VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE
SV. ALŽBĚTY BRATISLAVA
ÚSTAV sv. JANA NEPOMUKA NEUMANNA PŘÍBRAM

151335

VYUŽITÍ PROGRAMU RELAXACE A DOPROVÁZENÍ V DOMOVĚ DŮCHODCŮ BYSTŘANY

BAKALÁRSKA PRÁCA

2018 **MONIKA VÁCLAVÍKOVÁ**

VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNÍCTVA A SOCIÁLNEJ PRÁCE
SV. ALŽBĚTY BRATISLAVA
ÚSTAV sv. JANA NEPOMUKA NEUMANNA PŘÍBRAM

VYUŽITÍ PROGRAMU RELAXACE A DOPROVÁZENÍ V DOMOVĚ DŮCHODCŮ BYSTŘANY

BAKALÁRSKA PRÁCA

Študijný program: **Ošetrovateľstvo**
Študijný obor: **5602 700 Ošetrovateľstvo**
Školiace pracovisko: **Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna Příbram**
Vedúci bakalárskej práce: Mgr. Lenka Baranová, PhD.

PŘÍBRAM 2018 **MONIKA VÁCLAVÍKOVÁ**

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

Ústav sv.Jána Nepomuka Neumanna Příbram

ZADANIE ZÁVEREČNEJ PRÁCE

Akademický rok: 2016/2017

Typ záverečnej práce: bakalářská práce

Názov záverečnej práce: Využití programu Relaxace a doprovázení v Domově důchodců Bystřany

Meno, priezvisko a tituly študenta: Monika Václavíková

Študijný program: Ošetřovatelství

Študijný odbor: Ošetřovatelství

Meno, priezvisko a tituly školiteľa: Mgr. Lenka Baranová, PhD.

Školiace pracovisko: Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna Příbram

Meno, priezvisko a tituly vedúceho pracoviska: Dagmar Kalátová, doc., PhD., PhDr.

Anotácia: Bakalářská práce je zaměřena na využití programu Relaxace a doprovázení v Domově důchodců Bystřany. V teoretických východiskách práce se seznámíme s programem Relaxace a doprovázení, přiblížíme Domov důchodců Bystřany, včetně jeho možností poskytování zdravotně sociálních služeb pro seniory. Program Relaxace a doprovázení je určen pro imobilní klienty, kteří již nejsou v důsledku svého zdravotního stavu schopni opustit lůžko, pro klienty s demencí a pro klienty v terminálním stadiu. Cílem této práce bude shrnout využití programu Relaxace a doprovázení v Domově důchodců Bystřany a příklady dobré praxe ukázat, jak lze zajistit důstojné umírání a smrt v pobytových sociálních službách.

Jazyk práce: český

Vyjadrenie a podpis školitela záverečnej práce: **súhlasím/nesúhlasím** (nehodiace sa prečiarknite) **podpis:** Baranová

Datum schválenia zadania: 11.5. 2017

Podpis vedúceho školiaceho pracoviska: [illegible]

Čestné prohlášení

Čestně prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Využití programu Relaxace a doprovázení v Domově důchodců Bystřany“ vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu bibliografických odkazů.

V Příbrami, 25. 5. 2018 Vlastnoruční podpis

…….…….

Poděkování

Děkuji Mgr. Lence Baranové, PhD. za cenné rady, podněty a připomínky při zpracování bakalářské práce. V neposlední řadě děkuji zaměstnancům Domova důchodců Bystřany za pomoc při získávání údajů potřebných pro napsání této bakalářské práce.

V Příbrami, 25. 05. 2018 Vlastnoruční podpis

ABSTRAKT

VÁCLAVÍKOVÁ, Monika: *Využití programu Relaxace a doprovázení v Domově důchodců Bystřany* [Bakalářská práce]/ Monika Václavíková. - Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o. Bratislava. Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, Příbram. – Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Lenka Baranová, PhD. Stupeň odborné kvalifikace: Bakalář ošetřovatelství. Ústav sv. Jána Nepomuka Neumanna, Příbram. 2018. 83 s.

Tato bakalářská práce je zaměřena na téma Využití programu relaxace a doprovázení v Domově důchodců Bystřany. Práce je rozdělena na teoretická východiska a praktickou část. Teoretická východiska jsou věnována popisu programu Relaxace a doprovázení v Domově důchodců Bystřany a jeho využití u vybraných nemocí seniorů. Jednotlivé podkapitoly popisují počínající inspiraci, o zřízení programu Relaxace a doprovázení, v Německu, až po cíl a techniky relaxace v Domově důchodců Bystřany, jenž jsou využívány pro klienty s imobilizačním syndromem a demencí. Posledními podkapitolami teoretických východisek práce je podkapitola paliativní a terminální péče u seniorů a péče o zemřelého v programu Relaxace a doprovázení. Praktická část této práce je zaměřena na péči o klienta v Domově důchodců Bystřany při využití programu Relaxace a doprovázení, kdy bylo osloveno osm respondentů (zaměstnanců Domova důchodců Bystřany). Těmto respondentům bylo položeno několik klíčových dotazů a jejich aktivity s klienty byly pozorovány v období 03/2018 – 04/2018. Získaná fakta a informace v závěru této práce popisují techniky prováděné relaxace v programu Relaxace a doprovázení s využitím různých pomůcek v Domově důchodců Bystřany. Podle našich zjištění zaměstnanci přímé péče z rozhovorů vědí, pro koho je program Relaxace a doprovázení určen, vědí, kdy klienta do programu Relaxace a doprovázení zařadit, znají techniky, které u klientů provádí, pracují s dotazníkem i tabulkami k Relaxaci a doprovázení. Bylo odhaleno, že se u většiny respondentů některé techniky programu Relaxace a doprovázení neprovádějí, aniž by byl znám důvod, a že zaměstnanci nemají na jednotlivých patrech k dispozici některé pomůcky k programu Relaxace a doprovázení.

Klíčová slova: Relaxace. Služby. Péče. Nemoc. Senior.

ABSTRACT

VÁCLAVÍKOVÁ, Monika: *the Use of the program of Relaxation and accompanying a in a nursing Home Bystřany* [Bachelor thesis]/ Monica Václavíková. - High school zdravotníctva and sociálnej work sv. Alžbety, n. o. Bratislava. Institute of st. Jan Nepomuk Neumann, Příbram. – Supervisor of the bachelor thesis: Mgr. Lenka Baranova, PhD. Degree professional qualifications: Bachelor of science in nursing. Institute of st. Jan Nepomuk Neumann, Příbram. 2018. 83 p.

This bachelor thesis is focused on the subject of using program relaxation and accompanying a in a nursing home Bystřany. The work is divided into theoretical and practical part. The theoretical part is devoted to the description of the program of Relaxation and accompanying a in a nursing Home Bystřany and its use in selected diseases of the elderly. The individual subsections describe the beginning the inspiration about the establishment of a programme of Relaxation and escorting, in Germany after the goal and techniques of relaxation in a nursing Home Bystřany, which are used for clients with imobilizačním syndrome and dementia. The last podkapitolami theoretical starting points the work is sub-chapter palitativní and terminal care for the elderly and care of the deceased in the programme of Relaxation and escorting. The practical part of this work is focused on the care of a client in a nursing Home Bystřany when using program Relaxation and escorting, when it was approached eight of the respondents (employees of the nursing Home Bystřany). These respondents were asked a few key questions and their activities with clients were observed in the period 03/2018 – 04/2018. Facts and information at the conclusion of this work describes the techniques implemented by relaxation in the programme of Relaxation and accompanying with the use of various aids in the nursing Home Bystřany. According to our findings, employees in direct care of the interviews they know for whom is the program of Relaxation and accompanying a designed, know when a client in a program of Relaxation and accompanying a classified, familiar with the techniques that the clients carried out, working with a questionnaire and tables to Relax and escorting. It was revealed that in the majority of the respondents some techniques to program Relaxation and escorting do not, without known reason, and that employees have on the individual floors available some aids to the programme of Relaxation and escorting.

Key words: Relaxation. Service. Care. Illness. Senior.

OBSAH

ÚVOD **12**

1 PROGRAM RELAXACE A DOPROVÁZENÍ **14**

1.1 Inspirace v Německu 15

1.2 Stáž v domově pro seniory v Leubnitz 15

1.2.1 Školení o hospicové péči v Dresden 16

1.3 Relaxace 18

1.3.1 Cíl a techniky relaxace v Domově důchodců Bystřany 19

1.3.2 Doprovázení v domově důchodců Bystřany 21

2 DOMOV DŮCHODCŮ BYSTŘANY **23**

2.1 Základní informace o domově důchodců Bystřany 23

2.2 Zdravotně sociální služby v domově důchodců Bystřany 25

2.3 Ošetřovatelská péče v domově důchodců Bystřany 26

2.4 Úskalí v poskytování péče v domově důchodců pro ošetřující personál 27

3 VYUŽITÍ PROGRAMU RELAXACE A DOPROVÁZENÍ U VYBRANÝCH NEMOCÍ **29**

3.1 Imobilizační syndrom, aspekty vedoucí k imobilitě 29

3.2 Demence, poruchy v rámci demence 31

3.3 Paliativní a terminální péče u seniorů 32

3.4 Péče o zemřelého v programu Relaxace a doprovázení 35

4 PROBLÉM PRŮZKUMU **37**

4.1 Průzkumné otázky a cíle průzkumu 37

4.2 Metodologie a metody průzkumu 37

4.3 Výběr a charakteristika průzkumného vzorku 39

5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU **40**

5.1 Interpretace výsledků průzkumu 40

5.1.1 Metoda rozhovorů 40

5.1.2 Metoda pozorování 52

5.2 Vyhodnocení výsledků průzkumu 57

6 DISKUZE 59

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI 63

SEZNAM BIBLIOGRFICKÝCH ODKAZŮ 65

SEZNAM PŘÍLOH 70

PŘÍLOHY

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Věk respondentů 41

Tabulka 2 Délka praxe respondentů 42

Tabulka 3 Program Relaxace a doprovázení 43

Tabulka 4 Zařazení klienta do programu Relaxace a doprovázení 44

Tabulka 5Potřeby klienta v programu Relaxace a doprovázení 45

Tabulka 6 Příklady akceptování potřeb klienta 46

Tabulka 7 Techniky programu Relaxace a doprovázení 47

Tabulka 8 Záznamy reakcí na prováděné techniky 48

Tabulka 9 Pomůcky k programu Relaxace a doprovázení 49

Tabulka 10 Postup při zjištění nefunkční pomůcky 50

Tabulka 11 Názor respondentů na program Relaxace a doprovázení 51

Tabulka 12 Návrhy respondentů na změny k programu Relaxace a doprovázení 52

Tabulka 13 Prováděné techniky programu Relaxace a doprovázení 53

Tabulka 14 Dodržování frekvence prováděných technik zaměstnanci 54

Tabulka 15 Dodržování délky prováděné techniky zaměstnanci 55

Tabulka 16 Akceptace informací z dotazníku klienta zaměstnanci 56

Tabulka 17 Využívání pomůcek zaměstnanci 57

SEZNAM ZKRATEK, SYMBOLŮ A POJMŮ

Apod.	- a podobně
APSS ČR	- Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky
ATB	- antibiotika
ARMM	- aromamasáž
ARMT	- aromaterapie
atd.	- a tak dále
CD	- kompaktní disk
č.	- číslo
ČALS	- Česká alzheimerovská společnost
ČR	- Česká republika
CHRMT	- chromoterapie
INDK	- individuální kontakt
kol.	- kolektiv
min.	- minuta
MZKT	- muzikoterapie
např.	- například
RaD	- Relaxace a doprovázení
RLXK	- relaxační koupel
RZS	- Rychlá záchranná služba
s.	- strana
SAK	- Spojená akreditační komise
SNZL	- snoezelen
Sb.	- sbírka
TV	- televizní
tzn.	- to znamená
WHO	- World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Život člověka začíná jeho zrozením a končí smrtí. Jednotlivé životní etapy jsou doprovázeny různými schopnostmi a možnostmi jedince, které tvoří jeho životní náplň. Dětství je doprovázeno hrou a bezstarostným životem člověka. Toto období přechází přes pubescenci po adolescenci člověka. Jedinec se tak dostává do produktivní části svého života, která je doprovázena mnoha činnostmi, aktivitami a povinnostmi. Lidé zakládají vlastní rodiny a prožívají svůj život naplno. Toto krásné období života každému z nás uplyne a přijde čas, kdy se z produktivní fáze našeho bytí dostaneme do věku, kdy již jedinec nemusí být samostatný a nemusí být schopen postarat se sám o sebe. Člověku, v seniorském věku, jsou do života náhle postaveny překážky v podobě mnoha nemocí, ztráty fyzické síly a pocitu, že své blízké okolí může svou nemohoucností obtěžovat.

Zdravotnické a sociální služby České republiky jsou na takovéto situace připraveny minimálně, svým zařízením, kvalifikovaným personálem a svou ochotou a úsilím pomáhat nejen seniorům. Existují různé instituce – Domovy pro seniory, Domovy se zvláštním režimem, Domovy pro osoby se zdravotním postižením atd. Domov důchodců Bystřany je jedním ze zařízení, které pečuje o seniory s využitím vlastního programu Relaxace a doprovázení. Tento program má za cíl klientům zpříjemnit poslední období jejich života s pocitem klidného odchodu na „druhý břeh“.

Každý člověk je osobnost a jako s osobností se s ním musí zacházet po celý jeho život, tedy i na sklonku života. Emoce, jenž doprovázejí odchod milované osoby z tohoto světa, jsou velmi intenzivní, a proto si musí každý člověk uvědomit, že není odchod jako odchod. Odchod v pokoji a míru je odchodem, který si zaslouží každý z nás. A o tuto teorii se s pozitivními výsledky ve své praxi snaží zaměstnanci Domova důchodců Bystřany prostřednictvím programu Relaxace a doprovázení.

K napsání této práce a volbě tématu nás inspiroval mnohaletý pracovní poměr v Domově důchodců Bystřany, tudíž jsme byli u zrodu tohoto programu. Chtěli jsme si ověřit, zda se program Relaxace a doprovázení stal standardní péčí o klienta. Cílem této práce bude shrnout využití programu Relaxace a doprovázení v Domově důchodců Bystřany a příklady dobré praxe ukázat, jak lze zajistit důstojné umírání a smrt v pobytových sociálních službách. V teoretických východiscích této práce se čtenář dočte o základních technikách Relaxace a doprovázení v Domově důchodců Bystřany, které pomáhají seniorům s různými nemocemi překonávat nelehké dny obklopené prázdnotou, kdy jsou tito senioři upoutáni, díky svému zdravotnímu stavu, na lůžko. V dalších částech

se pak čtenář dočte o Domově důchodců Bystřany a využití programu Relaxace a doprovázení u vybraných nemocí. Průzkumným šetřením pak bude zmapovat, zda se program Relaxace a doprovázení uplatňuje v praxi dle daných pravidel Domova důchodců Bystřany. Zda zaměstnanci tohoto domova akceptují informace, které jim klient podává v rámci programu Relaxace a doprovázení a také zda má Domov důchodců Bystřany k dispozici pomůcky k realizaci tohoto programu. Pro tato zjištění jsme použili kombinace průzkumných metod rozhovoru se zaměstnanci přímé péče s pozorováním.

1 PROGRAM RELAXACE A DOPROVÁZENÍ

Program relaxace a doprovázení v Domově důchodců Bystřany vznikl na základě potřeby poskytovat kvalitní, bezpečnou a důstojnou péči o klienty na sklonku života. Je určen pro imobilní klienty, kteří již nejsou v důsledku svého zdravotního stavu schopni opustit lůžko, pro klienty s demencí a pro klienty v terminálním stádiu. Cílem relaxace je zpříjemnit chvíle strávené na lůžku u imobilních klientů nebo klientů s demencí, každý den provést alespoň jednu techniku, včetně rozhovorů, účast i pasivní na aktivitách, vyvezení do společných prostor domova důchodců (jídelna na patře., terasa apod.). Cílem doprovázení je zajistit důstojné a příjemné chvíle na sklonku života u klientů v terminálním stádiu, dle individuálních potřeb klienta (Chlebanová, 2012).

Dle Markové (2010) je zapotřebí i v průběhu umírání zajistit možnou dosažitelnou kvalitu života, která se v tomto období rozhodně mění a posouvá. Kvalita života nezbytně souvisí s uspokojováním potřeb, a poněvadž je každý člověk jedinečnou bytostí, mají lidé potřeby jiné, tím je pojem „kvalita života“ velmi individuální. Proto je důležité, aby potřeby umírajícího, ale také jeho rodiny, personál uměl dobře rozpoznávat a reagoval na ně. Nelze vyhodnotit jako kvalitní prožívání života umírajícího jen pokud je dotyčný bez bolesti či jiných fyzických příznaků. Je nezbytné, aby zaměstnanci přímé péče nezapomínali také na lidský, komplexní, holistický přístup k umírajícím a i v závěru jejich života nezapomínali na uspokojování bio-psycho-sociálních a duchovních potřeb klienta. *„Holistický přístup je základem profesionálně poskytované ošetřovatelské péče, zaměřené na celostní pohled na pacienta jako na lidskou bytost se všemi jeho potřebami*“ (Trachtová, Trejnarová, Mastiliaková, 2013, s. 7). Podle Maslowovy hierarchie potřeb, tak jak popisuje Trachtová a kol. (2008) jsou na prvním místě potřeby biologické, jako je dýchání, potřeba přijímání stravy, přijímání tekutin, potřeba vylučování, potřeba spánku a další, druhé v pořadí jsou potřeby bezpečí a jistoty, jelikož nemocný člověk vždy životní jistoty ztrácí. Pak jsou to potřeby sociální, jako je sounáležitost, láska, přátelství, důležitost patřit někam, tyto potřeby vystupují v případě osamocení nebo opuštění. Mezi další potřeby patří respekt, uznání, náklonnost a sebeúcta, ty vystupují při ztrátě důvěry, respektu nebo kompetencí. Dalšími potřebami člověka je potřeba seberealizace, sebeaktualizace – potřeba vědět, poznávat, rozumět, umět. Na všechny je tak důležité myslet a především včasně reagovat. Život člověka je podmíněn smrtí a smrt je bezpodmínečným ukončením života. Biologické zákonitosti jsou nadřazeny každému člověku, které nejdou popřít a nelze

se z nich ani vymanit. „*Umírání a smrt jsou přirozenou součástí života, o které bychom měli uvažovat jak v rovině lidské, tak i profesionální. Jestliže si totiž každý připomene konečnost svého života, bude pak odpovědněji využívat vzácný čas, který mu byl na tomto světě dán*“ (Haškovcová, 2007, s. 13). Vzhledem k cílové skupině domova důchodců se s umíráním a smrtí setkáváme častěji, než například na běžných odděleních ve zdravotnických zařízení.

1.1 Inspirace v Německu

Na konci roku 2010 ředitelka Domova důchodců Bystřany navázala spolupráci s vedoucí domova v organizaci Volkssolidarität Dresden, která je zřizovatelem domova pro seniory Sozial-Kulturelles Zentrum Leubnitz. Vzhledem k tomu, že se problematikou péče o osoby na sklonku života zabývali již dávno před námi, měli s tím již v tomto roce velké a hlavně kladné zkušenosti. V rámci projektu finančně podpořeného Euroregionem Labe probíhaly po celý rok 2011 výměnné stáže zaměstnanců v přímé péči – všeobecné sestry, ergoterapeutky, pracovníci v sociálních službách (pečovatelé, aktivizační pracovníci), mezi dalšími byla na stáži i vedoucí stravování, neboť víme, že správně nastavená strava i v době umírání je jednou ze základních potřeb člověka a u klienta v terminálním stádiu velmi specifická. (Zdroj: Autor, 2017)

1.2 Stáž v domově pro seniory v Leubnitz

V květnu 2011 jsme měly s kolegyní možnost zúčastnit se týdenní stáže v Leubnitz. Byla to pro nás zkušenost, z které čerpáme dodnes. Stáž v rámci našeho projektu byla zaměřena na praktickou ukázku zavedené paliativní péče v domově pro seniory Leubnitz. Využití aromaterapie, snoezelenu v praxi.

V tomto domově již v roce 2011 dle našeho názoru a z toho co jsme mohly s kolegyní vidět, senioři v domově důchodců umírali velmi důstojně a především v prostředí, ve kterém strávili poslední chvíle svého života. Ne v cizí posteli mezi cizími lidmi, v anonymním prostředí nemocnice. Ke klientům zde docházejí dle potřeby jejich praktičtí lékaři, se kterými je velmi dobrá spolupráce a hlavně své pacienty znají mnoho let, včetně rodiny. Mají zde podstatně více zaměstnanců, a co nás hodně překvapilo - i více dobrovolníků než u nás. Spolupracují se středními školami, tudíž mají i praktikanty. Přesto

si stěžují na nedostatek personálu. Dobrovolníci i praktikanti jsou zcela soběstační, přesně vědí, co mají dělat, jaké jsou jejich kompetence. Personál je mezi sebe bere jako sobě rovné. Praktikanty berou pouze na dobu minimálně 1 měsíce, na kratší dobu ne (jednak kvůli klientům, ale i organizačním důvodům).

Uvádíme dva příklady dobré praxe relaxace prováděné v domově pro seniory Leubnitz: Ergoterapeutka si připravuje pomůcky ke snoezelen. Přicházíme na pokoj ke klientovi, který je zcela imobilní, je v lůžku a sleduje televizi. Ergoterapeutka s ním domlouvá vypnutí TV a představuje nás. Vysvětluje mu, co u něj bude provádět. V koši má potřebné pomůcky: aromalampu, olej s vůní eukalyptus, plazmovou lampu, projektor se světelnými efekty, CD přehrávač, světelné kuličky, nahřívací polštářky. Na stůl připravuje projektor, do zorného pole klienta dává plazmovou lampu, do lůžka na přikrývku rozestavuje světelné kuličky, jednu dává klientovi i do ruky (používá světelné balónky, které jsou omyvatelné a dají se dezinfikovat). Pouští hudbu (přírodní zvuky podbarvené relaxační hudbou). Na klienta šeptá, zatahuje venkovní roletu, na dveřích je cedule – informace pro ostatní, že zde probíhá snoezelen. Odchází nahřát polštářky, poté je vkládá klientovi do druhé ruky, ptá se, zda se cítí dobře, zda jsou polštářky akorát, zda mu vyhovuje hudba. Snoezelen trvá zhruba ½ – 1 hod. S klientem v pokoji pobýváme ještě pár minut. Na klientovi je vidět spokojenost, zavírá oči, usmívá se, relaxuje. I na nás toto působí velmi pozitivně a relaxačně. Odcházíme potichu z pokoje. Další den odpoledne odcházíme s praktikantkou na pokoj, kde leží zcela imobilní klientka, nereaguje, nedává nic najevo. Praktikantka jí vysvětluje, že u ní bude provádět masáž hlavy, poté masáž obličeje - u nás orofasciální masáž v rámci bazální stimulace. Nakonec klientce přejíždí po obličeji dětským kartáčkem na vlasy. Poté nám dobrovolnice přibližuje využití aromaterapie. Syntetické oleje nepoužívat na tělo, pouze na zpříjemnění vzduchu. Na tělo používat pouze 100% éterické (přírodní) oleje – nejlepší jsou růže a levandule (pro uvolnění, růže odebírá strach např. při umírání). (Zdroj: Intranet DD, 2011).

1.2.1 **Školení o hospicové péči v Dresden**

Během stáže jsme měly možnost zúčastnit se školení na téma Hospicová péče Sozial-Kulturelles Zentrum Leubnitz. Školení se skládalo ze čtyř samostatných přednášek. Měly jsme k dispozici tlumočníka.

Nejprve se přednášející Kerstin Döring věnovala historii hospicové péče v organizaci Volkssolidarität Dresden, která je zřizovatelem domova v Leubnitz. První myšlenky na zavedení hospicové péče se v této organizaci objevily v roce 2002. Pracovníci organizace se začali ve spolupráci s Paliativní akademií Dresden vzdělávat, v obou domovech pro seniory zřizovaných touto organizací byly vytvořeny hospicové skupiny a postupně byla pro oba domovy vytvořena společná koncepce hospicové péče. Stěžejními zásadami této koncepce bylo:

- reagovat na individuální přání a potřeby umírajícího,
- brát v potaz i blízké osoby umírajícího – vysvětlovat rodinám, co budeme dělat a proč (např. klient nakonec před smrtí chce kněze, i když si to nikdy předtím nepřál a rodina tomu také není nakloněna),
- vytvořit pro umírající klidnou a důvěrnou atmosféru (včetně např. co nejmenšího provozního ruchu na pokoji - úklid, apod.),
- respektovat, že některý umírající chce co největší klid, ale pokud možno neponechat umírajícího samotného,
- akceptovat pocity, chování a jednání umírajícího v různých fázích (může se vyskytnout i agresivita),
- respektovat a akceptovat, že každý máme své hranice (např. že nemůže jít kterýkoliv pracovník ke kterémukoliv klientovi),
- optimalizovat péči o umírajícího, a to vždy ve spolupráci s lékařem = minimalizovat bolest, akceptovat kulturní specifika (odlišné rituály spojené s umíráním a smrtí), apod.

Dr. filozofie Thomas Weinhart promluvil o Etických otázkách spojených s koncem života. Kerstin Döring se věnovala Dobrovolnictví v hospicové péči. Dobrovolník musí být k dispozici pro případ, že některý z klientů umírá. Získat dobrovolníky pro hospicovou péči je i v Německu velmi těžké. Mladí nezaměstnaní doufají, že práci rychle najdou, a proto práci dobrovolníka nevyhledávají. Starší lidé zase obvykle odmítají zabývat se umíráním a smrtí – chtějí být dobrovolníky, ale ne hospicovými. Sandra Pomsel se věnovala Aromaterapii. Dříve se aromaterapie, tedy využití rostlinných vonných silic k ovlivnění živých organizmů, považovala za placebo. Dnes je již brána jako regulérní terapie k doplnění léčby za pomoci léků (tzn. aromaterapie nemůže léky nahradit, ale může jejich působení vhodně doplnit a podpořit). Aromaterapie je velmi vhodná v hospicové péči, kde se využívá zejména působení rostlinných silic na úrovni psychiky (k ovlivnění

pocitů, nálady umírajícího). Před použitím aromaterapie je vždy nutné přemýšlet, čeho chci u klienta dosáhnout – každá rostlinná vonná silice má jiný účinek (Zdroj: Intranet DD, 2011).

1.3 Relaxace

Relaxace je technikou duševní hygieny a v pravém slova smyslu je vnitřní očistou těla. Spočívá ve vědomém uvolňování svalů celého těla za pomoci různých technik, které umožňují snížit napětí a obnovit rovnováhu a pohodu v těle, to pak vede k uvolnění jak tělesnému, tak i psychickému. Při uvolnění dochází v těle ke změnám, za které zodpovídají dvě větve vegetativní nervové soustavy. První z nich je sympatikus, který má schopnost okamžité reakce organismu na hrozící nebezpečí, uvolňuje energii, zvyšuje srdeční činnost, zvyšuje krevní tlak, rozšiřuje zornice. Protikladem je pak parasympatikus, který zajišťuje organismu klid a bezpečí, uklidňuje tělo i mysl. Fungují tak opačně a mnohdy se navzájem doplňují. Během relaxace tělo nepotřebuje téměř žádnou obživu, metabolické činnosti jsou omezeny a podobají se stavu hlubokého spánku (Černý, Grofová, 2015). Hlavním cílem relaxace je uvolnění svalového vypětí, které je přenášeno i do oblasti psychiky. „*Jde především o uvolnění příčně pruhovaného kosterního svalstva, který se smršťuje a zkracuje dle naší vůle. Když chceme svalům dopřát regeneraci, odstranit únavu a dodat energii pro další činnost snažíme se právě o maximální uvolnění. Vědomé i nevědomé uvolňování svalového napětí nazýváme řízenou relaxací*“ (Grygárková, 2008). Relaxaci můžeme rozdělit do dvou skupin: spontánní čili samovolnou, ke které dochází bez jakéhokoliv našeho přispění, a to během spánku nebo odpočinku, přičemž odpočinek musí předcházet spánku. Druhou skupinou je diferencovaná relaxace, která je opakem spontánní, je řízená vlastní vůlí a může k ní dojít kdykoliv během dne, kdy je člověk bdělý. Mezi nejjednodušší metody relaxace řadíme uvolňování obličejových svalů, ke kterým nám postačí naše ruce, ke svalové relaxaci pak střídavé napínání a uvolňování určité skupiny svalů (Křivohlavý, 2010).

1.3.1 Cíl a techniky relaxace v Domově důchodců Bystřany

Cílem relaxace v Domově důchodců Bystřany je zpříjemnit chvíle strávené na lůžku u imobilních klientů nebo klientů s demencí. Každý den provést alespoň jednu techniku, aby se klient necítil osamocen, nabídnout můžeme například rozhovor nebo účast, byť i pasivní na aktivitách, vyvezení do společných prostor DD (jídelna na patře, terasa apod.).

Relaxační techniky se doporučují u lidí s lehčí nebo těžší formou duševních poruch, kterými mohou být deprese, úzkostné stavy, panické poruchy, různé typy fobií nebo s psychosomatickými obtížemi jako je únava, nesoustředěnost, nespavost nebo fyzické obtíže – boleti zad, hlavy a další (Peterková, 2008). Používané techniky relaxace v Domově důchodců Bystřany jsou aromaterapie, aromamasáž, chromoterapie, snoezelen, muzikoterapie, individuální kontakt, relaxační koupel.

Aromaterapie je léčba vůní, je formou alternativní terapie, proto je využívána jako doplňková léčba vedle léčby klasickou medicínou. Dle Wenzelové (2014, s. 25) „*při aromaterapii nejde jen o vdechování účinné látky.*“ Intenzivní vůně mají vliv na reakce, které se odehrávají v mozku a tím se stimulují hormony. Vůně se dostávají přímo do mezimozku, kde výrazně působí na limbický systém, ten je považován za centrum emocí. Vůně tak mohou snižovat nebo zvyšovat krevní tlak, uvolňovat strach, zlepšovat náladu nebo zkvalitňovat spánek. K aromaterapii využíváme aromastream, solné aromalampy (Příloha A), éterické oleje (Příloha B). Éterické oleje zvané také jako silice jsou bioaktivní těkavé vonné látky obsažené v rostlinách. Jsou hořlavé, rozpustné v alkoholu a tucích. Cena se odvíjí od roční úrody, proto je nutné dávat pozor na falzifikáty. Kvalitním éterickým olejům pak tedy odpovídá i jejich cena. Olej používaný v rámci terapie musí mít platný certifikát, který obsahuje latinský název, zemi původu, způsob získávání, hlavní účinné látky, dobu použitelnosti a šarži (Melenová, 2017). S aromaterapií úzce souvisí i další oblíbená technika, kterou je aromamasáž. Aromamasáž je léčbou dotykem a vůní. Zahrnuje ošetření celého těla nebo jen jeho částí. Hmat je nejméně vědomě vnímaný smysl. Hudbu vědomě posloucháme, okolí nebo přírodu vědomě pozorujeme. „*Masáž oslovuje cíleně právě hmat a to jak u osoby, která masíruje, tak i u té, která je masírována. Kousek kůže obsahuje 3 miliony buněk a 50 nervových zakončení. Není divu, že skrze kůži vnímáme extrémně hodně podnětů*“ (Tischer, 2008, s. 13). Při aromamasáži se používají éterické oleje, ty musí být při styku s kůží vždy ředěny většinou nosným olejem nebo lihem. Ve vodě jsou nerozpustné. Platí pravidlo 0,5–1 kapka éterického oleje na 1 ml nosného oleje. I hodně zředěná směs může být

účinná a má blahodárný vliv na uvolnění tělesné i duševní schránky člověka (Melenová, 2017). Je nezbytné, aby byli alespoň někteří zaměstnanci přímé péče proškoleni v aromaterapii, včetně masáží. Nejvíce se masírují ruce, dolní končetiny a záda. Mezi další techniky v rámci programu Relaxace a doprovázení řadíme chromoterapii. Chromoterapie je řeckého původu a znamená chromos - světlo (paprsek), therapia - terapie, v překladu léčení světlem. V chromoterapii se tedy používá k léčení světlo a jeho barevné paprsky. Každý barevný paprsek má svoji specifickou energii a každý působí na jinou část organismu jiným způsobem. Světelné barevné paprsky mají na náš organismus pozitivní vliv a tím v nás vzbuzují různé reakce. Barevné světlo zprostředkovává organismu léčivé impulsy a ty pak různým způsobem působí na tělesnou stránku či na stránku psychickou. Je alternativní léčebnou metodou, která vede k harmonizaci těla a ducha. Posiluje podporu vnímání, mírní stres a navozuje pocit klidu. Na léčbu používáme osm barev a jsou to barvy duhy: červená, žlutá, zelená, tyrkysová, fialová, purpurová, oranžová a modrá (Mičulková, 2014). Společně s muzikoterapií napomáhá kvalitně relaxovat. V Domově důchodců Bystřany k technice chromoterapie využíváme malý a velký projektor (Příloha C), ve kterém se vyměňuje olejový disk, který promítá pohyblivé proměnlivé obrazce o průměru až 1,5 m na zeď nebo strop. Dále pak svítící vlákna (Příloha D), která je možné dát klientovi přímo do lůžka nebo lávovou lampu (Příloha E), která musí být umístěna mimo dosah klienta, ale v jeho zorném poli. Hlavním principem snoezelenu je individuální přístup. Prvořadé jsou potřeby, individuální schopnosti a předpoklady klienta, nikdy bychom mu neměli vnucovat své pocity. Abychom dokázali vytvořit správnou atmosféru, musíme se vcítit do jeho situace, do jeho momentální nálady, protože klientovi nemusí některé podněty být příjemné, třeba příliš silné zvuky či nevhodné osvětlení. Tomu můžeme předejít výběrem tlumeného osvětlení, výběrem hudby v pozadí, omezením rušivých vlivů a vytvořením pohodlné polohy při sezení nebo ležení (Ponechalová). V domově důchodců Bystřany při snoezelenu využíváme více technik najednou, např. hudba – aromaterapie – aromamasáž, hudba – lávová lampa – individuální kontakt nebo hudba – aromamasáž. Odjakživa je součástí našeho života hudba, již od narození nám rodiče, ale i prarodiče zpívali třeba ukolébavky, každý člověk je jedinečnou bytostí a tak také každý poslouchá jiný žánr, na to je důležité myslet v rámci muzikoterapie. Kantor, Lipský, Weber (2009, s. 22) definují muzikoterapii *„ jako umění, vědecký obor nebo interpersonální proces. Každá tato identita přisuzuje muzikoterapii odlišné vlastnosti: jako umění je muzikoterapie spojena se subjektivitou, individualitou, kreativitou a krásou. Jako*

vědecký obor ji charakterizuje snaha o objektivitu, univerzálnost, replikovatelnost a snaha o pravdivost. Jako interpersonální proces je pojena s důvěrností, empatií, komunikací, vzájemností a se vztahy mezi jednotlivými rolemi, které terapeut i klient zaujímají během muzikoterapeutického procesu". Relaxační hudba má pozitivní vliv na zklidnění, uvolnění a může pomoci u klientů, kteří mají potíže se spánkem. Živější hudba pak navozuje vzpomínky, nemocný s demencí pak zpívá známé písničky nebo si je jen pobrukuje a dochází u něj též ke zklidnění nebo uvolnění (Kolektiv autorů, 2006). U klientů, kteří nejsou v důsledku svého zdravotního stavu schopni opustit lůžko je prováděn individuální kontakt. Označujeme tím posezení s klientem u lůžka, držení za ruku pro pocit bezpečí a jistoty, třeba jen v tichosti, předčítání z oblíbené knihy, časopisu, novin, máme k dispozici i Bibli. A protože od nepaměti mají lidé potřebu mezi sebou komunikovat, je nejpřirozenějším stylem komunikace rozhovor (Procházka, 2011), který též využíváme v rámci individuálního kontaktu. Jedenkrát v týdnu nebo dle potřeby je dle přání klienta prováděna koupel, a to ve sprše nebo ve vaně. Možností zpříjemnit tuto činnost je relaxační koupel. Označujeme tím koupel v masážní vaně nebo ve sprše s použitím éterických olejů v rozprašovači, dle přání klienta možno využít i rádio nebo koupel zpříjemnit relaxační hudbou. Koupel se tak stává příjemně relaxační a zklidňující.

1.3.2 Doprovázení v domově důchodců Bystřany

Cílem doprovázení v Domově důchodců Bystřany je zajistit důstojné a příjemné chvíle na sklonku života u klientů v terminálním stadiu, dle individuálních potřeb klienta alespoň dvakrát denně.

Identifikátory, kterými poznáme, že člověk vstupuje do konečné fáze života, tedy smrti, je postupně se zhoršující celkový stav a prohlubování několika příznaků: člověk už nevstává z lůžka, poněvadž příčinou je narůstající celková únava a slabost, přes den více pospává, stává se tak více závislým na pomoci druhých osob, ztrácí zájem o okolí, vzdaluje se od někdejšího světa, bývá mnohdy dezorientován, někdy se může objevovat také zmatenost, nakonec odmítá jídlo a pití, někdy se mohou objevovat i další příznaky jako je nauzea, dysfagie či zhoršené polykání, má problémy močového ústrojí - oligurii či anurii, nepravidelně a hůře dýchá, což se může projevovat například apnoickými pauzami Cheyneovo - Stokesovým dýcháním, chrčivým dýcháním, které není obvykle projevem plicního edému, ale nahromaděním sekretu v dýchacích cestách, v úplném

závěru pak mělkým dýcháním, mezi dalšími symptomy pak může být cyanóza nohou nebo mramorová kůže (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2007).

Doprovázení (terminální stadium) v Domově důchodců Bystřany identifikuje lékař dle podkladů a informací od všeobecných sester, mimo jiné i na základě výše popsaného. Kromě uspokojování bio-psycho-sociálních a duchovních potřeb klienta, které jsou již zmíněny na začátku práce, má umírající i další potřeby, mezi které patří např. potřeba uzavřít svůj život, potřeba najít smysl, potřeba vděčnosti, potřeba odpuštění nebo potřeba naděje, na tyto potřeby se snažíme v rámci programu Relaxace a doprovázení taktéž nezapomínat. „*Doprovázení umírajících vyžaduje hodně vnitřní síly a konfrontuje doprovázejícího s vlastní konečností. Ten, kdo doprovází umírajícího, by měl vědět o posledních a možná nejdůležitějších úkolech, s nimiž se musí každý člověk při svém umírání vyrovnat*“ (Kutnohorská, 2007, s. 79). Úlohou závěru lidského života je uzavřít prožité. Odložit to, co bylo zbytečné, odpustit to, co se nepovedlo a naopak uchovat to, co bylo krásné. Neodpuštění bývá častou příčinou psychických i sociálních potíží, zatrpklosti, rozpadů vztahů, rodin a depresí. Odpuštění člověka osvobozuje, proto je tak důležité na konci života. Naděje, že v době umírání nebude člověk sám, je pro hodně lidí v závěru života velkým darem (Marková, 2010). Pomoc však potřebují nejen umírající, ale i jejich osoby blízké nebo třeba přátelé, z nichž se stanou po smrti umírajícího truchlící, pozůstalí. Poradny pro pozůstalé jsou v České republice spíše vzácností než běžnou praxí.

„*Dnes se o smutku mluví jako o slabosti. Málem smutek považujeme za psychiatrickou diagnózu a pleteme si ho s neodůvodněnou depresí. Smutek je zdůvodněn a trvá několik měsíců, ve své intenzitě se ale mění. Když dojde k úmrtí blízkého člověka, je smutek zcela „normální“, chcete-li správný a pochopitelný. Je to důkaz hlubokého citu, reflexe ztráty, je to stav, který je třeba si odžít, prožít u sebe, zamyslet se nad tím, uvědomit si to a později, ale mnohem později, to jako zkušenost zařadit do svého života. Mrtvého je třeba nechat „odejít“, přijmout jeho odchod, neudělat si náhradní cíl z toho, že budu čekat na nějaký vzkaz či zázračné objevení se, ani z toho, že jsem tak zraněna, že nedokážu bez toho člověka žít*“ (Šiklová, 2013, s. 96). V Domově důchodců Bystřany jsme měli snahu toto změnit, ale bohužel zájem o setkávání s osobami blízkými, kterým zemřel blízký člověk v zařízení, byl minimální. Většina pozůstalých uvádí: „cítím zase smutek, když vcházím do haly domova důchodců“, „už se sem nechci vracet, když už tu maminka není“, atd. Na druhou stranu se někteří pozůstalí stali dobrovolníky Domova důchodců Bystřany, nebo chodí navštěvovat spolubydlící svých zemřelých, ale těch je jak šafránu.

2 DOMOV DŮCHODCŮ BYSTŘANY

Bystřany se rozkládají 2 km jihovýchodně od Teplic v Čechách při Sviním potoku na úpatí hory Doubravky. Domov důchodců je sociální pobytovou službou. Budova je po celkové rekonstrukci, je čtyřpatrová a bezbariérová (Příloha F), nachází se v blízkosti centra obce Bystřany. Nedaleko je obecní úřad, poštovní úřad, restaurace a obchody se základním zbožím. Domov důchodců má kapacitu 197 klientů, kteří jsou ubytováni v jedno až vícelůžkových pokojích. Budova je obklopena rozsáhlou zahradou (Příloha G) s možností příjemného posezení i procházek (www.dd-bystřany.cz, 2012). V dosahu je též autobusová zastávka městské hromadné dopravy vedoucí do nedalekých Teplic a vlaková zastávka, vlakem je možno kromě Teplic dojet i do Ústí nad Labem, Bíliny nebo Lovosic. Na recepci domova jsou k dispozici jízdní řády MHD, recepční v případě potřeby pomůže klientovi při vyhledávání vhodného spoje (Barešová, 2015). V tomto zařízení, je také realizován průzkum potřebný pro splnění cíle bakalářské práce.

2.1 Základní informace o domově důchodců Bystřany

Zřizovatelem příspěvkové organizace Domov důchodců Bystřany je Obec Bystřany. Hlavním účelem organizace je poskytování služeb sociální péče v zařízení domova pro seniory (kapacita 100 klientů) a domova se zvláštním režimem (97 klientů) v souladu s ustanoveními zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Předmětem činnosti dle zřizovací listiny jsou: ubytování a stravování klientů, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí a další fakultativní činnosti dle § 35 zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
Domov důchodců Bystřany nabízí dvě služby:

- Domov pro seniory
- Domov se zvláštním režimem

Posláním domova pro seniory je poskytování sociální a zdravotní služby seniorům, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci, jsou závislí na pomoci druhé osoby a nemohou žít ve svém domácím prostředí ani využívat jiných typů služeb. Služba je individuálně

plánovaná tak, aby byla co nejdéle zachována soběstačnost uživatele a vazba na blízké osoby a veřejné služby.

Posláním domova se zvláštním režimem (DZR) je poskytování sociálních a zdravotních služeb seniorům, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci z důvodu věku a chronické duševní nemoci, jsou závislí na pomoci druhé osoby a nemohou žít ve svém domácím prostředí ani využívat jiných typů sociálních služeb. Služba DZR je zaměřená na klienty trpící chronickým duševním onemocněním a jejich specifické potřeby, čemuž je přizpůsobena i péče, chod zařízení a přístup zaměstnanců ke klientům. Poskytováním kvalifikovaných sociálních a zdravotních služeb chceme umožnit našim klientům prožívat plnohodnotné, důstojné a bezpečné stáří (Autor neuveden, 2016).

Domov důchodců Bystřany je držitelem akreditace SAK (Spojená akreditační komise) a certifikátu Značky kvality. V tomto zařízení se pracuje s konceptem Bazální stimulace.

V Domově důchodců Bystřany se v péči o klienty uplatňuje také:

- Standard nutriční péče – postup, jak sledovat a zabezpečit klienty, kteří by mohli být ohroženi podvýživou
- Relaxace a doprovázení – techniky péče o klienty, kteří v důsledku nemoci již nemohou opustit lůžko, a o klienty na sklonku života (www.dd-bystrany.cz, 2012)

Klient může nastoupit do domova na základě vyplněné písemné žádosti k přijetí, kterou přebírá sociální pracovnice. Součástí žádosti je vyjádření praktického lékaře, ke kterému klient docházel a prvotní jednání se zájemcem o službu. Při prvním jednání pověřený pracovník ověří, zda zájemce vyhovuje cílové skupině, co zájemce od služby očekává a zda poskytujeme úkony spojené s jeho očekáváním. Jednání se přizpůsobuje vnímacím schopnostem žadatele, zaměstnanec jednající se zájemcem se řídí pravidly pro komunikaci se seniory – ověří možné komunikační bariéry (porucha sluchu, zraku, apod.) a použití případné kompenzační pomůcky (naslouchátko, brýle). Žádost posuzuje sociální pracovnice, vedoucí péče a lékař. Po uvolnění vhodného místa, se provádí za účasti žadatele, sociální pracovnice, asistentky klienta (pracovnice, která provází klienta tří měsíčním adaptačním obdobím po nástupu), finanční referentky a osoby blízké, sociální šetření v domácím prostředí žadatele nebo ve zdravotnickém či jiném sociálním zařízení. Zde se domluví termín nástupu, včetně předání bližších a podrobnějších informací o poskytované sociální službě a jejích možnostech (Barešová, 2017).

Pracovnice domova zjistí aktuální stav žadatele a na základě těchto informací je vytvořen plán péče. Plánování a průběh poskytování služeb vychází z možností, potřeb a osobních cílů uživatele. Je postaveno na jeho vůli a schopnostech s přihlédnutím k psychosomatickému stavu klienta a k možnostem organizace (Barešová, 2015). Podepíše se smlouva o poskytované službě. Služby a komplexní péče jsou poskytovány na základě standardů kvality, standardů péče, pracovních postupů k poskytování péče, pracovních postupů k poskytování zdravotní péče a dalších metodických postupů. Ošetřovatelský plán je vytvořen v den nástupu klienta všeobecnou sestrou.

2.2 Zdravotně sociální služby v domově důchodců Bystřany

Domov důchodců Bystřany je poskytovatelem zdravotních služeb registrovaným Krajským úřadem Ústeckého kraje. V tomto zařízení není poskytována nadstandardní péče, všechny zdravotní služby jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Pro zdravotní služby poskytované v tomto zařízení nepožadujeme k žádnému z odborných výkonů informovaný souhlas klienta. Probíhá zde pravidelně výuka studentů zdravotních škol.

Ošetřovatelskou péči poskytují všeobecné sestry, fyzioterapeutka, ergoterapeutky a externě nutriční terapeutka s odbornou způsobilostí dle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Všeobecná sestra pracuje metodou ošetřovatelského procesu a se zaměřením na individuální potřeby klientů. Pracuje systémem skupinové péče, kdy během směny pečuje o skupinu klientů na daném patře, odpovídá za zajištění ošetřovatelského procesu a vedení příslušné dokumentace. (Věstník č. 9, MZ ČR, 2004) Cílem ergoterapie pak je udržení maximální soběstačnosti a samostatnosti klienta v běžném denním životě. Ergoterapeut pracuje dle metodických postupů k příslušným diagnózám se zaměřením na motoriku, mobilitu, aktivity denního života, kognitivní a fatické funkce (Autor neuveden, 2015).

Zdravotní péči zajišťuje praktický lékař (2x v týdnu), který je zaměstnancem Domova důchodců Bystřany, ve smluvním vztahu dochází ještě jeden praktický lékař (1x v týdnu), fyziatr, psychiatr, stomatolog, urolog, algeziolog a chirurg – specialista na hojení ran (Autor neuveden, 2016). Od roku 2017 ve smluvním vztahu ještě neurolog.

Služby sociální péče v DD Bystřany byly k 31. 12. 2016 poskytovány 188 klientům. Kapacita všech služeb byla během roku naplněna na 95,8 %. Součástí sociální péče jsou

také aktivizační, zájmové a kulturní činnosti. Tyto aktivity probíhají pravidelně týdně nebo měsíčně. Denně se konají volnočasové aktivity organizované především geriopracovníky (aktivizačními pracovníky), patří mezi ně trénování paměti, čtení, stolní hry, sportovní aktivity, muzikoterapie apod. Aktivit se účastní od několika klientů až po cca osmdesát klientů, kteří každý čtvrtek docházejí na pravidelný senior klub (Autor neuveden, 2016).

Pracovníci v sociálních službách (pečovatelé) pomáhají při stravování klientů, pomoci při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoci při osobní hygieně. Poněvadž většina seniorů v domově důchodců trpí různým stupněm inkontinence, je nezbytnou náplní práce pečovatelů vhodný výběr a výměna inkontinenčních pomůcek, která se provádí standardně 3x denně nebo dle potřeby klienta, včetně provádění důsledné hygieny v oblasti genitálií a hýždí a péče o kůži. Snahou pečovatelů je v této oblasti zajištění pohodlí a intimity, ale také dopomoc při nácviku v samostatném používání toalety a tím zabránění vzestupu vyšších stupňů inkontinence. Mimo hlavní náplně pracovních činností pečovatelů, tedy přímé péče, se také věnují aktivitám běžných denních činností, jako je vaření, pečení s klienty, skládání ručníků, žehlení a dalších, neboť si myslíme, že zvláště u klientů s demencí toto napomáhá vyvolat pocit potřebnosti a sebeúcty, vždyť většina žen tyto činnosti v domácnosti dělávala (Zdroj: Autor, 2018).

2.3 Ošetřovatelská péče v domově důchodců Bystřany

Ošetřovatelskou péči v tomto zařízení zajišťují všeobecné sestry, fyzioterapeutka, ergoterapeutky a externě nutriční terapeut. Je poskytovaná komplexní ošetřovatelská péče na základě individuálního plánu péče a ošetřovatelského plánu, které jsou aktualizovány dle stavu a potřeb daného klienta. Malíková (2011) uvádí, že k účinnému a efektivnímu poskytování komplexní ošetřovatelské péče musí být vytvořen správný vztah mezi sestrou a ostatními nelékařskými pracovníky, pracovníky přímé péče a klientem i jeho osobou blízkou, který by měl být na bázi důvěry, respektu, partnerství a spolupráce mezi všemi.

Všeobecná sestra v domově důchodců Bystřany zodpovídá za přípravu a podání léků, aplikaci inzulínů, injekcí, provádí odběry biologického materiálu. Část pracovní doby všeobecné sestry ve službě naplňuje péče o kůži a ošetření defektů různého druhu, jako například bércové vředy, dekubity, ale také různá poranění s porušenou kožní integritou. Poněvadž mají senioři velmi často suchou a pergamenovou kůži, dochází občas k jejímu porušení, které je nutné také šetrně ošetřovat. Plní ordinace lékaře. Důležitou součástí péče

je prevence dekubitů. Imobilní klienti mají polohovací lůžko, jehož součástí je antidekubitní matrace, která může být pasivní nebo aktivní a je u nich prováděno pravidelné polohování, včetně mikropolohování po dvou hodinách s využitím polohovacích pomůcek. Pokud klient vydrží sedět, je samozřejmostí, že je během dne vysazován do polohovacího křesla na dobu, která je pro něj přínosem. Nejvíce času pracovní doby všeobecné sestry však zabere vedení ošetřovatelské dokumentace. „*Při jejím vedení musí sestra dodržovat právní normy a obecné zásady stanovené pro provádění záznamů. Každé zařízení také musí mít vypracován ošetřovatelský standard „vedení zdravotnické a ošetřovatelské dokumentace“, který sestra dodržuje. Ošetřovatelskou dokumentaci sestra zakládá při přijetí klienta do zařízení a pak průběžně provádí záznamy až do ukončení jeho pobytu. Po celou dobu dodržuje všechna platná nařízení a normy pro práci s dokumentací*“ (Malíková, 2011, s. 218). Členem ošetřovatelského týmu je také fyzioterapeutka, která pomáhá s prevencí imobilizačního syndromu a pomáhá udržovat a rozvíjet soběstačnost klientů, popřípadě ulevovat od chronických bolestí pohybového aparátu.

2.4 Úskalí v poskytování péče v domově důchodců pro ošetřující personál

Práce s klienty domova důchodců, ale se seniory obecně vede k mnoha zátěžovým situacím pro pečující personál. Vlivem nahromadění faktorů a zátěžových situací, může u zaměstnanců v přímé péči dojít k syndromu vyhoření, tak zvanému burn-out syndromu. Jde o stav psychického, fyzického a emocionálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým setrváváním v emocionálně těžkých situacích v souvislosti s pracovní zátěží. Aby mohla být péče poskytována na určité úrovni, je nutné navázat se všemi seniory vztah, přesto, že si senioři a zaměstnanci nemusejí být vzájemně sympatičtí. Proto musí všichni zaměstnanci přímé péče zapojit profesionalitu a vůli, aby vztah mohl fungovat, což je rozhodně často velmi obtížné. Senioři bývají často vůči pečujícímu personálu skeptičtí a vlivem různých psychických poruch někdy i paranoidní, o to bývá situace ještě komplikovanější (Venglářová, 2007). Vztahy pak bývají ukončeny smrtí klienta, nebo překladem klienta ve zhoršeném zdravotním stavu do zdravotnického zařízení, toto zpětně na zaměstnance nějakým způsobem dopadá. Zátěžové situace také vznikají například z nesouladu mezi profesionalitou a požadavky klienta či jeho rodiny. Cílem poskytované péče v pobytových sociálních službách je zlepšení nebo udržení co možná nejvyššího

stupně soběstačnosti a tím zachování kvality života, ale sám senior, dnes však častěji jeho rodina, očekávají od zaměstnanců, že převezmou veškerou péči, a to i péči při úkonech, které klient dokáže bez potíží zvládnout sám. Zaměstnanci pak musí čelit výčitkám rodiny, že nejsou dostatečně ochotní a že se nestarají, jak by měli (Venglářová, 2007).

Svá náročná specifika má také práce všeobecné sestry v domově důchodců. V zařízení není trvale přítomen lékař, který by posoudil a řešil aktuálně vzniklé změny zdravotního stavu svěřených klientů a například při nočních službách je jedna všeobecná sestra na 197 klientů. Sestra v pobytových sociálních službách musí mít dostatek zkušeností a znalostí k posouzení zdravotního stavu klientů. Přitom je kompetentní samostatně změřit pouze fyziologické funkce a provést základní fyzikální vyšetření. Za svá rozhodnutí nese plnou zodpovědnost. Nemá dostupná laboratorní vyšetření a není v její kompetenci je indikovat bez ordinace lékaře, na rozdíl od zdravotnického zařízení, kde je lékař sestře ihned naordinuje. Z těchto důvodů musí sestra v domově důchodců častěji volat lékařskou pomoc (konzultace s lékaři ve zdravotnickém zařízení, RZS a další) a vystavuje tak sebe i svěřeného klienta ve zhoršeném zdravotním stavu nevhodným komentářům příchozích zdravotnických pracovníků, kteří často podceňují situaci a znevažují péči a úsilí sestry (Malíková, 2011). A proto i zaměstnanci mají své potřeby, zásadní je potřeba smysluplné práce a respektu. Péče v domově důchodců je ale také obtížná a skličující v tom, že jde v základu o zkvalitnění života, kdy může sice přijít mírné zlepšení stavu, ale to však bývá mnohdy jen přechodné. Chybí zde proces uzdravení a nelze očekávat žádné zásadní změny, které posilují zdravotníky v jiných odvětvích. K základním kompetencím ošetřujícího personálu patří mimo jiné také emocionální odolnost, znalost vlastních emocí a cíleně udržovaná nezdolnost (Špirudová, 2015). Proto je důležitou součástí péče o zaměstnance v přímé péči možnost supervize, supervize nabízíme skupinové, individuální nebo odlehčovací, právě v souvislosti s častým kontaktem s umíráním a smrtí. Venglářová (2013, s. 14) definuje supervizi jako „*proces, jehož účastníkem je tým, skupiny pracovníků nebo jednotlivec. Proces je zaměřen na reflexi profesní role, činností a aktivit spojených s pracovní rolí*.“ Supervize by měla být nezbytnou součástí péče o zaměstnance, kteří pracují s lidmi, ať už je to zdravotnictví, sociální služby, ale taktéž banky, pojišťovny nebo úřady.

3 VYUŽITÍ PROGRAMU RELAXACE A DOPROVÁZENÍ U VYBRANÝCH NEMOCÍ

Program relaxace a doprovázení v Domově důchodců Bystřany je určen pro imobilní klienty, kteří již nejsou v důsledku svého zdravotního stavu schopni opustit lůžko, pro klienty s demencí a pro klienty v terminálním stadiu. Stáří je poslední etapou lidského života a většinou s sebou přináší různá onemocnění. U seniorů v sociálních pobytových službách jsou nejčastěji přítomny geriatrické syndromy. Kalvach (2008) popisuje geriatrické syndromy pěti „i“, těmi jsou instabilita, inkontinence, imobilita, intelektové poruchy a iatrogenní poškození, vznikající v důsledku nežádoucích účinků léků a geriatrického hospitalizmu. Malíková (2011, s. 216) definuje geriatrické syndromy *„jako důsledek kombinace involučních změn, obvykle několika chorob a dalších vlivů (např. malnutrice, dekondice), které dohromady vytvářejí komplex příčin, jež se navzájem ovlivňují a potencují, takže je obtížné určit jejich jednotlivý podíl“.* Geriatrické syndromy lze rozdělit do tří skupin, somatické, psychické a sociální. Mezi somatické řadíme poruchy chůze, závratě, s tím související pády a úrazy, inkontinence, dekubity, imobilita. Mezi psychické geriatrické syndromy patří demence, deprese, delirium, poruchy chování, dezorientace. K sociálním geriatrickým syndromům pak můžeme zařadit poruchy soběstačnosti, sociální izolaci nebo závislost na druhých (Topinková, 2005).

3.1 Imobilizační syndrom, aspekty vedoucí k imobilitě

Imobilizační syndrom je jedním z nejčastějších projevů stáří a jedním z hlavních důvodů žádostí a následnému přijetí do domova důchodců, neboť osoby blízké nemají zkušenosti ani znalosti, jak se o imobilního blízkého postarat.

Imobilizační syndrom je nezbytnou somatickou odpovědí na imobilitu, postihující všechny orgánové soustavy. Nástup změn bývá poměrně rychlý. Změny v pohybovém a kardiovaskulárním systému je možné zaznamenat již za 36 hodin od upoutání na lůžko. Další patologické změny jsou patrné již za 7 – 10 dní. Předpoklady k rozvoji imobilizačního syndromu mají zejména pacienti chronicky nemocní, starší a sociálně izolovaní (Hlubůčková, Šourková, 2007). Imobilita sama o sobě nesouvisí jen s volně omezeným pohybem v prostoru, ale i se sociální izolací, změnami kulturních hodnot, sníženým pocitem bezpečí, jistoty a sounáležitosti. Dochází ke komplexním změnám, které

zasahují nejen do života nemocného, ale celé rodiny. Kalvach a kol. (2006, s. 194) definuje imobilizační syndrom jako „*nekonstantní označení souboru negativních důsledků a projevů dlouhodobého podstatného omezení pohybové aktivity, především ve smyslu upoutání na lůžku.*“ Mezi všemi onemocněními spojenými s imobilitou zaujímají závažné místo zejména ta, která způsobují dlouhodobou a trvalou imobilizaci. Jak tvrdí Kalvach (2008) nejčastějšími změnami v oblasti kardiovaskulárního systému je možná ortostatická hypotenze, zánět nebo ucpání hlubokých žil, pokles síly myokardu. V oblasti dýchacího systému hypoventilace, bronchopneumonie. V oblasti gastrointestinálního traktu je to nejčastěji malnutrice, dehydratace, zácpa. Je postižen i pohybový systém, vzniká osteoporóza z inaktivity, kontraktury, svalová atrofie, svalová slabost a ankylózy. Komplikacemi u močového systému jsou časté infekce močových cest, inkontinence, retence a močové kameny. Dlouhodobé upoutání na lůžko přináší problémy v oblasti centrální nervové soustavy, rozvíjí se apatie, deprese, zmatenost. Všechny tyto faktory zvyšují riziko vzniku dekubitů. Starý člověk bývá upoután na lůžko ve stavu zhoršení nemoci, po úrazu, u seniorů nejčastěji důsledkem pádu (zlomeniny) nebo při těžké kardiovaskulární nemoci (iktus, akutní infarkt myokardu). Někdy je upoutání na lůžko důsledkem psychické dekompenzace nebo jako následek chronického onemocnění (například těžká artróza nebo osteoporóza). Jako prevenci imobilizačního syndromu je vhodné realizovat aktivní i pasivní cvičení dolních končetin, dbát o dostatečnou hydrataci a plnohodnotnou výživu, kterou je možno doplnit o výživové doplňky, kterých je na trhu celá řada. Imobilní pacient mívá často změny nálad, trpí depresí, smutkem, může být zmatený, ztrácí orientaci v čase i prostoru. Důležitou součástí je i důsledná péče o hygienu a pokožku jako prevence vzniku opruzenin, úprava lůžka, polohování, včetně používání polohovacích pomůcek jako prevence vzniku dekubitů (Pospíšilová, 2010). V rámci prevence dekubitů je nezbytné i přehodnocování rizika vzniku dekubitů. Existuje celá řada stupnic, přičemž v ČR je nejpoužívanější rozšířená škála Nortonové. Jak uvádí Mikula, Mullerová (2008, s. 19) „*hodnotí celkové zdraví pacienta, duševní stav, aktivitu, mobilitu a inkontinenci.*“ Na základě těchto údajů, je pacient ohodnocen určitým počtem bodů, které nám určí stupeň rizika dekubitů, tedy čím méně bodů, tím vyšší stupeň rizika dekubitů. Dle výsledku vyhodnocení jsou imobilní klienti uloženi na polohovací lůžko, jehož součástí je antidekubitní matrace, která může být pasivní nebo aktivní a je u nich prováděno pravidelné polohování nebo mikropolohování po dvou hodinách s využitím

polohovacích pomůcek. Pokud klient vydrží sedět, je samozřejmostí, že je během dne vysazován do polohovacího křesla na dobu, která je pro něj přínosem.

3.2 Demence, poruchy v rámci demence

O problematice demence je napsáno velké množství literatury a z toho důvodu existuje i vysoký počet definic. Ty mají však jedno společné – sdělují, že demence se nejvíce vyznačuje úbytkem paměťových funkcí. Hlavním rizikovým faktorem pro demenci je věk, proto výskyt demence stoupá s věkem. „*Onemocnění demencí je dnes globálním problémem, který se netýká pouze vyspělých zemí*“ (Kršíková, Bužgová, 2011, s. 249). Pojem demence přeloženo z latiny znamená bez mysli. Jak ji popisuje Glenner (2012) je to nemoc postupující a na konci její fáze se člověk nepodobá člověku, kterým byl před projevy nemoci. Člověka, u kterého je diagnostikována demence, čeká pozvolný úpadek. Mezi nejčastější demence se v současnosti řadí Alzheimerova nemoc. „*Demenci lze chápat jako získanou poruchu kognitivních funkcí, která je natolik závažná, že má zásadní vliv na další funkce a tím i život pacienta*“ (Pidrman, 2007, s. 9). Demence je v první fázi špatně rozpoznatelná. Člověk chodí a pohybuje se, tak jak byl zvyklý, občas něco zapomene. Ovšem v konečné fázi nemoci zapomíná vše, co se kdy naučil a je zcela odkázán na pomoc druhých. Každý přišel na tento svět bezmocný, člověk s demencí ze světa i takto bohužel odchází. Podle Pidrmana (2007) lze symptomy demence rozdělit do tří hlavních skupin, kterými jsou poruchy kognitivních funkcí, poruchy chování a poruchy každodenních aktivit. Řada změn a poruch u pacientů s demencí významně ovlivňuje schopnost provádět všední denní činnosti. V první řadě se jedná o fyziologické změny následkem stárnutí (například poruchy souhry pohybů, zvýšená únavnost, snížení svalové síly), přidružené choroby, například onemocnění pohybového aparátu a apraxie jako důsledek poškození mozku. Spadají sem i poruchy paměti, které způsobují, že klient se není schopen rozhodnout, zda určitou činnost vůbec chce provést, přestože motoricky ji zvládne bez obtíží. Například má před sebou na talíři jídlo, ale již si neuvědomuje, že by měl jíst, vlastně ani neví, co s tím má dělat. Musíme předpokládat, že v průběhu progrese onemocnění se soběstačnost klienta bude neustále zhoršovat (Suchá, 2013). Vágnerová (2012) říká, že postižením paměťových funkcí, zpočátku bývá narušena paměť krátkodobá a později je postižení posunuto do paměti dlouhodobé a dále vede až ke ztrátě informací o vlastní osobě. Nejdříve se osoba snaží zakrýt svůj paměťový deficit smyšlenými údaji někdy až nesmyslného charakteru. Dalšími poruchami v rámci demence

(Alzheimerovy nemoci) jsou problémy s řečí. Každý máme někdy problém najít správné slovo, ale člověk s demencí zapomíná i jednoduchá slova, nebo je nahrazuje nevhodnými, a jeho věty pak nedávají smysl. Co se týká časové a místní dezorientace, tak každý z nás někdy zapomeneme, jaký je den a kam vlastně jdeme, avšak lidé s demencí se ztratí ve vlastní ulici a nevědí, kde jsou, jak se tam dostali, ani jak se dostanou domů. Nemocní s demencí mají nedostatečný nebo zhoršující se racionální úsudek, lidé se někdy tak zaberou do nějaké činnosti, že na chvíli zapomenou na dítě, které mají na starosti. Lidé s demencí ale úplně zapomenou, že nějaké dítě existuje. Mohou se i nesmyslně obléknout, například si vezmou na sebe několik košil nebo halenek najednou, v zimě jsou schopni vyjít ven jen v kalhotách, triku a v pantoflích. Nesmyslně ukládají věci, třeba žehličku do ledničky nebo peněženku do spíže. Nemocný s demencí podléhá prudkým změnám nálady. Náhle a nečekaně propukne v pláč nebo se poddá návalu hněvu, i když k tomu nemá žádný zjevný důvod (ČALS, 2015). V konečném stádiu je nemocný zcela imobilní, paměťové schopnosti bývají vymizelé, nepřijímá stravu ani tekutiny, emoce již nedává najevo, řeč je nesrozumitelná a jedinec umírá na nějaké přidružené onemocnění.

3.3 Paliativní a terminální péče u seniorů

Tato kapitola je zaměřena na paliativní a terminální péči u seniorů, poněvadž se tato problematika netýká pouze hospiců nebo zdravotních zařízení, ale právě také sociálních pobytových služeb. Stádia u nevyléčitelně nemocných a chronických onemocnění popisuje Svatošová (2011) podle Elisabeth Kübler-Rossové následovně, nemocný, který se dozvěděl závažnou diagnózu, prochází několika možnými stádii. Prvním stádiem je šok, negace a popírání. Popírání bývá pro nemocného jakousi obranou, šoková reakce může trvat různě dlouhou dobu. Následuje agrese, hněv a vzpoura, kdy se nemocný snaží svalovat vinu za své onemocnění na okolí. Ve fázi smlouvání a vyjednávání hledá pomoc kdekoliv a u kohokoliv, kdo ji nabídne. Je ochoten vydat velké peníze za prostředky, které by ho mohly uzdravit. Uzavírá sliby sám se sebou. Deprese a smutek, které jsou další fází, vyplývají z myšlenek na zabezpečení rodiny, bilancování a strachu z konce a konečnosti života. V poslední fázi přichází akceptace, smíření a souhlas se smrtí. Umírající se vyrovnává se svou nemocí a koncem života, loučí se se svými blízkými. Umírání je proces, který může trvat různě dlouhou dobu, může jít o měsíce, ale i roky a je ukončeno terminálním stavem. Proces umírání se dělí na tři odlišná období, která nejsou časově

stejná, avšak jsou velmi výrazná. Jedná se o období pre finem, in finem a post finem. Období pre finem začíná sdělením nevyléčitelné nemoci. V tomto období jsou specifické silné emoční projevy nemocného, ale i jeho rodiny, pláč, hledání viníka, osočování, nadávání, může se projevit i verbální agrese. Měli bychom vědět, že tato reakce většinou brzy odezní. Velice důležité je, jakou formou a jak šetrně je tato informace lékařem podána. Pokud lékař postupuje správně, bývá zpravidla velká šance, že nemocný začne spolupracovat, důvěřovat ošetřujícímu personálu a jeho psychický stav se stabilizuje. Nemocný musí vědět, že po celou dobu nemoci se má na koho obrátit, že je mu někdo oporou. Svou úlohu má v tomto období nabídka možnosti péče psychologa. Období in finem je ztotožňováno s pojmem terminální stav. Terminální stav znamená, že dochází k selhávání životně důležitých funkcí, zpravidla trvá několik hodin, dnů, výjimečně týdnů. Období post finem je péčí o zemřelého (Kupka, 2014). Definic paliativní péče je několik, všechny však kladou důraz na kvalitu života. Marková (2010, s. 19) ve své knize uvádí dvě nejčastější definice paliativní péče: „*Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života*“. Druhá definice pak říká: „*Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních, duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin*“. V definicích se poukazuje na nemocné, kterým již kurativní léčba nepomáhá, avšak nezapomíná se na léčbu ostatních symptomů tak, aby byla zachovaná kvalita života nemocných, ať už léčbou bolesti nebo řešením bio – psycho – sociálních a duchovních potřeb. Především je důležité, že WHO upozorňuje na to, že by se nemělo zapomínat také na osoby blízké. Jak uvádí Haškovcová (2007) léčba nemocného může být ukončena, ale péče je mu poskytována až do samotného závěru života. Prvotním krokem je tedy přijmutí rozhodnutí, že pro nemocného je paliativní péče tou nejvhodnější a nejlepší volbou. Je to okamžik, který patří mezi nejtěžší, a to nejen pro nemocného, ale i pro lékaře. Nelze se zaměřit ovšem jen na nemocného. Důležitá je rodina a blízcí, kteří se o nemocného starají, jsou s ním v častém kontaktu. Proto je součástí paliativní péče i péče o osoby blízké. Podle Skály a kol. (2011) lze paliativní péči rozdělit na obecnou a specializovanou. Obecnou paliativní péči by měli poskytovat všichni lékaři v případě, že budou mít v péči umírajícího pacienta. Jedná se zejména o otevřenou a empatickou komunikaci s pacientem a jeho

rodinou, psychosociální podporu a léčbu orientovanou na úlevu od bolesti a dalších nepříjemných symptomů. Specializovaná paliativní péče je zajišťována multidisciplinárním týmem speciálně vyškolených odborníků, kteří se na poskytování paliativní péče přímo specializují. Tato péče je komplexnější než obecná paliativní péče, nabízí pacientům a jejich rodinám kvalitnější podporu, doprovázení a bývá indikována v případech, kdy není důvod, aby byl pacient hospitalizován v nemocnici, to bývá obvykle tehdy, nemá-li mu již kurativní léčba co nabídnout. Paliativní péče se nesnaží o urychlení smrti ani o její oddálení. V centru pozornosti stojí člověk, jeho potřeby a snaha o co nejvyšší kvalitu jeho života. A v neposlední řadě se v rámci paliativní péče nezapomíná na rodiny chronicky nemocných nebo umírajících. Jak poukazuje Kupka (2014, s. 38) „*péče o umírajícího pacienta patří z hlediska stupně zátěže k nejvýraznějším.*“ U umírajících pacientů v posledních dnech a hodinách života je cílem léčby a především péče důstojné a klidné umírání. Cílem není prodlužování procesu umírání, ale maximální respekt ze strany zaměstnanců k jedinečnosti konce každého lidského života. Tomu je nutné přizpůsobit všechny léčebné a ošetřovatelské postupy. „*V případě akutních příhod (infarkt myokardu, tromboembolická nemoc, infekce) již nebývá obvykle indikována intenzivní a resuscitační léčba. Bývá indikována symptomatická léčba (účinné mírnění bolesti, dušnosti atd.). Rozhodování o podání ATB v případě známek infekce je vždy individuální“* (Skála a kol., 2011, s. 4). Důležitá je zvýšená komplexní ošetřovatelská péče a spolupráce všech zaměstnanců v přímé péči. Klienta polohujeme pomocí perličkových polštářů, využíváme antidekubitních pomůcek k prevenci dekubitů. Především v noci pak využíváme tak zvané mikropolohování, kdy měníme jen úhly v lehu, polohu rukou nebo nohou, abychom klienta zbytečně nezatěžovali, když spí (Bartůněk a kol., 2016). Častěji převlékáme lůžko i klienta, z důvodu většího pocení. Kůži ošetřujeme ochrannou kosmetikou. Ústa vytíráme štětičkami s glycerínovým roztokem, zvlhčujeme je pomocí navlhčeného mulového čtverce, který je dáván přes nos a ústa klienta. Obličej častěji otíráme vlhkou žínkou. Zajišťujeme klid na pokoji, nad umírajícím si nepovídáme s dalšími kolegyněmi ani neřešíme problémy ostatních spolubydlících. Dodržujeme zásady etického kodexu. S klientem i přes nepříznivý stav stále komunikujeme i přesto, že nám neodpovídá. Informujeme ho o úkonech, které u něj provádíme. Klienta krmíme a zavodňujeme po malých dávkách v častějších intervalech, dokud stravu a pití přijímá. Vše zapisujeme do dokumentace. Všeobecná sestra vytírá dle potřeby oči Borovou vodou nebo Ophtalem, který předepíše ošetřující lékař. Blízká osoba klienta je o zhoršeném

zdravotním stavu informována. Informaci podává všeobecná sestra a provádí zápis do ošetřovatelské dokumentace. Na vícelůžkových pokojích je vhodné nabídnout zástěnu, roletu, zajistit tím větší soukromí klienta. Pokud projeví klient nebo blízká osoba přání trávit společně více času, je po domluvě s personálem možnost častějších návštěv, setrvání u umírajícího i v nočních hodinách. Je vhodné omezit pohyb na pokoji, zachovat ho v nejnutnějším rozsahu včetně úklidu, aby bylo respektováno soukromí a klid klienta. Samozřejmostí je nabídnout možnost ubytování pro nejbližší v hostinském pokoji. Je možné zažádat o duchovní útěchu (Václavíková, 2013).

3.4 Péče o zemřelého v programu Relaxace a doprovázení

Péče o zemřelého v Domově důchodců Bystřany není nikterak jiná než v jiných zařízeních, nicméně bych v této kapitole chtěla mimo jiné zmínit trochu odlišnou praxi po odvezení těla zemřelého.

Poslední povinností zaměstnanců v přímé péči je péče o zemřelého, je důležité a nutné zachovat důstojnost a klidné, tiché převezení zemřelého do určené místnosti (márnice), bez přítomnosti spolubydlících (Rozsypal a spol., 2013). Cílem je ošetřit tělo stanoveným postupem a s úctou k jeho skončenému životu. „*S lidskými pozůstatky a s lidskými ostatky musí být zacházeno důstojně a tak, aby nedošlo k ohrožení veřejného zdraví nebo veřejného pořádku“* (Zákon o pohřebnictví č. 256/2001 Sb.). Při péči o mrtvé tělo zajistíme intimitu zemřelého zástěnou, na lůžku ponecháme jen prostěradlo, tělo svlékneme, včetně inkontinenční pomůcky, umyjeme a uložíme do vodorovné polohy s pažemi podél těla, vyjmeme snímatelnou zubní protézu, sejmeme veškeré šperky (hodinky, náušnice, prsteny, řetízky), ozdoby, které nejdou sejmout, hlásíme lékaři, ten je zapíše do "Listu o prohlídce zemřelého“, odstraníme permanentní katetr, pokud ho zemřelý má, čistě převážeme rány, pokud jsou to rány velkého rozsahu, hluboké, secernující, zavřeme oční víčka, lehce podvážeme uvolněnou dolní čelist širším obinadlem, zajistíme identifikaci zemřelého popisem na holou zevní stranu stehna s těmito údaji: jméno a příjmení, datum narození; datum, hodina a místo úmrtí. Všeobecná sestra provede zápis do ošetřovatelské dokumentace, pokud rodina nebyla přítomna umírání a konce života svého blízkého, informuje ji (Jahnová, 2010). V rámci programu Relaxace a doprovázení ale víme dopředu, zda chce být rodina přítomna, takže již při zhoršení zdravotního stavu všeobecná sestra rodinu informuje. Rodina má tudíž možnost

být se svým blízkým do úplného konce a doprovodit ho na druhý břeh. Nabízíme možnost se podílet na péči o zemřelé tělo, rodina pak obvykle vybere i ošacení do rakve. Necháváme dostatečný prostor k rozloučení. Po odvezení těla pohřební službou je lůžko vydezinfikováno, převlečeno a je na něj umístěna růže, otevře se okno, aby vylétla duše zemřelého. Pravidlem je, že se pět dní lůžko neobsazuje, jako projev úcty zaměstnanců k zemřelému. Parte je vyvěšeno v pietní skříňce na patře, na kterém klient zemřel.

4 PROBLÉM PRŮZKUMU

Jak ovlivní využití programu Relaxace a doprovázení péči o klienty v Domově důchodců Bystřany?

4.1 Průzkumné otázky a cíle průzkumu

Průzkumné otázky

1. Jak je program Relaxace a doprovázení uplatňován v praxi dle daných pravidel Domova důchodců Bystřany?
2. Jak jsou informace z dotazníku klienta k programu Relaxace a doprovázení zaměstnanci přímé péče akceptovány?
3. Jaké mají zaměstnanci přímé péče k dispozici pomůcky k provádění programu Relaxace a doprovázení?

Cíle průzkumu

1. Zmapovat, zda se program Relaxace a doprovázení uplatňuje v praxi dle daných pravidel Domova důchodců Bystřany.
2. Zjistit akceptování informací z dotazníku klienta k programu Relaxace a doprovázení zaměstnanci přímé péče.
3. Zjistit, zda jsou k dispozici pomůcky k provádění programu Relaxace a doprovázení.

4.2 Metodologie a metody průzkumu

Pro bakalářskou práci jsme zvolili kvalitativní metodu za využití strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami u respondentů z řad zaměstnanců přímé péče – pečovatelek, v kombinaci s pozorováním u respondentů z řad klientů, kteří jsou zařazeni do programu Relaxace a doprovázení, všichni respondenti jsou zaměstnanci a klienti Domova důchodců Bystřany. Kvalitativní průzkum jsme vybrali proto, že zkoumá fenomén v jeho přirozeném prostředí. Protože se jedná o časově náročnější metodu, nebylo zapotřebí velkého počtu respondentů. Před zahájením průzkumného šetření jsme oslovili

ředitelku Domova důchodců Bystřany se žádostí o povolení průzkumného šetření. Schválená žádost je doložena v příloze (Příloha H). V rámci pilotní studie jsme položili otázky k rozhovorům dvěma zaměstnancům přímé péče Domova důchodců Bystřany, abychom ověřili srozumitelnost otázek k rozhovorům. Podle výsledku pilotní studie nebylo potřeba provádět další úpravy. Průzkumný vzorek pro rozhovor tvořilo 8 respondentů. Pro lepší orientaci jsme otázky k rozhovorům očíslovali, respondenty jsme označili R1 – R8. Otázky k rozhovorům byly zaměřené na identifikační údaje (věk a délka pracovního poměru) – otázky č. 1 a 2 a na využití programu Relaxace a doprovázení v Domově důchodců Bystřany – otázky č. 3 - 12. K prvnímu cíli směřují otázky k rozhovorům se zaměstnanci přímé péče - pečovatelkami č. 3, 4, 5, 7, 8. Na druhý cíl se zaměřují otázky k rozhovorům č. 5 – 7 a 11. A k třetímu cíli směřují otázky k rozhovorům č. 9, 10 a 12. Rozhovory byly uskutečněny se zaměstnanci přímé péče – pečovatelkami z druhého patra (domov pro seniory) a pečovatelkami ze třetího a čtvrtého patra (domov se zvláštním režimem). Na prvním patře (domov pro seniory) jsou ubytováni převážně soběstační klienti, z tohoto důvodu jsme první patro vynechali. Pomocí rozhovorů jsme získali odpovědi i na průzkumné otázky. Vždy předem jsme respondenty oslovili, vysvětlili cíle průzkumu a téma bakalářské práce. Respondenti byli vždy před započetím rozhovoru seznámeni se zvukovým záznamem z rozhovoru a byli upozorněni, že odpovědi budou použity výhradně k napsání této bakalářské práce a v neposlední řadě, že je rozhovor zcela anonymní. Zvukový záznam jsme zvolili proto, že jsme nechtěli respondenty vytrhávat z myšlenek na odpovědi k otázkám rozhovorů, pokud by se odpovědi zaznamenávaly psacím projevem. Všichni respondenti se zvukovým záznamem souhlasili a vyjádřili kladný postoj k této metodě sběru dat. Pozorování probíhalo na stejných patrech jako rozhovory se zaměstnanci přímé péče. Pozorováním jsme zjistili, jak probíhá v praxi program Relaxace a doprovázení. Pozorovali jsme prováděné techniky programu Relaxace a doprovázení, kritérium pozorování č. 1. Zda je dodržována frekvence prováděných technik, kritérium pozorování č. 2. Zda je dodržována délka prováděné techniky, kritérium pozorování č. 3. Zda zaměstnanci akceptují informace z dotazníku k programu Relaxace a doprovázení (Příloha CH), kritérium pozorování č. 4. Zmapovali jsme jaké techniky a pomůcky se využívají a které naopak nevyužívají nebo je zaměstnanci nemají k dispozici, kritérium pozorování č. 5. Porovnávali jsme data získaná z rozhovorů se zaměstnanci přímé péče se skutečností probíhající v praxi u klientů, kteří jsou zařazeni do programu Relaxace a doprovázení v Domově důchodců Bystřany. Jednalo se o přímé,

zúčastněné pozorování, ke kterému jsme měli předem připravená kritéria pozorování (Příloha I). Klienti i zaměstnanci věděli, že jsou pozorováni, avšak neznali kritéria pozorování.

4.3 Výběr a charakteristika průzkumného vzorku

Soustředili jsme se na soubor respondentů složený ze zaměstnanců přímé péče - pečovatelek v Domově důchodců Bystřany. Rozhovory byly uskutečněny se zaměstnanci přímé péče – pečovatelkami z druhého patra (domov pro seniory) a pečovatelkami ze třetího a čtvrtého patra (domov se zvláštním režimem). Rozhovory byly prováděny v pracovní době a na místě výkonu práce respondentů, v místnosti, která byla označena „prosíme nerušit“. Rozhovory probíhaly v průběhu března a dubna 2018.

Pozorování probíhalo na stejných patrech jako rozhovory se zaměstnanci přímé péče. Pozorování probíhalo vždy v rámci ranní směny od pondělí do pátku. Všichni klienti, u kterých pozorování probíhalo, byli zařazeni do programu Relaxace a doprovázení, tudíž byli zcela imobilní, nezúčastňovali se aktivit a akcí pořádaných v domově, pro svůj zdravotní stav nebyli schopni opustit lůžko. Nikdo z klientů nebyl v terminálním stádiu. Současně jsme také nahlíželi do dotazníku a tabulek (Příloha J) klientů k programu Relaxace a doprovázení. V rámci pozorování jsme taktéž nahlédli do kufrů s pomůckami k programu Relaxace a doprovázení, abychom zjistili, které pomůcky mají na jednotlivých patrech zaměstnanci k dispozici, a které naopak k dispozici nemají. Pozorování probíhalo v průběhu března a dubna 2018.

5 VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Celkový počet zpracovaných rozhovorů v tomto průzkumu činí 8. Pro metodu pozorování jsme vybrali 5 respondentů. Výsledky rozhovorů jsou zpracovány po jednotlivých otázkách. Výsledky pozorování jsou zpracovány v tabulkách pro lepší přehlednost. V závěru průzkumu jsme porovnali výsledky rozhovorů s pozorováním.

5.1 Interpretace výsledků průzkumu

5.1.1 Metoda rozhovorů

Položka 1 Kolik je Vám let?

Tabulka 1 Věk respondentů (Zdroj: Autor 2018)

Respondent	Věk respondenta
R1	49 let
R2	31 let
R3	46 let
R4	46 let
R5	50 let
R6	44 let
R7	27 let
R8	37 let

Tabulka 1 znázorňuje věkové rozložení respondentů. Respondent R1 uvádí věk 49 let, respondent R2 je ve věku 31 let, respondenti R3 a R4 udávají věk 46 let. Respondent R5 uvádí věk 50 let. Respondent R6 uvádí věk 44 let. Respondent R7 uvádí věk 27 let. Respondent R8 uvádí věk 37 let. Průměrný věk respondentů pracujících v Domově důchodců Bystřany je 41 let.

Položka 2 Jak dlouho pracujete v Domově důchodců Bystřany?

Tabulka 2 Délka praxe respondentů (Zdroj: Autor 2018)

Respondent	Délka praxe
R1	9 let
R2	11 let
R3	12 let
R4	2 roky
R5	1 rok
R6	12 let
R7	2 roky
R8	7 let

Tabulka 2 znázorňuje rozložení respondentů dle délky pracovního poměru. Respondent R1 uvádí délku pracovního poměru 9 let. Respondent R2 uvádí délku pracovního poměru 11 let. Respondenti R3 a R6 udávají délku pracovního poměru 12 let. Respondenti R4 a R7 uvádí délku pracovního poměru 2 roky. Respondent R5 uvádí délku pracovního poměru 1 rok. Respondent R8 uvádí délku pracovního poměru 7 let. Průměrná délka pracovního poměru respondentů v Domově důchodců Bystřany je 7 let.

Položka 3 Komu je určen program Relaxace a doprovázení?

Tabulka 3 Program Relaxace a doprovázení (Zdroj: Autor 2018)

Respondent	Autentická odpověď
R1	„Je určen klientům, kteří jsou trvale upoutáni na lůžko nebo klientům, kteří se blíží ke konci“.
R2	„Ti, kteří se nedostanou na žádnou aktivitu a ti, kteří jsou odkázáni už jen na tu postel“.
R3	„Seniorům u nás v domově důchodců, ale i nemocným. Nevím, používala jsem to i u nemocného doma“.
R4	„Lidem, kteří už se nemohou sami pohybovat, kteří jsou upoutáni na lůžko a plně odkázáni na naši péči“.
R5	„Je to pro ležící lidi a pro umírající“.
R6	„Pro lidi, kteří odcházejí, kteří jsou unaveni životem, kteří už se nezúčastňují aktivit, kteří potřebují naší pomoc, aby nebyli sami“.
R7	„Je určen pro lidi v paliativní péči, pro ty, kteří už nemohou opustit lůžko, tak, aby se necítili sami“.
R8	„Klientů imobilním, kteří se sami nedostanou na aktivity a pro klienty s demencí“.

Tabulka 3 zobrazuje, že respondenti R1, R2, R4, R5, R6, R7 a R8 odpovídají, že je určen pro klienty upoutané na lůžko, pro ty, kteří se již nemohou účastnit aktivit a pro umírající. Respondent R3 odpovídá, že je určen seniorům v domově důchodců a nemocným, poněvadž program RaD využila i u nevyléčitelně nemocné osoby blízké v domácím prostředí. Respondent R8 ještě uvádí, že je určen pro osoby s demencí.

Položka 4 Kdy si myslíte, že je vhodné zařadit klienta do programu Relaxace a doprovázení?

Tabulka 4 Zařazení klienta do programu Relaxace a doprovázení (Zdroj: Autor 2018)

Respondent	Autentická odpověď
R1	„Nejdřív se poradíme v týmu, za druhé, pokud vidíme, že klient nejeví zájem o žádnou aktivitu, je uzavřený sám do sebe, tak se pokusíme mu zprostředkovat nějakou terapii nebo techniku, která je pro něj vhodná“.
R2	„Když ztratí zájem o všechno“.
R3	„Řekla bych, že u lidí, kteří jsou už opravdu hodně imobilní, a u lidí, kteří už můžou umřít, vlastně před umřením“.
R4	„Když se zhorší jeho zdravotní stav“.
R5	„Je to podle jeho zdravotního stavu“. Když zůstane člověk ležet a nemá jiné možnosti změnit prostředí“.
R6	„Řekla bych, když není schopen se sám zapojit do aktivit a když potřebuje denní pomoc a kontakt častěji“.
R7	„Když se změní jeho zdravotní stav, začne být upoutaný na lůžku nebo kvůli psychickému stavu, když se cítí sám“.
R8	„Když je upoután na lůžku, a když umírá“.

Tabulka 4 informuje o tom, že respondenti R1 – R8 shodně uvádějí, že zařazují klienty do programu RaD, pokud dojde ke zhoršení zdravotního stavu, pokud začne být klient upoutaný na lůžko nebo pokud dojde ke změně psychického stavu a v neposlední řadě pak, když klient umírá. R1 uvádí, že zdravotní stav konzultuje s ostatními zaměstnanci. Všichni shodně uvádějí, že program RaD zařazují do denního režimu klienta v případě, že zůstává upoutaný na lůžko, nejeví zájem o zapojení se do aktivit Domova důchodců Bystřany. Respondent R2 uvádí, že klienta zařadí do programu, když ztratí zájem o všechno.

Položka 5 Jak zjistíte, co má a nemá klient zařazený do programu Relaxace a doprovázení rád, jaké má potřeby?

Tabulka 5 Potřeby klienta v programu Relaxace a doprovázení (Zdroj: Autor 2018)

Respondent	Autentická odpověď
R1	„Zjistí se to z *dotazníku* při nástupu, vyplňuje se, když klient nastoupí. Vyplňuje se s rodinou klienta, kteří nám o něm řeknou nejvíc nebo i od klienta, protože už ho pak známe nějakou dobu, tak už víme co ten klient má a nemá rád“.
R2	„Vyplňuje se s nimi *dotazník* nebo se jich i zeptáme během pobytu, pokud jsou schopni nám to říci“.
R3	„Už to vlastně víme, než klient nastoupí, jaké měl zájmy, co poslouchal, jakou má rád vůni, rodina nám řekne, když s námi klient nekomunikuje, takhle to máme předepsané v *dotazníku* a my se podle toho řídíme, abychom mu nedali špatnou vůni, abychom mu neublížili nebo v něm nevyvolali neklid“.
R4	„Je to zapsáno v *dotazníku* k RaD“.
R5	„Je to zapsáno v *dotazníku*, je tam napsáno jaké má rád vůně, barvy, muziku, co rád pije“.
R6	„Zjistíme to z *dotazníku*, který se vyplňuje. Během pobytu, tím, že to vysledujeme nebo při rozhovoru s klientem, když se sám vyjádří nebo od rodiny“.
R7	„Při nástupu se vyplňuje *dotazník* RaD, kde je napsáno co má a nemá klient rád, jakou má rád vůni, hudbu, barvy, popřípadě jestli rád čte a co, co sleduje v televizi“.
R8	„Získáváme informace od rodiny, zjišťujeme od klienta a máme to napsané v *dotazníku*“.

Tabulka 5 respondenti R1 – R8 shodně odpovídají, že se informace o potřebách klientů dozvídají z dotazníku. Respondenti R1, R2, R3, R6 a R8 ještě uvádí, že získává informace od rodiny nebo přímo od klienta.

Položka 6 Jak tyto potřeby akceptujete? uveďte příklad

Tabulka 6 Příklady akceptování potřeb klienta (Zdroj: Autor 2018)

Respondent	Autentická odpověď
R1	„Příklad: klientka nastoupila jako schopná klientka, pak upadla, ulehla, už při nástupu se zjistilo, že když je neklidná, tak se škrábe až do krve a proto se z technik vytěsnila aromamasáž, protože ne všechny oleje jsou vhodné pro rozškrábanou pokožku. Nebo když klientka přestane slyšet, tak se vyloučí muzikoterapie. Chromoterapie taky není vhodná pro všechny, protože může vyvolávat neklid“.
R2	„Buď mají rádi vůni citronu při aromaterapii, nebo nemají rádi mazání olejem a to musíme respektovat“.
R3	„Musíme akceptovat, protože do vany do koupele, když tam dáme něco špatně nebo do lampičky špatnou vůni, musíme akceptovat, podle toho co tam máme napsáno, podle toho jedeme, abychom mu neublížili“.
R4	„Pokud nemá ráda klientka oleje, tak ji promazáváme nebo provádíme masáž jen masážním gelem nebo tělovým mlékem, nepoužíváme vůně, které nemá klient rád, nebo mají napsané, jakou mají rádi hudbu, tak, když poslouchá dechovku, tak mu nepustím moderní hudbu“.
R5	„Akceptuje se vůně jakou má rád, žánr hudby jakou poslouchá“.
R6	„U klientky jsem prováděla aromamasáž a vysledovala jsem, že se jí vyloženě nelíbí masáž obličeje nebo rukou, tak jsme to vyřadili a masírujeme jí jen nohy, to je spokojená. Pokud se klientovi něco nelíbí, vybíráme a hledáme jinou techniku“. Nebo když má rád vážnou hudbu, tak ho nenecháme poslouchat třeba dechovku.
R7	„Pokud má klient napsáno, že nemá rád muziku, tak mu nebudeme provádět muzikoterapii, pokud nemá rád masáže, tudíž není vhodná aromamasáž“.
R8	„Pokud má rád klient květinové vůně, tak mu budeme dávat květinové vůně a ne třeba lesní vůně“.

Tabulka 6 Respondent R1 uvádí, že neprovede aromamasáž, pokud je porušena kůže, u neslyšících vyloučí muzikoterapii, vhodně zachází s technikou chromoterapie. Respondent

R2 použije vůni citronu, pokud se klientovi líbí a nebude používat oleje k masážím, pokud klientovi vadí. Respondent R3 uvádí, že akceptuje použití vůně do koupele nebo lampy, aby klientovi neublížil. Respondent R4 uvádí, že pokud klient nemá rád oleje, použije masážní gel nebo tělové mléko, nepoužívá vůně, které klient nemá rád, pokud má klient rád dechovku, nepustí mu moderní hudbu. Respondent R5 uvádí, že použije vůni, kterou má klient rád a pustí mu hudbu, kterou poslouchá. Respondent R6 uvádí, že pokud klientovi vadí masáž obličeje a hlavy, tak ji neprovádí, pokud poslouchá vážnou hudbu, nepustí mu dechovku. Respondent R7 uvádí, že pokud klient nemá rád muziku nebo masáže, tak tyto techniky neprovádí. Respondent R8 pak uvádí, že pokud má klient rád květinové vůně, nepoužije u něj lesní vůni.

Položka 7 Jaké techniky programu Relaxace a doprovázení u klientů nejvíce využíváte?
Tabulka 7 Techniky programu Relaxace a doprovázení (Zdroj: Autor 2018)

Respondent	Autentická odpověď
R1	„To je individuální, každý klient má to svoje a potřebuje to svoje, u klientů s demencí pak především muzikoterapie, aromaterapie a aromamasáž, ale záleží na klientovi, např. masáž obličeje ano, ale nesnese masáž dolních končetin“.
R2	„Aromamasáž, aromaterapii a muzikoterapii“.
R3	„My hodně aromamasáž, muzikoterapie, aromaterapii, snoezelen, ale ten málo“.
R4	„Muzikoterapii, individuální kontakt, aromaterapii, aromamasáž“.
R5	„Během týdne se vlastně vystřídají všechny techniky, muzikoterapie, aromamasáž, snoezelen, chromoterapie, individuální kontakt, aromaterapie“.
R6	„Nejvíc muzikoterapie, aromamasáž a individuální kontakt“.
R7	„Nejvíce individuální kontakt, protože klienti nechtějí být sami, chtějí si povídat, aromaterapie – vůně květin nebo uvolňující mentol, lépe se jim pak dýchá“.
R8	„Individuální kontakt, aromamasáže, aromaterapie, muzikoterapie, snoezelen, chromoterapie, relaxační koupel“.

Tabulka 7 Respondenti R1 - R8 uvádí jako nejvíce využívané techniky aromamasáž, aromaterapii a muzikoterapii. Respondenti R4, R5, R6, R7, R8 pak uvádí ještě provádění individuálního kontaktu. Pouze respondenti R3, R5 a R8 uvádí snoezelen, respondenti R5 a R8 pak chromoterapii a respondent R8 ještě uvádí relaxační koupel.

Položka 8 Jak jsou sledovány a zaznamenávány reakce klientů na tyto techniky?

Tabulka 8 Záznamy reakcí na prováděné techniky (Zdroj: Autor 2018)

Respondent	Autentická odpověď
R1	„Máme *tabulku*, do které se zaznamenává reakce klientů. V tabulce vpravo nahoře je napsáno jakou techniku preferuje nebo v kufru máme sešit, do kterého zapíšeme, jak na danou techniku reagoval, jestli kladně nebo záporně a podle toho se taky řídíme“.
R2	„Někteří klienti třeba řeknou, že je jim to nepříjemné a že to nechtějí, jiní pak říkají je to super. Prostě někdy mají náladu, někdy nemají náladu a mají to napsané v *tabulce*“.
R3	„ Třeba aromaterapie, buď jsou v klidu, nebo řekne „fuj mě to tady smrdí“, tak už víme, že ne. Někdo zase je v klidu, tak je to reakce + nebo masáže, řekne ne, nechci, pohladíme a jdeme z pokoje pryč, do *tabulky* napíšu mínus, nechce. Pak to řešíme v kolektivu, nabídneme třeba něco jiného“.
R4	„Zapisujeme do *tabulky* čas od kdy do kdy, i reakci + -„.
R5	„Do *tabulek*, řekneme si to mezi sebou nebo to můžeme napsat do provozního deníku třeba“.
R6	„Zaznamenávány jsou do *tabulky* RaD a reakce jsou tam také zapisovány“.
R7	„Do *tabulky* RaD“.
R8	„Máme *tabulku* u každého klienta, který je zařazený do RaD“.

Tabulka 8 respondenti R1 – R8 shodně udávají, že jsou reakce klientů sledovány a následně zaznamenávány do tabulky.

Položka 9 Jaké máte k dispozici pomůcky k programu Relaxace a doprovázení?

Tabulka 9 Pomůcky k programu Relaxace a doprovázení (Zdroj: Autor 2018)

Respondent	Autentická odpověď
R1	„Máme různé oleje, aromalampy, projektor, který si půjčujeme z 3. patra, masážní oleje nebo „borovku“, u klientů, kteří nesnesou oleje, masážní rukavice, rádio a různá CD nejen s hudbou, ale i se zvuky ptáků i jiných zvířat, záleží co má a nemá klient rád“.
R2	„Máme různé vonné oleje, masážní oleje, žínky, aromalampu, svítící vlákna, rádio, CD, hřeben na masáž hlavy, vibrační pomůcku“.
R3	„ Máme různé oleje – ovocné, květinové, aromalampy, máme toho strašně moc, hřeben na masáž hlavy, rukavice, různé lampy, rádia 2x, svítící vlákna, nemáme projektor, to je škoda, víc si nevzpomenu“.
R4	„Aromatické oleje, aromalampy, časopisy, masážní rukavice, hřeben na masáž hlavy, rádio, CD“.
R5	„Magnetofon, CD, světelné efekty – svítící vlákna, promítání obrazců na zeď (projektor), oleje, víc si nevzpomenu“.
R6	„Solné lampy, vonné oleje, rádio, CD, projektor, lávové lampy“.
R7	„Aromalampy, vonné oleje, rádio, svítící vlákna, projektor, lávové lampy“.
R8	„Aromalampy, oleje, masážní oleje, světelné efekty – svítící vlákna, projektor, rádio, CD, víc si nevzpomenu“.

Tabulka 9 Respondenti R1 – R8 udávají, že mají k dispozici vonné oleje a rádio, respondenti R1, R2, R3, R4, R7 a R8 uvádí jako další pomůcku aromalampu. Respondenti R1, R2, R4, R5, R6 a R8 uvádí využívání CD. Respondenti R1, R5, R6 a R8 dále uvádí projektor, respondent R3 uvádí též projektor, i přesto, že ho na patře nemají. Respondenti R2, R3, R5, R7 a R8 uvádí svítící vlákna. Respondenti R1 – R4 si vzpomněli na masážní rukavice (žínky), respondenti R1, R2 a R8 pak uvádí masážní oleje, respondenti R2, R3 a R4 hřeben na masáž hlavy, respondenti R3, R6 a R7 lávovou lampu a respondent R3 a R6 ještě využívá solnou lampu. Vibrační pomůcku uvádí respondent R2.

Položka 10 Jak budete postupovat, pokud zjistíte, že je pomůcka nefunkční?
Tabulka 10 Postup při zjištění nefunkční pomůcky (Zdroj: Autor 2018)

Respondent	Autentická odpověď
R1	„Nahlásíme to tomu, kdo má na starosti kufr s RaD nebo *vedoucí* péče nebo vedoucí patra“.
R2	„Nahlásíme *vedoucí* na patře nebo vedoucí péče“.
R3	„Oznámíme *vedoucí*, ta to všechno zajistí“.
R4	„Nebudu ji používat a nahlásím *vedoucí* směny“.
R5	„Někdo má na starost tyto pomůcky, tak jemu nebo *vedoucí* směny“.
R6	„Za prvé ji nepoužiju a poradím se s *vedoucí* směny, komu to nahlásím nebo přímo vedoucí péče“.
R7	„Obrátím se na svojí *vedoucí*“.
R8	„Nefunkční nepoužiji a nahlásím *vedoucí*“.

Tabulka 10 respondenti R1 – R8 shodně odpovídají, že pokud zjistí, že je pomůcka nefunkční, tak tuto skutečnost nahlásí vedoucí směny (patra) nebo vedoucí péče. Respondenti R1 a R5 ještě uvádí, že by to nahlásili určené osobě, která za tyto pomůcky zodpovídá.

Položka 11 Myslíte si, že program Relaxace a doprovázení zkvalitňuje péči o klienty, případně proč?

Tabulka 11 Názor respondentů na program Relaxace a doprovázení (Zdroj: Autor 2018)

Respondent	Autentická odpověď
R1	„Zcela určitě, protože klienti, kteří jsou trvale na lůžku, nemají žádnou jinou aktivitu, tak si myslím, že nejsou prostě sami“.
R2	„Určitě, oni jsou ti klienti takoví spokojenější“.
R3	„Určitě je to dobrý, jsme tam s nimi tu chvilku opravdu sami, povídáme si u toho, určitě ano. Je tam opravdu víc ten kontakt s tím člověkem, dotek, doteky mají rádi, myslím si, že je to přínos“.
R4	„Určitě, protože jsou klienti po tom klidnější, je vidět spokojenost“.
R5	„Určitě, protože mu to navozuje dobrý pocit, je to změna pro ty ležící klienty, je to nějaký pravidelný děj, který naruší tu jednotvárnost, dělá jim to dobře duševně a i tělesně třeba ty masáže“.
R6	„Určitě ano, protože klient má pocit, že se mu někdo věnuje, že není sám, u některých je zřejmé, že to mají fakt rádi, když se jim člověk věnuje“.
R7	„Myslím si, že určitě, protože se jim těch 20, 30 minut zaměstnanec opravdu věnuje, ať už je to individuální kontakt, povídání, hudba, tak se člověk necítí osamělý“.
R8	„Myslím si, že určitě ano, klientům to dělá dobře, vysleduji to od něho, že se cítí dobře“.

Tabulka 11 respondenti R1 – R8 se shodují v tom, že program Relaxace a doprovázení zkvalitňuje péči o klienty, tím, že se necítí sami, že se jim zaměstnanec individuálně věnuje, sledují spokojenost a klid klientů při prováděných technikách.

Položka 12 Návrhy na změny k programu Relaxace a doprovázení?

Tabulka 12 Návrhy respondentů na změny k programu Relaxace a doprovázení (Zdroj: Autor 2018)

Respondent	Autentická odpověď
R1	„Byli bychom rádi, kdyby šlo u nás na oddělení s demencí, kdyby byla nějaká místnost nebo nějaká vyhrazená část, protože jsou tam více lůžkové pokoje, a i když klient má cedulku na dveřích, tak těm ostatním klientům je to vlastně úplně jedno, klient tak nemůže relaxovat nerušeně, protože tam pořád někdo chodí“.
R2	„Takhle to nechat“.
R3	„Tak jak to zatím děláme, tak zatím k tomu nic není, kdyby byly změny, tak bychom si určitě řekly, zatím to tak to vyhovuje“.
R4	„Zatím jsem o tom nepřemýšlela, možná třeba více těch vůní olejů“.
R5	„Já myslím, že je to dostačující, není potřeba, pomůcek je taky dostatečné množství, nechala bych to jak to je“.
R6	„Pracuji na patře, kde jsou klienti s demencí, kde je hodně velký problém zachovat soukromí klientů, u kterých provádíme RaD, při prováděných technikách nemá klient vlastně klid, nemůžeme tam jen tak ponechat pomůcky, protože je pak hledáme“. A v poslední fázi klientova života je to pak velkým problémem“.
R7	„Nemám, ale pořídila bych více solných lamp, které by se daly využít i u ostatních klientů pro zpříjemnění dne“.
R8	„Kdybychom chtěli nějaké změny, tak bychom to již řešili. Myslím, že toho máme všeho akorát“.

Tabulka 12 respondent R2, R3, R5, R7, R8 nemá žádné návrhy na změny k programu Relaxace a doprovázení, tak jak je program nastaven, tak vyhovuje. Problém vidí respondenti R1 a R6 na patře, kde jsou ubytovaní klienti s demencí, zde nemají klienti,
u kterých jsou prováděné techniky v rámci programu RaD klid, nemohou nerušeně relaxovat, zaměstnanci nemohou nechat pomůcky bez dozoru, umírající klient má narušené soukromí. Respondent R4 má návrh na nákup více vůní vonných olejů a respondent R7 by uvítal více solných lamp.

5.1.2 Metoda pozorování

Kritérium 1 Prováděné techniky programu RaD – aromaterapie, aromamasáž, chromoterapie, snoezelen, individuální kontakt, relaxační koupel, muzikoterapie.

Tabulka 13 Prováděné techniky programu RaD (Zdroj: Autor 2018)

Prováděné techniky	ARMT	ARMM	CHRMT	SNZL	INDK	RLXK	MZKT
R1	ne	ano	ano	ne	ano	ano	ano
R2	ano	ano	ano	ne	ne	ano	ano
R3	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano
R4	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano
R5	ne	ano	ne	ne	ano	ne	ano

Tabulka 13 pozorováním jsme zjistili, že technika aromaterapie byla provedena u respondentů (klientů) R2, R3 a R4. Aromamasáž byla provedena u respondentů R1, R2, R4 a R5. Chromoterapii jsme viděli u respondentů R1 – R3. Snoezelen byl proveden pouze u respondenta R3. U respondentů R1, R3, R4 a R5 jsme pozorovali individuální kontakt. Relaxační koupel byla provedena u respondentů R1 – R4. Muzikoterapie byla sledována u respondentů R1 – R5. U respondenta R1 nebyla provedena technika aromamasáž a snoezelen, avšak z tabulky k RaD vyplývá, že jsou tyto techniky prováděny o víkendu. U respondenta R2 nebyla provedena technika snoezelen, též prováděno o víkendu, individuální kontakt se neprovádí vůbec. U respondenta R3 se neprovádí aromamasáž, z důvodu kožních potíží, což je zapsáno v dotazníku k RaD. U respondenta R4 se neprovádí chromoterapie a snoezelen, z tabulky ani z dotazníku není zřejmý žádný důvod. U respondenta R5 se neprovádí technika snoezelen, relaxační koupel, aromaterapie a chromotorepie, přičemž není znám důvod.

Kritérium 2 Dodržování frekvence prováděných technik RaD.

Tabulka 14 Dodržování frekvence prováděných technik zaměstnanci (Zdroj: Autor 2018)

Prováděné techniky	ARMT	ARMM	CHRMT	SNZL	INDK	RLXK	MZKT
R1	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
R2	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano
R3	ano	ne	ano	ano	ano	ano	ano
R4	ano	ano	ne	ne	ano	ano	ano
R5	ne	ano	ne	ne	ano	ne	ano

Tabulka 14 poukazuje na to, že u respondenta R1 byla dodržena frekvence u všech prováděných technik. U respondenta R2 byla dodržena frekvence u všech technik, kromě individuální kontaktu, který se neprovádí. U respondenta R3 byla dodržena frekvence u všech technik kromě aromamasáže, která se neprovádí. U respondenta R4 byla dodržena frekvence u technik aromaterapie, aromamasáž, individuální kontakt, relaxační koupel a muzikoterapie, neprovádí se chromoterapie a snoezelen. U respondenta R5 byla dodržena frekvence pouze u technik aromamasáž, individuální kontakt a muzikoterapie, ostatní techniky se neprovádí.

Kritérium 3 Je dodržována délka prováděné techniky (20 – 30 min.)?

Tabulka 15 Dodržování délky prováděné techniky zaměstnanci (Zdroj: Autor 2018)

Prováděné techniky	ARMT	ARMM	CHRMT	SNZL	INDK	RLXK	MZKT
R1	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
R2	ano	ano	ano	ano	ne	ano	ano
R3	ano	ne	ano	ne	ano	ano	ano
R4	ano	ne	ne	ne	ne	ano	ano
R5	ne	ano	ne	ne	ano	ne	ano

Tabulka 15 U respondenta R1 bylo hodnoceno, že u všech prováděných technik byla dodržena délka prováděné techniky. U respondenta R2 bylo hodnoceno, že u všech prováděných technik byla dodržena délka prováděné techniky, kromě individuálního kontaktu, který se neprovádí. U respondenta R3 bylo zjištěno, že u technik aromaterapie, chromoterapie, individuální kontakt, relaxační koupel a muzikoterapie byla dodržena délka prováděné techniky, nikoliv však u aromamasáže, která se neprovádí a snoezelenu, při kterém byla respondentka v lůžku velice klidná, z jejího výrazu byla vidět spokojenost, tudíž ponecháno déle (cca 60 min.). U respondenta R4 bylo pozorováno, že u technik aromamaterapie, relaxační koupel a muzikoterapie byla dodržena délka prováděné techniky. U aromamasáže zaznamenána negativní reakce, respondentka si sama utírá ruku do ručníku, verbálně dává najevo nelibost, respektováno ze strany pečovatelky, doba zkrácena (cca 10 min.). U individuálního kontaktu respondentka nejeví zájem, cítí se unavená a spí, ze strany pečovatelky respektováno, prováděná technika ukončena po 10 min. Technika chromoterapie a snoezelen se neprovádí. U respondenta R5 bylo pozorováno, že u prováděných technik aromamasáž, individuální kontakt a muzikoterapie, byla dodržena délka prováděné techniky, ostatní techniky se neprovádí.

Kritérium 4 Zaměstnanci akceptují informace z dotazníku klienta k programu RaD – oblíbená hudba, písnička, vůně, barva, kniha či noviny, televizní nebo rozhlasový program, zvyky při jídle, zvyky týkající se spánku, faktory vyvolávající odpor nebo strach – osoby, živočichové, pachy, hudba, způsoby doteku, situace.

Tabulka 16 Akceptace informací z dotazníku klienta zaměstnanci (Zdroj: Autor 2018)

Akceptace informací z dotazníku	Oblíbená hudba, písnička	Oblíbená vůně	Oblíbená barva	Oblíbená kniha, noviny	Oblíbený TV, rozhlasový program	Zvyky při jídle	Zvyky před usínáním	Faktory odporu nebo strachu
R1	ano	ne	ano	nemá	ano	nemá	ano	nemá
R2	nemá	ano	nemá	ano	nemá	nemá	nemá	ano
R3	ano	nemá	ano	nemá	nemá	nemá	nemá	nemá
R4	nemá	ano	ano	ano	nemá	nemá	nemá	nemá
R5	ano	ano	ano	nemá	nemá	nemá	ano	nemá

Tabulka 16 U respondentů R2 – R5 zaměstnanci přímé péče akceptovali informace z dotazníku klienta. U respondentky R1 pečovatelka neakceptovala oblíbenou vůni při aromamasáži, i přesto, že respondentce nebyla vůně příjemná, pečovatelka na toto zjištění nikterak nereagovala, ani nevěděla, jakou vůni éterického oleje použila.

Kritérium 5 Zaměstnanci u klienta využívají pomůcky k provádění programu RaD – plazmová koule, lávová lampa, svítící vlákna, rádio, CD, projektor, aromastream, solné lampy, éterické oleje, různé knihy, bible, masážní rukavice, hřeben na masáž hlavy.

Tabulka 17 Využívání pomůcek zaměstnanci (Zdroj: Autor 2018)

Využívání pomůcek	R1	R2	R3	R4	R5
Plazmová koule	ano	ne	ne	ne	ne
Lávová lampa	ne	ne	ne	ne	ne
Svítící vlákna	ne	ano	ano	ne	ne
Rádio, CD	ano	ano	ano	ano	ano
Projektor	ano	ano	ano	ne	ne
Aromastream	ano	ano	ne	ne	ne
Solná lampa	ne	ano	ano	ne	ne
Éterické, masážní oleje	ano	ano	ano	ano	ano
Knihy, bible	ne	ne	ne	ne	ne
Masážní rukavice	ne	ne	ne	ne	ano
Hřeben na masáž hlavy	ne	ne	ne	ne	ne

Tabulka 17 znázorňuje, jaké pomůcky jsou v rámci programu Relaxace a doprovázení zaměstnanci přímé péče využívány. Plazmová koule byla využita pouze u respondenta R1, u respondentů R2 – R5 použita nebyla. Lávová lampa nebyla použita u žádného z respondentů R1 – R5. Pouze u respondentů R2 a R3 byla použita svítící vlákna, u respondentů R1, R4 a R5 použití nebylo pozorováno. Rádio a CD bylo využito u respondentů R1 – R5. Projektor byl využit u respondentů R1 – R3, u respondentů R4 a R5 nebyl využit. Aromastream byl pozorován u respondentů R1 a R2, u respondentů R3 – R5 nebyl použitý. U respondentů R2 a R3 byla v pokoji pozorována solná lampa, u respondentů R1, R3 a R4 nikoliv. Éterické nebo masážní oleje byly použité u respondenta R1 – R5. Hřeben na masáž hlavy, kniha ani bible nebyla nabídnuta

žádnému z respondentů R1 – R5. Masážní rukavice byla použita při aromamasáži pouze u respondenta R5, u respondentů R1 – R4 nikoliv.

5.2 Vyhodnocení výsledků průzkumu

Prvním cílem našeho průzkumného šetření bylo: **Zmapovat, zda se program Relaxace a doprovázení uplatňuje v praxi dle daných pravidel Domova důchodců Bystřany.** Stanovili jsme si 1. průzkumnou otázku: **Jak je program Relaxace a doprovázení uplatňován v praxi dle daných pravidel Domova důchodců Bystřany?** K získání odpovědí nám sloužily odpovědi z rozhovorů na otázky č. 3, 4, 5, 7, 8 a kritéria pozorování č. 1, 2 a 3. **Cíl 1**, průzkumné šetření ukázalo, že se všichni respondenti ztotožňují s cíli programu Relaxace a doprovázení, a že je uplatňován v praxi dle daných pravidel Domova důchodců Bystřany. Zaměstnanci přímé péče z rozhovorů vědí, pro koho je program Relaxace a doprovázení určen, vědí, kdy klienta do programu Relaxace a doprovázení zařadit, znají techniky, které u klientů provádí, pracují s dotazníkem i tabulkami k Relaxaci a doprovázení. Pozorování odhalilo, že se u většiny respondentů některé techniky programu Relaxace a doprovázení **neprovádějí vůbec**, aniž by byl znám důvod, tudíž **není** dodržována frekvence prováděných technik a **nelze hodnotit** ani délku prováděných technik.

Druhým cílem našeho průzkumného šetření bylo: **Zjistit akceptování informací z dotazníku klienta k programu Relaxace a doprovázení zaměstnanci přímé péče.** Stanovili jsme si 2. průzkumnou otázku: **Jak jsou informace z dotazníku klienta k programu Relaxace a doprovázení zaměstnanci přímé péče akceptovány?** K získání odpovědí nám sloužily odpovědi z rozhovorů na otázky č. 5, 6, 7, 11 a kritérium pozorování č. 4. **Cíl 2**, z rozhovorů s respondenty je zřejmé, že **všichni vědí**, že mají k dispozici dotazník klienta k RaD, že ho používají, a že akceptují informace v něm uvedené. Pozorování odhalilo, že **pouze v jednom případě** pečovatelka **neakceptovala** informaci z dotazníku respondentky, konkrétně nepoužila oblíbenou vůni, kterou má respondentka v dotazníku uvedenou. Jinak **byly u všech respondentů** informace z dotazníku klienta k Relaxaci a doprovázení **akceptovány**.

Třetím cílem našeho průzkumného šetření bylo: **Zjistit, zda jsou k dispozici pomůcky k provádění programu Relaxace a doprovázení.** Stanovili jsme si 3. průzkumnou otázku: **Jaké mají zaměstnanci přímé péče k dispozici pomůcky**

k provádění programu Relaxace a doprovázení? K získání odpovědí nám sloužily odpovědi z rozhovorů na otázky č. 9, 10 a 12 a kritérium pozorování č. 5. **Cíl 3**, průzkumné šetření ukázalo, že všichni respondenti z pomůcek k provádění programu Relaxace a doprovázení mají k dispozici vonné oleje a rádio. Tři čtvrtiny respondentů má k dispozici aromalampu a CD. Větší polovina respondentů uvádí svítící vlákna a projektor. Masážní rukavice (žínky) má k dispozici polovina respondentů. Více než třetina respondentů pak disponuje masážními oleji, hřebenem na masáž hlavy a lávovou lampou. Třetina respondentů ještě uvádí solnou lampu a necelá třetina používá vibrační pomůcku. Všichni respondenti vědí, že v případě zjištění nefunkční pomůcky k provádění programu Relaxace a doprovázení, tuto skutečnost hlásí vedoucí. Třetina by tuto skutečnost nahlásila i určené osobě, která zodpovídá za tyto pomůcky. Další třetina respondentů by uvítala více vůní vonných olejů a solných lamp. Na plazmovou lampu, knihy, bibli a aromastream si nevzpomněl **žádný** z respondentů. Pozorování u vybraných respondentů odhalilo, že u všech respondentů bylo použito rádio a CD, projektor byl použitý u poloviny respondentů. U tří čtvrtin respondentů byly použity éterické nebo masážní oleje. Svítící vlákna, aromastream a solná lampa byla použita u třetiny respondentů. U necelé třetiny byla použita plazmová koule a masážní rukavice (žínky). U **žádného** z respondentů **nebyla použita** lávová lampa, hřeben na masáž hlavy, knihy ani bible. Z nahlédnutí do kufrů s pomůckami k Relaxaci a doprovázení jsme zjistili následující informace, a to, že **druhé patro** (domov pro seniory) **nedisponuje** plazmovou koulí, lávovou lampou, projektorem, knihami ani biblí. Tudíž tyto pomůcky k prováděným technikám **nepoužívají**. Na **třetím patře** (domov se zvláštním režimem) **mají k dispozici všechny** výše jmenované pomůcky, avšak pozorováním jsme zjistili **nevyužívání** lávové lampy, knih, bible, masážních rukavic a hřebenu na masáž hlavy. Plazmová koule, svítící vlákna a solná lampa **byla použita vždy pouze u jedné z respondentek. Čtvrté patro** (domov se zvláštním režimem) pak **nedisponuje** plazmovou koulí, projektorem, knihami a biblí, z pozorování však vyplynulo, že si projektor zapůjčují z třetího patra.

6 DISKUZE

Tato bakalářská práce je zaměřena na využití programu Relaxace a doprovázení v Domově důchodců Bystřany. Jejím cílem je zmapování informací, které se týkají používání jednotlivých technik relaxace za použití konkrétních pomůcek, které vlastní Domov důchodců Bystřany a zároveň respektování individuálních potřeb a přání jednotlivých klientů. Teoretické informace o relaxačních technikách jsou v současné literatuře dobře dostupné. Problémem relaxačních technik je otázka, zda dovede jedinec úspěšně převést teoretické informace o relaxačních technikách do své praxe. Analyzované publikované studie dokládají vysoce pozitivní výsledky při aplikaci relaxačních technik u pacientů s nádorovým onemocněním (**Krejčí a kol**., 2016). Analýzou 10 randomizovaných studií **Krejčí a kol**. (2016) bylo zjištěno, že relaxační techniky přináší pozitivní účinky i při léčbě epilepsie. I na základě studií se snaží zaměstnanci Domova důchodců Bystřany o převedení teorie do praxe u svých klientů. Relaxační techniky, které provádějí u seniorů Domova důchodců Bystřany, si zaměstnanci nazvali programem Relaxace a doprovázení. Jejich snahou je zpříjemnit klientům všední dny, které často senioři tráví ve svém pokoji na lůžku. Je více než jasné, že všechny formy terapie nemohou zaměstnanci Domova důchodců Bystřany aplikovat u svých klientů náhle po seznámení s technikou relaxace. Proto před zahájením programu Relaxace a doprovázení zaměstnanci domova vyplňují s klientem nebo rodinou dotazník, který je zaměřen na potřeby a přání klienta. Tímto způsobem se pečovatelky mohou zaměřit na správný výběr zvolených technik relaxace, které mohou být u klienta aplikovány s pozitivním výsledkem. Dle našeho názoru jsou oblíbenými relaxačními technikami v Domově důchodců Bystřany především technika: muzikoterapie, aromaterapie, aromamasáž a snoezelen.

Muzikoterapie je relaxační typ terapie. Jedná se o expresivní terapii, kdy pečovatelky pracují s výrazovými uměleckými prostředky, které mají hudební povahu. **Kantor, Lipský, Weber a kolektiv** (2009), popisují studii, která ukázala statisticky významný rozdíl při aplikaci sedativní hudby u pacientů se spastickým onemocněním, kdy došlo ke zvýšení rozsahu pohybů a snížení svalového tonu. Všechny pečovatelky tak při muzikoterapii svým klientům pomáhají k získání pocitu bezpečí a klidu. Muzikoterapie je totiž interpersonální proces, který je spojen s důvěrností, empatií, komunikací a vzájemnými vztahy mezi pečovatelkou a klientem. Relaxační technika muzikoterapie integruje zkušenosti s terapií pomocí hudby z pohledu mnoha oborů. Těmito obory jsou např. fyzio-

terapie, neurologie, ošetřovatelství, paliativní péče nebo i speciální pedagogika. Domníváme se tedy, že lze o muzikoterapii hovořit jako o „léčení hudbou“. Dle našeho názoru je jednoznačné, že hudba a její použití může pozitivně ovlivňovat nemocného klienta, který díky hudbě může vnímat své okolí, jenž na něj působí a klient tak může komunikovat se svým okolím – v případě Domova důchodců Bystřany se jedná o komunikaci s pečovatelkou.

Oblíbenou relaxační technikou, která je v Domově důchodců Bystřany používána je technika aromaterapie a aromamasáž. Jedná se o alternativní medicínu, při které pečovatelky používají éterické oleje, jejichž cílem je ovlivnění klientovo mysli a nálady. Při použití techniky aromaterapie pečovatelky klienta stimulují nebo uklidňují. Protože aromatické látky působí na čichové receptory, mohou u klienta vyvolávat dojem vůně. Tyto vůně si klienti v Domově důchodců Bystřany často spojují s konkrétními situacemi, o kterých s pečovatelkami rozmlouvají. Z praktických zkušeností pečovatelek dochází při aromaterapii ke zklidnění klientů, relaxaci a zvyšuje se jejich dobrá nálada. Naopak je potlačována deprese, úzkost a stres. Praktický přehled a metanalýzu výsledků studií publikovali **Borkovec a Whisman** (1996) u pacientů s úzkostnou poruchou. Primárním závěrem bylo, že kognitivní i behaviorální terapie jsou účinnější než čekání na léčbu či placebo. Čtyři ze šesti studií nenalezli rozdíl mezi behaviorální a behaviorálně kognitivní terapií v době ukončení léčby, ale tři z nich pak zjistily větší účinnost kognitivně behaviorální terapie v katamnézách. Celková míra efektu byla vysoká pro kognitivně behaviorální terapii (od 0,94 do 3,63) i behaviorální terapii (od 0,69 do 2,76). Jsme přesvědčeni, že má tedy vůně vliv na mysl, city, nálady a reakce člověka. Pozitivní účinky aromaterapie tak může člověk využít k léčení zdravotních obtíží a k posílení fyzické a psychické pohody. Další podrobnou přehledovou studii, zkoumající jednotlivé komponenty terapie, v rámci psychických poruch, použité v analyzovaných studiích, vytvořili **Barlow et al.** (1997). Uzavřeli, že nejúčinnějšími komponenty léčby pro psychické poruchy jsou kombinace relaxace a kognitivní terapie. Relaxační technika, dle našeho názoru, může zpříjemnit mnoho stránek lidského života. Z teoretického hlediska se uvádí, že například aromaterapie působí na člověka v rovině fyzické a psychické, což lze ověřit v praxi. Použití správných éterických olejů totiž dochází k povzbuzování člověka k výkonu. Dále pomáhají jedinci relaxovat a zbavovat se stresu, doplňují člověku sílu a pomáhají přizpůsobit se novým situacím nebo změnám. Vůně člověka doprovází celý život. Myslíme si, že vůně člověka celkově harmonizuje a výrazně ovlivňuje jeho emoce.

Pečovatelky Domova důchodců Bystřany zaměřují u svých klientů relaxační techniky zaměřené na snoezelen. Dle našeho názoru je tato volba správná, protože právě relaxační techniky, které praktikují pečovatelky ve snoezelenu jsou maximálně zaměřeny na uspokojování individuálních potřeb člověka. Snoezelen je prostor, který poskytuje pozitivně naladěné prostředí. Lidem nabízí poznání senzorických zkušeností, atmosféru vzájemné důvěry a plnohodnotné uvolnění. Každému klientovi, kterému je poskytována technika snoezelen, je tak zprostředkován originální a autentický zážitek. Na člověka zde působí podněty, které ovlivňují všechny jeho smysly a ve spojení s bezpečným prostředím a příjemnou atmosférou dochází u klienta k uspokojení všech jeho potřeb. Ve snoezelenu je podporováno vnímání všemi smysly, relaxace. Dále se zde rozvíjejí a upevňují sociální vztahy a komunikace. Tato aktivita nabízí klientům domova trávení volného času, při které dochází ke zklidnění a relaxaci. Senioři domova tak vstupují z běžného života do bezpečného prostoru, kde mohou dobrovolně využívat nabízených smyslových podnětů. Aktivity spojené se snoezelenem efektivně působí na zdraví všech klientů, kteří se uvolňují a zklidňují. Případný strach je u klienta eliminován či dokonce odstraněn, člověk je vnitřně organizovaný a jsou v něm vyvolány pocity jistoty. Dle studie, kterou provedl **Grossarth – Maticek** (1984) se zjistilo, že pacienti s onkologickým onemocněním, kterým byly prováděny relaxační techniky v rámci psychoterapie, žili v průměru o 6 měsíců déle, než-li ti, kterým byla poskytnuta pouze chemoterapie.

Program Relaxace a doprovázení a jeho obsah je originálním programem Domova důchodců Bystřany. Tento program je jedinečný tím, že ne ve všech domovech důchodců v ČR se s podobnými službami může člověk setkat. Domníváme se, že vedle používaných relaxačních technik je nutné zmínit a vysvětlit druhou část názvu programu – tím je slovo: doprovázení. Toto slovo vystihuje mnoho faktů, které si člověk umí představit. V Domově důchodců se jedná o doprovázení klienta na “druhý břeh“, kdy člověk umírá.

Myslíme si, že program Relaxace a doprovázení je výjimečným programem, který reaguje na individuální potřeby a přání klientů Domova důchodců Bystřany. Tento program byl v této práci vyhodnocen jako program, který je přínosný pro seniory Domova důchodců Bystřany. Dle našeho názoru jsou všechny pečovatelky ve své práci velmi vytrvalé a uvědomují si, jak moc jsou jimi prováděné činnosti pro klienty důležité. Je pravdou, že ne všechny pečovatelky používají veškeré pomůcky, které jsou do programu Relaxace a doprovázení v domově zakoupeny, ale je nutno si uvědomit, že ne každý klient tyto pomůcky vyžaduje. Jednotlivé činnosti a aktivity v programu Relaxace a doprovázení

se stále vyvíjejí, protože pečovatelky získávají stále nové a nové zkušenosti a práce s klientem se opakovaně mění – vzhledem k odchodům a příchodům nových klientů do domova. Domníváme se, že kdyby se totožný průzkum v Domově důchodců Bystřany praktikoval např. za rok, byly by výsledky pozorování a odpovědi pečovatelek jistě odlišné.

Všechny aktivity, které jsou v programu Relaxace a doprovázení klientům v Domově důchodců Bystřany poskytovány, jsou zaměřeny na relaxaci seniorů a trávení jejich volného času co nejpříjemnějším způsobem. Každá z pečovatelek je osobností, která ke klientovi přistupuje velice individuálně a rozvíjí se mezi nimi, díky programu Relaxace a doprovázení, často velmi úzký vztah. Velká část klientů má mezi pečovatelkami svou „oblíbenou“ pečovatelku, která mnohdy nahrazuje návštěvu rodinného příslušníka. Není totiž výjimkou, že se rodinní příslušníci za svým dědou či babičkou, dostavují na návštěvu velmi málo. Toto si celý pracovní kolektiv Domova důchodců Bystřany uvědomuje a cíleně program Relaxace a doprovázení u svých klientů organizuje a zlepšuje.

Dle našeho názoru je Domov důchodců Bystřany svým přístupem ke klientům jedinečný. V rámci svých pracovních povinností se všichni zaměstnanci snaží chovat ke klientům s maximálním individuálním přístupem a respektem.

Je tedy na místě konstatovat, že život nekončí odchodem do důchodu a ztrátou fyzické síly. Všechny etapy života si musí člověk prožít naplno a v případě, že se jeho život chýlí ke konci, musí být tento konec důstojný a smysluplný. Smysluplný tak jako je celý život každého z nás. Všichni si zasloužíme prožívat pocity štěstí, bezpečí a spokojenosti do posledního dne našeho života.

7 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z výše uvedeného průzkumného šetření jsme zjistili, že cílů, které jsme si stanovili v této bakalářské práci, se nám podařilo dosáhnout. I přesto, že nebyly využívány všechny relaxační techniky u pozorovaných klientů. Nebyly využívány všechny pomůcky k programu Relaxace a doprovázení nebo je zaměstnanci přímé péče neměli k dispozici, jsme dospěli k závěru, že využití programu Relaxace a doprovázení v Domově důchodců Bystřany je přínosem, zkvalitňuje péči o klienty, a že lze pomocí tohoto programu zajistit důstojné umírání a smrt v pobytových sociálních službách. Na základě zjištěného si dovolujeme adresovat doporučení i managementu Domova důchodců Bystřany.

Pro management Domova důchodců Bystřany doporučujeme:

- zajistit dostatek pomůcek k programu Relaxace a doprovázení na jednotlivá patra
- na webové stránky domova v krátkosti rozepsat co program Relaxace a doprovázení nabízí a komu je určen
- rozšířit informace o programu Relaxace a doprovázení do dalších pobytových sociálních služeb - formou nabídky stáží v Domově důchodců Bystřany, zaměřených konkrétně na tento program nebo přednáškami a předáváním zkušeností

Pro zaměstnance přímé péče – pečovatelky doporučujeme:

- využívat více pomůcky, které mají k dispozici
- do dotazníku k programu Relaxace a doprovázení zapsat, z jakého důvodu se nějaká technika u klienta neprovádí

ZÁVĚR

Domov důchodců Bystřany se maximálně snaží o zkvalitňování péče u klientů domova. Dokazuje to obhájení certifikátu Značky kvality za péči, udělený APSS ČR, s platností do roku 2021. V roce 2017 jsme již po čtvrté obhájili certifikát Vážka, udělený ČALS, s platností do roku 2019. Od roku 2016 jsme držiteli akreditace zdravotních služeb SAK. Péči se nám daří zkvalitňovat i díky originálnímu programu Relaxace a doprovázení. Tématem této bakalářské práce bylo využití programu Relaxace a doprovázení v Domově důchodců Bystřany. Prvním cílem bylo zmapovat uplatňování programu Relaxace a doprovázení dle daných pravidel Domova důchodců Bystřany. Zjistili jsme, že se zaměstnanci přímé péče ztotožňují s cíli programu Relaxace a doprovázení, vědí pro koho je program určen, kdy klienta do programu zařadit, znají techniky prováděné v rámci relaxace, pracují s dotazníky i tabulkami k Relaxaci a doprovázení. Odhalili jsme, že ne vždy se u klienta provádějí všechny relaxační techniky, přičemž jsme neodhalili, že by tímto klienti nějak strádali. První cíl se nám podařilo splnit. Druhým cílem bylo zjistit akceptování informací z dotazníku klienta k programu Relaxace a doprovázení. Pouze v jednom případě jsme odhalili, že nebyla informace akceptována, jinak jsme zjistili, že zaměstnanci přímé péče informace z dotazníku klienta v rámci programu Relaxace a doprovázení akceptují. Dle našeho názoru je brán zřetel na individualitu a jedinečnost každého klienta. Tím se nám podařilo splnit i druhý cíl. Třetím cílem jsme zjistili, jaké mají zaměstnanci přímé péče k dispozici pomůcky k provádění Relaxace a doprovázení. Odhalili jsme, že pouze na jednom patře mají zaměstnanci přímé péče k dispozici všechny pomůcky výše uvedené. Na dvou patrech mají omezený výběr pomůcek k programu Relaxace a doprovázení. Domníváme se, že množství pomůcek nemá vliv na kvalitu péče v rámci programu Relaxace a doprovázení, poněvadž jsme zjistili, že se některé pomůcky využívají minimálně nebo vůbec. I třetí cíl jsme splnili.

Program relaxace a doprovázení v Domově důchodců Bystřany vznikl na základě potřeby poskytovat kvalitní, bezpečnou a důstojnou péči o klienty na sklonku života, který je v současné době realizován v Domově důchodců Bystřany s pozitivními výsledky a bude realizován i v budoucí době.

SEZNAM BIBLIOGRFICKÝCH ODKAZŮ

AUTOR neuveden, 2018. *Výroční zpráva 2015*. Domov důchodců Bystřany, Intranet DD

AUTOR neuveden, 2018. *Výroční zpráva 2016*. Domov důchodců Bystřany, Intranet DD

BAREŠOVÁ, M., Standard kvality č. 3, *Jednání se zájemcem o službu,* 2017. Domov důchodců Bystřany, Intranet DD

BAREŠOVÁ, M., Standard kvality č. 5, *Plánování a průběh poskytování služeb,* 2015. Domov důchodců Bystřany, Intranet DD

BAREŠOVÁ, M., Standard kvality č. 8, *Návaznost služby na další dostupné zdroje,* 2015. Domov důchodců Bystřany, Intranet DD

BARTŮNĚK, P., JURÁSKOVÁ, D., HECZKOVÁ, J., NALOS, D. – editoři, *Vybrané kapitoly z intenzivní péče*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 752 s. ISBN 978-80-271-9328-8.

DOMOV DŮCHODCŮ BYSTŘANY, *Úvod* [online]. Dostupné na internetu: www.dd-bystrany.cz

DOMOV DŮCHODCŮ BYSTŘANY, *Závěrečná zpráva: Pracovní stáž Německo – Sozial-Kulturelles Zentrum Leubnitz,* 2011. Dostupné: Intranet DD

DOMOV DŮCHODCŮ BYSTŘANY, *Závěrečná zpráva: Školení o hospicové péči v SKZ Dresden – Leubnitz,* 2011. Dostupné: Intranet DD

DOPIS ČESKÉ ALZHEIMEROVSKÉ SPOLEČNOSTI č. 9, *Jedná se o Alzheimerovu chorobu? Deset příznaků, které by vás měly varovat* [online]. Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2015. [cit. 2018 -01-26]. Dostupné na internetu: www.alzheimer.cz/alzheimerova-choroba/priznaky

FALEIDE, A., et al. *Vliv psychiky na zdraví,* Praha: Grada Publishing, a.s., 2010., 240 s. ISBN 82-450-0127-9

GLENNER, J., et al., *Péče o člověka s demencí*. Praha: Portál, 2012. 135 s. ISBN 978-80-262-0154-0

GROFOVÁ, K., ČERNÝ, V., *Relaxační techniky pro tělo, dech a mysl*. Brno: Albatros Media a.s., 2015. 114 s. ISBN 978-80-266-0835-6

GRYGÁRKOVÁ, S., *Relaxace* [online]. 2008. [cit. 2018 -01-14]. Dostupné na internetu: https://www.celostnimedicina.cz/relaxace.htm

HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie: nauka o umírání*. 2. přepr. vyd., Praha: Galén, 2007. 244s. ISBN 978-807-2624-713

HLUBŮČKOVÁ, L., ŠOURKOVÁ, P., Prevence imobilizačního syndromu. In *Dimenze moderního ošetřovatelství*, ISSN 1802-4084. 2007. č. 3, s. 75

CHLEBANOVÁ, J., *Pravidla k identifikaci a realizaci relaxace a doprovázení, 2012*. Domov důchodců Bystřany, Intranet DD

JAHNOVÁ, M., Pracovní postup k poskytování péče č. 14, *Péče o mrtvé tělo*, 2010. Domov důchodců Bystřany, Intranet DD

KALVACH, Z., a kol., *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-24990-4

KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J., *Základy muzikoterapie*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 269 s. ISBN 978-80-247-2846-9

KOLEKTIV AUTORŮ, *Vše o léčbě: příručka pro sestry*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 356 s. ISBN 80-247-1720-4

KREJČÍ, M., HOŠEK, V., a kol., *Wellnes*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2016. 304 s. ISBN 978-80-271-0010

KRŠÍKOVÁ, T., BUŽGOVÁ, R., Kvalita života pacientů s demencí z pohledu rodinných příslušníků. In *Ošetřovatelství a porodní asistence*, ISSN 1804-2740. 2011. č. 3, s. 256

KRUMLOSKÁ, O., *Harmonický život*, nakladatelství Plot, 2009. 61 s. ISBN 978-80-7428-155-6

KŘIVOHLAVÝ, J., *Sestra a stres, příručka pro duševní pohodu*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2010., 128 s. ISBN 978-80-247-6557-0

KUPKA, M., *Psychosociální aspekty paliativní péče*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 215 s. ISBN 978-80-247-4650-0

KUTNOHORSKÁ, J., *Etika v ošetřovatelství*, Vyd. 1., Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 161 s. ISBN 978-80-247-6568-6

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

MARKOVÁ, M., *Sestra a pacient v paliativní péči*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1

MELENOVÁ, K., Vůně ve službách sociální péče, 1. díl. In *Sociální služby*, ISSN 1803-7348. 2017. č. 10, s. 51

MIČULKOVÁ, P., *Chromoterapie* [online]. 2014. [cit. 2018 -01-16]. Dostupné na internetu: http://www.barevnestranky.cz/chromoterapie/

MIKULA, J., MULLEROVÁ, N., *Prevence dekubitů*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 114 s. ISBN 978-80-247-2043-2

OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J., *Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2017. 264 s. ISBN 978-80-271-9713-2

PETERKOVÁ, M., *O relaxaci* [online]. 2008-2018. [cit. 2018 -01-16]. Dostupné na internetu: www.relaxace.psychoweb.cz/relaxace-uvod/pouziti-relaxace

PIDRMAN, V., *Demence*, Vyd. 1., Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 183 s. ISBN 978-80-247-1490-5

PONECHALOVÁ, D., *Co je snoezelen – teoretický úvod* [online]. [cit. 2018 -01-16]. Dostupné na internetu: http://3lobit.sk/cs/snoezelen-2/co-je-snoezelen-teoreticky-uvod/

POSPÍŠILOVÁ, E., *Prevence imobilizačního syndromu u pacienta s extenzí:* bakalářská práce. Zdravotně sociální fakulta. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 2010. 102 s. [online]. 2010. [cit. 2018 -01-27] Dostupné na internetu: https://theses.cz/id/nm13c7/downloadPraceContent_adipIdno_13164

PROCHÁZKA, P., *Rozhovor - 4. díl – Jak se dělá (nedělá) rozhovor* [online]. 2011. [cit. 2018-02-06]. Dostupné na internetu: http://www.ctenarska-gramotnost.cz/medialni-vychova/mv-casopisy/rozhovor-4

ROZSYPAL, H., HOLUB, M., KOSÁKOVÁ, M., *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči*, Univerzita Karlova v Praze, naklad. Karolinum, 2013. 387 s. ISBN 978-80-246-2757-1

SKÁLA, B., SLÁMA, O., VORLÍČEK, J., KABELKA, L., *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*, Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2011. 20 s. ISBN 978-80-86998-51-0

SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J., *Paliativní medicína pro praxi*, 1. vyd., Praha: Galén, 2007. 362 s. ISBN 978-80-726-2505-5

SUCHÁ, J., Ergoterapie v péči o pacienty s demencí a na geriatrickém pracovišti. In *Geriatrie a gerontologie*, ISSN 1805-4684. 2013. č. 3, s. 60

SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění doprovázet*, 7. doplněné vyd., Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří, 2011, ISBN 978-80-247-4107-9

ŠIKLOVÁ, J., *Vyhoštěná smrt*, Kalich, 2013. 124 s. ISBN 978-80-7017-197-4

ŠPIRUDOVÁ, L., *Doprovázení v ošetřovatelství I.: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. 114 s. ISBN 978-247-9963-6

TISCHER, H., *Masáž – relaxace od hlavy až k patě*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 86 s. ISBN 978-80-247-2550-5

TOPINKOVÁ, E., *Geriatrie pro praxi*, 1. vydání, Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6

TRACHTOVÁ, E., a kol., *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu*, 2.vyd. nezměněné – dotisk, Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 80-7013-324-4

TRACHTOVÁ, E., TREJTNAROVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D., *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu,* 3.vyd., Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 978-80-7013-553-2

VÁCLAVÍKOVÁ, M., Pracovní postup k poskytování péče č. 11, *Péče o umírající*, 2009. Domov důchodců Bystřany, Intranet DD

VENGLÁŘOVÁ, M., *Problematické situace v péči o seniory*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

VĚSTNÍK Č. 9, MZ ČR, 2004. Metodická opatření, *Koncepce ošetřovatelství*

WENZEL, M., *Léčivé rostliny: nejlepší využití pro zdraví celé rodiny*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. 240 s. ISBN 80-247-5155-0

Zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách

Zákon č. 256/2001 Sb., zákon o pohřebnictví a o změně některých zákonů

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A	Solná aromalampa
Příloha B	Éterické oleje
Příloha C	Projektor
Příloha D	Svítící vlákna
Příloha E	Lávová lampa
Příloha F	Domov důchodců Bystřany - budova
Příloha G	Domov důchodců Bystřany - zahrada
Příloha H	Žádost o schválení průzkumného šetření v Domově důchodců Bystřany
Příloha CH	Dotazník k Relaxaci a doprovázení
Příloha I	Kritéria pozorování
Příloha J	Tabulka k Relaxaci a doprovázení

PŘÍLOHY

Příloha A Solná aromalampa (Zdroj: Autor, 2018)

Příloha B Éterické oleje (Zdroj: Autor, 2018)

Příloha C Projektor (Zdroj: Autor, 2018)

Příloha D Svítící vlákna (Zdroj: Autor, 2018)

Příloha E Lávová lampa (Zdroj: Autor, 2018)

Příloha F Domov důchodců Bystřany – budova (Zdroj: Autor, 2018)

Příloha G Domov důchodců Bystřany – zahrada (Zdroj: Autor, 2018)

Příloha H Žádost o schválení průzkumného šetření v Domově důchodců Bystřany (Zdroj: Autor, 2018)

Ředitelka
Barešová Miroslava
Domov důchodců Bystřany
Pražská 236
417 61 Bystřany

Václavíková Monika
Pražská 271
417 61 Bystřany

Věc: Žádost o schválení průzkumného šetření v Domově důchodců Bystřany

Vážená paní ředitelko,

jsem studentkou 3. ročníku Vysoké školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžběty, Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna Příbram, ve studijním programu Ošetřovatelství. Dovoluji si Vás požádat o povolení průzkumného šetření v Domově důchodců Bystřany, které budu provádět pomocí rozhovorů se zaměstnanci přímé péče a metodou přímého pozorování u klientů, přičemž klient i zaměstnanec přímé péče bude vědět, že je pozorován. Pozorovala bych provádění technik zaměstnanců přímé péče u klientů v rámci programu Relaxace a doprovázení. Výsledky průzkumného šetření budou použity pouze pro potřeby mé bakalářské práce na téma „Využití programu Relaxace a doprovázení v Domově důchodců Bystřany".

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

S pozdravem

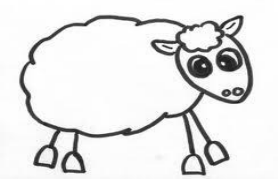
Václavíková Monika 20. 11. 2017

10. 1. 2018 v průzkumném šetření souhlasím.

Domov důchodců
Pražská 236
417 61 BYSTŘANY
Tel.: 417 536 062-3
IČ: 00 [illegible] DIČ: CZ63787725

Příloha: Otázky k rozhovorům se zaměstnanci přímé péče

Příloha CH Dotazník k Relaxaci a doprovázení (Zdroj: Autor, 2018)



Domov důchodců Bystřany
Pražská 236, 417 61 Bystřany
tel.: (+420) 417 536 062
e-mail: dd.bystrany@volny.cz
web: www.dd-bystrany.cz

DOTAZNÍK K RELAXACI A DOPROVÁZENÍ

Příjmení a jméno:	**rok nar.:**

Dětství a mládí

Kde jste vyrůstal (a) (velké, malé město, vesnice,…)?	
Jaké byly rodinné poměry?	
Jaké školy jste navštěvoval (a) (napište i pokračovací školy)?	

Dospělost

Jako co jste pracoval během svého pracovního života?	
Co Vám pomáhalo při zvládání těžkých životních situacích?	
S kterými lidmi, kteří jsou pro Vás důležití, jste nyní ještě v kontaktu (příbuzní, přátelé, sousedi, bývalí kolegové,…)?	
S kým byste rádi opět obnovili kontakt?	
Existují osoby, živočichové, věci, pachy, hudba, způsoby doteku, situace, apod., které ve Vás vyvolávají odpor nebo strach?	

Zvyky

Čtete noviny? Pokud ano, jaké?	
Máte oblíbenou knihu? Pokud ano jakou?	
Který televizní nebo rozhlasový pořad rád (a) sledujete?	
Jakou hudbu máte rád (a)? (populární, lidovou, klasickou - vážnou, operu, církevní hudbu,…)	
Máte nějakou oblíbenou písničku/skladbu?	
Zpíváte rád (a)?	
Máte oblíbenou barvu?	
Máte oblíbenou vůni?	
Máte nějaké zvyky týkající se jídla?	
Máte nějaké zvyky týkající se spánku? (rituál při usínání, speciální polštář, oblíbená poloha při spaní,…)	
Máte nějaké přání, které byste si rád (a) - případně s naší pomocí - splnil(a)?	
Na co jsme se zapomněli zeptat?	

Ostatní otázky

Přál byste si, aby Vás v posledních hodinách života doprovázel někdo z blízkých?	
Přál byste si, aby Vás v posledních hodinách života doprovázel duchovní? Pokud ano, jakého vyznání?	
Máte nějaké jiné přání, co byste si přál (a) v posledních hodinách života?	

Otázky pro blízké osoby

Chcete svého blízkého doprovázet v posledních hodinách života?	
Chcete být o případném úmrtí Vašeho blízkého informováni kdykoliv, nebo si chcete stanovit výjimky-např. v noci?	

Poznámky

Podpis klienta:..... Podpis osoby blízké.....

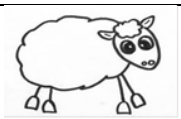
Vyplněno ve spolupráci (zaměstnanec DD), podpis:.....

Dne:.....

Příloha I Kritéria pozorování (Zdroj: Autor, 2018)

	KRITÉRIUM POZOROVÁNÍ	ano	ne	nemá
1.	Provádí se techniky programu RaD?			
2.	Dodržují zaměstnanci frekvenci prováděných technik?			
3.	Dodržují zaměstnanci délku prováděné techniky?			
4.	Akceptují zaměstnanci informace z dotazníku klienta?			
5.	Využívají zaměstnanci pomůcky k RaD?			

Příloha J Tabulka k Relaxaci a doprovázení (Zdroj: Autor, 2018)



Klient:

	1	2	3	4	5	6	7	8		10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
INDK																															
SNZL																															
ARMT																															
ARMM																															
RLXK																															
CHRMT																															
Poznámky																															

Do okénka zapisovat čas od – od, reakce klienta +/-, podpis zaměstnance