

UNIVERZITA KARLOVA
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

**Vliv spolupracující rodiny na kvalitu
péče a kvalitu života seniora
s demencí v Domově sv. Anežky
České a Stacionáři sv. Anežky České**

Hana Bělohlávková

Katedra Sociální práce
Vedoucí práce Mgr. Hana Čížková
Studijní program B7508 Sociální práce
Studijní obor Pastorační a sociální práce

Praha 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Vliv spolupracující rodiny na kvalitu péče a kvalitu života seniora s demencí v Domově sv. Anežky České a Stacionáři sv. Anežky České“ napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

V Hořovicích dne 31.5.2017

Hana Bělohávková

Anotace

Bakalářská práce s názvem „Vliv spolupracující rodiny na kvalitu péče a kvalitu života seniora s demencí v Domově sv. Anežky České a Stacionáři sv. Anežky České“ si klade za cíl odkrýt význam spolupráce mezi rodinami uživatelů s demencí a personálem sociálního zařízení. Úroveň spolupráce se následně promítá do různých oblastí péče o takto nemocné seniory a v konečném důsledku do kvality jejich života. Práce se zabývá pojmem demence u seniorů a některými aspekty, které s tímto pojmem souvisí. Dále je uvedeno, v jakých oblastech péče lze s rodinou spolupracovat, a jsou zmíněny konkrétní způsoby spolupráce, které uplatňují a dále se pokoušejí rozvíjet pracovníci ambulantního a pobytového zařízení Farní charity Beroun. V práci je též krátce představen projekt, který je pod hlavičkou organizace realizován. Je jím vznik podpůrné skupiny, díky níž je spolupráce mezi pracovníky zařízení a rodinami uživatelů významně posílena.

Praktická část se zaměřuje na to, jak pracovníci sociálního zařízení vnímají spolupráci s rodinami uživatelů a jak se daří díky této spolupráci zlepšit péči a tudíž i kvalitu života uživatelů služby. Za tímto účelem byla zvolena kvalitativní metoda polostrukturovaných rozhovorů, pomocí níž bylo u respondentů zjišťováno, jak konkrétně spolupráce probíhá a jaký má na seniory s demencí praktický dopad.

Klíčová slova

demence, senioři s demencí, kvalita života, profesionální pečovatelé, rodiny seniorů s demencí, dokumentace v sociálních službách

Summary

This bachelor thesis entitled “The effect of family cooperation on quality of life of a senior with dementia at the Home and Short Stay Hospital of St Agnes the Czech“, is focused on the discovery of the significance of the cooperation between a senior's family and the personnel of the relevant social facilities. The level of this cooperation gets reflected in different areas of the senior care, and finally into the quality of seniors' lives. The term “senior dementia“ is being discussed, as well as some other relevant terms and topics. Further on, the bachelor thesis reports on various methods of senior care suitable for cooperation with the seniors' families, as are used by the employees of the Farní Charita Beroun Hospital. A project by this institution is also focused on here –the foundation of a supporting group which helps to encourage and cooperate the liaison between the employees and the families.

The practical part of the bachelor thesis is focused on how the employees of social facilities perceive the cooperation with the users' families and how they can make the care, as well as the seniors' life quality, better. For this purpose a qualitative method of half-structured dialogues was chosen to ask the respondents about the practice of the different ways of cooperation and its natural effect on seniors' lives.

Keywords

dementia, seniors with dementia, life quality, professional carers, families of seniors with dementia, social services documentation

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Mgr. Haně Čížkové za odborné vedení mé práce, za připomínky a podněty a též za vstřícnost a trpělivost. Poděkování patří též mé nadřízené, kolegyním, rodině a přátelům za podporu během studia.

Obsah

Úvod	10
1. Senioři a demence	12
1.1 Vysvětlení pojmu demence.....	12
1.2 Diagnostika demence	13
1.3 Onemocnění způsobující demenci	14
1.4 Příznaky demence	14
1.5 Rizikové faktory	15
1.6 Vhodné přístupy.....	16
2. Kvalita života seniorů	19
2.1 Kvalita života seniorů obecně.....	21
2.2 Kvalita života seniorů s demencí	22
3. Oblasti spolupráce rodiny a zařízení.....	24
3.1 Zvyklosti a rituály, denní režim	26
3.2 Stravování a hygiena.....	27
3.3 Zdravotní stav	29
3.4 Životní příběh	30
3.5 Spiritualita a duchovní potřeby.....	32
3.6 Komunikace	34
3.7 Zábavy a koníčky	36
3.8 Sociální kontakty – rodina, přátelé	38
3.9 Úprava prostředí	40
4. Popis služby v Domově sv. Anežky České a Stacionáři sv. Anežky České.	43
4.1 Domov sv. Anežky České.....	43
4.2 Stacionář sv. Anežky České	44
4.3 Současný stav spolupráce s rodinou v Domově a Stacionáři	45
4.3.1 Podpůrná skupina.....	46
5. Praktická část	48
5.1 Cíl práce a zvolená metoda	48
5.2 Zdůvodnění volby otázek a postup vedení rozhovoru	48
5.3 Zdůvodnění výběru respondentů	49
5.4 Zaměření rozhovorů.....	49
5.5 Výsledky ilustrativních rozhovorů	50
5.5.1 Obecné informace	50
5.5.1.1 Ochota předávat informace	50
5.5.1.2 Kdy k předávání informací dochází.....	50
5.5.1.3 Kdo zpravidla zahajuje dialog	50
5.5.2 Oblasti hlavní péče	51
5.5.2.1 Zvyklosti, rituály a denní režim	51
5.5.2.2 Stravování a hygienické návyky	51

5.5.2.3 Zdravotní stav	52
5.5.3 Oblasti běžného života uživatelů	52
5.5.3.1 Životní příběh	52
5.5.3.2 Záliby a koníčky	53
5.5.3.3 Spirituální potřeby	53
5.5.4 Oblast komunikace a sociálních kontaktů	54
5.5.4.1 Komunikace	54
5.5.4.2 Sociální kontakty	54
5.5.5 Úprava prostředí	54
5.6 Shrnutí.....	55
Závěr	57
Seznam literatury	59
Elektronické zdroje	61
Další zdroje	61
Použité zákony	62
Přílohy.....	63

Úvod

Lidí, kteří ve vyšším věku trpí demencí, každým rokem přibývá nejen v České republice, ale i v dalších zemích světa. Choroby spojované s demencí se vyskytují jak v rozvojových, tak v rozvinutých zemích. Vzhledem k tomu, že počty nemocných seniorů v celém světě lze již vyčíslit desítkami milionů a stávající počty se budou pravděpodobně dále zvyšovat, je dobré zamýšlet se nad tím, jak takto nemocným seniorům co nejvíce prospět.

O seniory, které již demence dostihla, je třeba se postarat tak, aby neutrpěla jejich důstojnost a nebyla ohrožena kvalita jejich života. V České republice byli takto nemocní lidé v minulosti často umisťováni do různých ústavů a psychiatrických léčeben. V současné době díky nové legislativě vzniká řada domovů pro seniory s demencí, tzv. domovů se zvláštním režimem, jejichž zaměstnanci se snaží, s menším či větším úspěchem, svým uživatelům poskytnout kvalitní péči a důstojné životní podmínky.

Řada seniorů prožila velmi těžký život i na pozadí historických událostí, jako byla 2. světová válka nebo dlouhé období nesvobody v totalitním Československu. Myslím si, že si zaslouží, aby i přes svůj zdravotní handicap prožili závěr svého života co nejlépe.

K tomu, aby se člověk cítil dobře, značně přispívá pevné zakotvení v rodině. To platí i v případě, že je senior s demencí pod tíhou svého onemocnění nucen opustit svoje rodinné zázemí a začít využívat určitý druh sociální služby. V tomto případě pak záleží, jak se personálu zařízení podaří navázat spolupráci s rodinou seniora. Dobrá spolupráce je velmi důležitým prvkem v kvalitní péči o seniora. Z tohoto důvodu jsem se ve své závěrečné práci rozhodla blíže věnovat právě této spolupráci. Mým cílem je zhodnotit, do jaké míry v zařízení Domova sv. Anežky České a Stacionáře sv. Anežky České ovlivňuje spolupráce personálu a rodiny kvalitu života seniorů s demencí, a do jakých oblastí péče o seniora se především promítá. Tato dvě zařízení jsem zvolila proto, že zde již několik let pracuji a snažím se spolu s kolegyněmi neustále zlepšovat péči o seniory trpící demencí.

V první části práce se budu věnovat pojmu demence, kvalitě života seniorů s demencí a oblastem péče o seniory s demencí. V praktické části se pokusím pomocí rozhovoru s pracovníky tohoto zařízení zjistit, jak konkrétně spolupráce s rodinou uživatele ve zmíněných službách probíhá. Myslím si, že

vytčeného cíle nejlépe dosáhnu metodou polostrukturovaného rozhovoru. Není mou ambicí, abych v rámci své práce zrealizovala plnohodnotný kvalitativní výzkum, protože by to vyžadovalo mnohem více prostoru, který mi není v této práci dán. I tak doufám, že výsledky mého průzkumu budou zajímavé a snad i přínosné.

1. Senioři a demence

V úvodní části mé bakalářské práce bych se chtěla věnovat demenci u seniorů z obecného hlediska. Demence u seniorů nastoluje poměrně široký rejstřík témat. Já se pokusím o stručné rozkrytí některých z nich. Kapitulu rozčlením do několika podkapitol, v nichž se budu postupně věnovat různým oblastem. Hned v počáteční podkapitole vysvětlím, co je myšleno pojmem demence a uvedu několik jejích definic. V dalších částech práce se zmíním o diagnostikování demence a budu se věnovat stručnému výčtu druhů nemocí spojených s demencí u seniorů. Popíši též příznaky demence a vyjmenuji některé rizikové faktory. V závěru kapitoly se dotknu toho, jaké přístupy zvolit, pokud chceme s nemocným navázat vhodnou komunikaci. Právě v dobré úrovni komunikace s nemocným vidím velký význam, protože díky ní je možné ovlivnit kvalitu jeho života.

1.1 Vysvětlení pojmu demence

V odborných kruzích byla vyslovena řada definic a charakteristik demence. I. Holmerová v knize *Péče o pacienty s kognitivní poruchou* uvádí, že demencí je označováno velice vážné onemocnění, které vzniká díky organickému poškození centrální nervové soustavy. Je narušena osobnost člověka a dochází k úbytku jeho kognitivních funkcí, mezi něž patří zvláště paměť a myšlení, ale i mnoho dalších. Je narušena schopnost soustředit se, u nemocného dochází ke snižování výkonu, aktivity a též jsou potlačeny jeho zájmy a narůstá jeho zmatenost.¹ V podstatě lze zjednodušeně říci, že jsou zpomaleny jeho duševní pochody. Onemocnění je možné označit za progresivní, což znamená, že má vzestupný charakter. M. Vokurka ve Velkém lékařském slovníku uvádí, že „*Demence je chronický, trvalý úbytek duševních funkcí a schopností.*“² Člověku trpícímu demencí postupně ubývá řada schopností, a to vede v konečném důsledku k nemožnosti jeho samostatné existence.

Demenci také definovala Světová zdravotnická organizace (WHO) ve spolupráci s organizací Alzheimer's Disease International. Ve své zprávě z roku 2012 uvedla toto: „*Demence je syndrom způsobený onemocněním*

¹ Holmerová, I., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, s.9 - 10

² Vokurka, M., *Velký lékařský slovník*, s.207

mozku, většinou chronické a progresivní povahy, při kterém dochází k porušení vyšších mozkových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, počítání, učení, jazyka a úsudku. Vědomí přitom nebývá ovlivněno. Snížení kognitivních funkcí bývá obvykle doprovázeno zhoršením emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace, které mohou v některých případech zhoršení kognitivních funkcí předcházet. Tento syndrom se vyskytuje u velkého množství nemocí, které primárně nebo sekundárně postihují mozek.“³

Demence je tedy onemocněním velmi závažným a měla by mu být věnována zvýšená pozornost. Předně je třeba demenci diagnostikovat.

1.2 Diagnostika demence

Pro úspěšný boj s demencí u seniorů je její včasná diagnostika velmi důležitá. Holmerová v knize *Péče o pacienty s kognitivní poruchou* píše, že mozková tkáň u nemocných bývá narušena takovým způsobem, že stav je zpravidla nevratný, proto je rychlé stanovení diagnózy předpokladem k tomu, že bude zahájena účinná farmakologická léčba. U diagnostikování nemoci je však nutná velká obezřetnost a znalost problematiky. V opačném případě by se mohlo stát, že některé průvodní znaky by mohly být považovány za demenci, přitom by však mohly být projevem naprosto odlišného onemocnění nebo přirozeného fyziologického stárnutí.⁴ Stanovením diagnózy demence se zabývá také M. Schuler, který v knize *Geriatric od A do Z* uvádí, že nemocný musí kromě poruch paměti vykazovat ještě další poruchy, které mají dopad na jeho každodenní život. Mezi ně patří například porucha abstraktního myšlení, orientace, změna osobnosti spojená někdy s poruchou chování, ztráta motivace a mnoho dalších. Též se bere v úvahu doba, po kterou potíže přetrvávají. Pokud je to déle než šest měsíců, lze předpokládat, že se bude u seniora jednat o projevy demence.⁵ Při diagnostikování demence je nutné brát v úvahu i věk seniora. Lékaři uvádějí, že demence se začíná zpravidla objevovat u lidí starších 60 let, přičemž s přibývajícím věkem stoupá procento výskytu nemoci.

³ Wija, Petr. *Demence: priorita pro systém zdravotnictví (zpráva WHO)*. ÚZIS ČR [online]. Praha, 2012 [cit. 2017-06-11]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/63_12.pdf

⁴ Holmerová, I., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, s. 30 - 31

⁵ Schuler, M., *Geriatric od A do Z pro sestry*, s.72

1.3 Onemocnění způsobující demenci

S demencí se pojí řada nemocí. I. Holmerová v knize *Vybrané kapitoly z gerontologie* píše, že velmi často bývá za příčinu vzniku demence označována Alzheimerova choroba. Dále může člověka postihnout vaskulární demence, která je způsobena poškozením cév, v jehož důsledku dochází k narušení mozkové tkáně. Poměrně častá je též nemoc s Lewyho tělísky, u níž jsou uváděny podobné symptomy jako u Parkinsonovy choroby, ale tato nemoc se navíc zpravidla vyznačuje častými halucinacemi. Méně častou chorobou je Pickova nemoc, která se vedle demence projevuje i nevhodným společenským chováním. Vcelku ojedinělé projevy demence lze dále pozorovat u nemoci AIDS či tzv. nemoci šílených krav, která se odborně nazývá BSE – boviní spongiformní encefalopatie. Demence se může též vyvinout v důsledku nadměrné podvýživy spojené s nedostatkem vitamínů. Bývá to například z důvodu ztráty chuti k jídlu při dlouhodobém onemocnění, po operaci nebo se též může projevit u lidí trpících depresí. Podvýživa může vzniknout z různých důvodů a především u seniorů není jevem ojedinělým. Tento typ demence je ovšem možno terapeuticky ovlivnit.⁶

1.4 Příznaky demence

V následující podkapitole bych ještě ráda zmínila obecné příznaky demence u seniorů. Ty nejzásadnější v knize *Péče o pacienty s kognitivní poruchou* vyjmenovala I. Holmerová. Píše, že demence u seniorů se projevuje především postupnou ztrátou paměti, poklesem inteligence, ale i narušením sociálních návyků a také dovedností, souvisejících se sebeobsluhou a dále též s neschopností provádět smysluplné činnosti. Člověk, který je postižený demencí, tedy postupně přestává být soběstačný a je odkázaný na každodenní péči druhých lidí, nechápe dění okolo sebe, je zmatený. Zpočátku u něho zpravidla můžeme pozorovat ztrátu iniciativy a zakládání věcí na nesprávné místo, projevují se i problémy s abstraktním myšlením a zhoršuje se též racionální úsudek. Postupně u něho dochází k úbytku kognitivních funkcí, mezi něž patří především ztráta paměti, která ovlivňuje schopnost plnit běžné pracovní činnosti, a dále též schopnost správného úsudku a úvahy, člověk začíná být prostorově i časově dezorientován, vytrácí se u něho schopnost

⁶ Holmerová, I., *Vybrané kapitoly z gerontologie*, s. 49

počítání, čtení a psaní, dostávají se změny osobnosti, ale i změny nálad a chování. V již vážnější fázi nemoci dochází k afázii (afázie je „*porucha tvorby a porozumění řeči*“⁷). Člověk tedy ztrácí postupně schopnost řeči rozumět, ale též ji aktivně užívat. Dále se u těchto lidí setkáváme s apraxií (apraxie je „*porucha získaných pohybových dovedností vyznačující se ztrátou schopnosti vykonávat složitější a účelné pohyby, přitom vlastní hybnost končetiny není porušena*“⁸) a vyskytuje se též agnozie (agnozie je „*neschopnost poznat a interpretovat smyslové vjemy, přičemž vlastní smyslové ústrojí včetně příslušných nervů není poškozeno*“⁹). Mohou se dostavit též halucinace (halucinace je „*falešný vjem něčeho, co neexistuje - může jít o vjemy zrakové (od jednoduchých záblesků až po složité scény), čichové, chuťové, tělové, útrobní apod.*“¹⁰). Často se vyskytují i halucinace sluchové, kdy nemocný slyší různé hlasy.¹¹

1.5 Rizikové faktory

V podstatě lze říci, že nejrizikovějším faktorem pro vznik demence u seniorů je věk. Se stoupajícím věkem přibývá i počet lidí, které toto onemocnění postihne. Na druhou stranu je ale nutno říci, že pravděpodobně samotný zvyšující se věk nebude rizikovým faktorem, protože se může jednat o výskyt jiných rizikových faktorů s věkem souvisejících. Velkou roli také hrají podle odborníků dědičné vlohy. I. Holmerová v knize Péče o pacienty s kognitivní poruchou píše, že jestliže se demence projeví u člověka mladšího 60 let, jde ve velkém množství případů právě o dědičně podmíněné onemocnění. Je uváděno, že blízcí příbuzní lidí, kteří onemocněli Alzheimerovou chorobou, jsou vystaveni třikrát až čtyřikrát většímu riziku, že se tato nemoc projeví i u nich. Podobné riziko je uváděno například i u Parkinsonovy choroby či u lidí s Downovým syndromem. Na druhou stranu řada lidí s pozitivní rodinnou anamnézou takto ne onemocní, takže celá problematika je mnohem složitější. Rizikovým faktorem jsou též cévní mozkové příhody. Přibližně u jedné třetiny lidí, které tato příhoda postihla, se rozvine demence. V neposlední řadě jsou rizikem i úrazy hlavy, které byly

⁷ Vokurka, M., *Velký lékařský slovník*, s. 19

⁸ Vokurka, M., *Velký lékařský slovník*, s. 75

⁹ Vokurka, M., *Velký lékařský slovník*, s. 14

¹⁰ Vokurka, M., *Velký lékařský slovník*, s. 381

¹¹ Holmerová, I., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, s. 15 – 27

spojeny s déle trvajícím bezvědomím (je uváděno, že nebezpečné je bezvědomí již v délce nad 15 minut). Některé studie se věnují i výskytu demence v závislosti na pohlaví. Ukazuje se, že Alzheimerova choroba se například častěji projevuje u žen, zatímco muži jsou postiženi více demencí, která má svůj počátek v cévním onemocnění.

Další rizikové faktory lze zařadit do skupiny ovlivnitelných. Patří sem především vysoký krevní tlak a cholesterol a pak také nedostatečně kompenzovaný diabetes nebo pravidelné požívání alkoholu v nepřiměřeném množství. Problémové se jeví i kouření. Lidé holdující tomuto zlovyku se vystavují nebezpečí, že se u nich projeví kardiovaskulární onemocnění, od něhož je jen krok k výskytu demence. Člověku neprospívá ani nízká aktivita, a to jak fyzická, tak duševní. Odborníci se domnívají, že riziko vzniku demence je též vyšší u lidí, kteří dosáhli nižší úrovně vzdělání a v průběhu života vykonávali pouze práce, při nichž měli zautomatizované pracovní postupy. Navíc svoji duševní aktivitu nepodporovali ani v rámci trávení volného času, ať už při individuálních, či společných činnostech s jinými lidmi. Ovšem na druhou stranu nebylo toto tvrzení zcela prokázáno, protože nižší vzdělání nemusí nutně znamenat, že člověk má i nižší úroveň přirozené inteligence. Mírná kognitivní porucha může být zaznamenána i u lidí, kteří jsou vystaveni stresu, trpí depresemi nebo procházejí velmi náročnou životní etapou. U lidí s depresí však není situace tak jednoznačná. Bylo zjištěno, že u starších lidí, potýkajících se s depresí, vzniká 3x – 4x větší riziko vzniku demence, ovšem není doposud prokázáno, že deprese je samostatným rizikovým faktorem. Ke vzniku demence mohou přispět i různá infekční onemocnění, jako je například AIDS nebo syfilis, ale i nedostatek některých vitamínů. Působení těchto faktorů však nebývá u starších lidí běžné.¹²

1.6 Vhodné přístupy

V této poslední podkapitole pohovořím o některých vhodných přístupech k lidem, kteří trpí demencí. Způsob, jakým s člověkem s demencí jednáme, je velmi důležitý. Díky dobře zvolenému přístupu můžeme s nemocným člověkem lépe navázat komunikaci, dodat mu pocit bezpečí a sounáležitosti a také ovlivnit nežádoucí projevy nemocného. Vhodných přístupů je celá řada, já se však zastavím pouze u těch, které považuji za přínosné z pohledu kvalitní

¹² Holmerová, I., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, s. 12 – 14

péče o seniora a tedy i zkvalitnění jeho života. Velmi dobře, dle mého názoru, jsou tyto přístupy prezentované v příručce nazvané Na pomoc pečujícím, kterou z anglického originálu přeložila a přepracovala I. Holmerová. Některá doporučení tedy uvedu.

Všeobecně lze říci, že k nemocnému je nutno přistupovat vždy s pochopením a dobrým úmyslem. Jakkoli je péče o člověka s demencí obtížná, vždy je dobré obrnit se trpělivostí.

Rozhodně je též bezpodmínečně nutné respektovat jeho lidskou důstojnost. Je třeba mít na paměti, že člověk s demencí je dospělou osobou, není proto vhodné používat zdrobněliny nebo o něm hovořit v jeho přítomnosti.

Stěžejní je také to, aby pečující osoba podporovala u nemocného jeho soběstačnost. Není též zanedbatelné, že soběstačnost u člověka souvisí s jeho pocitem sebedůvěry. Je také vhodné dodat, že nemocnému nesvědčí, pokud je na něho při vykonávání různých činností vyvíjen časový tlak. Nemá tak možnost zkusit si znovu ty úkony, které napoprvé nezvládl.

Další velmi důležitou zásadou je zachovávání režimu dne (pokud je to možné), na který byl nemocný dlouhodobě zvyklý. Pokud jsou určité věci prováděny stereotypně každý den, člověk s demencí se v situaci lépe orientuje a cítí se jistěji a bezpečněji.

Člověk s demencí často nerozumí složitému slovnímu vyjádření a nedokáže dělat komplikované úkony. Instrukce tedy musí být vyslovovány v jednoduchých slovních spojeních a úkoly, které jsou mu zadávány, by měly být jednoduché nebo rozřazované.

I řada lidí s demencí chce zažívat pocit užitečnosti. Je dobré zamyslet se nad tím, jak bychom mohli nemocnému v tomto smyslu prospět.

Velkým problémem někdy bývají spánkové obtíže. Stává se, že nemocný je méně aktivní během dne, má tendenci pospávat a následně je pak v noci neklidný nebo nespí téměř vůbec. Je dobré pokusit se omezit denní spánek tím, že se do programu zařadí přiměřené aktivity, jako je například procházka, stimulace nemocného a dostatečné denní osvětlení. Večer se osvědčilo zachovávat takzvané „předspánkové rituály“ – večere, hygiena.

U nemocných, převážně v pokročilých fázích demence, se dále vyskytují halucinace a bludy. Bludy mohou vyvolávat pocit ohrožení a strachu. Při halucinaci člověk vidí nebo slyší něco, co se v reálu neděje. Není vhodné člověka přesvědčovat o neexistenci oné situace, spíše je třeba ho uklidnit,

verbálně i neverbálně. Pokud se častěji jedná o trýznivé projevy, je vhodné poradit se s lékařem.

K osobnímu diskomfortu člověka s demencí často přispívá i deprese, a to zejména v počátečním stádiu nemoci. Nemocnému je tedy třeba poskytovat podporu, vyjadřovat pozitivní náklonnost a případně vyhledat lékařskou pomoc.

Posledním, dle mého názoru též důležitým aspektem u seniorů s demencí, bývá sklon k agresivnímu chování. Člověk může být zlostný a neklidný, ale jeho chování většinou souvisí s určitou konkrétní příčinou. Je dobré vysledovat, z čeho tento stav pramení. Důvodem může být například to, že nemocný nerozumí dané situaci, cítí se bezradně nebo pociťuje bolest či není naplněna nějaká jeho potřeba. V těchto případech je třeba zachovat klid a rozvahu, odpoutat pozornost a pokusit se rozkrýt vyvolávající příčinu a následně se podobné situaci vyhnout.¹³

¹³ Alzheimer's Disease International, *Help for the Caregivers*, In Holmerová, I., *Na pomoc pečujícím*, s. 12-20

2. Kvalita života seniorů

V této kapitole se budu věnovat kvalitě života seniorů nejprve v obecné rovině a poté se zaměřím na kvalitu života seniorů s demencí.

V úvodu bych však ráda představila pojem „kvalita života“. V. Kebza v knize *Psychosociální determinanty zdraví* uvádí, že tento termín vznikl, protože při snaze vystihnout komplexně zdravotní stav jedince začaly být nedostačující postupy, vycházející „ze stanovení diagnózy eventuální nemoci, doby dožití, resp. tzv. střední délky života, ale že je třeba identifikovat a zhodnotit i psychické, sociální a behaviorální determinanty lidského života, vztahující se ke zdraví.“¹⁴ Kebza dále píše, že především v počátcích vycházely postupy zkoumající kvalitu života ze „subjektivního vyjádření míry narušení obvyklých životních podmínek v důsledku určité (nejčastěji somatické) choroby.“¹⁵

Pojem „kvalita života“ je z mého pohledu termínem relativně novým. J. Payne v knize *Kvalita života a zdraví* uvádí, že se objevil poprvé ve 20. letech 20. století. Konkrétně se jednalo o dobu, kdy se začalo uvažovat o tom, jaký vliv na kvalitu života nižších společenských vrstev může mít stát, pokud se je rozhodne podpořit například formou státních dotací. Termín se následně poměrně rozšířil v 60. letech v USA za vlády prezidenta Johnsona, který si vytýčil za cíl své domácí politiky zlepšování kvality života amerických občanů. V 70. letech i kancléř Willy Brant zahrnul do svého politického programu zlepšení kvality života občanů Spolkové republiky Německo. Pojem začala využívat také sociologie. Díky tomuto termínu byly odlišeny životní podmínky lidí, jako je například mzda nebo počet automobilů na rodinu, od jejich životního pocitu.¹⁶

Co vše tedy tento pojem zahrnuje? Podle Payna existuje pro „kvalitu života“ mnoho definic, z nichž žádná není obecně uznávaná. Kvalitou života se zabývá řada vědních disciplín. Jsou jimi nejčastěji psychologie a sociologie, ale také medicína nebo ekologie. Každý z těchto vědních oborů nahlíží na kvalitu života z jiného pohledu, a proto je těžké nalézt názorovou shodu.¹⁷

¹⁴ Kebza, V., *Psychosociální determinanty zdraví*, s. 57

¹⁵ Kebza, V., *Psychosociální determinanty zdraví*, s. 57

¹⁶ Payne, J., *Kvalita života a zdraví*, s. 205

¹⁷ Payne, J., *Kvalita života a zdraví*, s. 207

J. Ondrušová v knize *Stáří a smysl života* uvádí toto: „*Kvalita života je velice široký a nejednoznačný pojem a můžeme ji definovat z různých úhlů pohledu.*“¹⁸

J. Payne dále píše, že: „*S jistým zjednodušením lze konstatovat, že v rámci všech přístupů má koncept v zásadě dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní.*“¹⁹ Tyto dvě dimenze více rozkrývá, když upřesňuje, že subjektivní kvalita života znamená to, jak je člověk spokojený se svým životem. Objektivní kvalita života zahrnuje naplnění sociálních a materiálních potřeb a též fyzické zdraví. Dále také uvádí, že „*existují tři přístupy ke zkoumání kvality života*“ a dodává, že s pojmem „kvalita života“ se jinak pracuje v psychologii, jiné pojetí lze nalézt v sociologii a rozdílně je tento termín chápán v medicíně.²⁰ Ondrušová v knize *Stáří a smysl života* tyto termíny blíže specifikuje. Píše, že medicínské hledisko je spojeno se zdravím člověka a kvalita života je z tohoto pohledu významným parametrem při léčbě vážných onemocnění. Kvalita života z psychologického hlediska závisí na tom, zda člověk pociťuje životní spokojenost a pohodu.²¹ Co se týče sociologického pojetí, zde Payne ve výše uvedené knize uvádí, že kvalita života z tohoto pohledu spočívá v sociální úspěšnosti jedince – tedy jestli má například možnost se vzdělávat, zda vlastní nějaký majetek nebo jaký je jeho rodinný stav.²²

Na kvalitu života může být pohlíženo z mnoha úhlů. M. Hrozenská v knize *Sociální péče o seniory* píše, že chceme-li hovořit o kvalitě života, měli bychom brát v úvahu především hledisko hodnoty života, jelikož právo na život se řadí mezi základní lidská práva.²³ Hrozenská dále uvádí toto: „*Hodnota života je daná ním samým a kvalita života znamená naplnění této hodnoty na úrovni minimálně humánního optima a je zároveň závislá na společenských podmínkách tohoto naplnění.*“²⁴ Kvalitou života se zabývá také světová zdravotnická organizace (WHO). V. Kebza v knize *Psychosociální determinanty zdraví* uvádí, že první pracovní definice hovořící o kvalitě života WHO předložila v roce 1993.²⁵ Kebza v knize dále píše, že se jednalo

¹⁸ Ondrušová, J., *Stáří a smysl života*, s. 45

¹⁹ Payne, J., *Kvalita života a zdraví*, s. 207

²⁰ Payne, J., *Kvalita života a zdraví*, s. 207 - 209

²¹ Ondrušová, J., *Stáří a smysl života*, s. 45 - 46

²² Payne a kol., J., *Kvalita života a zdraví*, s. 211

²³ Hrozenská, M., *Sociální péče o seniory*, s. 21

²⁴ Hrozenská, M., *Sociální péče o seniory*, s. 21

²⁵ Kebza, V., *Psychosociální determinanty zdraví*, s. 57

o „definici kvality života ve vztahu ke zdraví jako vnímání lidí (jedinců) a jejich životních pozic v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž lidé žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, standardům, zájmům, starostem a obavám“.²⁶ Ondrušová opět ve své knize *Stáří a smysl života* zmiňuje, že „Světová zdravotnická organizace definuje kvalitu života jako to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“²⁷ Zde Kebza v již zmíněné knize uvádí, že termín kvalita života nabývá v novější literatuře širší význam. Již se tak těsně nevztahuje ke konkrétní nemoci, ale spíše jde o propojení „prožitku úrovně vlastního zdraví, úrovně osobní pohody, životní spokojenosti a často též určitého postavení v sociální stratifikaci“.²⁸

Jak z výše uvedeného vyplývá, je posuzování kvality života u jednotlivých lidí poměrně obtížné a nejednoznačné. Přesto si myslím, že kvalitu života lze blíže specifikovat alespoň u určitých skupin obyvatel. Shodné nebo podobné rysy při posuzování kvality života lze například vykazat u dětí předškolního věku a jiné u aktivních seniorů nebo u seniorů s demencí. A právě kvalitou života seniorů bych se ráda krátce věnovala v následujících dvou podkapitolách.

2.1 Kvalita života seniorů obecně

Životní styl seniorů je odvislý především od jejich duševního a fyzického zdraví a samozřejmě se tyto aspekty promítají i do kvality jejich života. Čevela v knize *Sociální gerontologie* píše, že kvalita života seniorů závisí na mnoha faktorech, a to jak vnitřních, tak vnějších.²⁹ M. Hrozenská v knize *Sociální péče o seniory* píše, že pokud hovoříme o kvalitě života, na prvním místě bychom se měli zaměřit na to, jak jsou uspokojovány základní lidské potřeby.³⁰ Ty definoval již v roce 1943 americký psycholog A.H. Maslow ve své

²⁶ WHO: Study protocol for World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research* 2, 1993 b, 153-159 In Kebza, V., *Psychosociální determinanty zdraví*, s. 57 - 58

²⁷ Ondrušová, J., *Stáří a smysl života*, s. 48

²⁸ Kebza, V., *Psychosociální determinanty zdraví*, s. 58

²⁹ Čevela, R., *Sociální gerontologie*, s. 198

³⁰ Hrozenská, M., *Sociální péče o seniory*, s. 25

pyramidě potřeb.³¹ M. Hrozenková v téže knize dále uvádí, že kvalitu života vymezují životní podmínky, ale také to, jak je člověk osobně prožívá.³² Senior tedy může mít uspokojeny základní fyziologické potřeby, ale přesto pociťuje, že kvalita jeho života není dobrá, protože mu například chybí kontakt s rodinou a přáteli a nese to velice těžce. Hrozenková také píše, že „kvalitu života z převážné části, hlavně v seniorském věku, podmiňuje zdraví“.³³ Čevela v knize Sociální gerontologie zmiňuje, že zdravotní stav má u seniorů zásadní vliv na celou řadu aktivit, kterými se zabývají.³⁴ A právě provozování různorodých aktivit je důležitým faktorem, který ovlivňuje kvalitu života. D. Dvořáčková v knize Kvalita života seniorů uvádí, že pokud si chce senior zachovat ve stáří kvalitu života, měl by si vytvořit volnočasové aktivity. Ty jsou totiž velmi účinnou prevencí nesoběstačnosti. Dvořáčková dále radí, že by měl také udržovat nebo nově navazovat sociální kontakty, protože mu napomohou k tomu, aby stáří prožil kvalitně.³⁵

Dle mého názoru je pro kvalitu života většiny seniorů vedle zdravotního hlediska důležitý také pocit bezpečí a jistoty (což je druhá nejdůležitější potřeba Maslowovy pyramidy) a myslím si, že na kvalitu jejich života mají zásadní vliv i sociální vazby. Tyto tři posledně jmenované potřeby jsou důležité i pro seniory, kteří trpí demencí, a právě o této skupině bych ráda pohovořila v další podkapitole.

2.2 Kvalita života seniorů s demencí

Senioři, kteří trpí určitým typem demence, jsou v menší či větší míře odkázáni na pomoc dalších osob, ať už jsou to členové rodiny (tedy rodinní nebo také neformální pečovatelé) nebo profesionální pečovatelé. Péče o člověka s demencí bývá často velmi náročná, pro mnohé pečovatele, zvláště ty rodinné, dokonce velmi vyčerpávající. Přesto by nemocný člověk neměl strádat a jeho kvalita života by neměla klesat výrazným způsobem. I. Holmerová v knize Péče o pacienty s kognitivní poruchou uvádí, že pečovatelé by měli nemocnému zajistit dobrou kvalitu života, a to do té míry,

³¹ Maslowova pyramida. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2016 [cit. 2017-05-31]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova_pyramida

³² Hrozenková, M., *Sociální péče o seniory*, s. 26

³³ Hrozenková, M., *Sociální péče o seniory*, s. 26

³⁴ Čevela, R., *Sociální gerontologie*, s. 201

³⁵ Dvořáčková, D., *Kvalita života seniorů*, s. 27

„aby se pacient cítil dobře fyzicky, psychicky, sociálně i duchovně“.³⁶ A. Hudáková v knize *Kvalita života seniorů* píše, že pojem „kvalita života“ není možné absolutizovat, protože se jedná do určité míry o subjektivní pojem. Přesto bylo různými výzkumníky zjištěno, že lidé pokládají kvalitu svého života za dobrou, pokud jsou zdraví, cítí se spokojeně a mají uspokojivé mezilidské vztahy.³⁷ Lidé s demencí většinou své zdraví nevnímají, pokud netrpí bolestmi, ale pocit spokojenosti a dobře fungující mezilidské vztahy, zvláště v počátcích demence, pociťují podobně, jako člověk, který demencí netrpí. Usuzuji tak z několikaletého pozorování takto nemocných seniorů. Hudáková v téže knize dále uvádí, že kvalita života je odvislá od individuálního vnímání každého jedince, „to znamená, že je prezentovaná různými komponenty u různých lidí a v různém čase a její obsah se nedá arbitrárně vymezit“.³⁸ Na základě řečeného lze tedy usuzovat, že u člověka, který trpí demencí, je třeba individuálně vypořádat, kdy se cítí dobře, co jeho kvalitu života zvyšuje a naopak, a zjištěné informace je dále nutné v průběhu času přehodnocovat podle toho, jak se jeho zdravotní stav vyvíjí. Hudáková též píše, že vhodně vedená ošetrovatelská péče o lidi v seniorském věku by neměla opomíjet jejich důstojnost a měla by podporovat jejich samostatnost a nezávislost.³⁹ Já si dovoluji dodat, že i u péče o lidi s demencí je třeba usilovat o totéž tak, aby byla v co nejvyšší míře zachována kvalita jejich života.

³⁶ Holmerová, I., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, s. 65

³⁷ Hudáková, A., *Kvalita života seniorů*, s. 36

³⁸ Hudáková, A., *Kvalita života seniorů*, s. 39

³⁹ Hudáková, A., *Kvalita života seniorů*, s. 51

3. Oblasti spolupráce rodiny a zařízení

V této části práce bych se chtěla věnovat těm oblastem spolupráce mezi zařízením a uživatelem, potažmo jeho rodinou, které pokládám za důležité, pokud se má služba vykonávat kvalitně a ku prospěchu uživatele. Konkrétně se zaměřím na tyto oblasti: zvyky, návyky a denní režim, stravovací a hygienické návyky, zdravotní stav, životní příběh, spiritualita, schopnosti komunikace, záliby a koníčky, sociální kontakty a představy o úpravě prostředí.

U jednotlivých oblastí se budu předně opírat o názory odborníků, kteří se péčí o seniory věnují a své poznatky publikují v odborných knihách a časopisech. Rozebírají jak konkrétní způsoby péče, tak různé možnosti spolupráce s rodinami seniorů.

Následně u některých oblastí uvedu, jak spolupráce mezi zařízením, uživatelem a rodinou probíhá a jaké konkrétní informace jsou zjišťovány v Domově sv. Anežky České (dále jen Domov) a Stacionáři sv. Anežky České (dále jen Stacionář). Tato dvě zařízení blíže představím v praktické části – viz kapitola 4. Budu čerpat jak z polostrukturovaných rozhovorů realizovaných pro praktickou část této práce, tak z běžných rozhovorů se sociální pracovníci, aktivizační pracovníci, zdravotní sestrou a s pečovatelkami zařízení. Dále ze svých vlastních zkušeností získaných ve výše zmíněném Domově a Stacionáři, kde zastávám funkci sociálně administrativní pracovnice.

Záměrem pracovníků těchto dvou služeb je zjistit o zájemci o službu a posléze o uživateli služby ty informace, na jejichž základě je možno službu uzpůsobit jeho individuálním potřebám a přáním a tím zajistit kvalitu jeho života. Základní údaje získává v tomto ohledu sociální pracovnice, která vede se zájemcem o službu a jeho rodinnými pečovateli nebo opatrovníkem prvotní jednání. Postup tohoto jednání je upraven vnitřním metodickým předpisem č. 2 pod názvem Proces případové práce.^{40,41} V průběhu poskytování služby jsou pak od uživatele a jeho rodiny zjišťovány další podrobnější informace,

⁴⁰ Proces případové práce (MP/2) Domov sv. Anežky České – domov se zvláštním režimem, In Metodický předpis Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

⁴¹ Proces případové práce (MP/2) Stacionář sv. Anežky České – denní stacionář, In Metodický předpis Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

a to formou běžných rozhovorů s uživatelem a jeho rodinou, při společných setkáváních uživatelů a jejich rodin například při příležitosti oslav narozenin uživatelů nebo vánočních a velikonočních svátků, dále na akcích, které se během roku v zařízení pořádají, a velmi cenné informace je možné načerpat i při setkáních s rodinnými příslušníky, kteří se zapojili do projektu Farní charity Beroun pod názvem „Pomáháme neformálním pečovatelům“, o němž budu blíže hovořit v praktické části práce, a to v kapitole 4. Doplnění informací i během trvání služby je velmi důležité. J. Zgola ve své knize *Úspěšná péče o člověka s demencí* píše, že „sociální a historické informace o člověku, které byly shromážděny v souvislosti s jeho přijímáním do některého ze speciálních zařízení, se mohou zdát dostatečné. Byly však získány v okamžicích plných stresů a jejich význam nebyl personálu dostatečně zřejmý, protože dosud neměl s touto osobou žádné zkušenosti.“⁴² J. Zgola dále uvádí, že z prvotního dotazníku tedy nelze zjistit všechny potřebné informace, které pečující personál potřebuje k tomu, aby uživateli služby dodal pocit bezpečí a sounáležitosti.⁴³

Dále chci podotknout, že drtivá část informací, která se týmu Domova a Stacionáře podaří o uživateli zjistit, pochází od rodinných příslušníků, protože samotní uživatelé vlivem nemoci ztrácejí krátkodobou i dlouhodobou paměť a následně i schopnost verbální komunikace. Vést s nimi složitější komunikaci tedy není bohužel většinou možné. Přesto je dobré, pokud se personál snaží alespoň část informací získat od samotných uživatelů. Vyžaduje to určitou komunikační zručnost a trpělivost, ale výsledek může mít větší vypovídající hodnotu. J. Zgola v již citované knize také uvádí, že děti své rodiče nemohou znát dokonale. Často vědí o současném chování svého rodiče mnohé, ale zpravidla již neznají důvody, které ho k tomuto jednání vedly.⁴⁴

Zjištěné informace o uživateli, ať už získané od rodiny nebo formou pozorování, jsou využívány výhradně ke zvyšování kvality péče a potažmo i kvality života. Zajišťují je pracovníci Domova a Stacionáře (vedoucí služby, sociální pracovníce, aktivizační pracovníce, zdravotní sestra a pečovatelky),

⁴² Zgola, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, s. 43

⁴³ Zgola, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, s. 43

⁴⁴ Zgola, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, s. 50

vždy v rozsahu svých kompetencí, které jsou upřesněny v metodickém předpisu č. 6 pod názvem Personální zajištění služby.^{45,46}

Nyní bych se tedy věnovala konkrétním oblastem spolupráce mezi uživatelem, jeho rodinou a pracovníky zařízení.

3.1 Zvyklosti a rituály, denní režim

Zvyklosti uživatele, jeho rituály, ale i běžný denní režim je třeba v co nevyšší možné míře zachovat u člověka i v případě, pokud je přinucen vlivem své nemoci opustit domácí prostředí a začít využívat služby institucionálního zařízení. I. Holmerová v knize *Péče o pacienty s kognitivní poruchou* uvádí, že o nemocném je třeba zjistit z jeho minulosti co nejvíce informací. Díky nim je pak možné s člověkem s demencí lépe navázat kontakt a také se mnohem efektivněji daří upravit péči podle jeho konkrétních potřeb. Informace tohoto druhu lze zjistit pomocí rozhovoru a dotazníku.⁴⁷

Každý člověk má jiný životní rytmus a odlišné zvyklosti a rituály, které jsou v něm většinou hluboce zakořeněny. Pokud začne využívat ambulanti nebo pobytovou službu, je většinou nucen část svých zažitých zvyklostí změnit. Řada seniorů se s touto nově vzniklou situací hůře vyrovnává a nejinek je tomu i u lidí s demencí. H. Haškovcová ve své knize *Fenomén stáří* uvádí, že člověk může při tomto přechodu zažít tzv. translokační šok, jelikož přemístění pro něho může znamenat velkou životní zátěž.⁴⁸ Pokud je tedy senior vytržen ze svého domácího prostředí a ještě navíc musí změnit své zvyklosti, může to na něho působit velmi negativně. R. Čevela v knize *Sociální gerontologie* zmiňuje toto: „*Hrubá porucha kognitivních schopností, s jakou se setkáváme v pokročilých stádiích syndromu demence, znemožňuje složitější adaptační projevy.*“⁴⁹ Z výše uvedeného lze tedy usuzovat, že čím méně změn na seniora v novém prostředí čeká, tím snazší je pro něho adaptace na jiný způsob života.

⁴⁵ Personální zajištění služby (MP/6) Domov sv. Anežky České – domov se zvláštním režimem, Příloha č. 8 k MP/6 pod názvem Popis pracovního místa In Metodický předpis Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

⁴⁶ Personální zajištění služby (MP/6) Stacionář sv. Anežky České – denní stacionář, Příloha č. 8 k MP/6 pod názvem Popis pracovního místa In Metodický předpis Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

⁴⁷ Holmerová, I., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, s. 64 - 65

⁴⁸ Haškovcová, H., *Fenomén stáří*, s. 195

⁴⁹ Čevela, R., *Sociální gerontologie*, s. 131

V Domově a Stacionáři je dle názorů mnou oslovených zaměstnanců kladen velký důraz na zjišťování informací o tom, jaký denní režim, ale i zvyklosti a rituály zachovával senior v minulosti a co z těchto návyků přetrvalo do současnosti, kdy již vlivem nemoci ztratil část svých kognitivních schopností. Údaje jsou čerpány od něho samotného, ale též od jeho rodinných pečovatelů. Již v rámci prvotního jednání se zájemcem o službu, které vede sociální pracovnice, je například třeba zjistit, kdy je senior zvyklý ráno vstávat a večer uléhat, zda odpočívá po obědě, jestli chodí pravidelně na procházku a případně v kterou denní dobu, zda pije ráno nebo po obědě kávu a podobně. Možností je celá řada a je dobré se o této oblasti dozvědět co nejvíce, protože z takto zjištěných konkrétních údajů posléze vychází pečující personál v průběhu služby. Pokud se podaří alespoň část uživatelových zvyklostí zachovat i v sociálním zařízení, je uživatel spokojenější, vyrovnanější a jeho kvalita života příliš neklesá.

3.2 Stravování a hygiena

Stravování a hygiena jsou oblasti, které patří k těm, bez jejichž podrobného zmapování se lze jen těžko obejít. Je nutné zjistit, jaké stravovací návyky senior má, protože jak uvádí I. Holmerová v příručce pod názvem *Na pomoc pečujícím*, jídlo představuje významnou součást denních rituálů a stereotypů, a to i u lidí s demencí. Jídlo také tvoří určitý mezník oddělující jednotlivé části dne a tím udává dennímu režimu seniora určitý řád.⁵⁰ S příchodem demence se řada návyků mění, i s tím je nutné počítat a přizpůsobit se momentálnímu potřebám uživatele. A. Glener v knize *Péče o člověka s demencí* upozorňuje na to, že lidé s demencí mají s výživou zpravidla problém. Často je pro ně nesnadné se najíst, protože je nutné se na tuto činnost soustředit, věnovat jí pozornost. Potraviny mají například různou konzistenci a té je třeba přizpůsobit žvýkání a polykání. Nemocného může také v jídle rušit hluk nebo příliš předmětů na stole. Je pro něho pak obtížné rozeznat, co je vhodné ke konzumaci. Na člověka s demencí se také nesmí spěchat nebo ho k jídlu nutit.⁵¹

V Domově a Stacionáři, o jejichž praxi v této práci také píše, se na způsob stravování a na správnou výživu uživatelů klade velký důraz, což je možné

⁵⁰ Alzheimer's Disease International, *Help for the Caregivers*, In Holmerová, I., *Na pomoc pečujícím*, s. 16

⁵¹ Glener, J. A., *Péče o člověka s demencí*, s. 91 - 92

doložit především mými rozhovory s pečovatelkou, aktivizační a sociální pracovnící. Na základě informací získaných pomocí vstupního doplňujícího dotazníku, ale i následně z informací od uživatele a jeho blízkých, se tak mohou profesionální pečovatelé vyvarovat řady chyb a stravování optimalizovat dle individuálních potřeb každého uživatele. Od rodiny je například potřeba zjistit, kolikrát denně byl senior zvyklý jíst, v jakém množství, zda jedl v pravidelných intervalech nebo spíše nahodile, zda používal běžně příbor nebo převážně lžíci, jaká jídla měl a doposud má rád a naopak. Je také dobré vědět, zda si jídlo užíval nebo jídlu nepřikládal větší váhu. Právě dobře spolupracující rodiny uživatelů mohou kvalitní péči velmi prospět, protože uživatele samotní vlivem své nemoci oblast stravování bohužel příliš ovlivnit nemohou.

Problematické situace nastávají i v případě osobní hygieny. Holmerová ve výše uvedené příručce uvádí, že člověk s demencí většinou nemá potřebu se umýt a s prohlubující se demencí dokonce zapomíná, jakým způsobem se to dělá. I v případě hygieny platí, že je nutné udržovat pravidelné denní stereotypy.⁵² Rodina uživatele může být nápomocna i v tomto případě. Všechny zjištěné informace, týkající se hygienických návyků člověka s demencí, jsou významné. V knize *Pečovatelství* J. Mlýnková uvádí, že hygienická péče o člověka by měla vycházet z jeho individuálních potřeb. Konfliktům lze předcházet tím, že ošetřující personál jedná taktně a respektuje hygienické zvyklosti nemocného. Mlýnková v této souvislosti zmiňuje též důležitost úzké spolupráce s jeho rodinou.⁵³

Při přijímání uživatele do služby v Domově a Stacionáři sociální pracovníce zjišťuje, opět formou doplňujícího dotazníku, a dále při následném rozhovoru s blízkými uživatele, a je-li to možné, tak i s uživatelem samotným, jak často se byl přijímaný senior zvyklý mýt, zda během života preferoval spíše koupel nebo sprchu, ve kterou denní dobu a kolikrát týdně nebo denně se koupal či myl, jakou má rád teplotu vody, zda je zimomřivý nebo naopak, zda je stydlivý, jaké kosmetické přípravky rád používal, jak často si myl a jakým způsobem upravoval vlasy, popřípadě jak často se holil nebo zda je zvyklý nosit vousy. Všechny zjištěné informace o uživateli, včetně těch, které si na základě pozorování personál doplňuje sám v průběhu služby, opět slouží

⁵² Alzheimer's Disease International, Help for the Caregivers, In Holmerová, I., *Na pomoc pečujícím*, s. 15

⁵³ Mlýnková, J., *Pečovatelství I. díl*, s. 104

k tomu, aby se i v institucionalizovaném zařízení nezhoršila kvalita života nemocného člověka.

3.3 Zdravotní stav

Sdílení informací o zdravotním stavu uživatelů služeb je mezi pečujícím personálem nepřipustné. Zdravotní stav člověka je dle §4 písm. b) zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů⁵⁴, údajem citlivým. Ve vyhlášce 505/2006 Sb. je dále v příloze 2 nazvané „Obsah standardů kvality sociálních služeb“ v odstavci 2 „Ochrana práv“, písm. a), uvedeno toto: „*Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob*“.⁵⁵ V Listině základních práv a svobod se dále v článku 7 (1) uvádí toto: „*Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem.*“⁵⁶ Pracovník v sociálních službách by tedy neměl být obeznámen se zdravotním stavem uživatele služby, jelikož by tím bylo narušeno jeho právo na soukromí. M. Hauke však v knize *Zvládání problémových situací se seniory* píše, že přestože pracovníci v sociálních službách nezjišťují diagnózy svých klientů, nastávají občas situace, kdy je znalost základních informací o zdravotním stavu uživatele žádoucí. Pokud totiž uživatel sám nebo jeho opatrovník či blízcí příbuzní tyto informace pečujícímu personálu sdělí, lze mnohem efektivněji zvládat krizové situace.⁵⁷ A dvojnásob to platí, dle mého názoru, u seniorů s demencí, kteří si zvláště v pokročilejším stádiu nemoci nedokážou ohlídat, aby svým konáním nezhoršili svůj zdravotní stav, protože nevědí, na co si mají dávat pozor. Situace tedy může být často velmi problematičká. I. Holmerová v knize *Vybrané kapitoly z gerontologie* uvádí, že péče o seniory je tradičně dělena na péči zdravotní a sociální, ale vzhledem k tomu, že bývá mnohdy

⁵⁴ Zákon 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů ze dne 4. dubna 2000, §4 písm. b)

⁵⁵ Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ze dne 15. listopadu 2006, příloha 2, odstavec 2, písm. a)

⁵⁶ Ústavní zákon 23/1991 Sb. ze dne 9. ledna 1991, kterým se uvozuje LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako ústavní zákon Federálního shromáždění České a Slovenské Federativní Republiky, Čl. 7 (1)

⁵⁷ Hauke, M., *Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách*, s. 56

nutné zajistit seniorům oba typy služeb, bylo by vhodné je propojit. V současnosti tomu však tak zpravidla není.⁵⁸

Názory se v tomto ohledu velmi různí. Já osobně si myslím, že pečující personál by měl být se zdravotním stavem uživatele obeznámen alespoň do určité míry. Jestliže například pečovatelka nebude vědět, že u uživatele vyvolává silnou alergickou reakci včelí a vosí jed (tedy že trpí alergií), nezavolá s předstihem lékařskou pomoc, pokud uživatele včela nebo vosa bodne. Uvedu další modelový případ. Může se také stát, že uživatel má diagnostikován diabetes a nastane u něho hypoglykémie, což je pokles hladiny cukru v krvi. Uživatel se v tomto případě může cítit špatně, vyvstane mu studený pot, může se objevit třes, je bledý, spavý. Pečovatelka zavolá rychlou záchrannou službu a lékaři do telefonu sdělí příznaky. Pokud dodá, že uživatel má diabetes, lékař pravděpodobně usoudí, že jde o již zmíněnou hypoglykémii a v rámci první pomoci pečovatelce doporučí podat uživateli cukr. Podobných příkladů by myslím bylo možné uvést daleko víc.

Člověk s demencí zpravidla neví, jakou nemocí trpí a jaká zdravotní rizika mu hrozí. Pečující personál díky alespoň základním znalostem některých diagnóz však může poskytnout uživateli účinnou první pomoc v době, kdy čeká na příjezd rychlé záchranné služby, nebo může podat po příjezdu rychlé záchranné služby lékaři alespoň základní informace, které mohou pomoci k rychlejšímu identifikování uživateleova zdravotního problému.

V Domově a Stacionáři rodiny uživatelů většinou předávají informace o zdravotním stavu jejich blízkého nejen zdravotní sestře, ale i jiným pracovníkům zařízení. Myslím si, že pokud rodina informace tohoto typu pracovníkům v sociálních službách sdělí, lze u uživatele lépe předcházet některým zdravotním rizikům. I v této oblasti se tedy domnívám, že je spolupráce mezi rodinou a pečujícím personálem přínosná.

3.4 Životní příběh

Člověk během svého života prožije řadu událostí, jak pozitivních, tak negativních, a některé z nich dokonce mohou jeho dosavadní život zásadním způsobem přeměrovat, a to i v tom smyslu, že mají vliv na jeho budoucí chování. Každý člověk prožil jiný životní příběh, byl ovlivněn a formován jinými událostmi, proto bychom při přijímání seniora do služby měli tento jeho

⁵⁸ Holmerová, I., *Vybrané kapitoly z gerontologie*, s. 31

individuální životní příběh znát, abychom lépe pochopili jeho osobnost. D. Klevetová v knize *Motivační prvky při práci se seniory* uvádí, že když budeme znát životní příběh seniora, pomůže nám to nalézt lepší způsob komunikace, na jehož základě se nám bude se seniorem snadněji spolupracovat. Životní příběh starého člověka je sestaven z mnoha pěkných, ale i tíživých příběhů a také z nedořešených situací.⁵⁹ Klevetová dále píše toto: „*Myslíme si, že dokážeme chápat jeho smutek, ale obtížně přijímáme jeho agresivitu a neochotu spolupracovat a mnohdy tomu vůbec nerozumíme.*“⁶⁰ A Klevetová dále pokračuje, že bychom se měli pokusit najít okolnosti nebo vzpomínky, které zapříčinily změnu seniorova chování.⁶¹ Musíme si také uvědomit, že seniorovi se přechodem do pobytového zařízení značně změní život. O. Matoušek v knize *Ústavní péči* uvádí, že dlouhodobý pobyt v institucionalizovaném zařízení znamená pro každého člověka vždy závažnou změnu v jeho životě.⁶² I z tohoto důvodu je tedy velkým přínosem, pokud se personál zařízení snaží, aby se uživatel co nejlépe a co nejrychleji vyrovnal s novým prostředím. A právě znalost uživatelova životního příběhu může v adaptaci uživatele na změnu životních podmínek výrazně pomoci.

Pokud se senior s demencí nachází v počátečním nebo středním stádiu tohoto onemocnění, je většinou možné se seznámit alespoň s částí jeho životního příběhu přímo z jeho vzpomínek. Matoušek v další své knize *Sociální práce v praxi* píše, že „*vzpomínání je důležitý zdroj informací pro personál – posiluje vztah mezi pečovatelem a klientem tím, že se z objektu péčování stává subjekt, skutečný člověk s vlastní historií, zvládnutými i nezvládnutými životními úkoly, s významnými rolemi, které vykonával, se vztahy, které prožíval, stává se osobností, která zaslouží úctu, zájem, soucit, lásku.*“⁶³ Seniorovo vzpomínání má dle mého názoru dvě výhody. V první řadě slyšíme příběh přímo, nezprostředkovaně, a můžeme tedy pozorovat, jaké emoce vyprávění v seniorovi vyvolává. Z nich následně můžeme mnohé vyvodit. Druhou výhodou vidím v tom, že senior se může cítit lépe, protože vidí, že se o jeho život někdo zajímá. N. Špatenková v knize *Reminiscenční terapie* uvádí, že senioři s demencí mohou v domovech pro seniory trpět pocitem

⁵⁹ Klevetová, D., *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 95

⁶⁰ Klevetová, D., *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 95

⁶¹ Klevetová, D., *Motivační prvky při práci se seniory*, s. 95

⁶² Matoušek, O., *Ústavní péče*, s. 62

⁶³ Matoušek, O., *Sociální práce v praxi*, s. 188 - 189

osamění a právě náš zájem o jejich životní příběh pomůže alespoň částečně zlepšit kvalitu jejich života.⁶⁴

Bohužel do domovů se zvláštním režimem přicházejí i uživatelé, kteří již pod tíhou svého chronického duševního onemocnění nejsou schopni své vzpomínky, svůj životní příběh reprodukovat. Zde pak nastává situace, kdy je třeba potřebné informace získat od blízkých nemocného seniora. Dobře navázaná spolupráce s rodinou je i v této oblasti velmi významná.

Chtěla bych zmínit ještě jeden aspekt. To, že lidé, kteří pod vlivem nemoci ztrácejí paměť, neznamená, že ze svého života zapomenou vše. V jejich myslí většinou zůstává minulost, zvláště ta vzdálená, velmi silně vtištěna. Tím, jak se demence prohlubuje, stále více ubývá paměť krátkodobá a následně mizí i paměť střednědobá. Nemocný člověk se pak uchyluje v myšlenkách především do svého mládí a dětství. Pokud tedy právě v této době prožil nějaké obtížné období, může se mu vybavovat mnohem častěji než dříve. Ubývající kognitivní schopnosti pak brání nemocnému se racionálně s dávným traumatem vyrovnávat. Uživatel vlivem toho například pláče, je smutný, vystrašený, podrážděný, apatický. Jeho psychický stav se promítá do chování, které může být pro personál nečitelné. I zde je tedy žádoucí, aby byla s rodinou uživatele navázána úzká spolupráce, která vyústí v pomoc a podporu nemocného. Také bych chtěla zdůraznit, že je bezpodmínečně nutné, aby spolupráce v těchto citlivých případech byla založena na vzájemné důvěře, dobré víře a etických hodnotách.

3.5 Spiritualita a duchovní potřeby

V další části své práce bych se chtěla věnovat spiritualitě a duchovním potřebám lidí, kteří žijí v domovech pro seniory. V České republice je zaručena svoboda náboženského vyznání, a to dle zákona č. 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností.⁶⁵ To, k jakému vyznání se člověk hlásí nebo zda je bez vyznání, je citlivým údajem (dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů⁶⁶), který nelze od uživatele nebo jeho rodiny při přijetí do služby požadovat. Jestliže je však

⁶⁴ Špatenková, N., *Reminiscenční terapie*, s. 66

⁶⁵ Zákon 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů ze dne 27. listopadu 2001, §2 odst. (1)

⁶⁶ Zákon 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů ze dne 4. dubna 2000, §4 písm. b)

uživatel, a to především pobytové služby, zvyklý žít duchovním životem, měli by mu pracovníci sociálního zařízení vyjít vstříc, pokud je to jen trochu možné. V. Suchomelová se ve své knize *Senioři a spiritualita* dotýká tématu nedostatečné kvality péče o duchovní rozvoj věřících v domovech pro seniory, které se nacházejí na území našeho státu. Přílišný zájem o hodnotnou duchovní péči není většinou ani na straně provozovatelů těchto zařízení, ale bohužel ani na straně církví. Problém vidí též v tom, že duchovní péče v našich pobytových zařízeních pro seniory nemá jasnou koncepci. Suchomelová dále uvádí, že pokud již některý domov projeví zájem o uspokojování duchovních potřeb svých uživatelů, jde spíše o jakýsi „religiózní servis“, který se sestává z bohoslužby jedenkrát za měsíc, dále z návštěvy akolytů několikrát v měsíci a případně z návštěvy duchovního, pokud si ho některý senior vyžádá. Podle autorky knihy jde však spíše o to, že tyto duchovní či pastorační pracovníci nejsou obyvateli domovů pokládáni za partnery, se kterými by si mohli vytvořit těsnější vztah. Pro seniory je pak obtížné vést duchovní rozhovor, tedy například sdílet své problémy a diskutovat o existenciálních tématech.⁶⁷

Uspokojování duchovních potřeb člověka však není podmíněno pouze jeho vírou v Boha. J. Mlýnková v knize *Péče o staré občany* píše, že většina seniorů v závěru života bilancuje a zamýšlí se nad otázkami smyslu svého života. Někdy však na řadu otázek nenalézají odpověď, proto hledají někoho, s kým by si o tom mohli pohovořit, kdo bude ochoten jim aktivně naslouchat. Personál v domovech pro seniory sice nemůže nahradit roli duchovního, přesto však může svým vstřícným přístupem seniorovi pomoci, aby se svěřil s tím, co ho trápí.⁶⁸ I zde je opět vhodná spolupráce s rodinou uživatele. Personál může například příbuznému, kterému senior věří a s nímž má dobrý vztah, říci o tom, že jeho blízký má zatíženou mysl problémem, o kterém by si s ním možná rád popovídal. Pečující se také mohou se seniorem, případně jeho rodinou dohodnout, že povolají duchovního.

Ovšem i senioři s demencí žijí duchovním životem, a je proto nutné na tyto jejich potřeby nezapomínat. Pro takto nemocné lidi, kteří se nacházejí v pobytových zařízeních, může být situace ještě o poznání horší. Vlivem svého onemocnění totiž většinou nedokážou formulovat své potřeby, projevit svá

⁶⁷ Suchomelová, V., *Senioři a spiritualita*, s. 238 – 239

⁶⁸ Mlýnková, J., *Péče o staré občany*, s. 50

přání. Opět i v této oblasti je tedy žádoucí, pokud je navázána spolupráce mezi rodinou uživatele a rezidenčním zařízením.

Farní charita Beroun, o jejichž dvou službách píše svoji bakalářskou práci, je organizací církevní. Je proto vcelku přirozené, že se na její půdě ctí určité duchovní hodnoty (v tomto případě se jedná o hodnoty křesťanské). Na tuto skutečnost jsou zájemci o službu a jejich nejbližší upozorňováni. Pokud rodina uzná za vhodné sociální pracovníci o duchovním životě svého blízkého informovat, jsou následně domlouvány další konkrétní kroky směřující k tomu, aby nově přijímaný uživatel mohl i v pobytové či ambulantní službě realizovat své duchovní potřeby.

3.6 Komunikace

Nyní bych chtěla pohovořit o tématu, které pokládám za velmi důležité. Je jím komunikace se seniory, kteří trpí demencí. V komunikaci s takto nemocnými lidmi vzniká mnoho bariér a je na pečujících, aby je zmírňovali nebo odstraňovali, protože nemocní toho sami nejsou schopni. Vlivem demence se u člověka zhoršují kognitivní schopnosti, což se současně odráží i ve zhoršování komunikace. U některých seniorů se též, především v začátcích jejich onemocnění, objevují deprese nebo změny nálad, což opět komunikaci neprospívá. Přesto je třeba právě komunikaci věnovat zvýšenou pozornost a snažit se nalézt způsob, jak se s nemocným člověkem dorozumět. Vhodné cesty by měly hledat jak rodinní, tak profesionální pečovatelé a opět i na tomto místě musím zdůraznit, že dobrá spolupráce mezi nimi bývá zpravidla korunována úspěchem.

Než se však zmíním o konkrétních příkladech této spolupráce, chtěla bych jen v krátkosti uvést obecné zásady, kterými by se měli pečující řídit, aby se komunikace mezi nimi a seniory s demencí odvíjela co nejlépe. R. Jiráček v knize Demence a jiné poruchy paměti uvádí, že s lidmi trpícími demencí se má jednat s velkou trpělivostí a empatií, je třeba se pokoušet vysledovat, co potřebují, co si přejí, a je nutné také vždy respektovat jejich důstojnost. Pokud porozumíme tomu, co člověk s demencí prožívá, lépe pochopíme jeho často zvláštní chování. Jiráček dále píše, že pokud má člověk úspěšně navazovat a udržovat vztahy ve svém sociálním prostředí, musí ovládat schopnost komunikace. Lidé si díky komunikaci svá sdělení vzájemně předávají. Člověk s demencí však má z důvodu své nemoci tuto schopnost poškozenou, a to zvláště její verbální složku. Přesto je možné se s ním i v pokročilém stádiu demence

dorozumět. Je třeba jen hledat jiné formy komunikace.⁶⁹ J. Zgola v knize Úspěšná péče o člověka s demencí uvádí toto: „Člověk neztrácí potřebu komunikovat, přestože už ztratil schopnost tvořit slova a slovům rozumět.“⁷⁰ V těchto případech je tedy vhodné zvolit neverbální (tedy mimoslovní) formu komunikace. M. Venglářová v knize *Problematické situace v péči o seniory* píše, že komunikovat znamená sdělovat druhým informace, ale i city a pocity. Mohou se k tomu používat slova, ovšem převážná většina informací je předávána mimoslovně, tedy pomocí gest, mimiky nebo způsobem pohledu.⁷¹ A právě takzvané řeči těla člověk s demencí rozumí i v době, kdy již u něho došlo k úplnému rozpadu řečových funkcí. Proto by pečující tomuto způsobu komunikace měli věnovat velkou pozornost.

V další části této podkapitoly bych se ráda krátce věnovala konkrétní spolupráci rodin uživatelů a profesionálních pečovatelů v Domově a Stacionáři, která souvisí s komunikací. Vycházela jsem z rozhovoru se sociální pracovnící a s pracovníci v přímé péči – tedy hlavně s pečovatelkami a aktivizační pracovníci. Na základě jejich odpovědí lze usuzovat, že většina příbuzných má o spolupráci s pracovníci zařízení zájem. V praxi to znamená, že si nejčastěji vyměňují informace, získané na základě pozorování, o tom, jak nejlépe s uživatelem komunikovat nebo v jakých případech nastávají komunikační problémy. Občas se například stává, že senior s demencí poměrně dobře komunikuje s personálem zařízení, ale ve svém domácím prostředí komunikovat odmítá nebo je nazlobený a komunikace s příbuznými tedy vážne. Totéž může probíhat i naopak. Spolupráce je tedy dvousměrná a jejím předmětem je se společně zamyslet nad tím, co by mohlo být důvodem seniorovy neochoty komunikovat.

Uvedu jen několik příkladů, co je tedy třeba udělat, aby komunikace s nemocným nevázla. Zásady jsem částečně čerpala z knihy I. Holmerové pod názvem *Péče o pacienty s kognitivní poruchou* a částečně z odpovědí oslovených pracovníků.

Je dobré mluvit pomaleji (tempo řeči je dobré podřídít individuálním schopnostem uživatele), zřetelně a je-li to vhodné, volit jednoduché věty či slovní spojení a důležité informace dle potřeby zopakovat. Tón hlasu by měl být příjemný, klidný, nedirektivní. Je také dobré se vyvarovat zdvořilosti.

⁶⁹ Jiráček, R., *Demence a jiné poruchy paměti*, s. 108 - 109

⁷⁰ Zgola, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, s. 84

⁷¹ Venglářová, M., *Problematické situace v péči o seniory*, s.74

Nemocnému je třeba poskytnout dostatečný časový prostor k vyjádření, protože mu činí zpravidla problém si vybavit správný pojem, zatímco s porozuměním ještě potíže nemá. Je také žádoucí mluvit tváří v tvář, udržovat oční kontakt a usmívat se. Pokud nemocný slovům nerozumí, je vhodné zvolit jinou formulaci a doplnit ji neverbálními signály, které jsou pro něho více čitelné.⁷²

Správná komunikace zvyšuje pohodu seniora, a pokud neprobíhá alespoň v určité formě, nemocný strádá. J. Zgola v knize *Úspěšná péče o člověka s demencí* uvádí, že je velmi důležité, aby pečující udržoval s osobou trpící demencí komunikaci po celou dobu trvání nemoci. Pokud bude jejich vzájemný vztah dobrý, promítne se to pozitivně do kvality života obou.⁷³ Měli bychom pamatovat na to, že nemocný člověk zpravidla z našeho chování, tónu hlasu a přístupu k němu vycítí, zda ho přijímáme, zda se o něho upřímně zajímáme a zda jsou naše úmysly vůči němu dobré.

3.7 Záliby a koníčky

Do oblastí spolupráce s rodinou bych také ráda zahrnula téma zálib a koníčků seniora s demencí. S touto problematikou je provázána i aktivizace a komunikace. O komunikaci jsem rozsáhleji hovořila v předešlé podkapitole. V souvislosti s tímto tématem bych tedy chtěla dodat, že vlivem demence sice člověk postupně své záliby a koníčky opouští, ale ještě určitý čas se o nich dokáže alespoň bavit, tedy rozvíjet na dané téma komunikaci. Provozování záliby člověka obohacuje, působí mu radost, dělá ho šťastnějším a v konečném důsledku mu pak napomáhá v udržování komunikačních schopností. Pokud se člověk s demencí nějakým oblíbeným činnostem věnuje nebo o nich hovoří, zároveň u něho dochází k přirozené aktivizaci. Vhodná aktivizace je důležitým faktorem, který zpomaluje postup demence u seniorů. L. Rejman ve *Slovníku cizích slov* uvádí, že slovo aktivizace znamená „*povzbuzení k činnosti, uvedení v činnost*“⁷⁴. Rozšířeněji lze též říci, že je to „*proces, kterým jsou lidé (jedinci nebo i skupiny) vedeni k činnostem*“⁷⁵. Z. Kalvach v knize *Úvod do*

⁷² Holmerová, I., *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*, s. 70 - 71

⁷³ Zgola, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, s. 123

⁷⁴ Rejman, L., *Slovník cizích slov*, s. 26

⁷⁵ Kohoutek, Rudolf. *Pojem aktivizace*. ABZ.cz: slovník cizích slov [online]. Ostrava, c2005-2017 [cit. 2017-05-31]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/aktivizace-aktivisace-aktyvizace>

gerontologie a geriatry uvádí, že „člověk je od přirozenosti tvor činný, agilní“⁷⁶. Dále píše, že nečinnost člověka je chorobným projevem, který se promítá jak do tělesného, tak do duševního stavu člověka. Negativně poznamenána je i sociální sféra, protože nemocný se dostává do sociální izolace a zvyšuje se jeho závislost.⁷⁷ Kalvach píše toto: „Soudí se, že nečinnost je spojena s prázdnotou, nízkou kvalitou života a absolutní inaktivita v medicínském významu s řadou závažných i život ohrožujících komplikací“.⁷⁸ Dále dodává, že z tohoto důvodu je třeba seniory motivovat k různorodým činnostem.⁷⁹ Aktivity volnočasového charakteru jsou pro nemocného významné z několika hledisek. Iva Holmerová v knize *Dopisy* zmiňuje, že různorodé aktivity umožňují člověku s demencí trávit čas smysluplně a dále mu pomáhají strukturovat den. Díky nim se také daří alespoň částečně vytlačit nevhodné vzorce chování jako je neklid spojený například s bezcílným chozením, bloudění, opakování stereotypních pohybů a podobně.⁸⁰

V souvislosti s koníčky a zálibami bych také ráda zmínila aspekt, kdy může významnou roli sehrát rodina nemocného. Senior vlivem postupující demence ztrácí schopnost se svým oblíbeným aktivitám věnovat. M. Regnault v knize *Alzheimerova choroba* zmiňuje, že ubývající schopnosti mohou seniora demoralizovat a demotivovat. Člen rodiny, kterému senior důvěřuje, by se tedy měl ujmout úkolu nemocnému vhodným způsobem vysvětlit, z jakého důvodu k tomu dochází, a ubezpečit ho, že i přesto může ve svých oblíbených aktivitách pokračovat a že se mu on sám bude snažit v tomto směru pomáhat. Regnaut dále uvádí, že v té fázi demence, kdy se již nemocný nedokáže téměř žádným aktivitám věnovat, by mu měla blízká osoba zpříjemňovat dlouhé chvíle svojí přítomností.⁸¹ Co se týče ambulantních služeb, zde vidím pozitiva spolupráce v tom, že rodina může pracovníkům zařízení sdělit, co doma jejich blízký zpravidla dělá nebo naopak dělat nechce, co ho těší, zajímá. Na základě těchto informací je pak možné s uživatelem lépe pracovat. U denního stacionáře lze velmi dobře provázat aktivizaci v zařízení během týdne s aktivizací v rodině během víkendu. Pokud se pečujícímu personálu podaří

⁷⁶ Kalvach, Z., *Úvod do gerontologie a geriatry*, s. 82

⁷⁷ Kalvach, Z., *Úvod do gerontologie a geriatry*, s. 82

⁷⁸ Kalvach, Z., *Úvod do gerontologie a geriatry*, s. 82

⁷⁹ Kalvach, Z., *Úvod do gerontologie a geriatry*, s. 82

⁸⁰ Holmerová, I., *Dopisy České alzheimerovské společnosti*, s. 66

⁸¹ Regnault, M., *Alzheimerova choroba*, s. 45

s rodinami uživatelů úžeji spolupracovat, mohou si poznatky vzájemně doplňovat a celkově pak život seniora obohacovat.

Každý člověk se narodí s jiným nadáním. Některé oblasti činnosti ovládá lépe, jiné hůře, některé ho baví a jiným se vyhýbá. Proto je vhodné již v začátku služby s rodinou uživatele, a předně i s uživatelem samotným, pokud je toho schopen, prodiskutovat, jaké konkrétní záliby a koníčky v minulosti měl, co ho zajímalo a u kterých činnostech se cítil dobře a naopak, a samozřejmě také to, které oblíbené aktivity u seniora přetrvaly do současnosti a jakým způsobem by bylo možné ho v jejich provozování podpořit. Oblíbené činnosti seniora je pak dobré vhodně zakomponovat do denního programu, pomáhat mu s jejich organizací. Při uskutečňování některých zálib seniora by neměli chybět jeho rodinní příslušníci. Pokud je spolupráce mezi rodinou uživatele a zařízením na dobré úrovni, daří se zkoordinovat, aby se blízcí seniora mohli podílet na určitých činnostech spolu s ním.

Závěrem této části bych chtěla ještě podotknout, že i člověk s demencí by se měl svým zálibám věnovat, dokud to jde. Přináší mu to radost a příjemné pocity z toho, že činnost zvládl, a v neposlední řadě je tím posilováno i jeho sebevědomí. A přestože se vždy nepodaří záliby a koníčky v sociálním zařízení plně zrealizovat, má smysl se o to pokoušet a nad vhodnými možnostmi přemýšlet.

3.8 Sociální kontakty – rodina, přátelé

Důležitým faktorem v životě člověka jsou jeho sociální kontakty, a právě jim bych se chtěla věnovat v následující podkapitole. V. Smitka v knize *Starý člověk ve společnosti a v rodině* uvádí, že člověk je tvorem společenským, a to i přesto, že se občas potřebuje uchýlit do samoty a soukromí. Delší dobu trvající izolace však člověka deprimuje. Lidé se vzájemně potřebují, takže pokud se jim daří udržovat dobré vztahy ve své rodině i nejbližším okolí, jejich život je mnohem radostnější.⁸² Pro každého člověka by měla být stěžejní především jeho rodina. Ovšem vždy tomu tak není. Stále častěji dochází k rozpadu rodin a společné soužití více generací již není tak běžné, jak bývalo ještě například na začátku minulého století. M. Petrová v knize *Šedivější hodnoty* konstatuje, že ubývá mezigenerační solidarity v tom smyslu, že děti

⁸² Smitka, V., *Starý člověk ve společnosti a v rodině*, s. 48 - 52

cítí méně odpovědnosti v případě, kdy se mají postarat o svoje staré a nemocné rodiče.⁸³

U lidí s demencí jsou zdravé rodinné vazby a sociální kontakty s přáteli velmi důležité. Dobře fungující sociální služba by tedy měla napomáhat k udržování všech těchto vztahů. M. Hauke v knize *Zvládání problémových situací se seniory* píše: „*Rodina je nedílnou součástí klientova života a může být obrovským zdrojem sociální, materiální i emocionální podpory, jsou-li vztahy dobré.*“⁸⁴ Hauke dále píše, že rodina může významně přispět svým názorem, pokud se v zařízení vytváří plán toho, jak bude sociální služba u uživatele probíhat.⁸⁵ Rodina svého blízkého zpravidla nejlépe zná a umí citlivěji porozumět jeho potřebám, ale i radostem a obavám. Je proto dobré, pokud zařízení, poskytující službu seniorům s demencí, vytváří co možná největší prostor k tomu, aby se příbuzní nemocného mohli na péči aktivně podílet a samozřejmě se s ním i pravidelně setkávat. H. Janečková v knize *Reminiscence* píše, že když se senior přestěhuje do domova pro seniory, znamená to pro něho i zpravidla odtržení od jeho známých.⁸⁶ Tedy částečně se zpřetrhají jeho sociální vazby, které si v průběhu života vytvořil. A právě úzký kontakt s jeho rodinou mu může pomoci tuto těžkou situaci lépe zvládnout. Janečková dále uvádí, že pro seniora jsou členové jeho rodiny, ať už děti nebo vnoučata, nejbližšími lidmi, vedle nichž prožil řadu let a které zpravidla velmi dobře zná. Proto by se pracovníci sociálních služeb měli snažit tyto pevné rodinné vazby „*uchovat, chránit a podporovat alespoň v takové podobě, v jaké probíhaly doposud*“.⁸⁷ A jaká je tedy konkrétní praxe?

Z rozhovoru se sociální a aktivizační pracovníci a pečovatelkou Domova a Stacionáře vyplývá, že personál je k návštěvám, které za seniory přijdou, velmi vstřícný. Pro vzájemné setkávání uživatelů a jejich rodin či přátel se snaží vytvářet vhodné podmínky a četné příležitosti. Během roku například pořádají společná odpoledne, ať už v rámci velikonočních a vánočních svátků, různých kulturních akcí nebo při společném grilování na zahradě. I při běžné návštěvě příbuzných nebo známých seniora se pečující personál snaží

⁸³ Petrová Kafková, M., *Šedivější hodnoty?*, s. 55

⁸⁴ Hauke, M., *Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách*, s. 42

⁸⁵ Hauke, M., *Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách*, s. 42

⁸⁶ Janečková, H., *Reminiscence*, s. 111

⁸⁷ Janečková, H., *Reminiscence*, s. 112

s návštěvou třeba jen krátce promluvit, pokud o to návštěva projeví zájem. Vzniká tak prostor pro vzájemné předávání informací, které jsou pro péči o seniora důležité.

Závěrem této podkapitoly lze říci, že péče o člověka s demencí se během doby, kdy v pobytovém nebo ambulantním zařízení tento člověk pobývá, zpravidla velmi proměňuje vlivem jeho zhoršujícího se zdravotního stavu. Proto je po celou dobu, kdy nemocný využívá služby, většinou velmi přínosná spolupráce i s jeho rodinou a přáteli. Udržování sociálních kontaktů, především s blízkými příbuznými, je pro nemocného člověka velmi významné a hraje v jeho životě důležitou roli. V neposlední řadě je třeba dodat, že seniora s demencí by jeho blízcí měli pokládat za rovnocenného partnera a zapojovat ho dle možností do rodinného života, aby nedocházelo k jeho izolaci.

3.9 Úprava prostředí

Poslední oblastí, kterou se chci zabývat, je prostředí. E. Rheinwaldová v knize *Novodobá péče o seniory* píše, že z četných studií vyplývá, že prostředí ovlivňuje jak chování seniorů, tak jejich zdraví. Je proto velmi důležité, aby bylo přizpůsobeno jejich individuálním potřebám.⁸⁸ U mnoha seniorů s demencí je velkým přínosem, pokud se prostředí některých částí domova nebo stacionáře podaří upravit společně s jejich rodinou. Nechci se zmiňovat o běžných úpravách v prostorách těchto zařízení, na jejichž provedení nemá rodina uživatele vliv (tedy například vhodně uzpůsobené sprchové kouty či nízké prahy, aby o ně senior nezakopával). Jde mi spíše o úpravy, které lze s uživatelem a jeho blízkými spoluvytvářet. Zde bych pohovořila o dvou kategoriích úpravy prostředí.

Do té první bych zařadila věcné vybavení. Spadá sem především úprava pokoje seniora. J. Zgola v knize *Úspěšná péče o člověka s demencí* uvádí, že do této činnosti lze rodinu seniora většinou velice snadno zapojit. Pokoj je například možné vyzdobit různými osobními předměty, které zaujmají v seniorově životě zvláštní význam. Mohou jimi být fotografie, medaile a podobně.⁸⁹ Různé upomínkové a dekorativní předměty seniorovi připomínají domov a navíc prostory kolem jeho lůžka zútulňují. Každý člověk má jiný vkus, jiné nároky a rodina svého blízkého v tomto směru nejlépe zná a ví, co

⁸⁸ Rheinwaldová, E., *Novodobá péče o seniory*, s. 37

⁸⁹ Zgola, J., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, s. 44

ho potěší, v čem se cítí příjemně. P. R. Callone v knize *Alzheimerova nemoc* zmiňuje i další pohledy na vybavení seniorova pokoje. Člověk by se v něm měl cítit bezpečně a jeho vybavení uměleckými díly, stylovým nábytkem nebo i bytovým textilem by mělo u seniora s demencí navozovat pocit emočního klidu. Navíc příjemné prostředí většinou nemocným pomáhá omezit neklid nebo bezcílné potulování v prostorách domova. Důležité také je, abychom se nesnažili přizpůsobovat nemocného seniora okolnímu prostředí, ale naopak bychom měli toto prostředí utvářet tak, aby splňovalo potřeby každého jedince.⁹⁰ To, jak lze přizpůsobovat prostředí konkrétnímu uživateli, si dovoluji demonstrovat na krátkém příkladu. Stává se, že senior nerozpozná své věci, například chodítko, nebo není schopen najít dveře svého pokoje a tím pádem zbytečně po objektu bloudí. V tomto případě můžeme věci nebo dveře označit jeho oblíbenou barvou (na kliku dveří můžeme kupříkladu navázat žlutou stuhu).

Druhou kategorií tvoří spíše bariéry prostředí nevěcného charakteru. Člověka s demencí často irituje příliš hlučné prostředí. Může v něm pociťovat strach a brání mu se soustředit na činnosti, které ještě běžně ovládá. Tímto rušivým elementem může být hluk v místnosti, příliš nahlas puštěné rádio nebo televizní pořad. Seniorovi je tedy vhodné v těchto případech umožnit, aby se uchýlil do soukromí. Je s ním možné odejít do jeho pokoje, v teplém období navštívit zahradu, vzít ho na procházku do lesa a podobně. Pokud i v tomto ohledu zařízení úzce spolupracuje s příbuznými uživatele, výsledkem je, že se senior cítí dobře a bezpečně.

Oblast úpravy prostředí dle individuálních potřeb uživatele nestojí vždy v popředí zájmu pracovníků sociálních služeb. Často se více upřednostňuje hygienická péče, stravování nebo aktivizace. Já si však myslím, že by se v kvalitním zařízení neměla opomíjet. Chtěla bych se připojit k názoru R. Callone, který vyslovila v knize *Alzheimerova nemoc*. Callone píše, že prostředí může být jedním z důležitých faktorů ve zvyšování kvality života lidí s Alzheimerovou chorobou.⁹¹

V této kapitole své práce jsem popsala řadu oblastí, o kterých se domnívám, že v nich lze spolupracovat velmi dobře s rodinou uživatele. Občas se stane, že rodina se příliš nezajímá o to, co jejich blízký v domově nebo stacionáři dělá

⁹⁰ Callone, P. R., *Alzheimerova nemoc*, s.103 - 104

⁹¹ Callone, P. R., *Alzheimerova nemoc*, s.104

a jak se tam cítí. Na základě své několikaleté zkušenosti v práci s rodinami si však dovolím tvrdit, že většina příbuzných o svého blízkého zájem má. V některých zařízeních hovoří s rodinou uživatele v počátku služby sociální pracovník a tím veškerá další komunikace v podstatě končí. To je však špatně. S rodinou uživatele, zvláště pokud se jedná o seniora s demencí, je trvalá spolupráce velmi žádoucí. M. Markoviscová v odborném časopise *Ošetrovatelská péče* uvádí, že z dotazníku, který vypracovala a dala rodinám uživatelů vyplnit, jasně vyplývá, že většina oslovených rodin o spolupráci zájem má. Markoviscová dále píše, že spolupráce by se měla promítnout do individuálního přístupu ke každému uživateli a samozřejmě tím i do zkvalitnění péče o uživatele.⁹² Je tedy třeba se nad touto situací zamyslet a potenciál rodiny v péči o seniory více využívat.

⁹² Markoviscová, M., *Ošetrovatelská péče*, s. 5

4. Popis služby v Domově sv. Anežky České a Stacionáři sv. Anežky České

V následující kapitole se budu věnovat popisu dvou sociálních služeb, které byly zřízeny Farní charitou Beroun. O práci v těchto službách jsem se zmínila již v předchozí kapitole. Nyní bych však chtěla službu Domova a Stacionáře podrobněji popsat, protože z faktů v nich získaných budu dále vycházet v praktické části své bakalářské práce.

4.1 Domov sv. Anežky České

Domov, ve kterém pracuji ve funkci sociálně administrativní pracovnice, je službou pobytovou a řadí se do skupiny domovů se zvláštním režimem. Při popisu této služby budu čerpat z oficiálních „Metodických předpisů Domova sv. Anežky České“⁹³, zpracovaných na základě Standardů kvality sociálních služeb, jež jsou součástí vyhlášky 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách⁹⁴.

Posláním Domova sv. Anežky České je poskytovat sociální službu těm seniorům a jejich rodinám, kterým vstoupila do života demence a velmi zásadně ovlivnila jejich dosavadní život.⁹⁵ Nemocným seniorům především tím, že jim znemožnila setrvat v jejich přirozeném domácím prostředí, a jejich rodinám tím, že je postavila před náročný úkol se s onemocněním svého blízkého vyrovnat.

Cílem služby je usilovat o zlepšení nebo v co největší možné míře o zachování soběstačnosti uživatelů a podpora jejich psychických i fyzických

⁹³ Metodické předpisy Domova sv. Anežky České, které vydala Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

⁹⁴ Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ze dne 15. listopadu 2006, příloha 2, odstavec 1, písm. a)

⁹⁵ Popis sociální služby (MP/1) Domov sv. Anežky České – domov se zvláštním režimem In Metodický předpis Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

schopností.⁹⁶ Je kladen též velký důraz na zachování rodinných vazeb a udržování sociálních kontaktů.

Domov má kapacitu jedenáct lůžek, což je z mého pohledu výhodou. Personál tak má možnost lépe rozpoznat individuální potřeby jednotlivých uživatelů a získané poznatky následně využít v komplexní péči.

Tým pracovníků Domova vede vedoucí služby, přímou péči o uživatele zajišťují pečovatelky a aktivizační pracovnice, dále zde pracuje zdravotní sestra a fyzioterapeutka a tým doplňuje sociální a sociálně administrativní pracovnice. Personál Domova se snaží o to, aby nemocným seniorům poskytl důstojné podmínky k životu a tím zachoval kvalitu jejich života.

4.2 Stacionář sv. Anežky České

V bakalářské práci chci taktéž využít poznatky z denního stacionáře, který je službou ambulantní. Služby Domova a Stacionáře jsou provozovány ve stejných prostorech a i zaměstnanci jsou titíž. Interními dokumenty, ze kterých budu při popisu služby čerpat, jsou „Metodické předpisy Stacionáře sv. Anežky České“.⁹⁷ Tyto předpisy byly opět zpracovány na základě Standardů kvality sociálních služeb, jež jsou součástí vyhlášky 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách⁹⁸.

Posláním Stacionáře sv. Anežky České je umožnit lidem seniorského věku, kteří mají počínající demenci, popř. závažnější fyzické problémy, pobývat mezi svými vrstevníky a předcházet tak jejich sociálnímu vyloučení.⁹⁹ Uživatelům pracovníci denního stacionáře zajišťují celodenní péči a aktivní trávení volného času.

⁹⁶ Popis sociální služby (MP/1) Domov sv. Anežky České – domov se zvláštním režimem In Metodický předpis Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

⁹⁷ Metodické předpisy Stacionáře sv. Anežky České, které vydala Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

⁹⁸ Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ze dne 15. listopadu 2006, příloha 2, odstavec 1, písm. a)

⁹⁹ Popis sociální služby (MP/1) Stacionář sv. Anežky České – denní stacionář In Metodický předpis Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

Cílem služby je opět pomoci seniorům v co největší možné míře zachovat jejich soběstačnost, psychické i fyzické schopnosti a tím oddálit ústavní péči. Nezanedbatelná je i podpora rodin uživatelů.¹⁰⁰

Stacionář má denní kapacitu deset míst a své služby poskytuje v pracovních dnech v době od 7 do 19 hodin.

Závěrem této části bych chtěla podotknout, že pracovníci Domova i Stacionáře se při poskytování služby řídí několika zásadami. Je to především porozumění, úcta a ohleduplnost, dále rovný přístup ke každému člověku, respektování volby, podpora samostatnosti uživatelů, respektování soukromí a též profesionální partnerský přístup. Důležitou zásadou je i rozvíjení spolupráce s rodinou a blízkými uživatele.^{101,102}

4.3 Současný stav spolupráce s rodinou v Domově a Stacionáři

V obou sociálních službách, jak ambulantní, tak pobytové, je kladen na spolupráci s rodinami uživatelů velký důraz. Sociální pracovníce a zdravotní sestra poměrně často s rodinnými příslušníky uživatelů telefonují nebo se s nimi setkávají osobně v době, kdy přijdou za svým blízkým do domova na návštěvu nebo pro něho odpoledne přijedou do stacionáře. Do osobních hovorů se zapojují i aktivizační pracovníce či pečovatelky, vždy podle momentální potřeby. Předmětem rozhovorů bývá především předávání informací vážících se k uživateli. Tyto informace pak následně pracovníci promítají do péče v jednotlivých výše uvedených oblastech, a tím zvyšují kvalitu života seniora.

Všichni pracovníci týmu Domova a Stacionáře jsou pomocí interních školení v rámci měsíčních porad vedeni k tomu, aby s rodinami uživatelů uměli hovořit na patřičné profesionální úrovni a dokázali jim předat potřebné informace, samozřejmě podle svého profesního zaměření a svých kompetencí. Z rozhovorů s výše uvedenými pracovníci, ale i z anonymních dotazníků o spokojenosti o službě, které uživatelé a jejich rodiny každý rok vyplňují

¹⁰⁰ Popis sociální služby (MP/1) Stacionář sv. Anežky České – denní stacionář In Metodický předpis Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

¹⁰¹ Popis sociální služby (MP/1) Domov sv. Anežky České – domov se zvláštním režimem In Metodický předpis Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

¹⁰² Popis sociální služby (MP/1) Stacionář sv. Anežky České – denní stacionář In Metodický předpis Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

a s jejichž obsahem jsem měla možnost se seznámit, lze usoudit, že obě služby jsou hodnoceny dobře a co se týče vzájemné spolupráce, i o ní se rodiny uživatelů vyjadřují kladně. Na základě uvedených skutečností si dovoluji konstatovat, že pracovníci Domova a Stacionáře mají s většinou příbuzných uživatelů zdravý profesionální vztah, který se pak následně odráží v celkové pozitivní atmosféře. V konečném důsledku z tohoto stavu profitují především uživatelé těchto dvou služeb.

4.3.1 Podpůrná skupina

Dalším tématem, které bych chtěla ve své bakalářské práci zmínit, je fungování podpůrné skupiny. Touto tematikou se zabývá i O. Matoušek, který v knize *Metody a řízení sociální práce* zmiňuje pozitivní vliv svépomocných a podpůrných skupin na jejich členy. Píše, že v těchto skupinách člověk pomoc jednak přijímá, ale i poskytuje. Vzhledem k tomu, že lidé navštěvující tyto skupiny prožívají podobné problémy, lépe si rozumějí a často si dokážou vzájemně poradit a lépe tak zvládnout nepříznivé životní situace.¹⁰³

Pracovníci Domova a Stacionáře si uvědomují, jak je péče o seniory s demencí pro některé rodinné pečovatele náročná. Současně kladou velký důraz na dobře fungující spolupráci mezi sociálním zařízením a rodinou seniora, který trpí demencí. Především z těchto dvou důvodů pracovníci Domova a Stacionáře založili podpůrnou skupinu, kde lze sdílet problémy pramenící z péče o seniory s demencí a také si předávat zkušenosti a informace. Setkání probíhají pravidelně každý měsíc a diskutuje se o všem, co zúčastněné tíží, s čím si v péči neví rady. Někteří pracovníci Domova a Stacionáře si na tato setkávání připravují krátké příspěvky. Díky nim rodinné pečovatele informují například o tom, jak lze seniora s demencí aktivizovat, jak o něho lépe pečovat z hlediska hygieny a stravy, jaké může využívat kompenzační pomůcky, jak s ním lépe komunikovat, jakým způsobem je možné požádat o příspěvek na péči nebo o jeho zvýšení, a také řeší otázky opatrovnictví nebo hledají vhodná řešení, jak zamezit tomu, aby člověk díky péči o druhého nevyčerpal svoje síly. V rámci této podpůrné skupiny byla též navázána spolupráce s neurologem, psychologem a právníkem. Ke spolupráci byla přizvána i zdravotní sestra, která se zabývá domácí hospicovou péčí a dokáže poradit, jak nejlépe doprovodit svého blízkého v posledních chvílích jeho života. V pořádání podpůrných skupin pracovníci Domova a Stacionáře

¹⁰³ Matoušek, O., *Metody a řízení sociální práce*, s. 167

spatřují velký význam, protože se domnívají, že se díky předávaným informacím lépe daří zvyšovat kvalitu života jejich uživatelů a do určité míry i rodin těchto uživatelů.

5. Praktická část

5.1 Cíl práce a zvolená metoda

Teorii, kterou jsem uvedla v předchozích kapitolách, bych chtěla podepřít praktickou částí mé práce. Pomocí vybrané metodologie se budu snažit splnit cíl práce, tedy zhodnotit, do jaké míry ovlivňuje spolupráce personálu zařízení Domova sv. Anežky České a Stacionáře sv. Anežky České a rodiny kvalitu života seniorů s demencí, a do jakých oblastí péče o seniora se především promítá.

Pro dosažení cíle práce jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Jedná se o kvalitativní metodu, která mi pomůže zjistit, jak spolupráce s rodinou v Domově a Stacionáři funguje v praxi. M. Miovský v knize *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* píše, že metoda polostrukturovaného rozhovoru umožňuje vytvořit si předem okruhy otázek, u nichž je však možné v průběhu rozhovoru měnit pořadí a též je dovoleno otázky upřesňovat a požadovat od respondentů určitá vysvětlení a doplnění.¹⁰⁴ Myslím si tedy, že mi tato metoda umožní vést rozhovory s určitou volností, což mi dovolí hlouběji proniknout do dané problematiky.

Vzhledem k rozsahu bakalářské práce se nejedná o plnohodnotný výzkum, ale spíše o ilustrativní dokreslení daného tématu. Kvalitativní metoda, kterou budu v praktické části aplikovat, se využívá v kvalitativním výzkumu. J. Hendl v knize *Úvod do kvalitativního výzkumu* uvádí, že tento druh výzkumu v sobě skrývá řadu metod a přístupů, přesto však lze souhrnně říci, že jeho základem je snaha vytvořit si o zkoumaném problému komplexní obraz.¹⁰⁵ Tato práce mi neumožňuje zkoumanou problematiku rozebrat v celé její šíři. Přesto doufám, že výsledek mého zkoumání bude přínosný.

5.2 Zdůvodnění volby otázek a postup vedení rozhovoru

Otázky pro respondenty jsem volila tak, aby postihly všechny oblasti péče, které jsem popsala v teoretické rovině. A samozřejmě také tak, aby byly v souladu s vytčeným cílem. Pokusila jsem se zjistit, do jaké míry respondenti spolupracují s rodinami uživatelů obou sociálních zařízení a jaký má podle

¹⁰⁴ Miovský, M., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*, s. 159 - 160

¹⁰⁵ Hendl, J., *Úvod do kvalitativního výzkumu*, s. 12

nich tato spolupráce vliv na kvalitu života a péče seniorů s demencí. Kladný dopad spolupráce s rodinou jsem chtěla doložit na konkrétních příkladech z praxe. Svoji práci chci poukázat na to, jak je spolupráce sociálního zařízení a rodiny pro seniora s demencí významná.

Před samotným rozhovorem jsem respondenty seznámila s tím, za jakým účelem bude interview vedeno, a respondenti mi též podepsali informovaný souhlas. Jednotlivé rozhovory jsem nahrávala na diktafon a následně jsem použila fonetický přepis. Rozhovory trvaly v průměru 10 minut.

5.3 Zdůvodnění výběru respondentů

Rozhovory vedu s pracovníci Domova sv. Anežky České a Stacionáře sv. Anežky České. Respondenty jsem volila tak, aby každý dotazovaný reprezentoval vždy určitou profesi. Tím jsem se chtěla vyvarovat jednostranného profesního pohledu. Ve výše zmíněném sociálním zařízení jsem se dotazovala pečovatelky, aktivizační pracovnice a sociální pracovnice. První dvě jmenované jsou pracovníci v přímé péči, sociální pracovnice naproti tomu vede jednání se zájemci o službu a poměrně často s rodinami komunikuje stran různých organizačních záležitostí. Všechny pracovnice, které jsem k rozhovoru vyzvala, v zařízení pracují již řadu let, a tudíž předpokládám, že mají se spoluprací s rodinami uživatelů poměrně značné zkušenosti. Proto bude mým zajímavé zjistit, jak tuto spolupráci hodnotí.

5.4 Zaměření rozhovorů

V rozhovorech jsem se snažila postihnout míru spolupráce mezi sociálním zařízením a rodinou v těch oblastech péče o seniory s demencí, kde je vzájemné předávání informací velmi důležité. Může totiž významně ovlivnit péči a tedy i kvalitu života seniora. Vyplyvá to též z názorů odborníků, z jejichž teoretických poznatků jsem vycházela v teoretické části této práce. Konkrétně jsem se zaměřila na oblast zvyklostí, rituálů a denního režimu uživatelů, dále na oblast stravování a hygieny, zdravotního stavu, životního příběhu, spirituality a duchovních potřeb, dále jsem do rozhovorů zařadila i otázky týkající se komunikace, zálib a koníčků, sociálních kontaktů a úpravy prostředí. V rozhovorech byl také kladen velký důraz na kvalitu života seniorů s demencí.

5.5 Výsledky ilustrativních rozhovorů

V této části práce bych chtěla naplnit cíl, který jsem si vytýčila. Na základě výše uvedené metodologie proto provedu analýzu dat a pokusím se ze získaných názorů respondentů vyvodit, jaký má spolupráce rodiny a sociálního zařízení konkrétní vliv na kvalitu života a péče seniorů s demencí, a to v určitých mnou vybraných oblastech. Získaná data budu zpracovávat pomocí metody vytváření trsů.

Jednotlivé podkapitoly seskupím do několika příbuzných oblastí a budu se snažit vždy vybrat z rozhovoru z mého pohledu zajímavý názor a vyvodit dílčí závěr.

5.5.1 Obecné informace

5.5.1.1 Ochota předávat informace

V úvodu rozhovorů jsem se pokoušela zjistit, zda jsou rodiny ochotné informace podávat a při jaké příležitosti se tak děje, popřípadě zda jsou iniciátory předávání informací více rodiny nebo spíše personál sociálního zařízení.

Všechny respondentky se shodly, že rodiny většinou předávají informace bez větších obtíží.

Lenka: *„Myslím, že spíše ano. Žádná rodina s tím neměla nikdy problém.“*

5.5.1.2 Kdy k předávání informací dochází

V odpovědích, při jaké příležitosti se respondentky informace dozvídají, jedna respondentka odpověděla, že již při prvotním jednáním se zájemcem a poté i po celou dobu trvání služby. Po celou dobu trvání služby informace přijímají i další dvě respondentky.

Lenka: *„Tak základní informace zjišťuji při prvním jednání se zájemcem, a potom v průběhu služby, když narazíme na nějaký problém nebo něco, co je potřeba s rodinou řešit. Tak vlastně během celého průběhu služby se dozvídám informace, kdykoli.“*

Veronika: *„Většinou komunikuji s rodinami průběžně během dne, jak chodí na návštěvy, nebo když si odpoledne vyzvedávají rodiče.“*

5.5.1.3 Kdo zpravidla zahajuje dialog

Dvě respondentky odpověděly, že dialog zahajuje ve více případech personál. Třetí respondentka Petra viděla hlavní aktivitu spíše v rodině.

Petra: „*Někdy to bývá rodina a někdy to bývám já, ale když má rodina nějaký problém, tak zpravidla přijde rodina za mnou.*“

5.5.2 Oblasti hlavní péče

Zde jsem se zabývala otázkou zvyklostí, rituálů a denního režimu, dále stravování a hygieny a též zdravotního stavu.

5.5.2.1 Zvyklosti, rituály a denní režim

Všechny respondentky odpověděly, že zvyklosti, rituály a denní režim od rodin zjišťují. Jen dvě si však vybavily konkrétní příklady, kdy tato znalost pomohla zvýšit kvalitu péče, a tedy i kvalitu života uživatele.

Na dotaz, zda toto zjišťují, uvedla respondentka toto:

Veronika: „*Určitě, protože nám to hodně usnadňuje práci, když víme, jaké měl zvyky, jak se například rád koupe. Jestli má rád sprchu, vanu a tak dále. Je to pro klienty velkým přínosem a vlastně i pro nás, protože se pak klient cítí líp, je klidnější, líp spolupracuje.*“

Konkrétní situace byly například tyto:

Veronika: „*Ano, měli jsme tu klienta, který chtěl vždycky ráno před snídaní kafe, to pro něj bylo jakoby nastartování. Nebo jiný klient zase potřeboval každý den před snídaní sprchu. Ale většina klientů se třeba zase chce naopak napřed nasnídat, a pak vykonávat nějaké ty věci, jako je čištění zubů a tak dále. Nemají rádi ráno vstát a honem, honem do sprchy.*“

5.5.2.2 Stravování a hygienické návyky

Dvě dotazované respondentky odpověděly, že zjišťují oblast stravování a hygienických návyků přímo od rodiny, jedna respondentka uvedla, že zjišťuje tyto informace z dokumentace. Dvě respondentky si vzpomněly na konkrétní příklad týkající se stravování a jedna respondentka uvedla příklad z oblasti hygieny.

Lenka: „*Ano, to všechno zjišťuju.*“

Konkrétní situace byla například tato:

Petra: „*Když třeba víme, že někdo má nějaké konkrétní jídlo rád, tak se nám někdy snáz daří s ním přes to jídlo navázat kontakt. Třeba mu řekneme, že budeme rádi, když si s námi dá zákusek a kávu. Ten člověk pak vidí, že se mu snažíme nabídnout, co má rád. Ten pobyt u nás je pak pro něho příjemnější. Snažíme se podle toho, co měl rád, vybírat i obědy. Zase podle toho, co nám rodina říká. Co neměl rád, tak to nevybíráme.*“

5.5.2.3 Zdravotní stav

Zjišťování zdravotního stavu uživatelů je v sociálních službách velmi diskutovanou otázkou. Panují různé názory. Bylo zajímavé, že všechny respondentky uvedly, že rodiny nevědí, že by měly se zdravotním stavem svých blízkých obeznámit pouze zdravotnický personál.

Veronika: „*Myslím si, že to nevědí a že to ani neřeší. Když potřebují něco skrz zdravotní stav říct a není tam zrovna zdravotní sestra, tak to řeknou nám pečovatelkám.*“

Dále jsem se respondentek ptala, zda se v praxi ony samotné s rodinami o zdravotním stavu uživatelů baví. Všechny odpověděly, že ano.

Lenka: „*Na to je tady zdravotní sestra, která má kompetence k tomu, aby zjišťovala zdravotní stav, a já o zdravotním stavu informace nezjišťuji. Jenom když mi chce rodina sama něco sdělit, tak to s nimi o tom mluvím.*“

Všechny tři respondentky také uvedly příklady, kdy znalost zdravotního stavu uživatele napomohla snížit zdravotní riziko a tím zvýšit kvalitu života uživatele.

Veronika: „*Ano, protože třeba paní tady nemůže houby, a kdybychom jí dali jídlo s houbama, tak dostane záchvat a už by to bylo špatně. Je na ně alergická. A tohle nám pečovatelkám právě sdělila rodina.*“

5.5.3 Oblasti běžného života uživatelů

V této části rozhovoru jsem zjišťovala, jak jsou respondentky obeznámeny s životním příběhem uživatelů, zda znají, jaké mají záliby a koníčky a také, zda se zajímají o jejich duchovní potřeby.

5.5.3.1 Životní příběh

Všechny respondentky se poměrně aktivně zajímají o životní příběhy uživatelů. Rodin se ptají, jakým způsobem jejich blízký život prožil.

Petra: „*Tak to mluvíme docela často s rodinami, když se setkáváme. Pořádáme totiž docela často společná setkání, tak dojde na to, že se bavíme o různých životních příbězích a o tom, jak jejich rodiče prožívali různé situace. A já se snažím v aktivizačních činnostech pracovat s tím životním příběhem člověka.*“

Konkrétní situace, kdy znalost životního příběhu respondentovi pomáhá, byla tato:

Petra: „*Určitě ano. Vždycky se snažím přemýšlet nad tím, jak ten životní příběh ovlivňuje prožívání toho člověka v současné době. Pochopit emoce,*

kteřé tam mohly vznikat v minulosti, a to ovlivňování současného stavu. Pomáhá mi moc znalost těch souvislostí.“

5.5.3.2 Záliby a koničky

Všechny respondentky v tomto případě odpověděly, že zájmy a koničky od rodin zjišťují.

Petra: *„Ano, určitě, protože právě na tom se snažím stavět ten aktivizační program. Na těch původních zájmech, co toho člověka bavilo. Aby to právě nebylo, co neměl rád, ale co ho bavilo a rozvíjet to ještě v té možné míře, která lze. Takže díky rodinám se dozvídám tyhle informace, protože u nás jsou lidé s demencí a těžko nám mohou vyprávět o tom, co dřív dělali. Takže jedině přes tu rodinu se můžu tyhle informace dozvědět. A bez té spolupráce s rodinou bych tyhle informace neměla.“*

Všechny respondentky si také vybavily konkrétní příklady. Jeden z nich byl tento:

Petra: *„Teď třeba jsme zjistili, že někteří uživatelé mají rádi práci na zahrádce. Díky rodině, která nám to sdělila, tak jsme začali pracovat na zahradní terapii, která je jim taková blížká a je to právě aktivita, kterou dělali v dřívější době sami na svých zahrádkách doma.“*

5.5.3.3 Spirituální potřeby

Zde opět všechny tři respondentky odpověděly kladně, tedy že toto zjišťují. Vybavily si i konkrétní příklady, dvě z toho stejné.

Petra: *„Ano, na to se určitě ptám, protože si myslím, že ta spirituální stránka je zvláště na konci života důležitá. Není to jen u lidí věřících, ale vůbec se ptám i na to, jakým způsobem ten člověk prožil život, co by si přál, co by chtěl ještě zažít a jak je vyrovnaný s tím svým životem. Jestli je spokojený, smířený s tím, jak žil. Takže na tohle se ptám jak klientů, tak i rodin, pokud na to dojde příležitost. Určitě ano.“*

Konkrétní příklad byl například tento:

Veronika: *„Když tu byl třeba jeden pán, tak nechtěl jíst z náboženských důvodů maso v pátek, tak jsme mu ho samozřejmě v pátek nedávali. Už vůbec nemluvil, takže nám o tom musela říct jeho manželka. A myslím si, že tohle pečovatelky vědět mají, protože kdyby to nevěděly, tak porušují víru těch lidí.“*

5.5.4 Oblast komunikace a sociálních kontaktů

V této části rozhovorů jsem zjišťovala, zda se rodiny s pracovníky dělí o nejosvědčenější způsob komunikace se svým blízkým a také, zda se svěřují, jak v rodině fungují rodinné a přátelské vztahy.

5.5.4.1 Komunikace

Je zajímavé, že zde respondentky odpovídaly různě. Každá komunikaci hodnotila z jiného pohledu. Všechny však odpověděly, že se s rodinami na toto téma baví.

Petra: „*O tom se bavím s rodinou zejména u těch klientů, kteří jsou upoutáni na lůžko a nemluví. Rodina mi pak sděluje, jak doma probíhala komunikace. Jak třeba ten člověk prožívá, když by měl nějaké bolesti nebo jak reaguje, když je mu něco příjemného. Samozřejmě si to vyzoruje i sám personál, ale když tuhle informaci máme včas, tak je to lepší. Mně tedy to pomáhá, když se rodina napojí na toho člověka a popíše nám, jakým způsobem doma reagoval, a můžeme si zkontrolovat, jestli tak reaguje i u nás.*“

Konkrétní situace byla například tato:

Lenka: „*Například máme klientku, která si vždy po koupání stěžovala na to, že se jí ztratilo oblečení. Probírali jsme to se synem a on nám řekl, že maminku vždycky uklidní, když má důležité věci napsané na papíře. Že se pak cítí jistěji. Proto jsme se s ní domluvili, že vždycky před koupáním sepíšeme seznam veškerého ošacení a po vyprání společně překontrolujeme, jestli vrácené oblečení souhlasí se seznamem. A díky synovi bylo po problému.*“

5.5.4.2 Sociální kontakty

Zde respondentky trochu váhaly, ale přesto všechny tři potvrdily, že se s rodinami klientů na toto téma baví.

Lenka: „*Když známe další sociální kontakty, třeba přátele našich klientů, tak je pak fajn, když je můžeme pozvat například na oslavu narozenin klienta. Takže ano, rodin se ptám a jsem ráda, pokud se podaří tyto vztahy dál rozvíjet.*“

Konkrétní situaci, kdy by se podařilo díky dobré spolupráci s rodinou napravit pokřivené vztahy, si nevybavila žádná z nich.

5.5.5 Úprava prostředí

Posledním tématem mého rozhovoru s respondentkami byla úprava prostředí. Opět všechny sdělily, že na toto téma s rodinami uživatelů někdy častěji, někdy méně, hovoří.

Veronika: „*Ano, částečně ano. Někdy se příbuzných ptám, co ten člověk měl rád, co by na pokoji chtěl mít. Jestli by tam chtěl mít fotky svých dětí a vnučat nebo něco jiného. Ale tohle spíš zjišťuje aktivizační pracovnice.*“

Konkrétní případ byl například tento:

Lenka: „*Konkrétní případ. Například klientka, která měla ráda zvířata, kočky, tak jsme vyzdobili její pokoj obrázky koček. A cítila se tam mnohem lépe, dobře na obrázky reagovala.*“

5.6 Shrnutí

Závěrem této kapitoly si dovoluji shrnout zjištěné informace. Ve všech výše definovaných oblastech respondentky s rodinami uživatelů spolupracují vcelku uspokojivě. Dalo by se říci, že všeobecné znalosti plynoucí z těchto informací mají všechny tři respondentky. Hloubka těchto znalostí následně závisí na jejich profesním zaměření.

Pečovatelka Veronika se nejvíce zajímá o zvyklosti, rituály a denní režim uživatelů a dále o stravování a hygienu. Znalosti z těchto oblastí jsou nutností, pokud má být péče o uživatele vykonávána kvalitně. Veronika se ovšem velmi živě zajímá i o životní příběh uživatele. Je to dobře, protože pečovatelky tráví s uživateli poměrně hodně času a pokud znají jejich životní příběhy, mohou s nimi smysluplněji rozvíjet komunikaci, jejíž vedení je pro lidi s demencí velmi důležité. Řekla bych, že v ostatních oblastech je její zájem získávat informace od příbuzných uživatele méně intenzivní.

Aktivizační pracovnice Petra se velice živě zajímá o životní příběh, záliby a koníčky a též spirituální potřeby uživatele. Nejvíce ze všech respondentek se snaží s rodinou uživatele promýšlet úpravu prostředí, zvláště v okolí jeho lůžka. Také hledá nejosvědčenější způsoby komunikace v rodině. Částečně pak od rodin zjišťuje, do jaké míry zůstaly zachovány uživatelovy sociální kontakty, například s přáteli.

Sociální pracovnice Lenka hovoří s rodinami uživatelů především v začátku služby, kdy zjišťuje informace týkající se všech uvedených oblastí, kromě zdravotního stavu uživatele. Utvoří vlastně jakýsi informační rámec, ze kterého ostatní vycházejí a dále informace doplňují. V průběhu služby pak řeší s rodinou uživatele různé problémy, náměty nebo připomínky, ale již spíše organizačního charakteru. Znalosti z daných oblastí si nadále zpravidla prohlubuje pouze ze zprostředkovaných informací od svých kolegyně.

Ze všech tří rozhovorů vyplynulo, že žádný pracovník neinformuje příbuzné uživatelů o tom, že pracovníci v sociálních službách nesmějí být obeznámeni se zdravotním stavem uživatele. To je myslím chyba. Tuto informaci by měli rodinní příslušníci od personálu zařízení obdržet. Pokud se i přesto rodina rozhodne s nezdravotnickým personálem zařízení řešit zdravotní stav jejich blízkého, je to jejich svobodná volba.

Na základě zjištěného se dále domnívám, že by se mohl personál Domova a Stacionáře více zajímat o širší sociální kontakty uživatele. Do zařízení velmi často na návštěvy přicházejí nejbližší příbuzní, ale širší rodina a přátelé pouze výjimečně.

Poslední moje doporučení se týká úpravy prostředí. Uživatelé Domova mají sice možnost vyzdobit si pokoj drobnými předměty, ale nikoli svým nábytkem. Vzhledem k tomu, že pokoje jsou třílůžkové, asi by nebylo esteticky vhodné nastěhovat do pokoje větší kusy nábytku. Nicméně vlastní drobnější nábytek, jako je například noční stolek, křeslo a podobně, by možná mnozí uživatelé přivítali, jelikož by jim to více připomínalo domov.

Celkově si dovoluji konstatovat, že personál Domova i Stacionáře je od rodin uživatelů poměrně dobře informován a o nové informace se aktivně zajímá. Nicméně i zde vidím určité rezervy, které by bylo dobré v budoucnu využít, a tím stále zlepšovat péči a kvalitu života seniorů s demencí.

Závěr

Za cíl své bakalářské práce s názvem „Vliv spolupracující rodiny na kvalitu péče a kvalitu života seniora s demencí v Domově sv. Anežky České a Stacionáři sv. Anežky České“ jsem si vytýčila zhodnotit, do jaké míry ovlivňuje spolupráce personálu zařízení Domova sv. Anežky České a Stacionáře sv. Anežky České a rodiny kvalitu života seniorů s demencí, a do jakých oblastí péče o seniora se především promítá.

V úvodní části práce jsem se krátce dotkla pojmu demence, vyzdvihla jsem důležitost včasné diagnostiky, uvedla jsem stručný přehled onemocnění, která způsobují demenci, příznaky demence a rizikové faktory a rozsáhlejší prostor jsem věnovala vhodným přístupům k seniorům s demencí, protože si myslím, že kvalitní péče a potažmo kvalita života se odráží od toho, jak dokážeme k takto nemocnému člověku přistupovat. V následující kapitole jsem se věnovala kvalitě života seniorů, nejprve z obecného pohledu a poté kvalitě života seniorů s demencí. Dále jsem blíže specifikovala oblasti, ve kterých lze s rodinou seniora s demencí nejefektivněji spolupracovat tak, aby kvalita péče i kvalita života seniora byla co možná nejlepší. Zde jsem se opírala především o názory četných odborníků, kteří se daným tématům věnovali ve svých knihách. V následující kapitole jsem představila Domov sv. Anežky České (domov se zvláštním režimem) a Stacionář sv. Anežky České (denní stacionář), protože ze zkušeností tří pracovnic těchto dvou služeb jsem následně vycházela v teoretické části mé práce. Omezený prostor jsem v téže kapitole věnovala i současnému stavu spolupráce s rodinou v Domově a Stacionáři a také podpůrné skupině, která byla v zařízení utvořena.

V teoretické části práce jsem pomocí polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami zjišťovala, jak spolupráce s rodinou ve výše uvedených službách probíhá v praxi. Tři respondentky (pečovatelka, aktivizační pracovnice a sociální pracovnice) odpovídaly na mé otázky, při jejichž formulování jsem vycházela z oblastí, o kterých jsem blíže hovořila ve třetí kapitole své bakalářské práce. Za zajímavé pokládám, že dvě respondentky si vzpomněly nezávisle na sobě na stejnou situaci, když byly vyzvány, aby k určité oblasti uvedly konkrétní příklady, jak spolupráce s rodinou pomohla zlepšit péči a tedy i kvalitu života seniora. Uvedené konkrétní situace tedy zřejmě sehrály v kvalitě péče důležitou roli.

Při psaní práce jsem se zamýšlela nad tím, jakým způsobem by bylo možno spolupráci s rodinou dále rozšířit a zlepšit. Určitým řešením by například mohlo být pořádání pravidelných setkání části personálu (např. vedoucí zařízení, sociální pracovníce, aktivizační pracovníce a pečovatelky) a vícečetných zástupců z řad rodiny uživatele. Domnívám se, že tato setkávání by mohla pomoci posouvat kvalitu péče o uživatele a tudíž vylepšovat i kvalitu jeho života.

Mám-li na závěr vyhodnotit míru vlivu spolupracující rodiny na kvalitu péče a kvalitu života seniora s demencí v Domově a Stacionáři, dovoluji si tvrdit, že je poměrně velká. Dále si myslím, že spolupráce zde probíhá na poměrně dobré úrovni. Vždy je však co zlepšovat a přemýšlet o dalších postupech. Zároveň však musím podotknout, že spolupráci mezi pracovníky služeb a rodinami uživatelů nemohu hodnotit očima nezávislého pozorovatele, jelikož jsem součástí pracovního týmu zařízení, které tyto služby provozuje. Přesto si však myslím, že se mi cíl práce podařilo splnit.

Seznam literatury

- Callone, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. Kudlacek, C., Vasiloff, B.C., Manternach, J., Brumback, R.A. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2320-4
- Čevela, Rostislav. *Sociální gerontologie*. Vyd.1. Kalvach, Z., Čeledová, L. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3901-4
- Dvořáčková, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3
- Glenner a kol., Joy A. *Péče o člověka s demencí: Průvodce pro rodinné příslušníky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0154-0
- Haškovcová, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 1. Praha: Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2
- Hauke, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7
- Hendl, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-262-0982-9
- Holmerová, Iva. *Dopisy České alzheimerovské společnosti*. Vyd. 2. Mátlová, I. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2015. ISBN 978-80-86541-31-0
- Holmerová, Iva. *Na pomoc pečujícím: Příručka pro pečující rodinné příslušníky a další blízké lidi s demencí*. Vyd. 10. Mátlová, I. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2014. ISBN 978-80-86541-33-4
- Holmerová, Iva. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Vyd. 2. Jarolímová, E., Suchá, J. a kol. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009. ISBN 978-80-86541-28-0
- Holmerová, Iva. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Vyd. 2. Jurašková, B., Zikmundová, K. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2003. ISBN 80-86541-12-6
- Hrozenská, Martina. *Sociální péče o seniory*. Vyd. 1. Dvořáčková, D. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0
- Hudáková, Anna. *Kvalita života seniorů: v kontextu ošetřovatelství*. Vyd. 1. Majerníková, E. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9
- Janečková, Hana. *Reminiscence: Využití vzpomínek při práci se seniory*. Vyd. 1. Vacková, M. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3
- Jiráček, Roman. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Vyd. 1. Holmerová, I., Borzová, C. a kol. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6

- Kalvach a kol., Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatrie: I. díl gerontologie obecná a aplikovaná*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, nakladatelství Univerzity Karlovy, 1997. ISBN 80-7184-366-0
- Kebza, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Vyd. 1. Praha: Academia, nakladatelství Akademie věd České republiky, 2005. ISBN 80-200-1307-5
- Klevetová, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. Vyd. 1. Dlabalová, I. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9
- Markoviscová, Martina. *Vzájemná spolupráce rodin a pobytových zařízení sociálních služeb 2. Ošetrovatelská péče*. odborný časopis pro pobytové a terénní služby. Brno: Sivilliana, 3/2013. strana 4-5. ISSN 2336-1603
- Matoušek a kol., Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2
- Matoušek, Oldřich. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Kolářková, J., Kodymová, P. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X
- Matoušek, Oldřich. *Ústavní péče*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-08-7
- Miovský, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4
- Mlýnková, Jana. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7
- Mlýnková, Jana. *Pečovatelsví 1. díl: Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3184-1
- Ondrušová, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, nakladatelství Univerzity Karlovy, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2
- Payne a kol., Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-657-0
- Petrová Kafková, Marcela. *Šedivějící hodnoty?: aktivita jako dominantní způsob stárnutí*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6310-5
- Regnault, Mathilde. *Alzheimerova choroba: Průvodce pro blízké nemocných*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0010-9
- Rejman, Ladislav. *Slovník cizích slov*. Vyd. 1. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1971. ISBN 18-91-003
- Rheinwaldová, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-828-8

Schuler, Matthias. *Geriatric od A do Z: pro sestry*. Vyd. 1. Oster, P. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3013-4

Smitka, Václav. *Starý člověk: ve společnosti a v rodině*. Fügnerová, M., Ošancová, K. Vydalo vydavatelství a nakladatelství ÚV Českého svazu žen MONA. MK ČSR 59-276-81

Suchomelová, Věra. *Senioři a spiritualita: duchovní potřeby v každodenním životě*. Vyd. 1. Praha: Návrat domů, 2016. ISBN 978-80-7255-361-7

Špatenková, Naděžda. *Reminiscenční terapie*. Vyd. 1. Bolomská, B. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0

Venglářová, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5

Vokurka, Martin. *Velký lékařský slovník*. Vyd. 10. Hugo, J. a kol. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-456-2

Zgola, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0183-9

Elektronické zdroje

Wija, Petr. *Demence: prioritá pro systém zdravotnictví (zpráva WHO)*. ÚZIS ČR [online]. Praha, 2012 [cit. 2017-05-31]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/63_12.pdf

Maslowova pyramida. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2016 [cit. 2017-05-31]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova_pyramida

Kohoutek, Rudolf. *Pojem aktivizace*. ABZ.cz: slovník cizích slov [online]. Ostrava, c2005-2017 [cit. 2017-05-31]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/aktivizace-aktivisace-aktyvizace>

Další zdroje

Metodické předpisy Domova sv. Anežky České, které vydala Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

Popis sociální služby (MP/1) Domov sv. Anežky České – domov se zvláštním režimem In Metodický předpis Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

Proces případové práce (MP/2) Domov sv. Anežky České – domov se zvláštním režimem, In Metodický předpis Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

Personální zajištění služby (MP/6) Domov sv. Anežky České – domov se zvláštním režimem, Příloha č. 8 k MP/6 pod názvem Popis pracovního místa In Metodický předpis

Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

Metodické předpisy Stacionáře sv. Anežky České, které vydala Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

Popis sociální služby (MP/1) Stacionář sv. Anežky České – denní stacionář In Metodický předpis Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

Proces případové práce (MP/2) Stacionář sv. Anežky České – denní stacionář, In Metodický předpis Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

Personální zajištění služby (MP/6) Stacionář sv. Anežky České – denní stacionář, Příloha č. 8 k MP/6 pod názvem Popis pracovního místa In Metodický předpis Farní charity Beroun, středisko Centrum služeb pro seniory, schválila a vydala ředitelka organizace JUDr. Jana Cívínová, platnost od 15.3. 2016

Použité zákony

Ústavní zákon 23/1991 Sb. ze dne 9. ledna 1991, kterým se uvozuje LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako ústavní zákon Federálního shromáždění České a Slovenské Federativní Republiky, Čl. 7 (1)

Zákon 3/2002 Sb., o svobodě náboženského vyznání a postavení církví a náboženských společností a o změně některých zákonů ze dne 27. listopadu 2001, §2 odst. (1)

Zákon 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů ze dne 4. dubna 2000, §4 písm. b)

Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ze dne 15. listopadu 2006, příloha 2, odstavec 1, písm. a)

Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách ze dne 15. listopadu 2006, příloha 2, odstavec 2, písm. a)

Přílohy

Příloha č. 1

Rozhovor s Veronikou – pečovatelkou

Verčo, máš dojem, že jsou rodiny vesměs ochotné podávat personálu zařízení informace nebo naopak?

Myslím si, že informace většinou rodiny podávají dobře.

Kdy, popřípadě při jaké příležitosti, se od rodin informace dozvídáš?

Většinou komunikuji s rodinami průběžně během dne, jak chodí na návštěvy, nebo když si odpoledne vyzvedávají rodiče.

Kdo zpravidla zahájí dialog – ty nebo příbuzný uživatele?

Častěji spíš pečovatelky, když se potřebují doptávat na různé informace a tak.

Mluvíš s rodinou uživatele o tom, jaké měl jejich blízký před nástupem do služby zvyklosti, rituály a denní režim?

Určitě, protože nám to hodně usnadňuje práci, když víme, jaké měl zvyky, jak se například rád koupe. Jestli má rád sprchu, vanu a tak dále. Je to pro klienty velikým přínosem a vlastně i pro nás, protože se pak klient cítí líp, je klidnější, líp spolupracuje.

Vybavíš si situaci, kdy konkrétně ti pomohla znalost zvyklostí, rituálů a denního režimu ke zkvalitnění péče o uživatele?

Ano, měli jsme tu klienta, který chtěl vždycky ráno před snídaní kafe, to pro něj bylo jakoby nastartování. Nebo jiný klient zase potřeboval každý den před snídaní sprchu. Ale většina klientů se třeba zase chce naopak napřed nasnídat, a pak vykonávat nějaké ty věci, jako je čištění zubů a tak dále. Nemají rádi ráno vstát a honem, honem do sprchy.

Veru, zjišťuješ od rodiny uživatele, jak se jejich blízký doma stravoval a jaké měl hygienické návyky?

Ano, zjišťuju. Ptám se jich, jestli měl rád sladké nebo jestli měl rád spíš maso, slané jídla, kyselé a tak. Co měl ten člověk zažitý z domova, co měl rád, tak to potom upřednostňujeme i při svačinách.

Vzpomeneš si, v jaké konkrétní situaci pomohla znalost stravovacích a hygienických návyků zvýšit kvalitu života uživatele?

Tohle si v rychlosti nevybavuju. Hygienické návyky, jo! Máme tady třeba paní, která pokaždé, když jde na toaletu, potřebuje utřít intimní místa vlhkýma ubrouskama, protože na to celý život byla zvyklá. Takže tohle musíme vykonávat, protože paní je nervózní, když se to neudělá.

A to vám řekla rodina nebo ta paní?

Rodina nás na to upozornila, takže to tak vykonáváme všechny pečovatelky, protože jinak paní nemá ten svůj rituál a je to pro ní špatně.

Se zdravotním stavem uživatele nesmějí být obeznámeni pracovníci v sociálních službách. Myslíš si, že to rodiny uživatelů vědí?

Myslím si, že to nevědí a že to ani neřeší. Když potřebujou něco skrz zdravotní stav říct a není tam zrovna zdravotní sestra, tak to řeknou nám pečovatelkám.

Takže tedy hovoříš s rodinami o zdravotním stavu jejich blízkého?

Ano, hovořím o tom. Myslím, že je to dobře, protože pečovatelky by to měly alespoň z nějaké části vědět, protože to hodně přispívá ke kvalitě péče. Když víme, co tomu člověku je, tak se mu snažíme odlehčit a můžeme mu i pomoci odbourat nějakou bolest a takovýhle nějaký věci. Je zkrátka dobrý, když víme, jak mu můžeme konkrétně pomoci.

Viš o případu, kdy na základě informace o zdravotním riziku, kterou rodina pečujícímu personálu sdělila, se předešlo zdravotním komplikacím uživatele a tím se zvýšila kvalita jeho života?

Ano, protože třeba paní tady nemůže houby, a kdybychom jí dali jídlo s houbama, tak dostane záchvat a už by to bylo špatně. Je na ně alergická. A tohle nám pečovatelkám právě sdělila rodina.

Mluvíš někdy s rodinou uživatele o životním příběhu jejich příbuzného?

Docela hodně. To nás všechny pečovatelky strašně zajímá, co lidé prožívali dřív, jak co dělali, jak se to všechno vykonávalo. Viz vaření, viz zahrádka, a jak to bylo, když měli ty statky, jak o všechno pečovali. Rádi posloucháme nebo se

i ptáme, co klient prožil a rodiny se někdy hodně rozpovídají o tom, co prožila jejich maminka nebo tatínek, co dělali a co měli rádi, nebo jak se nadřeli.

Veru a pomohla ti někdy jeho znalost v lepším pochopení chování uživatele a tím ke zkvalitnění péče o něho?

Ano, pomohlo mi to. Mě teda konkrétně hodně. Hodně si těch lidí i člověk váží za to, že museli hodně dřít a neměli to ulehčené, jako to máme my. Mně to konkrétně pomohlo v tom, že člověk na ty lidi i nahlíží jinak.

A pomohlo ti někdy, že jsi o tom člověku něco nevěděla a dozvěděla ses nějakou informací, díky které jsi pochopila jeho chování a začala ses na něho jinak dívat?

Jo, já zrovna konkrétní případ mám. Máme tu paní, která dřív hrozně rychle chodila, až běhala a byla vlastně hrozně rychlá, pořád někam pospíchala. Nikdo jí nestíhal a bylo to chvilčkama na nervy. No a pak jsem se od syna dozvěděla, že paní měla těžký manželství, že každý ráno ve čtyři vstávala a musela manželovi uvařit teplé jídlo a postarat se o tři děti a chodit do práce. To pak na toho člověka nahlížím úplně jinak a pochopila jsem, proč pořád pospíchala.

Zjišťuješ od rodiny uživatele, jaké má jejich blízký spirituální potřeby? Tedy, zda například vyznává nějakou určitou víru, navštěvuje pravidelně bohoslužbu, dodržuje půst a podobně.

Zjišťuju to, protože je to potřeba vědět. Když tu byl třeba jeden pán, tak nechtěl jíst z náboženských důvodů maso v pátek, tak jsme mu ho samozřejmě v pátek nedávali. Už vůbec nemluvil, takže nám o tom musela říct jeho manželka. A myslím si, že tohle pečovatelky vědět mají, protože kdyby to nevěděly, tak porušují víru těch lidí.

Díky, Verčo, tím jsi vlastně zároveň uvedla i konkrétní případ, kdy znalost uživatelových duchovních potřeb pomohla zlepšit kvalitu jeho života.

Veru, bavíš se s příbuznými uživatele, jaký mají v rodině nejosvědčenější způsob komunikace s jejich blízkým, který trpí demencí?

Bavíme se o tom, ale myslím si, že tou nemocí většinou ty rodiny hodně trpí, že nedokážou tu nemoc přijmout, takže si myslím, že sami s nimi moc komunikovat neumí. Spíš oni zjišťují od nás, od personálu, od paní vedoucí a tak dále, jak s těmi lidmi komunikovat, jak se k nim chovat. Zvláště, když ta nemoc postupuje

a je to horší a horší a je to samozřejmě pro ty rodiny těžší jak fyzicky, tak psychicky. Takže oni od nás spíš zjišťují, jak k nim přistupovat.

Takže si myslíš, že v tomto smyslu víc radíte rodinám vy?

Ano, myslím si, že je to tak. Spíš my radíme jim. Protože například, když já jsem tu začala dělat pečovatelku a nic jsem o té nemoci nevěděla, tak jsem se až tady postupem času dozvíдалa, jak s těma lidma mluvit, co říkat nebo neříkat a tak. Takže jo, ty rodiny spíš tohle zjišťují od nás, než my od nich.

Přesto, vybavuje se ti konkrétní případ, kdy nějaká informace od rodiny pomohla zlepšit komunikaci mezi pracovníky zařízení a uživatelem a tím zvýšit kvalitu jeho života?

Ted' zrovna asi ne.

Dobře, můžeme to tedy pojmout naopak. Stalo se, že se rodina od personálu dozvěděla něco, co se pak kladně odrazilo v komunikaci té rodiny s jejich blízkým?

Ano, to se stalo. Měli jsme tu třeba paní, která byla dřív asi hodně vznešená dáma. Když k nám ale přišla z jiného zařízení, tak byla hodně zlá, mlátila nás, štípala a tak, a když si jí synové vzali domů, dělala jim to samý. Oni vůbec nechápali, co se s jejich maminkou děje, protože ji takovou vůbec neznali. Naším přístupem se ale zklidnila a přestala být zlostná. Hodně jsme to s tím jedním synem probírali a hodně věcí mu vysvětlovali a pomohlo to.

Takže se s ní synové naučili komunikovat díky tomu, že jste jim předávali své zkušenosti, jak na to? Takhle to myslíš?

Přesně tak. Oni pak pochopili, co ta nemoc způsobuje, a začali používat naše rady a vlastně to potom bylo mnohem lepší.

Verčo, zjišťuješ od rodiny, jaké měl jejich blízký během života zájmy a koníčky?

To ano, určitě.

Vybavíš si konkrétní příklad z praxe, kdy díky spolupráci s rodinou uživatele pomohl uživatel lépe realizovat své záliby a koníčky, čímž došlo ke zkvalitnění jeho života?

Byl tu třeba pán a rodina nám řekla, že byl dřív vášnivý kutil. Rád věci spravoval nebo vyráběl zlepšováky. Domluvili jsme se s rodinou a oni nám nosili z domova různé drobné věci, který on mohl jakoby spravovat. Třeba něco šrouboval. My jsme mu s tím pomáhali a rodina, když přišla na návštěvu, tak taky. Pána to moc bavilo.

Mluvíš s příbuznými uživatele o tom, na jaké úrovni jsou rodinné a přátelské kontakty seniora?

V tomhle se moc rodiny nesevřují, ale někdy, když je víc sourozenců, tak když to řeknu přehnaně, tak jeden hází špínu na druhého a tím se i nechtěně dozvídáme, jak to v té rodině funguje a nefunguje. A taky se někdy od dětí našich klientů dozvíme, jaký k sobě měli vztah jejich rodiče jako manželé. Takže celkově spíš ne, ale když už je u nás klient hodně dlouho, tak někdy víme, jak vztahy v té rodině asi fungují.

Takže, abychom to zrekapitulovaly. Cíleně to nezjišťuješ, ale občas z rozhovoru s příbuzným vyplyne, na jaké úrovni jsou rodinné nebo přátelské kontakty uživatele?

Přesně tak. Ale někdy je to dobrý vědět. Kolikrát na někoho nějak nahlížím, třeba že je hodně zamračený, negativní a pak se dozvím, jak to měl v rodině těžký. Nebo si myslím, proč se ta dcera k otci chová tak studeně nebo o něho nechce pečovat, a pak mi řekne, že byl na ní tatínek celý život hrozně zlý, proto nemají dobrý vztah. Pak musím celou situaci přehodnotit, protože je to jinak, než jsem si myslela.

Vzpomeneš si na nějakou konkrétní situaci, kdy se díky dobré spolupráci s rodinou podařilo pokřivené vztahy napravit (urovnat) a tím zlepšit kvalitu života uživatele?

To bohužel ne.

Bavíš se s příbuznými uživatele o tom, jak by bylo možné upravit prostředí uživatele v jeho pokoji?

Ano, částečně ano. Někdy se příbuzných ptám, co ten člověk měl rád, co by na pokoji chtěl mít. Jestli by tam chtěl mít fotky svých dětí a vnoučat nebo něco jiného. Ale tohle spíš zjišťuje aktivizační pracovnice.

Vybaví se ti konkrétní situace, kdy se díky úpravě prostředí senior s demencí cítil lépe a tím se zvýšila kvalita jeho života?

Ano. Máme tady konkrétního pána, který když k nám přišel, tak nekomunikoval skoro vůbec. Rodina nám řekla, že se vždycky moc rád díval v televizi na sport, hlavně na automobilové závody. Tak jsme mu dali do pokoje televizi a pouštíme mu sportovní program a rodina nám dodala i na flešce nahrané fotky závodních aut. To se mu moc líbí, my se s ním o tom bavíme a teď už začíná dobře reagovat a dokonce začal znovu trochu mluvit. A hlavně se začal i smát, to je úplně skvělý.

Tak ti moc děkuji za rozhovor, Verčo.

Není zač.

Rozhovor s Petrou – aktivizační pracovnící

Petro, máš dojem, že jsou rodiny vesměs ochotné podávat personálu zařízení informace nebo naopak?

Rodiny si na to zvykají, že informace jsou po nich požadované a myslím si, že dneska jsou už ochotnější, než byly dřív.

Kdy, popřípadě při jaké příležitosti, se od rodin informace dozvídáš?

Já se dozvídám informace, když mi je rodina sdělí sama od sebe, když mě kontaktuje. Někdy ale vznikne nějaký problém nebo potřebuji s tou rodinou sama něco dořešit, když mám třeba nějaký dotaz, tak to je kontaktuji já.

Kdo zpravidla zahájí dialog – ty nebo příbuzný uživatele?

Někdy to bývá rodina a někdy to bývám já, ale když má rodina nějaký problém, tak zpravidla přijde rodina za mnou.

Mluvíš s rodinou uživatele o tom, jaké měl jejich blízký před nástupem do služby zvyklosti, rituály a denní režim?

Mluvím, protože dělám aktivizační program, tak se snažím tomuhle přizpůsobit, jaké měl zvyklosti a co ho bavilo před nástupem do zařízení a tudíž se snažím doptat na co nejvíce informací tady k tomu.

Vybavíš si situaci, kdy konkrétně ti pomohla znalost zvyklostí, rituálů a denního režimu ke zkvalitnění péče o uživatele?

Ted' mě třeba napadlo, že jsme měli v domově jednu klientku, která byla zvyklá chodit spát o hodně déle než naši klienti, takže jsme se přizpůsobili tomuhle jejímu zvyku s tím, že jsme jí nenutili chodit spát dřív. Vlastně ji navštěvoval v pozdějších hodinách její syn a byli zvyklí si třeba číst nebo povídat ještě déle večer. Díky tady tomu ona se u nás cítila daleko příjemněji, protože jsme jí vyhověli v tom jejím přání nechodit spát brzo.

Zjišťuješ od rodiny uživatele, jak se jejich blízký doma stravoval a jaké měl hygienické návyky?

Tuhle informaci já sama přímo od rodiny nezjišťuju, ale dozvídám se jí z doplňujícího dotazníku. Každopádně stravovací návyky jsou určitě velice

důležité a když o nich víme, tak je dobré s tím pracovat i v rámci aktivizačních technik jako s využitím chutí a toho, co měl ten člověk rád.

Vzpomeneš si, v jaké konkrétní situaci pomohla znalost stravovacích a hygienických návyků zvýšit kvalitu života uživatele?

Když třeba víme, že někdo má nějaké konkrétní jídlo rád, tak se nám někdy snáz daří s ním přes to jídlo navázat kontakt. Třeba mu řekneme, že budeme rádi, když si s námi dá zákusek a kávu. Ten člověk pak vidí, že se mu snažíme nabídnout, co má rád. Ten pobyt u nás je pak pro něho příjemnější. Snažíme se podle toho, co měl rád, vybírat i obědy. Zase podle toho, co nám rodina říká. Co neměl rád, tak to nevybíráme.

Se zdr. stavem uživatele nesmějí být obeznámeni pracovníci v sociálních službách. Myslíš si, že to rodiny uživatelů vědí?

Myslím, že to asi nevědí a že se o to ani nezajímají. Spíš bych řekla, že tohle začínají řešit, až když vznikne nějaký problém.

Hovoříš s rodinami o zdravotním stavu jejich blízkého?

Ani ne. Když za mnou rodina přímo nepřijde a nezačne se o tom bavit, tak nemluvím. Nebo je případně odkážu na zdravotní sestru nebo někoho, kdo o tom zdravotním stavu ví víc.

Víš o případu, kdy na základě informace o zdravotním riziku, kterou rodina pečujícímu personálu sdělila, se předešlo zdravotním komplikacím uživatele a tím se zvýšila kvalita jeho života?

Třeba vím, že jedna klientka byla alergická na houby. Ona sama by nám to nesdělila, ale díky tomu, že rodina nás na to předem upozornila, tak nedošlo k žádným nepříjemnostem nebo komplikacím, které by s tím mohly souviset.

Mluvíš někdy s rodinou uživatele o životním příběhu jejich příbuzného?

Tak to mluvíme docela často s rodinami, když se setkáváme. Pořádáme totiž docela často společná setkání, tak dojde na to, že se bavíme o různých životních příbězích a o tom, jak jejich rodiče prožívali různé situace. A já se snažím v aktivizačních činnostech pracovat s tím životním příběhem člověka.

Petro, pomohla ti jeho znalost v lepším pochopení chování uživatele a tím ke zkvalitnění péče o něho?

Určitě ano. Vždycky se snažím přemýšlet nad tím, jak ten životní příběh ovlivňuje prožívání toho člověka v současné době. Pochopit emoce, které tam

mohly vznikat v minulosti, a to ovlivňování současného stavu. Pomáhá mi moc znalost těch souvislostí.

Zjišťuješ od rodiny uživatele, jaké má jejich blízký spirituální potřeby? Tedy, zda například vyznává nějakou určitou víru, navštěvuje pravidelně bohoslužbu, dodržuje půst a podobně.

Ano, na to se určitě ptám, protože si myslím, že ta spirituální stránka je zvláště na konci života důležitá. Není to jen u lidí věřících, ale vůbec se ptám i na to, jakým způsobem ten člověk prožil život, co by si přál, co by chtěl ještě zažít a jak je vyrovnaný s tím svým životem. Jestli je spokojený, smířený s tím, jak žil. Takže na tohle se ptám jak klientů, tak i rodin, pokud na to dojde příležitost. Určitě ano.

Vzpomínáš si na konkrétní situaci, kdy znalost uživatelových duchovních potřeb pomohla zlepšit kvalitu jeho života?

Měli jsme u nás klienta, který byl velmi věřící, měl už vysoký stupeň demence. Přesto si uvědomoval, že má určité povinnosti jako křesťan a nechtěl jíst maso v pátek, ale vlastně si neuvědomoval, kdy pátek je. Takže bylo vhodné ho na to upozornit, protože jsme věděli, že si to sám přeje a že on to tak chtěl. Přestože už spoustu věcí nevnímal, tak tohle pro něj bylo moc důležité, aby dodržel věci, které on měl sám v sobě zažité, že musí dodržet.

Bavíš se s příbuznými uživatele, jaký mají v rodině nejosvědčenejší způsob komunikace s jejich blízkým, který trpí demencí?

O tom se bavím s rodinou zejména u těch klientů, kteří jsou upoutaní na lůžko a nemluví. Rodina mi pak sděluje, jak doma probíhala komunikace. Jak třeba ten člověk prožívá, když by měl nějaké bolesti nebo jak reaguje, když je mu něco příjemného. Samozřejmě si to vypořádává i sám personál, ale když tuhle informaci máme včas, tak je to lepší. Mně tedy to pomáhá, když se rodina napojí na toho člověka a popíše nám, jakým způsobem doma reagoval a můžeme si zkontrolovat, jestli tak reaguje i u nás.

Vybavuje se ti konkrétní případ, kdy tato informace pomohla zlepšit komunikaci mezi pracovníky zařízení a uživatelem a tím zvýšit kvalitu jeho života?

Třeba máme klientku, se kterou není možné navázat verbální komunikaci. Trpí ale křečemi a jejich intenzita se zvyšuje, když je jí něco nepříjemného. Když personál toto vysledoval, tak došlo k tomu, že když jsme viděli nějaké

nepohodlí, které vyjadřovala tělem, tedy těmi záškuby, tak jsme se jí snažili toho nepohodlí zbavit. Její dcera nám řekla, že maminka má spíš samotářskou povahu a je nerada v přítomnosti většího počtu lidí. No a my jsme pak teda vysledovali, že jí vadí, když jí posadíme do společenské místnosti, když je tam hodně klientů. Když jich tam bylo málo, tak jí to nevadilo. No a právě tahle informace od dcery nám pomohla vysledovat dřív, co je jí příjemné a co ne.

Zjišťuješ od rodiny, jaké měl jejich blízký během života zájmy a koníčky?

Ano, určitě, protože právě na tom se snažím stavět ten aktivizační program. Na těch původních zájmech, co toho člověka bavilo. Aby to právě nebylo, co neměl rád, ale co ho bavilo a rozvíjet to ještě v té možné míře, která lze. Takže díky rodinám se dozvídám tyhle informace, protože u nás jsou lidé s demencí a těžko nám mohou vyprávět o tom, co dřív dělali. Takže jediné přes tu rodinu se můžu tyhle informace dozvědět. A bez té spolupráce s rodinou bych tyhle informace neměla.

Vybavíš si konkrétní příklad z praxe, kdy díky spolupráci s rodinou uživatele pomohl uživatel lépe realizovat své záliby a koníčky, čímž došlo ke zkvalitnění jeho života?

Ted' třeba jsme zjistili, že někteří uživatelé mají rádi práci na zahrádce. Díky rodině, která nám to sdělila, tak jsme začali pracovat na zahradní terapii, která je jim taková blízká a je to právě aktivita, kterou dělali v dřívější době sami na svých zahrádkách doma.

Mluvíš s příbuznými uživatele o tom, na jaké úrovni jsou rodinné a přátelské kontakty seniora?

Když se k tomu dostaneme, tak o tom mluvíme. Spíš se zajímám o to, o čem třeba nemluvit. Jestli třeba nedošlo v rodině k nějakému třeba nepříjemnému zážitku nebo třeba úmrtí, abych se třeba vyvarovala připomínat tomu člověku, co by ho mohlo rozrušit nebo by mu to v tomhle směru mohlo být nepříjemné. Potom samozřejmě pokud má nějaké přátele, tak se snažím, aby spolu měli ještě nějaký kontakt. Měli jsme paní, která přestože byla v našem zařízení poměrně dlouho, tak měla pořád přátele, kteří ji navštěvovali a jezdili za ní například o narozeninách. Dokonce u nás byli hrát divadlo. Takže ty vazby na ty přátele se snažím, aby zůstaly, aby byly zachované, pokud to jde.

Vzpomeneš si na nějakou konkrétní situaci, kdy se díky dobré spolupráci s rodinou podařilo pokřivené vztahy napravit (urovnat) a tím zlepšit kvalitu života uživatele?

To si teď asi nevzpomenu.

Bavíš se s příbuznými uživatele o tom, jak by bylo možné upravit prostředí uživatele v jeho pokoji?

Ano, také se o tom bavíme. Máme klientku, která třeba ráda tvořila a taky ráda hrála tenis a vlastně díky komunikaci se synem jsme se domluvili, že jí přinese nějaké její výrobky a tenisovou raketu, abychom jí vyzdobili okolí postele, aby měla ty svoje věci poblíž a mohla se na to dívat, vzpomínat. Fotografie, které jí mohly připomínat, kdy byla aktivní, kdy byla na vrcholu. Takže určitě tyto informace jsou důležité pro zlepšení komfortu klientů.

Tím jsi mi vlastně odpověděla i na druhou otázku týkající se konkrétního příkladu.

Takže Petro, moc Ti děkuju za rozhovor.

Nemáš zač.

Rozhovor s Lenkou – sociální pracovnící

Leni, máš dojem, že jsou rodiny vesměs ochotné podávat personálu zařízení informace nebo naopak?

Myslím, že spíše ano. Žádná rodina s tím neměla nikdy problém.

Kdy, popřípadě při jaké příležitosti, se od rodin informace dozvídáš?

Tak základní informace zjišťuji při prvním jednání se zájemcem, a potom v průběhu služby, když narazíme na nějaký problém nebo něco, co je potřeba s rodinou řešit. Tak vlastně během celého průběhu služby se dozvídám informace, kdykoli.

Kdo zpravidla zahájí dialog – ty nebo příbuzný uživatele?

To se asi nedá říci, kdo dřív. To záleží na situaci, z které strany jsou potřeba informace nebo kde vznikne problém. Myslím si, že je to tak vyrovnané. Ale spíše asi my, protože potřebujeme vědět o klientech co nejvíce informací, aby ta služba byla kvalitně poskytována.

Leni, mluvíš s rodinou uživatele o tom, jaké měl jejich blízký před nástupem do služby zvyklosti, rituály a denní režim?

Určitě o tom mluvím, máme na to i speciální dotazník, který vyplňuje rodina, abychom všechny tyto informace měli.

Vybavíš si situaci, kdy konkrétně ti pomohla znalost zvyklostí, rituálů a denního režimu ke zkvalitnění péče o uživatele?

Teď mě zrovna nic nenapadá.

Zjišťuješ od rodiny uživatele, jak se jejich blízký doma stravoval a jaké měl hygienické návyky?

Ano, to všechno zjišťuju.

Vzpomeneš si, v jaké konkrétní situaci pomohla znalost stravovacích a hygienických návyků zvýšit kvalitu života uživatele?

To asi ano. Máme tady například klientku, která je po operaci gamanožem. Má operovanou dutinu ústní a potřebujeme vědět, jakým způsobem se má stravovat. Takže tahle paní zrovna má speciální stravovací návyky.

Se zdravotním stavem uživatele nesmějí být obeznámeni pracovníci v sociálních službách. Myslíš si, že to rodiny uživatelů vědí?

Myslím si, že rodiny to nevědí, že to jsou nějaké směrnice, které známe my, ale rodiny tohle neznají.

Hovoříš s rodinami o zdravotním stavu jejich blízkého?

Na to je tady zdravotní sestra, která má kompetence k tomu, aby zjišťovala zdravotní stav, a já o zdravotním stavu informace nezjišťuji. Jenom když mi chce rodina sama něco sdělit, tak to s nimi o tom mluvím.

Takže se ti stává, že tě rodina osloví s něčím, co se týká zdravotního stavu?

Stává a rodiny většinou nemají problém samy o tom s námi mluvit.

Leni, víš o případu, kdy na základě informace o zdravotním riziku, kterou rodina pečujícímu personálu sdělila, se předešlo zdravotním komplikacím uživatele a tím se zvýšila kvalita jeho života?

Dost časté a běžné je, že třeba lidi jsou cukrovkáři a to nám rodina sdělí. Pak víme, jaké podávat jídlo a jak se mají ti lidé stravovat. Potom třeba problémy měla klientka s ledvinami, takže víme, že je potřeba zvýšeně dohlížet na pitný režim. Takže takové případy určitě jsou.

Mluvíš někdy s rodinou uživatele o životním příběhu jejich příbuzného?

Určitě také tohle zjišťuji. Ptám se proto, abychom potom mohli s klienty lépe komunikovat. Takže životní příběhy od rodin známe.

Pomohla ti jeho znalost v lepším pochopení chování uživatele a tím ke zkvalitnění péče o něho?

Myslím, že ano. Při některých rozhovorech třeba někteří klienti neradi mluví o dětství a až z toho životního příběhu zjistíme, že třeba to dětství nebylo hezké nebo jim bylo nějak ublíženo. Tak pak víme, že na tohle téma nemáme narážet a tím se i vysvětlí, proč o tom období neradi mluví. Takže ten životní příběh je přínosný.

Zjišťuješ od rodiny uživatele, jaké má jejich blízký spirituální potřeby? Tedy, zda například vyznává nějakou určitou víru, navštěvuje pravidelně bohoslužbu, dodržuje půst a podobně.

To samozřejmě zjišťuji, protože u nás probíhají pravidelné bohoslužby. Naši klienti pod vlivem demence většinou nedokážou samostatně jednat, takže pokud jsou věřící a rodina nám to řekne, musíme je na bohoslužbu přivést nebo požádat pana pátera, aby se za nimi zastavil na pokoji. Ale při jednání se jich

neptám přímo. Většinou je to tak, že na tohle téma narazím a čekám, co nám rodina v tomhle směru řekne.

Leni a vzpomínáš si na konkrétní situaci, kdy znalost uživatelových duchovních potřeb pomohla zlepšit kvalitu jeho života?

Ano. Jak jsem již říkala, vzhledem k tomu, že tady probíhají bohoslužby, tak díky tomu, že víme o těch spirituálních potřebách, tak víme, kdo půjde na bohoslužbu, kdo může přijímat svátost a podobně.

Bavíš se s příbuznými uživatele, jaký mají v rodině nejosvědčenější způsob komunikace s jejich blízkým, který trpí demencí?

Určitě, protože ti jejich blízcí je znají nejlépe a vědí, jak komunikovat. Někdy je to naopak. Někdy na to přijdeme až tady a příbuzným pak poradíme. Ale často se stane, že díky jejich radám můžeme my lépe komunikovat s klienty.

Vybavuje se ti konkrétní případ, kdy tato informace pomohla zlepšit komunikaci mezi pracovníky zařízení a uživatelem a tím zvýšit kvalitu jeho života?

Například máme klientku, která si vždy po koupání stěžovala na to, že se jí ztratilo oblečení. Probírali jsme to se synem a on nám řekl, že maminku vždycky uklidní, když má důležité věci napsané na papíře. Že se pak cítí jistěji. Proto jsme se s ní domluvili, že vždycky před koupáním sepíšeme seznam veškerého ošacení a po vyprání společně překontrolujeme, jestli vrácené oblečení souhlasí se seznamem. A díky synovi bylo po problému.

Leni, zjišťuješ od rodiny, jaké měl jejich blízký během života zájmy a koníčky?

To zjišťuji poměrně zevrubně už při vstupním jednání. Ptám se, jaké měl ten člověk koníčky dříve, co ho hodně bavilo a co zase vůbec. Pak se ptám, čím se rád zabývá teď, když už nemá tolik sil.

Vybavíš si konkrétní příklad z praxe, kdy díky spolupráci s rodinou uživatele pomohl uživatel lépe realizovat své záliby a koníčky, čímž došlo ke zkvalitnění jeho života?

Jedna klientka se moc nechtěla zapojovat do programu. Nic jí nebavilo, ani pečeni, ani různé kvízy na procvičování paměti. Taky si nechtěla moc povídat. Probírali jsme to s rodinou a zjistili jsme, že dřív hrozně ráda pletla, ale teď už neplete. Zkusili jsme to a bylo to to pravé. Paní sice pletla jen šálu, protože nic

složitějšího už nezvládla, ale hrozně ožila a dokonce se od toho pletení i začala do programu zapojovat. To bylo hrozně fajn.

Mluvíš s příbuznými uživatele o tom, na jaké úrovni jsou rodinné a přátelské kontakty seniora?

Když známe další sociální kontakty, třeba přátele našich klientů, tak je pak fajn, když je můžeme pozvat například na oslavu narozenin klienta. Takže ano, rodin se ptám a jsem ráda, pokud se podaří tyto vztahy dál rozvíjet.

Vzpomeneš si na nějakou konkrétní situaci, kdy se díky dobré spolupráci s rodinou podařilo pokřivené vztahy napravit (urovnat) a tím zlepšit kvalitu života uživatele?

Konkrétní případ, kdy bychom vyloženě napravili pokřivené vztahy, mě teď nenapadá žádný.

Bavíš se s příbuznými uživatele o tom, jak by bylo možné upravit prostředí uživatele v jeho pokoji?

Také o tom mluvím. Často vyzýváme rodiny, aby přinesly třeba fotografie nebo nějaké oblíbené předměty a společně s rodinou nad tím přemýšlíme, co klientům do pokoje dát, aby se tam cítili dobře.

Vybaví se ti konkrétní situace, kdy se díky úpravě prostředí senior s demencí cítil lépe a tím se zvýšila kvalita jeho života?

Konkrétní případ. Například klientka, která měla ráda zvířata, kočky, tak jsme vyzdobili její pokoj obrázky koček. A cítila se tam mnohem lépe, dobře na obrázky reagovala.

Leni, děkuji ti za rozhovor.

Není vůbec zač.

Informační list

Účel

Naše setkání se uskuteční za účelem získání materiálu, který se stane součástí bakalářské práce s názvem „ Vliv spolupracující rodiny na kvalitu péče a kvalitu života seniora s demencí v Domově sv. Anežky České a Stacionáři sv. Anežky České“. Bakalářská práce bude předložena na Evangelické teologické fakultě Univerzity Karlovy.

Cílem této práce je zhodnotit, do jaké míry v zařízení Domova sv. Anežky České a Stacionáře sv. Anežky České ovlivňuje spolupráce personálu a rodiny kvalitu života seniorů s demencí, a do jakých oblastí péče o seniora se především promítá.

Způsob získání materiálu

Materiál bude získán pomocí rozhovoru, z něhož bude pořízen audiozáznam. Ten bude následně přepsán do písemné podoby. Rozhovor bude trvat cca 15 - 20 minut.

Podmínky účasti

Seznámení se s „Informačním listem“, souhlas s rozhovorem a s pořízením audiozáznamu. Na znamení souhlasu bude podepsán „Poučený souhlas“.

Téma rozhovoru

Téma rozhovoru se bude týkat Vašich názorů na úroveň spolupráce s rodinami uživatelů s demencí ve výše uvedeném zařízení.

Nakládání se získaným materiálem

Materiál získaný rozhovorem Vám bude v případě zájmu předložen k nahlédnutí, a to před tím, než se stane součástí bakalářské práce. Tento materiál bude dále použit pouze pro účely výše uvedené a nebude dále šířen ani publikován. Též se zavazují k mlčenlivosti.

Právo vystoupit z účasti na výzkumu a možná rizika

Vaše účast na tomto výzkumu je dobrovolná a máte tudíž možnost v jakékoli fázi setkání bez udání důvodu ukončit. Nepředpokládám, že by Vám spolupráce na rozhovoru přinesla jakákoli rizika, pokud byste však i přesto měla pocit ohrožení, či by Vám byla tato spolupráce nepříjemná, máte právo své pochybnosti sdělit, případně spolupráci ukončit. Na Vaše požádání budou též vymazány Vámi určené části záznamu, popřípadě záznam celý, a to před tím, než bude přepsán do písemné podoby.

Vaše rozhodnutí jsou zcela svobodná a budou plně respektována.

Možný zisk

Z účasti na výzkumu neplyne žádný přímý zisk. Přínos pro sebe ovšem můžete spatřovat v tom, že mi poskytnutím rozhovoru pomůžete splnit cíl mé bakalářské práce.

Anonymita

Data získaná v tomto výzkumu jsou anonymní, v rozhovoru bude uvedeno pouze Vaše křestní jméno. Audiozáznam bude po přepsání vymazán.

Osoba, která realizuje výzkum

Hana Bělohávková, studentka ETF UK, obor Pastorační a sociální práce

V případě dalších otázek mne prosím kontaktujte.

e-mail: hana.bela@seznam.cz, telefon.č. 731 022 091

Poučený souhlas

Prohlášení dotazované:

Prohlašuji, že jsem si osobně přečetla informační list a na své dotazy jsem dostala uspokojivé odpovědi. S poskytnutím rozhovoru, jeho dalším zpracováním a použitím pro účely bakalářské práce, dobrovolně souhlasím.

Jméno dotazované:

Podpis dotazované: _____

Datum:

Prohlášení tazající:

Prohlašuji, že jsem dotazovanou podrobně seznámila s podmínkami spolupráce, včetně jednotlivých bodů informačního listu. Na vznesené dotazy jsem odpovídala podle svého nejlepšího vědomí a svědomí.

Dotazovanou jsem ujistila, že účast na rozhovoru je dobrovolná a spolupráce může být v jakékoli fázi na její přání přerušena.

Potvrzuji, že dotazovaná osoba nebyla k souhlasu nucena a svůj souhlas projevila svobodně a dobrovolně.

Každý z účastníků obdrží 1 paré „Informačního listu“ a 1 paré „Poučeného souhlasu“.

Jméno tazající:

Podpis tazající: _____

Datum:

Poznámka:

„Informační list“ a „Poučený souhlas“ jsou součástí bakalářské práce zpracovatelky a byly zformulované na základě zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Podepsaný „Poučený souhlas“ je uložen u autorky bakalářské práce.