

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

**ANALÝZA ČASOVÉHO SNÍMKU PRACOVNÍKŮ PŘÍMÉ OBSLUŽNÉ PÉČE
PRO AKTIVIZACI OSOB S DEMENCÍ ŽIJÍCÍCH V DOMOVĚ BŘEZINY,
PŘÍSPĚVKOVÉ ORGANIZACI PETŘVALD**

Diplomová práce
(bakalářská)

Autor: Pavla Hýžová, DiS.
Rekreologie - pedagogika volného času
Vedoucí práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

Olomouc 2013

Jméno a příjmení autora: Pavla Hýžová

Název bakalářské práce: Analýza časového snímku pracovníků přímé obslužné péče pro aktivizaci osob s demencí žijících v Domově Březiny, příspěvkové organizaci Petřvald

Pracoviště: Katedra rekreologie

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2013

Abstrakt: Cílem bakalářské práce je zmonitorovat průběh denní činnosti pracovníka přímé obslužné péče v Domově Březiny, příspěvkové organizaci Petřvald, a na základě těchto výstupů pro něj navrhnout opatření, tak aby byl schopen provádět častější a kvalitnější aktivizaci osob s demencí. Teoretická část obecně popisuje duševní onemocnění stárnoucí populace demencí a nabízí možné techniky aktivizace takto postižených osob. Obsahuje také charakteristiku Domova Březiny, p. o., a pro toto konkrétní zařízení nabízí způsoby rozvinutí intenzivnější činnosti jeho obyvatel. Praktická část se věnuje kvantitativnímu výzkumu provedenému v Domově Březiny, p. o. na oddělení Domova se zvláštním režimem pomocí ankety a časového snímku denní pracovní směny u 22 pracovníků přímé obslužné péče. Z ankety a časového snímku vyplývá, že pracovníci mají čas na aktivizaci uživatelů průměrně jednu hodinu denně, a to převážně v odpoledních hodinách. Je nutné rozšířit nabídku vzdělávacích programů, upravit harmonogram práce a snížit počet uživatelů připadajících na jednoho pracovníka.

Klíčová slova: demence, aktivizace, aktivizační techniky, sociální služba, domov se zvláštním režimem, pracovník přímé obslužné péče, klient - uživatel.

Souhlasím s půjčováním bakalářské práce v rámci knihovních služeb.

Author's first name and surname: Pavla Hýžová

Title of the thesis: Analysis of a time frame of the workers involved in the direct service to improve activation of citizens with dementia living in Domov Březiny, semi-budgetary organization, Petřvald

Department: Department of recreology

Supervisor: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D.

The year of presentation: 2013

Abstract:

The aim of the bachelor thesis is to monitor the daily routine of social care workers involved in direct care in Domov Březiny, semi-budgetary organization in Petřvald and based on that to suggest such measures that will lead to more intense and higher quality activation of persons with dementia. The theoretical part describes generally the dementia mental illness of the elderly population and proposes possible ways of increasing of the activity of individuals with this type of disability. It also includes characteristic of Domov Březiny, and for this particular organization suggests steps for development of more intensified activity of its residents. Practical part is dedicated to a quantitative research realized in Domov Březiny at the unit of House with special regime with a survey and time frame of the day shift of 22 employees of direct care. Based on the outcomes of the survey and time frame the workers can spend an average one hour per day mainly in the afternoon to intensify the activity of clients. It is necessary to broaden the offer of educational programs and to decrease the number of clients each worker has to take care of.

Keywords:

Dementia, activation, activation techniques, social care, House with special regime, direct care worker, client - user

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně s odbornou pomocí Mgr. Julie Wittmannové, Ph.D., uvedla všechny literární a odborné zdroje a řídila se zásadami vědecké etiky.

V Havířově dne 29. 4. 2013

.....

Děkuji Mgr. Julii Wittmannové, Ph.D. za odborné vedení, podnětné rady a připomínky, které mi poskytovala během vypracovávání mé závěrečné práce.

Poděkování patří také řediteli Domova Březiny, p. o. Ing. Pavlu Zelkovi za souhlas se zpracováním bakalářské práce, za možnost využití interních materiálů a za umožnění realizace výzkumu. Zároveň děkuji pracovníkům přímé obslužné péče za ochotu a spolupráci při prováděném výzkumu.

OBSAH

| | |
|--|----|
| ÚVOD..... | 7 |
| TEORETICKÁ ČÁST..... | 9 |
| 1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ | 9 |
| 2 DEMENCE | 11 |
| 2.1 Pojem demence | 11 |
| 2.2 Symptomy demence..... | 12 |
| 2.3 Stádia demence | 13 |
| 2.4 Dělení demencí | 15 |
| 3 AKTIVIZACE OSOB S DEMENCÍ..... | 17 |
| 3.1 Aktivizační techniky pro osoby s demencí | 18 |
| 3.1.1 Reminiscence | 18 |
| 3.1.2 Ergoterapie..... | 20 |
| 3.1.3 Arteterapie | 22 |
| 3.1.4 Muzikoterapie | 22 |
| 3.1.5 Dramaterapie..... | 24 |
| 3.1.6 Animoterapie | 24 |
| 3.1.7 Zahradní terapie | 25 |
| 3.1.8 Kinezioterapie | 26 |
| 3.1.9 Validační terapie | 27 |
| 3.1.10 Trénink a rehabilitace kognitivních funkcí..... | 28 |
| 3.1.11 Bazální stimulace | 29 |
| 3.1.12 Aromaterapie | 31 |
| 3.1.13 Světelná terapie..... | 32 |
| 4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY | 34 |
| 4.1 Domov Březiny, příspěvková organizace | 34 |
| 4.2 Domov se zvláštním režimem | 35 |
| 4.2.1 Pracovník přímé obslužné péče | 37 |
| 4.2.2 Klíčový pracovník..... | 39 |
| 4.2.3 Aktivizace uživatelů v domově se zvláštním režimem | 41 |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 47 |
| 5 VÝZKUM | 47 |
| 5.1 Cíl práce a výzkumné otázky | 47 |
| 5.2 Metodika práce | 47 |
| 5.3 Charakteristika výzkumného souboru..... | 49 |
| 5.4 Sumarizace a analýza získaných dat | 50 |
| 5.4.1 Časový snímek | 50 |
| 5.4.2 Anketa..... | 61 |
| 6 DISKUSE NAD ZÍSKANÝMI VÝSLEDKY | 65 |
| ZÁVĚR..... | 68 |
| SOUHRN..... | 70 |
| SUMMARY | 71 |
| REFERENČNÍ SEZNAM | 72 |
| PŘÍLOHY | 76 |

ÚVOD

Demence patří k duševním onemocněním, které nejvíce ohrožují věkovou skupinu 60. let, a je již častou nemocí lidí starších 80. let. Z mnohých výzkumů vyplývá, že onemocnění demence trpí čím dál víc populace. Stav nemocného se pozvolna zhoršuje a vede až k úplné závislosti na pomoci jiné osoby. Nemocní nejsou schopni postupně zvládat běžné denní činnosti a často nemohou zůstat v běžných podmínkách svého domova. V tomto případě o ně pečují jejich příbuzní nebo využívají zařízení, která jim zajistí potřebnou péči.

Člověk s demencí dále postupně ztrácí myšlení, motorické dovednosti, návyky, schopnost poznávání, orientaci a verbální projev, což ho vede často k nejistotě, strachu, úzkosti, otupělosti, apatii, ale také k zvýšené agresivitě k okolí. Proto kromě samotné „péče o tělo“, má velký význam u člověka s demencí smysluplná aktivita, která vyplňuje nejen jeho volný čas, ale také může napomáhat při jeho léčbě, při zvládnutí běžných činností, při komunikaci a udržení si kvalitního života.

V bakalářské práci se zaměřuji na aktivizaci osob s demencí, které žijí v Domově Březiny, příspěvkové organizaci, a to v sociální službě Domova se zvláštním režimem. Do roku 2006 se na aktivizaci uživatelů v tomto domově podíleli pouze čtyři instruktoři sociální péče. Přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, došlo k velkým změnám v poskytování služby. Dřívější pečovatelé a ošetřovatelé se stávají pracovníky v sociálních službách, kteří vykonávají přímou obslužnou péči. Vedle odborné komplexní ošetřovatelské péče mají tyto pracovníci povinnost se podílet na posílení životní aktivizace. Od přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se velmi změnil přístup v poskytování služby v Domově Březiny, p. o., přesto je u pracovníků přímé obslužné péče stále problém s prováděním samotné aktivizace uživatelů.

Od roku 2010 pracuji v Domově Březiny, p.o. jako vedoucí oddělení Domova se zvláštním režimem. V rámci této funkce se snažím, aby pracovníci přímé obslužné péče věnovali více času na aktivizaci uživatelů. V roce 2011 byl za tímto účelem upraven jejich denní harmonogram práce. V denním harmonogramu byly zrušeny přesně stanovené časy u jednotlivých činností a veškeré činnosti, které přímo nesouvisí s uživateli, byly přesunuty do harmonogramu noční směny, rovněž během koupání

uživatelů pracovníci současně začali provádět úklid a dezinfekci pokojů. Pracovníkům tak byl vytvořen určitý čas, který mohou věnovat aktivizaci uživatelů.

Cílem této práce je zjistit, kolik pracovního času ve skutečnosti zůstává pracovníkům přímé obslužné péče na aktivizaci uživatelů a zda je tento čas dostačující. Dále bude zjišťováno, které aktivizační techniky při práci s uživateli pracovníci přímé obslužné péče využívají, a zda jsou v této problematice dostatečně proškoleni. Na základě zjištění budou navržena doporučení, která by umožnila pracovníkům více se podílet na realizaci smysluplné aktivizace u uživatelů.

V teoretické části se zaměřuji na přiblížení pojmů stárnutí, stáří, syndrom demence, na podmínky poskytování smysluplné aktivizace a na popis aktivizačních technik. Dále se snažím obecně přiblížit sociální službu, především charakteristiku Domova Březiny, p. o. Petřvald a aktivizaci nabízenou uživatelům v tomto domově.

Praktickou část tvoří kvantitativní výzkum s časovým snímek denní pracovní směny pracovníka přímé obslužné péče a s anketou. Pomocí časového snímku se snažím zjistit, kdy pracovníci přímé obslužné péče mají během denní směny čas, ve kterém se mohou přímo podílet na aktivizaci uživatelů. Anketou pak zjišťuji u pracovníků přímé obslužné péče doplňující informace, týkající se především získaného vzdělání (školení) v aktivizačních technikách a využívání konkrétních aktivizačních technik při práci s uživateli. Všechny získané informace nakonec vyhodnocuji a navrhuji možná opatření na zlepšení stávající situace.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Pacovský a Heřmanová (1981, 57) definují stárnutí a stáří jako „specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nakódovaný, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá a zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí.“

Podle Haškovcové (2002) nás stárnutí provází celý život. Stárnutí je zákonitý a fyziologický proces, nikdo se mu nevyhne a není pravidelný. Každý člověk stárne již od narození, ale každý člověk stárne jinak.

Pichaud a Thereauová (1998) popisují stáří jako pokračování dospělého věku. Během celého našeho života prožíváme různé životní změny, vyrovnáváme se s různými ztrátami, a tím se vyvíjíme, rosteme a získáváme životní zkušenosti. Ve stáří dochází k výrazné změně dosavadního způsobu života, což je spojeno s biologickými a fyziologickými změnami, s odchodem do důchodu, s osamostatněním dospělých dětí, s narozením vnoučat, se smrtí partnera nebo vrstevníků a se změnou bydlení případně ubytování v určité sociální službě.

Samotný průběh stárnutí je u každého člověka jiný. Malíková (2011) uvádí dva typy stárnutí:

- 1) Fyziologické stárnutí – je přirozené, normální součástí života člověka.
- 2) Patologické stárnutí – se projevuje sníženou soběstačností, jde o předčasné stárnutí, nepoměr mezi kalendářním a biologickým (funkčním věkem), kde kalendářní věk je nižší než věk biologický.

Podle Mühlpachra (2004) se stáří člení:

- 65 -74 let: mladí senioři,
- 75 - 84 let: staří senioři,
- 85 let a více: velmi staří senioři.

Experti světové zdravotnické organizace rozdělují klasifikaci vyššího věku (in Haškovcová, 2002, in Malíková, 2011):

- 45 - 59 let: střední věk (zralý věk),
- 60 - 74 let: vyšší věk, senescence (počínající stáří),
- 75 - 89 let: pokročilý věk, stařecký věk neboli senium (vlastní stáří),
- 90 let a více: období dlouhověkosti, patriarchum.

Změny ve stáří se projevují v rovině tělesné, psychické a sociální (Dvořáčková, 2012, Malíková, 2011):

- 1) Tělesné změny - patří zde např. úbytek svalové hmoty a síly, změny tělesné výšky, změny hmotnosti, změny postoje, změny chůze, změny činnosti smyslů (zhoršuje se sluch, zrak, čich, chuť), změny sexuální aktivity, změny v trávicím, vylučovacím a objemovém systému.
- 2) Psychické změny - patří zde např. změna osobnosti, zhoršení paměti, obtížnější adaptabilita, větší nedůvěřivost, snížení sebedůvěry, emoční labilita, zhoršení úsudku, změna vnímání.
- 3) Sociální změny - patří zde odchod do důchodu, změna životního stylu, zhoršení ekonomické situace, změna bydlení, ztráta blízkých lidí, osamělost.

Stárnutí a stáří je fyziologický proces a je důležité si uvědomit, že se nejedná o nemoc (Haškovcová, 2002). Období stárnutí a stáří může být plnohodnotným úsekem života, kdy senior přijímá svůj věk, nebrání se změně životního stylu, užívá si zaslouženého odpočinku, věnuje se aktivně různým činnostem (Malíková, 2011).

Ve stáří jsou lidé, ale také často nemocní. Nemocem ve stáří se věnuje obor geriatric, který se zabývá zvláštnostmi a léčbou onemocnění ve stáří. U nemocných starých lidí se vyskytuje více nemocí současně a jedná se často o chronické nemoci, které mohou vést k snížení soběstačnosti až k plné závislosti na pomoci jiné osoby (Haškovcová, 2002). Mezi somatické nemoci ve stáří patří např. cévní mozková příhoda, ateroskleróza, artróza, osteoporóza, osteoartróza (Pichaud Thareauová, 1998). Kromě somatických nemocí mají senioři také řadu psychických obtíží a nemocí. Často trpí poruchami chování, úzkostmi, depresí a rozvojem demencí (Haškovcová, 2002).

2 DEMENCE

Demence patří mezi vážná degenerativní onemocnění dnešní doby. Projevuje se změnami v mozkové tkáni, kde jde o úbytek vyšší mozkové činnosti, která se týká všech složek lidského chování a jejíž příčinou je postupný zánik nervových buněk. Nejvíce ohrožuje věkovou skupinu od 60 let. Podle výzkumů trpí demencí až 5% obyvatel nad 65 let a 30% starších 80 let (Hátlová & Suchá, 2005).

2.1 Pojem demence

Pojem Demence pochází z latinského „demens“, a to doslova znamená „bez myslí“ („de“ – odstranit, mimo a „mens“ – mysl, vědomí, rozum, duch). Člověka s demencí čeká postupný úpadek. Nemoc je tak destruktivní, že člověk s těžkou demencí končí život tak, jak do něj vstoupil – jako bezmocné dítě (Buijssen, 2006).

Problematiku demence najdeme v mnoha publikacích, kde se autoři tímto onemocněním zabývají. Existuje velký počet definic. Společně tyto definice sdělují, že demence se označuje úbytkem paměťových funkcí.

Definice desáté Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10 revize obsahuje (MKN – 10, 2012, 189):

Demence (F00 – F03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.

Demenci podle Hátlové a Suché (2005) můžeme chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, a to především paměti a myšlení. Zhoršení paměti a myšlení narušuje každodenní život. Nemocný není schopen přijímat, uchovávat a vybavovat si nové informace, není schopen přijímat více stimulů současně a také má potíže přesunout pozornost z jednoho objektu na druhý. Zhoršení kognitivních funkcí je doprovázeno

zhoršením kontroly emocí, sociálního chování, motivace a jsou narušeny každodenní aktivity. V rámci tohoto syndromu jsou postíženy další psychické funkce. Dochází postupně k degeneraci celé osobnosti, pohybovému zpomalení a celkové fyzické slabosti. Velmi trpí osobnost pacienta. Takto nemocný člověk ztrácí schopnost zvládat běžné denní aktivity, bývá dezorientován v prostředí, které pro něj bylo dříve známé, není schopen sebezpečie.

2.2 Symptomy demence

V rámci demence dochází především k úbytku kognitivních funkcí, a to paměti a intelektu, jak bylo již dříve uvedeno. Demence zahrnuje další symptomy, podle Topinkové (1999) je lze zařadit do 3 kategorií:

1) Kognitivní symptomy

- Porucha paměti, kde se jedná především o krátkodobou paměť, neschopnost zapamatovat si nové informace. Ke zhoršení dlouhodobé paměti dochází později.
- Porucha učení – neschopnost se učit.
- Porucha myšlení a úsudku - týká se především kvality myšlení, zpomalenost myšlení, stereotypii, myšlení se zcela rozpadá, je nesouvislé.
- Porucha poznávání - nemocní nejsou schopni rozpoznat předměty, osoby, atd.
- Porucha praxie – apraxie, neschopnost vykonávat motorické dovednosti, návyky, užívat předměty, a to při nepřítomnosti neurologického postižení motorických nebo sensorických funkcí.
- Porucha řeči – verbální projev se stává ulpívavý, nemocný přestává rozumět řeči, zvyšuje se nechuť komunikovat s okolím.
- Porucha orientace – v prostředí, čase.
- Porucha exekutivních funkcí - neschopnost stanovit cíl, plánovat činnosti a uskutečnit je.

2) Nekognitivní, tzv. behaviorální symptomy

- Porucha osobnosti – menší otevřenost, ztráta zájmu, vnímavosti a vřelosti, v projevoování citů vůči druhým, nestálost, nezralost, egocentrismus, nezodpovědnost.
- Porucha emotivity – emoční labilita (výbuchy hněvu, pláč), zvýšená tendence k afektům, motorický neklid, v pokročilejším stádium citová otupělost a apatie.

- Deprese, úzkost.
- Bludy, halucinace.
- Agitovanost, agresivita.
- Společensky nepřijatelné chování.
- Poruchy spánkového rytmu, posun spánku a bdění, které se projevuje nočním bděním a denním spaním.

3) Funkční symptomy

- Potíže s domácími pracemi.
- Potíže s komplexními činnostmi - v zaměstnání, řízení auta apod.
- Problémy v sebeobsluze.
- Ztráta kontinence.
- Neschopnost komunikovat.
- Neschopnost chůze.
- Plná závislost na pomoci druhých.

2.3 Stádia demence

Demence je choroba, která se neustále rozvíjí – je progresivní a dochází k trvalému poklesu různých součástí intelektu. Topinková (2005) rozlišuje demenci podle kognitivní poruchy na tři stupně:

- 1) Lehká demence – projevuje se především mírnou poruchou orientace (datum), poruchou řeči, zhoršeným náhledem, omezením sociálních aktivit, změnami chování nebo náladami (apatie, deprese), potíže s pravidelným užíváním léků, se zvládáním finančních záležitostí.
- 2) Středně těžká demence - druhé stádium demence, ve kterém se nemocný špatně orientuje v čase a místě (ztrácí se na známých místech), má poruchy řeči, paměti, ztrácí náhled a špatně zvládá běžné domácí práce a dodržování hygieny. Časté jsou také nápadné poruchy chování.
- 3) Těžká demence – těžká dezorientace, těžká porucha krátkodobé i dlouhodobé paměti, neschopnost udržet moč a stolicí, neschopnost zvládnout péči o sebe (neschopnost

se sám najíst, obléci se, zvládnout hygienu, apod.). Nemocný je upoután na lůžku (imobilní).

K posouzení závažnosti onemocnění, jeho stupně progresu demence a ke sledování účinnosti léčby se používá Škála celkové deteriorace (Global Deterioration Scale, GDS), která byla vytvořena počátkem 80. let americkým gerontopsychiatrem B. Reisbergem pro pacienty s Alzheimerovou demencí a lze ji použít i pro ostatní typy demencí (Topinková, 1999).

Škála celkové deteriorace podle Reisberga (in Topinková, 1999) rozlišuje 7 stadií vývoje choroby:

- 1) Bez postižení kognitivních funkcí – nejsou přítomny žádné objektivní ani subjektivní potíže, odpovídá normálnímu stáří.
- 2) Počínající postižení kognitivních funkcí – objevují se subjektivní potíže, stařecká zapomnětlivost, roztržitost.
- 3) Lehké postižení kognitivních funkcí – mírná porucha paměti, zmatenost, obtížná orientace v neznámém prostředí, ztráta věcí, nepamatuje si, kam je dal. Objevují se potíže při pracovní činnosti, při řeči, řízení auta.
- 4) Středně těžké postižení kognitivních funkcí – porucha krátkodobé paměti, trvalejší zmatenost, výrazné poruchy řeči. Je postiženo abstraktní myšlení, rozhodování, plánování a řízení složitějších činností. Neschopnost provádět některé činnosti (plánování dovolené, vaření, finanční záležitosti).
- 5) Pokročilé postižení kognitivních funkcí - fáze časně či mírné demence. Pokročilá porucha paměti, výrazná zpomalenost, apraxie, agnosie. Částečná ztráta soběstačnosti, nutný dohled nebo pomoc např. při osobní hygieně, oblékání. Dezorientace v čase, prostoru. Pacient se ztrácí na známých místech, v bytě, zapomíná jména, události. Řeč je méně plynulá, používá jednoduché věty. Ztrácí zájem o činnosti, které mu dříve přinášely uspokojení a radost. Objevuje se paranoidní chování (občasné obviňování okolí z krádeží peněz, věcí apod.), vystrašenost až úzkost a agitovanost.

- 6) Těžké postižení kognitivních funkcí - fáze střední až pokročilé demence. Těžké postižení paměti, neschopnost plynulé řeči. Kompletní dezorientace, a to i vlastní osobou. Ztráta soběstačnosti, nutná pomoc při jídle, při oblékání, osobní hygieně, později dochází k inkontinenci. Poruchy chování, nesnášenlivost, fyzická i verbální agresivita, poruchy spánku (spánková inverze). Objevují se psychotické příznaky jako bludy, iluze a halucinace.
- 7) Velmi těžké postižení kognitivních funkcí - fáze pozdní či těžké demence. Neschopnost chůze (imobilita), ztráta řeči, trvalá inkontinence, neschopnost sebepečce a trvalá závislost na odborné ošetrovatelské péči. Pacient se sám ani nenakrmí ani nenapije a je ohrožen podvýživou. Je náchylný k různým infekčním chorobám.

K určení stádia demence se používají jednoduché objektivní testy určené především praktickým lékařům a psychogeriatrům. Nejvhodnějším pro nejširší použití je test psychických funkcí Mini Mental State Examination (MMSE), který je zaměřen na orientaci pacienta, na vyšetření okamžité paměti a výbavnosti, na praktické schopnosti, na psaní, čtení, počítání a na zrakově prostorové schopnosti a fatické funkce. Dalším v praxi často používaným je test kreslení hodin (Clock Test), určuje diagnózu časných fází demence, sleduje její progresi a doplňuje test MMSE (Pidrman, 2007, Topinková, 1999).

2.4 Dělení demencí

Demence můžeme dělit několika způsoby. Podle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 2012) jsou demence rozděleny následovně: demence u Alzheimerovy nemoci, vaskulární demence, demence u jiných nemocí zařazených jinde a neurčená demence.

Dále můžeme dělit demenci na primární, sekundární a smíšenou (Pidrman, 2007, 31 -32):

- 1) Primárně degenerativní demence se dělí takto:
 - Alzheimerova nemoc (nejčastější demence, představuje 60% všech demencí),
 - demence s Lewyho tělísky,
 - frontotemporální demence.

2) Sekundární demence jsou nesourodou skupinou nemocí, na jejichž vzniku se podílí řada příčin. Jde např. o demence v souvislosti s traumatem, tedy posttraumatické demence, dále infekční, metabolické při poruchách jater, respiračního systému, ledvin (i při dialýze) demence při karencích vitamínů, dále při endokrinních onemocněních, při tumorech, epilepsii a v celé řadě dalších případů. Bylo popsáno více než 70 skupin sekundárních nemocí. Z nich vybíráme ty nejzávažnější a nejčastější:

- vaskulární demence (představuje do 20 % všech demencí),
multiinfarktová, mikroangiopatická (Binswangerova choroba),
- metabolické demence,
- toxické demence,
- demence při Parkinsonově chorobě,
- demence při Huntingtově chorobě,
- traumatické demence,
- demence při normotenzním hydrocefalu,
- demence při nádorech CNS,
- demence při infekcích (sem náleží např. i demence syfilitická a demence při HIV infekci),

3) Smíšená demence (přibližně 10–15% všech demencí)

- smíšená Alzheimerova/vaskulární
- smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence
- ostatní smíšené.

3 AKTIVIZACE OSOB S DEMENCÍ

Smysluplná aktivita dokáže pozvednout člověka na duchu a rozptýlit depresi, může zklidnit nervozitu a neklid. Programy aktivit jsou pro nemocné stejně důležité jako fyzická péče a výživa (Zgola, 2003).

Smysluplná činnost nabízená účastníkům s narušenými poznávacími schopnostmi musí být prováděna dobrovolně, být sociálně přiměřená a dávat pocit úspěchu. Zgola (2003) uvádí důležitá kritéria smysluplné činnosti, na které bychom neměli při realizaci činnosti zapomínat:

- 1) Každá činnost musí mít jasný účel – účel musí být jasný a přijatelný pro všechny angažované. Vše, co v životě děláme, má nějaký smysl, i když to může být pošetilé nebo nesmyslné. Důvodem může být pouze to, že z dané činnosti máme dobrý pocit.
- 2) Každá činnost musí být dobrovolná – nucené aktivity nemají pro člověka smysl. U osob s poruchou poznávacích schopností je potřeba povzbuzování, vysvětlování, názorné předvádění. Pečovatelé musí dávat pozor, zda nemocný člověk nedělá aktivitu, jen aby jim vyhověl, nebo proto, že není nic jiného, co by osoba mohla dělat.
- 3) Každá činnost musí být příjemná – pečovatelé musí vždy sledovat negativní a pozitivní řeč těla účastníků během jakékoliv aktivity.
- 4) Každá činnost musí být společensky přijatelná – činnost musí být přiměřená věku a statutu osoby. Výsledek činnosti musí ukazovat schopnost účastníků, nikoliv jejich omezení.
- 5) Činnost nesmí vést k neúspěchu – měla by poskytnout účastníkovi pozitivní zkušenost potvrzující správnost jeho jednání, aby byl zaručen úspěch.

Smysluplné činnosti se liší od člověka k člověku. Osoby s kognitivní poruchou různého stupně jen těžko zapojíme do programu pro skupinové aktivity, řemeslné dovednosti či výlety. Naštěstí existují aktivity zahrnující úkoly každodenního života (péči

o zevnějšek, pomoc druhým, drobné úkoly a povinnosti, relaxaci, přemýšlení, diskusi, cvičení a zábavu). Jsou to aktivity zaměřené na interakci s prostředím, které tvoří fyzické, společenské a kulturní prvky. Činnosti můžeme rozdělit v rámci tří sfér (Zgola, 2003):

- 1) Činnost směřující k produkci něčeho – práce, příležitosti moci se na něčem podílet (uklizení, pomoc s přípravou jídla, práce na zahradě, roznášení novin a jiné). Osobě s vážnou poruchou nelze než nabídnout práci, která je záměrně vymyšlená (skládání ručníků, které se již nepoužívají, párování ponožek, které personál pak rozpáruje), taková činnost může být poskytnuta jen pro ty klienty, které teší sám proces, a to bez ohledu na jeho účel. Vhodné je najít aktivity bez rizika neúspěchu (např. používání vysavače, rosení rostlin).
- 2) Činnost zaměřená na péči o sebe – patří mezi nejsoukromější a nejintimnější aktivity v našem životě. Aktivity denního života jsou ty první, nad kterými ztrácíme kontrolu a potřebujeme něčí pomoc či péči. Pro každého člověka je důležité podporovat co nejdéle schopnost pečovat o sebe.
- 3) Činnost volného času – většina rozpisů aktivit vychází z aktivit pro volný čas, musíme ale respektovat právo každého jednotlivce na jeho individuální volný čas v pravém slova smyslu. Volný čas také zahrnuje čas klidu, přemýšlení.

3.1 Aktivizační techniky pro osoby s demencí

Mezi aktivizační techniky pro osoby s demencí lze zařadit různé terapie, metody a přístupy, které osobám s demencí pomáhají nejen vyplnit jejich volný čas, ale také při jejich léčbě, při zvládnutí běžných denních činností, při komunikaci s okolím. Aktivizují jejich smyslové schopnosti, vnímání, paměť a snaží se o udržení kvalitního života u lidí s vážným duševním onemocněním.

3.1.1 Reminiscence

Reminiscenci či reminiscenční terapii lze také nazvat jako „terapii vzpomínkovou“. Jde o speciální metodu uznání důležitosti vzpomínek při práci se seniory. Vzpomínky jsou nedílnou součástí lidského života, přinášejí životu smysl, mohou být zdrojem radosti,

ale i bolesti. Ze vzpomínek lze čerpat sílu, inspiraci i povzbuzení (Špatenková & Bolomská, 2011).

V reminiscenci jde o rozhovor terapeuta se seniorem o jeho dosavadním životě, jeho dřívějších aktivitách, prožitých událostech, zkušenostech. Při rozhovoru se využívá různých pomůcek (např. staré předměty, fotografie, módní doplňky, filmy, hudba, předměty užívané v domácnosti). U osob s demencí jde o oživení minulých zkušeností, které jsou pro ně pozitivní a velmi důležité, jako jsou rodinné události, svátky, slavnosti, svatby apod. Většina reminiscenčních aktivit má spíše charakter vyprávění a jde většinou o spontánní psychický proces, který si někteří jedinci ani neuvědomují. Cílem je navodit dobrou náladu a vyvolat především příjemné vzpomínky, které mají pro člověka důležitou hodnotu a mohou tak zlepšit kvalitu jeho života (Janečková & Vacková, 2010).

U dezorientovaných lidí s demencí napomáhá reminiscence najít jejich silné stránky. Napomáhá důstojně přijímat nemocného člověka, umožňuje navazování kontaktu, zmírňuje úzkost či osamění, zlepšení nálady a chování, přispívá ke zlepšení kognitivních funkcí, posílení sebevědomí apod. Pečující osoba pomocí reminiscence dokáže lépe poznat klienta, kterému poskytuje péči (Feilová, 1993, in Janečková & Vacková, 2010).

Reminiscenční terapie může být (Špatenková & Bolomská, 2011):

- 1) Individuální, kdy je pouze jeden účastník a může zde být vytvořen intenzivní vztah založený na vzájemné důvěře a je zde také prostor pro témata, která jsou pro vzpomínajícího velmi důležitá.
- 2) Skupinová, kde může jít o formální a neformální skupinovou reminiscenci:
 - Formální skupinová reminiscence je předem naplánovaná a cíleně zaměřená, diskuse probíhá organizovaným způsobem pod vedením terapeuta, může se jednat např. o prohlížení fotografií, filmů, poslech hudby za účelem navodit určité vzpomínky.
 - Neformální skupinová reminiscence vzniká spontánně, nenuceně. Úkolem terapeuta je vtáhnout posluchače do probíhající diskuse, konverzace či debaty, která je

zábavná a odlehčená. Hlavním cílem je přinést radost a smysl do života seniorů, navodit atmosféru „domácího prostředí“.

Reminiscenční aktivity mohou mít různou podobu a formu. Může se jednat např. o uspořádání vzpomínkové výstavy (ze starých fotografií, předmětů), vytvoření knihy vzpomínek (sepsání příběhů, básní, receptů), vytvoření archivu vzpomínek (pomocí bedny, krabice, kuffíku, nebo i police si uchováváme naše tzv. „poklady“, jako fotografie, dopisy, šperky a jiné oblíbené věci), vyprávění příběhů, předčítání, hudba, poezie, tanec, fotografování, reminiscenční vycházky a výlety (do muzea, skanzenu, starožitnictví). U výběru aktivit je nutné přihlídnout vždy k individuálním potřebám a zájmům konkrétního člověka či skupiny osob (Špatenková & Bolomská, 2011).

3.1.2 Ergoterapie

Pro tuto kapitolu vycházím z Jelínkové, Křivošíkové a Šajtarové (2009). Rada ergoterapeutů evropských zemí popisuje, že ergoterapie prostřednictvím smysluplného zaměstnávání podporuje zdraví a celkový pocit pohody, kde činnost člověka může ovlivnit jeho zdraví. Ergoterapie léčí osoby s tělesným a duševním onemocněním nebo disabilitou. Při léčbě se používají specificky zvolené činnosti, které umožňují dosáhnout maximální funkční úrovně a nezávislosti v životě.

Ergoterapie využívá smysluplnou činnost jako prostředek terapie. Být aktivní patří k základní lidské potřebě. Zapojením do aktivity lidé poznávají sami sebe, rozvíjejí své schopnosti, dovednosti, udržují fyzické a duševní zdraví, zlepšují kvalitu života. Ergoterapie je důležitou součástí rehabilitace, jelikož pomáhá osobám s disabilitou řešit problémy se snížením či ztrátou soběstačnosti v činnostech důležitých pro život, pomáhá aktivnímu začlenění do společnosti a zachování kvality života. Ergoterapie pomáhá osobám uspokojivě provádět činnosti v oblasti péče o sebe, produktivity a volného času.

Ergoterapie bývá označována také jako pracovní terapie, kde lze zařadit činnosti, které jsou součástí běžného denního života člověka. Činnosti můžeme rozlišit do třech základních kategorií:

1) Všední denní činnosti, které dále dělíme:

- personální všední denní činnosti, které jsou součástí každodenního života od ranního vstávání až po večerní ulehání ke spánku (např. oblékání, osobní hygiena, koupání, chůze),
- instrumentální všední denní činnosti, které vyžadují sociální dovednosti a osoba je provádí za účelem zajištění vlastní domácnosti a života ve společnosti (např. cestování, telefonování, nakupování, domácí práce, manipulace s léky).

2) Pracovní nebo produktivní činnosti, které jsou zaměřené na finanční zabezpečení, zabezpečení rodiny a domácnosti, apod.

3) Hra, zájmové nebo volnočasové činnosti, které jsou vykonávány v době, kdy člověk neplní své pracovní povinnosti, jako např. herní, volnočasové nebo zájmové aktivity přiměřené k věku jedince.

Hra a volnočasové aktivity se využívají v ergoterapii jako kondiční prvek terapie, k osvojování nových dovedností či udržování dovedností již získaných. Také se zaměřuje na pomoc lidem, kteří nedokážou uspokojivě trávit volný čas sami, s rodinou či v komunitě. Hrou lze trénovat jemnou a hrubou motoriku, konverzační dovednosti, navázání a udržování očního kontaktu, rozhodování, spolupráci s ostatními, uvolňování napětí, relaxace, dále lze rozvíjet sebedůvěru, sebeocení, důvěru v ostatní, paměť, představitost, kreativitu, pozornost, vnímání, pozorování a myšlení.

V ergoterapii se také využívá výtvarných činností a tradičních řemesel, které patřily od počátku k hlavním terapeutickým nástrojům. Dnes je míra výtvarných činností různá, používá se především tam, kde je povinnost poskytovat aktivizační činnosti. Nabídka činností je dnes široká, záleží na vybavenosti a možnostech pracoviště. Patří zde malování, kreslení, práce s papírem, ubrousková technika, drátkování, patchwork, košíkářství, malba na hedvábí, batikování, výroba keramiky a další.

Ergoterapie podle potřeb klienta a možnosti pracoviště může probíhat individuálně nebo ve skupině. Vytvořit lze skupiny s různou strukturou, cílem a procesem. Terapeut myslí na obecné sociální cíle skupiny, ale také bere v úvahu individuální cíle členů skupiny.

3.1.3 Arteterapie

Arteterapie v širším smyslu je léčba uměním (hudbou, poezií, prózou, divadlem, tancem a výtvarným uměním). Využívá všech oblastí umění za účelem poznávání nebo ovlivňování lidské psychiky. V užším smyslu je arteterapie chápána jako léčba výtvarným uměním. Jedná se o výtvarné aktivity, které podporují zdraví a léčení. Arteterapeutické aktivity se využívají jako prevence nebo následná péče v oblasti zdravotnictví, sociální péči, výchově, vzdělání dětí i dospělých (Dalley, 1986, Šicková-Fabricsi, 2002).

V arteterapii můžeme využít např. kresby, malby, koláže, ale také se používá práce s různými materiály a technikami, které nevyžadují kresebnou průpravu, spíše se opírají o tradiční řemeslné postupy. U osob s demencí může jít jen o pouhé čmárání na velký papír, které uvolňuje vědomou kontrolu a povzbuzuje jejich spontánnost. Pomocí arteterapie se snažíme aktivizovat zbytky jejich vitality, flexibility, stimulovat jejich kreativitu (Holmerová, Jarolímová, Suchá & kol., 2007).

Arteterapie také doplňuje a rozšiřuje jiné terapeutické přístupy jako např. dramaterapii, ergoterapii, reminiscenci, muzikoterapii, psychoterapii. V psychoterapii není vnímána jako technika, ale jako způsob komunikace. Pomocí umělecké tvorby klienti s duševními poruchami mohou vyjádřit své problémy, pocity, svůj aktuální stav (např. hněv, depresi, chaos, strach, zoufalství), které často neumí vysvětlit, ale když je namalují, dokážou je komentovat, což může pomoci k jejich nápravě či konkrétnímu řešení (Šicková-Fabricsi, 2002).

3.1.4 Muzikoterapie

Muzikoterapie je nazývána také jako hudební terapie, která využívá hudebních zkušeností, vztahů, prožitků a napomáhá při léčbě, učení, rozvoji sociálních interakcí, komunikaci, sebevyjádření, motivaci, zvládnání bolesti, stresu a zvýšení kvality života (Bruscia, 1998, Kantor, Lipský, Weber, Procházka & Grochalová, 2009).

V muzikoterapii můžeme rozdělit techniky na aktivizační a na techniky pasivní (Holmerová, Jarolímová, Suchá & kol., 2007):

- 1) Aktivizační techniky klienta aktivně zapojují (např. rytmické cviky, hudební vystoupení, hudební kvízy, zpěv písní a činnosti se zpěvem).
- 2) Pasivní techniky napomáhají klientovi se uvolnit, relaxovat, vyvolat vzpomínky a emoce (např. relaxace, dechové cvičení, poslech hudby).

Muzikoterapie může probíhat individuálně s jedním klientem nebo ve skupině, kde se posiluje spolupráce, sebevyjádření, naslouchání druhým, schopnost adaptace a budování důvěry. Může jít o skupinu malou (3-8) nebo velkou (8-15), otevřenou nebo uzavřenou. Uzavřená skupina nepřijímá nové členy a jedná se většinou o krátkodobé skupiny. Otevřená skupina obměňuje své členy a je využívána tam, kde se často mění složení klientů (např. poradenské zařízení, léčebny, diagnostické ústavy). Dále můžeme ještě rozlišit komunitní skupinu, která nepracuje s uměle vytvořenými skupinami, ale vzniká z přirozeně existující skupiny, např. v rodině, na pracovišti, mezi vrstevníky (Kantor, Lipský, Weber & kol., 2009).

Jako muzikoterapeutický prostředek lze využít lidské tělo, hlas a hudební nástroje. Pomocí svého těla můžeme vydávat různé zvuky pomocí dechu nebo samotnou hrou na tělo, což pomáhá si uvědomit vlastní tělo, nebo jde o kontakt s druhými lidmi. Patří zde např. tleskání, dupání, luskání, hvízdání, foukání, mlaskání, bručení. Hru na tělo lze doplnit různými formami pohybu. Lidský hlas patří k nejsilnějším prostředkům v muzikoterapii, řadíme zde hlasovou improvizaci, rytmizaci, melodizaci říkadel, zpěv písní apod. Z hudebních nástrojů lze v muzikoterapii využít nástroje západní kultury (klavír, kytara) nástroje etnické, lidové, tradiční, Orffův instrumentář (např. dětské bubínky, tympány, zvončky, ozvučná dřívka, činely, tamburíny, triangl) a ručně vyrobené z přírodních materiálů (např. bubny, flétny, chřestidla, rolničky, zvonky, dřívka). Hudební nástroje přinášejí nejen potěšení ze hry, ale také rozvíjí sluchové vnímání, jemnou motoriku, koordinaci, cit pro melodii a rytmus (Müller, 2005, Kantor, Lipský, Weber & kol., 2009).

V muzikoterapii při práci s člověkem s demencí vybíráme jednodušší prvky, smysluplné a vycházející ze zkušeností klientů. Vždy se snažíme zachovat důstojnost nemocného. Mezi techniky zde patří rytmické cvičení za použití rytmických nástrojů, hrou na tělo,

činnosti se zpěvem, relaxace, dechová cvičení, poslech hudby (Holmerová, Jarolímová, Suchá & kol., 2007).

3.1.5 Dramaterapie

V této kapitole vycházím z Valenty (2011). Dramaterapie pomáhá použitím divadelních postupů upravit psychické poruchy, sociální vztahy, důsledky tělesného nebo mentálního postižení. Podporuje duševní i fyzickou integraci, rozvoj slovní i mimoslovní komunikace, podporuje osobní růst.

V dramaterapii se neřeší konkrétní problém, ale prostřednictvím hry, příběhu nebo role se snaží vytvořit pohled na situaci a najít řešení nebo k němu přispět. Při dramaterapii se využívají např. mimická a řečová cvičení, dramatická a verbální hra, scénář, mýty, příběhy, hra v roli, práce s textem, vyprávění příběhů, masky, maňáskové a loutkové hry, pohyb a pantomima.

Jde zde především o prožívání, kde se pracuje s představivostí klienta. Klient si může vyzkoušet prožít řadu situací, které mu v jeho skutečném životě mohou pomoci se orientovat a přiměřeně reagovat na vzniklé situace. V dramaterapii u seniorů může jít např. o trénink paměti, rozvoj sociálních schopností, rehabilitaci, rozvoj asertivity, možnost vyrovnat se s nevyřešenými konflikty, skrytými traumaty, velkými změnami, nebo může jen obohatit jejich život a přinášet zábavu.

Při práci se seniory v rámci dramaterapie lze pouze nacvičit divadelní představení, které obohatí jejich kulturní život, a pokud je představení určené divákům, může se spolupracovat s ergoterapií a arteterapií při výrobě kostýmů a kulis.

3.1.6 Animoterapie

Animoterapie (zooterapie) využívá zvíře jako léčebný prostředek pro člověka, často se také hovoří o tzv. léčení prostřednictvím domácích mazlíčků. Animoterapie vychází ze samotné péče o zvíře, dotýkání, hlazení, kontaktů a komunikace s nimi nebo přes ně (Nerandžič, 2006).

Zvíře může být prostředkem ke změně životního stylu, což vede ke zlepšení zdraví a kvality života. Jako společník pozitivně působí na zdravotní stav člověka a na jeho chování, napomáhá proti lidským onemocněním a má terapeutický účinek. Zvíře nám může napomáhat např. vyhýbat se stresovým reakcím či zmírnit jejich dopad, vyrovnat se se samotou, depresemi, zvýšit fyzickou kondici. Svým vlivem na člověka může zlepšit jeho motoriku, paměť, komunikaci s okolím, zmírnit stres nebo jen rozevřít ztuhlé svalstvo (Nerandžič, 2006, Odendaal, 2007).

Do animoterapie můžeme zařadit celou řadu zvířat. Nejčastěji se setkáváme s canisterapií (léčebné působení psa na člověka), felinoterapií (působení kočky na člověka), hipoterapií (pozitivní působení na člověka prostřednictvím pohybu při koňské chůzi). K terapii zvířetem lze ale využít také drobná hospodářská zvířata (např. králíky, vietnamská prasata, kozy, slepice), morčata, křečky, fretky, ptáky, žáby, hmyz či exotická zvířata (např. rybičky, želvy, hady, exotické ptáky, delfíny, slony) (Nerandžič, 2006).

3.1.7 Zahradní terapie

Člověk je odpradávná úzce spojen s přírodou a má potřebu se k ní neustále vracet a čerpat z ní energii. Zahradničení patří k nejstarším lidským činnostem, které se využívají pro terapeutické účely. Základem je pozitivní vztah mezi člověkem a rostlinou. Zahradní terapie vychází z toho, že příroda léčí, jelikož příznivě působí na tělo, mysl i duši. Péče o rostliny pomáhá lidem duchovně růst a rozvíjet se.

Zahradní terapie může probíhat venku na pozemcích, ve sklenících, zimních zahradách nebo kdekoliv s využitím rostlin v květináči. Jedná se tedy o pobyt či práci na zahradě nebo péči o pokojové květiny. Činnosti v zahradní terapii lze rozdělit na pasivní činnosti a na aktivní činnosti (Pachl, 2012):

- Pasivní činnosti uklidňují mysl, snižují svalové napětí, povzbuzují imunitní systém a regenerační procesy. Patří zde radost z pozorování rostlin, vyhlížení z okna na zeleň, odpočívání v zahradě, procházka parkem.
- Aktivní činnosti podporují fyzickou zdatnost, snižují stres, zlepšují emoční i duševní zdraví. Využívá se zde práce na zahradě, která je zároveň fyzickým cvičením.

Práce na zahradě lze zařadit také do aktivit kinezioterapie, kde jde o jednoduché stereotypní činnosti (např. hrabání listí, stříhání větví, plení a okopávání záhonu). Tyto činnosti vedou ke komplexnímu pohybu na čerstvém vzduchu, přináší zdravou únavu a dávají klientům pocit užitečnosti. U osob s demencí je důležité dbát na jejich bezpečnost při práci, aby nedošlo k úrazu nebo otravě (Holmerová, Jarolímová, Suchá & kol., 2007).

Pro účely zahradní terapie se budují zahrady u nemocnic, léčeben, domovů pro děti či seniory apod. Klienti zde mohou pěstovat květiny, zakládat záhony, vysazovat ovocné stromy, shrabovat listí, okopávat, což jim přináší fyzickou aktivitu (chůzi, ohýbání, krčení), nebo mohou jen pozorovat, jak něco roste, pobývat na čerstvém vzduchu, přijímat sluneční energii a trávit v zahradě volný čas. Zahrada dokáže působit na všechny smysly a jejich prostřednictvím působí na celý organismus.

3.1.8 Kinezioterapie

Kinezioterapie je pohybová terapie, která je zaměřená na uvědomění vlastního těla (v klidu i v pohybu), na aktivním ovlivnění vlastních pohybů a na udržování dosavadních dovedností. Jde o cílené působení pohybu na psychiku nemocného, na jeho duševní procesy a osobnost. Vychází z pohybového programu s prvky tělesných cvičení, sportů a pohybových her, kde musíme vždy respektovat osobnost nemocného, jeho aktuální psychický stav, předchozí zkušenosti a motivaci ke cvičení (Hátlová & Suchá 2005).

Pohybová terapie pomáhá vydat přijatelným způsobem nahromaděnou energii u lidí trpících demencí, kteří až na výjimky bývají v dobrém fyzickém stavu. Pomocí vydaného pohybu dochází k přirozené únavě, což reguluje noční neklid, zlepšuje kvalitu spánku, snižuje výskyt nežádoucího chování, jako je agrese, bezcílné bloudění, útek apod. (Hátlová & Suchá 2005).

Lidé s demencí mají často omezenou schopnost vnímat signály z těla, nedokážou plně prožívat pohyb, uvědomovat si dýchání, cvičí spíše nápodobou, mají zhoršenou hrubou, jemnou motoriku a problémy s prostorovým vnímáním. Doporučuje se spíše dynamické cvičení a nesoustředit se příliš na chyby v provedení cvičení, což by mohlo vést

u dementního člověka k ztrátě jeho motivace. Terapeut by měl dohlížet na střídání končetin, procvičovat postupně jednotlivé části těla a vyhnout se cvikům, které současně procvičují více částí těla. Zvládnout koordinaci pohybů je pro osoby s demencí příliš náročné (Holmerová, Jarolímová, Suchá & kol., 2007).

U lehčích forem demence se používají aktivní relaxující programy s gymnastickými a tanečními prvky. Využívá se cvičení s drobnými předměty, řešení úkolů spojené s manipulací, verbální a neverbální komunikativní programy. U těžší formy demence se využívají nenáročná gymnastická a dechová cvičení doprovázená automasáží. Cvičení se může provádět v sedu, vleže, nebo také ve stoji s oporou (Hátlová & Suchá 2005).

Velmi vhodné je u osob s demencí v rámci pohybové aktivity využívat zejména procházky, jedná se o komplexní pohyb a mají na fyzický stav podobný účinek jako cvičení. Procházky pomocí přirozeného pohybu, v přirozeném prostředí pomáhají dosáhnout u osob s demencí tzv. „vnitřní klid“ a také zlepšují jejich kvalitu spánku (Holmerová, Jarolímová, Suchá & kol., 2007).

3.1.9 Validační terapie

Validační terapie patří ke specifickým přístupům k osobám postiženým demencí, byla koncipována Naomi Feilovou. Klade důraz na zachování a posílení lidské důstojnosti klienta, a to na základě uznání pravdivosti jeho pocitu prostřednictvím pozorného naslouchání a empatie. Terapeut neříká klientovi ne, ale citlivě pracuje s jeho tématem. Přímé odmítnutí tématu klienta, potlačení jeho pocitů a naše snaha, aby se orientoval v realitě, vede u člověka s demencí k neklidu a agresivitě (Holmerová, Jarolímová, Suchá & kol., 2007, Holmerová, Rokosová, Suchá & Veleta, 2004).

Na základě paměťové poruchy klienta se pozvolna odvádí jeho pozornost k jinému tématu, aby se zabránilo nežádoucím aktivitám. Při práci s klientem se vychází z jeho původního tématu, jeho téma se nevyvrací, ale postupně se klient navádí žádoucím směrem. Příkladem může být senior s demencí odhodlaný jít do práce, přestože je již několik let v důchodu. V rámci validační terapie se ho nesnažíme přesvědčit o opaku, jelikož by mu to přineslo velkou nejistotu nebo i agresi. Akceptujeme jeho odhodlání a nabídneme mu např. doprovod, a půjdeme s ním přes zahradu, kde přejdeme pozvolna

k jinému tématu, které ho přiměje k jiné činnosti. Validace může probíhat také ve skupině, ve které si pacienti vyprávějí, vyberou svá témata, která dál rozvádějí, hrají své role, hledají možná řešení (Holmerová, Jarolímová, Suchá & kol., 2007, Holmerová, Rokosová, Suchá & Veleta, 2004).

3.1.10 Trénink a rehabilitace kognitivních funkcí

Mezi základní kognitivní (poznávací) funkce řadí především pozornost, paměť, zrakově prostorové schopnosti, jazyk a myšlení. Kognitivní funkce nám umožňují poznávat okolní svět, plánovat naše jednání a vstupovat do interakcí s druhými lidmi. Pokud dojde k narušení těchto funkcí, ať již vlivem stáří či nemoci, stane se fungování v běžném životě velmi náročné, někdy až nemožné. Velký význam má trénink a rehabilitace kognitivních schopností (Klucká & Volfová, 2009).

V tréninku a rehabilitaci kognitivních schopností Klucká a Volfová (2009) rozlišují pojmy:

- 1) Kognitivní trénink, kde jde o procvičování kognitivních schopností u zdravých osob, které si posilují stávající schopnosti. Důležitá je zde zábavnost a odlehčenost, a to formou hry nebo přirozeného soutěžení.
- 2) Kognitivní rehabilitace se snaží o znovunabytí ztracených kognitivních schopností vlivem stáří nebo nemoci.
- 3) Neurorehabilitace zahrnuje komplexní péči o osoby s těžkým poškozením mozku, kde se hned po stabilizování základních životních funkcí využívají nejrůznější aktivizační techniky (jako fyzioterapie, logopedie, ergoterapie, muzikoterapie, arteterapie apod.) a následně pak i kognitivní rehabilitace. Cílem je naučit se pomocí nových strategií kompenzovat poruchy a podpořit duševní vyrovnání s funkčními deficity pro plánování dalšího života.

U lidí trpících demencí dochází k postupnému narušení kognitivních funkcí, a proto k prevenci demence řadí trénování pozornosti, aktivní procvičování paměti, učení se novým věcem, zájem o okolní dění a celkově aktivní způsob života. U procvičování paměti u osob s demencí nejde o soutěžení, rychlost a čas, tak jak je to často

u zdravých jedinců. Je zde kladen důraz především na procvičování kognitivních funkcí, podporu sebevědomí nemocných a správnou motivaci. Patří zde např. zjednodušené, nesoutěživé slovní hry, doplňování říkanek, slov, skládání obrázků, pexesa, puzzle. Veškerá tato činnost by měla vždy přinést nemocnému i terapeutovi zábavu a potěšení (Holmerová, Jarolímová, Suchá & kol., 2007).

Kognitivní trénink i rehabilitace může probíhat individuálně či ve skupině, kde může jít buď o komplexní trénování kognitivních funkcí s procvičením všech poznávacích schopností, anebo o trénování jednotlivých poznávacích schopností (např. trénování paměti).

3.1.11 Bazální stimulace

Pro tuto kapitolu vycházím z Friedlové (2007). Bazální stimulace je pedagogicko-ošetrovatelský koncept, který vypracoval v roce 1975 prof. dr. Andreas Fröhlich v rámci doktorandského studia. Původně byl koncept bazální stimulace vytvořen pro potřeby dětí s těžkými kombinovanými somatickými a intelektovými změnami. V 80. letech ho do ošetrovatelské péče přenesla zdravotní sestra prof. Christel Bienstein. V současné době se bazální stimulace v mnoha Evropských zemích řadí k uznávaným a používaným konceptům v oblasti speciální pedagogiky a ošetrovatelství. Využívá se u tělesně, mentálně nebo duševně postižených, u nedonošených dětí, u lidí ve stavu vigilního kómatu nebo s jakýmkoliv postižením vnímání. Zaměřuje se na všechny oblasti lidských potřeb, je individuální, přizpůsobuje se věku, schopnostem a stavu klienta.

Koncept bazální stimulace podporuje vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka, které se navzájem ovlivňují. Terapeuti se snaží pomocí podnětů a pohybu navázat komunikaci s lidmi se změnou v oblasti vnímání a komunikace. Cílem je, aby klienti vnímali vlastní tělo, uvědomovali si vlastní identitu, vnímali okolní svět, navázali komunikaci se svým okolím, orientovali se v prostoru i čase a došlo tak k zlepšení funkcí organismu.

Bazální stimulace vychází z toho, že každý člověk je schopen v každé situaci něco vnímat, otevřít se světu a komunikovat se svým okolím. Řeč a písmo je považováno jen

za jednu možnost komunikace s okolím, důležitá je neverbální (nonverbální) komunikace pomocí gest, mimiky, postojů apod. K významnému prvku v komunikaci patří také dotek, prostřednictvím kterého dostáváme spoustu impulzů ze zevního prostředí a můžeme tak s okolím přes doteky komunikovat.

Rehabilitační techniky bazální stimulace se člení na prvky základní stimulace (somatické, vestibulární, vibrační) a prvky nastavbové stimulace (optické, auditivní, taktilně-haptické, olfaktorické, orální):

- 1) Somatická stimulace umožňuje vnímat vlastní tělo a tělesné schéma, a tím vnímat a komunikovat s okolním světem. Je podmíněna kvalitou doteků terapeuta. Somatická stimulace se dále dělí na zklidňující, povzbuzující, neurofyziologická, symetrická, rozvíjející, diametrální, polohování (hnízdo, mumie), kontaktní dýchání a masáž stimuluje dýchání.
- 2) Vestibulární stimulace připravuje organismus na mobilizaci, redukuje závrať z otáčivého pohybu, zprostředkovává informace o postavení v prostoru. Provádí se u klientů ležících na lůžku, před každou změnou polohy těla klienta. U ležících klientů jde o nepatrné otáčení hlavy do stran, nebo jde o houpací pohyb vsedě na lůžku či v křesle, nebo pohyb tzv. ovesného klasu v ovesném poli (pohyb ve tvaru ležaté osmičky). Klient může být také uložen do zavěšeného houpacího látkového vaku, kde na jeho tělo působí gravitace.
- 3) Vibrační stimulace se snaží stimulovat kožní receptory pro vnímání vibrací a receptory hluboké citlivosti ve svalech, šlachách a vazivovém aparátu kostí kloubů. K vibrační stimulaci se používají různé předměty (např. vibrující hračky, lehátka, sedátka) nebo vlastní ruce. Vibrátory se přikládají klientovi do okolí kloubů, na horní a dolní končetiny, do dlaně, nebo se položí na matraci pro celotělovou vibrační simulaci.
- 4) Optická stimulace se zaměřuje na stimulaci zrakového vjemu, který je významným smyslem k poznávání okolí a k navázání komunikace. Cílem je vytvořit dostatek zrakových stimulů do zorného pole klienta (např. obrázky, fotografie, hodiny, barevné zdi jasně oddělené od stropu, barevné oblečení, barevné ložní prádlo) a poskytnout možnost změnit prostředí (opustit pokoj, oddělení, budovu).

- 5) Auditivní stimulace se zaměřuje na schopnosti sluchového aparátu. K auditivní stimulaci se využívá řeč (předčítání, vyprávění, nahrávky rodiny, kamarádů apod.), hudba (reprodukováná hrou na hudební nástroj), zpěv.
- 6) Orální stimulace se zaměřuje na pozitivní stimuly v oblasti ústní dutiny (např. chuťový prožitek). Cílem je zprostředkovat vjemy z úst klienta, a tím stimulovat jeho vnímání. Ústa jsou vnímána jako osobní intimní zóna, a proto je důležité dbát vždy na citlivý vstup do dutiny ústní, aby nevznikl u klienta nepříjemný zážitek.
- 7) Olfaktorická stimulace je zaměřena na stimulaci vnímání pomocí chuti a čichu, a úzce souvisí s orální stimulací. Pro stimulaci se často využívají vůně toaletních potřeb klienta, parfémů, vůně jídla, vonných svíček apod.
- 8) Taktilně-haptická stimulace je zaměřena na hmatové vnímání, a to na schopnost lidské ruky rozpoznávat předměty, a tak získávat zkušenosti a ukládat je do paměti. Ke stimulaci se používají oblíbené předměty, talismany, hračky, žinky, hrníčky, klíče, telefony a jiné předměty denního života.

3.1.12 Aromaterapie

Aromaterapie je šetrná přírodní terapie, která napomáhá k udržení, podpoře a zlepšení fyzické, duševní či emocionální pohody. Blahodárně působí na ducha, tělo a mysl. Podporuje relaxaci, pevné zdraví, pomáhá zvýšit imunitu. Má antiseptické a antibakteriální vlastnosti, a tím působí proti infekcím (Dyeová, 1995).

K terapeutickým účelům se cíleně používají esenciální oleje, které jsou velice aromatické a jejich vůně jsou důležitou složkou přírodních léčivých vlastností. Esenciální oleje se získávají ze všech částí rostlin a užívají se prostřednictvím masáží, aromatických koupelí, obkladů, inhalací, meditací a relaxací. Napomáhají k utišení svalových bolestí, uklidnění nervů a k celkovému zklidnění organismu. Používají se např. formou mastí (krémů), vonných svíček, zápalných tyčinek, které blahodárně působí na naše dýchací ústrojí. Nebo také slouží jen k provonění místnosti a osvěžení vzduchu. Lze je využívat také při práci u osoby s demencí, kde napomáhají zmírnit symptomy demence (Dyeová, 1995, Krumlovská & Alexa, 2004).

Aromaterapie působí psychoterapeuticky, ovlivňuje náš psychický stav, má vliv na naši náladu, pocity a centrální nervový systém. Vůně přímo působí na naši psychiku, stimuluje nervové buňky a vysílá elektronické signály do našeho mozku. Vůně má hluboký účinek na naši dlouhodobou, krátkodobou paměť a city, často nás ovlivňuje, i když si to mnohdy neuvědomujeme. Známa vůně nám může pomoci vybavit si již zapomenuté vzpomínky (Dyeová, 1995).

3.1.13 Světelná terapie

Světelná terapie je léčba světlem, kterou můžeme využít při léčení poruch denního rytmu, ale i poruch spánku, kde je důležité zajistit dostatek světla pro bdění a dostatečnou tmu pro spánek. U lidí trpících demencí dochází často k poruše denního rytmu a nočního spánku, a proto může být světelná terapie dobrým pomocníkem u osob s demencí (Holmerová, Jarolímová, Suchá & kol., 2007).

Světelná terapie se zaměřuje jednak na celkové osvětlení a na cílenou aplikaci světla. V rámci celkového osvětlení, je důležité dbát na dostatečný přístup přirozeného denního světla (např. uspořádáním pokoje, odstraněním žaluzií, záclon, stromů, keřů) a umělého osvětlení (např. v zimním období, při deštivém počasí). Kromě dostatečného osvětlení přes den, nesmíme zapomínat na zajištění dostatečné tmy v noci ke spánku (Holmerová, Jarolímová, Suchá & kol., 2007).

Pro cílené aplikace světla je vyhrazený prostor a trvá jen po určenou dobu. Cílená aplikace světla se provádí působením plnospektrálního světla (denního světla), které napomáhá nahradit nedostatek světla především v podzimním a zimním období. V tomto období člověk často trpí extrémní únavou, spavostí či poruchami nálad, zhoršuje se mu paměť, dochází k útlumu myšlení, soustředění i pracovní výkonnosti. Plnospektrální světlo je umělé světlo, které se přibližuje slunečnímu záření, které má pozitivní účinky na lidský organizmus (snižuje stres, vede ke zlepšení celkového stavu, chování, nálady a učení) a posiluje jeho imunitní systém (Lieberman, 2006).

Světelná terapie probíhá v místnosti vybavené osvětlením vyzařujícím plnospektrální jasné světlo. Toto světlo je bráno jako denní světlo, a proto nemusí být omezeno. Pouze, když se u člověka objeví zvýšená aktivita, pak se doba terapie zkrátí. Pro terapii se doporučuje doba 40 minut až 2 hodiny, a u aktivních zdravých lidí může být až 8 hodin. Světelná terapie může být doprovázena aromaterapií a relaxační hudbou (Lieberman, 2006).

4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Pojem sociální služby vymezuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §3, jako činnost nebo soubor činností, které zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Mezi sociální služby patří sociální poradenství, sociální péče a sociální prevence. Tyto služby se mohou poskytovat ambulantně, terénně nebo jako služby pobytové.

Pobytové služby jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, mezi které patří mimo jiné domovy se zvláštním režimem. Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §50, odstavec 1 (16):

V domovech se zvláštním režimem se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

4.1 Domov Březiny, příspěvková organizace

Domov Březiny, příspěvková organizace Moravskoslezského kraje se nachází v klidné zóně města Petřvald u Karviné. Provoz domova byl zahájen 4. září 1975, jako Domov důchodců Petřvald. Příspěvkovou organizací Moravskoslezského kraje se stal Domov důchodců v Petřvaldě od 1. 1. 2003. Název zařízení na Domov Březiny, příspěvková organizace, byl Moravskoslezským krajem změněn ke dni 29. 6. 2007. Na základě platné zřizovací listiny ze dne 28. 6. 2007 a registrace sociálních služeb je domov oprávněn poskytovat sociální služby. V souladu s touto registrací a dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění poskytuje Domov Březiny, p. o. dvě sociální služby: Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem (Výroční zpráva Domova Březiny, p. o. za rok 2012).

- Domov pro seniory je určen osobám ve věku od 65 let, kteří vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebují pravidelnou pomoc či podporu, která jim nemůže být

zabezpečena jinou sociální službou. Domov pro seniory poskytuje službu 53 uživatelům.

- Domov se zvláštním režimem je určen osobám ve věku od 55 let, kteří vzhledem ke svému duševnímu onemocnění, včetně Alzheimerovy choroby, nebo jiného typu demence, mají sníženou soběstačnost, a pro své onemocnění nemohou zůstat v přirozených podmínkách vlastního domova.

Domov tvoří komplex pěti budov s venkovním areálem, který tvoří parkoviště a zahradní posezení s parkovou úpravou. První budova slouží především jako administrativní budova, ve které najdeme kancelář ředitele domova, kanceláře ekonomického úseku, sociální pracovníci, pokladnu a čekárnu s ošetřovnou lékaře, který do domova pravidelně dochází. Administrativní budova je propojena s ubytovacími částmi spojovací chodbou. V první části spojovací chodby se nachází recepce s posezením pro uživatele a návštěvníky. Ostatní budovy slouží především pro ubytování a poskytování péče uživatelům domova. Domov má k dispozici také vlastní kuchyň, prádelnu a kantýnu, kterou využívá externí firma.

V souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, §50, podle odstavce 2 (16), Domov Březiny, p. o. poskytuje tyto základní činnosti:

- ubytování,
- stravu,
- pomoc při osobní nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

4.2 Domov se zvláštním režimem

Posláním domova je zajistit uživatelům důstojné prožívání života, což znamená zajistit vhodné a bezpečné podmínky pro život uživatele, tak aby co nejvíce odpovídali jejich specifickým potřebám. Domov se zvláštním režimem poskytuje službu 103 uživatelům.

Domov tvoří dvě bezbariérové budovy. Tyto budovy jsou označovány jako pavilony, a to pavilon P1 a pavilon P2 (Výroční zpráva Domova Březiny, p. o. za rok 2012).

Pavilon P1 prošel v roce 2005 celkovou rekonstrukcí, tvoří ho suterén, přízemí, patro a podkroví (celkem 64 uživatelů):

- V suterénu se nachází prádelna domova, šatny zaměstnanců, archív, sklady, místnost pro pracovníky úklidové firmy, ergoterapeutická místnost a kotelna.
- Přízemí a patro je určeno především pro imobilní uživatele (celkem 44 uživatelů). K dispozici jsou zde: 1 jednolůžkový pokoj s vlastním sociálním vybavením, 3 jednolůžkové pokoje a 20 dvoulůžkových pokojů se společným sociálním vybavením na chodbě, společenská místnost, ošetrovna, denní místnost pro pracovníky, kancelář vedoucí oddělení, místnost pro imobilní vozíky. Každé patro má na chodbě dvě koupelny a tři záchody, kuchyňku, sklad čistého prádla, čisticí místnost a úklidovou místnost. Pokoj je vybaven umyvadlem, elektricky polohovacím lůžkem, toaletním stolem, skříní, židlí popř. stolem. Uživatelé si mohou pokoj vybavit vlastním zařízením v souladu s Vnitřními pravidly domova.
- Podkroví je pro mobilní uživatele s lehkým stupněm demence (celkem 20 uživatelů). V podkroví se nachází 2 jednolůžkové pokoje s vlastním sociálním zařízením, 5 dvoulůžkových pokojů s vlastním sociálním zařízením a 4 dvoulůžkové pokoje se sociálním zařízením vždy pro dva pokoje, společenská místnost s jídelnou, společná šatna, ošetrovna, sklad čistého prádla, čisticí a úklidová místnost. Na chodbě jsou dále k dispozici dva záchody a jedna koupelna. Pokoj je vybaven mechanicky polohovacím lůžkem, toaletním stolem, skříní, stolem a židlí. Uživatelé si dále mohou pokoj vybavit vlastním zařízením dle Vnitřních pravidel domova.

Pavilon P2 je stará budova, která dosud neprošla rekonstrukcí. Tato budova má úzké chodby a do pokojů nelze vjet s postelí. Výhodou tohoto pavilonu jsou velké a prostorné pokoje. Z tohoto důvodu pavilon slouží především pro mobilní uživatele. Pokoje jsou všechny vybaveny elektricky polohovacím lůžkem, toaletním stolem, skříní, stolem, židlí, popřípadě křeslem. Uživatelé si mohou pokoj vybavit vlastním zařízením v souladu s Vnitřními pravidly domova. Pavilon tvoří suterén, přízemí a patro (celkem 39 uživatelů):

- V suterénu se nachází velká kulturní místnost, terapeutická místnost, kancelář instruktorů sociální péče, šatny zaměstnanců, záchody a sklady.

- Přízemí je určeno především pro mobilní ženy s lehkou až středně těžkou demencí (celkem 18 žen). Na přízemí se nachází 9 dvoulůžkových pokojů se společným sociálním zařízením na chodbě, místnost se světelnou terapií, ošetrovna, denní místnost pracovníků, kuchyňka, sklad čistého prádla, sklad špinavého prádla, úklidová místnost.
- Patro je určeno pro mobilní muže s lehkou až středně těžkou demencí (celkem 21 mužů). Nachází se zde 1 jednolůžkový pokoj a 10 dvoulůžkových pokojů se společným sociálním zařízením na chodbě, dvě ošetrovny, společenská místnost, jídelna, denní místnost pracovníků a kuchyňka.

4.2.1 Pracovník přímé obslužné péče

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, § 116, odstavec 1, písmeno a), (34):

Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v náviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb.

Pracovník v sociálních službách musí být způsobilý k právním úkonům, bezúhonný, zdravotně způsobilý a odborně způsobilý. Za odbornou způsobilost pracovníka přímé obslužné péče (dále PPOP) je považováno základní nebo střední vzdělání s absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu. Akreditovaný kvalifikační kurz se nevyžaduje v případě, že pracovník získal způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetrovatel, odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka nebo získal-li střední vzdělání stanovené prováděcími právními předpisy (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění).

Pracovník v sociálních službách má povinnost se dále vzdělávat nejméně v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok, a tím prohlubovat a zdokonalovat své znalosti a dovednosti potřebné pro poskytování kvalitní služby sociální péče. Zaměstnavatel je povinen pracovníkům toto vzdělání zabezpečit (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,

v platném znění). Domov Březiny, p. o. pracovníkům nabízí účast na stážích a na školeních, které probíhají přímo v domově nebo jsou pořádány zřizovatelem. Témata školení se vybírají podle požadavků organizace, zřizovatele a pracovníka. Každý pracovník si za pomoci svého nadřízeného stanovuje a vede svůj individuální vzdělávací plán (Metodický pokyn č. 10/2/ZVR, Program dalšího vzdělávání pracovníků, 2012).

Počet PPOP v domově se zvláštním režimem podle pavilonů:

- pavilon P1: 20 pracovníků přímé obslužné péče,
- pavilon P2: 17 pracovníků přímé obslužné péče.

Pro každý pavilon je stanoven minimální počet PPOP na směně. Na pavilonu P1 je minimální počet 5 PPOP na denní směně a 3 PPOP na noční směně. Na pavilonu P2 je minimální počet 4 PPOP na denní směně a 3 PPOP na noční směně.

PPOP mají stanovený denní a noční harmonogram práce. Tyto harmonogramy zahrnují činnosti, které by měl pracovník během směny vykonat. Harmonogram práce obsahuje činnosti, které jsou prováděny vždy ve stejném čase (např. provádění toalet, koupání uživatelů, podávání stravy), a činnosti, které nemají stanovený přesný čas na jejich provedení (např. odvoz, dovoz a úklid prádla, individuální plánování, provádění aktivizace). Harmonogram práce by měl pracovník přizpůsobit co nejvíce individuálním požadavkům a přáním každého uživatele.

Denní harmonogram práce obsahuje (Domov Březiny, p. o., denní harmonogram práce, 2012):

- získání informací o uživatelích od noční směny, popřípadě ze sešitu předání služby,
- ranní toalety uživatelů, dle plánu služeb uživatele,
- odvoz použitého prádla do prádelny, dovoz a třídění čistého prádla,
- snídaně (dovoz snídaní na oddělení, příprava uživatelů ke snídani, rozdání snídaně popřípadě pomoc při podávání jídla, sběr nádobí, mytí stolů, jídelních desek),
- celková koupel uživatelů dle dohody s uživatelem, v době koupání uživatele je prováděn také úklid pokoje (úklid toaletního stolku a postele),

- oběd (dovoz obědů a večeří, příprava uživatelů k obědu, rozdání obědů popřípadě pomoc při podávání jídla, sběr nádobí, mytí stolů, jídelních desek),
- odpolední toalety dle plánu služeb uživatele,
- individuální plánování s uživateli, individuální popřípadě skupinová práce s uživateli, provádění aktivizační činnosti,
- svačina,
- večeře,
- předání informací noční směně.

Během denní směny se dle potřeby uživatelů také dohlíží na pitný režim, provádí se prevence dekubitů, polohování dle polohovacích hodin uživatele, vylévání a dezinfekce WC křesel, močových lahví dle potřeb uživatelů.

Noční harmonogram práce obsahuje (Domov Březiny, p. o., noční harmonogram práce, 2012):

- získání informací o uživatelích,
- sběr nádobí po večeři, mytí stolů, jídelních desek na pokojích uživatelů a v jídelně,
- večerní toalety uživatelů,
- zajištění podávání tekutin dle potřeb uživatelů,
- prevence dekubitů dle potřeb uživatelů,
- provádění polohování dle polohovacích hodin uživatele,
- vylévání a dezinfekce WC křesel, močových lahví dle potřeb uživatelů,
- obchůzky oddělení
- povrchová dezinfekce ošetřovny, převazového vozíku, kanceláře vedoucí oddělení, denní místnosti,
- práce dle Týdenního harmonogramu práce
- individuální plánování sociálních služeb,
- předání informací o uživatelích ranní směně.

4.2.2 Klíčový pracovník

Tato kapitola je popsána z interních materiálů Domova Březiny, p. o. (Metodický pokyn č. 5/1/ZVR, Klíčový pracovník, 2012). Klíčový pracovník je „tzv. důvěrník“ uživatele, který prosazuje jeho zájmy, přání a potřeby. Odpovídá za individuální plánování uživatele a ve spolupráci s uživatelem zpracovává jeho individuální plán, zodpovídá za

realizaci tohoto plánu a koordinuje plánování a průběh služby, zodpovídá za realizaci plánů a vyhodnocuje stanovené cíle uživatele.

Funkci klíčového pracovníka v domově vykonává pracovník přímé obslužné péče, pracovník v sociálních službách, instruktor sociální péče a metodik kvality přímé péče. Jeden klíčový pracovník vede individuální plány pro 3- 6 uživatelů. PPOP má na starosti maximálně 3 uživatele.

Počet klíčových pracovníků v domově se zvláštním režimem podle pavilonů:

- pavilon P1: 16 PPOP, 2 instruktoři sociální péče, 1 pracovník v sociálních službách, 1 metodik kvality přímé péče,
- pavilon P2: 8 PPOP, 2 instruktoři sociální péče, 1 pracovník v sociálních službách, 1 metodik kvality přímé péče.

Pro pozici klíčového pracovníka musí pracovník splnit následující kritéria:

- pracovat v domově minimálně 6 měsíců,
- zúčastnit se školení o individuálním plánování sociální služby pořádané domovem v délce v rozsahu minimálně 6 hodin,
- podat na sekretariát ředitele vyplněnou přihlášku pro výběr klíčového pracovníka
- po dobu nejméně třech měsíců vykonávat funkci klíčového pracovníka minimálně u 1 uživatele
- úspěšně vyplnit dotazník ověřující praktické dovednosti a znalosti klíčového pracovníka

Klíčový pracovník musí znát dobře nabídku služeb domova se zvláštním režimem, zásady poskytování sociálních služeb a postupy související s plánováním. Umí komunikovat s uživatelem, vést rozhovor, motivovat uživatele, rozpoznat a zmapovat potřeby uživatele a na základě toho spolu s uživatelem, popř. týmem, sestavit individuální plán poskytování péče. Dokáže získané informace související s plánováním a poskytováním služeb uživateli shromažďovat, vyhodnocovat a následně je předávat týmu ostatních pracovníků, kteří se podílí na poskytované službě.

4.2.3 Aktivizace uživatelů v domově se zvláštním režimem

Tato kapitola vychází z interních materiálů Domova Březiny, p. o. (Metodický pokyn č. 1/4F/ZVR, Aktivizační činnosti, 2012). Aktivizace uživatelů v domově se zvláštním režimem vychází z jejich individuálních potřeb. V aktivizaci se pracovníci zaměřují na udržování či zdokonalení dosud zachovaných schopností uživatele s duševní poruchou. Aktivizace má podněcovat uživatele k intenzivnější činnosti. Při aktivizaci pracovníci plně respektují individuální možnosti a přání uživatele. Snaží se uživatele motivovat, umožnit mu prožít zážitky úspěchu a posilovat jeho sebeúctu. Aktivita se vybírají tak, aby uživateli přinášely potěšení a nevzbuzovaly v něm pocit nejistoty, či nepohody.

Pro úspěch aktivizace se pracovníci snaží vycházet ze znalostí uživatele, z jeho životní historie, zájmové orientace, profesního zaměření, rodinné struktury, zdravotního stavu a jiných souvislostí jeho života. Potřebné informace o uživateli získává klíčový pracovník, který informace zapisuje do individuálního plánu uživatele a předává je všem pracovníkům podílejících se na jeho aktivizaci.

Aktivizaci uživatelů v domově se především věnují instruktoři sociální péče (dále jen instruktoři), kteří se podílejí na většině aktivizačních činností. Domov Březiny, p. o. v současné době zaměstnává čtyři instruktory. Tři instruktoři jsou přiděleni pro domov se zvláštním režimem a jeden pro domov pro seniory. Instruktoři aktivizaci uživatelů provádějí od pondělí do pátku, v dopoledních a odpoledních hodinách, dle týdenního plánu, ve kterém mají jednotlivé činnosti časově rozděleny. Kromě instruktorů se na aktivizaci podílejí pracovníci přímé obslužné péče během denní směny, a to především v odpoledních hodinách. Dále se na aktivizaci uživatelů podílí pět dobrovolníků a jedna osoba vykonávající veřejnou službu pod úřadem práce, kteří pravidelně dochází do domova.

Pracovníci provádějí aktivizaci uživatele individuálně nebo ve skupině. Individuální aktivizace nejčastěji probíhá na pokoji uživatele. Skupinovou aktivizaci uživatelů provádějí především instruktoři dle jejich týdenního plánu v předem stanoveném čase a místě (např. v terapeutické místnosti, velké společenské místnosti na pavilonu P2, v pergole u pavilonu P2 či v jiném posezení na zahradě). Pracovníci přímé obslužné péče provádějí nepravidelně skupinovou aktivizaci ve společenské místnosti na pavilonu, kde je uživatel ubytován, popřípadě na zahradě domova.

Mezi techniky, metody a činnosti, které se využívají při aktivizaci uživatelů v domově se zvláštním režimem, patří:

- 1) Arteterapie, kde se využívá převážně arteterapie produktivní – uživatelé vytvářejí různé kresby, malby, koláže nebo se pouze čmárá barvami na papír, čímž se stimuluje tvořivost uživatelů, překonává se apatie apod.
- 2) Zooterapie (terapie se zvířaty), při které se využívá pozitivní vliv zvířete na uživatele. Kontakt se zvířetem vyvolává u uživatele příjemné pocity, zvláště při dotyku, a tím zabraňuje jejich osamělosti. V domově se využívají k zooterapii dva zakrslí králíci a morče. Terapie probíhá většinou individuálně, kdy pracovníci navštěvují se zvířetem uživatele na pokoji dle jeho přání. V terapeutické místnosti je také umístěno akvárium s rybičkami a želvami, které slouží k pasivní terapii. Uživatelé mohou kdykoliv tuto místnost navštívit. V rámci individuálního plánu jednoho uživatele byla zřízena venkovní králíkárna pro chovné králíky, o které uživatel v rámci své aktivizace osobně pečuje.
- 3) Pracovní terapie se využívá přiměřeným způsobem dle schopností a zdravotního stavu uživatele. Jedná se především o takové činnosti, které smysluplně naplní volný čas uživatelů. Pracovníci přímé obslužné péče se snaží s uživateli tuto terapii zařadit do jejich denního režimu (např. jednoduché denní činnosti jako je péče o oblečení, stlání postele, zalévání květin apod.). Instruktoři provádějí s uživateli tyto činnosti individuálně (např. vaření, práce na zahradě, ruční práce, pletení, drhání apod.) nebo ve skupině (např. výroba výzdoby z různých materiálů k různým příležitostem, výroba z keramické hlíny, drhání).
- 4) Muzikoterapie, kde se využívají účinky hudby na psychiku uživatele. Pracovníci využívají aktivní a pasivní muzikoterapie, a to individuálně na pokoji uživatele nebo ve skupině v terapeutické či společenské místnosti nebo v areálu zahrady domova. Během aktivní muzikoterapie se uživatel zapojuje vlastním zpěvem nebo hrou na hudební nástroj a při pasivní muzikoterapii uživatel poslouchá hudbu.
- 5) Terapie pohybem, kde se jedná o pohyb uživatelů (cvičení, chůze, apod.). Terapie pohybem je prováděna individuálně nebo ve skupině. Uživatelé mají možnost se zúčastnit pravidelného skupinového cvičení. Při skupinovém cvičení se cvičí

v kruhu. Uživatelé, kteří jsou schopni při cvičení stát, stojí, ostatní sedí na židlích. Cvičení je zaměřeno na dechové cvičení, protahování a uvědomování si jednotlivých částí těla, cvičení s míči, s gymnastickými gumami nebo tyčemi. Využívají se prvky jógy, harmonie těla, relaxace. Mezi lehčí pohybové aktivity patří chůze s kompenzačními pomůckami (chodítka, hůl, francouzské hole), chůze s oporou druhé osoby, základní procvičování končetin. Tyto pohybové aktivity se uskutečňují na základě doporučení lékaře. Uživatelé mohou v domově využít také práci fyzioterapeutky, která pracuje s uživateli na základě indikace lékaře.

- 6) Reminiscence (vzpomínková setkání), práce s uživateli, která využívá vzpomínek k podpoře aktivity a komunikace s uživatelem, pomáhá překonávat izolaci v novém prostředí a vyrovnání se se závažnými změnami. Vzpomínková setkání uživatelů probíhají individuálně nebo ve skupině vždy 1x týdně. Pro tyto účely je vytvořena reminiscenční místnost vybavena starým nábytkem obývacího pokoje, který měli uživatelé ve své domácnosti a reminiscenční kouty ve společenských místnostech s různými vzpomínkovými předměty (např. obrazy, rádio, harmonika, hodiny, kolovrátek, kořenky, sošky s jeleny). Uživatelé mají možnost si do domova přinést věci, které jsou součástí jejich života (např. fotografie, obrázky, hrnečky, knížky). Z těchto věcí si mohou s pracovníkem vytvořit tzv. vzpomínkovou krabičku, se kterou pak společně dále pracují. Skupinové setkání je určeno pro 4 - 8 členů a setkání trvá maximálně 90 minut. Člen nemusí vůbec mluvit, může jen naslouchat. Témata si uživatelé volí sami.
- 7) Trénink paměti se provádí individuálně nebo ve skupině. U některých uživatelů ho pracovníci zahrnují do denního režimu uživatele, a to dle jejich schopností. Trénink paměti začíná úvodními otázkami (např. jaký je den, měsíc, rok, jak se jmenuji, jak se cítím, co se děje ve světě). Dále se procvičuje krátkodobá paměť (např. zapamatovat si nákupní seznam, číselné řady, slovní spojení, slovní fotbal) a nakonec se procvičuje dlouhodobá paměť (historické kvízy, poznávání osobností, květin, zvířat, svátků, tradic apod.). Trénování paměti se provádí pomocí luštění křížovek, jednoduchých hlavolamů, rébusů, kvízů, skládání puzzle, třídění obrázků, procvičování prostorové orientace, nácviku jednoduchých aktivit prováděných v několika krocích, hraní her náročných pro pozornost, aktivity zaměřené na slovní zásobu, aktivity spojené s využitím pohybů, vůně, doteků, apod.

- 8) Aromaterapie, pracovníci využívají nejrůznější vůně, pachy a aromatické látky, které působí na fyzickou i psychickou stránku uživatele, čímž dochází k jeho stimulaci. Tato terapie je často spojena s relaxací nebo využíváním světelné terapie.
- 9) Smyslová terapie probíhá na podporu smyslů, může probíhat individuálně nebo ve skupině. Skupinová terapie se koná v dopoledních hodinách v terapeutické nebo v kulturní místnosti. Při terapii se pracovník snaží zapojit a využívat všechny smysly uživatelů:
- sluch pomocí zvukové ukázky (např. zvuky přírody, zvířat dopravních prostředků, hudebních příspěvků),
 - hmat, poznávání předmětů podle tvarů (hřeben, nůžky, tužka, apod.),
 - čich, poznávání podle vůně (koření, bylinky, květiny, ovoce, apod.),
 - chuť, poznávání podle chuti (různé pochutiny, kyselé, sladké, slané, apod.),
 - zrak, poznávání, zapamatování a vyjmenování několika předmětů.
- 10) Bazální stimulace je využívána především u uživatelů, kteří jsou vzhledem ke svému zdravotnímu stavu trvale upoutáni na lůžku, aby si stále uvědomovali svoje tělo a polohu těla. Také se používá u uživatelů, kteří potřebují určitým způsobem uklidnit a mít pocit bezpečí a společnosti. Bazální stimulace je prováděna proškoleným pracovníkem se souhlasem uživatele na jeho pokoji. Četnost je individuální pro každého uživatele. Provádí se na základě konzultace se zdravotním personálem, týmem klíčových pracovníků a spolupracovníků. Pracovník využívá speciální pomůcky a potřeby (žínky, ručníky, froté ponožky, tělové mléko, deky, polštáře, přikrývky, polohovací pomůcky). Nejčastěji se využívá zklidňující somatická stimulace, povzbuzující somatická stimulace a polohování (poloha mumie, poloha hnízdo).
- 11) Terapeutická panenka je využívána především u uživatelů se středně těžkou a těžkou demencí. Terapeutické panenky svými rozměry připomínají skutečné děti a vrací ženy do období mateřství. Uživatelky mohou panenky nosit, vybírat pro ně oblečení, převlékat je či vzpomínat na své vlastní děti, když byly malé. Péče o panenky u uživatelů navozuje pocit užitečnosti, zájem o okolní život, navozuje celkově příjemné pocity a tak omezuje stavy osamělosti nebo úzkosti. Uživatelé v domově měly již dříve u sebe různá plyšová zvířátka či hračky, které v nich

vyvolávaly pozitivní a zklidňující pocity. Terapeutické panenky jsme v domově pořídili teprve od prosince 2012, nejdříve jsme měli k dispozici dvě panenky (chlapce a dívku), které jsme začali půjčovat uživatelkám na pavilonu P2. Uživatelky s terapeutickou panenkou jsou klidnější, nebloudí bezcílně po chodbě a do jiných pokojů, pomáhají jim při jídle, kdy jsou s panenkou na klíně ochotny jíst. Tyto panenky mají také velký význam pro uživatelky, které jsou trvale upoutány na lůžko. Dnes máme k dispozici 5 terapeutických panenek, ale někteří uživatelé mají již své vlastní terapeutické panenky.

12) Světelná terapie, která nahrazuje nedostatek světla v podzimním a zimním období, kdy člověk trpí extrémní únavou, spavostí či poruchami nálad a zhoršuje se mu paměť. Na podzim 2012 byla v domově zřízena místnost určená pro světelnou terapii vybavená osvětlením, které vyzařuje plnospektrální jasné světlo (denní světlo), relaxačními křesly a tapetou s motivem zahrady. Před zahájením terapie světlem je u uživatele nutná konzultace s lékařem. Maximální doba terapie není výhradně daná, doporučuje se 40 minut až 2 hodiny a nejpozději by měla být využívána 2 hodiny před spánkem. Terapie může být doprovázena relaxační hudbou a aromalampou. Dále je v domově k dispozici kontaktní světelná terapie (přístroj Zest Medolight) a vibračně-teplná masáž (přístroj Zest Massanger). Tyto přístroje jsou využívány v místnosti určené pro světelnou terapii nebo individuálně na pokoji uživatele, se souhlasem uživatele a na základě konzultace se zdravotní sestrou. V průběhu používání přístrojů se sleduje stav uživatele, jeho pocity, zlepšení stavu.

13) Kavárna, která probíhá každou středu od 14 hodin do 17 hodin ve velké kulturní místnosti pavilonu 2. Jedná se o kulturní akci, kde se uživatelé mají možnost setkávat ve větší společnosti. Instruktoři připravují uživatelům drobné občerstvení (např. kávu, čaj, poháry, zákusky, grilované klobásy), které si uživatelé mohou zakoupit. Během celé kavárny hraje hudba, kterou si uživatelé mohou vybrat. Za pěkného počasí jsou kavárny pořádány pod pergolou za pavilonem 2. Jednou měsíčně se pořádají větší kulturní akce s aktuálním tématem dle ročního plánu akcí, který je umístěn na nástěnkách v domově (ples, velikonoční veselice, stavění a kácení máje, den matek, domovský jarmark, vinobraní, vánoční besídka, silvestrovská kavárna, apod.).

14) Výlety, které se pořádají za pěkného počasí v doprovodu instruktorů. Jezdí se do blízkého okolí (např. návštěva zoo, cukrárny, restaurace, zámků, hradů, muzeí, výstav, divadla, obchodů, akcí pořádaných jinými zařízeními). Doprava je zajišťována automobilem pro sedm uživatelů a dva instruktory jako doprovod. Automobil nemá bezbariérový přístup, proto měli dosud možnost jezdit na výlet pouze mobilní uživatelé. Od února 2013 je však možné zapůjčit si auto s plošinou, a to díky spolupráci navázané s domovem pro mentálně postiženou mládež Benjamín, p. o.

15) Mezi další aktivizační činnosti v domově patří také povídání s uživatelem, předčítání, psaní dopisů, hraní společenských her (šachy, dáma, karty, šipky, apod.), procházky po zahradě areálu domova, promítání filmů (pro pamětníky, historických dokumentárních, pohádek nebo jiných žánrů dle přání uživatele). Instruktoři pro uživatele pořádají také sportovní soutěže (turnaje v kuželkách, šipkách, zimní, letní olympiádu), vědomostní soutěže, společenské soutěže (Miss Senior). Společně s uživateli nacvičují divadelní představení nebo jiná vystoupení k větším akcím v domově.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUM

5.1 Cíl práce a výzkumné otázky

Hlavním cílem diplomové práce je zachytit průběh denní činnosti pracovníka přímé obslužné péče (dále PPOP) v Domově Březiny p. o., zjistit, kolik může PPOP svého pracovního času využít pro aktivizaci uživatelů a na základě výsledků šetření navrhnout opatření pro kvalitnější aktivizaci uživatelů. Na základě tohoto cíle jsou stanoveny dílčí výzkumné otázky:

- 1) Kolik času mají PPOP během denní pracovní směny, aby se mohli podílet na aktivizaci uživatelů?
- 2) Které aktivizační techniky PPOP při práci s uživateli využívají?
- 3) Ve kterých aktivizačních technikách jsou PPOP vzděláni (proškoleni)?
- 4) Ve kterých aktivizačních technikách by se chtěli PPOP dále vzdělávat (školit)?

5.2 Metodika práce

Při zpracování výzkumu byly použity tyto metody (Schneider & Koudelka, 1993, Čihovský, 2006):

- Metoda terénního průzkumu (šetření) vychází ze získání dat přímo v terénu. Provádí se pomocí určité techniky, kde dotazovaný je nazýván respondentem a tazatel je nazýván ankatiérem.
- Metoda analýzy a syntézy, kde pomocí analýzy jsou jednotlivé zkoumané jevy rozloženy na jednotlivé části (prvky) a ze získané podstaty zkoumaného jevu se pomocí syntézy vyhodnotí z jedinečného na stupeň obecně platný.
- Metoda introspektivní využívá osobní poznatky výzkumníka, jeho osobní znalosti, zkušenosti na základě účasti výzkumníka v některém společenském procesu.

Použitými technikami při zpracování výzkumu byl:

- časový snímek,
- anketa.

Časový snímek podle Čihovského (2006) patří ke specifickým technikám, které pomáhají zachytit určité aktivity člověka v jeho volném čase či pracovní době. Může být prováděn u jednotlivce, ale také ve skupině. Zaznamenává se pomocí předem vytvořené tabulky, do které se zapisují prováděné činnosti dle několikaminutových intervalů. Tyto činnosti jsou zaznamenávány po celou sledovanou dobu (v případě mého výzkumu jde o denní pracovní směnu). Minimální délka sledované doby v časovém snímku je jeden den, ale optimální je jeden týden. Člověk je schopen provádět více činností najednou, a proto musíme rozlišovat činnosti primární (nejdůležitější), sekundární popřípadě terciární (např. učení, pití kávy, poslech hudby, popřípadě hlídání dítěte).

Časový snímek denní pracovní směny pracovníka přímé obslužné péče (dále PPOP) byl proveden v měsíci únor 2013 - březen 2013 v Domově se zvláštním režimem Domov Březiny, p. o. Pracovníci si mohli vybrat jednu denní pracovní směnu od pondělí do pátku (6:00 - 18:00 hodin). Víkendové denní směny byly vyloučeny z důvodu odlišujícího se denního harmonogramu práce. Pracovníci konkrétní činnosti zapisovali do předem vytvořené tabulky (viz příloha č. 3), která se dělila na čtyři části dne, a to dle času na činnosti ranní (6:00 – 9:00 hodin), činnosti dopolední (9:00 – 12:00 hodin), činnosti polední (12:00 – 14:00 hodin) a činnosti odpolední (14:00 – 18:00 hodin). Časové úseky v tabulkách nejsou stejné, tabulky jsou rozděleny dle určitých pravidelných činností, které se provádějí ve stejném čase (koupání uživatele, podávání obědů a odpolední toalety). Každá tabulka obsahovala čas, trvání, popis činnosti, počet pracovníků při činnosti a počet uživatelů při činnosti.

Časový snímek byl doplněn anketou (viz příloha č. 2), jejímž hlavním cílem bylo zjistit u PPOP jejich současné vzdělání potřebné pro aktivizaci uživatele, zájem pracovníků se v této oblasti dále vzdělávat a používání aktivizačních technik při práci s uživatelem. Anketa obsahuje dvě otevřené otázky zabývající se vzděláním PPOP v dané oblasti, uzavřenou otázku týkající se využívání jednotlivých aktivizačních technik s možností odpovědi na čtyřstupňové škále (vůbec nevyužívám, málo využívám, často využívám,

pravidelně využívám) a dvě uzavřené doplňující otázky zjišťující funkci klíčového pracovníka a pavilon, na kterém pracovník pracuje.

5.3 Charakteristika výzkumného souboru

Zkoumanou skupinu tvořili pracovníci přímé obslužné péče (dále PPOP) zaměstnaní v Domově Březiny, p. o. Petřvald, kteří práci vykonávají v sociální službě Domova se zvláštním režimem, a to na pracovišti pavilonu P1 a pavilonu P2. Celkem v Domově se zvláštním režimem pracuje 37 PPOP, a to na pavilonu P1 - 20 pracovníků a na pavilonu P2 - 17 pracovníků. Někteří tito PPOP zároveň vykonávají funkci klíčového pracovníka, na pavilonu P1 - 16 pracovníků a na pavilonu P2 - 8 pracovníků.

V domově jsou jako PPOP v současné době zaměstnány jen ženy ve věkové hranici od 26 let do 58 let, se základním nebo středoškolským vzděláním. Pracovníci přímé obslužné péče pracují v nepřetržitém provozu na dvanáctihodinových denních a nočních směnách.

Vyplnit časový snímek s anketou mohl každý PPOP pavilonu P1 a pavilonu P2, který projevil zájem. Vyplnění časového snímku s anketou bylo dobrovolné a anonymní, bez zjišťování osobních údajů pracovníků. Údaje týkající se věku, dosaženého vzdělání, vykonané praxe apod. jsem se rozhodla nezjišťovat, protože nejsou pro tento výzkum až tak podstatné a pracovníci by mohli ztratit důvěru k anonymitě ankety a odmítli by ji vyplnit. Zde vycházím již z osobní zkušenosti, s vyplňováním jiných anket v domově. Pro vyplněné časové snímky a ankety byla určena schránka v denní místnosti daného pavilonu.

Vyplňování časového snímku s příloženou anketou se nakonec zúčastnilo z 37 PPOP celkem 22 PPOP. Z pavilonu P1 z 20 PPOP se zúčastnilo 15 PPOP, a to celkem 12 klíčových pracovníků. Z pavilonu P2 ze 17 PPOP se zúčastnilo 7 PPOP, a to celkem 3 klíčoví pracovníci.

Tabulka 1. Výzkumný soubor

| Rozdělení podle pavilónů: | Pracovníci přímé obslužné péče | |
|--|---------------------------------------|-----------------------|
| | Klíčový PPOP | Neklíčový PPOP |
| pavilon P1 | 12 | 3 |
| pavilon P2 | 3 | 4 |

5.4 Sumarizace a analýza získaných dat

Z časových snímků a z ankety jsem v této podkapitole provedla sumarizaci a analýzu s následnou syntézou dat.

5.4.1 Časový snímek

Vyplněné časové snímky jsem rozdělila dle pavilonu a poté provedla sumarizaci získaných údajů. Další dělení časových snímků dle klíčových pracovníků jsem již neprovedla, jelikož se prováděné činnosti od neklíčových pracovníků nelišily.

U každého časového snímku jsem provedla rozbor z hlediska periodicity, kde jsem veškerou činnost rozdělila dle vykonávané práce (Čihovský, 2006):

A - pravidelně prováděnou práci vykonávanou společně více PPOP

B - pravidelně prováděnou práci pouze jedním pracovníkem PPOP

C - nepravidelně prováděnou práci jedním PPOP nebo více PPOP

D - aktivizační činnost prováděnou PPOP

Jednotlivé činnosti jsou rozděleny po 30 minutových intervalech. Z více uvedených činností ve stejném intervalu byla vybrána vždy prováděná primární (základní) činnost.

1) Sumarizace časových snímků denní pracovní směny PPOP na pavilonu P1

Pracovníci přímé obslužné péče, dle vyplněných časových snímků v ranních hodinách (6:00 – 9:00) provádějí pouze pravidelnou činnost, která je z 68,3% vykonávána společně s více PPOP a z 31,7% vykonávána pracovníkem samostatně. Mezi pravidelné činnosti pracovníci uvedli: předání směny (6:00 – 6:05), provedení ranních toalet (6:05 - 7:30), dovoz snídaní, příprava uživatelů na snídání, rozdávání snídaní (8:00 -8:20), pomoc uživatelům při podávání snídaně (do 8:45), sběr nádobí, mytí stolů

a jídelních desek, polohování uživatelů, příprava pomůcek ke koupání uživatelů. Na provádění aktivizace PPOP jako primární činnost, nezůstává pracovníkům v ranních hodinách při minimálním počtu pracovníků na směně žádný čas.

Tabulka 2. Průměrný čas 1 PPOP - během ranních hodin na P1

| Hodina | Vykonané činnosti (v minutách) | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------|---|---|
| | A | B | C | D |
| 6:00 – 6:30 | 30 ^č | - | - | - |
| 6:30 – 7:00 | 30 ^č | - | - | - |
| 7:00 – 7:30 | 30 ^č | - | - | - |
| 7:30 – 8:00 | 4 ^č | 26 ^č | - | - |
| 8:00 – 8:30 | 16 ^č | 14 ^č | - | - |
| 8:30 – 9:00 | 13 ^č | 17 ^č | - | - |
| Doba trvání (minuty) | 123^č | 57^č | - | - |

Vysvětlivky:

- A - pravidelně prováděnou práci vykonávanou společně více PPOP
- B - pravidelně prováděnou práci pouze jedním pracovníkem PPOP
- C - nepravidelně prováděnou práci jedním PPOP nebo více PPOP
- D - aktivizační činnost prováděnou PPOP

Během dopoledne (9:00 – 11:00) je prováděna pravidelná činnost společně více pracovníky ze 79,2% a jedním pracovníkem z 20,8%. K primárním činnostem zde patří provádění koupání uživatelů (9:00 – 10:30), dezinfekce pokojů (9:00 – 10:30), rozdávání dopoledních svačín uživatelům, polohování uživatelů, dohled nad pitným režimem u imobilních uživatelů, odvoz prádla do prádelny a přivezení čistého prádla na oddělení a čerpání 30 minutové přestávky (10:30 – 11:00). Na aktivizaci PPOP nemají pracovníci v minimálním počtu pracovníků na směně žádný čas.

Tabulka 3. Průměrný čas 1 PPOP - během dopoledních hodin na P1

| Hodina | Vykonané činnosti (v minutách) | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------|---|---|
| | A | B | C | D |
| 9:00 – 9:30 | 30 ^c | - | - | - |
| 9:30 – 10:00 | 30 ^c | - | - | - |
| 10:00 – 10:30 | 30 ^c | - | - | - |
| 10:30 – 11:00 | 5 ^c | 25 ^c | - | - |
| Doba trvání (minuty) | 95^c | 25^b | - | - |

Vysvětlivky:

A - pravidelně prováděnou práci vykonávanou společně více PPOP

B - pravidelně prováděnou práci pouze jedním pracovníkem PPOP

C - nepravidelně prováděnou práci jedním PPOP nebo více PPOP

D - aktivizační činnost prováděnou PPOP

Během polední činnosti (11:00 – 14:00) je vykonávána pravidelná činnost společně s více pracovníky z 40%, jedním pracovníkem z 38,3%, nepravidelná činnost ze 17,2% a aktivizační činnost z 4,5%. Mezi pravidelnými činnostmi vykonávají pracovníci dovoz obědů, přípravu uživatelů na oběd, čerpání 30 minutové přestávky, rozdávání obědů (12:00 – 12:30), pomoc při podávání obědů uživatelům (12:00 – 12:45), úklid nádobí, stolů a jídelních desek, polední toalety uživatelů (13:00 – 14:00), polohování uživatelů, dohled nad pitným režimem u imobilních uživatelů. Jako nepravidelnou činnost pracovníci uvedli úklid čistého ložního prádla, úklid inkontinentních pomůcek do skladu, probírání se zástupcem vedoucího individuální plánování a probírání jednotlivých standardů kvality sociálních služeb. Aktivizaci uživatelů pracovníci mohou vykonávat pouze od 11:00 do 12:00, jestliže po tu dobu nevykonávají pravidelné a nepravidelné činnosti.

Tabulka 4. Průměrný čas 1 PPOP - během poledních hodin na P1

| Hodina | Vykonané činnosti (v minutách) | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|------------|------------|-----------|
| | A | B | C | D |
| 11:00 – 11:30 | - | 17′ | 7′ | 6′ |
| 11:30 – 12:00 | 6′ | 22′ | 1′ | 1′ |
| 12:00 – 12:30 | 16′ | - | 14′ | - |
| 12:30 – 13:00 | - | 26′ | 4′ | - |
| 13:00 – 13:30 | 24′ | 3′ | 3′ | - |
| 13:30 – 14:00 | 26′ | 1′ | 2′ | 1′ |
| Doba trvání (minuty) | 72′ | 69′ | 31′ | 8′ |

Vysvětlivky:

A - pravidelně prováděnou práci vykonávanou společně více PPOP

B - pravidelně prováděnou práci pouze jedním pracovníkem PPOP

C - nepravidelně prováděnou práci jedním PPOP nebo více PPOP

D - aktivizační činnost prováděnou PPOP

V době odpolední činnosti je prováděna pravidelná činnost společně s více PPOP z 29,2%, jedním PPOP z 32,9%, nepravidelná činnost z 14,1% a aktivizační činnost z 23,8%. V pravidelné činnosti pracovníci vykonávají přípravu a rozdávání svačín (14:45 - 15:15), čerpání 30 minutové přestávky, polohování uživatelů, dohled nad pitným režimem imobilních uživatelů, příprava večeří, příprava uživatelů k večeři, rozdávání večeří (17:00 - 17:15), pomoc při podávání večeře uživatelům (17:15 – 17:45), úklid nádobí, stolů a jídelních desek, úklid pracoviště, předání směny. Do prováděné nepravidelné činnosti pracovníci uvedli, třídění a úklid čistého osobního prádla uživatelům, sepisování výběru stravy s uživateli, sepisování individuálních plánů. V době odpolední činnosti mají pracovníci nejvíce volného času na aktivizaci uživatelů (cca od 14:00 - 14:45 a od 15:30 do 16:45), a to pokud v této době nevykonávají nepravidelnou činnost.

Tabulka 5. Průměrný čas 1 PPOP - během odpoledních hodin na P1

| Hodina | Vykonané činnosti (v minutách) | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | A | B | C | D |
| 14: 00 – 14:30 | 9 [′] | 1 [′] | 10 [′] | 10 [′] |
| 14:30 – 15:00 | 1 [′] | 4 [′] | 7 [′] | 18 [′] |
| 15:00 – 15:30 | 23 [′] | 3 [′] | 2 [′] | 2 [′] |
| 15:30 – 16:00 | - | 14 [′] | 9 [′] | 7 [′] |
| 16:00 – 16:30 | 2 [′] | 8 [′] | 4 [′] | 16 [′] |
| 16:30 – 17:00 | 4 [′] | 20 [′] | 2 [′] | 4 [′] |
| 17:00 – 17:30 | 16 [′] | 14 [′] | - | - |
| 17:30 – 18:00 | 15 [′] | 15 [′] | - | - |
| Doba trvání (minuty) | 70[′] | 79[′] | 34[′] | 57[′] |

Vysvětlivky:

A - pravidelně prováděnou práci vykonávanou společně více PPOP

B - pravidelně prováděnou práci pouze jedním pracovníkem PPOP

C - nepravidelně prováděnou práci jedním PPOP nebo více PPOP

D - aktivizační činnost prováděnou PPOP

Souhrn během celé denní pracovní směny:

Během celé denní pracovní směny je vykonávána pravidelná činnost za pomoci více pracovníků z 50% a jedním pracovníkem z 32%, nepravidelná činnost z 9% a aktivizační činnost z 9%. Pravidelné i nepravidelné činnosti uvedené v časovém snímku jsou činnosti primární (základní). Během provádění těchto primárních činností pracovníci dále uvedli, že si s uživateli povídají, pouští jim hudbu, zpívají a především podporují jejich soběstačnost (jejich vlastní péči o sebe). Aktivizaci uživatelů se pracovníci mohou věnovat jako primární činnosti pouze v odpoledních hodinách.

Při vykonávání pravidelné činnosti za pomoci více pracovníků se jedná o práci 2 - 3 PPOP, kteří činnost vykonávají u 22 až 23 uživatelů. Koupání nebo dezinfekci pokojů uživatelů provádí vždy 2 - 3 PPOP u 6 – 10 uživatelů.

Tabulka 6. Průměrný čas 1 PPOP - během denní pracovní směny na P1

| Hodina | Vykonané činnosti (v minutách) | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| | A | B | C | D |
| ráno | 123 [‘] | 57 [‘] | - | - |
| dopoledne | 95 [‘] | 25 [‘] | - | - |
| poledne | 72 [‘] | 69 [‘] | 31 [‘] | 8 [‘] |
| odpoledne | 70 [‘] | 79 [‘] | 34 [‘] | 57 [‘] |
| Doba trvání (minuty) | 360[‘] | 230[‘] | 65[‘] | 65[‘] |

Vysvětlivky:

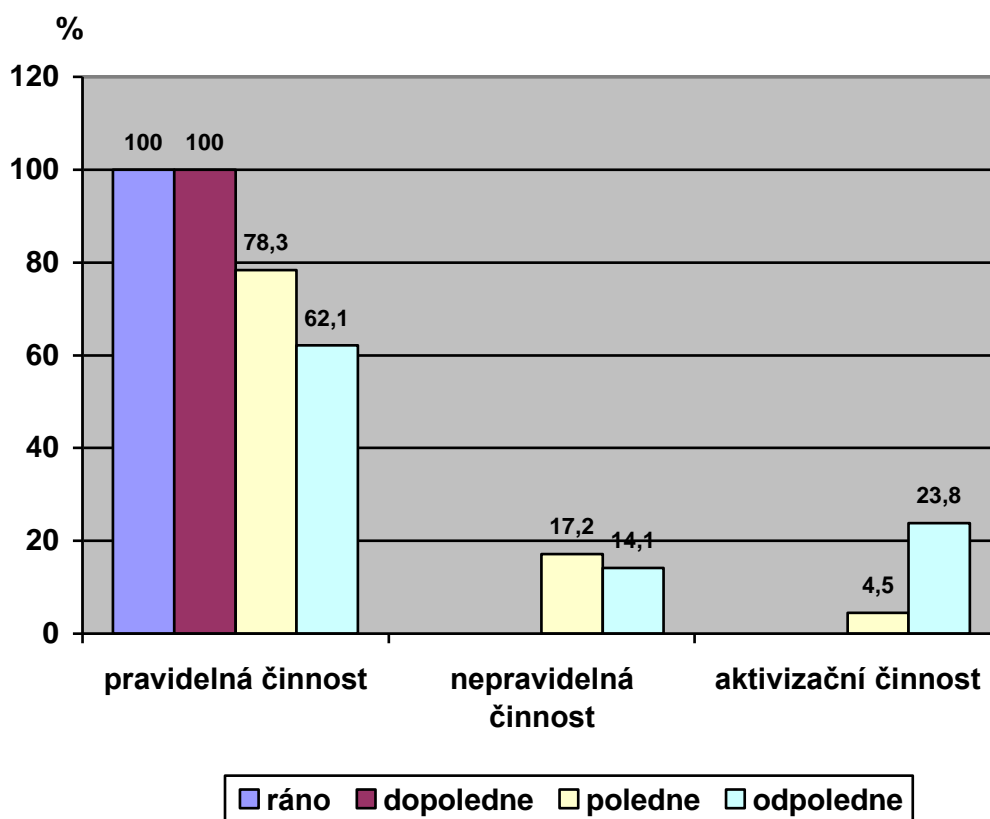
A - pravidelně prováděnou práci vykonávanou společně více PPOP

B - pravidelně prováděnou práci pouze jedním pracovníkem PPOP

C - nepravidelně prováděnou práci jedním PPOP nebo více PPOP

D - aktivizační činnost prováděnou PPOP

Obrázek 1. Graf prováděné činnosti 1 PPOP během denní pracovní směny na P1



2) Sumarizace časových snímků denní pracovní směny PPOP na pavilonu P2

V ranních hodinách je vykonávána pouze pravidelná činnost za pomoci více pracovníků z 67,9% a jedním pracovníkem z 32,1%. K prováděné pravidelné činnosti zde patří předání směny a konzultace se zástupkyní vedoucí (6:00 – 6:30), provedení ranních toalet (6:30 - 7:30), dovoz snídaní, příprava uživatelů na snídání, rozdávání snídaní (8:00 -8:15), pomoc uživatelům při podávání snídaně (do 8:30), sběr nádobí, mytí stolů a jídelních desek, polohování uživatelů, příprava pomůcek ke koupání uživatelů. Na provádění aktivizace PPOP jako primární činnosti, nezůstává pracovníkům v ranních hodinách při minimálním počtu pracovníků na směně žádný čas.

Tabulka 7. Průměrný čas 1 PPOP - během ranních hodin na P2

| Hodina | Vykonané činnosti (v minutách) | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|------------|---|---|
| | A | B | C | D |
| 6:00 – 6:30 | 30' | - | - | - |
| 6:30 – 7:00 | 30' | - | - | - |
| 7:00 – 7:30 | 30' | - | - | - |
| 7:30 – 8:00 | 15' | 15' | - | - |
| 8:00 – 8:30 | 17' | 13' | - | - |
| 8:30 – 9:00 | - | 30' | - | - |
| Doba trvání (minuty) | 122' | 58' | - | - |

Vysvětlivky:

A - pravidelně prováděnou práci vykonávanou společně více PPOP

B - pravidelně prováděnou práci pouze jedním pracovníkem PPOP

C - nepravidelně prováděnou práci jedním PPOP nebo více PPOP

D - aktivizační činnost prováděnou PPOP

Během dopolední činnosti je prováděna pravidelná činnost za pomoci více pracovníků z 84%, nepravidelná činnost z 12,5% a aktivizační činnost ze 3,5%. Mezi pravidelné činnostmi patří polohování uživatelů, provádění koupání uživatelů (9:30 – 10:30), dezinfekce pokojů (9:30 – 10:30), rozdávání dopoledních svačin uživatelům, dohled nad pitným režimem u imobilních uživatelů, odvoz prádla do prádelny a přivezení čistého prádla na oddělení. Jako nepravidelnou činnost pracovníci uvedli probírání

individuálního plánování se zástupcem vedoucího a jednotlivé standardy kvality sociálních služeb (9:00 – 9:30). Aktivizaci uživatelů pracovníci mohou vykonávat pouze od 9:00 do 9:30, jestliže v této době nevykonávají nepravidelnou činnost.

Tabulka 8. Průměrný čas 1 PPOP - během dopoledních hodin na P2

| Hodina | Vykonané činnosti (v minutách) | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|----------|------------|-----------|
| | A | B | C | D |
| 9:00 – 9:30 | 11' | - | 15' | 4' |
| 9:30 – 10:00 | 30' | - | - | - |
| 10:00 – 10:30 | 30' | - | - | - |
| 10:30 – 11:00 | 30' | - | - | - |
| Doba trvání (minuty) | 101' | - | 15' | 4' |

Vysvětlivky:

A - pravidelně prováděnou práci vykonávanou společně více PPOP

B - pravidelně prováděnou práci pouze jedním pracovníkem PPOP

C - nepravidelně prováděnou práci jedním PPOP nebo více PPOP

D - aktivizační činnost prováděnou PPOP

Během polední činnosti (11:00 – 14:00) je vykonávána pravidelná činnost společně s více pracovníky z 53,7%, jedním pracovníkem z 42,8%, nepravidelná činnost z 2,3% a aktivizační činnost z 1,2%. Mezi pravidelnými činnostmi vykonávají pracovníci polohování uživatelů, dovoz obědů, přípravu uživatelů na oběd, čerpání 30 minutové přestávky, rozdávání obědů (12:00 – 12:15), pomoc při podávání obědů uživatelům (12:15 – 12:30), úklid nádobí, stolů a jídelních desek, polední toalety uživatelů (13:00 – 13:45), dohled nad pitným režimem. Jako nepravidelnou činnost pracovníci uvedli odvoz ložního a osobního prádla uživatelů. Aktivizaci uživatel pracovníci mohou vykonávat od 13:45 do 14:00, jestliže nevykonávají jinou činnost.

Tabulka 9. Průměrný čas 1 PPOP - během poledních hodin na P2

| Hodina | Vykonané činnosti (v minutách) | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|------------|-----------|-----------|
| | A | B | C | D |
| 11:00 – 11:30 | 4' | 21' | 4' | - |
| 11:30 – 12:00 | 17' | 13' | - | - |
| 12:00 – 12:30 | 17' | 13' | - | - |
| 12:30 – 13:00 | - | 30' | - | - |
| 13:00 – 13:30 | 30' | - | - | - |
| 13:30 – 14:00 | 29' | - | - | 2' |
| Doba trvání (minuty) | 97' | 77' | 4' | 2' |

Vysvětlivky:

A - pravidelně prováděnou práci vykonávanou společně více PPOP

B - pravidelně prováděnou práci pouze jedním pracovníkem PPOP

C - nepravidelně prováděnou práci jedním PPOP nebo více PPOP

D - aktivizační činnost prováděnou PPOP

V době odpolední činnosti je prováděna pravidelná činnost společně s více pracovníky z 33,9%, jedním PPOP z 18,8%, nepravidelná činnost z 17,9% a aktivizační činnost z 29,4%. V pravidelné činnosti pracovníci vykonávají polohování uživatelů, přípravu a rozdávání svačín (14:45 - 15:15), čerpání 30 minutové přestávky, dohled nad pitným režimem imobilních uživatelů, příprava večeří, příprava uživatelů k večeři, rozdávání večeří (17:00 - 17:15), pomoc při podávání večeře uživatelům (17:15 – 17:30), úklid nádobí, stolů a jídelních desek, úklid pracoviště, předání směny. Do prováděné nepravidelné činnosti pracovníci uvedli, třídění a úklid čistého prádla uživatelům, sepisování výběru stravy s uživateli, sepisování individuálních plánů, provádění nákupů pro uživatele, popřípadě doprovod uživatelů do kantýny. V době odpolední činnosti mají pracovníci nejvíce volného času na aktivizaci uživatelů (14:00 - 14:45, 15:30 - 16:45 a 17:30 – 17:45), a to pokud v této době nevykonávají nepravidelnou činnost.

Tabulka 10. Průměrný čas 1 PPOP - během odpoledních hodin na P2

| Hodina | Vykonané činnosti (v minutách) | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | A | B | C | D |
| 14: 00 – 14:30 | - | - | 13 [‘] | 17 [‘] |
| 14:30 – 15:00 | - | - | 17 [‘] | 13 [‘] |
| 15:00 – 15:30 | 26 [‘] | - | 4 [‘] | - |
| 15:30 – 16:00 | - | 26 [‘] | 4 [‘] | - |
| 16:00 – 16:30 | - | 4 [‘] | 4 [‘] | 21 [‘] |
| 16:30 – 17:00 | - | 15 [’] | - | 15 [‘] |
| 17:00 – 17:30 | 30 [‘] | - | - | - |
| 17:30 – 18:00 | 26 [‘] | - | - | 5 [‘] |
| Doba trvání (minuty) | 82[‘] | 45[’] | 42[‘] | 71[‘] |

Vysvětlivky:

A - pravidelně prováděnou práci vykonávanou společně více PPOP

B - pravidelně prováděnou práci pouze jedním pracovníkem PPOP

C - nepravidelně prováděnou práci jedním PPOP nebo více PPOP

D - aktivizační činnost prováděnou PPOP

Souhrn během celé denní pracovní směny:

Během celé denní pracovní směny je vykonávána pravidelná činnost za pomoci více pracovníků z 55,7% a jedním pracovníkem z 25%, nepravidelná činnost z 8,6% a aktivizační činnost z 10,7%. Pravidelné i nepravidelné činnosti uvedené v časovém snímku jsou činnosti primární (základní), za pomoci kterých pracovníci zajišťují základní péči u uživatelů. Během provádění těchto primárních činností pracovníci dále uvedli, že si s uživateli povídají, pouští jim hudbu, zpívají a především podporují jejich soběstačnost (jejich vlastní péči o sebe). Aktivizaci uživatelů se pracovníci mohou věnovat jako primární činnosti především v odpoledních hodinách.

Při vykonávání pravidelné činnosti za pomoci více pracovníků se jedná o práci 2 PPOP, kteří činnost vykonávají u 18 až 21 uživatelů. Koupání či dezinfekci pokojů uživatelů provádí vždy 2 PPOP u 4 – 8 uživatelů.

Tabulka 11. Průměrný čas 1 PPOP - během denní pracovní směny na P2

| Hodina | Vykonané činnosti (v minutách) | | | |
|-----------------------------|--------------------------------|-------------|------------|------------|
| | A | B | C | D |
| ráno | 122' | 58' | - | - |
| dopoledne | 101' | - | 15' | 4' |
| poledne | 97' | 77' | 4' | 2' |
| odpoledne | 82' | 45' | 42' | 71' |
| Doba trvání (minuty) | 402' | 180' | 61' | 77' |

Vysvětlivky:

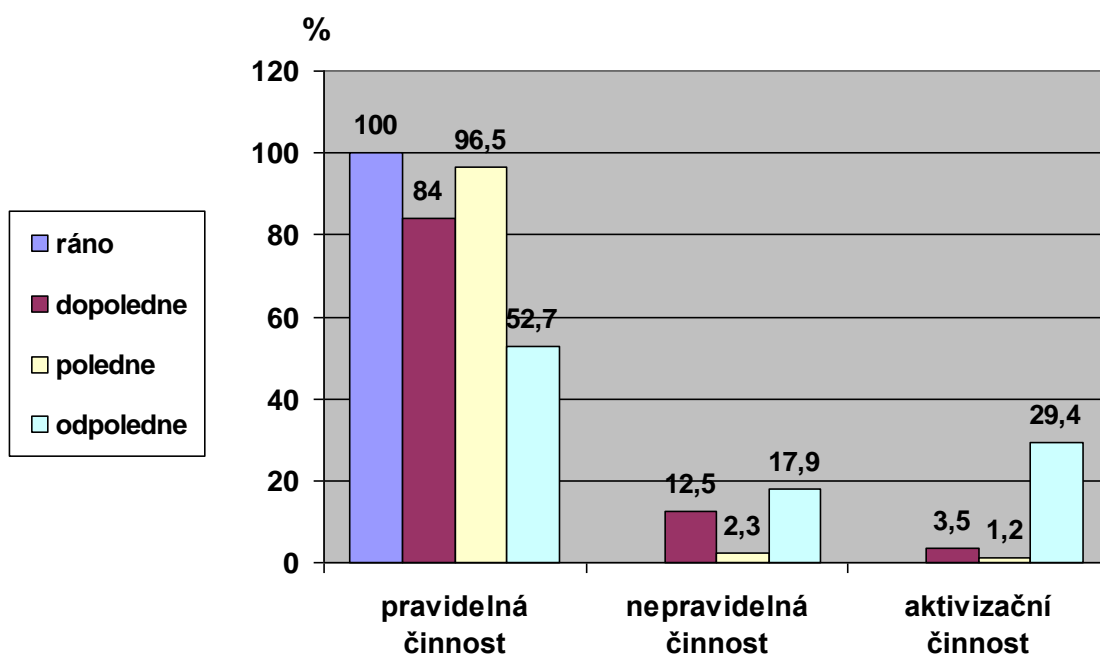
A - pravidelně prováděnou práci vykonávanou společně více PPOP

B - pravidelně prováděnou práci pouze jedním pracovníkem PPOP

C - nepravidelně prováděnou práci jedním PPOP nebo více PPOP

D - aktivizační činnost prováděnou PPOP

Obrázek 2. Graf prováděné činnosti 1 PPOP během denní pracovní směny na P2



3) Průměrná doba provádění aktivizace uživatelů 1 PPOP na P1 a P2

Na aktivizaci uživatelů na pavilonu P1 zůstává PPOP v poledních hodinách průměrně cca 8 minut (mezi 11:00 až 12:00) a v odpoledních hodinách průměrně cca 65 minut (mezi 14:00 až 14:45 a mezi 15:30 až 16:45).

Na aktivizaci uživatelů na pavilonu P2 zůstává PPOP v dopoledních hodinách průměrně cca 4 minuty (mezi 9:00 až 9:30), v poledních hodinách průměrně cca 2 minuty (mezi 13:45 až 14:00) a v odpoledních hodinách průměrně cca 77 minut (mezi 14:00 až 14:45, mezi 15:30 až 16:45, mezi 17:30 až 17:45).

Výše uvedené výsledky z časových snímků jsou ovlivněny limity výzkumu. Mezi tyto limity patří:

- vyplnění časového snímku PPOP během 1 denní pracovní směny,
- v době provádění výzkumu PPOP pracovali v minimálním počtu, z důvodu dlouhodobých nemocenských a chřipkové epidemie.
- časové snímky nevyplnili všichni PPOP z důvodu, že jsou přehlceni vyplňováním různých anket a dotazníků, anebo z důvodu jejich pocitu nedostatečné anonymity.

5.4.2 Anketa

Otázka číslo 1: Napište aktivizační techniky, ve kterých jste vzděláni (proškoleni)?

Odpovědi z pavilonu P1 od 15 PPOP: 6 pracovníků je proškoleno obecně ve volnočasových aktivitách, 5 pracovníků v základním kurzu bazální stimulace, 8 pracovníků ve světelné terapii a 4 pracovníci neuvedli žádné vzdělání (proškolení).

Odpovědi z pavilonu P2 od 7 PPOP: 3 pracovníci jsou proškoleni obecně ve volnočasových aktivitách, 3 pracovníci v základním kurzu bazální stimulace, 6 pracovníků ve světelné terapii a 1 pracovník neuvedl žádné vzdělání (proškolení).

Otázka číslo 2: Máte zájem se dále vzdělávat (školit) v aktivizačních technikách?

Odpovědi z pavilonu P1: 2 pracovníci odpověděli negativně, 7 pracovníků se chce vzdělávat v základním kurzu bazální stimulace, 5 pracovníků v kurzu bazální stimulace pro pokročilé, 6 pracovníků obecně ve volnočasových aktivitách, 2 pracovníci v tréninku paměti, v zooterapii v ergoterapii, v arteterapii a 1 pracovník v muzikoterapii, v aromaterapii, ve světelné terapii, v terapii zahradničením.

Odpovědi z pavilonu P2: dále se chtějí vzdělávat v aktivizačních technikách všichni pracovníci. Zájem mají 4 pracovníci o základní kurz bazální stimulace, 3 pracovníci

o kurz bazální stimulace pro pokročilé, 3 pracovníci o obecný kurz volnočasových aktivit, 1 pracovník o arteterapii, o muzikoterapii, o kinezioterapii a o reminiscenci.

Otázka číslo 3: Jak často využíváte při práci s uživateli tyto aktivizace?

Cílem této otázky bylo zjistit, které činnosti při provádění aktivizace uživatelů PPOP nejčastěji využívají. Na pavilonu P1 odpovědělo 15 PPOP, že pravidelně a často využívají reminiscenci, vedení rozhovorů, muzikoterapii, bazální stimulaci, podpora „péče o sebe“, procházky, rozvoj kognitivních funkcí. Málo či vůbec pracovníci nevyužívají dramaterapii, ergoterapii, arteterapii, terapii zahradničením, kinezioterapii, zooterapii, společenské hry a validační terapii.

Tabulka 12. Využívání aktivizačních technik u 15 PPOP na pavilonu P1

| Aktivizační techniky | vůbec | málo | často | pravidelně |
|-----------------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------------|
| Reminiscence | - | 1 | 12 | 2 |
| Muzikoterapie | - | 1 | 3 | 11 |
| Ergoterapie | 6 | 7 | 2 | - |
| Arteterapie | 11 | 4 | - | - |
| Dramaterapie | 14 | 1 | - | - |
| Zooterapie | 6 | 7 | 2 | - |
| Terapie zahradničením | 9 | 5 | 1 | - |
| Kinezioterapie | 7 | 5 | 1 | 2 |
| Validační terapie | 7 | 3 | 5 | - |
| Rozvoj kognitivních funkcí | 4 | 4 | 7 | - |
| Aromaterapie | 9 | 3 | 1 | 2 |
| Bazální stimulace | 1 | 2 | 4 | 8 |
| Podpora „péče o sebe“ | - | 1 | 8 | 6 |
| Společenské hry | 8 | 5 | 1 | 1 |
| Rozhovor | - | - | 3 | 12 |
| Procházky | - | 3 | 10 | 2 |
| Terapeutické panenky | 12 | - | 3 | - |

Vysvětlivky:

vůbec – PPOP tuto techniku nepoužívá

málo – PPOP tuto techniku používá výjimečně (1x až 3x měsíčně)

často - PPOP tuto techniku používá (1x až 2x týdně)

pravidelně – PPOP tuto techniku používá (více než 2x týdně)

Na pavilonu P2 odpovědělo 7 PPOP, že pravidelně a často využívají podporu „péče o sebe“, vedení rozhovorů, muzikoterapii, bazální stimulaci, procházky, hraní společenských her, reminiscenci, aromaterapii, validační terapii, terapeutické panenky, rozvoj kognitivních funkcí. Málo či vůbec pracovníci nevyužívají dramaterapii, ergoterapii, terapii zahradničením, arteterapii a zooterapii.

Tabulka 13. Využívání aktivizačních technik u 7 PPOP na pavilonu P2

| Aktivizační techniky | vůbec | málo | často | pravidelně |
|-----------------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------------|
| Reminiscence | 1 | 2 | 4 | |
| Muzikoterapie | - | 1 | 2 | 4 |
| Ergoterapie | 5 | 2 | - | - |
| Arteterapie | 2 | 3 | - | 2 |
| Dramaterapie | 5 | 2 | - | - |
| Zooterapie | 4 | 1 | 1 | 1 |
| Terapie zahradničením | 6 | 1 | - | - |
| Kinezioterapie | 2 | 4 | - | 1 |
| Validační terapie | 2 | 1 | 2 | 2 |
| Rozvoj kognitivních funkcí | 2 | 2 | 2 | 1 |
| Aromaterapie | 2 | 1 | 4 | - |
| Bazální stimulace | - | - | 2 | 5 |
| Podpora „péče o sebe“ | - | - | - | 7 |
| Společenské hry | - | 1 | 2 | 4 |
| Rozhovor | - | - | 2 | 5 |
| Procházky | - | - | 6 | 1 |
| Terapeutické panenky | 3 | - | 1 | 3 |
| Světelná terapie | 3 | - | 4 | - |

Vysvětlivky:

vůbec – PPOP tuto techniku nepoužívá

málo – PPOP tuto techniku používá výjimečně (1x až 3x měsíčně)

často - PPOP tuto techniku používá (1x až 2x týdně)

pravidelně – PPOP tuto techniku používá (více než 2x týdně)

Otázka č. 4: Vykonáváte funkci klíčového pracovníka?

Výzkumu se zúčastnilo na pavilonu P1 a pavilonu P2 z celkem 24 klíčových pracovníků 15 klíčových pracovníků (viz tabulka 1).

Tato otázka byla doplňující, měla za úkol zjistit, zda klíčoví pracovníci budou v aktivizaci uživatelů více zapojeni než pracovníci přímé obslužné péče, kteří tuto funkci nevykonávají. Bylo zjištěno, že mezi klíčovým a neklíčovým pracovníkem není rozdíl v plnění harmonogramu práce, v poskytování základní péče, ve využívání konkrétních aktivizačních technik a přístupů, v získaném vzdělání o aktivizaci či zájmu o další vzdělání. Práce klíčového a neklíčového pracovníka se odlišuje tím, že klíčový pracovník sestavuje s uživatelem jeho individuální plán, se kterým seznamuje ostatní pracovníky. Čas na individuální plánování s uživatelem má klíčový pracovník v minimálním počtu PPOP na denní směně pouze v době provádění nepravidelných činností a v době, kterou lze využít na aktivizaci uživatelů. Z toho vyplývá, že na provádění aktivizačních technik zůstává klíčovému pracovníkovi méně času než neklíčovému pracovníkovi.

Otázka číslo 5: Na jakém pracujete oddělení?

Jednalo se o doplňující otázku, která měla za úkol rozdělit pracovníky podle pavilonu, na kterém pracují. Výzkumu se zúčastnilo na pavilonu P1 z 20 PPOP celkem 15 PPOP a na pavilonu P2 ze 17 PPOP celkem 7 PPOP (viz tabulka 1).

6 DISKUSE NAD ZÍSKANÝMI VÝSLEDKY

Na základě výsledků získaných z provedeného výzkumu mohu konstatovat, že pracovníkům přímé obslužné péče, během denní pracovní směny, při jejich minimálním počtu, nezůstává dostatek času na provádění aktivizace uživatelů. Na aktivizaci uživatelů, prováděnou jako primární (hlavní) činnost, zůstává PPOP cca 1 hodina jejich času, a to především v odpoledních hodinách.

Mezi opatření, které by vedlo ke zvýšení aktivizace uživatelů pracovníky přímé obslužné péče, může patřit změna poměru počtu pracovníků k počtu uživatelů (snížení počtu uživatelů na jednoho pracovníka). V Domově Březiny, p. o. je pro 19 – 23 uživatelů s demencí stanovený minimální počet 2 – 3 PPOP na denní směnu. Podle doporučení České alzheimerovské společnosti (www.alzheimer.cz) by lidé s demencí umístění v zařízeních, měli být rozděleni do skupin o maximálním počtu 15 lidí. O takto velkou skupinu by měli pečovat nejméně 2 pracovníci v sociálních službách či sanitáři. V případě, že mají osoby s demencí ve skupině speciální potřeby, pak by se měl počet personálu podle daných potřeb ještě navýšit (např. v době podávání jídla). Pokud má taková skupina více o 5 až 8 osob, mělo by dojít k navýšení o dalšího pracovníka.

V časovém snímku pracovníci dále uvedli, že většinu pravidelných činností provádějí společně 2 - 3 pracovníci na směně. Proto dalším z navrhovaných opatření je upravit denní harmonogram práce tak, aby určité pravidelné či nepravidelné činnosti péče (např. třídění a úklid prádla, příprava stravy, rozdávání svačinek, úklid po jídle uživatelů) prováděl pracovník samostatně a ostatní pracovníci se mohli věnovat aktivizaci uživatelů. Popřípadě by se mělo zvážit, zda některé činnosti nelze přesunout do povinnosti jiných pracovníků (např. pomoci úklidové firmy zajistit úklid nádobí a stolů po jídle, úklid a dezinfekci pokojů).

Z provedeného výzkumu také bylo zjištěno, že v plnění denního harmonogramu práce není stanovený rozdíl mezi klíčovým a neklíčovým pracovníkem. Klíčový pracovník plní veškeré povinnosti jako neklíčový a má minimum času na individuální plánování uživatele. Proto navrhuji v harmonogramu práce rozdělit určité povinnosti, pro klíčového pracovníka a pro neklíčového pracovníka. Neklíčový pracovník by vykonával

především činnosti spojené s péčí "o tělo" a klíčový pracovník by se pak mohl více zaměřit na individuální plánování a aktivizaci uživatelů.

Z výsledků ankety vyplynulo, že pracovníci přímé obslužné péče nejsou dostatečně proškoleni v používání jednotlivých aktivizačních technik. Mají neúplný přehled o aktivizačních technikách, které lze při práci s osobami s demencí využít. Proto by měli pracovníci projít vzdělávacími programy, které se zaměřují na aktivizaci osob s demencí jak z obecného hlediska, tak i na konkrétní aktivizační techniky. Navrhují vzdělávací programy zaměřené na aktivizaci uživatelů zahrnout do nabídky seminářů pořádaných v domově a do individuálního vzdělávacího plánu PPOP, který má povinnost podle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách dále se vzdělávat v rozsahu 24 hodin ročně.

Zajištění kvalifikovaného personálu proškoleného v problematice demence je také doporučení České alzheimerovské společnosti (www.alzheimer.cz), která uvádí, že pracovníci by měli být seznámeni se syndromem demence, nejčastějšími onemocněními, které ho způsobují, s příznaky demence, s možnostmi poskytované péče a nefarmakologickými přístupy. Pracovníci musí zvládat provádět jednotlivé aktivity, validační přístup a komunikaci s osobou postiženou demencí.

Někteří pracovníci uvedli v časovém snímku, že posilují aktivizaci uživatelů také při poskytování péče „o tělo“ (např. při osobní hygieně, při podávání stravy). PPOP by se měli především zaměřit na posilování aktivizace uživatelů při poskytování těchto činností, jelikož tato péče „o tělo“ patří k jejich základním pracovním povinnostem a zabere jim nejvíce pracovního času. Vedení domova by mělo motivovat PPOP k posilování této aktivizace uživatelů, např. pomocí pochvaly či finanční odměny.

Podle strategie České alzheimerovské společnosti by programové aktivity měly naplňovat den člověka s demencí činnostmi, které zachovávají soběstačnost pomocí sebeobslužných činností a dalších aktivit zlepšujících jeho kvalitu života a vytvářejících náplň dne. Důležité je se zaměřit spíše na základní činnosti, které vedou k soběstačnosti člověka s demencí (při hygieně, podpory kontinence, oblékání, stravování, úklid nádobí po jídle, pomoc druhým, vykonání různých drobných úkonů apod.).

I přes výše zjištěné nedostatky (málo času na aktivizaci, minimální počet PPOP na směně, základní vzdělání v aktivizačních technikách) se PPOP snaží posilovat aktivizaci uživatelů. Podle ankety PPOP využívají při práci s uživateli bazální stimulaci, světelnou terapii, terapeutické panenky, reminiscenci, muzikoterapii, arteterapii a podporují jejich soběstačnost pomocí sebeobslužných činností (jejich péči „o sebe“).

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zachytit průběh denní činnosti pracovníků přímé obslužné péče (dále PPOP) v Domově Březiny, příspěvkové organizaci a zjistit, kolik mohou PPOP svého pracovního času využít pro aktivizaci uživatelů a na základě výsledků šetření navrhnout opatření pro kvalitnější aktivizaci uživatelů.

Průběh denní činnosti PPOP vychází z denního harmonogramu práce a byl zachycen pomocí časových snímků PPOP, a popsán v praktické části. Z denní činnosti PPOP bylo zjištěno, že během denní pracovní směny PPOP vykonávají z 90% pravidelnou nebo nepravidelnou činnost, kde jde především o poskytování základní péče uživatelům, a pouze z 10% se podílí na aktivizaci uživatelů.

Z hlavního cíle byly stanoveny dílčí výzkumné otázky:

- 1) Kolik času mají PPOP během denní pracovní směny, aby se mohli podílet na aktivizaci uživatelů?

Na aktivizaci uživatelů mají PPOP během denní 12 hodinové pracovní směny cca 1 hodinu času, a to především v odpoledních hodinách. Pracovníkům zůstává minimum času na aktivizaci uživatelů, proto navrhuji upravit jejich denní harmonogram práce, tak aby některé pravidelné či nepravidelné činnosti péče prováděl jeden PPOP a ostatní pracovníci se mohli věnovat aktivizaci uživatelů. Dále navrhuji rozdělit povinnosti klíčového a neklíčového pracovníka tak, aby klíčový pracovník měl více času na individuální plánování a aktivizaci uživatelů.

- 2) Které aktivizační techniky PPOP při práci s uživateli využívají?

Při práci s uživateli PPOP pravidelně a často využívá především reminiscenci, muzikoterapii, podporu uživatelů „v péči o sebe“, bazální stimulaci, rozhovory na pokoji, procházky, terapeutické panenky, světelnou terapii, arteterapii, hraní společenských her. Doporučuji, aby se PPOP zaměřili především na aktivizaci, kterou mohou používat během provádění pravidelných činností v rámci poskytování základní péče (např. bazální stimulace, vedení k soběstačnosti uživatelů pomocí sebeobslužných úkonů, terapeutické panenky).

3) Ve kterých aktivizačních technikách jsou PPOP vzděláni (proškoleni)?

Proškoleni jsou především v obecném využití aktivizačních technik, v základním kurzu bazální stimulace a v používání světelné terapie. Někteří PPOP, ale nejsou vůbec proškoleni v této oblasti. Doporučuji zajistit pro PPOP školení zabývající se obecně aktivizačními technikami, které lze využít při práci s osobou s demencí, a po té se zaměřit na školení zaměřené jen na jednu konkrétní aktivizační techniku.

4) Ve kterých aktivizačních technikách by se chtěli PPOP dále vzdělávat (školit)?

PPOP mají zájem se dále školit především v obecném využívání aktivizačních technik, v základním kurzu bazální stimulace a v navazujícím kurzu bazální stimulace. Pracovníci uvedli pouze školení, které byli v domově již v minulosti realizovány nebo jsou součástí vzdělávacího plánu domova pro rok 2013. PPOP nemají dostatečný přehled o nabídce aktivizačních technik pro osoby s demencí, proto doporučuji PPOP obecný seminář, který je obecně seznámí se smyslem, významem a možnostmi aktivizace osob s demencí.

Na základě výzkumného šetření jsou navržena opatření, která by mohla zlepšit kvalitu aktivizace uživatelů. Tato opatření se týkají především zvyšování kvalifikace PPOP ve znalostech a v používání aktivizace, a také v upravení denního harmonogramu práce PPOP. Dalším z návrhů pro zlepšení kvality aktivizace uživatelů, bylo snížit počet uživatelů na jednoho pracovníka, a to podle doporučení České alzheimerovské společnosti. Toto opatření je, ale limitováno finančními prostředky Domova Březiny, p. o., a je ovlivněno strategickým plánováním domova a připravovanou transformací sociálních služeb Moravskoslezského kraje.

Jelikož pracuji v Domově Březiny, p. o. jako vedoucí oddělení Domova se zvláštním režimem je téma bakalářské práce pro mě velmi přínosné, jak v oblasti teoretické, tak praktické. Rozšířila jsem si a utříbila své znalosti o možných přístupech a aktivizačních technikách při práci s lidmi s demencí. Zpracování bakalářské práce mi, ale pomohlo především si uvědomit chyby a nedostatky, se kterými je potřeba dále pracovat, aby poskytovaná služba Domova se zvláštním režimem byla kvalitnější. Věřím, že nejen pro mě bude práce přínosem, ale může být také nápomocna pro jiné organizace, pracovníky v sociálních službách nebo rodinné příslušníky, kteří pečují o své příbuzné.

SOUHRN

Předmětem diplomové práce je posilování životní aktivizace u uživatelů trpících demencí prostřednictvím pracovníků přímé obslužné péče v Domově Březiny, p. o. Petřvald. Cílem práce bylo zjistit u pracovníka přímé obslužné péče, kolik pracovního času může využít pro aktivizaci uživatelů, které aktivizační techniky používá a ve kterých aktivizačních technikách je proškolen nebo se chce dále školit.

Teoretická část popisuje obecně stárnutí, stáří, duševní onemocnění - demenci (její definici, symptomy, stádia, druhy), aktivizaci osob trpící touto nemocí (kritéria, sféry smysluplné činnosti a jednotlivé aktivizační techniky) a sociální službu poskytovanou Domovem Březiny, p. o. Petřvald (charakteristiku domova, Domova se zvláštním režimem, pracovníka přímé obslužné péče, klíčového pracovníka a aktivizaci nabízenou uživatelům).

Praktickou část tvoří kvantitativní výzkum, s časovým snímkem zachycujícím průběh denní pracovní směny pracovníka přímé obslužné péče a s anketou zaměřenou na vzdělání pracovníků v aktivizačních technikách a využívání konkrétních aktivizačních technik při podílení se na aktivizaci osob s demencí v Domově Březiny, p. o. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že pracovníci mají během denní pracovní směny průměrně 1 hodinu času na aktivizaci uživatelů, mají pouze základní vzdělání v aktivizačních programech a jeden pracovník má na starosti 10 – 12 uživatelů. I přes tyto zjištěné nedostatky, se pracovníci snaží posilovat životní aktivizaci uživatelů.

V závěru práce na základě zjištěných výsledků navrhuji změny v poskytované službě, které by mohly pomoci pracovníkům přímé obslužné péče se kvalitněji podílet na životní aktivizaci uživatelů v Domově Březiny, p. o. Jedná se především o zvýšení kvalifikace v aktivizačních programech, upravení denního harmonogramu práce pracovníků a především o snížení počtu uživatelů připadajících na jednoho pracovníka.

SUMMARY

The subject of the diploma thesis is strengthening of life activation of the clients suffering dementia through direct care workers at the Domov Březiny, semi-budget organization in Petřvald. The aim of the paper is to find out how much time can each worker spend on activation of clients, which activation techniques he uses and what training he had or would like to have.

Theoretical part describes generally the aging, seniority, mental illness – dementia (its definition, symptoms, stages, types), activation of persons suffering by this illness (criteria, types of meaningful activities and particular activation techniques) and social care provided by Domov Březiny, semi-budget organization, in Petřvald. (characterization of the house, House with special regime, worker at the direct care, key worker and activation offered to clients).

Practical part is dedicated to a quantitative research with time frame of the daily routine during the daily shift of direct care worker and a survey focused on education of the workers in the field of particular activation techniques and their use at Domov Březiny. The outcomes of the research are as follows – the workers have an average 1 hour during the day shift that they can dedicate to activation of clients, they have only basic education in the field of the activation techniques and one employee takes care of 10 to 12 clients. Even though there are some insufficiencies, the workers are trying to strengthen the activation of their clients.

At the end of the thesis based on the results I suggest changes in the provided care that could help the workers in direct care to provide more quality services to the residents in Domov Březiny. It is mainly increasing of the qualification of the employees in the field of activation techniques, changes in the daily programme of workers and especially decreasing the number of clients to one employee.

REFERENČNÍ SEZNAM

Beck, A. A. (2005). *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. Praha: Portál.

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

Bruscia, K. E. (1998). *Defining Music Therapy*. Barcelona: Pathway Book Service.

Čihovský, J. (2006). *Sociologický výzkum* [Studijní text]. Olomouc: Univerzita Palackého, Fakulta tělesné kultury.

Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing.

Dalley, T. (1986). *Kunst als Therapie*. Rheda – Wiedenbruck: Daedalus.

Dyeová, J. (1995). *Aromaterapie pro ženu a dítě*. Praha: Nakladatelství Alternativa.

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

Haškovcová, H. (2002). *České ošetrovatelství 10, Manuálek sociální gerontologie, praktická příručka pro sestry*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

Hátlová, B., & Suchá, J. (2005). *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton.

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

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

Jirák, R., Obenberger, J. & Preiss M. (1998). *Alzheimerova choroba*. Česká Alzheimerovská společnost: MAXDORF.

Jelínková, J., Krivošíková, M. & Šajtarová, L. (2009). *Ergoterapie*. Praha: Potrál.

Kantor, J., Lipský, M., Weber, J., Procházka, T. & Grocholová, K. (2009). *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing.

Klucká, J. & Volfová P. (2009). *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada Publishing.

Krumlovská, O. & Alexa, J. (2004). *Léčení těla a duše*. 2. vydání, Praha: Nakladatelství BRÁNA.

Liberman, J. (2006). *Světlo – lék budoucnosti*. Praha: Nakladatelství Blue step.

Malíková, E. (2011). *Péče o seniorů v pobytových sociálních zařízeních*. Praha. Grada Publishing.

Müller, O. (2005). *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Nerandžič, Z. (2006). *Animoterapie, aneb, jak nás zvířata léčí*. Praha: Albatros.

Odendal, J. (2007). *Zvířata a naše mentální zdraví – proč co a jak*. Praha: Nakladatelství Brázda.

Pacovský, V. & Heřmanová, H. (1981). *Gerontologie*. Praha: Avicenum, 57.

Pichaud, C. & Thareauová, I. (1998). *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál.

Pidrman, V. (2007). *Demence*. Praha: Grada Publishing, 31 – 32.

Schneider, M. & Koudelka, F. (1993), *Úvod do základů sociologických výzkumů*. 1. vydání, Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci.

Šatenková, N. & Bolomská, B. (2011). *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén.

Šicková – Fibrici, J. (2008). *Základy atreterapie*. Praha: Portál.

Topinková, E. (2005). *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén.

Topinková, E. (1999). *Jak správně a včas diagnostikovat demenci. Manuál pro klinickou praxi*. 1. vydání, Praha: UCB Pharma.

Vágnerová, M. (2002). *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vydání, Praha: Portál.

Valenta, M. (2011). *Dramaterapie*. Praha: Grada Publishing.

Zgola, J. M. (2003). *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada Publishing.

World Health Organization. (2012). *MKN - 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Desátá revize. 2. aktualizované vydání, 189 - 192.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, §50, 16.

Interní materiály Domova Březiny, p. o.:

Domov Březiny, p. o. (2012, leden 1). *Denní harmonogram práce*. Petřvald.

Domov Březiny, p. o. (2012, leden 1). *Noční harmonogram práce*. Petřvald.

Domov Březiny, p. o. (2012, říjen 1) Metodický pokyn č. 10/2/ZVR. Program dalšího vzdělávání pracovníků. *Standardy kvality sociálních služeb*. Petřvald.

Domov Březiny, p. o. (2012, srpen 24). Metodický pokyn č. 5/1/ZVR, Klíčový pracovník. *Standardy kvality sociálních služeb*. Petřvald.

Domov Březiny, p. o. (2012, prosinec 12). Metodický pokyn č. 1/4F/ZVR, Aktivizační činnosti. *Standardy kvality sociálních služeb*. Petřvald.

Domov Březiny, p. o. (2013, únor 27). *Výroční zpráva Domova Březiny, příspěvkové organizace za rok 2012*. Petřvald.

Holmerová, I., Rokosová, M., Suchá, J. & Veleta, P. (2004). Nefarmakologické přístupy k pacientům postiženým demencí a podpora pečujících rodin. *Neurologie pro praxi*. 1, 17-20, dostupná na internetu dne 22.4.2013: <http://www.neurologiepropraxi.cz/>.

Pachl, Š., Slovenská polnohospodářská univerzita v Nitře (2012). Zahradní terapie. *Zahradnictví*. 4, Dostupné na internetu dne 22. 4. 2013: http://www.zahradaweb.cz/informace-z-oboru/realiza-a-udrzba/Zahradni-terapie__s517x62766.html

Česká alzheimerovská společnost (2013). Doporučení a stanoviska ČALS. *Strategie České alzheimerovské společnosti P-PA-IA*. Dostupné na internetu dne 22. 4. 2013: <http://www.alzheimer.cz/res/data/000063.pdf>

PŘÍLOHY

Příloha 1. Seznam příloh, tabulek a obrázků

| | |
|--|----|
| Příloha 1. Seznam příloh, tabulek a obrázků | 76 |
| Příloha 2. Průvodní dopis k anketě a časovému snímku | |
| Příloha 3. Anketa | |
| Příloha 4. Časový snímek denní pracovní směny pracovníka přímé obslužné péče v Domově se zvláštním režimem v Domově Březiny, p. o. v Petřvaldě | |
| Příloha 5. Fotografie aktivizačních technik v Domově Březiny, p. o. | |
| | |
| Tabulka 1. Výzkumný soubor | 50 |
| Tabulka 2. Průměrný čas 1 PPOP - během ranních hodin na P1 | 51 |
| Tabulka 3. Průměrný čas 1 PPOP - během dopoledních hodin na P1 | 52 |
| Tabulka 4. Průměrný čas 1 PPOP - během poledních hodin na P1 | 53 |
| Tabulka 5. Průměrný čas 1 PPOP - během odpoledních hodin na P1 | 54 |
| Tabulka 6. Průměrný čas 1 PPOP - během denní pracovní směny na P2 | 55 |
| Tabulka 7. Průměrný čas 1 PPOP - během ranních hodin na P2 | 56 |
| Tabulka 8. Průměrný čas 1 PPOP - během dopoledních hodin na P2 | 57 |
| Tabulka 9. Průměrný čas 1 PPOP - během poledních hodin na P2 | 58 |
| Tabulka 10. Průměrný čas 1 PPOP - během odpoledních hodin na P2 | 59 |
| Tabulka 11. Průměrný čas 1 PPOP - během denní pracovní směny na P2 | 60 |
| Tabulka 12. Využívání aktivizačních technik u 15 PPOP na pavilonu P1 | 62 |
| Tabulka 13. Využívání aktivizačních technik u 7 PPOP na pavilonu P2 | 63 |
| | |
| Obrázek 1. Graf prováděné činnosti 1 PPOP během denní pracovní směny na P1 | 55 |
| Obrázek 2. Graf prováděné činnosti 1 PPOP během denní pracovní směny na P2 | 60 |

Příloha 2. Průvodní dopis k anketě a časovému snímku

Dobrý den,

tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění anonymní ankety s přiloženým časovým snímekem, které jsou součástí výzkumu mé bakalářské práce, ve které se zabývám analýzou pracovního času pracovníků přímé obslužné péče pro aktivizaci osob s demencí.

Do přiloženého časového snímku, prosím, popište Vaši jednu denní pracovní směnu (kromě víkendu) a zároveň vyplňte přiloženou anketu.

Vyplněnou anketu a časový snímek vhod'te do schránky v denní místnosti.

Děkuji za Vaši ochotu.

Pavla Hýžová

Příloha 3. Anketa

1) Napište aktivizační techniky, ve kterých jste vzděláni (proškoleni)?

2) Máte zájem se dále vzdělávat (školit) v aktivizačních technikách?

Pokud ano, napište ve kterých?

3) Označte křížkem, jak často využíváte při práci s uživateli tyto aktivizace?

| | vůbec nevyužívám | málo využívám | často využívám | pravidelně využívám |
|--|---------------------|------------------|-------------------|------------------------|
| Reminiscence (vzpomínání, zájem o minulost uživatele) | | | | |
| Muzikoterapie (poslech hudby, zpívání) | | | | |
| Ergoterapie (práce, smysluplná činnost) | | | | |
| Arteterapie (terapie výtvarným uměním) | | | | |
| Dramaterapie (divadlo, drama) | | | | |
| Zooterapie (terapie se zvířaty) | | | | |
| Terapie zahradničením (pěstování květin) | | | | |
| Kinezioterapie (pohybová aktivita, nácvik chůze, cvičení) | | | | |
| Validační terapie (uznání pravdivosti pocitů) | | | | |
| Rozvoj kognitivních funkcí (procvičování paměti) | | | | |
| Aromaterapie (relaxace) | | | | |
| Bazální stimulace (cílený dotyk, poloha hnízda, mumie) | | | | |
| Podpora „péče o sebe“ (aktivity vedoucí k soběstačnosti) | | | | |
| Společenské hry (karty, šipky, šachy, dáma ...) | | | | |
| Rozhovor (povídání na určité téma) | | | | |
| Procházky a posezení na zahradě | | | | |
| Jiná aktivizační činnost (doplňte): | | | | |

Vykonáváte funkci klíčového pracovníka?

ANO

NE

Na jakém pracujete oddělení?

Pavilon P1

Pavilon P2

Příloha 5. Fotografie aktivizačních technik v Domově Březiny, p. o.

Zdroj: Domov Březiny, p. o.



Reminiscenční terapie



Světelná terapie



Keramická dílna



Zooterapie



Terapeutická panenka