

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Plnohodnotný život seniorů v domově důchodců

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
MUDr. Drahošlava Královcová

Vypracovala:
Radka Kopáčková

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Plnohodnotný život seniorů v domově důchodců zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

Brno 03. 08. 2012

Radka Kopáčková

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce paní MUDr. Drahoslavě Královcové za vedení mé práce, za čas se mnou strávený a především za podněty, které mi k mojí práci poskytla.

Také velice děkuji vedoucí úseku přímé obslužné péče DPS Boskovice paní Miroslavě Čopákové za všechnen čas, zájem, materiály a informace, o které se se mnou podělila.

Děkuji rodině za podmínky, které mi vytvořila pro práci.

OBSAH

ÚVOD	3
TEORETICKÁ ČÁST	
1. Základní pojmy	5
1. 1 Stáří a stárnutí	5
1. 2 Alzheimerova choroba	9
2. Domovy pro seniory a Domovy se zvláštním režimem	11
3. Kvalita poskytování služeb v pobytových zařízeních pro seniory	16
3. 1 Standardy kvality sociálních služeb	17
3. 2 Supervize	21
4. Individuální plánování průběhu sociální služby	23
4. 1 Činnost pracovního týmu při individuálním plánování	24
4. 2 Potřeby a osobní cíle uživatelů	25
4. 2. 1 Zjišťování individuálních potřeb klientů	26
4. 2. 2 Metody zjišťování potřeb a cílů u nekomunikujících klientů	28
5. Aktivizační metody podpory klienta	30
5. 1 Možnosti v komunikaci s nekomunikujícími klienty, klienty s poruchou řeči a vědomí a s demencí	32
5. 2 Alternativní a augmentativní komunikační techniky	33
PRAKTICKÁ ČÁST	
6. Metodologie	34
6. 1 Úvod do problematiky	34
6. 2 Výzkumná otázka	35
6. 3 Vymezení výzkumu	35
6. 4 Charakteristika souboru	36

6.5 Metoda sběru dat	36
7. Analytická část	38
7. 1 Charakteristika Domova pro seniory (DPS)	38
7. 2 Charakteristika Domova se zvláštním režimem (DZR)	40
7. 3 Vnitřní pravidla pro ochranu klientů před předsudky	43
7. 4 Služby poskytované v DPS a DZR	44
7. 4. 1 Zásady poskytované služby	44
7. 4. 2 Lékařská péče	44
7. 4. 3 Zdravotní a ošetrovatelská péče	45
7. 4. 4 Sociální péče	48
7. 4. 5 Aktivizační a ergoterapeutická péče	49
7. 5 Průběžný závěr	57
ZÁVĚR	58
RESUMÉ	61
ANOTACE	63
SEZNAM LITERATURY	64
INTERNETOVÉ ZDROJE	65
OSTATNÍ ZDROJE INFORMACÍ	66
SEZNAM PŘÍLOH	67

„Každý člověk si přeje dlouhý život,
ale nikdo nechce být starý.“

Jonathan Swift

ÚVOD

Na začátku své bakalářské práce (BP) jsem uvedla citát Jonathana Swifta, který je, si myslím, velice pravdivý. Nikdo z nás nechce být starý, protože stáří s sebou může přinést nemoci, nemohoucnost, potřebu obracet se o pomoc k druhým. A ne každý má to štěstí, že má rodinu a děti nebo vnuky, kteří se o něj mohou postarat a pomoci mu. Obzvláště v dnešní době je důležité mluvit o stáří a ukázat hodnoty, které stáří přináší. Vymezit se proti diskriminaci stáří. Často se totiž o stáří mluví v negativním smyslu, a o seniorech, jako skupině lidí, na kterou se doplácí, a kteří nás zadlužují. Část seniorů se ve svém životě dostane opravdu do stavu, kdy již nezvládá svoji životní situaci vlastními silami a je třeba těmto lidem zajistit pomoc. Je třeba jim zajistit nejen ubytování, stravu, zdravotní a ošetrovatelskou péči, ale také opět začlenit tyto lidi do společnosti a vytvořit takové podmínky, aby prožili konec svého života nejen důstojně, ale také plnohodnotně a spokojeně.

V posledních letech vyrostlo v České Republice velké množství domovů důchodců, penzionů a došlo k přestavbám a více či méně zkvalitňování prostředí a péče podle standardů kvality v sociální práci. Důležitá je ovšem také vzájemná spolupráce různých oblastí dlouhodobé péče, spolupráce organizací, státních subjektů s nestátními, neziskovými organizacemi, která vede k zlepšování péče, rozšiřování obzoru práce a aktivit pro seniory.

Myslím si, že toto téma se týká nebo bude týkat nás všech, jak v souvislosti s našimi prarodiči, rodiči, tak i nás osobně!

Proto jsem si pro svoji BP zvolila téma **Plnohodnotný život seniorů v domově důchodců.**

K tomuto tématu mě také zavedlo vyprávění paní vedoucí úseku přímé obslužné péče Domova pro seniory (DPS) a Domova se zvláštním režimem (DZR) v Boskovicích. Vyprávěla o takových změnách, péči, prostředí, možnostech a aktivitách pro seniory a s takovým osobním zaujetím, iniciativou a nadšením, že mě tím okamžitě přivedla na myšlenku, se o toto téma zajímat, přestože jsem se dříve na téma seniorů nikdy nesoustředila.

Mým cílem je představit a popsat DPS a DZR v Boskovicích, proto jsem si jako výzkumnou otázku stanovila: **Jakými metodami, prostředky a podmínkami je vytvářeno kvalitní prostředí a služby Domova pro seniory a Domova se zvláštním režimem v Boskovicích, pro plnohodnotný a spokojený život klientů?**

V teoretické části BP nejprve vysvětlím pojmy stáří a stárnutí, Alzheimerova nemoc. Popíši, jak jsou charakterizovány DPS a DZR v odborné literatuře, dále se budu věnovat kvalitě poskytovaných služeb v pobytových zařízeních pro seniory, individuálnímu plánování průběhu sociální služby a aktivizačním metodám podpory klienta.

V praktické části BP jsem vzhledem k výzkumné otázce zvolila kvalitativní výzkum. Budu popisovat DPS a DZR v Boskovicích. Za použití studia dokumentů, rozhovorů s pracovníky a klienty a zúčastněného pozorování chci co nejlépe přiblížit čtenářům prostředí, péči a aktivity DPS a DZR, které klientům poskytují pro jejich plnohodnotný a spokojený život v zařízení.

Doufám, že moje práce přinese zajímavé informace pro zájemce o tuto problematiku.

TEORETICKÁ ČÁST

1. ZÁKLADNÍ POJMY

1.1 STÁŘÍ A STÁRNUTÍ

Život každého člověka probíhá v určitých vývojových stádiích od narození až do smrti. Každá etapa má svoje zákonitosti, které ovlivňují kvalitu a způsob našeho života, dávají nám jisté možnosti a naopak nás zase limitují. To platí také pro stáří.

To si leckdy neuvědomujeme a stáří tak bývá všeobecně spíše chápáno negativně. Většina lidí si představí nesoběstačnost, ztrátu možností a radostí, optimismu, závislost člověka na jiných osobách, pro něhož je ideální umístění do ústavní péče.

Na druhé straně, ale můžeme hovořit i o umění stárnout, kdy je stáří pro mnoho lidí jedním z nejhezčích období v životě. Člověk může stárnout pohodově a zdravě a využít volný čas k realizaci aktivit, které z nejrůznějších důvodů v životě nestihl.

Od 1. října 2010 probíhá dlouhodobá osvětová kampaň proti diskriminaci stáří – „Mluvme o stáří“, obecně prospěšné společnosti Elpida plus a Nadace O2 s cílem vymezit se proti diskriminaci seniorů, připomenout hodnoty, které s sebou stáří přináší, probudit zájem o téma stáří a podnítit mladé lidi k mezigenerační diskuzi. Do kampaně se zapojily i známé osobnosti – herečky Jana Plodková a Iva Pazderková, herec Petr Vaněk a zpěvák kapely Please the trees Václav Havelka. Na plakátech ke kampani říkají: Nech moji babičku na pokoji! (www.elpida.cz).

Rozlišujeme **stárnutí**: - **fyzilogické**: probíhá přirozeně, je součástí života jedince

- **patologické**: může se projevovat např. předčasným stárnutím, či nepoměrem mezi kalendářním a funkčním věkem, kdy kalendářní je nižší. Mj. se také projevuje sníženou soběstačností (Malíková, 2011).

Malíková (2011) také píše, že poskytování sociálních služeb seniorům utvrzuje mnoho osob i pracovníků v tom, že model nesoběstačnosti ve stáří se týká všech. Je sice pravdou, že od okamžiku narození začínáme stárnout, ale záleží na každém člověku, jak se na stáří připraví a jak u něj bude stárnutí probíhat.

Venglářová (2007) říká, že přestože každý člověk prožívá svůj život originálním způsobem, se lze shodnout na významných okamžicích, které přichází s vyšším věkem. Změny nastanou v bio-psycho-sociální oblasti (změna vzhledu, činnosti smyslů, trávicího systému, kardiopulmonální změny, změny sexuální aktivity, z psychických změn např. zhoršení paměti, obtížnější osvojování nového, nedůvěřivost, snížená sebedůvěra, emoční labilita, změny vnímání, zhoršení úsudku a ze sociálních změn je to odchod do penze, změna životního stylu, stěhování, ztráta blízkých lidí, osamělost, finanční obtíže).

Venglářová (2007: 12) konstatuje že: „Reakce na změny jsou ovlivněny osobností seniora, reakcemi jeho okolí a také možnostmi, jak získat pomoc v oblastech, které senior nezvládne sám. Podle toho pak přichází **model adaptace na stáří.**“

1. Konstruktivní přístup ke stáří: již během produktivního věku si člověk může připravovat aktivity, kterým se potom bude věnovat. Součástí přípravy je také snaha o udržení tělesného zdraví vhodným stravováním a pohybovými aktivitami. Důležité je mít více přátel, aby se člověk nedostal do sociální izolace a pěstovat dobré vztahy s rodinou, které se vrátí formou podpory od dětí a vnoučat.
2. Závislost na okolí: si vypěstují někteří lidé a manipulují rodinou či zdravotníky k častějšímu kontaktu, využívají k tomu svých tělesných obtíží, přestože nejsou zcela objektivní a namísto řešení sociální izolace se řeší symptomy onemocnění.
3. Nepřátelský postoj: může zaujmout senior v obtížnějších situacích, kdy mechanismy zvládnutí nestačí. Nepřátelství – hostilitu může projevovat okolí, personálu, ostatním klientům. Je to příčinou mnoha problémových situací v péči o klienty vyššího věku Venglářová (2007).

Venglářová (2007: 13) říká: „Lidé se liší ve schopnosti změny přijmout, vyrovnat se s nimi a zařídit si nový život ke své spokojenosti. Adaptace patří mezi základní lidské

vlastnosti a umožňuje lidem přežít i velmi obtížné situace. Změn nesmí být nad únosnou míru, ta je pro každého z nás jiná. K vyrovnání se předpokládá pomoc okolí, toleranci a trpělivost s člověkem, který se se změnou potýká. Když lidé plánují zásadnější životní změny, odborníci je varují: „Nechtějte změnit vše najednou!“, ale v životě seniora mnohdy přichází přímo smršť změn.“

Stáří je zároveň tělesný, psychický, sociální a duchovní jev. Staří lidé nejsou členy nějaké homogenní skupiny, stáří se naopak vyznačuje plasticitou (tvárností), variabilitou mezi funkcemi a osobami a vysokou mírou individuality. Teprve patologie, jako například stařecká demence, dává této mnohotvárnosti hranice a určuje další vývoj (Baltes in Gruss, 2009).

Malíková (2011) uvádí **Členění věkových kategorií ve stáří:**

60 – 75 let senescence (časné stáří)

75 – 89 let kmetství (senium, vlastní stáří)

90 let a více patriarchum (dlouhověkost)

V současnosti je rozšířené členění podle Mühlpachra (2004):

65 – 74 let mladí senioři (problematika penzionování, aktivit)

75 – 84 let staří senioři (změna zdatnosti, atypický průběh nemocí)

85 let a více velmi staří senioři (problém soběstačnosti a zabezpečení)

Nejprve uvedu pojem **zdraví**: jedná se bio – psycho – sociální pohodu.

Z toho vyplývá, že se do pozadí dostal biomedicínký model nemoci, který především stanovoval původ a příčiny nemocí. Dnes se uplatňuje přístup biopsychosociální, který je orientovaný na prevenci a rozvíjení faktorů, které upevňují zdraví a eliminují stres, který hraje roli „spouštěče“ zdravotních problémů (Křivohlavý in Štílec, 2004).

Slovo sociální vyjadřuje otázky jako nasycení nebo frustrace sociálních potřeb, mezilidské vztahy, sociální harmonie či devalvace v sociální komunikaci (Hošek in Štílec, 2004).

Štílec (2004) konstatuje, že posílením aktivního přístupu k životu, lze v budoucnu zlepšit zdraví celé populace. Biopsychosociální model je tedy z hlediska preventivní péče o seniory rozhodující.

Díky prevenci došlo k poklesu nemohoucnosti starých lidí v řadě zemí, což potvrzuje představy o možnosti úspěšného stárnutí (Fries in Štílec, 2004).

Malíková (2011) uvádí **přehled definic stárnutí** :

- Stárnutí je specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je determinovaná a pro každý druh specifická (Topinková, Neuwirth, 1995).
- Pacovský (1990) chápe stárnutí jako cestu do stáří a člení ho na fyziologické – zákonitá epocha ontogeneze a patologické, tj. předčasné a takové, kdy je kalendářní věk nižší než funkční.
- Langmeier a Krejčířová (2006) popisují stárnutí jako souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost, pokles schopností jedince, které kulminují v terminálním stadiu a ve smrti.

Dále Malíková (2011) uvádí **přehled definic stáří**:

- Haškovcová (1990) charakterizuje stáří jako přirozené období života, vztahované k životnímu období dětství, mládí a zralosti. Zdůrazňuje, že stáří není nemoc, ale přirozený proces změn po celý život, které jsou ale více zřetelné v pozdějším věku.
- Podle Kalvacha (1997) je stáří projevem geneticky podmíněných procesů modifikovaných dalšími faktory (podmínkami, chorobami, způsobem života) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování, změny sociálních rolí). Stáří člení dle tří hledisek: biologického, sociálního a kalendářního.

Uvedu ještě jeden podstatný pojem a to je **střední délka života**, což je veličina, která nás informuje o tom, kolika roků se s vysokou pravděpodobností dožije narozené zdravé dítě. V České republice je střední délka života žen 78,1 roků a mužů 71,5roků (Haškovcová in Malíková, 2011).

1.2 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova nemoc narušuje část mozku a způsobuje pokles kognitivních funkcí – myšlení, paměti, úsudku. Bývá nejčastější příčinou demence, která postupně vede k závislosti nemocného člověka na každodenní pomoci jiného člověka.

Alzheimerovu chorobu poprvé popsat v roce 1907 německý lékař Alois Alzheimer, tehdy se nemoc považovala za vzácnou. V dnešní době trpí jednou z forem demence více než sedm milionů obyvatel Evropy.

Alzheimerova nemoc začíná pozvolna, nejdříve se zhoršuje krátkodobá paměť, člověk se není schopen postarat o některé věci v domácnosti. Rychlost postupu nemoci se u každého jedince liší, nemocný má ale čím dál větší problémy s vyjadřováním, rozhodováním, nedokončuje myšlenky, je zmatenější. Mění se celá jeho osobnost a v posledních stádiích nemoci se již není schopen o sebe postarat (www.alzheimer.cz).

Informace, rady, pomoc poskytuje Česká alzheimerská společnost (ČALS), která také kvalitním zařízením, která pečují o nemocné s demencí, uděluje certifikát kvality Vážka.

Gruss (2009) píše, že vysoký věk přináší dramatický nárůst demencí a je nejvýraznějším znakem úbytku duševních schopností starých lidí. V populaci sedmdesátiletých je demence diagnostikována u méně než pěti procent lidí, v populaci osmdesátiletých je to téměř patnáct procent lidí a devadesátiletých již téměř polovina. Důstojně žít a zemřít je stále komplikovanější všude tam, kde se za dnešních podmínek lidé dožívají čtvrtého věku.

Daří se nám sice prodlužovat život, ale s přibývajícím věkem se snižuje biologická plasticita a variabilita. Delší život sám o sobě („přidávání let životu“) ještě není tím zázrakem, ke kterému by se každý stárnoucí člověk upínal.

V březnu letošního roku proběhlo v Praze mezinárodní setkání ELTECA(Exchange of Experiences in long - term care), které se zaměřilo na odborné aspekty geriatrické dlouhodobé péče. Navázalo na loňské zářijové jednání expertů v Praze, kde byly stanoveny dvě základní oblasti, kterými je zapotřebí začít ve vzdělávání profesionálů. Jedná se o interpersonální spolupráci a komunikaci v jednotlivých oblastech dlouhodobé péče včetně paliativní a problematiku demencí.

ČR v současnosti připravuje zákon o dlouhodobé péči, který by měl překlenout propastnou mezeru mezi péčí zdravotní a sociální.

Na setkání ELTECA konstatovala doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D., předsedkyně České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a České alzheimerovské společnosti, že se již v této oblasti dále šetřit nedá, neboť v ČR je z pohledu nákladů na tento typ péče i počtu zaměstnanců, kteří v ni pracují, daleko za ostatními rozvinutými zeměmi.

Dále doc. MUDr. I. Holmerová Ph.D. uvedla, že třetina seniorů žijících v zařízení dlouhodobé péče trpí neléčenou bolestí a depresí a téměř polovina jich dostává tlumící léky místo toho, aby tyto problémy byly adekvátně řešeny. Předběžné výsledky probíhající studie ukazují, že v zařízeních pro seniory v ČR žije pouze 25% lidí, kteří si nestěžují na bolest. A více než polovina klientů užívá „tlumivou“ medikaci – antipsychotika či antihistaminika staršího typu - nikoli adekvátní terapii bolesti či jiných trýznivých syndromů.

Výzkumy ukazují, že jen asi u desetiny lidí s demencí je tento stav řádně diagnostikován

a ještě méně lidí je řádně léčeno, přestože se prokazatelně ví, že adekvátní léčba demence výrazně zlepšuje kvalitu života pacientů i jejich pečujících a snižuje potřebu dalších léků, zejména antipsychotik, které mají spíše nežádoucí efekt, řekla

doc. MUDr. Holmerová, Ph.D.

Dále bylo na konferenci ELTECA poukázáno na to, že je vysoká i prevalence deprese – pouze 48% klientů nemá depresivní příznaky a až v 60% nejsou adekvátně léčeni ani lidé s těžkou depresivitou.

V diskusi opakovaně zaznělo, že úlohou nejen odborníků, ale i celé společnosti je, aby se tato zařízení nestala ostrovy bolesti, deprese a nedostatečné zdravotní péče (Zdravotnické noviny, č. 17/2012, str. 11).

2. DOMOVY PRO SENIORY A DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Malíková (2011) ve své knize uvádí, že empirický výzkum potvrdil, že většina občanů se chce o své rodiče ve stáří postarat. Až v případě, že to nebude možné, očekává pomoc státu formou umístění nesoběstačného seniora do pobytového zařízení.

Ve stáří se zvyšuje význam vztahů seniorů s dětmi. Děti a vnoučata se stávají hlavním zdrojem emocionálního uspokojení a podpory. Výzkumy také naznačují, že poskytují i značnou instrumentální pomoc (Sýkorová, 2004).

Fungování rodiny je vysvětlováno rovněž ve smyslu latentní matrice aktivizující se v čase potřeby (Riley in Gojová, Chytil, Popelková, Sýkorová 2004).

Sýkorová (2004: 53) píše: „Obdobně Finch charakterizuje rodinu jako záchranou síť – něco, čemu věří, že nebudou potřebovat, a snaží se uspořádat záležitosti tak, aby ji nepotřebovali, ale v případě nutnosti se jí zachytí.“

Je důležité zmínit deinstitucionalizaci, tj. přechod k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu člověka v jeho přirozeném prostředí. K tomu byla na základě sociálního zákona zřízena škála terénních a ambulantních služeb. Je sice patrné, že zájem o jejich využití bude narůstat, prozatím ale nepatří k zažitým způsobům řešení problémů Malíková (2001).

Ve Zdravotnických novinách č.14/2012 píší, že „odkladová“ péče o seniory se společnosti prodraží.

Když budeme úspěšnost péče o seniory v ČR poměřovat jen počtem vystavěných ústavů, budeme mezi evropskými zeměmi na špicí. Otázkou je, zda nové budovy jsou tím, co naši senioři potřebují nejvíce. Tak se dá shrnout část sdělení doc. MUDr. I. Holmerové, Ph.D. v březnu 2012 na konferenci ministerstva zdravotnictví k projektu Nový rámec politiky pro aktivní, zdravé a důstojné stárnutí a poskytování zdravotních služeb a služeb dlouhodobé péče.

Dále připomněla, že rok 2012 byl vyhlášen Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity. Uvedla, že: „V naší společnosti, oproti Evropě, převažuje pohled na stáří a staré jako na příslušníky nějakého zapomenutého kmene, jsou to pro nás „oni“, stereotypizace vytváří mýty o tom, že stáří je nemoc, staří potřebují ústavy,

protože jsou bezmocní, což je téměř oficiální politický názor, staří je ošklivé, neatraktivní, staří jsou asexuální, neproduktivní, ničemu se nenaučí.....“

Dále píše, že je třeba využívat aktivní, tzv. enabling model přístupu ke zdravotní a sociální péči u seniorů, který by měl preferovat vytvoření takových podmínek, aby se senior mohl po absolvování diagnostiky a terapie vracet domů, nebo absolvovat doléčení a rehabilitaci a poté se vrátit domů, kde by mu mělo být poskytnuto co nejvíce péče v případě omezené soběstačnosti či nesoběstačnosti.

U nás stále převažuje spíše pasivní, tzv. disabling model, který směřuje seniora do „odkladové“ institucionální péče, která se pochopitelně prodrazí.

Změna přístupu bude znamenat zajištění akutní geriatrické péče v lůžkových zařízeních, doléčovacích a rehabilitačních služeb, komunitních center, domácí péče s využitím geriatrických týmů, dlouhodobé zdravotně – sociální péče a paliativní péče pro onkologické pacienty. Projekt by měl přispět ke stanovení indikátorů dobré praxe, vyhledat případy dobré praxe v komunitách, které jsou „age – friendly“ a otevřít celospolečenskou debatu o aktivním stárnutí (Zdravotnické noviny, č. 14/2012, str. 1).

Matoušek (2007) dělí **sociální služby** dle zákona o sociálních službách na sociální poradenství, sociální péči a sociální prevenci.

Zákon obsahuje rovněž dělení forem sociálních služeb, tj. služby terénní, ambulantní a pobytové.

Služby sociální péče jsou zákonem definovány jako služby, které „napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.“ (§ 38 ZSS).

Mezi služby sociální péče řadí zákon mj. domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem.

ZSS vnáší do této oblasti **smluvní princip**, kdy poskytovatel služby a osoba, která sociální službu potřebuje, jsou povinni uzavřít o poskytování písemnou smlouvu.

Matoušek (2007: 45) říká: „Zavedení povinnosti uzavřít smlouvu o poskytování služeb lze hodnotit velmi pozitivně. Dojde tak k posílení postavení klienta služeb coby „zákazníka“ a vztah mezi poskytovatelem služeb a příjemcem bude přehlednější.“

Zároveň ale Matoušek (2007: 50) konstatuje: „Smluvní vztah mezi poskytovatelem a příjemcem sociální služby také automaticky negarantuje stejný typ rovností, jaký mají prodávající a zákazník v běžných tržních vztazích. Řada klientů sociálních služeb má omezenou kapacitu posuzovat možnosti a volit pro sebe nejlepší alternativu.“

Malíková (2011) konstatuje, že **zřizovatelem pobytových zařízení** v České republice již není stát, ale obce, kraje či nestátní neziskové organizace (občanská sdružení, církve).

Matoušek (2007: 50) říká: „Zákon neřeší otázku dostupnosti služeb ani potřebné kapacity služeb. Spoléhá na princip „nákupu služeb“, jenž nemůže stoprocentně garantovat, že budou o služby v nezbytné kvalitě a v dostupném místě poskytovány všem lidem, kteří je budou potřebovat.“

Poskytované **služby jsou financovány** z více zdrojů a podílí se na nich i úhrady klientů a přiznané příspěvky na péči, které v plné výši náleží pobytovému zařízení Malíková (2011).

Matoušek (2007: 51) říká: „Dotace na služby nejsou zaručeny ani státem, ani kraji. Fungování systému tedy bude záviset na rozhodování odpovědných úředníků a na tom, kolik prostředků bude stát do systému celkově uvolňovat.“

Malíková (2011) píše, že **personální zajištění v českých pobytových zařízeních** je asi v poměru 1:1,6 pracovníků na uživatele, ovšem v personálním zajištění jsou započítáni všichni pracovníci a ne jen ti, kteří vykonávají přímou péči. Tam vychází na jednoho pracovníka 3 – 15 klientů, což je velmi vysoký počet, neodpovídá srovnání s jinými zeměmi a neumožňuje dostatečně kvalitně vykonávat práci, vede k demotivaci, fluktuaci a syndromu vyhoření.

Malíková (2011: 33) říká: „Sociálním zákonem jsou přesně definovány pracovní pozice pracovníků, kvalifikační a personální požadavky pro výkon profese a povinnost celoživotního vzdělávání účastí na akreditovaných vzdělávacích akcích. V rámci celoživotního vzdělávání se pracovníci seznamují s dalšími metodami a způsoby práce s klienty s demencí a jinými poruchami kognitivních funkcí. Učí se pracovat s intuitivními technikami, aby dokázali porozumět potřebám a pocitům nekomunikujících klientů a seznamují se specifickými komunikačními metodami.“

Služby mohou poskytovat pouze **registrovaní poskytovatelé sociálních služeb**. Registrace je způsob garance kvality sociálních služeb. Tato kvalita je dále zajišťována

pomocí standardů kvality sociálních služeb, které svými kritérii přesně určují povinnosti poskytovatelů při poskytování služby a povinnosti vůči klientům (Malíková, 2011).

Matoušek (2007) píše, že oprávnění k poskytování sociálních služeb vzniká rozhodnutím o registraci, vydaným krajským úřadem, který také vede registr poskytovatelů, spravovaný v elektronické podobě MPSV.

Podmínky registrace:

- podání písemné žádosti o registraci;
- bezúhonnost a odborná způsobilost fyzických osob, které budou přímo poskytovat sociální služby;
- zajištění hygienických podmínek, pokud budou služby v zařízení;
- vlastnické či jiné právo k objektu, kde bude sociální služba poskytována;
- zajištění materiálních a technických podmínek;
- skutečnost, že na majetek žadatele nebyl prohlášen konkurz.

Klientům jsou služby poskytovány na základě společně vytvořeného individuálního plánu. **Individuální plánování a sociální standardy** jsou velkou zárukou ochrany práv klientů. Klient se stává aktivní spolutvůrcem poskytované služby, protože společně s pracovníkem vytváří svůj individuální plán. Všechny služby směřují k podpoře a udržení jeho soběstačnosti, čímž je zajištěna lidská důstojnost seniora, podporováno jeho sebevědomí pocit vlastní ceny Malíková (2011).

Rozdělení pobytových zařízení pro dospělé osoby a pro seniory umožňuje poskytovat služby osobám s různými závislostmi, syndromem demence apod. ve specifických podmínkách domova se zvláštním režimem. Tady jsou upraveny podmínky ve smyslu zajištění bezpečnosti, vyššího dohledu a cílené systematické aktivizace Malíková (2011).

Malíková (2011: 3) píše: „Péče o seniory a přístup ke stárnutí a stáří musí směřovat k dodržení vytyčeného programu přípravy na stárnutí, zpracovaného MPSV. Dokument Kvalita života ve stáří – Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012 stanovuje přístup ke starším osobám a stárnutí populace na základě principů.“

Malíková (2011) uvádí zmíněné principy:

- Celoživotní přístup: zaměřen na zdraví a prevenci nemoci. Ale také vzdělávání, zaměstnanost, bydlení, hmotné zabezpečení nebo sociální participaci.
- Partnerství vlády a samosprávy: je důležité pro zdravé, důstojné a aktivní stáří, mělo by podpořit naplnění stanovených cílů a odpovídat regionálním potřebám.
- Mezigenerační vztahy a soudržnost: jsou důležité a je třeba udržovat tyto dobré vztahy a přejímat od starších osob jejich životní zkušenosti.
- Zvláštní pozornost věnovaná znevýhodněným a zranitelným skupinám: např. osobám ohroženým svým stavem (osoby s demencí, duševně nemocní, migranti) nebo následky životních traumat (váleční veteráni, oběti totalitních režimů).
- Genderový přístup: rozdíly mezi muži a ženami se promítají do všech oblastí našeho života a je třeba zohlednit rozdílné potřeby, rizika a specifika žen a mužů.
- Dialog s občanskou společností a sociálními partnery: zapojení starších osob do spolupráce i s neziskovými organizacemi může přispět k většímu zapojení do řešení otázek, které se osob ve vyšším věku týkají.
- Odpovědnost jednotlivce a společnosti: všichni se podílíme na aktivním zapojení se do společnosti a kvalitě života ve stáří. Společnost má poskytovat všem stejné podmínky a lidé mají být aktivní a usilovat o své místo ve společnosti.
- Snižování sociálních a geografických rozdílů: všichni lidé mají stejná práva na služby, produkty a zdravotní péči, proto by měly být dostupné ve stejné kvalitě bez územních rozdílů, především mezi městem a venkovem.
- Politika podložená důkazy: je důležité vycházet z výzkumných priorit stanovených v Programu výzkumu v oblasti stárnutí pro 21. století pro tvorbu opatření ke kvalitnímu životu ve stáří.
- Důstojnost: její dodržování znamená rovný přístup všech starších občanů k uspokojení jejich duchovních a kulturních potřeb, podporu aktivní nezávislosti. Brání omezení a umožňuje jim svobodnou volbu.
- Informovanost a mainstreaming: zohlednění demografického stárnutí a potřeb starších lidí v činnosti různých subjektů může vést k opatřením, která zlepší kvalitu života vícepočetné skupině starších lidí.

3. KVALITA POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V POBYTOVÝCH ZAŘÍZENÍCH PRO SENIORY

Pojem kvalita je v současnosti velmi rozšířený, ale v oblasti sociálních služeb je to termín vcelku mladý. Jeho význam je velice důležitý, protože jeho definice předurčuje, zda lze nebo nelze kvalitu měřit (Horecký in Malíková, 2011).

Malíková (2011) uvádí obecnou definici kvality dle Mikulkové (2008: 73): „Kvalita je dělat správné věci správným způsobem.“

Definice kvality je často spojována s následujícími oblastmi:

- spokojenost klienta;
- reakce na potřeby klienta;
- vysoká odborná úroveň péče;
- cenová přiměřenost;
- odpovídající prostředí;
- bezpečí;
- kontinuita péče;
- dostupnost (Mikulková in Malíková, 2011).

Dle Malíkové (2011) je možné měřit kvalitu mj. dle následujících způsobů:

- Standardy kvality sociálních služeb;
- Supervize, intervize;
- Systémy kvality {Systém managementu jakosti ISO 9000 (International Organization for Standardization), TQM (Total Quality Management), EFQM, E-Qalin, Controlling, Balanced Scorecard aj.}
- Benchmarking (znamená učit se a zlepšovat zařízení tím, že si legálně vypůjčí to nejlepší od těch nejlepších a adaptuje a dále zlepšuje jejich vyzkoušené metody a nástroje) ;
- Vizitace péče;
- Stížnosti;
- Sebehodnocení.

Koncepce kvality je popsána ve Věstníku MZ ČR (06. 1998) jako podstata akreditací. Růst kvality je náročný a trvalý proces, při jehož realizaci mohou sociální a zdravotnická zařízení použít program kontinuálního zvyšování kvality, který je tvořen čtyřmi základními druhy činností: plánování, provedení, kontrolování a pokračování (Malíková (2011)).

3.1 STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Matoušek (2007: 125) píše: „Kvalitu služby je možné garantovat tím, že bude prověřena podle předem definovaných – nejlépe měřitelných – parametrů. Definovat tyto parametry je relativně jednodušší pro určité skupiny podobných služeb (nizkoprahová zařízení pro děti a mládež), resp. pro jednotlivé typy služeb (domovy pro seniory).“

Malíková (2011) uvádí, že sociální standardy mají zaručovat určitou úroveň kvality služeb, ale i přesto nemusí jít o úplně objektivní hodnocení.

I při dodržení všech kritérií nemusejí být služby hodnoceny uživatelem jako kvalitní a to ze dvou důvodů:

- Standardy jsou určeny pro všechny druhy služeb a nerozlišují jejich specifické odlišnosti.
- Pojem kvalita je chápán rozlišeně a až budou standardy splňovat všichni poskytovatelé, budou jako „kvalitní“ hodnoceni ti, kteří budou poskytovat nadstandardní služby.

Formulovat standardy mohou poskytovatelé spolu s uživateli a zřizovateli služby. Jelikož standardy mají sloužit jako metodický nástroj inspektorům kvality a mají orientovat uživatele služeb, je třeba, aby za jejich konstrukci a konečnou podobu odpovídali experti s dostatečnou způsobilostí v metodologii výzkumu (Matoušek, 2007).

Matoušek (2007: 125) říká: „Standardy jsou vždy pokusem o formulaci ideálu dobré praxe.“

Kritéria kvality mají charakter objektivně zjištěných dat (kolik obyvatel spolu žije na pokoji, kdy se vydávají obědy), jiná jsou subjektivnější a hodnocení jejich naplňování je závislé na postoji hodnotícího (kritéria týkající se lidské důstojnosti). Proto je nutné, aby se k nim mohli vyjadřovat nezávislí odborníci, klienti, popř. jejich příbuzní (Matoušek (2007)).

Matoušek (2007: 126) píše: „Jednotlivá kritéria standardů jsou seskupována do okruhů. Payne a spolupracovníci (1994) ve své příručce pro hodnocení domovů pro staré lidi použili následující členění.“:

Kvalita prostředí

- Uspořádání budovy
- Vnější vzhled
- Vnitřní vzhled
- Vybavenost a přizpůsobení potřebám obyvatel
- Zdravotní nezávadnost
- Hygiena stravování
- Protipožární prevence
- Bezpečnost prostředí pro obyvatele
- Atmosféra
- Integrace do společnosti.

Kvalita personálu

- Pravidla výběru a přijímání pracovníků
- Prosazování postupů odpovídajících „dobré praxi“
- Pracovní angažovanost
- Posuzování vzdělávacích potřeb pracovníků
- Podpora začínajících pracovníků
- Dohled a podpora u všech pracovníků
- Školení a vzdělávání všech pracovníků
- Školení vzdělávání vedoucích pracovníků
- Podpora týmové spolupráce
- Využívané zdroje proškolení a vzdělávání.

Kvalita péče

- Respekt k právům obyvatel
- Realizace práva na vlastní volbu
- Podpora nezávislosti a svébytnosti
- Omezující opatření
- Ochrana soukromí a osobních informací
- Pružnost postupů
- Spolupráce s jinými organizacemi
- Aktivizace a stimulování obyvatel
- Postoj k rodině a přátelům
- Respektování emocionálních potřeb.

Kvalita řízení

- Formulování cílů a metodik práce
- Existence postupů pro hodnocení potřeb klientů a plánování péče
- Řízení péče
- Zacházení s léky
- Vedení záznamů
- Monitoring péče
- Vnější vztahy řízení
- Styl řízení
- Řízení ekonomiky
- Ekonomické plánování.

Matoušek (2007: 127) píše: „Standardy kvality sociálních služeb (2002) užívané v ČR pomáhali českým zpracovatelům vytvářet výše citovaní autoři Chris Payne a Andrea Tailor v rámci česko-britského projektu na podporu MPSV při reformě sociálních služeb.“

Dále Matoušek (2007) konstatuje, že ideálem dobré praxe byla podpora nezávislosti a osobního růstu uživatele služeb, respekt k jeho právům, poskytnutí efektivní pomoci při řešení náročné životní situace.

Standardy se dělí do tří okruhů:

Procedurální standardy

- Cíle způsoby poskytování služeb: směřuje k tomu, aby lidé nebyli vylučováni ze svých přirozených vazeb a mohli uplatňovat svou vůli
- Ochrana práv uživatelů: jsou definovány oblasti a pravidla zamezující ohrožení práv uživatelů
- Jednání se zájemcem o službu: organizace informuje o svých službách, uzavírá s klientem dohodu, dává možnost klientovi formulovat osobní cíle, stanovuje pravidla pro odmítnutí zájemce
- Dohoda o poskytování služeb
- Plánování a průběh poskytovaných služeb
- Osobní údaje
- Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování služeb
- Návaznost na další zdroje: spolupráce s dalšími organizacemi, rodinou apod.

Personální standardy

- Personální zajištění služeb: struktura a počet pracovních míst, kvalifikační a jiné předpoklady
- Pracovní podmínky a řízení poskytovaných služeb: týká se pracovních podmínek, externích spolupracovníků
- Profesní rozvoj pracovníků a pracovních týmů: komunikace mezi pracovníky a vedením, hodnocení pracovníků, další vzdělávání, supervize
-

Provozní standardy

- Místní a časová dostupnost služby
- Nouzové a havarijní situace
- Zajištění kvality služeb: kontrola služby organizací, naplňování osobních cílů klienta, stížnosti jsou využívány ke zkvalitňování služeb, jsou využívány šetrné postupy k životnímu prostředí
- Ekonomika: organizace má rozpočet na kalendářní rok, vytváří a zveřejňuje výroční zprávu obsahující příjmy a výdaje. Jsou stanovena pravidla pro přijímání darů.

Inspekci kvality sociálních služeb a dodržování standardů provádí krajský úřad a MPSV.

Malíková (2011) uvádí řadu **činností, které inspekce používá k posouzení kvality služeb**:

- prohlídka zařízení
- studium osobní dokumentace respondentů a dalších uživatelů
- ověřování podmínek registrace
- základní postupy zjišťování kvality služby během inspekce
- rozhodování o použití jednotlivých postupů
- rozhovor s náhodně vylosovanými respondenty
- rozhovor s referujícími zaměstnanci
- rozhovor s dalšími zaměstnanci
- rozhovor se zaměstnanci v přímé péči
- rozhovor s uživateli bez náhodného výběru
- pozorování

- návštěva společných aktivit v zařízení
- přítomnost v místnostech běžného provozu
- analýza dokumentace kontrolované osoby.

3. 2 SUPERVIZE

Supervize je dalším nástrojem pro zvyšování kvality poskytovaných služeb. Nastavuje zrcadlo nejen v oblasti úrovně péče, ale systematicky vede ke zlepšování kvality Malíková(2011).

Venglářová (2007) uvádí, že prioritou supervize je profesionální rozvoj pracovníků, zejména v následujících oblastech:

- rozšiřování a získávání nových dovedností
- pomoc při řešení obtížných případů
- zvládání emočně náročných a stresujících situací
- vzdělávací funkce, především u studentů a začínajících pracovníků.

Malíková (2011) píše, že správně prováděná supervize, kromě zvyšování kvality, může pomoci s řešením mnoha problémů na pracovišti, např. v interpersonálních vztazích, v prevenci syndromu vyhoření, zaškolování nových pracovníků nebo celých týmů. Podporuje také sjednocení kolektivu.

Supervizi objednává management, ale mělo by se tak dít po dohodě s pracovníky, protože je nutná jejich spolupráce a aktivní zapojení, jinak postrádá supervize svůj smysl.

Formy supervize : dle počtu supervidovaných:

- individuální
- skupinová
- týmová – zahrnuje všechny členy kolektivu
- interní
- externí
- pravidelná
- příležitostná
- krizová
- vzájemné konzultování dvou kolegů

- intervize (peer – supervize) – setkání bez supervizora
- autovize (sebesupervize) – sebereflexe (Venglářová 2007).

Ve zdravotnictví je rozšířená systematická metoda supervize – **Balintovská skupina**.

Práce v ní má standardní postup v pěti fázích.

- a. představení případu: podrobný popis situace, která je pro pracovníka obtížná, sdělení, o co se už pokusil.
- b. otázky ostatních
- c. fantazie: k probíranému klientovi a pomáhajícímu pracovníkovi (jak se cítí, obavy, potřeby)
- d. praktické náměty na řešení: předkladatel stále naslouchá
- e. vyjádření protagonisty: shrnutí postupů, které předkladatele zaujaly. Na závěr je možné vyjádřit podporu a nabídnout pomoc (Venglářová 2007).

4. INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ PRŮBĚHU SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Malíková (2011: 157) konstatuje: „Před vstupem v platnost zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhlášky č. 505/2006 nebyla klientům v pobytových zařízeních poskytována péče individualizovaně. Měla charakter rutinně vykonávaných činností, které byly prováděny jednotným způsobem, systémem skupinové péče.“

Dále Malíková (2011) podotýká, že současná situace v zjišťování potřeb a individuálního plánování zatím není na odpovídající úrovni. Je třeba změnit úhel pohledu mnoha pracovníků, pro které je zákonná povinnost poskytovat klientům služby na základě individuálního plánování zatím málo srozumitelná, obtížná a složitá. Mnoho pracovníků se domnívá, že pečují o klienty stále stejně kladně, na bázi zájmu a osobní zainteresovanosti a povinné zjišťování potřeb, individuální plánování a vedení dokumentace vnímají jako zbytečnou zátěž navíc.

Naopak individuální plánování a stanovení osobního cíle pro klienta znamená:

5. individualizovaný, holistický přístup
6. individuální úprava režimu v zařízení vyhovující klientovi a jeho předchozím návykům či změněným potřebám daným např. zhoršeným zdravotním stavem apod.
7. dostatek informací o službách a jejich dostupnost a aktuálnost
8. vyšší důvěra k zařízení a pracovníkům
9. dodržování lidských práv klienta
10. vytvoření prostoru k naplnění další životní etapy
11. aktivní zapojení klienta na základě společné dohody a jeho spoluúčast na plnění osobního cíle
12. zvýšený respekt klienta
13. individuální přístup pracovníků ke klientovi, který zvyšuje jeho soběstačnost a zainteresovanost
14. není snížena důstojnost klienta, jeho seberepekt
15. u klienta nevzniká pocit nepochopení okolím
16. zvýšení spokojenosti klienta se službami a přístupem pracovníků
17. vyšší pocit jistoty, důvěry a bezpečí klienta – dle hodnocení plnění plánu.

4. 1 ČINNOST PRACOVNÍHO TÝMU PŘI INDIVIDUÁLNÍM PLÁNOVÁNÍ

Malíková (2011: 160) píše, že: „Zcela zásadním faktorem ovlivňujícím úspěch či neúspěch individuálního plánování je správně organizovaná a hladce fungující činnost celého pracovního týmu. Proto je v pátém standardu zdůrazněno, že jde o zcela nový způsob komunikace a spolupráce všech pracovníků, kteří se na zajištění péče a poskytování sociální služby klienta podílejí.“

Funkční týmová spolupráce vyžaduje:

- kontinuální předávání informací, výsledků pozorování
- výměna zkušeností
- vzájemné konzultace a pomoc
- poskytování vzájemné podpory a pomoci

Týmová spolupráce má charakter činnosti tzv. multidisciplinárního týmu, ten je složen z:

- koordinátora (obvykle vedoucí sociální pracovník, zodpovídá za plynulou realizaci a funkčnost individuálního plánování, vybírá klíčového pracovníka pro klienta a sleduje jeho činnost)
- moderátora (pracovník, který řídí průběh pracovních porad)
- sociálních pracovníků
- pracovníků v sociálních službách – klíčoví pracovníci
- důvěrníků klienta
- všeobecných sester
- aktivizační sestry
- fyzioterapeuta a ergoterapeuta
- pracovníků pro volnočasové aktivity
- psychologa a dalších pracovníků v zařízení

Přizváni mohou být dle potřeby:

- nutriční terapeut
- příbuzní, přátelé klienta
- duchovní spolupracující se zařízením
- logoped

- praktický či jiný odborný lékař
- technicko – hospodářský pracovník
- pracovník údržby, úklidu
- vedoucí (ředitel) zařízení
- osoby vykonávající sjednané služby klientům (Malíková, 2011).

4. 2 POTŘEBY A OSOBNÍ CÍLE UŽIVATELŮ

Potřeba je projevem určitého deficitu či strádání, jehož odstranění je potřebné a je velký předpoklad, že saturace potřeby povede ke zlepšení stavu člověka nebo zvýšení jeho spokojenosti (Trachytová in Malíková, 2011).

Ve zdravotnictví, především v ošetrovatelství a v oblasti sociálních služeb, je nejvíce rozšířeno členění potřeb podle Maslowa, nazývané také Maslowova pyramida. Starý člověk, který trpí poruchami mnoha vyšších nervových funkcí: myšlení, orientace, učení, musí volit náhradní způsoby uspokojování svých potřeb (Venglářová, 2007).

Malíková (2011) říká: „Zjištění pořadí potřeb uživatele, míra deficitu v jejich saturaci a nalezení vhodného způsobu jejich doplnění je základním úkolem klíčových pracovníků. Uspokojení potřeb má zásadní význam při tvorbě individuálního plánu a dosažení spokojenosti uživatele během pobytu v zařízení nebo při jakémkoliv jiném způsobu poskytování sociální služby.“

Osobní cíl vyjadřuje konkrétní individuální přání klienta – cíl, kterého by chtěl dosáhnout.

Je významně ovlivněn předchozím životním stylem klienta, jeho návyky a typem osobnosti. Úzce souvisí s jeho hodnotami, celoživotními preferencemi a idejemi.

Zapojení do určení osobního cíle začíná už během prvního kontaktního rozhovoru se sociálním pracovníkem, při jednání se zájemcem o službu. Poskytovatel musí srozumitelně informovat zájemce nejen o službě, ale také o tom, že si musí stanovit svůj osobní cíl a že mu služba bude poskytována podle společně vytvořeného individuálního plánu.

Osobní cíl je formulován po oboustranném ujasnění situace, kdy klient sdělí svůj požadavek a představu o svém cíli a sociální pracovník posoudí jeho reálnost vzhledem k možnostem splnění v podmínkách daného zařízení. Zároveň musí být zájemce informován o tom, že může svůj cíl změnit (Malíková, 2011).

Venglářová (2007) píše, starý člověk nebo jeho rodina většinou neví, podle jakých kritérií by si měli vybrat konkrétní domov důchodců. Ideální by bylo, pokud by si mohli vybrat z pestré nabídky zařízení různého zaměření.

Různé osobní cíle klientů nemohou být vždy uspokojeny ve všech zařízeních.

Iva Holmerová, zakladatelka ČALS (Česká alzheimerovská společnost), uvedla kritéria, která je třeba sledovat při rozhodování o ústavním zařízení.

- Je zařízení otevřené pro návštěvy bez omezení?
- Cítíte se při prohlídce zařízení příjemně a jste vstřícně přijímáni?
- Usmívají se pracovníci a dorozumívají se pohledem s klienty?
- Vypadá zařízení dobře, uklizeně, není tu něco nepříjemného cítit?
- Snažit se zařízení vidět v době podávání jídla, pomáhá personál těm, kteří při jídle potřebují pomoc?
- Podívejte se, jak funguje komunikace mezi jednotlivými pečujícími profesemi.
- Je možné umístit klienta pouze na zkoušku?
- Zeptejte se a nechte si ukázat jednotlivé aktivity, které jsou určeny klientům.
- Snaží se pečující podporovat samostatnost klientů?
- Jak se respektuje důstojnost seniorů? Jsou hezky upravení, jak je personál oslovuje?
- Snažte se komunikovat s co největším počtem zaměstnanců, na postoji k vám se nejlépe ukáže postoj ke klientům.
- Jak spokojeně klienti vypadají? Jsou spokojeni skutečně jako doma?
- Budete moci pohodlně a často seniora navštěvovat?

4. 2. 1 Zjišťování individuálních potřeb klientů

Malíková (2011) uvádí postup vhodný pro zjišťování potřeb s ohledem na respektování individuality klientů:

- Nejprve získat z dostupných zdrojů co nejvíce informací o klientovi.
- Srozumitelně vysvětlit klientovi přínos individuálního plánování v klidných podmínkách k rozhovoru.
- Během kontaktu s klientem pracovat na získání jeho důvěry, chovat se profesionálně, klidně, s rozvahou.
- Zjišťování potřeb a návrh činností krátkodobého a dlouhodobého individuálního plánu rozdělit do etap, dopřát klientovi čas na přemýšlení.
- Při rozhovoru nedávat klientovi najevo, jaké informace již o něm máme. Nedotýkat se necitlivě osobních oblastí.
- Při edukaci klienta informovat, že může cíl změnit a pokud se změní některé důležité okolnosti (zdravotní stav, mobilita), musí být cíl aktuálně upraven. Dohodnout termín další schůzky.
- Na další schůzce projednat s klientem jeho představy o osobním cíli a na jeho základě rámcově projednat činnosti pro krátkodobý a dlouhodobý plán.
- Formulovat s klientem jeho osobní cíl a vypracovat komplexní návrh činností. Pokud souhlasí, zapsat je přesně do dokumentace a specifikovat maximálně konkrétně popis činností, frekvenci a dobu provádění, místo činnosti, kteří pracovníci se budou na činnostech podílet, v jakém rozsahu se bude angažovat sám klient, které další osoby budou zapojeny, termín hodnocení a kontroly plnění plánu, předpokládané problémové oblasti a preventivní opatření k jejich minimalizaci a jak budou při hodnocení posuzovány.
- Dodržet termíny hodnocení a kontrol, pokud nelze hodnocení provést, informovat klienta předem, omluvit se a dohodnout jiný termín.

Komunikace se seniorem

Při hovoru na důvěrné téma je třeba dodržovat následující zásady:

1. Téma hovoru určuje klient.
2. Volí také dobu. Musí být dostatek času.
3. Prostředí k hovoru má být klidné, což zajišťuje soukromí.
4. Předem se domluvte, jak naložíte s důvěrnými informacemi (Venglářová, 2007).

Venglářová (2007) dále uvádí přehled obtíží, které je třeba mít na paměti při komunikaci s klientem trpícím demencí:

- nezapamatování si informací,
- stálé dotazy,
- ztráta schopnosti porozumět slovům,
- tvorba nových slov, zaměňování výrazů,
- poruchy vyjadřování,
- netrpělivost,
- fabulace, vymyšlení si,
- v konečných fázích mutismus (němota).

4. 2. 2 Metody zjišťování potřeb a cílů u nekomunikujících klientů

Malíková (2011) píše, že zjišťování a naplňování potřeb a cílů u nekomunikujících, nebo klientů s problémy v komunikaci může efektivně probíhat pouze tehdy, pokud se užití vhodné alternativní komunikační prostředky, techniky a způsoby. Tento problém ale není zatím uspokojivě řešen také proto, že porucha komunikace je ve většině případů klientů v pobytových zařízeních spojena s poruchou vědomí.

Mnoho pracovníků se domnívá, že nekomunikující a neorientovaní klienti si svou situaci neuvědomují a nemají žádné potřeby. Zjišťování potřeb je potom pracovníky bagatelizováno a omezováno na uspokojování pouze základních biologických potřeb, které mohou být velice kvalitně v rámci základní ošetrovatelské péče zajištěny, což ovšem nestačí. A pracovníci často považují další iniciativu u těchto klientů za zbytečnou.

Tato situace má několik příčin:

- Nedostatek informovanosti pracovníků o podvědomém vnímání klientů.
- Obtížné určení míry vnímání klientů.
- Malý zájem nebo bezradnost pracovníků při kontaktu s nekomunikujícím klientem.
- Nízké využívání emoční inteligence, zejména empatického přístupu.

- Neznalost augmentativních a alternativních komunikačních technik a i při znalosti jejich nedostatečné využívání.
- Neznalost intuitivních technik.
- Ojedinelé či žádné používání speciálních terapeutických technik podporujících aktivizaci klienta (koncept bazální stimulace, kraniosakrální terapie, zooterapie aj.) .

5. AKTIVIZAČNÍ METODY PODPORY KLIENTA

Celkový stav klienta je možné většinou podstatně zlepšit, to se promítne úbytkem zdravotních problémů a z nich vyplívajících omezení, zlepšuje se kvalita spánku, snižuje vnímání bolesti. Zlepšují se také kognitivní funkce, psychický stav a emoční prožívání. Přináší jim podstatně vyšší kvalitu života v jeho poslední etapě.

- **KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE:** podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Vychází z toho, že pohyb, vnímání a komunikace se navzájem ovlivňují. Neodmyslitelnou součástí, je včasné zahájení rehabilitace.

Při realizaci stimulace musí být dodrženy základní zásady (před zahájením a po ukončení musí být klient stejně osloven, začátek a konec je spojen s provedením tzv. iniciálního dotyku na stejném místě klientova těla, mluvit je třeba zřetelně, nezvyšovat hlas, nepoužívat neznámé a odborné výrazy, při péči hovořit zásadně na klienta, eliminovat běžný provozní hluk a vytvořit prostor, aby klient mohl reagovat na slova pečujícího.

Pozorný pracovník registruje, zdali se klient cítí příjemně či nepříjemně, pomocí různých symptomů.

Prvky bazální stimulace jsou: **somatická** (zprostředkování vjemů klientovi z jeho vlastního těla doteky terapeuta), **vestibulární** (k uvědomění klienta své lineární, rotační i statické polohy hlavy), **vibrační** (ke stimulaci kožních receptorů pomocí hudebních nástrojů, vibračního lehátka, lidského hlasu), **optická** (zrakový vjem, vložení známého předmětu, slouží k poznání okolního světa), **auditivní** (stimulace s využitím známých zvukových podnětů – řeč, hudba a zpěv), **orální** (chuťovým prožitkem), **olfaktorická** (pomocí známých vůní a pachů), **taktilně-haptická** (kdy ruka umí rozeznat hmatem mnoho předmětů, vkládají se tedy klientovi do rukou známé předměty) Malíková (2011).

- **KRANIOSAKRÁLNÍ TERAPIE:** je jemná manuální metoda léčby celého těla, kdy terapeut používá jemného doteku a podporuje tak uvolnění. Aplikuje se na masážním lehátku v poloze na zádech Malíková (2011).
- **ZOOTERAPIE:** posláním zooterapie je přispět ke zlepšení kvality života osob a k jejich zlepšováním zdravotního a psychosociálního stavu. Dále pak využívat pozitivního působení kontaktu se zvířetem nejen k terapii, ale i k relaxaci.
1.hiporehabilitace - speciální terapie za využití koní, **2. canisterapie** -

speciální terapie za využití psů, **3. ornitoterapie** - speciální terapie za využití papouška (<http://konicekcb.webnode.cz/zooterapie/>).

- **MUZIKOTERAPIE:** je cílené využívání zvuků a hudby k terapeutickým účelům. Hudba evokuje vzpomínky, asociace klienta a zpřístupňuje nevědomý materiál. V tradiční podobě receptivní muzikoterapie se před samotným poslechem hudby aplikovala vstupní relaxace, která usnadňovala vynoření představ, myšlenek, vzpomínek a různých imaginací. Po poslechu následoval rozhovor, zpracovávání pocitů a symbolů, které se při poslechu objevily (www.muzikoterapie.cz).
- **DRAMATERAPIE:** je léčebně – výchovná disciplína, v níž převažují skupinové aktivity, využívající divadelní a dramatické prostředky k dosažení úlevy, zmírnění problémů a dosažení růstu a integrace osobnosti. Dramaterapie zapadá do systému arteterapie v širším pojetí (Valenta, 2006).
- **SKUPINOVÉ ČINNOSTI:** lze provádět s různými druhy skupin starých lidí, ale také především se skupinou seniorů s demencí. Zatímco u těchto lidí obvykle dochází ke ztrátě krátkodobé paměti a dovedností, jakou je třeba oblékání kusů oděvu ve správném pořadí, mnozí z nich si zachovávají dovednosti, jimž se naučili v raném věku (hra na klavír, texty písní, tanec, společenské dovednosti a chování, srdečnost..) Jednou z nejničivějších fází demence je období, kdy si mnozí uvědomují dezintegraci své mysli. Nikdy tedy nesmíme dávat dohromady tyto lidi s lidmi, kteří si svoji demenci neuvědomují. Ve smíšených skupinách by se tak setkali lidé s odlišnými dovednostmi a lidem, kteří si svůj stav uvědomují, by to drasticky připomínalo to, co je čeká. Důsledkem by byla bolest a smutek. Mezi skupinové činnosti patří interakce, hry se slovy a kvízy, cvičení a relaxace, vnímání a orientace, každodenní dovednosti a rady, večírky a výpravy mimo domov atd. (Walsh, 1993).

5. 1 MOŽNOSTI V KOMUNIKACI S NEKOMUNIKUJÍCÍMI KLIENTY, KLIENTY S PORUCHOU ŘEČI A VĚDOMÍ A S DEMENCÍ

- **REMINISCENCE:** je technika záměrného vyvolávání a vedení vzpomínek klienta a podporování jejich rozvoje. Vzpomínání na všechny klientovi důležité životní události (rodinný život, manželství, výchova dětí, práce, zájmy). Pomocnými prostředky jsou staré fotografie, alba, časopisy, osobní vzpomínkové předměty, symbolika významných svátků. Klienti je mohou mít ve svých „vzpomínkový krabicích“. Pracovník nechá klienta vybrat předmět, vzpomínat a vyprávět, naslouchá, je empatický. Nejvhodnější je vzpomínat na období mládí a středního věku. Metoda nenahrazuje psychoterapii a neměla by zasahovat do bolestných a nepříjemných témat.
- **VALIDAČNÍ TERAPIE:** je určena pro přístup k osobám s demencí. Podstatou je teorie, že každé chování osoby s demencí má svou příčinu v nezpracovaných emočních prožitcích z minulosti. Základním principem je umět správně hodnotit vzdálené emocionální příčiny a přijmout je. Cílovou skupinou jsou osoby nad 80let bez duševního onemocnění. Tito lidé se snaží na sklonku života vyrovnat se svými prožitky a je jim oporou přítomnost jiné osoby, která jim naslouchá, akceptuje je a poskytne pomoc vyrovnat se s prožitky.
- **REZOLUČNÍ TERAPIE:** je vhodná pro klienty s pokročilým stádiem demence, které si již nejsou schopny uvědomovat realitu. Podstatou je to, co se děje nyní. Je třeba mít dostatek informací o klientově minulosti a umět z ní vyvodit veškeré projevy v chování, protože díky zachované dlouhodobé paměti, se minulost projevuje v současnosti.
- **PRETERAPIE:** je psychotherapeutická metoda, jejíž podstatou je „reagování na klienty“. Využívá se u klientů, s nimiž není možné navázat kontakt běžným způsobem. Metoda vychází s rogersovsky orientované terapie zaměřené na klienta. Klientovi umožňuje pocit společného zážitku a reagování na klienty se provádí pomocí slovního, zvukového a pohybového zrcadlení chování klienta Malíková (2011).

5. 2 ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKAČNÍ TECHNIKY

- čili doplňující a náhradní komunikace, využívá **piktogramy**, zahrnuje posunkovou řeč, prstovou abecedu, standardně užívaná gesta.

- **USNADŇOVANÁ KOMUNIKACE:** cílem je umožnit nekomunikujícím osobám vlastní vyjádření prostřednictvím obrázků, písmen, slov, předmětů. Je prováděna ve spolupráci s komunikačním partnerem, ten drží klienta za ruku a doprovází jeho pohyb k předmětu, nevede ho. Slouží k sebevyjádření z hlubšího vědomí i nevědomí u osob s autismem, s kombinovanými vadami, Downovým syndromem, s DMO, u osob v kómatu, s Alzheimerovou či Parkinsonovou chorobou Malíková (2011).

V závěru teoretické části bych chtěla říci, že vše, co jsem napsala z odborné literatury má sloužit k zorientování s v problematice a utvoření správné představy, jak má praxe vypadat. Doufám, že v mnou zkoumaném DPS a DZR v Boskovicích identifikuji prvky dobré praxe.

PRAKTICKÁ ČÁST

6. METODOLOGIE

6.1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY

V praktické části své bakalářské práce jsem se snažila co nejlépe popsat, dle odborné literatury, problematiku stáří a jednu z možných variant kvalitního dožití života člověka a to v domově pro seniory. Popsala jsem pojmy stáří a stárnutí, Alzheimerova choroba, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem. Věnovala jsem se kvalitě poskytovaných sociálních služeb v pobytových zařízeních pro seniory, standardům kvality a supervizi. V dalších kapitolách jsem popsala metody sociální práce s klientem, zjišťování potřeb seniorů a individuální plánování průběhu sociální služby. Uvedla jsem především také aktivizační metody podpory klienta.

Moje práce je určena pro studenty, sociální pracovníky, zdravotní sestry, pracovníky přímé obslužné péče a další pracovníky v oblasti sociálních služeb, kteří se zajímají o problematiku seniorů, nebo kteří v této oblasti pracují. Mým cílem je popsat, jak by sociální služba domova pro seniory měla vypadat a především ukázat, že popsaný model a možnosti je možné uvést do praxe, a proto jsem chtěla detailně představit Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem v Boskovicích.

Moje práce může přinést informace také pro veřejnost, protože většiny lidí se týká nebo bude týkat otázka stáří, nemohoucnosti vlastní či našich rodičů či prarodičů, kterým chtějí dopřát kvalitní, důstojné, spokojené a plnohodnotné dožití sklonku života.

V neposlední řadě by mohl hloubkový popis zařízení posloužit jako možný vzor dalším domovům pro seniory, protože kvalita domovů pro seniory v ČR je značně různá.

Ve své výzkumu se věnuji popisu Domova pro seniory a Domova se zvláštním režimem v Boskovicích (dále jen DPS a DZR), kam jsem docházela na návštěvy klientů, rozhovory s pracovníky a prováděla pozorování.

Pro svůj výzkum jsem si vzhledem k jeho zaměření, tj. podrobnému popisu DPS a DZR v Boskovicích, zvolila formu kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum získává informace nestandardizovaným způsobem a tyto informace tak mohou být podrobnější a srozumitelnější, zkoumaný vzorek není reprezentativní, ale je prozkoumáván v širším okruhu (Hendl, 1999).

Jsem přesvědčena, že kvalitativní výzkum je vhodný k popisu DPS, pozorování tohoto prostředí a k rozhovorům s klienty a pracovníky zařízení.

6. 2 VÝZKUMNÁ OTÁZKA

Cílem kvalitativního výzkumu mé bakalářské práce je odpovědět na následující výzkumnou otázku: „Jakými metodami, prostředky a podmínkami je vytvářeno kvalitní prostředí a služby Domova pro seniory a Domova se zvláštním režimem v Boskovicích, pro plnohodnotný a spokojený život klientů?“

Předpokládám, že informace, které jsem uvedla v teoretické části práce a které souvisí s mým výzkumem, identifikuji při realizaci kvalitativního výzkumu v mnou zkoumaném DPS a DZR v Boskovicích.

6. 3 VYMEZENÍ VÝZKUMU

Abych se mohla vyčerpávajícím způsobem pokusit zodpovědět výzkumnou otázku, použila jsem kvalitativní výzkum, který mi lépe umožní zjistit a pochopit podstatu a jednotlivosti zkoumaného prostředí DPS a DZR, nežli výzkum kvantitativní. Konkrétně jsem použila metodologickou triangulaci, tj. kombinaci metody rozhovoru, studia dokumentů a zúčastněného pozorování.

Disman (2000: 289) konstatuje, že: „Posláním kvalitativního výzkumu je porozumění lidem v sociálních situacích.“

Já jsem se snažila porozumět lidem, jejich životu a potřebám v DPS, což je cílem mého výzkumu.

Kvalitativní výzkum jsem si zvolila také proto, že v DPS a DZR je omezený počet klientů, se kterými je možné provést rozhovor, vzhledem k množství klientů postižených demencí

a Alzheimerovou chorobou. Vzhledem k těmto faktům není ani možné získat dostatečné množství respondentů pro výzkum kvantitativní.

6. 4 CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Cílovou populací mého kvalitativního výzkumu jsou dvě skupiny osob. První skupinou jsou klienti DPS . Jsou to klienti různého věku, vzdělání, pohlaví, míry soběstačnosti, různého zdravotního stavu a postižení.

Druhou skupinou jsou pracovníci DPS a DZR. Mým cílem bylo vybrat k rozhovoru po jednom pracovníkovi, ale v zastoupení z péče jak zdravotní, tak psychosociální. Rozhovor jsem provedla s vedoucí úseku přímé obslužné péče, zdravotní sestrou bez odborného dohledu, pracovnící přímé obslužné péče v DPS. Dále s vedoucí pracovnící oddělení DZR, pracovnící přímé obslužné péče DZR a s aktivizační pracovnící.

Výběr vzorku z cílové populace jsem provedla za pomoci paní vedoucí úseku přímé obslužné péče, protože ona klienty zná a ví, kteří klienti jsou orientovaní, komunikující a schopní a ochotní k rozhovoru. Stejně tak mě nasměrovala k těm zaměstnancům, kteří měli velký přehled, zájem o svoji profesi a chuť mi svoji práci představit a podělit se o zkušenosti.

6. 5 METODA SBĚRU DAT

Informace pro svůj výzkum jsem v DPS a DZR jsem získala kvalitativní metodou. V případě mého výzkumu se jedná o případovou studii.

Podle Hendla (1999) lze v případové studii použít mnoho přístupů, od volných nestandardizovaných až po předem určené strukturované. Nástroje sběru dat se kombinují a dochází k jejich prostupování. Využila jsem metodologické triangulace, tedy kombinace metody rozhovoru, studia materiálů, a zúčastněného pozorování.

Rozhovory s klienty jsem zaměřila pokud možno na většinu oblastí života klienta v DPS. Ptala jsem se, jak jsou v domově spokojení, zda tu mají přátele, jestli je navštěvuje rodina, jak jsou spokojení s personálem a jak probíhají jejich dny. Jaký si vytyčili cíl ve svém individuálním plánu a zda se zúčastňují aktivizací a akcí v domově. Rozhovory jsem prováděla mnoho hodin, byly velice obsáhlé a proto je nepřepisuji, ani

neuvádím celé, ale vytáhla jsem pouze nejpodstatnější informace týkající se individuálního plánu, cíle a aktivizací.

Hendl (1999) uvádí, že se rozhovor dle návodu odvíjí podle předem připravené osnovy, ve které je stanoveno, která témata chce výzkumník probrat a na co se chce konkrétní osoby ptát. Návod zajišťuje především to, že na některé dotazy nezapomene a v rozhovoru se bude věnovat všem podstatným oblastem zvolených pro výzkum.

Já jsem si otázky připravila, všechny mi byly zodpovězeny, ale rozhovory byly tak zajímavé a tazatelé ochotní hovořit se zájmem, že se rozvinuly mnohem více a staly se z nich rozhovory nestandardizované, proto jsem informace shrnula.

Doufám, že informacemi získanými kvalitativním výzkumem naplním cíl svého výzkumu a přinesu tak čtenářům zajímavé informace o tom, jak může vypadat domov pro seniory a práce s jeho klienty.

7. ANALYTICKÁ ČÁST

7.1 CHARAKTERISTIKA DOMOVA PRO SENIORY

Posláním domova pro seniory je poskytování pobytové služby, jako důstojné náhrady za běžné domácí prostředí těm seniorům, kteří s ohledem na svůj věk, tj. starší šedesáti let, a zdravotní stav nemohou trvale žít ve svém přirozeném prostředí. Pomoc a podpora vychází z individuálně určených potřeb klientů. V DPS respektují základní lidská práva a svobody, důstojnost a usilují o sociální začleňování klientů.

Sociální služba DPS je zaměřena na poskytnutí ubytování – v jednolůžkových až čtyřlůžkových pokojích, kde ubytování zahrnuje topení, vodu, elektřinu, úklid, praní a opravy ložního prádla a oblečení, žehlení.

Dále celodenní stravy, odpovídající věku, zásadám racionální výživy, potřebám diety a možnosti výběru ze dvou hlavních jídel. Každý třetí týden v měsíci se schází stravovací komise s klienty, kde se mohou vyjádřit a k jejich požadavkům je přihlíženo.

Dále pomoci při zvládání úkonů péče o vlastní osobu, pomoci při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, zahrnuje sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Tyto činnosti jsou zajišťovány nepřetržitě sedm dní v týdnu. Cílem je poskytovat individuální péči a vytvářet v domově podmínky přirozeného domácího prostředí, v co nejvyšší kvalitě.

Kapacita DPS je 123 lůžek (Výroční zpráva DPS a DZR 2011).

Rozhovor s paní vedoucí úseku přímé obslužné péče:

Který model adaptace na stáří u vašich klientů převažuje?

„Myslím si, že je to model konstruktivní, klienti jsou vyrovnaní, spokojení, zapojují se do nabízených aktivit.“

Dochází díky bio-psycho-sociálnímu modelu, z hlediska prevence, k poklesu nemohoucnosti starých lidí?

„To určitě ano, klienty aktivizujeme, podporujeme jejich soběstačnost a sociální kontakt.“

Na druhou stranu se dnes lidé díky moderní medicíně a lepší péči dožívají vysokého věku, ale nemyslím si, že by dlouhověkost byla tím nejdůležitějším i pro samotné klienty. Je to pouze prodlužování života.“

Jaká je věková struktura vašich klientů?

„Máme 158 klientů, z toho je 121 žen (z toho 33 v DZR) a 37 mužů (z toho 5 v DZR)

Kolik klientů DPS trpí Alzheimerovou chorobou či jinou demencí?

„Máme čtyři oddělení, jedním je DZR pro klienty s demencí, na dalších odděleních je minimálně polovina klientů takto postižená a další třetina má psychiatrickou léčbu.“

Jak pečujete o lidi s demencí? Jsou správně diagnostikováni a léčeni adekvátní moderní terapií a medikací?

„Získali jsme certifikát Vážka, který uděluje Česká alzheimerovská společnost zařízením, které poskytují kvalitní služby lidem s demencí. Certifikát je udělován na základě auditu. Dále máme velké štěstí na naši psychiatrickou, která důsledně diagnostikuje naše klienty a užívá moderní medikace a náš Domov je také jejím výzkumným pracovištěm. Klienty léčíme moderními farmaky a neutlumujeme. Až v nejtěžších fázích jsou klienti tlumeni do spánku, aby netrpěli bolestmi a nebyli agresivní.“

Máte dostatek zaměstnanců? A kdo vás financuje?

„Zaměstnanců bychom potřebovali určitě více, na pracovníka přímé obslužné péče vychází 10 klientů, na zdravotní sestru je to 16 klientů, na aktivizační pracovníci 54 klientů a na sociální pracovníci 81 klientů.“ „Jsme financováni ze státního rozpočtu, z rozpočtu obce a dále pomocí grantů, příspěvků, darů apod.“

Máte tu klienty, o které by se mohla postarat rodina?

„Naši klienti tu jsou oprávněně, 65 klientů je s úplnou závislostí, 50 klientů se středně těžkou závislostí a 30 klientů s lehkou závislostí.“

Pracují zaměstnanci na základě týmové spolupráce, je tato spolupráce funkční a spolupracujete s jednotlivými oblastmi dlouhodobé péče, jako zdravotní, sociální, paliativní a problematika demencí?

„Všichni pracovníci jsou pod jedním vedením a vzájemná spolupráce je velice dobrá. Jediné sociální pracovníce jsou pod vedením ředitelky, jedno vedení by bylo lepší, ale ani tady nedochází k problémům.“ „Jsme tým, který má koordinátora, to jsem já, vedoucí oddělení-zdravotní sestra s geriatrickou i manažerskou funkcí, zdravotní sestry,

pracovnice přímé obslužné péče, kdy každý den je jedna z nich vedoucí směny a aktivizační pracovnice.“ „Spolupracujeme se všemi oblastmi dlouhodobé péče.“

Pracujete na základě individuálního plánu klienta, je zjišťování potřeb na odpovídající úrovni nebo je pro některé, zejména starší pracovníky individuální plán složitý, obtížný a nevnímají IP a vedení dokumentace jako zbytečnou zátěž?

„Ano, mnoho pracovníků to takto vnímalo, ale všichni tyto pracovníci odešli, protože nebyli schopní svůj přístup změnit. My tady teď máme funkční tým, který chápe potřeby klientů a smysl individuálního plánování. Dnes již k fluktuaci zaměstnanců nedochází.“

Poskytujete pracovníkům možnost dalšího vzdělávání?

„Ano, všichni pracovníci jsou v systému celoživotního vzdělávání. Dále jsme získali 2 miliony korun na vzdělání našich zaměstnanců v průběhu dvou let. Projekt byl financován z prostředků ESF prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu ČR.“

7. 2 CHARAKTERISTIKA DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Domov se zvláštním režimem poskytuje služby osobám se sníženou soběstačností

v důsledku chronického duševního onemocnění, onemocnění stařeckou demencí, ostatními typy demence a Alzheimerovou chorobou. Péče vychází z osobních potřeb a cílů klienta a usiluje o zmírnění důsledků onemocnění, které by vedly k sociální izolaci, ztrátě vlastního způsobu života a nezajištění základních potřeb.

Cílem služby DZR je zajistit uživateli ubytování, soukromí, čistotu, teplo, stravu, podporu a dopomoc při osobní hygieně a při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, aktivizační činnosti dle individuality uživatele a sociální kontakt a individualitu.

Cílovou skupinou jsou osoby, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu různého typu demence, zejména s Alzheimerovou chorobou a osoby s psychiatrickou diagnózou, která je v kompenzovaném stavu, osoby po cévní mozkové příhodě a s degenerativním onemocněním mozku. Věková struktura cílové skupiny jsou osoby 55 let staré, které byly posouzeny jako plně invalidní.

Kapacita DZR je 38 lůžek.

Nabídka služeb a označení prostor je tu zajištěna také pomocí piktogramů (Příhláška MSSS Boskovice – zařízení DZR k certifikaci Vážka 2011).

Pozorování: *Celá budova DPS a DZR je moderně a velice vkusně zrekonstruovaná zvenku i zevnitř. Disponuje vlastní kuchyní a prádelnou s organizačně vypracovanými systémy práce. Za budovou se naprosto nečekaně nachází ukrytá krásná upravená zahrada v centru města, která slouží k relaxaci ve stínu stromů, v posezení na terase, a v různých klidových zónách. Objekt má tři patra, kdy každé patro je jedním oddělením se smíšenými klienty. V přední části objektu ve všech třech patrech se nachází DZR. Budova má nová okna, výtahy i pro lůžka, vypracovaný protipožární systém, vybavení, moderní polohovatelná lůžka, klimatizaci, krásné a funkční kuchyňky pro klienty na každém patře, příjemnou kulturní místnost s Tv, počítačem a internetem a společenskými hrami, aktivizačními pomůckami atd. na každém patře. Dále moderně vybavenou koupelnou se speciálními zvedáky pro přemístování klienta do vany, kde je možnost perličkové koupele. Každé patro má svoji barvu, s ní ladící výzdobu, tématicky namalovanou stěnu kulturní místnosti jako strom života, od nejspodnějšího patra po patro poslední. Pokoje klientů jsou příjemně barevné, s čímž ladí jejich povlečení a barevná froté napínací prostěradla. I ležící klienti jsou ve dne oblečení do domácího barevného oblečení. Pocit tu mám opravdu jako doma. Dalším důležitým vjemem je také ovzduší. V celém Domově je čistý svěží vzduch, o to dbají také pracovnice úklidu, které pracují dle přesně vypracovaného systému a užívají moderní desinfekce, které voní a mění se dle harmonogramu každý den. Prádlo a lůžkoviny jsou prány také za použití voňavých pracích prášků a aviváží. Na chodbách jsou umístěny dávkovače vůně, která je přirozená a příjemná.*

A co mě zaujalo hned poprvé a potom pokaždé, když jsem domov navštívila a co je dle mého snad to nejdůležitější, je příjemné vystupování pracovníků. Samozřejmě nevěděli, kdo jsem a za jakým účelem přicházím, ale všichni, koho jsem potkala mile zdravili, s úsměvem a měla jsem pocit laskavého prostředí. A to považuji v dnešní době a zejména v našem státě za velice překvapující!

Shrnutí nestandardizovaného rozhovoru s vedoucí zdravotní sestrou s geriatrickou specializací DZR a PSP zaměřenou na aktivizace:

„Všichni naši klienti mají svůj individuální plán se stanoveným cílem dle svých schopností. Naším cílem je co největší udržení soběstačnosti klientů, rozchození klientů – tady vidíme velké pokroky, aby se najedli, učesali, umyli a zvládali základní činnosti. Je ovšem velice důležité lidi nenutit, nechat jim prostor.“ „S klienty pracujeme také ve skupinách, které máme rozdělené dle míry schopností a stupněm postižení demencí, některé klienty není dobré převážet na aktivizační místnost, protože jim to způsobuje stres a pracujeme s nimi tedy tady.“ „Musíme si uvědomit, že tito lidé trpí demencí, Alzheimerovou chorobou a je třeba je adekvátně léčit, moderními farmaky a neustále spolupracovat s psychiatrickou. Je nutná léčba deprese a proto musíme klienty detailně znát, rozlišovat jejich projevy a správně vyhodnocovat příznaky.“ „Setkáváme se s tím, že veřejnost neví, nebo se stydí a nechce požádat a pomoc psychiatra. Přitom existuje test kognitivních funkcí, který určí, jak na tom člověk je, zda již netrpí třeba již lehkou formou demence a potom, když se mu dostane správné léčby, může bezproblémově dále fungovat. Uvedu-li příklad, tak nám přivezli babičku s komentářem, že je úplně mimo, nic nezvládá, pití, léky a jídlo se jí pod záklonem hlavy musí natlačit do krku, jako huse. Paní se po správné diagnóze a léčbě a péči zcela zaktivizovala, má dobře zachovanou dlouhodobou paměť, zúčastňuje se mnoha aktivit, dokonce i Školy slunce a spokojeně si tady žije.“

„Klientům odborně provádíme bazální stimulaci, klienty známe a dokážeme dobře zachytit jejich reakce. Reagují uvolněním, klidem, úsměvem, stiskem ruky apod.“

„Dále aplikujeme relaxační terapii, kdy za pomoci relaxačních křesel, aromaterapie a muzikoterapie navozujeme u klientů klid a odpočinek.“

„Důležité je také znát klientovi předchozí schopnosti, máme tu pána, který byl apatický, nekomunikoval, zjistili jsme, že byl opravářem TV, pokusili jsme se ho tímto směrem navést a dnes, když se něco porouchá, rozladí, všichni volají tohoto pána, který je schopen problém vyřešit.“

„Důležitý je také kognitivní trénink, klienti ho mají velice rádi, jsou soutěživí. Užíváme různých technik a pomůcek jako, kvízy, hra město-jméno..., spojování čísel, pojmenování obrázků, poslech četby, omalovánky. Využíváme reminiscenční terapii.“

„Dále se klienti mohou zúčastňovat všech aktivit Domova.“

„Velice oblíbená je práce se „Sadou pro kognitivní trénink“, klienti určují barvy, zvířata, ovoce a zeleninu, co se děje na obrázku, apod.“ „V neposlední řadě je účinná zooterapie, máme tady králíka, ptáčky, a využíváme také canisterapii a felinoterapii.“

7.3 VNITŘNÍ PRAVIDLA PRO OCHRANU KLIENTŮ PŘED PŘEDSUDEKY

1. Dbát na úpravu celkového zevnějšku klienta na veřejnosti a ve společných prostorách (čistota a druh oblečení, úprava vlasů), formou pomoci a taktního doporučení pracovníky v sociálních službách, provozní pracovníci upozorní pracovníky, sami situaci neřeší.
2. Oslovování klienta pane, paní + příjmení, vykání bez ohledu na postižení (pokud není mezi klientem a pracovníkem dohodnut jiný způsob).
3. Nezneschopňovat klienta.
4. Nezastrašovat klienta.
5. Nenálepkovat klienta, zásadně neužívat označování klientů diagnózami, postižením.
6. Nejednat s klientem jako s malým dítětem (infantilizace): nerozhodovat za klienta, nehladit po hlavě jako dítě, neupravovat zevnějšek bez jeho předchozího souhlasu, neužívat zdobněliny typu papat, hajat, nepoužívat kojenecké láhve.
7. Vyvarovat se ignorování: nemluvit o klientovi s jinou osobou v jeho přítomnosti jakoby tam nebyl, nevstupovat do pokoje, uklízet pokoj, stolek, skříň jako by tam klient nebyl. Neoblékat klienta, pomáhat mu při jídle apod. a mluvit přitom s jinou osobou.
8. Nejednat s klientem jako s věcí: neposkytovat službu bez upozornění (polohování, oblékání..)
9. Vyvarovat se zneplatňování klienta: nedávat najevo, že nebereme vážně, co říká. Neodpovídat žertem, káravě.
10. Nezesměšňovat klienta, neponižovat ho: nebavit se chováním klienta, nejednat s ním jako s bezcenným.

11. Neklamat klienta s cílem uklidnit ho, přimět k něčemu, zabránit mu v něčem.
12. Neodpírat pozornost: neignorovat zvonění, volání, potřebu kontaktu.
13. Neobviňovat klienta z něčeho co způsobil.
14. Nevyrušovat, pokud to není nezbytně nutné, při rozhovoru s jinou osobou, sledování TV, četbě.
15. Otevřenost zařízení veřejnosti: do Domova dochází dobrovolníci, studenti na praxi, rodinní příslušníci, přátelé, kteří se zúčastňují i společenských akcí (www.msssboskovice.cz, Domov pro seniory)

7. 4 SLUŽBY POSKYTOVANÉ V DPS A DZR

7. 4. 1 Zásady poskytované služby

- Individuální přístup: přihlížejí ke schopnostem, možnostem, potřebám a přáním klienta.
- Respektování důstojnosti a práv klientů: pracovníci se ke klientům chovají zdvořile, s úctou a vytvářejí laskavé, přátelské prostředí.
- Respektování svobodného rozhodnutí klientů, zda chtějí či nechtějí služby využívat a rozsah služby je poskytován formou nabídky. Je podporována vzájemná důvěra klientů a důvěra klientů a personálu.
- Zachovávání mlčenlivosti o osobních a citlivých údajích klienta v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů a zákonem o sociálních službách.
- Flexibilita, přizpůsobování služby potřebám klientů.

7. 4. 2 Lékařská péče

Součástí poskytované služby je i lékařská péče. Lékařská péče je zajišťována klientům prostřednictvím privátní lékařky. Z odborníků dochází do zařízení psychiatr, nefrolog, stomatolog a dermatolog. Další odborná péče je zajišťována klientům prostřednictvím odborných ambulancí, u závislých klientů zajišťují doprovod, v akutních nebo odůvodněných případech zabezpečují převoz sanitním vozem.

V případě naléhavé potřeby je do zařízení přivolána lékařská pomoc. Klienti mají právo svobodné volby lékaře

7. 4. 3 Zdravotní a ošetrovatelská péče

Zdravotní a ošetrovatelskou péči zajišťují diplomované všeobecné sestry bez odborného dohledu, prostřednictvím ošetrovatelského procesu, který je nástrojem individuální péče a slouží k zajištění bio-psycho-sociálních potřeb, stanovením ošetrovatelské anamnézy, z ní vyplývajících ošetrovatelských diagnóz, na něž navazuje plán ošetrovatelské péče, který je aplikován a vyhodnocován.

V rámci zdravotní péče zajišťují diplomované všeobecné sestry péči, která je indikovaná lékařem a vykazuje se na zdravotní pojišťovnu.

Mimořádné systémy individuální péče v ošetrovatelské oblasti

1. Péče o imobilního klienta polohovacími režimy, péče moderními přístupy k prevenci porušení, popř. léčbě poruchy integrity kůže – mapování celistvosti kůže hodnotící y stupnicí dle Nortonové. Používání moderních antidekubitních pomůcek: vzduchových matrací, perličkových pomůcek, kosmetiky atd.
2. Péče o klienty trpící inkontinencí, klienti mají k dispozici pomůcky, které jim jsou ordinovány dle individuální potřeby co do velikosti, savosti, materiálu apod.
3. Péče o klienta trpící poruchou polykacího aktu – DPS má vypracován velice specifický jídelníček, který s kuchyní upravují do mnoha dietních variant, dle individuálních potřeb klienta. 1x týdně plánují s vedoucí kuchyně skladbu a formu jídel, aby klient do poslední možné chvíle přijímal důstojně stravu per os. Jestliže již není možné přijímat stravu ústy, přechází na enterální nutričně definovanou stravu, kterou klientovi aplikují podáním přes PEG sondu. Jsou vedeny nutriční screeningy, kdy je v riziku okamžitě zavedena nutriční podpora formou sippingů.
4. Péče o klienty s paliativní léčbou. Pokud je klient stabilizován, poskytuje DPS péči klientovi až do samého konce, kdy je mu dána možnost odejít z tohoto světa ve známém prostředí, s rodinou a se známým personálem (Příhláška MSSS Boskovice - DZR k certifikaci Vážka 2011).

Rozhovor se zdravotní sestrou:

Jaká je náplň vaší práce?

„Náplň práce zdravotní sestry je odborná, zdravotnická, provádím odběry biologického materiálu, aplikuji inzulín a injekce, připravuji a podávám léky, pečuji o dávkovací pumpy a PEG sondy. Také asistuji lékařům a plním ordinace. Dále měřím fyziologické funkce, kontroluji zavodňování, pečuji o permanentní katetry a dělám obtížnější převazy, které vyhodnocuji.“ „Dále vedu zdravotnickou a ošetrovatelskou dokumentaci, která je také v počítači, kdy máme zaveden nový program Cygnus. Při příjmu klienta a prvním kontaktu vypracuji anamnézu klienta a stanovím ošetrovatelský plán, který se jednou měsíčně vyhodnocuje.“ Také zaznamenávám ošetrovatelské výkony, které se vykazují na pojišťovnu.“ „Sestra je také koordinátorkou oddělení, kdy sleduje co je třeba a vyhodnocuje situaci. Provádí administrativní činnost (např. záznam návštěv, odchodů), zajišťuji odborná vyšetření v nemocnici atd. Mohu mít také dispečink na dalším oddělení, proto je dobré být flexibilní, orientovat se, znát klienty.“

Jak dlouho tady pracujete?

„Já tady pracuji již 20 let“

Co se tady podle vás po transformaci zařízení změnilo?

„Změnilo se tady naprosto všechno. Dříve tu byl nemocniční režim, jak pracovní, tak vizuální. Dnes máme moderní prostředí a vybavení. Kvalitní zdravotnické a ošetrovatelské pomůcky, co se týče inzulínových stříkaček, pump, Peg sond, inkontinenčních pomůcek, desinfekcí, vzduchových matrací. Vybavení koupelen se zvedáky a mnoho dalšího.“ „Také musím zmínit, že dříve na noční směně byli pouze dva pracovníci přímé obslužné péče (dále v textu PSP) na dvě oddělení, ale nyní je jedna zdravotní sestra a tři PSP.“

Funguje týmová spolupráce?

„Samozřejmě, neznamená, že sestry provádí pouze odbornou práci, ale když je třeba a je čas, tak pomáhají pracovníkům přímé obslužné péče, máme dobré vztahy na pracovišti a jsme tým.“

Rozhovor s pracovnící přímé obslužné péče:

Jaká je náplň vaší práce?

„PSP je v práci naprosto vytížený, pečuji o klienty a zajišťuji jejich bio-psycho-sociální potřeby, tak aby byli opravdu spokojeni.“ „Ráno začíná toaletami 6.30-7.30, při nichž si s klientem povykládám, naladím atmosféru a uvedu ho do obrazu, jaký je den atd., v 7.30 jsou snídaně, kdy dle potřeby klientům pomáhám. Dopoledne se klienti věnují svým aktivizacím, jiné klienty uložíme do lůžka a polohujeme každé dvě hodiny. Dále probíhá koupání klientů dle rozpisu pokojů do 11 hodin, u každého klienta víme, zda vyžaduje koupel se ženou či mužem, zda má rád perličkovou koupel, aromaterapii, svíčky, hudbu atd. V koupelně je vždy pouze jeden klient.“

„Mezitím se podává svačina a vyškolení pracovníci provádí bazální stimulaci masážemi, polohováním do hnízd, orální vkládáním např. kousku čokolády do úst.“

„Od 11-11.30 máme přestávku. Potom se podává oběd, někdo chodí do jídelny, někdo jí u stolu v pokoji, někomu pomáháme, výběr je ze dvou jídel, dle diety a dále mix, mletá atd. Následují odpolední toalety dle potřeby a polohování do 13 hod.15-15.30 máme přestávku. Klienti se věnují svým aktivitám, např. zpěv s Evou, návštěvy žen s Unie křesťanských žen, které chodí také přát klientům k narozeninám, přináší přání, kytky, zákusky. Probíhají návštěvy a zájmové činnosti.“ Dále vedeme sociální dokumentaci, hodnotíme plnění cílů IP, poté je půlroční vyhodnocování a možnost změny cíle, spolupracujeme se sociálními pracovníci.“

„Od 16.30-17 hod podáváme večeře.“ „Dále plníme práci harmonogramu pro určitý den, večerní toalety a ukládání klientů. Noční směna plní další harmonogram práce.“

Jak dlouho tady pracujete?

„Pracuji tady dvanáct let, nejprve jsem pracovala jako uklízečka, potom v kuchyni a pak jsem si udělala ošetrovatelský kurz a mohu pracovat jako PSP. Prošla jsem také dvou ročním systémem školení a nadále se vzdělávám, povinných je 24 hodin za rok.“

Funguje týmová spolupráce?

„Ano, jsme dobrý tým, pomáhají nám i sestřičky, nemáme žádný problém, co se týče PSP máme systém, kdy každý den je jeden z PSP je označený zeleně a je vedoucím PSP pro ten den. Touto funkcí si projdou všichni PSP. Vedoucí si zajišťuje dovoz stravy, rozděluje a koordinuje práci, vede záznam sociální péče a ukládá do PC. Je třeba předávat informace o klientech, zda byli apatičtí, agresivní atd.“

Co se tady zlepšilo po změnách?

„Naprostě všechno, spíše se všechno vytvořilo. Nábytek, vybavení pokojů, sesteren, všech společenských místností, zásobníky na mýdla a ručníky. Máme pomůcky, jako vozíky, kompenzační pomůcky, vany, antidekubitní pomůcky hydraulické zvedáky, které nám umožňují rovnou zvážit klienta, kvalitní toaletní potřeby k ošetřování kůže, individuální inkontinenční systém, výživa nutri drinky. Dále máme myčky nádobí, klimatizaci, dezinfekční řády a kvalitní dezinfekce.“ „Ještě musím zmínit změnu fungování prádelny, pere každý den a pracuje dobře promyšleným systémem, prádlo je rozčleněno, každý klient má svoje barvy povlečení, a jeho ošacení nám přichází již připravené v jeho pytlíčku. Klienti mají na všem svoji značku, která je umístěna ovšem tak, aby nebyla vidět a klienti tak nebyli značkováni na veřejnosti.“ „Zavedla se také péče o umírajícího, kdy může klient zůstat ve známém prostředí se svými blízkými. Je zajištěn odvoz mrtvým.“

Navrhovala byste nějakou změnu?

„Nenavrhovala, máme všechno, a pokud zrovna na něco přijdeme, tak nám to naše vedoucí zdravotně sociálního úseku zařídí.“ „Samozřejmě by nás mohlo být mnohem více zaměstnanců, mohli bychom se mnohem více věnovat klientům, popovídat si s nimi, věnovat se jim.“

Jak hodnotíte význam a smysl individuálního plánování a stanovení cíle klienta?

„Plánování, plnění a vyhodnocování je samozřejmě potřebné, má smysl i u ležících klientů, kteří sice chtějí klid, ale my se snažíme je motivovat a aktivizovat.“ „Každý klient má svého klíčového pracovníka, ten má cca 5 lidí, zabezpečuje jim jejich potřeby, sleduje plnění cíle, nakupuje věci, které si přejí a potřebují, jako sprchové gely, krémy, ubrousky, pochutiny, pití.“

7. 4. 4 Sociální péče

U všech klientů jsou vedeny individuální sociální plány. Velice dobré výsledky zaznamenávají v DPS i u klientů postižených demenci, kde za pomoci náročného a dlouhého pozorování, spoluprací s rodinou a využíváním prvků bazální stimulace zachycují jejich pocity a poté naplňují jejich potřeby.

Individuální plán zřehledňuje proces poskytování služby pro pracovníka i klienta. Zaznamenává klientovo přání, které je bráno jako hlavní, jeho potřeby, schopnosti i omezení, zdroje v sociální síti klienta (rodina, přátelé), osobní cíle, plánované kroky,

provedené činnosti, klíčové situace a hodnocení plnění plánu. Plán lze kontrolovat ze strany klienta i pracovníka. Kontroluje se, jak vhodně byly stanoveny cíle, plán, aktivity, zda byla dobře domluvena podpora, dopomoc nebo plná pomoc a odpovědnosti a zda byl plán realizován dle dohody.

7. 4. 5 Aktivizační a ergoterapeutická péče

Aktivizace je v DPS a DZR chápána jako socializace klientů, udržování dovedností a psychické a fyzické kondice, odpoutání od stresů, starostí a bolesti a podporu sebevědomí a pocitu smysluplné činnosti.

Aktivizační činnosti mají za úkol udržení a rozvoj klientových znalostí, dovedností a schopností v oblasti fyzické, rozumové a společenské.

Klienti mají možnost zúčastnit se různých programů a akcí podle svých možností a zájmů. Při plánování volnočasových aktivit vychází z individuálních potřeb klientů, které dobře znají a prostředí a podmínky uzpůsobují věkové struktuře a jejich nárokům.

Snahou je zachování co největší soběstačnosti klienta, podporují vztahy a spolupráci s blízkými a rodinou, kteří se akcí také zúčastňují i se širokou veřejností. Aktivizace je účinnou prevencí proti řadě onemocnění.

Aktivizační činnosti jsou skupinové nebo individuální a pravidelné nebo nepravidelné. Pro informování klientů slouží roční, měsíční a denní plán činností. Nabídka je uvedena na informačních nástěnkách.

Pracovníci DPS a DZR podporují i pasivní zapojení klientů, kdy klient aktivitu sleduje, nebo ji přijímá jinými smysly. Personál aktivní zapojení nevyžaduje.

Skupinové činnosti nejen že vedou k všestrannému rozvoji klienta při tom, když dochází za účelem, aby si zazpíval, zacvičil, vyrobil nějaký výrobek, ale velice důležitý je fakt, že se setkává se svými spolubydlíci a tím, aniž si to uvědomují, bojují proti sociální izolaci, která není v takovýchto zařízeních ničím neobvyklým.

Klienti se setkávají na mnoha místech: v jídelně, aktivizační místnosti, multifunkční místnosti, kulturní místnosti, kapli, na zahradě apod., často se neznají a tak při činnostech vznikají nová přátelství.

TECHNIKY AKTIVIZACE:

- Ergoterapie
- Aromaterapie
- Arteterapie
- Muzikoterapie
- Bazální stimulace
- Reminiscenční terapie
- Canisterapie
- Felinoterapie
- Zooterapie (Domov má vlastního králíka, ptáčky) (Výroční zpráva DPS a DZR 2011).

Rozhovor se dvěma aktivizačními pracovníci, které se vzájemně doplňovaly:

Jaká je náplň Vaší práce:

„Na aktivizačním oddělení pracujeme tři. Já jsem zdravotní sestra a vedu aktivizace, pracuji tady již 15 let a mám dvě pracovnice přímé obslužné péče. Mimo aktivizační činnost pracujeme také v provozu a pečujeme o klienty, začínáme ranními toaletami. Všechny máme kurzy v aktivizaci a neustále se dále vzděláváme. Tvoříme velice dobrý pracovní tým, úzce spolupracujeme, předáváme si informace o klientech, pokrocích a společně neustále vytváříme nové aktivity, náměty a nápady pro další práci s klienty. Inspirujeme se v odborné literatuře, na internetu, v seminářích. Dobrý pracovní tým a vztahy jsou základ, protože každá z nás má někdy období, kdy srší nápady a poté má útlum a je třeba se tedy vzájemně doplňovat.“

„Jedna z nás je vždy přítomna v aktivizační místnosti a dvě jsou v terénu. Jinak máme každá jedno oddělení se svými klienty, ale je nezbytné, abychom dobře znaly všechny klienty DPS i DZR-jménem, znali jejich osudy, abychom mohly navázat kontakt, protože když jedna z nás vypadne, musí aktivizace probíhat dále všude. Je tedy třeba okamžité flexibility, jak ze zmíněného pohledu, když chybí jedna z nás, tak pokud třeba většina klientů bude nachlazených, musíme okamžitě upravit aktivizační činnosti.“

Jak probíhá cílená aktivizace?

„Aktivizace je prováděna podle individuálních plánů klientů a podle jejich stavu a zájmu. Klienti si sami aktivity vybírají, my jim doporučujeme další, ale nenutíme klienty. Ovšem i u klientů, kteří řeknou, že zájem nemají a nechťejí, to nebereme tak, že řekl ne a jdeme pryč, naopak se s nimi snažíme navázat kontakt, motivovat je k činnosti a stimulovat, být empatičtí a psychologicky vysvětlit výhody aktivizací. Někdy jsou klienti tak překvapení, co ještě zvládli, že je aktivity vyprovokují k dalším činnostem a psychicky je povzbudí. A to je našim cílem, spokojený klient. Jelikož se činnosti zaznamenávají, hodnotí a pravidelně konzultují s lékařkou a vedoucí sociálně zdravotního úseku, mnohdy přijdeme na to, že jsme i necíleně splnili některý z cílů individuálního plánu klienta. Hodnocení se zapisuje do PC, je k dispozici všem pracovníkům a důležité je především pro klíčového pracovníka, který sleduje pokroky a plnění plánu.“

„Cílem aktivizace je **zachování mobility a soběstačnosti** klienta v co největší míře po co nejdelší dobu. Aktivizace zahrnují **fyzická a mentální cvičení**. Velice důležitý je **nácvik chůze**, klienti ho sami vyžadují, protože chtějí zůstat soběstační. Dále jsou to **cvičení tělesná, kondiční, s náčiním, dechová, nácvik jemné motoriky**. Cvičení probíhají individuálně nebo skupinově. Přitom skupinové cvičení je důležité, uceluje pospolitost, vyzívá k zábavě, zdravé soutěživosti. Klienty jsme si postupně do skupin vyseletovaly dle schopností a máme pro ně ušité programy na míru.“

„Chodící klienti si dojdou do aktivizační místnosti, imobilní klienty si vozíme sami, nechceme, aby je připravovali pracovníci, oblékli, přesadili na vozík atd., ale chceme, aby samotný proces přípravy již byl aktivizací, pomalu si uvědomovat oblékání, pomáhat, uvědomovat si tělo při přesunu na vozík a přitom nacvičovat soběstačnost. U ležících klientů provádíme **cvičení na lůžku především proti svalovým kontrakturám a dechová cvičení pro dobrou plicní ventilaci**. Také mozkový tréninkem předcítáním, pouštěním hudby, bazální stimulací nebo je vozíme na zahradu.“

„Velice oblíbená je **vodoléčba**, kde využívají podvodní masáže, vířivé koupele na HK a DK, **parafínové zábaly a rašelinové zábaly**. Léčba **přístrojovou technikou** nabízí biotronovou lampu, ultrazvuk, masážní lehátko, masážní desku na DK, ruční masážní přístroj a biolampu. Tato terapie velice pozitivně ovlivňuje motoriku a kloubní potíže. Metoda **mechanoterapie** je jednou z nejdůležitějších, protože pomáhá klientům

rozcvičovat HK, DK a navrací jim samostatnost. Slouží k tomu jízda na motomeđu, cvičení HK v závěsu .

„Máme také systém spojení fyzického cvičení s kognitivním, kdy jeden cvičební prvek např. tleskání má číslo jedna, upažování má číslo dvě atd. Řekneme tedy, že uděláme dvojku a klienti upažují...“

„Mezi **kognitivní aktivizaci** zahrnujeme množství aktivit, které obměňujeme, doplňujeme, patří sem tréninky paměti (zapamatování si, vzpomínání, rozhodování, hodnocení), dále kvízy, křížovky, rébusy, nácvik psaní, skládání slov, doplňování, barvy, protiklady apod.“ „Na každém patře mají v kulturní místnosti **počítač s internetem, televizi**“

„Dále tu mají možnost **košíkářství, práci na tkalcovském stavu, pečení vánočního cukroví, buchtobraní, štrůdlobraní** apod.“

„Za klienty také dochází jednou týdně seniorka, která s nimi **cvičí jógu**, učí je technikám a jelikož to je jemná dáma s půvabnými pohyby, klienti ji rádi napodobují a celé cvičení berou velice vážně a způsobně.“

„Naprostou perfektní je využití canisterapie a felinoterapie, kdy lidé na psa a kočku reagují naprosto úžasně. Například pán, který je sedával na vozíku a neprojevoval žádné emoce, so potom, co jsme mu dali na klín kočku, naprosto rozzářil a byl šťastný, posléze jsme zjistili, že byl chovatelem koček.“

„Nesmíme také zapomenout na velice úspěšný projekt **Cestománie neboli fittour těla a duše** (záznamový arch uveden jako příloha č. 1). Jde o spojení fyzického tréninku jízdou na motomeđu a zaznamenáváním ujetých kilometrů a kognitivního tréninku znalostními kvízy (kvíz uveden jako příloha č. 2). Cestománie probíhá celý rok a další trasa je již na příští rok připravena. Celá aktivita je velice náročná na přípravu, kterou provádí sami pracovníci. Připraví prezentaci státu s historií, geografii, zajímavostmi, textově a pomocí videa, fotek, kuchyní – i s ochutnávkou jídel, kterou připraví pracovníci doma, hudbou a tradiční výzdobou a atmosférou. Klienti jsou cestománie nadšeni, jezdí na motomeđu a na prezentace si přinášejí notesy k poznámkám, sami si shánějí informace, jsou velice soutěživí a chtějí uspět. Provádíme půlroční vyhodnocování a na závěr získají diplom.“

„Dalším projektem je **Škola slunce**, která probíhá třetím rokem a dala by se nazvat Univerzitou třetího věku. Klienti se zúčastňují přednášek a na závěr získávají certifikát o absolvování z rukou starosty.“

„Nesmíme opomenout zmínit **vyjížďky s klienty mimo domov** na vozících za doprovodu personálu a dobrovolníků. Klienti mají vyjížďky velice rádi, máme několik tras, např. k zámku, do parku, do židovského města s výkladem, cestou se zastavujeme na zmrzlinu do cukrárny a na pivo. Velkým zážitkem byla návštěva kostela, kdy nám jej pouze pro nás farář otevřel a ponechal klienty si kostel v klidu užít, byl to velký emocionální zážitek nejen pro ně, protože se jednalo o věřící klienty, kteří dříve do kostela chodili, a najednou se jim opět naskytla taková možnost, seřadili se před oltářem, modlili se a společně si i zazpívali. Nejedno oko nezůstalo suché a bylo to i velkým zadostiučiněním pro nás pracovníky vidět klienty tak spokojené.“ „Tyto společné vyjížďky je aktivizují a vybízejí k dalším aktivitám v Domově.“

„K dalším aktivitám patří **duchovní rozjímání** každý čtvrtek probíhá v kapli biblické čtení a diskuze. Každé pondělí jsou v místní kapli pořádány **bohoslužby** a pan farář dochází i na pokoje ke klientům.“

„Klienti hrají **společenské hry**, pořádáme turnaje v šipkách, kuželkách, **sportovní hry**, kdy se klienti dovedou povzbudit k úžasným výkonům. Dále máme **filmový klub**, **kulturní programy a nepravidelné akce**, **Senior léto**, **návštěvy jiných zařízení atd.** (uvedu jako přílohu č.3).“

„Klienti jsou mimo jiné o aktivitách informováni prostřednictvím „**Úterníčků**“ kdy se jednou za měsíc setkávají s vedoucí úseku přímé obslužné péče a sociálními pracovníky a diskutují o akcích, seznamují se s novými věcmi v činnosti celého zařízení.“

Co se tedy podle Vás změnilo po transformaci celého zařízení?

„Změnilo se všechno úplně zásadně. Aktivizace předtím vlastně neexistovala, vytvořili jsme ji z rehabilitace, která funguje dále. Maximálně se s klienty zpívalo. Nejprve se s aktivizací začalo na DZR a dnes už máme ucelený systém práce s klienty ze všech oddělení.“

Máte optimální počet klientů, o které pečujete?

„To určitě ne, je nás málo, a když je třeba musíme místo aktivizací pracovat v provozu na oddělení.“

Co byste navrhovali pro zkvalitnění služby?

„Podle nás by bylo ideální, kdyby na každém oddělení byl stabilně jeden aktivizační pracovník, který by své klienty důvěrně znal a každý den pracoval se všemi klienty, zejména také pravidelně stimuloval a orientoval ty klienty, kteří se již neorientují. Mohl s nimi rozmlouvat, říci který je den, co se děje okolo atd.“

Funguje dobře týmová spolupráce s ostatními pracovníky?

„Dá se říci, že nyní již spolupráce funguje dobře. Zpočátku jsme měli pocit, že nás někteří pracovníci až sabotují, že jim přijde aktivizace zbytečná. Na oddělení jsou dva pracovníci, kteří se také zaměřují na aktivizaci klientů, ale pracují si více sólo. Možná jde o určitou rivalitu, protože v naší práci jsou vidět pokroky a výsledky, kdežto v každodenní péči o klienta zas takové pokroky nevidíme, takže to chápeme.“

„Uvedu-li příklad, tak některým pracovníkům přijde, že některé klienty přetěžujeme, proč je například mobilizujeme v lůžku k jídlu – posazujeme, když nechtějí a nelíbí se jim to, my ale víme, že to má smysl a předcházíme tak např. bolestem z imobility.“

Jak vnímáte klienty, jsou spokojení, který model adaptace na stáří převažuje?

„Klienti jsou spíše vyrovnaní, ale jde o to, že i egocentrický klient, který trvá na okamžitém uspokojení svých potřeb pro nás není problémem, protože víme, že důležitý je přístup ke klientovi, laskavý, empatický a nestalo se nám, že bychom se dostali s někým do konfliktu.“

„A my jsme spokojení se zapojením klientů, v průměru se jich zapojuje 20 ze 40 klientů na oddělení,“

Jsou pro vás přínosné supervize a další vzdělávání?

„To rozhodně ano, supervize nám pomáhají, jelikož naše profese je velice fyzicky i psychicky náročná a byly jsme rády, když nám pan supervizor sdělil, že jako u jediných u nás dobro našich klientů.“ „Ze seminářů čerpáme užitečné informace pro další práci a mnoho jsme jich již využily.“

Shrnutí rozhovorů s klienty, zaměřenými na využívání aktivizací:

Jak se Vám tady v Domově žije? Jste tu spokojená?

Paní K. DPS : „Žije se mi tady opravdu dobře, jsem tu velice spokojená, dříve jsem byla v Domově s pečovatelskou službou, ale tam v 15 hodin pracovnice odešly a byla jsem sama, tady mám 24 hodin stálou péči, přátele v Domově a spoustu akcí a zábavy.“

Paní J. DPS : „Žije se mi tady dobře, jsem tu už 19 let, je to už dlouhé, už bych z toho světa mohla odejít, ale jinak jsem tu spokojená, na začátku jsem si zažádala o jednolůžkový pokoj, po nějaké době jsem ho dostala a v klidu si tady žiju.“

Pan Š. DPS: „Jsem tu spokojený, o Domov jsem si zažádal, protože mně neslouží nohy a mám vozík a bál jsem se, co bude dál. Jinak se obstarám a manželka s dcerou mě každý den navštěvují, vodí mi sem i našeho psa a jezdíme ven.“

Paní V. DZR: „Jsem spokojená, můžu tady dělat co mě baví, chodím na zahradu, mám tady zábavu.“

Paní K. DZR: „Jsem tu velice spokojená, mám přátele, zúčastňuju se akcí, líbí se mi tady.“

Paní J. DPS: „Je to můj domov, jsem tu spokojená, hlavně tady chci být taky užitečná.“

Paní S. DPS: „Líbí se mi tady, mám svůj pokoj a mám ráda pořádek, občas nejsem spokojená s jídlem, ale máme komisy a tam to řešíme. Jinak je tu mnoho akcí, tak jsem spokojená.“

Jaký je Váš cíl ve Vašem individuálním plánu a jakých aktivit se ráda zúčastňujete?

Paní K. DPS: „Mým cílem je zúčastňovat se kulturních, sportovních a společenských akcí a chodit do kaple. Zúčastňuju se tady všech aktivit, co nejvíc chodím na zahradu, mám tady přátele. Ráda sleduju filmy, poslouchám hudbu, hraju hry, dělám i ruční práce, ale jednodušší, a mám moc ráda cestování, už jsem ujela devět kilometrů! A mám certifikát ze Školy slunce!“

Paní J. DPS: „Mým cílem je si zachovat soběstačnost, nechci s ničím pomáhat (paní je na invalidním vozíku). Sama se myju, stelu, uklízím. Ráda jsem na zahradě, dříve jsem se zúčastňovala všech akcí, ale dnes už chci být spíše sama na pokoji, ráda ale chodím do kaple a na duchovní rozjímání a setkávání s Křesťanskými ženami. Na jídlo jezdím do jídelny, kde se setkávám s ostatními a popovídáme si.“

Pan Š. DPS: „Nejdřív byl můj cíl moct řídit auto, ale to nebylo možné(klient na vozíku), takže jsme změnili cíl na to, abych si stále udržel co nejvíc soběstačnost,

psychickou a fyzickou kondici, proto každé ráno cvičím 10 minut, obsluhuju se sám, jezdím na motomeđu –zúčastňuju se cestománie, rád jezdím na zahradu a chtěl bych, abych se mohl dostat s vozíkem k rybníčku.

Paní V. DZR: „Já chci chodit na akce, vařit, dělat dárky, a dívat se na romantické filmy. Vždycky mě rozveselí představení, ráda chodím na setkání s Křesťanskými ženami, chodím do Školy slunce. Chodím si vařit kávu a dívám se na filmy.“

Paní K. DZR: „Já chodím každý den do kantýny na kávu, povídám si s lidmi a všude se dostanu s chodítkem. Mám ráda akce v Domově.“

Paní J. DPS: „ Mým je být užitečná, chci pomáhat druhým, a chci sledovat filmy se Segalem. Chodím pomáhat do prádelny a pomáhám spolubydlícím. Ráda čtu, dívám se na filmy, dám si kafe a taky kouřím. Zúčastňuju se všech akcí tady v Domově i jinde.“

Paní S. DPS: „Já mám cíl navštívit Arboretum v Boskovicích, vždycky jsem se totiž moc zajímala o přírodu. Mám ráda klid, žádné mimořádné akce, chci mít soukromí. Ráda sleduju dokumenty a filmy, chodím na motomeď a hraju cestománii a mám ráda ruční práce.“

Pozorování: Klienti vypadají opravdu spokojeně, s velkým zájmem mí líčili, jakých akcí se zúčastňují, velkou oblibu má cestománie a Škola slunce a také zajišťování duchovních potřeb. Klienti mají řádně vedeny dokumentace s IP a cílem, označením jak chce být klient osloven, co preferuje, co je vhodné mu nabízet, jak zvládá hygienu, stravování, koupel, s čím je třeba mu pomoci. Jsou zaznamenány události v klientově životě, jeho zájmy a potřeby.

7. 5 PRŮBĚŽNÝ ZÁVĚR

V průběžném závěru chci stručně shrnout podmínky, metody a prostředky DPS a DZR, kterými zajišťují klientům plnohodnotný život v tomto zařízení.

V roce 2011 proběhla v Domově pro seniory inspekce kvality poskytování sociálních služeb. Inspekční tým udělil službě 135 bodů, tj. 93,7%, dále DZR získalo Certifikát Vážka.

Péče v DPS a DZR v Boskovicích je klientům poskytována v pěkném, moderně vybaveném prostředí, s použitím kvalitních a funkčních nejmodernějších pomůcek, užívaných k zdravotní, ošetrovatelské péči, péči sociální i aktivizační.

Na veškeré činnosti všech úseků práce DPS a DZR jsou vypracovány systematické postupy práce.

Zaměstnanci mají definované pracovní pozice, jsou pro ně řádně vzděláni a nadále se vzdělávají v systému dalšího vzdělávání, v zařízení probíhají supervize a velice dobře funguje týmová spolupráce.

Péče v DPS a DZR je poskytována na základě individuálního plánování (IP) a stanovení cíle klienta. Klient má svého klíčového pracovníka. Všichni zaměstnanci se ztotožnili a chápou smysl IP a stanovení a plnění cíle klienta a aktivizací, aktivně se na činnosti podílejí a snaží se ji zlepšovat.

Zařízení respektuje volbu klienta, jeho vůli, potřeby, ochranu osobních dat a důvěrných informací.

DPS a DZR využívá téměř všech možných aktivizačních technik, zejména také bazální stimulaci, reminiscenční terapii, validační terapii, zooterapii.

Všichni zaměstnanci, se kterými jsem se setkala, byli milí, usměvaví, ochotní a vytvářeli laskavé prostředí Domova.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala tématu: **Plnohodnotný život seniorů v domově důchodců**. Toto téma jsem si vybrala nejen proto, že mě velice zaujalo vyprávění paní vedoucí úseku přímé obslužné péče DPS a DZR v Boskovicích, ale také proto, že si myslím, že toto téma je a bude stále velice aktuální. Téměř všichni máme rodinu a možná se nás již týká, nebo týkat jednou bude, otázka nemohoucích prarodičů či rodičů. Ne všichni v dnešní době mohou zůstat doma a svému blízkému dosloužit v rodinném prostředí. Je tedy potřebné mít přehled o tom, jaká zařízení existují a především, jak by péče v těchto zařízeních měla a mohla vypadat. Cílem domovů pro seniory musí být nejen kvalitní zdravotnická a ošetrovatelská péče, ale také péče psychologická a sociální, aktivizující klienta a začleňující ho zpět do sociálních vazeb.

Abych mohla co možná nejlépe popsat péči v Domově pro seniory (DPS) a Domově se zvláštním režimem (DRZ), zvolila jsem si výzkumnou otázku, která zní: **Jakými metodami, prostředky a podmínkami je vytvářeno kvalitní prostředí a služby Domova pro seniory a Domova se zvláštním režimem v Boskovicích, pro plnohodnotný a spokojený život klientů?**

V teoretické části jsem z odborné literatury popsala, jak by mělo vypadat poskytování sociálních služeb v pobytových zařízeních pro seniory. Co se týče kvality služby, individuálního plánování služby, stanovení potřeb a cíle klienta, činnosti pracovního týmu při zjišťování potřeb, individuálního plánování a péči o klienty.

Předpokládala jsem, že určitě identifikuji v mnou zkoumaném zařízení DPS a DZR Boskovice, v odborné literatuře popsané podmínky a péči, ale velice mě překvapilo, v jaké míře, se toto očekávání naplnilo.

Nejen, že jsem se setkala podmínkami, metodami i prostředky popisovanými v odborné literatuře, jako vzor, či příklad dobré praxe, ale identifikovala jsem i stejné postoje a názory pracovníků, které prezentují odborníci, které jsem v teoretické části citovala.

Jako významnou považuji shodu názoru, že v dnešní době, kdy se klientům dostává kvalitní medicínské a ošetrovatelské péče, neznamená pouhá dlouhověkost výhru a není přesně tím, co si klienti přejí.

Za velice významný výstup výzkumu považuji fakt, že ve zkoumaném zařízení jsou řádně diagnostikováni a moderními farmaky léčeni klienti trpící demencí, Alzheimerovou chorobou a depresí. Nedochozí tu tedy k tomu, jak zmiňuje doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D., že ve většině zařízení jsou klienti léčeni zastaralými farmaky a nejvíce tlumeni, než léčeni. Psychiatrická i odborný personál DPS a DZR Boskovice ví, že správná léčba vede k aktivizaci klienta, lepší práci s ním a především jeho kvalitnímu životu.

Všichni pracovníci mají jasně definované pracovní pozice, jim odpovídající vzdělání, které si neustále doplňují. K lepší práci, týmové spolupráci a prevenci syndromu vyhoření se zúčastňují supervizí, které jim zajišťuje Mgr. et Mgr. Miroslav Erdinger, s kterým jsou velice spokojeni a vybrali si ho po kurzech, které jim prezentoval. Opět za výrazné pozitivum mohu označit fakt, že pracovníci, kteří nechápali smysl individuálního plánování, stanovení cíle klientů a význam aktivizací, museli zařízení opustit a nyní již v DPS pracuje kvalitní personál a nedochází k fluktuaci zaměstnanců. Pravdou je, že i tady by bylo potřeba mnohem více zaměstnanců, na jednoho pracovníka přímé obslužné péče vychází asi 10 klientů, což je vysoké číslo, s kterým se tak jak uvádí doc. MUDr. Holmerová, Ph.D. potýká většina ústavů v ČR, díky nedostatku financí.

Nyní se budu věnovat zhodnocení fungování DPS a DZR Boskovice. DPS a DZR se nachází v moderně zrekonstruované vkusné budově, a kvalita prostředí, péče bio-psycho-sociální a personálu odpovídá tomu, co považuje za kritéria kvality domovů pro seniory Oldřich Matoušek, které je dobré sledovat při výběru domova pro našeho seniora.

Péče je poskytována na základě smlouvy, klient má svůj individuální plán, má stanoven svůj cíl, neustále jsou zjišťovány a vyhodnocovány jeho potřeby a to jak u klientů komunikujících, tak u nekomunikujících klientů a klientů trpících demencí. Personál užívá techniky alternativní i augmentativní komunikace a reminiscenční terapii.

Důležitou a stěžejní péčí je aktivizační činnost, která zahrnuje rehabilitaci, cvičení, bazální stimulaci, ergoterapii, arteterapii, zooterapii, duchovní rozjímaní, bohoslužby, kulturní a společenské akce, hry a soutěže, sportovní hry, vyjížďky mimo domov a mnoho dalšího.

Mohu říci, že to, co jsem nastudovala z dokumentů DPS a DZR, co jsem zjistila pomocí rozhovorů jak s klienty, tak s pracovníky se mi opravdu potvrdilo mým vlastním pozorováním.

Výsledkem mého výzkumu je zjištění, že klienti DPS a DZR v Boskovicích žijí v příjemném prostředí, kde si jim dostává kvalitní péče zdravotní, ošetrovatelské, sociální a aktivizační. Pečují o ně pracovníci, kteří své práci rozumí, mají ji rádi a jde jim o spokojenost klientů. Svým vystupováním a jednáním vytváří klientům laskavé prostředí pro plnohodnotné a spokojené dožití jejich života v domově.

Já osobně si dovedu představit, že pokud by to bylo nutné, bez obav a s dobrým pocitem bych svého blízkého svěřila do péče tohoto Domova.

Doufám, že případným laickým čtenelům či pracovníkům z praxe přinese moje práce zajímavé a užitečné informace.

Všem klientům DPS a DZR přeji spokojený život a pracovníkům práci, která je bude naplňovat.

RESUMÉ

For my bachelor dissertation I have chosen the topic “A dignified life of elderly people in care homes”. I think that this topic is very up to date all the time and is broadly discussed both by professionals and the public as it relates or will relate to our parents, grandparents and in the future ourselves. The topic of my dissertation involves problems of social pedagogic as it deals with old people, specifically with their life in old people’s homes. A part of old people reaches in the course of their life a point when they are no longer able to ensure their life with their own strength and it is necessary to grant them the assistance of the society. Those people not only are not able to ensure their needs but they lose their social contacts and it is necessary to integrate them into the society and enable them to spend the end of their life not only with dignity but also with high quality and satisfaction. The aim of my work is to find out and describe professional, medical and nursing care, social and activation care in old people’s homes. As the basis of my work I have chosen following research question: “What methods and what means and conditions are used to create the high-quality environment and services in Care home and Home with special regime in Boskovice to ensure a high quality and content life of its clients?” The theoretical part of my work is dedicated in accordance with professional literature to basic terms of age, aging and Alzheimer disease, further to the quality of granted services, the standards of quality and supervision. Methods of social work, individual planning of services and activation are paid special attention. In the practical part of my work I described my research done in Care home in Boskovice where I described my dialogues with clients, employees, my own observations and studies of documents, the procedures, services and care of clients. In above mentioned home I observed that the theory of professional literature is really applied and clients are getting high quality care from carefully chosen employees deeply interested in this profession. A special interest is put on client’s individuality, their rights, needs and interests. Each client has their individual plan of care, activation and a personal aim which he/she fulfils and consults with their key-worker. Overall conception is aimed to ensure the high quality and content life of old people in their present home. My work could bring interesting information for students, social and other workers in this field. It gives important information to the public showing how the old people’s home where they could place their family member should look. Last but not least the description of

The Care home in Boskovice could become a model for other homes as their quality differs greatly from each other.

ANOTACE

Bakalářská práce zkoumá, jakými metodami, prostředky a podmínkami je vytvářeno kvalitní prostředí pro plnohodnotný život seniorů.

KLÍČOVÁ SLOVA

Aktivizace, domov pro seniory, kvalita, péče, senior, stáří.

ANNOTATION

Bachelor dissertation explore, by which methods, means a conditions is created high – quality enviroment for fully fledged life of erderly people.

KEYWORDS

Activation, care home's, quality, care, senior, old age.

SEZNAM LITERATURY

- DISMAN, M.** Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-7184-141-2
- GÓJOVÁ, A.** Senioři ve společnosti a jejich autonomie pohledem sociálních pracovníků. Ostrava: Ostravská univerzita, 2004. ISBN 80-7326-067-0
- GRUSS, P.** Perspektivy stárnutí. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-605-6
- MALÍKOVÁ, E.** Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MATOUŠEK, O.** Sociální služby. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MÜHLPACHR, P.** Vývoj ústavní péče. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2512-3.
- ŠTILEC, M.** Program aktivního stylu života pro seniory. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-920-8.
- VALENTA, M.** Rukověť dramaterapie a teatroterapie. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1358-2.
- VENGLÁŘOVÁ, M.** Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5
- WALSCH, D.** Skupinové hry a činnosti pro seniory. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-970-4.

INTERNETOVÉ ZDROJE

Internetové stránky **České alzheimerovské společnosti**. (<http://www.alzheimer.cz/>).

Internetové stránky **Městské správy sociálních služeb Boskovic**.
(<http://www.msssboskovice.cz/>).

Internetové stránky **Muzikoterapie** .(<http://www.muzikoterapie.cz/>).

Internetové stránky **Občanského sdružení Koníček**.
(<http://www.konicekcb.webnode.cz/zooterapie/>).

OSTATNÍ ZDROJE INFORMACÍ

Katalog aktivizačních činností v DPS a DZR Boskovice pro rok 2011

Přihláška k certifikaci Vážka MSSS Boskovice, zařízení DZR, 2011.

Výroční zpráva DPS a DZR Boskovice 2011.

Zdravotnické noviny, roč. 61, č. 14/2012, str. 1.

Zdravotnické noviny, roč. 61, č. 17/2012, str. 11.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Záznamový arch Fittour těla a duše	68
Příloha č. 2: Kvíz z Cestománie	70
Příloha č. 3: Nabídka aktivizačních činností 2012	73
Příloha č. 4: Plán volnočasových aktivit 2012	74
Příloha č. 5: Fotografie zařízení	75

Příloha č. 1

FITTOUR

TĚLA A DUŠE

Jméno účastníka:

Motto:
Ani s přibývajícím věkem aktivity nekončí....

Motomed

počet ujetých km

Datum	červenec	srpen	září	říjen	listopad
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

Datum	červenec	srpen	září	říjen	listopad
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
součet					
pořadí					

Mozkovna

Kviz	červenec	srpen	září	říjen	listopad
kviz č. 1					
kviz č. 2					
kviz č. 3					
kviz č. 4					
kviz č. 5					
součet					
pořadí					

Příloha č. 2

Příloha č. 2

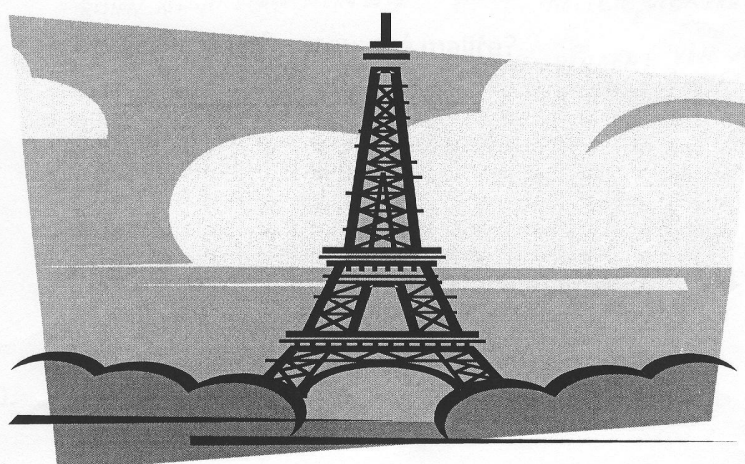
Handwritten signature



CESTOMÁNIE

Kvíz č. 6

Francie



10. Které potraviny jsou v Francii typické?

1. Jaké je hlavní město Francie
PARÍŽ - KDE ZNÁMÁ UNIVERZITA SORBONNA
 OBRAZÁRNA LOUVRE
 Katedrála NOTRE DAME
2. Který známý vojevůdce proslavil Francii?
 NAPOLEON BONAPARTE I. - vojevůdce a císař
3. Bojoval tento vůdce i v Čechách a kde?
 v. 1805 u SLAVKOVA - Bitva na MORAVSKOSLEZSKÉM POLI
 3 CÍSAŘŮ: FRANCIE, RAKOUSKO, RUSKO
 NAPOLEON ZVÍTĚZIL (také MOHYLA HRUB)
4. Která řeka protéká Paříží?
 SEINA - kde jsou také ostrůvky a na nich; na levém břehu
 víceleté ústavy, pantheon, palác UNESCO
 na pravém břehu obrazárna LOUVRE, vítězný oblouk Montmartre
5. Jaké pamětihodnosti najdeme ve Francii?
 EIFFELOVA VĚŽ, LUCENBURSKÝ palác v Paříži, katedrály,
 ZÁMKY na LOIRE, LOUVRE, VERSAILLES
6. Kterí spisovatelé Francii proslavili?
 VIKTOR HUGO - romány: ANIŽ MÁTKY BOŽÍ
 EHIL ZOLA - románopisec
 ROMAN ROLLAND - ORUŽENÁ DUŠE
 HONORÉ DE BALZAC - Lidská komedie
 JULES VERNE - cestoholci světa a děti kapitána GRANTA
 MOLIÉR, STENDHAL, VOLTAIRE
7. Znáte některé francouzské malíře?
 AUGUSTE RENOIR, PAUL GAGUAIN, VINCENT VAN GOGH
 DAVID, JACKVIES LOUIS
 obraz SLUNEČNICE
8. Který malíř si uřízl ucho,
 VINCENT VAN GOGH - bolí levé ucho
9. Jižní Francie je známa ještě pod jiným jménem
 PROVENCE - historický kraj v jv. FRANCII -
 tuniský rybník, středisko Marseille
10. Jedna rostlina je pro tuto oblast typická. Která?
 L'EVANDULE
11. Které potraviny jsou pro Francii typické?
 VÍNO, SÝRY

12. Které město se proslavilo Četníky? *film* *1*
SAINT TROPÉZ
13. Které knížectví leží na území Francie? *1*
de MONACO - na pobřeží Ligurského moře na RIVIÉRE
14. Kdo vládne Monacu? *1*
kníže Rainier ALBERT
15. Která zpěvačka proslavila Francii? *1*
EDITH PIAF

Příloha č. 3

Nabídka aktivizačních činností pro rok 2012 		
Cíle aktivizačních činností:		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pomoc při obnově a upevnění kontaktu s přirozeným prostředím ➤ Návuk a upevňování motorických, psychických, sociálních schopností a dovedností 		
Den:	8.00 – 11.00	13.00 - 15.00
Pondělí 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Individuální aktivizační činnosti ➤ Skupinové aktivizační cvičení - 1x týdně rehabilitace ➤ Mše – kaple na Poschodí – 1x týdně 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rukodělné práce - 1x týdně oddělení ➤ Individuální aktivizační činnosti
Úterý 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Individuální aktivizační činnosti ➤ Práce se studenty Střední pedagogické školy – 1 x týdně 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Multifunkční místnost ➤ Škola Slunce - 1x měsíčně ➤ Úterníček s vedoucí úseku přímé obslužné péče - 1x měsíčně ➤ Úterníček se sociálními pracovníci - 1x měsíčně ➤ Úterníčkové tvořivé dílny - 1x měsíčně ➤ Individuální aktivizační činnosti
Středa 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Individuální aktivizační činnosti ➤ Skupinové aktivizační cvičení – 1x týdně rehabilitace 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Filmový klub - 1x týdně oddělení – k. místnost Podkroví ➤ Individuální aktivizační činnosti
Čtvrtek 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Individuální aktivizační činnosti ➤ Skupinové aktivizační cvičení – 1x týdně rehabilitace ➤ Duchovní rozjímání - kaple Poschodí – 1x týdně 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Setkání s Uníí křesťanských žen – 1x měsíčně ➤ Individuální aktivizační činnosti
Pátek 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Individuální aktivizační terapie ➤ Skupinové aktivizační činnosti ➤ 1x týdně rehabilitace 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Výlety do okolí ➤ Trénování paměti - 1x týdně oddělení ➤ Individuální aktivizační činnosti

Příloha č. 4

Plán aktivizačních činností pro rok 2012											
Cíle aktivizační činnosti: 1. volnočasové a zájmové aktivity 2. pomoc p 3. nácvik a upevňování motorických											
u s přirozeným soc. prostředím											
pč.	aktivizační činnost	leden	únor	březen	duben	kvě	č	č	č	č	č
							říj	říjen	listopad	prosinec	
1	pracovní činnosti dle plánu	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
2	individuální terapie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
3	oslavy narozenin	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
4	kavárničky	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
5	soutěž Všeználek				x		x		x		
6	soutěž Člověče nezlob se								x		
7	turnaj šipky					x		x			
8	opékání párků				x	x	x		x		
9	zahradní slavnost						x				
10	sportovní hry								x		
11	soutěž Mozkový jogging									x	
12	krátké výlety				x	x	x			x	x
13	mše v kapli	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
14	setkání s Unii křesť. žen	x	x	x	x	x			x	x	
15	besedy s veřejnost			x							
16	Kloboukový balón		x								
17	Proměny času		x	x	x	x					
18	Den otevřených dv								x		
19	Škola Slunce										
20	Rozjímání v kapli	x					x			x	x
21	Senior léto Boskovice										
22	Štrúdlobraní									x	

Příloha č. 5

Zahrada Domova



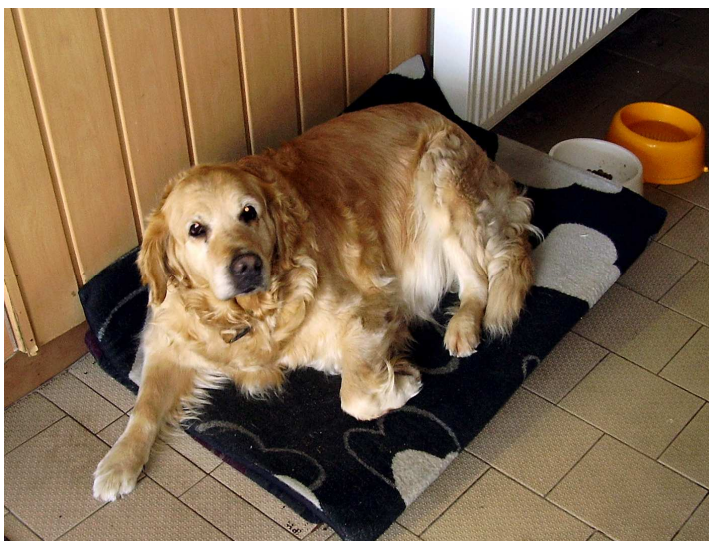
Koupelna



Kuchyňka



Canisterapie



Společenská místnost



Pokoj ležících klientů

