcky mohou obsahovat velmi širokou skupinu fotografií, obrazů, starých předmětů, částí oblečení nebo filmů (Janečková a kol., 2010, s. 105).

Nesmím zapomenout na chuť. Neboť malá ochutnávka starých jídel jistě navodí atmosféru dob minulých. Můžeme při reminiscenci nabídnout bílou kávu nebo třeba povidla apod. (Janečková a kol., 2010, s. 105).

Reminiscence nemusí být jen posezení, případné vytvoření vzpomínkové místnosti v zařízení. Vzpomínání se může odehrávat i při návštěvě muzeí nebo památek (Špatenková a kol., 2011, s. 81 – 82, 97 – 98).

3.3 Bazální stimulace

Bazální stimulaci je vhodné použít především ve fázi demence víc než pokročilé a těžké.

Přístup bazální stimulace je „koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání,“ (Friedlová, 2007, s. 19). Na základní úrovni stimuluje smysly, skrze které můžeme vnímat, pohybovat se a komunikovat. Jedná se o cílenou stimulaci zmíněných třech oblastí a jejich rozvoj (Friedlová, 2007, s. 19). Koncept vznikl autorkou prof. dr. A. Fröhlich v 80. letech 20. století v Německu u klientů s mentálním nebo kombinovaným postižením a postupně se začal aplikovat v ošetrovatelské péči (Friedlová, 2007, s. 13).

Bazálně stimulovat znamená nabízet klientům různé podněty, které pobízejí jejich smysly (Friedlová, 2007, s. 23). Teoretická základna přístupu stojí na prenatalním vývoji, kdy i plod vnímá vnější i vnitřní stimuly (vnímá zvuky, polohu matčina těla aj.) a libě či nelibě na ně reaguje. Na stimuly, které zažil, vzpomíná i v postnatalním stádiu. Připomínáním si vzpomínek aktivizuje mozkovou činnost a může naplňovat své potřeby (Friedlová, 2007, s. 19 – 21).

Stimulace zdůrazňuje schopnost vnímání svého těla a zkušenost s ním, pokud člověk je schopen vnímat sám sebe, pouze tedy je schopen vést komunikaci s prostředím a vnímat jej (Friedlová, 2007, s. 64). U imobilních klientů, z důvodu dlouhodobého pobývání na lůžku ve stejném prostředí či poloze a nedostatku podnětů, může nastat ztráta orientace, která tvoří nejistotu a strach (Friedlová, 2007, s. 68).

Klienti s demencí orientaci ztrácejí nebo ji ztratili. Jejich jedinou jistotou jsou hluboce utkvělé vzpomínky, které díky stimulaci jim pomáhají nalézt pocit sebe. Přijímané stimuly mohou být v různých podobách, vždy záleží na rozsahu vyvinutých nebo zachovaných smyslů jedince. Friedlová (2007, s. 107) dělí stimuly do osmi kategorií.

Somatická stimulace jedná se o stimulování klienta skrze dotyky povrchu těla. Má za cíl vytvořit hranice těla klienta a vybudovat jeho tělesnou identitu (Friedlová, 2007, 64 – 69). V rámci stimulace se pracuje s kvalitou doteku, s jeho intenzitou a lokálností. Dotek musí být pevný, cílený a čekaný (Friedlová, 2004, s. 26). Velmi

důležité je pracovat s tzv. iniciativním dotykem. Jedná se o cílený dotek, který má každý klient individuálně stanovený. Vždy před jakoukoliv komunikací nebo ošetřovatelským úkonem je tento dotyk proveden ať už ošetřujícím personálem, tak rodinnými příslušníky. Stejně po ukončení spolupráce s klientem je tento dotyk použit jako signál, že akce skončila. Používání iniciačního doteku dodá klientovi při manipulaci větší pocit bezpečí (Friedlová, s. 73 – 74).

Somatická stimulace dle Freidlové se může odehrávat osmi způsoby, dle aktuální potřeby:

Zklidňující stimulace se využívá pro uvolnění klientova těla. Jedná se o doteky tažené po klientově těle směrem po růstu chlupů (Friedlová, 2007, s. 76 – 81).

Povzbuzující stimulace podporuje klientovu pozornost a zvyšuje svalový tonus. Provádí se tahy po klientově těle směrem proti růstu chlupů. Tato stimulace není vhodná pro dezorientovaného klienta (Friedlová, 2007, s. 81 – 83).

Neurofyziologická stimulace se používá u klientů s narušenou hybností poloviny těla. Dotyky se provádí od zdravé poloviny těla směrem k nehybné. I všechny pečovatelské úkony by měli být prováděny tímto směrem (Friedlová, 2007, s. 83 – 88).

Symetrická stimulace se zaměřuje na synchronizovanou práci s oběma polovinami těla (Freidlová, 2007, s. 88).

Rozvíjející stimulace podporuje symetrii těla, stimulace je vhodná především v péči o imobilní klienty (Friedlová, 2007, s. 83 – 88).

Diametrální stimulace je vhodná pro klienty se stále zvýšeným svalovým napětím, nejčastěji je uskutečňována koupelemi (Friedlová, 2007, s. 89 – 91).

Polohování. Patří mezi metodu podporující uvědomění si svého těla. Používá se několik poloh, které se vybírají dle individuálních potřeb (Friedlová, 2007, s. 91 – 102).

Podpora dýchání. Jedná se o cvičení, které podporuje kvalitu dýchání. Provádí se masáž zad nebo se pomáhá klientovi dýchat přidržením naší ruky na hrudníku a společným dýcháním (Friedlová, 2007, s. 102 – 105).

Vestibulární stimulace je zacílena na vnímání polohy těla klienta a pohyby. Stimulace je prevencí nevolností a bolesti hlavy při náhlé změně polohy těla. Stimuluje se jemnými pohyby hlavy, ale taky využitím houpaček. Aktivizace pomáhá pro udržení vestibulárního aparátu a redukuje možné závratě (Friedlová, 2007, s. 105 – 106).

Vibrační stimulace působí na kožní receptory, svaly a šlachy. Tímto typem stimulace si klient může uvědomit ohraničení svého těla. U seniorů využíváme manuální stimulaci pomocí našich rukou, kdy s nimi vibrujeme na klientových kloubech (Friedlová, 2007, s. 107 – 109).

Optická stimulace se zaměřuje na stimulaci zraku a uzpůsobení prostředí klienta tak, aby mu dodávalo podněty. Jedná se především o vybavení pokoje klienta např. v podobě výzdoby nebo vybavení televizí. Při vytváření okolí klienta je důležité se zaměřit na jeho biografii a možné defekty zraku. Pro optickou stimulaci je velmi vhodné dodržovat režim den a noc, kdy přes den klient pobývá v prostředí světlém a v noci ve tmě nebo v šeru. U neorientovaných klientů pomáhají podporovat orientaci jejich vlastní předměty, které jsou umístěny v blízkosti, do které je schopen klient dohlédnout (Friedlová, 2007, s. 109 – 114). U klientů s demencí mohou pomoci při komunikaci obrázkové karty, však záleží na zdatnosti klienta (Friedlová, 2007, s. 114 – 117).

Auditivní stimulace. Stimulace sluchu podporuje komunikativní kontakt a mobilizaci vzpomínek. Tato oblast se podporuje skrze řeč, zpěv, poslech hudby. Důležité je zajištění korekcí sluchu jako sluchadel u klientů, kteří mají tuto potřebu (Friedlová, 2007, s. 114 – 117).

Orální stimulace. Jedná se o podněcování úst-chuťových buněk skrze různé chutě, které jsou klientům nanášeny do úst. Je vhodné ji provádět stimulaci v rámci hygieny ústní dutiny. Za stimulaci je považován i příjem potravy (Friedlová, 2007, s. 117 – 125).

Olfaktorická stimulace pobízí čichové buňky. Probíhá způsobem, kdy jsou klientovi nabízeny pachové stopy, které v něm vyvolávají vzpomínky. U seniorů se předkládají stimuly známé a jasné navázané na osobní biografii (Friedlová, 2007, s. 125 – 127).

Taktilně-haptická stimulace se zaměřuje na schopnost ruky trojrozměrně rozpoznávat předměty a na schopnost rozpoznávat teplo, chlad, tlak aj. Stimulace podporuje potřebu člověka být v přímém kontaktu s různými materiály a taky využívat hmatu. Díky předmětům, které si klient ohmatává, aktivizuje si mozkovou činnost (Friedlová, 2007, s. 127 – 130).

3.4 Validace

Validace je vhodná k použití ve všech fázích demence, vzhledem k tomu, že se jedná o celostní systém práce. Hanzová (2013, s. 17) představuje validaci jako specifický způsob komunikace s klientem, která pomáhá pečujícímu orientovat se ve spleti informací a dešifrovat obsah sdělení klienta.

Autorkou tohoto přístupu je N. Feil, která již od 70. let 20. století vyvíjí koncept validace, který se zaměřuje především na dezorientované staré osoby (Feil, Klerk – Rubin, 2015, s. 11).

Validovat člověka, pracovat s validací, podle Feil (2015, s. 13) znamená „přijímat jeho emoce, říkat mu, že jeho emoce jsou pravdivé“. Metoda je založena na empatii, kdy se snažíme přiblížit se vnitřnímu prožívání dezorientované osoby, tzv. snažit se kráčet v jejich botách. Validace je kombinací empatického přístupu, použití stádií vývojových teorií u dezorientovaných lidí a speciálních technik, které pomáhají vrátit lidem zpět svou důstojnost žití (Feil, Klerk – Rubin, 2015, s. 13).

Validace využívá teorii potřeb A. Maslowa a Eriksonovu vývojovou teorii. Maslowova pyramida potřeb může napomoci v orientaci potřeb i u dezorientovaných klientů. Eriksonova teorie upozorňuje na jednotlivé vývojové fáze člověka, kterými si musí postupně každý projít a splnit úkoly jednotlivých období (období nemluvněte, raného dětství, věk her, školní věk, adolescence, ranní dospělost, dospělost, stáří). Jak dobře úkoly plníme, závisí na zvládnutí úkolů z předešlých stádií. Jako poslední úkol u starých lidí je vyřešení v minulosti nezpracovaných fází. Pokud nebyla tato rekapitulace/zpracování/smíření provedeno, tak osoba upadá do dezorientace. Však nevyřešené životní období se snaží řešit nadále v rámci projevů demence (Feil, Klerk – Rubin, 2015, s. 22 – 34).

Tato metoda je velmi vhodná pro osoby s příznaky demence z důvodu, že demence smazává rozumové schopnosti, avšak emocionální prožívání zůstává. Emoce klienta s demencí se spouští různými podněty vyplývajícími z hluboko zakořeněné životní vzpomínky, kterou klient potřebuje znovu prožívat. V těchto emocích lidé řeší prožité pozitivní a negativní vzpomínky. Důležité je validovat - potvrzovat klienta stylem uznání a opravdovým pochopením. Naše uznání podpoří bilancujícího klienta a poskytne mu pocit jistoty, aby se mohl srovnat s prožitky z minulosti (Feil, 2015, workshop).

Validace ve svém obsahu pracuje i s tzv. symboly, které znázorňují lidi nebo věci, se kterými se osoba v minulosti setkala a nyní se znovu ožívají. Klient je emocionálně prožívá a tím se snaží situaci z minulosti zpracovat. Např. ruka může znamenat dítě, houpání – matku, mateřství, bezpečí, slast, knoflík – potrava nebo láska apod. (Feil, Klerk – Rubin, 2015, s. 75).

V rámci metody práce s osobami s demencí byly zpracovány čtyři fáze dezorientace, podle přijímání reality a taky vhodnosti použití jednotlivých technik validace. Při pravidelném používání validace klienti nepropadávají do hlubších a hlubších fází dezorientace (Feil, Klerk – Rubin, 2015, s. 72 – 85):

1. *Nedostatečná orientace* – osoby nad sebou mají určitou kontrolu, ale chovají se podezřívavě, při výpadku paměti se cítí zahanbeni a snaží se deficit maskovat. Mají snahu si zasloužit lásku, avšak v této fázi komplikovaně vyjadřují emoce.

2. *Dezorientace v čase* – klienti se přestávají orientovat v čase, tyto lidé se již nezajímají o realitu, nesnaží se zakrývat deficity. Pocit neúčinnosti je posouvá do minulosti. Lidé ztrácejí sebekontrolu, bez problému vyjadřují prožívané emoce.

3. *Opakující se pohyby* – tato fáze je specifická ve stereotypních pohybech klientů. Klienti verbálně nekomunikují. Ve zvucích a pohybech se vydávají do minulosti skrze symboly, např. seniorka si hladí svou ruku, která představuje její dítě.

4. *Vegetování* – je to poslední fáze, kdy se člověk uzavírá do sebe a nijak nekomunikuje se světem. Avšak i v této fázi jde použít validaci.

Na jednotlivá stádia dezorientace reaguje validace určitými technikami práce s osobou s demencí. Níže uvádím vhodné techniky (Feil, Klerk – Rubin, 2015, s. 94 – 108):

Technika centrování – jedná se o základní techniku vhodnou pro všechny stádia, kterou se pečující osoba koncentruje k zahájení práce s klientem. Jedná se o naladění se na svůj dech, které pomáhá ve zbavení se frustrace a stresu před započtím práce s klientem.

Kladení otázek – při kladení vyjasňujících otázek klientovi, otázku vždy začínáme slovy – kde, kdy, kdo, jak? Otázku proč? nepoužíváme, jelikož dezorientovaní lidé na ni nemohou najít racionální odpověď a uvádí se do nejistoty. Tato technika je vhodná pro první tři stádia.

Přeformulování – jedná se o zopakování výpovědi klienta, kterou přeformulujeme do otázky, ve které zdůrazníme klíčová slova, na které dával klient důraz. Např. Klient hovoří: Byla tady sestra a ukradla mi zuby. Pečující odpoví: Sestra Vám ukradla zuby? Technika je vhodná pro první tři stádia.

Polarita – v praxi znamená, ptát se na extrémy sdělení. Např. Klientka: Měla jsem skvělého manžela. Pečující: Co jste na něm nejvíc milovala? Opět vhodné pro první až třetí stádium.

Opak pravdou – při této technice se ptáme klienta na představu o opaku věci. Např. Klient: Dávají mi do jídla jed. Pečující: Stává se taky, že by to někdy neudělali? Využitelné pro první tři fáze.

Vzpomínání – je technikou určenou především pro první stádium. Jedná se o příjemné vrácení se do vzpomínek, které působí libě. Např. můžeme začít otázkou: Jak jste poznala svého partnera?

Oční kontakt – je vhodné pro druhé až čtvrté stádium. Jedná se o držení delšího, přímého a stálého očního kontaktu.

Pozorování emocí – se můžeme dostat k pochopení klientových pocitů. Tyto pocity nám pomohou v komunikaci. Použití v druhém až čtvrtém stádium.

Víceznačnost – znamená, že použitá slova klienta nemusí nést myšlený význam, proto slova, která jsou pro nás nesrozumitelná, nahrazujeme neurčitými zájmeny. Např. Klient: Dodo nepřišel domu. Pečovatel odpoví: Myslíte, že se mu něco stalo? Použitelné v druhém až třetím stádium.

Další použitelné techniky validace jsou *použití hudby, hledání souvislosti mezi projevy a potřebami, ukotvené dotyky nebo zrcadelní*.

3.5 Orientace v realitě

Tato metoda práce je vhodná především pro počáteční stádium demence, v pozdějším použití může u klientů vyprovokovat neklid a agresivitu (Holmerová a kol., 2007, s. 174).

Orientace v realitě vznikala v 50. letech 20. století v USA, jako přístup snažící se zkvalitnit orientaci klienta, zmírnit zmatenost a zvýšit nezávislost (Holmerová a kol., 2007, s. 174). Jedná se jeden z nejstarších přístupů ke klientům s příznaky demence. Na jehož účinnost bylo provedeno velké množství výzkumů. Avšak výsledky z praxe se shodují na použitelnosti u zdravých seniorů a u počáteční fáze demence (Holmerová a kol., 2005, s. 449 – 453).

Za cíl si bere uchovávat základní informace o sobě a blízkých, udržet si orientaci v prostoru a čase a cvičit krátkodobou paměť (Walsh, 2005, s. 163).

Tento přístup si klade za úkol, aby všichni pečující pravidelně předkládali klientovi pravdivé informace, které mu budou zajišťovat základní body v orientaci. Orientace by měla začínat již od ranního probuzení, kdy je klientovy sděleno, kolik je hodin, kde se nachází nebo co se bude dít. Důležité je, aby informátoři měli aktuální informace, ale taky aby informací nepřicházela přemíra a příliš tak nezatěžovaly klienta (Holmerová, 2007, s. 174 – 175).

Všechny sdělení, která přichází, by měla být předloženy klientovi citlivě a měla by být zajímavého charakteru. Důraz je kladen i na oslovení klienta. Vždy oslovujeme klienty příjmením, popřípadě titulem nebo jiným oslovením, které si přeje klient, neboť tímto zachováváme jeho důstojnost. Během komunikace se pečující musí chovat mile, citlivě a s klidným chováním. Je důležité dávat klientů zpětnou vazbu, pokud porozumíme jejich sdělení. Konfrontace ani odpor není vhodný ani chtěný, protože může vyprovokovat negativní účinky jako je agrese, v této fázi je vhodnější klienta validovat (Holmerová, 2007, s. 175 - 176).

Předkládané informační body by měly být pozitivního charakteru např.: Venku krásně svítí sluníčko. Máme tady jaro. Je měsíc srpen. Sdělíme klientu kolikátého je. Připomeneme mu jeho jméno. Orientace by neměla opravovat mylné představy klienta (Holmerová, 2007, s. 176).

Orientace v realitě má velký význam pro klienty s oslabenými smysly (Holmerová, 2007, s. 176). Těmto lidem dodává informace o světě, které jim mohou dotvořit realitu absentující funkce smyslového orgánu. V tomto případě je velmi vhodné použít kompenzační pomůcky, které realitu ještě víc přiblíží.

Tento přístup nestojí jenom na informacích zprostředkovaných pečujícími, ale celkově na prostředí, kde osoba žije. Jedná se o odlišně vymalované stěny pokojů, čitelně znázorněné popisy dveří nebo barevné navigující šipky, které mohou klientu pomoci i pokročilejší fázi demence. Dotvořením interiéru by nemělo působit dětinsky a všechny pomocné prvky by se měli držet vkusu. Barvy a vybavení by mělo působit láskyplně a v klientovi vyvolávat jistotu (Holmerová a kol., 2007, s. 178). Mezi praktické vybavení prostor patří velké dobře čitelné hodiny, dekorace pokojů připomínající aktuální roční období, velký kalendář ukazující den v týdnu, kolikátého je nebo třeba kdo má svátek a vhodné je zajištění vnitřního i venkovního teploměru s velkými číslicemi (Holmerová a kol., 2007, s. 180).

V praxi se orientace může provádět formou skupinovou nebo individuální. Skupinové sezení je vhodné uspořádat se 3 až 6 klienty s četností pětkrát za týden. Průběh sezení začíná zmapování orientovanosti u klientů a dále pokračuje diskuzí. V rámci skupina je dobré zapojovat kognitivní funkce se zapojením všech smyslů (Holmerová a kol., 2007, s. 179). Individuální orientaci je vhodné propojovat v běžných denních aktivitách a úkonech, však vždy je důležité posoudit individuální vhodnost.

3.6 Rezoluce

Rezoluční terapie je vhodná v pokročilejší a těžké fázi demence. Jedná se o přístup, který vznikl v 90. letech 20. století, jeho zakladatelé jsou Stokes a Goudie (Walsh, 2005, s. 165).

Ve své teorii se zaměřují na přítomný okamžik, který je pro člověka s demencí realitou a nemá být úkolem pečující tuto realitu nijak měnit, spíše by se měl pečující

naučit žít v klientově světě. Jedná se o přistoupení do klientovy hry. Důležité je uznat klientovi situace za reálné, přijímat je a přesvědčit klienta, že mu rozumíme (Walsh, 2005, s. 165). Rezoluční terapie se nechce zabývat minulostí osob s demencí a nesnažit se vyřešit traumata z minulosti. Rezoluce pokládá zmatenost klienta za stav, kdy se člověk s příznaky demence snaží najít smysl reality „tady a teď“ (Walsh, 2005, s. 168).

Rezoluční terapie si klade za úkol vznik vztahu mezi pečujícím a klientem. Vztah a role pečujícího je utvářena a řízena klientem, jeho prožívanou realitou. U klientů s příznaky demence má dlouhodobá paměť trvalejší charakter, tudíž často je klientova realita utvářena právě minulostí. Pečující mají za úkol rozpoznat, dešifrovat prožívání klienta a pochopit jeho prožívanou situaci např. stará paní, bývalou profesí učitelka, velmi ráda čtá do časopisů nečitelné čáry a znaky, však ve své skutečnosti opravuje a známkuje písemné práce studentů (Walsh, 2005, s. 168 – 169). Jak již z toho vyplývá i u této metody je velmi vhodné spolupracovat s biografií člověka, pokud existuje, aby se nám dařilo lépe rozpoznat klienty prožívané významy (Malíková, 2011, s. 245).

Rezoluce se svým počínáním, kdy nevyvrací klientům, to co na vlastní kůži prožívají, snaží zvýšit kvalitu jejich života, neboť tvrzení o opaku a přesvědčování o realitě by jen vytvořilo konflikt a narušilo by vztah (Walsh, 2005, s. 169). Je nutné respektovat projevy demence a tím zvyšovat spokojenost a vnitřní klid klienta (Malíková, 2011, s. 246).

Jako příklad komunikace uvádím rozhovor mezi seniorkou s demencí a sestrou dle Klevetové a Dlabalové (2008, s. 117):

Paní: Všechno mi ukradli a vy jste jedna z nich.

Sestra: A co se vám ztratilo? Tak to všechno najdeme, co to bylo?

Paní: Léky dostaly nožičky a utekly.

Sestra: Léky dostaly nožičky, a tak je půjdeme najít.

3.7 Paliativní péče

Přístup paliativní péče si dává za cíl zmírnit bolest a poskytnout důstojnou péči klientů v terminální fázi života. Staví smrt do role přirozeného průběhu života. Paliativní péče nespočívá jen v podpoře klienta, ale i jeho blízkých osob (Skála, a kol., 2005, s. 1). Paliativní péče se nevztahuje pouze ke klientům s demencí, jedná se o komplexní přístup k člověku v poslední fázi života.

Právě komplexní přístup ke klientům se snaží odbourat trápení v úrovni fyzické, psychické i spirituální (Paynerová a kol., 2007, s. 8). Tato péče je zaměřena holisticky, profesionálně a taky interpersonálně (Aranda, 2005, s. 15), kdy se na péči podílí pestré spektrum pracovníků, jako jsou ošetřovatelé, sociální pracovníci, pastorační pracovníci apod., nejedná se o pouhé zapojení zdravotnického personálu.

Paliativní péče bývá často propojována s péčí vykonávanou v hospicových zařízeních, avšak nemusí to být jen hospice, které poskytnou péči na této úrovni. Aplikovat paliativní péči mohou u domovy pro seniory (Doporučení Rec, 2004, s. 27).

Základní zásady paliativní péče jsou: zmírnění bolesti a zachování důstojného bytí člověka až do přirozeného konce (Skála a kol., 2005, s. 1). Všechny zákroky v paliativní péči nemají přinést předčasnou úmrtí, ale na druhou stranu ani uměle oddalovat odchod člověka. Základem je zaměření se na priority a přání prožití konce života (Doporučení Rec, 2004, s. 22 – 23). Priority a přání musí být u klienta vnímány z aktuálního stavu a z pocitů libosti a nelibosti.

U klientů s demencí musí být důstojná paliativní péče navázána na prožitou minulost a záznamy z biografie (Abbey, 2005, s. 254), skrze které můžeme lépe rozpoznávat potřeby. Při paliativní péči je důležitá práce s rodinnými příslušníky, kteří mohou mít taky potřeby vztahující se ke klientovi.

Rodina a rodinní příslušníci jsou taky velmi důležití před nastoupením paliativní péče, kdy musí členové rodiny a lékař dohodnout o odstoupení od kurativní péče a nastoupení péče paliativní, samozřejmě s příkloněním se k přání klienta, který se v tuto dobu již autonomně nevyjádří. Změny v nastolení paliativní péče jsou převážně v nenucení klienta do jídla a pití, vytvořit pohodlí, neupřednostňování aktivizace, tišení bolesti a taky vysazení léčby apod. (Abbey, 2005, s. 255, 259).

4 PRACOVNÍK V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Tuto kapitolu začleňuji do teoretického rámce z toho důvodu, že účastníci výzkumu budou pracovníci zařazení do této profese, tudíž je důležité vysvětlit a rozvést tento pojem.

Pracovník v sociálních službách je v české legislativě, tedy v zákoně o sociálních službách, definován jako pracovník vykonávající přímou obslužnou péči. Jeho povinností je zajišťovat základní fyziologické potřeby klientů, ale taky aktivizace, zajišťování společenských kontaktů a psychosociálních potřeb. Pracovník v sociálních službách může vykonávat základní výchovnou nepedagogickou činnost a pod dohledem sociálního pracovníka může obstarávat osobní záležitosti klientů, zprostředkovávat společenský kontakt a pomáhat při uplatňování práv klientů. Podmínky pro výkon tohoto zaměstnání jsou svéprávnost, bezúhonnost a zdravotní způsobilost (Zákon č. 108/2006 Sb., §116).

V rámci odborné způsobilost k provádění práce pracovníka v sociálních službách postačí pro výkon činnosti výuční list nebo maturitní zkouška doplněna akreditovaným kurzem pracovníka v sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb., §116). Tento kurz je podle Vyhlášky č. 505/2006 Sb. §37 v rozsahu minimálně 150 výukových hodin.

Následné vzdělávání pracovníků zákon o sociálních službách stanovuje na 24 hodin vzdělání v rámci kalendářního roku (Zákon č. 108/2006 Sb., §116). Tohle vzdělávání by měl zajistit zaměstnavatel, a tím si zkvalitnit kvalifikaci u zaměstnanců.

Další podporu či vzdělání může zaměstnanec získávat od svého zaměstnavatele, který v rámci 10. Standardu kvality sociálních služeb kritéria e) (Vyhláška č. 505/2006 Sb.), má povinnost zajistit podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka, který podpoří pracovníka při výkonu jeho činnosti. Může jít o kurzy, workshopy nebo nejčastěji o supervize.

Pracovník v sociálních službách by měl mít všeobecné znalosti včetně základů psychologie a komunikace. Měl by mít základní informace z oblasti sociálních služeb

a znát organizační strukturu sociální i zdravotnickou, ovládat základy ošetřovatelství, zachovávat mlčenlivost, dodržovat práva klientů, zvládat péči o umírajícího, spolupracuje s pracovním týmem apod. (Malíková, 2011, s. 94 – 95).

Zákon o sociálních službách se vyjadřuje k určitým kritériím pracovníka v sociálních, která by měla být úspěšně splněna. Malíková (2011, s. 97), k zákonným požadavkům specifikuje ještě ukazatele kvalitního výkonu pracovníka v sociálních službách, které stojí: na zájmu o obor, zájmu o rozšiřování znalostí, v úsilí o profesní i osobní rozvoj, taky v svědomitosti při práci, v empatickém přístupu, používání ochranných pomůcek apod.

Kompetence pracovníka v sociálních službách pečujícího o seniory s příznaky demence specifikuje Holmerová a kol. (2013, s. 161 – 162) následovně: Všichni pracovníci by měli být seznámeni se syndromem demence a měli by být kvalifikováni v této problematice. V rámci znalostí a dovedností by měli být seznámeni s psychosociálními intervencemi a nefarmakologickými přístupy. Pracovníci by se měli orientovat ve specifických potřebách klientů, aplikovat validační přístup, umět pracovat se znalostí životních příběhů klientů a ovládat vhodnou komunikaci s klientem s příznaky demence.

5 POBYTOVÉ SLUŽBY PRO SENIORY

Zákon o sociálních službách nabízí klientům v nepříznivé sociální situaci tři druhy služeb, jedná se o služby *terénní*, kdy je služba uskutečňována v domácím prostředí. Služby *ambulantní* jsou ty, které klient pravidelně navštěvuje a *pobytové* vytváří pro člověka prostředí nahrazující domov (Zákon č. 108/2006 Sb., §33).

Sociální pobytová služba pro seniory může být podle zákona o sociálních službách registrována v podobě: domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, chráněné bydlení nebo týdenní stacionář (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Jelikož je výzkum prováděn ve službě domov pro seniory, chtěla bych jen okrajově tuto službu představit.

Domov pro seniory je služba uzpůsobena pro osoby, kterým z důsledku vyššího věku klesá soběstačnost a díky tomu potřebují podporu a pomoc (Zákon č. 108/2006 Sb., §49). Tato služba poskytuje pro klienty ubytování, celodenní stravu, péči o osobu (jako oblékání, podpora při jídle apod.), pomoc při hygieně. Domov pro seniory podporuje společenský kontakt a podporu sociálního začleňování. Nabízí sociálně terapeutické činnosti, které stimulují klientovi dovednosti a aktivizují ho. Domov pro seniory taky pomáhá při uplatňování práv klientů (Zákon č. 108/2006 Sb., §15).

V této době se diskutuje nad problematikou nedostatečné kapacity domovů pro seniory a domovu se zvláštním režimem, která je reakcí na jev stárnutí populace a finančním zabezpečením chodu těchto služeb.

6 VYBRANÝ DOMOV PRO SENIORY

Pro výzkum, který je součástí této práce, jsem spolupracovala s vybraným Domovem pro seniory, který bych pro dokreslení situace lehce představila. Tento Domov jsem vybrala z důvodu, jelikož s ním na dobrovolnické bázi dlouhodobě spolupracuji.

Domov poskytuje jednu sociální službu a to domov pro seniory. Tato služba je příspěvkovou organizací kraje, která nabízí službu pro 159 uživatelů, z tohoto počtu je demence medicínsky diagnostikována u 23 uživatelů (Výroční zpráva z roku 2014), avšak všichni klienti se diagnostiky nezúčastnili. Cílovou skupinu tvoří senioři nad 65 let, kteří z důvodu věku, zdravotního postižení nebo onemocnění potřebují pomoci v běžných úkonech a jejich přirozené prostředí tuto podporu nezajistí (webové stránky Domova).

V Domově žijí senioři, jejichž průměrný věk činí 83 let a kterým pomáhá 36 pracovnic v sociálních službách ve dvousměnném provozu. Tyto pracovnice se za rok 2014 zúčastnily každá v průměru 26 hodin navazujícího vzdělávání (Výroční zpráva Domova za rok 2014).

Cílem Domova pro seniory je podpora soběstačnosti uživatelů, ochrana jejich soukromí a respektování potřeb klientů. Domov se snaží zprostředkovat kontakt s přirozeným prostředím, uzpůsobit klientům příjemné prostředí pro život, které by umožnilo spokojenost uživatelů (Standart č. 1 Domova pro seniory).

7 METODOLOGIE VÝZKUMU

V šesti předešlých kapitolách jsem ukotvila práci v teoretickém rámci, který nastiňuje možnosti péče o klienty s příznaky demence. Druhá část práce je zaměřena empiricky – kapitola sedm a osm. V tomto úseku práce se zaměřuji na metodologii výzkumu, analýzu rozhovorů a jednotlivá shrnutí přístupů při péči. Rozhovory proběhly s pracovníci v sociálních službách, jejich tematická struktura byla rozdělena do 3 okruhů otázek, které vycházely z hlavní výzkumné otázky: Jaké vybrané přístupy v péči o klienty s příznaky demence využívají pracovníci v sociálních službách?

1. okruh – Identifikace klientů s příznaky demence. V tomto okruhu mě zajímalo, zda se pracovníci setkávají s osobami s příznaky demence, tedy zda identifikují u klientů dezorientaci, zapomnětlivost a další příznaky demence. Ptala jsem se po specifických potřebách těchto klientů, po výhodách a komplikacích v péči o ně.

2. okruh – Popis práce s klientem s příznaky demence. V této části rozhovoru jsem požádala pracovníce, aby mi popsaly svou práci s klientem s příznaky demence na příkladech/situacích, které zažily.

3. okruh – Zaměření na používání teoretických přístupů. Ptala jsme se participantek, zda používají určitý teoretický proud při péči o klienta s příznaky demence. Nebo zda využívají alespoň segmenty teorie, které se mohly dozvědět na kurzu nebo na jiném školení.

Tyto okruhy jsem vybrala z důvodu identifikace, zda si pracovníci uvědomují přítomnost příznaků demence u svých klientů. Dále jsem otázky směřovala hlavně praktickým směrem a ze situací, které participantky popisovaly a z jejich reakcí jsem mohla analyzovat teoretické přístupy, které mohou nevědomě, bez konkrétního pojmenování, používat. Posledním okruhem jsme cílila především na vědomé použití přístupů, s kterým mohly být pracovníci seznámeny v rámci pravidelného vzdělávání. Pomocí zvolené struktury otázek jsem chtěla získat potřebné informace od participantek, a tím otevřít problematiku přístupů v péči o osoby s příznaky demence v domovech pro seniory. Taky doufám, že i rozhovory posloužily pracovnícům v sociálních službách jako podnět k zamyšlení nad prací s klienty s příznaky demence nebo jako prostředek reflexe.

7.1 Participantky

Slovem participanti (účastníci výzkumu), označuji v práci osoby, které byly součástí zkoumaného vzorku. Jedná se o pracovníky v sociálních službách vybraného Domova pro seniory.

Před započítáním sběru dat jsem zajistila ústní smlouvu s vedoucím Domova pro seniory o souhlasu provedení rozhovorů s pracovníky v sociálních službách. Na základě toho proběhlo devět rozhovorů. Participantky byly obeznámeny se záměrem rozhovorů, s jejich diskrétním použitím a uvedením fiktivním jmen.

Výběr pracovníků v sociálních službách proběhl na základě záměrného výběru, jak uvádí Plevová a kol. (2011, s. 223): „Cílem konstrukce vzorku je reprezentovat populaci problému“. Tudíž byly vybrány pracovníce v sociálních službách vybraného Domova pro seniory. V Domově na této pozici pracují pouze ženy. Záměrem bylo vytvořit skupinu participantek, co nejpestřejší z pohledu věku, délky praxe a vzdělání. Profily jednotlivých participantek jsou uvedeny níže v tabulce č. 1. Celkem bylo osloveno jedenáct pracovníků, z tohoto počtu devět souhlasilo s pořádkem rozhovoru. Rozhovory proběhly v prostorách kuchyně Domova.

U velikosti vzorku jsem se řídila saturací dat podle Miovského (2006, s. 129), kdy jsem realizovala interview do doby, kdy v rozhovorech začali přicházet od participantek podobné informace, nebo-li tzv. teoretické nasycení.

| fiktivní jméno | věk | praxe v sociálních službách/let | vzdělání |
|-------------------|-----|---------------------------------------|--|
| Marie | 56 | 29 | vyučena mimo obor |
| Alena | 35 | 3 | středoškolské mimo obor + kurz pracovníka v sociálních službách |
| Jana | 48 | 7 | vyučena mimo obor + kurz sociálního pracovníka |
| Hana | 55 | 15 | středoškolské mimo obor + kurz pracovníka v sociálních službách |
| Zuzana | 57 | 5 | středoškolské mimo obor + kurz pracovníka v sociálních službách |
| Stanislava | 46 | 6 | vyučena mimo obor + kurz pracovníka v sociálních službách |
| Michaela | 25 | 6 | středoškolské mimo obor + kurz pracovníka v sociálních službách |
| Markéta | 58 | 3 | vyučena mimo obor + kurz pracovníka v sociálních službách |
| Helena | 55 | 20 | středoškolské mimo obor + kurzy sanitárky |

Tabulka č. 1 – Profil participantek

7.2 Metoda výzkumu

Výzkum stavím na kvalitativním paradigmatu, které považuji za vhodné z důvodu povahy tématu výzkumu. Jak píše Miovský (2006, s. 35 - 36) některá výzkumná témata směřují k pocitům a emočním situacím, které by z kvantitativního pohledu nebylo možné správně zachytit, proto jsem se rozhodla pro použité kvalitativního přístupu a jeho metod, které jsou vhodné pro zaměření postoje k osobám s demencí. I Holmerová (2007, s. 117 – 118) uvádí, že nefarmakologické přístupy v péči jsou uchopitelnější z pohledu kvalitativního. Za výzkumnou metodu jsem si zvolila polostrukturované interview, které Miovský (2006, s. 161) považuje za nejvýhodnější kvalitativní metodu, která dává volný prostor nových poznatkům a zároveň drží cíl rozhovoru. Další podpůrnou metodu jsem použila pozorování.

7.3 Mapování terénu a zpracování dat

Mapování výzkumného terénu proběhlo v době jednoho kalendářního roku, kdy jsem zjišťovala vhodnost a aplikovatelnost výzkumu. Mapování probíhalo v rámci dlouhodobé dobrovolnické činnosti. Skládalo se převážně z pozorování personálu Domova pro seniory a z předvýzkumných rozhovorů. Vyplynulo z něj, že výzkum je proveditelný a jeho výsledek povede k zmapování využívání teoretických přístupů v péči o klienty s příznaky demence a může pomoci v dalším plánování edukace pracovníků v sociálních službách.

Data z interview byla zaznamenávána na audio-nahrávku, která byla posléze přepsána do písemné podoby ostránkovaného katalogu přichystaného k analýze dat.

Data jsou zpracována metodou vytváření trsů. Jedná se o seskupování obdobných jevů, které se ve výpovědích objevují a snaží se je zobecnit (Miovský, 2006, s. 161). V případě tohoto výzkumu jsem seskupovala segmenty poukazující na používání určitého přístupu v péči a zobecnila jsem je v existujících přístupech používaných u osob s demencí. Výpovědi participantek jsou označeny fiktivním jménem a číslem strany katalogu přepisu.

7.4 Průběh rozhovorů

Rozhovory jsem začínala představením mé osoby a záměru, se kterým přicházím. Taky jsme participantky upozornila na anonymní a citlivou práci s obdrženými informacemi.

V rozhovorech s participantkami jsem začínala otázkou: Jak jste se dostala k práci pracovnice v sociálních službách? Ve skutečnosti se nejednalo o mou zakázku, ale otázka, u většiny rozhovorů vyvolala odezvu v životním příběhu, který uvolnil možné napětí a pocit zkoušení. Po té jsem pokračovala v připravených okruzích rozhovoru.

Průběh rozhovorů byl velmi individuální. Některé participantky neměly problém mluvit a popisovat denní situace a zkušenosti, jiné potřebovaly k vyjádření větší počet pomocných otázek, které z mé strany vytvářely větší strukturaci. Z mého pohledu, participantky nepovažovaly otázky příliš osobně, vždy jsem se snažila dát rozhovoru profesní charakter. Však za citlivé jsem u jednoho rozhovoru zaznamenala téma smrti a umírání, kdy se participantka rozplakala. U ostatních rozhovorů tato situace nenastala.

Možný limit při pořizování rozhovorů, vidím ve zkreslení výpovědí participantek, které se nemusely cítit bezpečí pro zveřejněné informace.

8 VÝSLEDKY VÝZKUMU

V poslední části práce bych ráda představila výsledky výzkumu. Výsledky jsou pořízeny z analýzy devíti uskutečněných rozhovorů s participantkami a odpovídají na výzkumnou otázku: Jaké vybrané přístupy v péči o klienty s příznaky demence?

Získané data jsem zpracovala analýzou trsů, tak že jsem sdružila informace o jednotlivých již existujících přístupech v péči o klienty s demencí popsané v teoretické části práce a podepřela je důkazným materiálem o jejich používání.

8.1 Využívanost přístupů v péči o klienty s příznaky demence

V této kapitole se zaměřuji na používání vybraných nefarmakologický přístupů v péči o osoby s příznaky demence pracovníci v sociálních službách. Převážně se jedná o nevědomé využívání přístupů.

8.1.1 Kognitivní trénink

Kognitivní trénování je v Domově praktikováno jednak v podobě skupinového setkávání, v rámci kterého se uskutečňují vědomostní kvízy a hrají se různé společenské hry. U osob s příznaky demence kognitivní trénink probíhá častěji individuální formou. Pracovnice Marie (s. 2) kognitivní trénink vnímá a používá způsobem komunikace a sdělování nových informací klientovi, uvádí: *„Tady je výhoda, že se střídáme (myšlena práce na směny) a každý přinese něco za sebe. Každý tam přichází s něčím jiným a přináší jinou informaci, třeba včera jsem byla venku a tam bylo to a to nebo byla jsem včera s děckama v divadle a tím jím cvičíme trošku to myšlení, že jich nenecháme, jak se říká usnout na vavřínech. Furt se snažíme jim bystřit mozek (novými informacemi).“*

Dále paní Marie (s. 3 – 4) uvádí, že zapojování kognitivních funkcí používá i u běžných pečovatelských úkonů, kde se snaží procvičit koncentraci a pozornost, popisuje: *„Já když obleču paní, tak řeknu, aby si knoflíčky zapla sama, tak se snažím ji cvičit motoriku a koncentraci a má nějakou zábavu. Ona to bude zapínat třeba čtvrt hodiny třeba půl, ale to nevadí, nikam nespěcháme. Já vám zapnu první knoflík,*

aby měla rovno a řeknu, vy si zapínejte. (...)Dám jí do ruky hřebínek, učešte se, já vím, že se češe všelijak, to nevadí, já ji potom dočešu, ale už to že si cvičí ruku a pozornost na tu činnost.

Paní Markéta (s. 20) používá individuální kognitivní trénink, tak že jej aplikuje do situace, které se nabízí nebo které intuitivně pocítí. *„Oni (klienti) čekají, s čím vy přijдете, oni nemají žádný cíl, že by čekali, nebo vám nabídli, jen tady třeba paní, která řekne a zazpíváme si, nebo básničku, nebo chtějí konkrétně něco vysvětlit, nebo vykládáme, to dělám souvisle, jak to vyplývá ze situace s klientem, ona si třeba chce vykládat.“*

Dodává taky používání speciálních pomůcek, které procvičují kognici, avšak jejich úsilí práce s klientem je limitováno časem. *„Máme různé pomůcky, paní jsme dali kostky, skládala kostky, nebo navlékání na špalíčky, na stimulaci. Na školeních si něco vezmeme, ale my u nás to nemůžeme praktikovat, protože bych musela mít s tím člověkem víc času.“*(Markéta, s. 20)

Paní Alena (s. 5) v rámci kognitivního trénování si uvědomuje potřebnost přiměřené dávky podnětů pro klienta. *„Ti klienti potřebují podněty, které je zbystří a oni o tom možu přemýšlet a tím si cvičí hlavu, ale je zase špatně, když těch podnětů je moc, to je pak jen rozhodí a unaví je to. Je to individuální.“*

8.1.2 Reminiscence

Reminiscenční přístup je u pracovníků velmi často používán. Pracovnice velmi vnímají jeho výhody použití a obrátě jej používají. Však ještě se musím zastavit u faktu, že reminiscence jako práce se vzpomínkami je jednotlivým přístupem, ale i validace považuje vzpomínání za jednu z technik validační práce. Tudíž v této podkapitole budu mluvit o reminiscenci, ale současně její náplň spadá i do validace.

Paní Marie (s. 4) mluví o využití vzpomínek a jejich dobrém působení na klienty. *„Když na návštěvu přijde někdo z rodiny, tak ten klient ožije, vyvstanou ty vzpomínky a on ožije. V ten moment má ten klient světlé chvílky a je to jiné.“*

Paní Alena (s. 6) reminiscenci využívá často v navazování konverzace s klientem. Říká, když přijde ke klientovi: *„Dobrý den, jak se máte, co je nového?“*

A víte co, já jsem byla včera na zahrádce a vyrůstlo mně to a to. A teď se začnem bavit. A co jste vy pěstovávala na té zahradě? Paní je jedna přes kytky a ona si začne vzpomínat, co před 30-ti lety dělali, ty vzpomínky je lepší situovat do minulosti, protože oni si nepamatují, co měli dneska k obědu. “Podobně reaguje paní Jana (s. 10): „Vždycky se s nimi musíte vrátit zpátky, co dělali, co dělala jejich maminka, tatínek, co dělali, kam rádi chodili, co měli rádi. Prostě toto téma, minulost se jim vybaví okamžitě, ale jestli se jich zeptáte, co bylo včera, tak to je jenom rozhodíte, to je zbytečné, do minulosti. “Paní Hana (s. 10) mluví o tématu komunikace: „Prostě na to staré (na minulost). Nebo kdy tam měl návštěvu, to vůbec neví. “A paní Michaela (s. 18): „Paní N. si ráda vzpomíná na manželství, tak už si s ní začnu povídat na to téma. Přijdu za ní, sednu si k ní. Ona hned začne vzpomínat na manžela. “

Paní Stanislava (s. 15) mluví o důležitosti znalosti biografie osoby, která pomáhá úspěšné aplikaci přístupu. *„Když se zeptáme a oni o tom jsou schopni více mluvit, tak je to o té minulosti, že vzpomínají, nebo se baví o jídle, co bylo, co jim chutná, nebo měla jste to ráda? A tak jste to vařivala, to bylo dobré, že? (...) Paní S., ona má takový psychický blok, že ona furt myslí na záchod. Ona mluví pořád, o tom kdy byly na záchodě, kdy měla stolicí, ona 24 hodin myslí jenom na tohle. A potom jsem se dozvěděla, že ona bývala bylinkářka, normálně mě se podařilo zjistit tuto informaci. (...) Napřed jsem říkala a vy jste prý sbírala bylinky, paní říkala: „Že to bylo už dávno a já jsem nebyla na tom záchodě“, A zase jsme něco vzpomněla a co bylo (jaká bylina) na to a to? „A to už si nepamatuju.“ A pak jsem měla noční a ona sama říkala a sestro pote sem, já už jsem si vzpomněla. Jak jste se mě ptala, no já jsem to vařila tak a tak, dělala jsme to tak a tak. A odvedla jsem tu pozornost, v podstatě dostala jsem tu informaci. A ten most už je trošku kratší. (...) A minule něco plakala a jsem říkala, co by na to řekla Maruška, vy by jste si uvařila meduňku na nervy, paní řekla: „To by už nepomohlo!“ Ale našli jsme tu cestu, což je dobře. “*

Paní Markéta (s. 19) používá vzpomínání jako metodu, která zkvalitňuje klientům život, avšak zároveň si uvědomuje, že použití metody je individuální, vždy záleží na stádiu demence. *„ On jinak chápe (klient) a pomaleji, spoustu věcí mu nedochází s ním se nejlépe pobavíte, když se obrátíte na dětství a mladost, toto teď oni zapomínají, oni chtějí umřít,ale když s nimi začnete vzpomínat a vracet se zpátky do mladých, dětských (let), tak oni toto perfektně ovládají, oni se tak rozzáří oni jsou tak*

šťastní, vidíte že je nabudíte na hodinu na dvě jinýma myšlenkama, než když se ho zeptáte nebo mu řeknete teď budete dělat to a totak to když si vzpomene jak to bylo. „To byla krása“, řekne. Ten člověk, to i vám se líbí, když vidíte jak ty oči září. (...) Je to individuální a je to o vzpomínkách. Dojdete k p. J., ta vám řekne nadšeně ano, ano. Paní H., ta vám řekne křestní jméno a pro ni to skončilo (již více verbálně nekomunikuje). Každý reaguje jinak.“

8.1.3 Bazální stimulace

Koncept bazální stimulace není jako kompletní metoda používán. Pracovnice v této koncepci nejsou přímo vyškoleni. Stimulace je částečně prováděna určitými formami polohování, nebo stimulací sluchového orgánu či chuti.

Jak říká paní Marie (s. 2 - 3): *„Imobilní klienti se musí polohovat, oni to potřebují, kvůli proleženinám i jako tak, aby se protáhli. Nebo třeba teď máme nové polohovací pomůcky, tak to je dobré, to často pomůže.“* Paní Alena (s. 7) k tomu dodává: *„Na kurzech jak manipulovat s imobilním klientem jsem se naučila spoustu věcí, takových figlů, které teď používám, když polohuju silného klienta, tak aby tak záda netrpěla.“*

Paní Helena (s. 23 – 24) při práci s klienty s demencí vyzdvihovala, podobně jak uvádí koncept bazální stimulace, že imobilní klienti, kteří neprojevují verbální komunikací své potřeby (jsou ve stádiu těžké demence), si však vybavují potřeby a jistoty z doby novorozence. *„Oni se přibližují k dětským potřebám a připodobňují se k novorozencům. Potřebují pocit dotyků, pohlázeních, jako kdyby byli dítě někdo se o ně tak staral. Mají prostě jiné potřeby, než potřebují běžní lidi. Musí se jim víc věnovat a dávat víc pozornosti, protože oni to potřebují a hlavně si o to neřeknou, oni čekají, až člověk přijde.“*

Stejně tak si paní Helena (s. 24) uvědomuje stimulaci auditivní s individuální závislostí. *„Já mám u těch mojich lidí (klienti na jednom oddělení) vyzkoušené, kdo mají rádi hudbu a kdo jakžtak slyší. A tak jim zapínám rádio, ale musím vědět, kdo co poslouchá. Třeba paní D. ta má ráda ty dechovky, co jsou po obědě na to přání..., tak to chodívám pouštět. Nebo tady paní ta miluje šlágr, tak pouštíme televizi, ale museli jsme pořídit sluchátka, protože to paní spolubydlící vadilo, ale jaksi se to vyřešilo.“*

Paní Markéta (s. 20) používá při práci s klienty somatickou a orální stimulaci, nejedná se o přesné použití konceptu, avšak její činnost obsahu známky těchto stimulací. *„Já si myslím, že je potřeba se o toho člověka postarat opravdu pořádně, když si koupu svoje klienty (kterým, je klíčovou pracovníci), tak je taky potom pořádně namastím, zvláště ty, co leží (jsou imobilní), je to důležité jim namasírovat to oležené tělo, jim se i pak lepší dýchá a tak nějak se jim to tělo porovná (...) Když je (klienty) obcházíme, tak se ptám, kdo co potřebuje. Kdo si řekne, tak se jim snažím vyhovět, ale kdo si už neřekne, tak jim nabízím třeba oloupané nebo ostrouhané jablíčko, nebo oplateček...Dostávají pravidelně jídlo, ale jako většina z nás mají občas chuť i na sladké nebo něco jiného. Když už si to nemohou sami podat a vlastně, často zapomenou, že jim tam rodina něco nechala. Tak zrovna paní S., dcera jí nosí vdolečky, tak když jí ho nabídnu, tak moc neví co po ní chci, ale když pak začne jíst....Myslím si, že ta chuť jí něco připomíná, ona nám tak nějak rozkveté, jako by se trochu zorientovala.“*

8.1.4 Validace

Jak jsem již zmínila výše, validace se může propojovat s přístupem reminiscence v technice vzpomínání, proto se v této kapitole vzpomínání nebudu věnovat. Validace se v Domově téměř nepoužívá, jedná se spíše jen o segmenty technik, které jsou intuitivně používány.

Techniku navázání očního kontaktu, která prohlubuje vnímání se klienta a pracovníka navzájem, popisuje p. Marie (s. 3): *„Konkrétně s nimi musíte pracovat z oka do oka (mít oční kontakt), nemůžete s ním pracovat tak, že jí bude říkat úplně mimo (bez očního kontaktu), ona musí vědět, že s ní komunikujete.“*

Paní Stanislava (s. 16) používá validační techniku – využití hudby/zpěvu, který se jí při péči osvědčil. *„Teď jsem došla na to, že paní přišla z nemocnice, ona je zbavena svéprávnosti, ona na nás zapoměla, náhodou jsem zjistila, že jsem si u ní něco pobrukovala, když jsme přebalovali nebo tak a ona začala taky, že jsme našli zase tu cestu, ona si začala s nama zpívat a jako by se vrátila, už nás poznala, ona přišla z nemocnice ona byla tak vystrašená, byla v cizím a ty lidi, a jak kdyby nás tady už nepoznala. Už se zase vrátila.“*Však tohle využití zpěvu může být aplikováno i u auditivní stimulace.

Stejná participantka (s. 16) ve své práci využívá symboly validace, skrze které se osoby s demencí dostávají do doby, kterou potřebují znovu prožít, jak říká: *„My s něma nesmíme jednat infantilně, ale většinou si to ty lidi i vyžadují, třeba klientka řekne „a dejte mě ručku“. Nebo paní dostala polštářek ve tvaru ovečky od dcery, tak jí ho dáváme na prsa a ona si ho tak chytne a pěstuje ho. To se ten člověk asi vrací do dětství.“*

Paní Helena (s. 23) ve své práci připodobňuje techniku centrování. *„Snažím se naladit na tu jeho strunu, na to jeho myšlení, aby to mohla tak vidět jak on.“*

Paní Jana (s. 10) si zase uvědomuje potřebnost nevyprovokovávat u klientů agitovanost realitou, ale snažit se je vrátit do dětských pocitů. Následně používá u klientů s narušenou paměťovou funkcí: *„Pak je to jen rozhodí (setkání s realitou). Protože mají pocit, že za nimi nikdo nechodí (při zapomenutí návštěvy). Raději se vrátit. Raději je pomocí básničky zavést do dětství.“*

Paní Michaela (s. 17) si v rámci péče uvědomuje u klientů s demencí potřebnost dotyků, které jsou jednou z technik tzv. ukotvené dotyky. Uvádí: *„Lidi s demencí, hlavně ti víc (pokročilejší stádium) jsou srdeční, jsou hrozně rádi z každého kontaktu konkrétně mířeného a vědomého, pohlazení, chytnutí ruky.“*

8.1.5 Orientace v realitě

Přístup orientace v realitě je v Domově využíván. Některé pracovnice si uvědomují vhodnost použití, které ohraničují mírné stádium demence, ale jsou i pracovnice, které používají tento přístup bez rozlišení stádia demence.

Paní Marie (s. 3) vypráví o práci v rámci orientace v realitě, avšak uvědomuje si hranice, kdy práce s tímto přístupem není efektivní a je důležité znát klienta, ke kterému s určitým přístupem přichází. *„Paní H. vypadá, že je úplně čupr inteligentní, když se jí zeptáte kolik máte roků, ona odpoví: „ 36“. To nemůžete. Tak ona řekne: „38“. Tak já jí řeknu, to jste ještě furt mladší jak já. Na těch lidech to není vidět, až časem se projeví. Kdybyste s ní vykládala, ona řekne: „Červená, modrá, H. Ludmila su já“. To je její mluva. Takto z ní nic nedostanete. To prostě nikam nevede.“*

Dále hovoří dvě pracovnice o použití humoru při orientaci klienta v realitě, avšak se setkávají i s negativizmem. Paní Hana (s. 9): „*No prostě ho na to upozornit, že je to jinak než si myslí. Ale spíše ve srandě, ne aby se tím moc zabýval, to je pak zbytečně, on se pak rozruší a to je zbytečné.*“ Paní Jana (s. 9): „*S tou lehčí (demencí) ti to prožívají jinak, s některými se dá ve srandě. „Nic se neděje zase jste si spletla stranu“.* Ale někdo je na to háklivý a začne být protivný.“

Participantka Alena (s. 5) mluví o použití přístupu následovně: „*Tak to prostě někde přijde, že toho člověka potkáte na chodbě na noční (na noční směně), že jde na snídani. Tak tomu člověku řeknete, že je noc, že je tma, že snídaně bude až ráno a pošlete ho zpátky na pokoj.*“

Paní Zuzana (s. 12) se v práci s klienty s demencí výhradně zaměřuje na orientaci v realitě. „*Musíte víc opakovat jednu a tu samou věc, nebo oponovat, on si tvrdí svoje....ale ne je to opravdu, jak to říkám já. Třeba se mu něco zdálo, že tam někdo je, že tam někdo chodí, že vzal to nebo ono, prostě mět trpělivost a do nekonečna vysvětlovat. Jinak to nejde.*“

8.1.6 Rezoluce

Rezoluční přístup je v Domově používán. Jeho používání vyplynulo ze situace, kdy orientace v realitě nebyla u klientů úspěšná. Rezoluce může být v praktickém použití dosti podobná přístupu validačním, avšak velkým rozdílem je, že rezoluce si nedává za úkol vyřešit klientovi prožitky z minulosti. Zaměřuje se na současnost a přítomné prožívání. Taky se zajímá o klientovu realitu a hraje s ním jeho hru.

Paní Alena (s. 6 – 7) popisuje využití rezoluce a zároveň mluví o nejasnosti využívání rezoluční terapie a orientace v realitě. „*Zazvonila paní Jiřinka: „Skovejte mně ten žebř“.* Já jsem hleděla, ale jaký žebř. „*No nechali jsme pod kolňů žebř, a je potřeba ho pověsit a schovat“.* Tak jsem šla a řekla jsem jí, že ho jdu zkontrolovat. Přišla jsem a řekla, už tam visí, je to v pořádku. Tak se zaměřit na tu hru. Pro ně je to důležité a momentální. Nebo paní: „*Co moje kozenky sú zavřené?*“ *Prostě ano. (...) My jsme byli na školení. Ta jsme měli 2 lektorky. A jedna (lektorka) byla nepřístupná, toto neexistuje. To nechcu slyšet a uvedu klienta na správnou míru, že není žádný žebř. A že je ted' tady. A pak ten druhý lektor ten říká, ne vy toho klienta rozhodíte, že se s ním nedomluvíte. Řeknu, já to půjdu zkontrolovat, jestli žebř visí, jestli nevisí tak ho půjdu pověsit. A ten*

klient je prostě spokojený. Že to má doma všechno v pořádku, i když 30 let žádný žebř nepotřebovala. (...) Dole máme paní (na oddělení). Řekne: „Uklidte to, dejte to do smetí.“ Nic v ruce nemá, tak vám podává ruku (participantka ukazuje), tak já to vezmu a jdu to dát do koše a ona je spokojená. Já se s ním nebudu hádat a stresovat sebe a stresovat paní, že v té ruce nic nemá. Já jsem zastávce toho. Samozřejmě nebudu v těžkých bludech někoho utvrzovat. Ale může se stát, že je na pokoji veverka, tak tam je...protože toto už se stalo. Veverka tady opravdu byla...tady je to přírodní prostředí. Je důležitá znalost prostředí a těch klientů.“

Paní Stanislava (s. 16) taky mluví o používání rezoluce, ke které ji dovedla praxe. *„Většinou jednáme instinktivně, nemá smysl toho člověka přesvědčovat, my mu ubližujeme, když to přesvědčujeme, on to vidí jinak než my, v uvozovkách my hrajeme jeho hru, je to lepší a když má ty potřeby, že chce jít na autobus tak tu hru hrajeme...no pojdte on ještě nejede dáte si svačinku, počkáte, neutvrzujeme ho v tom, že tady autobus nejede, hrajeme hru, odvést pozornost ano, autobus dneska pojede. Oni se toho trží, ono jsou vytrvalí, oni si to nenechají jen tak vzít.“* Paní Markéta (s. 19 – 20), říká: *„Ale jsou tu lidi, ta paní J., ta je někdy úplně mimo, paní K. dostatečně, takže tam je ...ona začne říkat: „Vzpomínáte kdysi jsme se viděli“. Člověk musí odpovídat to co ona chce, protože jinak s nima nemůže být, jí prostě něco vblesklo, ona si dá lidi a souvislosti dohromady a ona vám vypráví a ona se u toho usmívá, prostě má z toho pocit, že se dlouho známe a myslí si, že jsme to byla já, ale já jsem to nebyla.(...) Nebo řekne: „Vemte mě to“ (ukazuje prázdnou ruku), řeknu aha беру, máte tam smetí, nebo „vemte mě to dítě z té postele leží mně v nohách“. „Tam se na mě z okna dívá chlap a furt se dívá“, zatáhnu rolety a je to v pořádku...být furt v té hře, protože kdybych řekla nic tam nemáte...to nepomože. Ona by tu ruku furt držela, že tam má smetí.“*

Participantka Helena (s. 23 – 24) používá rezoluci podobným způsobem, který přináší klientům úlevu a pokoj. *„Třeba paní říká: „Za chvíli přijde má maminka“, paní je devadesát. Nerozmlouvám jí to. Třeba říká: „Sestřičko, zavřeli jste husy?“ Tak jdu za dveře se jako podívat a přijdu za ní do pokoje a řeknu, že všechno je v pořádku. Husy jsou zavřené. Oni se uklidní. Ne že bych jim chtěla vědomě lhát, ale to je uklidní. Ano, slepice jsou zavřené, králicí také a pes dostal nažrat. Oni se zklidní, oči se jim rozzáří jak malému dítěti a jsou spokojení. Musím se dostat na tu jejich rovinu v tom uvažování.“*

8.1.7 Paliativní péče

Paliativní péče jako taková je známá především z hospicové praxe. Tento přístup jsem zařadila, protože domovy pro seniory jsou často posledním místem trvalého pobytu lidí seniorského věku. I v průběhu rozhovorů jsme s participantkami narazila na problematiku umírání a paliativní péči.

Paní Marie (s. 3) uvádí, že problematiku umírání je při práci se seniory potřeba řešit. *„My jsme se účastnili kurzu, jak doprovázet při umírání a myslím si, že to bylo moc potřebné, protože do teď jsme to moc neřešili, ale byla tam ta skrytá potřeba. I když je klient úplně normální nebo s demencí, tak ta smrt tam přichází. Ne že by jsme zajistili třeba to, co v hospici, ale některé ty základní věci ano, ale hlavně se s tím musíme srovnat my, protože když to máme nějak urovnané tak se nám lepší mluví i s tou rodinou a lepší to prožíváme. A i ti klienti, i když úplně třeba nevnímají tak to pocítí.“*

Paní Alena (s. 7) si uvědomuje, že používání paliativní péče je velkou výhodou pro klienty, však nelze paliativní péči považovat jako teoretický přístup, který se dá lehce naučit. Je to hlavně o vnímání sebe sama a nejprve vyrovnaní se sebou a poté působení na klienta. *„Já nemám problém to mrtvé tělo zaopatřit, pro mě je největší problém, jak komunikovat s tím příbuzným, který dojde. Paní S., to vlastně ještě ani nevěděla (že příbuzná zemřela), protože ji (zemřelou) neviděla doktorka. Jo a my jsme ji měli nechystanou a balili jsme věci. A přišla ta příbuzná, tak si ji jedna sestra vzala a řekla jí to. Ale v ten moment, br...to mě dělá strašně zle (pláč). Mě to nevedí vykonat, ale ta konfrontace s tím příbuzným zlomeným, to mě dělá zle.(...) Je to nepříjemné, když to oznamujete telefonicky. Ted' se ozve na druhé straně ticho a vy musíte prostě pořád do toho mluvit. Nevíte, jak vám ten člověk zareaguje. Samozřejmě se domluvíte, aby přišli. Nebo ted' je dobré, když ten člověk umírá, že s tím ta rodina může být, dříve to nešlo.“*

Paní Helena (s. 22) se vyjádřila k péči o klienta v poslední fázi života následovně: *„Já se snažím, aby ten člověk měl všechno, on si většinou už neřekne, ale pokud jsme ho znala před tím, tak třeba vím, co míval rád, nebo rodina pokud je šikovná, tak řekne. Pán S. on byl řezník, a miloval maso. Ted' měl narozeniny tak jsme mu přinesli čerstvé škvarky, sice on toho moc nepojí, ale kousek si vzal. (...) Nebo sestřička se snaží, aby se ten člověk netrápil bolestí, tak to s paní doktorkou*

konzultuje. Taky když rodina nebo přímo klient chce tak pošleme pro kněze. Oni (kněží) tady chodí každou neděli a kdo chce, tak podávají to svaté přijímání....A tak. Jako hospic nejsme, ale snažíme se, aby měli pohodlí.“

8.2 Shrnutí

Na počátku této kapitoly se musím zaměřit na charakter zpracovaných přístupů. Jedná se o sedm přístupů, které mají každý jiný rozsah působení v péči a taky teorii, ze které vycházejí. Avšak v některé metodě či technice, zvláště v praxi využívané se prolínají. Tudiž je jak v teoretické části, tak ve výsledcích viditelná propojenost. Někdy se může ale jednat o velmi podobný projev, však jeho základ/počátek jednání vychází z jiných záměrů/jiné teorie.

8.2.1 Kognitivní trénink

Kognitivní trénink se řadí mezi používané přístupy v Domově pro seniory. Trénování kognice je přístup sám o sobě, ale může být používán v rámci orientace v realitě. Kognitivní trénování u osob s příznaky demence probíhá u pracovníků v sociálních službách převážně individuální formou.

Pracovnice v sociálních službách využívají právě individuálního trénování, které podle jejich výpovědí používají během konverzace. Často v situacích, kdy sdělují klientovi nové informace. Kognitivní trénink je i součástí péče o motoriku klienta, k němu jsou taky využívány speciální pomůcky, jak pro podporu motoriky, tak kognice. Participantky si uvědomují pro úspěšné trénování potřebnost přiměřeného množství podnětů, aby nebyli klienti přetížení nebo naopak netrpěli deprivací. V rámci tohoto tématu cítila pracovnice aspekt omezenosti časem, který by potřebovala, aby mohla metodu více aplikovat. U tohoto přístupu jsem nezpozorovala, že by se participantky zaměřovaly na vhodnost použití podle stádia demence.

8.2.2 Reminiscence

Reminiscence jak zmiňuji výše, může být přístup sám o sobě, ale může jít o techniku vzpomínání přístupu validace, která uvádí tuto techniku použitelnou převážně v počáteční fázi demence. Pracovnice v sociálních službách reminiscenci aktivně používají a taky si uvědomují její vhodnost, která vychází převážně z jejich

praxe. Jak říká paní Marie (s. 4): „*S těma lidma jsem se bavila úplně normálně, jak s kýmkoliv, ale po čase jsem přišla na to, že když se bavíme o minulosti, že to prostě lepší funguje (...) Ten vztah je lepší.*“

Dále participantky uvádějí využívání reminiscence při navazování konverzace a uvědomují si, že tento přístup přispívá klidnému průběhu péče. Paní Stanislava (s. 15) se domnívá, že díky tomuto přístupu mohou klienti vidět sebe sami ještě jednou v situaci, co prožívali v minulosti a vytvořit si tím nadhled, říká: „*Oni rádi vzpomínají, co bylo, často se vracejí k tomu hezkému, ale ne vždycky. Oni když se vrátí a vypráví o tom, vidím, jak je to osvobozuje, jako že si řeknou: „Jo to jsem všechno opravdu prožil a jako by nad tím žasnou.“*“

Pracovnice využíváním reminiscence taky zvyšují kvalitu péče o seniory a v rámci toho si uvědomují důležitost biografie každého klienta. Biografie (Kraus a kol., 2005, s. 110), je životní příběh klienta (životopis), který zaznamenává důležité okamžiky člověka, pokud jej pečující osoba zná, tato znalost může ulehčit péči a taky přispět na kvalitě. Pracovnice si v tomto přístupu uvědomují vhodnost použití, která je závislá na stádiu demence.

8.2.3 Bazální stimulace

Bazální stimulace, jako komplexní systém, není v Domově používán. Z rozhovorů s pracovníci vzešlo, že se jedná o používání spíše segmentů tohoto přístupu. Tedy pracovníci popisují pouze prvky přístupu. Zejména se jedná o polohování, které patří do somatické stimulace a smyslové stimulace.

V rámci teorie bazální stimulace si pracovníci uvědomuje, že klienti v těžší fázi demence mají potřeby, které se dosti podobají potřebě novorozence. Buijssen (2006, s. 30 – 33) připodobňuje lidskou paměť knihovně plné knih, co život napsal. Demence tyto knihy ničí od těch nejmladších až po ty z raného dětství. Když osobě s demencí zůstane už jen pár těchto knih, vzpomínky a pocity z raného dětství se pro ni stávají jedinou jistotou. Proto je velmi vhodné uspokojovat potřeby i ty podobné novorozenci, jak vyzorovala pracovníci.

Prvky bazální stimulace byli taky viditelné z výpovědí pracovníků o polování a stimulaci sluchu a chutě. Participantky si uvědomují individuální rozlišnost klientů.

8.2.4 Validace

Validace jako komplexní přístup pro dezorientované osoby není v Domově používán. Však ve výpovědích participantek se objevují některé využívané techniky, které jsou obsahem validace. Jejich využívání vzniklo intuitivně a zkušenostmi z praxe.

V rámci validace nebudu mluvit o technice vzpomínání, kterou se zabývám samostatně. Pracovnice se mnou vedly rozhovory, které odkryly čtyři techniky. Participantka mluvila o technice centrování, tedy jakémsi naladění se na pečovanou osobu. Bylo zmíněno navázání očního kontaktu, jako důležitá část spolupráce s klientem. Dále taky využití hudby/zpěvu, které je aplikováno podobně jako v auditivní stimulaci. Pracovnice uvádí i použití cílených dotyků jako potřebu v péči o osoby s demencí, validace nazývá techniku ukotvené dotyky. Bylo uvedeno i využití symbolů, se kterými přístup pracuje. Symbolů, které pomáhají klientovi se dostat do zpracovávaného období. Pracovnice taky uvádí, že zavedení klienta do dětských pocitů působí preventivně proto agitovanému chování.

8.2.5 Orientace v realitě

Orientace v realitě je v Domově využívána. V rámci orientace v realitě patří i kognitivní cvičení. Pracovnice používají přístup způsobem, kterým se snaží klientům pravdivě vysvětlit situaci, která se děje. Jiné pracovnice se zaměřují na podávání reality humorným způsobem, kterým chtějí odlehčit situaci. Mluvila jsem i s pracovnicí, která tento přístup používá bez omezení a považuje jej za všeobecně platný, říká: *„Prostě měť trpělivost a do nekonečna vysvětlovat“ (Zuzana, s. 12).*

Jiná pracovnice vnímá omezenost přístupu, kdy u klientů v pokročilém stádiu demence již orientace v realitě nestačí, nefunguje. Obdobný názor má i Walsh (2005, s. 165), který považuje orientaci v realitě u klienta v pokročilém stádiu demence za obtěžující a frustrující.

Celkově pracovnice uvádějí, že vždy se jedná o individuálního člověka, a vždy musí být péče individuálně laděná.

Skrze pozorování byl přístup orientovaný na realitu v Domově viditelný v označení dveří pokojů, klientů s problémem v orientaci, různým druhem dekorace, aby jim bylo usnadněno hledání svého „domova“.

8.2.6 Rezoluce

V Domově je rezoluční terapie často používána. I když nebyl personál metodou nijak vyškolen, v praxi s osobami s příznaky pokročilé demence vnikla z potřeby a stala se funkční. Pracovnice uvádí, že při absolvování školení se dostaly do dilematu, kdy jeden lektor prosazoval přístup orientovaný na realitu a druhý se přikláněl k rezoluci. Však participantky uvádějí, že rezoluční přístup se jim osvědčil a funguje.

Rezoluce se může jevit podobná s validací, avšak rezoluce nechce řešit klientovu minulost, ale přítomný okamžik a svoluje hrát s klientem hru, kterou klient začne.

Pracovnice používají rezoluci v situaci, kdy klient není orientovaný a ve verbálním projevu nebo v chování se mu vynoří vzpomínky z minulosti, které v „ten“ okamžik reálně prožívá. Pracovnice netvrdí klientovi, že nemluví pravdu, ale hrají s ním hru, jako by se jednalo o skutečnost. Z jejich zkušenosti je to nejvýhodnější způsob jak se vyhnout agresivnímu chování klientů a jiným konfliktům. Naopak pracovnice zaznamenávají úlevu a pokoj pro klienty při používání tohoto přístupu.

8.2.7 Paliativní péče

Paliativní péče je poněkud jiný přístup při péči než předešlé. Avšak v terminální fázi demence nenahraditelný. Paliativní péče není v Domově poskytována, spíše se jedná o některé její vykonávané úkony.

Z rozhovorů plynulo, že Domov neposkytuje takovou péči jako hospic. Spíše se pracovnice snaží umožnit klientům co nejpříjemnější chvíle, kdy jim chtějí dopřát, co mají rádi, utlumit bolest a taky poskytnout duchovní pomoc v podobě zavolání knězedle individuálního přání. Domov pro tuto možnost poskytuje i možnost přespání pro rodinného příslušníka, který chce zůstat u klienta i přes noc.

Od participantek taky vyzněl zajímavý poznatek z vlastní zkušenosti vztahující se k péči o umírající, a to osobní připravenost personálu přijmout smrt klienta, umět skutečnost zpracovat a mluvit s příbuznými klienta. I když pracovnice prošly kurzem, který se této problematice věnoval, vždy záleží na osobním vyrovnání se s touto otázkou.

8.3 Diskuze

Ve výzkum jsem se zaměřila na používání nefarmakologických přístupů u pracovníků v sociálních službách v péči o klienty s příznaky demence ve vybraném Domově pro seniory. Tito pracovníci denně pracují s klienty s demencí a taky se denně potýkají se specifickými potřebami těchto klientů.

V rámci proběhnutého výzkumu jsme se zajímala o práci pracovníků v přímé péči a o jejich přístup ke zvláštním potřebám klientů s demencí. Popis a přístup k práci participantek jsem porovnávala se sedmi již existujícími a obecně používanými přístupy u klientů s příznaky demence. Použité přístupy v práci jistě nejsou jedinými, které v této problematice vznikly, ale vybrala jsem je z důvodů frekvence používání a vhodnosti pro vybraný Domov pro seniory. Nabízí se další přístupy jako psychobiografický model péče dle Böhma, snoezelen, smyslová aktivizace dle Lore Wehner, preterapie, kinestetická mobilizace, lifestyle approach, videotrénink interakcí, Simpres, habilitační terapie, maieutice přístup, namaste apod.

Výzkum ukázal, že kognitivní trénink, reminiscence, orientace v realitě a rezoluce jsou v Domově často používány. Validace, bazální stimulace a paliativní péče patří mezi přístupy, ze kterých pracovníci využívají spíše segmenty, ale komplexně je nepoužívají, ani neznají. Celkově vzato všech sedm přístupů, ať využívaných v Domově více či méně, patří mezi přístupy, které pracovnice převážně neznají. Jejich používání vzniklo na základě vlastních zkušeností z praxe, popřípadě možnou konzultací o vhodnosti přístupu k lidem s příznaky demence. Nefarmakologické přístupy pracovníků jsou tedy používány převážně nevědomě a většinou s neznalostí teorie, ale velmi často citlivě s individuálním přístupem ke klientovi. Pro zkvalitnění péče o seniory s příznaky demence by bylo vhodné pracovnice v sociálních službách více zaškolit do problematiky nefarmakologických přístupů.

Myslím si, že zvýšení povědomí pracovníků v domovech pro seniory o využívání nefarmakologických přístupů v péči o klienty s příznaky demence, by pozvedlo kvalitu péče a možná i přiblížilo tuto problematiku pečujícímu personálu.

I když se v práci zajímám o vhodné přístupy používané u osob s demencí, ve skutečnosti nefarmakologické přístupy nemají velkou tradici a její funkční prokazatelnost není moc uspokojivá z důvodů odlišnosti medicínského pohledu, který je nastaven na kvantitativní systém výzkumu a managementu demence, který upřednostňuje kvalitativní přístup. Vzhledem k tomu, že u některých nefarmakologických přístupů je velmi obtížné zkoumat jejich účinnost a vzhledem k nejasnosti kvalitativního a kvantitativního paradigmatu zůstávají některé přístupy výzkumem definované jako vhodné a funkční, avšak praxe ukáže rozpor např. orientace v realitě. Jiné přístupy nemají dostatek teoretické důkazů o účinnosti, ale praxe ukazuje opak např. validace (Holmerová a kol., 2007, s. 117). Musím tedy konstatovat, že v rámci zkoumání nefarmakologických přístupů, jejich používání a účinnosti, neexistuje jednoznačnost, která by ukázala stoprocentní funkčnost použití.

I celkové vyhodnocení sesbíraných dat není možné přijímat v praxi vyhraněně. Hlavním důvodem je rozdílný rozsah záběru jednotlivých přístupů a taky častá prolínavost zpracovávaných témat jednotlivých přístupů. Myslím, si že by nebylo vhodné přístupy direktivně oddělovat od sebe, ale spíše se přikláním k názoru Walshe (2005, s. 164), který upřednostňuje doplňování a setkávání se přístupů.

V průběhu realizace rozhovorů mě participantky svými výpověďmi zavedly na další zajímavá témata, které se pojí k problematice demence a přístupu k péči osob s příznaky demence a které by mohly být podnětem k dalšímu výzkumu. Jedná se o zjišťování postojů pečujícího ke klientovi s demencí, jak tato nemoc působí na pečující a jak si ji vysvětluje personál vyškolen především pro práci se „zdravými“ seniory.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo pomocí kvalitativního výzkumu zmapovat a popsat využití vybraných přístupů očima pracovníků v sociálních službách, kteří pečují o klienty s příznaky demence ve vybraném domově pro seniory.

Přínos práce pozoruju především v poskytnutí informací o stavu péče o klienty s příznaky demence v konkrétním Domově pro seniory. Díky tomuto zmapování by mohlo dojít k postavení systému péče o tyto klienty a případné naplánování pravidelného vzdělávání pracovníků v sociálních službách určitým směrem. Práce by mohla být inspirativní i pro charakteristikou podobné domovy pro seniory.

V rámci teoretické části práce jsem zpracovala pojem demence, zvláštní potřeby klientů s příznaky demence, sedm vybraných přístupů vhodných pro aplikaci u osob s příznaky demence jako kognitivní trénink, validace, reminiscenci, orientaci v realitě, bazální stimulaci, paliativní péči a rezoluci. Dále pak kapitolu zabývající se pobytovými sociálními službami a představení vybraného Domova pro seniory, ve kterém byl výzkum proveden.

Výzkumná část popisuje metodologii výzkumu a výsledky analýzy zpracovaných dat. Výzkumem bylo zjištěno, že Domov pro seniory používá z přístupů kognitivní trénink, reminiscenci, rezoluci a orientaci v realitě. A dále jen z části využívá validaci, bazální stimulaci a paliativní péči. Avšak je nutno zdůraznit, že přístupy jsou u pracovníků používány na neuvědomované bázi, bez převážné znalosti teorií přístupů.

K vypracování práce jsme použila geriatrickou a gerontopsychiatrickou literaturu, které se předně zajímá o demenci zvláště o Alzheimerovu nemoc. Dále řadu literatury, která se zajímá o zvláštní potřeby klientů s příznaky demence a zpracovává témata jednotlivých přístupů v péči. Také literaturu vztahující se ke kvalitativnímu výzkumu. Dalším zdrojem byla dobrovolnická činnost v rámci Domova pro seniory, jeho interní materiály, sesbírané materiály z rozhovorů a absolvované kurzy validace.

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

ORIENTACE

Položím Vám několik otázek. Některé jsou snadné jiné obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.

1. Který je rok?
2. Které je roční období?
3. Který je měsíc?
4. Kolikátého je dnes?
5. Který je den v týdnu?

Nyní se Vás zeptám několika otázkami především na místo, kde teď jsem.

6. Jak se jmenujete?
7. Ve kterém městě jsme?
8. Ve které čtvrti se nacházíte?
9. Ve kterém státě jsme?
10. Ve kterém jsme poschodí?

REGISTRACE

Řeknu Vám 3 slova. Chtěl(a) bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusil(a) si je zapamatovat, protože se Vás na ně zeptám později ještě jednou.

11. klobouk
12. citron
13. auto

POZORNOST A POČTY

Odčítejte od sta pokaždé číslo sedm.

14. 93

15. 86

16. 79

17. 72

18. 65

PAMĚŤ

Zopakujte mi prosím ta tři slova, která jste před chvílí měl(a) opakovat a zapamatovat si.

19. klobouk

20. citron

21. auto

JAZYK

Ukažte pacientovi tužku.

22. Můžete mi říct, co to je?

Ukažte pacientovi hodinky.

23. Můžete mi říct, co to je?

Pozorně poslouchejte a opakujte po mně:

24. Žádná jestli ano, nebo ale.

Položte list papíru na stůl, ukažte ho pacientovi a řekněte mu: Pozorně poslouchajte, co Vám teď řeknu:

25. Vezměte papír do pravé ruky.
26. Přeložte ho na polovic.
27. A hod'te ho na podlahu.

Držte před pacientem list papíru, na kterém je napsáno: „Zavřete oči“ a řekněte pacientovi:

28. Prosím udělejte to, co je zde napsáno.

Podejte pacientovi list papíru a tužku a řekněte mu:

29. Napište prosím nějakou větu. Může být o čemkoliv, ale musí být úplná.

PRAXE

Podejte pacientovi list papíru, na němž jsou nakresleny dva pětiúhelníky, a řekněte mu:

30. Prosím, nakreslete stejný obrázek.

Celkové skóre (0 až 30)

Skóre mezi 24 – 27: jedná se o mírnou kognitivní dysfunkci.

Příloha číslo 2

TEST HODIN, CLOCK TEST (CDT)

Hodnocení testu:

- **INTEGRITA CIFERNÍKU** (max. 2 body)

2 body: Kruh je nakreslen bez hrubšího narušení. (Akceptujeme i jiný tvar ciferníku, např. čtverec, pokud je ale zřejmé, že pacient chce nakreslit kruh, posuzujeme kvalitu kruhu.)

1 bod: Kruh je nedokončený nebo porušený.

0 bodů: Kruh schází nebo zcela nepřiměřeně nakreslen.

– **KRESBA A POŘADÍ ČÍSEL** (max. 4 body)

4 body: čísla ve správném pořadí a minimální chyby v prostorovém uspořádání.

3 body: Čísla nakreslena ve správném pořadí, ale chyby v prostorovém uspořádání (např. odlišné rozestupy mezi čísly).

2 body: Některá čísla přidaná nebo naopak scházejí, ale zbývající nejsou výrazněji posunuta.

- Čísla řazena proti směru hodinových ručiček.
- Všechna čísla jsou přítomna, ale prostorové uspořádání je hrubě narušeno (např. čísla uspořádaná mimo ciferník).

1 bod: Scházející nebo přidaná čísla a výrazný posun čísel.

0 bodu: Čísla zcela scházejí nebo jsou špatně napsaná.

– **KRESBA A NASTAVENÍ RUČIČEK** (max. 4 body)

4 body: Ručička ve správné pozici a rozdíly ve velikostech mezi nimi jsou přiměřené.

3 body: Malé chyby v nastavení ručiček nebo nejsou rozdíly ve velikosti ručiček.

2 body: Výrazné chyby v nastavení ručiček (výrazně mimo správný směr, ukazují jiný čas včetně za 10 minut 11 hodin).

1 bod: Pouze jedna ručička nebo špatné znázornění ručiček.

0 bodů: Ručičky scházejí nebo je pacient perseveruje.

Orientační norma:

10 bodů: norma u starších zdravých osob,

9 bodu: možné projevy postižený,

8 bodů: hraniční, počátek pásma postižení.

bodů a méně: výrazné postižení.

Příloha č. 3

PRAKTICKÁ KOGNITIVNÍ CVIČENÍ

1. Cvičení

Psaní nebo říkání názvů měst začínající na určité první písmeno. Při říkání měst by se neměla jména opakovat.

2. Cvičení

Sdělit klientům slovní pár jako třeba voda – vzduch, telefon – číslo, miska – polévka, chleba máslo apod. Tyhle dvojice několikrát zopakovat. Poté říkat klientům první slovo dvojice a oni musí druhé doplnit.

3. Cvičení

Říci ostatním jakou barvu má jejich dnešní nálada.

4. Cvičení

Vytvoření klientům malý kvíz s otázky, na které budou společně odpovídat. Otázky mohou být ve stylu:

Kolik kusů je kopa? (60)

Kdo byl Kryštof Kolumbus? (objevitel Ameriky, mořeplavec)

Na kterém kontinentu leží Čína? (Asie)

Kdo byla Božena Němcová? (spisovatelka)

5. Cvičení

Pokládání klientům lehkých počtů. Těm, kterým to nepůjde, je vodné dávat velmi lehké příklady, aby zakusili být úspěšní.

6. Cvičení

Vyjmenovat zvířata, která žijí u nás ve volné přírodě. Tuhle otázku můžeme dále rozvést na zvířata žijící v Africe apod.

7. Cvičení

Pokládat klientům známé, lehké a staré (např. nalezené ve starých čítankách) hádanky, na které si budou vzpomínat.

8. Cvičení

Po kruhu vyjmenovávat jména stromů, tak aby si ani jeden neopakoval.

9. Cvičení

Přečíst klientům seznam nákupních položek 3x za sebou a pak se jich zeptat co si všechno zapamatovali.

Např. chleba, koláč, mléko, čaj, vysočina, sýr, marmeláda, a další.

10. Cvičení

Vymyslet společnými silami přísloví, která obsahují slovo les, jáma, lež, vrána, jazyk.

(Klucká, Volfová, 2009, s. 28-148)

11. Cvičení

Doplňte druhou část pranostik.

Na Nový rok.....

Na Tři krále.....

Na Hromnice.....

Lucie.....

Medardova kápě-.....

Sv. Anna.....

Únor bílý -.....

Na svatého Jiří.....

12. Cvičení

Doplňte druhou postavu známých dvojic.

Hamlet a.....

Břetislav a

Radúz a.....

Laurin a

Kain a

Romeo a

Othello a

Přemysl a

13. Cvičení

Přiřad'te slova opačného významu.

Teplý, hodný, jemný, dlouhý, čistý, jih, brzy, vlevo, s, neřest, hladový, tlustý, nízký, muž, otevřít, porážka, začátek, najít, rub, anděl, radost, léto, šťastný,...

14. Cvičení

Co znamenají následující úsloví.

Namastit si kapsu.

Dát někomu košem.

Rozumět něčemu jako koza petrželí.

Položit někoho na lopatky.

Padnout do oka.

(Suchá, 2007, s. 19, 24, 38, 39, 97, 98)

SEZNAM LITERATURY

Abbey, J. (2005). Stárnutí, demence a paliativní péče. In O'Connor, M.; Aranda, S. (Eds.), *Paliativní péče – Pro sestry všech oborů* (s. 253 – 262). Praha: Grada.

Aranda, S. (2005). Vymezení paliativní péče. In O'Connor, M.; Aranda, S. (Eds.), *Paliativní péče – Pro sestry všech oborů* (s. 15 - 16). Praha: Grada.

Babiaková, M.; Marková, E.; Vanglářová, M. (2006). Organické duševní poruchy včetně symptomatických. In Babiaková, M.; Marková, E.; Vanglářová, M. (Eds.), *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. (s. 190-211). Praha: Grada.

Buijssen, H. (2006). *Demence*. Praha: Portál.

Bureš, I.; Kalvach, Z.; Kojanová, M.; Novotná, E. (2008). Syndrom imobility. In Kalvach, Z.; Zadák, Z.; Jiráček, R.; Zavázalová, H.; Holmerová, I.; Weber, P. a kol. (Eds.), *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. (s. 194-214). Praha: Grada.

Doporučení Alzheimer Europe k použití omezovacích prostředků v péči o pacienty s demencí (2007). In *Madridský plán a jiné strategické dokumenty* (s. 101 – 106). Praha: Gerontologické centrum.

Doporučení Rec (2003). 24 Výboru ministrů Rady Evropy členskými státy (2004). *O organizaci paliativní péče*. Praha: Cesta domů.

Feil, N. (2015). *Mezinárodní workshop: Validácia s Naomi Feil*. Konán v Bratislavě 2. března 2015.

Feil, N.; Klerk – Rubin, V. (2015). *Validácia*. Bratislava: OZ Terapeutika.

Frankl, V. E. (1996). *A přesto říci životu ano. Psycholog prožívá koncentrační tábor*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.

Friedlová, K. (2004). *Skriptum pro nastavbový kurz bazální stimulace v ošetrovatelské péči*.

Friedlová, K. (2007). *Bazální stimulace® v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada.

Hanuš, T. (2008). Syndrom inkontinence. In Kalvach, Z.; Zadák, Z.; Jiráček, R.; Zavázalová, H.; Holmerová, I.; Weber, P. a kol. (Eds.), *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. (s. 215-229). Praha: Grada.

Hanzová, J. (2013). Komunikácia s chorými na Alzheimerovu chorobu. *Sociální služby*, červen – červenec 2013, s. 16 – 17.

Havighurst, R. J.; Glasser, M. (1972). Exploratory Study of Reminiscence. *Journal of Gerontology*, 1972, s. 235-253.

Holmerová, I. (2009). *Přístupy k pacientům v jednotlivých stádiích demence*. In Jiráček, R.; Holmerová, I.; Brozová, C. a kol. (Eds.), *Demence a jiné poruchy paměti* (s. 116 – 135). Praha: Grada.

Holmerová, I., Baláčková, N., Baumanová, M., Hájková, L., Hradcová, D., Hýblová, P.,... Wija, P. (2013). Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA. *Geriatric a gerontologie*, č. 3, s. 158 – 164.

Holmerová I., Janečková H., Vaňkova H., Veleta P.(2005). Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence, praktické aspekty péče o postižené. *Interní medicína pro praxi*, č. 10, s. 449–453.

Holmerová, I., Jarolímová, E., Suchá, J. a kol., (2007). *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: EV public relations.

Janečková, H.; Vacková, M. (2010). *Reminiscence*. Praha: Portál.

Jiráček, R. (1994). Demence ve stáří. In Baštecký, J.; Kúmpel, Q.; Vojtěchovský, M. a kol. (Eds.), *Gerontopsychiatrie* (s. 239 – 253). Praha: Grada Avicenum.

Jiráček, R. (2001). Demence. In Fišar, Z.; Jiráček, R. (Eds.), *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. (s. 240-298). Praha: Grada.

Jiráček, R. (2009). Úvod. In Jiráček, R.; Holmerová, I.; Brozová, C. a kol. (Eds.), *Demence a jiné poruchy paměti* (s. 11). Praha: Grada.

Jiráček, R. a kol.(1999). *Demence*. Praha: MAXDORF.

- Kalvach, Z.; Jurašková, B. (2008). Syndrom anorexie a malnutrice. In Kalvach, Z.; Zadák, Z.; Jiráček, R.; Zavázalová, H.; Holmerová, I.; Weber, P. a kol. (Eds.), *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. (s. 160-167). Praha: Grada.
- Kamphöner, J. K. (2012). *Seminář Validace*. Konán v Olomouci 20. – 21. 9. 2012.
- Klevatová, D., Dlabalová, I. (2008). *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada.
- Klucká, J.; Volfová, P. (2009). *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada.
- Koběřská, P. a kol. (2003). *Společnou cestou*. Praha: Portál.
- Koukolík, F. (1999a). Alzheimerova nemoc. In Koukolík, R.; Jiráček, F. (Eds.), *Diagnostika a léčení syndromu demence* (s. 33-51). Praha: Grada.
- Koukolík, F. (1999b). Jak se pozná demence a její hloubka? In Koukolík, R.; Jiráček, F. (Eds.), *Diagnostika a léčení syndromu demence* (s. 9 - 19). Praha: Grada.
- Kraus a kol. (2005). *Nový akademický slovník cizích slov od A – Ž*. Praha: Academie.
- Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Portál.
- Mátl, O., Holmerová, I., Mátlová, M. (2014). *Analytický doplněk ke Zprávě o stavu demence 2014*. Praha: Česká Alzheimerovská společnost.
- Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Motlová, L.; Opatrný, M. (2008). Senioři. In Martinek M. a kol. (Eds.), *Praktická teologie v sociální práci* (s. 93-101). JABOK – Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická.
- Norris, A. (1997). *Reminiscence with Elderly People*. Bicester: Winslow Press.
- Opatrný, A. (2010). Nemocní. In Martinek, M. a kol. (Eds.), *Praktická teologie v sociální práci* (s. 140 – 146). JABOK – Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická.
- Pavlíková, S. (2006). *Modely ošetrovatelství v kostce*. Praha: Grada.

Payneová, S.; Seymourová, J.; Ingletonová, Ch. (2007). *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.

Pidrman, V. (2007). *Demence*. Praha: Grada.

Plevová, I. a kol. (2011). *Ošetřovatelství I*, Praha: Grada.

Preiss, M. (2006). Základy klinické neuropsychologie. In Preiss, M.; Kučerová, H. a kol. (Eds.), *Neuropsychologie v psychiatrii*. (s. 21-118). Praha: Grada.

Rahn, E.; Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie*. Praha: Grada.

Rheinwaldová, E. (1999). *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada.

Schmidl, M. (2002). Und eine „kleine Ethik“ für alle Tage? In Kojer, M. (Ed.), *Alt, krank und verwirrt*. (s. 67-73). Freiburg: Lambertus.

Skála, B; Sláma, O.; Vorlíček, J.; Misconiová, B. (2005). *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře.

Suchá, J. (2007). *Cvičení paměti pro každý věk*. Praha: Portál.

Suchá, J. (2013). Trénování paměti u seniorů a lidí s různými poruchami paměti. *Sociální služby*, květen 2013, s. 34 – 36.

Škrála, P.; Škrlová, M. (2003). *Kreativní ošetřovatelský management*. Praha: Advent-Orion.

Špatenková, N.; Bolomská, B. (2011). *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén.

Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Vyhláška, kterou se provádí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Vyhláška č. 505/2006 Sb. v účinném znění ke dni 15. 11. 2006.

Walsh, D. (2005). *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha: Portál.

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v účinném znění ke dni 14. 3. 2006.

Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. v účinném znění ke dni 1. 4. 2012.