

Univerzita Palackého v Olomouci Cyrilometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Molková Jana

Zhodnocení využití konceptů péče v péči o seniory s Alzheimerovou chorobou

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vladislava Závorská

2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne 15. 3. 2016

.....

Jana Molková

Poděkování

Tímto bych chtěla upřímně poděkovat paní Mgr. Vladislavě Závrské, vedoucí práce, za její ochotu, čas a cenné rady, které mi poskytla při vedení mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala svým rodičům, přátelům a spolužákům, kteří mě podporovali nejen při psaní této práce, ale především v průběhu celého studia.

Obsah

Úvod.....	5
I. Teoretická část	6
1. Péče o seniory	6
2. Péče o seniory s demencí	9
2.1. Demence.....	13
2.1.1. Stádia demence	17
2.2. Certifikát Vážka	18
3. Koncepty péče.....	20
3.1. Bazální stimulace	21
3.2. Bon Appetit	22
3.3. Canisterapie.....	23
3.4. Smyslová aktivizace.....	24
3.5. Kinestetická mobilizace	24
II. Výzkumná část.....	27
4. Metodologie výzkumu	27
5. Výsledky analýzy dat.....	31
6. Shrnutí výsledků	43
Závěr	49
Zdroje.....	50

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma zhodnocení využití konceptů péče v péči o seniory s Alzheimerovou chorobou. Hodnocení využívání konceptů péče budu provádět v Domově Letokruhy v Budišově nad Budišovkou, kde působím jako dobrovolník a ve třetím ročníku jsem zde absolvovala dvouměsíční praxi.

Cílem této bakalářské práce je pomocí kvalitativního šetření zhodnotit využívání a aplikaci jednotlivých konceptů péče (ošetřovatelské metody), které zaměstnanci využívají při péči o své klienty. V rámci kvalitativní evaluační studie provedu polostrukturované (polostandardizované) rozhovory s pracovníky zařízení, abych zjistila efektivnost aplikace konceptů na klienty a názory pracovníků na jejich využívání. Vybrala jsem 5 pracovníků z různých pracovních úseků (ředitelka Domova, sociální pracovnice, vedoucí ošetřovatelského úseku, ergoterapeutka, pracovnice v sociálních službách v přímé péči), aby bylo výzkumné šetření různorodé a získala jsem tak širší spektrum názorů na využívání konceptů od různých pracovníků.

Tato práce bude svým obsahem navazovat na mou absolventskou práci, která se svým tématem zaměřuje na využití konceptů péče v péči o seniory s Alzheimerovou chorobou, a snažím se v ní popsat a vysvětlit jednotlivé koncepty péče, které se v zařízení Domova Letokruhy využívají a aplikují na klienty. V závěrečné části absolventské práce jsem si připravila podklady pro zpracování evaluační studie a vytvoření výzkumného šetření v bakalářské práci. Na základě těchto podkladů jsem si vytvořila metodiku výzkumu pro rozbor, sběr dat, analýzu a vyhodnocení získaných poznatků z rozhovorů. Dříve, než uskutečním rozhovory s pracovníky, se zamyslím nad zvolením vhodné výzkumné otázky. Pro získání dat ve výzkumném šetření následně provedu analýzu získaných dat z rozhovorů, které vyhodnotím. Získané data mi poslouží k dosažení cíle, který jsem si pro práci zvolila, a mého záměru zjistit efektivitu provádění konceptů péče na klienty (seniory) s Alzheimerovou chorobou, konkrétně v zařízení Domova Letokruhy.

V prvních dvou kapitolách se zaměřím na péči o seniory a péči o seniory trpící demencí. Následně stručně popíši jednotlivé koncepty péče, které jsou pracovníky Domova Letokruhy využívány při péči o své klienty. Poté popíši, jak jsem postupovala při sběru dat (jak probíhaly rozhovory s pracovníky zařízení) a jak jsem je analyzovala. Na závěr, na základě zjištěných informací a dat, tyto informace a data vyhodnotím.

I. Teoretická část

1. Péče o seniory

Dříve než stručně popíši a vysvětlím jednotlivé koncepty péče využívané v zařízení Domova Letokruhy, bych chtěla objasnit, co znamená pečovat o seniory, hlavně o seniory trpící demencí, kteří potřebují ještě větší specifikaci péče než senioři. Ti totiž mají ještě větší predispozice postarat se o sebe, mají lepší zdravotní i psychický stav, dokážou komunikovat, nemají takové problémy s pamětí a nejsou tolik odkázáni na péči a pomoc jiných osob.

Oproti péči o seniory je péče o seniory trpící demencí náročnější vzhledem k výskytu nemoci a jejímu rozvoji. Z tohoto důvodu bych tedy chtěla poukázat, jak je důležité vědět, jak se o tyto osoby starat, a jakou péči jim poskytovat a jakými způsoby, metodami a technikami.

Hudáková a Majerníová (2013, s. 16) ve své knize uvádějí, že: „*Celosvětově je zaznamenáno stárnutí populace, a to nejen ve vyspělých, ale i v rozvojových zemích. Jedním ze symptomů stárnutí populace je nárůst procentuálního podílu staršího obyvatelstva v celkové populaci.*“

Chloupková se ve své knize odkazuje na Charvátu a Haškovcovou, kteří stáří chápou jako neschopnost člověka pracovat, čímž se podle nich člověk stává ničím a je plně odkázán na pomoc druhých a zabezpečením státem pobíráním důchodu, který je mnohdy „obohacen“ o částku příspěvku na péči. (Chloupková, 2013, s. 86)

Podle Malíkové může každá osoba využívat nejen sociálních služeb, ale také sociálních podpor a dávek od státu k potřebné péči a zajištění potřebných pomůcek, které zajistí větší soběstačnost a nezávislost na jiných osobách. Některé rodiny nechtějí své blízké umístit do sociálních zařízení a pečují o své blízké doma vlastními silami. Pokud péči vlastními silami nezvládají, ale nechtějí osobu umístit do pobytové sociální služby, mohou využít pomoc terénních či ambulantních služeb, mezi které patří například pečovatelská služba či osobní asistence. Využít mohou také denní či týdenní stacionáře nebo odlehčovací službu, kde své blízké umístí pouze na určitou potřebnou dobu. (Malíková, 2011, s. 32-33), (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Malíková (2011, s. 29) k tomu dodává, že: „*Předchozí umístování seniorů do jediné formy institucionální péče, státních domovů důchodců, bylo obvyklým a téměř výhradním způsobem řešení snížené soběstačnosti nebo úplné nesoběstačnosti seniorů. Často se tak řešil i problém deficitu v bydlení, a tak do domovů důchodců odcházeli i lidé soběstační a schopní dalšího bezproblémového samostatného života.*“

V České republice se tímto tématem zabývá Helena Haškovcová, která rozděluje péči o seniory do sociální a zdravotní oblasti. Obě tyto oblasti nejsou dostatečně dobře provázány, což by do budoucna bylo žádoucí, ale doposud se tak nestalo. (Haškovcová, 2010, s. 233-234)

Podle Pacovského každý stárnoucí člověk potřebuje zvýšenou péči, pokud se zhoršuje jeho zdravotní stav. Protože se stále více zmenšuje míra jeho soběstačnosti a omezují aktivity, které kvůli svému stavu nemůže vykonávat nebo jen v omezené míře. (Pacovský, 1990, s. 109-110)

Podle nejnovějších statistik celkově v populaci přibývá lidí s věkovou skupinou nad 65 let věku (senioři). Z tohoto důvodu přibývá sociálních zařízení pečující o tyto osoby, které vzhledem ke svému věku a zhoršenému zdravotnímu stavu nejsou schopni se o sebe postarat sami a jsou odkázáni na pomoc jiných fyzických osob. Vzhledem k rostoucímu počtu seniorů a sociálních služeb pro seniory považují za důležité se o tyto osoby umět postarat a dokázat jim zajistit potřebnou péči. Mělo by se mluvit o problematice stárnutí, jelikož s ním přichází potřeba postarat se o seniory, zamyslet se nad stylem života, vytvořením denního harmonogramu činností, volnočasových aktivit s ohledem na zdravotní i psychický stav. (Semešiová, březen 2003, s. 98) Předpokládá se, že když se matka stará o své dítě, bude se i ono starat o svého rodiče po dosažení věku, ve kterém už sám nebude dostatečně schopen se o sebe postarat. Tak jako se matka po narození svého dítěte po celý jeho život snaží zajistit mu co nejlepší péči a prostředky pro dobrý život, tak by se měly sociální zařízení snažit zajistit dostatečně komfortní a důstojné podmínky pro seniory. Nejen seniory umístěné v sociálních zařízeních, ale také pro seniory využívající ambulantní či terénní sociální služby, či pomoc seniorům a osobám pečující o seniory v jejich přirozeném domácím prostředí.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách podporuje sociální služby pobytové, ambulantní i terénní, které mají usilovat o zkvalitnění lidského života,

podporu a pomoc, začleňovat člověka do společnosti, zabraňovat sociálnímu vyloučení sociálně znevýhodněným. Poukazuje na individuální přístup ke každému, práci s osobami v jejich přirozeném prostředí v co největším zájmu člověka. (Zákon č. 108/2006 Sb.) S tímto tvrzením zákona souhlasí také Matoušek a Malíková. (Matoušek, 2007, s. 9), (Malíková, 2011, s. 32-33)

Problematictější a náročnější je potom péče o seniory, kteří jsou postiženi nějakým onemocněním, například se u nich začala projevovat a rozvíjet demence či nějaké duševní onemocnění. V tomto případě musí nemocnému rodina nebo jiný jeho blízký zajistit potřebnou péči, která se liší od péče o zdravého a vitálního seniora. Tuto péči si rodina (blízcí) mohou zajistit vlastními silami nebo za pomoci využití sociálních služeb. (Matoušek, 2010, s. 183) Velkou část populace tvoří senioři vlivem stárnutí populace, demografickému vývoji a nízké porodnosti. Z tohoto důvodu se klade důraz na zapojování rodiny do péče o seniory, jelikož je nedostatek sociálních služeb a populace stále narůstá. Kvůli nedostatečné síti sociálních služeb, služby nejsou schopny zajistit všechny seniory a poskytnout jim péči a zázemí. Proto se apeluje na zapojování rodiny do péče o klienta v jeho přirozeném prostředí za pomoci terénních či ambulantních služeb, aby se tak oddálil nástup do pobytové sociální služby. (Köttnerová, Vočka, únor 2004, s. 2)

Podle Matouška je důležité dbát na individuální potřeby klienta, zachování jeho důstojnosti, autonomie, projevovat zájem o klienta, vybudovat si s ním vztah založený na důvěře, ohleduplnosti a respektu. Respekt by se měl projevovat převážně v toleranci klientových přání a potřeb, jeho pomalejšímu tempu, agresivnímu chování a výkyvy nálad (vzhledem k nemoci). (Matoušek, 2010, s. 183)

Cílem této kapitoly bylo obecně popsat, co obnáší péče o seniory. V další kapitole se zaměřím konkrétně na péči o seniory trpící demencí, abych tak mohla pokračovat v popisu a vysvětlení jednotlivých konceptů péče, které pracovníci v sociálních službách využívají při práci se svými klienty.

2. Péče o seniory s demencí

Vzhledem k cílové skupině seniorů s demencí, kterými se ve své práci zabývám, považuji za důležité popsat také to, co demence znamená, jak se projevuje, jaké má příčiny a následky. Péče o seniory s demencí se liší od péče běžných seniorů bez demence, proto jsem tyto rozdílné typy péče rozdělila do dvou kapitol. Pro tuto práci a dosažení cíle, o který usiluji, je pro mne podstatnější péče o seniory s demencí, jelikož do této cílové skupiny patří klienti Domova Letokruhy v Budišově nad Budišovkou, kteří jsou klíčoví pro mou práci. Kromě popisu péče o seniory s demencí také popíši onemocnění demence, jeho formu Alzheimerovi choroby, příčiny. Důsledky nemoci mají vliv na zdraví jedince a mění jeho život. Tyto následky u jedince nastávají po rozvoji onemocnění a ovlivňují veškeré činnosti a aktivity běžného dne a života.

V dnešní době je na člověka kladeno spousta nároků, informací a společnost a svět na něj klade stále větší a vyšší požadavky. Proto demence vyvolává ve společnosti stále větší rozruch a lidí s tímto onemocněním stále přibývá. Nemusí se vždy nutně jednat jen o osoby v pokročilejším věku a seniory. Tímto onemocněním mohou onemocnět i osoby mladé generace a není pravidlem, že člověk s vyšším vzděláním není touto nemocí ohrožen. Jedná se o chorobu, kterou nelze vyléčit, pouze ji lze za pomoci různých ošetrovatelských a terapeutických metod oddálit, zpomalit a zmírnit její průběh. Provádí se mnoho výzkumů na zjištění příčin této nemoci a odhalení, jak ji předcházet a eliminovat ji, výsledky však zatím nejsou dostatečné na zodpovězení těchto aspektů a názory výzkumníků se různí. (Jílková, srpen-září 2014, s. 44-45)

Společnost se domnívá, že demence je nemoc objevující se převážně u starších lidí a seniorů, ale může se objevit také v dětském věku. U dětí se však objevuje a rozvíjí zcela odlišně a postihuje jiné části vývoje jedince. (Haškovcová, 1989, s. 114-116) U starých lidí a seniorů se přirozeně předpokládá, že se bude měnit jeho zdravotní i psychický stav, naruší se chování, proběhnou a projeví se somatické změny, ale také celkový úpadek schopností, dovedností, činností a aktivit. Proto není divu, že společnost zastává názor, že toto onemocnění postihuje převážně staré lidi, protože s tím mají zkušenost. (Haškovcová, 1989, s. 56, 86) K nemocným demencí má společnost větší míru tolerance než k lidem s nějakým postižením či handicapem a sdílí soucit s osobami, které o nemocného pečují. (Vágnerová, 2008, s. 284) S tímto tvrzením však

nesouhlasil dřívější ombudsman, ochránce za lidská práva, Pavel Varvařovský (v období 2010-2013), který za posledních několik let kontroloval jednotlivá zařízení, zaměřená na osoby s demencí. Jeho cílem je podpořit seniory trpící demencí a zajistit lepší zacházení s těmito osobami. Při kontrole zjistil, že jednotlivá zařízení mají negativní postoj k osobám s demencí a nechtějí je do svých služeb přijímat. Mají pro to řadu jimi opodstatněných důvodů a i jejich webové stránky odkazují na okolnosti, které klienty odradí od zájmu o službu a nástupu do něj. (Zaostřeno na péči o seniory, 2014, [online])

V České republice existuje široká škála sociálních služeb, které se starají o osoby trpící demencí či Alzheimerovou chorobou, což je jeden z druhů demence. Pečující o jedince trpící demencí se o jedince může starat osobně v jeho domácnosti. Pokud už na to nestačí nebo není v jeho možnostech poskytovat nemocnému dostatečně kvalitní péči či mu to znemožňují časové, finanční nebo pracovní důvody, může se obrátit na sociální služby. Sociální služby poskytují pomoc terénní, ambulantní nebo pobytovou. (Regnault, 2011, s. 65-69)

Matoušek píše, že ať už se jedná o ambulantní, terénní či pobytovou službu, které mohou osoby využívat, přímo pro osoby trpící demencí (Alzheimerovou chorobou) existuje Česká alzheimerovská společnost (ČASL). Tato společnost působí v České republice a zahrnuje několik poboček v jednotlivých městech po celé zemi. Na těchto pobočkách se mohou nemocní i ostatní osoby informovat, zúčastnit se setkání pečujících osob získat poradenství a potřebné materiály. (Matoušek, 2010, s. 183)

Oproti tomu Regnault zase píše že, Česká alzheimerovská společnost, která působí od roku 1997, se v České republice specializuje a zaměřuje na Alzheimerovu chorobu. Na jejím počátku stáli doktoři a sestry gerontologie, sociální pracovníci a další odborníci, kteří se specializují na léčbu a péči o osoby trpící demencí. V průběhu jejího rozkvětu a rozvoje se postupně zapojovali další členové a dokonce příslušníci z rodin osob trpících demencí. Všichni tito lidé se snaží v maximální možné míře pomoci pacientům trpícím demencí i jejich rodinným příslušníkům, aby na základě získaných informací od společnosti, jejich členů či jednotlivých sociálních služeb a jejich pracovníků dokázali v rámci svých možností zvládat svou problematickou situaci a řešit ji. Alzheimerovská společnost působí po celé České republice, má několik svých

poboček a internetové stránky, na kterých si můžeme vyhledat potřebné informace a zdroje pomoci. (Regnault, 2011, s. 31-32)

Vágnerová uvádí, že péče o osoby s demencí je velmi náročná jak psychicky tak fyzicky, protože je vyžadována po celý den, a nemůžeme očekávat, že budou patrné nějaké viditelné výsledky nebo pokroky, protože u těchto osob s tímto onemocněním nemohou být výsledky patrné, vzhledem k závažnosti a rozvoji tohoto onemocnění, které je nevyléčitelné. Mnohdy se, vzhledem k náročnosti práce a péče o tyto osoby s demencí, nemůžeme divit, že osoby, které o nemocného pečují, propadají depresi, jsou frustrováni a demotivováni do další spolupráce a dalším postupu v péči. Musí být obeznámeni, jak těžké, náročné a vyčerpávající bude celkový proces péče o osobu demencí, obzvláště v pokročilejších stádiích nemoci a jejím průběhu. Téměř pro každého pečujícího a blízkého je celá situace velmi náročná psychicky i fyzicky a ne každý se s tím umí dostatečně dobře vypořádat. Z tohoto důvodu osoby i blízcí rádi uvítají odbornou pomoc. Nemocný jedinec je často sám velmi v depresi kvůli svému zdravotnímu stavu a celkovým změnám, které se u něj vyskytují, a není ochoten ke spolupráci a léčbě. Často vyžadují nesmyslné a nesplnitelné požadavky, které jsou spíše vedeny ke zvýšené pozornosti od okolí, kterou si nemocný vyžaduje, nežli k uspokojení skutečných potřeb. Navíc zhoršenou komunikací je těžké se s osobou vůbec dorozumět a pochopit, co vyžaduje. Jedinec má také narušen spánkový rytmus, tudíž má špatnou, mrzuto náladu, může být agresivní k okolí nebo je spící přes den a v noci svými aktivitami ruší ostatní. V pokročilých stádiích a prohlubování nemoci se však zcela stává závislý na péči jinou osobou. (Vágnerová, 2008, s. 284-285), (Mlýnková, 2011, s. 140-148)

Pracovat se starými lidmi má svá specifika a v některých ohledech se zcela odlišuje od práce s jinými cílovými skupinami. Ale všem osobám, bez ohledu na to, do jaké cílové skupiny patří, by měl být poskytován co největší komfort a vhodné podmínky pro zachování důstojného a kvalitního života člověka. Pokud je senior postižen demencí, začíná mít problémy s komunikací a pamětí, což se projevuje na jeho celkovém jednání a chování. Z těchto důvodů je zapotřebí, aby byl sociální pracovník pro práci s těmito lidmi vybaven dostatečnými znalosti a dovednostmi. Nejde jen o naučenou teorii, ale převážně o dlouhodobou praxi a nastavení člověka. Ne každý dokáže pracovat s lidmi. Je velmi důležité umět se vcítit do člověka, prokázat

dostatečnou citlivost a empatii, respekt, úctu a zachovat co největší důstojnost člověka. Pracovník by měl být schopen rozpoznat jednotlivé potřeby klientů, vytvořit jim dostatečný pocit jistoty a bezpečí, umět s nimi navázat kontakt a vést rozhovor. A to i v případě, že jsou klientovi schopnosti omezeny a má problémy s komunikací. Ne vždy má klient ve svém okolí někoho, komu se může svěřit, někoho s kým by si mohl popovídat. V sociálních pobytových zařízeních se proto totiž může pracovník stát jediným „partnerem“ klienta, jeho oporou a pomocí, skrze kterou má možnost projevit svou vůli. (Matoušek, 2010, s. 164)

Podobně jako v péči o kteroukoli osobu, využívající sociální služby, se musí dbát na individuální přístup a potřeby jednotlivé osoby. Nezávisle na tom, o jaký typ sociální služby a cílovou skupinu osob se jedná. Při práci s osobami s demencí, které potřebují speciální péči, se musí převážně zaměřit na jejich specifické potřeby. Zohlednit jejich možnosti, přizpůsobit se dennímu a životnímu rytmu a zajistit pravidelnost jednotlivých činností a aktivit začleněné do denního režimu osoby, aby se lépe dokázal orientovat v čase. Neměli bychom po osobě trpící demencí požadovat rychlejší tempo, na které není zvyklá a nezvládá ho, nesnažit se ho učit novým věcem, pokud to není v jeho možnostech, protože i věci, které doposud znal nebo je ovládal, se nyní stávají složitější a nezvladatelné. (Buijssen, 2006, s. 101-108), (Mlýnková, 2011, s. 62)

Tyto kritéria jsou nezbytné pro péči se seniory trpící demencí (a nejen je). Přístup personálu, jak jedná a vychází se svými klienty, hraje důležitou roli a chování pracovníků se odráží na celkovém vztahu s klientem. Vybudováním důvěry, citlivém přístupu a zohledněním klientových potřeb je celková péče a práce s klientem jednodušší a efektivnější.

Nejčastějším důvodem odcizení se od nemocného je jeho vlastní izolace, vzhledem ke změnám, průběhu nemoci a příznaků, a neschopnost si nemoc a změny připustit, nebo omezený kontakt, vytvořený zhoršenou komunikací s nemocným a jeho změnami v chování. Vlivem nemoci se jedinci mění celý život. Ztrácí mnoho sociálních rolí, které vzhledem k nemoci a změnám není schopen naplňovat, a mění se také jeho životní pozice, ať už v rodině nebo celkově ve společnosti, ztrácí zaměstnání, kontakty s okolím. (Vágnerová, 2008, s. 284)

V Domově Letokruhy pracovníci vykonávají s klienty testy pro posouzení jejich situace zdravotního stavu a rozvoje demence. Mezi tyto testy patří MMSE (Mini-Mental State Examination, test kognitivních funkcí podle Folsteina, škála mentálního stavu klienta), Test hodin, ADL (test základních denních činností podle Barthelové) a IADL (test instrumentálních všedních činností). (Výroční zpráva Domova Letokruhy 2014)

2.1. Demence

Podle Vágnerové demence ovlivňuje celkovou kvalitu života jedince nejen v každodenních aktivitách a činnostech, ale také v ostatních oblastech lidského života (pracovní, osobní, rodinná, sociální i behaviorální), což může mnohdy vést k sociální izolaci a snížené sociální adaptaci. Jedinci se zhoršuje paměť a klesá jeho inteligence. (Vágnerová, 2008, s. 265)

Regnault k tomu dodává, že demence ovlivňuje celkový život jedince a narušuje jeho denní režim a aktivity. Tím nastává pro pečující osobu větší závazek k nemocnému. Pečující musí zvýšit celkovou péči a pozornost o nemocného jedince a přizpůsobit či dokonce změnit určité věci a činnosti, které doposud v péči o nemocného vykonával. Týká se to například stravování, kdy jedinci musíme přizpůsobit jídlo a zajistit pro stolování vhodné prostředí. Pokud jedinec není schopen se najíst sám, má problémy s kousáním a polykáním stravy, musí se mu strava podávat pomletá nebo rozmixovaná. Pokud o nemocného pečuje někdo blízký z rodiny, snaží se mu poskytnout vše potřebné a podávat pokrmy, které má jedinec rád. Měli by však vzít v potaz, zda přípravou jídel neomezí a nezkrátí dobu péče a přítomnost s nemocným. Pokud by čas potřebný k vaření narušoval péči o nemocného, existují jiné alternativy, jak nemocnému jídlo zajistit. A to buď využitím pomoci jiného člena rodiny, nebo využitím sociálních služeb, které zajišťují péči o seniory trpící demencí a rozvážejí jídlo. (Regnault, 2011, s. 58-59)

Dle Vágnerové s rostoucím rozvojem onemocnění a větší míře postižení postupně dochází k celkovému rozpadu osobnosti jedince. Jedná se totiž o onemocnění chronické, které vzniká poškozením CNS (centrálně nervové soustavy). Pokud se příznaky onemocnění projevují již dříve, jedná se o onemocnění zvané mentální retardace. Ve většině případů se však toto onemocnění projevuje u starší populace. (Vágnerová, 2008, s. 265)

Podle Matouška pečovat o osobu s demencí může rodina nebo jiný jeho blízký v přirozeném prostředí domova seniora nebo může využít pomoc dalších osob. Mezi tyto osoby patří jiné osoby z rodiny a okruhu blízkých, nebo osoby speciálně pověřené na pomoc rodinám, které potřebují pomoci s péčí o nemocnou osobu, která se již sama nedokáže o sebe postarat, je odkázána na pomoc jiných osob a ani rodina už není schopna péči osobě zajistit vlastními silami. Tyto speciálně pověřené osoby jsou vyškolení pracovníci sociálních služeb, kteří poskytují pomoc a péči ambulantně nebo v pobytových zařízeních. Je důležité si připustit, že péče o člověka trpícího demencí, je velmi náročná nejen fyzicky a psychicky, ale také časově, protože nemoc se stále více rozvíjí, prohlubuje, nemocný prochází určitými etapami vývoje nemoci a je zcela odkázán na trvalou péči jiné osoby. Je důležité si uvědomit, že také senior je lidská bytost, i když je vlivem svého zhoršeného zdravotního stavu a úbytku funkcí odkázán na pomoc druhých, a že bychom měli dbát na zachování jeho důstojnosti a respektovat jeho potřeby a změny, kterými nyní prochází. Proto se lidé snaží vyhledat odbornou pomoc. Cílem sociálních služeb (ambulantní, terénní, pobytové) je pomoci rodinám a blízkým nemocného, poskytnout jim potřebné informace a postupy pro následnou péči a zajištění seniora. Rodina a blízcí nemocného si mohou vybrat z rozsáhlé škály možností, jak o nemocného pečovat a jakých služeb mohou využít. Pracovníci služeb jim nabídnou svou pomoc nebo je odkážou na jinou pověřenou osobu či zařízení. Nemocný nemusí být nutně umístěn do pobytového zařízení, pokud stačí využití ambulantních služeb nebo odlehčovacích služeb. Pracovníci ambulantních služeb dojíždějí za nemocným přímo do jeho přirozeného prostředí jeho domova a poskytují mu potřebnou péči a úkony. Snahou odlehčovacích služeb je odlehčit rodině od nemocného tím, že ho na předem dohodnutou dobu umístí do odlehčovacího zařízení, kde mu bude poskytnut pobyt a zajištěna potřebná péče. (Matoušek, 2010, s. 183)

Když jedinec po vyšetření u svého lékaře zjistí svou diagnózu demence (či Alzheimerovy choroby), nastává pro něj velký kolotoč změn. Neznamená to jen častější návštěvy nejrůznějších lékařů a specialistů, důraz na větší péči, přísnější pravidla, dohled, omezení aktivit a činností a celkové změny v denním režimu, ale také možná návštěva psychologa či psychiatra. Vlivem změn, neschopnosti vyrovnat se s nynějšími změnami, zhoršením zdravotního fyzického stavu, může dojít také ke zhoršení psychického stavu. Pacient proto může být odkázán na pomoc odborníků a nastolení vhodných léčiv, které budou klienta stimulovat a udržovat. (Regnault, 2011, s. 26-27)

Při pozorování příznaků a diagnostice onemocnění musíme brát v potaz také další onemocnění s podobnými příznaky nebo příznaky a onemocnění, které s demencí mohou souviset. Především se jedná o depresi nebo poruchu nálad, změny, které se u starého jedince ve stáří objevují běžně nebo jsou spjaty se změnou prostředí (adaptací), kterou jedinec prodělal, nebo jako reakce na těžké životní situace či jiné onemocnění, s kterými se jedince potýká a trápí ho.

Podle míry závažnosti dělíme demenci na mírnou, středně těžkou a těžkou. Jedinec s mírnou demencí dokáže být soběstačný, má ovšem omezenou paměť, hůře se učí novému a snížený intelekt. Se středně těžkou demencí si jedinec hůře vybavuje, obtížněji zvládá početní úkony, zhoršuje se kvalita verbální komunikace, ale dokáže vykonávat jednodušší práce za pomoci jiných osob. U osoby s těžkou demencí musíme počítat s úplnou pomocí a péčí jinou osobou, protože jedinec není schopen být soběstačný, nerozumí mluvenému slovu, nedokáže se vyjadřovat, orientovat se v čase a prostoru a schopnost zapamatovat si něco nebo vybavit si je zcela nefunkční. (Kramářová, Tuček, 2005, s. 33), (Orel a kol., 2012, s. 38-39)

Alzheimerova choroba (Alzheimerova demence) patří mezi primární atroficko-degenerativní onemocnění, které narušuje funkci mozku, poškozením mozkové kůry a úbytek neuronů, vede k narušení osobnosti jedince, omezení soběstačnosti a možnosti vykonávat základní činnosti. Tento typ demence má genetický původ a patří mezi nejčastější typy demence. Ve svých počátcích je velmi nenápadné a postupně se rozšiřuje, prohlubuje a narušuje kognitivní i nekognitivní funkce. Okolí u jedince zpozoruje projevy onemocnění a změny až zhruba po dvou letech od propuknutí nemoci. Není přesně stanovená délka tohoto onemocnění, ale stejně jako u demence se jedná o onemocnění chronické, postupně se rozvíjející a prohlubující, tudíž se průměrně stanovuje doba trvání na 5 až 8 let s konečným stádiem smrti. (Preiss, Příkrylová Kučerová, 2006), (Venglářová, 2007, s. 23-29), (Vágnerová, 2008, s. 272)

Na rozdíl od Vágnerové, uvádí Zgola podle americké psychiatrické asociace definici demence Alzheimerova typu jako soustavu poruch kognitivních funkcí, zahrnující poruchy paměti, řeči, pohybu a vykonávání činností, neschopnost porovnávat a rozlišovat jednotlivé předměty. (Zgola, 2003, s. 19)

Zgola (2003, s. 92) tvrdí, že: „*Lidé s demencí si mohou pamatovat věci ve vzdálené minulosti, provádět obvyklé dobře naučené a silně zafixované vzorce chování, osvojit si nové stereotypy, mít požitky ze smyslových vjemů, reagovat a vyjadřovat emoce.*“

Pidrman (2007, s. 80) tvrdí, že: „*Časnými symptomy při onemocnění demencí jsou poruchy paměti a řeči. Laikům je třeba opakovaně připomínat, že tyto poruchy nejsou příznaky běžného stáří, ale že jde o počínající chorobu.*“

Demenci často může doprovázet další přidružená onemocnění jako již zmíněná deprese nebo může být spojena s užíváním farmak, které mají toxické účinky. (Pichaud, Thareauová, 1998, s. 92-94)

Abychom dokázali nemocnému vylepšit jeho stav, aspoň do určitých mezí, podpořili a udrželi jeho možnosti a životní podmínky, využíváme k tomu nejrůznější typy terapie. Prvním typem, který se určuje dle diagnózy, je medicínská léčba. Lékař pacientovi naordinuje vhodná léčiva, které ho udržují v jeho nynějším stavu, aby se snížily potíže a nepřicházeli další. Pomáhají také s dalšími vedlejšími příznaky, které se u demence projevují, jakož jsou deprese, úzkost, neklid nebo další psychické či somatické problémy. Musíme však brát v potaz také možnost vedlejších účinků léků. Další možností péče o pacienta s demencí je psychoterapie. Ta pracuje s pacientovou psychikou, emocemi, vyrovnáním se se sebou samým, svou nemocí a změnami vyvolanými nemocí. Dobrou formou terapie je terapie vzpomínek, díky které pacient může přehodnotit své sebehodnocení, rozpomenout se na zážitky, které zažil v průběhu svého života, a pomocí aktivizace využije svých zájmů. Aktivizace se však více využívá ve skupinové terapii. Některé terapie využívají resocializačních technik pro posílení a zachování sociálních návyků. Vhodná je také behaviorální terapie, za její pomoci si pacient nacvičuje a rozvíjí své dovednosti a schopnost sebeobsluhy, aby se dokázal postarat sám o sebe a nebyl odkázán na ostatní. Využít také můžeme kognitivní trénink, nácvik orientovat se v prostoru, čase, procvičování motoriky, řeči a komunikace nebo formy neverbálních technik a terapií (arteterapie, muzikoterapie, pracovní terapie, canisterapie, hypoterapie). (Vágnerová, 2008, s. 287)

Podle hloubky a narušení kognitivních funkcí rozlišujeme chorobu na stádia lehké, střední, těžké a terminální. (Orel a kol., 2012, s. 38-39)

2.1.1. Stádia demence

Lehká demence je počáteční stádium projevu demence a jako první ho poznáme projevujícími se poruchy paměti, které zatím nejsou tak závažné a objevují se krátkodobě a zřídka. Někdy je jedinec hůře orientován v čase a prostoru, hůře se mu vybavují některá slova a slovní spojení, hůře komunikuje, chápe a má problémy v početních matematických operacích. Projevy se objevují také v chování jedince, který se může stát více apatický, zpomalený, emočně rozladěný, více se izoluje, chce být o samotě a nemá zájem o aktivity a činnosti. Pokud na sobě nemocný změny zaznamená a uvědomuje si je, snaží se je maskovat a skrývat před svým okolím, vyhýbá se situacím, ve kterých by se změny mohly projevit a klade důraz na již známé situace, stereotypy a zkušenosti, ve kterých si je jistý. Pokud pečující či ostatní blízké osoby tyto změny na nemocném zaznamenají, je důležité o nich začít s nemocným mluvit, podpořit ho, pomoci mu a mít nad ním občasnou kontrolu. (Vágnerová, 2008, s. 282)

Sekundárním stádiem demence je označována střední demence, ve které jsou poruchy paměti hlubší a viditelnější, projevují se více v dlouhodobé paměti. Také orientace v čase a prostoru je výrazně horší a v tomto stádiu už nemocný nemůže tolik spoléhat na již známé, osvědčené situace, stereotypy a zkušenosti, protože i při nich se objevují problémy a nemocný je není schopen zvládnout. Stává se více izolován a oddělen od společnosti a ostatních lidí, protože není schopen komunikovat (má omezenou slovní zásobu, hůře se mu vybavují slova, skládají věty, když už nějakou větu složí, dá mu to hodně práce a nemusí mít zcela souvislost a smysl), pochopit jednoduché a běžné situace, vztahy, požadavky a mohou se u něj projevit bludné představy a značné změny v jeho chování. Není schopen ovládat své emoce, jednání, nerespektuje ostatní ani společenské normy a je výrazně omezen v péči o sebe a své tělo. Proto je odkázán na větší míře pomoci a dohledu od svého okolí, převážně v základních životních potřebách jako jsou oblékání, strava a hygiena. (Vágnerová, 2008, s. 283)

Terciální stádium těžké demence navazuje na sekundární stádium a jeho počátek se projevuje příznaky sekundárního stádia (dezorientace v čase a prostoru, poruchy paměti, špatná komunikace, sebeobsluha, zvládání běžných situací a dovedností, aktivit a činností). Objevují se však další nové příznaky, mezi které řadíme větší poruchy komunikace, protože nemocný má problémy také s myšlením, neschopností se vyjádřit

a celkovým verbálním projevem, je dezorientován nejen časem a prostorem, ale také osobou, objevuje se inkontinence a problémy s vyprazdňováním. Vzhledem k jeho stavu a veškerým zmíněným příznakům nemoci a změnami je nemocný zcela odkázán na stálou péči jiné osoby, bez které by se o sebe nedokázal postarat, nebo umístěn do vhodného sociálního zařízení či služby. (Vágnerová, 2008, s. 283)

Terminální stádium demence by se dalo pokládat za „poslední“ čtvrté stádium, kdy je nemocný zcela závislý na péči jiných osob a odkázán na trvalý pobyt v lůžku, ať už doma pod dohledem a péčí rodiny nebo specializovaných ambulantních či terénních služeb, nebo v pobytových sociálních službách. Jeho stav je velmi komplikovaný a vážný, protože vzhledem k úplné dezorientaci a neschopnosti komunikovat a projevovat se, je s nemocným obtížná domluva a nemocný není schopen aktivit mimo lůžko, kromě provedení hygieny, pokud ovšem i tento úkon není prováděn přímo v lůžku nemocného. (Vágnerová, 2008, s. 283)

Rozvoj nemoci a přechod do jednotlivých stádií závisí na příznacích a míře narušení jednotlivých funkcí. U každého jedince je vývoj zcela odlišný, je rozdíl v příznacích a projevech a také délce trvání jednotlivých fází a jejich přechod. Mezi nejčastější patří úbytek kognitivních funkcí, porucha paměti, snížená až úplná ztráta orientace v čase a prostoru, objevuje se neschopnost logicky uvažovat, komunikovat, projevovat, ovládat a kontrolovat své emoce, mění se nálady jedince, které se často střídají a celkově ovlivňují chování jedince. (Vágnerová, 2008, s. 282)

2.2. Certifikát Vážka

Asociace poskytovatelů sociálních služeb v ČR vytvořila 2 projekty na zhodnocení kvality sociálních služeb a její zavedení do praxe. V sociálních zařízeních se hodnotí kvalita poskytovaných služeb, na základě kterého zařízení získá značku kvality a je mu udělena certifikace. (Bicková, 2011, s. 255)

Jak ve své knize popisuje Malík Holasová (2014, s. 71): „*V sociálních vědách je velice lehké sklouznout k poměrování pouze kvantitativních prvků služeb (např. počet porcí jídla, nutriční hodnota stravy, cena stravy), protože to jsou informace, které se poměrně snadno ověřují a srovnávají.*“

Certifikát obdrží zařízení pečující o osoby s demencí, pokud je Česká alzheimerovská společnost uzná jako dobrého poskytovatele kvalitní péče o osoby s demencí. Provozovatel zařízení, který má zájem o získání certifikátu, si zažádá o certifikaci a na základě provedení auditu v zařízení se rozhodne, zda je zařízení kompetentní certifikát získat. Provozovatel zařízení žádající o certifikát musí poskytovat péči osobám trpící Alzheimerovou chorobou nebo jinými formami demencí podle Pravidel a kritérií zadaných Českou alzheimerovskou společností. Audit se při kontrole zaměřuje převážně na dokumentaci týkající se hodnocení kvality. Audit provádí auditorský tým České alzheimerovské společnosti a je tvořen minimálně 3 auditory, z čehož jeden je vedoucí celého týmu, který po ukončení auditu vypracovává závěrečnou hodnotící zprávu o provedeném auditu a jeho výsledcích. Celková doba provádění auditu v zařízení je většinou jeden pracovní den. Nezáleží na tom, zda je zařízení zdravotnické nebo sociální, certifikát mohou získat oba typy. Jedinou podmínkou je, aby zdravotnické zařízení bylo registrováno na krajském úřadě a sociální zařízení bylo registrovanou sociální službou.

Pro udělení certifikátu musí zařízení při hodnocení provedeného auditu dosáhnout minimálně 75 procent splnění všech podmínek a kritérií. Certifikát je za splnění této podmínky zařízení udělen na dobu maximálně 24 měsíců. Po skončení platnosti certifikátu si zařízení může požádat o jeho prodloužení. Pro umožnění prodloužení se bere v potaz výsledné hodnocení provedeného auditu v zařízení.

Hodnotící kritéria pro výsledné udělení certifikátu se zaměřují na filozofii a strategie péče, aktivity, individualizovanou péči, zdravotní péči, důstojnost, spolupráci s rodinou a blízkými osoby s demencí, bezpečnost, zvládání nebezpečného či problematického chování a používání omezujících prostředků, pokoje, společné prostory, orientace, první dojem po vstupu do zařízení, celkový pohled na zařízení, zázemí pro personál, hygiena, výživa a hydratace, počet a kvalifikace pracovníků, potřeby personálu a jejich podpora, kvalifikace v demencích, zaškolování a další vzdělávání, kompetence pracovníků. Kromě toho byl 22. 10. 2015 Domov oceněn v Praze Národní cenou kvality a od roku 2014 má již certifikát Vážka a certifikaci na Pracoviště Bazální stimulace. (Usilujeme o udržení certifikátu Vážka, 2011-2016 [online]), (Certifikace Vážka, 2016 [online])

Cílem této kapitoly bylo přiblížit péči o seniory, uvědomit si její důležitost a poukázat na ni. Převážně si uvědomit specifika péče o seniory trpící demencí.

3. Koncepty péče

V této kapitole stručně a obecně popíši a vysvětlím jednotlivé koncepty péče (pro lepší porozumění), které pracovníci v zařízení Domova Letokruhy využívají při své práci a péči o klienty. Podrobnější popis a vysvětlení jednotlivých konceptů je obsažen v mé absolventské práci, na kterou tato bakalářská práce navazuje.

Popíši využívání a aplikaci jednotlivých konceptů konkrétně v zařízení a v rámci výzkumného šetření (provedení kvalitativního výzkumu, polo-strukturované rozhovory vedené s pracovníky zařízení) zhodnotím využívání konceptů v zařízení na klienty, získanými informacemi z rozhovorů s pracovníky Domova.

Náplní programu dne klientů je „povinnost“ pracovníků v sociálních službách a ergoterapeutky zajistit klientům sociálně terapeutické činnosti a aktivizační činnosti, které by klienty měly vést k rozvoji či udržení jejich schopností a dovedností. Pracovníci se také snaží, aby u klientů byla co nejdéle zachována co největší soběstačnost, snaží se klienty aktivizovat ve skupinách (pokud je to potřebné tak i individuálně), aby podporovali sociální začleňování a předšli samotě či sociální izolaci. Nejde jen o sociální začleňování v rámci skupiny klientů v zařízení, ale také kontakt s přirozeným prostředím. Klienti jsou rozděleny dle stupně demence, jejich schopností a biografie do 3 skupin. Pracovníci se snaží zajistit různorodost aktivit a činností, aby se střídaly, neopakovaly se (kondiční cvičení, trénování paměti, výtvarné práce, vzpomínková terapie, smyslová aktivizace, nácvik motoriky, kulturní a hudební vystoupení, besedy, canisterapie, hudební činnost, zpěv, společenské hry, procházky, čtení knih, časopisů, vaření, pečení, grilování, zahradničení, tradiční akce i pro veřejnost, spirituální návštěvy kněze).

Pracovníci v sociálních službách a ergoterapeutka zajišťují pro klienty zařízení aktivizační programy denně. Ty mohou být, jak už bylo řečeno výše, individuální nebo skupinové dle potřeby. Vedoucí ošetrovatelského úseku pak sestaví harmonogram, který je uzpůsoben pracovní náplní pracovníků, ale převážně individuálními potřebami, stavem a situací klientů. Pokud si klient přeje provádět nějakou aktivitu mimo harmonogram, dojedná se to individuálně. Žádný klient není do aktivizačních činností nucen, pokud je nechce absolvovat a vykonávat. Může si libovolně vybrat, které aktivity chce vykonávat a účastnit se jich. Pokud zdravotní stav či stupeň demence jedinci

nedovoluje svobodně se rozhodnout, postupují pracovníci podle získaných informací z biografického listu klienta. Informace o poskytovaných aktivizacích a činnostech zprostředkovávají pracovníci formou ústního či písemného sdělení (informovat klienta rozhovorem, osobním pozváním navštívením klienta v jeho pokoji, hlášením místním rozhlasu, umístěním pozvánky na nástěnku na chodbách každého oddělení, článek v časopise Domova).

Kromě klasických aktivit, které zahrnuje denní režim (s ohledem na individuální program dne každého klienta), zajišťují pracovníci v sociálních službách a ergoterapeutka čtení knih či jiných periodik a tisku (časopisy, noviny, Zpravodaj města a další). Pro tuto aktivitu zařízení využívá pomoc a vstřícnost dobrovolníků, kteří za klienty docházejí. Čtení klientům probíhá individuálně nebo skupinově. Klienti si mohou vybrat žánr a knížky, které je zajímají. Je důležité, aby pracovník četl nahlas, pomalu a zřetelně. Není vhodné číst odbornou literaturu či příběhy těžké na porozumění. Nejvíce oblíbené jsou pohádky, jednoduché příběhy, časopisy, balady či básně. Četba by neměla trvat příliš dlouho a pracovník musí dbát na aktuální stav klientů, aby nebyli příliš unaveni, dokázali vnímat, neusínali a udrželi pozornost. Pokud se jejich pozornost vytratí a začnou být neklidní, čtení se přeruší a provádí se jiná činnost.

Jako první bych zmínila koncept Bazální stimulace, využívaný v Domově Letokruhy, jelikož na tomto konceptu celé zařízení staví a získalo certifikát za jeho aplikaci do praxe.

3.1. Bazální stimulace

V rámci bazální stimulace, která se využívá v mnoha zemích, se pracuje s neverbální komunikací. Nemusí se nutně využívat pouze u klientů trpících demencí (převážně pokud je u nich narušena schopnost komunikace, hybnosti, vnímání), je vhodná pro všechny osoby mentálně či tělesně postižené. Koncept bazální stimulace slouží k podpoře zachování schopností klienta a jeho vnímání. Při komunikaci s klientem se proto využívá mnoho neverbálních prvků. S klientem se vždy vítáme a loučíme stejnými slovy, volíme vhodné dotyky, gestikulaci a mimiku doprovázející naši komunikaci, snažíme se hovořit zřetelně s přiměřenou hlasitostí hlasu, mluvíme přirozeně, jednoduše, jasně, ne příliš rychle, nepoužíváme zdvořiliny, nehovoříme

s více osobami najednou, umožníme klientovi reagovat na naše slova, snažíme se eliminovat rušící vlivy v okolí. (metodika zařízení o jednání s lidmi s onemocněním demencí). Kromě správné komunikace koncept u klientů navozuje pocit jistoty a bezpečí, uvědomění si vlastního těla na základě specifických doteků a dráždění (zklidňující, stimulující, povzbuzující) za pomoci doteků a různých masážních technik. Tyto techniky pracovníci s klientem provádějí při koupeli, aktivizačních programech nebo přímo v lůžku klienta. Každý pracovník, provádějící bazální stimulaci musí být proškolen základním kurzem, který si může obohatit o nástavbový nebo prohlubující. Bazální stimulace se provádí dle stanoveného harmonogramu, z kterého si pracovník zjistí, kterému klientovi se v který čas provádí bazální stimulace, a jaká forma. Pokud pracovník zjistí potřebu provedení bazální stimulace klientovi mimo stanovený harmonogram, může klientovi stimulaci provést. Poznatky, reakce a účinky pracovník zaznamená do ošetrovatelské dokumentace a do přehledu aktivizací. Jednou za měsíc zhodnotí celý pracovní tým pracovníků provádějící bazální stimulaci účinky jednotlivých forem a reakci jednotlivých klientů na ně. (Výroční zpráva Domova Letokruhy 2014, Metodický pokyn zařízení pro provádění bazální stimulace)

3.2. Bon Appetit

Zařízení Domova Letokruhy zařadilo od roku 2014 do péče program Bon Appetit, aby svým klientům zajistili zvýšení kvality stravování, stolování a pestřejší jídelníček. Klienti doposud (do zavedení programu) měli a mají výběr ze dvou hlavních jídel k obědu každý den a výběru ze dvou teplých jídel každý pátek na večeři. Dříve než byl program jídla do ruky zaveden, využívali pracovníci pro klienty se sníženou schopností motoriky speciální přístroje pro snadnější stolování a konzumaci jídla (speciálně zahlé lžíce, uzpůsobené vidličky a nůž pro snadnější manipulaci). Tento systém však nebyl příliš efektivní a někteří klienti se nedokázali důstojně najíst ani za pomoci speciálně uzpůsobených přístrojů. Z těchto důvodů se zařízení rozhodlo zapojit do programu Bon Appetit a využívat pro klienty, kteří se nedokážou sami najíst jídlo do ruky. Tímto způsobem stravování se snaží, aby klienti byli schopni najíst se sami a udržovala se u nich soběstačnost a dobrý pocit z toho, že se zvládnou najíst sami, bez pomoci personálu. Což zvyšuje jejich důstojnost.

Snaží se nejen zajistit dobrou a pestrou stravu pro své klienty, ale také vytvořit příjemné prostředí pro stolování a stravování, které je velice důležité. Klienti mají

možnost jíst v jídelně (pěkně zařízená a vybavená do „starodobého babičkovského stylu“ nebo reminiscenčních místnostech, společně s ostatními klienty. Pokud to umožňuje počasí, tráví personál s klienty čas venku na zahradě v altánkách.

Program Bon Appetit se zaměřuje hlavně na důstojné stolování a stravování seniorů s demencí. Při prohlubování nemoci může u seniorů docházet k úbytku hmotnosti a vzniku malnutricie (podvýživy). Proto je důležité zajistit, aby i senioři trpící demencí mohli prožít požitky z jídla a brát stravování ve společnosti dalších lidí jako kulturní a gastronomický zážitek. Převážně vlivem nemoci člověk ztrácí fyzické a motorické schopnosti jíst příborem, schopnosti najíst se sám bez pomoci druhé osoby. Při stravování a stolování je důležité zajistit vhodné prostředí, ve kterém se seniorům bude stolovat dobře a kde se budou cítit příjemně a bezpečně. Což znamená zajistit dostatečně dobré osvětlení místnosti, vybavenost místnosti, ideální teplotu, eliminovat nepříznivé zvuky. Kromě zajištění vhodného prostředí je také důležité, s kým se stoluje, použít vhodnou polohu k sezení (správně nastavený nábytek, správná výška a poloha dle individuálních zvláštních potřeb). Nejdůležitější je však celková vizáž jídla a servírování (aby bylo jídlo dostatečně teplé, dobře upravené, naservírované, ozdobené, odpovídalo výživovým hodnotám, bylo stravitelné, dobře zkombinované). Také ze stolování a stravování mohou pracovníci identifikovat a získávat potřebné informace o klientech a následnou práci s nimi. Ať už jsou to informace potřebné ke zhodnocení jednotlivých potřeb klienta, práci s biografií, programové aktivity a využití, vyplnění volného času, správná volba jídelníčku, správně zvolené a aplikované metody servírování. U klientů s těžším stádiem demence a sníženou schopností najíst se sám, je využívání jídla do ruky z programu Bon Appetit vhodnou volbou. Klient tak ke stravování nepotřebuje příbor a může se důstojně najíst sám vlastníma rukama.

Zařízení je v programu zapojeno od roku 2014 a po několika měsíčním zkoušení programu a zavedení jídla do ruky do praxe se tato metoda stolování zapojila do aktivit zařízení. Tým České Alzheimerovské společnosti vyhodnotil zavedený systém realizace celého programu stolování jako velmi dobré až nadprůměrné.

3.3. Canisterapie

Canisterapie se provádí na pokojích klientů, ve společenských místnostech, jídelně, na chodbách nebo na zahradě Domova, pokud to dovoluje počasí. Canisterapeutický tým se nejdříve přivítají s klienty, seznámí je se svými psy, povídají

si o nich (jakou mají barvu, kolik mají let, délka srsti, barva očí...) a vzpomínají na psi miláčky klientů. Canisterapeutický tým může předvést ukázkou z výcviku psa a potřebné pomůcky k tomu (vodítka, obojky, dečky). Klienti si psy mohou hladit, objímat, krmit je piškoty, pes podává packu, leží u klientů v lůžku či křesle. Během terapie probíhá stimulace hmatu, pes svým tělem zahřívá klienta. (metodický pokyn Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv), (Michalková, leden 2015, s. 22-25)

3.4. Smyslová aktivizace

Každé dopoledne využívají pracovníci v sociálních službách při práci se svými klienty prvky smyslové aktivizace (trénují paměť za pomoci různých her a aktivit: rozkrývání – hledá se osoba nebo věc, nadřazování – pes, kočka, kohout jsou domácí zvířata, jazykolamy, protiklady, vylučování – co do dané skupiny věcí nepatří, historie – co kdo ví o památkách, městech a různých místech, chytrouš – názvy předmětů a věcí dle krajů, hra na jako – teplý jako..., předměty denní potřeby, milionář – odpovědi a, b, c, profese), odpoledne následují kroužky pro klienty dle jejich individuálních potřeb a zájmů (vaření, zpívání, čtení, zahradničení, canisterapie, kavárna...). Nehodnotí se výkony klientů a všichni jsou stejně pochváleni. Dále mají klienti rádi společenské hry, hry s míčem, hry v kruhu, motání klubíčka, bingo, hry s pěnovou kostkou na podporu motoriky, v létě hraní kuželek na zahradě, hry se suchým zipem, knoflík, korálky, šňurkami, loupání cibule, česneku, vaření, pečení. Všechny tyto aktivity se spíše zaměřují na trénování dlouhodobé paměti. Na trénování krátkodobé paměti využívají pracovníci rozhovory na témata: jak se vyspali, jaký je dnes den, roční období, rok, den v týdnu, co měli k snídani, obědu, večeři, co budou odpoledne dělat, co dělali dopoledne. Na závěr tohoto cvičení je dobré si vše ještě jednou zopakovat a připomenout. (metodický pokyn Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv)

3.5. Kinestetická mobilizace

Kinestetická mobilizace je způsob, jak mohou pracovníci v sociálních službách lépe manipulovat s klienty při přenosu z lůžka nebo křesla. A nejen to. Je také důležitá pro správné napolohování klienta, aby neměl dekubity při dlouhém ležení či sezení, měl správnou polohu při stolování i běžných činnostech. Neměl by být v křeči, sedět

schoulený nebo v nepřírozené poloze, kterou si deformuje páteř a tělo. Mobilizací by se mělo dosáhnout toho, aby byl klient v přirozené, uvolněné pozici, která nemá negativní vliv na jeho tělo a celkový stav. Kinestetická mobilizace souvisí s tělesným zdravím jedince, které by měl rozvíjet, aby byl schopen zapojit své tělo a svaly, uvědomovat si jednotlivé části těla a umět se svým tělem pracovat. Pohyb je důležitý pro zachování vnitřních funkcí těla, zapojují se při něm svaly a klouby. Jedinec si pohybem uvědomuje své tělo. Je vhodná převážně pro jedince, kteří už nejsou schopni si uvědomovat své tělo a nedokážou aktivně zapojovat svaly a své tělo. Jedná se především o ležící jedince, kteří nejsou kvůli svému zdravotnímu stavu schopni zvednout se z lůžka, chodit a provozovat nějakou aktivitu. Při provádění kinestetické mobilizace prochází klient 3 fázemi (zahřátí, funkční trénink, zklidnění). V první fázi jde především o prohřátí, uvědomění si jednotlivých částí těla. Na základě této fáze přecházíme do druhé fáze, ve které pracovník vykoná pohyb klienta, přesune ho z místa na místo nebo ho uloží do jiné pozice. Díky první fázi, ve které pracovník prohřátím klienta připravil na to, že se s jeho tělem bude něco dít, se může plynule přejít do druhé fáze, vykonání pohybu (přenosu). Třetí fáze je celkové ukončení první a druhé fáze, tedy dosažení cílové pozice pohybu či přesunu klienta. (Tři fáze kinestetické mobilizace, 2008-2015 [online])

Pro kinestetickou mobilizaci má zařízení (stejně jako pro například canisterapii, bazální stimulaci, Bon appetit...) sestaven metodický pokyn, který má pracovníkům v sociálních službách a zdravotnickému personálu sloužit jako teoretický rámeček, pravidla pro postup, jak podpořit aktivní pohyb klientů. Cílem tohoto pokynu je především zajistit klientům podporu v aktivním pohybu při celodenních aktivitách a zachovat jejich schopnosti pohybovat se a dokázat spolupracovat s pracovníkem při výkonu pohybu. Pracovní tým se dohodne, kterých klientů se kinestetická mobilizace bude týkat, v kterých časových obdobích, jakým způsobem se bude provádět podpora. Týká se však především klientů, kteří jsou omezeni v pohybu. (metodický pokyn zařízení Základy pohybové podpory Kinestetická mobilizace)

Díky jednotlivým konceptům péče dokážou pracovníci v sociálních službách poskytnout celkovou kvalitní péči, podporu, pomoc či dopomoc. Vhodně zvolenými technikami a metodami jednotlivých konceptů dle individuality každého člověka mohou pracovníci pracovat s širokou škálou lidí s různými cílovými skupinami. V rámci

psychobiografického modelu péče od profesora Erwina Böhma zařazují mnohé sociální služby do práce se svými klienty jednotlivé koncepty péče pro zajištění a dosažení kvalitně poskytované péče, od které se odvíjí celkový následný vztah a navázání s klientem.

Věnovala jsem se konkrétním konceptům využívaných v Domově Letokruhy v Budišově n. Budišovkou. Snažila jsem se je srozumitelně popsat a vysvětlit, co znamenají, o čem jsou, čemu se věnují, jaký mají význam, vliv na klienty a co si kladou za cíl. Ve většině případů mají pozitivní přínos, vliv a jsou užitečné v práci s různými cílovými skupinami.

II. Výzkumná část

4. Metodologie výzkumu

Tato kapitola je zaměřena na popis metodologie výzkumného šetření, jehož cílem bylo zhodnotit využití konceptů péče v péči o seniory s Alzheimerovou chorobou ve vybraném zařízení (Domov se zvláštním režimem Letokruhy v Budišově nad Budišovkou). Výzkumné šetření probíhalo za předem stanovených podmínek se souhlasem ředitelky Domova.

Práce je tvořena ve stylu Evaluační (hodnotící) studie, kterou Hendel definuje jako: „Široce používaný typ výzkumu, ve kterém jde o hodnotové posouzení intervencí a programu na základě empirické evidence, tedy ohodnocení programu nebo intervencí pomocí empirických dat a z nich odvozených tvrzení.“ Tento styl se dá využít jak při tvorbě kvantitativního tak kvalitativního výzkumu. Mým záměrem pro tuto práci je tvorba kvalitativního výzkumu. (Hendel 2012, s. 39)

Pracovníci zařízení, které jsem si vybrala jako respondenty pro své výzkumné šetření v podobě rozhovoru, byli před začátkem výzkumného šetření seznámeni s tématem bakalářské práce a s důvodem konání tohoto šetření i následným průběhem. Dále byli informováni o tom, že výsledky výzkumného šetření budou použity pouze pro účely této bakalářské práce a bude zachována anonymita respondentů.

Cílem výzkumu je zhodnotit využití konceptů péče v péči o seniory s Alzheimerovou chorobou ve vybraném zařízení Domova se zvláštním režimem Letokruhy v Budišově nad Budišovkou.

Pro získání informací potřebných ke zpracování bakalářské práce byla zvolena metoda polo-strukturovaných (polostandardizovaných) rozhovorů s pracovníky zařízení. Jedná se o kvalitativní metodu sběru dat.

Pomocí polo-strukturovaného rozhovoru jsem hovořila s 5 pracovníky ze zařízení s různých pracovních úseků pro širší rozhled a objektivnost zjištěných výsledků. Jelikož si myslím, že každý má na věc jiný názor a je v odlišných pracovních pozicích, tudíž vidí každý pracovník využívání konceptů z jiné pozice a jiného úhlu pohledu. Pro rozhovor jsem si vybrala 2 pracovnice z přímé péče (pracovnice

v sociálních službách a ergoterapeutka), sociální pracovníci, vrchní sestru oddělení a ředitelku Domova. Sběr dat probíhal od listopadu 2015 do prosince 2015.

Získané informace a zdroje ke zhodnocení využívání konceptů péče v zařízení Domova Letokruhy jsem dále získávala z pozorování, běžných rozhovorů s pracovníky, i klienty, informacemi z dostupných dokumentů zařízení (metodiky, standardy kvality), které jsem si měla možnost získat a prostudovat v rámci dobrovolnictví v zařízení a absolvování 2 měsíční praxe.

Pro dosažení požadovaného cíle, provedu rozhovory s pracovníky (ředitelka, sociální pracovníce, vedoucí ošetrovatelského úseku, ergoterapeutka, pracovníce v sociálních službách), kterým budu klást okruh následujících otázek:

1. Jak dlouho tady v zařízení pracujete? Jakou pracovní pozici vykonáváte tady v zařízení?
2. Kde jste pracovala dříve? Jakého jste dosáhla vzdělání (školy, kurzy)?
3. Baví Vás pracovat s lidmi? Máte zkušenost i s jinými cílovými skupinami?
4. Jaké koncepty péče v zařízení používáte při práci s klienty?
5. Mohla byste mi něco říci o jednotlivých konceptech (více je rozebrat, říct jaký vliv mají na klienty, jak na to reagují)?
6. Jaké techniky a metody využíváte ve své práci s klienty zařízení?
7. Jak klienti reagují na různé metody, techniky, použití jednotlivých konceptů péče?, Jaký to na ně má efekt a vliv?, Je nějaký rozdíl mezi pohlavím (muži, ženy)?

Otázky jsem si v průběhu tvorby rozhovorů s jednotlivými pracovníky upravovala a rozšiřovala dle aktuálního tématu či pozici pracovníka v zařízení. Jako hlavní jádro pro získání potřebných informací a možnost zhodnocení využívání konceptů péče na klienty v zařízení považuji okruh kladených otázek od čísla 4. Pokládání otázek 1. – 3. (*Jak dlouho tady v zařízení pracujete? Jakou pracovní pozici vykonáváte tady v zařízení?, Kde jste pracovala dříve? Jakého jste dosáhla vzdělání (školy, kurzy)?, Baví Vás pracovat s lidmi? Máte zkušenost i s jinými cílovými skupinami?*) jsem do polostrukturovaného rozhovoru zařadila spíše pro uvolnění atmosféry při provádění rozhovorů a pro získání určitých informací o pracovníkovi a jeho zařazení. Myslím si totiž, že pro závěrečnou analýzu a zpracování dat je důležité vědět, jak dlouho

pracovník v zařízení pracuje (zda je v zařízení teprve pár let, tudíž u něho panuje zapálení pro práci, nebo pracuje v zařízení tak dlouhou, že má sklony k jistým stereotypům, odbývání své práce, také délka práce v zařízení závisí na přehledu pracovníka o zařízení, jeho chodu, využívaných konceptech, jejich působení na klienty), zda ho práce s lidmi vůbec baví a naplňuje, zda už s touto cílovou skupinou pracoval dříve (možnost porovnání využívaných konceptů jednotlivých zařízení a odlišné fungování klientů na jednotlivé koncepty) nebo má zkušenosti s jinými. Otázku zaměřenou na dosažené vzdělání či absolvování speciálních kurzů pro provádění určitých konceptů péče jsem pokládala z důvodu posouzení jednotlivých konceptů v rámci dosaženého vzdělání a kvalifikace (jiný názor může mít pracovník se středoškolským vzděláním než pracovník se vzděláním vysokoškolským).

Před provedením rozhovorů jsem si zkusila udělat jeden rozhovor nanečisto, abych si vyzkoušela, jak budu rozhovory provádět. Podle Miovského je to velmi důležité, abychom získaly potřebná data v maximálně dosažitelné kvalitě. (Miovský 2006, s. 29) Respondenty jsem si vybrala účelově. Podmínkou bylo, aby respondenti byli pracovníky zařízení. Ty jsem oslovila při absolvování své 2 měsíční praxe v zařízení a v jejich volné chvíli jsme rozhovory uskutečnily. (Miovský 2006) Při tvorbě rozhovorů jsem se držela hesla Ferjenčika, který tvrdí že, primárním záměrem pro získání potřebných dat je, aby daný člověk (respondent) byl kompetentní porozumět dané oblasti a situaci, problému, o který jde a o který se zajímáme. Jde tedy o situace a problémy, které jsou danému člověku dobře známy a dokáže je tedy pochopit, popsat, rozebrat. Situace a problém s respondentem souvisí a má na ně svůj vlastní osobní názor a pohled. Z tohoto hlediska je kvalitativní výzkum a tvorba rozhovorů velice vhodně použitá metoda. (Ferjenčík 2000, s. 171)

Výzkum a rozhovory jsem prováděla s pracovníky přímo v zařízení Domova Letokruhy v Budišově n. Budišovkou. Pro získání záznamu s provedených rozhovorů jsem použila diktafon. Rozhovory jsem prováděla s každým respondentem jednotlivě. Respondentům jsem pokládala předem připravené otázky, které jsem v průběhu rozhovorů upravovala a přizpůsobovala danému respondentovi a tématu hovoru. Vidím to jako pozitivum kvalitativního výzkumu, kdy není důležité striktně se držet předem daných pravidel a otázek. Získané informace z rozhovorů jsem si mohla v průběhu ověřovat daty ostatních respondentů, ale také pozorováním pracovníků v praxi,

z metodik zařízení či vlastními zkušenostmi a odbornou teorií. (Miovský 2006, s. 160) Abychom při rozhovorů měli zajištěné vhodné prostředí a příjemnou, ničím nerušenou atmosféru, využili jsme prostory Domova (jídelna, společenská místnost, kancelář, ošetrovna). Také Miovský upozorňuje na důležitost vytvoření vhodného prostředí a podmínek, aby rozhovor b narušován vnějšími vlivy. (Miovský 2006, s. 160) Dále Miovský upozorňuje na to, že při tvorbě výzkumu a provádění rozhovorů, můžeme mít často tendenci sklouzávat k předsudkům, naučeným stereotypním způsobům jednání a mnoho faktorům, které nás at' už pozitivně nebo negativně ovlivňují. (Miovský 2006, s. 83) Mě osobně pozitivně ovlivňovalo prostředí, ve kterém jsem rozhovory prováděla, protože ho dobře znám a cítím se v něm jistě a příjemně. Dalším ovlivnitelným faktorem byl blízký osobní vztah s určitými respondenty. Většinu z respondentů osobně znám a tykám si s nimi. Tento ovlivnitelný faktor chápu však také jako pozitivní, protože jsem se před nimi nemusela stydět a v obou směrech panoval klid bez napětí. Pozitivní to také bylo pro vytvoření klidného neformálního prostředí a příjemné atmosféry po obě strany. Při provádění rozhovorů jsem kromě diktafonu u sebe měla seznam s otázkami, na které jsem se respondentů chtěla ptát, abych na žádnou nezapomněla a byla si jistější. (Miovský 2006, s. 160-161) I když Miovský uvádí, že by délka rozhovoru měla být předem stanovena, já osobně jsem si před každým rozhovorem určila délku trvání rozhovorů pouze orientačně. Přesto, že jsem si před prováděním rozhovorů zkusila udělat jeden cvičný rozhovor, neměla jsem před prvním rozhovorem úplně jasnou představu o tom, jak dlouho budou jednotlivé rozhovory trvat. To jsem si více dokázala určit až po provedení prvního rozhovoru. Předpokládala jsem však orientační vymezení dle daného respondenta. S každým respondentem jsem hovořila přibližně 30 minut, ale tato doba byla přiměřená pro získání potřebných informací. V některých částech rozhovoru jsme se déle zastavily u některých témat, které jsme více rozebraly. Někdy jsme se v průběhu rozhovoru dostaly i k jiným tématům, které náš rozhovor rozvíjely a obohacovaly. (Miovský 2006, s. 174)

5. Výsledky analýzy dat

V této kapitole bych chtěla představit výsledky analyzovaných dat, které jsem získala od respondentů na základě polo-strukturovaných rozhovorů. Jak už bylo zmíněno v předchozích kapitolách, respondenti byly pracovnice Domova Letokruhy v Budišově nad Budišovkou. Každá pracovnice byla z jiného pracovního úseku (pracovnice v sociálních službách – přímá péče, ředitelka zařízení, sociální pracovnice, ergoterapeutka a vedoucí ošetrovatelského úseku). Kromě okruhu otázek, které jsem pracovnícím kladla, pro zjištění potřebných dat a pro dosažení mého cíle, jsem pracovnícím pokládala také otázky, týkající se jejich vzdělání a celoživotní profese (práce s cílovými skupinami a dřívější zaměstnání). Tímto jsem si chtěla ověřit to, zda věk, vzdělání či dřívější zaměstnání nějak ovlivňuje jednotlivé odpovědi respondentek na kladené otázky. Po ukončení všech rozhovorů a jejich následné zpracování a rozbor se však ukázalo, že nezávisí na věku, vzdělání ani dřívější profesi. Odpovědi a výsledky získaných dat byly spíše závislé na jednotlivých pozicích, na kterých pracovnice v zařízení vykonávají svou práci. Potvrdila jsem si také to, že nezáleží na dosaženém vzdělání a inteligenci jednotlivých pracovnic v posuzování jednotlivých konceptů a jejich aplikaci na klienty. Mým záměrem bylo vybrat pracovnice z jiných pracovních úseků, abych měla širší pohled na působení jednotlivých aktivit a konceptů péče na klienty. Předpokládala jsem totiž, že se odpovědi jednotlivých pracovnic dle jednotlivých pracovních úseků budou lišit, protože pracovníci z různých pracovních úseků zaujmají ke klientům odlišný vztah a tráví s nimi různě dlouhou dobu při odlišných aktivitách. Kdybych se zaměřila pouze na tvorbu rozhovorů s pracovnicemi v sociálních službách, získala bych odpovědi pouze z jednoho úhlu pohledu. Z tohoto důvodu jsem si vybrala vždy jednu pracovnici z každého pracovního úseku, abych mohla posoudit také vztah ostatních pracovnic (mimo pracovnice pracující v přímé péči), které s klienty netráví tak dlouhou dobu, jako pracovnice v sociálních službách. Ty jsou s klienty ve styku 8 či 12 hodin denně (dle pracovního harmonogramu pracovníků v sociálních službách, který sestavuje vedoucí ošetrovatelského úseku) a mají k nim tak blíže a hlubší, důvěrnější vztah. Když pominu otázky 1. – 3., které se vztahovaly k pracovnícím nikoli k mému záměru, hodnotila jsem odpovědi od otázky číslo 4. Od této otázky se respondentek začínám ptát na konkrétní využívané koncepty péče využívané v zařízení při práci s klienty, kterými v tomto zařízení jsou senioři nad 65 let s Alzheimerovou chorobou. Zařízení je rozdělené na 2 oddělení. Přičemž na

horním oddělení jsou někteří klienti „pozůstalci“ z Domova pro seniory (kterým bylo zařízení do roku 2010 než se stalo Domovem se zvláštním režimem) a klienti s menším stupněm demence a větší schopností soběstačnosti. Na dolním oddělení pak klienti s pokročilejšími stádii rozvoje demence, menší soběstačností a pohyblivostí. Pro svůj výzkum jsem však nerozlišovala klienty jednotlivých oddělení a posuzovala je jako jeden celek. Otázka číslo 4 (*Jaké koncepty péče v zařízení používáte při práci s klienty?*) sloužila v rozhovoru dle Miovského spíše jako organizační, jelikož její odpověď se dá vyhledat v metodikách zařízení. Můžeme tedy vycházet z informací, které jsou jasně stanovené v metodice zařízení. Položením otázky nejsme fixováni pouze na odpověď respondenta. (Miovský, 2006, s. 189) Při položení této otázky jsem se s pracovníci bavila hlouběji a konkrétněji o jednotlivých konceptech a aktivitách, které s klienty provádějí, ale spíše v rovině praktické. Nezasahovaly jsme příliš do teoretické konkretizace jednotlivých konceptů a jejich vysvětlení, jelikož o těchto konceptech mám informace (získané na základě studia, absolvování praxí nejen v tomto zařízení, čtení odborné literatury a metodik zařízení). Odpovědi pracovníků se shodovaly s informacemi, získaných z metodik zařízení a mého vlastního pozorování v zařízení. Pracovníci při práci s klienty se zaměřují převážně na koncept Bazální stimulace, jelikož je na tuto oblast zařízení vyškolen a získalo za něj certifikát. Dále využívají smyslovou aktivizaci, s níž souvisí další koncepty (reminiscence, reminiscenční místnosti, kroužek vaření, zahradničení, canisterapie, práce s biografií) kinestetickou mobilizaci, program Bon Appetit + jídlo do ruky. Některé prvky využívané pracovníky při práci s klienty nejsou úplně řazeny do konceptů péče, ale jsou vzájemně propojeny, provázány a vzájemně se doplňují. Z tohoto důvodu jsem je všechny zahrнула do své práce a zaměřila se na veškeré aktivity, které pracovníci s klienty dělají v průběhu dne.

Na tuto otázku navazovala další otázka, týkající se jednotlivých konceptů a aktivit klientů (*Mohla byste mi něco říci o jednotlivých konceptech (více je rozebrat, říct jaký vliv mají na klienty, jak na to reagují?)*). Každá z pracovníků mi na úvod řekla výčet jednotlivých aktivit a konceptů, které v zařízení při práci s klienty využívají, a následně jsme jednotlivé rozebraly hlouběji. Více však z pohledu působení jednotlivých konceptů na klienty než rozebírání konceptů teoreticky. Teoretická východiska jsem vyhledávala v metodikách zařízení a odborné literatuře. Na tomto teoretickém základě jsem si vytvořila teoretickou představu a teoretický rámec jednotlivých konceptů. Výzkumem a sesbíráním dat s rozhovorů s pracovníci

zařízení z různých pracovních úseků však mohou zjistit působení a vliv jednotlivých aktivit a konceptů na klienty.

„Jako pracovnice v přímé péči jsem s klienty, dá se říci pořád, a provádím s nimi většinu aktivit a sestavujeme pro ně program dne. Dopoledne se většinou nejvíce zaměřujeme na aktivizační program, kdy máme klienty rozdělené podle stupně demence do 4 skupin. Dále hrajeme různé společenské hry, karty, zpíváme, trávíme čas na zahradě, provádíme bazální stimulaci, je kroužek zahradnictví, vaření, chodí k nám i dobrovolníci.“ (pracovnice v sociálních službách)

„V zařízení působím jako ergoterapeutka, takže pro klienty připravuji volnočasové aktivity a různé hry, trénování paměti, využívám techniky smyslové aktivizace.“ (ergoterapeutka)

Nyní se zaměřím na odpovědi pracovníků, jak jednotlivé aktivity, koncepty a prvky konceptů působí na klienty a jaký mají vliv a efekt. Koncepty si rozdělím do podkategorií, každý zvlášť.

Bazální stimulace

Z odpovědí pracovníků je zřejmé, že jsou pracovníci a celé zařízení (včetně vedení) za tento koncept velmi vděční, že jej mohou využívat při práci s klienty a péči o ně. Certifikát je pro ně chloubou a předpokladem pro výkon bazální stimulace jako certifikované specializované pracoviště. Na klienty působí velmi pozitivně a přináší pozitivní výsledky. Prováděním bazální stimulace se klientům zlepšuje jejich stav, zklidňuje je, uvolňuje jednotlivé svaly a napětí. Bazální stimulace se provádí u většiny klientů. Pravidlo pro výběr klientů je takové, že se klientům nabídne, zda by o stimulaci měli zájem, vyzkouší se různé typy a podle reakce, diagnózy, diskuze v týmu se stanovují další postupy. Pracovní tým se dohodne, jaký typ stimulace bude vhodný pro jednotlivého klienta, v jakém časovém harmonogramu, kde a jak bude stimulace probíhat. Průběžně se sledují reakce a účinky.

Dle klienta se stimulace provádějí při koupeli v koupelnách, při aktivizacích, ošetrovatelské péči, na houpačce anebo přímo v lůžku klienta. Nejčastěji se používá zklidňující, uvolňující, aktivizační (povzbuzující), stimulační, orální, diametrální.

Aktivizační je vhodná pro klienty, kteří málo reagují, zklidňující je zase vhodná pro neklidné klienty. Orální se používá před jídlem, aby se klientovi uvolnily žvýkácké svaly, více otevřely dýchací cesty a klient se připravil na jídlo. Všichni pracovníci v přímé péči jsou proškoleni k výkonu bazální stimulace.

„Na tomto konceptu staví celé naše zařízení a péče o klienty, dostali jsme za něj i certifikát a myslím si, že má na naše klienty velký vliv a efekt. Samozřejmě se musí tým domluvit, jaký typ stimulace použít na konkrétního klienta, každý reaguje jinak, ale máme s tímto konceptem v péči o klienty velký úspěch. Například pán, který nebyl schopen uchopit ani hrnek, na základě stimulace dnes pije sám. Proběhlo u něj velké uvolnění. (...) I u těch, u kterých není ten efekt tak velký, je vidět kontakt. Ten člověk ví, že za ním někdo přijde, pohladí ho, bude s ním komunikovat...“ (vedoucí ošetrovatelského úseku)

„Bylo úžasné vidět, jak se po ní klient uklidní, uvolní...“ (ergoterapeutka)

„Stimulací se snižuje dezorientace klienta, můžeme díky ní navázat s klientem bližší kontakt a díky provádění stimulací se klientům zlepšuje jejich stav a mají větší hybnost končetin...“ (vedoucí zařízení)

Bon Appetit

Tento program zařízení využívá od roku 2014 a přinesl hodně pozitiv v péči. A to nejen ve spokojenosti klientů, tak i jako velká pomoc pro pracovníky. Díky tomuto programu nemusí pracovníci klientům podávat stravu a mohou s nimi trávit více volného času, který by v případě podávání stravy nebyl, protože by čas podávání stravy jednotlivým klientům trval déle. Využíváním tohoto programu zvyšují jak jejich důstojnost, tak jejich soběstačnost a samostatnost, protože jsou schopni díky jídlu do ruky se sami najíst bez pomoci druhých.

Při zavádění programu se nejdříve testovalo, zda bude možné tento program zapojit do chodu zařízení a zda bude možné připravovat jídla do ruky, jejichž příprava vyžaduje speciální postup a úpravu. Je důležité, aby skladba jídla byla vyvážená, obsahovala nutričně potřebné prvky a zároveň byla chutná a pestrá. Rozmanitost jídel

do ruky je široká, jídelníček se neustále upravuje a ošetřující personál ho konzultuje s vedoucí stravovacího úseku. Ve středy bývají sladká jídla, jsou pokrmy masité i bezmasé. Jak klasický jídelníček, tak jídelníček programu Bon appetit, se mění po 6 týdnech. Klienti s klasickým jídelníčkem mají možnost volby ze 2 hlavních jídel na oběd, a každý pátek ze 2 teplých večeří. Klasický jídelníček se však týká klientů, kteří nedostávají jídlo do ruky, dokážou si sami rozhodnout o výběru jídla a klienti, kteří nemají dietní omezení vzhledem ke svému zdravotnímu stavu. Klienti, kteří dostávají jídlo do ruky, nemají možnost volby. Ale tyto klienti vzhledem k vyššímu stupni demence, si už nejsou sami schopni o výběru jídla rozhodnout. Pracovníci však při stolování s klienty mohou zjišťovat jednotlivé chutě a nechutě jednotlivých klientů a na tomto základě stravu klienta upravit a přizpůsobit jeho chutím. Struktura jídla do ruky je (kromě omáček a polévek podávaných v hrníčkách se dvěma uchy) pevné konzistence aby si klient mohl jídlo vzít do ruky a sníst. Je podáváno ve formě různých bramborových kostek, pusinek, masových či rybích karbenátků, kostek z polenty, kuskusu, šneci z listového těsta, palačinky nakrájené na malé válečky, kousky ovoce, uvažené zeleniny...

Než se program v zařízení naplno rozběhl, zkoušeli a testovali jídla do ruky pracovníci zařízení. Od počátků se program v zařízení pozitivně ujal, přinesl výrazné pozitivní změny a velkou podporu pro pracovníky, kteří díky programu nemusí klientům podávat stravu. Postupem vývoje pracovníci vylepšují jednotlivé nedostatky dle individuálních potřeb klientů, upravují a propracovávají jídelníček jídel do ruky (na základě reakcí klientů).

„ Myslím si, že je to hodně efektivní, že se jim třeba ta omáčka dává do hrníčku se dvěma ušima, z kterého si ji krásně vypijí a za dosavadní praxi s tímto programem bývají talíře klientů vymetené. “ (pracovnice v sociálních službách)

„ Jídla do ruky jsou hodně barevné. Nejčastěji klienti sáhnou po oranžové mrkvičce... “ (ergoterapeutka)

„ Už při zavádění tohoto programu jsme viděli velký přínos. Dříve měl člověk více jídla na sobě než v sobě a nebyl tak dostatečně najezený. “ (sociální pracovnice)

„ Strava je příjemná vzhledově, chuťově ale je to paráda jen pro některé klienty. Muselo se dobře vytipovat, komu tuto stravu dát. “ (vedoucí ošetřovatelského úseku)

„ Klienti na tento způsob stravování reagují velmi pozitivně, dokážou se najíst sami bez použití příboru, jen rukama. “ (vedoucí zařízení)

Z odpovědí pracovníků bylo zřejmé, že mají velkou radost, že se tento program v zařízení dobře ujal, ulehčuje jim práci s klienty a velký důraz kladou na zachování soběstačnosti a schopnosti jedince najíst se sám, aby stravu snědl bez pomoci druhého a neměl více jídla na sobě a na stole než v sobě. Před zavedením programu Bon appetit a jídla do ruky se pro některé klienty využívaly při stravování speciální příbory (těžké lžice pro klienty s třesem rukou, příbory, které e klientovi suchým zipem připevní k rukám, aby mu nepadaly) a hrníčky (hrníčky se dvěma ušima nebo vyříznutím pro snadnější manipulaci při pokládání k ústům), po zavedení programu se však tato technika zcela odstranila, protože nebyla dostatečně efektivní a klienti ani z pomocí těchto speciálně upravených příborů se nebyli schopni sami najíst.

Práce s biografií a reminiscenční místnosti

Veškeré koncepty jsou navzájem propojeny, prolínají se a doplňují. Už při sociálním šetření, které sociální pracovníce provádí před přijetím nového klienta, se zjišťují o klientovi základní informace, které následně slouží k posouzení klienta. Sociální pracovníce získává informace o klientovi přímo od něj i od jeho blízkých (pro objektivnější posouzení a získání širokého spektra informací, které napomohou zajištění maximální péče o klienta, dle jeho individuálních potřeb a specifík). Pracovníci při práci s biografií člověka s klientem hovoří o jeho minulosti, vzpomínkách, životě, rodině, šťastných okamžicích, jeho mládí, práci, prvních láskách, milostném životě (pokud je ochotný o tom hovořit).

Práce se vzpomínkami klientům pomáhá v uvědomění si důležitých okamžiků jejich života, minulosti, zážitcích. Zároveň jeho zkušenosti a okamžiky ze života mohou být obohacující pro další lidi (slouží jako zdroj informací o klientovi), nejen pro pracovníky, ale také pro další klienty. U klientů se díky práci s biografií zlepšuje jak zdravotní i psychický stav, protože se na základě zjištěných informací pracuje

s klientem dle jeho individuálních potřeb a je uzpůsobena péče o něj. Může se zmenšit počet užívaných léků, zvýšit spokojenost klienta, blízcí jsou klidnější, že je o jejich blízkého dobře postaráno.

Biografický list obsahuje informace o klientovi od jeho dětství až po současnost (údaje o narození, povolání, rodičích, koníčcích, informace z dětství, mládí, dospělosti až po stáří). Biografický list se může obohatit o fotky, osobní předměty, hračky, předměty z domácnosti nebo své profese, které jsou pro klienta důležité nebo pro něj mají speciální význam. Důvod, proč pracovníci s klienty vedou biografický list, spočívá v zajištění maximálně kvalitní individuální péče o klienta, zlepšení komunikace, myšlení, reakce na změny nálady, chování, prevence deprese, úzkosti, navázání kontaktu mezi pracovníkem a klientem, klientem a dalšími klienty nebo klientem a jeho rodinou a blízkými.

Ze získaných informací se připravuje Individuální plán klienta a celkový denní program a sestavení jednotlivých aktivit a způsob péče. Díky biografickému listu pracovníci vědí, co klient má a nemá rád, jaké měl aktivity a denní režim, co je pro něj důležité, jak a v čem mu pomoci, čemu se v péči vyvarovat.

Biografický list se stává součástí klientovy dokumentace a Individuálního plánu, který se na základě informací z biografického listu zakládá. Poznatky z Individuálního plánu klienta slouží k usnadnění společné komunikace a soužití, snadnější adaptace klienta po nástupu, vybavení pokoje, plánování aktivit, poznatky pro ošetrovatelskou péči (průběh dne, sestavení harmonogramu Bazální stimulace, témata k hovoru, pochopení klienta, jeho potřeb, pocit bezpečí, navázání vztahu a důvěry).

Biografický list i Individuální plán pracovníkům slouží jako vodítko, jak pracovat s daným klientem. Každý klient má svého klíčového pracovníka, který je s ním v bližším kontaktu než ostatní pracovníci. Neznamená to však, že by se o klienta musel starat jen klíčový pracovník. Pracovníci hovoří o všech klientech na pravidelných schůzkách a vzájemně si o nich předávají informace ústně, zápisem do sešitu hlášení pracovníků v sociálních službách, v tiskopise informací pro klíčového pracovníka, v adaptačním plánu (u klientů v adaptační době 3 měsíců po nástupu do zařízení), v ošetrovatelské, zdravotnické dokumentaci.

Otázky minulosti se pojí s využíváním reminiscenčních místností, které jsou v zařízení vytvořeny pro klienty a jejich blízké. Využívání těchto místností přináší pozitivní vliv nejen na stav klientů, ale má také význam pro komunikaci s klienty, ať už v postavení pracovník/klient nebo klient a jeho rodina, blízcí.

Nejen však reminiscenční místnosti pomáhají klientům zavzpomínat na minulost. Pracovníci se v rámci aktivizačních programů snaží aktivizovat jedince ve vzpomínání na minulost, dřívější doby, co se dělalo dříve, jaké byly zvyky a tradice v rámci trénování paměti.

Kroužek vaření

Vzpomínat na minulost a dřívější doby mohou klienti v kroužku vaření, který pracovníci pro klienty pořádají jednou měsíčně. Kroužku se neúčastní všichni klienti, ale pouze 6 klientů, kteří se účastní dobrovolně a mají o kroužek a vaření zájem. Pracovnice je vždy pozvou pozvánkou a společně se domluví, co budou vařit. Při tvorbě tohoto kroužku se vycházelo z biografie klientů. Ti, kteří měli v minulosti kladný vztah k vaření, se pracovníky oslovili, zda by se nechtěli stát členy kroužku vaření a společně vařit. Tito klienti mají rádi dobré jídlo, proto se stali členy kroužku a společně s pracovnicemi „kuchtí“ pokrmy, které vařili dříve. Je to pro ně taková společenská událost, kdy mohou předvést a uplatnit své schopnosti, zavzpomínat na staré časy a podělit se o své recepty a kuchařské zkušenosti. Kromě kroužku vaření mají i ostatní klienti, kteří nejsou členy kroužku, možnost účastnit se společenských soutěží a akcí, které se pro klienty v zařízení uskutečňují ve spojení s jídlem. Jsou to nejrůznější soutěže se spolupracujícími Domovy v okolí a společenské akce pořádané i pro veřejnost. Z akcí je to například každoročně konané Vinobraní, Vánoční jarmark s tradičními vánočními pokrmy (zelná polévka, cukroví, svažené víno) a zabíjačkou, letní slavnost, Velikonoční jarmark. Pracovníci Domova spolu s klienty dělají soutěže jako Štrůdlování, Řízkománie, Jablečné slavnosti, Námořnická párty, Bramborové hody. Cílem kroužku, soutěží i společenských akcí je zapojit klienty a využít prvky smyslové aktivizace v zapojování smyslů (vůně a chuť pokrmů, vzhled jídla, škrábání brambor, loupání cibule, válení těsta, krájení, hmat, výběr koření...).

„ Když něco uvaří, mají radost, že něco dokážou, že ještě jsou důležití. Vzpomenou si na staré časy a můžou se rozhodnout, co budou vařit, podělit se o své recepty a zkušenosti.“ (sociální pracovníce)

„ Kroužek už jede 3 roky a za tu dobu se členové kroužku obměňovali. Dokonce jsme tu měli 2 muže, teď už máme jen jednoho. Všichni účastníci se však velmi aktivně zapojují a těší se, co si zase dobrého uvaříme.“ (vedoucí ošetrovatelského úseku)

„ Klienti se v kroužku cítí užiteční, mají radost...“ (pracovnice v sociálních službách)

Kroužek zahradničení

Této aktivity se ujaly dvě pracovníce v sociálních službách, které s klienty tráví čas na zahradě v altánech (převážně v teplém letním počasí), osazují květináče s květinami či bylinkami, aktivnější klienti mohou hrabat listí, zametat dvůr nebo okopávat okrasné skalky s trvalkami. Aktivity nevykonávají pouze na zahradě, ale i uvnitř zařízení, aby se mohli zapojit také klienti, kteří mají ztížený přístup ven na zahradu. Mohou osazovat truhlíky s květinami nebo zalévat květiny.

„ Snažíme se zapojovat i klienty méně aktivní, kteří nemohou chodit ven a mohou vykonávat aktivity pouze vsedě, proto vymýšlíme aktivity uvnitř zařízení.“ (vedoucí ošetrovatelského úseku)

„ Když před klienty dáme na stůl hlínu a můžou se v ní hrabat a sadit kytky, mají z toho radost, baví je to a jsou rádi, že si můžou udělat pěkné prostředí kolem sebe a mít o něco starost a zodpovědnost.“ (ergoterapeutka)

Canisterapie

Již 15 let se v Domově klientům poskytuje canisterapie v pravidelných čtrnáctidenních intervalech. U klientů tato aktivita budí úspěch, ale ne všichni klienti tuto aktivitu využívají. Velmi záleží na konkrétním rozpoložení klienta a také na vztahu ke zvířatům, konkrétně ke psům. Do zařízení dochází manželský pár se 2 vycvičenými psy na provádění canisterapie. Dříve docházely 2 skupiny, ale druhé skupině uhynul

jeden ze psů, takže přestali chodit a v budoucnu se uvažuje o zapojení jiné skupiny se 2 psy (jeden malý, který se klientům bude dávat do lůžka a větší na pomazlení a hry). Do budoucna se také uvažuje o častějších návštěvách canisterapeutů a více individuální terapie s konkrétními klienty. Při rozhovorech jsem se pracovníc ptala, zda neuvažovali o volbě jiné terapie zvířaty. Aby ji mohli využívat také klienti, kteří nemají kladný vztah ke psům, například zvolit felinoterapii (terapie kočkou). O této možnosti však zatím neuvažovali a hlavně v okolí není nikdo, kdo by tuto terapii prováděl a měl na to speciálně vycvičenou kočku.

„ Máme pár lidí, kteří psy nechtějí, třeba jedna paní má negativní zkušenost z dětství, kdy ji pokousal pes, a od té doby se psů bojí. “ (vedoucí ošetřovatelského úseku)

„ Je úžasné pozorovat, jak se klientům rozzáří oči, když k nim pes přijde, dá jim pac, mohou mu dát piškot, pomazlit se s ním... “ (pracovnice v sociálních službách)

„Když jim položíš ruku na pejska tak je vidět, jak se uvolnili nebo se usmějí, zareagují, někteří si vzpomenu, že taky měli doma psa a jiní si zase získají lásku ke psům až tady. “ (ergoterapeutka)

„Každá terapie je další možnost, jak našim klientům ještě více zpříjemnit život a pobyt tady v zařízení... “ (vedoucí zařízení)

Smyslová aktivizace

Pomocí smyslové aktivizace se pracovníci snaží své klienty aktivizovat, aby byli schopni využívat svých schopností a dovedností v maximální míře. Používají k tomu různé techniky a metody. Například ve společenských místnostech, kde před den sedávají klienti a tráví zde svůj volný čas, zapojují aromatické přístroje s různými vůněmi v rámci aromaterapie, ale také pro lepší ovzduší, lepší dýchání, zvlhčení vzduchu a příjemnou vůni. Je důležité zapojovat a aktivizovat klientovi smysly. Před jídlem pracovníci stimulují klienty, aby se připravili na jídlo, navodily se jim chutě. Chuť navozují za pomoci gázových váčků s čokoládou, které klientům dají do úst, aby se mu navodila chuť k jídlu. Nebo jim namáčejí štětinky do piva a potírají jazyk. Tyto techniky jsou vhodné pro klienty, kteří ztrácejí chuť k jídlu nebo nemohou přijímat

klasickou stravu ze zdravotních důvodů a je jim zavedena umělá výživa přímo do žil či žaludku. Ráno před snídaní se klientům rozpéká pečivo a vaří káva, aby se jim opět navodila chuť na jídlo a věděli, že je čeká snídaně. Smyslovou aktivizaci využívají pracovníci v péči o klienty velmi často, převážně ve spojení s jídlem a navození chutí. Kromě rozpékání chleba a vaření kávy ke snídani, pracovníci klientům navozují chuť také jinými způsoby. Například v kroužku vaření, pořádání kulinářských soutěží a akcí nebo při klasických aktivitách v průběhu dne. Klienti tak mají styk s různými potravinami, mohou si je ohmatat, ovonět, sami nakrájet a ochutnat. Kromě samotného vnímání potravin a jejich chutí, se s klienty vedou besedy o jídle, povídání o tom, kdo co měl rád, jaké jsou oblíbené jídla, co se vařilo dříve a dnes.

Novým trendem je akce Kavárna, která se pro klienty připravuje 1x za měsíc. Klienti se tak mohou svátečně ustrojít, společně se sejdou v jídelně, kde jsou obsluhováni personálem jako ve skutečné kavárně. Mohou si objednat kávu a zákusek dle výběru. Výběr je přizpůsoben také klientům s diabetem, aby i oni mohli „zhřešit“ a dát si něco dobrého „na zub“.

Aktivizace je opět propojena s dalšími koncepty, ať už je to Bazální stimulace, Bon appetit nebo využívání stimulace v rámci denního programu, her a aktivit. Proto je využívání smyslové aktivizace pro pracovníky důležitý aspekt ve výkonu péče o klienty a techniky a metody aktivizace přinášejí pozitivní účinky.

„ Používáme aromalampy například s čokoládovou vůní, abychom klienty nabudili na jídlo. A působí to taky proti zápachu. Lidé se tak cítí dobře a není to jak v nemocnicích, kde jde cítit ten nemocniční pach. “ (pracovnice v sociálních službách)

„ Využívání aromalamp je dobré nejen pro klienty, ale i pro nás pracovníky, protože se tím přehluší pachy a je to velmi příjemné. “ (vedoucí ošetrovatelského úseku)

„Klienti při rozpékání pečiva ucítí vůni čerstvého chleba a vědí, že je čeká snídaně a budou jíst. Jídlo je pro klienty velice důležité a zásadní. Opečený chléb si mohou vzít do ruky a křoupat. Po noci pociťují hlad, takže jsou rádi, že jedí. Ne že bysme klienty týrali hladem, jídlo mají 5x až 6x denně, ale starý člověk, obzvláště člověk s demencí si neuvědomuje, kdy jí nebo co jí. Má hlad, i když právě dojedl. (...) Také vůně kávy jim

dává impulz, že se něco děje a nabudí je to k očekávání, co se bude jíst.“ (pracovnice v sociálních službách)

„ Zavedení kavárny byl velký úspěch. Klienti si ji strašně oblíbili a nejradši by ji měli každý den. Hlavně když mohou jíst, dát si zákusek. Pro některé je to taky příležitost, kdy se můžou slavnostně obléct a připadat si důležitý. Ohlasy to však má i u klientů s vyšším stupněm demence.“ (sociální pracovnice)

6. Shrnutí výsledků

Ze zjištěných poznatků je zřejmé, že zapojování klientů do denních aktivit a programů, konání společenských, kulturních akcí, soutěží a využívání konceptů péče v rámci ošetrovatelských metod, má na klienty velmi pozitivní působení a dobrý vliv. Klienti tak mají zajištěn nejen denní režim, aktivity, program a potřebnou péči, ale také možnost účastnit se společenského života, snahu zachovat schopnosti, dovednosti, lidskou důstojnost, samostatnost, smysly, prohlubovat znalosti, zkušenosti, vzpomínání na minulost, trénování paměti, rozvoj samostatnosti a další.

Pracovníci nerozlišují výrazné viditelné rozdíly v poskytování péče a působení jednotlivých konceptů na klienty. Nevidí rozdílnost u žen a mužů. Každý klient je individuální se svými individuálními potřebami a nároky na poskytování péče. Vždy více záleží na konkrétním denním rozpoložení klienta, jak se v daný den cítí, jakou má náladu, zdravotní stav, stupeň demence a jaký je jeho celkový stav. Rozdílné vnímání může být tedy pozorováno spíše ve stupni demence než v pohlaví.

„ Každý den je klient úplně jiný. Jeden den je úžasný, všechno dokáže a druhý den jen spí a neumí nic, nic se mu nechce.“ (pracovnice v sociálních službách)

„ Pokud je klient nevrlý, tak ho nechám a přijdu za ním třeba za 2 hodiny. Nemůžeme je do ničeho nutit, záleží na nich, jak se rozhodnou a co chtějí a nechtějí dělat. U klientů, kteří už nejsou schopni komunikovat je to horší, ale musíme vycházet z Biografického listu nebo z neverbální komunikace, která je u těchto klientů důležitá a zásadní.“ (ergoterapeutka)

Tyto faktory následně ovlivní klientovo chování, jednání a zapojování do programu a aktivit. Díky informacím zaznamenané v biografickém listu pracovníci vědí, co kdo má rád, jaké nosí oblečení, jaké má zvyky, zda je extrovert či introvert. Na tomto základu pak postupují v dalším poskytování péče a snaží se klientovi zvyky zachovat. Klienti se pak cítí spokojenější, když mají a dostávají to, na co byli zvyklí. Pracovníci se snaží klientům zajistit maximálně možnou péči, aby se klienti cítili dobře a jako doma. V tomto hodně napomáhají reminiscenční místnosti uzpůsobené starému

stylu retro, aby klienti zavzpomínali na minulost a připomněli si věci, které znali z dřívějších časů.

„ Úplně všichni, i když si to nevybaví, něco určitě cítí, co je tam dobrého. Mají z toho prostředí dobrý pocit a připomene si tak, jak žil dříve, co bylo stejné, jaké měl doma vybavení, připomene si předměty, které používal a měl doma. Je to pro ně velmi uklidňující.“ (pracovnice v sociálních službách)

„ Je dobře, že jsme takový malý rodinný Domov a ne nějaký velký luxusní komplex, protože ve velkém prostředí se klienti necítí dobře, ztrácejí se tam a starší věci jsou pro ně přijatelnější.“ (vedoucí ošetřovatelského úseku)

I přesto, že jsou klienti rozděleni do skupin dle stupně demence, aby jim byla poskytnuta potřebná péče, přizpůsobená klientově stavu, nedělají se rozdíly mezi klienty. Nikdo není diskriminován, zesměšňován, znevýhodňován nebo naopak nadřazován a zvýhodňován nad ostatními. Ke každému klientovi se musí přistupovat individuálně dle jeho potřeb. Ve skupině se však jedinec stává členem této skupiny a je zařazen tak, aby všichni členové skupiny na tom byli podobně a nedocházelo k diskriminaci, znevýhodnění či zvýhodnění.

„ Ve skupinové terapii se nedělají rozdíly ani v pohlaví. Všichni se projevují stejně a necítí obavu nebo stud, že by se jim někdo smál. Závisí to i na vedoucím skupiny, jak si to kočíruje, vede, koordinuje a jaké si nastolí pravidla.“ (ergoterapeutka)

„ Díky rozdělení klientů do skupinek dle stupně demence si jsou všichni rovni, nedělají se rozdíly a práce s klienty je tak efektivnější. Lepší je více malých skupinek, protože se s nimi tak lépe pracuje, jsou si blíží, ale je potřeba k nim přistupovat citlivě a ohleduplně.“ (sociální pracovnice)

Pracovníci se shodli na tom, že je lepší, když jsou klienti spolu, muži a ženy dohromady, protože je to přirozené a není důvod rozdělovat muže a ženy zvlášť. V kroužku vaření je sice převaha žen (5 žen a 1 muž), ale v této oblasti se dá většinový poměr žen předpokládat.

Velký předpoklad pracovníci vidí v tom, že zařízení je malé, s menším počtem klientů, což tvoří rodinné prostředí a příjemnou atmosféru. Díky menšímu počtu klientů je pracovní tým sestaven tak, aby byla všem klientům zajištěna potřebná, individuální péče v maximální kvalitě. Zařízení se sice do budoucna bude revitalizovat a kapacita klientů se bude zvyšovat, neměl by to však být tak markantní rozdíl. S vyšším počtem klientů se bude muset zvýšit i počet zaměstnanců, aby byla i nadále zajištěna stejná péče o klienty.

„ Myslím si, že pokud se udrží i nadále styl retra a to, jak o klienty pečujeme, klienti nepocítí změnu a budou se stále cítit jako doma.“ (pracovnice v sociálních službách)

Kromě kroužku vaření a zahradničení pořádají pro klienty pracovníci besedy na různá témata od myslivosti, armádu, staré časy až po současnost a moderní dobu.

„ Bud'to sami pracovníci, speciálně povolání lidé, kteří se orientují v dané oblasti nebo lidé z okolí docházejí k nám do zařízení za klienty a povídají jim o různých tématech. Například jsme tu měli pána myslivce nebo přednášku o exotickém ovoci. Ta se klientům velmi líbila, protože pak mohli ochutnat jednotlivé ovoce a byli rádi. Na tu mysliveckou zase přišla převážná většina pánů, kteří byli dříve myslivci, nebo je jenom zajímalo, co se bude vykládat. Jo program mají hodně bohatý.“ (vedoucí zařízení)

V rámci denních aktivit pracovníci v sociálních službách, ergoterapeutka nebo dobrovolníci s klienty zpívají. Tuto aktivitu mají velmi rádi, převážně klienti, kteří dříve rádi zpívali. Zúčastňují se však i klienti, kteří tvrdí, že neumějí zpívat nebo klienti, kteří už zpívat nedokážou, jen poslouchají nebo si „pobrukuji“ melodii. Rádi se zapojují také muži.

„ Je neuvěřitelné pozorovat, jak se klienti rozzáří a jsou pozitivně naladěni, když můžou zpívat. A ti kteří už jsou jen ležící a nedokážou moc mluvit, natož zpívat, i u nich jde vidět jak se jim poslechem hudby a zpěvem rozzáří oči a jde vidět, že vnímají a poslouchají.“ (ergoterapeutka)

„ Pamatuji si paní, když k nám přišla, tak hrozně ráda zpívala. Ted' už toho není schopna, ale jde vidět, jak se ji hudbou a zpěvem rozzáří oči. “ (pracovnice v sociálních službách)

Převážně pracovníci v sociálních službách, ergoterapeutka nebo dobrovolníci, kteří do zařízení za klienty pravidelně docházejí, mohou pozitivně hodnotit působení jednotlivých konceptů péče a aktivit, které s klienty provádějí. Tito lidé jsou totiž s klienty v úzkém kontaktu několik hodin denně a jsou tak schopni posoudit chování, reakce, nálady a jednání jednotlivých klientů v určitých okamžicích a při určitých aktivitách.

Kromě jednotlivých konceptů péče jsem se celkově zaměřila na ošetrovatelské metody, techniky při práci s klienty a veškeré aktivity, které pracovníci s klienty dělají v průběhu dne. Důvod, proč jsem se zaměřila celkově na veškeré aktivity pracovníků s klienty, a ne jenom na jednotlivé koncepty péče je ten, že si myslím (a vypovídá to i z mého pozorování a rozhovorů s pracovníky), že veškeré činnosti a aktivity, celkový denní program, který pracovníci pro klienty připravují, mají smysl a pozitivní působení na klienty i jejich celkový stav. Klient si díky aktivit rozvíjejí nejen své smysly a dovednosti, ale posilují tak i svou psychiku, zlepšují si paměť různými hrami a procvičováním, smysluplně tráví volný čas, mohou se naučit novým věcem, obohatit se o nové zážitky, zkušenosti a získávají větší pocit jistoty, bezpečí, důvěry, důstojnosti, lásky a pocitu, že ještě něco dokážou a jsou důležití.

V oblasti kinestetické mobilizace pracovníci zařízení nemají ještě tolik znalostí a zkušeností, jelikož kinestetickou mobilizaci začali naplno používat teprve od roku 2015, kdy si na ni vytvořili metodický pokyn a začali ji plně aplikovat do praxe. První poznatky byly již v roce 2014, ale teprve proškolením pracovníků a vytvořením metodického pokynu pro výkon Kinestetické mobilizace se koncept v zařízení rozvinul. Většina pracovníků byla proškolená v této oblasti a do budoucna by měli proškolením projít všichni pracovníci v sociálních službách. Pracovníci vidí tento koncept jako náročnější, obtížný, ale je to převážně tím, že se tento koncept v zařízení teprve nově zavádí a pracovníci s ním nemají dostatečné zkušenosti.

„ Je to dobré na zlepšení hybnosti klienta, odbourání bolesti, větší soběstačnosti, snížení závislosti na druhém a má velký efekt při polohování.“ (sociální pracovnice)

„ Metoda ulehčuje práci tomu pečujícímu a šetrně zachází s tím klientem. To, co dřív zvládali dva pečující, zvládne teď hravě jeden, třeba při přesunu klienta, a nedojde k poškození zad a pohybového aparátu pracovníka ani klienta.“ (vedoucí ošetrovatelského úseku)

Jak je vidět ze získaných informací z rozhovorů s pracovníky i z pozorování aplikace jednotlivých konceptů do praxe v zařízení, propojení jednotlivých konceptů je vážně viditelně znatelné. Navazování konceptů na sebe poskytuje dobrý základ pro kompletní kvalitní péči o klienty a zajištění jejich pohody a spokojenosti. Z aplikace konceptů do praxe a dosavadních zkušeností s koncepty mohou pracovníci využívání konceptů vylepšovat, přizpůsobovat je potřebám svých klientů a eliminovat negativní vlivy. Za dobu praxe odpustili od některých aktivit, jelikož pro klienty nebyly naplňující a efektivní. Jedná se například o práci s keramickou hlinou. Staří lidé, obzvláště pak lidé trpící demencí, v této činnosti nevidí smysl, nedokážou být tak kreativní a tato činnost je nenaplňuje, nic jim nepřináší, jelikož na takovou činnost ze své minulosti nebyli zvyklí a nedokážou ji tak ocenit. Tito lidé totiž vyrůstali za období 2. Světové války, starali se o děti, hospodářství a dobytek, neměli čas na umění a kreativní aktivity. Z tohoto důvodu pracovníci klienty zapojují spíše do činností všedního dne, protože to je naplňuje, tyto činnosti dokážou a mohou si při jejich výkonu připadat užiteční. Velkým přínosem jsou také pro ně konání společenských a kulturních akcí nejčastěji v prostorách Domova nebo zahrady před Domovem. Některé jsou konány již tradičně a pravidelně, jelikož se mohou chlubit velkou oblibou nejen klientů, ale i jejich rodinných příslušníků a široké veřejnosti. Mimo jiné jsou to různé soutěže pro klienty s ostatními okolními Domovy. Opět jsou to pro klienty chvíle, kdy si mohou připadat důležití, potřební, užiteční a strávit hezké chvíle při různých aktivitách v soutěžích, strávit chvíle se svými nejbližšími, v milé společnosti ostatních lidí. Velkou oblibu si získalo zavedení nové události pro klienty, vytvoření tradiční Kavárny, která je pořádána 1x měsíčně v zařízení Domova. Klienti jsou zde obsluhováni pracovníky jako v klasické kavárně a mohou si zde posedět i se svými blízkými při kávě a zákusku. Pozitivní působení na klienty a jejich stav má také to, že se většina klientů v Domově cítí jako ve svém domově a vzájemně dobře vycházejí mezi sebou navzájem.

Pracovníci jsou spokojeni s péčí, kterou poskytují svým klientům a nemyslí si, že by v zařízení něco chybělo. Všechno má podle nich své mouchy, chyby a mnoho věcí by se dalo udělat lépe, ale každou chybou se učí a zdokonalují. V poskytování péče a ošetřovatelských metodách by nic neměnili, pouze zdokonalovali již zaběhnuté. Některé z nových konceptů péče jsou pro ně sice zajímavou inspirací, ale chtěli by se více zaměřit na to, co poskytují, aby toho zase nebylo tolik. Klienti s demencí jsou totiž vděčnější za větší stereotypizaci, tradičnost a pravidelnost, nemají rádi změny a rozmanitost. Je důležité je zapojovat a aktivizovat, ale nemělo by toho být až příliš, aby se necítili zmatení.

Jediný nedostatek, který pracovníci uznávají, je, že nekladou tak velký důraz na zajištění větší péče o umírající a práci s pozůstalými. V této oblasti prošly prozatím několika semináři, školením a je pro ně okrajovou záležitostí, přesto ve vývoji této oblasti vidí vedoucí Domova velkou výzvu a motivaci do budoucna. Do budoucna také plánují zavedení dalších aktivizačních technik a metod při práci s klienty a rozdělit také klienty horního oddělení s aktivnějšími a „schopnějšími“ klienty do skupinek dle jejich schopností, dovedností a psychiky.

Závěr

Na základě obohacení o poznatky z teorie jsem mohla navázat na svou absolventskou práci, ve které jsem popsala a vysvětlila jednotlivé koncepty péče, které využívá Domov Letokruhy v Budišově nad Budišovkou v péči o své klienty. Zároveň jsem si v absolventské práci připravila podklady pro vytvoření evaluační studie v této bakalářské práci. Díky těmto podkladům a poznatkům z teorie jsem mohla vytvořit kvalitativní výzkum, zajištění vhodných respondentů pro sběr potřebných dat a provést s vybranými respondenty polo-strukturovaný rozhovor.

Informace o zařízení jsem získala na základě praxe a působení jako dobrovolník v zařízení, z metodik a dokumentace zařízení, které mi poskytli pracovníci a vedoucí Domova, pozorování klientů a pracovníků, rozhovorů s pracovníky v rámci výzkumného šetření a v průběhu dobrovolnictví a praxe.

Přínosem pro tuto práci je bezpochyby dobrovolnictví v zařízení a 2 měsíční praxe, kterou jsem v zařízení absolvovala po svolení vedoucí Domova a sociální pracovnice (mentorky praxe). Absolvování praxe v tomto zařízení bylo pro mě přínosné nejen pro získání poznatků a potřebných informací, materiálů a rozhovorů, sloužící k sepsání této práce, ale také mě celkově obohatila o teoretické i praktické znalosti, dovednosti a poznatky do budoucna mého studia a života.

V rámci studia jsem v Domově Letokruhy (kromě toho, že tam už několik let působím jako dobrovolník) měla možnost absolvovat 2 měsíční praxi, při které jsem mohla získat mnoho potřebných informací a poznatků nejen pro sestavení a získání výsledků pro svou bakalářskou a absolventskou práci, ale také mnoho informací, poznatků a zkušeností do své budoucí profese.

Zdroje

Publikace

Babbie, E. R., Rubin, A. (2008) *Research Methods for Social Work, Sixth Edition*. Thomson Brooks/Cole

Bicková, L. (2011) *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

Bordillon, G., Zgola, J. M. (2013) *Bon appetit: radost z jídla v dlouhodobé péči*. Praha: Česká alzheimerovská společnost

Buijssen, H. (2006) *Demence: příručka pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál

Čermáková K., Johnová, M. (2002) *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – Průvodce poskytovatele MPSV*

Facová V., Orel, M., Sigmund R. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál

Haškovcová, H. (1989) *Fenomén stáří*. Praha: Panorama

Hendel, J. (2012) *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál

Hudáková, A., Majerníková I. (2013) *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada

Chloupková, S. (2013) *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada

Kramářová, N., Tuček, J. (2005) *Gerontopsychiatrie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita

Krivošíková, M. (2011) *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada

Malík Holasová, V. (2014) *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada

- Malíková, E. (2011) *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada
- Matoušek, O. (2010) *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada
- Mlýnková, J. (2011) *Péče o staré občany*. Praha: Grada Publishing, a. s.
- Pacovský, V. (1990) *Klinická propedeutika pro magisterské a bakalářské studium ošetrovatelství*. Praha: Karolinum
- Pidrman, V. (2007) *Demence*. Praha: Grada
- Pichaud, C., Thareauová, I. (1998) *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Praha: Portál
- Preiss, M., Přikrylová Kučerová, H. (2006). *Neuropsychologie v neurologii*. Praha: Grada
- Regnault, M. (2011) *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál
- Vágnerová, M. (2004) *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál
- Venglářová, M. (2007) *Problematické situace v péči o seniory. Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada

Periodika

Köttnerová, R., Vočka, Z. (únor 2004). K domovu důchodců neexistuje alternativa. Sociální práce / Sociálna práca, s. 2

Jílková, A. (srpen - září 2014). Psychobiografický model Prof. Erwina startuje do praxe v České republice. Odborný časopis sociální služby, ročník 17, číslo 1, s. 44-45

Michalková, M. (leden 2015). Canisterapia je záležitostí srdca. Odborný časopis sociální služby, ročník 17, číslo 1, s. 22-25

Semešiová, M. (březen 2003). Hodnotový systém starších lidí. Sociální práce / Sociálna práca, s. 98

Metodické pokyny zařízení

Metodický pokyn Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv

Výroční zpráva Domova Letokruhy Budišov nad Budišovkou 2014

Webové stránky

ALZHEIMER (2016): Certifikace Vážka [online]. Dostupné 18. 9. 2015 z: <http://www.alzheimer.cz/certifikace-vazka/>

EBIN (2015): Základní stavební kameny Psychobiografického modelu (PBM) prof. E. Böhma [online]. Dostupné 18. 9. 2015 z: <http://ebin.cz/nabidka/aktivizace-senioru-s-vyuzitim-prvku-biografie-klienta-certifikovany-kurz/>

KINESTETIKA (2008-2015): Tři fáze kinestetické mobilizace [online]. Dostupné 18. 9. 2015 z: http://www.kinestetika.cz/?page_id=79

SENIOR centrum Blansko (2011-2016): Usilujeme o udržení certifikátu Vážka [online]. Dostupné 18. 9. 2015 z: <http://seniorcentrumblansko.webnode.cz/certifikat-vazka/>

SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNA PRÁCA (2014): Zaostřeno na péči o seniory [online]. Dostupné 18. 9. 2015 z: <http://www.socialni prace.cz/zpravy.php?oblast=0&clanek=83>

Zákony

Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění ke dni 1. 1. 2007.