

# Západočeská univerzita v Plzni

## FAKULTA PEDAGOGICKÁ

PÉČE O LIDI S DEMENCÍ V DOMOVECH SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM  
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Kučerová Kateřina  
*Sociální péče, obor Sociální práce*  
2009 - 2012

Vedoucí práce: PhDr. Josef Slowík, Ph.D.

Plzeň, 31. březen 2012

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

Plzeň, 31. březen 2012

.....  
vlastnoruční podpis

## OBSAH

1	ÚVOD.....	1
2	POMÁHAJÍCÍ PROFESE V PÉČI O KLIENTY.....	2
2.1	NASTAVENÍ HRANIC MEZI KLIENTEM A POMÁHAJÍCÍM PRACOVNÍKEM .....	2
3	DEMENCE .....	4
3.1	FORMY DEMENCE.....	4
3.2	VÝSKYT A PŘÍČINY DEMENCE .....	5
4	PORUCHY KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ.....	7
4.1	KRÁTKODOBÁ PAMĚŤ .....	7
4.2	DLOUHODOBÁ PAMĚŤ .....	7
4.3	VERBÁLNÍ KOMUNIKACE .....	8
4.4	NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE.....	9
4.5	ZTRÁTA POZORNOSTI .....	10
4.6	NESPRÁVNÝ NÁHLED A ÚSUDEK, PORUCHY ABSTRAKCE .....	10
4.7	PORUCHY VNÍMÁNÍ A PROSTOROVÉ ORIENTACE .....	11
4.8	PORUCHY V OBLASTI MOTORIKY .....	11
5	PROBLEMATICKÉ CHOVÁNÍ.....	12
5.1	AGRESIVITA .....	12
5.2	DEPRESE .....	12
5.3	PODEZÍRAVOST.....	12
5.4	ZÁVISLOST NA PEČUJÍCÍ OSOBE .....	13
5.5	TOULÁNÍ.....	13
6	PREVENCE PROBLEMATICKÉHO CHOVÁNÍ .....	14
6.1	VZPOMÍNKY NA VZDÁLENOU MINULOST .....	14
6.2	STEREOTYPY .....	14
7	REAKCE NA PROBLEMATICKÉ CHOVÁNÍ .....	16
8	AKTIVIZACE.....	17
8.1	ZAMĚŘENÍ ČINNOSTÍ.....	17
8.2	INDIVIDUÁLNĚ PLÁNOVANÉ AKTIVITY.....	18
8.3	SKUPINY PŘI AKTIVITĚ .....	18
8.4	PLÁNOVÁNÍ DNE A AKTIVIT .....	19
9	KOGNITIVNÍ TRÉNINK .....	21
10	DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM.....	22
11	VÝZKUMNÁ ČÁST.....	23
11.1	DOMOVY ZAŘAZENÉ DO VÝZKUMU .....	25
11.2	CÍLOVÁ SKUPINA .....	27
11.3	POSÍLÁNÍ A POSKYTOVANÉ SLUŽBY .....	28
11.4	PRINCIPY POSKYTOVANÉ PÉČE .....	32
11.5	ZPŮSOB HRAZENÍ POSKYTOVANÝCH SLUŽEB .....	33
11.6	PÉČE O KLIENTY S OHLEDEM NA JEJICH SPECIFICKÝ STAV .....	33
11.7	AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI PROVÁDĚNÉ V DOMOVECH .....	44
11.8	DISKUZE K VÝZKUMU .....	47
12	ZÁVĚR .....	50
13	RESUME.....	51

---

13.1 RESUME V ANGLICKÉM JAZYCE .....	51
14 SEZNAM LITARETURY .....	53
15 PŘÍLOHY.....	I
15.1 PŘÍLOHA Č. 1: ROZHOVORY V DZR SNĚŽENKA .....	I
15.2 PŘÍLOHA Č. 2: ROZHOVORY V DOMOVĚ SV. ALOISE .....	X
15.3 PŘÍLOHA Č. 3: ROZHOVORY V DZR PETRKLÍČ.....	XIX
15.4 PŘÍLOHA Č. 4: KAZUISTIKY KLIENTŮ .....	XXVI
15.5 PŘÍLOHA Č. 5: ROZHOVOR (OTÁZKY) .....	XXXVIII

## 1 ÚVOD

Vždy mi byla práce se seniory nejbližší, takže i svou praxi jsem volila podle toho. Bylo pro mě tedy samozřejmostí, že jsem si ke zpracování bakalářské práce vybrala téma z oblasti péče o seniory. S tím mám ostatně i vlastní zkušenosti. Ve svém volném čase pomáhám s péčí o rodinného příslušníka, který trpí pokročilou demencí. Zároveň také navštěvuji jeden Domov se zvláštním režimem, kde s klienty provádím různé aktivizační činnosti. Tento Domov byl i součástí mého výzkumu. Vzhledem ke zkušenostem se seniory s demencí, jsem si vybrala jako téma: „Péči o osoby s demencí v domovech se zvláštním režimem.“ Tento typ zařízení je specifický v tom, že jeho klienty jsou pouze senioři, kteří trpí nějakým typem demence.

V teoretické části práce napřed definuji demenci a její specifika. Velkou kapitolou budou kognitivní poruchy klientů s demencí. Kognitivní poruchy se totiž výrazně promítají do všech oblastí péče o tyto osoby. Dále budu psát o problematickém chování, které ke klientům s demencí neodmyslitelně patří a způsobech jeho řešení. Poslední velkou kapitolou bude téma aktivizačních činností a jejich uzpůsobování klientům s demencí.

Ve své práci bych chtěla představit péči o seniory ve třech různých domovech se zvláštním režimem, které jsem si v Plzni vybrala. V rámci výzkumu budu realizovat rozhovory s personálem Domovů a rozhovory s vybranými klienty. Konkrétně budu dělat rozhovory s pracovníky sociální péče, zdravotními sestrami, ergoterapeutkami a fyzioterapeutkami. V rozhovorech se budu zaměřovat na poskytovanou péči, specifika péče o osoby s kognitivními poruchami (jak dochází ke komunikaci, péči o imobilní klienty, . . .) a bude mě zajímat i popis běžného pracovního dne zaměstnance Domova.

Výzkum, který budu provádět je kvalitativní a ke zjišťování potřebných informací použiji čtyři metody – rozhovor s otevřenými otázkami, kazuistiky klientů, pozorování dne zaměstnanců a analýzu dokumentů zveřejňovaných na jejich internetových stránkách.

## 2 POMÁHAJÍCÍ PROFESE V PÉČI O KLIENTY

Stejně jako v každé jiné profesi, musí mít pomáhající pracovník určité znalosti a vědomosti o svém oboru. Ovšem nejdůležitější je jeho osobnost. Nač by mu byla sebelepší znalost problematiky, kdyby neuměl kvalitně komunikovat s klientem, nebyl by trpělivý, empatický a ochotný. Člověk, který tyto dovednosti nemá, by neměl vykonávat pomáhající profesi.

Klienti pomáhajícího pracovníka k němu musejí mít důvěru, cítit se v jeho přítomnosti bezpečně, věřit tomu, že jim pomůže nebo jim alespoň ukáže „směr cesty“. V řadě případů jsou klienti odkázáni pouze na jeho pomoc (Kopřiva, 2000).

Je důležité, aby pečující osoba měla na paměti, že i když má klient kognitivní poruchu, je stále dospělý a jako každý dospělý bude lépe snášet vedení než řízení (Zgola, 2003). Laikovi se mnohdy klientovy reakce na určitou situaci mohou zdát neadekvátní a „nedospělé“. Nesmíme ale zapomenout, že člověk s demencí reaguje v rámci svých možností racionálně.

### 2.1 NASTAVENÍ HRANIC MEZI KLIENTEM A POMÁHAJÍCÍM PRACOVNÍKEM

Důležitým úkolem je vytvoření hranice mezi klientem a pomáhajícím a mezi jejich výlučně soukromými záležitostmi (Kopřiva, 2000).

Velkým problémem je, když pomáhající bere starosti a problémy svého klienta vážněji než svoje vlastní. To narušuje nejen autonomii pomáhajícího, ale i autonomii klienta, který by si na takový přístup mohl lehce zvyknout. (Kopřiva, 2000) Později by mohl odmítat řešit své záležitosti sám a spoléhal se v tomto ohledu pouze na pomoc ostatních.

Pomáhající by si měl umět zachovat „profesní přístup“. To je ale velmi náročné, ne – li zcela nemožné. Pomáhající se ve své profesi setkává s takovým množstvím lidského utrpení, bezmoci, strachu, obavy a touze po změně své situace, že není možné, aby ho nějaký případ „nezasáhl“.

Kopřiva ve své knize rozlišuje pracovníky na empatické a soucitné. Empatický pomáhající je schopen díky své profesionalitě klientovi pomoci. „Pouze“ se vcítí do jeho situace. Ne že by to bylo tak málo, ale takový pracovník si stále udržuje odstup, hranici.

Kdežto soucitný pracovník se s klientem příliš ztotožní. Všechnu bolest, úzkost a trápení cítí jako svou vlastní. Takový člověk nemůže být klientovi dostatečnou oporou a nedokáže mu příliš pomoci (Kopřiva, 2000).

### 3 DEMENCE

U řady autorů knih s touto tematikou se definice demence trochu liší. Samozřejmě všechny ale mají společné aspekty, které blíže popíšu.

Prvním aspektem je, že porucha je získaná. Demence postihuje převážně osoby ve vysokém věku – to znamená, že tito lidé žili po většinu svého života jako dospělí, samostatní jedinci. Jejich vnímání sebe sama se proto většinou nemění – neuvědomují si rozdíl mezi svým předchozím a nynějším stavem (Zgola, 2003).

Dalším společným aspektem je, že klientův stav je nezvratitelný. Někdy sice může mít „světlou chvíli“, ale určitě to není trvalé. Chybí mu úsudek a náhled situace. Tato porucha je skrytá, respektive pokud se klient pohybuje v klidném a nestresujícím prostředí, není ho většinou možné rozpoznat od jiného seniora bez demence. Na to může někdy pečující osoba zapomenout. V takovém případě se dostávají do konfliktu klientovy schopnosti s očekáváním pečujícího. Pečující osoba by měla mít na paměti, že její klient má stále kognitivní poruchu, přestože to zrovna v danou chvíli tak vůbec nevypadá (Zgola, 2003).

Název této poruchy pochází z latiny a v překladu znamená „bez myslí“. Dochází při ní k odumírání nebo sesychání nervových buněk v mozku. Porucha má několik fází. V počátečních se nemusí projevit žádné potíže a člověk myslí, mluví a chodí zcela normálně. Naopak v konečné fázi už je zcela odkázán na pomoc druhých, uspokojuje si pouze biologické potřeby a zapomněl vše, co kdy uměl (Buijssein, 2006).

Dlouhou dobu věda předpokládala, že mozek se může obnovovat jen do určitého věku, ale nové výzkumy ukázaly, že nové buňky a nová spojení mezi neurony vznikají po celý život (Klucká, Volfová, 2009).

#### 3.1 FORMY DEMENCE

Demence má mnoho forem. Nejčastěji, a to v 55%, se vyskytuje Alzheimerova nemoc. Další v pořadí s 15- ti procentním výskytem je vaskulární demence a to konkrétně multiinfarktová demence. Nejběžněji se vyskytuje onemocnění vzniklé spojením Alzheimerovy nemoci a vaskulární demence, a to v 70%. Dalšími formami je Parkinsonova,

Pickova, Bingswangerova, Lewy Bodyho a Huntingtonova nemoc. Ty patří ke vzácnějším formám, vyskytují se především u mladších lidí (Buijssein, 2006).

Ve většině knih s touto problematikou, používají autoři pouze slovo „demence“, jako synonymum Alzheimerovy nemoci. Jak ale zmiňuji výše, existuje i řada jiných forem. Mohou mít stejné nebo podobné symptomy i následky, ale v určitých detailech se liší.

### 3.2 VÝSKYT A PŘÍČINY DEMENCE

*„O demenci se často mluví jako o „nemoci stáří“, i když se občas vyskytuje také u lidí mladších 65 let.“* (Buijssein, 2006, s. 17)

U osob nad 85 let trpí demencí už jeden z pěti. Do té doby je procento výskytu nižší (Buijssein, 2006).

Demenci tedy Buijssein popisuje jako „nemoc stáří“, co ale stáří vlastně je? Velmi rozšířeným názorem je, že ve stáří musí být člověk nemocný, slabý a závislý na péči ostatních. Definici stáří pěkně vystihuje ve své knize „Jak si vychutnat seniorská léta“ Tošnerová (2009, s. 14). *„Stáří je přirozený a předvídatelný proces změn, ale vyznačuje se značnou variabilitou v typech a rychlosti. Týká se našeho fyzického vzhledu, energetického stavu, duševních schopností a společenského života. Změny jsou většinou z nás vnímány jako ztráty, protože nás nutí vzdát se řady situací, přijmout nové role a poradit si s omezenějšími schopnostmi.“*

Společně s fyzickým stárnutím dochází i k ochabování duševních schopností. Zhoršování kognitivních schopností se potom točí v bludném kruhu – spolu s obavami ze selhání či neúspěchu, nižším sebevědomím a pasivitou. Nejlépe se tento bludný, nekonečný kruh přeruší aktivitou jedince – např. zapojením se do konverzace, luštěním křížovek a různými dalšími programovými aktivitami pořádanými v Domovech (Klucká, Volfová, 2009).

Příčiny demence nejsou dodnes přesně známé. Odborníci akorát znají různé faktory, které její vznik ovlivňují. „. . . není pochyb, že ve vývoji nemoci hrají roli genetické faktory . . .“. *„Skutečnost, že demence se primárně vyskytuje u starších lidí, naznačuje, že svou roli hraje i stárnutí. Konečně je také známo, že je vyšší riziko vzniku demence u lidí,*

*kteří někdy v životě utrpěli vážné poranění lebky, a u těch, kdo mají chronický vysoký tlak.“ (Buijssein, 2006, s. 18)*

## 4 PORUCHY KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

Demence je tedy kognitivní porucha. Kognitivní funkce, neboli funkce poznávací, nám umožňují poznávat svět kolem sebe. Různé kognitivní funkce spolu souvisí a vliv jejich ztrát a oslabení se liší podle druhu demence i podle osobnosti jedince, kterého postihly (Klucká, Volfová, 2009). Mezi kognitivní funkce patří paměť, schopnost mluvit, pozornost, vhléd a abstrakce, vnímání, prostorová orientace či motorika.

### 4.1 KRÁTKODOBÁ PAMĚŤ

Velkým problémem člověka s demencí je, že není schopný zapamatovat si mnoho nového. Neví sice, co se stalo před minutou, ale o vzdálené minulosti by byl schopný vyprávět. Takový člověk nedokáže uložit informaci z krátkodobé paměti do dlouhodobé.

Je velmi náročné vést s takovým člověkem rozhovor, protože se neustále ptá na stejné otázky. I když mu na ně budeme trpělivě odpovídat pořád dokola, stejně si to nezapamatuje a zeptá se znovu. Osoba s demencí také ztrácí zájem o čtení knih a časopisů – důvodem je to, že si prostě nedokáže zapamatovat, co se odehrávalo na předchozí stránce a tak se brzo ztrácí v ději.

Další problémy souvisejícími s pamětí jsou:

- dezorientace v čase a novém prostoru – neví kolik je hodin, nebo kde zrovna je
- neustálé hledání věcí – nepamatuje si, kam je položil, kde je nechal
- časté změny nálad – zrovna se směje a nepamatuje si, že před minutou byl smutný

(Buijssein, 2006)

### 4.2 DLOUHODOBÁ PAMĚŤ

Osoba s demencí v počátečních fázích má narušený přenos informací z krátkodobé do dlouhodobé paměti. Ovšem postupem času dochází k destrukci i dlouhodobé paměti. Buijssein popsal ve své knize „Demence“ dlouhodobou paměť jako „mentální“ deníky, které máme seřazené podle letopočtu. Čím déle trpí člověk demencí, tím více deníků se

mu ztrácí – maže se jejich obsah. Připomíná to kostičky domina, které do sebe narážejí a shazují ty, které stojí před nimi.

Člověk nejdříve zapomene to, co se stalo rok před onemocněním, pak dva roky před onemocněním a tak to jde dál. V pokročilých fázích demence už člověku zbývá jen pár „deníků“ o jeho dětství. V konečné fázi už nemá ani ty a brzy na to umírá (Buijssein, 2006).

To, že ztrácí dlouhodobou paměť, s sebou přináší další obtíže. V ní je totiž zaznamenáno vše, co člověk znal a uměl. Takový člověk postupně ztrácí:

- mechanické dovednosti – neví, k čemu slouží vysavač nebo pračka, natož to, jak se používají
- ztrácí sociální dovednosti a společenské normy – na veřejnosti se může chovat nevhodně – řihá, mlaská, močí
- mění se jeho osobnost
- horší se intelekt, který jde s pamětí ruku v ruce
- hůře komunikuje

(Buijssein, 2006)

### 4.3 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Osoba s demencí neztrácí schopnost řeči, tzn. schopnost artikulovat, ale ztrácí „schopnost“ jazyka. Jazyk má dvě roviny:

- receptivní – porozumění myšlenkám
- expresivní – vyjádření vlastní myšlenky

(Zgola, 2003)

Kvůli poruchám schopnosti dorozumět se mnohdy dochází k problematickému chování. Aby se klient s poruchou jazyka necítil špatně, frustrovaně a izolovaně, měli bychom svoji řeč a způsob dorozumívání přizpůsobit jeho potřebám (Zgola, 2003). Existuje několik způsobů, jak přizpůsobit svoji mluvu. Nejdůležitější asi je užívat podobný

slovník jako klient a spoléhat více na neverbální složku komunikace (gesta, výraz obličeje, intonace). Takto dokážeme sdělit mnohem více než jen slovy.

Komunikace je sice jádrem vztahu, ale musí k ní docházet vzájemně, oboustranně – jak na straně pečující osoby, tak klienta. Prostředek, který napomáhá úspěšné komunikaci, je vytvoření vhodného prostředí (Zgola, 2003). Klient musí svému pečovateli důvěřovat, musí cítit, že se mu snaží pomoci. Dalším důležitým aspektem je, aby byla pečující osoba obeznámena s funkčními účinky kognitivní poruchy.

Průběh demence se dá rozdělit do třech fází – potřeby dohledu, potřeby péče a potřeby ošetrovatelské péče (Buijssein, 2006). Každé období má charakteristické znaky – ať už se jedná o paměť, motoriku nebo komunikaci. Zde se zaměřím na komunikaci.

Vést rozhovor s klientem s demencí stojí hodně úsilí a energie. Klient zpočátku může a stále umí komunikovat. To se ale postupem času dost zhoršuje. Začne zapomínat slova, neumí pojmenovat věci nebo jemu známé osoby.

Pro první fázi je charakteristické používání „prázdných“ slov – někdy, někde, to, oni, věci, něco – taková slova nám obsahově nic neřeknou. Pořád ale klient rozumí tomu, co se mu říká. Ve druhé fázi, fázi potřeby péče, se už člověk tolik nezapojuje do rozhovorů. Jeho „vyprávění“ nemá začátek ani konec, začíná povídat tam, kde ho to zrovna napadne. Abstraktním pojmům jako je „myšlenka“ či „intelligence“ už nedokáže porozumět, nechápe jejich význam. V konečné fázi klient přestává mluvit úplně, dorozumívá se pomocí neartikulovaných zvuků. Teď už reaguje pouze na fyzické impulzy – teplo, chlad, bolest, atd. To souvisí s postupnou ztrátou i těch nejstarších „deníků“, které si pamatoval – neumí už komunikovat jinak než jako batole (Buijssein, 2006).

#### 4.4 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Pečující osoba by měla minimalizovat závislost na mluveném slovu. Člověk s demencí dokáže lépe porozumět řeči těla, výrazu obličeje či náladě pečujícího.

Velmi důležitými prvky neverbální komunikace s osobou s demencí je udržování očního kontaktu, úsměv a setrvávání v zorném poli klienta.

Pokud mluvíme s klientem s demencí, měli bychom se opírat o to, co zrovna může vnímat smysly – vidět, slyšet, cítit – jinak se nemůžeme spolehnout, že bude přesně vědět,

o čem je řeč (Buijssein, 2006). Náš hlas by přitom měl být klidný a neměli bychom ho zvyšovat. Zvýšený hlas by totiž klient mohl pochopit jako projev hněvu ze strany pečujícího a reagovat na něj neadekvátně – hněvem, agresí, smutkem, úzkostí, neklidem. Překážkou v komunikaci může být i používání nadřazeného tónu nebo postoje. Člověk s demencí může mít z takového sdělení pocit nepřátelství nebo podřadnosti.

#### 4.5 ZTRÁTA POZORNOSTI

Klient se ztrátou nebo omezením pozornosti nevydrží dlouho u žádné činnosti, proto je práce s ním velmi náročná. Často udělá jen polovinu úkolu a dál v něm nepokračuje. Takový člověk není schopný začít nebo dokončit úkol – i kdyby chtěl něco udělat, jeho stav mu to mnohdy neumožňuje. Rušivé podněty ho dokážou zcela destabilizovat a odvedou ho od práce.

Pečující osobě tedy nezbyvá nic jiného, než se snažit přizpůsobit prostředí či podněty klientovi. To hlavně znamená vyvarovat se rušivých vlivů, kterých si pečující osoba, jako osoba bez poruchy pozornosti, hůře všímá.

Dále by měl pečující neustále podněcovat klientovu pozornost, dávat mu podněty, které jsou pro něho srozumitelné a smysluplné (Zgola, 2003).

#### 4.6 NESPRÁVNÝ NÁHLED A ÚSUDEK, PORUCHY ABSTRAKCE

Poruchy náhledu, úsudku a abstraktního myšlení mohou mít u klienta s demencí za následek tvrdohlavé a egocentrické jednání. Jedním z projevů tohoto jednání je, že klient odmítá pomoc. Žije v představě, že péči o sebe a svou domácnost zvládne nejlíp sám, stejně jako doposud. Neuvědomuje si, že se situace změnila a on už není schopný vykonávat činnosti ve stejném rozsahu jako dřív (Zgola, 2003). Dalším projevem je ztráta zábran, kdy klientovy emoce proudí absolutně volně a on si vůbec nemusí uvědomovat, že v určité situaci jedná nevhodně, neuvědomuje si, co dělá.

Poruchou abstraktního myšlení potom rozumíme, že klient není schopný si představit věci, které zrovna nevidí. Nebo naopak zadaný úkol splní úplně doslova, i když to od pečujícího byla jen řečnická figura, kterou nebral vážně. Klient to ale pochopí po svém, v rámci svých možností a i očividně nelogický úkol splní (Zgola, 2003).

## 4.7 PORUCHY VNÍMÁNÍ A PROSTOROVÉ ORIENTACE

Při poruše vnímání nezbyvá nic jiného, než přizpůsobit prostředí, ve kterém klient žije, aby mu jeho vnímání působilo co nejmenší problémy. Hodně přitom pomáhá zcela jednoduchá věc – barevné sladění prostoru a změna osvětlení.

Poruchy vnímání pomocí zraku mohou klienta doslova paralyzovat. Klient pociťuje značnou úzkost, nejistotu a stres, když:

- nenachází věci na obvyklém místě
- nemůže najít správnou cestu či směr
- nerozeznává lidi – všichni se mu zdají cizí, později nemusí poznat ani sám sebe
- nerozeznává předměty

(Zgola, 2003)

## 4.8 PORUCHY V OBLASTI MOTORIKY

Každý člověk si v průběhu svého života vytvoří automatické vzorce pohybů a jednání v určitých stejných situacích. Nemusíme potom přemýšlet nad každým jednotlivým úkonem, který směřuje k dokončení činnosti, protože to děláme naprosto automaticky.

Tyto vzorce jsou uloženy hluboko v podvědomí, takže i klient s demencí je dělá nebo se je alespoň snaží dělat i když nemusí přesně vědět proč tomu tak je. Jeho tělo naučený vzorec automaticky začne vykonávat a on se může věnovat sledování kvality prováděné činnosti. Funkce, která dohlíží na správné používání vzorců, se jmenuje výkonová funkce. Pokud je tato funkce porušena, dochází k problémům při plnění každého úkolu, který je složen z více kroků (Zgola, 2003). Člověk se může v průběhu vykonávání činnosti „ztratit“ nebo může zapomenout, jak mají být uspořádané jednotlivé kroky za sebou. V takovém případě je dobré, aby pečující osoba vrátila klienta zpět do fáze, kdy ještě věděl, co dělá.

## 5 PROBLEMATICKÉ CHOVÁNÍ

Důvodem vzniku problematického chování může být, že klient reaguje nevhodným chováním v případě, že mu něco schází a on neví jak jinak to vyjádřit. To jsou případy, kdy má klient pocit neuspokojení svých potřeb (Zgola, 2003). Základní potřeby snad každého z nás jsou bezpečí, náklonnost, pocit, že někam patřím a možnost sám rozhodovat o své osobě. U osob s demencí tomu není jinak. Mnohdy u nich ale splnění těchto potřeb není vůbec snadné.

### 5.1 AGRESIVITA

Pečující osoba by se měla naučit, měla by umět vyzorovat, co klienta s demencí dokáže rozhněvat. Pokud je to výjimečná situace, není to zase nic tak špatného. Každý z nás občas nemá náladu. Pokud k tomu dochází často (každý den, několikrát denně), měl by to pečující řešit.

U každého klienta je to individuální a záleží na osobě pečujícího, jak bude reagovat, jak danou situaci vyřeší. Na agresi bychom mohli nahlížet i trochu pozitivně – je to známka toho, že člověk s demencí ještě svůj život nevzdal, že se dokáže ještě vzbouřit (Buijssein, 2006).

### 5.2 DEPRESE

Pokud je člověk s demencí v depresi, vyjadřuje tím svou bezmocnost a úzkost. Pečující osoba by se měla snažit mu zlepšit náladu, mnohdy je to ale velmi obtížné. Často pomáhá začít se s klientem bavit o věcech, ke kterým má nějaký vztah, které ho zajímají. Je také dobré, když se ho pečující pomalu a oklikou snaží přimět k účasti na nějaké aktivitě. Není to snadné, protože klient s depresí i kdyby chtěl být aktivní a něčeho se zúčastnit, tak jeho aktuální stav mu to nedovolí. Doslovný překlad slova deprese totiž znamená „stlačený“. Klient by chtěl něco udělat, ale není toho vůbec schopen. Musí vyvíjet velké množství energie a úsilí a stejně nemusí ničeho dosáhnout (Buijssein, 2006).

### 5.3 PODEZÍRAVOST

Klient s demencí si mnohdy neuvědomuje, že za velkou většinou chyb, které se stále stávají, stojí právě on. Je nedůvěřivý k druhým, kteří mu „všechno špatné určitě dělají naschvál“. Myslí si, že příčinou všech chyb a omylů nemůže být on, ale že na nich

nesou vinu ostatní. Pro pečující osobu zde vyvstává důležitý úkol – jak zjistit, že ta či ona stížnost nebo obvinění podávané klientem s demencí je oprávněné či nikoli (Buijssein, 2006). Neznamená to ovšem, že člověku s demencí nemůžeme nic věřit a tvrdit, že ve všem lže. Je na nás, abychom zjistili, co se ve skutečnosti stalo.

#### 5.4 ZÁVISLOST NA PEČUJÍCÍ OSOBĚ

Člověk s demencí má neustále pocit nejistoty a necítí se být v bezpečí. Neumí a hlavně neví jak nakládat se svým životem, jak jít dál. Osoba pečujícího se proto pro něho stává něčím naprosto nepostradatelným. Je to někdo, kdo ví „jak dál“. Klient se dokáže cítit v klidu a bezpečí pouze za přítomnosti svého pečovatele, pro kterého je ale tako skutečnost dost vyčerpávající (Buijssein, 2006). Klient s demencí by si měl už od začátku zvyknout na to, že se o něho nebude starat pouze jedna osoba, na kterou by se fixoval, ale že se u něho budou střídat různí pracovníci.

#### 5.5 TOULÁNÍ

Demence může některým klientům „způsobit“ apatii a nezájem, ale jiní mohou být aktivnější. Zvláště, když kromě demence jsou jinak stále fyzicky zdraví. To souvisí s životem, jaký vedli, než se u nich demence projevila (Buijssein, 2006).

Touží chodit na procházky. Uvolňují si tím například vnitřní napětí nebo tlak, uvolňují si emoce. Mnohdy tak člověk s demencí uniká z míst, kde je mu to nepříjemné na místa, kde žil jako malý. Na místo, na které mu ještě zbývají pěkné (vlastně vůbec nějaké) vzpomínky.

## 6 PREVENCE PROBLEMATICKÉHO CHOVÁNÍ

Za problémy s chováním klient většinou nemůže. Je to pouze jeho reakce na probíhající situaci, na kterou neumí jinak reagovat a neví jak se v ní zachovat. Takový člověk hledá bezpečí, jistotu, náklonnost, cíl svého konání a vlastně i sám sebe. Proto je velmi důležitá prevence problematického chování.

Lidé v okolí klienta s demencí by se měli snažit nevystavovat ho příliš nepříjemným a jiným stresujícím situacím. Člověka s kognitivní poruchou nelze změnit, ale můžeme alespoň částečně přizpůsobit prostředí, ve kterém žije a pohybuje se.

Člověku s kognitivní poruchou zůstávají zachovány různé schopnosti, o řadu z nich ale přichází. I to může být příčina vzniku problematického chování. Člověk chce něco vykonat, ale nemá k tomu potřebné schopnosti. Tento stav lze alespoň trochu omezit – důležitým nástroje je, aby pečující osoba klientovi připomínala a oceňovala jeho zachovalé schopnosti (Zgola, 2003).

Nejčastěji zůstávají klientovi s demencí zachovány vzpomínky na vzdálenou minulost, rutinní zafixované úkony, vyjadřování emocí nebo učení se novým stereotypům (Zgola, 2003).

### 6.1 VZPOMÍNKY NA VZDÁLENOU MINULOST

To, že si klient s demencí pamatuje na informace ze svého dětství, z něj může udělat „mudrce a znalce minulého“. Ostatně tato skutečnost není žádnou novinkou. Starší členové rodiny vždy představovali cennou studnici znalostí a životních zkušeností. Mladí k nim chodí s prosbou o radu.

### 6.2 STEREOTYPY

Vykonávání známých stereotypních úkonů je téměř podobné jako vykonávání navyklých pohybových vzorců. Někdy si člověk uchová postup celého úkolu, z některého mu zůstávají jen útržky.

Je důležité zjistit a rozpoznat, která část postupu schází a zaměřit se na rozvoj a podporu těch, které zůstaly – k tomu slouží proces hodnocení aktivit klienta (Zgola, 2003).

To, že klient trpí demencí, nemusí nutně znamenat, že už není schopný naučit se něco nového. Je to sice velmi náročné jak na čas, tak i na péči pečujícího, ale může se to povést. Způsob, který je možné použít, se nazývá procedurální paměť. Definici procedurální paměti uvádí ve své knize Zgola (2003, s. 95) - *„Jedná se o mechanismus, kterým získáváme návyky a učíme se dovednostem, abychom je mohli nakonec provádět zcela automaticky“*.

Ne nadarmo se říká „opakování, matka moudrosti“. Pokud nějakou činnost vykonáváme stejným způsobem dostatečně dlouho, zautomatizuje se nám, aniž bychom si toho byli vědomi.

Pro učení osoby s kognitivní poruchou je důležité, aby vštěpované situace vzbuzovaly pocit bezpečí, důvěry a jistoty. Takové pocity se člověku potom vybaví a nebude před úkolem pociťovat napětí (Zgola, 2003).

## 7 REAKCE NA PROBLEMATICKÉ CHOVÁNÍ

Zgola (2003) uvádí čtyři výstižné kroky postupu, jak správně reagovat:

Definovat problém – proč to považujeme za problém. Neobvyklé chování klienta nemusíme vždy nutně považovat za problémové. Pokud to vyhovuje jemu a nic špatného tím nezpůsobí, není důvod, aby mu to bylo zakazováno. Zákaz provádění činnosti, která je klientovi příjemná, v něm může vyvolat negativní reakce. Některé chování, které se pečujícím může zdát jako nevhodné, neobvyklé a problematické, klient s kognitivní poruchou vůbec za nevhodné považovat nemusí. On takový způsob chování považuje za běžný a jinak reagovat neumí. Člověk s kognitivním postižením nemusí dodržovat „etická pravidla“ svého pečovatele. Naopak pečující osoba by měla vytvořit vhodné podmínky pro klienta, pro maximální využití schopností, které mu zbyly.

Zjistit okolnosti, které zapříčinily problém nebo napomohly jeho vzniku – abychom mohli správně vypracovat plán intervence, je nutné znát okolnosti, které zapříčinily vznik problému. Často se pod názvem „problematické chování“ skrývá reakce klienta na nějaký podnět. Nejčastěji to může označovat obavu, odplatu, trápení, ochranu něčeho, co je klientovi drahé. Prioritní tedy není tomuto chování zamezit, ale odstranit překážky, které v klientovi tyto reakce vzbuzují.

Vypracovat plán intervence – každý člověk je unikátní a nelze tedy při řešení jeho problémů použít nějaký univerzální model. Stanovení plánu intervence obsahuje definování konkrétního problému, sběr informací a hledání možností pro řešení. Na základě získaných informací o problému a hlavně o osobě klienta jsou stanoveny cíle, které plán bude realizovat.

Intervenci realizovat, hodnotit a přizpůsobit potřebám klienta – plán intervence by měl být používán důsledně a vytrvale. Někdy může trvat dost dlouho, než si klient „uvědomí“, že nový způsob přístupu mu má pomoci a je pro něj lepší. Pečující osoby by se neměli snažit odstranit všechny problémy pouze vlastním přičiněním, ale do řešení se musí zapojit hlavně klient, kterého se to týká. Pokud plán funguje dobře a má pozitivní vliv na klienta, musí se v něm pokračovat – pokud by se totiž časem na plnění plánu pozapomnělo, mohlo by se vše vrátit do původních kolejí.

## 8 AKTIVIZACE

Nejlépe přijímané aktivity u osob s demencí jsou takové, které využívají pohybových stereotypů, zapojují členy přímo, jsou konkrétní, obsahují rytmické prvky, jejich postup se opakuje, či poskytují zpětnou vazbu (Zgola, 2003).

Program aktivit je pro osoby s demencí velmi vhodný a smysluplný. Aby bylo možno prováděnou činnost považovat za smysluplnou, musí splňovat určité podmínky. Musí být prováděna dobrovolně, být společensky přiměřená, dávat klientovi pocit úspěchu, mít jasný účel a musí být pro všechny účastníky příjemná (Zgola, 2003).

Správně zvolený program aktivit by měl člověku připomínat, že je „ještě k něčemu“, že může něco udělat. Vzbuzovat v něm pocit, že je užitečný, výkonný, že jeho existence má pořád cenu.

Každý člověk je jiný, má trochu jiné potřeby. Zároveň i postup kognitivní poruchy je u každého klienta jiný. Proto musí být plány aktivit volené pro každého individuálně, aby využívaly právě těch schopností, které daná osoba má. Pravidla pro zavádění aktivit se dají shrnout do několika bodů. Nejlépe to vystihuje autorka knihy „Úspěšná péče o člověka s demencí“ Zgola (2003, s. 165), podle které jsou pravidla následující:

- *„využívejte zachovaných schopností klienta,*
- *minimalizujte rozptylující podněty,*
- *omezujte možnosti volby,*
- *vyhněte se dvojznačnosti,*
- *dávejte podrobné instrukce a buďte konzistentní,*
- *napomáhejte konkrétními vizuálními prostředky,*
- *vylučte možnost případného neúspěchu.“*

### 8.1 ZAMĚŘENÍ ČINNOSTÍ

Existuje nepřeberný počet činností, které může klient vykonávat. Záleží na osobě pečujícího a na jeho fantazii, jakou činnost připraví nebo vymyslí, nebo jak ji upraví, aby byla vhodná pro tuto cílovou skupinu.

Zgola (2003) rozděluje činnosti do tří okruhů:

Činnosti zaměřené na práci – cílem činností zaměřených na práci je, aby klienti měli pocit zodpovědnosti za svěřený úkol, aby se cítili potřební a schopní. Člověk s demencí má totiž často pocit vlastní nedůležitosti a zbytečnosti. Práce může v domácím prostředí zahrnovat pomoc na zahradě, pomoc s úklidem, zalévání květin, starání se o drobné zvířectvo, apod.

Činnosti zaměřené na péči o vlastní osobu – oblast péče o vlastní osobu je dost ošemetná záležitost. Jsou to nejintimnější úkony a procesy, které člověk provádí. V souvislosti s kognitivní poruchou a jejím postupem se tyto úkony dost často vymykají kontrole klienta a jejich výkon zabezpečují „cizí lidé“. Samozřejmě nejde jen o úkony osobní hygieny, ale i celkovou kontrolu nad svými každodenními aktivitami. Představa, že si klient sám nemůže rozhodnout o tom, kdy bude vstávat, kdy bude snídat nebo co bude přes den dělat, může být pro něho nepříjemná. Cílem těchto činností tedy je, aby byl pocit nepříjemnosti odstraněn nebo alespoň minimalizován.

Volnočasové aktivity – na volnočasové aktivity lze hledět ze dvou úhlů. Jednou může být programová aktivita pro volný čas klientem přijímána, ale na druhou stranu se nesmí zapomínat na skutečný volný čas, který klient také potřebuje. Může ho využít k relaxaci, „přemýšlení“ nebo k obyčejnému klidnému sezení v pokoji. V této situaci není vhodné klienta nutit do programové aktivity, která by pro něho stejně v danou chvíli nebyla smysluplná.

## 8.2 INDIVIDUÁLNĚ PLÁNOVANÉ AKTIVITY

Potřeby každého se trochu liší a účel programu musí vyhovovat zájmům a potřebám všech, pro které je určen. Tohoto účelu se dosahuje procesem nazvaným individuální plánování. Ve většině Domovů patří sestavování individuálního plánu každého uživatele ke zcela samozřejmému. Důležitými aspekty individuálního plánu je mimo jiné zaměření a účel aktivit a přizpůsobení aktivity silným stránkám klienta.

## 8.3 SKUPINY PŘI AKTIVITĚ

V Domovech je většina činností prováděných skupinově. Individuální přístup ke každému by byl jednak časově náročný, ale zároveň i klienti by se mohli cítit osamoceni. Skupinová aktivita nabízí klientům nejenom zaměstnání, ale hlavně možnost společenské interakce s ostatními členy.

Pokud je člověk členem skupiny sobě rovných, tzn. se stejným typem postižení, může zde najít podporu, solidaritu a shodu. Ovšem ne každé seskupení lidí tvoří skupinu. Skupinou se stávají tehdy, mají-li společný zájem (Zgola, 2003).

Pro osoby s demencí je nejvhodnější počet členů skupiny kolem šesti nebo sedmi. Nízký počet členů, zajišťuje, že pečující osoba bude schopna udržet pozornost všech přítomných. Navíc v malé skupině se lépe navazují vztahy, pocity sounáležitosti i důvěra. Větší počet členů se volí pouze u pohybových aktivit.

Pokud jsou členy skupiny osoby s poruchou nebo ztrátou paměti je nutné, aby při každém jejich setkání byli znovu představeni a byl jim připomenut i účel setkání. Pocit členství ve skupině se časem objeví, ale samozřejmě to nějakou dobu trvá (Zgola, 2003).

#### 8.4 PLÁNOVÁNÍ DNE A AKTIVIT

Běžně se nezamýšlíme nad každodenními úkony ani je nemusíme nijak organizovat. Prostě se objeví a my je automaticky vykonáme. U člověka s demencí je to ale něco jiného – nemoc mu brání ve schopnosti pamatovat si, neumí s činnostmi sám začít, pokračovat v ní ani ji dokončit.

Tento stav svádí k nicnedělání, k nečinnosti. Pečující osoba se proto musí snažit přimět klienta k aktivitě. K tomu mu pomáhá plánování a znalost situace. Plánování nám umožňuje sledovat a reflektovat co děláme, proč to děláme, jaký to má účel (Zgola, 2003).

Různé činnosti nevykonáváme jen proto, abychom se zabavili, ale hlavně proto, že jejich splnění nám poskytne tak důležité příjemné pocity jako jsou uspokojení z vykonané práce či dosažení úspěchu. Navíc nás každodenní činnosti udržují v kontaktu s ostatními lidmi (Zgola, 2003).

Osoba s demencí má ještě potřebné množství sil a energie, ale ztratila to podstatné – schopnost organizovat, plánovat, dokončit úkol, soustředit se, být iniciativní. Přes veškerou snahu, kterou vynaloží na splnění úkolu, se stejně nakonec něco zvrtné, něco se pokazí (Zgola, 2003). Pokud člověk prožívá pouze neúspěchy a necítí uspokojení z práce, vzbuzuje to v něm neklid, frustraci, pochybnosti o sobě samém, cítí se neschopný.

Činnosti, kterých se osoba s demencí právě účastní, slouží k jejímu aktuálnímu uspokojení. Kvůli tomu, že není schopná si pamatovat, je nutné, aby prožívala příjemné

pocity rovnou při účasti v aktivitě. Zároveň není důležité, jakou měrou se do činnosti zapojuje. Většinou stačí, aby něco podržela nebo se něčeho jen pasivně zúčastnila. I díky takové zdánlivé maličkosti může cítit uspokojení a svou potřebnost, nepostradatelnost.

Důležitým aspektem je, aby osoba ze své činnosti cítila úspěch. Proto je vhodné svěřovat jí úkoly, které buď dokáže zvládnout, nebo u kterých je minimální riziko neúspěchu. Další podstatnou věcí je, aby se činnosti staly rutinními, aby měly svůj rytmus (Zgola, 2003). To umožňuje osobě, aby byla v klidu, aby byly aktivity předvídatelné a ona měla v souvislosti s následující aktivitou příjemné pocity bez strachu a úzkosti z neznáma.

## 9 KOGNITIVNÍ TRÉNINK

Jednotlivé kognitivní funkce je třeba neustále procvičovat a v případě jejich poškození i rehabilitovat. Klucká a Volfová (2009, s. 19) uvádějí, že *„prevencí demence z hlediska behaviorální terapie zůstává pouze aktivní procvičování paměti, učení se novým věcem, zájem o okolní dění a celkově aktivní způsob života“*.

V souvislosti s procvičováním a rehabilitací poznávacích schopností je třeba vysvětlit pojmy jako kognitivní trénink, kognitivní rehabilitace a neurorehabilitace. Kognitivní trénink slouží zdravým lidem bez poškození kognitivních funkcí, kteří pouze procvičují své schopnosti. Kognitivní rehabilitace naopak slouží těm, kteří již mají poškozené poznávací funkce. Posledním pojmem je neurorehabilitace, která se používá u osob s těžkým poškozením mozku a zahrnuje celou řadu různých terapií. V praxi se používá komplexní označení kognitivní trénink jak pro trénink samotný, tak i pro rehabilitaci (Klucká, Volfová, 2009).

Kognitivní trénink by měl probíhat zábavnou formou a měl by klienty s demencí motivovat do práce ve skupině. Tyto aktivity by měly probíhat v malé skupině, kde musí jedinci spolupracovat.

Dané úkoly jsou zpracovávány písemnou, ústní a kresebnou formou. Důležitou součástí tréninku jsou hlavně motivace, reflexe práce, pocit úspěchu, navození příjemné atmosféry a s tím i související pocit bezpečí a důvěry (Klucká, Volfová, 2009).

Obsahem kognitivního tréninku je nejen procvičování jednotlivých kognitivních funkcí, ale obsahuje i sociální a osobní dimenzi. V osobní dimenzi jde o schopnost přizpůsobit se prostředí a lidem kolem mě. V sociální jde o umění, aby se prostředí přizpůsobilo jedinci, nikoli naopak (Klucká, Volfová, 2009).

## 10 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Domov se zvláštním režimem je specifický typ zařízení poskytující pobytové služby převážně seniorům s demencí. Protože se jedná o registrovanou sociální službu, musí ze zákona poskytovat základní činnosti, které vymezuje zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách:

§ 50

### *Domovy se zvláštním režimem*

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

*(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:*

- a) poskytnutí ubytování,*
- b) poskytnutí stravy,*
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- d) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- f) sociálně terapeutické činnosti,*
- g) aktivizační činnosti,*
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“* (ÚplnéZnění.cz [online]. [cit. 2012-03-14].)

## 11 VÝZKUMNÁ ČÁST

Svůj výzkum jsem realizovala ve třech domovech se zvláštním režimem. Konkrétně v Domově se zvláštním režimem „Sněženka“ a Domově se zvláštním režimem „Petrklíč“, poskytovatelem služeb je tedy Městský ústav sociálních služeb města Plzně a Domově sv. Aloise, který spadá pod Městskou Charitu Plzeň.

Většinu informací a podkladů pro výzkum jsem získávala pomocí rozhovorů. Aby mi bylo umožněno dělat rozhovory, potřebovala jsem svolení od ředitele organizace, případně od vedoucí Domova. Někde stačila ústní žádost a ústní svolení, jinde jsem musela podat písemnou žádost, která mi byla později schválena.

Můj výzkum byl kvalitativní, používala jsem přitom čtyři metody:

- rozhovor s pracovníky Domova – použila jsem osobní individuální rozhovor s otevřenými otázkami, ve kterém jde o interakci mezi tazatelem a dotazovaným a otevřené otázky umožňují respondentovi širokou variabilitu odpovědí. Při tomto způsobu dotazování můžeme získat informace širšího zaměření nebo naopak i odpovědi velmi obecné. Nevýhodou ovšem je značná časová náročnost – respondenti jsou špatně k zastížení nebo nemají na rozhovor čas (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001).

Záznam rozhovorů jsem pořizovala na diktafon, abych s pořízeným materiálem mohla později pracovat. Respondenty jsem s tímto faktem obeznámila ještě před zahájením rozhovoru. Rozhovory jsem vedla s pracovníky sociálních služeb, zdravotními sestrami, sociálními pracovníky, ergoterapeutkami a fyzioterapeutkami. V rozhovorech mě nejvíce zajímala jejich pracovní náplň, zkušenosti s problematickým chováním, komunikace s klienty a to, jaký mají vliv kognitivní poruchy klientů na jejich práci s nimi. Doslovné přepisy rozhovorů jsou v přílohách na konci práce.

- pozorování dne pracovníků – pozorování lidského chování v přirozených podmínkách je nejbližší realitě. Většinou se pozorování používá v kombinaci s dotazováním. Pro svůj výzkum jsem použila záměrné

a nestrukturované pozorování bez intervence do pozorované situace (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001).

Na konci rozhovorů jsem si nechala vyprávět o průběhu jejich běžného pracovního dne. Podle toho jak mi ho popsali, jsem pak pozorovala, jestli to tak skutečně probíhá a soustředila jsem se i na časovou náročnost prováděných úkonů. Průběh pracovního dne se samozřejmě liší, podle toho, jakou pozici ten konkrétní pracovník zastává.

- kazuistiku klientů - ta se skládá z rozhovoru s klientem a z informací, které o klientovi řekl jeho klíčový pracovník.

V rozhovorech s klienty jsem se ptala na období mládí a dospívání, zaměstnání, rodinu a na pobyt v Domově. Aby bylo možné udělat rozhovor s klientem, bylo nutné vybrat takového, který by byl schopný se mnou komunikovat. Součástí kazuistiky musí být i informace od pracovníků Domova – většinou jsem o těchto klientech mluvila s jejich klíčovým pracovníkem nebo ergoterapeutkou.

- analýza dokumentů – dokumenty jako takové slouží k uchování informací. Při jejich zpracovávání je nutné soustředit se na podstatné ukazatele – např. obsah dokumentů, zda jsou pravdivé, pro koho jsou určené, zda poskytují důležitá fakta (Surynek, Komárková, Kašparová, 2001).

Analýzu dokumentů jsem prováděla zkoumáním webových stránek jednotlivých Domovů a zjišťovala, jaké na nich zveřejňují informace pro žadatele o poskytované služby. Na stránkách DZR Sněženska i DZR Petrklíč jsou víceméně shodné informace, protože spadají pod stejnou organizaci. Jejich stránky jsou velmi přehledné, je na nich dostatek informací a vše je podrobně rozepsané. Můžeme tam najít cíle, cílovou skupinu, poslání, přehled poskytovaných služeb a přehled poskytovaných volnočasových aktivit (obojí je velmi důkladně rozpracované a podrobné). Dále tam najdeme základní informace pro zájemce – co musejí udělat, aby mohli podat žádost o umístění do zařízení a je tam i kompletní ceník služeb. Na stránkách Městského ústavu sociálních služeb si můžeme oba Domovy také prohlédnout pomocí virtuální prohlídky – to považuji za velmi užitečné, protože řada klientů má před nástupem strach z nového prostředí. Na těchto stránkách najdeme i výroční zprávy celé organizace a odkaz na Smlouvu o poskytování sociálních služeb toho konkrétního Domova. Celkově si myslím, že tyto webové stránky jsou hodně

přehledné a poskytují zájemcům o služby a jejich rodinným příslušníkům řadu užitečných informací. Pak jsem ještě prohlížela webové stránky Městské charity Plzeň, přes které jsem se dostala na Domov sv. Aloise. I na těchto stránkách najdeme poslání, cílovou skupinu, zásadní principy a popis prováděných aktivit – celkově to není ale tak podrobně rozepsané, jako u zbylých dvou Domovů. Poskytované služby jsou jen vyjmenované a podle mě si řada lidí například pod pojmem „pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu“ neumí představit, o jaké služby se konkrétně jedná. Nenašla jsem zde přitom smlouvu o poskytování sociálních služeb ani ceník služeb. Také jsem postrádala více fotografií (například pokojů nebo vnitřních prostorů) – na stránce je jen jedna fotografie zachycující celkový pohled na Domov z venku. Samozřejmě, že potenciální žadatel o službu či jeho rodinný příslušník zde také získají potřebné informace, ale stránky ostatních dvou Domovů jsou obsahově a vzhledově propracovanější.

V této části práce představím Domovy, kde jsme výzkum prováděla, a to – jaké mají poslání a jaké služby klientů poskytují, na jakou cílovou skupinu se soustřeďují, jakými se řídí principy při poskytování péče a zahrnu zde ještě obecné informace – jako umístění Domova, jeho kapacitu, ceny za služby, celkový svůj dojem ze zařízení, apod. Dále se budu zabývat projevy kognitivních poruch klientů a tím, jaký mají vliv na činnost personálu Domovů. Zaměřím se i na projevy problematického chování a jeho řešení. Posledním, o čem budu psát, je aktivizace klientů.

Protože se ve všech případech jedná o domovy se zvláštním režimem, musí se jejich cílová skupina, poskytované služby i principy poskytované péče v jádru shodovat. Ze zákona totiž musí všechny domovy se zvláštním režimem splňovat stejná kritéria.

### 11.1 DOMOVY ZAŘAZENÉ DO VÝZKUMU

V celém Plzeňském kraji je jen šest Domovů se zvláštním režimem, z toho čtyři na území města Plzeň. Pro svůj výzkum jsem si tedy vybrala Domovy, které mi byly nejbližší, myšleno co do vzdálenosti. Aby to bylo trochu různorodé, navštívila jsem dvě příspěvkové organizace a jednu neziskovou organizaci.

V Domově se zvláštním režimem „Sněženka“ a Domově se zvláštním režimem „Petrklíč“ jsem byla na praxi během svého studia. Tyto Domovy jsem tedy měla možnost poznat trochu více. Praxi jsem vykonávala na pozici „Asistent sociálního pracovníka“,

takže do většího kontaktu s uživateli jsem stejně neměla možnost se dostat. Byla jsem spíš seznámena s administrativou.

V Domově sv. Aloise na praxi nechodím, ale navštěvuji ho každý týden. Nejsem tam sice oficiálně vedena jako dobrovolník, protože nemám uzavřenou smlouvu o dobrovolnictví, ale docházím tam jen jako „návštěva“. Jsem ale více v kontaktu s klienty, než jsem byla při výkonu praxe v ostatních dvou Domovech, a to mi vyhovuje. Většinou tam docházím v dopoledních hodinách, kdy pracovníci sociálních služeb mají více práce s úpravou pokojů. Já jsem s klienty v jídelně, zaměstnávám je nějakou činností a dohlížím na ně, aby se jim něco nestalo.

#### **Domov se zvláštním režimem „Sněženska“**

Domov sídlí na adrese Klatovská třída 145, 301 00 Plzeň. Jeho kapacita je 69 lůžek, takže je poměrně dost veliký, přesto nepatří k největším u MÚSSu. Celá budova je kompletně bezbariérová. Domov má tři patra, přičemž pouze druhé patro je uzavřené – zde jsou většinou klienti s Alzheimerem, kteří by mohli odejít. Proto i výtah v tomto patře se otevírá na čip. Nevýhodu u tohoto Domova shledávám v jeho umístění – je na hlavní třídě, takže i přes dobře těsnící okna dovnitř proniká hluk z dopravy. Za Domovem je relaxační zahrada, kam klienti v letních měsících chodí na procházky. Odkaz na internetové stránky Domova je: <http://socialnisluzby.plzen.eu/oblasti-sluzeb/seniori/poskytovatele-2/domov-se-zvlastnim-rezimem-snezenka.aspx> (*Sociální služby města Plzně* [online]).

#### **Domov se zvláštním režimem „Petrklíč“**

Domov sídlí na adrese Západní 7, 323 00 Plzeň. Jeho kapacita je pouze 23 lůžek, takže patří asi k těm nejmenším. V tomto areálu se nachází jak Domov se zvláštním režimem, tak Domov pro seniory – jsou spojené chodbou. Na oba Domovy je přítom jen jedna ergoterapeutka a jedna zdravotní sestra. Domov je jednopatrový a podle mého velmi útulný a pro své obyvatele příjemný – právě možná proto, že není tak velký a opravdu v něm mám pocit domácího prostředí. I umístění Domova se mi zdá vhodné – je na konci klidného sídliště a v blízkosti nemá žádnou rušnou komunikaci. Mezi Domovy je zahrada, kde se v letních měsících konají společenské akce. Interiér Domova je pěkně a moderně zařízený, barevný a vzbuzuje ve mně příjemné pocity. Odkaz na internetové

stránky Domova je: <http://socialnisluzby.plzen.eu/muss/poskytovatele-7/domov-se-zvlastnim-rezime-m-petrklic-1.aspx> (*Sociální služby města Plzně* [online]).

### **Domov sv. Aloise**

Domov sídlí na adrese Hradištská 30, 326 00 Plzeň. Jeho kapacita je 28 lůžek. Celá budova je kompletně bezbariérová. Výtahy jsou na číselný kód, což zabraňuje klientům, aby mohli sami odejít. Domov má čtyři patra – ale čtvrté patro se využívalo jako týdenní stacionář, který teď už prakticky nefunguje. Interiér Domova je pěkně zařízený, stěny jsou barevné. Na chodbách je zábradlí, aby se klienti měli čeho přidržovat a zároveň i stoleček s křesly. Na všech stěnách visí fotky uživatelů – převážně z období jejich mládí, jsou staré černobílé. Domov je klidné lokalitě, která je téměř bez okolního provozu. U Domova je i zahrada, kam mohou klienti chodit na procházky. Za velkou výhodu v tomto zařízení považují, že klienti tráví většinu dne v jídelně, kde jsou v kolektivu společně s pracovníky sociálních služeb a ostatními klienty. Odkaz na internetové stránky Domova je: <http://www.mchp.cz/vyhledavani-v-adresari/?s=domov-se-zvlastnim-rezime-m1> (*Sociální služby města Plzně* [online]).

## 11.2 CÍLOVÁ SKUPINA

Do cílové skupiny patří osoby ve věku nad 50 let, které mají nárok na výplatu starobního nebo plného invalidního důchodu. Dále jsou to osoby, které trpí chronickým duševním onemocněním nebo různými typy demence (např. stařeckou či Alzheimerovou). Podmínkou přijetí klienta je také přiznaný příspěvek na péči, a to minimálně II. stupeň. Do cílové skupiny nespádají osoby s infekčním onemocněním, s agresivním chováním, se závislostí na návykových látkách, osoby narušující soužití, osoby vyžadující celodenní osobní asistenci, osoby s mentálním postižením (s výjimkou mentálního postižení, které vzniklo až za pobytu v Domově) a dále ti, kteří potřebují péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení (*Sociální služby města Plzně* [online]).

Pro klienty je toto zařízení skutečně domovem, takže se velmi dbá na to, aby nebyli ničím a nikým rušeni nebo ohroženi.

Do DZR „Sněženka“ měla nedávno nastoupit žadatelka o umístění, která ale v minulosti prodělala TBC – sociální pracovnice tedy před jejím přijetím sháněla lékařskou zprávu z její poslední hospitalizace, aby se ujistila, že paní svým zdravotním stavem nemůže nijak ohrozit ostatní klienty.

### 11.3 POSLÁNÍ A POSKYTOVANÉ SLUŽBY

Posláním je poskytovat služby v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášky 505/2006. Jedná se zejména o:

- **poskytnutí ubytování** – klienti jsou ubytováni ve dvou-, tří- i čtyřlůžkových pokojích. Každý klient má v pokoji k dispozici lůžko, šatní skříň, noční stolek, poličku, jídelní stůl, židli, signalizační zařízení pro domluvu se sestrou, hygienický koutek a televizor. Kromě vlastního pokoje mají klienti k dispozici jídelnu, společenskou místnost a v teplých měsících i zahradu. V rámci poskytování ubytování je klientům postaráno i o praní a žehlení ložního i osobního prádla – to se děje přímo v zařízení.

Samozřejmě si klienti mohou dát do pokoje i osobní věci, které by jim zpříjemňovali pobyt – jako jsou fotky rodiny, obrázek, květina.

- **poskytnutí stravy** – strava se skládá z minimálně tří hlavních jídel, dvou vedlejších a pitného režimu. Klienti si vybírají z různých diet – šetřící, diabetická, diabetická/šetřící.

Hlavní jídlo je většinou přiváženo odjinud. Svačiny jsou připravovány pracovníky sociálních služeb přímo v Domově. Pokud je to možné, stravují se klienti v jídelně. Ležícím klientům se strava podává na pokojích, to mají na starost pracovníce sociálních služeb.

- **pomoc při osobní hygieně nebo její poskytnutí** – do činností v této kategorii spadá péče o vlasy a nehty a pomoc při použití WC.

Někteří klienti jsou v těchto úkonech naprosto soběstační, těch je opravdu jen malá část. Většina ale z důvodu svého zdravotního stavu nikoli. Pracovníce sociálních služeb se starají o zastřihávání nehtů a měnění plen. Péči o vlasy má na starost kadeřnice, která do Domovů pravidelně dochází.

*„Když vstanou, tak musíme sundat tu nasáklou pomůcku, osprchovat klienty, dát čistou pomůcku, pomoci s celkovým umytím těla, vyčistit zuby nebo protézu, umýt obličej, učesat vlasy, protože někteří nejsou schopní už ani tohle.“ (PSP – Domov sv. Aloise)*

„Ráno jdeme na pokoje, kde provádíme ranní hygienu. U ležících je to hlavně péče o intimní partie, potom přebalování, upraví se lůžko, může se nově povlíknout, dá se jim čisté oblečení, vyčistí se zuby, učešou se, umyjeme jim obličej. Pokud to jsou lidé chodící, tak jim dáme novou plenu, umyjeme je a oblečeme. Někteří si sami umyjou obličej, takže je jen nasměrujeme k umyvadlu, dáme jim kartáček, aby si i vyčistili zuby a pak je dovedeme do jídelny.“ (PSP – Domov sv. Aloise)

- **pomoc při zvládnání úkonů péče o vlastní osobu** – sem patří pomoc při oblékání nebo svlékání, pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík nebo při vstávání z něho, pomoc při podávání jídla a pomoc s prostorovou orientací a chůzí.

Tato kategorie zahrnuje asi většinu činností, které vykonávají pracovníci sociálních služeb a které jim zaberou nejvíce času. V domovech se zvláštním režimem jsou obecně lidé, kteří mají už natolik zhoršenou soběstačnost a samostatnost, že se při zajišťování svých základních potřeb neobejdou bez pomoci jiné fyzické osoby. Někteří klienti jsou schopní pracovníkům sociálních služeb v některých úkonech trochu pomoci, ale jen minimálně. Přesto minimum úsilí ze strany klienta je kladně přijímáno.

Řada klientů má polykací problémy nebo nejsou schopni se sami ani najíst – v tom jim pomáhají pracovníci sociálních služeb, kteří je buď přímo krmí, nebo jen dohlížejí na to, aby se jídlem třeba nedávili. To samé je i s pitným režimem. Starší lidé mají celkově sníženou potřebu příjmu tekutin, proto je nutné dohlížet na to, aby dostatečně pili. Neustále mají na svých stolech konvice s čajem, který jim pracovnice sociálních služeb buď nalévají do hrnečků, nebo do lahviček s dudlíkem.

„Důležité je, aby si co nejdéle zachovali soběstačnost, ale u některých už to nejde. Pokud to ještě jde, tak jim třeba dáme do ruky lahvičku s pitím, aby se sami napili. Jsou tu ale klienti, kteří ani to už nezvládnou, takže to všechno musíme dělat sami. Musíme jim to dávat třeba stríkačkama do pusy, protože když jim dáme láhev, tak nic nepijou. Nejsou schopní se sami napít, musíme na to dohlížet. To samý je i s jídlem – musíme je krmít. Řada lidí má polykací problémy, takže musíme dávat pozor, aby se nám nedávili.“ (PSP – DZR Sněženka)

- **zprostředkování kontaktu se společenským prostředím** – zde se jedná o zprostředkování kontaktu s rodinou klienta, s možností sledovat televizi, komunikovat s ostatními uživateli Domova.

Například v Domově sv. Aloise je většina klientů mobilních a proto tráví celý den v jídelně, která je zároveň i společenskou místností. Klienti tu mají možnost sledovat televizi, poslouchat hudbu a hlavně jsou v kolektivu! Na pokoje odcházejí jen v době poledního klidu. Naopak v DZR „Sněženka“ je z celkových 69 klientů pouze 20 mobilních, kteří jsou schopni jít do jídelny, do společenské místnosti nebo jen tak chodit po chodbě, aby byli v kontaktu s ostatními uživateli. Většina klientů tráví dny ležením v posteli a pospáváním nebo sledováním televize a kontakt s ostatními lidmi tedy nemají. V tomto případě je to ale pochopitelné, protože jejich zdravotní stav neumožňuje, aby trávili den jinak.

Návštěvní doba je sice nepřetržitá, ale samozřejmě s ohledem na ostatní uživatele Domova – není vhodné, aby za klienty chodili jejich rodiny v pozdních hodinách, protože klienti chodí spát už kolem osmé hodiny večer.

- **sociálně terapeutické činnosti** – na těchto činnostech se podílí každý člen personálu. Jsou vedeni k tomu, aby s klienty komunikovali a navazovali s nimi kontakt.

*„Hodně Vás potěší i minimální pokrok. Měli jsme tu paní, která jen chodila po chodbě a nevnímala. Když jsem vždycky od ní odcházela ze cvičení, tak jsem jí zamávala a řekla: „Papa.“, paní stejně nereagovala. Pak najednou jsem jeden den viděla, že očima na můj pozdrav reagovala, jen tak se na mě podívala. Za nějakou dobu na mě i zamávala. A před několika dny mi zamávala a řekla: „Papa.“ Tady je vidět, že ten mozek někdy funguje.“ (Fyzioterapeutka – DZR Sněženka)*

- **aktivizační činnosti** – tyto činnosti neslouží pouze k „přečkání“ volného času, ale jejich hlavní funkcí je rozvíjet samostatnost a motoriku, trénovat paměť a motoriku.

Aktivizaci klientů má většinou na starost vyškolený ergoterapeut, který s klienty provádí jak skupinové aktivity, tak i individuální – to záleží na aktuálních potřebách klientů. Zároveň sem patří i rehabilitace, kterou obstarává fyzioterapeut.

V Domově sv. Aloise mají aktivizaci klientů na starost samotní pracovníci sociálních služeb – ti jsou s klienty většinu dne v jídelně, kde se jim půl hodiny dopoledne a půl hodiny odpoledne intenzivně věnují. Podle mě je to lepší systém než mít v Domově jednoho ergoterapeuta – který sice ergoterapii studoval, ale je to pro něj časově náročné. U sv. Aloise jsou na každém patře dva pracovníci a tím pádem mají na aktivizaci klientů více času a pravděpodobně se jim mohou více věnovat.

Aktivizačním činnostem prováděným v Domovech se budu později věnovat podrobněji.

- **pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí klienta** – osobní záležitosti a ochranu práv klientů zajišťuje sociální pracovnice Domova. Ta se řídí zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a Etickým kodexem sociálních pracovníků České republiky. Má zároveň na starost vedení veškeré osobní dokumentace klientů, správu jejich financí, styk s různými úřady.

O poskytování sociálních služeb v Domově se uzavírá smlouva mezi uživatelem a Městským ústavem sociálních služeb města Plzně. V této smlouvě je vymezeno, jaké služby se klientům poskytují, jak je služba hrazena, jaké jsou důvody pro výpověď smlouvy a jaká je její platnost.

Domov se zvláštním režimem tedy poskytuje svým klientům nepřetržitou 24 hodinovou zdravotně ošetrovatelskou a sociální pomoc. V Domovech je neustále přítomna minimálně jedna zdravotní sestra, která se stará o veškeré zdravotnické výkony.

*„Dělám jenom zdravotnické výkony, což tady obnáší podávání léků, dále hlavně převazy, péče o cévky, péče o sondy. Dělám tady jen to, co se může dělat i doma, v domácí péči, protože v našem zařízení jsou vlastně lidé jako doma.“ (Zdravotní sestra – DZR Sněženska)*

*„Zastávám tu pozici jako zdravotní sestra a ta zastává veškeré zdravotní úkony. To znamená příprava léků, rozdávání léků, podávání léků nalačno, píchání inzulínu. Pak se může taky stát, že se u nich projeví nějaký zdravotní problém – zraní se, takže se převazují nebo můžou mít defekt z proležení, přestože mají kvalitní lůžka, tak se to samozřejmě může stát.“ (Zdravotní sestra – DZR Petrklíč)*

Péči zajišťuje odborně vyškolený a kvalifikovaný personál, který se při své práci řídí Etickým kodexem pracovníků Domova se zvláštním režimem a Listinou základních práv a svobod. Přičemž má na paměti zachování důstojnosti, svobody rozhodování a respektování individuálních potřeb a zájmů klientů. Poskytovanými službami usilují pracovníci Domova o zkvalitnění života klientů, zachování soběstačnosti a samostatnosti, uspokojování jejich potřeb a zabránění sociálnímu vyloučení. Každý uživatel má na základě stanoveného osobního cíle sestavený individuální plán podpory, na jehož tvorbě, plnění a hodnocení by se měl aktivně podílet.

#### 11.4 PRINCIPY POSKYTOVANÉ PÉČE

- mezi základní principy patří individuální přístup ke každému klientovi a zároveň respektování jeho přání a zájmů
  - každému klientovi je přidělen klíčový pracovník, který vytváří individuální plán a měl by o daném klientovi vědět víc informací, než jiný pracovník. Na žádost klienta může být jeho klíčový pracovník vyměněn za jiného.
- vytváření bezpečného a klidného prostředí
  - všechny Domovy jsou bezbariérové, výtahy jsou buď na čipy, nebo číselné kódy (to je pro případ, aby se klienti sami nemohli toulat po prostorách Domova nebo dokonce z Domova odejít), jsou vybaveny dostatečným množstvím kompenzačních pomůcek (jako berle, chodítka, vozíky, . . .), na chodbách je zábradlí, aby se klienti měli čeho přidržovat, stěny každého patra jsou vymalované jinou barvou, což slouží k lepší prostorové orientaci klientů
- snaha o posílení a udržení kontaktů s rodinou
  - návštěvní doba je sice neomezená, ale je lepší, aby rodinní příslušníci navštěvovali své blízké v době, kdy nemají nějakou aktivitu

- uplatňování různých aktivizačních činností

– už samozřejmostí bývá ergoterapie (skupinová či individuální), fyzioterapie, reminiscenční terapie, aromaterapie, psychoterapie, muzikoterapie

## 11.5 ZPŮSOB HRAZENÍ POSKYTOVANÝCH SLUŽEB

### **Financování organizace:**

DZR „Sněženka“ i DZR „Petrklíč“ patří pod Městský ústav sociálních služeb města Plzně. Poskytovatelem sociálních služeb je tedy Městský ústav sociálních služeb města Plzně, jehož zřizovatelem je Statutární město Plzeň. MÚSS je příspěvková organizace, to znamená, že většina finančních prostředků je poskytována z rozpočtu města Plzeň.

U Domova sv. Aloise je poskytovatelem sociálních služeb Městská Charita Plzeň, s právní subjektivitou jako evidovaná právnická osoba. Jedná se o neziskovou organizaci, která je financována z dotací (MPSV, město, kraj) a z darů od individuálních dárců či od sponzorů.

### **Úhrada za ubytování:**

Všechny tyto Domovy poskytují placenou pobytovou službu. V DZR Petrklíč a DZR Sněženka má každý uživatel ve své osobní dokumentaci platební výměr, podle kterého se mu strhávají platby za ubytování a stravu. U každého to může být jiná částka – ta se odvíjí od typu diety a velikosti pokoje (jsou to ale nepatrné rozdíly). Pro všechny Domovy ale ze zákona platí stejná podmínka a tou je, že uživateli musí zůstat z důchodu minimálně 15%!

Pokud by zbylých 85% nestačilo na pokrytí nákladů na ubytování a stravu, tak může zbytek doplatit rodina uživatele, nebo uživatel dostane „slevu“ a dopláčet nemusí nic – taková je situace v DZR Petrklíč a DZR Sněženka. V Domově sv. Aloise podepisují příbuzní přijímaného klienta závazek a jsou povinni, v případě nízkého důchodu klienta, poplatek za ubytování a stravu doplatit.

## 11.6 PÉČE O KLIENTY S OHLEDEM NA JEJICH SPECIFICKÝ STAV

Cílovou skupinou Domovů se zvláštním režimem jsou lidé, kteří trpí nějakým stupněm demence. Přesto, že existuje řada forem demence, jejich společným aspektem je, že stav uživatele se každý den mění, je každý den trochu jiný. Jeden den se člověk

probudí a je celkem v pořádku, obstojně zvládá činnosti při ergoterapii nebo dobře rehabilituje. Druhý den ale neví, jak by měl vzít tužku do ruky a podepsat se. Klienti občas mívají i „světlé chvílky“, kdy si třeba uvědomují svůj stav, jsou z toho lítostiví a mohou z toho mít depresi.

Příklad takové světlé chvílky je i v rozhovoru s fyzioterapeutkou DZR Sněženka: *„Nikdy je k ničemu nenutíme, ale jsou tam výkyvy. Jeden den je posadíte, dáte jim do ruky hrneček a oni se sami napijí. Druhý den to uděláte znovu a oni absolutně nechápou, co mají dělat s rukama. Když mu podržíte ten hrneček, tak má zase problém polknout.“* (Fyzioterapeutka – DZR Sněženka)

Demence je tedy kognitivní porucha, během níž postupně dochází ke zhoršování kognitivních schopností. Mezi ty patří paměť, komunikace, pozornost, motorika.

*„V DZR má poruchu kognitivních funkcí každý. Někteří si to částečně uvědomují, někteří vůbec. Projevuje se to zapomínáním, nevýbavností minulosti, blouděním, děláním činností beze smyslu. Vliv na moji činnost s nimi to má. Hůře se s těmi lidmi spolupracuje i komunikuje, musím jim všechno vysvětlovat – co děláme, co budeme dělat, atd.“* (Ergoterapeutka – DZR Sněženka)

### **Paměť**

Nejvíce je u lidí s demencí porušena krátkodobá paměť. Nejsou schopní pobrat a hlavně uložit si nové informace. Takovému člověku například řeknete, že za hodinu pojedete k lékaři a on to stejně za minutu neví. Nemůžete počítat s tím, že si to bude pamatovat. Poruchy paměti, kterými klienti trpí, představují velkou psychickou zátěž pro veškerý personál Domovů. Na všechny zaměstnance, kteří se setkávají s klienty, má porucha paměti nějaký vliv a dopad. Musí mít hlavně dostatek trpělivosti, protože někdy je to opravdu hodně náročné. S poruchou paměti souvisí i další problémy, které se běžně vyskytují – například dezorientace v čase, místě a prostoru – většina klientů, u kterých je demence už dost pokročilá, jsou orientovaní pouze vlastní osobou. To znamená, že vědí kdo, jsou, ale to je tak všechno. Neví jaký je jejich stav, neví, kde jsou, nepoznají personál Domovu ani své příbuzné.

Podle reakcí pracovníků Domovů, se kterými jsem dělala rozhovory, má porucha paměti asi největší vliv na jejich práci s klienty.

*„Je to celkem náročný psychicky a časově, hodně to zdržuje od práce. Vy tomu člověku odpovíte a třeba během 30 sekund se Vás zeptá znovu. Tam je velmi narušená ta krátkodobá paměť.“ (PSP – Domov sv. Aloise)*

Ptala jsem se například zdravotní sestry, jaká kognitivní porucha má na její činnost s klienty největší vliv. *„Nejvíc asi poruchy paměti. Pracuji tady, takže vím, že mají poruchy paměti, ale když už mám třetí dvanáctku po sobě a jeden klient tu pořád chodí a opakuje to samé furt dokola, tak už cítím to napětí, ale musím se držet. To je logické.“ (Zdravotní sestra – DZR Sněženka)*

*„Pořád jim všechno dokola musíme připomínat a opakovat. Ale aby se někdo samostatně třeba napil nebo sám cvičil s míčkem nebo kolečkem, tak to neexistuje. Oni potřebují furt vedení a dohled. U těch chodících je to to samé. Cvičení je 2x v týdnu, ale oni stejně furt chodí a ptají se. Nebo se pořád ptají, kde jsou – i klienti, kteří tu jsou třeba už dva roky. Všechno je to o opakování a trpělivosti. Ve světlých chvílkách, když si uvědomí svůj stav, jsou úzkostliví a pláčou, protože neví, kam jdou nebo kde jsou. Pořád Vás tu něco překvapuje. U některých lidí předpokládáte, že se domluvíte, ale oni najednou udělají něco nepochopitelného. Takže se na to vůbec nedá spolehnout. Například jsem jedné paní řekla, aby nechodila na snídani, že ji ještě před jídlem vykoupu. Když jsem pro ni šla na pokoj, nebyla tam, ale seděla v jídelně. Šla jsem tedy za ní a ona mi řekla, že přišla sestřička a že řekla, aby všichni šli na snídani, takže šla „s davem“ taky. Oni jsou hodně nejistí. Třeba když jim dáte nějaký úkol, tak jsou rádi, že dokážou ten úkol udělat. Ale sami neví, jak to udělat, musíte jim to ukázat, přestože to jsou činnosti, které dělají při každém cvičení. Najdou se ale taky klienti, kteří si to pamatují. Ale to jsou tak dva nebo tři, víc ne.“ (Fyzioterapeutka – DZR Sněženka)*

S poruchou krátkodobé paměti jsem se setkala i já, když jsem prováděla rozhovor s klientkou jednoho Domova. Během rozhovoru jsem se poukázala na kabát, který měla paní vedle sebe položený na posteli. Od pracovnice sociální péče jsem věděla, že paní pojede k zubaři. Ona ani nevěděla, že vedle ní ten kabát leží. Řekla jsem jí tedy, že pojede k zubaři. Ona se jen „vydělala“,

že s sebou nemá kartáček na zuby. Dopověděla mi o kartáčku a já se zkusila znovu zeptat, kam že to jede a ona to už nevěděla. Jinak o svém životě, o zaměstnání a rodině mi podrobně vyprávěla.

Kromě krátkodobé paměti mají klienti narušenou i tu dlouhodobou, ve které je uloženo vše, co člověk umí nebo zná. Nejvíce se to asi projevuje u ztráty mechanických dovedností. Takový člověk už neví, jak se používají běžné předměty jako hřeben, kartáček, propiska. Fyzioterapeutka z DZR Sněženska mi říkala, že pokud dá klientovi do ruky kolečko na mačkání, tak je schopný si ho dát na hlavu nebo ho začít kousat, k čemu ale slouží, to neví. Proto klienti potřebují neustále dohled, vedení a pomoc, aby věděli jak například zacházet s rehabilitačními pomůckami. Neexistuje tedy to, aby fyzioterapeutka nechala klientovi kolečko na pokoji, aby klient sám cvičil.

### **Komunikace**

Součástí výzkumu byly i rozhovory s některými klienty Domovů se zvláštním režimem. Sociální pracovnice mi řekla, se kterými si mám promluvit, aby byli schopní se mnou komunikovat. Komunikace s těmito klienty byla téměř bezproblémová. Zároveň ale ze své praxe vím, že to byla výjimka a že většinou je dorozumívání s klienty náročné. Člověk s demencí je zpočátku schopný komunikovat zcela normálně, ale jak demence postupuje, dochází ke zhoršování nejen mluveného projevu klienta, ale i porozumění mluvenému slovu. Nakonec už klient nemluví a jen vydává neartikulované zvuky nebo se na Vás dívá a nereaguje vůbec. Velkým pomocníkem při dorozumívání s klienty je neverbální komunikace, která se samozřejmě využívá i u těch, kteří zatím ještě mluví.

Nejčastěji používají pracovníci Domovů úsměv, pohlazení či náznak činnosti. Snaží se být na klienty příjemní a ničím je zbytečně nestresovat. Dalším důležitým prostředkem při komunikaci je přizpůsobení slovníku – klient totiž postupně přestává rozumět významům slov.

Komunikace je další oblast, se kterou se nutně setkávají všichni zaměstnanci Domovů, a každý komunikaci realizuje jiným způsobem.

*„Já sice nevím, jestli se to smí, ale některým klientům říkáme křestním jménem. Oni na to líp reagují. Pak samozřejmě různé doteky, pohlazení, poklepání na ruku, naznačení pohybu.“*  
*Na mou otázku, jestli přizpůsobuje svůj slovník klientům, odpověděla: „Určitě taky. Pokud to jde, tak s nima mluvíme jako s normálními dospělými lidmi. S některými ale už musíme*

*jak s dětičkama. Ke každému pokud možno přistupujeme individuálně.*“ (PSP – Domov sv. Aloise)

Ergoterapeutka z DZR Sněžka má zkušenosti s používáním neverbální komunikace tyto: *„Používám psaní, ukázky, gestikuluji rukama, usmívám se, přizpůsobuji svůj postoj a rychlost pohybu.*

Tato ergoterapeutka mi také říkala, jak přizpůsobuje svůj slovník klientům. Snaží se používat jednoduché a srozumitelné věty, nepoužívat cizí slova, mluvit zřetelně a nahlas.

Další ergoterapeutka, která pracuje v DZR Petrklíč, mi popisovala komunikaci s několika klienty, kteří jsou u nich v Domově: *„Mám klienta, který je už hodně let po mrtvici, asi 15 let a jediný způsob jak se dorozumívá je, že ukazuje. Já jsem se snažila o afatický slovník, to jsou obrázky a klient ukazuje, co chce. Je tam třeba kartáček a zubní pasta – on třeba může ukázat, že mu došla pasta tím, že ukáže na příslušný obrázek. On ale je po té mrtvici tak dlouho, že už nedokáže spojit ten obrázek s tou věcí. Potom je tady klient, kterému píšeme do ruky. Ten se orientuje dobře – zná personál, jídelníček mu taky píšeme.“*, *„Máme tu klientku, která ani nepřikývne hlavou, jen kouká. Ani na pozdrav neodpoví. Práce s takovým klientem je potom těžká. Jediné činnosti, které zvládá, jsou aktivity na jemnou motoriku, má u sebe takový protahovačky, provlíkačky – to před ní dáte, ukážete jí to a ona ten pohyb napodobuje. Potřebuje to ale ukázat, co se s tím dělá. Já na ní celou dobu mluvím, ale ona Vám málokdy něco řekne. Někdy se třeba stane, že odpoví. Když se jí zeptám, jak se vyspala, řekne: „Dobře.“ To je ale fakt jedno slovo týdně nebo měsíčně, pak zase nic.“*

Na otázku „Jak s klienty komunikuje“ mi fyzioterapeutka z Domova sv. Aloise odpověděla: *„Většina mluví. Jde o to, jak moc adekvátně. Někteří až kypodivu dobře. Ten nepohyblivý pán se aspoň usměje. Je tu paní, která mi odpoví až po pár minutách, ale odpoví jasně a správně. Někdy je komunikace na dlouhý lokte, někdy je v pořádku. Pokud je to člověk, který nekomunikuje a nechápe, co mu chceme, tak tam se snažíme neverbálně. Ukážeme, potukáme na ruku, když chceme, aby ji zvednul. Když se třeba už naznačí pohyb,*

*kdýž je třeba už překulíme, tak oni se sami už chytí postele, protože ví, co se po nich chce. Pochopí to spíš podle toho náznaku nebo začínajícího pohybu, než ze slovního povelu.“*

Pěkně mi komunikaci popsala také fyzioterapeutka z DZR Sněženska: *„Zkouším to pořád vyslovovat do kola, hodně otevírám pusu a snažím se, aby mi klienti odpovídali a ne jen kývali hlavou. Někdy sice vidím, že paní kouká skrz mě, ale furt pokračuju v tom mluvení, jakoby mi odpovídala. Používám náznaky, usmívám se. Hodně Vás potěší i minimální pokrok. Měli jsme tu paní, která jen chodila po chodbě a nevnímala. Kdýž jsem vždýcky od ní odcházela ze cvičení, tak jsem jí zamávala a řekla: „Papa.“, paní stejně nereagovala. Pak najednou jsem jeden den viděla, že očima na můj pozdrav reagovala, jen tak se na mě podívala. Za nějakou dobu na mě i zamávala. A před několika dny mi zamávala a řekla: „Papa.“ Tady je vidět, že ten mozek někdy funguje.“*

Tohle je pěkný příklad toho, že i člověk s demencí se neustálým opakováním toho samého může něco naučit.

Například ale zdravotní sestra z téhož Domova má ke komunikaci s demenčními klienty, podle mě, docela svérázný přístup. *„Mluví na ně úplně normálně, jak kdýby mi rozuměli. Protože se říká, že i na člověka v kómatu se má mluvit normálně – že v tom mozku se něco děje a nikdo neví, co vnímají nebo nevnímají. A to samý je tady. Já těm lidem tady nevidím do hlavy a neví, co mi rozumí nebo nerozumí a kdýž je tam ten oční kontakt zachovaný, tak proč na ně nemluvit normálně. Říkám jim, co jim zrovna dělám, co budu dělat, ptám se jich, jestli něco chtějí. Člověk, na těch očích pozná, co chtějí. Snažím se to odezírat z obličeje. Někdy se do toho, co chtějí trefím, někdy samozřejmě ne.“*

### **Problematické chování a jeho řešení**

Nejčastěji objevujícím se problémem v těchto Domovech bývá agresivita klientů. Nejsou to sice nijak závažné případy, že by nějaký klient vyloženě „terorizoval“ personál či ostatní klienty, ale někdy se agresivita projeví. Asi druhým největším problémem je toulání.

Jak toulání, tak i agresivita se často objevují spolu s novým nástupem klienta do Domova. Pro člověka s demencí je totiž jakákoli změna prostředí velkou psychickou zátěží a stresem, se kterým se neumí jinak vyrovnat.

Většina projevů problematického chování se řeší víceméně stejným způsobem. Personál se snaží klientovi vše vysvětlit, uklidnit ho, objasnit mu situaci. Někdy to ale bohužel nejde a v krajních případech musí přijít na řadu i uklidňující medikamenty.

*„Někdy to lze odvrátit rozhovorem, vysvětlením – ale to je hodně náročný. Je to jako s malými dětmi. Vysvětlíte jim to teď a za hodinu to musíte vysvětlovat znovu, je to každý den a pořád. To je náročný, ale samozřejmě ten člověk na Vás nesmí poznat, že máte ještě spoustu práce před sebou – musíte se zastavit a vysvětlit mu to. Pokud se ten člověk nezklidní, tak tu máme od naší psychiatricky kapičky, které člověku při nějakém výrazném neklidu podáme.“ (Zdravotní sestra – Domov sv. Aloise)*

*„Snažíme se jim to vysvětlit. Například tu máme ležící klientku, která do nás občas začne mlátit, že se nechce přebalit. Tak jí vysvětluju, že do nás nesmí mlátit, že jí pouze dávám novou plenkou. Pokud to nejde, tak dojdeme pro sestru a ona to řeší dál. Může se i zavolat paní doktore. Ale zatím tu nebylo nic tak vážného, aby se to muselo řešit nějak jinak. Máme tu docela hodný lidi.“ (PSP – DZR Sněženska)*

Zda řešení pomocí vysvětlení zabere nebo ne, je hrozně individuální. Velkým problémem přitom je, že klienti si to nepamatují. Něco třeba udělají, Vy jim vysvětlíte, že to by dělat neměli, že to není hezké, ale oni to vzápětí dělají znovu.

### **Agresivita**

Základními reakcemi každého z nás je únik nebo útok. U osob s demencí tomu není jinak. Často k agresivnímu chování dochází v době, kdy se klient cítí v úzkých, cítí se být ohrožen. To dokládá i zkušenost pracovníků sociální péče z Domova sv. Aloise, které se setkávají u jedné klienty právě s takovým typem agresivity.

*„Jsou tady lidi, kteří se vyloženě bojí vody, takže je problém je dostat do koupelny, do sprchy. Potom můžou být i agresivní – klientka nečekaně už 2x napadla pečovatelku ve sprše, protože má z té vody strach. Takže když je to možný, tak ji koupat ve dvou nebo si musíme dávat pozor, abychom se neotáčeli zády.“ (PSP – Domov sv. Aloise)*

Tohle nebyla jediná klientka, která se bála vody a reagovala na ni agresivně. Stejně zkušenosti mají i pracovníce sociálních služeb z DZR Sněženska.

S agresivitou jsem se setkala i já během své praxe v DZR Sněženska. Došlo k tomu u klientky, která zrovna nastoupila do Domova. Paní chodila po chodbě a všem okolo sebe vulgárně nadávala. Pak začala všude otevírat okna, volala o pomoc na kolemjdoucí a chtěla z oken vyskakovat. Já v té době seděla se zdravotní sestrou na sesterně a dělali jsme rozhovor. Paní najednou začala silně kopat a bušit do dveří, přitom pořád nadávala. Až jsem se divila, kde se to v ní bere. Personál neměl jinou možnost a chtěli dát paní uklidňující kapičky. Přesto, že ji drželo několik lidí, kapičky se jí nepovedly podat – vyprskla je zpátky. To už ale vedoucí úseku zdravotní péče volala do Dobřan, aby paní odvezli zpět. Tohle ale byla mimořádná situace, podle slov personálu k ničemu podobnému běžně nedochází. Pro mě to ale byla zajímavá zkušenost. Nic podobného jsem zatím neviděla.

### **Toulání**

K toulání dochází rovněž často ve spojení s nástupem nového klienta. Takový člověk se snaží uniknout do míst, která by znal. Pro personál Domovů je toulání klienta dost nepříjemné – mají totiž za něj zodpovědnost. Co kdyby se mu něco stalo nebo se zranil?

Sama ze své zkušenosti vím, že to může být velký problém. Opět se tako zkušenost týká DZR Sněženska, ovšem došlo k tomu během jiné praxe, než co jsem se setkala s agresivitou. Do Domova přivezli paní z léčebny dlouhodobě nemocných. Podle tamější lékařské zprávy paní nebyla téměř schopná sama se posadit na posteli, chodit nemohla prý skoro vůbec a nekomunikovala. V Domově mají tři patra, přičemž pouze druhé patro je uzavřené. Tam hrozí, že by klienti mohli odcházet. Tato paní, jelikož se neměla téměř pohybovat, byla umístěna do třetího patra. Jaké bylo naše překvapení, když paní už druhý den po přijetí do Domova sama sjela výtahem do přízemí, bloudila po chodbách a k chůzi nepotřebovala ani hůlku.

Tohle je lepší příklad toulání, protože paní alespoň neopustila prostory Domova. V horším případě může klient Domov opustit, protože budovy nejsou uzamčené. Jsou ale různá jiná opatření, aby se takovým situacím co nejvíce předcházelo. Například ve vícepatrových Domovech, jako je DZR Sněženska a Domov sv. Aloise mají výtahy buď na čipy, nebo číselné kódy. To je pro klienty překážka, kterou by neměli překonat. V DZR Sněženska je navíc ještě na dveřích do všech pater systém dvou zámků – abyste otevřeli dveře, musíte otočit oběma najednou a to opačným směrem. Ale třeba DZR Petrklíč je jednopatrový a dveře jsou kvůli návštěvám odemčené. V tomto Domově také došlo

k tomu, že ho klient po svém nástupu několikrát opustil a muselo se po něm pátrat. K tomu ale docházelo jen po jeho nástupu do Domova, po nějaké době si tu pán zvykl a už neodešel.

### **Závislost na pečující osobě, deprese, podezíravost**

Mezi problematické chování můžeme ještě řadit depresi, závislost na pečující osobě a podezíravost. Toto chování se ale vyskytuje jen zřídka. Přesto se s ním někteří pracovníci Domovů už setkali.

Depresí si projde asi každý klient Domova. Nejčastěji k ní dochází v době, kdy si uvědomují svůj stav. Takhle mi o depresi povídala vrchní zdravotní sestra z Domova sv. Aloise: *„Co se týče deprese – hodně těch lidí, co tu máme, si určitou deresí projdou. Je to proto, že občas mají světlou chvíli, kdy si uvědomují, že si nepamatují, že jim to personál víckrát opakuje. Když si to ten člověk uvědomí, tak z toho má potom špatnou náladu.“* (Zdravotní sestra – Domov sv. Aloise)

Závislostí na pečující osobě mám na mysli takovou závislost, kdy klient s demencí odmítá pomoc a péči od jiné osoby, než na kterou je zvyklý. Takhle silná vazba na jednoho člověka se podle mě vyskytuje spíš v domácí péči, kdy se o člověka s demencí stará pořád jedna a ta samá osoba. V Domovech se personál střídá podle směn, a proto si myslím, že se zde taková závislost nemůže vyskytovat. Navíc tím, jak mají klienti porušenou paměť, tak si nemusí pracovníky sociální péče ani pamatovat. Přesto mi ergoterapeutka z DZR Petrklíč popsala svou zkušenost s jednou klientkou: *„Akorát ta závislost na pečující osobě, to bych řekla, že se tu objevuje. To kolikrát vidím paní po ránu při ranní hygieně a ona hned: „A kdyby přijdete zase a co dneska budeme dělat a odpoledne taky něco budeme dělat?“ A já jí říkám: „Odpoledne budu naproti“. A ona: „To je škoda.“ a tak. Takže to jediný bych řekla.“* Myslím si, že tohle ale není pravý příklad závislosti na pečující osobě. Podle mě má paní jen zájem o nějakou činnost, chce něco dělat.

Podezíravost se často objevuje u klientů s Alzheimerem, kteří mají pocit, že jim někdo něco sebral, nebo že jim někdo leze do skříněk. Je jen na personálu, jak takové stížnosti bude řešit. Tito lidé sice žijí ve svém vnitřním světě, přesto ale nelze všechny jejich stížnosti rovnou považovat za lži. Setkala jsem se například se situací, kdy si jedna

klientka Domova stěžovala, že nedostala snídani, že nejedla. To se objevuje celkem často – klienti si nepamatují co jedli a jestli vůbec jedli. Když se jich zeptáte, rovnou řeknou, že nejedli. V případě této paní to ale bylo jinak. V době rozdávání snídaní se zrovna koupala a skutečně snídani nedostala. Kdyby se tato stížnost neřešila, mohla paní klidně zůstat o hladu.

Na závěr kapitoly o problematickém chování bych se ještě chtěla zmínit o názoru ergoterapeutky z DZR Sněženska, která mi v rozhovoru sdělila, že toulání, závislost na pečující osobě a hněv nepovažuje za problematické chování. Její názor určitě vychází z vlastních zkušeností. Já se ale domnívám, že třeba toulání a silné upnutí pouze na jednu osobu je velký problém.

### **Pozornost**

Ztráta nebo porucha pozornosti se projevuje tím, že tito lidé nevydrží u žádné činnosti moc dlouho. Tuto poruchu asi nejvíce pociťuje ergoterapeutka při skupinových aktivitách, kdy má na starost větší počet klientů. Nezbyvá jí nic jiného než se pořád snažit o to, aby udržela pozornost všech přítomných. To je opět velmi náročné.

Já to například pociťuji v Domově sv. Aloise, kam docházím jako „návštěva“ a s klienty dělám různé činnosti. Několika klientům zadám činnost a jdu pomoci tomu, který by si s ní nevěděl rady. Když se ale vrátím k těm, které jsem nechala o samotě, tak zjistím, že úkol vůbec nezačali nebo ho udělali jinak, než jsem jim říkala.

### **Porucha prostorové orientace a vnímání**

Myslím si, že porucha zrovna této kognitivní funkce nemá příliš vliv na činnost s klientem. Jediného, koho obtěžuje, je samotný klient. V tomto případě pomůže jen přizpůsobení prostředí, ve kterém klient žije.

Většina Domovů má barevně rozlišená patra, někde mají i obrázky na dveřích pokojů, je barevně rozlišené rozhraní stěny a podlahy, atd. Barvy a hlavně jejich kontrast dokáže hodně pomoci – člověk kupříkladu snáze najde odloženou věc v kontrastním prostředí než tam, kde by splývala s okolím. Dalším případem, který mě napadá je kontrast mezi barvou stěn a barvou vstupních dveří do klientova pokoje. Klient snáze odhadne, kde dveře přesně jsou, čímž se eventuálně vyhne nárazu do rozhraní mezi zdí a dveřmi.

Porucha vnímání pomocí zraku má ale i vážnější projevy – klient s demencí postupně může přestat rozeznávat své příbuzné, rozeznávat předměty.

### **Omezení hybnosti**

Řada klientů Domovů se zvláštním režimem je buď částečně nebo zcela imobilních. Práce s imobilními klienty má svá specifika – pracovníci sociální péče musí těmto klientům věnovat větší pozornost a péči. Musí je polohovat, dávat pozor na dekubity, promazávat je. Přesto, že klienti mají polohovací lůžka, tak proleženiny se mohou objevit.

Práci s imobilním klientem pěkně vystihuje v rozhovoru zdravotní sestra z DZR Sněženka: *„Ležící klient může být ležící a přitom částečně soběstačný tím, že používá ruce. Takže ten přístup je taky trošku jinací. Třeba při ranní hygieně mu namočím žínku a řeknu, aby si otřel alespoň obličej. U těch lidí se musí totiž pracovat na tom, aby se co nejdýl zachovala soběstačnost. Potom, když může používat ruce, tak se i nají, ustrojí nebo vysadí do křesla. Vždycky říkám: „Přistupujte k imobilnímu klientovi dvě.“ Dostává totiž zabrat celé tělo a hlavně páteř. Děvčata si to ale neuvědomují. Uvědomí si to až pozdě, až když mají problém se zády. Když je úplně imobilní, tak tam to musíme dělat úplně všechno my. Tam je důležité umět člověka správně napolohovat. Při té manipulaci s klientem je velmi důležitý i postoj toho pracovníka. Ráda bych prosadila, aby se naše děvčata zúčastnila kurzu, kde by je to opravdu správně naučili. Protože jinak je to strašně těžká práce. No a když si toho klienta umíte dobře napolohovat, tak je to hračka. Všechno se zvládá tím, že ho máte na zádech, na boku, na zádech, na boku. I plenu snadno vyměníte, i tričko převlíknete. Akorát co neuděláte je, když ten klient sjede níž v tý posteli – to ho děvčata chytanou a v jedné ho vytahují zpátky – to hrozně nerada vidím. Tito ležící lidé totiž mají pokožku, o kterou je nutné řádně se starat a oni jak je tahají, tak se ta kůže ještě víc tře.“*

O motoriku se starají i fyzioterapeutky, které s klienty provádějí různá cvičení. Pracovní náplní fyzioterapeutky je klienta promasírovat, pokud má třeba oteklou nohu, cvičit s ním, protahovat klouby, chodit s ním.

*„Cvičíme s nimi pasivně, aktivně, aktivně s dopomocí. Dále cvičíme s využitím kompenzačních pomůcek, provádíme postupnou vertikalizaci – nácvič sedů, stoje, sedů,*

*stojí. Pokud je to chodící klient, tak se snažíme, aby chodil denně. Pokud ten klient je schopný už jen sedět, tak chceme, aby pořád neležel, aby denně aspoň nějakou dobu seděl. Ten, který už nezvládne ani sám sedět, toho posazujeme alespoň 2x týdně do křesla – aby měl změnu polohy, aby se prokrvoval, aby se mu zlepšila látková výměna.“*

*„Po snídani s klienty individuálně cvičíme na pokojích. Napřed rozcvičujeme ruce, pak nohy a hlavně úchyty, to se děje na zádech. Pak zkusíme lidi přetáčet na bok. Někomu se povede přetočit na bok, ale většině ne. Oni neví, co všechno musí udělat proto, aby se otočili – neví, jak jdou ty pohyby rukou a nohou za sebou, aby se přetočili. Pak je cvičení v sedě. Odpoledne taky s některými chodíme. Cvičení trvá zhruba 20 minut, oni by to dýl ani nevydrželi. Součástí pohybového cvičení je i cvičení dechové.“ (Fyzioterapeutka – DZR Sněženka)*

### 11.7 AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI PROVÁDĚNÉ V DOMOVECH

V DZR Petrklíč a DZR Sněženka mají aktivizační činnosti na starost pouze registrované ergoterapeutky. V Domově sv. Aloise to ale mají na starost pracovnice sociální péče, které se s klienty snaží aktivizovat půlhodiny dopoledne a půlhodiny odpoledne. Přiznávají přitom, že je to občas náročné stihnout, protože mají spoustu jiné práce. Podle mě to není zrovna vhodné řešení, protože tyto pracovnice mají své práce opravdu hodně. Vedoucí Domova mi ale sdělila, že v budoucnu se chystá přijmout i ergoterapeutku, která by se starala vyloženě jen o aktivizaci s klienty. Zde uvádím zkušenosti pracovnice sociálních služeb z Domova sv. Aloise: *„No, snažíme se. Někdy to čas ale tolik nedovoľuje. Ale snažíme se půlhodinku dopoledne, ten čas si vyhradíme. Zpíváme, tančíme, malujeme, vystřihujeme, nacvičujeme podpisy, trénujeme paměť (třeba dokončování přísloví a podobně), poznávání věcí na obrázku (to některým taky dělá problém). U těch schopnějších je to skládání puzzlů nebo kostek. Pár klientek i plete nebo luští křížovky. Někdo si sám čte, to je ale výjimečný.“*

Nejčastěji konanými aktivitami v zařízeních jsou:

- nácvik soběstačnosti a samostatnosti – jedná se především o oblékání, ranní hygienu, učení se s kompenzačními pomůckami a procvičování jemné a hrubé motoriky.

- skupinové, individuální a relaxační cvičení – slouží k posílení svalové síly a procvičení kloubů. Při cvičení se využívá i řada kompenzačních pomůcek. S klienty mohou cvičit i fyzioterapeutky v rámci celkového procvičení těla.
- trénování paměti – děje se individuálně i skupinově. Pomocí různých kvízů, pracovních listů, skládání puzzlů, dokončování přísloví, atd. se procvičuje krátkodobá a dlouhodobá paměť, pozornost a vnímání.
- muzikoterapie – provádějí se při ní většinou tance v sedě, poslouchá se hudba, zpívá se a ergoterapeutka může hrát na hudební nástroj. Zpíváním a tancem se nejen procvičuje paměť, ale dochází také k dechovému cvičení a podporuje se i komunikace mezi klienty.
- pracovní terapie – dochází především k procvičování jemné motoriky – úchopy a procvičení kloubů. V rámci této terapie většinou klienti pracují s papírem nebo kreslí. Jejich výtvary potom zdobí společenské místnosti a chodby Domovů.
- filmový klub – zde mohou uživatelé sledovat filmy nebo prohlížet fotografie z různých akcí konaných Domovem – ať už se jedná o výlety mimo Domov (zámky, divadla) i akce pořádané v prostorách Domova (masopust, grilování).

DZR Petrklíč pořádá jednou měsíčně i kroužek pečení, kdy tato aktivita je zaměřena na komunikaci mezi klienty, pozornost a procvičování motoriky.

V letních měsících chodí ergoterapeutky s klienty i na krátké procházky ven. Všechny tyto Domovy, o kterých píšu, mají vlastní zahradu s lavičkami, kde se mohou klienti nerušeně procházet. Výjimkou nejsou například ani návštěvy různých trhů na Náměstí republiky v centru Plzně.

Dalšími aktivizačními terapiemi, které se nekonají v Domovech pravidelně, jsou canisterapie a muzikoterapie. Ty se konají v různých časových intervalech, většinou podle toho, jak si Domov tyto služby objedná. Co jsem ale nezaregistrovala je arteterapie a biblioterapie jako takové. Ergoterapeutky sice klientům někdy předčítají a malují s nimi, ale to se nedá považovat za biblioterapii ani arteterapii.

Aktivity neslouží jen k zabavení, ale mají člověku přinášet i důležité pocity jako uspokojení a radost z vykonané činnosti. Zároveň také skupinové aktivity slouží k tomu, aby byli klienti v kolektivu. Pro klienty s demencí je důležité, aby aktivity měly svůj řád a rutinu. Přestože tito klienti mají poruchu krátkodobé paměti, mohou si po čase na aktivity zvyknout a někteří dokonce vědí, který den je jaká aktivita. To potvrzuje i ergoterapeutka z DZR Petrklíč: *„Většina lidí chodí na všechno, mají zájem to navštěvovat každý den. Už i ví, který den je jaká aktivita.“*

Při provádění různých činností ale potřebují neustálý dohled, protože jinak by sami nevěděli, co mají dělat – potřebují to konkrétně předvést. Účast na prováděných aktivitách je vždy dobrovolná, nikdo nemůže klienta nutit, aby se jich zúčastňoval. Zároveň ale musí být „věkově přiměřená“ - od řady klientů slyším, že činnosti, které dělají, jsou jako pro děti a nebaví je to. Taková je i zkušenost pracovnice sociální péče z Domova sv. Aloise: *„Máme tu paní, která bývala sekretářka, a tu nepřinutím vůbec k žádným činnostem. Ta si maximálně přečte časopis.“*

Aktivity jsou většinou prováděné skupinově, klienti jsou tak v interakci s ostatními a mohou si navzájem i pomáhat. Pěkný příklad mi uvedla ergoterapeutka z DZR Petrklíč: *„V té skupině jich mám maximálně deset a samozřejmě někdo je na tom lín, někdo hůř. Tak se snažím v té skupině nedělat rozdíly, věnovat se jim dohromady. Když někdo neví nebo zapomněl, tak řeknu: „Helejte se, poradíme paní . . .“ a ostatní se zapojí, takže ten člověk nevypadá, že by na tom byl tak špatně.“*

Individuální aktivity jsou zařazovány jen zřídka a to většinou u klientů, kteří by nebyli schopní, vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, dopravit se do společenské místnosti, kde se většina aktivit koná. Důvod pro zařazení individuální aktivity je podle ergoterapeutky z DZR Petrklíč i ten, že klient je uzavřený a nechce pracovat ve skupině – jinak by si ale třeba rád s někým promluvil nebo něco dělal. Skupiny při aktivitě nejsou moc početné, protože jinak by se ergoterapeutka, která aktivitu vede, nemohla dostatečně věnovat všem zúčastněným.

Takto mi o individuálních a skupinových aktivitách vyprávěla ergoterapeutka z DZR Sněženska: *„Provádím s klienty nácvik soběstačnosti a samostatnosti. Starám se o pořádání společenských akcí v zařízení (koncerty, besídky . . .), s klienty chodím na výlety mimo*

zařízení. Dále se s klienty bavím o jejich problémech a přáních. Provádím také individuální terapii na pokojích klientů – tam se zaměřuji na kognici, jemnou motoriku, hrubou motoriku, soběstačnost, komunikaci a celkově zájmy klientů. Mezi skupinové aktivity patří trénování kognitivních funkcí, vyrábění, zpívání, předčítání, hraní společenských her a filmový klub. Také děláme kondiční cvičení a tance v sedě.“

Různé aktivity jsou pro klienty různě „přitažlivé“. Někoho baví víc aktivita, při které se musí aktivně zapojit (jako třeba dílny nebo hraní společenských her), jiné baví spíš aktivity, které nevyžadují jejich aktivní spolupráci (jako třeba předčítání nebo poslech hudby). Proto i různé aktivity trvají různou dobu.

*„Trénování paměti je třeba hodinu, ale když se něco vyrábí nebo hrajou hry, tak i dýl, prostě jak chtějí. Během toho třeba i klienti odcházejí, pokud už tam nechtějí být.“* (Ergoterapeutka – DZR Sněženka)

Každý klient je jiný a má specifické potřeby, proto je s každým při přijetí do Domova sestaven individuální plán. Plán sestavuje, společně s klientem, celý tým pracovníků Domova. Klient si stanovuje osobní cíl, čeho by chtěl dosáhnout. Plnění plánu se pravidelně kontroluje. Plán se skládá z šesti částí: osobní profil uživatele, analýza potřeb uživatele, plánování podpory a stanovení osobního cíle a jeho pozdější hodnocení, proces adaptace uživatele na změnu prostředí, orientační hodnocení zdravotního stavu uživatele, orientační hodnocení duševního stavu.

Při nástupu do Domova si klienta také testuje ergoterapeutka. Cílem je, aby zjistila jeho silné a slabé stránky a aby věděla, čemu se při aktivizaci toho konkrétního klienta více věnovat. *„Provádím s lidmi základní testování, když přijdou – test Minimentl a test kognitivních činností. A potom funkční test na ruku, to je na úchopy. Vlastně když přijdou, tak si je takhle otestuju, abych zhruba věděla, v jaké oblasti mají problém. Jestli je to v motorice nebo v poznávání a kognitivních funkcích. Podle toho jim doporučím aktivity, které tu probíhají.“* (Ergoterapeutka – DZR Petrklíč)

## 11.8 DISKUZE K VÝZKUMU

Výzkum jsem realizovala ve třech Domovech se zvláštním režimem, nacházejících se v okrese Plzeň – město. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak probíhá péče v Domovech se

zvláštním režimem a jaké celkově tyto Domovy poskytují služby. Jelikož se jedná o registrovanou sociální službu, tak musí poskytovat stejný soubor služeb, to jim ukládá zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tyto služby jsou realizovány v souladu se Standardy kvality, které jsou také pro všechny stejné. Každý Domov si ještě vytváří „interní pravidla poskytování služeb“.

Prováděla jsem kvalitativní výzkum, ve kterém jsem použila čtyři metody – rozhovor s otevřenými otázkami, pozorování, analýzu dokumentů a kazuistiku klientů. Rozhovory jsem si zaznamenávala na nahrávací zařízení, abych s nimi později mohla pracovat a aby mi neunikla žádná podstatná informace. Rozhovory jsem vedla s pracovníky Domovů (pracovnicemi v sociálních službách, ergoterapeutkami, fyzioterapeutkami, zdravotními sestrami). Mnohdy bylo náročné rozhovor vůbec realizovat, protože je časově náročný a pracovnice na mě tedy neměly dostatek volného času. Stávalo se tedy, že jsem za nimi chodila každý den, jen aby mi opět řekly, že na mě nemají čas. Nakonec se ale vše povedlo a já zrealizovala dva rozhovory s ergoterapeutkami, dva rozhovory s fyzioterapeutkami, tři rozhovory se zdravotními sestrami, čtyři rozhovory s pracovníky v sociálních službách a čtyři kazuistiky. Někdy se účastnily jednoho rozhovoru hned dvě pracovnice, které se vzájemně doplňovaly. V rozhovorech jsem se zaměřovala na pracovní náplň daného zaměstnance, jaký mají vliv kognitivní poruchy klientů na jejich práci, zda se setkávají s problematickým chováním (pokud ano, tak s jakým a jak ho řeší), jaká jsou specifika práce s imobilními klienty a poslední otázky se zaměřovaly na komunikaci (zda uzpůsobují svůj slovník klientům, jestli používají neverbální komunikaci). Zároveň jsem si od nich nechala popsat, jak probíhá jejich běžný pracovní den. Tento popis mi sloužil k pozdějšímu pozorování, zda to probíhá skutečně tak, jak mi řekli.

Analýzu dokumentů jsem dělala pouze na základě informací, které zveřejňují na svých internetových stránkách. Posledním byly kazuistiky, kdy mi s výběrem vhodných klientů pomohly sami pracovnice Domovů.

Na základě rozhovorů a pozorování se domnívám, že všechny pracovnice mají vřelý vztah k cílové skupině seniorů. Bylo to vidět na tom, jak se o nich vyjadřují, jak se k nim chovají při poskytování různých služeb nebo jak je oslovovali v rozhovorech, které

se mnou vedly. Nezaznamenala sebemenší negativní postoj k jimi vykonávané práci. Právě naopak, skutečně svoje zaměstnání berou jako poslání a pomoc.

Bylo mi jasné, že poskytování péče je velmi náročné, a to časově, psychicky i fyzicky. V rozhovorech se mi to jen potvrdilo. Vzhledem k tomu, že se navíc jedná o seniory s demencí, je to ještě složitější. Klienti trpí poruchami kognitivních funkcí, což má velký vliv na práci s nimi. Nejvíce patrné jsou poruchy paměti, hybnosti, komunikace a chování. Pracovníci Domovů musí mít tuto skutečnost neustále na paměti a počítat s tím. Každodenně přicházejí s klienty do styku a musí vědět, jak se k nim chovat, aby například zbytečně nedocházelo ke vzniku nějakých nepříjemností. Specifika péče o klienty s demencí jsou i v oblasti komunikace – klienti postupem času přestávají rozumět mluvenému slovu a proto se pracovníci spoléhají spíše na neverbální komunikaci. Nejčastěji používají úsměv, pohlazení, náznak činnosti.

Další problém je s výskytem problematického chování klientů. Poruchy chování patří k projevům demence. Z rozhovorů je patrné, že se pracovníci s problematickým chováním setkávají, ale jak sami přiznávají, není to často. Projevy negativismu nebo mírné agrese jsou sice na denním pořádku, ale žádné vážnější formy problematického chování se nevyskytují. Chování, které se objevuje, se většinou nechá vyřešit domluvou.

Porucha hybnosti je problém, který má asi největší vliv (co se týče pracovníků Domovů) na pracovnice v sociálních službách. Ty zastávají téměř veškerou péči o klienty. Při péči o imobilní klienty musí proto být přítomny minimálně dvě pracovnice. Velkým pomocníkem je to, pokud tyto pracovnice umí klienty dobře napolohovat.

V Domovech také věnují velkou pozornost aktivizačním činnostem. Většinou je realizují ergoterapeutky a fyzioterapeutky. Každý den je jiná aktivita. Nejčastěji je v rámci těchto činností procvičována jemná a hrubá motorika, paměť, pozornost a komunikace. Slouží také k udržení kontaktu s ostatními klienty Domova. V letních měsících se s klienty chodí na procházky na zahradu a výjimkou není ani výlet mimo Domov – zámky, hrady, divadla. Klienty aktivity baví a jsou pro ně smysluplným využitím času. Kromě ergoterapie a fyzioterapie se v Domovech koná i muzikoterapie a canisterapie – tuto terapii neprovádí pracovnice Domova, ale externí osoba.

## 12 ZÁVĚR

Bakalářská práce se mi zpracovávala celkem dobře, sehnala jsem dostatek podkladů k teoretické části a získala jsem i množství informací z prováděného výzkumu. Cílem bylo zjistit, jaké služby jsou v Domovech poskytovány a představit je. Výsledkem mého zkoumání bylo zjištění, že všechny tři Domovy poskytují svým klientům péči v souladu se Standardy kvality. Tuto povinnost jim ukládá zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Personál Domovů ví, jaké jsou jejich povinnosti a svědomitě je plní. S klienty jednájí trpělivě, slušně a snaží se o udržení jejich samostatnosti a soběstančnosti v péči o vlastní osobu. Ani v jednom, z jedenácti rozhovorů s pracovníky Domovů, jsem nezaznamenala negativní přístup k jejich práci, všechny dotazované pracovnice měly vřelý vztah k seniorům.

Myslím si, že problematika týkající se seniorské populace je dost aktuální, protože společnost stárne a bude zapotřebí zvyšovat počet zařízení, kde by tito lidé mohli žít a měli by tam zajištěný dostatek kvalitní péče. Zjistila jsem, že v celém Plzeňském kraji je pouhých šest Domovů se zvláštním režimem (DZR „Sněženka“, DZR „Petrklíč“, DZR „Čtyřlístek“, Domov sv. Aloise, Domov Harmonie, Lázně Letiny s r. o.), což je podle mě dost málo. První čtyři jmenované Domovy jsem přímo v Plzni, Domov Harmonie je v okrese Rokycany a Lázně Letiny s r. o. V okrese Plzeň – jih. Při přijímání do Domova jsou samozřejmě přednostně umísťováni ti, kteří mají trvalé bydliště ve stejném okrese, jako se nachází daný Domov. Napadá mě tedy otázka – kam mají jít ti, kteří nemají v blízkosti bydliště žádné podobné zařízení a jejich rodina se o ně nemůže postarat?

Navíc náročnost péče o klienty s demencí je dost velká. Pokud se o takového člověka stará pouze rodina, je to pro ni velký problém a mnohdy tuto péči nezvládá. Ne snad, že by nechtěla, ale právě z důvodu její náročnosti. Ve městě sice existuje řada organizací poskytujících pečovatelské služby apod., ale na malých městech není ani to.

## 13 RESUME

V bakalářské práci jsem se snažila nastínit poskytované služby v Domovech se zvláštním režimem. Tato zařízení jsou specifická v tom, že jejich klienti jsou převážně lidé s demencí. Demence je kognitivní porucha, při níž dochází k odumírání nervových buněk v mozku – to má za následek ztrátu nebo oslabení kognitivních funkcí. Mezi tyto funkce patří paměť, komunikace, prostorová orientace, motorika, vnímání, pozornost.

Domov se zvláštním režimem je registrovanou sociální službou, proto musí poskytovat služby v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

V teoretické části se zabývám pojmem „demence“, kognitivními poruchami, problematickým chováním a aktivizačními činnostmi. Ve výzkumné části potom používám úryvky rozhovorů, které jsem realizovala v rámci výzkumu.

Prováděla jsem kvalitativní výzkum, kde jsem použila čtyři metody – rozhovor, pozorování, analýzu dokumentů a kazuistiky klientů.

Výsledkem výzkumu je skutečnost, že ve všech třech Domovech, kde jsem prováděla své šetření, jsou klientům poskytované kvalitní služby, je zachována lidská důstojnost, personál se snaží klientům zpříjemnit pobyt v zařízení a zároveň se snaží i o to, aby si co nejdéle udrželi určitou samostatnost a soběstačnost (pokud je to ještě možné).

### 13.1 RESUME V ANGLICKÉM JAZYCE

In this bachelor thesis I tried to give an idea about available services at the Special treatment houses. These institutions are specific by their patients who are mostly mentally challenged people with the symptoms of dementia. Dementia is cognitive disorder which causes mortification of nerve cells in brain – its consequence is loss or impairment of cognitive functions. These functions are memory, communication, awareness, spatial perception, motor skill, perception.

Special treatment house is a registered social service, and so it has to provide services according to law no. 108/2006 about social services.

In the theoretical part of work I study the term of “dementia”, cognitive impairments, violative behavior and actuating activities. Later in the research part I use parts of conversations which I performed as the part of the research.

I made a qualitative research via four methods – conversation, observation, analysis of documents and casuistry of the clients.

The result of this research is fact that in all three institutions where I performed my inquiry the services provided are of good quality, the human dignity is unharmed, staff attempts to make clients’ living at the institution better and they also try to keep clients’ self-sufficiency and independence on the highest possible level (if it is still achievable).

## 14 SEZNAM LITARETURY

1. BUIJSSEIN, H. *Demence*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-081-X.
2. Domov se zvláštním režimem „Petrklíč“. *Sociální služby města Plzně* [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z: <http://socialnisluzby.plzen.eu/muss/poskytovatele-7/domov-se-zvlastnim-rezimem-petrklic-1.aspx>
3. Domov se zvláštním režimem „Sněženka“, Klatovská 145, Plzeň. *Sociální služby města Plzně* [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z: <http://socialnisluzby.plzen.eu/oblasti-sluzeb/seniori/poskytovatele-2/domov-se-zvlastnim-rezimem-snezenka.aspx>
4. Domov se zvláštním režimem. *Městská charita Plzeň* [online]. [cit. 2012-03-19]. Dostupné z: <http://www.mchp.cz/vyhledavani-v-adresari/?s=domov-se-zvlastnim-rezimem1>
5. KLUCKÁ, J. a VOLFOVÁ, P. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2608-3.
6. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-429-X.
7. TOŠNEROVÁ, T. *Jak si vychutnat seniorská léta*. Brno: Computer Press, 2009. ISBN 978-80-251-2104-7.
8. Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách. *ÚplnéZnění.cz* [online]. [cit. 2012-03-14]. Dostupné z: <http://www.uplnezneni.cz/zakon/108-2006-sb-o-socialnich-sluzbach/>
9. ZGOLA, J.M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9

## 15 PŘÍLOHY

### 15.1 PŘÍLOHA Č. 1: ROZHOVORY V DZR SNĚŽENKA

#### Rozhovor s ergoterapeutkou – Sněženska

##### 1. Jakou zastáváš pozici a jak dlouho?

Jsem registrovaný ergoterapeut, mám vysokoškolské vzdělání. Pracuji tu 7 měsíců.

##### 2. Jaká je tvoje pracovní náplň?

Provádím s klienty nácvik soběstačnosti a samostatnosti. Starám se o pořádání společenských akcí v zařízení (koncerty, besídky . . .), s klienty chodím na výlety mimo zařízení. Dále se s klienty bavím o jejich problémech a přáních. Provádím také individuální terapii na pokojích klientů – tam se zaměřuji na kognici, jemnou motoriku, hrubou motoriku, soběstačnost, komunikaci a celkově zájmy klientů. Mezi skupinové aktivity patří trénování kognitivních funkcí, vyrábění, zpívání, předčítání, hraní společenských her a filmový klub. Také děláme kondiční cvičení a tance v sedě.

##### 3. Chtějí se klienti aktivit zúčastňovat?

Ochota zapojit se je individuální. Většina má zájem o všechny aktivity, někteří si vybírají jen ty, které chtějí. Ale jsou tu i klienti, kteří všechno negují.

##### 4. Jak se projevují kognitivní poruchy klientů? Má to vliv na tvoji činnost s nimi?

V DZR má poruchu kognitivních funkcí každý. Někteří si to částečně uvědomují, někteří vůbec. Projevuje se to zapomínáním, nevybavností minulosti, blouděním, děláním činností beze smyslu. Vliv na moji činnost s nimi to má. Hůře se s těmi lidmi spolupracuje i komunikuje, musím jim všechno vysvětlovat – co děláme, co budeme dělat, atd.

##### 5. Setkáváš se s problematickým chováním? (agresivita, podezřívavost, toulání, hněv, závislost na pečující osobě)

Někdo je agresivní – nadává, nespupracuje. Je tu riziko, že ublíží sobě i jiným. Často na to má vliv medikace, osamělost, onemocnění a hlavně demence. Podezřívavost

mezi spolubydlícími se taky objevuje, to je vlivem jejich onemocnění. Toulání, hněv a závislost na pečující osobě nepovažuji za problematické chování.

#### **6. Jak to řešíš?**

Řeším to vysvětlením, upřesněním situace nebo uklidněním klienta. Řešení zabere individuálně – u určitých onemocnění řešení není možné.

#### **7. Jak pracuješ s ležícími klienty?**

U ležících klientů se zaměřuji na co nejvyšší soběstačnost na lůžku, na využívání kompenzačních pomůcek a postupů, nácvik jemné a hrubé motoriky, podporu kognitivní činnosti. Procvičování jemné motoriky různými hrami, skládačkami, činnostmi souvisejícími se soběstačností. Při činnostech je důležitá dopomoc, povzbuzení a motivace. Důležitá je i psychická podpora a komunikace – verbální, neverbální, obrázky.

#### **8. Jak komunikuješ s lidmi, kteří špatně nebo už vůbec nereagují?**

Používám verbální i neverbální komunikaci, obrázky, ukázky činností, úsměv, začlenění do společnosti.

#### **9. Uzpůsobuješ svůj slovník klientům?**

Ano, uzpůsobuji. Používám jednoduché a srozumitelné věty, ukázky a obrázky. Nepoužívám cizí slova a mluvím zřetelně a nahlas.

#### **10. Používáš i neverbální komunikaci?**

Ano. Používám psaní, ukázky, gestikulaci rukama, usmívám se, přizpůsobuji svůj postoj a rychlost pohybu.

#### **11. Jak zjistíš, že klient pochopil, co po něm chceš?**

Poznám to z vizuální kontroly činnosti, opakování činnosti klientem a z výrazu jeho tváře.

### **PRŮBĚH PRACOVNÍHO DNE**

Ráno dělám nácviky samostatnosti a soběstačnosti v prvním patře. Jen v prvním patře, protože jít i od jiných pater bych nestihla. Potom jsou snídaně, kdy v prvním patře u čtyř lidí, kteří zůstávají na pokojích, pomáhám s krmením nebo na ně jen dohlížím. Pak jdu

hlásit do rozhlasu – říkám kolikátého je, co je za den, jaký je rok, kdo má svátek, jaké bude počasí, co bude k obědu, co bude k večeři, co bude za aktivitu a v kolik hodin aktivita bude. Pak se jdu na tu aktivitu připravit. Ta je po každý jiná. Trénování paměti je třeba hodinu, ale když se něco vyrábí nebo hrajou hry, tak i dýl, prostě jak chtějí. Během toho třeba i klienti odchází, pokud už tam nechtějí být. Pak je oběd, kde zase pomáhám u těch čtyř klientů v prvním patře. Klienti pak mají polední klid a já se připravuji na odpolední aktivitu. To jdu dělat většinou tu individuální nebo taky jdu udělat dokumentaci. Aktivity provádím většinou v počtu 15 – 20 klientů, víc ne. Klienty si svážím do jídelny v prvním patře i z ostatních pater.

### **Rozhovor s fyzioterapeutkami**

#### **1. Jakou zastáváte pozici?**

Jsme fyzioterapeutky.

#### **2. Jaká je Vaše pracovní náplň?**

S imobilními klienty cvičíme u lůžka a s těmi chodícími, se kterými se domluvíme děláme skupinová cvičení. Většina klientů Domova je ležících. Opravdu chodících je asi jen 18 – 20 z celkových 69 klientů. Je to všechno o domluvě s nimi – některým třeba řekneme, aby se chytili hrazdičky a přitáhli se a oni to udělají. Ve druhém patře má většina klientů Alzheimeru a těm tu ruku na hrazdičku musím dát a oni se přitáhnou. Pořád jim všechno dokola musíme připomínat a opakovat. Ale aby se někdo samostatně třeba napil nebo sám cvičil s míčkem nebo kolečkem, tak to neexistuje. Oni potřebují furt vedení a dohled. U těch chodících je to to samé. Cvičení je 2x v týdnu, ale oni stejně furt chodí a ptají se. Nebo se pořád ptají, kde jsou – i klienti, kteří tu jsou třeba už dva roky. Všechno je to o opakování a trpělivosti. Ve světlých chvílích, když si uvědomí svůj stav, jsou úzkostliví a pláčou, protože neví, kam jdou nebo kde jsou. Pořád Vás tu něco překvapuje. U některých lidí předpokládáte, že se domluvíte, ale oni najednou udělají něco nepochopitelného. Takže se na to vůbec nedá spolehnout. Například jsem jedné paní řekla, aby nechodila na snídani, že jí ještě před jídlem vykoupu. Když jsem pro ní šla na pokoj, nebyla tam, ale seděla v jídelně. Šla jsem tedy za ní a ona mi řekla, že přišla sestřička a že řekla, aby všichni šli na snídani, takže šla „s davem“ taky. Oni jsou hodně nejistí. Třeba když jim dáte nějaký úkol, tak jsou rádi, že dokážou ten úkol udělat. Ale sami

neví jak to udělat, musíte jim to ukázat, přestože to jsou činnosti, které dělají při každém cvičení. Najdou se ale taky klienti, kteří si to pamatují. Ale to jsou tak dva nebo tři, víc ne.

### **3. Jaký mají vliv kognitivní poruchy klientů na Vaši práci s nimi?**

Většina těch Alzheimeriků nemůže mluvit, ale tu neverbální komunikaci používají. Poruchu motoriky mají úplně všichni.

### **4. Setkáváte se s problematickým chováním?**

Na tom druhém patře jsou Alzheimerikové a to je jediné patro, které je uzavřené, protože oni se toulají. I výtahy v tomto patře jsou na čipy. Podezíravost se taky objevuje, u těch Alzheimeriků je toho hodně – myslí si, že jim někdo něco sebral, že jim leze do skříně. Pak se i ty babičky mezi sebou hádají. My jim to musíme trpělivě vysvětlovat. Těžko se jim to nechá vyvrátit, protože si každý žije v tom svém vnitřním světě. Deprese se objevuje tehdy, když si ten člověk uvědomuje svůj stav a to, kde je. Ten stav jde nahoru dolů. Teď jsme tam měli paní, která se chovala agresivně a vulgárně nadávala, tak jí dali léky. Takže se to řeší medikamenty a když už je to neúnosný, tak se ti lidé převážejí do Dobřan. Takže my osobně problematické chování neřešíme, ale musíme ho včas nahlásit.

### **5. Jak pracujete s ležícími klienty?**

Cvičíme s nimi pasivně, aktivně, aktivně s dopomocí. Dále cvičíme s využitím kompenzačních pomůcek, provádíme postupnou vertikalizaci – nácvik sedu, stoje, sedu, stoje. Pokud je to chodící klient, tak se snažíme, aby chodil denně. Pokud ten klient je schopný už jen sedět, tak chceme, aby pořád neležel, aby denně aspoň nějakou dobu seděl. Ten, který už nezvládne ani sám sedět, toho posazujeme alespoň 2x týdně do křesla – aby měl změnu polohy, aby se prokrvoval, aby se mu zlepšila látková výměna.

### **6. Jak probíhá Vaše komunikace s klienty?**

Zkousím to pořád vyslovovat dokola, hodně otevírám pusu a snažím se, aby mi klienti odpovídali a ne jen kývali hlavou. Někdy sice vidím, že paní kouká skrz mě, ale furt pokračuju v tom mluvení, jakoby mi odpovídala. Používám náznaky, usmívám se. Hodně Vás potěší i minimální pokrok. Měli jsme tu paní, která jen chodila po chodbě a nevnímala. Když jsem vždycky od ní odcházela ze cvičení, tak jsem jí zamávala a řekla:

„Papa.“, paní stejně nereagovala. Pak najednou jsem jeden den viděla, že očima na můj pozdrav reagovala, jen tak se na mě podívala. Za nějakou dobu na mě i zamávala. A před několika dny mi zamávala a řekla: „Papa.“ Tady je vidět, že ten mozek někdy funguje.

### **7. Poznáte, že klient pochopil, co po něm chcete?**

Buď to provede nebo ne. Jinak se to poznat nedá. Nikdy je nenutíme, ale jsou tam výkyvy. Jeden den je posadíte, dáte jim do ruky hrneček a oni se sami napijí. Druhý den to uděláte znovu a oni absolutně nechápou, co mají dělat s rukama. Když mu podržíte ten hrneček, tak má zase problém polknout.

## **PRŮBĚH PRACOVNÍHO DNE**

Nám nějak kumulovali funkci, takže neděláme jen fyzioterapii. Ráno musíme všude rozvést čaje. Pak máme koupání a vodoléčbu. Po snídani s klienty individuálně cvičíme na pokojích. Napřed rozcvičujeme ruce, pak nohy a hlavně úchopy, to se děje na zádech. Pak zkusíme lidi přetáčet na bok. Někomu se povede přetočit na bok, ale většinou ne. Oni neví, co všechno musí udělat proto, aby se otočili – neví, jak jdou ty pohyby rukou a nohou za sebou, aby se přetočili. Pak je cvičení v sedě. S klienty cvičíme celý den, protože je jich moc a než je obejdeme, tak to nějakou dobu trvá. Odpoledne taky s některými chodíme. Snažíme se, aby se na každého klienta dostalo se cvičením alespoň 2 – 3x týdně. Cvičení trvá zhruba 20minut, oni by to dýl ani nevydrželi. Součástí pohybového cvičení je i cvičení dechové.

## **Rozhovor s pracovníci sociální péče**

### **1. Jakou zastáváte pozici?**

Jsme pracovníci sociální péče a naše pracovní náplň je, že se staráme o hygienu, stravování a kompletně o péči o klienty.

### **2. Jakou máte kvalifikaci?**

Máme kurs – musíme mít alespoň 150hodin. Navíc každý rok musíme mít minimálně 24hodin školení.

### **3. Jaký vliv mají kognitivní poruchy klientů na Vaši práci s nimi?**

Většina klientů si moc nepamatuje a navíc špatně slyší, takže jim musíme hodně mluvit do ucha. Když to nepomáhá, snažíme se jim ukazovat. V tom co nezvládnou se jim snažíme pomoci. Důležité je, aby si co nejdéle zachovali soběstačnost, ale u některých už to nejde. Pokud to ještě jde, tak jim třeba dáme do ruky lahvičku s pitím, aby se sami napili. Jsou tu ale klienti, kteří ani to už nezvládnou, takže to všechno musíme dělat sami. Musíme jim to dávat třeba stříkačkama do pusy, protože když jim dáme láhev, tak nic nepijou. Nejsou schopní se sami napít, musíme na to dohlížet. To samý je i s jídlem – musíme je krmit. Řada lidí má polykací problémy, takže musíme dávat pozor, aby se nám nedávili.

#### **4. Setkáváte se s problematickým chováním? Agresivitou, touláním?**

Občas se to objeví, ale v celku bych řekla, že to jde.

#### **5. Jak řešíte, když se něco takového objeví?**

Snažíme se jim to vysvětlit. Například tu máme ležící klientku, která do nás občas začne mlátit, že se nechce přebalit. Tak jí vysvětluju, že do nás nesmí mlátit, že jí pouze dávám novou plenu. Pokud to nejde, tak dojdeme pro sestru a ona to řeší dál. Může se i zavolat paní doktorce. Ale zatím tu nebylo nic tak vážného, aby se to muselo řešit nějak jinak. Máme tu docela hodný lidi. Akorát je někdy problém s koupáním – oni se někdy nechtějí koupat a jsou i agresivní. Takovou paní jsme tu měli, ale chovala se tak jen zpočátku po přijetí, pak se zklidnila. V takovém případě je necháme být, dokud se neuklidní. Odejeme a za nějakou dobu se vrátíme. Oni si to už nepamatují, chovají se úplně jinak a nechají nás provést to, co jsme prve chtěli.

#### **6. Má práce s imobilními, ležícími klienty nějaká specifika?**

Musíme se jim víc věnovat, polohovat je, dávat pozor na dekubity, na proleženiny, promazávat je. Pokud se objeví nějaký problém (třeba proleženina), tak to musíme včas nahlásit. Dohlížíme u nich na jídlo a pití. To pak všechno zapisujeme do dokumentace.

#### **7. Jak komunikujete s klienty? Využíváte neverbální komunikaci?**

Snažíme se na ně pořád mluvit. Například u oběda řekneme paní, aby otevřela pusku – ona spolupracuje a pusku otevře – jinak ale vůbec nekomunikuje. Pořád jim vše musíme vysvětlovat, opakovat a hlavně musíme mít trpělivost.

## PRŮBĚH PRACOVNÍHO DNE

Ráno jdeme na pokoje, kde provádíme ranní hygienu. U ležících je to hlavně péče o intimní partii, potom přebalování, upraví se lůžko, může se nově povlíknout, dá se jim čisté oblečení, vyčistí se zuby, učešou se, umyjeme jim obličej. Pokud to jsou lidé chodící, tak jim dáme novou plenu, umyjeme je a oblečeme. Někteří si sami umyjou obličej, takže je jen nasměrujeme k umyvadlu, dáme jim kartáček, aby si i vyčistili zuby a pak je dovedeme do jídelny. Potom je snídaně a po ní mají nějakou aktivitu. My mezitím ostatní klienty koupeme, rozvážíme čisté prádlo, stříháme nehty, promazáváme tělo tělovými mléky, polohujeme. Potom je oběd. My také rozvážíme obědy a některé klienty krmíme. Pak je odpolední přebalování a vlastně to samý co ráno. Potom někteří jdou zase na aktivitu. Pak rozvážíme svačiny a zase krmíme. Odpoledne ještě někoho koupeme a pak už je zase večere. Na jednu směnu by nás v ideálním případě mělo být šest, ale když jsou dovolený a nemoci, tak jsme tu taky jen tři. O víkendu jsme tu čtyři. V noci tu jsou dvě a jedna sestra. Ty vlastně všechny ukládají, provádějí večerní hygienu a v noci obchází pokoje a hlídají, jestli se něco neděje.

### Rozhovor se zdravotní sestrou

#### 1. Jak dlouho na této pozici pracujete?

Já tu pracuji 3 roky jako zdravotní sestra, takže poskytuji vyloženě zdravotnické služby. Dělán jenom zdravotnické výkony, což tady obnáší podávání léků, dále hlavně převazy, péče o cévky, péče o sondy. Dělán tady jen to, co se může dělat i doma, v domácí péči.

#### 2. Jakou máte kvalifikaci?

Střední zdravotnická škola, pomaturitní v Brně, obor ortopedie.

#### 3. Jaký vliv mají kognitivní poruchy klientů na Vaši práci s nimi?

Nejvíc asi poruchy paměti. Pracuji tady, takže vím, že mají poruchy paměti, ale když už mám třetí dvanáctku po sobě a jeden klient tu pořád chodí a opakuje to samé furt dokola, tak už cítím to napětí, ale musím se držet. To je logické.

#### 4. Setkáváte se s problematickým chováním?

Setkávám se s problémovým chováním, protože tu je klient, o kterém si myslím, že by tu neměl být, že je to mentální problém. Ten teda jde občas do agresivity – zatím jen slovní a ne fyzické, takže se to dá zvládnout. Dále je problém při nástupu nového klienta – to s sebou nese i problémy. Ale ty lidi potřebují čas, oni se opravdu srovnávají. Někomu stačí pár dnů, někomu dýl, ale postupně se srovnají. Každá změna je pro ně problém. A myslím si, že tady u těch lidí taky není dobré, když se často střídají zaměstnanci – oni si docela dlouho zvykají a sotva si zvyknou, tak se tváře najednou změní.

#### **5. Setkáváte se s problematickým chováním při výkonu své práce?**

Nemyslím si.

#### **6. Jak pracujete s imobilními, ležícími klienty?**

Ležící klient může být ležící a přitom částečně soběstačný tím, že používá ruce. Takže ten přístup je taky trochu jináčí. Třeba při ranní hygieně mu namočím žínku a řeknu, aby si otřel alespoň obličej. U těch lidí se musí totiž pracovat na tom, aby se co nejdýl zachovala soběstačnost. Potom, když může používat ruce, tak se i nají, ustrojí nebo vysadí do křesla. Vždycky říkám: „Přistupujte k imobilnímu klientovi dvě.“ Dostává totiž zabrat celé tělo a hlavně páteř. Děvčata si to ale neuvědomují. Uvědomí si to až pozdě, až když mají problém se zády. Když je úplně imobilní, tak tam to musíme dělat úplně všechno my. Tam je důležité umět člověka správně napolohovat. Při té manipulaci s klientem je velmi důležitý i postoj toho pracovníka. Ráda bych prosadila, aby se naše děvčata zúčastnila kurzu, kde by je to opravdu správně naučili. Protože jinak je to strašně těžká práce. No a když si toho klienta umíte dobře napolohovat, tak je to hračka. Všechno se zvládá tím, že ho máte na zádech, na boku, na zádech, na boku. I plenu snadno vyměníte, i tričko převlíknete. Akorát co neuděláte je, když ten klient sjede níž v tý posteli – to ho děvčata chytanou a v jedné ho vytahují zpátky – to hrozně nerada vidím. Tito ležící lidé totiž mají pokožku, o kterou je nutné řádně se starat a oni jak je tahají, tak se ta kůže ještě víc tře.

#### **7. Jak komunikujete s klienty?**

Mluvím na ně úplně normálně, jak kdyby mi rozuměli. Protože se říká, že i na člověka v kómatu se má mluvit normálně – že v tom mozku se něco děje a nikdo neví, co vnímají nebo nevnímají. A to samý je tady. Já těm lidem tady nevidím do hlavy a nevim,

co mi rozumí nebo nerozumí a když je tam ten oční kontakt zachovaný, tak proč na ně nemluvit normálně. Říkám jim, co jim zrovna dělám, co budu dělat, ptám se jich, jestli něco chtějí. Člověk na těch očích pozná, co chtějí. Snažím se to odezírat z obličeje. Někdy se do toho co chtějí trefím, někdy samozřejmě ne.

### **PRŮBĚH PRACOVNÍHO DNE**

Ráno přijdu do práce a nejdříve si předám s kolegyní ústní hlášení, pak si přečtu písemné hlášení. Pak jdu na odběry, ale to už jsem v časovém skluzu, protože se dávají léky nalačno (na štítnou žlázu, na cukrovku). Musím si taky hlídat čas, protože půl hodiny před jídlem se píchá inzulin. Do snídaně mám ještě čas, takže si začnu dělat nějaké menší převazy. V 8 hodin je snídaně a začnu rozdávat léky. Než rozdám těm 70- ti lidem léky, tak to chvíli trvá. Některým to musím navíc drtit, protože větší část klientů má polykací potíže. Léky jim dám do úst, nechám je to zapít a chci, aby znovu otevřeli pusy, protože se musím přesvědčit, jestli je skutečně spolkli. Většinou tam ty léky pořád vidím – tak to proběhne třeba 10x za sebou, než ty léky spolknou. Snažím se rozdat léky do 9 hodin, než jsou aktivity. Pak do 11 hodin pokračuji v převazech. Nestane se, že bych měla čas i na něco jiného. Ještě před 11 hodinou píchám inzuliny před obědem. V 11 hodin mám přestávku na oběd a o půl 12 vyrážím s poledními léky. To taky zabere tak hodinu. Pokud jsem dopoledne nestihla všechny převazy, tak v nich pokračuji. Prostě to tak utíká, že koukám a už je 15 hodin a já mám čerpat druhou přestávku. A o půl čtvrté si sedám k dokumentaci, to je tak do půl páté. Pak vyrážím s večerními léky. Na směnu jsem tu jediná a děláme dvanáctky. Na noc tu je jedna sestra a dvě pomocné.

## 15.2 PŘÍLOHA Č. 2: ROZHOVORY V DOMOVĚ SV. ALOISE

### Rozhovor s fyzioterapeutkou

#### 1. Jakou pozici tu zastáváte?

Jsem fyzioterapeutka, ale mnohdy se zapojím i do běžného ošetřování. Když je třeba někoho převléct, vykoupat. Máme tady třeba vířivku, tu obsluhuju já.

#### 2. Jakou máte kvalifikaci pro výkon této pozice?

Mám vysokou školu (ZČU) obor Fyzioterapie a teď jsem ve druháku obor Ergoterapie. Takže budu mít dva bakaláře.

#### 3. Jaká je Vaše pracovní náplň?

Když někoho bolí záda, tak ho namasíruju. Když má oteklou nohu, namasíruju nohu, aby splaskl otok. Jinak kondiční fyzioterapie – procvičit, protáhnout všechny klouby, prochodit. Klienty, kteří se postupně zhoršují, tak je učím s kompenzačníma pomůckama. S chodítkem – jak fungují brzdy, kam ho odložit, když jdou ke stolu (těm lidem nedojde, že se s ním ke stolu nevejdou). Chodím s nima taky na výlety do města.

#### 4. Jaké služby klientům poskytujete?

V podstatě veškerý, pokud si o ně dokážou říct nebo naznačit. Máme tady pána, který v podstatě už nekomunikuje, nemá cenu se u něj snažit o nějakou komunikaci, on jen občas odpoví nějakou grimasou. Ten má kompletní strnulost, takže u něj jdou opravdu jen natahovat nohy. Pokud se chce někdo projít nebo podívat ven, tak jdeme. Takže opravdu je to různý, všechno co je potřeba.

#### 5. Jaký vliv mají kognitivní poruchy klientů na Vaši práci s nimi?

Opravdu velké. Někomu třeba deset minut vysvětluju, že se jdeme projít, že půjdeme na chodbu. A paní si začne brát kabát, tak jí znovu říkám, že jdeme jen na chodbu. Ta domluva je leckdy na dlouhý lokte. Když patnáct minut přemlouvám paní, že se půjdeme projít a ona mi potom stejně řekne, že jí bolí noha. Někdy se mi to ani nepodaří. Máme tady paní, která se nechce koupat – takže když ji po půlhodině vytáhneme z postele k vířivce, tak já se otočím a ona mi hned zdrhne, že se prostě koupat

nebude. Někdy je to složitý, musí se vyčihnout ta nálada těch lidí. Počkat si, až budou dobře naložený a pak je třeba do tý vany dát.

#### **6. Setkáváte se s problematickým chováním? Agresivitou? Jak to vypadá?**

Tak jeden pán nám tady třískal nádobím a chodítkem, že se s námi prý bavit nebude, ať jdeme do . . . a zalezl si do postele. Takoví lidé jsou potom medikovaní, dostanou tlumící léky, protože jsou nebezpeční i sami sobě. On si odhodí to chodítko, půjde si pro něj, ohne se a upadne na zem. Takže se to řeší medikačně. Byl tady pán, který se do nás snažil štouchat, boxovat. To se ale dalo zvládnout. Člověk mu tu ruku chytil a on se postupně uklidnil. Někdy ty afekty tady jsou. Řeší se to domluvou a nebo nechat je v klidu – s tím, že oni za chvíli zapomenou, proč byli naštvaní a že vůbec byli naštvaní. Takže já za nimi přijdu zase za hodinu a oni se mnou už v pohodě jdou.

#### **7. Jak vypadá práce s nepohyblivými klienty? Říkala jste, že je tady jeden takový pán.**

U toho Alzheimerera tuhnou všechny svaly, takže se snažíme je protahovat.

#### **8. Jak s klienty komunikujete? Tady asi většina klientů ještě komunikuje dobře.**

Většina mluví. Jde o to, jak moc adekvátně. Někteří až kupodivu dobře. Ten nepohyblivý pán se aspoň usměje. Je tu paní, která mi odpoví až po pár minutách, ale odpoví jasně a správně. Někdy je komunikace na dlouhý lokte, někdy je v pořádku. Pokud je to člověk, který nekomunikuje a nechápe co mu chceme, tak tam se snažíme neverbálně. Ukážeme, pořučáme na ruku, když chceme, aby ji zvednul. Když se třeba už naznačí pohyb, když je třeba už překulíme, tak oni se sami už chytí postele, protože ví, co se po nich chce. Pochopí to spíš podle toho náznaku nebo začínajícího pohybu, než ze slovního povelu.

### **PRŮBĚH PRACOVNÍHO DNE**

Tím, že studuju, tak to mám takový rozházený. Mám poloviční úvazek na 20 hodin týdně. Někdy jsem tu dopoledne, někdy odpoledne. Je to různý. Taky ty lidi různě reagují v různou denní dobu. Když přijdu, tak kouknu, jestli je někdo hospitalizovaný nebo jestli někoho přivezli z nemocnice. Dále se s lidma projdu, něco s nimi odcvíčím,

míčkuju. Pokud je třeba někoho vykoupat, tak jdeme do koupele. Když jsou na oddělení dvě pečovatelky, tak je to lepší než když je tu jedna, která opravdu potřebuje pomoc s tou základní ošetřovatelskou péčí. I toho se někdy zúčastňuju.

### **Rozhovor s pracovníci sociální péče**

#### **1. Jakou máte kvalifikaci pro výkon této pozice?**

Mám sanitářský kurz.

#### **2. Jak dlouho pracujete na této pozici?**

Budou to dva roky.

#### **3. Jaká je Vaše pracovní náplň?**

Všechno co se týče hygieny a vymýšlet jim činnosti na zabavení ve volném čase.

#### **4. Můžete to trochu rozvést?**

Když vstanou, tak sundat tu nasáklou pomůcku, osprchovat klienty, dát čistou pomůcku, pomoci s celkovým umytím těla, vyčistit zuby nebo protézu, umýt obličej, učesat vlasy, protože někteří nejsou schopní už ani tohle. Dále jim vybrat vhodný oblečení, obléct je, doprovodit je na jídelnu, dát jim snídani nebo je případně nakrmit. Většinu dne tráví klienti na jídelně, pouze výjimky chtějí být na pokoji. V jídelně mají hudbu, televizi. Já s nima dělám omalovánky, vystřihovánky, aby tam neseseděli a nekoukali na sebe. Na pokoj jdou až po obědě, kdy je polední klid. Někdy tam vydrží hodinu, dvě, ale někdy taky jen půl hodiny. Opravdu jsem s nima celý den až do večera, než si jdou lehnout.

#### **5. Setkáváte se s problematickým chováním?**

Já bych řekla, že skoro denně. Zvláště u některých klientů. Někdo to vyloženě vyvolává – schválně bude ošklivá na ostatní klienty. Když není podle jejího, tak útočí i na Vás. Určité typy jsou určitě agresivní.

#### **6. Jak to řešíte?**

Snažím se v klidu a rozumě. Nejsme malý děti, abychom se tu prali. Oni by se chtěli hned fackovat.

## **7. Jaká je práce s málo pohyblivými lidmi?**

Snažíme se je aspoň na dobu oběda vysadit do křesla, aby měli změnu. I pro to tělo je to lepší. Takového klienta tu máme jednoho a u toho už ani žádná aktivizace být nemůže, protože pán je už vážně docela mimo. Maximálně rozcvičení prstů, promazání. Komunikace s pánem je taky složitá, ale dobře reaguje na oslovení křestním jménem – usmívá se. Ale on sám už nekomunikuje.

## **8. Vy jako pečovatelé máte taky na starost aktivizaci klientů. Jak to probíhá?**

Já o tom přemýšlím i doma, stahuji si nápady z internetu nebo chodím do knihovny a chystám si nějaký šablony. Ti schopnější aby si vystřihovali nebo dělali kuličky z papíru. Někdo si čte, někoho k tomu ale nedonutíte vůbec. Máme tu paní, která bývala sekretářka, a tu nepřinutím vůbec k žádné činnosti. Ta si maximálně přečte časopis. Každý den po desáté hodině se s nima snažím cvičit – jdeme na chodbu, děláme protahovací cviky, procházíme se po chodbě a pak si tam mezi sebou házou míčem.

### **PRŮBĚH PRACOVNÍHO DNE**

Ráno přijdu do práce a už volá paní, že chce vstávat. Hned jí umyju, oblíknu a posadím do jídelny. Jdu na ty ostatní klienty, kde probíhá ranní hygiena, pak snídane. Po tý snídani pustíme většinou televizi a mezitím uklízíme pokoje (steleme, utíráme stolky). Když je tohle hotový a uklidím po snídani, tak jedem dělat nějaký omalovánky, vystřihovánky, čteme si nebo posloucháme hudbu. Pak už je zase čas svačiny – takže přichystat svačinu. Když ji dojí, tak jdeme na chodbu, kde chvilku budeme cvičit. Už je pak pomalu zase čas oběda, takže se nají. Po obědě je hygiena, zkontroluju kompenzační pomůcky a je polední odpočinek. Po odpočinku zase musím zkontrolovat ty pomůcky. Pak je svačinka a kafičko, po kterém se už ptají a chtějí ho. Pak se předává směna a kolegové se zase snaží vymyslet nějakou činnost, než bude večere. Oni chodí brzo spát, takže většinou do sedmi už jsou v postýlkách.

### **Rozhovor s pracovníci sociální péče**

#### **1. Jakou pozici v Domově zastáváte?**

Jsem pečovatelka a mám středoškolské vzdělání. V oboru pracuji tři roky a tady jsem asi rok.

## **2. Jaká je Vaše pracovní náplň?**

Tak třeba připravujeme jídlo, krmíme je, staráme se o hygienu (péče o vlasy, o obličej, nohy, ruce, stříhání nehtů, intimní oblast), oblékáme je nebo jim s tím pomáháme, pokud to nezvládají sami. Také klienty polohujeme, když jsou ležící. Ta poloha se mění každý dvě nebo tři hodiny – na jeden bok, na druhý, na záda.

## **3. Vy máte taky na starost aktivizaci klientů. Jak to probíhá?**

No, snažíme se. Někdy to čas ale tolik nedovoluje. Ale snažíme se půlhodinku dopoledne, ten čas si vyhradíme. Zpíváme, tančíme, malujeme, vystřihujeme, nacvičujeme podpisy, trénujeme paměť (třeba dokončování přísloví a podobně), poznávání věcí na obrázku (to některým taky dělá problém). U těch schopnějších je to skládání puzzlů nebo kostek. Pár klientek i plete nebo luští křížovky. Někdo si sám čte, to je ale výjimečný.

## **4. Jaký vliv mají jejich kognitivní poruchy na Vaši činnost s nimi?**

Je to celkem náročný psychicky i časově, hodně to zdržuje od práce. Vy tomu člověku odpovíte a třeba během 30 sekund se Vás zeptá znovu. Tam je velmi narušená ta krátkodobá paměť.

## **5. Setkáváte se s problematickým chováním?**

Jsou tady lidi, kteří se vyloženě bojí vody, takže je problém je dostat do koupelny, do sprchy. Potom můžou být i agresivní – klientka nečekaně už 2x napadla pečovatelku ve sprše, protože má z té vody strach. Takže když je to možný, tak tak ji koupat ve dvou nebo si musíme dávat pozor, abychom se neotáčeli zády. Občas se s námi tady někdo pere. Ty lidi neví, co se s nima děje, co po nich chceme. Uděláte třeba nějakou rychlejší reakci a můžou na to zareagovat agresivně.

## **6. Jak řešíte projevy problematického chování? Lékama? Domluvou?**

Tak paní doktorka to řeší určitě lékama. My jí musíme vždycky říct, co se děje, co je nového. Jinak, když víme, že u toho klienta jsou nějaký takový projevy, tak se snažíme

neotáčet se zády, jednat s ním v klidu, nedělat žádný zbrklý pohyb, snažíme se mu to vysvětlit v klidu. Když prostě není zbylí v tý hygieně, tak musíme toho člověka ve dvou nebo ve třech držet, protože to musíme provést – i takový věci se tu někdy stávají. Jinak může být klient třeba vulgární – to se řeší domluvou. Pokud to není fyzický napadání, tak se s tím víceméně moc dělat nedá. Ale slova neubližují.

### **7. Jak komunikujete s lidmi, kteří už mají značnou poruchu komunikace?**

Já sice nevím, jestli se to smí, ale některým klientům říkáme křestním jménem. Oni na to líp reagují. Pak samozřejmě různé doteky, pohlazení, poklepání na ruku, naznačení pohybu.

### **8. Přizpůsobujete svůj slovník klientům?**

Určitě taky. Pokud to jde, tak s nima mluvíme jako s normálními dospělými lidmi. S některýma ale už musíme jako s dětičkama. Ke každému pokud možno přistupujeme individuálně.

## **PRŮBĚH PRACOVNÍHO DNE**

V první řadě se klienti ráno budí a jdou na snídani. Takže musí proběhnout hygiena, pomoc s hygienou. Každý vstává jinak, takže mezitím pomáháme těm ostatním klientům. Po snídani někteří pospávají, dívají se na televizi nebo luští křížovku. My mezitím uklízíme pokoje. Potom přijde fyzioterapeutka, která s nima cvičí a prochází se. My se s nima taky snažíme každý den zacvičit. Po svačince se snažíme o nějaký ten půlhodinový program. Chodí sem třeba i vystupovat děti ze školky, paní se psem na canisterapii, pán s harmonikou. Potom je oběd, po kterém je polední klid. Většina lidí jde opravdu s chutí na chvíli zavřít oči. Pak je svačinka a zase nějaká ta aktivita. Když je pěkný počasí, tak se chodí hodně ven – sednout na lavičku nebo s nima obejdeme dům. Většina lidí chce jít po večeři tak kolem šestý už do hajan a někdo ještě kouká na televizi. Ale i ti většinou tak v osm nebo půl devátý zalehnou. Většinu dne tedy klienti tráví na jídelně, což je lepší – koukají se, co se děje kolem, jsou v kolektivu. Někdy ale mezi sebou mají takový potyčky. Svým způsobem je to takový jednotvárný, ale oni už mají ten svůj stereotyp.

## Rozhovor se zdravotní sestrou

### 1. Jakou máte kvalifikaci pro výkon této pozice?

V podstatě jsem bakalářka v oboru Všeobecná zdravotní sestra. Samozřejmě to musíme doplňovat i o kurzy, vztahující se k tématu demence – chování problematických klientů a tak. To mám taky za sebou.

### 2. Jak dlouho v tomto oboru pracujete?

Na pozici vrchní sestry jsem od září. Ale moje veškerá praxe je s geriatrickými klientama.

### 3. Jaké služby klientům poskytujete?

Já ze své pozice to všechno koordinuju, aby to fungovalo. Já se do přímý péče o klienty dostávám jen v situaci, kdy se musí například odebrat krev nebo jiný biologický materiál a té sestře to nejde. Potom nastupuju já a provedu to. Náplní mojí práce je dohlížet na to, aby Domov fungoval a koordinovat ty podřízený, aby uměli dělat tu práci dobře. Pracovní náplň sestřiček je taková, že ráno když přijdou, tak si předají směnu, řeknou si, co se dělo, jestli jsou nějaký změny, jestli byl někdo agresivní, neklidnej. Vlastně všechny takový podstatný změny. Ranní směna rozdává ranní léky nalačno (na štítnou žlázu, na Parkinsona – u nich je přímo daný časový rozvrh podávání, který se musí dodržovat), tím pádem si sestra proběhne celý Domov. Potom koukne, jestli má nějaký odběry a případně další medikaci (jako opiátový náplasti a tak podobně). Když tohle udělá, tak podle rozpisu jde klientům měřit krevní tlak, abychom měli kontrolu. Pak udělá případně převazy, pokud někdo potřebuje. Tím jak chodí po celém Domově, tak současně i kontroluje pečovatelky, jestli klienty dostatečně aktivizují.

### 4. Setkáváte se Vy, případně ostatní sestry, s problematickým chováním?

Někdy je to o tom, že se klienti dostanou do úzkých – řešili jsme problém napadení personálu klientkou – bylo to v době, kdy se paní měla jít koupat, stalo se to opakovaně. Paní byla vlastně v tom koutku, v tý sprše. Pečovatelka ještě upravovala teplotu vody a paní jí v tý době napadla. Jsou to vlastně takový ty klasický reakce – únik nebo útok. Paní nikam uniknout nemohla, takže útočila. Pak tu máme takový poruchy chování a agresivní chování v případě, že člověk není dobře nastavený medikačně. Má potom třeba

představu, že by něco mělo být úplně jinak, nebo že se mu dostatečně nevěnujeme a nebo po něm chceme věci, který prostě dělat nechce – tam občas bývají takový útoky. Někdy to lze odvrátit rozhovorem, vysvětlením – ale to je hodně náročný. Je to jako s malými dětmi. Vysvětlíte jim to teď a za hodinu to musíte vysvětlovat znovu, je to každý den a pořád. To je náročný, ale samozřejmě ten člověk na Vás nesmí poznat, že máte ještě spoustu práce před sebou – musíte se zastavit a vysvětlit mu to. Pokud se ten člověk přesto nezklidní, tak tu máme od naší psychiatricky kapičky, které člověku při nějakém výrazném neklidu podáme. S problematickým chováním je to různé – někdy není nic a někdy to jde ve vlně. Co se týče deprese – hodně těch lidí, co tu máme, si určitou depresí projdou. Je to proto, že občas mají „světlou chvíli“, kdy si uvědomují, že si nepamatují, že jim to personál víckrát opakuje. Když si to ten člověk uvědomí, tak z toho má potom špatnou náladu. Závislost na pečující osobě tu nepozorují a hlavně prevence tohoto může být střídání směn. Samozřejmě je to také tím, že tady už jsou vážnější fáze demence a ti klienti na pečovatele prostě zapomenou.

**5. Jak zdravotní sestra pracuje s imobilními klienty? Ta náročnost péče je určitě větší.**

Určitě je větší. V podstatě, pokud je to ležící klient, tak při péči u něho musí být přítomni dva pečovatelé, nesmí to dělat v jednom – i vzhledem k prevenci k poranění je to daleko bezpečnější ve dvou.

**6. Jak vysvětlujete zdravotní úkony klientovi, který nereaguje? Poznáte, že pochopí, co mu chcete dělat?**

Tohle se asi poznat nedá. K tomu klientovi přijdete a vysvětlíte mu to – například: „Jdu Vám odebrat krev.“ On si to třeba neuvědomí, ale Vy na něj celou dobu musíte mluvit takovým klidným, nestresujícím hlasem. Ten člověk nesmí z Vašeho hlasu poznat, že spěcháte, že máte ještě řadu dalších povinností. On třeba nerozumí tomu mluvenému slovu, ale vnímá tón toho hlasu. Musíte na něj prostě celou dobu mluvit: „Jdu Vám odebrat krev, tady to oťru, teď to píchne jako od včelíčky.“ My zjistíme velice rychle, že ten člověk nepochopil, co po něm chceme. Máme tu klientku, u které je demence už vážně těžká, takže musíme ukazovat, co chceme, takže si taky pomáháme neverbální komunikací.

## PRŮBĚH PRACOVNÍHO DNE

Začátek směny, podávání léků nalačno a převazy jsem už zmínila na začátku. Zatím je tady jedna sestra na den na celý Domov, ale chtěli bychom, aby tu byla další, protože je to opravdu hodně náročný. Dopoledne má tedy to měření tlaku, převazy, léky a než to udělá, tak je půl dvanáctý a ona vychází s poledníma lékama. Potom má polední pauzu. Po obědě musí sestřička zvládnout celou dokumentaci. Od půl druhý je každý den provozní porada, které se účastní celý personál – znovu se řekne, co je nového, jestli je někde nějaký problém. Probíráme takový provozní záležitosti. Pečovatelky si potom jdou zpátky na svá patra, kde po poledním klidu vyzvednou klienty. Sestřičky jdou dodělat tu agendu a od půl šestý vyráží s večerníma lékama. Pak předávají směnu. Přes noc je tu potom na celý Domov jedna sestra a jedna pečovatelka.

## 15.3 PŘÍLOHA Č. 3: ROZHOVORY V DZR PETRKLÍČ

### Rozhovor s ergoterapeutkou

#### 1. Jakou pozici v Domově zastáváte?

Zastávám pozici ergoterapeutky. Provádím s lidmi základní testování, když přijdou – test Minimentl a test kognitivních činností. A potom funkční test na ruku, to je na úchopy. Vlastně když přijdou, tak si je takhle otestuju, abych zhruba věděla v jaké oblasti mají problém. Jestli je to v motorice nebo v poznávání a kognitivních funkcích. Podle toho jim doporučím aktivity, které tu probíhají. Většina lidí chodí na všechno, mají zájem to navštěvovat každý den. Už i ví, který den je jaká aktivita.

#### 2. Takže už ví, co je čeká?

No, oni si to už pamatují.

#### 3. Jak je to s poruchami kognitivních funkcí? Jak se s tím klienti vyrovnávají?

Podle toho testu si je můžu otestovat, jak moc mají problém v kognitivní oblasti. Potom při změně jejich stavu si je můžu znovu otestovat. Snažím se je právě zapojovat do skupinového trénování paměti, nebo potom individuálního. To bych přišla za nima na pokoj a půlhodinku se věnujeme oblasti, kterou potřebujeme víc trénovat.

#### 4. Mají poruchy kognitivních funkcí vliv na činnost s klienty?

No, určitě. V té skupině jich mám maximálně deset a samozřejmě někdo je na tom líp, někdo hůř. Tak se snažím v té skupině nedělat rozdíly, věnovat se jim dohromady. Když někdo neví nebo zapomněl, tak řeknu: „Helejte se, poradíme paní . . . “ a ostatní se zapojí, takže ten člověk nevypadá, že by na tom byl tak špatně.

#### 5. Setkáváte se s problematickým chováním? (agresivita, hněv, závislost na pečující osobě, toulání)

Já bych řekla, že celkem málo. Akorát ta závislost na pečující osobě, to bych řekla, že se tu objevuje. To kolikrát vidím paní po ránu při ranní hygieně a ona hned: „A kdypa přijdete zase a co dneska budeme dělat a odpoledne taky něco budeme dělat?“ A já jí říkám: „Odpoledne budu naproti“. A ona: „To je škoda.“ A tak. Takže to jediný bych řekla. Agresivita málo kdy, skoro se to nevyskytuje. Já bych řekla, že od každého malinko. Ale

typicky, že bych tady měla nějaký problém, tak to ne. Když potom nějaká problém zjistím, tak se zkusím s tím klientem domluvit, normálně že si o tom individuálně promluvíme. Třeba té paní pořád vysvětluji, že tu nejsem jenom pro ní, že mám i ostatní klienty a že potřebuju ten čas rozložit mezi všechny. Vždycky mi to odkejve, ale druhý den je to to samý.

#### **6. Jaké aktivity s uživateli provádíte?**

Tak v pondělí od 10h do 11h je dílna obyvatel, v úterý od 10:15h do 11:15h je cvičení a předčítání, to se střídá. Ve středu od 8:45h do 9:45h je trénink paměti, ve čtvrtek od 10:15h do 11:15h je dílna obyvatel a odpoledne od 13h do 14h jsou společenské hry. V pátek od 8:45h do 9:45h je zpívání. Kromě toho je každou první středu v měsíci společné pečení a každou druhou středu v měsíci filmový klub, kde se i přehrávají fotky z různých výletů, na které jezdíme. Nejoblíbenější je společný zpívání. Máme vlastně klávesy – já hraju a zpívám, poznáváme písničky, to je hrozně baví. Potom cvičení, potom trénink paměti a potom asi tu dílnu. Máme tady i stoletou paní, ta zbožňuje dílnu. Vždycky se ptá, co budeme zase vyrábět.

#### **7. Chtějí se do aktivit zapojovat?**

Chtějí se docela zapojovat, je to naplnění jejich volného času. Takže jsou rádi, když se něco děje. Když mám potom třeba týden dovolenou, tak pak přijdou a říkají: „Když ono to tady bylo tichý a nic jsme nedělali.“ Tady si málo kdo najde nějakou činnost sám. Že by si třeba vzal knížku a četl si, to málokdo.

#### **8. Aktivity jsou skupinové nebo je některá i individuální?**

Většinu aktivit mám skupinových, ty individuální zařazuji jenom když tomu klientovi opravdu nedělá dobře být mezi ostatníma. Když je uzavřenej, když chce být opravdu sám na pokoji, mít svůj klid. Ale třeba si rád promluví o určitých věcech, tak chodím k němu na pokoj.

#### **9. Jak komunikujete s klienty, kteří už sami nekomunikují?**

Mám klienta, který je už hodně let po mrtvici, asi 15 let a jediný způsob jak se dorozumívá je, že ukazuje. Já jsem se snažila o afatický slovník, to jsou obrázky a klient ukazuje co chce. Je tam třeba kartáček a zubní pasta – on třeba může ukázat, že mu došla

pasta tím, že ukáže na příslušný obrázek. On ale je po tý mrtvici tak dlouho, že už nedokáže spojit ten obrázek s tou věcí. Potom je tady klient, kterému píšeme do ruky. Ten se orientuje dobře, zná personál, jídelníček mu taky píšeme.

### **10. Máte tu nějakého úplně apatického?**

Máme tu klientku, která ani nepřikývne hlavou, jen kouká. Ani na pozdrav neodpoví. Práce s takovým klientem je potom těžká. Jediné činnosti, které zvládá, jsou aktivity na jemnou motoriku, má u sebe takový protahovačky, provlíkačky – to před ní dáte, ukážete jí to a ona ten pohyb napodobuje. Potřebuje to ale ukázat, co se s tím dělá. Já na ní celou dobu mluvím, ale ona Vám málokdy něco řekne. Někdy se třeba stane, že odpoví. Když se jí zeptám, jak se vyspala, řekne: „Dobře.“ To je ale fakt jedno slovo týdně nebo měsíčně, pak zase nic.

### **11. Jak vypadá Vaše práce s imobilními klienty?**

Mám tu klientku, která je ležící a má rakovinu. Ona se dokáže posadit, ale nedokáže se udržet v sedu, takže ji podkládám záda polštářema. No a pak je schopná třeba něco dělat. Ale má ještě parézu ruky, takže může používat jen jednu. Hrajeme spolu třeba společenský hry – dámu, žolíky. Používáme přitom kompenzační pomůcky – máme takový držadlo karet, kam se zasunou. Aktivity s ní provádím individuálně na pokoji.

### **PRŮBĚH BĚŽNÉHO PRACOVNÍHO DNE**

No, mám to takový hektický. Přijdu na ranní hygienu a pomáhám při nácvičku soběstačnosti a samostatnosti, upevňování návyků při hygieně, oblékání. Potom pomáhám při snídani. Doprovázím klienty na snídani do jídelny, pomáhám třeba něco nakrájet nebo namazat chleba, když klienti nejsou ten den toho schopní. Každý den je to jiný, každý je na tom jinak. Potom mám tu aktivitu, podle toho, jaký je den. Většinou s aktivitami začínám vedle v Domově. Akorát středa a pátek začínám tady. Uvítala bych, kdybych byla jen na jednom oddělení. To už vidím, že takhle to bohužel nejde. Protože oni by potřebovali větší čas před aktivitou. Takový pomalejší přístup. Já přece jenom přijdu z té druhé strany taková uhoněná a než je z těch pokojů dostaneme do společenský místnosti, tak to taky chvíli trvá. Po aktivitách jim pomáhám zase zpátky na pokoje. Pak je příprava na oběd. Napřed má oběd personál, pak je příprava na oběd klientů, kdy

vlastně to připravují tady sestřičky a já potom pomáhám s vožením klientů do jídelny. Vlastně to samý co ráno. No a potom je odpolední program. Většina aktivit končí v půl třetí, protože já končím ve tři hodiny a než se to sklídí, tak to taky chvíli trvá. Nakonec se o všem musí dělat záznam do programu Cygnus. Tam se musí načíst kódy, co jsme celý den s klienty dělali.

### **Rozhovor s pracovníci sociální péče**

#### **1. Jakou zastáváte pozici v Domově?**

Zastávám pozici jako pracovník sociální péče.

#### **2. Co je tedy Vaší pracovní náplní?**

Hygiena, příprava jídla a krmení, přebalování. Prostě všechno, co uživatelé potřebují.

#### **3. Setkáváte se s problematickým chováním? (agresivita, hněv, závislost na pečující osobě, . . .)**

Já se tomu snažím vyhnout, snažím se všem vyhovět. Hledám příčiny, proč jsou zrovna v tu chvíli agresivní. Jinak tady nejsou problémy. Je tu jeden pán, který nám párkrát utekl, ale jinak nic.

#### **4. Jaké to bývají příčiny?**

To je různé. Může se rozčítit a tak.

#### **5. Takže Vy se snažíte problematickému chování vyhnout. Ale co když to nejde?**

To se mi ještě nestalo a už to dělám 30 let.

### **PRŮBĚH BĚŽNÉHO PRACOVNÍHO DNE**

No, tak ráno přijdu a v sesterně si přečtu hlášení, co se stalo v noci, jak to probíhalo a tak. Pak je ranní hygiena – to je kompletně mytí, přebalování, převlékání, stlaní postele, kompenzační pomůcky (to znamená gramce a tohleto všechno vynést a umýt). Některé pohyblivější přesunout na vozík, pak jdeme na snídani. Po snídani se někteří uživatelé koupou – podle rozpisu. Někteří se dávají na zvedáky, někteří na gramce. To je proto, abychom si usnadnili práci, protože někdo je těžší. Také tou dobou uklízíme

v pokojích a rozvážíme svačiny. Pokud někdo potřebuje nakrmit, tak s tím pomáháme. Pak je oběd. Zase se snažíme některé lidi svést do jídelny. Kdo má problém s chůzí nebo jídlem, tak zůstává na pokoji, kde se nají. Snažíme se ale, aby nezůstávali na pokojích, aby se včleňovali do kolektivu. Pak je polední hygiena – přebalování a případně převlékání, pokud je někdo špinavý. Po obědě mají polední klid a odpočinek. Odpoledne pak mají s ergoterapeutkou nějakou aktivitu. Potom je večere a nastupuje druhá směna. To znamená zase večerní hygiena – přebalování, převlékání do nočních pyžam, zase ty kompenzační pomůcky. Prostě pořád dokola – jídlo, převlékání, přebalování.

### **Rozhovor se zdravotní sestrou**

#### **1. Jakou zastáváte pozici a jaké je Vaše pracovní náplň?**

Zastávám tu pozici jako zdravotní sestra a ta zastává veškeré zdravotní úkony. To znamená příprava léků, rozdávání léků, podávání léků nalačno, píchání inzulinů. To proto, že tady jsou vesměs lidi, kteří se o sebe nedokáží postarat. Pak se může taky stát, že se u nich projeví nějaký zdravotní problém – zraní se, takže se převazují nebo můžou mít nějaký defekt z proležení, přestože mají kvalitní lůžka, tak se to samozřejmě může stát. Spíš jsme tady jako na ty zdravotní úkony. Tím, že máme i ten druhý pavilon, tak je to náročný. Ráno tady podáme léky nalačno, běžíme vedle. Vedle podáme léky nalačno, běžíme zpátky. Napícháme inzuliny tady, potom tam. Uděláme převazy tady, uděláme převazy tam. Samozřejmě všechno musíme dokumentovat. Dokumentace je strašně zdoluhavá. Každý ten převaz má předepsaná pravidla, kde my musíme popsat velikost rány, jestli krvácí, jak vypadá, jestli je citlivá, atd. Nakonec ta dokumentace trvá déle než samotné ošetření. Navíc paní vedoucí se stará o objednávky, o zásoby a materiál a spolupracuje s lékařem, protože jednou týdně sem chodí lékař, takže u lidí, kterým se zhorší zdravotní stav, tak se volá lékař.

#### **2. Jak probíhá vlastní ošetření?**

Samozřejmě musíte těm lidem všechno vysvětlit, než jim to jdete udělat. Protože na ně nemůžu „skočit“ a začít jim stříhat obvazy. Musíte k nim přijít. My ty lidi známe, takže víme kdo slyší, kdo neslyší, kdo jak reaguje. Takže veškerý výkony, co u nich děláme jim nejdřív musíme vysvětlit – aby se nebáli.

### 3. Setkáváte se s problematickým chováním? (agresivitou, touláním)

Samozřejmě s agresivitou při ošetřování ano. Co se týče toulání, tak my nejsme uzavřený pavilon, takže pokud člověk odejde a nevrátí se sám do dvou hodin, nebo ho někdo nepřivede, tak voláme policii. Tam oznámíme, že někoho postrádáme.

#### PRŮBĚH BĚŽNÉHO PRACOVNÍHO DNE

Pracovní den je podle sledu událostí. To znamená klasika: léky, inzuliny, převazy, dokumentace. Pak třeba děvčata (pracovnice sociální péče) někoho koupou a zjistí, že ten člověk má nějaký defekt z proleženin, tak my tam jdeme. A samozřejmě je to všechno o tý dokumentaci. Tady se musí všechno zdokumentovat. Vy tady pracujete, píšete, pracujete, píšete a furt dokola. Pak se všechno píše do hlášení a při předávání služby noční sestře se jí to všechno musí říct – koho musí kontrolovat, komu bylo špatně a tak. Zdravotnický personál je tu nepřetržitě. No a děvčata vlastně taky. Já sloužím během dne. Když se zadaří, tak tu mám tři sanitářky. Když jsou dovolený, tak jenom dvě. A v noci je tady jedna sestra a jedna sanitářka. Ještě mě napadá nebezpečí pádů. Říká Vám něco destruktivní opatření? Vy jim nesmíte bránit v pohybu, na to je zákon. Ale jsou situace, kdy ty lidi by se mohli zranit, kdyby byli třeba v noci neklidní. Takže oni při nástupu podepíší, že na vlastní žádost si přejí zvedat ty zábrany u postele. My je sami od sebe nesmíme zvednout. Musí podepsat, že je to na vlastní žádost, nebo to musí být na doporučení lékaře. Oni jsou samozřejmě strašně šikovní a zábrany umí přelézat. Takže při jakémkoli pádu nebo zranění musí sestra zvážit, jak je to zranění rozsáhlý. Jestli teda to zvládne sama nějakým převazem nebo pokud si po pádu člověk stěžuje na bolest, tak se většinou posílají na chirurgii, aby se zrentgenovali, jestli nemají nic zlomený. Pak se zase všechno zapisuje – třikrát. To se všechno eviduje. To je pro případ, kdyby se pak stalo, že ten člověk řekne: „Já jsem tenkrát v noci spadl z postele a teď mě bolí noha.“ a my se až potom třeba dozvíme, že má nalomenej krček. I agresivní chování se zapisuje, je to krytí personálu. Protože ten člověk pak může říct: „No, sestra tady na mě byla taková nebo taková.“ Pokud je v dokumentaci, že se člověk choval neadekvátním způsobem, tak je to v pořádku. Prostě se okamžitě reaguje na jakoukoli změnu zdravotního stavu. Pokud má člověk teplotu a ta stoupá, tak se hned volá lékař. Když lékař není k dispozici, tak se může

počkat do 6hod na pohotovost, pokud je to možný. Když je to akutní, tak se volá rychlá a klienta odvezou.

## 15.4 PŘÍLOHA Č. 4: KAZUISTIKY KLIENTŮ

**PANÍ ALICE****1. Kde jste se narodila a kde jste vyrůstala?**

Narodila jsem se v Tymákově no a tam teď ještě chodím, ale už moc ne.

**2. A co Vaše dětství a školní docházka?**

Dětství? To je zemědělství a obecná škola Plzenec a potom jsem dělala „Rodinku“. Doma jsme měli dobytek a práci na poli. To byla jenom práce a to jsem chodila do měšťanky.

**3. Jaké bylo Vaše zaměstnání?**

Potom jsem dělal na dráze, posílala jsem vlaky po trati.

**4. Povíte mi ještě něco o Vaší rodině – manžel, děti?**

Manžel zemřel velmi brzy.

**5. Jak jste se spolu seznámili?**

To bylo tenkrát na Hutě, malý děti tam hrály pohádku. My jsme to měli jen přes kopec. Tak jsme tam šli a já jsem tam tancovala s takovým malým klukem. Tam seděli asi tři kluci a jeden se podíval a já v tu chvíli otočila taky hlavu a řekla jsem: „Ten mě chtít, tak mě má.“ To jsem poprvé i dostala výprask od tatína, že jsem přišla pozdě domů.

V tomto místě skončil náš rozhovor, protože ať jsem se pak ptala na cokoli, tak paní stejně pořád mluvila o této události. Nechala jsem ji ještě pár minut o tom mluvit a pak jsem to ukončila.

**INFORMACE OD PRACOVNÍKŮ DOMOVA****Rodina:**

- Paní má dva syny – mladší je automechanik a starší je lékař
- Brzo ovdověla a na výchovu synů zůstala sama
- Nemá moc návštěv – synové chodí málo a pokud přijdou, tak jen na chvílku

**Zaměstnání:**

- Celý život pracovala na dráze – o tom i hodně vypráví. Díky tomu umí i perfektně předčítat – skutečně jako hlášení na nádraží

**Záliby a aktivity:**

- Hodně sportovala, byla členkou Sokola a i v Domově má moc ráda pohybové aktivity, ráda cvičí
- Sama se zabaví – ráda čte a luští křížovky
- Při různých činnostech se snaží pomáhat ostatním
- Nejoblíbenější aktivity jsou tedy cvičení, míčové hry a luštění křížovek

**Postup demence a kognitivních poruch:**

- Paní to myslí dobře, ale v poslední době už potřebuje dohled při oblékání, protože si klidně na sebe obleče několik vrstev oblečení najednou
- Občas už zapomene použít toaletní papír
- Komunikace je zatím v pořádku, občas se ale „zasekne“ a opakuje určitou věc pořád dokola
- Za rok, co je v Domově, se hodně zhoršila pozornost
- Problematické chování se občas vyskytuje – pokud ji někdo vytočí, je schopná mu dát facku, stává se to

**PANÍ BERTA****1. Kde jste se narodila a kde jste vyrůstala?**

Narodila jsem se v Plzni, vyrůstala jsem v Plzni a celý život jsem žila v Plzni. Furt všechno Plzeň.

**2. Do jaké jste chodila školy?**

Chodila jsem do rodinné školy, tak se to jmenovalo. To byla dobrá škola celkem. Tam jsme se učili všechno, nejen gramatiku ale i vaření a tak všechno.

**3. A jaké bylo Vaše zaměstnání?**

Tak nastoupila jsem na ředitelství drah a tam jsem taky skončila. Celý život tam.

**4. A Vaše rodina? Manžel, děti?**

Manžel mi bohužel zemřel už. Máme jednu dceru, ta už je taky vdaná.

**5. Kde jste se seznámila s manželem?**

No, to už je taky dávno, to všechno utíká. Ale kde jsme se seznámili, to už je takovejch let. Možná v tanečních nebo někde tak. Ale rozuměli jsme si dobře, celý život jsme se měli rádi, bylo to hezký manželství.

**6. Takže jednu dceru jste spolu měli?**

Ano, jednu dceru.

**7. Měla jste nějaké koníčky?**

No, ráda jsem hrála na klavír. Malovat, to nemaluju, protože to neumím. Hudbu mám ale ráda.

**8. A víte jak dlouho jste tady v Domově?**

Já to přesně nevím, ale už aspoň půl roku.

**9. Líbí se Vám tady?**

Jo, líbí. Je to tady v pořádku.

**10. Pečovatelky jsou na Vás hodný?**

Ano, ano, jsou. To je musím pochválit.

**11. Chodí Vás navštěvovat dcera?**

Jo, to jo. Ale oni tady nevidí rádi návštěvy

**12. Jakto?**

No, nevím. Rádi to nevidí. No, sem tam přijdou se na mě podívat.

**INFORMACE OD PRACOVNÍKŮ DOMOVA****Rodina:**

- jedna dcera
- manžel zemřel

- paní je ročník 1929

**Zaměstnání:**

- celý život na ředitelství drah

**Záliby a aktivity:**

- dobře spolupracuje s personálem, ráda vyhoví
- ráda se zapojuje do aktivit
- má ráda hudbu, zpěv, hru na klavír

**Postup demence a kognitivní poruchy:**

- dobře dbá o svůj zevnějšek, ráno nevyjde z pokoje bez učešání
- mobilní je dobře – dobře chodí, chodí bez kompenzačních pomůcek
- má IV. stupeň závislosti
- dobře komunikuje
- nutná edukace a dohled na pitný režim
- občas dezorientovaná místem a časem
- nemá žádné záchvaty vzteku či agresivity, naopak – je takový „smajlík“, skoro pořád dobře naladěná

**PANÍ CECÍLIE****1. Kde jste se narodila, kde jste vyrůstala?**

Moje maminka pocházela z Kornatic, tak tam jsem žila asi do mých pěti let. To je na Nepomuk. Jinak jsme bydleli v Plzni, co si ještě pamatuju. Tam jsem chodila do školy a do gymnázia potom. A protože mi nešla latina, tak řekli tatínkovi, že nemá cenu mě tejrát s latinou, když na to nejsem, tak aby mi dali něco vyučit. No tak jsem se vyučila šití.

**2. Švadlenou?**

No. Tak jsem potom i mistrovala ve velké dílně, kde jsme šili ve velkém potom, no jako konfekci jsme šili. No muselo se potom hledat to, kde se dají vydělat peníze. Oni se nevydělali nikde. To znáte do dneška, že je to všechno pořád stejný.

**3. Kolik Vám bylo let, když jste začala pracovat jako švadlena?**

No tak já jsem chodila do gymnázia napřed, a protože mi nešla latina, tak mi vzali tam odtud a asi jsem se šla učit až v patnácti letech. A jako švadlena jsem tam pracovala od furt. To se muselo pořád. To byly i důchody malinký. No, ale tím, že si člověk ušil na sebe a na rodinu, tak z toho stejně nic neměl, víte. Tak já jsem vlastně šila pořád a korunky nebyly. Oni nejsou ani dneska, co?

**4. Teď se zeptám na Vašeho partnera, rodinu.**

No manžel má průmyslovku, tak jako dělal ve Škodovce, v tej konstrukci.

**5. A kde jste se seznámili?**

No, na tancovačce.

**6. Co mi ještě povíte o manželovi a o své rodině?**

Tak ten ztratil otce hodně brzy, tomu zemřel otec v padesáti letech. Jinak jsme spolu žili dlouho. Když holt on byl silnej kuřák, zemřel na rakovinu plic v 53 letech. A já měla dvě děti, ty přišli najednou.

**7. Měla jste dvojčata?**

No.

**8. Kolik jim bylo, když zemřel jejich otec?**

Jo, tak to už je na mě velký vzpomínání.

**9. Nepotřebuji vědět přesně rok, ale jestli byli ještě malí.**

No, tak ještě chodili do školy. Ještě byly ty korunky třeba. Tak já šila i doma.

**10. A Vaše děti, to jsou synové?**

No. Hodný synové.

**11. Jezdí za Vámi?**

I snachy jsou hodný. Když Vám řekne snacha, že Vás má radši než vlastní mámu, to je vyznamenání.

**12. To je pravda. A jezdí sem za Vámi?**

To víte, že jo. Já jsem řekla, že nemá cenu, když nestůňu, za mnou tak často jezdit, protože tolik času taky nemají. Každý má zahradu jako hrom.

**13. Co mi ještě řeknete o svých synech?**

No, to byli dvojčata, ale každý jinej. Ten jeden šel študovat průmyslovku a ten druhý nás prosil, abysme ho nedávali učit do škol. Že kouká na stránku a než dojde na konec, tak zapomene co čet. Tak ten se šel učit a potom šel stejně na tu průmyslovku. Sám od sebe. Ale nuceně nechtěl bejt.

**14. Co se syn vyučil, než šel na průmyslovku?**

Ve Škodovce. Zámečnick. Nebo soustružník, tuto u mě byla stejně španělská vesnice.

**15. Vy jste se tedy celý život živila jako švadlena?**

No, tak když jsem se vdala, tak jsem potom měla dvojčata najednou.

**16. A když děti odrostli, vrátila jste se ke svému řemeslu?**

Musela jsem se vrátit, když mi přišli ty dětičky dvě najednou. To už se nedalo nikam strčit mezi rodiče, když přišli dva.

**17. Bylo možný mít zároveň s prací a péčí o děti ještě nějaké koníčky?**

To už na koníčky nezbejval čas. Mě vlastně to šití velice bavilo. Když jsem z takový obyčejný ženský udělal fešandu. Já jsem kolikrát jim musela říkat, aby chodily rovně, aby ty záda neohejbaly. Ony už potom si to říkaly mezi sebou. Přišla nová zákaznice a najednou mi řekne, že jí poslala kolegyně a aby si dala pozor, že má třeba blbou podprsenku. Že prej jim to řeknu. Taky jsem jim to řekla. Měla figura pěknou a podprsenku blbou a tak figuru zkazila. Ony už potom si to říkaly mezi sebou a měly z toho srandu a už se na to připravily, že budou muset ty podprsenky nosit jiný.

**18. Ale to snad bylo v pořádku, že jste jim poradila.**

Jo. Ony z toho měly psinu, že jim tohle nikdy nikdo neřek.

**19. Teď se zeptám na Vaše bydlení tady v Domově. Víte, kdy jste sem přišla?**

Jo, tak to už ani nevím. Ale už jsem tu asi dost dlouho.

**20. Vy jste tedy onemocněla Alzheimerovou nemocí?**

To já ani nevím co je. Co to je?

**21. To je právě to Vaše zapomínání.**

Zapomínání. Nepodstatný věci.

**22. Přeci mi povídáte hodně informací. Hodně věcí si pamatujete.**

Ale jo. Já jsem nebejvala hloupá. Ale teď už si nepamatuju. Dyť už je mi přes devadesát.

**23. Koukám, že vedle sebe máte připravený kabát. Asi někam pojedete.**

To už já taky nevím. To je moje nemoc, zapomínat.

**24. A jste tady v Domově ráda? Starají se o Vás pěkně?**

Jo, docela jsem spokojená. I chutný jídlo. To je u mě největší starost – jaký mám jídlo. *(smích)*

**25. Ale to je přece pěkná starost.**

Jo, to ještě nejsem úplně blbá.

**26. To je dobře, že se staráte o to, co budete jíst a jestli Vám to chutná.**

No, to je to hlavní. *(smích)*

**27. A co sestřičky? Jsou na Vás hodné?**

Jo, dyť mi je skoro vůbec nevidíme. Když je jejich čas, tak přijdou. Jsou takový slušný, příjemný.

**28. Provádíte tady v Domově nějaké aktivity?**

Chcete vědět na mě moc, to je moje nemoc.

**29. To nevádí, já se právě jenom ptám.**

Já Vám řeknu, to blbnutí je velký štěstí, že nebolí. To už bysme chodili hrbatý. *(smích)*

**INFORMACE OD PRACOVNÍKŮ DOMOVA**

**Rodina:**

- má dva syny dvojčata
- je jí 92 let
- brzy ovdověla a syny vychovávala sama
- dobré rodinné zázemí

**Zaměstnání:**

- celý život se živila jako šička

**Záliby a aktivity:**

- všechny aktivity u této klientky jsou skupinové, její stav nevyžaduje individuální přístup
- přijde na jakoukoli aktivitu, nejvíce oblíbené jsou dílny

**Postup demence a kognitivní poruchy:**

- dezorientace v čase, je celkově hodně zmatená – ráno už neví, že snídala
- demence je hodně rozvinutá
- hodně porušená krátkodobá paměť
- víceméně soběstačná (sama se učeše), ale je nutný dohled
- problematické chování se u ní nevyskytuje
- každý den pokládá stejné otázky, což si i někdy uvědomuje – řekne: „Já se Vás na to ptám asi pořád.“, komunikace je jinak v pořádku

**PAN DANIEL****1. Kde jste se narodil a kde jste vyrůstal?**

Narodil jsem se v Plzni.

**2. A kde jste vyrůstal?**

A vyrůstal jsem . . . . taky v Plzni.

**3. Takže celý život jste žil v Plzni?**

Ano.

**4. Do které jste chodil školy?**

Chodil jsem do průmyslovky a líbilo se mi tam, no.

**5. Jaké bylo Vaše zaměstnání? Pracoval jste v oboru, co jste vystudoval?**

Vystudoval, no.

**6. A pracoval jste v průmyslu?**

Pracoval jsem. V průmyslu, no. Pracoval jsem na dráze.

**7. Celý život jste pracoval na dráze?**

Celý život.

**8. Byl jste ženatý? Měl jste děti?**

Byl jsem ženatý. Měl jsem dvě děti.

**9. Holky? Kluky?**

Holku a kluka.

**10. A Vaše manželka?**

Co je s ní?

**11. Nic s ní není. Jen se na ni ptám.**

Manželka teďka marodí, v současnej době. Upadla na kyčel a pořád to není v pořádku.

**12. A Vaše děti? Říkal jste, že máte syna a dceru. Co studovali oni?**

Co študovali? No tak chodili taky do tý průmyslovky.

**13. Obě děti?**

Obě.

**14. Máte taky vnoučata?**

Vnoučata?

**15. Jestli Váš syn nebo dcera mají taky děti.**

No, mají děti.

**16. A chodí Vás někdy navštěvovat?**

Chodí mě navštěvovat.

**17. Kde jste se potkal se svou manželkou? Jak jste se seznámili?**

Jak jsme se seznámili? No (*odmlčel se*) v padesátých letech.

**18. A víte kde? Někde na tancovačce nebo jste spolu pracovali?**

Spolu pracovali.

**19. Takže Vy jste celý život pracoval na dráze. To Vás bavilo?**

No jistě.

**20. Měl jste nějaké záliby nebo koníčky? Zajímal jste se o nějaký sport nebo něco jiného?**

O sport jsem se zajímal. No, já jsem závodil v atletice.

**21. Co jste dělal v atletice? Běhal, skákal do výšky, do dálky?**

No jistě.

**22. Tohle všechno jste dělal?**

To všechno jsem dělal.

**23. Sport byla Vaše jediná záliba?**

Sport? Sport bylo to jediný, co jsem provozoval.

**24. Teď se zeptám na pobyt tady v Domově. Líbí se Vám tady?**

No, musí. Já jsem si zlomil ruku. (*ukazuje mi ruku v sádře*)

**25. Já koukám, že máte sádru. Co se Vám stalo?**

No, přelízal jsem takovydle klandry (*ukazuje na opěrku u postele*) no a praštil jsem sebou na levou stranu a ono se to zlomilo.

**26. To bude zase v pořádku. Oni Vám za chvíli tu sádru sundají.**

No mělo to být tuto pondělí (*rozhovor byl dělaný v pátek*), měli sundat sádku a nějak se jim to zamotalo, měli víc uchazečů a tak na mě nedošlo. A odložilo se to na tuten pondělek. Tak jsem zvědav.

**27. Jsou tady na Vás sestřičky hodné?**

Jsou hodný, jsou.

**28. A co jídlo? Chutná Vám?**

Jo, jo.

**29. Když za Vámi přijde nějaká sestřička nebo pečovatelka, dělá s Vámi nějakou činnost, aktivitu? Máte tady nějaké aktivity?**

Máme. Máme taky aktivity.

**30. A víte o nějaké? Řeknete mi o něčem, co tu děláte?**

. . . . Někjaký aktivity? . . . . (*nevěděl*)

**31. Chtěl byste mi ještě něco o sobě říct?**

No, že mám tu smůlu s tou rukou. To se mi nemělo stát. A . . . chodí mě navštěvovat dcery.

**32. Chodí? Jaké máte děti, kolik?**

Tři dcery.

**33. A chodí Vás tedy navštěvovat?**

Chodí mě navštěvovat, střídají se postupně.

**INFORMACE OD PRACOVNÍKŮ DOMOVA**

**Rodina:**

- je mu přes 80 let
- má tři dcery, často ho navštěvují
- v Domově je asi rok

**Záliby a aktivity:**

- pouze skupinové aktivity, jeho stav nevyžaduje individuální
- nejvíce oblíbené je cvičení a zpívání
- dílny (vystřihování, lepení, atd.) ho příliš nebaví

**Postup demence a kognitivní poruchy:**

- hodně porušená krátkodobá paměť
- problémy s motorikou, s chůzí – chodí hodně předkloněný a dělá malé cupitavé kroky – s fyzioterapeutkou hodně trénují chůzi o jedné francouzské holi, chůzi o dvou francouzských holích nechápe, nedokáže přitom synchronizovat pohyb rukou
- komunikuje v pořádku
- dobře slyší
- poté, co nově nastoupil do Domova, tak několikrát utekl

## 15.5 PŘÍLOHA Č. 5: ROZHOVOR (OTÁZKY)

**Rozhovory s pečujícími osobami**

## A – informace o osobě pečujícího

1. Jakou máte kvalifikaci pro výkon této pozice? (vzdělání, případně kurzy)

## B – péče o klienty

2. Jaké služby klientů poskytujete? Jaké je náplň Vaší činnosti? Jakou pozici tu zastáváte?
3. Jak je to s poruchami kognitivních funkcí? Jak se s tím klienti vyrovnávají? Jak se to projevuje? Má to vliv na Vaši činnost s nimi? (poruchy paměti, komunikace, pozornosti, motoriky, . . .)
4. Setkáváte se s problémovým chováním? Jak často? S jakým? (agresivita, toulání, podezíravost, deprese, hněv, závislost na pečující osobě, . . .)
5. Jak ho řešíte? Zabere řešení vždy?
6. Jak pracujete s lidmi, kteří jsou ležící, u kterých je porucha motoriky už pokročilá?
7. Jak komunikujete a pracujete s lidmi, kteří jsou apatičtí, kteří nereagují na oslovení?
8. Uzpůsobujete svůj slovník klientům? Pokud ano, jak?
9. Používáte i neverbální komunikaci? Jak to probíhá?
10. Jaké aktivity s uživateli provádíte? Chtějí se zapojovat? – pro ergo
11. Jsou všechny aktivity skupinové nebo je některá i individuální? V čem vidíte výhodu skupinové aktivity (jestli nějaká výhoda je)? – pro ergo

## C – průběh pracovního dne

- jak probíhá běžný pracovní den (ergoterapeutky, fyzioterapeutky, zdravotní sestry, pracovnice sociální péče)