

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Praha 2016

Bc. Kateřina Němcová

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Nové koncepty a modely péče o seniory v pobytových
zařízeních sociálních služeb**

**New Concepts and Models of Care in Residential
Facilities for Elderly**

Diplomová práce

Vedoucí práce:
MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph.D.

Autor:
Bc. Kateřina Němcová

Praha 2016

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala své vedoucí diplomové práce MUDr. Jiřině Ondrušové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a věcné připomínky.

.....

Bc. Kateřina Němcová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací „Nové koncepty a modely péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb“ vypracovala samostatně s použitím níže uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

Bc. Kateřina Němcová

Anotace

Diplomová práce na téma Nové koncepty a modely péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Jejím hlavním cílem bylo popsat jednotlivé koncepty a modely péče o seniory, zjistit jaká je jejich znalost v dotazovaných pobytových zařízeních sociálních služeb a ověřit, zda jsou v těchto zařízeních nové koncepty a modely péče aplikovány.

Téma práce je aktuální, inspiraci ve využívání nových konceptů a modelů péče nacházíme zejména v západoevropských státech. Aplikace těchto konceptů a modelů v praxi by měla napomoci více individualizovat a zkvalitnit péči zejména o klienty v seniorském věku.

Annotation

Diploma thesis on the topic of New concepts and models of care for seniors in residential facilities for elderly is divided into theoretical and practical part. Its main objective was to describe the individual concepts and models of care for the elderly, to determine knowledge level of such principles among workers of residential institutions and to verify to which extent are such new and modern approaches applied by these organizations.

The theme of the work is current, we learn about this new concepts and models mostly in western European countries. Application of these concepts and models in everyday practice should help to individualize and improve care for particular clients at the senior age.

Klíčová slova

Pobytová zařízení sociálních služeb, klient v seniorském věku, stáří a stárnutí, potřeby seniorů, koncept dlouhodobé péče, nové koncepty a modely péče.

Keywords

Residential social services, the client in the senior age, age and aging, the needs of the elderly, the concept of long-term care, new concepts and models in care.

Obsah

Úvod.....	8
1 Stáří a stárnutí	10
2 Potřeby seniorů v pobytových zařízeních.....	13
2.1 Potřeba péče a hodnota zdraví	15
2.2 Potřeba bezpečí	15
2.3 Potřeba sociální interakce a komunikace.....	16
2.4 Potřeba autonomie	16
2.5 Potřeba mezilidských vztahů	17
2.6 Potřeba spirituality.....	17
3 Koncept LTC v péči o seniory	19
3.1 Senioři v České republice	19
3.2 Strategie 4xD	19
3.3 Koncept LTC	20
4 Mezinárodní koncepty a modely péče	23
4.1 Smyslová aktivizace	23
4.1.1 Aromaterapie	24
4.1.2 Zahradní terapie	25
4.2 Kinestetická mobilizace	26
4.3 Snoezelen.....	27
4.4 Psychobiografický model péče	31
4.4.1 Paměť a její poruchy ve stáří	31
4.4.2 Psychobiografie	33
4.4.3 Reminiscenční terapie.....	35
4.5 Bazální stimulace	36
4.5.1 Somatická stimulace	38
4.5.2 Vestibulární stimulace	39
4.5.3 Vibrační stimulace	39
4.5.4 Zásady komunikace	40
4.6 Validace podle Naomi Feil	40
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	43
5.1 Metodika výzkumného šetření.....	43
5.2 Respondenti a výzkumné prostředí.....	43
5.3 Cíle práce a pracovní hypotézy.....	44
5.4 Výsledky výzkumného šetření.....	45
5.4.1 Statistiky dotazníku.....	45
5.4.2 Demografické otázky	46

5.3.3 Otázky z dotazníku	53
5.5 Závěry výzkumného šetření.....	72
5.6 Diskuse.....	76
6 Závěr	77
Seznam použité literatury	79
Seznam grafů, obrázků a tabulek.....	85
Summary.....	87
Příloha.....	88

Úvod

Se stárnutím populace roste počet klientů pobytových zařízení sociálních služeb, zejména domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. Se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, se péče o seniory co nejvíce individualizuje a hledají se cesty, jak s klienty co nejúčelněji pracovat. Od nových modelů péče se očekává zlepšení soběstačnosti klientů, navázání lepší komunikace, využití stávajících smyslových i pohybových možností klientů, lepší způsoby zprostředkování podnětů s ohledem na individuální možnosti jednotlivých klientů, potvrzení jedinečné hodnoty života, navázání na předchozí pozitivní zkušenosti v životě klientů a podpora sociální interakce. Využitím těchto modelů by se měla zkvalitnit péče zejména o klienty v seniorském věku. Inspiraci v aplikacích nových konceptů a modelů péče nacházíme hlavně v západoevropských zemích, kde se s novými koncepty péče úspěšně pracuje již delší dobu.

O sociální práci s lidmi v seniorském věku se zajímám již delší dobu. Absolvovala jsem několik praxí v pobytových zařízeních sociálních služeb zaměřených na seniory, krátkodobě jsem pracovala několikrát na pozici pracovníka v sociálních službách v domově pro seniory i domově se zvláštním režimem. A nyní pracuji na pozici sociální pracovníce v domově pro seniory, jehož součástí je i oddělení se zvláštním režimem. Z těchto praktických zkušeností jsem se utvrdila v tom, že péče o seniory má svá specifika, která zohledňují právě nové koncepty a modely péče.

Hlavním cílem diplomové práce je popsat jednotlivé koncepty a modely péče o seniory, zjistit jaká je jejich znalost v dotazovaných pobytových zařízeních sociálních služeb a ověřit, zda jsou v těchto zařízeních nové koncepty a modely péče aplikovány. Práce na téma Nové koncepty a modely péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb je rozdělena na dvě části: teoretickou a praktickou. Úvodní kapitoly teoretické části se věnují problematice stárnutí a potřebám seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb. Třetí kapitola se zabývá konceptem dlouhodobé péče o seniory v České republice. V rámci čtvrté kapitoly jsou popsány jednotlivé koncepty a modely péče, které lze aplikovat v pobytových zařízeních sociálních služeb zaměřených na seniory v podmínkách České republiky. Jedná se o smyslovou aktivizaci, kinestetickou mobilizaci, snoezelen, psychobiografický model péče, bazální stimulaci a validaci. Praktická část práce obsahuje

kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření, jehož úkolem je zjistit rozsah znalostí a praktického využití jednotlivých metod v oslovených zařízeních. Cílovou skupinou respondentů jsou sociální pracovníci registrovaných pobytových sociálních služeb pro seniory.

Oslovení sociální pracovníci pobytových zařízení sociálních služeb odpovídají na otázky směřující ke zjištění hlavního výzkumného cíle práce: Zjistit, jaká je znalost jednotlivých konceptů a modelů péče o seniory v dotazovaných zařízeních sociálních služeb a zda jsou v těchto zařízeních nové koncepty a modely péče aplikovány.

1 Stáří a stárnutí

Stárnutí je proces, který provází celá řada funkčních a morfologických změn. Je to samozřejmě proces individuální, u každého jedince probíhá jinak, nicméně z všeobecného hlediska vede k tzv. fenotypu stáří, jakémusi obrazu starého člověka. Na konečnou podobu stařeckého vzhledu mají vliv choroby a úrazy člověka během života, biologické a psychické změny provázející stárnutí, vlivy ekonomické a sociální, samozřejmě také způsob, jakým člověk svůj život žil (jak se stravoval, jaké měl pohybové aktivity, jestli žil spíše pasivně atd.) Téměř všechny tyto faktory ovlivňující celkový proces stárnutí může člověk do jisté míry ovlivnit. Jediné, co je dané a s čím „nelze hnout“ je řada nevratných biologických změn tzv. biologická involuce, při níž člověk fyziologicky stárne. V současnosti se rozlišují tři stupně stáří dle věku seniora: věk 65-74 let - počínající stáří (mladí senioři), pak je období vlastního stáří - věk 74-89 let (staří senioři) a poslední skupinu pak tvoří dlouhověcí – věk nad 90 let (velmi staří senioři). Dlouhověkost je považována za kladnou odchylku od normálního procesu stárnutí a délky života. Můžeme se setkat i s kategorií extrémní dlouhověkosti, která je v dnešní době spíše výjimkou a patří do ní lidé starší 110 let (Čevela, 2012).

V současnosti se hodně mluví o demografickém, čili strukturálním, stárnutí obyvatelstva, kdy se velmi prodlužuje lidský život v důsledku nízké porodnosti i úmrtnosti obyvatel České republiky a postupně přibývá osob v seniorském věku. Demografické stárnutí není proces probíhající pouze v rámci naší republiky, ale jedná se o problém mnoha zemí po celém světě. Počet lidí v seniorském věku (65 let a více) v České republice stoupá, momentálně je jich více než 2 000 000, což jsou téměř dvě pětiny z celkového počtu obyvatel ČR. Mezi změny v populaci starších osob, k nimž dochází právě v důsledku demografického stárnutí, patří růst počtu lidí s vyšším stupněm vzdělání a také větší rozdíly mezi jejich finančními příjmy. Tento trend má vzrůstající podobu a rozdíly budou do budoucna ještě výraznější. Z toho mimo jiné vyplývá, že seniorská populace nemůže být považována za homogenní. Potřeby, zájmy a způsob života jednotlivců seniorů se od sebe navzájem dosti liší stejně jako u osob v jiných věkových kategoriích, nelze všechny seniory „házet do jednoho pytle.“ Dana Sýkorová ve své knize mluví o demografickém stárnutí také jako o „šednutí populace“. Tento pojem se mi velmi líbí, není to nic hanlivého. Šedá barva vlasů je jakýmsi symbolem stáří. S tím souvisí, že by se na tuto realitu měla začít společnost připravovat, a to nejen ekonomicky. Měla by se začít zajímat o psycho-socio-spirituální potřeby seniorů, aby v důsledku neznalosti nedocházelo

k vytlačování seniorů mimo zájem většinové společnosti a na věku založené diskriminaci (Sýkorová, 2007).

Vzhledem k prognóze, že počet lidí v České republice nad 85 let věku do roku 2050 vzroste až na půl milionu, bude nutné přizpůsobit i zdravotně-sociální péči potřebám těchto starých osob. „*Přes setrvalé zlepšování zdravotního a funkčního stavu i nejstarších věkových skupin tak dojde k absolutnímu nárůstu případů typických chorob pokročilého stáří včetně syndromu demence a závažné disability – jejich výskyt v seniorské populaci se naštěstí relativně sníží, ale absolutní počet osob se specifickými potřebami přesto vzroste.*“ (Čevela, 2014, str. 22). Opět je patrná nutnost vědět, jak vypadají typické choroby ve stáří, jaký je již zmiňovaný obraz starého člověka, co je typické pro velmi staré seniory, jejichž počet zatím není tak výrazný, ale do budoucna budou tvořit podstatnou populační část, jaké jsou typické syndromy ve stáří a mnoho dalšího.

Nejdříve co je to zmiňovaná disability? Disability je zdravotní postižení, jehož výskyt je vyšší právě s rostoucím věkem lidí. Podle platné právní legislativy, konkrétně zákona o sociálních službách, se zdravotním postižením míní: „*tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby*“ (§3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Čím větší a vážnější je disability, tím více je člověk odkázán na pomoc zdravotnických a sociálních pracovníků. Disability je výsledkem působení mnoha faktorů na nemocného starého člověka. Těmito faktory jsou zejména jednotlivé choroby, ale i jiné události významně ovlivňující zdravotní stav člověka (např. CMP – cévní mozková příhoda). Celkově lze o disability hovořit jako o dlouhodobém nepříznivém stavu z hlediska zdraví člověka (Kalvach, 2011).

Pro geriatrické pacienty je typická tzv. komorbidita a multimorbidita. Komorbidita znamená přidružené choroby k hlavní zdravotní diagnóze. Multimorbidita pak je kombinací různých nemocí a chorob, kterými trpí senior současně, jejich projevy se vzájemně prolínají a mají vliv na celkový klinický obraz nemocného starého člověka (Kalvach, 2011).

Dalším významným pojmem je geriatrická křehkost (frailty), ta bývá víceméně chápána jako komplexní syndrom (soubor příznaků). Geriatrická křehkost souvisí se stárnutím, je podmíněna více příčinami, typický je zhoršující se zdravotní stav, zvyšující se míra disability, vede ke ztrátě soběstačnosti, následnému umístění křehkého seniora do některé z institucí, kde většinou umírá. Jak vypadá křehký senior? Co je pro něj typické? Jednotlivé znaky geriatrické křehkosti uvádí Zdeněk Kalvach ve své publikaci

Geriatrické syndromy a geriatrický pacient, jsou jimi následující: „*hubnutí (nechtěný úbytek tělesné hmotnosti alespoň o 4,5 kg za rok); subjektivně vnímaná únava, vyčerpání; svalová slabost (nízká hodnota síly stisku ruky tzv. hand-grip); pomalá chůze; nízká úroveň pohybové aktivity.*“ (Kalvach, 2008 str. 119). Mezi další projevy geriatrické křehkosti můžeme zařadit poruchy kognitivních schopností (zejména paměti), chronickou bolest a celkové zpomalení psychomotorického tempa.

To všechno ukazuje k tomu, že obraz seniora dneška a budoucnosti zvláště nebude jednotný. U stárnoucí populace se stále více setkáváme s tzv. geriatrickými syndromy, velice často spjatými se zmíněnou disabilitou. Syndromy nejsou podmíněny stářím člověka, avšak s přibývajícím věkem jejich četnost a výskyt vzrůstá. Jejich vznik ovlivňuje celá řada faktorů. Mají sice různé příčiny, jejich následky jsou však pro člověka významné a mnohdy velmi podobné. Můžeme je dělit na somatické (patří sem poruchy hybnosti, inkontinence, nestabilita s pády, dekubity, poruchy termoregulace, poruchy příjmu potravy a dehydratace), dále psychické (demence, delirium, deprese, poruchy chování a spánku) a v neposlední řadě jsou to sociální geriatrické syndromy (ztráta soběstačnosti, sociální izolace, týrání a zneužívání seniorů, dysfunkce rodiny). Všechny syndromy spolu navzájem souvisejí. „*Období na konci života je charakterizováno komplexností zdravotního stavu, přítomností různých syndromů a onemocnění, která konec života determinují.*“ (Holmerová a kol., 2014).

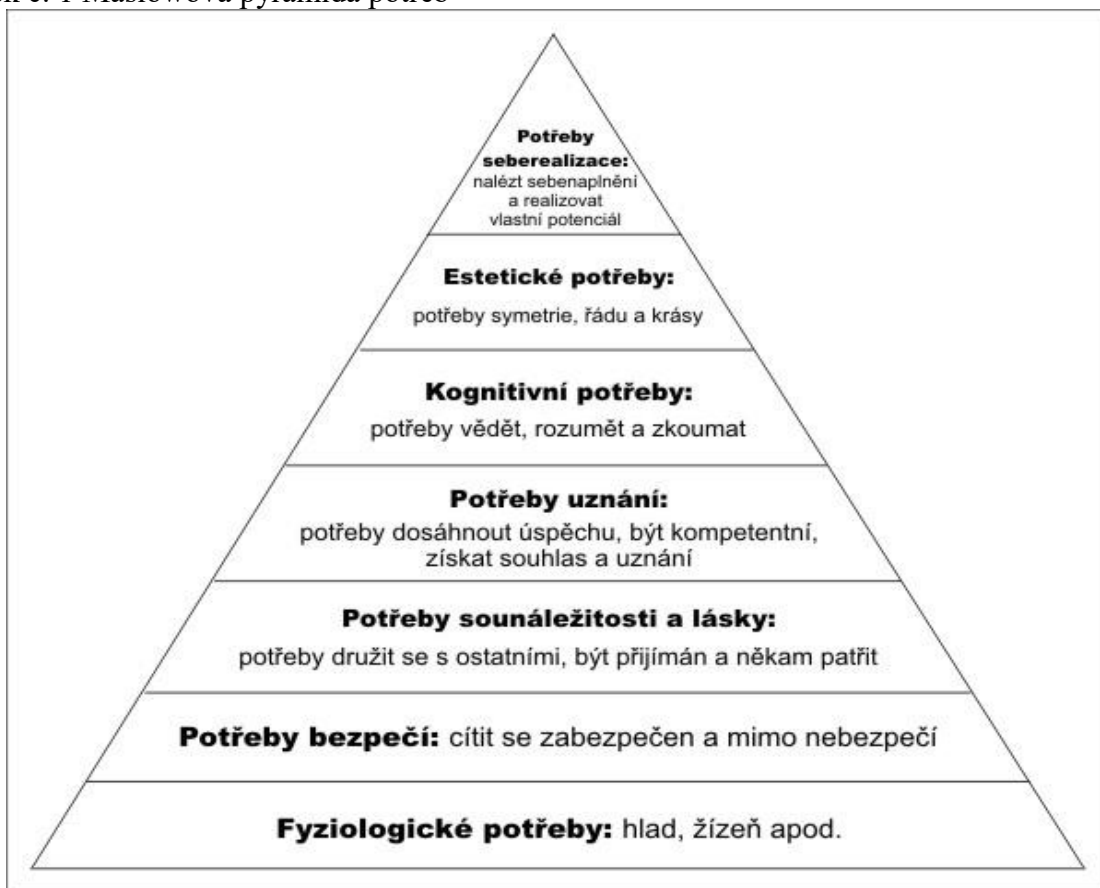
2 Potřeby seniorů v pobytových zařízeních

Se slovem potřeba se setkáváme velmi často, nejenom v oblasti sociální práce. „Příkladem může být příroda, kde květiny – a nejen ony – potřebují vodu. Když ji nemají, vadnou. O potřebách hovoříme v ekonomice – tam, kde nám něco chybí a nedá se to sehnat. O potřebách se hovoří i tam, kde se jedná o lidi. Každý z nás v průběhu času potřebuje mnohé. Potřebujeme jíst a pít, potřebujeme se vyspat a odpočinout si. Potřebujeme vzduch, abychom mohli dýchat atp.“ (Kalvach, 2011, str. 31). Když řekneme, že někdo něco potřebuje, znamená to, že toho má nedostatek. Pro člověka je přirozené snažit se všechny nedostatky překonat a saturovat (uspokojit) tak své potřeby. Potřeba tedy představuje něco, co člověk ke svému životu nezbytně potřebuje. Neuspokojení potřeb může vést k psychickému i fyzickému strádání jedince. Neuspokojení jakékoliv potřeby nutí jednice myslet neustále jen na její uspokojení a ovlivňuje tak jeho celkové prožívání a chování (Dvořáčková, 2012).

A. H. Maslow (1908-1970) se začal zajímat o to, které potřeby jsou pro lidi nejdůležitější a které naopak méně důležité a vytvořil žebříček potřeb nebo také pyramidu potřeb, která je nám všem v současné době dobře známa. Rozdělil potřeby do dvou částí. První část tvoří potřeby, jejichž naplněním dochází k odstranění pocitu nedostatku a potom už nejsou pro člověka tolik důležité a naléhavé. Příkladem může být potřeba jíst a pít. Jakmile, se člověk nají a napije, nepříjemné pocity hladu a žízně odezní. Druhou část tvoří potřeby, které vycházejí z vlastní iniciativy jednice, z potřeby poznávat svět a něco tvořit. K těmto potřebám patří např. potřeba uznání, lásky, potřeba bezpečí či seberealizace. Tyto potřeby se od těch v první části liší tím, že jejich uspokojením se potřeba zesiluje, zintenzivňuje (Kalvach, 2011).

Následující obrázek představuje samotnou Maslowovu pyramidu potřeb. Potřeby nacházející se na dně či v základech této pyramidy můžeme nazvat potřebami „deficitními“, potřeby tvořící vrchol pyramidy pak můžeme označit jako potřeby „bytí“. Deficitní potřeby jsou pro nás nezbytné k přežití, jejich naplnění či uspokojení považujeme za samozřejmost. Kdežto potřeby bytí pro nás již nejsou tak automatické, nikdy je nelze zcela naplnit, protože jejich naplněním se potřeba rozvíjí a my ji pak pocítujeme o to intenzivněji, protože náš život obohacuje. Takto striktní rozdělení potřeb nelze aplikovat na všechny lidi stejně. Každý z nás může mít svoji pyramidu potřeb trochu jinou, nicméně v základech se budou všechny podobat té na obrázku (Nešporová a kol., 2008).

Obrázek č. 1 Maslowova pyramida potřeb



Dostupné z: <http://www.filosofie-uspechu.cz/maslowova-pyramida-lidskych-potreb/>

V životě seniorů hrají důležitou roli různé potřeby, tak jako u mladších generačních skupin, což je pochopitelné. Každý z nás je jedinečnou bytostí a cítí jako důležité jiné věci než ostatní, přikládáme důležitost různým hodnotám. Stejně tak i seniorská populace je velice heterogenní, a proto bude každý senior přikládat význam jiným věcem. „*Pokud budeme mluvit o potřebách seniorů, tak bychom neměli zapomenout, že senior potřebuje mít pocit jistoty a bezpečí, touží po důvěře, stabilitě, jistotě a spolehlivosti. Kaufmanová ve svém výzkumu dospěla ke zjištění, že k hodnotám, které jsou pro seniory důležité, patří zdraví, láska, rodina, přátelství, soběstačnost, sociální kontakt, vlastní domácnost, psychická a fyzická pohoda.*“ (Dvořáčková, 2012, str. 39). Seniorsy často spojuje nepříjemný pocit ohroženosti a to několika okolnostmi, ať už nemocemi typickými pro stáří a případnou nesoběstačností nebo úmrtím partnera či partnerky.

Mnozí lidé se mylně domnívají, že se potřeby seniorů redukuje už jen na potřeby fyziologické a potřebu ekonomického zajištění. Staří lidé mají stejné potřeby jako lidé

všech ostatních generací, jen mohou být vlivem různých změn, k nimž dochází právě ve stáří, svým způsobem zmutovány či změněny. „Pichaud a Thareauová uvádějí konkrétní příklady zobecnitelných změn potřeb ve stáří: Zaprvé dříve dostatečně saturované potřeby mohou být ve stáří pociťovány jako deficitní (např. bezpečí), zatímco u jiných se může projevit nadbytek (př. volný čas). Zadruhé dochází k akcentaci jiného rozměru dané potřeby (př. seberealizace je více spojena s koníčky). Zatřetí propojení určitých typů potřeb zesiluje (např. bezpečí je více spojováno s fyzickou pohodou), u jiných naopak může oslabovat (ekonomické zajištění není spojeno se seberealizací v zaměstnání) nebo zajištění jedné z potřeb neguje potřebu jinou (přestěhování do domu s pečovatelskou službou může zvýšit pocit bezpečí, ale může narušit sociální vazby).“ (Nešporová a kol., 2008, str. 27).

Ze svých praktických zkušeností a teoretických znalostí jsem se zaměřila na následující potřeby, které se dle mého názoru týkají zejména klientů v seniorském věku.

2.1 Potřeba péče a hodnota zdraví

Potřeba péče není pevně spojena s vyšším věkem člověka. Mnozí lidé se chybně domnívají, že každý člověk vyššího věku potřebuje nutně větší péči. Pravda je taková, že péči potřebují až ti, u nichž pokles funkčních schopností a celkově soběstačnosti nedovolí vykonávat běžné denní činnosti a plně se starat o sebe a domácnost. Tento pokles je často až ve stáří v důsledku disability vzniklé z mnoha příčin (Kazdová, 2015).

Zdraví je bezpochyby důležitou hodnotou pro každého z nás, pro seniory obzvláště, protože stárnutí s sebou přináší nejrůznější zdravotní obtíže. Většina lidí klade právě tuto hodnotu na první místo ve svém osobním žebříčku hodnot. Nemoc starého člověka může být vnímána jako sociální událost a má pro něj vždy sociální důsledky. Nejhuře senioři snášejí ztrátu soběstačnosti a s tím spojenou potřebu pomoci a péče druhé osoby. Mnoho starých lidí vnímá stáří jako ztrátu aktivit z předchozího života (Kazdová, 2015).

2.2 Potřeba bezpečí

Potřeba bezpečí patří mezi nejintenzivněji pociťované potřeby v dětství člověka. Pociťujeme ji však v různé míře během celého života, například jako určitou touhu po stabilitě. Ve stáří je potřeba bezpečí opět o něco silněji přítomna. Bývá spojována s nejrůznějšími obavami, zejména ze samoty, pádů, obavou nebýt pro druhé lidi přítěží. Senior potřebuje také jistou stabilitu v životě, to se může projevit zvýšenou potřebou

rutiny. Starší lidé preferují věci staré a pro ně známé, mají strach z věcí neznámých a neobvyklých. Ostatními generacemi bývá toto chování mylně hodnoceno jako rigidní (Nešporová a kol., 2008).

2.3 Potřeba sociální interakce a komunikace

Další hodnotou je komunikace a potřeba sociálních interakcí. Člověk je tvor společenský, jak řekl už Aristotelés, a měl pravdu. Nejsme zvyklí žít osamocně bez kontaktu s vnějším světem, s rodinou, blízkými, přáteli. Proto se i od personálu rezidenčních zařízení pro seniory očekává vstřícná a častá komunikace s klienty. Dialog mezi pracovníkem a klientem by měl být však postaven na svobodě (žádná násilná komunikace) a toleranci specifických potřeb toho kterého klienta. Pracovník by měl se seniorem komunikovat s úctou a pokorou. Jestliže klient projeví nepřátelství, neměl by se ho pracovník snažit za žádnou cenu oplácet. Pracovníci by si měli uvědomit, že komunikují prostřednictvím různých komunikačních kanálů, jsou jimi: auditivní, vizuální, hmatový, čichový, teplotní a chuťový kanál. A že tedy zejména imobilní klient vnímá svého komunikačního partnera skrze různé smysly. Například v bazální stimulaci hraje důležitou roli tzv. iniciační dotek, který zahajuje komunikaci. Klient může vnímat naši vůni, barvu a tempo hlasu či výraz ve tváři. Právě neverbální komunikace může hrát důležitou roli. *„A na co bychom neměli zapomínat je, že úsměv facilite chování příjemce již tím, že v něm spouští zpětnou vazbu.“* (Kazdová, 2015, str. 14).

2.4 Potřeba autonomie

Osobní autonomie seniora bývá považována za jednu z nejhodnotnějších životních potřeb. Právě ve stáří tato hodnota nabývá nového rozměru, jelikož u většiny seniorů dochází k určité míře závislosti na pomoci a péči druhých osob. Subjektivní autonomie je založena na osobním vnímání samotných seniorů, přičemž u většiny z nich je pevně spojena se zdravím a fyzickou soběstačností. Senioři nechtějí být pro druhé přítěží, tudíž autonomii vnímají i jako určitou míru svobody a samostatnosti v názorech, povinnostech, jednání apod. Někdy bývá autonomie přímo synonymem slova svoboda. Senioři chtějí být schopni co nejdéle a nezávisle na druhých lidech rozhodovat o svém životě, vést svůj život podle vlastních pravidel a představ. V pobytových zařízeních sociálních služeb by mělo docházet ze strany pečujícího personálu k pomoci navrátit autonomii svým klientům, a pokud to nelze, napomoci alespoň částečně kompenzovat seniorovu nesoběstačnost. Správná práce s klientovou závislostí tak může být zároveň přínosem pro budování

silnějšího partnerství, lepší komunikaci a může seniora motivovat k větší míře spolupráce s pracovníky (Dvořáčková, 2012).

„Jinak řečeno, autonomní jedinec by měl řídit a organizovat vlastní aktivity bez cizí pomoci, sám uspokojovat své fyziologické potřeby, stát si za vlastními názory, nevynucovat si souhlas, blízkost a emocionální podporu a neměl by být zatížen přílišným strachem z druhých lidí ani pocity viny vůči nim.“ (Kalvach, 2011).

2.5 Potřeba mezilidských vztahů

Vztahy jsou další hodnotou, kterou senioři v pobytových zařízeních vnímají jako důležitou. Rodina je základní socializační jednotkou, vztahy mezi jejími členy jsou nejpevnější. Navzdory tomu, že děti klientů seniorů jsou již dospělými lidmi, kteří si budují svoji novou nukleární rodinu, vztahy mezi stárnoucími rodiči a jejich dospělými dětmi neslábnou. Nejlépe jsou na tom senioři, kteří žili ve vícegeneračním rodinném soužití, nejčastěji v jednom rodinném domě. Tam jsou vztahy se všemi členy domácnosti mnohem silnější, než v případě stárnoucích lidí žijících osaměle nebo v manželském páru. Jejich integrace do širší rodiny je potom složitější a příbuzenské vztahy pak nejsou tolik silné jako u vícegeneračních domácností. Bohužel s takovými rodinami se dnes setkáváme spíše ojediněle, zejména na vesnicích či v malých městech. Dokud jsou staří rodiče schopní, mají dostatek fyzických i psychických sil, bývají své rodině prospěšní. Mohou se starat o vnoučata, podílet se na ekonomickém hospodaření rodiny apod. Jakmile jsou však oni těmi, kdo vzhledem k ubývajícím fyzickým a mnohdy i psychickým silám a zhoršujícímu se zdravotnímu stavu potřebují pomoc od mladších členů rodiny, nastává často problém. Problém zvětšující se závislosti seniora na pomoci druhých se týká všech členů rodiny, i když každý k péči o seniora přistupuje jiným způsobem. Stále více rodin se ujímá svých starých členů a poskytuje jim potřebnou péči a projevuje jim solidaritu. Nicméně většinou tuto pečovatelskou péči za ni přebírá sociální systém státu, a to z různých důvodů, jež nám nepřísluší posuzovat. A nesoběstačný senior je pak umístěn do některého z pobytových zařízení sociálních služeb (Kazdová, 2015).

2.6 Potřeba spirituality

U lidí v seniorském věku bývá velmi zřetelná potřeba spirituality. Víra v Boha (nebo obecně transcendentno) se stává jedním z hlavních bodů, k nimž se senioři ve svém životě upínají. *„Spiritualita se tak dostává na úroveň zdraví, sociálních vztahů a volnočasových aktivit coby příslovečná červená nit udržující koherentnost lidského*

života.“ (Nešporová a kol., 2008, str. 28) Přičemž spiritualita seniorů nemusí být přímo spjata s religiozitou v pravém slova smyslu, tj. chodit do kostela či do některého sboru věřících a žít život přesně podle pravidel víry některé z církví či náboženských společností. Potřeba spirituality u seniorů může být zaměřena spíše na hledání smyslu života, poznávání sebe sama, lidí a věcí, které nás obklopují. Tyto myšlenky se u většiny lidí objevují během celého života, ale právě ve stáří jsou čím dál více intenzivnější a častější (Nešporová a kol., 2008).

Potřeba spirituality seniorů je spjata s procesem hledání směru/cíle vlastního života, je tím silnější, čím horší je zdravotní a psychický stav starého člověka. Spiritualita často napomáhá lidem, kteří jsou již zcela odkázaní na pomoc druhých lidí, zachovat si sebeúctu a cítit se alespoň trochu užitečně. *„Religiozita a spiritualita mohou být cenným zdrojem při hledání smysluplné náplně času či uchování vědomí důstojnosti a naděje třeba i v době maximální závislosti na druhých lidech, kdy je potřeba konstruktivně přijmout a zpracovat nezvratné skutečnosti, které často pozdní životní etapu provázejí, jako jsou nemoc, umírání a smrt.“* (Vidovičová, Suchomelová, 2013, str. 446). To znamená, že potřeba spirituality je opravdu jednou z nejdůležitějších potřeb ve stáří, u seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb může být velmi silná, jelikož jim napomáhá vyrovnat se se zcela radikální změnou života, adaptovat se na nové podmínky a prostředí, „připravit se“ na odchod z tohoto světa, protože domovy pro seniory či domovy se zvláštním režimem jsou pro velkou většinu lidí místem, kde jejich život končí a oni jsou si toho vědomi. Proto by personál v těchto zařízeních neměl opomíjet i spirituální potřeby svých klientů, měl by jim rozumět a umět poskytnout dostatečné podmínky k jejich naplnění a rozvoji (Vidovičová, Suchomelová, 2013).

3 Koncept LTC v péči o seniory

3.1 Seniori v České republice

Pro seniorskou populaci v České republice je charakteristické, že v ní převažují ženy, roste počet osob v pokročilém věku a prodlužuje se střední délka života (v roce 2014 byla u žen 81,69 a u mužů 75,78). Ve společnosti pak nastává problém, jak co nejlépe ekonomicky zajistit seniorskou populaci a jaké pro ně vytvořit speciální služby a péči. Česká republika si klade za cíl zvýšit počet ambulantních služeb pro seniory a snažit se zkracovat dobu hospitalizace seniora, případně trvalé ústavní péče. Zároveň by v péči o seniory měl platit princip celosti (celkovosti), provázanosti a neoddělitelnosti péče zdravotní a sociální. Zdravotní a sociální služby by měly být klientům poskytovány současně. „*Cílem jakékoli gerontologické (geriatrické) péče, včetně péče ošetrovatelské, je zajistit všestrannou, vysoce odborně erudovanou a lidsky kultivovanou péči o staré nemocné.*“ (Hlinovská, Pohlová, 2008, str. 14).

3.2 Strategie 4xD

Poskytování veškeré zdravotně-sociální péče seniorské populaci v České republice by se mělo řídit strategií označovanou 4xD. Jedná se o označení jednotlivých bodů programu pro komplexní péči o seniory vyššího věku. Pod těmito čtyřmi Dé se skrývají:

- **Demedicalizace:** Péče o seniory by měla být postavena na několika základních principech, a to na autonomii seniorů, kvalitě života ve stáří a přirozeném prostředí, v němž seniori žijí. Neměla by být jen výkonem lékařských a ošetrovatelských intervencí a postupů, ale brát v potaz i sociální a psychologické aspekty léčby. Nemělo by docházet k porušování lidských práv a stát by měl usilovat o kvalitní civilní život svých občanů.
- **Deinstitutionalizace:** Pokud to lze, směřovat péči o seniory mimo institucionální prostředí, tedy podpořit zejména terénní zdravotnické a sociální služby poskytující pomoc v přirozeném prostředí klienta, nejlépe doma. Patří sem i podpora při začleňování seniorů do většinové společnosti. Zbylé ústavy by měly být provozovány na komunitní úrovni. Komunitní sociální práce by měla tvořit těžiště

v konceptu dlouhodobé péče, proto by měly být více podporovány obce, které přispívají ke zcivilnění pojetí LTC.

- **Deresortizace:** Péče o seniory by neměla být úkolem pouze Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva práce a sociálních věcí, ale každý sektor lidské činnosti může svým způsobem napomoci k řešení dílčích otázek, jako je např. bezbariérový přístup, speciální pomůcky, vhodné potraviny apod. Deresortizace by měla přispět ke zvýšení flexibility systému. V rámci deresortizace jde zejména o prolomení bariér nejen mezi ministerstvy, ale také mezi jednotlivými profesemi, specializacemi u lékařů a v rámci sociální práce mezi službami pobytovými a terénními.
- **Deprofesionalizace:** Deprofesionalizace může být vnímána jako určité „zlaičtění“. Je jasné, že péče o seniory je u nás zejména v rukou profesionálů zdravotnických a sociálních oborů, jako jsou lékaři, zdravotní sestry, pečovatelé a sociální pracovníci aj. Je však nutné propojovat nejen zdravotní a sociální péči, ale také péči profesionální na jedné straně a péči rodinnou na straně druhé. A právě rodina by v tomto snažení měla být státem podporována. Prostor pro účast při péči o seniory by měl být dán i tzv. sousedské výpomoci a nejrozličnějším dobrovolnickým a svépomocným skupinám.
(Čevela a kol., 2012)

3.3 Koncept LTC

„Dosavadním metodickým vrcholem představ o podpoře závažně znevýhodněných lidí vyžadujících ucelenou péči, kombinovanou podporu na úrovni případné trvalé péče ústavní (lidí ohrožených institucionalizací), je mezinárodní koncept integrované zdravotně sociální dlouhodobé péče (long-term care, LTC).“ (Kalvach, 2011, str. 151). Koncept dlouhodobé péče vznikl na počátku 21. století. Na jeho rozvoji se podílelo především Evropské centrum pro soc. politiku a výzkum ve Vídni a dále pařížská Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj. Původně byl koncept spíše politický, až později se z něj vyvinul koncept zdravotně-sociální, někdy je nazýván „třetím sektorem“ mezi Ministerstvem zdravotnictví a Ministerstvem práce a sociálních věcí.

„Služby dlouhodobé péče tedy potřebují lidé, kteří mají omezenou soběstačnost zejména v základních sebeobslužných aktivitách a tento stav je setrvalý, může být způsoben jak chronickými onemocněními, tak může být důsledkem zdravotního postižení, ať již

tělesného nebo duševního. Většina těch, kteří potřebují služby dlouhodobé péče, jsou lidé vyššího věku.“ (MPSV, 2010).

Byl vytvořen pro lidi, kteří vzhledem ke svému omezenému tělesnému a duševnímu zdraví vyžadují trvale po dlouhou dobu pomoc druhých osob. Závislý člověk potřebuje pomoc při všech aktivitách denního života (ADL – Activities of Daily Living), které nám říkají, jaké jsou jeho schopnosti v následujících oblastech: najíst se, obléci se, umýt se (vykoupat se), použít toaletu, jak je na tom z hlediska motoriky – zda se dokáže sám přesunout na jiné místo, zda má potíže při kontinenci moči nebo stolice, zda se dokáže sám najíst. Všechny aktivity denního života jsou nutné k tomu, aby byl člověk schopen sebeobsluhy. Pokud tyto činnosti nezvládne vykonat, pak musí být odkázán na pomoc a péči druhých. Velká většina takových lidí bude vyžadovat také péči zdravotní, bude nutné jim poskytovat alespoň základní zdravotní a ošetrovatelské služby, například převazování ran, rehabilitace, tlumení bolesti či podávání léků (Kalvach, 2011).

Ze statistik vyplývá, že lidé ve věku 75 let začínají být ve větší míře závislí na pomoci druhých osob zejména při běžných úkonech péče o vlastní osobu a domácnost. Ze začátku potřebují většinou pomoc jen při některé z běžných denních aktivit. Rozsáhlejší a komplexnější péči vyžadují senioři ve vyšším věku. Přes tento fakt je potřeba včas podniknout v našem systému zdravotnictví a sociálních služeb různé kroky a opatření vedoucí ke zkvalitnění a celkovému zefektivnění poskytované zdravotní a sociální péče (Čevela a kol., 2014).

Dlouhodobá péče je tedy kombinací služeb sociálních a zdravotních, nevylučuje však pomoc i při tzv. nižší péči, kam patří instrumentální aktivity denního života (IADL - Instrumental Activities of Daily Living), což jsou již složitější úkony, které jsou však pro zdravého člověka běžnou součástí každodenního fungování. Mezi instrumentální aktivity denního života můžeme zařadit telefonování, praní prádla, doprava/cestování, nakládání s financemi apod. (Kalvach, 2011).

Iva Holmerová však poukazuje na fakt, že pouhé jednorázové zhodnocení aktuálního stavu člověka pomocí vybrané techniky (př. test MMSE či Barthelové test ADL aj.) nám jednoznačně nepomůže určit, zda tento člověk již potřebuje dlouhodobou péči (a ne třeba prozatím péči následnou). Aby člověk mohl profitovat z nastavené dlouhodobé péče, musel by být jeho stav stabilní. Celkový stav seniora by měl zhodnotit komplexní interprofesionální tým odborníků, který „svolá“ konferenci dlouhodobé péče – Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). Konference by se měli tedy zúčastnit

pracovníci různých oborů, např. lékař, zdravotní sestra, fyzioterapeut apod. (Holmerová a kol. 2014).

LTC reaguje na předchozí stav péče o dlouhodobě a trvale závislé na pomoci druhých osob, který byl podle jeho tvůrců již neudržitelný. Z nejvážnějších problémů, které se zde objevily a jsou nutné napravit, můžeme jmenovat: neprovázanost a nespolupráce mezi sociálními a zdravotnickými službami, přehnaný důraz na péči ústavní, nedostupnost potřebných služeb (klienti se za nimi museli dopravit) či nízká kvalita péče o lidi v zdravotnických zařízeních typu LDN (Hlinovská, Pohlová, 2008).

Koncept bezesporu reaguje na stále rychleji stárnoucí populaci a tím pádem přibývání dlouhověkých lidí. *„Významným fenoménem ovlivňujícím potřebu dlouhodobé péče je delší dožití lidí s chronickými onemocněními. Dalším jevem je zvyšování počtu lidí, kteří díky moderní intenzivní medicíně překonali onemocnění, která byla v předchozích dobách zpravidla smrtící. Další významnou skupinou jsou lidé se závažnými následky úrazů a poranění. Madridský summit o stárnutí a stáří upozornil již v roce 2002 na skutečnost, že vyššího věku se dožívají také lidé s těžkou disabilitou.“* (Holmerová a kol., 2014, str. 29).

Specifickou skupinou, jež se stále více rozrůstá a v budoucnosti bude tvořit významnou část seniorské populace, jsou lidé s chronickými duševními onemocněními. Můžeme takto uvažovat i o lidech s různými druhy závislostí, kterých v naší společnosti také přibývá (Holmerová a kol., 2014).

Koncept prosazuje péči o závislé lidi primárně doma nebo v komunitě, kde senior žije. Usiluje o zvýšení kvality zdravotních a sociálních služeb pro seniory. Snaží se podporovat pečující ze strany blízkých osob a rodinných příslušníků. Koncept dlouhodobé péče by měl být postaven na komplexní podpoře lidí se závažnou disabilitou, u nichž se předpokládá, že budou potřebovat služby zdravotní i sociální (Čevela a kol., 2012).

4 Mezinárodní koncepty a modely péče

4.1 Smyslová aktivizace

Autorkou konceptu Smyslové aktivizace je Rakušanka Lore Wehner, M. A., která je pedagožkou zabývající se zejména aktivizačními programy pro seniory. V roce 2009 vyšla její první kniha o smyslové aktivizaci s názvem *Sensorische Aktivierung* (česky Smyslová aktivizace). Podle Lore Wehner je smyslová aktivizace zaměřena zejména na smyslové uspokojování potřeb seniorů a lidí s demencí, jejich podporu a aktivizaci s přihlédnutím k jejich biografii (životním příběhům). Jde jí o to, aby všichni senioři měli možnost prožívat svůj život skrze všechny smysly (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Velká část seniorů na tom není po fyzické a psychické stránce natolik dobře, aby mohla „podzim svého života“ strávit doma ve známém prostředí a s blízkými lidmi. Jsou všemi okolnostmi nuceni odejít do některého domova seniorů či do jiné pobytové instituce. Je bohužel běžnou realitou, že tam dojde k omezení jejich celkové hybnosti a prostředí jejich „nového domova“ pro ně není dostatečně podnětné, mimo jiné pomalu ztrácí sociální vazby z předchozího života. V podstatě přestanou mít nějaké vlastní zájmy, nechtějí nic podnikat, jakoby se stáhnout do sebe a z lidí samostatných se pomalu stávají lidé závislí na pomoci a péči druhých. Navíc se mnohdy stává, že nabídka aktivizačních programů klientům nevyhovuje jak tematicky tak druhem aktivity, nedívá se na potřeby jednotlivých klientů, je více orientována na aktivní a pohyblivé seniory (Smyslová aktivizace, 2016 [online]).

Tomu všemu by koncept smyslové aktivizace chtěl předcházet. Smyslová aktivizace se snaží cíleně oslovit ty smysly klienta, které napomohou k rozvoji či udržení jeho zachovalých schopností a dovedností. Podněty to mohou být velmi různé, ať už obrázky, vůně, zvuky, bylinky, pohyby, písničky, hmatové vjemy nebo slovní spojení. Pomocí nich se snaží u klienta vyvolat vzpomínky, celkově oživit paměť a nastartovat neverbální a verbální komunikaci. „*Aktivizace má za cíl člověka rozhoupat, rozpohybovat, motivovat, aby mohl spoluutvářet svůj život i ve stáří a dále se účastnit i na životě společnosti.*“ (Smyslová aktivizace, 2016 [online]). Z člověka pasivního a rezignujícího se snaží udělat člověka znovu aktivního. Snaží se pomoci uspokojit jeho potřeby tak, aby čas, který mu na tomto světě zbývá, prožil smysluplně a plnohodnotně.

V rámci smyslové aktivizace se pracuje se třemi důležitými aspekty, a to biografii klientů (životními příběhy, viz Psychobiografický model), jedinečností klientů s jejich individuálními potřebami a za třetí se pracuje s rituály, které přináší každé roční období.

Smyslová aktivizace je velmi podobná Montessori pedagogice. Hodně se využívá práce s hudbou, tancem, rytmem a celkově práce se zvukem (rezonancí). Smyslová aktivizace podporuje paměť, prostorové vnímání, základem je nenásilná komunikace. V rámci ní se můžeme setkat také s tréninkem aktivit každodenního života, díky cíleným činnostem se snaží u klientů zlepšit hrubou a jemnou motoriku, u lidí s řečovými problémy probíhá trénink vyjadřovacích schopností a mnoho jiného. Tím, že se smyslová aktivizace snaží zaměřit na všechny smysly člověka, zahrnuje opravdu širokou škálu aktivit a činností, jejichž společným jmenovatelem může být radost ze života (Wehner, Schwinghammer, 2013).

4.1.1 Aromaterapie

Aromaterapie znamená léčebné působení vůní na smysly člověka. Je to věda, která vznikla na základě chemických pokusů a četných klinických studií. Aromaterapie přistupuje k člověku holisticky (celostně) a snaží se podpořit či udržet psychickou pohodu a harmonii celého těla, případně navrátit zdraví nemocnému člověku. K tomu využívá tzv. esenciální (čisté éterické) oleje. Její součástí může být léčba za pomoci rostlin, odborně fytotherapie (Worwood, 2012).

V očích českých občanů může být aromaterapie vnímána jako jakési „šarlatánství“, které může provádět kterýkoli laik u sebe doma. Opak je pravdou, aromaterapie je regulérní terapeutickou metodou. Navíc je její výhodou možnost využití u širokého spektra příjemců péče (Jurečková, 2012).

V současné době se stále více prosazuje v medicíně, ale i v sociálních službách, holistický přístup ke klientům. Znamená to, že se neomezujeme pouze na fyzický stav člověka, jen na jeho nemoc, ale zajímá nás i jak se cítí a jaké má sociální interakce, jak jej ovlivňují různé okolní vjemy. Je to vlastně přístup zaměřující se na biologické, psychické, sociální, ale i spirituální potřeby jedince, tedy na vše, co jej formuje z vnitřku i z vnějšku. Z různých výzkumů vyplývá, že právě čichové vjemy jsou velmi důležité a ovlivňují prožívání a chování lidí. *„Ovlivňují fyziologické funkce, jsou stimulem pro vyvolání pocitů, vzpomínek a asociací. Aromaterapie je metodou působící na náš čichový aparát, jež následně ovlivňuje nervový systém a dále fungování celého organismu.“* (Jurečková, 2012, str. 16).

V této chvíli jsem si vzpomněla na televizní reklamu na jednu firmu vyrábějící zmrzlinové dorty. V této reklamě šlo o to, že každý okamžik v našem životě může být spjat s jednou konkrétní příchutí této zmrzliny. A když pak člověk ochutná zmrzlinu v jiném

čase, vzpomene si na okamžik, s nímž má její chuť spojenou z dřívějšíka. Na podobném principu funguje i aromaterapie. Může vyvolat vzpomínku na čichový vjem a tím i na všechny emoce, které jsou s touto vzpomínkou svázány. S emocemi je často spjat určitý fyziologický projev, i jsme schopni aromaterapií získat.

Je nutné si uvědomit, že člověk ke svému životu potřebuje dostatek čichových podnětů ze svého okolí, jinak u něj může dojít k deprivaci, strádání. Účinné látky nemusí být při aromaterapii vstřebávány pouze čichem, aromatické oleje mohou být nanесeny na pokožku či sliznice klienta, látky jsou tak vstřebány do krevního řečiště a rozneseny po celém těle (Worwood, 2012).

4.1.2 Zahradní terapie

Zpočátku byla zahradní terapie součástí tzv. ergoterapie (dříve léčba prací). Již v 18. století byla jistá forma zahradní terapie praktikována při léčbě psychiatricky nemocných, zahrady, pole či hospodářství byla součástí zařízení pro psychicky nemocné, kteří na nich pracovali v rámci svého léčebného procesu. Všechny prožitky z práce v přírodě a aktivit na zahradách či polích blahodárně působily na psychiku nemocných a zmírňovaly symptomy jejich onemocnění (Jindřichovská, 2014).

V současnosti je zahradní terapie využívána v různých zařízeních u lidí s různým stupněm postižení a v různém věku. Mělo by jít o nenásilný způsob terapie podporující fyzické i duševní zdraví klientů, v nejlepším případě je zahradní terapie indikována samotným lékařem. Samozřejmě, že zahradní terapii nemohou ve stejné míře provádět všichni klienty daného zařízení, ale měla by být „šita na míru“ potřebám a hlavně možnostem a schopnostem konkrétního klienta. Jelikož je velmi různorodá skupina, s níž může být zahradní terapie prováděna, budují se speciální terapeutické zahrady pro nevidomé, pro klienty s demencí, bezbariérové zahrady pro klienty s tělesným postižením a různé další (Júnová, 2013).

Zahradní terapie může být využita k rozvoji pracovního potenciálu klientů, jejich sociálním schopnostem, může sloužit i jako hra či výplň volného času, nebo ji mohou terapeuti zařadit jako součást každodenních činností (Activities of Daily Living, jedná se např. o schopnost jedince obléct se přiměřeně vzhledem k počasí, dobře se orientovat v prostoru zahrady apod.). Terapie v zahradě se může zaměřit na smyslové vnímání klientů (vůně, barva, chuť, teplota atd.), na rozvoj tělesného pohybu (cviky v zahradě pro posílení svalové síly, úchopy, vytrvalost atd.). Během všech aktivit prováděných v zahradě dochází k aktivizaci klientů a jejich psychických, fyzických schopností (Jindřichovská, 2014).

Velmi populární je v pracovní terapii zpracovávat to, co se během roku na zahradě vypěstovalo. Terapeuti mohou se svými klienty zavařovat ovocné kompoty, dělat med, sirupy, bylinné čaje apod. Klienty k činnostem na zahradě nenutíme, dobré je vycházet z jejich biografie (životního příběhu), zda se daný člověk v minulosti věnoval práci na zahrádce, pracoval v lese apod. V letních měsících lze s klienty na zahradě provozovat různé skupinové aktivity, např. opékání špekáčků, oslavy narozenin, pikniky aj. (Júnová, 2013).

Zahrada může být také prostorem pro rozvíjení komunikačních schopností a sociálních interakcí. „*Zahrada a aktivity, které je v ní možné realizovat, nabízí prostor pro otevřený sociální dialog. Interakce mezi účastníky skupinové zahradní terapie podporuje trénink spolupráce, verbální i neverbální komunikaci, přizpůsobení se, empatii a sdílení.*“ (Jindřichovská, 2014, str. 31). Pozorování rostlin, jejich růstu, kvetení a zrání, případně uvadání, lze terapeuticky využít při srovnávání změn v přírodě se změnami, jež nastávají v koloběhu lidského života.

4.2 Kinestetická mobilizace

Kinestetika jako pojem se začala používat pro popsání lidského pohybu a jeho funkcí v sedmdesátých letech 20. Století. Koncept založili Dr. Frank Hatch s Dr. Lennym Maiettou. Termín vznikl spojením dvou latinských slov *kinesis* (znamená pohyb) a *aesthetics* (znamená vnímání). Koncept nám má napomoci pochopit samotné základy lidského pohybu, má funkci preventivní a rehabilitační (Bauder-Missbach, 2009).

Kinestetická mobilizace byla vytvořena pro rychlejší a lepší průběh nemocí a tím pádem brzké uzdravení lidí. Kinestetika není jen o pohybu, ale také o správné komunikaci s klienty. Při cvičení s klientem se snaží využít jeho pohybových rezerv. Koncept byl vytvořen mimo jiné pro to, aby u imobilních klientů nedocházelo k nejrůznějším potížím vzniklých právě z imobility. Ošetřující personál při kinestetické mobilizaci cvičí spolu s klientem a snaží se přitom nepoužívat sílu. Kinestetika by měla chránit klienta i ošetřující personál před jakýmkoliv poškozením pohybového aparátu při prováděné rehabilitaci. (Multimediální trenažer plánování ošetrovatelské péče, 2016 [online]).

Kinestetika není pouze pohybovým konceptem, ale zaměřuje se také na interakci a komunikaci mezi nemocnými lidmi a ošetřujícími pracovníky. Snaží se mobilizovat celé tělo člověka, s nímž se pracuje, včetně kloubů a svalů. Mobilizace probíhá ve třech fázích. První se nazývá zahřátí (warm-up). Klient/pacient při ní leží na zádech a pracovník jej

připravuje na pohyb. Protahuje a pomalu ohýbá končetiny nemocného, uvolňuje hrudní koš a pánev. V této fázi jde také o podporu tělesných vjemů a zjištění pohybových omezení klienta. Druhá fáze je funkční trénink, jde zejména o nácvik změny pohybu a polohy těla imobilního či částečně imobilního člověka, který se sám nedokáže posadit na lůžku či přesunout z lůžka na křeslo atp. Třetí a zároveň poslední fázi je zklidnění (cool-down), jejím cílem je, aby se nemocný člověk cítil v nové změněné poloze svého těla dobře, bezpečně a pohodlně. Kinestetická mobilizace stojí na šesti základních principech, které na celou práci pracovníka a nemocného člověka nahlíží z různých úhlů pohledu. Jsou jimi interakce, funkční anatomie, lidský pohyb, lidské funkce, námaha a okolí (Bauder-Missbach, 2009).

Personál s pasivně pohyblivým člověkem nacvičuje či za něj provádí posouvání na lůžku, otáčení na bok, posazení se na lůžku, u více pohyblivých lidí i vstávání z lůžka, stoj a nácvik chůze. U lidí zcela imobilních lze k jejich polohování na lůžku využít různých speciálních pomůcek, jako jsou podložky, speciální vaky, popruhy, zvedáky apod. Práce a manipulace s nepohyblivými pacienty je velmi těžká pro ošetřující personál. Využití kinestetické mobilizace v praxi by mělo mimo jiné napomoci ochránit tento personál před fyzickým přetížením, které pak často vyústí v jeho pracovní neschopnost a dlouhodobé zdravotní potíže, jimiž jsou nejčastěji bolesti zad (Nedělková, 2008).

Kinestetika je v současné době velmi uznávaným pohybovým konceptem, jenž se úspěšně provádí v mnoha zařízeních ve světě i u nás. „*Kinestetika se zakládá na vědeckých poznatcích kybernetiky chování podle K. U. Smith a spol. (pohybový aparát působí na okolí a smyslové orgány registrují výsledky těchto operací, zpětná vazba vytváří uzavřený kruh mezi organismem a prostředím), na metodě Feldekreise (metoda pohybové terapie, nazvaná podle svého autora M. Feldenkreise, při níž si prostřednictvím cílených cvičení dotyčná osoba pohyby více uvědomuje, a tím pak může i lépe provádět korekci svého pohybu) a na poznatcích moderního tance a humánní psychologie.*“ (Kinestetika.cz, 2015 [online]).

4.3 Snoezelen

Koncept Snoezelen byl primárně vytvořen pro práci s dětmi s těžkým až hlubokým mentálním postižením či kombinovaným postižením. Tato metoda tzv. multismyslových místností k nám do České republiky dorazila z Nizozemí. Snoezelen je u nás velice se

rozvíjející moderní koncepce práce nejen s postiženými dětmi, jejími klienty jsou lidé s různým stupněm postižení různého věku, ale i jedinci zdraví (Filatova, Janků 2010).

Pojmem snoezelen můžeme označit celou metodu práce nebo třeba jen specificky vybavenou místnost, v níž se s klienty pracuje. Když se řekne snoezelen, člověk si automaticky představí širokou škálu různých barev a světel. Snoezelen byl vytvořen jako prostředek pro komunikaci mezi lidmi s postižením a lidmi zdravými. Snoezelen se zakládá na podnícení všech smyslů člověka v prostředí, které je mu příjemné, a to u lidí, kteří vzhledem ke svému postižení nemají dostatek podnětů z okolního světa. Ve snoezelen prostředí najdeme prvky světelné a zvukové, aromaterapeutické a hudební, jejichž cílem je vyvolávat u klientů zvláště příjemné smyslové pocity. Tato multismyslovost je však vytvořena uměle a měla by být pro každého klienta „šita na míru“ jeho individuálním přáním a potřebám. Snoezelen je metodou v první řadě zážitkovou, dbá však na to, aby u konkrétního klienta nevyvolala nežádoucí reakci, ale působila blahodárně. Zejména tím, že proškolený personál ví, kdy může použít jakou pomůcku a které smysly lze zapojovat současně tak, aby to konkrétnímu klientovi neuškodilo (Filatova, Janků, 2010). Multifunkční metodu snoezelen lze využít při práci se seniory s demencí či chronicky nemocnými seniory.

Zakladatelem konceptu Snoezelen je Holanďan Ad Verheul. Vytvořil jej za pomoci svého kolegy hudebního pedagoga Jana Hulsegga roku 1957. Zaměřili se na jedince převážně imobilní, tělesně a mentálně postižené klienty. Samotný výraz Snoezelen nově vytvořili také tito dva pánové. Jedná se o spojení dvou slov z holandštiny, a to „snuffelen“ (cítit, čichat) a „doezelen“ (relaxovat, dřímat, pospávat). V českém jazyce neexistuje žádný speciální název, proto se využívá původní výraz snoezelen. První speciálně vytvořená stálá snoezelen místnost byla v Holandsku otevřena v roce 1983 v centru De Hartenberg (Snoezelen, 2016 [online]).

Další významnou osobností konceptu Snoezelen je Prof. Dr. Krista Mertens působící na Humboldtově univerzitě v Berlíně a je spoluzakladatelkou ISNA, což je Mezinárodní Snoezelen Asociace. Stejně jako Ad Verheul vydala mnoho odborných knih a článků. Oba dva se také podíleli na vytvoření speciálních pomůcek pro snoezelen prostředí.

Ve snoezelen multisenzorických místnostech jde zejména o uvolnění vnitřního napětí, vytváření pocitu klidu, bezpečí a pohody. Cílem práce s klienty v takto uměle vytvořených místnostech je zkvalitnění a obohacení jejich života. Proškolený profesionál v koncepci snoezelen, se stává pro své klienty jakýmsi průvodcem či prostředníkem

v uměle vytvořeném mutismyslovém prostředí. V prostředí institucí pro seniory mohou těmito prostředníky být pracovníci přímé péče, ergoterapeuti, muzikoterapeuti, sociální pracovníci, rehabilitační pracovníci atd. Tito všichni by se však měli vyznačovat stejnými nebo podobnými charakterovými vlastnostmi, mezi které patří schopnost empatie, velká trpělivost, schopnost motivovat, tvořivost, mimo jiné také znalost diagnózy konkrétního klienta, s nímž v rámci terapie pracují, a jejich vzájemný osobní vztah. „*Jednou ze základních zásad práce ve Snoezelnu je to, že klient nic nemusí, není do ničeho nucen a všechno je dovoleno. Tato zásada specifikuje hlavně práci terapeutů, kteří nesmí vnášet do Snoezelenu jen své vlastní představy, ale musí přizpůsobit své cíle i metody uživateli.*“ (Filatova, Janků, 2010, str. 24).

Každá místnost vytvořená podle koncepce Snoezelen musí splňovat jisté podmínky. Například by měla být dostatečně provzdušněná a měla by příjemně vonět. Teplota v místnosti by se měla pohybovat mezi 22 a 24 stupni Celsia. Pro docílení pohodlí klientů by v místnosti měli být různé sedačky, polštáře lehátka a deky. Jelikož jedním z využívaných prvků ve snoezelen prostředí je hudba, měla by být místnost vybavena dobrou hudební technikou. Průměrná velikost takové místnosti se pohybuje okolo 25 metrů čtverečních. Osvětlení místnosti se volí podle jejího vytyčeného cíle, za základní snoezelen prostředí se považuje místnost bílá, můžeme se však setkat i např. s místností modrou atd. Podmínek pro vytvoření správné snoezelen místnosti je více, pro účel mé diplomové práce není však nutné všechny jmenovat (Hrčová, 2013).

Jak již bylo řečeno, uměle vytvořené snoezelen prostředí obsahuje různé prvky, které na smysly klienta působí zvlášť nebo společně. V rámci **zrakové percepce** se ve snoezelen místnostech můžeme setkat se světélkujícími tubusy (ty bývají naplněné nějakou tekutinou, například vodou nebo voskem), nejrůznějšími reflektory, světélkujícími či fosforeskujícími vlákny různé délky, bublifuky aj. **Sluchová stimulace** probíhá za pomoci nejrůznějších hudebních nástrojů, zvukových hraček, zvonkoher či stereo zařízení zabudovaných ve zdi, z nichž je nejčastěji pouštěna relaxační hudba. Pro **taktilně-haptickou stimulaci** jsou používány speciální matrace či vodní postele, místnosti mívají pokrytou podlahu a někdy i z části zdi koberci, využívají se různé závěsné pomůcky a mnoho jiného podle cíle konkrétní místnosti. Svou nespornou roli hrají ve snoezelen prostředí **vůně a čichové vjemy**, což napovídá i první slovo z názvu konceptu (snuffelen – čichat). Pracovníci používají difuzéry, vonné svíčky či aromalampy. Vůně by měly vyvolávat zážitky u klientů, pozitivně ovlivňovat jejich náladu a aktivovat paměť. Skrze čich lze ovlivňovat emoce. Neměli bychom zapomenout také na **stimulaci chuťových**

vjemů. To můžeme například kouskem čokolády, která může být použita jako odměna pro klienta nebo pouze pro zpříjemnění či změnu. Pro tento typ stimulace smyslů lze využít nejrůznější potraviny podle potřeb a přání konkrétních klientů (Snoezelen, 2016 [online]).

Práce podle snoezelen koncepce se řídí čtyřmi základními principy: **nedirektivnost** (klient by měl dělat jen to, co chce, svoboda volby, dovoleno je všechno), **možnost volby** (nechat rozhodnutí na klientovi, dostatek času a prostoru, přiměřeně klientovu tempo), **správné časové rozvrhnutí** (délka jedné terapie v multismyslové místnosti by neměla trvat déle než 45 minut, při práci se skupinou 60 minut), **důraz na individualitu** (nesmíme klientovi nic vnucovat, žádoucí je vcítit se do klientovy situace, dbát na příjemnou atmosféru).

Mohlo by se zdát, že cílem práce s klientem dle snoezelen je relaxace, odpočinek a uvolnění. „*Obecně cílem není jen uvolnění, pohoda a spokojenost, ale i stimulace smyslového vnímání a podpora rozvoje osobnosti klienta. Podpora se vztahuje na více oblastí vývoje: vnímání, emocionalitu, kognitivní procesy, motoriku.*“ (Snoezelen, 2016 [online]). Mezi další cíle pak můžeme zařadit snížení stresu, agresivity, zvýšení spontánnosti aj.

Každá lekce ve snoezelen místnosti by měla být rozvržena do čtyř částí. Na začátku by měl pracovník zvolit určitý přivítací rituál, který se bude opakovat na začátku každého setkání s klientem. Pak navazuje takzvaně aktivní část, při ní je odvedeno nejvíce práce a po ní následuje část věnovaná uvolnění a relaxaci. Stejně jako začátek setkání pracovníka s klientem by měl mít svůj vlastní přivítací rituál, i na konci tohoto setkání by měl být závěrečný rituál a pokud je to možné i zpětná vazba. Délka části aktivní a pasivní nemusí být stejná, tyto části se mohou dokonce opakovat, nicméně by se obě měly během každé hodiny objevit. O průběhu práce by si měl pracovník vést podrobný záznam (Filatova, Janků, 2010).

Snoezelen můžeme považovat také za terapeutickou metodu, za předpokladu, že pracuje s odborně proškolenými terapeuty, kteří si stanovují jasný plán práce. Koncept nevylučuje spolupráci s různými dalšími terapiemi, jako jsou muzikoterapie, aromaterapie či dramaterapie a další (Hrčová, 2013).

4.4 Psychobiografický model péče

4.4.1 Paměť a její poruchy ve stáří

Mladí a zdraví lidé si téměř neuvědomují, jak je paměť k životu důležitá. To si vesměs začnou uvědomovat, až když stárnou, případně onemocní chorobou, při níž dochází k deficitu paměti. Definovat, co je to paměť není jednoduché, existují mnohé názory. Paměť je zkoumána v mnoha oborech, nejvíce v neurologii a psychologii. Paměť nám umožňuje zapamatovat (vštípit) si určité informace či události, podržet (uchovat) je různě dlouhý čas a následně si je znovu vybavit. Většinou se jedná o informace získané na základě osobní zkušenosti. Co znamená, když něco zapomenou? Zapomenou informaci, když v některé z předchozích třech fází dojde k selhání. Ukládání paměti se děje stupňovitě, nejdříve je informace dočasně zapsána do krátkodobé paměti, a pokud ji nechceme zapomenout, ale déle uchovat v paměti, je daná informace převedena do paměti dlouhodobé, která má téměř neomezenou kapacitu a informace v ní mohou zůstat i celý život. Naopak je velmi zajímavé, že čím starší informace máme uchované v dlouhodobé paměti, tím více jsou chráněny proti zapomenutí (Mukšnáblova, 2013).

Paměť se nedělí pouze na krátkodobou a dlouhodobou, ale existuje více druhů paměti, její dělení však nejsou jednotná a liší se podle různých kritérií a úhlů pohledu jednotlivých badatelů. Pracovní paměť můžeme zařadit někam mezi paměť krátkodobou a dlouhodobou. Jsou v ní uloženy informace pouze na přechodnou dobu, a pokud s nimi člověk nepracuje, postupně je zapomínáme. Lze rozlišit také paměť ikonickou a echoickou, při tomto rozdělení hrají roli naše smysly, hlavně zrak a sluch. Ikonická paměť nám umožňuje představit si obraz, jež jsme před chvílí viděli, i po čase se zavřenýma očima. Echoická paměť funguje velmi podobně, jen je při ní pracováno se sluchovým vjemem. Ráda bych zmínila ještě tři typy nebo druhy paměti, jsou jimi paměť epizodická, sémantická a procedurální. Sémantická paměť může být nazývána pamětí obsahovou, jsou v ní uloženy informace o světě okolo nás, všeobecné informace, které se nevztahují k žádné konkrétní události. Oproti ní funguje paměť epizodická, do níž jsou ukládány informace o událostech a dějích z minulosti. Třetím druhem je paměť procedurální, která nám umožňuje naučit se nové dovednosti v oblasti motorické (pohybové), poznávacích procesů a chování. Vybavování z procedurální paměti neprobíhá vědomě a lze ji posílit pozitivní motivací a učením (Hort, Rusina, 2007).

Zda si budeme pamatovat konkrétní událost či informaci ovlivňuje řada faktorů. Důležité je, které smysly byly při ukládání použity, jak je pro nás událost důležitá, jestli se děje opakovaně atd. Jak již bylo řečeno, k poruchám paměti dochází hlavně ve stáří, mohou se však objevit již ve středním věku. Amnézie je úplná ztráta paměti, k níž může dojít při úrazech hlavy, nedostatečném prokrvení hlavy nebo při epilepsii (záchvatovité neurologické onemocnění). Mezi nejčastější příčiny deficitu paměti patří různé typy demencí. *„Demence je syndrom, který je charakterizován úbytkem intelektových schopností. Toto onemocnění je vyvoláno onemocněním mozku, které může být chronického nebo progresivního rázu. Dochází ke zhoršení různých kognitivních funkcí. Typickým znakem je porucha paměti, která může být spojena například s afázií (porucha tvorby a porozumění řeči), apraxií (neschopnost vykonávat naučené, složitější pohyby) nebo agnozií (neschopnost poznat a dále interpretovat různé sensorické vjemy).“* (Muknšnáblová, 2013, str. 12). Při demenci se člověku pomalu rozpadá schopnost plánovat a organizovat věci, přestává se orientovat v čase a prostoru (v pozdějším stádiu i v osobě) a nedokáže dobře koncentrovat svou pozornost.

Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova choroba, v České republice jí trpí okolo 150 000 lidí. Alzheimerova choroba patří mezi nejčastější příčiny úmrtí lidí starších 65 let (tedy seniorů). Jedná se o neurodegenerativní onemocnění mozku, je to onemocnění nevléčitelné, jehož příčina není dosud známa, ale jeho průběh lze zpomalit (Hort, Rusina, 2007).

Některé nové koncepty a modely péče o pacienty seniory, byly vytvořeny či adresovány právě těm, kteří trpí některým druhem demence. Jejich cílem je pak zkvalitnit život těchto lidí, aby mohli zbytek svého život prožít co nejvíce radostně, s pocitem bezpečí a dostatkem podnětů z okolí. Je patrné, že trénink paměti v seniorském věku by měl patřit ke každodenním aktivitám. Ten může probíhat různými způsoby, senioři mohou navštěvovat Univerzitu třetího věku (či Univerzitu volného času), která je dokonce součástí některých pobytových zařízení pro seniory, mohou trénovat paměť také mnohem „banálnějším“ způsobem jako je luštění křížovek či čtení knih a časopisů. Některé moderní koncepty pracují s životním příběhem člověka, kde paměť hraje bezpochyby významnou roli, pro příklad bych jmenovala Psychobiografický model péče prof. E. Böhma (Muknšnáblová, 2013).

4.4.2 Psychobiografie

Profesor Erwin Böhm vypracoval svůj speciální model péče nejen pro aktivní seniory, ale také pro seniory se syndromem demence. Momentálně jsou po celé Evropě stovky domů pro seniory, které mají akreditaci v psychobiografickém modelu prof. Böhma a získaly certifikát kvality. Specialistkou a certifikovanou lektorkou Psychobiografického modelu péče E. Böhma je u nás PhDr. Eva Procházková, podle níž je základem kvalitní péče práce s životními příběhy klientů. Personál by se měl snažit získat co nejvíce informací o klientově životě a na základě sesbíraných poznatků a informací pak poskytovat individualizovanou péči založenou na úctě k seniorovi, aby mohl v instituci důstojně prožít zbytek svého života (Jílková, 2014).

„Každý senior má svůj životní příběh, který je složen z bolestných i radostných událostí. Celková péče o seniory musí vycházet nejenom z hodnocení tělesných změn, ale i z chápání člověka jako celistvé bytosti, kde vše souvisí se vším.“ (Dvořáčková, 2012, str. 45). Jedná se o model péče o seniory s přihlédnutím k jejich životnímu příběhu. Od personálu se vyžaduje jistá angažovanost, měl by se zajímat o biografii klienta, o to, jaké společenské role a místo ve společnosti klient zastával. Jde o to, že mezi klienty a personálem je generační odstup, který se právě psychobiografický model péče snaží svým způsobem překonat. Jestliže se personál bude zajímat o své klienty, čím vším museli v životě projít a jak zvládly různé životní nástrahy a výzvy, jej samozřejmě také obohatí o nové zkušenosti a začne se dívat na klienty jinýma očima. Už to nebudou jen „babičky a dědečci“, kteří potřebují pomoc druhých, protože už jsou moc staří a nemocní. Takto nově nastavená péče by měla prohloubit vztah mezi pracovníkem a klientem, který se bude zakládat zejména na vstřícnosti, respektu a otevřenosti (Procházková, 2010).

Psychobiografický model péče patří mezi nové koncepty a modely péče, které se od těch předešlých liší tím, že nejsou zaměřeny pouze na zajištění základních biologických potřeb klientů, nebo na jednotlivé ošetrovatelské výkony v rámci péče intervenční, naopak jsou více o personálu, jeho odborném vzdělávání, vědomostech a vztahu s klienty. *„Dosavadní modely byly zpracovány pro psychicky zdravé lidi se somatickým onemocněním. Böhm se zaměřuje na člověka s jeho změněnou psychikou.“* (Erwin Böhm Institut, 2015 [online]). Z toho důvodu je model využívám zvláště v domovech či odděleních se zvláštním režimem, jež jsou určeny pro klienty s demencí.

Základním prvkem při péči o klienty seniory v rezidenčních zařízeních podle psychobiografického modelu péče je vytvoření prostředí, jež bude příjemné pro klienta a bude co nejvíce podobné jeho domovu. Když se totiž bude klient cítit v instituci jako

doma, bude se cítit bezpečně a klidně (Procházková, 2010). Jako příklad bych uvedla, že velkou roli může hrát i předchozí povolání klienta. Pokud byl klient praktickým lékařem, mohou pracovníci upravit jeho pokoj tak, aby připomínal ordinaci. Přitom může jít jen o maličkosti, jako pověsit pracovní plášť a stetoskop na věšák a na dveře pokoje dát jmenovku MUDr. Novák. Toho všeho docílíme pouze zájmem o klientův předchozí život.

U klientů, kteří přicházejí do pobytového zařízení, často dochází k pocitům úzkosti a změnám v chování díky nemožnosti adaptovat se na zcela nové a odlišné prostředí. Proto by v rámci biografie klienta měli pracovníci zjistit, jak vypadal klientův režim dne, jaké měl rituály, na co byl doma navyklý. Tomu všemu by pak měl být přizpůsoben i harmonogram dne v rámci zařízení. Například, jestliže byl klient zvyklý snídat v šest hodin, neměl by být nucen jíst dříve nebo naopak o hodinu později. Lze tak předejít mnohým zátěžovým situacím jak ze strany personálu, tak i pro samotné klienty (Procházková, 2010).

Centrálním pojmem v psychobiografickém modelu prof. E. Böhma je princip normality. Podle E. Böhma je normalita pro klienta vždy definovaná jeho životním příběhem a zkušenostmi. Jen na základě znalosti klientova předchozího života lze v pobytovém zařízení dobře saturovat jeho potřeby. Stejně tak by nabízené aktivity a společné programy v zařízení měly odpovídat klientovým předchozím zájmům a koníčkům, klient by neměl být nucen do něčeho, co ho ani dříve nebavilo nebo na co nemá kladné vzpomínky. Každé dobré zařízení by také mělo dovolit klientovi vzít si s sebou různé bytové doplňky, na které byl zvyklý a věci, jež jsou pro něj hodnotově důležité (např. kříž na zeď, hodiny s kukačkou po tatínkovi, vázu od babičky, oblíbenou knihu, puntíkový hrnek apod.). I architektonické uspořádání zařízení by správně mělo co nejvíce odpovídat rázu bytových jednotek. Klient by měl mít k dispozici svoji ložnici, wc a koupelnu, společenskou místnost připomínající obývací pokoj a nějaký kuchyňský kout. Je jasné, že toho nelze v každé instituci docílit, ale měla by se tomu alespoň přiblížit, pokud chce pracovat v rámci psychobiografického modelu péče prof. Böhma (Erwin Böhm Institut, 2015 [online]).

Tento model je svým způsobem nadčasový, bude mít jistě své místo i pro budoucí generace pracovníků v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory. Má také prostor pro další vývoj a zlepšování. Nicméně lidé poskytující péči by se měli podle prof. Böhma neustále zajímat o své klienty a jejich životní příběhy a snažit se co nejvíce uspokojit všechny jejich potřeby (biologické, psychické, sociální i spirituální). Cílem práce personálu podle psychobiografického modelu péče by měla být podpora co nejvyšší

možné soběstačnosti klienta s přihlédnutím k jeho dosavadním zvykům a naučeným způsobům zvládání různých situací (Jílková, 2014).

Psychobiografický model péče je někdy nazýván modelem „péče s rukama v kapsách“ a to z toho důvodu, že jestliže personál dobře pracuje s biografií klienta, dokáže jej pomocí poznatků z jeho předchozího života motivovat k sebekéči, k tomu, aby se o sebe začal sám starat (ovšem v rámci toho, co zdravotní stav konkrétního klienta dovoluje). Je velmi jednoduché zůstat ležet na posteli a stát se pouze pasivními příjemci péče, tomu by se právě mělo předcházet. Pracovníci zpracovávají u každého klienta jeho životní příběh a na základě něj se pak snaží klienta aktivovat (aby pokračoval v daných aktivitách) nebo re-aktivovat (aby se vrátil k předchozí aktivitě, pokud to jde). Vše samozřejmě souvisí s tím, zda klient má tzv. chuť do života, protože člověk, který ji nemá, nemá ani důvod z té postele vstávat, neví, proč by měl vstát a umýt se. Důležité je, aby personál v klientovi tuto chuť do života podpořil nebo ji znovu probudil a oživil tak celkově jeho psychiku. Oživen by měl být také zájem pečujícího personálu, zejména pracovníků přímé péče, o další odborné vzdělávání, což je samozřejmě také prevencí syndromu vyhoření (Procházková, 2010).

4.4.3 Reminiscenční terapie

S psychobiografickým modelem úzce souvisí reminiscenční terapie, která bývá v domovech pro seniory vcelku populární. Metoda reminiscence se dá využívat jak při práci se skupinou, tak i při práci s jednotlivcem. Nyní patří mezi základní metody práce se seniory, které respektují jedinečnost a autonomii klientů. Jde o cílené vzpomínání klientů na předchozí život a všechny zážitky, ať už příjemné či bolestivé, a následné využití těchto vzpomínek pro další a efektivnější práci. Stejně jako u psychobiografického modelu prof. Böhma zde hraje centrální úlohu životní příběh klienta seniora. Na základě vzpomínek klienta si utváříme obraz o jeho předešlém životě. Není to metoda násilná, vzpomínáme každý den na věci dávno minulé, není to nic nepřirozeného. „*Reminiscence, tedy vzpomínání je přirozenou součástí každodenního života člověka, vytváří jeho kontinuitu (pořád jsem to já), propojuje generace (předáváním zkušeností ve vyprávěních a rituálech), přispívá k adaptaci v novém prostředí, je významným zdrojem inspirace a podnětů v komunikaci, v péči, v životě rodiny i komunity.*“ (Janečková, 2015, str. 24).

Existuje mnoho způsobů, jak metodou reminiscence pracovat. V některých zařízeních jsou budovány tzv. terapeutické koutky, tedy místa s věcmi z minulého století. Najdeme zde starý nábytek, dekorace či obrazy. Místo, kde se může například klient

posadit a cítit se jako dříve, když byl mladý a plný sil. Může se zde v klidu probírat svými myšlenkami. V jiných zařízeních zase probíhá promítání filmů pro pamětníky a následná skupinová diskuse o filmu i o době, kdy ho poprvé viděli, o hereckých osobnostech apod. Setkat se můžeme v některých institucích i s výstavami starých fotek uživatelů. Na fotografiích vidíme krásné mladé lidi plné očekávání, co jim budoucnost přinese. Jde o jedinečný zážitek, jak pro personál či návštěvy, ale také pro samotné klienty. Velice se mi zalíbil nápad Centra sociálních služeb pro seniory Pohoda z Bruntálu, vytvořit svoji vlastní kuchařku z receptů svých klientů. Nejčastější terapeutickou pomůckou při práci s pamětí je tzv. reminiscenční kufřík, anglicky též Memory Box. Jde o to navázat smysluplnou komunikaci s klienty a přesvědčit je, aby si vytvořili svůj osobní kufřík plný vzpomínek. Zařadit do něj mohou cokoliv, co je pro ně významné. Staré fotografie, brýle, šperky, sušené květiny, dopisy apod. Nejen, že pomůže lépe sestavit životní příběh klienta, také pomůže prohloubit vztah s pracovníky a zefektivní jejich vzájemnou komunikaci. Reminiscenční terapie je velmi levná metoda práce se seniory, proto by měla být součástí každého dobrého zařízení. Navíc se její techniky prolínají prakticky všemi novými koncepcemi a metodami práce se seniory, o nichž ve své práci pojednávám (Hojgrová, 2010).

4.5 Bazální stimulace

Koncept bazální stimulace byl vytvořen pro to, aby se personál zařízení sociálních služeb mohl více přiblížit potřebám svých klientů. Jeho autorem je německý speciální pedagog prof. Dr. Andreas Fröhlich, který jej koncipoval již na počátku sedmdesátých let minulého století, a to na základě poznatků různých vědeckých oborů jako fyziologie, embryologie, neurologie či vývojové psychologie. Původně byl koncept využíván v oblasti speciální pedagogiky, Dr. Fröhlich totiž nejdříve pracoval s těžce mentálně a fyzicky postiženými dětmi a až o několik let později byl koncept bazální stimulace plně využit v ošetrovatelské péči. Tomu napomohla prof. Christel Bienstein v polovině 80. let, spolu s prof. Dr. Fröhlichem vypracovala metodiku pro školení pracovníků v pomáhajících profesích. Veškeré lektory bazální stimulace dnes sdružuje Mezinárodní asociace Bazální stimulace. V České republice je bazální stimulace využívána od roku 2003. Koncept bazální stimulace dnes patří v zahraničí mezi nejoblíbenější pedagogické a ošetrovatelské koncepty. Pracuje mimo jiné s životním příběhem klientů, jejich potřebami a zvyky (Kašpárek, 2011).

Prof. Fröhlich vyšel z předpokladu, že je důležité nejprve podpořit vnímání a utváření obrazu o vlastním tělesném schématu, zprostředkovat vjemy ze svého vlastního těla, abychom napomohli udržet pohybové, komunikační a poznávací schopnosti klientů, což se potvrdilo (Institut Bazální stimulace, 2014-2015 [online]).

Bazální stimulace představuje pokročilou interakci mezi pečujícími a klienty, jakýsi vstup do jejich světa, samozřejmě na profesionální rovině. Jedná se tedy o koncept mezilidské komunikace, během které je plně respektována autonomie klientů, kteří zároveň nemusí splňovat nějaké přísné podmínky či kritéria pro to, aby s nimi mohla být bazální stimulace prováděna. Neočekávají se od nich ani žádné počáteční znalosti a vědomosti. *„Fyzická, živoucí přítomnost je sama o sobě dostatečná, abychom mohli vstoupit do bazálního procesu výměny informací. Při tom je brán ohled na všechny možné prvotní počátky komunikačních schopností, schopností vnímání, schopností se pohybovat, udržet pozornost, učení se atd.“* (Friedlová, 2010, str. 18). Základem pro bazální stimulaci klienta je úspěšná komunikace a zejména ohleduplnost ze strany pečujícího profesionála.

Bazální stimulace se zaměřuje na vývoj schopnosti vnímání a respektuje úroveň této schopnosti, v níž se momentálně člověk nachází. Jedná se o základní schopnost, která se vyvíjí již v prenatálním období. Již koncem 8. týdne embryonálního vývoje se objevuje schopnost somatického vnímání (schopnost cítit podráždění na povrchu těla), dále se vyvíjí schopnost vnímat vibrace (dítě cítí chvění plodové vody v děloze matky, které může být způsobeno jejím hlasem nebo jen bušením jejího srdce), následně se pomalu vyvíjí vnímání taktilně-haptické, orální, auditivní (Friedlová, 2007). Bazální smysly (vnímání těla, vestibulární stimulace a vibrace) jsou tedy základní smysly, které člověk vnímá již před narozením. Přes tyto smysly lze s klientem komunikovat. Kromě těchto třech základních prvků v bazální stimulaci se může používat při práci s klienty i stimulace taktilně-haptická (neboli hmatová), olfaktorická stimulace (čichová), stimulace optická (zraková), auditivní (sluchová) či stimulace orální, čili vnímání skrze dutinu ústní a chuťové vjemy (Kašpárek, 2011).

Bazální stimulace je v mnoha ohledech podobná smyslové aktivizaci nebo konceptu snoezelen tím, že pracuje se všemi smysly člověka. Stimulace pak může probíhat dotykem (hmat), barevným světlem (vizuální stimulace), hudbou (sluch), chutnými pokrmy (chuť), použitím vonných látek (čich), někdy používá i vodní postel s reproduktory pro zažití rytmu hudby (vibrační stimulace). Cíle těchto intervencí jsou různé a zahrnují uvolnění úzkosti, vytvoření nové „body image“ (tělesného schématu), koordinaci pohybu či podporu pocitu bezpečí a důvěry (Kreitzer, Koithan, 2014).

Stimulace se může provádět u širokého spektra příjemců péče. Využívá se u předčasně narozených dětí, u lidí s těžkým mentálním, smyslovým či kombinovaným postižením, u těžce postižených lidí následkem úrazu či onemocnění a samozřejmě také u lidí, kteří jsou závislí na pomoci druhých kvůli svému věku nebo umírání. Kategorie seniorů nás zajímá nejvíce. Životní potřeby všech těchto skupin příjemců péče vykazují jisté společné rysy. Je to například potřeba občasné tělesné blízkosti druhých lidí, potřeba mít u sebe osoby, které jim budou rozumět i beze slov, čili budou schopny s nimi smysluplně neverbálně komunikovat. Mnozí klienti jsou vzhledem ke svému zdravotnímu stavu imobilní či částečně imobilní, proto potřebují druhé, aby jim pomohli změnit polohu těla či vykonat pohyb. Potřebují koneckonců druhé k tomu, aby jim zprostředkovali kontakt s okolním světem, aby je ošetřili, pomohli jim uspokojit základní biologické potřeby (např. příjem tekutin, strava, hygiena) a tak je provázeli životem (Friedlová, 2007).

Existují tři druhy stimulace: somatická, vestibulární a vibrační.

4.5.1 Somatická stimulace

Aby se člověk dobře vyvíjel a „neustrnul“, je nutná kvalitní interakce s okolím, potřebuje neustálou výměnu informací mezi ním a ostatními lidmi. Pokud klienti nemají dostatečný přísun podnětů ze svého okolí, což se může stát u výše zmiňovaných kategorií lidí a u seniorů v pobytových sociálních zařízeních obzvláště, dochází u nich k senzomotorické deprivaci, psychickému strádání, což může vést k zásadním změnám v poznávacích procesech. Základem somatické stimulace je dobrá zkušenost s vlastním tělem, budování vlastní tělesné identity, tělesného schématu a uvědomování si hranic svého těla. To vše přispívá k celkovému osobnímu vývoji jedince. Díky stimulaci vlastního tělesného schématu dokáže klient následně lépe vnímat okolní svět. *„Imobilita a nečinnost např. z důvodu úrazu, onemocnění či kombinovaného postižení má za následek ztrátu vzpomínek na pohyb a změny ve vnímání tělesného schématu. Při stimulaci tělesného schématu postupujeme tak, aby prováděná stimulace byla současně nabízena oběma stranám těla a bylo tak podporováno symetrické vnímání těla a také tělesné osy.“* (Friedllová, 2007, str. 68-69).

Bazální stimulace rozhodně není dotekovou terapií, avšak pracuje s dotekem jako s výchozím stimulem, přičemž dbá na kvalitu doteků, jejich lokalitu a intenzitu. Somatická bazální stimulace pracuje s tzv. iniciálním dotekem. Na podkladě klientovy biografie (práce s životním příběhem) se zvolí jedno místo na těle klienta, na něž ho vždy zřetelným

dotekem pečující informuje o zahájení či ukončení své přítomnosti nebo činnosti. Somatická stimulace nabízí celou řadu cílených technik jako např. somatickou stimulaci zklidňující nebo naopak povzbuzující, symetrickou stimulaci, různé polohování či kontaktní dýchání a masáž stimuluující dýchání (Institut Bazální stimulace, 2014-2015 [online]).

4.5.2 Vestibulární stimulace

Každá změna polohy těla vyvolává pohyb endolymfy ve vnitřním uchu a dochází tak ke stimulaci rovnovážného ústrojí. Klienti s výrazným kognitivními a smyslovými deficity mohou často vnímat okolí a komunikovat s ním pouze prostřednictvím vestibulární stimulace. Vestibulární stimulaci může personál provádět přímo s klientem nebo nepřímo s využitím nejrůznějších pomůcek. Mezi ně patří trampolína, různé závěsné vaky a sítě. Dovolují tak vykonat pohyb i u osob s těžkým tělesným postižením a předcházejí tomu, aby klient zůstal imobilní na lůžku bez jakýchkoliv podnětů. V Maslowově pyramidě potřeb stojí nejvýše právo na sebeurčení člověka, díky vestibulární stimulaci může být toto právo u klientů naplňováno možností vlastní aktivity, takováto stimulace bývá pro osoby hlubokým prožitkem. Vestibulární stimulace může být chápána také jako způsob neverbální komunikace s klientem. Aby pečující více podpořil vlastní aktivitu klienta, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje, může ho nechat, aby se sám např. odrážel na houpačce či ve vaku (Friedlová, 2010).

4.5.3 Vibrační stimulace

Vibrační stimulace je pro klienta velmi intenzivní. Pracuju s receptory v kůži (Vater-Paciniho tělíška) i s receptory hluboké citlivosti, které se nacházejí ve šlachách, kostech, kloubech a svalech. Pečující personál může využívat ke stimulaci vlastní ruce nebo různé technické pomůcky, zejména různé vibrátory, holicí strojky, vibrující hračky, elektrické zubní kartáčky. Elektrické vibrátory se v péči o seniory většinou nepoužívají, aby nedošlo k poškození jejich křehkých vazů a kloubů. Vibrační stimulace se také neprovádí u klientů s varixy a s různým poškozením kůže. K vibrační stimulaci lze použít mimo jiné hudební nástroje nebo vlastní hlas. Terapeutovi či pečujícímu se při mluvení a zpěvu chvěje hrudník, může na něj položit klientovu ruku nebo přiložit vlastní hrudník na ten klientův (Friedlová, 2007).

4.5.4 Zásady komunikace

Institut Bazální stimulace jako člen Mezinárodní asociace Bazální stimulace vytvořil desatero bazální stimulace, kterým by se měli pomáhající pracovníci při aplikaci tohoto konceptu do své práce řídit. Jedná se o těchto deset následujících pravidel, která se zaměřují na interakci a komunikaci mezi klientem a pečujícím:

- „1. Přivítejte se a rozlučte s pacientem pokud možno vždy stejnými slovy.*
- 2. Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek).*
- 3. Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.*
- 4. Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.*
- 5. Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.*
- 6. Při rozhovoru s pacientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza).*
- 7. Nepoužívejte v řeči zdvořiliny.*
- 8. Nehovořte s více osobami najednou.*
- 9. Při komunikaci s pacientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.*
- 10. Umožněte pacientovi reagovat na vaše slova.“* (Institut Bazální stimulace, 2014-2015 [online]).

Dle mého názoru by se tato pravidla pro efektivní komunikaci s klienty dala aplikovat v rámci všech metod a konceptů práce se seniory, o nichž má diplomová práce pojednává.

4.6 Validace podle Naomi Feil

Validace je moderní metodou pro práci s dezorientovanými lidmi, zejména se seniory s demencí. Péče o starší lidi s určitou mírou dezorientovanosti je velmi náročná, aby při komunikaci pečujících osob s klienty s demencí nedocházelo k nedorozuměním, a mohli tak pečující účinně podporovat své klienty, byla vytvořena právě metoda validace (Procházková, únor 2012).

To, že světová populace poměrně rychle stárne a přibývá nám tudíž více osob v seniorském věku, je nepopiratelným faktem. Jenže s rostoucím počtem seniorů vzrůstá v populaci i výskyt těchto osob s různým typem demence. Demence je syndrom, který

vzniká v důsledku onemocnění mozku, může mít buď chronický, nebo progresivní charakter. K demenci vedou ty nemoci, které ovlivňují činnost mozku. To znamená, že demence není nemoc sama. Problémem je, že nemoc způsobující demenci dokáže moderní medicína včas diagnostikovat, umí také určitým způsobem zpomalit její progresi, nicméně zcela vyléčit nelze. Je nutné konstatovat, že demence nevzniká stárnutím samotným. Pouze u některých starých lidí se objeví nemoc, v důsledku které se demence rozvine. Nejčastější příčinou vzniku je Alzheimerova nemoc, jež způsobí u člověka pokles všech kognitivních funkcí a následnou dezorientaci (Nentvichová, Janečková, 2016).

Autorkou metody validace je Američanka Naomi Feil, sociální pracovnice a gerontoložka, která se narodila v Mnichově v roce 1932. Její otec byl ředitelem domova pro seniory Montefior v Clevelandu v Ohio, matka zde pracovala také, a to jako vedoucí sociální pracovnice. Její rodiče jí byli vzorem a jejich silné sociální cítění působil i na Naomi, která se rozhodla vystudovat sociální práci na Kolumbijské univerzitě v New Yorku. Naomi Feil se zaměřila na práci se starými lidmi, stejně jako její rodiče, ale nelíbily se jí dosavadní metody a způsoby práce s nimi, zejména s dezorientovanými seniory. V roce 1982 vydala svoji první knihu o metodě validace, jejíž název byl *Validation, the Feil Metho* (Procházková, únor 2012).

Validace se nemá snažit zlepšit celkový stav klientů s demencí, ale má napomoci ke zlepšení přístupu pečujícího personálu k nim tak, aby se lépe dokázali vcítit do způsobu, jakým dezorientovaní lidé vnímají realitu (Jones, Miesen, 2013).

Metoda validace je postavena na několika základních myšlenkách, mezi nejdůležitější z nich patří: dezorientované seniory by měl každý pečující považovat za rovnocenné, nikoli za méněcenné; to, že budeme svému klientovi empaticky naslouchat a vnímat jeho potřeby, bude napomáhat ke snížení klientova stresu a strachu; každý starý člověk, i ten méně orientovaný, má stejně jedinečnou hodnotu; jestliže se starý a dezorientovaný klient chová svým způsobem „podivně“, jeho chování má vždy své opodstatnění; důvody pro toto chování klientů mohou být různorodé, nicméně vždy vycházejí z nedostatečného uspokojení některé ze základních lidských potřeb; dezorientovaní staří lidé mohou často pociťovat úzkost a pocity beznaděje, jestliže pečující plně akceptuje toto psychické rozpoložení klienta, veškeré negativní pocity slábnou, což by mělo být cílem efektivní validace (Nentvichová, Janečková, 2016).

Podle autorky metody jsou cílovou skupinou tzv. „old-old“ v našem jazyce používáme označení velmi staří dezorientovaní lidé. To, že je někdo dezorientovaný znamená, že vnímá okolní realitu jinak, než jak je ve společnosti běžné a normální. Tento

stav vzniká v důsledku zhoršujícího se zdravotního, psychického a v neposlední řadě i sociálního stavu nemocného člověka. Což vede u mnohých k izolaci, klient se „stáhne do své ulity“ a přestává vnímat svět (Procházková, únor 2012).

Neexistuje žádný vzorec pro práci s lidmi. Člověk, který pracuje podle metody validace, respektuje jedinečnost každého dezorientovaného člověka a pomáhá mu přežít samotu a zabránit propadnutí v zoufalství (Jones, Miesen, 2013).

Validace je komplexním přístupem k člověku vycházející z humanistické psychologie. Jedná se o zvláštní způsob komunikace s klientem, během níž pečující dbá na celkovou hodnotu nemocného člověka a snaží se potvrdit jeho jedinečnost a cennost. Dle Márii Wirth, certifikované lektorky, jde ve validaci o dosažení rovnováhy. Samotný termín validace znamená něco potvrdit, uznat, a to jedinečnou hodnotu lidské bytosti, bez ohledu na jeho zhoršený psychický a fyzický stav. Validace je spíše metodou efektivní komunikace a navazování vztahů se starými dezorientovanými lidmi. Je založena na silném empatickém cítění a postupném budování důvěry mezi pečujícím a klientem seniorem, jehož základem je schopnost potvrzení a uznání pocitů klienta (Nentvichová, Janečková, 2016).

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

5.1 Metodika výzkumného šetření

Cílem analytické části práce je zjistit, jaká je znalost jednotlivých konceptů a modelů péče o seniory v dotazovaných zařízeních sociálních služeb a zda jsou v těchto zařízeních nové koncepty a modely péče aplikovány. Zvolila jsem formu kvantitativního výzkumu pomocí nestandardizovaného dotazníku, který jsem sama zformulovala.

Využila jsem možnost vytvořit dotazník v online podobě na stránkách softwarové firmy Survio.com <http://www.survio.com/cs/> a samotná distribuce dotazníků pak probíhala odesláním emailových zpráv sociálním pracovníkům pobytových sociálních služeb pro seniory, jejichž součástí byl internetový odkaz na stránky survio.com s dotazníkem.

Dotazník obsahuje úvodní text, kde uvádím své jméno, zaměstnání, vysokou školu a obor, který studuji, a také účel dotazníku. Obracím se zde na dotazované osoby s žádostí o vyplnění a následně krátce vysvětluji, jak mají dotazník vyplnit. Je zde také ujištění o anonymitě dotazníku.

Dotazník má celkem 23 otázek, úvodní čtyři otázky zjišťují obecné údaje o oslovených zařízeních a jejich vyplnění je dobrovolné. Na zbývajících 19 otázek je již nutno odpovědět. Tyto otázky směřují k hlavnímu cíli diplomové práce, dvěma dílčím cílům a dvanácti hypotézám. Respondenti mohli vybírat buď odpověď ano-ne, jiná varianta nebyla možná. Tuto formu jsem zvolila úmyslně z toho důvodu, aby vyplnění dotazníku nezabralo příliš mnoho času a dotazník tak kompletně dokončil co největší počet respondentů.

5.2 Respondenti a výzkumné prostředí

Pro výzkumné účely své diplomové práce jsem zvolila jako respondenty sociální pracovníky pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory zapsaných v Registru poskytovatelů sociálních služeb v České republice.

Registr poskytovatelů sociálních služeb, který má na starosti Ministerstvo práce a sociálních věcí, eviduje 513 domovů pro seniory, z nichž část poskytuje i službu domov se zvláštním režimem. Nalezneme v něm většinou odkazy na internetové stránky zařízení s potřebnými kontakty. Z každého registrovaného domova pro seniory jsem formou emailové zprávy oslovila vždy jednoho sociálního pracovníka/sociální pracovníci s prosbou o vyplnění přiloženého dotazníku pro výzkumné potřeby mé diplomové práce.

Časové parametry výzkumu:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| - stanovení výzkumného problému | září – říjen 2015 |
| - informační příprava výzkumu | listopad – prosinec 2015 |
| - výběr a příprava výzkumných metod | leden – březen 2016 |
| - sběr a zpracování výzkumných dat | březen – duben 2016 |
| - interpretace výzkumných dat | duben 2016 |
| - zpracování výzkumné části práce | únor – duben 2016 |

5.3 Cíle práce a pracovní hypotézy

Hlavní cíl diplomové práce: Zjistit, jaká je znalost jednotlivých konceptů a modelů péče v dotazovaných zařízeních sociálních služeb a ověřit, zda jsou v těchto zařízeních nové koncepty a modely péče o seniory aplikovány.

Cíl 1 – Zmapovat znalost jednotlivých konceptů a modelů péče.

Hypotéza 1 – Předpokládám, že více než 80 % dotazovaných zařízení zná koncept smyslové aktivizace.

Hypotéza 2 – Předpokládám, že méně než 20 % dotazovaných zařízení zná koncept kinestetické mobilizace.

Hypotéza 3 - Předpokládám, že méně než 20 % dotazovaných zařízení zná koncept snoezelen.

Hypotéza 4 - Předpokládám, že více než 80 % dotazovaných zařízení zná psychobiografický model péče.

Hypotéza 5 - Předpokládám, že více než 80 % dotazovaných zařízení zná koncept bazální stimulace.

Hypotéza 6 - Předpokládám, že méně než 20 % dotazovaných zařízení zná metodu validace.

Cíl 2 – Zmapovat aplikaci jednotlivých konceptů a modelů péče v praxi.

Hypotéza 7 – Předpokládám, že ve více než v 80 % dotazovaných zařízení je v praxi aplikována smyslová aktivizace.

Hypotéza 8 – Předpokládám, že v méně než ve 20 % dotazovaných zařízení je v praxi aplikována kinestetická mobilizace.

Hypotéza 9 - Předpokládám, že v méně než ve 20 % dotazovaných zařízení je v praxi aplikován koncept snoezelen.

Hypotéza 10 - Předpokládám, že ve více než v 80 % dotazovaných zařízení je v praxi aplikován psychobiografický model péče.

Hypotéza 11 - Předpokládám, že ve více než v 80 % dotazovaných zařízení je v praxi aplikována bazální stimulace.

Hypotéza 12 - Předpokládám, že v méně než ve 20 % dotazovaných zařízení je v praxi aplikována metoda validace.

5.4 Výsledky výzkumného šetření

5.4.1 Statistiky dotazníku

Sběr dat probíhal 23 dnů. První vyplněný dotazník byl 10. 3. 2016, poslední 1. 4. 2016, tento den byl sběr dat ukončen.

Z celkového počtu 513 oslovených zařízení (100 %) navštívilo internetovou stránku survio.com, kde bylo možné dotazník vyplnit, celkem 357 respondentů (69,6 %), z toho dotazník úspěšně dokončilo 215 respondentů, 10 respondentů vyplňování dotazníku nedokončilo a 132 respondentů si dotazník pouze zobrazilo. Celková úspěšnost vyplnění dotazníku byla tudíž 42 %.

Čas, který respondenti potřebovali k vyplnění dotazníku, byl různý. Pouze 2 respondenti (1 %) zvládli vyplnit dotazník dříve než za 1 minutu, 99 respondentů (46 %) vyplňovalo dotazník 1-2 minuty, 71 respondentů (33 %) vyplňovalo dotazník 2-5 minut, o něco více času 5-10 minut potřebovalo k vyplnění dotazníku 21 respondentů (10 %), 13 respondentů (6 %) vyplňovalo dotazník 10-30 minut, pouze 3 respondenti (1 %) vyplňovali dotazník 30-60 minut a 6 respondentů (3 %) potřebovalo k vyplnění dotazníku více než 60 minut.

Všichni respondenti se k dotazníku dostali přímým odkazem, který jsem jim zaslala prostřednictvím emailových zpráv.

5.4.2 Demografické otázky

První čtyři otázky z dotazníku jsou demografické a snaží se zjistit obecné údaje o oslovených pobytových zařízeních sociálních služeb. Jejich vyplnění nebylo povinné, tudíž u každé otázky uvádím, kolik respondentů se rozhodlo na otázku odpovědět a kolik využilo možnost neodpovídat. Obecnými údaji, které se snažím pomocí demografických otázek získat, jsou zřizovatelé oslovených zařízení, v jakém kraji se zařízení nachází, jakou mají kapacitu a zda poskytují sociální službu domov pro seniory nebo domov se zvláštním režimem, případně obě dvě.

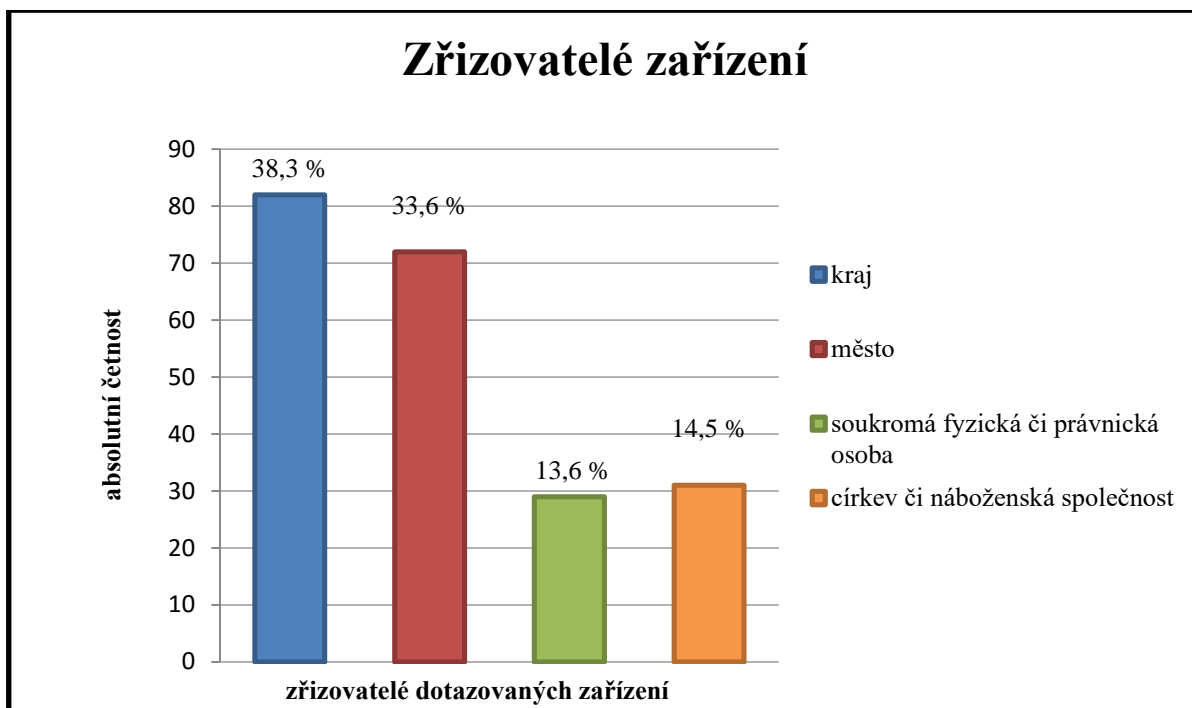
Otázka č. 1

Kdo je zřizovatelem vašeho zařízení?

Tabulka 1 Zřizovatel dotazovaných pobytových zařízení sociálních služeb

Zřizovatel pobytových zařízení sociálních služeb									
Kraj		město		soukromá fyzická či právnická osoba		církvev či náboženská společnost		celkem	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
82	38,3	72	33,6	29	13,6	31	14,5	214	100

Poznámka: zodpovězeno 214x, nezodpovězeno 1x



Graf 1 Zřizovatelé dotazovaných pobytových zařízení sociálních služeb

Na otázku č. 1 odpovědělo celkem 214 respondentů (100%), jeden respondent se rozhodl informace o zřizovateli neuvádět. Ve výzkumném vzorku je nejčastějším zřizovatelem kraj (38,3 %), nejméně jsou jako zřizovatelé zastoupeny soukromé fyzické či právnické osoby (13,6 %) a církve (14,5 %).

Otázka č. 2

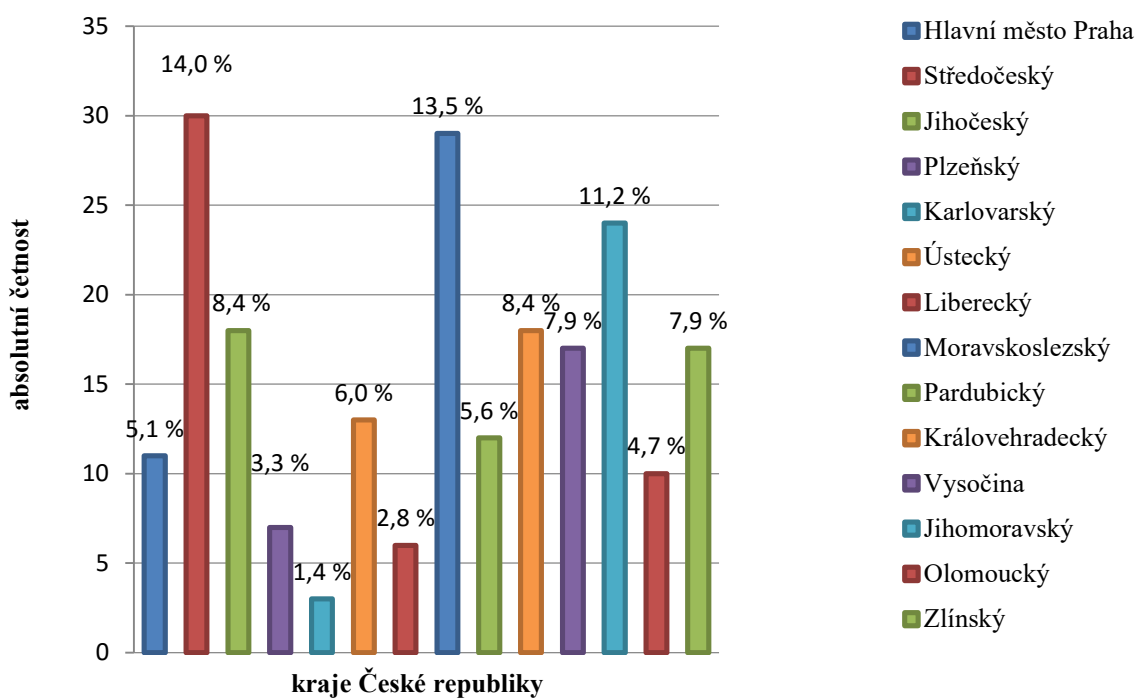
V jakém kraji se vaše zařízení nachází?

Tabulka 2 Umístění dotazovaných pobytových zařízení sociálních služeb dle krajů

Kraje ČR	n	%
Hlavní město Praha	11	5,1
Středočeský	30	14,0
Jihočeský	18	8,4
Plzeňský	7	3,3
Karlovarský	3	1,4
Ústecký	13	6,0
Liberecký	6	2,8
Moravskoslezský	29	13,5
Pardubický	12	5,6
Královehradecký	18	8,4
Vysočina	17	7,9
Jihomoravský	24	11,2
Olomoucký	10	4,7
Zlínský	17	7,9
celkem	215	100

Poznámka: zodpovězeno 215x, nezodpovězeno 0x

Umístění zařízení dle krajů



Graf 2 Umístění dotazovaných pobytových zařízení dle krajů

Na otázku č. 2, v jakém kraji se oslovená zařízení nachází, se rozhodlo odpovědět všech 215 respondentů (100 %), nikdo ne zvolil možnost neodpovídat. Z uvedených odpovědí vyplývá, že nejvíce oslovených zařízení je ze Středočeského kraje (14 %) a jen o trochu méně z Moravskoslezského kraje (13,5 %), nejméně respondentů je z Karlovarského kraje (1,4 %).

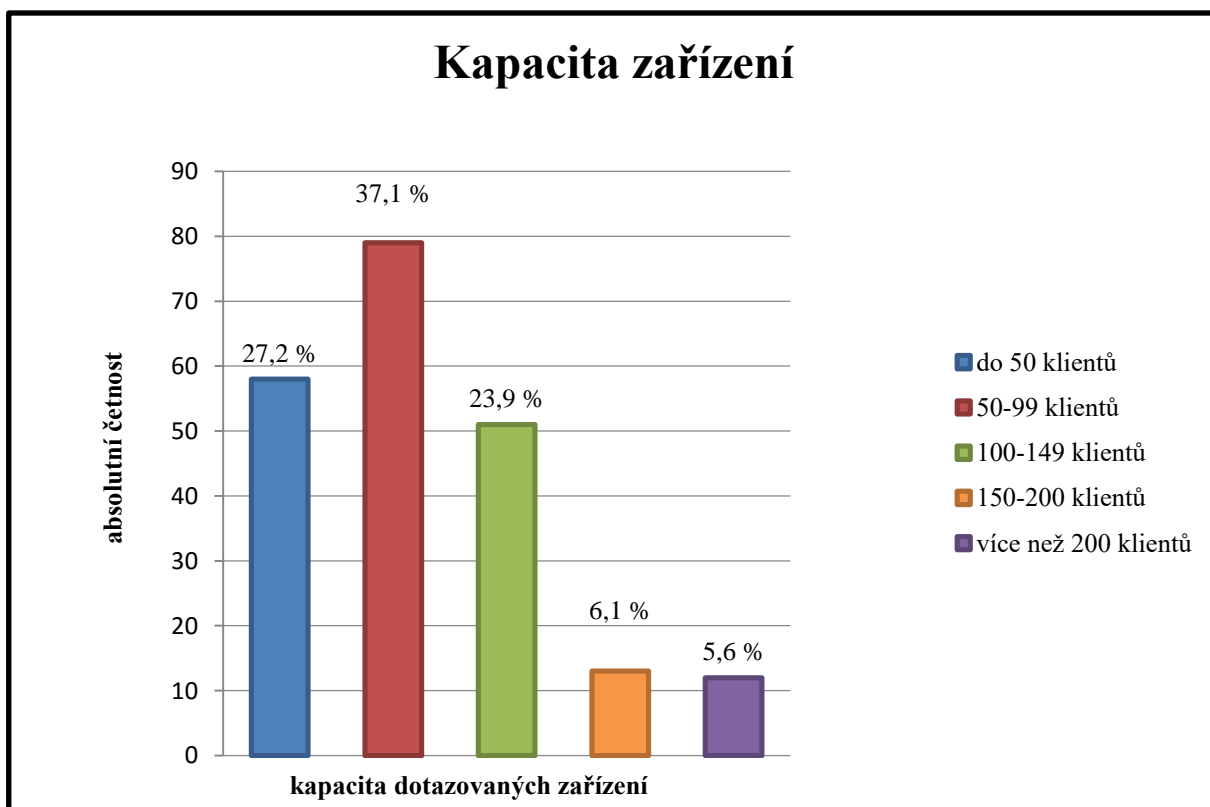
Otázka č. 3

Jaká je kapacita vašeho zařízení?

Tabulka 3 Kapacita dotazovaných pobytových zařízení sociálních služeb

Kapacita zařízení	n	%
do 50 klientů	58	27,2
50-99 klientů	79	37,1
100-149 klientů	51	23,9
150-200 klientů	13	6,1
více než 200 klientů	12	5,6
celkem	213	100

Poznámka: zodpovězeno 213x, nezodpovězeno 2x



Graf 3 Kapacita dotazovaných pobytových zařízení sociálních služeb

Na otázku č. 3 týkající se kapacity oslovených pobytových zařízení sociálních služeb se rozhodlo odpovědět 213 respondentů (100 %). Možnost neodpovídat využili 2 respondenti. Největší počet dotazovaných pobytových zařízení má kapacitu pro 50-99 klientů (37,1 %), nejmenší část výzkumného vzorku tvoří zařízení pro více než 200 klientů (5,6 %).

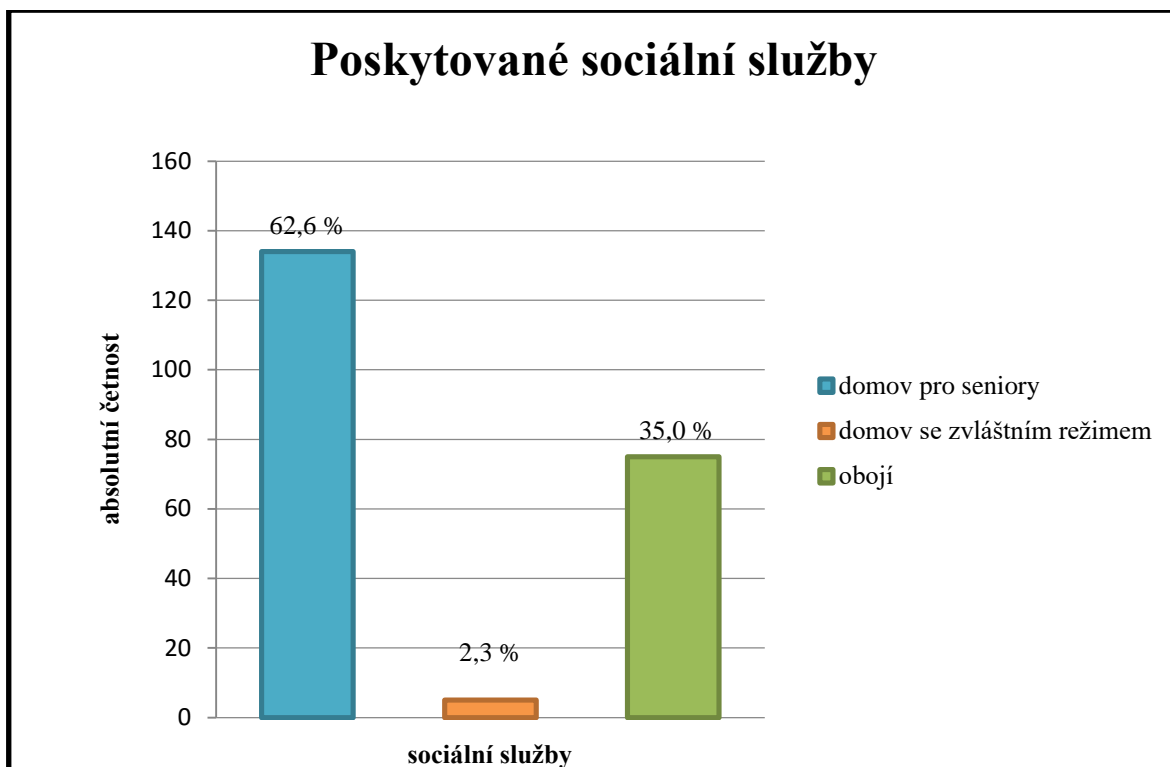
Otázka č. 4

Jakou sociální službu vaše zařízení poskytuje?

Tabulka 4 Poskytované sociální služby dotazovaných pobytových zařízení sociálních služeb

Poskytované sociální služby							
Domov pro seniory		Domov se zvláštním režimem		obojí		celkem	
n	%	n	%	n	%	n	%
134	62,6	5	2,3	75	35,0	214	100

Poznámka: zodpovězeno 214x, nezodpovězeno 1x



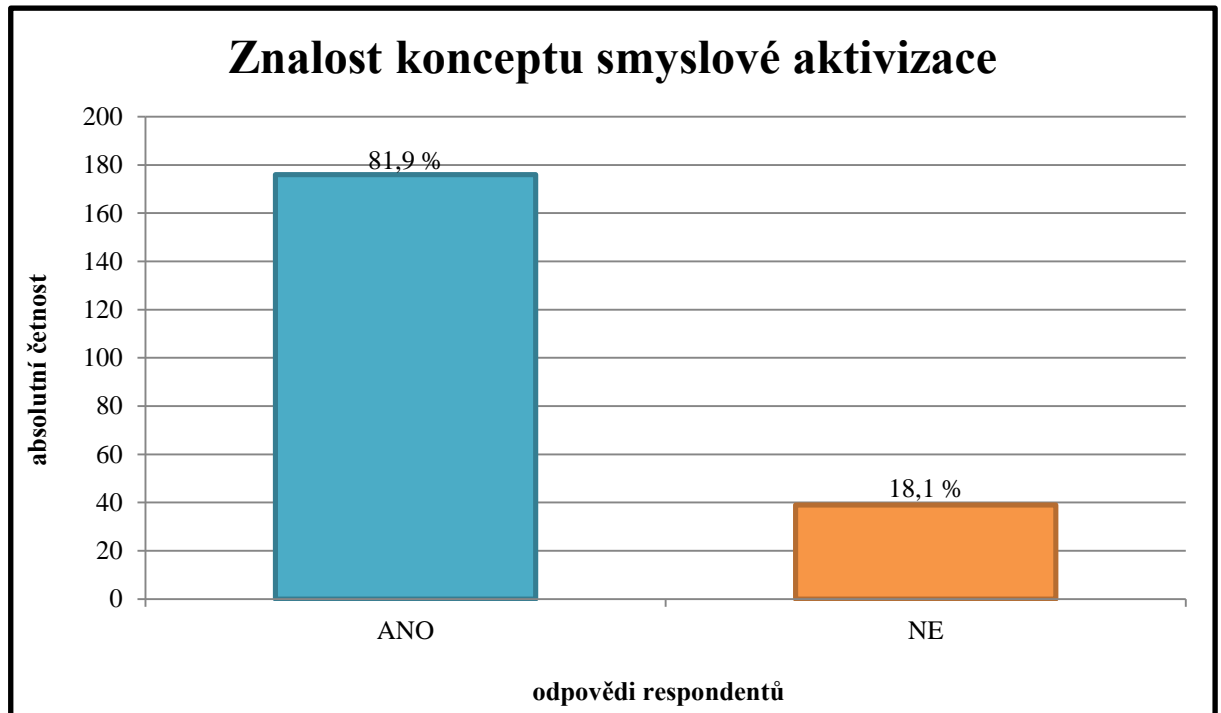
Graf 4 Poskytované sociální služby dotazovaných pobytových zařízení

Poslední čtvrtá demografická otázka se ptá, jakou sociální službu dotazovaná zařízení poskytují. Na otázku č. 4 se rozhodlo odpovědět celkem 214 respondentů (100 %), pouze 1 respondent neodpověděl. Největší část výzkumného vzorku tvoří domovy pro seniory (62,6 %), nejméně oslovených zařízení poskytuje pouze službu domov se zvláštním režimem (2,3 %).

5.3.3 Otázky z dotazníku

Otázka 5

Znáte koncept smyslové aktivizace?

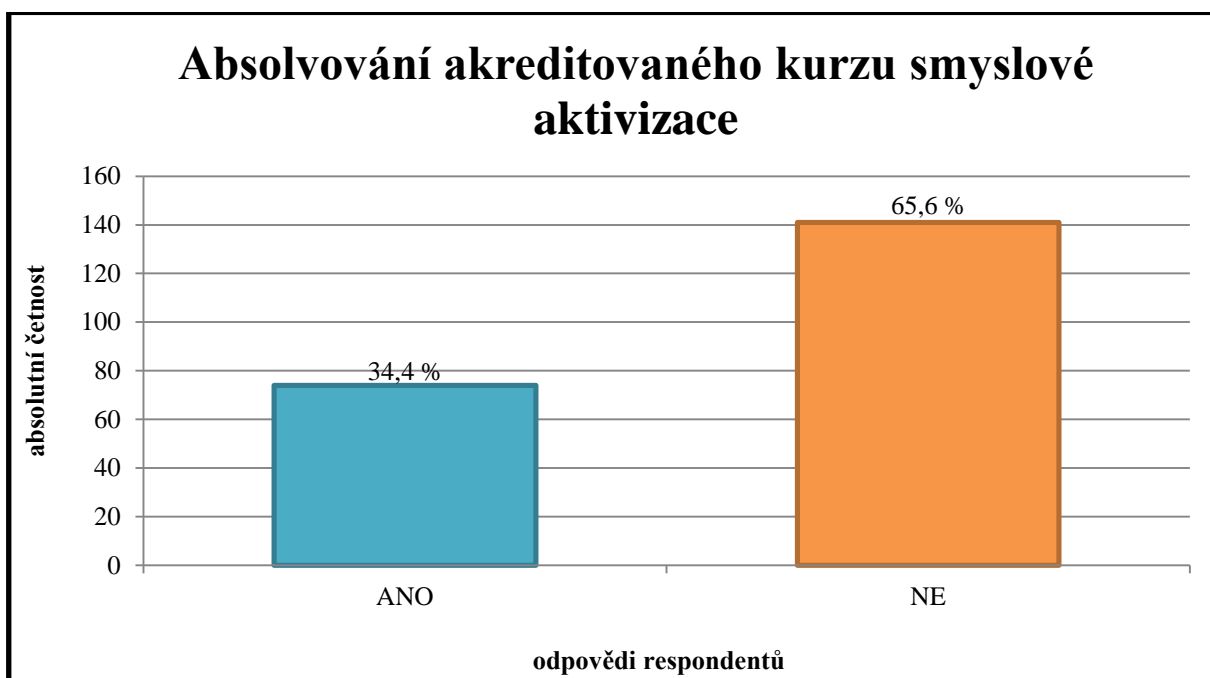


Graf 5 Znalost konceptu smyslové aktivizace

Na otázku číslo 5, která se dotazuje na znalost konceptu smyslové aktivizace, zvolilo z celkového počtu 215 respondentů (100 %) odpověď **ano** 176 zařízení (81,9 %) a odpověď **ne** 39 zařízení (18,1 %). Z uvedených odpovědí je zřejmé, že 176 respondentů z oslovených pobytových zařízení sociálních služeb zná koncept smyslové aktivizace. Ostatních 39 respondentů uvedlo, že koncept smyslové aktivizace nezná.

Otázka 6

Absolvoval/a jste Vy nebo někdo z vašeho zařízení akreditovaný kurz smyslové aktivizace?



Graf 6 Absolvování akreditovaného kurzu smyslové aktivizace

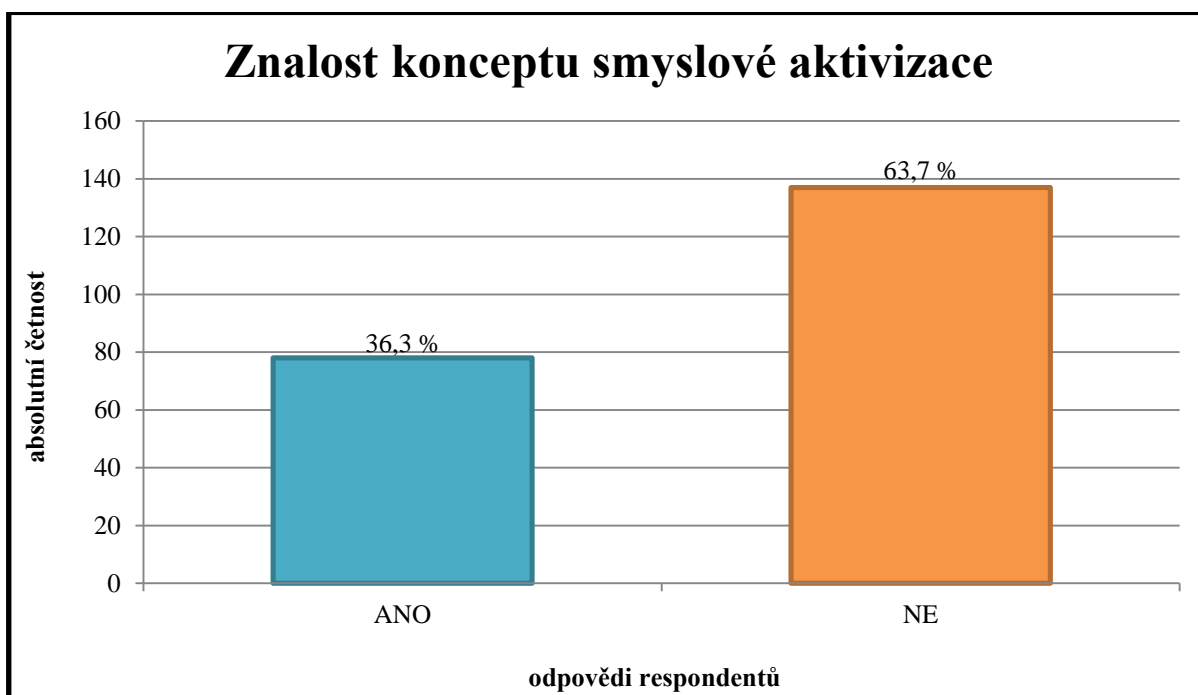
Otázka číslo 6 se snaží zjistit, zda někdo z oslovených pobytových zařízení sociálních služeb absolvoval akreditovaný kurz smyslové aktivizace. Z celkového počtu 215 respondentů (100 %) vybralo odpověď **ano** 74 zařízení (34,4 %) a odpověď **ne** 141 zařízení (65,6 %).

Z uvedených odpovědí je zřejmé, že v 74 zařízeních absolvoval některý zaměstnanec akreditovaný kurz smyslové aktivizace. Ve 141 zařízeních neabsolvoval žádný zaměstnanec akreditovaný kurz smyslové aktivizace.

Ve vztahu k otázce číslo 5, jejímž prostřednictvím zjišťuji znalost konceptu smyslové aktivizace, uvádí větší počet respondentů (176), že smyslovou aktivizaci zná, ale pouze v 74 zařízeních byli pracovníci proškoleni v akreditovaném kurzu. Z toho vyplývá, že ti, co neabsolvovali žádný kurz, znají sice koncept, ale nemají hlubší vědomosti, které lze získat právě absolvováním akreditovaného kurzu smyslové aktivizace.

Otázka 7

Znáte koncept kinestetické mobilizace?

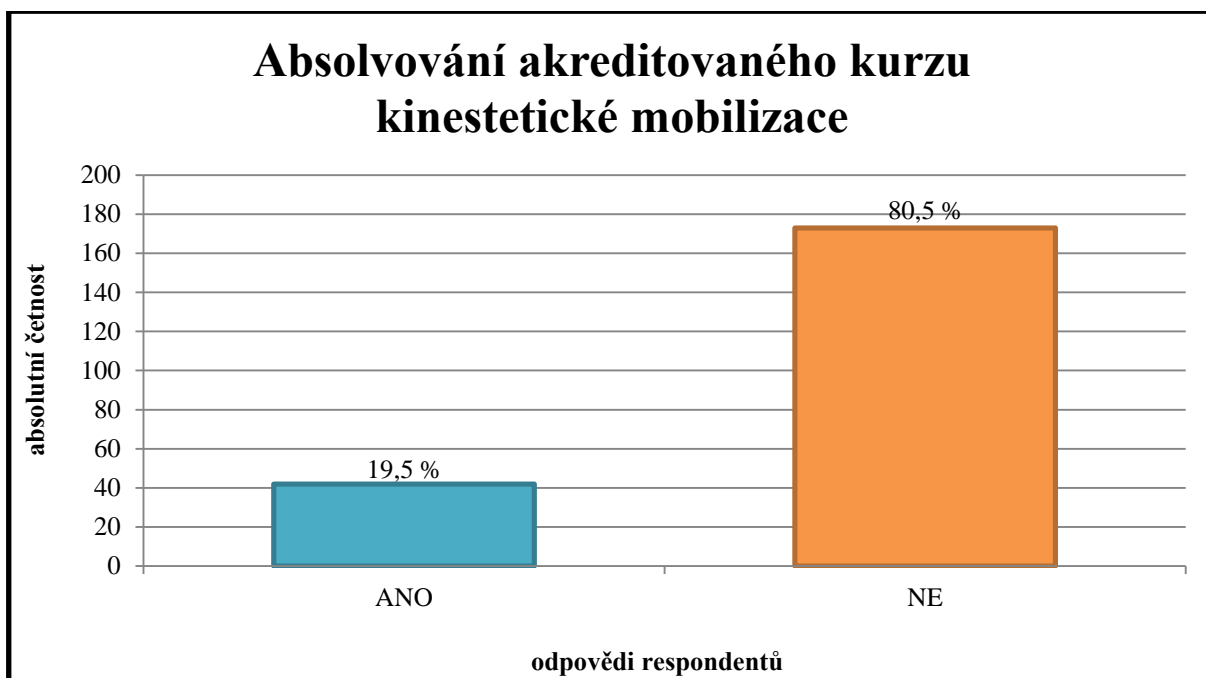


Graf 7 Znalost konceptu kinestetické mobilizace

Na otázku číslo 7, která se dotazuje na znalost konceptu kinestetické mobilizace, zvolilo z celkového počtu 215 respondentů (100 %) odpověď **ano** 78 zařízení (36,3 %) a odpověď **ne** 137 zařízení (63,7 %). Z uvedených odpovědí je zřejmé, že 78 respondentů z oslovených pobytových zařízení sociálních služeb zná koncept kinestetické mobilizace. Větší část (137 respondentů) tento koncept nezná.

Otázka 8

Absolvoval/a jste Vy nebo někdo z vašeho zařízení akreditovaný kurz kinestetické mobilizace?



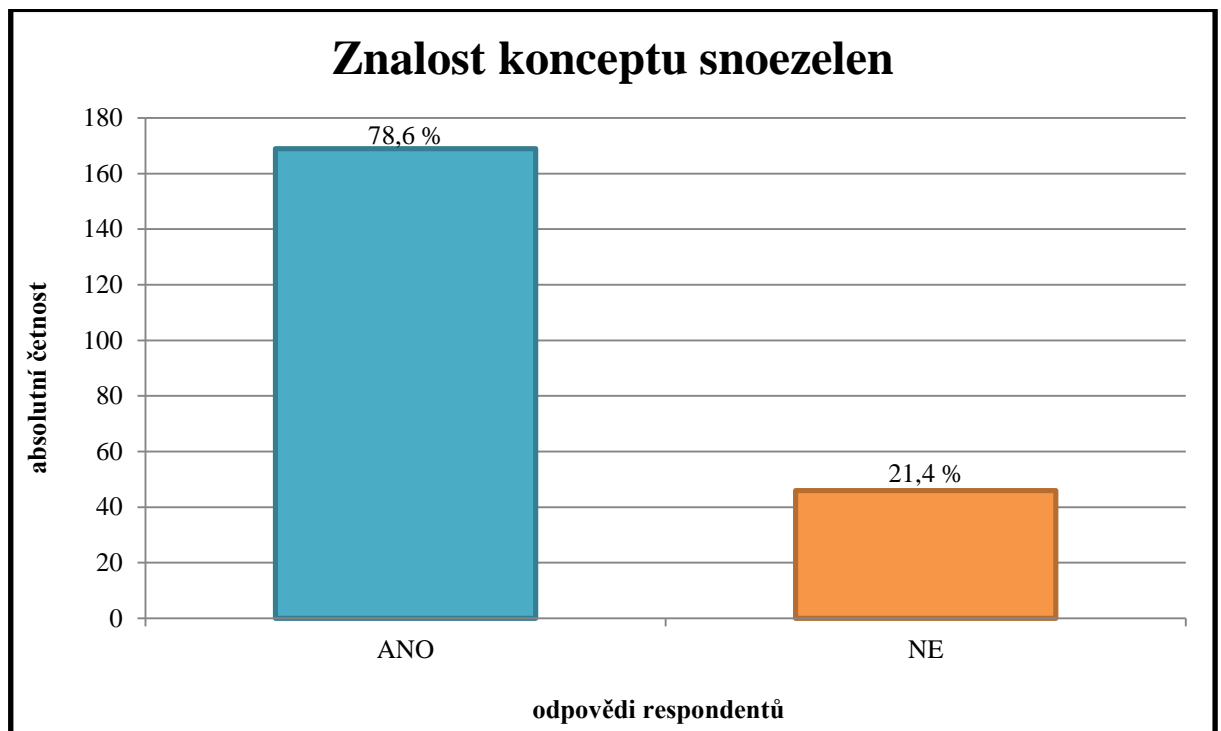
Graf 8 Absolvování akreditovaného kurzu kinestetické mobilizace

Otázka číslo 8 se snaží zjistit, zda někdo z oslovených pobytových zařízení sociálních služeb absolvoval akreditovaný kurz kinestetické mobilizace. Z celkového počtu 215 respondentů (100 %) vybralo odpověď **ano** 42 zařízení (19,5 %) a odpověď **ne** 173 zařízení (80,5 %). Z uvedených odpovědí je zřejmé, že jen ve 42 zařízeních absolvoval některý zaměstnanec akreditovaný kurz kinestetické mobilizace. Ve 173 zařízeních neabsolvoval žádný zaměstnanec akreditovaný kurz kinestetické mobilizace.

Ve vztahu k otázce číslo 7, jejímž prostřednictvím zjišťují znalost konceptu kinestetické mobilizace, uvádí větší počet respondentů (78), že kinestetickou mobilizaci zná, ale jen ve 42 zařízeních byli pracovníci proškoleni v akreditovaném kurzu. Z toho vyplývá, že ti, co neabsolvovali žádný kurz, znají sice koncept, ale nemají hlubší vědomosti, které lze získat právě absolvováním akreditovaného kurzu kinestetické mobilizace.

Otázka 9

Znáte koncept snoezelen?

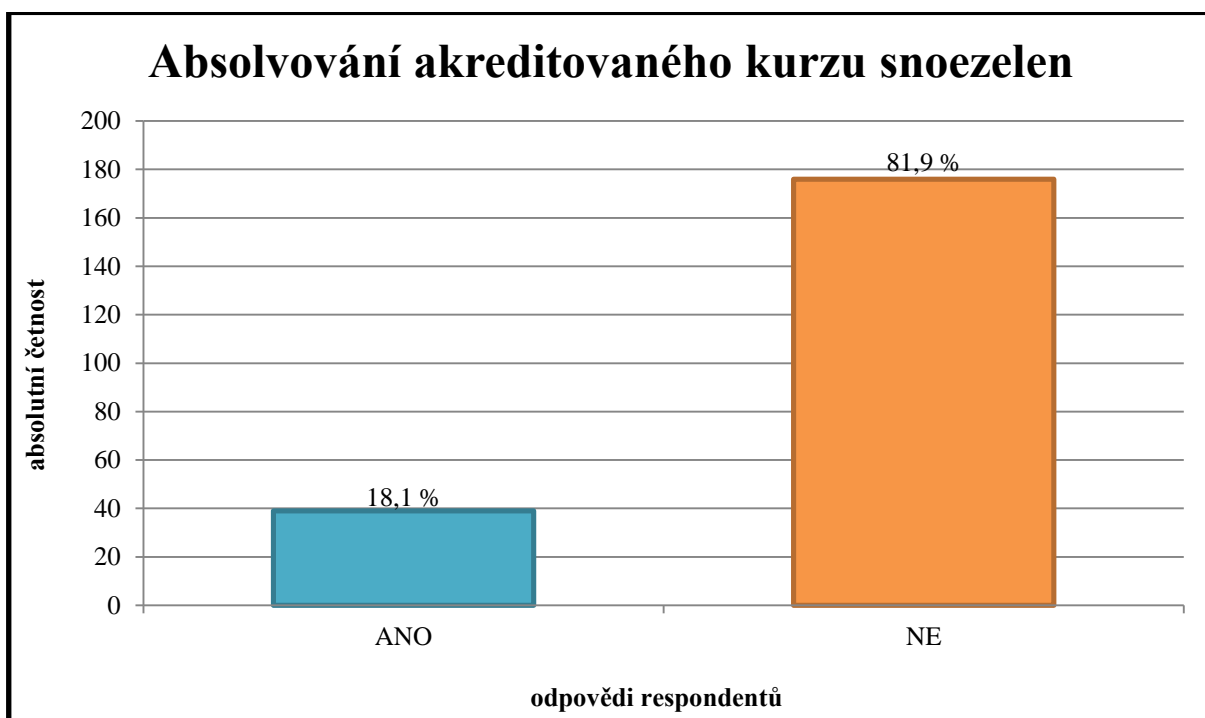


Graf 9 Znalost konceptu snoezelen

Na otázku číslo 9, která se dotazuje na znalost konceptu snoezelen, zvolilo z celkového počtu 215 respondentů (100 %) odpověď **ano** 169 zařízení (78,6 %) a odpověď **ne** 46 zařízení (21,4 %). Z uvedených odpovědí je zřejmé, že 169 respondentů z oslovených pobytových zařízení sociálních služeb zná koncept snoezelen. Ostatních 46 respondentů uvedlo, že koncept snoezelen nezná.

Otázka 10

Absolvoval/a jste Vy nebo někdo z vašeho zařízení akreditovaný kurz snoezelen?



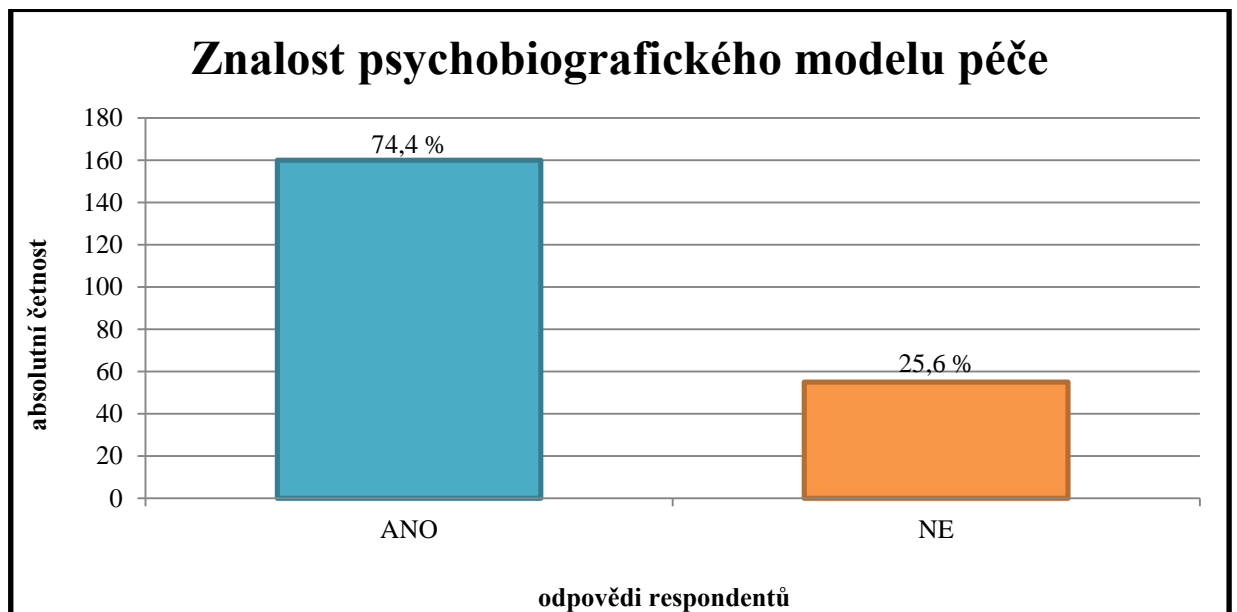
Graf 10 Absolvování akreditovaného kurzu snoezelen

Otázka číslo 10 se snaží zjistit, zda někdo z oslovených pobytových zařízení sociálních služeb absolvoval akreditovaný kurz snoezelen. Z celkového počtu 215 respondentů (100 %) vybralo odpověď **ano** 39 zařízení (18,1 %) a odpověď **ne** 176 zařízení (81,9 %). Z uvedených odpovědí je zřejmé, že pouze v 39 zařízeních absolvoval některý zaměstnanec akreditovaný kurz snoezelen. Ve 176 zařízeních neabsolvoval žádný zaměstnanec akreditovaný kurz snoezelen.

Ve vztahu k otázce číslo 9, jejímž prostřednictvím zjišťují znalost konceptu snoezelen, uvádí větší počet respondentů (169), že snoezelen zná, ale pouze v 39 zařízeních byli pracovníci proškoleni v akreditovaném kurzu. Z toho vyplývá, že ti, co neabsolvovali žádný kurz, znají sice koncept, ale nemají hlubší vědomosti, které lze získat právě absolvováním akreditovaného kurzu snoezelen.

Otázka 11

Znáte psychobiografický model péče?

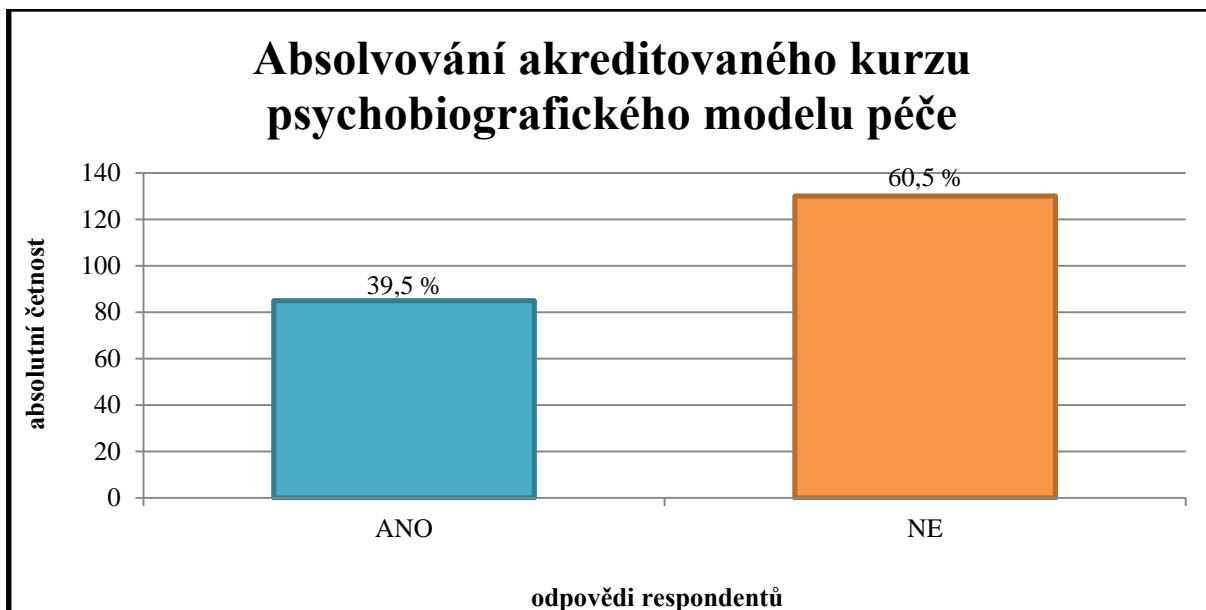


Graf 11 Znalost psychobiografického modelu péče

Na otázku číslo 11, která se dotazuje na znalost psychobiografického modelu péče, zvolilo z celkového počtu 215 respondentů (100 %) odpověď **ano** 160 zařízení (74,4 %) a odpověď **ne** 55 zařízení (25,6 %). Z uvedených odpovědí je zřejmé, že 160 respondentů z oslovených pobytových zařízení sociálních služeb zná psychobiografický model péče. Ostatních 55 respondentů uvedlo, že psychobiografický model péče nezná.

Otázka 12

Absolvoval/a jste Vy nebo někdo z vašeho zařízení akreditovaný kurz psychobiografického modelu péče?



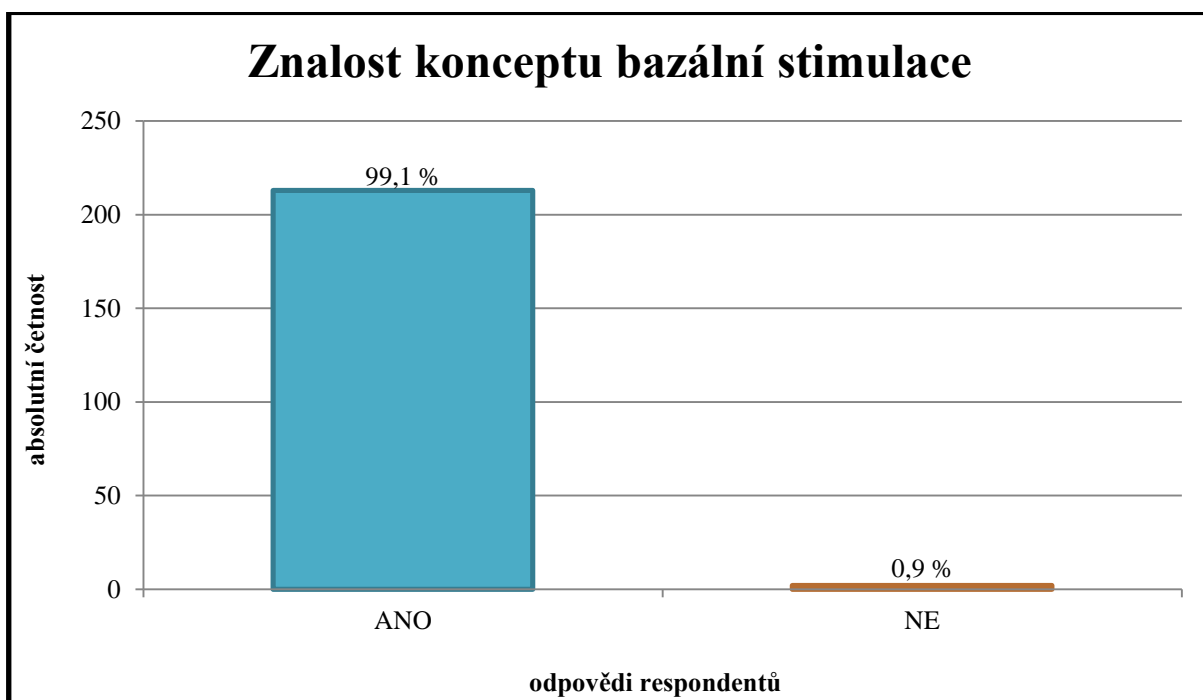
Graf 12 Absolvování akreditovaného kurzu psychobiografického modelu péče

Otázka číslo 12 se snaží zjistit, zda někdo z oslovených pobytových zařízení sociálních služeb absolvoval akreditovaný kurz psychobiografického modelu péče. Z celkového počtu 215 respondentů (100 %) vybralo odpověď **ano** 85 zařízení (39,5 %) a odpověď **ne** 130 zařízení (60,5 %). Z uvedených odpovědí je zřejmé, že pouze v 39 zařízeních absolvoval některý zaměstnanec akreditovaný kurz snoezelen. Ve 176 zařízeních neabsolvoval žádný zaměstnanec akreditovaný kurz snoezelen.

Ve vztahu k otázce číslo 11, jejímž prostřednictvím zjišťuji znalost psychobiografického modelu péče, uvádí větší počet respondentů (160), že psychobiografický model zná, ale jen v 85 zařízeních byli pracovníci proškoleni v akreditovaném kurzu. Z toho vyplývá, že ti, co neabsolvovali žádný kurz, znají sice model, ale nemají hlubší vědomosti, které lze získat právě absolvováním akreditovaného kurzu psychobiografického modelu péče.

Otázka 13

Znáte koncept bazální stimulace?

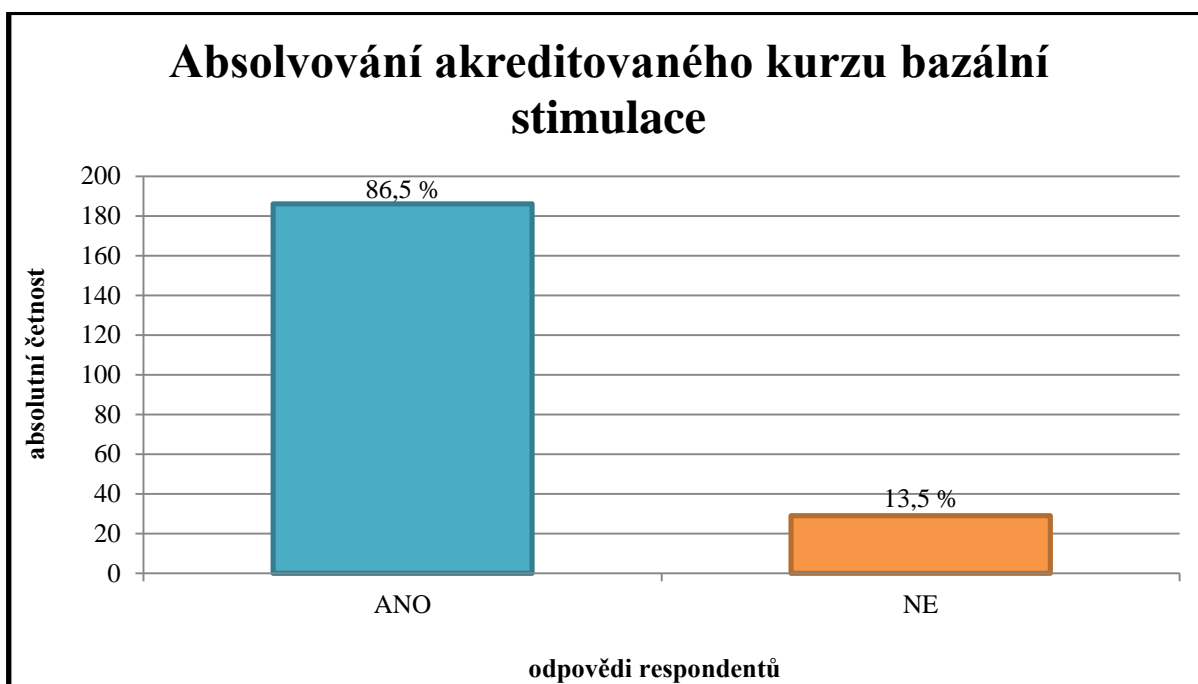


Graf 13 Znalost konceptu bazální stimulace

Na otázku číslo 13, která se dotazuje na znalost konceptu bazální stimulace, zvolilo z celkového počtu 215 respondentů (100 %) odpověď **ano** 213 zařízení (99,1 %) a odpověď **ne** 2 zařízení (0,9 %). Z uvedených odpovědí je zřejmé, že 213 respondentů z oslovených pobytových zařízení sociálních služeb zná koncept bazální stimulace. Pouze 2 respondenti uvedli, že koncept bazální stimulace neznají.

Otázka 14

Absolvoval/a jste Vy nebo někdo z vašeho zařízení akreditovaný kurz bazální stimulace?



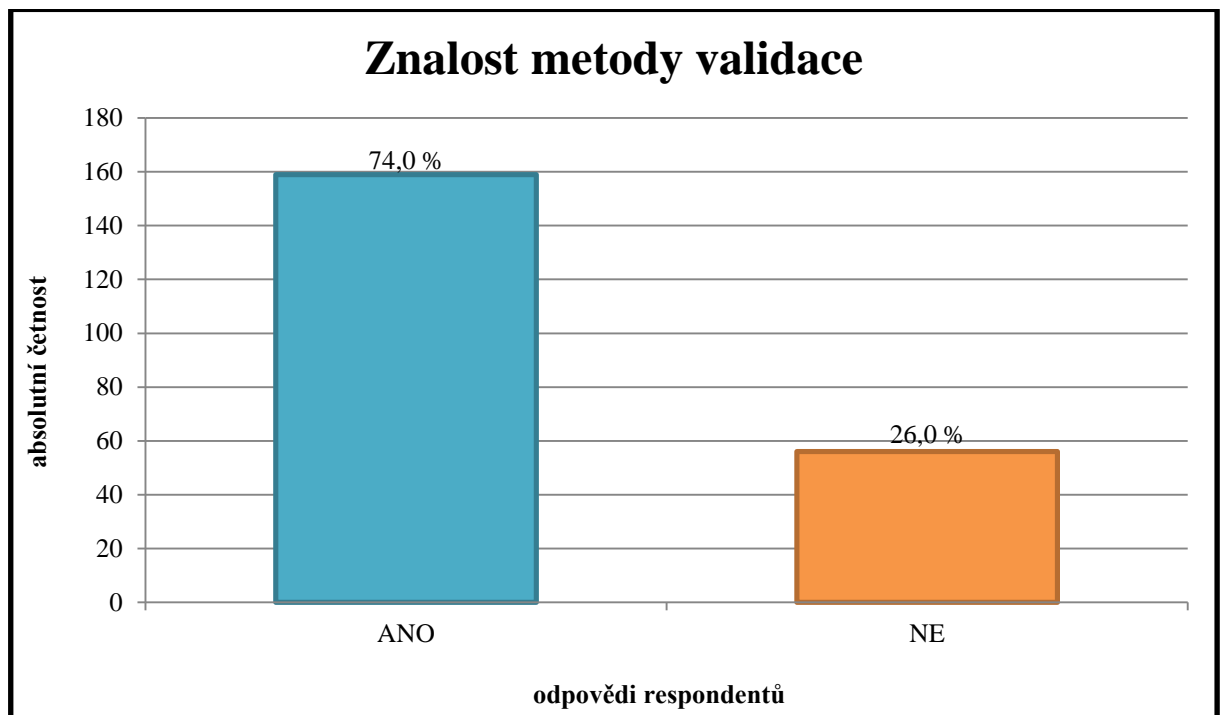
Graf 14 Absolvování akreditovaného kurzu bazální stimulace

Otázka číslo 14 se snaží zjistit, zda někdo z oslovených pobytových zařízení sociálních služeb absolvoval akreditovaný kurz bazální stimulace. Z celkového počtu 215 respondentů (100 %) vybralo odpověď **ano** 186 zařízení (86,5 %) a odpověď **ne** 29 zařízení (13,5 %). Z uvedených odpovědí je zřejmé, že ve 186 zařízeních absolvoval některý zaměstnanec akreditovaný kurz bazální stimulace. Jen ve 29 zařízeních neabsolvoval žádný zaměstnanec akreditovaný kurz bazální stimulace.

Ve vztahu k otázce číslo 13, jejímž prostřednictvím zjišťují znalost konceptu bazální stimulace, uvádí větší počet respondentů (213), že bazální stimulaci zná, ale pouze v 186 zařízeních byli pracovníci proškoleni v akreditovaném kurzu. Z toho vyplývá, že ti, co neabsolvovali žádný kurz, znají sice koncept, ale nemají hlubší vědomosti, které lze získat právě absolvováním akreditovaného kurzu bazální stimulace.

Otázka 15

Znáte metodu validace?

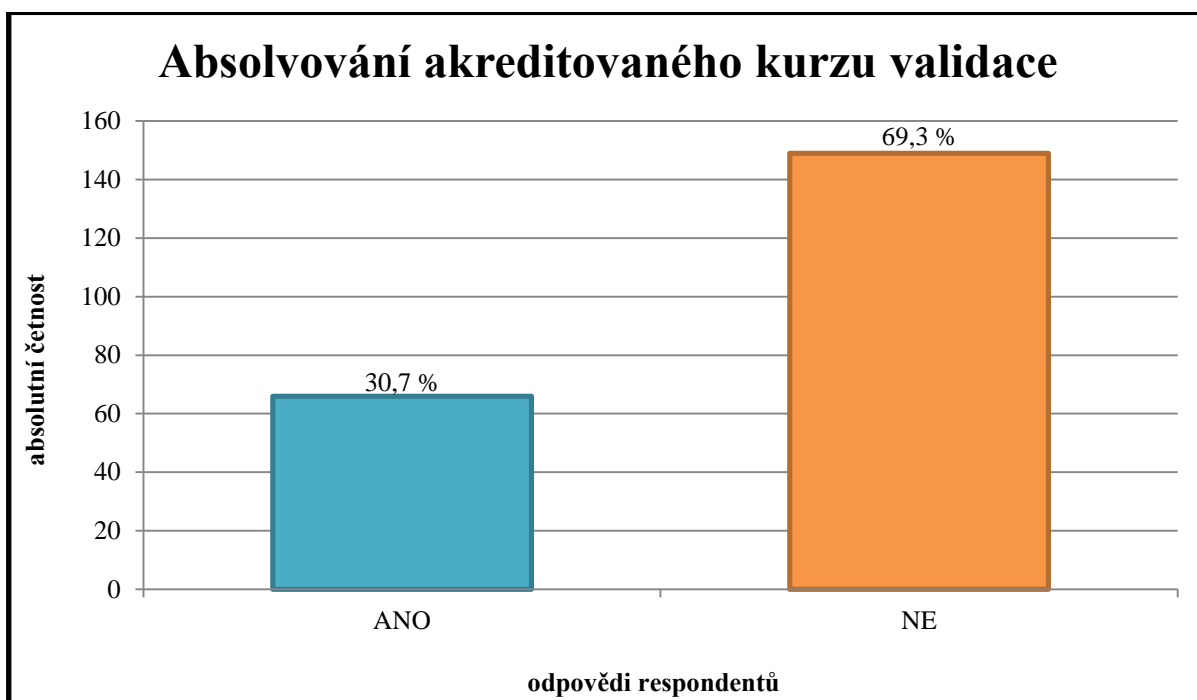


Graf 15 Znalost metody validace

Na otázku číslo 15, která se dotazuje na znalost metody validace, zvolilo z celkového počtu 215 respondentů (100 %) odpověď **ano** 159 zařízení (74,0 %) a odpověď **ne** 56 zařízení (26,0 %). Z uvedených odpovědí je zřejmé, že 159 respondentů z oslovených pobytových zařízení sociálních služeb zná metodu validace. Ostatních 56 respondentů uvedlo, že metodu validace nezná.

Otázka 16

Absolvoval/a jste Vy nebo někdo z vašeho zařízení akreditovaný kurz validace?



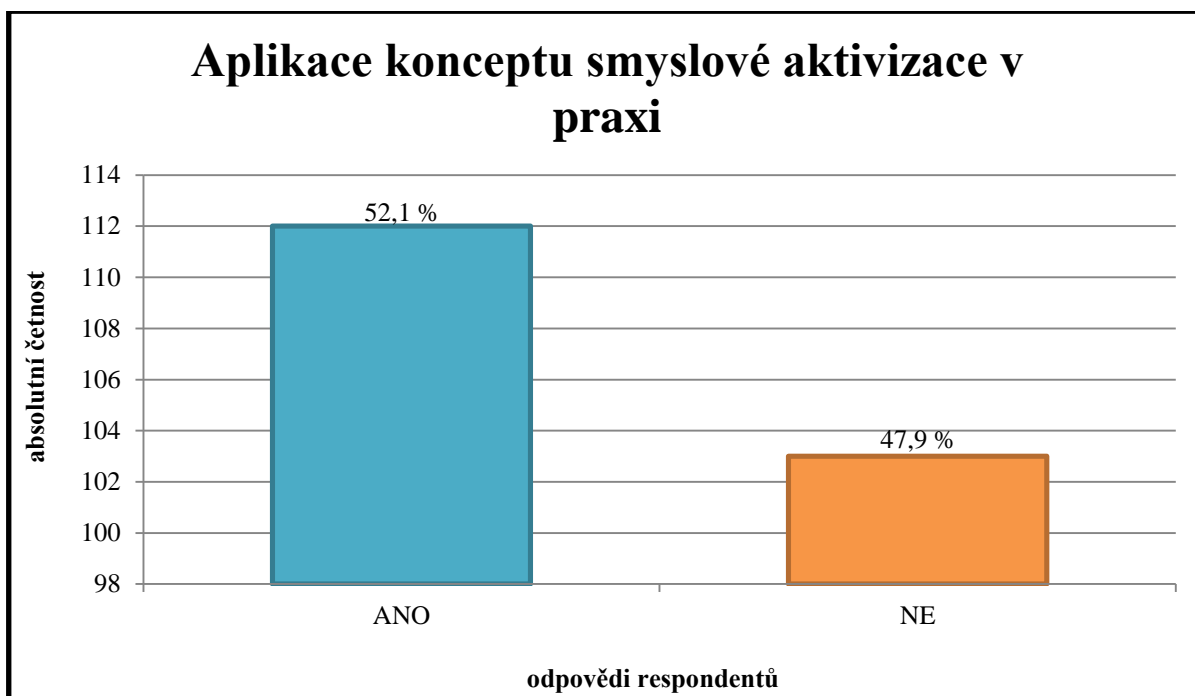
Graf 16 Absolvování akreditovaného kurzu validace

Otázka číslo 16 se snaží zjistit, zda někdo z oslovených pobytových zařízení sociálních služeb absolvoval akreditovaný kurz validace. Z celkového počtu 215 respondentů (100 %) vybralo odpověď **ano** 66 zařízení (30,7 %) a odpověď **ne** 149 zařízení (69,3 %). Z uvedených odpovědí je zřejmé, že v 66 zařízeních absolvoval některý zaměstnanec akreditovaný kurz validace. Ve 149 zařízeních neabsolvoval žádný zaměstnanec akreditovaný kurz validace.

Ve vztahu k otázce číslo 15, jejímž prostřednictvím zjišťují znalost metody validace, uvádí větší počet respondentů (159), že validaci zná, ale jen v 66 zařízeních byli pracovníci proškoleni v akreditovaném kurzu. Z toho vyplývá, že ti, co neabsolvovali žádný kurz, znají sice metodu, ale nemají hlubší vědomosti, které lze získat právě absolvováním akreditovaného kurzu validace.

Otázka 17

Pracujete ve vašem zařízení u vybrané skupiny klientů podle konceptu smyslové aktivizace?

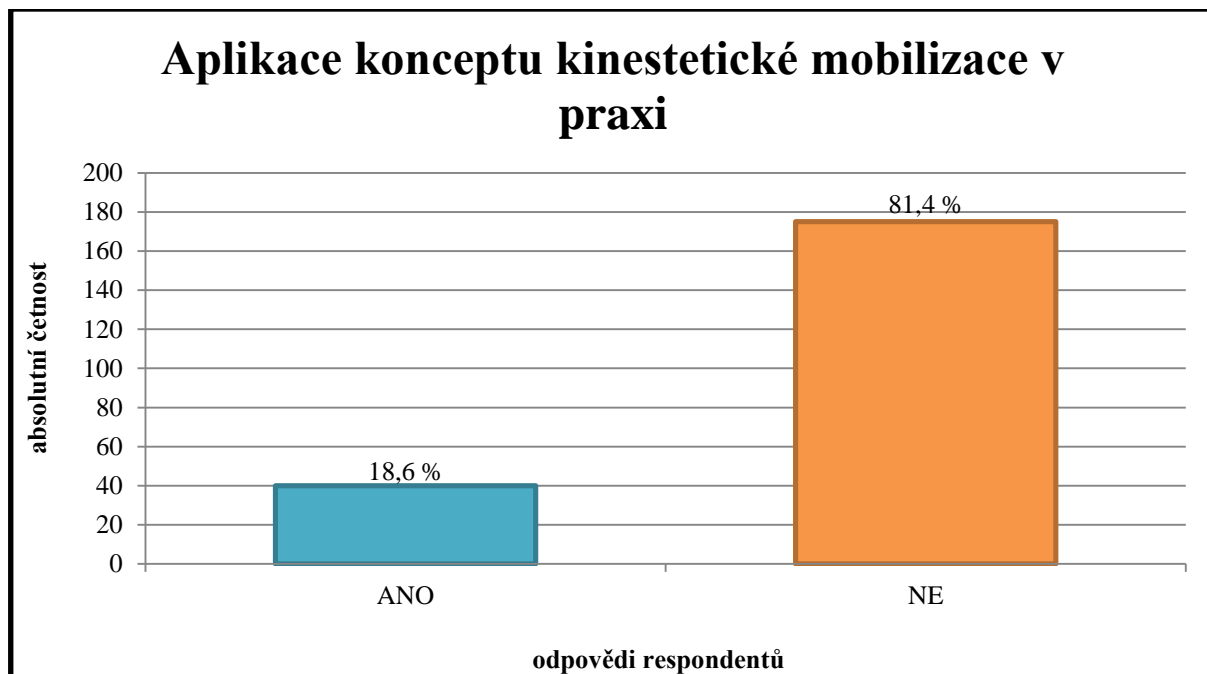


Graf 17 Aplikace konceptu smyslové aktivizace v praxi

Z celkového počtu 215 respondentů (100 %) zvolilo jako odpověď na otázku č. 17, zda v jejich zařízení pracují u vybrané skupiny klientů podle konceptu smyslové aktivizace, **ano** 112 zařízení (52,1 %) a odpověď **ne** 103 zařízení (47,9 %). Díky těmto údajům můžeme říci, že ve 112 oslovených pobytových zařízeních sociálních služeb pracují u vybrané skupiny klientů podle konceptu smyslové aktivizace. Ve 103 zařízeních podle tohoto konceptu nepracují vůbec.

Otázka 18

Pracujete ve vašem zařízení u vybrané skupiny klientů podle konceptu kinestetické mobilizace?

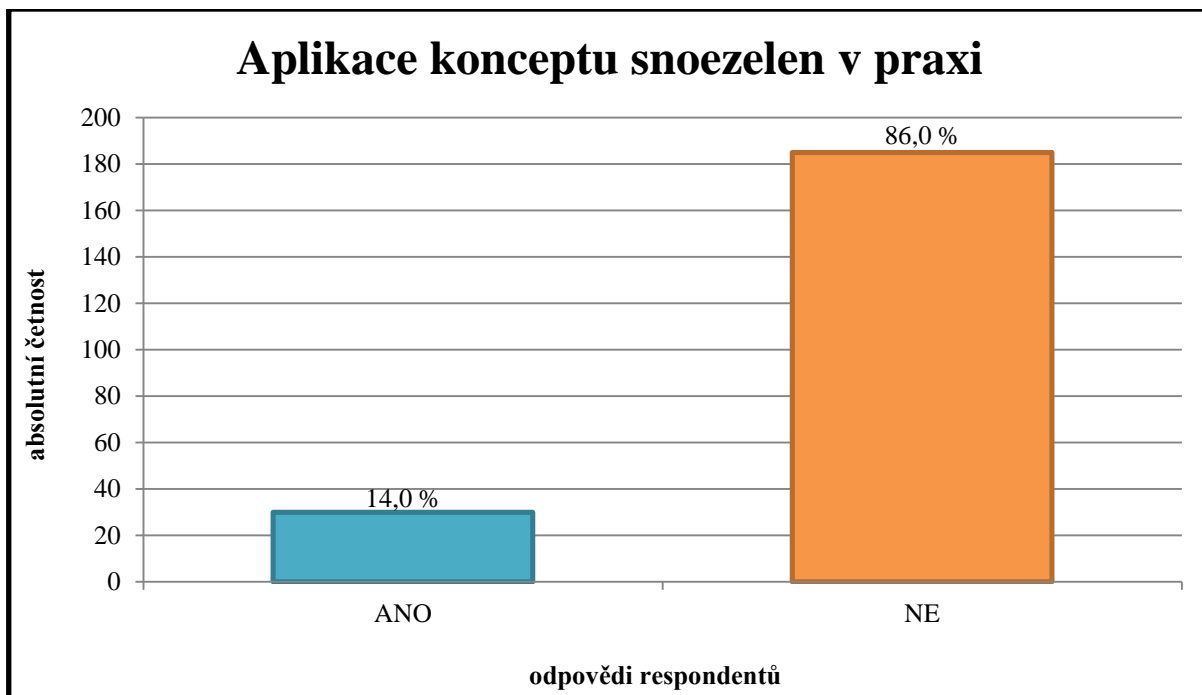


Graf 18 Aplikace konceptu kinestetické mobilizace v praxi

Z grafu č. 18 je zřejmé, že pouze ve 40 zařízeních (18,6 %) pracují u vybrané skupiny klientů podle konceptu kinestetické mobilizace, 175 dotazovaných zařízení (81,4 %) podle tohoto konceptu nepracuje vůbec.

Otázka 19

Pracujete ve vašem zařízení u vybrané skupiny klientů podle konceptu snoezelen?

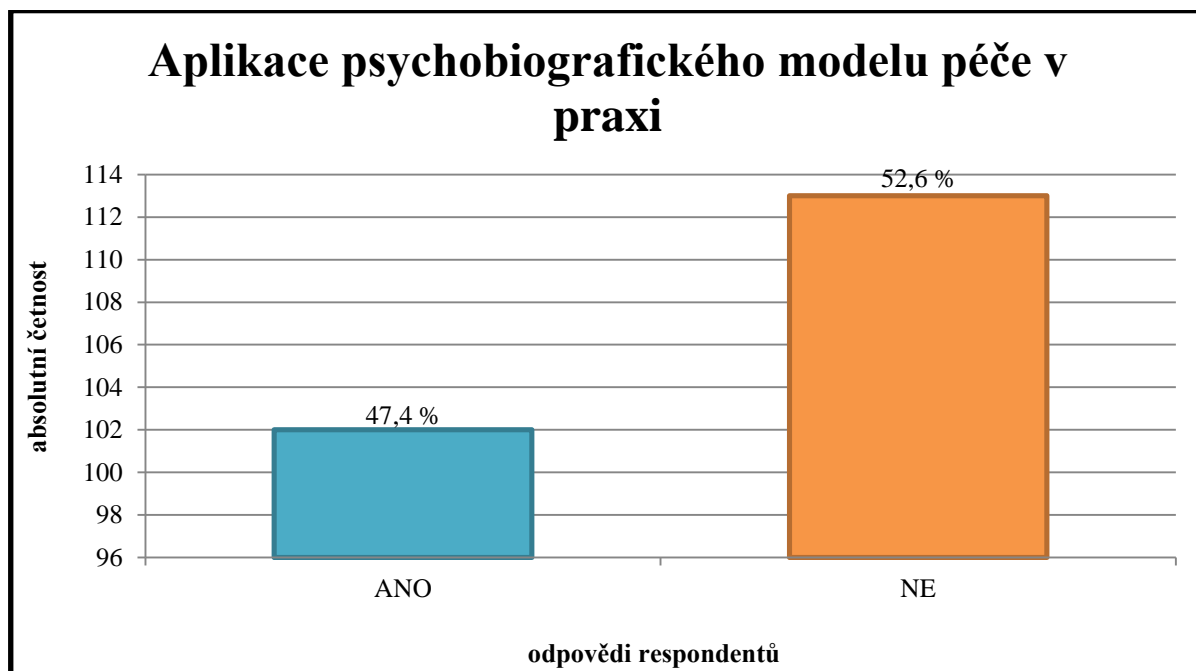


Graf 19 Aplikace konceptu snoezelen v praxi

Z celkového počtu 215 respondentů (100 %) zvolilo jako odpověď na otázku č. 19, zda v jejich zařízení pracují u vybrané skupiny klientů podle konceptu snoezelen, **ano** jen 30 zařízení (14,0 %) a odpověď **ne** 185 zařízení (86,0 %). Díky těmto údajům můžeme říci, že pouze ve 30 oslovených pobytových zařízeních sociálních služeb pracují u vybrané skupiny klientů podle konceptu snoezelen. Ve 185 zařízeních podle tohoto konceptu nepracují vůbec.

Otázka 20

Pracujete ve vašem zařízení u vybrané skupiny klientů podle psychobiografického modelu péče?

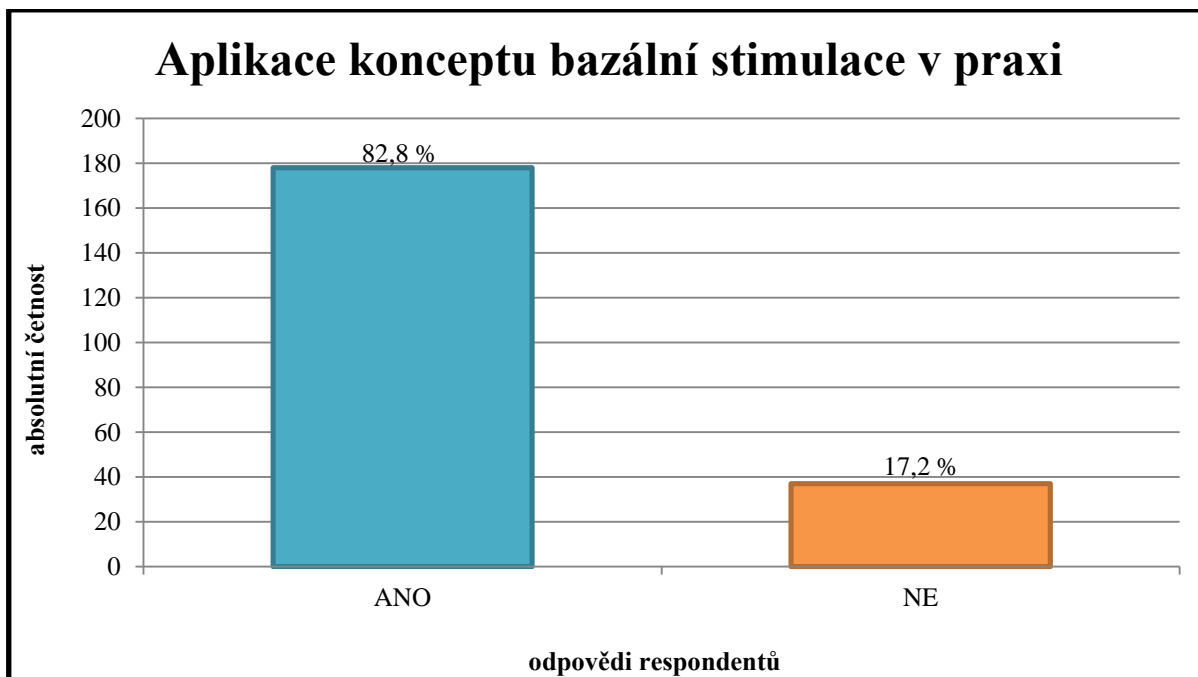


Graf 20 Aplikace psychobiografického modelu péče v praxi

Z grafu č. 20 je zřejmé, že ve 102 zařízeních (47,4 %) pracují u vybrané skupiny klientů podle psychobiografického modelu péče, zatímco ve 113 dotazovaných zařízeních (52,6 %) podle tohoto modelu nepracuje vůbec.

Otázka 21

Pracujete ve vašem zařízení u vybrané skupiny klientů podle konceptu bazální stimulace?

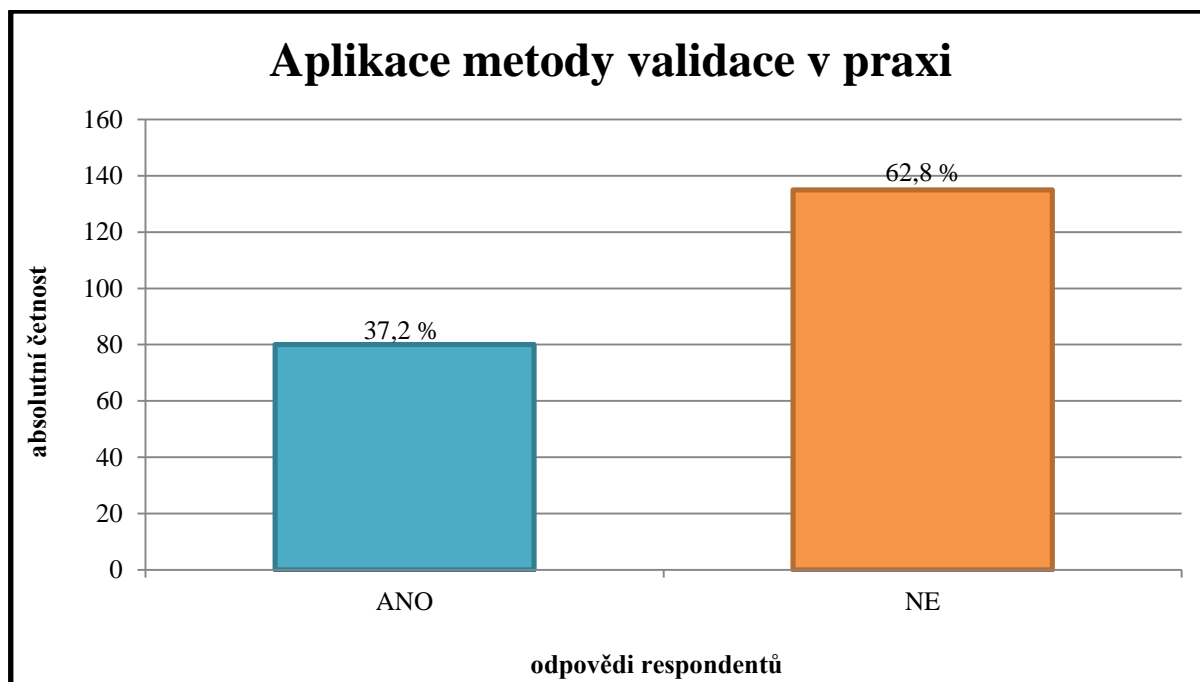


Graf 21 Aplikace konceptu bazální stimulace v praxi

Z celkového počtu 215 respondentů (100 %) zvolilo jako odpověď na otázku č. 21, zda v jejich zařízení pracují u vybrané skupiny klientů podle konceptu bazální stimulace, **ano** 178 zařízení (82,8 %) a odpověď **ne** jen 37 zařízení (17,2 %). Díky těmto údajům můžeme říci, že ve 178 oslovených pobytových zařízeních sociálních služeb pracují u vybrané skupiny klientů podle konceptu bazální stimulace. Pouze ve 37 zařízeních podle tohoto konceptu nepracují vůbec.

Otázka 22

Pracujete ve vašem zařízení u vybrané skupiny klientů podle metody validace?

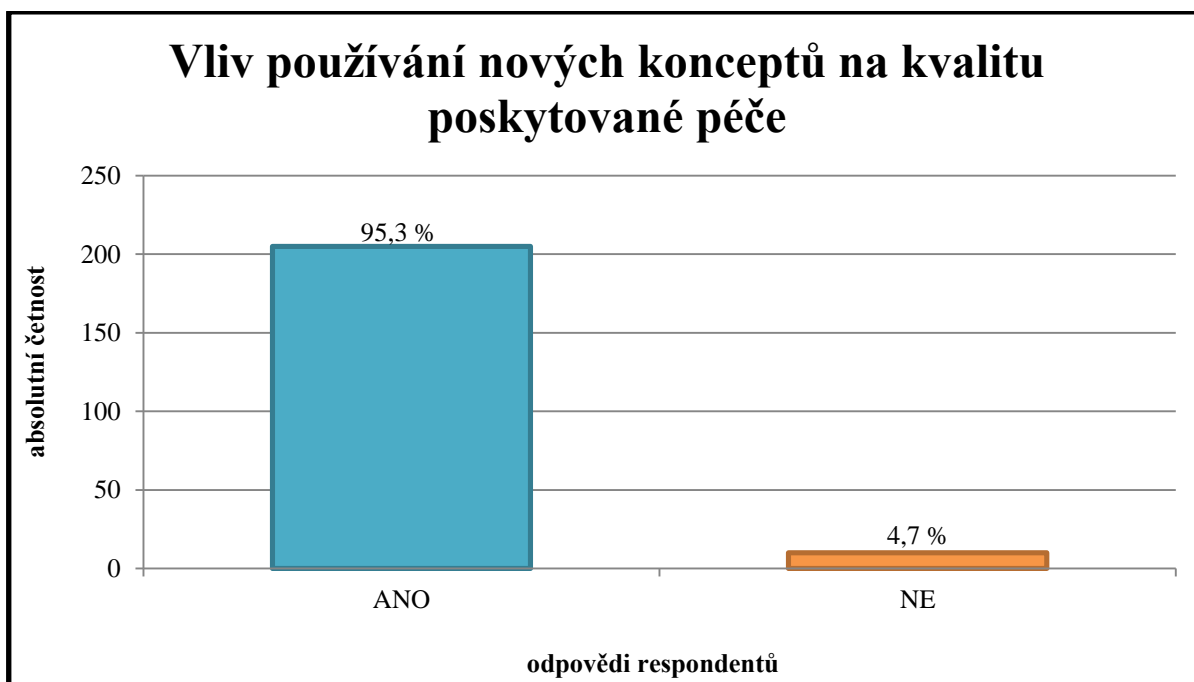


Graf 22 Aplikace metody validace v praxi

Z celkového počtu 215 respondentů (100 %) zvolilo jako odpověď na otázku č. 22, zda v jejich zařízení pracují u vybrané skupiny klientů podle metody validace, **ano** 80 zařízení (37,2 %) a odpověď **ne** 135 zařízení (62,8 %). Díky těmto údajům můžeme říci, že v 80 oslovených pobytových zařízeních sociálních služeb pracují u vybrané skupiny klientů podle metody validace. Ve 135 zařízeních podle tohoto konceptu nepracují vůbec.

Otázka 23

Domníváte se, že aplikace nových konceptů a modelů péče o seniory zvyšuje kvalitu poskytovaných služeb?



Graf 23 Vliv používání nových konceptů na kvalitu poskytované péče

Poslední otázka č. 23 se snaží zjistit, zda se respondenti domnívají, že využívání nových konceptů a modelů péče o seniory v praxi zvyšuje kvalitu poskytovaných služeb. Z celkového počtu 215 respondentů (100 %) zvolilo odpověď **ano** 205 respondentů (95,3 %) a odpověď **ne** pouze 10 respondentů (4,7 %). Z toho lze usuzovat, že naprostá většina, tj. 205 respondentů, si myslí, že aplikace nových konceptů a modelů péče v pobytových zařízeních sociálních služeb zvyšuje kvalitu poskytované péče. Pouze 10 respondentů je toho názoru, že aplikace konceptů kvalitu nezvyšuje.

5.5 Závěry výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaká je znalost jednotlivých konceptů a modelů péče v dotazovaných zařízeních sociálních služeb a ověřit, zda jsou v těchto zařízeních nové koncepty a modely péče o seniory aplikovány. K cíli hlavnímu byly stanoveny dva cíle dílčí. Prvním cílem bylo zmapovat znalost jednotlivých konceptů a modelů péče a cílem druhým bylo zmapovat aplikaci jednotlivých konceptů a modelů péče v praxi. Ke každému dílčímu cíli jsem si stanovila vždy šest hypotéz tak, aby se každá vztahovala k jednomu vybranému konceptu či modelu péče. Součástí výzkumu bylo tedy celkem dvanáct hypotéz. Následující souhrn ukazuje, zda se jednotlivé cíle a jejich hypotézy potvrdily či nikoli a které otázky z dotazníku se k jednotlivým cílům a hypotézám vztahují.

Cíl 1: Zmapovat znalost jednotlivých konceptů a modelů péče.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 5-16, přičemž otázky 5, 7, 9, 11, 13, 15 se ptají na znalost jednotlivých konceptů a modelů péče o seniory a otázky 6, 8, 10, 12, 14, 16 mají za úkol zjistit, zda někdo ze zaměstnanců osloveného pobytového zařízení sociálních služeb absolvoval akreditovaný kurz některého konceptu či modelu péče.

Hypotéza 1: Předpokládám, že více než 80 % dotazovaných zařízení zná koncept smyslové aktivizace.

K této hypotéze se vztahuje otázka z dotazníku č. 5. Hypotéza 1 se **potvrdila**, protože 81,9 % respondentů tvrdí, že koncept smyslové aktivizace zná, ale zajímavé je, že akreditovaný kurz absolvovalo pouze 34,4 % (otázka č. 6).

Hypotéza 2: Předpokládám, že méně než 20 % dotazovaných zařízení zná koncept kinestetické mobilizace.

K této hypotéze se vztahuje otázka z dotazníku č. 7. Hypotéza 2 se **nepotvrdila**, protože 36,3 % respondentů tvrdí, že koncept kinestetické mobilizace zná, ale zajímavé je, že akreditovaný kurz absolvovalo jen 19,5 % (otázka č. 8).

Hypotéza 3: Předpokládám, že méně než 20 % dotazovaných zařízení zná koncept snoezelen.

K této hypotéze se vztahuje otázka z dotazníku č. 9. Hypotéza 3 se **nepotvrdila**, protože dokonce 78,6 % respondentů tvrdí, že koncept snoezelen zná, ale zajímavé je, že akreditovaný kurz absolvovalo pouze 18,1 % (otázka č. 10).

Hypotéza 4: Předpokládám, že více než 80 % dotazovaných zařízení zná psychobiografický model péče.

K této hypotéze se vztahuje otázka z dotazníku č. 11. Hypotéza 4 se **nepotvrdila**, protože jen 74,4 % respondentů tvrdí, že psychobiografický model péče zná, ale zajímavé je, že akreditovaný kurz absolvovalo jen 39,5 % (otázka č. 12).

Hypotéza 5: Předpokládám, že více než 80 % dotazovaných zařízení zná koncept bazální stimulace.

K této hypotéze se vztahuje otázka z dotazníku č. 13. Hypotéza 5 se **potvrdila**, protože 99,1 % respondentů uvedlo, že koncept bazální stimulace zná a akreditovaný kurz absolvovalo dokonce 86,5 % (otázka č. 14).

Hypotéza 6: Předpokládám, že méně než 20 % dotazovaných zařízení zná metodu validace.

K této hypotéze se vztahuje otázka z dotazníku č. 15. Hypotéza 6 se **nepotvrdila**, protože 74,0 % respondentů odpovědělo, že metodu validace zná, ale zajímavé je, že akreditovaný kurz absolvovalo jen 30,7 % (otázka č. 16).

Oslovených 215 (100 %) pobytových zařízení sociálních služeb zná nejvíce koncept bazální stimulace (92,8 %), potom koncept smyslové aktivizace (58,15 %), 56,95 % zařízení zná psychobiografický model péče, dále metodu validace (52,35 %), o něco méně znají koncept snoezelen (48,35 %) a nejmenší znalosti mají dotazovaná zařízení o konceptu kinestetické mobilizace (27,9 %).

Cíl 2: Zmapovat aplikaci jednotlivých konceptů a modelů péče v praxi.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 17-22, které mají za úkol zjistit, zda v oslovených pobytových zařízeních sociálních služeb pracují u vybrané skupiny klientů podle uvedeného konceptu či modelu péče o seniory.

Hypotéza 7: Předpokládám, že ve více než v 80 % dotazovaných zařízeních je v praxi aplikována smyslová aktivizace.

K hypotéze se vztahuje otázka z dotazníku č. 17, která se dotazuje na to, zda v osloveném pobytovém zařízení sociálních služeb pracují u vybrané skupiny klientů podle konceptu smyslové aktivizace. Odpověď ano vybralo 112 respondentů. Z toho můžeme usoudit, že v pouze **52,1 %** oslovených zařízení je v praxi aplikována smyslová aktivizace, což je méně než 80 %. Hypotéza 7 se **nepotvrdila**.

Hypotéza 8 – Předpokládám, že v méně než ve 20 % dotazovaných zařízeních je v praxi aplikována kinestetická mobilizace.

K hypotéze se vztahuje otázka z dotazníku č. 18, která se dotazuje na to, zda v osloveném pobytovém zařízení sociálních služeb pracují u vybrané skupiny klientů podle konceptu kinestetické mobilizace. Odpověď ano vybralo 40 respondentů. Z toho můžeme usoudit, že v **18,6 %** oslovených zařízení je v praxi aplikována kinestetická mobilizace, což je méně než 20 %. Hypotéza 8 se **potvrdila**.

Hypotéza 9 - Předpokládám, že v méně než ve 20 % dotazovaných zařízeních je v praxi aplikován koncept snoezelen.

K hypotéze se vztahuje otázka z dotazníku č. 19, která se dotazuje na to, zda v osloveném pobytovém zařízení sociálních služeb pracují u vybrané skupiny klientů podle konceptu snoezelen. Odpověď ano vybralo 30 respondentů. Z toho můžeme usoudit, že v **14,0 %** oslovených zařízení je v praxi aplikován koncept snoezelen, což je méně než 20 %. Hypotéza 9 se také **potvrdila**.

Hypotéza 10 - Předpokládám, že ve více než v 80 % dotazovaných zařízeních je v praxi aplikován psychobiografický model péče.

K hypotéze se vztahuje otázka z dotazníku č. 20, která se dotazuje na to, zda v osloveném pobytovém zařízení sociálních služeb pracují u vybrané skupiny klientů podle psychobiografického modelu péče. Odpověď ano vybralo 102 respondentů. Z toho můžeme usoudit, že jen **v 47,4 %** oslovených **zařízení je v praxi aplikován psychobiografický model péče**, což je méně než 80 %. Hypotéza 10 se **nepotvrdila**.

Hypotéza 11 - Předpokládám, že ve více než v 80 % dotazovaných zařízeních je v praxi aplikována bazální stimulace.

K hypotéze se vztahuje otázka z dotazníku č. 21, která se dotazuje na to, zda v osloveném pobytovém zařízení sociálních služeb pracují u vybrané skupiny klientů podle konceptu bazální stimulace. Odpověď ano vybralo 178 respondentů. Z toho můžeme usoudit, že **v 82,8 %** oslovených **zařízení je v praxi aplikována bazální stimulace**, což je o něco více než 80 %. Hypotéza 11 se **potvrdila**.

Hypotéza 12 - Předpokládám, že v méně než ve 20 % dotazovaných zařízeních je v praxi aplikována metoda validace.

K hypotéze se vztahuje otázka z dotazníku č. 22, která se dotazuje na to, zda v osloveném pobytovém zařízení sociálních služeb pracují u vybrané skupiny klientů podle metody validace. Odpověď ano vybralo 80 respondentů. Z toho můžeme usoudit, že **v 37,2 %** oslovených **zařízení je v praxi aplikována metoda validace**, což je více než 20 %. Hypotéza 12 se **nepotvrdila**.

V oslovených 215 (100 %) pobytových zařízeních sociálních služeb pracují nejvíce podle konceptu bazální stimulace (82,8 %), potom podle konceptu smyslové aktivizace (52,1 %), 47,4 % zařízení pracuje u vybrané skupiny klientů podle psychobiografického modelu péče, dále podle metody validace (37,2 %), o něco méně pracují podle konceptu kinestetické mobilizace (18,6 %) a nejméně pracují dotazovaná zařízení podle konceptu snoezelen (14,0 %). Důvodem mohou být vyšší finanční a technické náklady na vybudování kvalitní snoezelen místnosti.

Hlavní cíl diplomové práce: Zjistit, jaká je znalost jednotlivých konceptů a modelů péče v dotazovaných zařízeních sociálních služeb a zda jsou v těchto zařízeních nové koncepty a modely péče o seniory aplikovány.

Zajímavé je, že pořadí znalosti a využívání vybraných konceptů a modelů péče o seniory v oslovených pobytových zařízeních sociálních služeb je téměř stejné. Největší počet zařízení zná bazální stimulaci (99,1%) a také podle ní nejvíce pracují (82,8 %). Smyslová aktivizace stojí co do znalosti (81,9 %) i aplikace v praxi (52,1 %) v rámci dotazovaných zařízení hned na místě druhém. O něco méně znají (74,4 %) a využívají (47,4 %) zařízení psychobiografický model péče. Za tímto modelem stojí metoda validace jak ve znalosti (74,0 %), tak v míře aplikace v praxi (37,2 %). Zajímavé je, že koncept snoezelen znají dotazovaná pobytová zařízení sociálních služeb více (78,6 %) než kinestetickou mobilizaci (19,5 %), ale pracují u vybrané skupiny klientů více podle kinestetické mobilizace (18,6 %) než podle konceptu snoezelen (14,0 %). Důvodem mohou být vyšší finanční a technické náklady na vybudování kvalitní snoezelen místnosti.

5.6 Diskuse

Poslední 23. otázka v dotazníku se snažila zmapovat názor respondentů na to, jestli podle nich zvyšuje aplikace nových konceptů a modelů péče o seniory kvalitu jimi poskytovaných služeb. Z celkového počtu 215 zařízení (100 %) zvolilo odpověď ano dokonce 205 zařízení (95,3 %). Pouze 10 (4,7 %) sociálních pracovníků z oslovených pobytových zařízení pro seniory si myslí, že aplikace nových konceptů a modelů péče nezvyšuje kvalitu poskytovaných služeb v jejich zařízení. Z těchto údajů je patrný zájem poskytovatelů pobytových sociálních služeb pro seniory o větší seznámení se s jednotlivými koncepty a modely péče.

Má pozitivní zkušenost během sběru dat pro praktickou část diplomové práce je zájem některých oslovených sociálních pracovníků o výsledky mého dotazníkového šetření. Mám z toho pocit, že o tyto nové modely a koncepty péče v budoucnosti rostoucí zájem ze strany poskytovatelů.

Zařízení pro seniory, v němž pracuji na pozici sociální pracovníce, chce proškolit své pracovníky v nových metodách a postupně je zavádět do praxe, protože vedení domova vnímá, že zavádění těchto konceptů a modelů péče vede ke zkvalitnění poskytované péče.

6 Závěr

Diplomová práce na téma Nové koncepty a modely péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Úvodní tři kapitoly se věnují problematice stáří a stárnutí, dále potřebám seniorů v pobytových zařízeních sociálních služeb a konceptu dlouhodobé péče v České republice. Čtvrtá kapitola je stěžejní a věnuje se vybraným konceptům a modelům péče o seniory, které se k nám dostaly zejména ze západní Evropy a můžeme se s nimi setkat i u nás v některých pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory. Jedná se o smyslovou aktivizaci, kinestetickou mobilizaci, snoezelen, psychobiografický model péče, bazální stimulaci a validaci.

V rámci praktické části diplomové práce byl proveden kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření, jehož respondenty byli sociální pracovníci registrovaných pobytových sociálních služeb pro seniory. Cílem šetření bylo zjistit, jaká je znalost jednotlivých konceptů a modelů péče o seniory v dotazovaných zařízeních sociálních služeb a zda jsou v těchto zařízeních nové koncepty a modely péče aplikovány. Využila jsem možnost vytvořit dotazník v online podobě na stránkách softwarové firmy Survio.com <http://www.survio.com/cs/> a samotná distribuce dotazníků pak probíhala odesláním emailových zpráv sociálním pracovníkům pobytových sociálních služeb pro seniory, jejichž součástí byl internetový odkaz na stránky survio.com s dotazníkem.

Z oslovených 513 pobytových zařízení sociálních služeb pro seniory dotazník úspěšně dokončilo 215 z nich. Získaná data byla v rámci výzkumného šetření detailně vyhodnocena a na závěr praktické části práce z nich byla následně vyvozena doporučení pro praxi. Jednotlivá doporučení si kladou za cíl větší propagaci a efektivnější zavádění nových konceptů a modelů péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Vzhledem k tomu, že nové modely a koncepty péče o seniory mají praktické využití zejména pro navázání lepší komunikace s klienty, zlepšení jejich celkové soběstačnosti, využití stávajících smyslových i pohybových možností klientů, lepší způsoby zprostředkování podnětů s ohledem na individuální možnosti jednotlivých klientů, potvrzení jedinečné hodnoty života, navázání na předchozí pozitivní zkušenosti v životě klientů a podpora sociální interakce, se domnívám, že by měly být nové koncepty a modely péče více propagovány v rámci odborné veřejnosti. Pobytovým zařízením sociálních služeb pro seniory by měl být nabídnut dostatečný počet akreditovaných vzdělávacích kurzů vybraných konceptů a modelů péče a jednotlivá zařízení by měla být dle mého

názoru podporována ze strany svých zřizovatelů v zavádění těchto konceptů a modelů péče u vybraných skupin klientů v praxi.

Jelikož se nové koncepty a modely péče snaží individualizovat a celkově zlepšit péči, jejich užití patří do moderní péče o klienty v seniorském věku. Ze závěrů výzkumného šetření vyplývá, že podle 95,3 % oslovených zařízení aplikace nových konceptů a modelů péče o seniory skutečně zvyšuje kvalitu poskytovaných služeb. Měla by jim být tudíž věnována větší pozornost ze strany odborné veřejnosti.

Seznam použité literatury

Prameny:

ČURILLOVÁ, Emília, ŠPINEROVÁ, Dominika, MALIŇÁKOVÁ, Mária. Canisterapie je záležitostí srdca. *Odborný časopis Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015, **17**(1): str. 22-25. ISSN 1803-7348.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1. vydání. Grada Publishing, a.s., 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

ČEVELA, Rostislav a kol. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. 1. vydání. Grada Publishing, a.s., 2012, 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.

ČEVELA, Rostislav a kol. *Sociální gerontologie: Východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. 1. vydání. Grada Publishing, a.s., 2014, 240 s. ISBN 978-80-247-4544-2.

FILATOVA, Renata, JANKŮ, Kateřina. *Snoezelen*. 1. vydání. Tiskárna Kleinwächter, 2010, 112 s. ISBN 978-80-260-0115-7.

FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Koncept Bazální stimulace. *Odborný časopis Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2010, **12**(3): str. 12-13. ISSN 1803-7348.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Ošetrovatelské a terapeutické nabídky konceptu Bazální stimulace. *Odborný časopis Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2010, **12**(4): str. 18-19. ISSN 1803-7348.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Somatická stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Odborný časopis Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2010, **12**(6-7): str. 30-31. ISSN 1803-7348.

FRIEDLOVÁ, Karolína. Vestibulární stimulace v konceptu Bazální stimulace. *Odborný časopis Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2010, **12**(8-9): str. 36-37. ISSN 1803-7348.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: Pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.

HERMAN, Jiří. *Aktuální kapitoly z péče o seniory*. 1. vydání, Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008, 111 s. ISBN 978-80-7013-475-7

HLINOVSKÁ, Jana, POHLOVÁ, Zuzana. Strategie péče o stárnoucí populaci. *Zdravotnické noviny*. Praha: Mladá fronta a.s., 2008, **4**: str. 14-15. ISSN 1805-2355

HOJGROVÁ, Veronika. Reminiscenční terapie. *Odborný časopis Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2010, **12** (8-9): str. 42-43. ISSN 1803-7348.

HRČOVÁ, Jana. Ako vybudovat multisenzorickú miesnosť (Snoezelen). *Odborný časopis Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2013, **15** (3): str. 22-24. ISSN 1803-7348.

JANEČKOVÁ, Hana. Reminiscence v konceptech péče o starého člověka. *Odborný časopis Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2015, **17** (3): str. 24-26. ISSN 1803-7348.

JÍLKOVÁ, Anna. Psychobiografický model Prof. Erwina Böhma startuje do praxe v České republice. *Odborný časopis Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2014, **16** (8-9): str. 44-45. ISSN 1803-7348.

JINDŘICHOVSKÁ, Markéta. Zahradní terapie jako součást ergoterapie. *Odborný časopis Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2014, **16** (8-9): str. 30-32. ISSN 1803-7348.

JONES, Gemma, MIESEN, Bere. *Care-giving in Dementia: Research and Applications*. Volume 2. New York: Routledge, 2013, 392 s. ISBN 9781317761662

JUREČKOVÁ, Veronika. Voňavý svět aromaterapie: Vznik a vývoj aromaterapie. *Odborný časopis Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2012, **14**(4), str. 16-17. ISSN 1803-7348.

KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk a kol. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.

KAŠPÁREK, Zdeněk. Bazální stimulace – podpora lidského vnímání a komunikace. *Odborný časopis Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2011, **13** (12): str. 10-11. ISSN 1803-7348.

KAZDOVÁ, Michaela. Hodnoty v životě seniora: důsledky institucionalizace na seniora v rezidenčním zařízení. *Ošetrovatelská péče: odborný časopis pro pobytové a terénní sociální služby*. Brno: SIVILIANIA s.r.o., 2015, (3-4): str. 13-15. ISSN 2336-1603.

KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KREITZER, Mary Jo, KOITHAN Mary. *Integrative nursing*. University of Oxford United Kingdom: Oxford University Press, 2014, 608 s. ISBN 9780199860746

MACHÁČKOVÁ, Pavla. Já jsem vám přidělala práci... *Sestra*. Praha: Mladá fronta a. s., 2014, **24**(5), str. 22-23. ISSN 1210-0404.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MUKNŠNÁBLOVÁ, Martina. Paměť a její poruchy ve stáří I. *Ošetrovatelská péče: odborný časopis pro pobytové a terénní sociální služby*. Brno: SIVILIANIA s.r.o., 2013, (4): str. 10-13. ISSN 2336-1603.

NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, Renáta, JANEČKOVÁ, Hana. Validace podle Naomi Feilové – klíč k porozumění lidem s demcí. *Odborný časopis Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2016, **18**(3): str. 24-26. ISSN 1803-7348.

NEŠPOROVÁ a kol. *Zajištění potřeb seniorů s důrazem na roli nestátního sektoru*. 1. vydání. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i., 2008, 85 s. ISBN 978-80-87007-96-9

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010, 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Psychobiografický model profesora Erwina Böhma. *Odborný časopis Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2010, **12** (3): str. 14-15. ISSN 1803-7348.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. Prostředí jako terapeutické medium a psychobiografický princip normality v institucích poskytujících sociální služby seniorům. *Odborný časopis Sociální služby*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2010, **12**(4): str. 20-21. ISSN 1803-7348.

SAKAŘOVÁ, Alena. Biografie a aktivizační pracovník. *Ošetrovatelská péče: odborný časopis pro pobytové a terénní sociální služby*. Brno, SIVILIANIA s.r.o., 2015, (5): str. 14-17. ISSN 2336-1603.

SCHÖNOVÁ, Veronika. Sociální interakce a stereotypy. *Sestra*. Praha: Mladá fronta a.s., 2008, **18**(5): str. 36. ISSN 1210-0404.

SEDLÁKOVÁ, Miroslava. Reminiscence v Centru sociálních služeb pro seniory Pohoda. *Ošetrovatelská péče: odborný časopis pro pobytové a terénní sociální služby*. Brno, SIVILIANIA s.r.o., 2015, (5): str. 18-19. ISSN 2336-1603.

SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří: Kapitoly z gerontosociologie*. 1. vydání, Praha: Sociologické nakladatelství, 2007, 284 s. ISBN 978-80-86429-62-5.

VIDOVIČOVÁ, Lucie, SUCHOMELOVÁ, Věra. Otázka příspěvku religiozity/spirituality ke kvalitě života českých seniorů. *Časopis pro ošetrovatelství a sociální vědy ve zdraví a nemoci*. České Budějovice, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2013, XV/4: str. 445-455. ISSN 1212-4117 (Print) ISSN 1804-7122 (Online)

Zákony a zákonné normy:

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Elektronické zdroje:

Bazální stimulace [online]. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2015 [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/desatero/>

EBIN [online]. Liberec: Erwin Böhm Institut, 2015 [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://www.ebinbio.cz/teorie-pbm/>

Kinestetika.cz: "Pohyb je život" [online]. 2015 [cit. 2016-02-14]. Dostupné z: http://www.kinestetika.cz/?page_id=2

MPSV: Dlouhodobá péče – pojem známý, nebo neznámý? [online]., Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010 [cit. 2016-03-13]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9860>

Multimediální trenážer plánování ošetrovatelské péče: Kinestetická mobilizace [online]. Hradec Králové: VOŠ zdravotnická a Střední zdravotnická škola, 2016 [cit. 2016-02-14]. Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/terapie.aspx?tid=175>

Smyslová aktivizace [online]. Hluboká nad Vltavou: Institut Smyslové aktivizace, 2016 [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://www.smyslovaaktivizace.cz/index.php/o-konceptu/93-koncept-smyslove-aktivizace>

Snoezelen: Informační a servisní portál k práci v multisenzorickém prostředí [online]. 2016 [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://snoezelen.sk/cz/co-je-snoezelen-teoreticky-uvod/>

Terapie-Canis web: Canisterapie – informace a seznamování s Canis z.s. [online]. Canis z.s., 2014 [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://www.terapie-canis.cz/canisterapie/v-liv-canisterapie-na-seniory/>

Seznam grafů, obrázků a tabulek

Grafy:

Graf 1 Zřizovatelé dotazovaných pobytových zařízení sociálních služeb.....	47
Graf 2 Umístění dotazovaných pobytových zařízení dle krajů.....	49
Graf 3 Kapacita dotazovaných pobytových zařízení sociálních služeb.....	50
Graf 4 Poskytované sociální služby dotazovaných pobytových zařízení	52
Graf 5 Znalost konceptu smyslové aktivizace	53
Graf 6 Absolvování akreditovaného kurzu smyslové aktivizace.....	54
Graf 7 Znalost konceptu kinestetické mobilizace.....	55
Graf 8 Absolvování akreditovaného kurzu kinestetické mobilizace	56
Graf 9 Znalost konceptu snoezelen.....	57
Graf 10 Absolvování akreditovaného kurzu snoezelen	58
Graf 11 Znalost psychobiografického modelu péče	59
Graf 12 Absolvování akreditovaného kurzu psychobiografického modelu péče	60
Graf 13 Znalost konceptu bazální stimulace.....	61
Graf 14 Absolvování akreditovaného kurzu bazální stimulace	62
Graf 15 Znalost metody validace.....	63
Graf 16 Absolvování akreditovaného kurzu validace.....	64
Graf 17 Aplikace konceptu smyslové aktivizace v praxi	65
Graf 18 Aplikace konceptu kinestetické mobilizace v praxi	66
Graf 19 Aplikace konceptu snoezelen v praxi	67
Graf 20 Aplikace psychobiografického modelu péče v praxi.....	68
Graf 21 Aplikace konceptu bazální stimulace v praxi	69
Graf 22 Aplikace metody validace v praxi	70
Graf 23 Vliv používání nových konceptů na kvalitu poskytované péče	71

Obrázky:

Obrázek č. 1 Maslowova pyramida potřeb	14
--	----

Tabulky:

Tabulka 1 Zřizovatel dotazovaných pobytových zařízení sociálních služeb.....	46
Tabulka 2 Umístění dotazovaných pobytových zařízení sociálních služeb dle krajů	48
Tabulka 3 Kapacita dotazovaných pobytových zařízení sociálních služeb	50

Tabulka 4 Poskytované sociální služby dotazovaných pobytových zařízení sociálních služeb	51
--	----

Summary

Diploma thesis on the topic of New concepts and models of care for seniors in social service residential facilities is divided into theoretical and practical part. The initial three chapters are focused on problems of old age and ageing, needs of retired clients of social service residential facilities and concepts of long-term care for the elderly people in the Czech Republic. The fourth chapter forms a basic for this work. It describes selected approaches and models of the care that were applied mainly in western European countries and are being adopted by some of residential facilities in our country.

The practical part of the thesis consists in quantitative research among social workers and staff of registered residential facilities. The aim of the questionnaire survey was to determine knowledge level of the individual concepts and models of care among employees and to find out to which extent the selected facilities apply new concepts and models in their everyday life.

Because these new concepts and models emphasize an individual approach and constant improvement their application is considered a vital part of care for clients of old age.

The conclusion of the research confirms that application of newly introduced concepts and models increased quality of provided services in 95,3 % of addressed facilities.

Příloha

Vážená paní, vážený pane

jmenuji se Kateřina Němcová, jsem sociální pracovnící v domově pro seniory a studuji na Husitské teologické fakultě Univerzity Karlovy v Praze (obor sociální práce). Chtěla bych Vás touto cestou požádat o vyplnění dotazníku, který bude sloužit pro výzkumné účely mé diplomové práce na téma: Nové koncepty a modely péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb.

Dotazník je zcela anonymní. Nelze zjistit, kdo dotazník vyplnil. První čtyři otázky se týkají obecných údajů o vašem zařízení. Jejich vyplnění není povinné.

Při vyplňování dotazníku zvolte, prosím, u každé otázky vždy jen jednu odpověď. Vyplnění dotazníku by Vám mělo zabrat maximálně 10 minut.

Děkuji Vám za čas, který věnujete vyplňování mého dotazníku.

Bc. Kateřina Němcová

1. Kdo je zřizovatelem vašeho zařízení?

- kraj
- město
- soukromá fyzická či právnická osoba
- církev či náboženská společnost

2. V jakém kraji se vaše zařízení nachází?

Hlavní město Praha
Středočeský
Jihočeský
Plzeňský
Karlovarský
Ústecký
Liberecký
Moravskoslezský

Pardubický
Královehradecký
Pardubický
Vysočina
Jihomoravský
Olomoucký
Zlínský

3. Jaká je kapacita vašeho zařízení?

- do 50 klientů
- 50-99 klientů
- 100-149 klientů
- 150-200 klientů

- více než 200 klientů

4. Jakou sociální službu vaše zařízení poskytuje?

- domov pro seniory
- domov se zvláštním režimem
- obojí

5. Znáte koncept smyslové aktivizace?

Ano Ne

6. Absolvoval/a jste Vy nebo někdo z vašeho zařízení akreditovaný kurz smyslové aktivizace?

Ano Ne

7. Znáte koncept kinestetické mobilizace?

Ano Ne

8. Absolvoval/a jste Vy nebo někdo z vašeho zařízení akreditovaný kurz kinestetické mobilizace?

Ano Ne

9. Znáte koncept snoezelen?

Ano Ne

10. Absolvoval/a jste Vy nebo někdo z vašeho zařízení akreditovaný kurz snoezelen?

Ano Ne

11. Znáte psychobiografický model péče?

Ano Ne

12. Absolvoval/a jste Vy nebo někdo z vašeho zařízení akreditovaný kurz psychobiografického modelu péče?

Ano Ne

13. Znáte koncept bazální stimulace?

Ano Ne

14. Absolvoval/a jste Vy nebo někdo z vašeho zařízení akreditovaný kurz bazální stimulace?

Ano Ne

15. Znáte metodu validace?

Ano Ne

16. Absolvoval/a jste Vy nebo někdo z vašeho zařízení akreditovaný kurz validace?

- Ano Ne
17. Pracujete ve vašem zařízení u vybrané skupiny klientů podle konceptu smyslové aktivizace?
- Ano Ne
18. Pracujete ve vašem zařízení u vybrané skupiny klientů podle konceptu kinestetické mobilizace?
- Ano Ne
19. Pracujete ve vašem zařízení u vybrané skupiny klientů podle konceptu snoezelen?
- Ano Ne
20. Pracujete ve vašem zařízení u vybrané skupiny klientů podle psychobiografického modelu péče?
- Ano Ne
21. Pracujete ve vašem zařízení u vybrané skupiny klientů podle konceptu bazální stimulace?
- Ano Ne
22. Pracujete ve vašem zařízení u vybrané skupiny klientů podle metody validace?
- Ano Ne
23. Domníváte se, že aplikace nových konceptů a modelů péče o seniory zvyšuje kvalitu poskytovaných služeb?
- Ano Ne