

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2019-2020

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Helena Vanešová

**Pracovní zkušenosti pracovníků v sociálních službách
s motivací, procesem aktivizace klienta s Alzheimerovou
chorobou v rámci denních činností v DZR v Domažlicích**

Praha 2020

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lukáš Stárek, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2019-2020

BACHELOR THESIS

Helena Vanešová

**Working experience of social service workers with
motivation, process of activating client with Alzheimer's as
part of daily activities in DZR in Domažlice**

Prague 2020

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Lukáš Stárek, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Helena Vanešová

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Lukášovi Stárkovi, Ph.D. za odborné vedení a za poskytnutí cenných rad v průběhu vypracování mé bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce je zaměřená na problematiku onemocnění Alzheimerovy choroby. Zabývá se pracovními zkušenostmi pracovníků s klienty v Domově se zvláštním režimem v Domažlicích. Cílem je získat informace, jaká jsou specifika práce s touto skupinou, s jakými překážkami se pracovníci během své praxe setkávají, jak lze klienty motivovat a aktivizovat v procesu denních činností. V teoretické části je popsáno ontogenetické období stáří, Alzheimerova choroba, její projevy, příčiny, možnosti léčby a prevence. Dále je přiblíženo zařízení nazývané Domov se zvláštním režimem. Zmíněny jsou aktivizační metody využívané pro rozvoj osobnosti klienta a napomáhající k zachování jeho soběstačnosti. V praktické části je využito výsledků pozorování práce odborných pracovníků sociální služby v Domově se zvláštním režimem Domažlice a rozhovorů se zaměstnanci, kteří se podílí na péči o klienty. Je zde záměr nalézt odpověď na otázku, jak je uplatňován individuální přístup ke klientovi, jsou-li zohledňována jeho přání, jsou-li aktivizační činnosti klienty přijímány s ochotou se zapojit nebo je snaha klienta být spíše pasivním uživatelem sociální služby. Tato část přibližuje běžný denní režim v zařízení, též možnosti využití speciálních aktivit. Z vlastního šetření vyplývá, že práce s těmito klienty je velmi náročná na individuální přístup, stálou motivaci, klade nemalé nároky na kvalitu zaměstnanců po stránce odbornosti, ale i osobnostních předpokladů.

Klíčová slova

Aktivizační činnost, Alzheimerova choroba, Domov se zvláštním režimem, motivace, pracovník v sociálních službách, stáří.

Annotation

The bachelor's thesis is focused on Alzheimer's disease. It deals with the work experience of employees with clients in the Special Regime Home in Domažlice. The aim is to obtain information about the specifics of working with this group, what obstacles the workers encounter during their practice, how to motivate and activate clients in the process of daily activities. The theoretical part describes the ontogenetic period of old age, Alzheimer's disease, its symptoms, causes, treatment options and prevention. Next, a device called a Home with Special Mode is zoomed in. There are mentioned activation methods used for the development of the client's personality and helping to maintain his / her self-sufficiency. The practical part uses the results of observing the work of social workers in the Social Service Home with a special regime of Domažlice and interviews with employees who take care of clients. There is an intention to find an answer to the question of how an individual approach to a client is applied, if his / her wishes are taken into account, if activation activities are accepted by the client with willingness to engage or the client is trying to be a passive user of social services. This section describes the normal daytime regime in the facility, as well as the possibility of using special activities. The research reveals that working with these clients is very demanding on individual approach, constant motivation, places considerable demands on the quality of employees in terms of expertise, as well as personal prerequisites.

Keywords

Activation activity, Alzheimer's disease, Home with special regime, motivation, social services worker, old age.

OBSAH

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 TERMINOLOGIE STÁŘÍ	13
2 SYNDROM DEMENCE	15
2.1 Symptomy	15
2.2 Klasifikace demencí dle MKN-10	16
3 ALZHEIMEROVA CHOROBA (ACH)	18
3.1 Možné příčiny vzniku ACH a výzkum.....	18
3.2 Stádia nezvratné progresivní demence ACH	19
3.3 Diagnostika ACH A LÉČBA	22
4 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM (DZR)	23
4.1 Poskytovatelé služeb v DZR v přímé péči s klientem	24
5 MOTIVACE A MOTIV	27
6 AKTIVIZAČNÍ ČINNOST	30
PRAKTICKÁ ČÁST	34
7 VÝZKUM	34
7.1 Cíl výzkumu.....	34
7.2 Metodologie výzkumu.....	35
7.3 Popis přípravy pozorování	37
7.4 Popis přípravy rozhovoru.....	39
7.5 Charakteristika cílové skupiny.....	39
7.6 Popis Domova se zvláštním režimem v Domažlicích	40
7.7 Interpretace dat získaných z rozhovorů a pozorování	41
7.7.1 Běžný den v DZR.....	41
7.7.2 Úloha pracovníka přímé péče v motivaci a aktivizaci klienta.....	42
7.7.3 Shrnutí pozorování PPP při práci s klientem	48
7.8 Interpretace dat získaných z pozorování aktivizačních činností.....	48
7.8.1 Shrnutí pozorování při aktivizační činnosti S/AP s klienty	54
7.9 Adaptace v prostředí a spolupráce s rodinou	55

7.10	Individuální plán klienta.....	57
7.11	Interpretace rozhovorů s pracovníky v DZR.....	58
8	SHRNUTÍ VÝZKUMU.....	62
8.1	Doporučení pro praxi.....	63
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	67
	SEZNAM UŽITÝCH ZKRATEK.....	70
	SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

Hodnota lidského života nekončí stářím. Stáří je jen naplňováním procesu lidského života. S přibývajícím věkem přichází i mnoho obtíží a ztrát, zdravotních komplikací tělesné i duševní stránky člověka. Jednou z vážných komplikací stáří může být duševní neurodegenerativní onemocnění zvané Alzheimerova choroba. Mezinárodní společnost Alzheimer's Disease International (ADI) odhadovala, že v roce 2015 bude na celém světě 46,8 miliónu lidí s demencí. Alarmující čísla uvádí, že během dvaceti let se tento počet zdvojnásobí, to by představovalo nárůst nemocných do roku 2030 na 74,7 miliónu. Postiženými jsou ze 2/3 ženy. Prognóza není příznivá, neboť onemocnění není vyléčitelné. Dožití po diagnostikování onemocnění je 7 až 10 let.¹

Onemocnění Alzheimerovou chorobou přicházející plíživě až nakonec ovládne celou bytost. Projevy demence dokážou člověka vyřadit z běžného produktivního života, rozbít fungující sociální vztahy, izolovat, uvrhnout do depresivních i agresivních nálad, dezorientace a paralyzovat v oblasti sebezpečí.

Významnou roli hraje rodina, která se snaží psychicky podporovat nemocného, pomáhat mu překonávat stavy bezradnosti, apatie, dohlíží na pravidelný příjem potravy, užívání léků, napomáhá v běžných úkolech, zastává roli opatrovníka, pečovatele a společníka.

Péče o osobu s Alzheimerovou chorobou je velmi náročná. Přes všechna podpůrná opatření plynoucí se státní sociální podpory např. příspěvku na péči, příspěvku na zdravotní pomůcky, služby sociální péče ve smyslu odlehčovací služby, denní stacionáře, osobní asistence, pečovatelské služby a další, není vždy možná péče v domácím prostředí. Rodina řeší nesnadný úkol rozhodnout o umístění blízké osoby do ubytovacího zařízení sociální služby Domova se zvláštním režimem.

V této bakalářské práci se autorka zabývala problematikou Alzheimerovy choroby. Hlavním výzkumným cílem bakalářské práce bylo zjistit: Jaké pracovní zkušenosti mají pracovníci s klienty v DZR ohledně jejich motivace a aktivizace v průběhu denních činností.

Dílními výzkumnými cíli bylo nalézt odpovědi na otázky: Z čeho pracovníci vycházejí při aktivizaci klienta? Kdo se na motivaci klientů podílí? Jaké aktivity se

¹ Zpráva o stavu demence 2016, s. 9-11. [on-line]. [cit. 2. 1. 2020]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>

klientům v DZR nabízí? Jaké překážky v motivaci a chování klienta musí být překonávány?

Teoretická část se v první kapitole zabývá terminologií stáří. Druhá a třetí kapitola se věnuje demenci a Alzheimerově chorobě, projevům, možnostem léčby a prevenci. Čtvrtá kapitola vymezuje zařízení sociální péče Domov se zvláštním režimem. Pátá nastiňuje principy motivace. Šestá část seznamuje s podpůrnými aktivizačními metodami využívanými u osob s Alzheimerovou chorobou.

Praktická část začíná popisem užitých metod sběru dat – pozorováním a rozhovorem. Následuje představení zařízení Domova se zvláštním režimem (DZR) v Domažlicích, včetně personálního obsazení. Dále pak navazuje pozorování klientů při denních činnostech zaměřené na práci pracovníků s klientem a podpůrné aktivizační metody. Jsou uvedeny informace získané rozhovory s pracovníky přímé péče a aktivizačními pracovníky cílené na jejich zkušenosti s motivací klienta a procesem aktivizace. Na konci praktické části jsou shrnuty zjištěné informace, kdo a jak se podílí na motivaci klienta, lze-li dle zkušeností pracovníků DZR klienty s Alzheimerovou chorobou úspěšně motivovat a aktivně zapojovat v denních činnostech, s jakými překážkami se pracovníci nejčastěji setkávají a jak jim lze předcházet nebo je překonávat, jsou-li klienti pasivními uživateli sociálních služeb nebo se aktivně podílí na průběhu dne, jak je uplatňován individuální plán a přístup ke klientovi.

Autorčiným důvodem zvolení tohoto tématu bakalářské práce je osobní zkušenost s péčí se seniory v nemocničním prostředí interního oddělení, kde pracovala jako zdravotní sestra. Byla znepokojena skutečností, že tito lidé spočívají na nemocničních lůžkách po dlouhé týdny v téměř v úplné nečinnosti, kdy společníkem bývá často pouze televizní obrazovka a pokud má pacient více štěstí, je na vedlejším lůžku za diskrétní plentou alespoň komunikace schopný klient. Všimla si, že po odeznění akutních příznaků nemoci, které bývají indikací k hospitalizaci, sice mívá pacient lékařem ordinovanou pohybovou rehabilitaci, ta však probíhá většinou jen několik málo minut a pouze ve všední dny. Péče o klienta je v rukou ošetřovatelského personálu, většinou z časových důvodů nebývá nemocný aktivně zapojován. Pacient se tak stává pasivním až apatickým, zcela využívajícím služby pracovníků, ztrácí motivaci, po několika dnech nemá snahu ani uchopit lžící, aby se sám najedl nebo sklenku, aby se napil. Inspirována těmito zkušenostmi hledala autorka, jak funguje jinde aktivizace u osob s ACH, kteří

jsou touto ohroženou skupinou. Autorka má přání, aby se tato situace změnila a tito staří lidé i v nemocnici s ohledem na aktuální zdravotní stav mohli žít aktivním plnohodnotnějším životem. Pisatelka si zvolila za cíl, více proniknout do problematiky seniorů s demencí, uvědomit si jejich potřeby a přání, pomocí zkušeností pracovníků DZR zjistit, jak lze s nimi účinně pracovat ohledně motivace a aktivizace a v neposlední řadě, jestli mají klienti o aktivní trávení času zájem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TERMINOLOGIE STÁŘÍ

Ontogenetickým obdobím stáří je nazýván věk od 60 až 75 let, nad 75 let hovoříme o vysokém stáří a po 90. roce života člověka o kmetství. Průměr dožití se v ČR stále zvyšuje, u žen představuje okolo 80 let, u mužů o 5 let méně.²

Tělesné změny

Hlavními projevy stárnutí a stáří jsou změny morfologické a funkční. Dochází k úbytku svalové hmoty, odvápnování kostí, vazivo ztrácí svoji pružnost, degeneruje chrupavka, pohyb se stává bolestivým, zvyšuje se riziko pádu s následnými frakturami. Přibývají vrásky sníženou elasticitou kůže, vypadává chrup. Objevuje se stařecká dalekozrakost, nedoslýchavost, klesá chuť a čich. Funkce kardiovaskulárního systému bývá narušena kornatěním cév, při mírné zátěži se dostavuje dušnost a únava, zpomaluje se bazální metabolismus a tělo se obtížně zbavuje škodlivin nedostatečným výkonem jater a ledvin.³

Psychické změny

Stárnutí provází změny v osobnosti, do popředí mohou vystupovat negativní rysy a vlastnosti, podpořené sociálními změnami, duševními a tělesnými poruchami. Životní elán a vitalita klesá, tempo psychomotorické se zpomaluje, hůře se vštěpují nové poznatky, snižuje se pozornost a výbavnost. Oproti tomu může stáří přinášet naopak více tolerantnosti, trpělivosti a vytrvalosti. V oblasti intelektu ani slovní zásoby nedochází k výrazným změnám.⁴

Sociální změny

Kvalita života seniora se odvíjí od sociálních rolí. Odchodem „na zasloužilý odpočinek“ ztrácí mnohé sociální vazby i pocit potřeby. Přicházející nadbytek volného času vede ke změně životního stylu. Je třeba hledat nové cíle a zájmy k aktivnímu životu. Postupná ztráta manuálních schopností vede k závislosti na pomoci

² MACHOVÁ, J. *Biologie člověka pro učitele*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3357-2, s. 178.

³ Tamtéž, s. 236-237.

⁴ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3, s. 12-13.

druhých. Sociální integrace je narušena, obtížně vznikají nové sociální vztahy. Pokud senior nemá fungující rodinné zázemí může se ocitnout v izolaci a apatii.⁵

Potřeby seniorů

Potřeby člověka se během života mění. Uspokojování každodenních potřeb je i v seniorském věku neméně důležité. Nesnáze se sociálním fungováním přicházení s úbytkem soběstačnosti a s poklesem funkčních schopností. Každý potřebuje naplňovat určité role k sobě samému a blízkému okolí. Mezi základní potřeby a hodnoty seniorů patří pocit bezpečí a jistoty v oblasti fyzické (zdraví, soběstačnosti, podpory), psychické (společenské, láska, rodina, přátelství, sociální kontakty) a ekonomické (ekonomická stabilita, vlastní domácnost).⁶

Kvalita života ve stáří

Na kvalitě života ve stáří se velkou měrou podílí, jak se senior staral o své tělo již od středního věku. Velký vliv na stárnutí má genetika a dědičnost, ale též lidské počinání, prodělaná onemocnění a celkový životní styl.

Na stáří by se měl každý člověk připravovat, snažit se žít aktivně, nezanedbávat svoje tělo, nejlépe pravidelně provozovat tělesnou aktivitu s ohledem na aktuální zdravotní stav, udržovat si svoji tělesnou hmotnost v ideálních mezích, jíst zdravě a pravidelně. Naslouchat svému tělu. Dělat si radost, umět odpočívat, čas od času se rozmazlovat. Mít se rád.

I ve stáří je třeba zaměstnávat svoji mysl zvědavostí, učit se novým věcem, stále nacházet krásu v poznání. Předcházet stresu, depresím a osamělosti.

Je mnoho lidí, kteří se dožívají vysokého věku s dobrou fyzickou zdatností a jasnou myslí, jako by zapomněli stárnout. Naproti tomu statistiky nemilosrdně uvádí velké procento těch, u nichž se projeví známky demence.

⁵ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3, s.38-40.

⁶ Tamtéž, s.13-15.

2 SYNDROM DEMENCE

Odhaduje se, že každý pátý až jedenáctý člověk ze sta trpí některým stupněm a formou demence, s přibývajícím věkem toto číslo stoupá. V ČR je postiženo nad 65 let 5 % obyvatel, v 75 letech 15 % a po 80. roce 30-50 %.⁷ Podle demografické studie pojišťovny Allianz z roku 2012, žije s diagnózou demence v ČR okolo 300 tisíc lidí, z nich s těžkou formou 120 tisíc, ročně počet narůstá o 20 tisíc nemocných.⁸

Podle MKN je demence definována takto: „*Demence je syndrom způsobený chorobou mozku obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k narušení vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek.*“⁹ Diagnostické označení demence se používá F00-F03.

2.1 SYMPTOMY

Hlavními projevy demence je postižení **kognitivních funkcí**. Prolínají se obtíže s poruchou paměti a procesem myšlení, s uvědomováním si, uchováváním a vybavováním. Narušena je schopnost učit se novým informacím, selhává krátkodobá paměť a již dříve naučené se obtížně vybavuje. Přidává se i porucha rozsahu pozornosti. V různých stupních se projevuje **afázie**, na straně receptivní, kdy postižený nechápe smysl obsahu informace předávané ústní či písemnou formou nebo po stránce produktivní, i přes nepoškozená mluvidla nedokáže předat informaci, vyjádřit se. Vlivem prohlubujícího se onemocnění dochází k neobratnosti při motorické aktivitě tzv. **apraxii**, přestože jsou motorické funkce zachovány. Má problém i s koordinací pohybu, neví, jak si sednout na židli nebo přendat končetiny při chůzi. Objevuje se **agnózie** neboli ztráta schopnosti rozpoznávat a vyhodnocovat smyslové vjemy např. zvuky, předměty, vůně, tvary, aniž by byly porušeny smyslové orgány. Bez narušeného vědomí dochází k dezorientaci, postižený nechápe, kde je. Nepoznává věci denní potřeby, které ho obklopují. Neví, k čemu slouží věc, kterou dobře znal a jak jí použít. Mizí schopnost orientace v čase i prostředí, postižený dokáže zabloudit ve známém městě, později i ve

⁷ POKORNÁ, A. a kol. *Ošetřovatelství v geriatrii.*, Praha: Grada, 2013, ISBN 978-80-247-4316-5, s. 19.

⁸ Studie společnosti Allianz 2012. [on-line]. [cit. 20. 10. 2019]. Dostupné z <https://www.allianz.cz/vse-o-allianz/tiskove-centrum/tiskovy-archiv/rok-2012/Pocet-lidi-s-demenci-se-bude-podle-studie-Allianz-o-demografickem-vyvoji-neustale-zvysovat--V-Ceske--1.html>

⁹ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Praha: ÚŽIS, 2017, ISBN 978-80-7472-168-7, s. 191.

vlastním bytě. V oblasti emocí se setkáváme s **emocionální labilitou** a obtížemi v ovládnání emocí hlavně vzteku a úzkosti. Chování bývá s neadekvátními reakcemi např. propukání v pláč, agrese, podezřívavost, dochází i emocionální oploštělosti a patickým náladám tzv. zaseknutím v daném rozpoložení. Vytrácí se soudnost a nadhled.¹⁰

Je porušena řídicí funkce projevující se potížemi s organizováním, plánování, logickým a abstraktní myšlením. Objevují se poruchy vnímání ve smyslu iluzí a halucinace.¹¹

Klesá výkonnost a motivace. Se zhoršující se demencí ubývá schopnost sebepečce v oblasti hygieny a kontinence. Člověk zapomíná stravovací návyky, dostavuje se porucha nočního spánku, přichází pospávání přes den. Postupně dochází k úplné degradaci osobnosti plně závislé na pomoci druhých.¹²

2.2 KLASIFIKACE DEMENCÍ DLE MKN-10¹³

Lékaři na základě Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišují demenci dle příčiny na tři základní diagnózy:

Demenci u Alzheimerovy nemoci (F00), ta je nejčastějším typem demence, tvoří více než polovinu. Příčinou jsou atroficko-degenerativní změny mozkové tkáně.

Vaskulární demenci (F01), která vzniká na podkladě mozkových infarktů při cévních chorobách, hypertenzi, ischemickým poškozením mozku při mozkové tromboze, embolii nebo krvácení. Často bývá spojena s poruchou hybnosti podle lokality poškozené mozkové tkáně. Nejčastějším typem je tzv. multiinfarktová demence, zastoupena v 15 %. Probíhá v opakovaných četných lehčích infarktech s ischemickým poškozením mozku ve více oblastech. Typický je rychlý nástup potíží, které se postupně mírně zlepšují na rozdíl od Alzheimerovy nemoci, kde je nástup pozvolný, ale se stále sestupnou tendencí.¹⁴

Demence u jiných onemocnění zařazených jinde (F02), projevující se kdykoliv během života, zřídka ve stáří a jsou na jiném podkladě než u Alzheimerovy

¹⁰ GLENNER, A., J. a kol. *Péče o člověka s demencí*, Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0, s. 12-15.

¹¹ JIRÁK, R., a F. KOUKOLÍK. *Demence*, 1. vyd. Praha: Galnér, 2004. ISBN 80-7262-268-4, s. 19.

¹² OREL, M. a kol. *Psychopatologie*, 1. vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9, s. 93.

¹³ Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Praha: ÚŽIS, 2017. ISBN: 978-80-7472-168-7, s. 192-193.

¹⁴ BUIJSSEN, H. *Demence*, 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X, s. 15-16.

i cerebrovaskulární nemoci. Zařazena je zde např. demence u onemocnění HIV, kdy vlivem viru HIV atrofuje mozek a narušují se myelinové obaly v bílé hmotě mozku. Demence u Huntingtonovy choroby, která se projevuje mezi 20. - 30. rokem mimovolnými pohyby obličeje a končetin, má genetický podklad. Dalšími onemocněními, kdy dochází k projevům demence je např. Parkinsonova a Pickova choroba.

3 ALZHEIMEROVA CHOROBA (ACH)

Alzheimerova choroba není přirozeným důsledkem stárnutí, jedná se o degenerativní onemocnění mozku, neurokognitivní poruchu. Trpí jí hlavně osoby staršího věku, ale projevy se mohou objevovat již i u mladší generace.

Koncem osmdesátých let 20. století označila Světová zdravotnická organizace WHO, Alzheimerovu chorobu za jeden z největších medicínských problémů dnešní doby. Odhaduje, že v roce 2050 bude 115 milionů obyvatel světa s tímto onemocněním, to by znamenalo 3x více než dnes.¹⁵

Formy

Dle nástupu onemocnění rozlišujeme demenci u Alzheimerovy choroby s časným začátkem (F00.0) tzv. presenilní formu, kde příznaky přichází před 65. rokem života a rychle se rozvíjí.

Druhou je demence s pozdním začátkem (F00.1) tzv. senilní forma, po 65. roce. Bývá častější, průběh se pozvolněji. Průměrně onemocnění probíhá 5-8 let a končí smrtí. Existují i pomalé varianty po dobu 15 i více let, rychlé cca 3 roky.¹⁶

3.1 MOŽNÉ PŘÍČINY VZNIKU ACH A VÝZKUM

Příčina vzniku onemocnění je stále ve fázi výzkumu, není zcela objasněna. Uvádí se, že na onemocnění se podílí vlivy genetické, zejména u formy s včasným začátkem.

Alois Alzheimer

Alzheimerova choroba je pojmenována podle německého lékaře Aloise Alzheimerera. On se v roce 1901 při své psychiatrické praxi setkal s psychicky narušenou ženou 51letou Augustou Deterovou, která ve svém věku vykazovala pokročilé známky stařecké demence, ta pro tak mladého člověka nebyla obvyklá. Po její smrti roku 1906 zkoumal Alzheimer pomocí mikroskopu vzorky její narušené mozkové tkáně. Popsal v oblast šedé hmoty mozkové kůry přítomnost rozsáhlých ložisek připomínajících

¹⁵ STOLZE, C. *Zapomeň na Alzheimerera*. 1. vyd. Liberec: Dialog, 2014. ISBN: 978-80-7424-071-3, s. 7-16.

¹⁶ OREL, M. a kol. *Psychopatologie*, 1.vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-3737-9, s. 94.

zrníčka prosa tzv. amyloidní plaky a stočená vlákna odumřelých neuronů tzv. fibrily tau.¹⁷

Později bylo doplněno, že kromě ukládání patologického proteinu beta-amyloidu a proteinu tau v mozkové tkáni dochází k deficitu neuromediátorů – acetylcholinu a serotoninu, zvyšuje se koncentrace kyslíkových radikálů, které poškozují neurony. V pozdějším stádiu je možno zachytit na snímcích CT vyšetření mozku atrofii (úbytek) mozkové tkáně.¹⁸ Poškození je nezvratné.

George Glenner

V roce 1984 učinil G. Glenner objev přítomnosti proteinu beta-amyloidu ve vztahu k 21.chromozomu u všech pacientů s ACH. Došel k závěru, že na vznik onemocnění mohou mít vliv geny.¹⁹

Vliv výživy a životního stylu

Rizikovým faktorem může být diabetes, nedostatek pohybu, vysoká hladina cholesterolu a stres. Lékař Kurt Mosetter vidí příčinu onemocnění ACH v poruše látkové přeměny cukru v mozku. Domnívá se, že ji lze léčit zejména úpravou životosprávy.²⁰

3.2 STÁDIA NEZVRATNÉ PROGRESIVNÍ DEMENCE ACH

Dle hloubky poškození je rozlišováno stádium lehké, střední, těžké až terminální. Jednotlivé symptomy řazené do fází onemocnění se mohou zhoršovat nerovnoměrně, zatímco obraz člověka s demencí může v některých oblastech dosahovat vysokého stupně poškození, jinde jen mírné, proto rozdělení příznaků lze chápat pouze orientačně, hlavně pro lékařské a vědecké účely.²¹

Stádium předklinické fáze a rané demence

Někteří badatelé k základním stádiím připojují i dvě období před zřetelným propuknutím příznaků onemocnění tzv. stádium předklinické fáze a rané demence.

¹⁷ STOLZE, C. *Zapomeň na Alzheimeru*. 1. vyd. Liberec: Dialog, 2014. ISBN 978-80-7424-071-3 s. 17-18.

¹⁸ OREL, M. a kol. *Psychopatologie*, 1.vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN: 978-80-247-3737-9, s. 95.

¹⁹ GLENNER, J., A. a kol. *Péče o člověka s demencí*, Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0, s. 19.

²⁰ MOSETTER, K. *Alzheimer je cukrovka*. 1. vyd. Praha: Euromedia, 2017. ISBN: 978-80-7549-324-8 s. 58-68.

²¹ GLENNER, A., J. a kol. *Péče o člověka s demencí*, Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0, s. 16-18.

V prvním z nich nejsou pozorovány ještě žádné příznaky, ale nemoc již existuje. Přestože nelze běžnými metodami prokázat, vědci tvrdí, že již v mozku a mozkomíšním moku dítěte jsou změny, které povedou k rozvoji demence. Je však ještě možné ovlivnit nástup pozdější nemoci životním stylem, zejména alkoholovou abstinencí, pohybem a včasným řešením psychických problémů. Předklinické období může trvat desetiletí.

Ve fázi rané demence se začínají projevovat náznaky, nemocný občas obtížně hledá při komunikaci vhodné výrazy, zapomíná jména, čísla, nesoustředí se na obsah hovoru. Často se opakuje ve vyprávění, již sdělovaného, přeríkává se, tento stav si uvědomuje a někdy ho vede až k uzavření se do sebe. Nové zážitky si hůře pamatuje. Pomocí vymyšlení si různých barvitých vzpomínek (konfabulace) se snaží zakrývat poruchy paměti. V osobnosti může docházet ke změně impulzivity, zájmu o sex. Oslabuje čich. Z vyšetření magnetickou rezonancí je již patrný úbytek bílé mozkové hmoty v oblasti hipokampu, která je zodpovědná za ukládání nových informací do krátkodobé paměti a prostorovou orientaci.²²

Lehké stádium

První fáze nemoci je pro okolí ještě obtížně rozeznatelná, bývá přisuzována projevům stáří. Nápadné je zhoršení krátkodobé paměti, kdy osoba zapomíná např. na dohodnuté schůzky, obsah nedávných rozhovorů, zapomíná užívat léky, zapnuté spotřebiče. Ztrácí přehled o finančních záležitostech, špatně plánuje nákupy. Problém dělá orientace na neznámém místě. Učení se novým věcem začíná být více obtížné, zvláště těm, které zahrnují abstraktní myšlení např. řízení auta, obsluhu přístrojů a zařízení. Narušena je pozornost, četba se stává méně oblíbenou, neboť dochází k neporozumění a nesoustředění. Hůře chápe i obsah řeči a špatně se vyjadřuje. Zhoršuje se schopnost racionálního uvažování a úsudku. V psychice se může objevovat úzkostné, depresivní ladění, podrážděnost, podezřívavost a uzavřenost. Osoba dokáže s mírnou pomocí a kontrolou v běžném životě bez větších problémů fungovat.²³

Narušen je limbický systém zodpovědný za emoce a schopnost vnímání. Mizí vzpomínky a představy o budoucnosti.²⁴

²² MOSETTER, K. *Alzheimer je cukrovka*. 1. vyd. Praha: Euromedia, 2017. ISBN: 978-80-7549-324-8 s. 46-47.

²³ MACE, L., N. a V., P. ROBINS. *Alzheimer*, 1. vyd. Praha: Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-583-2, s. 386.

²⁴ MOSETTER, K.: *Alzheimer je cukrovka*. 1. vyd. Praha: Euromedia, 2017. ISBN: 978-80-7549-324-8 s. 48.

Střední stádium

K druhé fázi onemocnění dochází zhruba po třech letech, kdy se příznaky stávají nápadnějšími. Tato fáze představuje již rozvinutou demenci s prohlubujícími se příznaky fáze předchozí. Nápadný je „*neklid a agitovanost, repetitivní chování perseverace, dezorientovanost na známých místech, nejisté a ztuhlé držení těla (hypertonie), problémy s vnímáním a motorikou, problémy spojené s chozením na toaletu a s kontinencí, potíže při dalších aktivitách denního života.*“²⁵

Nemocný si pamatuje své jméno, ale ostatních členů rodiny již ne. Mizí i dlouhodobé vzpomínky. Pohybová paměť ještě zůstává celkem funkční. Ztrácí se schopnost komunikace. Dostavují se silné pocity strachu, úzkosti, neklidu až paranoické stavy, halucinace, chování doprovází vulgární výlevy a dětinštější projevy. Celý mozek je zasažen nezvratnými destruktivními změnami.²⁶

Těžké až terminální stádium

Ve třetí pokročilé fázi ACH, do které vstupuje onemocnění po šesti až sedmi letech, již není možné, aby člověk žil sám, potřebuje neustálý dohled pečující osoby. Významné narušení je v oblasti kognitivní i fyzické. Komunikace bývá omezená jen na pár slov. Postižený stěží pozná nejbližší osoby, není schopen prožívat reálný okolní svět, reagovat na podněty. Vnímání je velmi narušeno bludy a halucinacemi. Zhoršující se polykací potíže vedou k hubnutí, je třeba volit alternativní způsoby výživy např. nozogastrickou sondou nebo PEGem. Hrozí aspirace potravy, dehydratace a malnutrice. Náročná je péče i v oblasti hygieny pro inkontinenci. Nemocný přestává chodit, je nutná prevence vzniku úrazů z pádů a při imobilitě tvorby dekubitů. Snižuje se imunita organismu, pacient je zvýšeně ohrožen plicními emboliemi, trombózami. Přichází poruchy bdění a epileptické epizody. To stádium často vyžaduje svěřeni péče do zdravotnického nebo sociálního zařízení. Alzheimerova choroba končí po devíti až deseti letech smrtí. Někdy může mít rychlý průběh – tři až čtyři roky nebo pomalý i přes dvacet let.^{27, 28}

²⁵ GLENNER, A., J. a kol. *Péče o člověka s demencí*, Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0, s. 16.

²⁶ MOSETTER, K. *Alzheimer je cukrovka*. 1. vyd. Praha: Euromedia, 2017. ISBN: 978-80-7549-324-8 s. 56-57.

²⁷ GLENNER, A., J. a kol. *Péče o člověka s demencí*, Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0, s. 16-18.

²⁸ MOSETTER, K. *Alzheimer je cukrovka*. 1. vyd. Praha: Euromedia, 2017. ISBN: 978-80-7549-324-8 s. 49.

3.3 DIAGNOSTIKA ACH A LÉČBA

Stanovení diagnózy ACH se opírá o diferenciální diagnostiku k vyloučení jiných možných onemocnění a stavů, které mají shodné příznaky s ACH, ale mohou být léčitelné např. deprese, jiné typy demence, mozková příhoda, nádory mozku, alkoholismus, hypothyreóza, hypovitaminoza B12, špatná výživa nebo nevhodné užívání léků. Lékař nebo psycholog může provést globální test kognitivních funkcí MMSE s testem hodin. Nápomocná je zobrazovací metoda magnetická rezonance mozku, CT, PET, kde je nápadná změna velikosti střední oblasti spánkového laloku. V mozkomíšním moku je vyšší hodnota proteinu tau. Přesné potvrzení diagnózy je možné až pitvou.²⁹

V současné době vyléčit ACH nelze. Včasná medikamentózní léčba vede k zpomalení onemocnění. Jako účinné se prokázalo podávání inhibitorů cholinesterázy např. lék Aricept, Donepezil, Exelon nebo Reminyl bránící enzymu acetylcholinestráze štěpení acetylcholinu, který je nezbytný k tvorbě spojů mezi mozkovými neurony. V pokročilém stádiu se podává lék Memantin k regulaci hladiny glutamanové kyseliny, při jejímž nadbytku odumírají mozkové buňky.

Podpůrná léčba se zaměřuje na průvodní jevy v chování. Jsou podávány léky odstraňujícími agresivitu a neklid – neuroleptika, antidepresiva nebo hypnotika pomáhající nemocným spát a anxiolytika na tlumení úzkosti.

I přes veškerou léčbu onemocnění dochází k postupnému zhoršování stavu a končí smrtí.

Vědci stále hledají vhodný lék a účinnou prevenci, zkouší se účinek podávání protizánětlivých léků, různých antibiotik, aspirinu, vitamínu E, řady B, přírodní ginkgo biloby a další. Vyvíjí se vakcína, která by zabránila ukládání beta-amyloidových plaků v mozku. Výzkum je velmi složitý a nákladný, stále nepřináší uspokojivé výsledky.³⁰

²⁹ MOSETTER, K. *Alzheimer je cukrovka*. 1. vyd. Praha: Euromedia, 2017. ISBN: 978-80-7549-324-8, s. 49-50.

³⁰ GLENNER, A., J. a kol. *Péče o člověka s demencí*, Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0, s. 24-25.

4 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM (DZR)

Domov se zvláštním režimem je pobytové zařízení sociálních služeb, vychází ze zákona č. 108/2006 o sociálních službách § 34 a § 50 a vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v její příloze č. 2 jsou definovány standardy kvality sociálních služeb.

Pod MPSV byl k 1. 1. 2007 zřízen Registr poskytovatelů sociálních služeb, jeho účelem je zajistit dostupnost potřebných služeb, zaručit jejich kvalitu, chránit práva a oprávněné zájmy osob, kteří jsou oslabeni v jejich prosazení. Registrovaní poskytovatelé sociálních služeb musí splňovat stanovenou kvalitu, rozsah, druh a určení registrovaných sociálních služeb. Při registraci poskytovatel dokládá právní bezúhonnost a též bezúhonnost všech pracovníků a jejich odbornou způsobilost.³¹ Jsou pevně stanoveny maximální úhrady za poskytované služby.³² Plnění registračních podmínek podléhá kontrolám ze strany MPSV. Pokud osoba hledá vhodného poskytovatele sociálních služeb může se obrátit na příslušný obor sociálních věcí nebo vyhledat poskytovatele v Registru na webových stránkách MPSV.³³

V domově se zvláštním režimem je poskytovaná 24hodinnová pečovatelská služba osobám, které z důvodu chronického duševního onemocnění mají sníženou soběstačnost a jejich zdravotní stav vyžaduje pravidelnou pomoc a často i zvýšený dohled. V těchto zařízeních pobývají lidé s projevy Alzheimerovy choroby či jiného typu demence, s následky dlouhodobého užívání návykových látek nebo např. poškozením duševního zdraví schizofrenií.

V zařízení je přizpůsobený režim potřebám klienta. Je kladen důraz na individuální přístup, dodržování lidských práv, respektování svobodné vůle a oprávněných zájmů osob, které bývají oslabeni v jejich prosazování nepřízní zdravotního postižení a věku. Ve smyslu zákona o sociálních službách je klient ten, kdo určuje, v jakém rozsahu mu bude služba poskytována, je to on, kde má odpovědnost sám za sebe. Sociální pracovník se tak stává spíše pomocníkem, partnerem, průvodcem, zprostředkovatelem

³¹ Žádost o registraci sociálních služeb [on-line]. [cit. 2. 2. 2020].

Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/-/zadost-o-registraci-socialnich-sluzeb>

³² Vyhláška č. 505/2006 Sb. [on-line]. [cit. 2. 2. 2020].

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505#cast2>

³³ Vyhledávač sociální služby [on-line]. [cit. 2. 2. 2020].

Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1580688403696_1

a učitelem.³⁴ Konceptem péče je, aby poskytovatelé služeb v DZR vytvářeli uživatelům podmínky a podporu běžného způsobu života a soběstačnosti, zachovávali důstojnost člověka ve všech jeho etapách a též naplňovali princip sociálního začleňování.

Mezi poskytovatelem a uživatelem sociálních služeb je uzavírána dohoda, která vymezuje základní práva a povinnosti obou stran. Na jedné straně zakázky jsou předkládány možnosti a rozsah nabízených služeb a na druhé individuální potřeby, cíle a očekávání ze strany klienta.

4.1 POSKYTOVATELÉ SLUŽEB V DZR V PŘÍMÉ PÉČI S KLIENTEM

Zákon 108/2006 o sociálních službách vymezuje kvalifikační předpoklady pracovníků v sociálních službách, kteří mohou poskytovat odbornou činnost a jejich náplň práce.

Sociální pracovníci za podmínek stanovených v § 109 a 110

Sociální pracovník je absolventem vysokoškolského studia nebo vyšší odborné školy zaměřené na sociální práci, sociální pedagogiku, humanitní, sociálně-právní a charitativní činnost, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku. Pozici sociálního pracovníka v lůžkových zařízeních sociální nebo zdravotní péče může vykonávat též osoba, která nabyla odbornou způsobilost studiem střední zdravotnické školy.³⁵

Hlavní pracovní činností sociálního pracovníka v DZR je provádět sociální šetření, vést sociální dokumentaci klientů, vyřizovat pro klienty dávky státní sociální podpory, zabývat se řešením sociálně právních problémů v zařízení, hodnocením kvality sociálních služeb, prevencí, poskytovat sociální poradenství, podílet se na plánování péče a sociální rehabilitace. Proškoluje pracovníky přímé péče. Úlohou sociálního pracovníka je individuální práce a plánování s jednotlivými klienty a spolupráce s rodinou. Provádí různé druhy podpůrných terapií např. trénování paměti, reminiscenci, snoezelen, muzikoterapii, ergoterapii, pohybovou terapii.

³⁴ HROZENSKÁ, M. a D. DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*, 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0, s. 64-66.

³⁵ Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách [on-line]. [cit. 22. 1. 2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast9>

Pracovníci v sociálních službách

Pro zaměstnání v této pozici je zákonem č. 108/2006 v § 116, odst. 7 vyžadováno minimálně ukončené základní vzdělání a do 18 měsíců absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu (do jeho absolvování může osoba pracovat pouze pod dohledem odborně způsobilého pracovníka v sociálních službách). Požadována je též plná svéprávnost a bezúhonnost. Kvalifikační kurz není požadován, pokud bylo získáno vzdělání v oboru ošetrovatel či vyšší v oboru zdravotnickém nebo sociálním.

Pracovníci přímé péče v pobytovém zařízení DZR provádějí s klienty nácvik jednoduchých denních činností, pomáhají při osobní hygieně, oblékání, stravování. Pomáhají při manipulaci s pomůckami, prádlem. Podporují klienty k soběstačnosti a aktivizaci. Podílí se na zprostředkovávání základních sociálních a společenských kontaktů a na uspokojování psychosociálních potřeb.

Zdravotničtí pracovníci

V DZR pracují střední zdravotničtí pracovníci zejména v pozici zdravotní sestry, praktické sestry a ergoterapeuti.

Odborný předpoklad pro výkon povolání vychází ze zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních.³⁶

Zdravotní sestra vede zdravotní dokumentaci, vyhodnocuje zdravotní stav klientů, měří vitální funkce, úzce spolupracuje s lékaři. Přípravuje a podává léky, aplikuje inzulin, převazuje defekty, pečuje o katetry např. o PEG, permanentní močový katetr, stomie. Vyhodnocuje nutriční stav. Zabývá se preventivními opatřeními rizika pádu a vzniku dekubitů a imobility. Vykonává a dohlíží na prováděnou ošetrovatelskou péči.

Ergoterapeuti poskytují komplexní rehabilitační péči, uplatňují aktivizační metody a relaxační techniky. Podílí se na adaptaci nově příchozích klientů, hodnotí soběstačnost v běžných denních činnostech klienta ADL, sestavují plány s krátkodobými a dlouhodobými cíli. Na poskytování sociálních služeb se mohou též podílet pedagogičtí pracovníci, dobrovolníci a další odborní pracovníci dle právních předpisů.

Práce s klientem vyžaduje nejen kvalifikační předpoklady ale i osobnostní předpoklady a dovednosti. Pracovník v pomáhajících profesích musí mít v první řadě lásku k lidem, soucit a empatii, inteligenci a tvůrčí flexibilitu, fyzickou zdatnost

³⁶ Zákon č. 96/2004 Sb. o sociálních službách [on-line]. [cit. 22. 1. 2020].
Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96#cast1>

a psychickou odolnost proti stresu. Disponovat dobrými komunikačními schopnostmi, smyslem pro kolektivní spolupráci, ale též být schopen samostatného rozhodování a jednání. Ve svém projevu má působit otevřeně, pro klienta přitažlivě, vstřícně. Má však být i pevný ve svém rozhodování, mít smysl pro spravedlnost, být čestný a pravdomluvný, spolehlivý a důvěryhodný, diskrétní. Umět naslouchat, vnímat neverbální projevy a analyzovat zjištěné skutečnosti. Práce s klienty je velmi psychicky náročná, neboť zahrnuje situace bezmoci, bolesti a zoufalství osob, kteří potřebují pomoc, a ne vždy lze tento stav odstranit nebo zmírnit. Pracovníci v pomáhajících profesích jsou zvýšeně ohroženi syndromem vyhoření.

5 MOTIVACE A MOTIV

Jedním z příznaků onemocnění ACH je ztráta motivace k aktivnímu chování až apatie.

„Motiv = afektivně–snahový činitel, svou činností determinující zaměřenost individuálního chování k nějakému cíli, vědomě pojatému nebo nevědomému.

Motivovat = poskytovat pohnutku, působit jako pohnutka. Motivace je proces (a) aktivace čili zahájení chování, (b) udržení aktivity v jejím běhu a (c) zaměřování této aktivity daným směrem.“³⁷

Lidské jednání je vyvoláno působením určitých motivů. Motivace vychází z vnitřní vědomé či nevědomé pohnutky člověka a z vnější pobídky.

Motiv je tím, co uvádí chování do pohybu, vede k aktivitě, dává jednání sílu a směr k tomu, abychom něco získali nebo se něčemu vyhnuli. Podílí se na nich pudy, přání, zájmy, postoje. V jednání často působí více motivů najednou, odvozují se jedny od druhých, různě se propojují a ovlivňují, dochází ke konfliktům motivů. Motivační síly působí ve dvou modelech: nedostatku (vakua) a vybití (přetlaku). Model nedostatku vede k zaplnění prázdnoty, dochází k lačnění po něčem. Jednáním plynoucí z modelu vybití dochází k odreagování se, vyrovnání přebytku, přetlaku např. u vzteku. Po uspokojení potřeby nedostatku nebo vybití dochází ke stavu rovnováhy a klidu. Někdy i samotná cesta vedoucí k dosahovanému cíli dokáže být naplňující. Již Aristoteles mluví o lidském štěstí, které spočívá v přiměřené činnosti.³⁸

Během celého života potřebuje být člověk stimulován správnými podněty ve vyváženém množství a kvalitě, přes ně poznávat sám sebe a své okolí, nalézat smysluplnost života, plánovat činnosti se sebou a s druhými, mít jistotu sociálních rolí a pozic ve společnosti, někam patřit. Mít svoji identitu, být respektován a uznáván sebou i ostatními, žít v naději a otevřené budoucnosti.³⁹

³⁷Motivace IV. 2012. Studijní materiály Masarykovy univerzity v Brně. [on-line]. [cit. 22. 1. 2020]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1421/jaro2012/PSA_033/um/motivace_4.pdf

³⁸ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. 6.vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3133-9, s. 95-109.

³⁹DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3, s. 45-46.

Motivační teorie potřeb

Americký psycholog A. Maslow sestavil motivační teorii potřeb, odstupňoval lidské potřeby podle naléhavosti na uspokojení. Z teorie vyplývá, přestože všechny potřeby existují současně, cesta k jejich naplňování má svoji posloupnost od nejnižších po nejvyšší. Nejprve musí být naplněny základní biologické a fyziologické potřeby jako např. jídlo, pití, spánek, pak jistota a bezpečí, dále sociální potřeby, jimiž jsou sounáležitost k určité skupině a láska, přijetí, následuje potřeba respektu a úcty sebou samým i okolím. Tyto potřeby jsou řazeny mezi ty, jimiž je odstraňován nějaký nedostatek a jsou nutné k přežití, uchování fyzické a psychické pohody, pak navazují potřeby k dosahování seberealizace, poznání a pochopení, životní orientace, duchovna a estetiky, které napomáhají k dlouhodobé spokojenosti a rozvoji osobnostního potenciálu.⁴⁰

„Potřeba je motiv k jednání. Pokud dochází k neuspokojování potřeb, vede to k deprivaci a ke strádání.“ Motivem k jednání je potřeba, která nás vede ke snaze zajistit si to, co nám chybí po stránce biologické, psychické a sociální.⁴¹

Překážky k motivaci

Překážkou k aktivnímu jednání může být ztráta motivu. Pokud bude osoba zahrnována přespřílišnou péčí a ochraňováním, bude potlačen motiv k jednání přirozeně daný nedostatkem a vnitřní potřebou. Osoba se tak stane chorobně závislou na svém okolí. Je třeba, aby přílišná snaha pomáhat nepotlačovala vůli člověka jednat, rozhodovat se o sobě, o svých aktivitách a životě.⁴² Neboť pouze nesplněná potřeba může být motivem jednání.

Vždy je nutno zhodnotit, jaké schopnosti u osoby s ACH byly zachovány a pomáhat mu jen do té míry, kde se projevuje hendikep. Pokud budeme nemocného podporovat málo, nebude mít vůli činnost dokončit, pokud příliš, brzy ztratí svoje dosavadní schopnosti. Je třeba podporovat, motivovat, chválit, těžký úkol zjednodušit, ale vždy nechat velký prostor pro snahu a aktivitu nemocného.

U některých klientů může být v počátcích spolupráce nedostatečná motivace k aktivním činnostem dána obavou z neznámé situace a prostředí, předchozími

⁴⁰ DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3, s. 40-42.

⁴¹ Tamtéž, s. 38.

⁴² Tamtéž, s. 39.

zkušenostmi, onemocněním spjatým s depresemi a úzkostmi a též osobnostními vlastnostmi člověka. Vždy je nutno budovat s klientem vztah důvěry, aktivně mu naslouchat v jeho potřebách, vysvětlovat, co mu můžeme nabídnout, vyzdvihnout potřebu jeho spolupráce k dosažení cílů, které klient vnímá jako smysluplné a potřebné. Nezbytné je poskytnutí zpětné vazby, neboť nemocný přes své senzomotorické postižení, poruchu percepce a kognitivních funkcí není schopen plně posoudit svůj výkon, nedostatečně si uvědomuje sám sebe, své jednání a vliv na blízké sociální prostředí. Překážka v motivaci vyplývá z podstaty konfliktu motivů, kdy člověka ovlivňuje více potřeb zároveň, např. člověk je ovládán strachem (působí potřeba bezpečí) a zároveň se snaží něčeho dosáhnout (potřeba uznání, přijetí, sounáležitosti). U hendikepovaných osob je třeba podpořit žádoucí motivy k jednání a potlačit obranné motivy, které ho na cestě brzdí.⁴³

⁴³ JELÍNKOVÁ, J., M. KRIVOŠÍKOVÁ a L. ŠAJTOROVÁ. *Ergoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7, s. 108.

6 AKTIVIZAČNÍ ČINNOST

Základní lidskou potřebou je být aktivní. Aktivita vede k neustálému učení nových věcí, utvrzování získaných schopností, dává pocit sounáležitosti s okolím, uvědomování si sama sebe, své důležitosti, zachovává důstojnost a respekt k vlastní osobě, zlepšuje fyzickou stránku člověka, blahodárně působí na psychiku, zlepšuje kvalitu života a dává mu smysl.⁴⁴

Problémem osob s ACH je zhoršující se motivace i k běžným aktivitám. „*Ubývá motivace k většině činností, nemocní postupně ztrácejí zájem i o sebe, a nakonec převládne celková apatie.*“⁴⁵

„*Osoby s demencí je třeba udržovat při aktivitě, jak jen to jde. Musí co nejvíce chodit, pohybovat se a používat mysl a tělo.*“ Netečnost a apatie je známkou, že mozek správně nefunguje. Tito lidé by nejráději jen v nečinnosti seděli. Tělesný pohyb má pozitivní vliv na psychiku, navozuje pocity radosti a zahání apatii. Někdy nechce osoba nic dělat, protože úkol postavený před ní je pro ni moc složitý. Pak je nutno úkol zjednodušit, zkrátit, aby bylo dosaženo cíle a osoba prožila vítězství. Pokud osoba úkol nedokončila, nenuťme ji, nabídněme jí pomoc. Za každou splněnou činností musí následovat zhodnocení a pochvala. Vždy vycházíme z momentálního stavu nemocného.⁴⁶

Řízená aktivizační činnost smysluplně vyplňuje volný čas, přivádí klienta do sociálního prostředí ostatních spolubydlících, prohlubuje vztahy s personálem, pomáhá proti nečinnosti a pospávání během dne, tím zlepšuje kvalitu spánku v noci. Dochází k procvičování kognitivních funkcí, motoriky a komunikace. Působí relaxačně, uvolňuje napětí.

Některé skupinové aktivizační činnosti jsou náročné na přípravu a vybavení prostor, proto nejsou v menších zařízeních plně využívány např. terapie v místnosti snoezelen, uplatňují se pouze některé prvky terapie, jiné vychází z přirozeného prostředí a metody připomínají setkání přátel ve volnočasovém kroužku. Pracovník vedoucí aktivitu ve

⁴⁴ JELÍNKOVÁ, J., M. KRIVOŠÍKOVÁ a L. ŠAJTOROVÁ. *Ergoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7, s. 14-15.

⁴⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese*, s. 74 [on-line]. [cit. 22. 1. 2020]. Dostupné z: <http://msk.comehere.cz/pspompr.pdf>

⁴⁶ MACE, L., N. a P., V. ROBINS. *Alzheimer*, 1. vyd. Praha: Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-583-2, s. 208.

skupině musí mít dostatečné znalosti nejen o zvolené metodě, ale i psychologickou průpravu s prací se skupinou, s lidmi s duševním onemocněním a volit specifický přístup.

Ergoterapie

Výraz ergoterapie je složen ze dvou řeckých slov ergon – práce a therapia – léčení. Ergoterapii můžeme chápat jako profesionální činnost, která je zaměřená na veškeré smysluplné zaměstnávání klienta pro zachování a využití schopností pro zvládnutí běžných každodenních aktivit, tím podporuje zdraví a celkovou vyrovnanost osoby, zlepšuje jejich začlenění do společnosti a participaci.⁴⁷ Ergoterapií je též myšlena terapie zaměstnáváním rukodělnými aktivitami např. háčkování, vyrábění z papíru, dřeva nebo vaření, pečení, zdobení perníčků. V rámci ergoterapie může probíhat i společenská zábava hraní karetních her, šachů, dámy, šipek, kuželek. Ergoterapie bývá též pojata rehabilitačně, zaměřuje se na procvičování postižené tělesné funkce. Na ergoterapii v DZR se podílí nejen vyškolený ergoterapeut, ale i pracovník přímé péče, který se věnuje každodenním činnostem klienta zahrnující sebek péči při hygieně, stravování, oblékání i třeba úklid pokoje.

Muzikoterapie

Při muzikoterapii se hudba využívá dvěma hlavními způsoby: jako aktivní nástroj – produktivní činnost zahrnující vlastní zpěv, hraní na hudební nástroje nebo pasivní – poslech hudby při relaxaci. Při zpěvu je zapojena rytmická paměť, texty písní se tak snáze vybavují. Společné zpívání a hraní na hudební nástroje vyvolává pocit sounáležitosti, vede k odreagování a spontánním projevům.

Reminiscence

Reminiscence je terapie na základě vlastních vzpomínek. Vybavováním si prožitého dochází člověk k uvědomování si vlastní identity, čím byl, co měl a kdo ho měl rád, co mu dělalo radost, co musel překonat, co dokázal, kam patřil, kde má kořeny. Vzpomínky pomáhají pochopit vlastní jednání, porozumět si, vyrovnat se s minulými událostmi, přijmout se takový, jaký jsem, odpustit si i ostatním, vnímat vlastní hodnotu a smysl života. Ke stáří patří rekapitulace života a smíření, vyrovnání se s vnitřními konflikty a křivdami. Při vzpomínání pracujeme i s vlastními emocemi. Při vyprávění

⁴⁷ JELÍNKOVÁ, J., M. KRIVOŠÍKOVÁ a L. ŠAJTOROVÁ. *Ergoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7, s. 13.

svých vzpomínek druhým pocítujeme, že okolí nejsme lhostejní, máme svůj příběh, svoji jedinečnost. „*Jako součást validace může reminiscenční terapie pomoci starému člověku vyrovnat se s obtížnými fázemi života, prolomit bariéru demence, zachovat si důstojnost, zmírnit úzkost a osamění, obnovit pocit rovnováhy, vypořádat se s nedokončenými úkoly a zabránit ústupu do tzv. vegetace.* (Feilová, 1993)“⁴⁸

Pro klienty v zařízení a jejich pečovatele má reminiscence silný efekt na utváření osobitějších vztahů. Při vyprávění klient zmiňuje svoje silné stránky, mnohdy fascinující prožité příběhy. Pečovatel ho tak nevnímá jako slabého a nemohoucího.⁴⁹

Trénování paměti

K procvičování paměti dochází denními činnostmi nebo řízenými aktivitami. Při denních činnostech si člověk opakuje běžné úkony ohledně hygieny, oblékání, úpravy lůžka, stravování, cesty do jídelny nebo obsluhy jednoduchých přístrojů a další.⁵⁰

Během řízené činnosti osoby procvičují např. doplňování slov do pořekadel a pranostik, vědomostní kvízy, doplňovačky, hry typu slovní fotbal, rozpoznávání chutí, vůní, předmětů a tvarů se zavázanýma očima. Hrají se stolní hry – pexeso, člověče, nezlob se, kvarteto. Oblíbené je i sledování starých filmů.

Pohybové aktivity

Pohyb je základním projevem života. Pravidelná tělesná aktivita pozitivně ovlivňuje psychickou stránku jedince, včetně intelektu, vůle, ctižádostivosti a sebedůvěry. Pomáhá prokrvení končetin, správné technice dýchání, podporuje mobilitu, celkovou tělesnou kondici. Neopomenutelný význam má zdravotní rehabilitace po rekonvalescenci např. po iktu a úrazech. Pohybová aktivita bývá společenskou záležitostí, zejména taneční terapie, míčové hry nebo kolektivní cvičení s různými pomůckami. Zbavuje stresu, obav a studu. Přivádí do kolektivu, aktivuje přirozenou soutěživost. U seniorů může tanec vyvolávat vzpomínky na mládí, dobu atraktivnosti a bezstarostnosti.

⁴⁸ JANEČKOVÁ, H. a M. VACKOVÁ. *Reminiscence*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-583-3, s. 11-17.

⁴⁹ Tamtéž, s. 100.

⁵⁰ HOLCZEROVÁ, V. a D. DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5, s. 56-63.

Individuální rehabilitace se zaměřuje na posílení, protažení určitých partií, nácvik sebeobsluhy, vstávání, sedu, chůze a používání kompenzačních pomůcek. Nedílnou součástí bývají i relaxační techniky.⁵¹

Dalších aktivizačních metod a přístupů je velké množství např. orientace v realitě, kognitivní trénink, psychomotorická terapie, činnostní terapie, skupinová expresivní terapie, zooterapie, bazální stimulace, arteterapie atd., některé užité prvky se v jednotlivých činnostech prolínají. Hlavním záměrem tohoto nefarmakologického působení na jedince s ACH je vyvolat jeho vlastní aktivitu, nácvik a udržování soběstačnosti a sociální kontakt s okolím.

⁵¹ HOLCZEROVÁ, V. a D. DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5, s. 44-50.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 VÝZKUM

Pro praktickou část bakalářské práce byl zvolen výzkum v sociálním zařízení pečujícím o lidi s Alzheimerovou chorobou. Zájem o zkušenosti pracovníků v DZR s aktivizací a motivací seniorů s ACH vycházel z touhy najít způsob, jak je aktivně zapojovat do plnohodnotného života, motivovat k denním činnostem, navracet a udržovat jejich soběstačnost. Při předchozí profesionální praxi v nemocničním prostředí se autorka setkávala u seniorů s problémy způsobené nečinností, ztrátou zájmu o okolí i svoji osobu. Hledala odpověď na otázku, jestli lze s těmito osobami po stránce motivace účinně pracovat a nenechávat je v apatii.

Na začátku realizace výzkumu byla oslovena paní ředitelka Domova pro seniory v Domažlicích se žádostí o umožnění návštěvy Domova se zvláštním režimem, neboť též spadá do její kompetence. Domluveny byly podmínky a rozsah možné účasti v zařízení pro potřeby bakalářské práce. Podepsáním dohody byla tazatelka zavázána příslibem mlčenlivosti o citlivých údajích, které by mohly poškodit zařízení nebo jejich klienty. Jména osob byla pozměněna. Praxe v zařízení probíhala nepravidelně během měsíce prosince 2019 a ledna 2020. Zaznamenány byly zjištěné údaje z průběhu aktivizačních činností i z běžné ošetrovatelské péče. Informace byly získané z rozhovorů a pozorování.

7.1 CÍL VÝZKUMU

Cílem výzkumu bakalářské práce bylo zjistit, jaké zkušenosti mají pracovníci DZR v Domažlicích s motivací a procesem aktivizace osob s Alzheimerovou chorobou v rámci denních činností. Do jaké míry je možná práce s těmito klienty v oblasti motivace, dají-li se aktivně zapojit do procesu sebepéče, dokážou je zaujmout aktivizační metody ve formě hry, procvičování mysli, zpěvu nebo pohybových aktivit? Jak probíhá běžný den?

Dílními výzkumnými cíli bylo nalézt odpovědi na otázky:

- Z čeho pracovníci vycházejí při aktivizaci klienta?
- Kdo se na motivaci klientů podílí?
- Jaké aktivity jsou klientům v DZR nabízeny?

- Jaké překážky v motivaci a chování klienta musí být překonávány?

7.2 METODOLOGIE VÝZKUMU

V bakalářské práci byl uplatněn kvalitativní výzkum. Použitou metodou výzkumu bylo přímé pozorování klientů a rozhovory s pracovníky v DZR Domažlice. Otázky výzkumu vycházely s ohledem na předem zvolený cíl, dozvědět se, jaké zkušenosti mají pracovníci s motivací a procesem aktivizace klientů, zjistit, jak probíhá péče o klienty v DZR a s jakými překážkami se pracovníci setkávají.

Etika výzkumu

Každý kvalitativní výzkum prováděný s osobami zahrnuje etické limity. Respondent svěřuje tazateli svoje osobní názory a postoje, mnohdy odkrývá skutečnosti, které by mohly být zneužitelné. Je třeba dodržet důvěrnost a soukromí, aby nebylo možno osoby identifikovat. Pokud to není možné, nemělo by být zjištěné vůbec publikováno. Účastníci mají být informováni o účelu a způsobu výzkumu, na základě poučení udělit dobrovolný souhlas, pokud v zájmu výzkumu není možné předem plně informovat, je třeba toto doplnit v co nejkratší době. Výzkumník musí poskytovat emoční bezpečí a chovat se citlivě, výzkumem nesmí dojít k ohrožení tělesného ani psychického zdraví zkoumaných osob. Pokud budou mít účastníci zájem, měli by mít možnost dozvědět se vhodnou formou závěr výzkumu. Výzkumník má osobní zodpovědnost za svůj výzkum, jeho preciznost, pravdivost a objektivitu.⁵²

Od 28. května 2018 vstoupil v platnost pro celou EU ucelený soubor pravidel na ochranu osobních dat GDPR.

Kvalitativní výzkum

Kvalitativní výzkum je veden snahou o porozumění podstaty, příčiny a motivu zkoumaného jevu. Nezakládá se na statistice a kvantitě. Hledá odpověď na otázku „proč?“ a „jak?“ *„Kvalitativní výzkum zkoumá jevy do hloubky, výzkumník se snaží porozumět všem možným souvislostem. Kvalitativní výzkum je tedy založen na intenzivním sběru co největšího množství dat, ve kterých následně výzkumník hledá vzájemné vztahy a souvislosti (indukce).“⁵³ „Posláním kvalitativního výzkumu je*

⁵² *Výzkumníkovo desatero etického chování*, 2011. [on-line]. [cit. 2. 1. 2020]. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=2&clanek=379>

⁵³ LINDEROVÁ, I., P. SCHOLZ a M. MUNDUCH. *Úvod do metodiky výzkumu*. 1. vyd. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2016. ISBN 978-80-88064-23-7, s. 58.

porozumění lidem v sociálních situacích.“⁵⁴ Nejpoužívanějšími metodami kvalitativního výzkumu je rozhovor, pozorování a studium dokumentů neboli obsahová analýza.

Rozhovor

Rozhovor spolu s pozorováním je jednou z nejzákladnějších metod zjišťování primárních dat pro kvalitativní výzkum. Nejčastěji bývá veden tváří v tvář. Během něj získáváme sdělená fakta, ale i postoje a názory respondentů. Tazatel předem zvažuje způsob rozhovoru, téma a rozsah, časový rozvrh, formulování otázek a pořadí. Nejprve musí dojít k tzv. „prolomení ledů“ – získání důvěry a otevřenosti respondenta. Otázky přechází od obecnějších ke konkrétnějším důležitým pro výzkum. Na závěr bývá dobré ponechat otevřený vztah, neboť respondent se stal součástí života tazatele. Rozhovor klade velké nároky na tazatelovu empatii, komunikační schopnosti, soustředění, flexibilitu, analýzu a syntézu získávaných dat.⁵⁵ Rizikem metody rozhovoru může být např. nejasné formulování otázek, které nemusí být zcela pochopeny, neochota respondenta plně odpovědět, vlastní respondentova neznalost odpovědi či problém s vyjádřením myšlenek. Mnohé potíže vycházejí ze zaznamenání rozhovoru a z neúplného okruhu kladených otázek.⁵⁶

Pozorování

Další zvolenou metodou bylo zúčastněné pozorování klientů a pracovníků během probíhající aktivizační činnosti a při běžných denních úkonech. Bylo zájmem vnímat přístup personálu ke klientovi ohledně motivace a podpory v jeho činnostech. Současně pozornost směřovala i na vybavení prostoru, kde klienti bydlí a dále pak na dostupné pomůcky k usnadnění mobility, orientace a bezpečí.

Pozorování je základní hodnotící technikou, kterou lze používat ke sběru dat nepřetržitě. Výhodou je, že pozorovatel může sledovat více jevů a procesů zároveň a též jejich časový vývoj. Dozvídá se fakta, která by jinak těžko získal jinou metodou. Pozorování lze uplatnit při práci s jednotlivcem i skupinou, nevyžaduje aktivní spolupráci. Při strukturovaném pozorování záleží získané informace na zacílení

⁵⁴ DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-0139-7, s. 289.

⁵⁵ LINDEROVÁ, I., P. SCHOLZ a M. MUNDUCH. *Úvod do metodiky výzkumu*. 1. vyd. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2016. ISBN 978-80-88064-23-7, s. 60.

⁵⁶ DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-0139-7, s. 57-60.

pozornosti na specifický jev, který nás zajímá. Při pozorování je třeba oddělit informace podstatné od nepodstatných pro náš cíl.⁵⁷ Pozorování může být zúčastněné nebo nezúčastněné. Nevýhodou zúčastněného pozorování je možnost ovlivnit chování osob ve skupině, ztrácí se objektivita a přirozenost v jejich jednání. Dalším rizikem vyhodnocování při pozorování je tzv. halo efekt, kdy se ve svém úsudku necháme ovlivnit prvním dojmem. Stejně zavádějící je i posuzování člověka v pozadí jeho prostředí, zejména sociálního a materiálního tzv. efekt figury a pozadí, dále pak logická chyba.

„Na rozdíl od rozhovoru, ve kterém se mísí respondentovy názory na určitý jev s poznatky o jevu samotném, v pozorování se jedná o to, získat co nejvíce poznatků o jevu samotném, bez názoru respondenta. Při pozorování výzkumník nevyužívá pouze zrak, nýbrž zaznamenává i sluchové, čichové nebo pocitové vjemy.“⁵⁸

7.3 POPIS PŘÍPRAVY POZOROVÁNÍ

1. Pozorování PPP při práci s klientem

Zvolená doba a místo pozorování:

Pozorování se odehrávalo při denních činnostech šesti klientů DZR v rámci sebeobsluhy pod vedením pracovníků přímé péče. Probíhalo dne 16.12.2019 od 6:30 do 13:00 na pokojích klientů při ranní hygieně, oblékání, stlaní lůžka, dopoledního koupání, podávání stravy ležícímu klientovi na lůžku a doprovázení do jídelny.

Pozorovatel: autorka bakalářské práce, která pracuje jako zdravotní sestra v jiné organizaci, zde v pozici PPP dobrovolníka.

Klienti: čtyři ženy a dva muži.

Přítomní pracovníci: dvě pracovnice přímé péče

Stanovené cíle pozorování:

- Zjistit míru spolupráce klientů s ohledem na soběstačnost, omezení mobility, schopnosti komunikace, viditelné známky duševního stavu např. zmatenost,

⁵⁷ JELÍNKOVÁ, J., M. KRIVOŠÍKOVÁ a L. ŠAJTOROVÁ. *Ergoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7, s. 146.

⁵⁸ LINDEROVÁ, I., P. SCHOLZ a M. MUNDUCH. *Úvod do metodiky výzkumu*. 1. vyd. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2016. ISBN 978-80-88064-23-7, s. 58.

agrese, apatie., které mohou aktuálně narušovat motivaci ke spolupráci při sebeobsluze.

- Pozorovat jednání pracovníků přímé péče při dopomoci klientovi a motivování k aktivitě. Zjistit, jestli péče PPP o klienta vede více k jeho pasivitě nebo aktivnímu jednání. Dále sledovat, jak jsou uplatňována přání klienta během péče např. volba oblečení, čas koupání, vstávání.
- Zaznamenat akutní potíže v chování klienta a způsob jejich zvládnutí ze strany pečovatele.

2. Pozorování aktivizačních pracovníků a klientů při aktivizační činnosti

Zvolená doba a místo pozorování:

Vybrané pozorování probíhalo v jídelně DZR při aktivizační činnosti dne 18.1.2020 od 9:00 do 10:30 hod.

Pozorovatel: autorka bakalářské práce v pozici přímého pozorovatele, který aktivně nezasahuje do dění skupiny.

Klienti: sedm žen a jeden muž

Přítomní pracovníci: dvě sociální / aktivizační pracovníce

Stanovené cíle pozorování:

- Zaznamenat průběh činností pomocí průběžných poznámek do bloku (*jak zaznamenat*).
- Zaměřit se na použité metody terapie (*jaké terapeutické metody*).
- Sledovat zájem klientů o aktivity, spolupráci a vztahy mezi klienty (*zájem klientů*).
- Všimnout si srozumitelnosti pokynů při zadávání úkolů, individuálního přístupu, prvků pochvaly, povzbuzení a motivace klientů od sociálních pracovníků, sledovat postupy při upoutávání a udržování pozornosti klientů (*postupy a přístupy*).
- Vnímání celkové atmosféry skupiny, zaznamenat překážky ze stran chování jedinců, které narušuje průběh terapie. Sledovat, jakým způsobem tyto obtíže odbourává přístup sociálních pracovníků (*vznikající obtíže a jejich řešení*).

- Jaké možnosti vlastního rozhodování o průběhu probíhajících činností má klient (*přání a zájmy*).

7.4 POPIS PŘÍPRAVY ROZHOVORU

Před návštěvou zařízení DZR, byly autorkou bakalářské práce zvoleny okruhy témat, vypracován seznam otázek⁵⁹ a připraveno audio nahrávací zařízení v mobilním telefonu. Po předložení záměru rozhovory nahrávat, nedošlo k souhlasu ze strany pracovníků/ respondentů s pořizováním zvukové nahrávky, z tohoto důvodu nemohly být přiloženy doslovné citace rozhovorů, ale pouze jejich části, hlavní myšlenky a zjištěné informace o daném tématu, které byly heslovitě zaznamenávány do bloku. Původně zamýšlený strukturovaný rozhovor byl nahrazen převážně rozhovorem polostrukturovaným až neformálním. K tomuto kroku bylo přistoupeno, neboť tento způsob se jevil přijatelnější též pro navázání otevřenějšího vztahu respondenta s tazatelem. Vývoj rozhovoru získanými odpověďmi vyvolával další cílené otázky. Z důvodu poskytnuté důvěry ze strany dotazovaných osob, je brán ohled na co největší zachování anonymity respondentů.

Okruhy témat vycházely z dílčích výzkumných otázek: Z čeho pracovníci vycházejí při aktivizaci klienta? Kdo se na motivaci klientů podílí? Jaké aktivity jsou klientům v DZR nabízeny? Jaké překážky v motivaci a chování klienta musí být překonávány?

7.5 CHARAKTERISTIKA CÍLOVÉ SKUPINY

Cílovou skupinou výzkumu bakalářské práce byli klienti s ACH ve věku 58 až 93 let, kteří trvale žili v DZR Domažlice. Většina z nich žila v zařízení dva roky od doby, kdy zařízení zahájilo provoz. Poslední volné místo bylo zaplněno před sedmi měsíci. V době nástupu byli všichni klienti mobilní. V době šetření bylo v zařízení 24 osob, převážně žen, z nichž byly tři nechodící. Jeden pán se po amputaci dolní končetiny aktivně pohyboval na invalidním vozíku. Dle personálu býval často důvodem imobility pád a následný strach z chůze. Stává se, že člověk ve svém zhoršujícím se stavu zapomene, jak koordinovat pohyb, aby udělal krok. Někteří klienti se přemísťovali za pomoci chodítka jiní bez opory.

⁵⁹ *Poznámka:* Příloha F – Seznam připravených otázek k výzkumu v DZR

Druhou hlavní cílovou skupinou šetření byl personál. Tím byly především pracovnice přímé péče, zdravotní sestry a dvě sociální pracovnice, které byly zároveň v pozici aktivizačních pracovníků.

7.6 POPIS DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM V DOMAŽLICÍCH

Domov se zvláštním režimem Domažlice poskytuje dle ustanovení zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách §50 pobytové služby osobám s chronickým duševním onemocněním nebo jiným zdravotním či kombinovaným postižením, kteří potřebují pomoc druhé osoby v běžném životě a nemůže jim být poskytována v jejich domově. Zařízení je určeno pro seniory ve věku od 55 let se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí.

Budova Domova se zvláštním režimem je ve vlastnictví města Domažlice, nachází se nedaleko centra města. V roce 2017 byla dokončena rozsáhlá základní rekonstrukce z bývalých jeslí. V době výzkumu poskytoval domov ubytování pro 24 osob a v příštích letech byla plánována dostavba objektu a navýšení kapacity o 12 klientů. O tuto službu je u veřejnosti velký zájem, pořadník čítal v době šetření na 72 žádostí. Zájem obyvatel nejen z Domažlicka se projevuje i o odlehčovací službu, ale ta zatím z kapacitních důvodů možná není.

Pokoje pro klienty jsou rozděleny do čtyř uzavřených oddělení. Jeden pokoj společně sdílí dva lidé. Ke každému pokoji náleží samostatné sociální zařízení, prostorná koupelna s WC a sprchou, kde jsou samozřejmostí pomocná madla, nástavce a jiné pomůcky napomáhající klientovi při zhoršené hybnosti. Pokoje působí velmi útulně, mají svojí kuchyňskou linku. Polohovací lůžka jsou opatřena postranicemi pro prevenci pádu. Klienti si mohou pověsit na stěny fotografie, křížek nebo např. náboženské obrázky. Na každém pokoji jsou umístěny hodiny, nechybí ani televize. Jednotlivá oddělení mají barevně sladěnou podlahu a pokoje vymalovány odlišnými barvami pro snadnější orientaci v prostoru.

Klientovi jsou k dispozici signalizační zařízení a telefon pro přivolání sloužícího personálu. Vždy jsou spojené tři pokoje společnou chodbou s posezením. Zde se obyvatelé volně pohybují. Vchod z oddělení je však v rámci bezpečí uzavřen. Stejně tak

tu platí určitá omezení, např. klienti nesmí mít těžké vázy na pokoji, zasklené obrázky a ostré předměty nebo léky.

Oblečení záleží na osobní volbě, je však snaha, aby z důvodu snazší klientovy časové orientace nebyl přes den oblečen v pyžamu.

Budovu obklopuje krásná zahrada, kam klienti velice rádi chodí. Zde se odehrávají různé aktivity od vyhřívání se na sluníčku, přes kutálení si s balónem, dělání ohýnků s opékáním vuřtů, hrabání listů nebo starání se o květinovou a zeleninovou zahrádku.

Kdo chce ven, může, kdo ne, nemusí. Někdy bývá naplánován i výlet mimo areál, např. za účelem návštěvy cukrárny na náměstí nebo delší procházky na blízké vyhlídkové místo kopec Vavříneček.

7.7 INTERPRETACE DAT ZÍSKANÝCH Z ROZHOVORŮ A POZOROVÁNÍ

7.7.1 BĚŽNÝ DEN V DZR

V 6:15 hod přichází pracovníci (PPP) na přidělená oddělení a navštěvují klienty na pokojích, pomáhají jim s ranní hygienou, oblékáním, úpravou lůžka.

V 8:00 se podává snídaně ve společné jídelně. Většina přichází sem, pouze imobilní klienti jsou krmeni na pokojích. Zdravotní sestra připravuje léky, dohlíží, aby je klient užil.

V 9:00 začíná skupinová aktivizační činnost. Zaměření se střídá podle aktivizačního plánu pro jednotlivé dny v týdnu:

- Pondělí: trénink paměti
- Úterý: filmový klub / muzikoterapie
- Středa: trénink paměti
- Čtvrtek: cvičení, pohybové aktivity
- Pátek: tematické akce

V 10:30 ukončení aktivity a přesun zúčastněných klientů do pokojů k odpočinku a potřebné sebepéči, s níž jim dopomáhají PPP.

Ve 12:00 oběd a léky v jídelně.

Ve 12:30 až 13:00 odchod na pokoje k odpočinku.

Ve 14:30 až 15:30 odpolední aktivity, společný program v jídelně, v případě dobrého počasí pobyt na zahradě. Tematické činnosti, předčítání, reminiscence, vytváření výrobků, procvičování jemné motoriky a další podle potřeb a zájmu klienta.

Od 15:30 individuální program, návštěvy.

V 17:30 večeře a léky v jídelně.

Od 18:30 večerní hygiena, dopomoc se sprchováním a výměnou pomůcek při inkontinenci.

Ve 21:00 příprava ke spánku.

Od 22:00 doporučená večerka.

Během celé noci je na jednotlivých patrech přítomen PPP. V DZR slouží noční službu i zdravotní sestra.

7.7.2 ÚLOHA PRACOVNÍKA PŘÍMÉ PÉČE V MOTIVACI A AKTIVIZACÍ KLIENTA

Pracovník přímé péče (PPP) je ošetřovatelem a průvodcem klienta během celého dne, a i v noci je mu nepřetržitě na blízku. Jeho důležitou rolí je přímá péče o tělesné a duševní zdraví klienta. Veškeré aktivity prováděné klientem by měly být postavené na rovině spolupráce. Klient v tomto zařízení však díky svému zdravotnímu omezení není vždy schopen posoudit prospěšnost, nutnost a nezbytnost některých aktivit. Je na pracovnících DZR vysvětlit mu, co a proč se bude dít, dát klientovi prostor, aby se rozhodl spolupracovat, a i se svým hendikepem přijímal nutné činnosti, rozhodoval ve věcech týkajících se jeho osoby, přebíral dle možností zodpovědnost za své jednání a soběstačnost, případně neohrožoval sebe ani ostatní. Tyto výše uváděné úkoly pracovníku DZR jsou neodmyslitelně spojené s motivací klientů ve většině denních činností.

V rámci praxe v DZR bylo autorce bakalářské práce umožněno spolupracovat s dvěma z těchto pracovníků. Pracovnice Zdenka byla ve středních letech, měla již za sebou několikaletou zkušenost s prací se seniory v Domově důchodců v Mirošově. Čtyři roky jezdila na návštěvy k pacientům jako sociální služba domácí péče. Svého vzdělání ošetřovatelky dosáhla studiem na střední zdravotnické škole v oboru všeobecná sestra, tu však nedokončila. V DZR je zaměstnána jako ošetřovatel. Druhá pracovníce Katka byla velmi mladá. Byla zaměstnána v DZR necelé dva roky. Absolvovala akreditovaný kurz pracovníka v sociálních službách. Před nástupem na tuto pozici pracovala mimo

sociální a zdravotnický obor. Obě shodně uvedly, že je pro ně během roku pořádáno několik vzdělávacích seminářů, které absolvují. Obě se účastní i pravidelných supervizí.

Pozorování a rozhovory byly zaměřeny na zjišťování, jak probíhá denní péče o klienty, jak se oni aktivně zapojují při sebeobsluze, jestli mohou o sobě rozhodovat, pokud se jim něco nechce, jak k nim PPP přistupují.

Denní služba pracovníků přímé péče začíná v 6:00. Před šestou hodinou se sešly pracovnice z noční služby a předávaly informace denní směně, zejména o změnách v chování a o aktuálních potřebách klientů, nastínily plán péče pro nadcházející den, rozpis koupání, individuální požadavky. PPP Zdenka vidí důležitost těchto schůzek před službou: „*Musíme být vždy přesně informováni, co se nového s klientem událo, co aktuálně potřebuje, abychom měli přehled a mohli přesně reagovat na jeho potřeby.*“

Po nachystání pomůcek pracovnice zaťukaly na první dveře pokoje, zde se ozval hlas vybízející ke vstupu. Klientky byly na pokoji dvě, již nespaly. Dle slov pečovatelky Katky patří tyto paní mezi „ranní ptáčata“, proto se k nim šlo jako prvním. Pečovatelky se snaží respektovat potřeby spánku klientů a podle toho volily pořadí pokojů. Svěřené klienty už dobře zná, mnohdy dokáže předvídat jejich reakce na podněty, neboť určené klienty má na starosti dlouhodobě, většinou jako klíčový pracovník. Klíčový pracovník je klientovi nejbližší spolupracovník, zařizuje klientovi potřeby a přání, se vším se na něj může obrátit a on má povinnost se tím zabývat.

Pečovatelky Zdenka a Katka měly na starosti jedno patro, to představuje šest klientů ve třech pokojích.

Po vstupu dovnitř zazněl hlasitý pozdrav, klientky byly osloveny celými jmény, seznámeny s tím, kolik je hodin, kolikátého je a kdo má dneska svátek. Klientka H. už vstala z lůžka, měla nachystané hygienické potřeby i oblečení a čekala, chtěla se vysprchovat, v noci jí bylo horko. Paní se denně sprchovala, nejenže to měla ráda, ale i ze zdravotních důvodů. Její pokožka potřebovala zvýšenou péči, nedávno prodělala alergickou kožní reakci na léky. Její pokožka vykazovala známky vysušení a klientka si stěžovala na svědění. PPP během hygieny paní vysvětlovaly, co kdy budou společně dělat, navigovaly jí, ale velký prostor nechávaly její aktivitě. Paní byla velmi snaživá a velice pozitivně reagovala na pochvalu ze stran ošetřovatelek. PPP při sprchování spíše jen dohlížely a dbaly na její bezpečnost, připomínaly, že si má při mytí opatrně sednout na speciální sedátko a přidržovat se madel, aby neklouzla. Její ruce byly

omezeny v pohybu, proto jí pracovníce pomohly učesat, pak následovalo ošetření speciální masťou indikovanou kožní lékařkou. Kam si paní dosáhla sama, namazala se. PPP ošetřily zbytek jejího těla. Paní vychází z koupelny spokojená, oblečená do pohodlných tepláků a slušivé zástěry. Pečovatelka nabídla svou dopomoc s ustláním lůžka.

Druhá klientka S. ještě polehávala v posteli. Z její reakce na příchod pracovníc bylo patrné, že vstávat nechce. Pracovnice Katka se s ní domlouvala, že jestli chce ještě odpočívat, přijdou později, až budou mít hotové vedlejší pokoje. Ta mlčky souhlasila a otočila se na bok.

Po návratu ležela paní S. stále v posteli, nechtěla vstávat, odmítala jít do koupelny, tvrdila, že už byla. Pečovatelka Katka jí nabízela výměnu plenkových kalhotek, prý nepotřebuje.

PPP Katka se zmínila, že klienti v DZR nemívají zavedeny permanentní močové katetry pro zhoršenou mobilitu, pouze ti se zdravotními problémy, například s močovou retencí. Ani zbytečně netráví den v plenkových kalhotkách, neboť se pracovníci snaží podporovat klienty k odpovědnosti za svoji osobu, a i tím po této stránce zachovávat jejich soběstačnost a důstojnost.

Pečovatelka Katka upozorňovala nespolupracující paní S., že za chvílku musí na snídani do jídelny, ale jí to bylo jedno. Snažila se jí motivovat a vysvětlit, že bude na snídani to teplé kakao, které ona má tak ráda, ale že v noční košili do jídelny nemůže, budou tam chlapi a ti by jí okukovali, to přece nechce. Paní snídani úplně odmítla, nastal problém s podáním léků. PPP se odešly věnovat klientům do jídelny, s úmyslem vrátit se na pokoj později. Kolem desáté hodiny paní S. vstala, s Katkou podstoupila hygienu, divila se, proč jí nevzali na snídani, že ona tam chtěla, chvílkami byla podezřívavá a slovně útočná, vzala si léky a nasnídala se na pokoji, neboť tou dobou v jídelně probíhala aktivizační činnost s ostatními klienty.

Pracovnice Katka vysvětlovala, že tento stav vzdoru bývá u klientky opakovaný, snaží se jí vždy motivovat na to, co má ráda, ale když prostě nemá náladu, nic nepomáhá, pak zbývá jen počkat, kdy se sama rozhodne.

V průběhu výše popsané situace se naskytl otázka, jak se dá řešit, když klient nechce jíst, pít nebo brát léky. Dle zkušeností pečovatelky Zdenky: v těchto základních potřebách, kdy by mohlo dojít k poškození zdraví nelze jednat plně podle přání klienta.

Klienti někdy mají strach, že léky nedokážou polknout, že jim uvíznou v krku, a proto je odmítá nebo jsou zrovna ve fázi vzdoru. Zdravotní sestra léky předem rozdrtí a jsou přidány do prvních lžic sladkého jídla. Na sladkosti většinou klient „slyší“. Upozorní ho, že teď to nebude dobré, protože mu s přesnídávkou musí podat i léky, které nutně potřebuje. Pokud je odmítání stravy, pití a léků dlouhodobé, musí být informován lékař a ten rozhodne nejvhodnější opatření. Při poruše příjmu potravy jsou hojně využívány výživové nutridrinky nebo sladkosti. U osob, které mají omezenou svéprávnost, takových je v DZR většina, informují i opatrovníka. Dle slov pracovnice Zdenky se snaží nic nelámat přes koleno, mnohdy se vyplatí počkat, až se klient zklidní a dá se s ním dohodnout. Někdy to vyžaduje velkou trpělivost, hlavně když mají hodně práce a nemohou s jedním klientem, který odmítá spolupráci, trávit celé dopoledne. Stále musí vycházet z toho, že klient je tady doma. Pokud by byl u sebe doma, trávil by svůj čas po svém. Oni ho můžou vybízet k aktivitě, aby se z nich nestali apatičtí ležící, ale nemohou je do ničeho nutit. PPP mají zde zkušenost, že pokud se klient do něčeho nutí často dojde k agresivnímu chování a už s ním nic nesvedou, někdy pak trvá dlouho, než se uklidní. Pracovníci si uvědomují, že musí předcházet konfliktům a zůstat v každé situaci klidní a trpěliví. Uvádí, že někdy pomáhá odpoutat klientovu pozornost od okolností, které ho zneklidňují a vyvolávají konflikt a přenést jeho soustředění na věci pro něj příjemné, navozující pocit bezpečí a jistoty.

Další otázky rozhovoru navazujícího na pozorování chodu na oddělení se týkaly toho, jak se řeší situace, když dojde k vyhocenému jednání klienta, jeho agresi, silné dezorientaci či deliriu. Zda jsou v tomto případě používány omezovací prostředky jako kurtace nebo se alarmuje RZP. Z odpovědi Zdenky bylo zjištěno, že v průběhu pobytu dochází u klienta vlivem nemoci k vystupňovaným jevům, kdy klient nevnímá realitu nebo se chová agresivně. Může se projevat úzkostlivě, hledat své dítě nebo se cítit ohrožený. Klient pak mívá snahu opustit domov. Stavby neklidu bývají většinou s pomocí medikamentózní léčby a profesionálního přístupu zvládnutelné. Obě respondentky se shodly na tom, že kurtování ani jiné omezovací prostředky se téměř nepoužívají, jen pokud je naordinuje lékař, neboť podléhají hlášení a zápisu do dokumentace. Vzhledem k základní diagnóze – demenci, RZP volána nebývá, pokud nejde o přímé ohrožení zdraví. Telefonicky spolupracují s nasmlouvanou psychiatrickou. Pečovatelka si vzpomněla, že pouze jednou zde byla klientka, která

měla zatajené závažné duševní onemocnění, dostala se do fáze, kdy všechno ničila a ohrožovala sebe i ostatní. Ta musela být do příjezdu sanitky kurtována, poté byla hospitalizována na psychiatrii.

Dle slov pracovnice je výhodou ACH, že klient díky ztrátě krátkodobé paměti jeden den prožívá stav negativismu až agrese, ale druhý den se vzbudí s dobrou náladou a spolupracuje. Pracovnice Katka se snaží předcházet noční zmatenosti a bloudění např. i tím, že u některých klientů nenechávají denní oblečení na viditelném místě na pokoji, neboť se stává, že se klient v noci převlékne a odchází „na vlak, aby to stihnul do práce“, pak je obtížné mu to rozmluvit a vrátit ho do lůžka. Pro Katku se zdá důležité předcházet nočnímu bloudění tím, že je klient dostatečně zaměstnáván během dne, aby nespával a večer byl přirozeně unavený. Díky výše uvedeným opatřením majícím převážně preventivní charakter se tedy daří zvládnout i složitější situace bez omezovacích prostředků.

Další otázkou, která byla předmětem pozorování a rozhovoru bylo, jak se klient rozhoduje o běžných záležitostech, o náplni dne, o volbě jídla či oblečení. PPP Zdenka uvedla, že klienti mívají v pozdějších stádiích nemoci problémy s rozhodováním, bývá pro ně trápením, když mají vybrat z jídelního lístku objednávku stravy. Často si již nedokážou spojit název jídla a toho, jak jídlo vypadá a chutná. Často se zdá, že nechápou, co po nich pečovatelka při výběru jídla žádá. Zde přebírá zodpovědnost za rozhodování v běžných věcech klíčový pracovník, ten zařizuje i drobné záležitosti např. objednávky plen, léků, oblečení, které si klient hradí při platby za pobyt v zařízení.

V rozhovoru s pečovatelkou Katkou a Zdenkou autorka zjišťovala, jakým způsobem je klient veden k sebeobsluze, spolupráci v denních činnostech, jestli převažuje jeho aktivita nebo více spoléhá na pomoc okolí.

PPP Katka odpověděla, že se podílí hlavně na klientově motivaci a dopomoci v oblastech, které nezvládne sám. Nacvičováním denních úkonů napomáhají k udržování jeho soběstačnosti, radí mu, jak má postupovat. Motivují jej tak, aby se on snažil. Jako příklad uvedla, že při mytí dostane klient do ruky žínku a myje se sám. Oni ho pak osprchují, aby na něm nezbyly zbytky mýdla. Někdy mu to nejde, neboť jsou jeho smyslové a motorické schopnosti omezené, pak klientovi pomůže a pochválí ho za snahu a za to co zvládnul. Bylo by pro ni jednodušší a rychlejší všechno dělat za něj, ale to by nebylo správné. Při úklidu pokoje je klient také vyzván ke spolupráci. Dostane

smeták a zametá, nebo prachovku a stírá prach. Při stlaní lůžka si alespoň natře polštář. Klientovi se musí během činnosti pomáhat, aby věděl, jak práci správně udělat, chválit ho, motivovat ho, vysvětlovat mu, že jeho pomoc je nutná. Není žádoucí, aby pasivně spoléhal, že se za něj všechno udělá nebo se nechával v nečinnosti.

V celé řadě běžných záležitostí a denních aktivit je klient ten, co rozhoduje. Je-li toho schopen, určuje např. co si vezme na sebe, co si přeje odpoledne dělat, jakých aktivizačních činností se zúčastní. PPP jej podporují v každém nápadu, pokud to lze realizovat. Pokud ne, snaží se najít jiné řešení, ale vždy si musí klient připadat respektován. Respekt ke klientovi a jeho důstojnosti je zde na prvním místě. To, jak se klient cítí, je zároveň zpětnou vazbou pro pracovníky DZR, a proto se o tuto otázku průběžně zajímají.

Pečovatelka Katka si myslí, že jsou senioři v Domově spokojeni, mají si s kým popovídat, nachází si zde přátele, s nimiž se vzájemně podporují a pomáhají si. Aktivizační činnosti je baví, když zrovna nemají svůj špatný den. Domnívá se, že mnohdy je jejich život zde bohatší, než kdyby žili s rodinou, která by se krom nich musela starat ještě o domácnost a další povinnosti. Sem za nimi chodí na návštěvy, když mají čas a dokážou si spolu užít hezké chvíle.

Nedílnou součástí tohoto výzkumu bylo také pomocí rozhovorů zjistit, jakou důležitost přikládají motivaci klienta samotní pracovníci DZR. Jakou roli sehrává z jejich pohledu motivace ve spolupráci. Zda vnímají nějaké změny u klienta, který je v zařízení déle apod.?

Zdenka si nemyslí, že by klienti s délkou pobytu začali být více aktivní, přítomná nemoc, naopak člověka zneschopňuje. Význam každodenní motivace, Zdenka vidí v tom, že tyto osoby zůstávají déle soběstačné a mají dobrý pocit, že ještě něco dokážou a někdo si jich váží. Překážky, s nimiž se setkává, opět připisuje nemoci. Jmenuje projevy agrese, zlost, bludy, halucinace, zmatenost, agitovanost, apatii, poruchy chápání a komunikace a další, ale i ty které vychází z povahy člověka, které tito lidé neumí ovládat např. lenost a sobectví. Při zamyšlení, co je pro její práci s klientem přínosné, Zdenka uvádí, že určitě blízký vztah s klienty, který si s nimi buduje. Díky tomu, že má na starosti dlouhodobě stejné osoby, lépe je zná a oni k ní mají důvěru. Je ráda, že pracuje v malém zařízení, protože jsou jako velká rodina. Za důležité vnímá i podporu od ostatních spolupracovníků a rodiny klientů.

7.7.3 SHRUTÍ POZOROVÁNÍ PPP PŘI PRÁCI S KLIENTEM

Při péči PPP byla pozorována rozdílná míra spolupráce mezi jednotlivými klienty, tělesný stav nebyl hlavním limitem pro soběstačnost a snažení klienta, jimi byl spíše celkový duševní stav. Paní s překvapivě dobrou mobilitou, neměla viditelně zájem ráno stávat z lůžka a spolupracovat. Zatímco druhá, která byla značně omezena v chůzi i po stránce hybnosti horních končetin, byla daleko snaživější. Aktuální duševní rozpoložení a míra narušení kognitivních funkcí ve fázi onemocnění se podepisují na sebemotivaci osoby.

PPP vedou klienta k co největší samostatnosti, aktivně ho zapojují při sebeobsluze. Nechávací na jeho rozhodnutí, co si oblékne, kdy se chce osprchovat, jíst nebo vstávat. Jejich přístup však nezanechává klienta v nečinnosti, na veškerých aktivitách týkajících se jeho osoby se má aktivně podílet a s nimi souhlasit. Při nastalé situaci, kdy nechtěla klientka spolupracovat, byla motivována tím, co má ráda. Nebyl na ni vyvíjen žádný nátlak. PPP vyčkávali až začne sama chtít a k tomu se jí snažili vést.

7.8 INTERPRETACE DAT ZÍSKANÝCH Z POZOROVÁNÍ AKTIVIZAČNÍCH ČINNOSTÍ

Aktivizační činnost je součástí denního programu, probíhá pravidelně v pevně stanovený čas, dopoledne od 9:00 hod, trvá většinou přibližně do 10:30 hod a odpoledne od 14:30 hod do 15:30 hod.

Po snídani zůstává skupina klientů, kteří mají zájem aktivit se zúčastnit v jídelně. Ta slouží současně jako herna a společenská místnost. Ti klienti, kteří se zúčastnit nechtějí nebo patří do skupinky, která má vyhrazený program druhý den či v odpoledních hodinách, pokračují do svých pokojů, kde se jim věnují pracovníci přímé péče. Před začátkem aktivizačních činností si klienti v doprovodu pracovníků přímé péče (PPP) zajdou na toaletu a umýt si ruce po snídani.

V jídelně zůstává pravidelně okolo 7 až 10 klientů. Každý klient má možnost zvolit si své oblíbené místo. Většinou se klienti schází v kruhu, aby na sebe i na aktivizační pracovnice dobře viděli. Je-li to zapotřebí zaujímají místa u stolů, aby mohli pracovat na desce nebo například s psacími potřebami či hrami. Každý má svůj prostor, který vyhovuje jednotlivým aktivitám. Aktivity jsou vedené dvěma aktivizačními pracovníci (dále jen S/AP), které jsou zároveň sociálními pracovníci zařízení.

Vždy je určena jedna z nich, která činnosti v daný den řídí a druhá jí asistuje. Na začátku přivítají S/AP klienty. Pak následuje strukturovaný začátek aktivit, který je veden formou rozhovoru. Pracovnice se doptávají klientů na dnešní den, měsíc, roční období, svátky, významné události spojené s dneškem. Tyto otázky probouzejí zájem klientů a přivádí je na společné téma. Dávají jim možnost spontánního hovoru a vyjádření myšlenek. Zároveň je vedou k uvědomování si reality, přítomného okamžiku a k orientaci v čase. Níže je uveden záznam jednoho z počátečních rozhovorů v komunitním kruhu.

Orientace v čase a realitě

S/AP Alenka dnešní program povede a její kolegyně S/AP Petra jí bude nápomocna jako asistent. Na začátku S/AP Alena všechny srdečně vítá a společně se pozdraví. Následuje otázka: Kdo ví, jaký je den v týdnu a kolikátého dnes máme? Překvapivě pohotově reaguje a okamžitě odpovídá paní H. Nejen že rychle odpovídá, ale i odpovídá správně. Pak se snaží klienti zorientovat, jaké máme roční období. Někteří pohlédnou do okna, je šedivý zamračený den s těžkou mlhou, která nedovolí slunci proniknout paprsky. Zaznívá odpověď „podzim“ i „jaro“, nakonec se ujednotí na zimu. Na to začne paní L. radostně hlasitě pokřikovat: „Vánoce, sněhulák, sněží...“ S/AP Alena jí s úsměvem chválí a rozvíjí se debata, že letos ještě nenapadl sníh a jestli, když byli malými dětmi, poznali zimu s hodně sněhu, užívali si stavění sněhuláků a sjížděli na saních nebo na pytlích. Vzpomínají, že nedávno byly Vánoce, měli ozdobený stromeček a paní L. se vybaví děti, které jim přišly zazpívat a navazuje koledou: „Narodil se Kristus Pán, veselme se.“

Atmosféra v jídelně je velmi uvolněná, pohodová. Většinu zajímá, o čem se mluví, zaznívá smích.

Následující aktivity jsou zaměřené na testování kognitivních funkcí a jejich následný rozvoj. Jsou používány standardizované techniky, které jsou klientům předkládány opakovaně během pobytu. Na základě výsledků testů a zpracování úkolů jsou nabízeny klientům aktivity, které si kladou za cíl především zpomalit rozvoj jejich onemocnění. Jsou zároveň evaluací programu nabízeného klientovi. Výsledky, které z těchto aktivit pracovníci získávají, jsou cenným podkladem pro jejich ošetřující psychiatricku a zakládají se do dokumentace klienta. Z těchto aktivit je to možné

jmenovat např. test hodin, který je v odborných kruzích často užíván právě pro určení rozsahu postižení kognitivních funkcí.

Popis pozorování aktivity – Test hodin

Klienti obdrží od S/AP papíry, na nichž je na malovaná kružnice, jde o známý test hodin, který bude součástí dokumentace pro lékařku psychiatricku.

S/AP Alena se ptá: „Kolik je hodin?“ Paní H. koukne na svoje hodinky na ruce a hned správně odpovídá. Na to S/AP vyzve i další paní Z., která zatím jen mlčky dění pozoruje. Neví. Alena ukáže na hodiny visící v jídelně a snaží se jí pomoci přechíst čas. Jde jí to těžko, jen útržkovitě opakuje Alenina slova. „Je půl deváté?“ ptá se Alena. „Ano,“ paní Z. přikyvuje. Následuje pochvala a povzbuzení.

S/AP Petra rozdá fixy a klienti mají za úkol namalovat číslice do ciferníku hodin a zakreslit čas za 10 min 2 hodiny odpoledne. Pro některé je to velice těžký úkol, váhají. Paní Z. bezradně otvírá fixu a zas na ní nasazuje víčko. Paní H. využije svých hodinek a opisuje, je první. Jen hodinové ručičky nesměřují od středu k číslům, nejsou ve správné poloze, sice zakreslení není úplně stoprocentní, ale i tak jde o velký úspěch.⁶⁰

Postupně každý nějak zakresluje, někdo jen dvě dvanáctky vedle sebe. Paní Z. má stále prázdný papír. S/AP Alena jí pobízí, že bude poslední, a to přece nechce. Radí jí, ať koukne naproti k paní a opisuje, jako ve škole, přeci si musí nějak pomoci. I ona se snaží pod vedením S/AP úkol dle svých velmi omezených možností zvládnout. Čísla jsou nepřesně „rozsypaná“ v kružnici, některá úplně chybí. Hodinové ručičky nevyhází ze středu, jedna leží úplně dole a druhá se vznáší mimo ciferník. Po skončení aktivit vysvětluje S/AP, že u paní došlo během několika týdnů k výraznému zhoršení. Na dotaz, zda jsou S/AP toho názoru, že tyto aktivity vedou k rozvoji osobnosti klienta je podáno vysvětlení, že nemoc ACH má tendenci k zhoršování stavu a těmito činnostmi může být pokles pozvolnější a zachována po delší dobu alespoň částečná soběstačnost.

Mezi klientkami sedí paní T., je velmi povídavá, usměvavá a také ve svých projevech „hodně osobitá.“ Při testu hodin, píše do ciferníku slova, co jí zrovna napadají⁶¹ a tváří se, že nebude dělat, co ostatní, prozpěvuje si a recituje. Později S/AP Alena vysvětluje svůj přístup ke klientce, že paní T. není radno do něčeho tlačit, dokáže se prý během chvilky naštvat a velice rozrušit.

⁶⁰ Poznámka: obrázek hodin paní H. v příloze B.

⁶¹ Poznámka: tento obrázek nemohl být součástí přílohy, neboť klientka do ciferníku vepsala i svoje jméno a v rámci zachování ochrany dat ze strany DZR nebyl poskytnut.

Test hodin vyplnila také paní J.⁶² Tento úkol byl pro ni velmi obtížný, přesto se do jeho plnění pouštěla s velkou chutí. Na hodinách zaznamenala správně umístěné číslo 10, 12 a vepsala slova jedna, dvě, hodina, minuta, jako by se snažila v mysli udržet to podstatné. Hodinové ručičky již nezakreslila. S/AP Petra se v následném rozhovoru zmínila také o této paní J., která je nyní v dobré náladě, spolupracuje. Včera však byla velmi rozrušená, celý den křičela, pracovníci museli její stav řešit s lékařkou a podat vhodnou medikaci. S/AP Petra si její chování vysvětluje, že se jí asi zastesklo po synovi, okamžitě za ním chtěla jít a žádná domluva nebyla s paní možná. Sociální pracovnice uvádí, že se s problémy agresivity, hněvu, agitovanosti a pláče u lidí s ACH pracovníci často setkávají, někdy stačí nějaká vzpomínka, která vpluje na mysl a nemocný tento stav nedokáže racionálně zpracovat. Velmi pracovníkům v DZR pomáhá spolupráce s lékařkou oboru psychiatrie z Klatovské nemocnice, která je zkušeným odborníkem přes tyto stavy.

Při této aktivizační činnosti si lze všimnout, že S/AP uplatňují osobitý přístup ke každému klientovi, dobře jej znají a dokážou předvídat jeho reakce. Citlivě k lidem přistupují, chválí je, vybízejí je k činnosti, ale nenutí je. Motivují je k plnění různě obtížných úkolů, ale zároveň přistupují ke každému z pohledu jeho možností. Bylo pozorováno, že klient dostává např. tak složité otázky, aby byl motivován k hledání odpovědi a za tyto odpovědi je následně chválen a povzbuzován k dalším činnostem.

Vyplňování listu s výrazy obličejů

Následujícím úkolem bylo dokreslování listu s obličejí. Pod každým obrázkem bylo napsáno, jakou emoci nebo stav obrázek vyjadřuje, např. pláče, směje se, mračí se, křičí, spinká. Překvapující bylo, že většina klientů neměla problém přečíst text, ale ve vyplňování byli jen někteří úspěšní, jiní místo domalování úst, nosu a očí, opsali text pod obrázkem.⁶³

Na vyplňování hodin a obličejů se nepodílel pouze jeden klient, ten místo papíru a fixy dostal dřevěný technický hlavolam na procvičování logického úsudku a motoriky rukou. Výběr aktivizačních činností vychází z individuálních možností a přání a potřeb jednotlivců. S/AP v následném rozhovoru vysvětlila, že pánova jemná motorika rukou velmi omezena nejen prohlubující se ACH, ale též opakovanými mozkovými

⁶² Poznámka: obrázek hodin paní J. v příloze C.

⁶³ Poznámka: obrázek v příloze D, E.

příhodami, a proto prvořadým úkolem je zlepšení motoriky a také logopedie, neboť pán velmi omezeně a špatně artikuloval. Během doby, kdy ostatní plnili jiné úkoly, on se soustředil na vkládání a rozebírání částí hlavolamu, poté co činnost dokončil se ho zeptala S/AP, jestli chce stavět věž. Souhlasil, tak dostal dřevěné kvádry a on je skládal na sebe do vysokého komínu. S/AP uvedla, že tento klient je vysokoškolsky vzdělaný člověk, a i přes své projevy demence Alzheimerova typu, stále dokáže vypočítat i náročné příklady.

Jednou z často využívaných aktivit je Hra s písmenky. Jedná se opět o procvičování kognitivních funkcí. Klient je veden k myšlení, vybavování slov z paměti, správné artikulaci, fonematickému uvažování, popřípadě také reaguje na náповědu, která mu má umožnit na hledání slovo přijít. Níže je uveden jeden z pozorovaných průběhů této činnosti.

Hra s písmenky

S/AP Petra nabídla každému klientovi jednu kartičku s písmenkem, dokonce i paní T., chtěla písmenko, ale musí to být „A“, schovala si ho pod stůl a byla spokojená. Ostatní si položili kartičky viditelně před sebe a Alenka jednoho po druhém vyzývala, aby vymýšleli na svoje písmenko mužské jméno. Docházelo ke komickým situacím, kdy klientka smlouvala, že na její písmenko žádné jméno není. Velmi aktivní paní J. napovídala, až jí S/AP Alenka s humorem slíbila naplácání na zadek. Smála se a po včerejším smutku nebyla ani památka.

Následovalo vyjmenovávání ženských jmen a pak ovoce, kdy se paní na náповědu k písmenku T., je to červené a dáváme si to za uši, domnívala, že jsou to tykve. Nikdo se jí nesmál, ostatní se jí snažili pomoci, najít to správné slovo. Ovoce na písmenko „B“ paní T. vykřikla bonbony. Když se dozvěděla od jiné klientky, že bonbony nejsou ovoce, řekla, že to nevádí, že jsou dobrý a taky koláče.

Posledními hledanými slovy byly okolní vesnice, při této činnosti probíhalo povídání si o tom, kdo to tam zná, kde bývá masopust a kde pečou nejlepší koláče.

Zpěv

V DZR je další velice oblíbenou aktivizační činností zpěv. Je činností, která je povětšinou zařazována na samý závěr dopoledního i odpoledního programu. Jeho přínosem je, že vede k navození příjemné atmosféry, sblížení klientů a mohou se jej účastnit všichni najednou. Bylo pozorováno, že klienti se jej účastní s různým stupněm

vlastní iniciativy, někteří zpívají, jiní se o zpěv a občasné přizvukování pokoušejí, někteří si broukají a jiní jsou pouze pasivními sledovateli. Bylo patrné, že i tito klienti byli při něm spokojeni.

Níže je uveden příklad toho, jak bylo zpívání pozorováno během jednoho vybraného dne.

V závěru programu se S/AP zeptala, jestli si klienti chtějí zaspívat. Nikdo nebyl proti. Petra spustila na televizi vybrané lidové písničky. Většinu textů písni klienti znali a nadšeně zpívali. Paní T. do rytmu poklepávala rukama do desky stolu a radostně se kývala se strany na stranu a volala, že chce tančit. Nakonec zůstala spolu s ostatními sedět, ale velmi si hudbu užívala. S/AP oslovila jediného přítomného pána a zjišťovala, jestli chodíval na plesy nebo taneční zábavy, na co rád tancoval. Klienti pak vzpomínali, na svoje mladá léta, jak se tančil valčík a polka.

V průběhu aktivit dvě paní chvilkami usínaly. S/AP se jich ptala, jestli jim není špatně. Nabízela jim, pokud chtějí, přivolá pracovnice přímé péče a mohou odejít na pokoj, ony však měly zájem zůstat ve skupině až do konce. Paní T. hovořila k podřimujícím klientkám, aby nespaly, vybízela je, ať s ní zpívají a tleskají. S/AP se je snažila motivovat k znovu zapojení do programu. Vyzvala je, ať vyberou svoji oblíbenou písničku, kterou si s nimi zaspívají, jedné z nich dostala do ruky chrastítko a druhá dřívka, aby dělaly hudební doprovod. Tato metoda se osvědčila, klientky znovu nabyly svoji pozornost.

Ukončení terapie

Ke konci programu se rozrušeně ozvala klientka, že nutně potřebuje na záchod, rychle se zvedla k odchodu. S/AP okamžitě reagovala na její tělesné potřeby a místním telefonem přivolala službu pracovnic přímé péče a ty paní doprovodili.

Na závěr si klienti společně zatleskali a rozloučili se s ostatními. Sociální pracovnice se zajímala, kdo chce, aby se za nim zastavila na pokoji, jestli něco potřebuje akutně řešit.

S/AP zmínila, že každý klient v domově má svého klíčového pracovníka, ale s žádostí o pomoc se může obrátit na kohokoliv, neboť pracovníci úzce spolupracují.

Rozhovor s S/AP po ukončeném aktivizačního programu vedl k rozšíření sběru zjišťovaných dat, jaké další aktivity jsou pro klienty organizovány. S/AP Petra uvedla, že většina aktivit vychází z přirozeného života v domově: procvičování sebeobsluhy,

používání předmětů denní potřeby a doplňují je zájmové aktivity. Podpůrnými aktivizačními činnostmi jsou procvičování paměti, reminiscence, muzikoterapie, sledování starých filmů, luštění testů, slovní doplňovačky, rozpoznávání předmětů, pohybové aktivity, společenské hry, tematické programy podle ročních období a svátků. Oblíbené jsou aktivity na zahradě nebo jen odpočinek venku. Zpestřením bývají výlety po okolí, kulturní akce a společné zpívání s dětmi ze základní školy. S/AP Alenka doplnila, že si uvědomuje nynější pozitivní situaci v DZR, neboť většina klientů je relativně soběstačná, dá se však předpokládat, že tento stav se bude s časem měnit a tím i způsob péče a nabízené aktivity.

7.8.1 SHRNUTÍ POZOROVÁNÍ PŘI AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI S/AP S KLIENTY

Zjišťované cíle:

Použité terapeutické metody

S/AP využívají pestrou škálu vhodných terapeutických metod. Během aktivizačních činností docházelo procvičování kognitivních funkcí vyplňováním předložených listů, orientaci v realitě, v čase i prostoru, procvičování jemné i hrubé motoriky, logopedie, čtení a psaní. Uplatňovány byly prvky reminiscenční terapie zejména při zpěvu a sledování „černobílých“ filmových záběrů, vzpomínání na prožité události v období mládí. Přínosná se jevila i muzikoterapie a relaxace.

Zájem klientů o aktivity a spolupráce ve skupině

Většina klientů se zapojovala se zájmem o danou aktivitu. Někteří pozorně sledovali zadávané úkoly, jiní nebyli schopni soustředit se a pracovníci se snažili upoutat jejich pozornost individuálně. Objevovala se i vzájemná pomoc mezi klienty, značící pro fungující sociální vztahy ve skupině. Pokud někdo nevěděl, vždy se našel někdo, kdo by pomohl. Nedochovalo k žádnému posmívání ani rivalitě.

Postupy a přístupy S/AP při aktivizační činnosti

S/AP se snažily zadávat úkoly klientům srozumitelně, přesto během jejich plnění museli být někteří klienti k činnosti opakovaně vybízeni a motivováni, neboť ne vždy byl klient schopen zadání pochopit a splnit. Bylo třeba úkol klientovi zjednodušit, aby dokázal postoupit v plnění dál. Za každým krokem při dosahování cíle následovala pochvala a povzbuzení. Byla pozorována situace, kdy dvě klientky v průběhu aktivit

usínaly, ale S/AP dokázaly znovu upoutat jejich pozornost a aktivně je opět zapojit do probíhajících činností. S/AP volily individuální přístup ke každému klientovi, zvažovaly jeho možnosti a dle jeho schopností volily obtížnost úkolu.

Celková atmosféra při terapii, vznikající obtíže a jejich řešení

Jednání S/AP se seniory bylo velmi milé a klidné. Uvolněná atmosféra, kterou dokázaly vytvořit, vyvolávala zájem a pozornost klientů. Vnímán byl individuální přístup ze strany pracovníků, kdy byla respektována lidská důstojnost a jedinečnost. S/AP si byly vědomy, které situace vyvolávají konflikt, znaly varovné signály v chování klientů, nesnažily se je do ničeho nutit, nabízely aktivity, motivovaly je k činnosti, ale jestli se klient zapojí, nebo bude jen přihlížet, nechávaly na něm.

Respektování přání a zájmů při aktivizační činnosti

S/AP měly předem připravený program, ale průběžně se ptaly klientů, jestli se chtějí účastnit zvolené činnosti. Chtějí-li zpívat, jaké písničky se jim líbí, jestli si zahrají hru s písmenky. Pánovi, který skládal hlavolamy, nabízely, zda chce stavět i věž, volily činnosti, které pro něj budou prospěšné. S/AP respektovaly přání klientů. Zmiňovaná klientka T. žádala při hře s písmenky písmenko „A“, poté si ho schovala pod stůl a dále s S/AP nespolupracovala. Nebylo nutné, aby klient plnil všechny zadané úkoly, velkým přínosem se jevil i samotný sociální kontakt s ostatními.

7.9 ADAPTACE V PROSTŘEDÍ A SPOLUPRÁCE S RODINOU

Při rozhovorech se S/AP bylo zjišťováno, jak probíhá přijetí a adaptace nového klienta v DZR. S/AP Petra přiblížila dokumentaci klienta, objasnila roli klíčového pracovníka a nastínila spolupráci s kolegy. Uvedla, že s nástupem klienta do DZR je spojeno velké množství administrativních úkonů. Nejprve klient nebo jeho zástupce podá žádost o tuto službu, zde dokládá i vyjádření lékaře, poté je zapsán do pořadníku čekatelů. Sociální pracovník provede šetření k získání osobní a sociální anamnézy, údaje o příspěvku na péči. Před nástupem klienta je uzavřena smlouva o poskytování služeb sociální péče přímo s klientem nebo s jeho opatrovníkem. Při nástupu klienta mu je přidělen tzv. klíčový pracovník, který se snaží ulehčit adaptaci seniora v novém prostředí, navázat vztah důvěry a bezpečí. Hodnotí se Barthelův test základních všedních činností ADL. Zjišťuje se, v kterých oblastech a v jaké míře je potřebná dopomoc klientovi a jaká jsou rizika. Sociální pracovník sestavuje individuální plán

služby, který je orientován na klientovy potřeby a přání. Zdravotní sestra zaznamenává do dokumentace ošetřovatelský plán, vyhodnocuje nutriční stav klienta, doplňuje zdravotní anamnézu o alergie, zhodnocuje celkový zdravotní stav. Se získanými daty dále pracuje ohledně léčby a prevence. Motivuje klienta ke spolupráci a péči o jeho zdraví.

Z rozhovoru vyplynula odpověď na otázku: Jak si nově umístění klienti dokážou zvyknout na cizí prostředí, jestli nečekají, že si je rodina zase druhý den vyzvedne? S/AP Alenka uvedla, že někteří klienti neberou pobyt zpočátku jako trvalý, rodina jim většinou říká, že jsou zde na rehabilitaci. Klienti často ztrácejí pojem o čase, jak dlouho zde již žijí. Jiní přichází sami jako do domova důchodců, neboť si uvědomují, že již to doma nezvládají. Většinou nemají hlubší problém zvyknout si na nové prostředí, neboť je jim v počátcích věnována zvýšená pozornost a péče při adaptačním programu.

V souvislosti s adaptací byla řešena otázka: Jestli pracovníci doporučují rodinným příslušníkům klienta, aby ho po přestěhování do domova často navštěvovali, jestli tím klient nereaguje více lítostivě na odchod návštěvy a nastalá situace nepřidělavá více práce a překážek? Na základě odpovědi S/AP Alenky lze vnímat možné zkomplikování situace pro obě strany. V tomto období může být klient více přecitlivělý, častěji rozrušený, plačtivý i podezřívavý. Rodina řeší správnost svého rozhodnutí a mnohdy i obviňování svým blízkým. Zde nastupuje podpora ze strany sociálních pracovníků k rodinným příslušníkům i klientovi. Je primární snahou nepřetrhat rodinné vztahy. Klient má vědět, že na něj příbuzní myslí, stále s ním počítají, i když ho již nemůžou mít vedle sebe. Pokud rodina dobře funguje a ze strany klienta to je možné, bere si ho v rámci návštěv i mimo zařízení. Jako příklad lze uvést, že nedávno vnuk jedné klientky slavil svatbu a rodina jí na ni pozvala, obě strany měly krásný pocit, že mohou být při takto významné rodinné události spolu. Paní si po návratu přinesla pro ostatní klienty svatební koláčky a hrdě ukazovala fotografie svatebčanů.

S/AP Petra uvedla, že dobrá spolupráce s rodinou je pro pracovníky klíčová. Každý klient má svoji truhlu s osobními věcmi, tu většinou pomáhá naplnit rodina. Obsahuje rodinné fotografie, obrázky od vnoučat, dárečky a též věci, které klient často používal a dokážou probouzet vzpomínky. Klienti se jimi rádi probírají, využívány jsou i při individuální a skupinové reminiscenční terapii. Při přijetí klienta žádají pracovníci rodinu, aby jim o svém blízkém sdělila co nejvíce informací z jeho života, co má rád, na

co je zvyklý i co ho dokáže rozrušit nebo naopak uklidnit. Vše je zaznamenáno v jeho osobní složce dokumentace a velmi to pak usnadňuje práci a inspiruje při činnosti se vzpomínkami „kdo jsem“, „co jsem prožil“. Zváni jsou rodinní příslušníci, aby byli přítomni skupinkové či individuální reminiscenční terapie. Zaměstnanci se tak dozvídají o klientovi více událostí z jeho života, někdy bývá vyprávění velmi poutavé se skvělou atmosférou. Dochází tak k většímu vzájemnému sblížení, které je důležité ke spolupráci v péči o seniora. Bývají organizována pravidelná setkání s rodinnými příslušníky, třeba s opékáním vuřtů. Před Vánocemi společně pekli a zdobili perníčky, na jaře plánují zopakovat vycházku do přírody.

7.10 INDIVIDUÁLNÍ PLÁN KLIENTA

Další oblastí výzkumu bylo nalézt, jak může být klient s demencí motivován, co je pro pracovníky vodítkem v plánování individuální péče a denních aktivit. Dotazováním se S/AP Petry bylo zjištěno, že u každého klienta je sestavován tzv. Individuální plán, který splňuje principy Rogersova psychoterapeutického přístupu orientovaného na člověka. Plán prochází aktualizací a pravidelným vyhodnocováním (minimálně 1x za měsíc). Jsou stanoveny přání a potřeby klienta, cíle, kterých má být za pomoci služby dosaženo. Cíle mohou být dlouhodobé a krátkodobé. Spolu s klientem nebo jeho opatrovníkem se hledají dílčí kroky jejich k dosažení. V tomto kroku se pracuje hlavně s motivací klienta, vychází se z toho, co chce on a podporuje se k aktivizaci. Ideou spolupráce je přiblížit se k plnohodnotnému životu s co nejrozsáhlejším zachováním sebeobsluhy. Vždy se vyhodnocuje možné riziko spojené s plněním přání.

Přáním klienta může být např. zlepšení hybnosti po propuštění z hospitalizace v nemocnici. Plánem bude zvýšeně poskytovat rehabilitační péči a zařazovat cílené pohybové aktivity.

Zaznamenáno bylo i přání klientky, pravidelně dostávat sladkosti. Jelikož nebyl žádný zdravotní důvod proti, bylo jí přání plněno. Naplánována byla i procházka do nedaleké cukrárny na náměstí. S každým přáním klienta je spojena jeho aktivita a nácvik soběstačnosti. Klientka před odchodem pro vysněný zákusek do cukrárny absolvovala přípravu s výběrem oblečení, úpravou účesu, použila i oční stíny a rtěnku. V doprovodu pracovnice přímé péče, a ještě s dvěma kamarádkami z DZR vyrazila do cukrárny. Sama si vybrala, na co měla chuť. Byl to pro ni pestrý zážitek.

S/AP přiblížila i přání další klientky H., která ráda háčkuje. Již od mládí to byl její koníček, kdy ještě nebylo možné na děti všechno koupit. Vzala si s sebou do DZR panenku, kterou koupila svojí dceři, když byla malá. Má pro ni uháčkované čepičky a svetříky. Na ruční práce je stále velmi šikovná, vyzdobuje dečkami svůj pokoj a rozdává svoje výrobky i personálu. Vždy má radost, když jí někdo dílo pochválí, připadá si užitečná. Na Vánoční stromek po celý rok vyrábí háčkované zvonečky. Jejím individuálním přáním je mít stále dostatek příze a háčky různých velikostí.⁶⁴

S/AP Petra si uvědomuje, že někdy jde o drobnosti, které dělají klientovi radost, cítí se však díky nim respektován a podporován.

7.11 INTERPRETACE ROZHOVORŮ S PRACOVNÍKY V DZR

Podle dílčích výzkumných otázek:

Z čeho pracovníci vycházejí při aktivizaci klienta?

Pracovníci vycházejí ze znalostí jednotlivých klientů, **zkušeností**, jak reagují na podněty a jaké jsou jejich zvyky a co mají rádi. Pracovnice PPP Katka uvedla, že je velice důležité to, že klienty znají. Na základě toho pak dokážou předvídat jejich reakce na podněty, neboť určené klienty má na starosti dlouhodobě, většinou jako klíčový pracovník. Všechny dotazované pracovnice se shodly na tom, že se snaží monitorovat aktuální potřeby klientů. Jako příklad byla zmiňována potřeba spánku.

Mezi dokumenty, z nichž vychází práce s klientem patří **Individuální plán** klienta a ADL test soběstačnosti

S/AP Petra při popisu adaptačního procesu klienta v zařízení hovořila o sepsání Individuálního plánu péče zahrnující jeho přání a potřeby. Klíčový pracovník sestavuje spolu se sociálním pracovníkem individuální plán služby, který je orientován na klientovy potřeby a přání. Pracuje se v něm s motivací klienta. Vychází se z toho, co chce on a podporuje se k aktivnímu zapojení.

Druhý důležitý dokument vychází z vyhodnocení ADL testu, který umožňuje zmapování soběstačnosti a rizik. Užíván je *Barthelův test základních všedních činností ADL*, pomocí kterého se zjišťuje, v kterých oblastech a v jaké míře je potřebná dopomoc klientovi a jaké jsou rizika.

⁶⁴ Poznámka: v příloze A je uveden sestavený individuální plán klientky H. zahrnující její potřeby a přání.

Pracovníci se shodují, že **spolupráce s rodinou** je nedílnou součástí při práci o klienta. Při přijetí osoby do DZR se snaží pracovníci získat co nejvíce informací o klientovi od rodiny. Zajímají se o jeho vztahy, které jsou pro něj důležité. Doplňují si informace o jeho prožitém životě, zálibách, zvycích, okolnostech, které ho dokážou rozrušit nebo zklidnit. Zakládají s příbuznými krabici se vzpomínkovými předměty, která obsahuje jeho fotografie a další věci, které důvěrně zná. Pracovníci se snaží, aby nebyl přerušen kontakt s rodinou, pořádají akce, na něž jsou blízcí klienta zváni.

Volený přístup k osobě vychází z **vnitřního přesvědčení** pracovníků, že přiměřená aktivita je žádanou prevencí zhoršování zdravotního stavu klienta, stejně i poruch chování, bdění a spánku. S/AP Petra uvedla, že ideou spolupráce s klientem je přiblížit se k plnohodnotnému životu s co nejrozsáhlejším zachováním sebeobsluhy.

Kdo se na motivaci klientů podílí?

Z rozhovorů s pracovníky vyplývá, že je důležitá součinnost všech odborníků, kolegů, rodiny a přátel.

Hlavním úkolem PPP je kromě ošetrovatelské péče motivovat klienta při jeho sebeobsluze v denních činnostech, hygieně, oblékání a stravování. Zapojovat ho do běžných úkonů např. úklidu pokoje, drobných prací na zahradě a při zájmové aktivitě.

Klíčový pracovník spolu s klientem hledá při sestavování Individuálního plánu péče vhodné motivy (zájmy, přání a potřeby), které ho povedou k aktivní činnosti. S/AP Petra přiblížila, jaká přání bývají zaznamenána a umožnila nahlédnout do dokumentace Individuálního plánu klientů. Vždy je uvedeno, jakým způsobem bude potřeba plněna, kdo se bude podílet a jsou vyhodnocena případná rizika,

S/AP připravují a realizují vhodné terapeutické aktivizační techniky v denním programu. Zaměřují se na procvičování kognitivních funkcí, udržování mobility, jemné i hrubé motoriky. Vedou k relaxaci, sociálním kontaktům, psychické podpoře a sebeuvědomění. S/AP organizovanými činnostmi klienty motivují prožívat den aktivně, něčeho dosáhnout, udržet si svoje schopnosti a uznání od druhých.

Zdravotní sestry a lékaři napomáhají k zdravé životosprávě klienta, k předcházení zdravotním komplikacím, motivují ho k dodržování léčebného režimu včetně užívání léků.

Pozitivní vliv na klientovu motivaci mohou mít též spolubydlící klienti. Pečovatelka Katka uvedla, že si zde senioři nachází přátele, s nimiž se vzájemně podporují a pomáhají si.

Rodinní příslušníci a přátelé se při svých návštěvách významně zapojují do motivace klienta, neboť ho důvěrně znají a působí na jeho emotivní stránku. Rozšiřují jeho možnosti aktivizace i mimo zařízení.

Jaké aktivity se klientům v DZR nabízí?

Je snaha, aby se aktivity klienta podobaly běžnému dni v domácím prostředí. S/AP Petra uvedla, že většina aktivit vychází z přirozeného života v domově, procvičování sebeobsluhy, používání předmětů denní potřeby a jsou doplněny o zájmové aktivity. Jimiž jsou procvičování paměti, reminiscence, sledování starých filmů, luštění testů, slovní doplňovačky, pohybové aktivity, společenské hry, tematické programy podle ročních období a svátků. Dále také pobyt a zábava na zahradě, výlety po okolí, kulturní akce, společné zpívání s dětmi ze základní školy a mnoho dalších.

Z rozhovoru se S/AP Petrou bylo zjištěno, že ve zvolených aktivitách bývá dán prostor pro pravidelná setkávání s rodinnými příslušníky. Před Vánocemi společně pekli a zdobili perníčky, na podzim opékali na zahradě vuřty a na jaře plánují zopakovat vycházku do přírody.

V DZR jsou podporovány též aktivity, které mají klienti jako koníčky. Příkladem byla dána klientka H. ráda háčkuje a na Vánoční stromek po celý rok vyrábí háčkované zvonečky.

S/AP Alena uvedla svoje obavy ze zhoršujícího se zdravotního stavu klientů s postupem nemoci. Uvědomuje si, že i nabízené aktivity v DZR se budou měnit dle skladby a schopností obyvatel.

Jaké překážky v motivaci a chování klienta musí být překonávány?

Pracovníci se shodují, že demence se sebou přináší změny osobnosti člověka, poruchami chápání a komunikace. Setkávají se s agresí, halucinacemi, depresí, zmateností, agitovaností, apatií. Jsou to stavy vyvolané prohlubujícím se onemocněním, které ztěžují práci s klientem. Na jejich překonávání musí volit specifický způsob jednání. Domnívají se, že v počátcích krizových situací je lépe počkat a pokusit se odvést klientovu pozornost od okolností, které ho zneklidňují k pocitům bezpečí

a pohody. Je třeba ho citlivě motivovat, ne něco násilně přikazovat, vynucovat nebo jej přesvědčovat. Pracovníci se musí obrnit trpělivostí a mnohdy vyhledat pomoc pro klienta u lékařky z oboru psychiatrie. Ve vyhrocených stavech se s velkou rozvahou užívají omezovací prostředky, které slouží pouze k prevenci poškození klienta.

Obtížném období může být nástup nového klienta do zařízení. Klíčový pracovník od počátku s klientem zvýšeně spolupracuje, snaží se ulehčit adaptaci seniora v prostředí, navázat vztah důvěry, bezpečí a tím i předejít komplikacím v jeho chování.

8 SHRNU TÍ VÝZKUMU

Hlavním výzkumným cílem bakalářské práce bylo zjistit: Jaké jsou pracovní zkušenosti pracovníků DZR ohledně motivace klientů a aktivizace v rámci denních činností, jestli klienty s demencí lze aktivovat.

Z výzkumu vyplývá, že i pro lidi s ACH je přirozené trávit den aktivně, vítají pozornost druhých a sociální kontakt je pro ně důležitý.

V DZR Domažlice jsou organizovány aktivizační činnosti, sociální pracovníci umí vhodnými aktivitami klienty zaujmout a oni se rádi účastní. Během dne jsou podporováni k aktivní sebeobsluze a je jim minimálně dopomáháno, vždy s ohledem na aktuální zdravotní stav. Zodpovědnost je přenášena na klienta, aby byl co nejdéle soběstačný. Jsou chváleni za každou snahu. Je dbáno na jejich bezpečí. Nabídka aktivit je velmi široká, vychází z přirozeného života v DZR, jiné mají terapeutické zaměření a slouží i k zaplnění volného času. Podporovány jsou i koníčky klientů. Na vybrané společenské akce bývají zváni i rodinní příslušníci, to přispívá k udržování vztahu mezi klientem a jeho rodinou, a též k prohlubování spolupráce a důvěry mezi rodinnými příslušníky a pracovníky DZR.

Na motivaci klienta spolupracuje celý tým pracovníků: pracovníci v přímé péči, sociální/aktivizační pracovnice, klíčoví pracovníci, lékaři a zdravotní sestry, velkou měrou se podílí rodinní příslušníci a též i spolubydlíci. Důležitý je navázaný vztah důvěry a bezpečí a osobní zkušenosti pracovníků. Veškerá aktivizační činnost by měla vycházet z přání či potřeb či biografie člověka a mělo by docházet k součinnosti s rodinou a kolegy či odborníky.

Oslovení pracovníci uvedli, že mají patřičnou kvalifikaci pro práci s klienty, zúčastňují se školení a seminářů, které prohlubují jejich teoretické znalosti o problematice Alzheimerovy choroby, vítají i pravidelnou supervizi. Jejich profesionální přístup se opírá o bohatou praxi. Mají zkušenosti s chováním klientů s ACH, dokážou zvládat běžné projevy agrese, apatie, dezorientace a další, které jsou průvodními znaky onemocnění. Krizové situace nedávají za vinu klientovi, ale nemoci. Shodují se, že v přístupu ke klientovi je třeba zachovávat klid a udržet si trpělivost, snažit se najít možný kompromis.

Vztahy mezi pracovníky a klienty, které mohly být pozorováním posuzovány, se zdají být příjemně osobní. Vnímán byl individuální přístup ke klientovi vycházející ze znalosti jeho podrobné anamnézy.

Při aktivizaci klienta pracovníci vycházejí z rozhovorů s klienty, rodinnými příslušníky, z lékařské a sesterské dokumentace, ze spolupráce s kolegy, z hodnocení ADL testu denních činností, z pečlivě sestaveného klientova Individuálního plánu služby zaměřeného na jeho přání a potřeby. Opírají se o zkušenosti s klientem, jeho reakcí na podněty, znalostí klientovy minulosti a aktuálního stavu, rodinné anamnézy a současných vztahů.

Autorka bakalářské práce se během svého výzkumu setkala s příkladem velmi dobré praxe. Lze konstatovat, že klienti v DZR Domažlice pouze nepřežívají, ale žijí, neboť pracovníci pochopili smysl péče o seniory, jednájí s nimi s úctou a láskou a uvědomují si význam aktivizace.

8.1 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Hodnotu zpracování daného tématu bakalářské práce autorka spatřuje ve vlastním vnitřním obohacení, nejenže mohla podrobněji nahlédnout do problematiky ACH, ale též si uvědomila, že aktivizace těchto osob je nejen možná, ale i nutná. Souhrou okolností se v DZR setkala s klientkami, které ji byly známé z jejich předešlých hospitalizací v nemocnici. Právě ony byly těmi, které trávily den na nemocničním lůžku s téměř úplnou nečinností až apatií, zatímco v DZR byly lidmi se svojí důstojností a zájmy.

Autorka doporučuje vznést podnět nejen k vedení Domažlické nemocnice, zamyslet se nad péčí ve zdravotnických zařízeních ohledně klientů s demencí. Interní oddělení mají mnohdy roli přestupní stanice mezi domovem a následným sociálním zařízením. Pobyty na těchto standartních odděleních, vzhledem k nízké kapacitě sociálních zařízení bývají dlouhodobé. Stálo by tedy za zvážení, není-li potřebné přijmout aktivizačního pracovníka, který by byl během dne přítomen pro tyto lidi k udržování jejich aktivity a zájmu. Je nutné zachovat lidem i v nemoci jejich důstojnost, nezávislost a sebeurčení. Potřebují víc než jen zdravotní péči zaměřenou na patřičnou diagnózu, ale též individuální přístup respektující komplexně lidskou bytost.

Za další téma výzkumné činnosti navrhuji zabývat se zájmem pacientů o aktivizační činnost v konkrétním zdravotnickém zařízení a zmapováním možností realizace projektu i po stránce prostorové a personální.

Pokud bude nově zařazen do týmu lůžkových oddělení aktivizační pracovník, jistě by mu byly velmi cenné zkušenosti pracovníků přímé péče a sociálních pracovníků DZR Domažlice, neboť zde ví, které metody aktivizace jsou pro seniory s demencí přínosné a vítané. Znájí, jak ke klientům s demencí přistupovat, proto v případě potřeby bych zde navrhovala jeho praxi.

ZÁVĚR

V závěru bakalářské práce jsou shrnuty jednotlivé části a zhodnocena jejich realizace. Tato bakalářská práce byla zaměřena na péči o klienty s Alzheimerovou chorobou v Domově se zvláštním režimem v Domažlicích. Byly v ní kladeny otázky, je-li možné tyto osoby k aktivitám účinně motivovat, jsou-li klienti během dne aktivní nebo převládá jejich pasivita, kdo se na aktivizaci v DZR podílí, jak probíhá spolupráce v denních činnostech. Jaké mají pracovníci v DZR zkušenosti s motivací klientů?

Teoretická část měla za úkol nastínit problematiku onemocnění ACH. Studium související odborné literatury byla snaha o pochopení specifického chování nemocných s ACH a získat vhled do možné péče o tyto klienty v Domově se zvláštním režimem. Autorka při psaní studovala dostupnou literaturu v knižní i internetové podobě, navštívila internetové stránky organizací zaměřené na práci s lidmi s ACH. Zjistila, že na dané téma je dostupné dostatečné množství informací nejenom v písemné formě, ale i zpravodajská média vysílají publicistické pořady o ACH.

Teoretická část je rozdělena na šest kapitol. První kapitola se zabývala fyziologickými projevy stáří, vývojovými změnami a potřebami seniorů. Druhá kapitola hovořila o demenci, symptomech a klasifikačním rozdělení demence. Třetí kapitola se věnovala Alzheimerově chorobě, jednotlivým stádiím, projevům, příčinám a možné léčbě. Ve čtvrté kapitole je popsána sociální služba Domov se zvláštním režimem. Seznamuje s kvalifikačními a osobnostními předpoklady pracovníků, kteří se podílí na přímé péči o klienta. Pátá kapitola se dotýkala principu motivace a s tím spjatým pojmem motiv a potřeba. V poslední šesté kapitole byly zmíněny některé podpůrné aktivizační činnosti, které lze využít při řízené aktivizaci klienta.

Praktická část je členěna na dvě kapitoly, první je výzkum a druhou shrnutí výzkumu.

V kapitole nazvané Výzkum byl nejprve objasněn cíl, pak popsán způsob a použité metody, výzkumný vzorek a místo realizovaného výzkumu. Dále je zaznamenán průběh samotného výzkumu při návštěvě v DZR Domažlice, předloženy výsledky pozorování a zprostředkované rozhovory s dvěma sociálními/aktivizačními pracovníci a pracovníky přímé péče.

Druhá kapitola shrnuje a zobecňuje výsledky získané výzkumem, doplněno je vyplývající doporučení pro praxi.

Při realizaci praktické části výzkumu se autorka setkala s komplikacemi ohledně záznamu rozhovorů a zpřístupnění dokumentace klientů. Měla v úmyslu do bakalářské práce zahrnout přímý přepis rozhovorů, ale vlivem nesouhlasu ze strany respondentů k použití audio zařízení toto nebylo možné. Obsah rozhovorů byl přepsán na podkladě poznámek, které si autorka během návštěv zařízení zaznamenala heslovitě do bloku. Dokumentace klientů byla autorce zpřístupněna anonymně a velice omezeně. Pečlivě byl brán ohled na ochranu dat klientů, toto jednání je pochopitelné, ale při výzkumu mnohdy svazující.

Dá se hodnotit, že zvolený cíl bakalářské práce byl dosažen, ne však v takovém rozsahu, jak bylo na počátku předpokládáno. Hlavní překážkou byla již zmíněná ochrana osobních dat a problém se záznamem rozhovorů. Dá se konstatovat, že podrobnější seznámení se s možnostmi a úskalími motivace klientů by vyžadovalo podrobnější poznávání práce s klienty v DZR a získání větší důvěry ze strany pracovníků. Jednou z možností by bylo zapojení se do dlouhodobější praxe v tomto zařízení, případně uzavření pracovního poměru na vhodnou pozici.

Motto:

„Nemůžeme dojít na konec svého života a zjistit, že jsme žili jen jeho délku. Je třeba žít také jeho šířku a hloubku.“

Diane Ackerman

„Úroveň společnosti se pozná podle toho, jak se chová k těm nejslabším, tedy k postiženým, nemocným a starým.“

Jan Keller

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- BUIJSSEN, H. *Demence*, 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.
- DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-0139-7.
- DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- GLENNER, A., J. a kol. *Péče o člověka s demencí*, 1. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0.
- HOLCZEROVÁ, V. a D. DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
- HROZENSKÁ, M. a D. DVOŘÁČKOVÁ. *Sociální péče o seniory*, 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
- JANEČKOVÁ, H. a M. VACKOVÁ. *Reminiscence*. 1.vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-583-3.
- JELÍNKOVÁ, J., M. KRIVOŠÍKOVÁ a L. ŠAJTOROVÁ. *Ergoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.
- JIRÁK, R., a F. KOUKOLÍK. *Demence*, 1. vyd. Praha: Galnér, 2004. ISBN 80-7262-268-4.
- LINDEROVÁ, I., P. SCHOLZ a M. MUNDUCH. *Úvod do metodiky výzkumu*. 1. vyd. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2016. ISBN 978-80-88064-23-7.
- MACE, L., N. a V., P. ROBINS. *Alzheimer*, 1. vyd. Praha: Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-583-2.

MACHOVÁ, J. *Biologie člověka pro učitele*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2016.
ISBN 978-80-246-3357-2.

MOSETTER, K. *Alzheimer je cukrovka*. 1. vyd. Praha: Euromedia, 2017.
ISBN 978-80-7549-324-8.

OREL, M. a kol. *Psychopatologie*, 1.vyd. Praha: Grada, 2012.
ISBN 978-80-247-3737-9.

POKORNÁ, A. a kol. *Ošetrovatelství v geriatrii.*, Praha: Grada, 2013.
ISBN 978-80-247-4316-5.

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. 6.vyd. Praha: Grada, 2010.
ISBN 978-80-247-3133-9.

STOLZE, C.: *Zapomeň na Alzheimeru*. 1. vyd. Liberec: Dialog, 2014.
ISBN 978-80-7424-071-3.

Sborník

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů.
Praha: ÚŽIS, 2017, ISBN 978-80-7472-168-7.

Seznam použitých internetových zdrojů

Studie společnosti Allianz 2012. [on-line]. [cit. 20. 10. 2019]. Dostupné z:
<https://www.allianz.cz/vse-o-allianz/tiskove-centrum/tiskovy-archiv/rok-2012/Pocet-lidi-s-demenci-se-bude-podle-studie-Allianz-o-demografickem-vyvoji-neustale-zvysovat--V-Ceske--1.html>

VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese*, s. 74 [on-line].
[cit. 22. 1. 2020]. Dostupné z: <http://msk.comehere.cz/pspompr.pdf>

Zpráva o stavu demence 2016 [on-line]. [cit. 2. 1. 2020].
Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/res/archive/004/000480.pdf?seek=1492589048>

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách [on-line]. [cit. 22. 1. 2020].

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast9>

Motivace IV. 2012. Studijní materiály Masarykovy univerzity v Brně. [on-line].

[cit. 22. 1. 2020]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1421/jaro2012/PSA_033/um/motivace_4.pdf

Výzkumníkovo desatero etického chování, 2011. [on-line]. [cit. 2. 1. 2020].

Dostupné z: <http://www.socialniproce.cz/zpravy.php?oblast=2&clanek=379>

SEZNAM UŽITÝCH ZKRATEK

ACH – Alzheimerova choroba

AP – Aktivizační pracovnice

ADL – Test soběstačnosti v denních činnostech

CT – Výpočetní tomografie (zobrazovací rentgenová metoda)

DZR – Domov se zvláštním režimem

EU – Evropská unie

GDPR – General Data Protection Regulation (obecné nařízení na ochranu osobních údajů)

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

PEG – Perkutánní endoskopická gastrostomie (jejunostomie), tenká sonda vedená přes břišní stěnu přímo do žaludku

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Individuální plán klientky H	I
Příloha B – Test hodin klientky H.....	III
Příloha C – Test hodin klientky J.....	IV
Příloha D – List s výrazy obličejů klientky H.....	V
Příloha E – List s výrazy obličejů klientky J.....	VI
Příloha F – Seznam připravených otázek k výzkumu v DZR	VII

Přání a potřeby klienta: *Klientka si dle svého přání přeje pravidelně háčkovat.*

Zdroje a metody zjištění: *Rozhovor s klientkou, dle jejích dřívějších zvyklostí.*

Osobní cíl klienta a klíčového pracovníka: *Klientka má nyní osobní cíl, naháčkovat co nejvíce ponožek a deček pro celé rozvětvené příbuzenstvo. Klientku háčkování uklidňuje a je spokojená, začíná háčkovat i oblečení na panenky.*

Klientovy zdroje: *Klientka zvládá háčkování sama, občas potřebuje pomoc při kontrole a kvalitě uháčkované věci.*

Rizika: *Může se klientka poranit o pletací háček.*

Kroky k naplnění osobního cíle: *Kontrola dostatku příze na ruční výrobu ponožek, deček a šatiček na panenku.*

Četnost/termín: *1x týdně, nebo dle možnosti rodiny.*

Realizuje: *Klientce přízi nakupuje rodina a rozvětvené příbuzenstvo.*

.....

Přání a potřeby klienta: *Přání klientky je pravidelně odebírat denní tisk.*

Zdroje a metody zjištění: *Rozhovor s klientkou.*

Osobní cíl klienta a klíčového pracovníka: *Osobním cílem klientky je přečíst si denně noviny.*

Klientovy zdroje: *Klientka si sama přečte noviny a občas upozorňuje personál na důležité články dle jejího výběru a úsudku, je ráda i za časopisy, kde hledá recepty na vaření.*

Rizika: *Při nedodání denního tisku, klientka bývá nerudná.*

Kroky k naplnění osobního cíle: *Pravidelná platba novin/předplatné/. Donášení časopisů dle možnosti rodiny.*

Četnost/termín: *1x denně.*

Realizuje: *Platbu realizuje rodina, noviny ze schránky donáší na pokoj personál.*

.....

Přání a potřeby klienta: *Klientka si přeje chodit do kavárny.*

Zdroje a metody zjištění: *Rozhovor s klientkou a rodinou.*

Osobní cíl klienta a klíčového pracovníka: *Klientka ráda navštěvuje kavárnu, protože tam potká nové lidi a ráda si popovídá.*

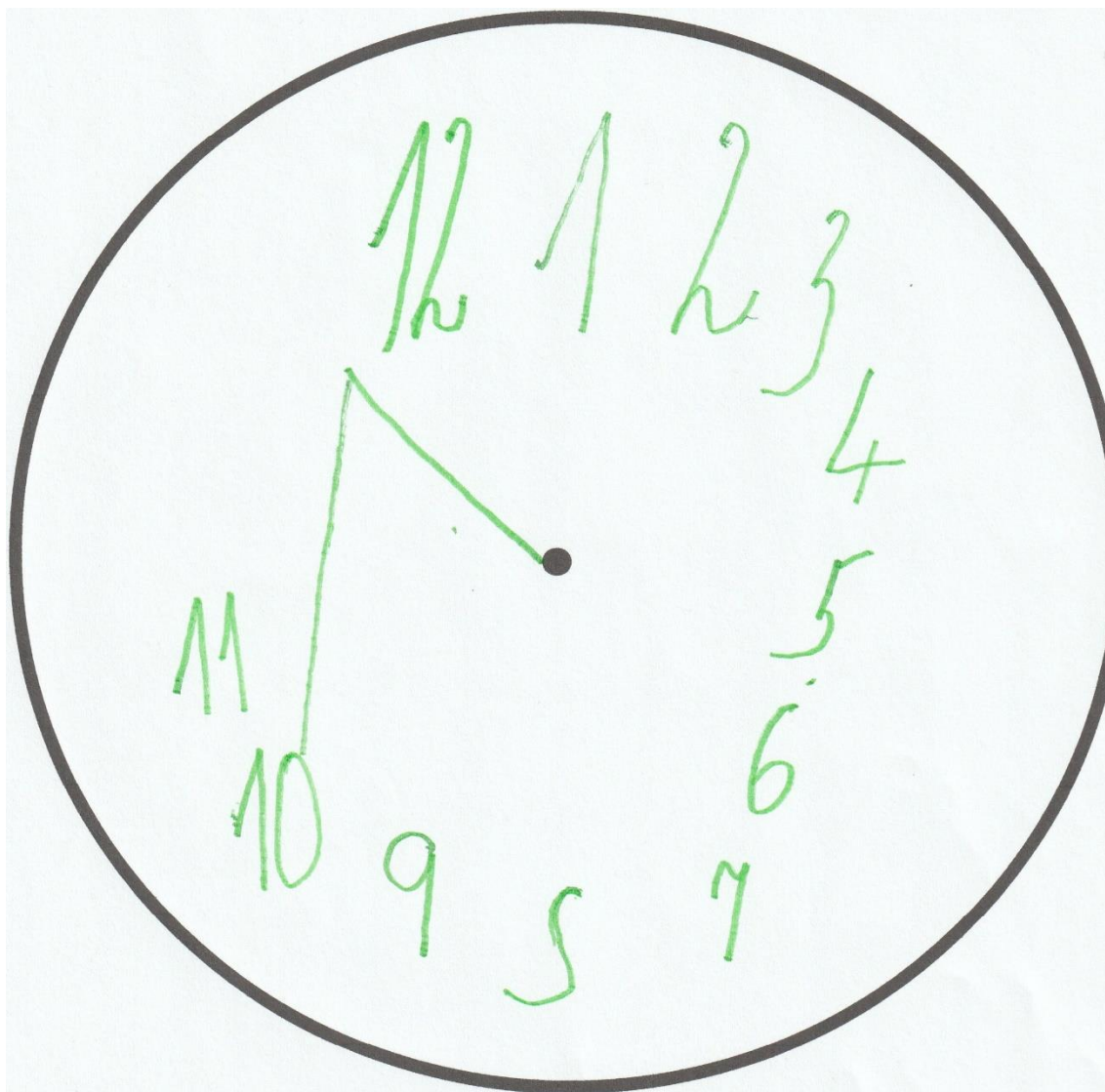
Klientovy zdroje: *Klientka zvládá dojít do kavárny pěšky. Delší vzdálenost řeší rodina odvozem v autě.*

Rizika: *Riziko pádu.*

Kroky k naplnění osobního cíle: *Rodina klientky se střídá, kdo vezme klientku do kavárny nebo restaurace.*

Četnost/termín: *Dle možnosti rodiny.*

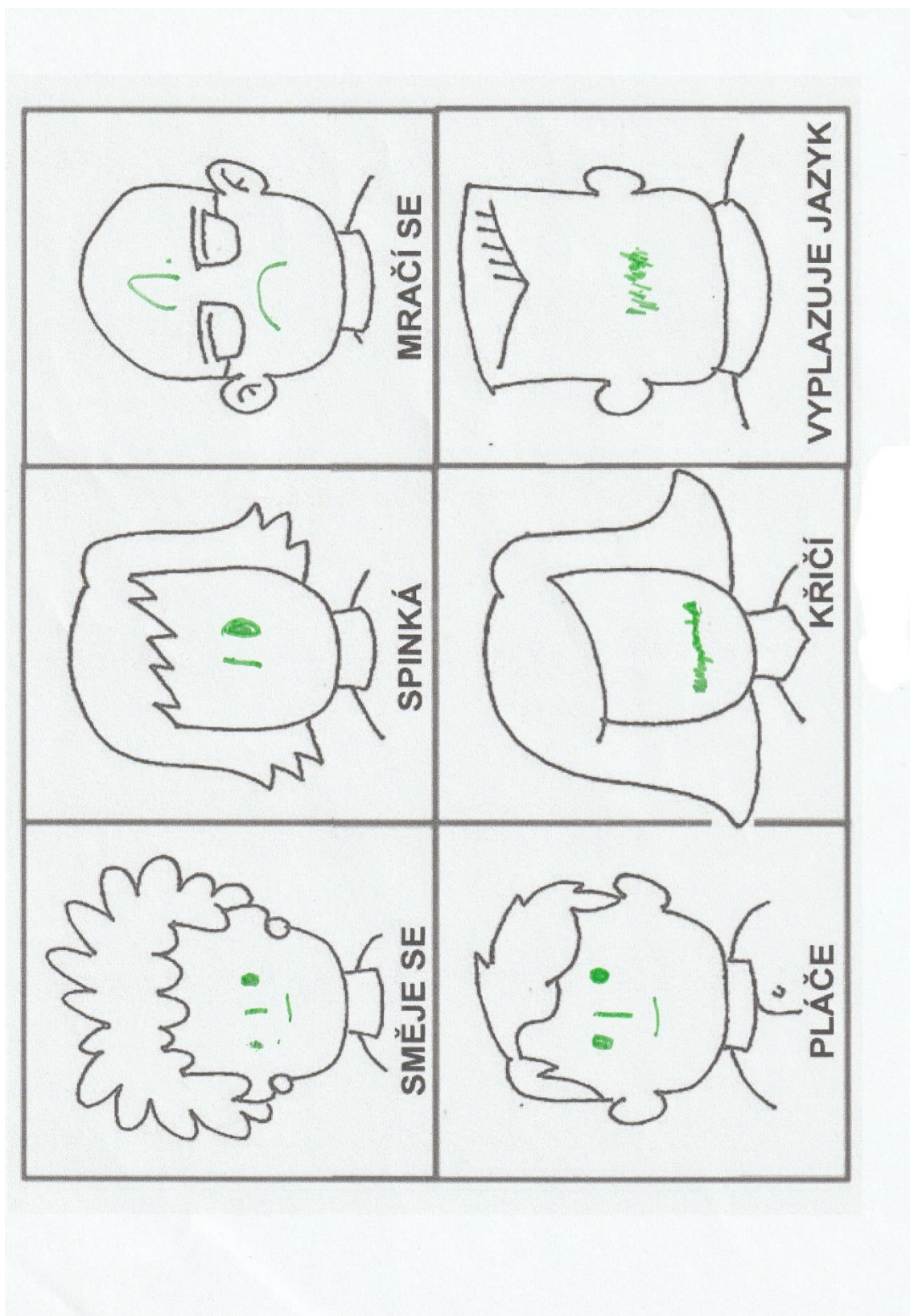
Realizuje: *Realizuje rodina po domluvě s personálem.*

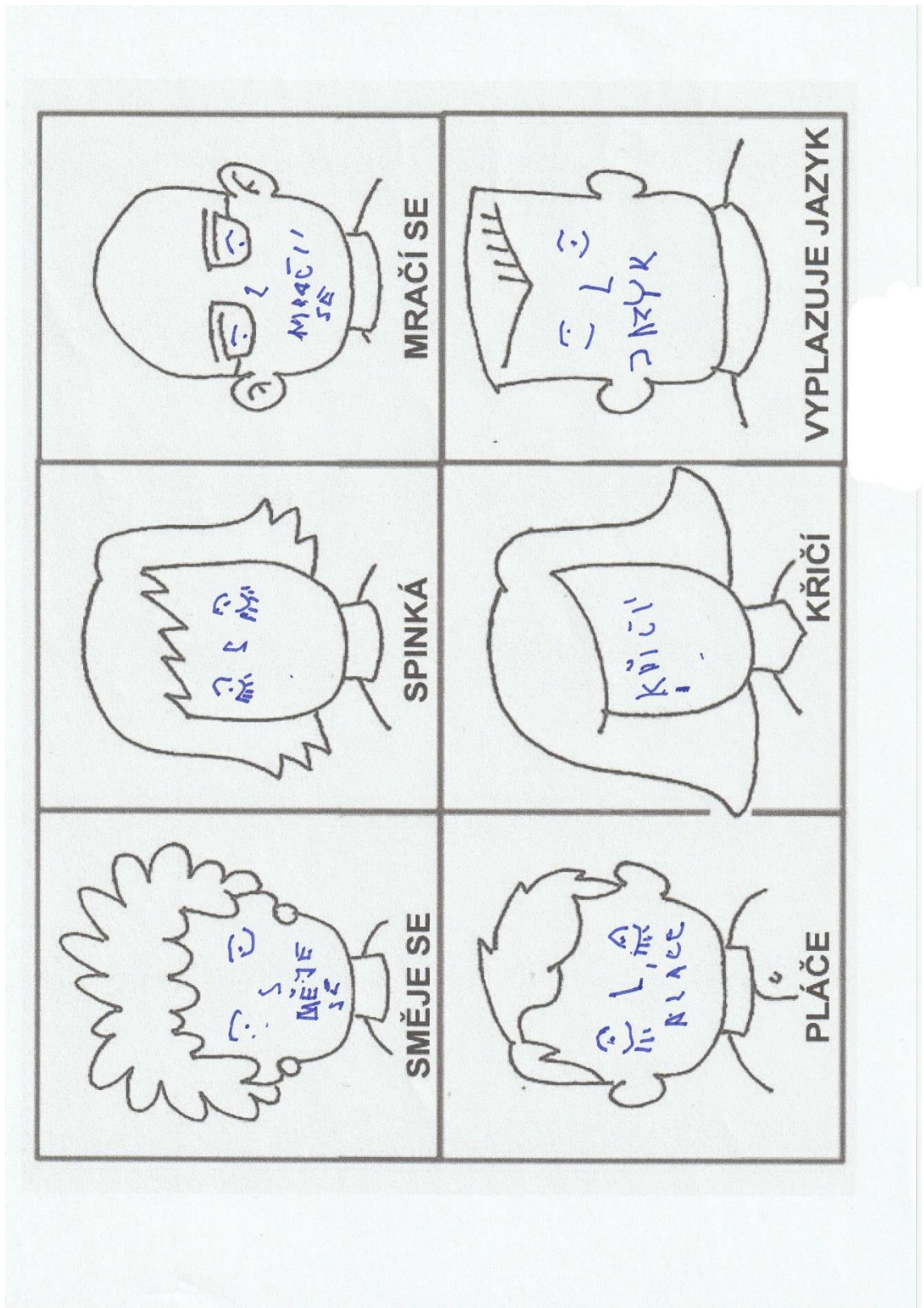


13.50 hodin
za deset minut dvě hodiny



13.50 hodin
za deset minut dvě hodiny





SEZNAM OTÁZEK K VÝZKUMU V DZR

1. V jaké pozici v DZR pracujete? Co je vaše pracovní náplň při práci s klientem?
2. Jaké jsou Vaše předchozí pracovní zkušenosti se seniory nebo osobami s Alzheimerovou chorobou?
3. Jaká je vaše kvalifikace pro danou pozici? Účastníte se vzdělávacích akcí?
4. Jak probíhá nácvik denních činností klienta?
5. Podílí se klient aktivně na sebedpěči?
6. Jsou klienti podporováni ve svých zájmových činnostech?
7. Máte dostatek času na spolupráci s klientem?
8. Může si klient zvolit, kterých řízených činností se zúčastní?
9. Jak probíhá běžný den v DZR?
10. Jakou dokumentaci používáte pro seznámení s novým klientem?
11. Jak probíhá adaptace nového klienta v DZR?
12. Dochází v DZR k obtížně zvladatelným situacím, jaká je prevence? Jak se dají zvládnout? Používáte omezovací prostředky? S kým spolupracujete v těchto situacích?
13. S jakými nejčastějšími překážkami motivace se u klienta setkáváte?
14. Jak probíhá aktivizační činnost v DZR?
15. Účastní se klienti rádi aktivizačních činností?
16. Co je pro klienta motivující?
17. Kdo s klientem pracuje?
18. Jak hodnotíte spolupráci s klientovou rodinou?
19. Mají klienti možnost pohybu mimo zařízení?
20. Kdo sestavuje individuální plán péče?
21. Co vnímáte jako důležité při motivaci klienta? Jaká jsou specifika práce s klientem s ACH?

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Helena Vanešová

Obor: Speciální pedagogika – vychovatelství

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Pracovní zkušenosti pracovníků v sociálních službách s motivací, procesem aktivizace klienta s Alzheimerovou chorobou v rámci denních činností v DZR v Domažlicích

Rok: 2019/2020

Počet stran textu bez příloh: 56

Celkový počet stran příloh: 7

Počet titulů českých použitých zdrojů: 18

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 6

Vedoucí práce: Mgr. Lukáš Stárek, Ph.D.