



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

Projekt Rodina jako základ péče
o osoby s duševním onemocněním
CZ.03.2.X/0.0/0.0/18_095/0011252

METODIKA

Rodina jako základ péče o osoby s duševním onemocněním

Projekt
Rodina základ péče



A DOMA

OBSAH

Úvod	3
Kdo je rodina a její funkce	4
Komunikace s člověkem s duševním onemocněním	6
Popis dvou nejčastějších duševních poruch z praxe projektu	7
1. Depresivní poruchy	7
2. Demence	9
Rodinný průvodce a jeho role při identifikaci situace v rodině	12
Vedení rozhovoru rodinným průvodcem	14
Multidisciplinární tým	19
Přehled možností podpory – příklady podpory vybraných členů multidisciplinárního týmu	20
Příklady podpory klientů některým z odborníků	25



Úvod

Duševní poruchy provází lidstvo po celou jeho existenci a nejsou ničím novým. Mírné poruchy začínají léčit i praktičtí lékaři a teprve komplikovanější klienti jsou odesíláni k psychiatrovi. Kolem 5% populace je postiženo vážnými psychickými poruchami /psychózy/, 16 % je strádá značnou depresí a dalších 10 % má závažné úzkostné poruchy a neurózy a lehčí formu neuróz má 14% populace. Kolem 15 % trpí některou z poruch osobnosti. Navíc asi 27 % populace má někdy v životě problémy s návykovými látkami /alkohol, drogy/. Tyto nemoci představují velkou specifickou skupinu nemocí. Chování takového člověka je nepředvídatelné, Kolem 5% populace je postiženo vážnými psychickými poruchami /psychózy/, 16 % je strádá značnou depresí a dalších 10 % má závažné úzkostné poruchy a neurózy a lehčí formu neuróz má 14% populace. Kolem 15 % trpí některou nekontrolovatelné. Rodina a blízcí jsou často překvapeni těmito projevy. Cílem projektu bylo ukázat jim, jak pracovat s blízkým s onemocněním, které zasáhne nejen člověka s duševním onemocněním, ale i celou jeho rodinu. Duševně nemocný trpí, dochází často ke stigmatizaci. Tento stav je spojen se silnou emocí, vede ke konfliktním a vyhroceným situacím.

Podle WHO duševní poruchy patří mezi nejčastější příčiny pracovní neschopnosti. Psychická porucha jedince má negativní psychologický a ekonomický dopad na klienta, jeho rodinu, příbuzné, ale i celou společnost.

Duševní poruchy existují buď samostatně nebo jako jeden z projevů symptomů tělesných nemocí a mohou komplikovat průběh a léčbu tělesných chorob. Odhaduje se, že až polovina klientů, kteří vyhledají pomoc pro somatické onemocnění jde buď o výlučně psychiatrickou poruchu nebo o komorbiditu psychické poruchy s tělesným onemocněním.

Výčet základních diagnostických kategorií duševních poruch podle MKN-10¹

F 00-F 09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F 10–F 19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoticky aktivních látek
F 20–F 29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F 30–F 39	Afektivní poruchy /poruchy nálady/

¹ Mezinárodní klasifikace nemocí; dostupná na www: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>



F 40–F 48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F 50–F 59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F 60–F 69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F 70–F 79	Mentální retardace
F 80–F 89	Poruchy psychického vývoje
F 90–F 98	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

Kdo je rodina a její funkce

Rodina je i napříč stoletími důležitou společenskou jednotkou, jejíž funkce se proměňují a přizpůsobují době. Rodina je důležitou jednotkou i z pohledu sociálního státu, který z pohledu teorií nastupuje až v případě, kdy potřebnou podporu a pomoc členovi rodiny neposkytne samotná rodina – tedy nenaplnuje své funkce (ekonomickou, psychickou...).

Psychologický slovník rozlišuje rodinu nukleární, která zahrnuje pouze otce, matku a děti a rodinu širší. Součástí širší rodiny je i další příbuzenstvo (prarodiče, strýcové, tety, bratrance, sestřenice apod.) Jaroslav Řezáč definuje rodinu v knize *Sociální psychologie*, s odvoláním na P. Říčana, jako intimní vztahový systém, časoprostorově ohraničený a vyznačující se relativní stálostí. Pojem rodina nemusí být chápán u všech stejně. Socioložka J. Máchová rozlišuje rodinu podle počtu generací žijících pohromadě, stanovuje pojem rodina základní, tj. sestávající z otce, matky a dětí, a rodina rozšířená, zahrnující kromě toho i prarodiče, strýce, tety a další příbuzné. Z jiného hlediska mluvíme o rodině úplné, ve které žijí oba rodiče a nejméně jedno dítě, a neúplnou, v níž chybí některý z rodičů“.

Základní funkce rodiny:

Z psychologické pohledu je rodina vnímána jako sociální skupina, která svým členům poskytuje:

- a) bezvýhradnou akceptaci jejich lidské existence
- b) ochraňující prostředí (hmotné i sociální)
- c) zajištění životních potřeb
- d) vzájemnou podporu
- e) východisko a zprostředkující článek při pronikání do makrosociálního prostředí



Funkce rodiny se vyvíjí v souvislosti se společenskými změnami a proměnou kulturních faktorů, které ovlivňují postavení rodiny ve společnosti i vztahy uvnitř rodiny. Jsou většinou chápány jako úkoly, které rodina plní jednak vůči sobě samé, jednak vůči společnosti.

Za základní funkce jsou považovány: hospodářská, biologicko-populační, výchovná, funkce odpočinku a obnovování tělesných i duševních sil. Moderní rodina pozbyla některé ze svých dřívějších funkcí. Jiné funkce pouze ztratily, případně získaly na důležitosti. J. Výrost uvádí čtyři základní funkce.²

1. funkce reprodukční – ovlivňují reprodukci početnost populace jako základního předpokladu ekonomického růstu společnosti,

2. funkce materiální

- a) důležité, kolik dětí rodina má, jaké vzdělání dosáhnou, kterou profesi a jak ji budou ovládat. V tom smyslu je rodina jednotkou mikroekonomického rozhodování (přispívá ke stabilitě rozvoji ekonomického systému společnosti
- a) funkce se vztahuje k hmotnému zabezpečení rodiny, všech příslušníků, včetně dětí.

3. funkce výchovná – Zákon o rodině, stanovující základní práva a povinnosti rodičů a dětí. Pečovat soustavně a důsledně o výživu, chování a jednání svých dětí.

4. funkce emocionální – rodina poskytuje všem svým členům uspokojení řady potřeb. Mezi jinými potřeby podpory, pomoci a přijetí, potřeby společných rituálů, společných plánů apod. Domov plní důležitou roli kompenzačního prostředí proti světu profesních povinností, požadavků a nároků.

Hodnocení rodiny by se mělo začínat v neautoritativním, partnerském duchu. Profesionál by měl členům rodiny aktivně naslouchat a měl by se pokoušet vcítit se do jejich vnímání rodinné situace. Profesionál zkoumající rodinu by neměl zapomenout na to, že i on sám je testovaný, zejména pokud jde o důvěryhodnost a schopnost poskytovat účinnou podporu a pomoc.³

Existuje několik základních ukazatelů funkcí rodiny, které by profesionál měl umět zhodnotit.

- 1) kulturní a hodnotová orientace rodiny
- 2) nasycení základních potřeb jednotlivých členů rodiny (jídlo, oblečení, teplo, bezpečí, hygiena, soukromí)

² VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK, ed. *Aplikovaná sociální psychologie I*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-269-6.

³ MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.



- 3) stav domácnosti z hlediska potřeb členů rodiny
- 4) funkčnost rodičovského systému (kvalita vztahů k dětem, v dimenzích akceptace, disciplína, angažovanost)
- 5) hodnocení vývoje dětí (s ohledem na emocionalitu a sociální vztahy),
- 6) funkčnost manželského systému
- 7) vztahy členů rodiny k širšímu příbuzenstvu,
- 8) vztahy k institucím, které jsou pro rodinu významné (zaměstnavatelé rodičů, školy),
- 9) jiné významné sociální vazby členů rodiny
- 10) zaměstnání rodičů, jeho perspektiva a pracovní spokojnost
- 11) materiální zdroje, které má rodina k dispozici a způsob rozhodování o nich
- 12) styl komunikace⁴

Komunikace s člověkem s duševním onemocněním

Je potřeba vycházet z toho že duševní porucha nevede k narušení intelektových schopností. Zejména jak příbuzní vnímají duševní poruchu a zda mají s ní spojené zkreslené představy. Příkladem, že je potřeba s ním zacházet jako s dítětem, ale jedinec s duševní poruchou není automaticky jedincem méněcenným nebo nesvéprávným u nemocného je potřeba aby vznikl pocit že pozornost je plně věnována pouze jeho problémům je potřeba se dívat na celou záležitost jako na otázku celé sociální skupiny ve které klient žije není vhodné se vcítovat do klientových potíží nemá se s ním trpět hlavní problém spočívá v mezilidských vztazích v určitých situacích zahrady dávat v jiných nikoli nepovažujeme za vhodné např. přímé rady typu: rozvedte se, změňte zaměstnání, odstěhujte se apod. Určité rozhodnutí by měla u jedince vzniknout jako výsledek psychologického vedení, ale především jeho vlastního rozhodnutí.

Jedním z postupů je rozhovor, který nás má směřovat k získání informací:

- a) Objektivních (ověřitelné údaje)
- b) Subjektivních (klientovy prožitky)
- c) Informace situační (přenos a protipřenos)

Sdělení diagnózy duševního onemocnění – příbuzní se většinou o stav blízkého zajímají.

Obvykle hledají odpovědi na otázky:

- Proč se nemoc v jejich rodině objevila, když nikdo v rodině podobnou diagnózou netrpěl
- Zajímají se o prognózu a dědičnost
- Otázky typu, jak se k blízkému mám chovat, zda jej mám šetřit nebo zda více zaměstnat

⁴ MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.



Nejčastěji diagnózy u klientů v projektu:

ADHD	Aspergerův syndrom
Depresivní, úzkostná porucha	Schizofrenie
Bipolárně afektivní porucha	Obsedantně kompulsivní porucha
Vaskulární demence	Posttraumatická stresová porucha

Popis dvou nejčastějších duševních poruch z praxe projektu

1. Depresivní poruchy

Deprese je nejčastěji se vyskytující duševní porucha. Lidé říkající „Mám depku“ sdělují nejčastěji jedinci, kteří nemají představu, jakou míru bolesti slovo deprese znamená. Hluboká deprese není spojena jen se smutkem, ale s velkou tenzí, bolestivým sevřením, která člověka znehybní. Projevuje se únavou, která jim znemožňuje několik dní vstát z postele, dodržovat základní hygienické návyky.⁵

Depresivní příznaky doprovázejí většinu duševních onemocnění. Depresivní stav bývá např. ve stáří často zaměňován za demenci, kdy kognitivní potíže depresivní etiologie jsou nesprávně pokládány za projev organického psycho syndromu. Často se stav zlepší po nasazení antidepresiv.

Projevy deprese:

- 1) Depresivní fáze (F 32) je definována obdobím nejméně dvou týdnů, během kterých člověk prožívá depresivní náladu a pokles zájmu ve všech životních aktivitách.

Rozděluje se na:

- Mírná depresivní fáze (má jen některé příznaky, ale pracuje)
- Středně depresivní fáze (s obtížemi zvládá práci, kontakty s lidmi)
- Těžká depresivní fáze (v popředí je psychomotorický útlum nebo naopak agitovanost, objevuje se pocit viny, sebeobviňování, které může mít až psychotické příznaky, halucinace či depresivní stupor)

⁵ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN isbn978-80-262-0731-3.; dále také Mezinárodní klasifikace nemocí; dostupná na [www: https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99](https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99)



- 2) Trvalé poruchy nálady (F 34) představují symptomy, kterými tito lidé trpí jako v depresivní fázi, ale nejsou tak intenzivní. Podmínkou této diagnózy jsou dva roky průběžně trvající depresivní nálady.

Rodina a její přístup

Podněty od rodiny typu: „Vzchop se, máš všechno, rodinu, děti, nic ti nechybí. Necpi do sebe prášky, nevíš, co to s tebou udělá. Zavolej kamarádům, jdi se pobavit“. Na depresivní stav neplatí utěšující rady okolí, doporučení myslet na něco jiného, povzbudivá slova typu: „Seber se, musíš se víc...“ snažit k ničemu nevedou, a navíc mohou ještě prohloubit pocit selhání. Je potřeba motivovat k uvědomění, že se jedná o depresi a tento stav nelze překonat jen silou vůle.

Z toho plyne, jak je důležité, aby blízcí člověka s duševním onemocněním měli základní přehled o depresivních symptomech.

- 1) Poruchy nálady–stísněnost, skleslost, smutek, úzkost, pocit osamocení, lítostivost, zlosti, podráždění, prázdnota, neradostnost.
- 2) Pociťuje ve vztahu k sobě ztrátu sebeúcty, pocit neschopnosti a neúčinnosti. Má pocit studu ze závažného onemocnění a myšlenky na sebevraždu.
- 3) Somatické poruchy, je neschopen prožívat potěšení, jsou poruchy spánku (nеспavost či spavost přes den), narušený vztah k jídlu (nechutenství či naopak přejídání), bolesti hlavy, břicha, bolestivé syndromy provázené únavou.
- 4) Kognitivní poruchy jako je útlum myšlení, poruchy soustředěnosti, koncentrace pozornosti. Subjektivně se projevují i jako poruchy paměti (nemám Alzheimerova?)
- 5) Vnější projevy, snížení psychomotorického tempa, únava, vyčerpání, neschopnost pustit se do činností, uzavírání se do sebe, vyhýbání se kontaktu s lidmi, nerudnost či zlostné reakce

Negativní symptomy mají nejvýraznější dopad na sociální fungování. Problémy začít a fungovat v nějaké akci mohou odrážet nesplnění očekávání a povinností ve vztazích, včetně naplnění rolí. Nechuť pouštět se do aktivit také ovlivňuje rozvoj a udržení vztahů.

Rozpoznání depresivních příznaků

Cílem Rodinného průvodce je, aby rozpoznal depresivní příznaky, navázal kontakt a udržel vztah a komunikoval podle zásad, které se osvědčují u lidí s depresí.



Všímáme si vzhledu klienta (smutek v obličeji) pomalost pohybů, zachmuřený až tragický výraz. Uzavřenost či naopak „klient si vede svou“ pracujeme s překážkou citlivě, Rodinný průvodce se snaží být aktivní, ale nezahluje informacemi. Snaží se udržet spolupráci, protože po odeznění potíží člověk s duševním onemocněním oceňuje, že nebyl „na to sám“.

Přijímáme stížnosti na bezvýhodnou situaci, ale zároveň si udržuje nezakreslenou pozici na řešení situace. Stížnost na somatické potíže nebagatelizujeme. Naléhavost jeho sdělení je v pochopení jeho pocitů a stavů, a ne v reagování na obsah stížnosti (chce být pochopen, a nikoliv „vyřešen“). Pracujeme s opakovaným selháním, kdy člověk s duševním onemocněním ochotně přijímá řešení a návrhy, ale z různých příčin je neplní (má problém s odmítnutím, a proto mu dáváme prostor pro vyjádření těchto pocitů).

Zásady komunikace s člověkem s depresí

- 1) Trpělivost a dostatek času, dát najevo podporu a zájem
- 2) Aktivitu při vedení rozhovoru
- 3) Srozumitelnost /ověřujeme si, zda porozuměl „Říkám to srozumitelně?“
- 4) Podpora pochopení, nevyvracíme stížnosti na potíže, ale snažíme se vyjádřit pochopení a udržet zacílení na řešení situace „*Slyším, že to máte hodně těžké, cítíte se mizerně a nevíte dost dobře co s tím*“. Povzbuzujeme, aby vydržel nikoli, aby stav překonal a popíšeme další postup
- 5) Stejná vzdálenost od agrese k idealizaci: pokud přistoupíme na idealizaci – konečně někdo, kdo mi rozumí, podporujeme snížené sebevědomí člověka. U těžších případů se můžeme dohodnout na písemném sepsání dohodnutého postupu
- 6) Přijetí zpomaleného vnímání času

2. Demence

Demenci (F 00–F 03) charakterizují tři okruhy příznaků⁶

- 1) Narušené kognitivní funkce
- 2) Porucha aktivit každodenního života /ADL/
- 3) Behaviorální a psychické příznaky

⁶ PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.; dále také Mezinárodní klasifikace nemocí; dostupná na www.uzis.cz/prohlizec/F00-F99



Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je destruktivní. V konečné fázi nemoci je opečovávaný zcela závislý na pomoci blízkých, a to ve všech svých potřebách. Demence je způsobena dysfunkcí mozku. Nemocné jsou nervové buňky v mozku. Nervové buňky sesychají a nastává podzim mysli.

V počáteční fázi nemoci se lidé chovají normálně, protože většina nervových buněk ještě dokáže dobře fungovat. Když nervové buňky selžou jiné přvezmou jejich úkoly buď částečně nebo jako celek a mohou v tom pokračovat velmi dlouho dobu. Dojde se až do kritické fáze, kdy na střídače již nejsou žádní náhradníci. Čím větší část mozku to ovlivní, tím výraznější změny nastanou v chování opečovávaného.

Demenci dělíme na:

- 1) Primární demence – změna se nachází v mozku
- 2) Sekundární demence – příčina je vně mozku nebo jako součást systémového tělesného onemocnění.

Jiné dělení

- 1) Kortikální demence – změny se nachází v mozkové kůře a u kognitivních funkcí je narušena paměť, praktické řečové a poznávací schopnosti (apraxie, afázie, agnózie) a časoprostorová orientace. Nejvýznamnějšími zástupci jsou Alzheimerova choroba, Lewyho tělíska, frontotemporální demence.
- 2) Podkorové demence – změny jsou v podkorových mozkových oblastech a typické jsou poruchy exekutivních funkcí (motivace, plánování, tvorba konceptu), dalšími projevy je zpomalení psychomotoriky a depresivní příznaky. Zástupci této demence jsou Parkinsonova choroba, Huntigtonova choroba.
- 3) Sekundární demence je nejrozšířenější vaskulární demence, která vzniká jako zneprůchodnění cév či mozkových infarktů. Dalšími příčinami sekundární demence mohou být metabolické a hormonální (cukrovka, jaterní poruchy, štítná žláza), intoxikace, nádory, hydrocefalus (nedostatečné vstřebávání mozkomíšního moku), ale i některé infekce.

Psychické potíže a příznaky

V afektivních prožitcích klientů často dominuje úzkost, strach a deprese. Ta v počáteční fázi souvisí s uvědoměním si rozvíjející se nemoci, jejímž vyústěním je pocit bezmoci, rezignace a sekundárně se prohlubující poruchy paměti. Úzkost a strach souvisí s problémy při



vykonávání běžných aktivit. Klienti mají pocit opuštěnosti, úzkost může přerůst až do stavu paniky, motorický neklid až agresivitu (výkřiky, odchody z domu, ničení věcí apod.). Bezmoc a strach ovlivňují myšlenkové obsahy. Může se objevit podezřívavost, nedostatečné vyhodnocování reality a přerůst až ve vznik bludů. Obsahově se často týkají přesvědčení o okrádanosti a mohou být posíleny zrakovými halucinacemi (vidí někoho, kdo přišel krást).

Příznaky demence

1	Ztráta paměti ovlivňující běžnou pracovní činnost	Občasné zapominání denních úkolů, jmen přátel nebo telefonních čísel a vybavení si jich později je běžné.	6	Problémy s abstraktním myšlením	Kompletně zapomenou, co znamenají čísla a co se s nimi dělá. Tak mohou vznikat obtíže při činnostech, které dříve běžně vykonávali a nečinilo jim to potíže. Typicky při práci s bankovním účtem.
2	Vykonávání denních činností	Často se stává, že si uvaří jídlo a zapomenou si ho připravit na stůl. Dokonce zapomenou i na to, že ho připravovali.	7	Zanechávání věcí na nesprávných místech	Každý někdy hledal klíče nebo peněženku. Nemocní s Alzheimerem odkládají věci na velmi podivná místa – žehličku do lednice, hodinky do cukřenky apod.
3	Obtíže při mluvení	Každý má někdy problém najít vhodná slova. Nemocní s Alzheimerovou chorobou obtížně hledají slova pro pojmenování zcela běžných předmětů. Ty nahrazují nevhodnými výrazy a výsledné věty poté nedávají smysl.	8	Změny nálady a chování	U těchto lidí se projevují velmi extrémní změny nálady. Bez zjevného důvodu dostanou záchvat vzteku nebo propuknou v pláč.
4	Zhoršená orientace v prostoru a čase	I zdravému člověku se může stát, že zapomene, který je den v týdnu, nebo kam jde. Nemocným se to stává pravidelně. Ztratí se v ulici, kde bydlí a netuší, jak se tam dostali a kudy mají jít domů.	9	Změny osobnosti	Lidská povaha se přirozeně mění s věkem. U nemocných ale dochází k velmi výrazné změně. Často pak tyto lidé mohou ve druhých vzbuzovat obavy a strach.
5	Nízký nebo zhoršující se racionální úsudek	Mohou zapomenout jména rodinných příslušníků a nepoznávají je. Často nosí nevhodné oblečení, například několik košil nebo halenek najednou.	10	Ztráta iniciativy	Projevuje se sklon k pasivitě a ztrátě zájmu o činnosti a věci, které jim předtím přinášely radost a uspokojení. Je neustále potřeba je vybízet či nabádat k nějakým aktivitám.

Zajistit klidné prostředí

Omezit rušivé vlivy, jako je puštěná televize, rádio, nadměrný hluk z otevřeného okna, zvonění mobilu či další věci. Klient s demencí má často problém s pozorností a jiné zvuky jej rozptylují. Nedokáže se soustředit a z toho může pramenit nedorozumění. Je vhodné zjistit od rodiny, zda klient nemá problémy se sluchem. V tu chvíli by bylo vhodné komunikaci přizpůsobit jeho zdravotnímu stavu.

Příjemný způsob komunikace:

- Oslovení klienta jménem, zachování jeho důstojnosti.
- Hovořit s klientem příjemným hlasem, přizpůsobit se tempu klienta, jednak v komunikaci i plnění úkonů, vnímat jeho úzkosti, strach, depresi či bolesti.
- Získání důvěry klienta.
- Usmívejte se na klienta, buďte zdvořilí, používejte slovo prosím.
- Sdělte jasně požadavek, stručně, pokyny pro klienty vydávejte, když je nutné sdělit, ne dopředu.



Nevhodný způsob komunikace:

- Nemluvte neosobně „mělo by se“.
- Nehovořit s rodinným příslušníkem před klientem v jeho přítomnosti, jako by tam nebyl.
- Nepoužívejte direktivní tón v hlasu.
- Nepoužívejte „teď hned“.
- Požadavky nesdělujte mlhavě, s tím, že protistrana Vás musí pochopit.

Otázky typu PROČ

- Proč jste se nevykoupal?
- Proč jste si nevzal léky?
- Proč jste nešel k lékaři?
- Proč jste to neudělal?

Komunikace formou kladení spousty otázek spíše připomíná výslech. V tomto slově je cítit nadřazenost, zloba a snaha kontrolovat klienta. Klient s rozpadající pamětí neví, jestli to udělal nebo neudělal.

Aktivní naslouchání

Umět klientovi naslouchat je předpokladem úspěšné komunikace a základem navázání vztahu s klientem.

- Je potřeba klienta chválit a tím zvyšovat jeho sebevědomí.
- Ocenění musí být pravdivé.
- Pokud například klient hrubě nadává, že se o něj rodina nestará, nikoho nezajímá, určitě pomůžte, když si s klientem sedneme, pochválíme ho, či sdělíme něco pozitivního.
- Parafrázujte – *„Jestli tomu dobře rozumím, tak jste si týden nekoupala, protože Vás bolí nohy a máte obavu, že upadnete“.*

Rodinný průvodce a jeho role při identifikaci situace v rodině

Podstata činnosti rodinného průvodce je při budování vztahu s pečující osobou (neformálním pečovatelem) a také s osobou s duševním onemocněním (jako členů rodiny a z péče vyplývajících problematik). Dále také identifikování potřeb a stanovení cílů podpory. K výkonu své práce potřebuje znalosti a osvojené dovednosti, které povedou k větší efektivitě a jistotě při podpoře pečující osoby, spolupráci s návaznými terénními, ambulantními či pobytovými službami nebo s multidisciplinárním týmem odborníků. Potřebuje mít základní povědomí o zdravotně–sociálním dopadu onemocnění opečovávaného, informace z oblastí právní



podpory, psychoterapie, fyzioterapie a dalších služeb. Z hlediska svých dovedností má být schopen zajistit a nastavit realizovatelné cíle vedoucí k pomoci a podpoře pečující osoby v širokém rozsahu teoretických a praktických dovedností. Má umět identifikovat negativní i pozitivní aspekty při pečování, s názornou ukázkou např. vytvoření Plánu podpory, způsobech verbální a neverbální komunikace, vedení konstruktivního rozhovoru, edukaci o postupech a řízeních v právních otázkách či dovednosti z oblasti zdravotnictví ve vztahu k sociální práci a poradenství.



Jaké jsou dopady péče?

1. Vysoká náročnost péče o osobu blízkou vede k významnému omezení osobního a pracovního života. Dochází i k restrikci společenských kontaktů, sociální izolaci. Dlouhodobá péče dopadá i do zhoršení partnerských a rodinných vztahů.
2. Pracovní výkon pečující osoby je ovlivněn často nesoustředěností, častými výpadky v zaměstnání z důvodů doprovodu k lékaři či vyhledávání služeb a řešením problematických situací spojených s péčí.
3. Péče o blízké je mnohdy poskytována jedinou osobou po měsíce až roky bez vystřídání nebo odpočinku, někdy až čtyřicet hodin denně. Zhoršuje se kvalita života a zdraví pečujících osob, statistiky hovoří až o 20 % větším výskytu problémů s duševním zdravím než u lidí, kteří nepečují. Vlivem vyhoření může dojít i ke zhoršení poskytované péče.
4. Neformálně pečující jsou ztraceni ve vysokém objemu informací, jsou dezorientovaní v systému zdravotních a sociálních služeb, hledají informace na internetu či u přátel,

a řeší situaci nahodile, systémem pokus omyl (absence rodinného průvodce, který by identifikoval problémy rodiny v celém rozsahu zdravotních a sociálních služeb).

5. Obava neformálně pečujícího, že mu chybí odborné kompetence a on ublíží blízkému svým neodborným zásahem. Nezávládnutí péče vyplývá nejčastěji z neznalosti problematiky zdravotního problému a projevů onemocnění.
6. Předřazení potřeb blízkého před svými vlastními; neformálně pečující upozaduje osobní pohodu a přizpůsobuje opečovávanému veškerý čas. Nevěnuje pozornost svému zdraví a preventivním prohlídkám.

Vedení rozhovoru rodinným průvodcem

Rodinný průvodce v projektu přicházel při úvodním šetření do styku s klienty, kteří měli depresivní poruchy diagnostikovány. Jeho úkolem bylo získat a vyhodnotit informace o aktuální situaci, zdrojích v rodině či komunitě.

1) Rozhovor zaměřený na vztah⁷

Je potřeba jej vést, abychom vytvořili nebo rozvíjeli vztahy, které potřebujeme pro dosažení cíle. Jde o zkoumání, kdo před námi stojí. Vymezuje zde i náš vztah k dané problematice.

- Kdo je pečující osoba a kdo člověk s duševním onemocněním
- Jaký má vztah k danému problému má pečující osoba
- Jaké znalosti mají o problematice duševního onemocnění
- Co je spojuje, jaké jsou rodinné vztahy
- Jaké aspekty problému vnímá pečující osoba
- Jak si vzájemně rozumí, načíst atmosféru domácnosti, reakčně se přizpůsobit
- Hledat mezi nimi společné zájmy, záliby
- Co je sbližuje s opečovávaným, na čem je možné pracovat
- Navázání vztahu při první návštěvě v domácnosti (otázky na cokoliv v domě, reakce na zajímavý interiér, záliby: koláč v kuchyni; „Vidím, že máte upečený koláč. Rádi pečete?“; navázání vztahu přes lokalitu: „Vidím, že tady v blízkosti máte krásný park, chodíváte tam často?“).

⁷ ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-36-9.; VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN isbn978-80-262-0696-5.



2) Rozhovor zaměřený na získání informací

Rozhovor zaměřený na možnosti si klade otázku, ***jaký problém před námi leží***. Nezabývá se otázkou, zda je třeba něco učinit, ale usiluje o nalezení nových pohledů na problém.

- Je potřeba se podívat na problematiku z jiného hlediska
- Požádat pečující o interpretaci dané situace
- Odlišit samotný problém od toho co si myslíme o něm
- Zjistit, jak vidí problém ostatní, mapující otázky (Jak to vidíte?)
- Rozdělit problém na dílčí části
- Izolovat jednu část problému a podrobně jí prozkoumat
- Začlenit problém do širších souvislostí
- Položit si otázku, o jaký druh problému jde. Jak se jeví a jaký z něj máme pocit?

Tento typ rozhovoru může být zdrojem tvůrčích nápadů, ale může podnítit i konflikt, když budeme zkoumat různá hlediska a názory.

- Jaký je náš problém?
- O co chceme usilovat?
- Co je skutečné jádro problému?
- Jak bychom mohli dosáhnout úspěchu?
- Lze to udělat jednodušeji?
- Jaká je povaha problému?
- Jaký z něj máme pocit, jak se nám problém jeví?
- Jakou hodnotu má pro Vás vyřešení problému?
- V čem konkrétně se vyřešení projeví v každodenním životě?
- Pokládání individualizovaných dotazů (projevení zájmu, zeptat se například na informaci, kterou zmiňovali v telefonátu).
- Pro navázání vztahu v rozhovoru je vhodné položit nejprve otevřené otázky, abychom vytvořili počáteční informační bázi. Jsou vhodné otázky začínající na „co“, „kde“, „kdy“, „jako“, „proč“. Při takových otázkách často pomohou osvědčené spojení, jako „Řekněte mi něco o ...“, „Jak hodnotíte ...“, „Co si myslíte o možnosti ...“.
- Vyhnout se potencionálně rizikovým tématům (například politika).
- Zrcadlit neverbální projevy, přizpůsobujeme tempo a styl řeči klientovi.
- Adekvátní udržování očního kontaktu (cca 60 %).

Je potřeba pobízet pečujícího, aby hovořil o svých myšlenkách a nápadech. V této fázi neodsuzujeme ani nekritizujeme. Neproověřujeme reálnost nápadů. Zaměřujeme se na



emocionální rovinu rozhovoru. Seznamujeme se s pocity a pátráme po důkazech, které jeho názory podpoří.

Rozvržení času

Rozhovor je příliš rychlý, lidé hovoří paralelně, přestávají si naslouchat a začínají se projevovat známky nepohody. Může k tomu dojít z následujících důvodů:

- Orientujeme se příliš na řešení
- Převládají emoce
- Podřizujeme se skupinovému myšlení
- Lidé přestávají klást otázky
- Vypuknou hádky

Opatření:

- Shrnout poznámky dříve, než přejdeme k vlastním
- Pokládáme otevřené otázky
- Než abychom reagovali na promluvu, spíše nad ní zauvažujeme

Rozhovor se zpomaluje, jedna osoba získává dominanci, dojdou otázky, poklesne energický náboj, lidé vykazují únavu.

- Zaměřujeme se příliš na problém
- Příliš analyzujeme
- Mluvíme více o minulosti, než o budoucnosti
- Je kladeno stále více otázek
- Lidé se začínají opakovat
- Rozhovor se odchyluje od tématu

Opatření:

- Je potřeba prosazovat konkrétní činnost. „Co budeme dělat?“, „Jaké kroky navrhujete?“.
- Shrneme dílčí kroky a uzavíráme jednotlivé oblasti
- Zkoumejme důsledky návrhů. „Co to bude znamenat?“, „Jak to ovlivní naše plány?“, „Jaké kroky zde můžeme podniknout?“
- Požádejme o nové nápady



Zásada komunikace s pečujícím

- a) **Komunikovat optimálně** – vytvoření vztahu důvěry, snížit jeho utrpení a navázat s ním jasnou a efektivní komunikaci. Je důležité, aby naše mimoslovní chování a tón vždy odpovídaly obsahu řeči.
- **Verbální komunikace (slovní)** – formulování myšlenek, argumentování, kladení otázek, slovní vyjadřování emocí, míra otevřenosti, aktivní naslouchání, vyjádření porozumění, věcnost, dávání a přijímání zpětné vazby, projevovaná asertivita.
 - **Paraverbální komunikace (mimoslovní)** – intenzita hlasu, tón hlasu, barva hlasu, délka mluvení, rychlost řeči, chyby v řeči (přeřeknutí), plynulost řeči.
 - **Neverbální komunikace (řeč těla)** – mimika (výrazy v obličeji), gestika (pohyby části těla), posturologie (postoj celého těla), proxemika (vzdálenost), oční kontakt (zaměření, četnost), haptika (dotýkání).
- b) **Empatie, uznání a aktivní naslouchání** – pečujícím osobám je nutno dávat najevo trpělivost, nespěchat, neskákat do řeči a nenaléhat na ně při zjišťování jejich potřeb a při dotazování. Je třeba projevovat zájem, pochopení, soucit a vnímavost, verbálně i neverbálně povzbuzovat k hovoru. Je důležité dívat se na věc očima pečujícího. Nezahrnujeme ho vlastními emocemi, ale nebrzdíme jeho emocionální prožitky.

c) Při aktivním naslouchání dodržujeme tyto pravidla:

Vytvoříme prostředí vhodné pro rozhovor (klidné místo bez rušivých vlivů, dát najevo dostatek času).

Trpělivě nasloucháme, povzbuzujeme k hovoru, parafrázujeme, pokládáme otevřené otázky, vyjadřujeme pochopení a soucit, používáme přestávky v hovoru.

Příklad:

Otevřená otázka – „*Co jste v té situaci prožívala?*“ – podporuje rozhovor, ukazuje zájem.
Otázka pro porozumění – „*Pokud Vám dobře rozumím?*“ „*Říkal jste, že?*“ – zlepšuje klima, předchází nepochopení.

Řečnická otázka – „*Jak byste si představoval ideální řešení?*“ – vzbuzuje zájem, přiměje druhého přemýšlet.

Při komunikaci s pečujícím se vyvarujte komunikačním zlovykům:

- Nepřímé vyjadřování pocitů (neříkáme přesně, co si myslíme, jen naznačujeme)
- Neupřímnost (zastírané pocity, zkreslujeme nebo je hrajeme)



- Nejasné či nekonkrétní sdělení
- Značkování (tendence označkovat druhého vlastností, než zhodnocení určitého chování)
- Nadměrné zobecnění (zevšeobecnění na základě jednoho příkladu)
- Připisování úmyslu (tomu, co říká druhý, připisujeme skrytý úmysl)
- Překrucování skutečnosti
- Nesoulad verbálního a neverbálního projevu
- Únik od tématu
- Přehnané emoční reagování
-

Komunikační zlozvyky při naslouchání:

- Čtení myšlenek (do sdělení druhého vkládáme vlastní význam)
- Přerušování a skákání do řeči (vyvoláme pocit, že ho nechápeme)
- Nereagování na sdělení (jestliže nedáme zpětnou vazbu, druhý může mít pocit, že ho ignorujeme)
- Neverbální odmítání (nesoulad toho, co říkáme a jak se chováme – např. těkání očima)

Nevhodné výroky:

- Chápu, jak se cítíte.
- Všechno bude v pořádku.
- Uklidněte se.
- Nemáte žízeň.
- Čas zahojí všechny rány.
- Takto byste to neměli cítit.
- Já bych na vašem místě udělal toto.
- Mohlo to být mnohem horší.
- Každý musí umřít.

Výroky, které pomáhají:

- Je mi líto co se stalo.
- Musí to pro Vás být velmi obtížné.
- Neumím si vůbec představit, jak je to pro Vás těžké.
- To je v pořádku, každý by měl v takové situaci mnoho emocí.
- Co pro Vás teď mohu udělat?
- Nemohu rozhodnout za Vás, ale můžeme o tom ještě mluvit.

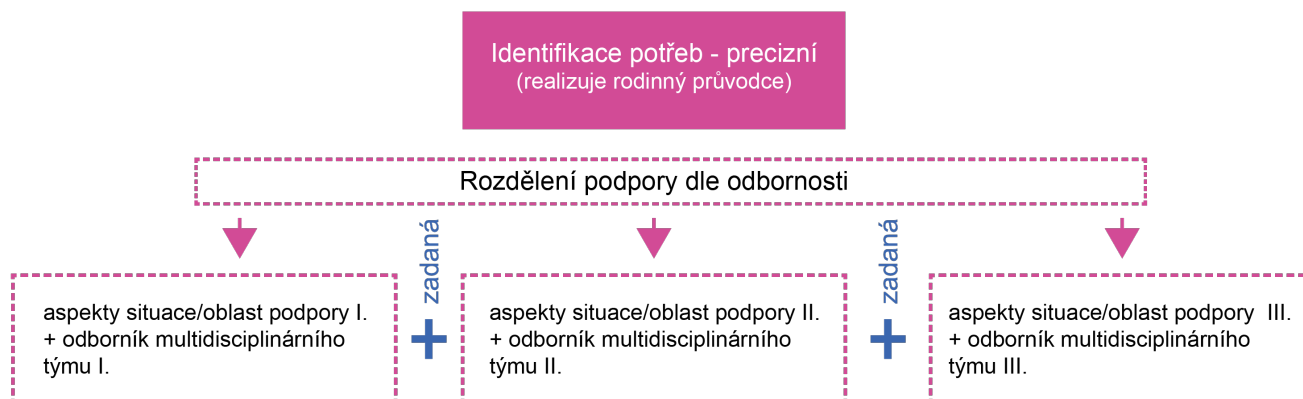


- Jsou tyto možnosti řešení, je na Vás, kterou si vyberete.
- Toto jsou některé věci, s kterými Vám mohu pomoci. S čím si přejete, abych začala?
- Můžete mi připomenout, co se přihodilo od doby, kdy jsme se viděli naposledy?
- Které úkoly jsou pro Vás nejobtížnější?
- Promluvme si o konkrétních věcech, které právě teď potřebujete.
- Nejsem si jist, co v tom mohu udělat. Hned se to pokusím zjistit.

Multidisciplinární tým

Jak již bylo uvedeno výše rodinný průvodce pracuje za podpory členů multidisciplinárního týmu, který je řízen rodinným průvodcem.

Znázornění zadání plnění identifikovaných potřeb – oblastí podpory rodinným průvodcem



Multidisciplinární tým tvoří:

- Sociální pracovník
- Psycholog
- Trenér paměti
- Ergoterapeut
- Nutriční specialista
- Konzultant pro sladňování
- Mediátor
- Právník
- Fyzioterapeut
- Klinický farmaceut



Přehled možností podpory – příklady podpory vybraných členů multidisciplinárního týmu

Mediátor

- mediace mezi stranami konfliktu
- mediační poradenství účastníkům projektu
- nácvik komunikace v modelových situacích
- konflikty – například:
 - rozdělení péče mezi pečujícími
 - rodinné a partnerské konflikty mezi manželi/partnery, rodičem a dítětem
 - pracovní konflikty související s nevyrovnanou produktivitou práce i omezeními plynoucími z nutnosti pečovat i s únavou z péče
 - konflikty s jinými lidmi – poskytovatelé služeb, lékaři a pracovníci zdravotnických zařízení,
 - intrapersonální konflikty zahrnující pocity viny, výčitky, nepochopení běžným životním situacím a vztahům
 - konflikty způsobené omezeními v komunikaci, nepochopení situacím atd.

Sociální pracovník

- žádost o prodloužení podpůrné doby pracovní neschopnosti
- žádost i invalidní důchod či jeho navýšení, podání námitek
- splnění potřebné doby pojištění pro přiznání invalidního důchodu – informativní list důchodového pojištěním
- nárok na podporu v nezaměstnanosti
- příspěvek na bydlení
- systém dávek pomoci v hmotné nouzi pomoci v hmotné nouzi
- lázeňská péče pro osoby s duševním onemocněním
- systém pomoci osobám se zdravotním postižením – příspěvku na péči, průkaz osoby se zdravotním postižením, příspěvek na mobilitu, parkovací průkaz
- praktický lékař a jeho možnosti
- zajištění lůžkové rehabilitační péče pro osobu blízkou
- druhy sociálních služeb, jejich činnosti, způsob jejich vyhledání, úhrada – zajištění kompenzačních pomůcek
- vyhledání zaměstnání osobě se zdravotním postižením (především; případně podpora pro další členy rodiny)



Trenér paměti

- vypracování test kognitivně orientačních schopností – například:
 - MMSE – Mini Mental State Exam
 - Montrealský kognitivní test
 - Addebrookský kognitivní test
- zpracování možností aktivizace a trénování kognitivních funkcí
- vytvoření plánu cvičení kognitivních funkcí
- realizace praktických cvičení zaměřených na pozornost, dlouhodobou paměť, logické myšlení

Psychoterapeut

- edukace – klienta, pečujícího o diagnóze/ obtížích klienta a možností psychoterapie a případně jiných léčebných postupů, které souvisí
- práce s denním režimem/ plánem/ harmonogramem – plánování denních aktivit, pravidelnost spánku, stravy, pohybu a dalších aktivit (zejména tam, kde jsou úzkosti, deprese, demence apod.) je pravidelnost a předvídatelnost nutná
- relaxační techniky – nácvik relaxačních technik pro jednotlivé klienty jako např. brániční dýchání (dýchání do břicha), zvládání úzkostných stavů pomocí zklidnění dechu a ukotvení v prostoru (společný nácvik), progresivní Jacobsonova relaxační technika, základní techniky mindfulness aj.
- úzkosti – zvládání akutních úzkostí a panických atak:
 - brániční dýchání nácvik (počítání, nácvik zklidnění se ukotvením v prostoru) zařazení do nácviku pečujícího, pokud je to pro klienta vhodné (část klientů nesnese při panické atace kontakt od druhých lidí)
 - zklidňující techniky mimo domov (MHD, metro, velké množství lidí)
 - odpoutání pozornosti a zklidnění dechu, opustit prostor s velkým množstvím lidí, kvalitní posazení, pokud má klient vyzkoušeno může poslouchat hudbu do sluchátek a panickou ataku postupem času zklidnit/rozdýchat
- nácvik komunikace s rodinou, přáteli pro zlepšení stavů, vysvětlení stavu a svých potřeb, vyjádření a žádost o pomoc
- pomoc při nasměrování na další odbornou pomoc v rámci týmu i mimo něj (lékaři, sociální podpora, odlehčovací péče)
- volnočasové aktivity – kvalitní naplnění volného času (zejména u depresí, úzkostí a závažnějších stavů velmi důležité)



- práce se stresem/ obavami/ smrtí – techniky zvládnání těchto situací psychoterapeutické, výtvarné (arteterapie), imaginace, práce se zápisky a deníky klientů apod.

Klinický farmaceut

- sběr anamnesticko – diagnostických podkladů:
 - lékařské zprávy
 - seznam indikovaných léků
 - seznam potravinových doplňků/vitamínů
- pohovor s pečujícím nebo opečovávaným – osobou s duševním onemocněním – zjištění co je trápí
- sepsání zprávy s komplexním hodnocením medikace – určeno pro indikující lékaře
- vše, co bylo sepsáno do zprávy, vysvětlí klientovi

Právník

Podpora poskytovaná odborníkem – členem multidisciplinárního týmu v oblasti práva se netýkala právního zastupování, ale podpory:

- poskytnutí základní informace o právním náhledu na řešenou problematiku a zhodnocení (klady či zápor):
 - neřešení dané situace („prokrastinace“) – důsledky
 - možnosti řešení daného problému – zajištění dané potřeby
 - v případě že situaci není možné řešit – zcela saturovat – možnosti nebo postup pro zmírnění dopadu daného problému
- zprostředkování vzorů či další podpory při realizace vybraného řešení (např. reakce soudu v návaznosti na návrh na určení opatrovníka bez omezení svéprávnosti) – podpora/ poradenství i v rámci realizace
- základní písemné zhodnocení nebo další podklady, které pečující osoba potřebuje
- podpora a koheze při zapojení dalších odborníků s ohledem na řešenou právní problematiku – zajištění podpory a dalších potřeb (např. zajištění nebo možnost dohody ověření podpisu na listině – plné moci v domácnosti osoby, nazelení odborného zdravotnického pracovníků – např. podklady k odvolání nebo využití dalších oprávněných prostředků v rámci dávek či jiných benefitů systému sociálního zabezpečení/sociální ochrany)

Oblasti řešené:

- občanské právo (soukromé právo) a to v oblastech určení okruhu blízkých, instituty pro zastupování osoby prostřednictvím zplnomocnění či další instituty týkající se možnost



právního jednání osob jež nemohou číst/psát/podepsat se, jež jsou stížený duševní poruchou, která jim snižuje schopnost právně jednat (realizovat právní jednání) nebo zcela znemožňuje v některých oblastech, pro případy, kdy osobě zdravotní stav (např. zdravotní postižení snižuje schopnost spravovat svůj majetek/finance nebo domáhat se svých práv/oprávněných zájmů, platnost (relativní, absolutní) či neplatnost právního jednání činěného osobou s duševní poruchou nebo ve stavu snížené schopnosti právně jednat

- právo sociálního zabezpečení/ sociální ochrany – především s ohledem na podání žádosti k příslušným I. stupňovým orgánům (Úřad práce České republiky – Krajské pobočky xy, Česká správa sociálního zabezpečení prostřednictvím – okresních správ sociálního zabezpečení), využití opravných prostředků a to především řádných nebo dalších práv i v průběhu I. stupňového řízení, která mohou pomoci k relevantnějšímu rozhodnutí o dávce (např. námitky, odvolání, nahlédnutí do spisu – podkladů pro vydání rozhodnutí v dané věci a doplnění důkazních prostředků); dále také institut zvláštního příjemce dávek sociálního zabezpečení, jak například pro dávky ze systému důchodového zabezpečení, tak například příspěvku na péči či další ,
- správní právo – nejen s ohledem na výše uvedený bod, a tedy činnost správního orgánu při rozhodování ve věcech dávek sociálního zabezpečení nebo dalších „benefitů“ (nedávkových) výhod (např. karty mimořádných výhod – TP/ZTP/ZTP-P, parkovací průkaz) či další, ale také zastupování osoby před správním orgánem v dalších záležitostech (zplnomocnění, určení opatrovníka pro řízení)
- pracovní právo – možnost dohody/nároku na pracovní volno, snížení pracovního úvazku, případně výpovědi či jiného způsobu ukončení pracovního poměru, napojení na systém sociálního zabezpečení (např. dlouhodobé ošetřovné) a práva ošetřujícího/možného postupu zaměstnavatele při vznesení nároku na tuto dávku nemocenského zabezpečení...
- trestní právo a právo na odškodnění (včetně práva obětí trestného činu či protiprávního jednání) – především v rámci nároku nebo uplatnění nároku na škodu, která vznikla například opečovávané (především škoda na zdraví – např. osoby byla sražena při nehodě stěhovacího/nákladního automobilu při couvání v šeru na chodníku) – možnost využít dané finanční prostředky na zajištění další potřebné péče či pomůcek na její zajištění (nebo také odlehčení pečující osobě)⁸

⁸ Metodika poradenství/ orientace v právní oblasti pro neformálně pečující osoby; Praha; A DOMA



Ergoterapeut

- provádí ergoterapeutické vyšetření zaměřené na analýzu aktivit klienta, hodnotí senzomotoriku, mobilitu a lokomoce, orientační vyšetření kognitivních funkcí ve vztahu k analýze běžných denních činností (ADL)
- provádí hodnocení a nácvik běžných denních činností (ADL) v nemocničním i ve vlastním sociálním prostředí
- provádí hodnocení v oblasti pracovních a zájmových aktivit v kontextu fyzického a sociálního prostředí
- na základě ergoterapeutického vyšetření a analýzy funkčních schopností sestaví krátkodobý a dlouhodobý plán ergoterapie, vybírá specifické ergoterapeutické postupy a metodiky, v rámci multidisciplinárního týmu vytváří dlouhodobý plán komplexní rehabilitace,
- aplikuje ergoterapeutické postupy a metodiky v individuální i skupinové ergoterapii s využitím pokročilé rehabilitační přístrojové technologie s cílem zlepšení funkční schopnosti klienta včetně hodnocení efektu terapie
- navrhuje a popřípadě zhotovuje kompenzační a technické pomůcky, doporučuje zdravotnické prostředky a učí klienty, jimi určené osoby a ošetrovatelský personál tyto pomůcky používat, doporučuje, jaké zdravotnické prostředky využívat
- poskytuje poradenské služby a instruktáže v otázkách adaptace, kompenzace a substituce poruch a onemocnění
- v rozsahu své odborné způsobilosti vykonává činnosti v rámci ergodiagnostiky, analyzuje zbylý pracovní potenciál, trénuje toleranci zátěže a vytrvalosti a ve spolupráci s ostatními odborníky doporučuje vhodné pracovní a studijní začlenění zdravotně postižených
- navrhuje a popřípadě provádí preventivní opatření proti vzniku komplikací a strukturálních změn u imobilních klientů, spolupracuje a edukuje v tomto směru všeobecnou sestru, praktickou sestru, klienty a jimi určené osoby, působí v rámci ošetrovatelského týmu jako odborník zaměřený na uspokojování specifických potřeb klientů
- provádí poradenskou činnost a instruktáž v oblasti prevence vzniku nemocí z povolání a úprav pracovního prostředí
- aplikuje zásady ergonomie v rámci primární a sekundární prevence poruch pohybového aparátu, doporučuje vhodné úpravy domácího a pracovního prostředí ve vztahu k funkčním schopnostem klienta a bariérám tohoto prostředí
- přejímá, kontroluje a ukládá zdravotnické prostředky a prádlo, manipuluje s nimi a zajišťuje jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu



- seznamuje klienty s možnostmi sociální péče ve spolupráci s odpovědnými orgány a v rozsahu své odborné způsobilosti vykonává činnosti v rámci sociální rehabilitace osob se zdravotním postižením

Příklady podpory klientů některým z odborníků

Mediátor

V rámci podpory byla realizována nejen mediace, ale také mediační poradenství. Tím bylo možno dosažení cíle projektu – podpory rodiny a jednotlivých členů s ohledem na harmonizaci.

Úkolem bylo vyřešení konfliktů mezi matkou a dcerou týkajících se péče a nakládání s majetkem opečovávaného.

V rámci principů a zásad mediace byly realizovány tyto kroky:

1. Obě účastnice popsaly konflikt ze svého pohledu.
2. Vybraly témata, která chtějí řešit – dělba péče, financování péče.
3. Otázky nakládání s majetkem opečovávaného ponechaly na pozdější dobu, zatím ně nejsou připraveny.
4. Stanovily kritéria, jak by mělo rozdělení péče vypadat – čas, kdy bude kdo pečovat, jak se budou podílet na financování péče.
5. Brainstorming možných řešení.
6. Stanovení pořadí řešení dle výhodnosti.
7. Dohoda o realizaci řešení – dcera má vyšší příjem, bude péči financovat z 75 %, matka má více času, bude pečovat v pracovní době a jeden den o víkendu, dcera bude pečovat ve středu odpoledne a večer a 1 den o víkendu. O dni, kdy bude která pečovat o víkendu, jim prý nebude činit problém se dohodnout.

Závěr.

Stanovena dohoda – pečující se dohodly o rozdělení péče. Z mediace odcházely uvolněné v družném rozhovoru.

Mediační poradenství pro pečující osobu – klientka trpěla výčitkami (dostatečně nepečuje o maminku, pokud by se jí věnovala více, byla by šťastnější). V rámci podpory byly stanoveny tyto cíle prostřednictvím mediačního poradenství:



- určit odpovídající míru a skladbu péče,
- řešit výčitky, že opečovávaná maminka asi není spokojená/ šťastná.

Průběh:

Vymezení skladby péče

- analýza potřeb maminky
- stanovení priorit – seřazení potřeb dle potřebnosti jednotlivých složek
- vymezení možností pečující klientky a jejich časové ohodnocení
- časové ohodnocení jednotlivých potřeb maminky
- vytvoření časové mapy péče

Výčitky klientky

- analýza situace
- analýza hodnot a motivací klientky
- analýza aktuálního stavu bytí maminky z hlediska životní cesty
- hypotézy o tom, co maminka aktuálně řeší (přímý rozhovor není z hlediska rodinné kultury a asi ani mentálního stavu maminky možný)
- vyrovnávání se s tématem smrti a smrtelnosti na straně klientky

Závěr

Klientka získala nástroj pro porovnání svých možností a časové náročnosti jednotlivých součástí péče. Zpracovala si časovou mapu, jak by mohla její péče, kterou bude schopna dlouhodoběji zajistit, vypadat.

V oblasti řešení vnitřního konfliktu a výčitek, že maminka není dostatečně spokojená jsme strukturovaným rozhovorem dospěli k tomu, že klientku nejvíce paralyzuje vědomí konečnosti života a nejistota, jak to maminka nese. Vyslovení možných témat, jimiž se maminka zabývá klientku uklidnilo, za nejdůležitější pro sebe a možná i maminku klientka označila téma konečnosti života. Rozhovor dal klientce prostor si toto téma pro sebe alespoň částečně zpracovávat.

Trenér paměti

Klientka zvládá orientovat se osobou, časem a místem. Orientuje se v přirozeném sociálním prostředí. Vyjadřuje se srozumitelně. Pravidelně se stýká s kamarády v odpoledních hodinách při obědech v pečovatelském domě, v parku, či při různých návštěvách. Ráno vstane, nasnídá se, pokud má jít na oběd, tak se začne pomalu chystat a jde na oběd. Zde se většinou s někým



potká a stráví s ním celé odpoledne. Poté jde domů, kde si připraví něco k večeři a dívá se na televizi či luští křížovky. Pokud nedochází na oběd, tak si něco uvaří sama a jde na procházku. Ráda plavala, ale to teď nemůže dělat, jelikož má strach a neví, jak by se dostala z bazénu ven.

Cílem podpory bylo trénování a posílení kognitivních funkcí. Na základě zájmů klientky (cestování a divadlo) a kognitivních schopností navrhnout, připravit a společně projít vhodná cvičení.

S klientkou jsem udělal Addenbrookský kognitivní test (100 b./ 74 b.) Pozornost a orientace 14 b./ 18 b., paměť 15 b./ 26 b., slovní produkce 8 b./ 14 b., jazyk 25 b./ 26 b., zrakově prostorové schopnosti 12 b./ 16 b. Snížený výkon kognitivních funkcí by mohl být u klientky způsoben depresí, nebo počínající demencí.

S klientkou jsem při dalších konzultacích procházel vypracované úlohy z podkladů, které jsem ji nechával na konci každé konzultace. Klientka cvičení vypracovávala samostatně. Společně jsme úlohy jen kontrolovali. Klientce jsem také vysvětloval, jakým způsobem využívat mnemotechnické pomůcky, které se dají použít pro lepší zapamatování informací.

Klientka byla ráda, že si ve volných chvílích může procvičovat paměť i jiným způsobem než luštěním křížovky.

Psychoterapeut

V průběhu spolupráce jsme hledaly příčiny úzkostí, jejich vznik a průběh. Hledaly jsme spouštěče úzkosti, které byly zpočátku nejasné. Později se ukázalo, že již od pubertálního věku paní JD zažívala občasné stavy úzkosti, které se s narozením dětí zvýraznily a v průběhu let, kdy synové dospěli, a paní JD začala pečovat o rodiče, se zase objevily.

Rizikovým faktorem se ukázalo dlouhodobé přetížení, stres, nekvalitní spánek a omezení možnosti sportování a relaxace na společných výletech či dovolených s manželem, stejně jako nemožnost trávit společný čas s širší rodinou, zejména se syny a vnukem.

Nácvik:

Jako první jsme s klientkou nacvičovaly zvládání akutní úzkosti, co dělat, když úzkost přijde (přijetí pocitů, prožívání tady a teď, uzemnění a pohyb). Dále jsme nastavovali režim den, který by byl méně stresující a vyčerpávající. Potom jsme pracovaly na přijetí pomoci a dovednost



říct si o pomoc. Jako čtvrtý krok jsme pracovaly na maximálním využití volného času k relaxaci, nácvik krátkých relaxačních a aktivizujících technik (práce s dechem, progresivní svalová relaxace). Závěr naší spolupráce se také zaměřoval na zpracování emocí smutku a ztráty po smrti matky. Klientka se také účastnila skupinových terapií v rámci projektu.

Závěr:

Klientka byla velmi motivovaná ke změně prožívání, aktivně se zapojovala, prováděla nácvik doporučených cvičení. V rámci zpětné vazby mluvila o tom, že se cítí být připravená na další životní situace. Cítí se jistěji a vnímá, že i smutek, který prožívá po ztrátě matky, je přirozený a pro ni snesitelný.

Klinický farmaceut

Zhodnotila jsem užívání léků opečovávaného na základě předložených zpráv. Úkolem bylo zjistit, zda opečovávaný nemá nějaké obtíže; a:

- prošla jsem předložené lékařské zprávy,
- pohovořila si s opečovávaným o lécích, o tom, co ho trápí, bolí atd. Na nic si nestěžuje, cítí se dobře,
- zjistila jsem handicap – porucha motoriky,
- vysvětlila jsem, na jaké nemoci léky užívá, proč je důležité léky brát. Vysvětlila jsem, že při nízkých hodnotách talku může mít motání hlavy a upadnout.

Výsledek zhodnocení:

- Bez aktuálních laboratorních výsledků nejsem schopna posoudit správnost dávky – upozornění. Všechny léky jsou podávány v obvyklých denních dávkách. Chodí na nefrologii, proto předpokládám zhoršenou funkci ledvin: při GFR pod 30ml/min redukce léku memantinu a kontraindikace hydrochlorothiazidu.
- Interakce: Klopido-rel a omeprazol. Při této interakci může dojít ke snížené metabolizaci klopido-relu a tedy jeho neúčinnosti. Zvýšené riziko trombózy, tedy cévní mozkové příhody či infarktu myokardu. Euthyrox a železo. Tyto dva přípravky při současném podání vytvoří nevstřebatelný komplex. To vede k dekompenzaci štítné žlázy a nedostatečné suplementaci železem.
- V diagnostickém souhrnu je uvedena DNA, ale není léčena. Dále podáván lék hydrochlorothiazid, který je u DNY kontraindikován.
- Vitamín B12 – růstovým faktorem nádorových buněk – je KI při nádorových onemocněních (zhoubný novotvar předstojné žlázy). Pokud je podáván pro



makrocytární anemii, doporučuji laboratorně ověřit, zda je B 12 opravdu deficitní. Zhubl za 6 měsíců 16 kg, může být menšími porcemi a nechutí k jídlu při Alzheimerově chorobě nebo nedošetřeným nádorovým onemocněním.

- Doporučen vhodný dávkovač.

Právník

Případ I.

Klient s duševním onemocněním a jeho pečující osoba si přáli zvolit institut zastupování. V rámci formuláře, který soužil pro identifikaci potřeb zastupování bylo zjištěno, že není možné použít nebo navrhnou institut: zastoupení členem domácnosti, nápomoc při rozhodování, ale bude nutné zvolit institut: opatrovnictví prostého (bez nutnosti omezení). Zajištěna podpora při sepsání návrhu na soud.

Informování budoucího opatrovníka – základní sdělení o omezujících skutečnostech s ohledem na právní jednání, které je bez soudního schválení schopen/ kompetentní opatrovník realizovat, sdělení základní pravidla ohledně délky plynutí nějakého závazku, případně výše finančních prostředků, s kterými je hospodařeno. Předána také základní legislativa k daným skutečnostem.

Případ II.

Paní byla seznámena s Listinou opatrovníka, zda určení kompetencí opatrovníka je dostatečné s ohledem na její vůli zastupovat při podávání žádosti a uzavření smlouvy o poskytování pobytové soc. služby. Předány také informace o:

- institutu detenčním – vážně míněného nesouhlasu
- spolupráce s opatrovancem – souhlas – záznam (s paní připraven záznam vzorový pro realizaci souhlasu)
- doporučení v rámci jednání se službami podat průvodní dopis s danými žádosti a to tak, aby obsahem bylo také uplatnění práva na informaci ohledně skutečnosti případného odmítnutí, a to prostřednictvím písemného oznámení s uvedením konkrétního důvodu podle ustanovení § 91 odst. 7 zákona o soc. službách
- pobytová služba je poslední možnost zajištění péče/ potřeb – s ředitelkou organizace doporučeno, aby ještě zvážili otázku nastavení preventivních mechanismů vůči zvyšujícím se atakům/ odvoz RZP, jež se zvýšil dle informace ze tří za měsíc na tři za týden (nutné realizovat také v rámci prokazování při řízení o detenci) – nabídnuta spolupráce s psychologem/ terapeutem/ mediátorem



Sociální pracovník

Klient neměl zřízen žádnou z dávek pro osoby se zdravotním postižením. Z tohoto důvodu bylo zhodnoceno z odbornosti sociálního pracovníka, že hlavní bude získání příspěvku na péči. Proběhla edukace osoby s duševním onemocněním a pečující osoby o příspěvku na péči. Dále podpora v rámci zajištění lékařských zpráv důležitých pro podání, a především splnění podmínky indikovaného dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (tedy dle ustanovení § 3 písmena c) zákona č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů; tedy: „dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb,“; byla poskytnuta podpora při sepsání žádosti a přílohy o pečující osobě, včetně poskytnutí informací k podání, průběhu sociálního šetření.

Ergoterapeut

Vstupní vyšetření ergoterapeuta

Diagnóza: diabetes 15 let, neuropatie (občas brnění dolních končetin), strach z chůze ze schodů

Sociální anamnéza: důchodkyně, pracovala v bance v kanceláři

Bytová situace: má zažádáno o DPS, zatím tam každý den dochází na obědy. Má tam kamarádku. Klientka žije sama v bytě, který má dlouhodobě půjčený od bratra, využívá jen kuchyň a pokoj (ložnice či obývací). Koupelnu má upravenou, vanu nevyužívá, sprchový kout se sedačkou zvládá s malými potížemi. Daly jsme před to protiskluznou podložku, pro zvýšení bezpečnosti a vyzkoušely jiný způsob, jak jít do sprchy a ven. Dům s výtahem, 3. patro, před domem schody (z tohoto důvodu nemůže mít chodítko, které by jí z mého hlediska vyhovovalo na procházky). V domě je velmi špatné zábradlí, pouze na jedné straně – klientka se bojí pádu, když má jít se schodů, ale výtah občas nejezdí, tak to musí zvládnout. Nahoru problémy nemá, pokud jde někdo před ní při cestě dolů, pak se nebojí.

Pohyblivost: chůze s francouzskými holemi doma i venku, obtížné vstávání ze židle, musí se něčeho přidržet a přitáhnout. Na WC má nástavec, ale mohla by mít ještě vyšší. Vlivem neuropatie a snížené svalové síly problémy s delší chůzí, vstáváním ze židle a s rovnováhou. Má například problém si sama nasadit batoh, ztrácí stabilitu, nebezpečí pádu.

Pomůcky: francouzské hole, nástavec na WC, židle ve sprchovém koutu, trekingové hole



Kognitivní funkce: zpočátku problémy s komunikací po telefonu, klientka se zdála zmatená, ale spíš toho bylo na ní jen moc a neuměla se tak rychle zorientovat. Při osobním setkání spolupracuje dobře, komunikativní, orientovaná, bez známek většího kognitivního deficitu. Schopna telefonovat, plánovat. Na léky si myslí i připravuje sama, nemá s tím problémy, je zvyklá.

Soběstačnost: zatím vše zvládá, i když jí to zabere více času než dřív a je to náročnější, některé věci má přizpůsobené (například volnější oblečení pro usnadnění oblékání). Velký úklid již nezvládá. S tímto by potřebovala pomoc. Problémy s lehkou inkontinencí moče, používá vložky.

Náplň dne: Klientka každý pracovní den jezdí do DPS na obědy – někdy si oběd veze domů, ale většinou ho sní tam a zůstává i po obědě, popovídá si tam s kamarádkou, cestou zpět nakoupí drobnosti nebo se trochu projde nebo posedí v parku. Zabere jí to čas od 10:30 cca do 14:30, většinou však déle, domu nespěchá. Ve volných chvílích TV, luští křížovky. O domácnost se stará sama. O víkendech si vaří, provádí běžný úklid, pere prádlo, aj. Dříve docházela do DPS na různé aktivity (přednášky, besedy, trénování paměti). Měla větší kontakt s lidmi a bohatší náplň dní. Nyní vše pro covid-19 zrušeno. Dříve plavala, chybí jí to.

Závěr: klientka žijící sama čekající na umístění do DPS. Převážně soběstačná, orientovaná. Problematická je chůze, vstávání ze židle, chůze se schodů (úzkosti), nasazování batohu, nošení těžkých nákupů a velký úklid. Bojí se, že upadne v koupelně, již se to stalo. Nikdo nemá klíče, neví, jak by si zavolala pomoc.

Cíle:

- Posílit dolní končetiny pro stabilnější chůzi a zlepšení vstávání ze židle (zvážit ještě pomůcky, nácvik samotného vstávání).
- Nácvik samostatné chůze po schodech, práce se strachem.
- Řešení situace, co dělat, když nejezdí výtah.
- Nácvik chůze s trekingovými holemi – má doma, ale ještě nezkoušela, sama se bojí.
- Stimulace chodidel a lehké cviky dolních končetin jako prevence neuropatie.
- SOS tlačítko – klientka zvažuje o této službě a chce s tím poradit.



Ergoterapeutická intervence:

Terapie probíhaly 1x za 14 dní v ranních hodinách před odchodem klientky na oběd. V průběhu se objevily další potřebné věci k řešení. Také se ukázalo, že klientka má kognitivní deficit. Je dlouhodobě sledovaná a chodí na kontrolní testy. Klientka se obtížně učí nové věci, snížená schopnost motorického opakování cviků (některých cviků není po kognitivní složce schopná vykonávat, i když fyzicky zde problém není, př. kroužky v kotníkách, propínání nohou v leže). Též problém s krátkodobou pamětí. Vše se s ní musí řešit opakovaně, psát, kontrolovat, zda provedla. Má problémy s používáním mobilního telefonu. Dále došlo ke zhoršení chůze díky uvolněným vazům v kotníku – vyřešeno vhodnou obuví a nošením ortézy.

Závěrečné hodnocení, splnění cílů:

- Opakování cviků v leže i v sedě – snaživá, cviky si ale nepamatuje, musí si je číst, přesto patrné zlepšení provádění cviků i množství jejich opakování. Doporučení cvičit sestavu z papíru 2x v týdnu.
- Opakování správného posazování na lůžku přes bok – dělá pouze, pokud jí říkám instrukce, jinak svým obvyklým způsobem (švihem).
- Problém s chůzí ze schodů i na nerovnostech je psychického podkladu. Nejhorší situace je v domě, kde je zcela nevhodné zábradlí – je volné a nedává člověku pocit stabilního ukotvení a také je zde malá možnost pro uchycení rukou. Pokud je schodů málo a je bytelné zábradlí, zvládne bez větších obtíží, jde bokem, drží se ideálně oběma rukama, pokud s ní někdo jde a podrží jí hůl. Pokud je sama, drží se jednou rukou a opírá se o hůl.
- V poslední době si sama nandá ortézu od lékaře, dříve toho nebyla schopná a používala jen návlak zakoupený na zpevnění kotníku v běžném obchodě. Kotník je díky ortéze lépe stabilizovaný, lépe se jí chodí, získala lepší stabilitu. I tak by bylo vhodné v cílené terapii pokračovat (naše fyzioterapie nebo RHB předepsaná obvodním lékařem).
- Klientka má nyní dvojce boty, které jí vyhovují i pro delší chůzi, bota je stabilní a kotník v nich pěkně drží, nazuje je i s ortézou.
- Na větší nákupy si zvykla nosit batoh, musí jí však v obchodě někdo pomoci nasadit ho – již se nebojí požádat o pomoc.
- Klientka má nainstalovanou doma SOS signalizaci. Zopakování, že náramek musí mít i v době sprchování, kdy je největší pravděpodobnost pádu. Návčik přidělení náramku na ruku.
- V průběhu nedošlo k žádnému posunu ohledně informace o datu nástupu do zařízení, kam by se ráda přestěhovala. Doporučila jsem v zařízení začít navštěvovat skupinové



aktivity, pokud by to bylo možné (trénování paměti, skupinové cvičení), aby e o ní vědělo a že se musí připomínat.

- Došlo ke zhoršení noční inkontinence moče – nutná konzultace s lékařem (budí se 2x za noc, nestihne dojít). Má doma toaletní křeslo, doporučila jsem jí dát si ho k lůžku, aby v noci nemusela až na záchod. Také nemá možnost z lůžka rozsvítit žádné světlo, koupila si baterku, ale bylo by řešení pořídit si lampičku, kterou by měla u lůžka a mohla si jí rozsvítit z lehu.
- Proběhl nácvik chůze s trekingovými holemi. Zvládá relativně dobře, ale pouze na rovném povrchu. Pokud je povrch nerovný (tráva, velké kostky, štěrková neupravená cesta), nebo když jde z kopce, strach se stupňuje, zmatkuje, nebezpečí pádu.

Klientka v rámci společných terapií byla snaživá, hezky spolupracovala, limitována kognitivním deficitem. Bylo nutné věci řešit i dělat opakovaně, což celý průběh značně zpomalilo. Stanovené cíle jsme splnily.

