

Závěrečná evaluační zpráva

Namaste Care

Anežka Holeňová – anezka@govlab.cz

Hana Urbanová - uhana@seznam.cz

Jan Hněvkovský – jan@govlab.cz

Obsah

Jak číst zprávu?	4
Jak probíhala realizace projektu?	6
Teorie změny	7
Přípravné aktivity	8
Namaste Care v sociálních službách	10
Centrum péče Doubrava	11
Práce s pečovateli	11
Práce s managementem organizace	13
Domov pro seniory Chodov	14
Práce s pečovateli	14
Práce s managementem organizace	18
Namaste care pro neformální pečující	19
Namaste Care v domovech	23
Jak Namaste v domovech zkoumáme?	24
Jak zavedení přístupu Namaste Care proměňuje kulturu zařízení?	25
Změny v kultuře zařízení – Doubrava	25
Změny v kultuře zařízení – Chodov	28
Změny v kultuře zařízení – shrnutí	28
Jak metoda Namaste Care v zařízení dopadá na pečovatele?	29
Dopad na pečovatele – Doubrava	29
Dopad na pečovatele – Chodov	36
Jak metoda Namaste Care v zařízení dopadá na klienty?	38
Namaste Care v domácí péči	47
Jak Namaste v domácí péči zkoumáme?	48
Jak metoda Namaste Care dopadá na klienty v domácí péči?	49
Jak metoda Namaste Care dopadá na neformální pečujících?	52
Dopad Namaste care na nákladovost péče	56
Porovnání výsledků českého projektu se zahraničními studii	58
Dopad na klienty	58
Dopad na snížení medikace	58
Dopad na chování klientů	58
Dopad na pečovatele	59
Proměna advokační strategie na základě průběžných zjištění projektu	61

Doporučení z evaluace	62
Namaste care v zařízeních sociálně zdravotních služeb	62
Management	62
„Školení“ zaměstnanců v metodě Namaste care	62
Namaste care pro neformální pečující	63
Přílohy	64
Namaste v domovech – pečující	64
Namaste v domovech – klienti	66
Namaste v domácí péči – pečující	68
Namaste v domácí péči – opečovávání	68

Jak číst zprávu?

Dostává se Vám do rukou průběžná evaluační zpráva projektu „Namaste Care“. Projekt byl realizován od ledna 2020 do prosince 2021 a měl za cíl testovat zavedení konceptu Namasté Care v zařízeních pro seniory a jeho aplikaci v domácí péči. Namasté Care je metoda holistické, laskavé péče o osoby především s Alzheimerovou chorobou. Pomocí individuální práce s klientem, stimulace smyslů, doteky a celkovým zpomalením v péči má opečovávaným přinést větší klid a pohodu, zlepšovat jejich schopnost komunikace, zmenšovat napětí.

V rámci evaluace zkoumáme dopad metody na klienty domovů a opečovávané v domácí péči, zajímá nás ale rovněž dopad změny způsobu pečování na pohodu a pocit z práce pečovatelek i neformálních pečujících. V neposlední řadě se věnujeme rovněž tomu, jak dopadá zavedení přístupu Namasté Care do praxe v zařízeních na jejich organizační kulturu.

Závěrečná evaluační zpráva pracuje s daty sebranými v průběhu celého projektu a informacemi z polostrukturovaných rozhovorů. Doplnuje dílčí informace, které již o realizaci a dopadech projektu poskytla průběžná evaluační zpráva.

Tak, jak bylo plánováno v designu evaluace, odpovídá tato zpráva na následující evaluační otázky:

E01: Dochází díky využívání metody Namasté Care ke zvýšení spokojenosti, snížení psychické zátěže a fluktuaci formálních pečujících?

E02: Dochází díky využívání metody Namasté Care ke zvýšení spokojenosti a snížení psychické zátěže neformálních pečujících?

E03: Dochází díky využívání metody Namasté Care ke zvýšení kvality života opečovávaných s pokročilým stádiem ACH (v domácí i pobytové péči)?

E04: Jaký má dopad využití Namasté Care na nákladnost péče?

E05: Jaký má dopad využití Namasté Care na kulturu a přístup ke klientům v pobytových zařízeních?

E06: Jak se liší změny, kterých bylo dosaženo v projektu v porovnání s výsledky v zahraničních aplikacích metody Namasté Care?

E07: Jak probíhá implementace řešení?

V úvodní části textu řešíme realizaci projektu – byly projektové aktivity realizované, tak jak byly plánované a fungovaly podle zamýšleného mechanismu? Pokud se lišili od plánu, proč? Jak realizaci projektu ovlivnila pandemická situace?

Navazující část se věnuje dopadům využití Namaste Care na cílové skupiny. Pro přehlednost a lepší strukturovanost předávaných informací je zpráva členěna **na popis dopadu na život v domovech a popis dopadů na péči v rodinách**. V rámci obou okruhů vysvětlujeme metodologii výzkumu a přinášíme poznatky, které máme k dispozici.

Předposlední dvě kapitoly zprávy zodpovídají evaluační otázky, kterým jsme se nevěnovali v průběžné evaluační zprávě. Hovoří o **dopadu Namaste care na nákladovost péče** a o **porovnávají výsledky českého projektu se zahraničními studiiemi**. Poslední kapitola reflektuje **změnu advokační strategie projektu** v souladu se zjištěními, které projekt přinesl.

Jak probíhala realizace projektu?

V následující kapitole se budeme věnovat realizaci projektu. Popisujeme zde, jaké změny nastaly v realizačním plánu projektu oproti původnímu designu (změny způsobené pandemií Covid i změny dané tím, že se projekt přizpůsoboval novým zjištěním, která se objevovala v rámci realizace). Realitu zaznamenanou v rozhovorech a kvantitativním šetření konfrontujeme s původní teorií změny, vytvářenou s realizačním týmem v počátku projektu.

Realizace projektu započala v lednu 2020, celá řada aktivit projektu však musela být pozdržena a také několikrát přerušena z důvodu pandemické situace, která na projekt (vzhledem k jeho cílovým skupinám a místu realizace) měla velký dopad.

Teorie změny

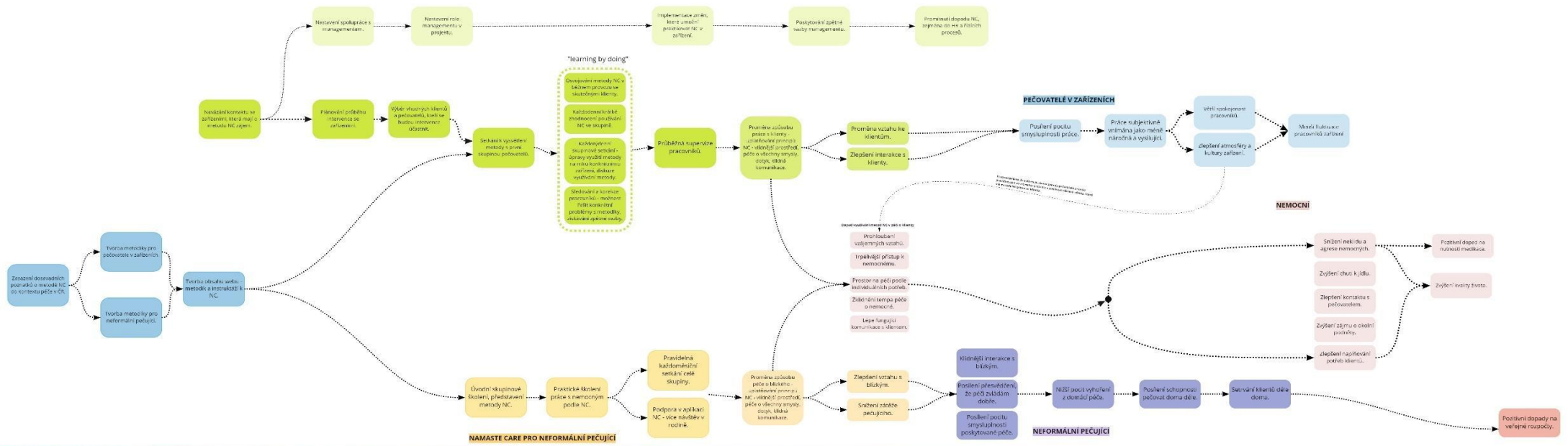
PŘÍPRAVNÉ AKTIVITY UVNITŘ PROJEKTOVÉHO TÝMU

AKTIVITY ZAMĚŘENÉ NA AKTÉRY

ZMĚNY CHOVÁNÍ AKTÉRŮ

DOPADY NA CÍLOVÉ SKUPINY

NAMASTE CARE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH



PŘÍPRAVNÉ AKTIVITY UVNITŘ PROJEKTOVÉHO TÝMU

- Realizační tým má dostatečný čas na vytvoření metodiky.
- Realizační tým má dostatečný čas na vytvoření obsahu webu.
- Tvorba podpory pomocí webu a elektronických nástrojů.

AKTIVITY ZAMĚŘENÉ NA AKTÉRY

- Metodika bude ze strany realizátorů týmu součástí pracovního vzájemného vztahu a spolupráce.
- Obsahové záležitosti týmu budou součástí pravidelných setkání.
- V průběhu implementace metody k zásadní změně managementu zařízení.

- Pracovníci v zařízení budou mít dostatek času na přípravu setkání.
- Pracovníci v zařízení budou mít dostatek času na přípravu setkání.
- Pracovníci v zařízení budou mít dostatek času na přípravu setkání.

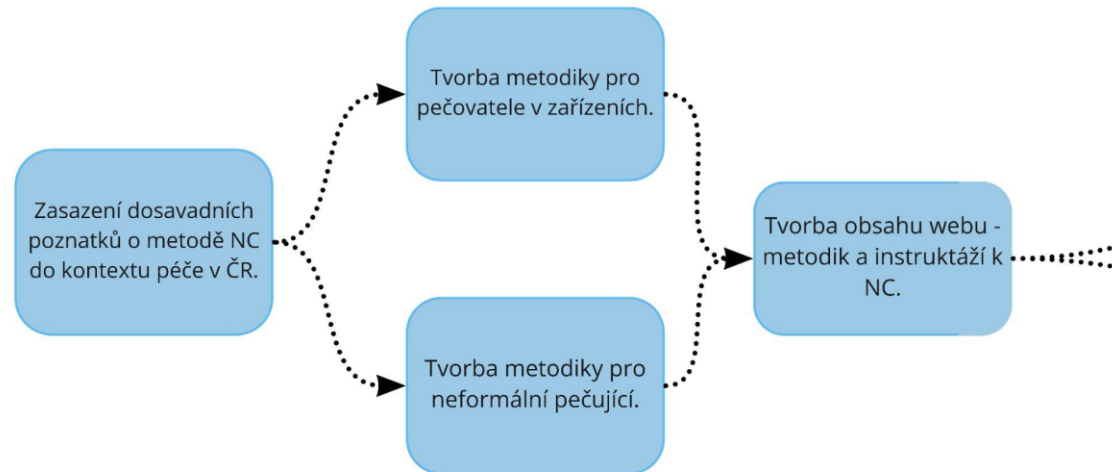
ZMĚNY CHOVÁNÍ AKTÉRŮ

- Pečující budou mít dostatek času na přípravu setkání.
- Pečující budou mít dostatek času na přípravu setkání.
- Pečující budou mít dostatek času na přípravu setkání.

DOPADY NA CÍLOVÉ SKUPINY

- Změna vztahu ke klientům.
- Posílení přesvědčení že péči získá dobře.
- Posílení pocitu smysluplnosti poskytování péče.

Přípravné aktivity



K vytvoření metodik jak pro pečovatele v domovech, tak pro neformální pečovatele došlo v počátku realizace projektu. Metodiky byly následně přepracované na základě zkušeností z praxe a byly rozděleny podle toho, kdo je jejich cílovou skupinou. Byly také doplněny dvěma prezentacemi - pro management zařízení a pro neformální pečující, dvěma audio nahrávkami a jedním videem (cílenými především na neformální pečující) a dvěma pracovními listy, které popisují krok za krokem zavádění skupinových a individuálních Namaste setkávání v zařízeních. Jejich finální podoba vznikla v květnu 2022.

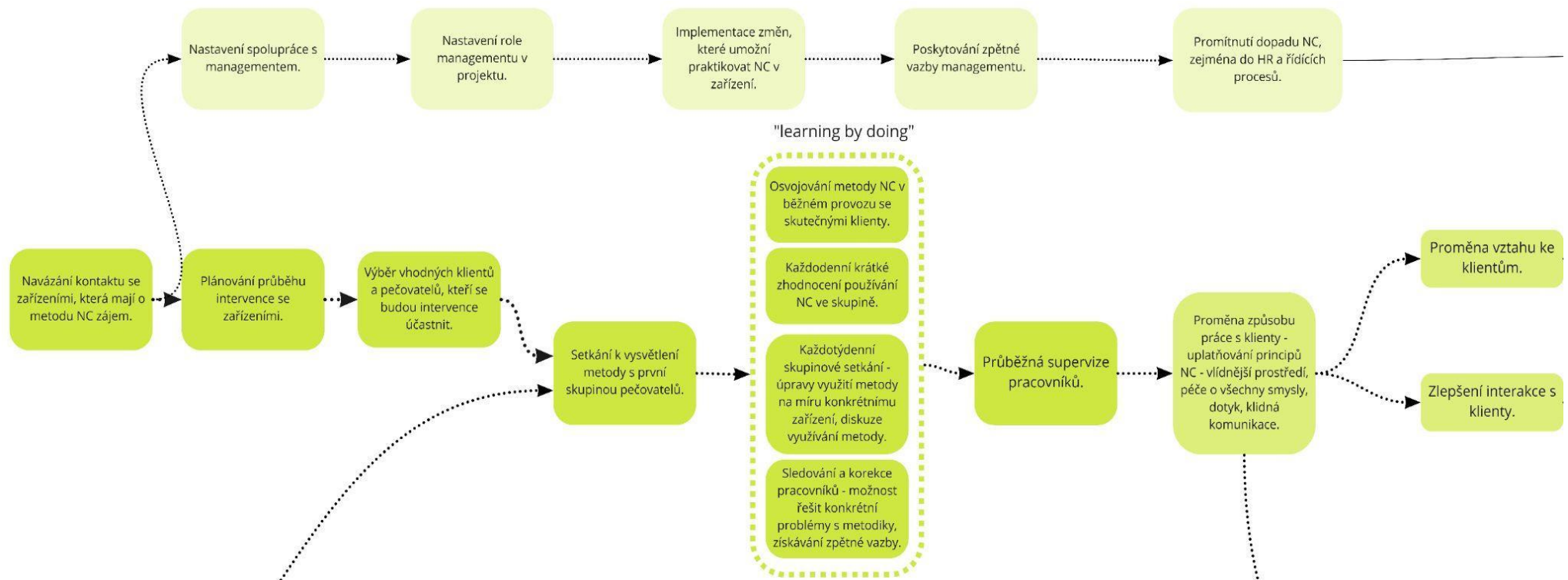
Celkově byly v rámci projektu vytvořeny tyto materiály:

- Průvodce Namaste care pro zařízení pečující o klienty s demencí - pro management
- Průvodce Namaste care pro zařízení pečující o klienty s demencí - péče o pečující personál
- Průvodce Namaste care pro zařízení pečující o klienty s demencí - skupinová setkání
- Průvodce Namaste care pro zařízení pečující o klienty s demencí - individuální setkání
- Jak na skupinová setkávání? (1 pager)
- Jak na individuální setkávání? (1 pager)

- prezentace O Namaste care pro domácí pečující
- prezentace O Namaste care pro management (zařízení)
- Namaste care - inspirace pro domácí péči (metodika pro neformální pečující)
- audio Namaste care relaxace
- audio Namaste care práce s vlastní energií a potřebami
- video Namaste care pro domácí pečující

Všechny materiály jsou ke stažení zde: <https://www.jiskrime.cz/materialy-ke-stazeni/> a projektový tým na ně často odkazuje ve svých dalších aktivitách.

Namaste Care v sociálních službách



V počátku projektu došlo k navázání kontaktu se čtyřmi zařízeními, které se do testování Namasté Care měla zapojit. Z původně plánovaných se do projektu zapojila dvě zařízení Centrum péče Doubrava a Domov pro seniory Chodov. Zbývající dva domovy se do projektu nezapojily z důvodu změny priorit a probíhající pandemie Covid -19, která pro všechna zařízení péče o seniory znamenala neuvěřitelnou organizační zátěž.

Centrum péče Doubrava

Práce s pečovateli

Jako první se Namasté začalo zavádět v Doubravě. Došlo k dohodě o tom, jak se bude metoda v domově předávat. Způsob zapojení pečovatelů a to, jak se Namasté v praxi učí, se muselo přizpůsobit reálnému provozu domova, směnám zapojených zaměstnanců atd., kdy se ukázalo, že společná setkání není možné dělat pravidelně vždy se stejnými skupinkami pečovatelek, jak měl projektový tým původně v plánu.

Pro intervenci byli na počátku vybráni klienti, u kterých se předpokládalo, že mohou z metody nejvíc profitovat (pokročilejší fáze ACH nebo jiných druhů demence). Ze zaměstnanců byly do projektu zapojeny pečovatelky a s nimi rovněž aktivizační pracovnice. Realizační tým zpočátku stavěl na předpokladu, že zásadní pro zavedení Namaste care do zařízení je motivace personálu. Tento předpoklad se v průběhu projektu proměnil a výstupem projektu je to, že klíčové pro zavedení Namaste care (stejně jakékoliv jiné změny) je motivace a nasazení vedení zařízení.

V průběhu realizace se ukázalo, že **pro přijetí myšlenky Namaste care je klíčové zapojení instruktorky Namaste s dlouholetou praxí v zařízeních zdravotně sociálních služeb, která ukazovala pečovatelům fungující pracovní postupy v každodenní praxi.** Tento přístup pečovatelé přijali lépe než přístup teoretického vysvětlování a reflektování principů Namaste.

“Lektor, který Namaste v zařízení zavádí, musí velmi aktivně pracovat s pečovateli - nejen předávat teoretické informace, ale pracovat přímo u lůžka ... Původně to bylo víc teoreticky nastavené, to na pečovatele nefunguje. Základ je vzít si obleček a jít s pečovateli a aktivizačními do terénu..” (členka realizačního týmu)

Způsob, jakým se metoda v domově šířila se měnil i po pauze nejvíce akutního období pandemie na podzim 2020, kdy bylo další vzdělávání v Namaste v domově pozastaveno. Po pauze se jako dobrá taktika osvědčilo vybrání “ambasadora” z řad pečovatelů na každém ze zapojených pater, který dostal implementaci Namaste na svém patře na starost.

“Vyplatilo se stavět na těch zaměstnancích, co mají ten přístup vrozený, tito začali ukazovat ostatním, byli to takoví styční důstojníci.” (ředitelka domova)

V době, kdy do domova pravidelně docházel realizační tým projektu, pečovatelé přístup Namaste ve své běžné denní praxi využívali, průběžně byli podporováni realizačním týmem, mohli konzultovat pracovní postupy a situace, ve kterých potřebují poradit. **Měnil se způsob interakce s klientem, péče se zpomalovala s individualizovala.**

Po skončení pravidelné podpory ze strany realizačního týmu došlo k přehodnocení realizace skupinových setkávání Namaste a především podpurných setkání pro samotné pečovatele (jakkoliv tato setkání pečovatelé kvitovali a vnímali jako prostor ke sdílení a péči o vlastní well-being). To vedlo ke zklamání především u aktivizačních pracovníků, které se v průběhu spolupráce s realizačním týmem pro praxi Namaste nadchly. Nepříjemnou situaci popisovali jak pracovníci v přímé práci, tak management během rozhovorů, které proběhly na podzim 2021.

“Nemůžeme tomu věnovat tolik času, kolik bychom chtěli, hlavně co se týká přípravy těch zaměstnanců, na to není prostor. Veškerý ten čas je na úkor něčeho. Jsou pak víc ve stresu, mají nějaký harmonogram dne, když jim to narušíme, tak nezvládají.” (ředitelka domova)

“(Aktivizační pracovníci) do toho (Namaste) byly strašně zapálené a já jsem potřebovala udržet i ostatní aktivizační činnosti.” (vrchní sestra)

“Štve mě momentálně změna vedení, ne že by se změnilo fyzicky, ale změnil se jejich způsob vedení. Nevím, co se stalo, nevím, co je k tomu přimělo, nic nevysvětlili.” (pečovatelka)

Došlo k tomu, že **přímé realizaci Namaste care setkávání se částečně věnovali aktivizační pracovníci. U pečovatelů bylo cílem přenést praxi Namaste care do každodenních činností, o tom, jestli je tento přístup udržitelný, však panovaly pochybnosti.**

“Snad zase bude čtvrtek odpoledne – hravé Namaste, kdo přijde, přijde. V úterý dopoledne bude Namaste pro potřebnější klienty, kterou ale budou dělat jenom aktivizační, pečovatelé u toho nebudou. Přijde mi ho hrozně líto, daly jsme do toho hodně energie.” (aktivizační pracovníci)

“Ale na Namaste nezapomenu. Nevadí mi dotýkat se starých lidí, abych jim udělala radost. Ale nevím, jestli noví pečovatelé, co neprošli školením, to budou dělat taky..” (pečovatelka)

“Co se týká pečovatelů, nesnažíme se o to, aby dělali Namaste jako terapii, ale spíš je učíme tomu Namaste přístupu. Nejen v práci s klientem, ale i mezi sebou, v rámci komunikace v celé té firmě.” (ředitelka domova)

Jako jednu z možných variant přístupu k Namaste care zmiňovala posun od speciálních setkání k průsaku do každodenních činností jedna z členek realizačního týmu již v polovině projektu. Jak popisujeme výše, vývoj v DC Doubrava se v pozdějších fázích projektu vydal přesně tímto směrem.

“Možná by se to dalo pojmout ne jako pravidelné seance s konkrétními úkoly, ale víc se nasměrovat na tu každodennost, i když mi to k tomu taky směřujeme, aby se to stalo každodenním standardem.” (členka projektového týmu)

Z průběhu realizace rovněž vyplývá, že je třeba poskytování Namaste opravdu poctivě přizpůsobovat potřebám a limitům klientů a že z Namaste care nemohou všichni klienti benefitovat stejně. V praxi DC Doubrava (ale i v Domově pro seniory Chodov) došli k tomu, že **Namaste care je metoda vhodná především pro paliativní klienty zařízení**. Zařízení se zapojilo do projektu rozvoje paliativní péče nadačního fondu Abakus a management hodnotí propojení paliativy s Namaste care velice pozitivně.

“Značně jsme propojovali Namaste v rámci té paliativní péče. Tady ten efekt byl opravdu výrazný u těch klientů. ... Když jsou to klienti s lehkým typem demencí, tak jim to připadá dětské, primitivní, obtěžuje je to. Takže tam víme, že to nefunguje.” (ředitelka domova)

“Namaste patří nejvíc klientům v terminálních stádiích života. To se oproti začátku projektu proměnilo. Kdyby se Namaste dělalo u všech, tak by se to rozpustilo a rozplizlo, takhle je jasné, komu tuto službu udělat, a dá se to i krásně stihnout.” (členka projektového týmu, která v DC Doubrava nyní zavádí paliativní péči v rámci projektu nadačního fondu Abakus)

Práce s managementem organizace

Na úrovni organizace docházelo v průběhu projektu v Centru péče Doubrava ke konzultacím s managementem, na základě reakcí zaměstnanců na využívání Namaste přístupu se vedení rozhodlo ukončit pracovní smlouvy několika pečovatelům, kteří se proti myšlence vymezovali, někteří pečovatelé také odešli sami. Následně **byli nabráni noví zaměstnanci, již s důrazem na laskavý přístup v pečování, zpětně byly personální změny hodnocené vedením velmi pozitivně**.

“Ti co s námi nechtěli tu filozofii sdílet, ti už s námi nejsou. Byli to třeba dobří zaměstnanci, ale chyběl mi tam ten přístup. Obávala jsem se, ale přišli opravdu lepší pečovatelé. Umí to dobře, vkládají do toho to své srdce.” (ředitelka domova)

“Nevyhazovali jsme lidi kvůli Namaste, ale kvůli přístupu ke klientům, který se díky Namaste ukázal.” (vedoucí pečovatelů)

Z hlediska managementu byl **problematickým aspektem využívání Namaste přístupu jeho časová náročnost**, která je větší než u obvyklé péče – právě díky zpomalení a většímu zaměření na individuální práci s klientem, které jsou jeho hlavním přínosem. (viz. výše)

Domov pro seniory Chodov

Práce s pečovateli

Realizace projektu v DS Chodov začala v lednu 2021, tj. až v druhé fázi (předtím počátkem realizace vyplňovali pečovatelé evaluační dotazníky a fungovali jako kontrolní skupina projektu). **Realizace probíhala ve třech “domovech”, z nichž každý je specifický a má vlastní vedení.** Do každého z domovů pravidelně docházela jedna ze členek realizačního týmu. **Zavádění Namaste care se v jednotlivých domovech také lišilo.** Setkání s členkami realizačního týmu se v jednotlivých domovech účastnily především tzv. koordinátorky Namaste care za jednotlivá patra v jednotlivých domovech, ke kterým se ad hoc přidávaly další pečovatelky. Tyto koordinátorky pak v jednom z domovů předávaly informace a dovednosti získané během setkání dalším pečovatelkám a samy se do realizace Namaste care nezapojovaly, ve druhých dvou domovech jak předávaly informace kolegům, tak prakticky Namaste realizovaly s klienty. Tuto rozdílnost dokládají následující citace z rozhovorů:

“Jsme koordinátorky Namaste, takže Namaste neprovádíme. Předávali jsme info pečovatelkám, co a jak. To jsme předali. Pak jsme regulovali, jak se bude dělat, jestli individuálně nebo kolektivně. Nakonec bylo jen individuálně.” (pečovatelky - koordinátorky)

“(Namaste care jsme) dělaly hlavně my, ještě s kolegyní.” (pečovatelky - koordinátorky)

“V podstatě tam byla ještě jedna pečovatelka, která s těma koordinátorkama vždycky chodila na tohleto sezení. A ty byla takový ten styčný důstojník i pro ty další pečovatele. Ale v podstatě to bylo tak, jak si to ten koordinátor na jednotlivém patře nastavil.” (vedoucí arteterapie DS Chodov)

Intenzita školících setkání s vybranými pečovatelkami či koordinátorkami Namaste za jednotlivá patra byla nižší, než předpokládal projektový záměr (podobně jako v CP Doubrava), **protože původně plánovaná intenzita by byla v reálných podmínkách domova pro seniory nereálná.** Stejně to platí pro skupinová setkávání Namaste care s klienty.

“(Členky realizačního týmu říkaly, že) v podstatě to bude denně intenzivní trénink po dobu šesti týdnů, že sem budou holky docházet. A že potom další skupina lidí se tam vymění. Což jsme teda všichni jako naznali, že to není úplně reálný žejzo, jako se službama a podobně.” (vedoucí jednoho z domovů)

“Takže jsme to ze začátku nastavila hodně striktně s tím, že byly skupinový Namaste dopoledne a odpoledne, což bylo v podstatě úplně rozbourání všech pracovních harmonogramů a úplně nabourání celého provozu.” (vedoucí jednoho z domovů)

“Nebylo by na škodu, kdyby se některých setkání zúčastnili i pečovatelé. Akorát by to nebylo proveditelné. Protože když jsou v práci, tak tady stejně nejsou všichni.” (pečovatelka - koordinátorka)

Denní centrum je navíc zvyklé pracovat s dalšími metodami péče (mnoho zaměstnanců v rozhovorech zmiňovalo například bazální stimulaci). I proto panovaly z počátku ze zavádění nové metody obavy. Z provedených rozhovorů se však zdá, že si pečovatelky v průběhu realizace našli způsoby, jak Namaste pochopit a oddělit od dalších metod.

“Na začátku to nebylo úplně pozitivně přijímáno. Bylo to vnímáno většinou tak, že měli pocit, že to bude nějaká práce navíc. Ale tam si myslím, že i třeba z mojí strany to nebylo... Ale já ani neměla z čeho moc čerpat, ani sama jsem si nedokázala představit, co to obnáší a co to bude.” (vedoucí jednoho z domovů)

“Měli jsme toho ze začátku strach. Jsme si říkali: „Ježíši Kriste, co nám ty holky řeknou.“ ale ony: „Vždyť se to tak jako dělá běžně.“ Protože každé známe bazálku...” (pečovatelka - koordinátorka)

“Namaste mi přijde dobré v tom, že na rozdíl od bazálky, která je hodně fyzická, tady je to ne tak zdravotní a je to spíš o tom pobýt s tím člověkem, dát mu čas a nějak ho s ním sdílet. Tak jsem to pochopila já.” (pečovatelka - koordinátorka)

V jednom z domovů dokonce v minulosti proběhla přednáška Joyce Simmard, zakladatelky metody Namaste care. Tento domov pak měl dojem, že Namaste care vlastně využívá, ačkoliv celý přístup dosti pozměnil (například se zde v rámci praxe Namaste v podstatě nepoužíval dotek, který je její integrální součástí). V tomto domově začali nakonec rozlišovat dva koncepty “Namaste” a “Namaste care”.

*“Nedělali Namaste podle principů Namaste, moc nevyužívali dotek, tvrdili, že lidé na to reagují špatně. Nemám z toho úplně dobrý pocit.”
(členka realizačního týmu)*

“Já jsem k Namaste přišla jako pečovatelka, bylo to původně povídání o tom, co dělali lidé dřív, s Namaste care jsem se seznámila až díky vašemu projektu. Namaste care je něco jiného než Namaste. Namaste je pro lidi, kteří jsou více komunikativní, Namaste care pro ty, kteří už leží a nemohou např. mluvit, neumí sami sebe prosadit - pro ty je vhodnější Namaste care.” (pečovatelka - koordinátorka)

V rámci realizace projektu v DS Chodov se ukázalo, že **velmi záleží na tom, nakolik si “sedne” lektor Namaste care s týmem, který praxí Namaste provází**. V jednom z domovů spolupráce a následně i implementace Namaste care do praxe drhla právě na tomto aspektu, jak shodně hodnotí obě strany, jak dokládají následující citace:

“(v jednom z domovů) v Chodově mě překvapila míra neochoty ke změně. Přístup “my to děláme takhle, vždycky jsme to tak dělali a děláme to dobře.” (členka projektového týmu)

“(členka realizačního týmu A) byla vstřícná, když jsme se zeptaly, odpověděla. Bylo to přínosné. S (členkou realizačního týmu B) to nebylo příjemné. Potkali jsme se asi 3x. Bylo to celé špatně.” (koordinátorky v jednom z domovů)

“...na tom se ze začátku nepohodli s tou (členkou realizačního týmu B). Protože přišla a začala jako: „No, to, co mi tady popisujete, to je prostě aktivizace klientů a blablaba.“ Takže holky měly pocit, že jim zase někdo říká, že něco dělají špatně.” (vedoucí jednoho z domovů)

Bylo také evidentní, že **je třeba přizpůsobit způsob předávání Namaste schopnostem pečovatelek a jejich stylu vyjadřování se**. Ve chvíli, kdy se toto povedlo, fungovala setkání s pečovatelkami dobře.

“V celým tom projektu je strašně důležitý s těma holkama mluvit fakt jako jednoduše. ... (Členka realizačního týmu) proti těm holkám seděla a já jsem jí říkala: „Ale oni Vám vůbec nerozumí. Oni vůbec nevědí, co jim tady říkáte.“ A toho se samozřejmě boje a hned se k tomu postaví odmítavě.” (vedoucí jednoho z domovů)

“Tak to začínalo třeba pěti schůzkama, kdy se o tom jenom mluvilo. Holky to vnímají jako ztrátu času, protože se mluví o něčem pořád jako dokola.” (vedoucí jednoho z domovů)

*“A ty rozhovory, to tak, že nikdy jsme to nebrali jako školení anebo co, ale bylo to takové upřímné a jsme si předávali ty informace.”
(pečovatelka - koordinátorka)*

Výběr klientů, kterým je v DS Chodov poskytováno Namaste se v průběhu realizace projektu proměnil, byť jiným způsobem než v CP Doubrava. Z počátku byli pro Namaste vybíráni především klienti s hlubokou demencí. **Posléze se týmy naučily rozlišovat, pro které klienty považují za vhodnější bazální stimulaci a pro které je podle nich vhodnější Namaste.** Podle toho tyto různé metody péče klientům indikují.

“Akorát my jsme ze začátku vytipovali špatný lidi, špatný klienti. Protože si myslím, že u některých klientů by to mělo daleko větší efekt, což se třeba dělo.” (pečovatelka - koordinátorka)

“(Na) to Namaste je lepší, když klient nějakým způsobem spolupracuje, když to jakoby vnímá. Já vím teoreticky, že Namaste je původně pro lidi s hlubokou demencí, ale jak se ukázalo v té praxi, lidi, který jsou upoutaný na lůžko a ta demence je tam jen střední, tak z toho profitují víc. Ti s hlubokou demencí si neumí tolik vysvětlit, co se kolem nich děje. ... Ta bazálka má nějaký postup, kdyžto Namaste je v podstatě intuitivní věc. A pro toho klienta, kterej je na tom tak hluboce špatně, tak ta intuitivní věc není tak komfortní, jako pro toho jiného klienta.” (pečovatelka - koordinátorka)

“Bavili jsme se, že se to hodně doplňuje s tou bazální stimulací, ta je taková techničtější, to je zajímavé, jak se to liší, tak jsme řešili, že to jde třeba kombinovat, můžou začít tou bazálkou a pak skončit třeba nějakýma Namaste dotekama, to si myslím, že se jim líbilo.” (členka projektového týmu)

DS Chodov v průběhu realizace v podstatě úplně **ustoupil od skupinových Namaste setkání, někde se realizují individuální setkání, častěji je snaha promítat Namaste care přístup do vykonávání každodenních činností. V některých případech však pečovatelky při poskytování Namaste care dotyků používají rukavice, což je v rozporu s celkovou filosofií Namaste,** jak si uvědomují i někteří zaměstnanci.

“Skupinový, tak jak jsme to tady úplně na začátku pojali, tak se hodně krylo s nějakýma aktivitama, který my tady máme hodně rozsáhlý. Spoustu aktivizačních, spoustu terapeutů. A ono se to dost krylo. A pak se to rozplížlo v to, že už nebylo úplně jasný, co je aktivita, co je Namaste care. A začal se z Namaste úplně vytrácet ten základ, ten bazál, ten dotyk, smysly a podobně.” (vedoucí jednoho z domovů)

“U nás, když se dělá to Namaste v koupelně, tak taky. Když jim při koupeli udělaj nějakou tu masáž, tak se samozřejmě zapojují i ostatní, ale přímo na ten pokoj jdu já nebo moje kolegyně.” (pečovatelka - koordinátorka)

“Jsou části těla, kde se těm klientům nedotknu rukou. Mají tam třeba papírovou kůži na pažích, na nohou... Vypadá to třeba divně, ale mnohdy používáme rukavice. Pamatuju si z bazalky, kdy nám paní říkala, že rukavice chrání nás i klienty.” (pečovatelka - koordinátorka)

“Já myslím, že by ty rukavice být neměli. Ta ruka je ruka a holt se na některých místech těma rukama nebudu dotýkat. Bazálka je něco jinýho. To je technika. Tohle je dotyk.” (arteterapeutka)

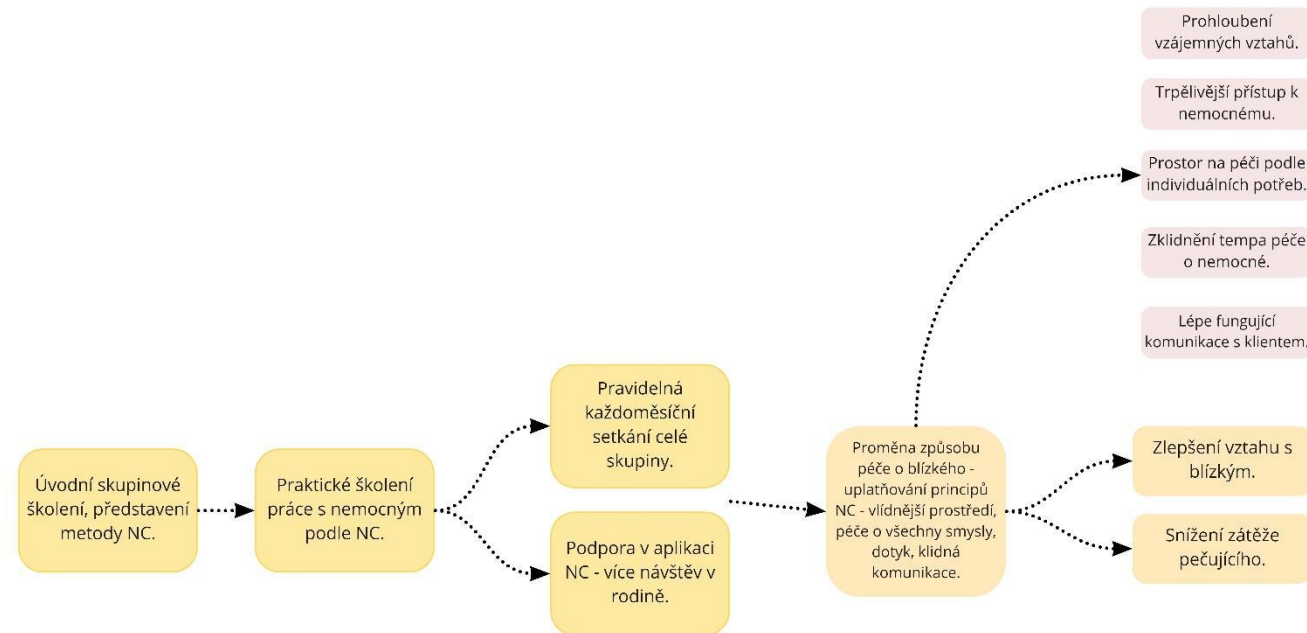
“Že to nemá smysl mi přišlo, když jsem už po několikáté mluvila o tom, že Namaste care je o lidském kontaktu, a proto se nedělá v gumových rukavicích. A když jsem si uvědomila, že se mi tuhle podstatu nepodařilo některým pečovatelům předat.” (členka projektového týmu)

Práce s managementem organizace

V DS Chodov pracovala jedna z členek projektového týmu s jednou z vedoucích domovů. Jinak nebyl management zařízení do realizace projektu příliš zapojen. V průběhu realizace projektu běžel v zařízení také projekt na zvyšování kvality péče, další změnové procesy zaváděné předchozími projekty dobíhali. Pro management zařízení tedy nebylo zavádění Namaste care jedinou prioritou. **I v Chodově měla realizace projektu dopad na odchod některých zaměstnanců, ani zde toho ale vedení nelituje.**

“Je pravda, že někteří zaměstnanci to jako nepřijali. A neříkám, že je to vina nebo zásluha jenom Namaste, protože těch změn se tady odehrálo víc. I právě třeba tím, že běželo Namaste a do toho zvyšování kvality péče. ... A to že vyžadujeme tohle a támhleto, tak někteří (zaměstnanci) to prostě nedali a odešli. Což zpětně hodnotím pozitivně, protože to podle mě nebyli lidi, který by tady měli být.” (vedoucí jednoho z domovů)

Namaste care pro neformální pečující



Oproti původnímu plánu (školit 2 skupiny neformálních pečujících po 25 lidech) se ukázalo jako realističtější a zároveň přínosnější pro pečující pracovat ve skupinkách menších (z praktického hlediska není snadné najednou sehnat pečující, kteří často bývají přetížení, a zároveň pro možnost bezpečného sdílení mezi pečujícími jsou vhodnější menší skupiny; setkávání v menších skupinkách bylo vhodné i vzhledem k pandemii Covid-19). V prvním roce projektu (2020) se rozběhly 4 školící/podpurné skupiny:

1. skupina - 8 pečujících (začala v květnu 2020)
2. skupina - 8 pečujících (začala v červnu 2020)
3. skupina - 5 pečujících (začala v červenci 2020)
4. skupina - 6 pečujících (začala v září 2020)

Po uvolnění pandemických opatření na jaře 2021 zaznamenal realizační tým výrazný pokles zájmu o školení. V druhém projektovém roce se tedy otevřely pouze 3 školící/podpůrné skupiny, které také měli méně účastníků:

5. skupina – 7 pečujících (začala v červnu 2021)
6. skupina – 2 pečující (začala v červenci 2021)
7. skupina – 3 pečující (začala v září 2021)

V souladu s aktivitami plánovanými v rámci teorie změny prošly všechny skupiny nejprve úvodním setkáním zaměřeným na vznik, podstatu a principy Namaste care (NC) a dvěma praktickými setkáními zaměřenými na praktický nácvik NC, jeho implementaci v domácím prostředí a péči o samotné pečující. **Celkově úvodním školením prošlo 39 pečujících.**

Po úvodním školení měla následovat měsíční podpůrná a sdílecí setkání jednotlivých skupin (4 plus jedno závěrečné, hodnotící). I do realizace aktivit zaměřených na neformální pečující zásadním způsobem zasáhla pandemie Covid a nemožnost setkávat se. Setkávání všech skupin bylo přerušeno různými pandemickými opatřeními. Ani u jedné ze skupin nebylo dostatečně možné zachovat plánovanou kontinuitu. (Více viz. monitorovací zprávy projektu.) V prosinci 2020 se podařilo dokončit setkávání alespoň 1. a 2. skupiny pečujících. U 3. Skupiny proběhly alespoň 2 navazující setkání, další musela být zrušena. Navazující setkání 4. skupiny proběhla s velkým odstupem od června do srpna 2021. 5. A 6 skupina absolvovala pouze jedno navazující setkání. 7. skupina měla celkem tři navazující setkání, na která byli přizváni pečující z předchozích skupin, které se rozpadly. Kromě skupinových setkání probíhaly adhoc konzultace s jednotlivými pečovateli, telefonicky nebo on-line (ZOOM). **Pandemie Covid a s ní související opatření zásadním způsobem ovlivnila běh této části projektu** („pravidelná každoměsíční setkávání celé skupiny“ a „podpora aplikace NC – více návštěv v rodině“), **poskytnutá podpora nemohla dosáhnout takové intenzity, s jakou počítala teorie změny.**

Nácvik Namasté, a především možnost sdílet v podpůrném prostředí, se ukázala mít větší vliv na pečující, kterým se běžně možnosti pečovat sami o sebe nedostává, než na opečovávané (kteří ale ze zklidnění a větší vyrovnanosti svého pečujícího mohou benefitovat sekundárně). Pečující popisují, že využití Namaste jako přístupu péče pro ně bylo přínosné, jako daleko přínosnější však vnímají možnost v nehodnotícím prostředí hovořit o svých potřebách, pocitech a potenciálních blocích v péči o blízkého. Tato možnost se pak promítla do nižšího

tlaku, kteří mají pečující tendenci sami na sebe vyvíjet a sekundárně do klidnější interakce s blízkým. Předpoklady teorie změny byly tedy u pečujících do značné míry naplněny.

Rozhovory vedené s pečujícími ukázaly, že pečující měli od kurzu trochu jiná očekávání (zvládnutí techniky Namaste), ale oceňují, že kurz byl spíše sebezkušenostně, podpůrně a prožitkově zaměřen. Podobně se vyjadřují i členky implementačního týmu. Zmiňují, že pečujícím se zásadně nedostává prostor, kde by se mohli zabývat sami sebou, pečovat o své potřeby a sdílet v bezpečném a přijímajícím prostředí své strasti spojené s péčí. **Kurz Namaste pro neformální pečující se v tomto ukazuje jako unikátní – právě proto, že došlo k odklonu od technického nácviku samotného přístupu ke sdílení a prostoru pro vzájemnou podporu pečujících.**

*“Očekávala jsem, že se naučím postup. Ale nevádí mi, že to tak nebylo. Tohle je lepší. **Pochopit svoje vnitřní fungování.**”* (pečující 2)

*“Přihlásila jsem se, protože jsem doufala, že se dozvím něco dál. ... Chodili tam další lidé, kteří se o někoho starají, **bylo to dobré sdílení zkušeností**, každý říkal, co řeší.”* (pečující 1)

„Otevřelo mi to nové náhledy na tu péči. Pomohlo mi to na to koukat jinak, než jsem zvyklá, navíc mi to dalo kontakty.“ (pečující 3)

Pečující si zároveň si uvědomují, že běh kurzu byl ovlivněn pandemií Covid a s ní souvisejícími restriktivními opatřeními:

“Ztratila se kontinuita, dostávali jsme internetové školení, ale to už na mě není, to si můžu spíš číst.” (pečující 1)

“Ty setkání tím byly ovlivněné, byly dál od sebe. ... Zase to mělo výhodu, že setkání trvala dýl, bylo to vždycky občerstvující.” (pečující 2)

„Bylo by fajn, když by tam bylo víc lidí, co se zrovna starají, co mají tu aktuální zkušenost. Ale to jim nijak nevyčítám, byl covid, ty skupinky předtím prý byly větší než ta naše, bylo těžké sehnat lidi, několikrát se to posouvalo.“ (pečující 3)

Zároveň pozitivně hodnotí průběh setkání a podporu, kterou dostávali od realizačního týmu:

“Byly vlídné a zároveň tam byla legrace, uměly vytvořit atmosféru přijetí a pohody, aby se člověk otevřel. I já jsem se otevřela, i když jsem to neměla moc v úmyslu. Někdy se taky může stát, že se člověk na nějakém takovém setkání otevře a pak odchází naštvaný, že to udělal. To tady nikdy nebylo. Vždycky to bylo příjemné a bezpečné.” (pečující 2)

“Bylo to fajn, dostali jsme rady, jak se k tomu problému postavit, aby se to zlepšilo.” (pečující 1)

Členky realizačního týmu se pak také vyjadřují k nastavení realizace kurzů a dávají doporučení pro případné budoucí kurzy podobného druhu:

*“Myslela jsem si, že nebude zájem o individuální konzultace, což se projevilo silně. **Lidi si nechtějí nikoho vodit domů. Lidi se nechtějí scházet kvůli Namaste, ale kvůli sobě.**”* (členka projektového týmu)

*„Ty skupiny byly podpůrné, ale pořád se v nich jde většinou po povrchu víc, na tom WS na to není prostor vůbec. **Ta skupina moc nedovoluje nějakou hloubku. ... Pak jsme se tedy potkali jeden na jednoho a bylo to hodně intenzivní,** pečující řešily své rodinné záležitosti, něco si tam ožily, plakaly.“* (členka projektového týmu)

*“**Princip toho placení za účast (na hlídání) není rozumný. Jasně že je potřeba najít účastníky kurzu, ale ty lidi pak mají divné motivace** (třeba možnost postěžovat si na systém). Bylo by dobré účastníky trochu lépe prosévat, ale chápu, že to je těžké.”* (psychoterapeutka)

Jak už bylo zmíněno výše, implementace kurzů pro neformální pečující byla zásadně ovlivněna pandemií Covid. Zároveň se ukázalo, že není snadné podobné kurzy obsadit – pečující se často cítí přetížení a subjektivně nemají na jakékoliv vzdělávání kapacitu. Vzdělávací organizace toto pak řeší tím, že pečující “lákají” na to, že jim dají příspěvek na péči po dobu vzdělávacího kurzu. Jakkoliv je to pochopitelné a snižuje to práh přístupu ke vzdělávání pro pečující, kteří by si jinak nemohli dovolit své blízké opustit, je tato praxe také problematická. Jak uvádí psychoterapeutka projektu, může se pak stát, že pečující přicházejí na kurz s rozporuplnou motivací.

Nastavení setkání tak, že fungovala primárně jako svépomocná skupina pod vedením profesionální terapeutky a jejich doplnění individuální podporou, se ukazuje pro cílovou skupinu jako velice vhodné a poukazuje na velkou mezeru, která v systému domácí péče v ČR existuje – naprosto chybí podpora well-beingu samotných pečujících.

Namaste Care v domovech

„Domovy by si zasloužily podporu toho druhu, kterou skutečně potřebují, a ne takovou, kterou my si myslíme, že potřebují.“

Jak Namaste v domovech zkoumáme?

Dopad využívání metody Namaste Care v zařízeních zkoumáme s využitím smíšeného výzkumného designu – kombinací měření pomocí několika standardizovaných měřících nástrojů, které jsme pro potřeby projektu upravili a hloubkovými rozhovory s pečovateli a vedením domovů. Dopad na klienty měříme v několika různých rovinách, ve kterých předpokládáme (na základě zahraničních výzkumů a zkušeností s využíváním metody) možnou změnu.

- *Bedford Alzheimer Nursing-Severity Scale - Bedfordská škála soběstačnosti pacientů s Alzheimerovou chorobou (BANS-S)*
- *Quality of life in late-stage dementia – Kvalita života v pozdním stadiu Alzheimerovy choroby (QUALID)*
- *Cohen-Mansfield Agitation Inventory – Škála Cohen-Mansfieldové pro měření zneklidnění a agrese (CMAI)*

Dopady na pečovatele měříme s využitím nástrojů pro měření spokojenosti s prací a tendence k vyhoření.

- *Job Satisfaction Survey – Průzkum spokojenosti s prací (JSS)*
- *Maslach Burnout Inventory – Maslachové škála vyhoření (MBI)*

Je dobré předem podotknout, že ačkoli v rozhovorech hodnotili pečovatelé přínos metody velmi pozitivně, v kvantitativním šetření docházelo k menším posunům, než jsme očekávali v úvodu. Předpokládáme, že se bude jednat pravděpodobně o kombinaci proměny intervence vzhledem k podmínkám realizace směrem k méně intenzivní práci s klienty, než jaká byla původně plánovaná (méně časté Namaste, méně podpory pečujícími rodinám v případě domácích pečujících atd.) a příliš malé citlivosti měřících nástrojů, kde by k zachycení větších posunů bylo pravděpodobně třeba zásadnějších změn ve stavu klienta.

Měření v domovech probíhalo před počátkem intervence a následně po cca 6 měsících (docházelo k drobným úpravám z důvodu pandemické situace). Paralelně s měřením v Centru péče Doubrava, kde probíhala intervence, docházelo k měření v kontrolní skupině v Domově pro seniory Chodov. Po ukončení měření kontrolní skupiny v Domově pro seniory Chodov v tomtéž zařízení začala intervence a podpora v poskytování Namaste care a byla zde vytvořena druhá intervenční skupina pro potřeby evaluace.

Ve vzorku docházelo k poměrně velkému úbytku respondentů – jak jsme v počátku projektu předpokládali, část klientů během intervence zemřela, za část nemáme závěrečná data, jelikož zařízení opustil jejich vyhrazený pečovatel, který o nich dotazníky vyplňoval. Oba důvody byly pravděpodobně ještě posílené pandemií koronaviru, která se dotkla obou domovů. Celkem máme k dispozici vstupní data za 79 (53 Chodov, 26 Doubrava) pečovatelů

v intervenční a 38 v kontrolní, kompletní data máme dostupná pro 72 pečovatelů (50 Chodov, 22 Doubrava) v intervenční a 33 v kontrolní skupině.

Ke sběru vstupních dat pro intervenční skupinu docházelo za pomoci papírových dotazníků, které pečovatelé vyplnili za sebe i za klienty za asistence evaluátorů. Vstupní data kontrolní skupiny byla sbírána elektronicky s využitím tabletů, v domově za asistence evaluátorů. Závěrečná data obou skupin, stejně jako vstupní data nových intervenčních skupin byla sbírána formou elektronického dotazníku, na nějž obdrželi pečující odkaz.

Dopad na klienty a pečovatele se pokoušíme zjišťovat rovněž s pomocí hloubkových polostrukturovaných rozhovorů. V centru péče Doubrava jsme v první polovině projektu provedli rozhovory s 3 pečovatelkami, vedoucí pečovatelek, aktivizační pracovnící a ředitelkou domova. V druhé polovině projektu pak s 3 pečovatelkami, fyzioterapeutkou, vrchní sestrou a opakovaně aktivizační pracovnící, vedoucí pečovatelek a ředitelkou domova. Celkem tedy 14 rozhovorů. V Domově pro seniory Chodov jsme celkem realizovali rozhovory se sedmi pracovníci v přímé péči (koordinátorkami jednotlivých pater v domovech a pečovatelkami) a dva opakované rozhovory s ředitelkou jednoho z domovů.

Rozhovory s aktéry v zařízeních doplňují rovněž během realizace projektu opakované rozhovory s realizačním týmem, který má předávání Namaste Care v zařízeních na starosti. Rozhovory byly následně přepsány a analyzovány s využitím přístupu tematické analýzy.

Posledním způsobem měření dopadu, který jsme v rámci projektu testovali, bylo pozorování vývoje medikace u klientů.

Jak zavedení přístupu Namaste Care proměňuje kulturu zařízení?

Jedním z mechanismů, které má projekt do zařízení pro seniory přinášet, je změna vnitřní kultury. Jedná se jak o dopady na atmosféru, ve které zařízení funguje, tak o hmatatelnější důsledky, jakými mohou být změny řídicích procesů, nebo procesu nábory zaměstnanců. O změnách v organizaci čerpáme informace především z rozhovorů s vedením zařízení a s realizačním týmem projektu.

Změny v kultuře zařízení – Doubrava

Aplikace metody Namasté v Centru péče Doubrava byla v první fázi projektu doprovázena poměrně velkými personálními změnami. Během úvodní fáze projektu, ve které docházelo k seznamování pečovatelů s Namaste přístupem se ukázalo, že ne všichni zaměstnanci jsou ochotni myšlenku jiného přístupu k práci akceptovat. K Namaste přístupu byla část pracovníků skeptická, část se proti němu zcela vymezovala.

Vedení domova vnímalo nepřijetí metody především u části zaměstnanců, kteří se již v minulosti projevovali určitým způsobem problematicky. Během doby, kdy se v domově

metoda začala pečovatelům předávat, došlo u části z nich ke změně vnímání Namaste, poslední část, která byla stále výrazně nenakloněná myšlenka Namaste care nebo jí považovala za zbytečnou, domov opustila.

“V zařízení došlo k velké obměně pečovatelů. Část zaměstnanců nebrala změnu pozitivně – nechtěli to zkoušet, naváděli ostatní, aby to nedělali. Zhruba po půl roce od začátku projektu ze zařízení odešla asi třetina pečovatelů - 13 lidí. Metoda pro ně nebyla vhodná, nebyli zvyklí na tak intimní kontakt, vadilo jim, že je Namaste zdržuje a přidělová jim práci.”
(ředitelka domova)

Podle ředitelky domova část zaměstnanců odešla sama, s částí byl ukončen pracovní poměr. Je důležité zmínit, že rozhodnutí o ukončení spolupráce s pečovateli nebylo vnímané jen jako důsledek zavedení NC – podle vedení se jedná spíše o komplexnější rozhodnutí ohledně výběru zaměstnanců. **Namaste Care pak představuje v podstatě normu toho, jak by měl pracovník péči vykonávat – laskavě, s velkou orientací na potřeby a osobnost klienta.**

“Mrzelo mě, když se ukázalo, že ten personál nechce jít tímhle směrem. Ale ve výsledku mě to asi posílilo, říkala jsem si, že když nepůjdeme tímhle směrem, nic se tady nikdy nezmění, budou všechno negovat. Utvrdilo mě to v tom, že ta změna musí nastat.” (ředitelka domova)

Obměna pracovníků byla pro domov (speciálně vzhledem k pandemické situaci) velmi náročná, ale přinesla ovoce. Společně s využíváním přístupu Namaste vedla ke zlepšení atmosféry v zařízení, kterou minimálně v první polovině projektu popisovali všichni dotazovaní.

*“Došlo k celkovému zlepšení. Uvědomili jsme si, že ti lidi, co to dělat nechtějí, tu nemají co dělat. **Že to chceme dělat jinak. Že jdeme správnou cestou.**”* (pečovatelka – březen 2021)

*“Díky tomu, že tu zůstali jen ti naklonění, je tu takové **naklonění k vlídnosti.**”* (pečovatelka – březen 2021)

*“Mám pocit, že ta směna je lepší. Pečovatelky jsou odpočinutější, můžou vypnout co se děje kolem. Klienti se nebouří, nevztekají, **je tu prostě větší klid.**”* (pečovatelka – březen 2021)

Podle ředitelky domova pomohla změna v kolektivu ke zlepšení vztahu a většímu stmelení pečovatelek, což se pozitivně projevilo během nejtěžších okamžiků pandemie. Ta představovala pro domovy velkou zátěž – na psychiku klientů i personálu, plánování směn a jejich pokrytí za pracovníky, kteří onemocněli, byli v karanténě nebo na ošetřovačce.

*“**Úplně to změnilo charakter Doubravy, připadá mi, že ti, kteří chodí ted' do práce, chodí rádi.** Prověřilo to v kombinaci s tím Covidem u mnohých tu lidskost. Je to velký přínos. Možná by ty projevy nebyly takové, když by Covid nebyl, sešlo se to, nám to ve výsledku pomohlo.*

Ukázalo to lidem, jak je důležitá ta spolupráce a význam té opory.” (vedoucí domova – březen 2021)

Měnil se i přístup pečovatelek ke klientům – díky Namaste jsou vstřícnější a mají více trpělivosti, více respondentů v první vlně rozhovorů na jaře 2021 zmiňovalo příklon k celkovému zpomalování a zklidnění péče a snahu věci klientům více vysvětlovat.

Změna atmosféry v zařízení a větší zakotvení přístupu, který se od potenciálních pečovatelů očekává, pozitivně ovlivnilo nábor nových zaměstnanců. Pro nově nabrané zaměstnance bylo využívání Namaste od počátku menší problém.

“Když jsme se na to začali dívat jinak, začali přibývat zájemci o práci, otočilo se to. Začali chodit empatičtější lidi, ten přístup je zaujal. Je to tou novou atmosférou.” (ředitelka domova Doubrava)

Vnímání dopadu na atmosféru v zařízení se proměnilo v průběhu realizace s tím, jak se začala proměňovat podoba, kterou Namaste v domově mělo. **V druhé fázi projektu byli někteří pracovníci, se kterými jsme mluvili, zklamaní, že počáteční nadšení a atmosféra se vytrácí s tím, jak se ustupuje od skupinových setkávání a zapojování pečovatelů do systematického praktikování metody.** Vedení domova tento odklon od toho, že by na Namaste setkávání a reflexi byl vymezen speciální čas, zdůvodňovalo velkou časovou náročností a tím, že je především třeba zajistit každodenní chod domova.

“Z prvopočátku určitě, různě se to měnilo. Napřed nedůvěra a nechuť a pak dobrý, všichni se smějí. Ted' je to takový opadlý.” (pečovatelka – říjen 2021)

“Ta rodinná pohoda, za kterou jsem byla šťastná, pro mě vymizela. K té změně došlo před létem. “ (pečovatelka – říjen 2021)

“Není podpora z vedení, když jsem unavená, hned se řeší, jestli nejsem vyhořelá. A navíc ne napřímo, ale za mými zády.” (pečovatelka – říjen 2021)

“V úterý dopoledne bude Namaste pro potřebnější klienty, kterou ale budou dělat jenom aktivizační, pečovatelé u toho nebudou. Přijde mi ho hrozně líto, daly jsme do toho hodně energie, vnímám to trochu jako nevděk.” (pečovatelka – říjen 2021)

Po ukončení projektu se zařízení údajně k většímu soustředění na Namaste vracelo, se zaváděním týdnů Namaste atd. Z výstupů kvantitativního šetření se zdá, že to je cesta dobrým směrem, pokud se zařízení snaží o zachování pozitivního dopadu na pečovatele.

Změny v kultuře zařízení – Chodov

Oproti zkušenosti z centra Doubrava je zkušenost pracovníků z domova na Chodově mnohem méně zaměřená na změnu atmosféry a kultury v zařízení. Z rozhovorů s pracovníci i vedením bylo patrné, že Namaste Care uchopili mnohem více jako jednu z dalších metod práce s klientem – další možnost, jak se klientům věnovat, vedle bazální stimulace a aktivizace. V rozhovorech, oproti centru péče Doubrava tak atmosféra nebyla téměř vůbec tematizovaná, i když jsme se respondentů explicitně ptali. Zásadní změnou podle vedoucí jednoho z domovů byla především obměna zaměstnanců, která podobně jako v Doubravě částečně souvisela s Namaste (a dalším paralelně probíhajícím projektem) a náročností pandemie – po tomto období tak v domově zůstali převážně ti, pro které nebyl problém dělat “něco navíc”, což vedoucí hodnotila pozitivně. I tento domov však situace na určitou dobu přivedla do obtížné personální situace.

“Příliš moc změn a příliš moc všeho. Ze začátku nám to trvalo dlouho se z toho vyhrabat, dobrý personál tady opravdu nestojí ve frontách.” (vedoucí jednoho z domovů)

Změny v kultuře zařízení – shrnutí

Připravenost pracovníků na využití metody je velké téma, stejně jako jejich reálné časové možnosti a energie na to věnovat se klientům více do hloubky. Z praxe v domovech se ukazuje, že není vůbec jednoduché docílit toho, aby myšlenku laskavé péče vzal personál za vlastní (jinak než jako teoretický koncept) a uvedl do praxe. Velká náročnost metod jako je Namaste Care na lidskost a empatii pracovníků zvýrazňuje některé z fenoménů, které jsou bohužel sociálním službám v našem prostředí vlastní. **Práce v přímé péči se nedostává takového ohodnocení – finančního, ale ani statusového, aby byla pro většinu lidí zajímavá. Opravdu láskyplná a laskavá péče vyžaduje osobnostní nastavení, které není samozřejmé a kurz pracovníka v sociálních službách (a ani žádné jiné vzdělání) ho nenaučí.** Laskavé péče dalece přesahuje samotné úkony péče a zároveň jsou takové metody práce příliš “měkké” pro jakoukoli formální kontrolu, je proto náročné je plošně rozšířit.

“To Namaste pomáhá odhalit ty měkké věci, které moc nejde měřit a kontrolovat. Kontrola z MPSV nebude zjišťovat, jak moc se pečovatelka usmívá a jak moc je milá na klienty. Žádná kontrola tohle neodhalí, proto se tenhle rozměr péče asi tolik neposouvá.” (členka projektového týmu)

Zjištění, která realizační tým získal během působení v domovech ohledně možností věnovat se Namaste metodě, vedla k zásadnímu přehodnocení advokační linie projektu – ta se zaměřuje především právě na podmínky profesionálních pečovatелů. Tuto myšlenku dále rozvíjí závěrečná kapitola „Proměna advokační strategie na základě průběžných zjištění projektu“.

Jak metoda Namaste Care v zařízení dopadá na pečovatele?

Dopady na pečovatele budeme popisovat pro oba zapojené domovy zvlášť, v závěru budeme diskutovat případné rozdíly. Podoba, jakou Namaste mělo v domovech se poměrně lišila v různých fázích projektu a v jednotlivých domovech. Pro získání kompletního obrazu o realizaci a dopadu jsme prováděli jak kvantitativní, tak kvalitativní šetření v Centru péče Doubrava v době intenzivnější podpory realizačním týmem i po ní a v Domově pro seniory Chodov ve všech třech zapojených domovech (jedná se o větší zařízení, rozdělené do několika poměrně samostatných celků, s vlastní vedoucí, plánováním kapacit atd., kde se podoba praxe Namaste Care rovněž lišila). O jednotlivých domovech na Chodově jsme hovořili i s realizačním týmem, který měl pracoviště rovněž rozdělené.

Dopady na pečovatele v projektu očekáváme několika druhů. Především nás zajímá vnímání spokojenosti s prací – změny ve vnímání náročnosti práce a vyhoření. Pozitivní dopady na spokojenost s prací vychází jednak ze zlepšení atmosféry, ale také z posílení vnímání smysluplnosti péče, kterou sebou Namaste Care přináší. Tyto jevy jsme zkoumali s využitím kvalitativních rozhovorů a kvantitativních dat.

Dopad na pečovatele – Doubrava

V dopadu na pečovatele lze v Doubravě celkem jednoznačně rozlišit dvě fáze projektu – úvodní fázi intenzivního zavádění Namaste a druhý projektový rok, kdy je snaha Namaste promítat spíše do každodenního běhu domova. **Kvantitativní data (viz. níže) zde potvrzují výstupy dat kvalitativních** (opakované polostrukturované rozhovory), **kde v první polovině projektu vnímají všichni respondenti bez výjimky pozitivní posun v atmosféře v zařízení.** Po ukončení intenzivní přítomnosti realizačního týmu v domově, **cca v polovině roku 2021** však dochází k rozkolu mezi vedením a týmem, který měl v zařízení na starost realizaci Namaste. **Speciálně vymezený prostor pro Namaste končí kvůli časové náročnosti, vedení klade důraz na to, aby pečovatelé zahrnovali přístup Namaste care do každodenních činností, což část týmu, která se pro Namaste nadchla, vnímá negativně.** Níže popisujeme chronologický vývoj toho, jak dopadal projekt na pečovatele zařízení.

Zlepšení pocitu z práce zmiňovaly respondentky, které se přímé práci s klienty samy věnovaly. **Péče o klienty je klidnější, ve výsledku jednodušší a pro pečovatele je povzbuzující vidět posun u klientů, u kterých ho nikdo neočekával.**

“Celkově to přináší uklidnění sama sebe. Radost z toho, že člověk, který se normálně neusmívá, tak se směje, aspoň očima. Radost z toho, že můžeš udělat radost.” (pečovatelka – Doubrava)

Pozitivní reakce klientů i malé pokroky, které díky Namaste zvládnou, jsou zároveň nejlepším způsobem propagace metody – pozorování zlepšení stavu klientů je to, co v pečovateli často zlomí počáteční skepsi.

Změna tempa práce, kterou metoda Namaste vyžaduje, umožňovalo i pečovatelkám **na chvíli vystoupit z často hektického tempa domova** a soustředit se na práci s jedním klientem.

“Dělám to kvůli klientům, mě to taky nabudí, ale zároveň je to chvíle odpočinku pro mě, můžu si sednout s tím člověkem, věnovat se jen jemu, užívat si tu hudbu a že nemusím myslet na ten shon na oddělení, taky si při tom odpočinu.” (pečovatelka – Doubrava)

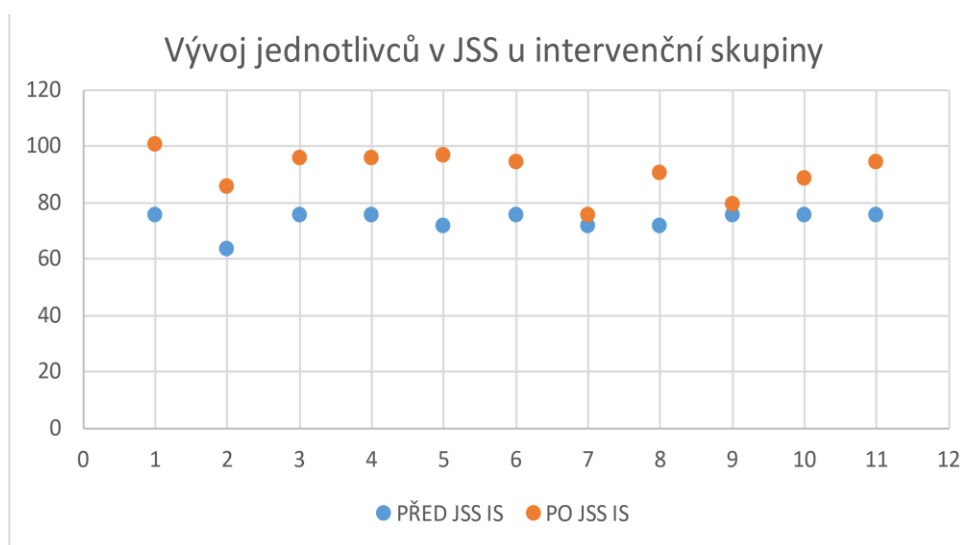
Setkávání pečovatelů k Namaste, v té fázi projektu, kdy ještě probíhalo, zároveň umožňovalo pečovatelkám **sejít se a dát si zpětnou vazbu k práci, zaměřit se i na sebe a své pocity z péče** – společné budování prostředí, kde je možné sdílet své pocity a problémy, pak dál zlepšovalo vztahy mezi zaměstnanci a jejich spolupráci.

“Minule jsme na schůzce mluvili o tom, jak se cítí pečovatelé. Co nám pomáhá, když jsme naštvaní. Bavili jsme se o tom, co to dělá s námi. Nejen s klienty. Pečovatelky se na schůzky těší, dají si kafe, povídáme si, co se stalo.” (pečovatelka – Doubrava)

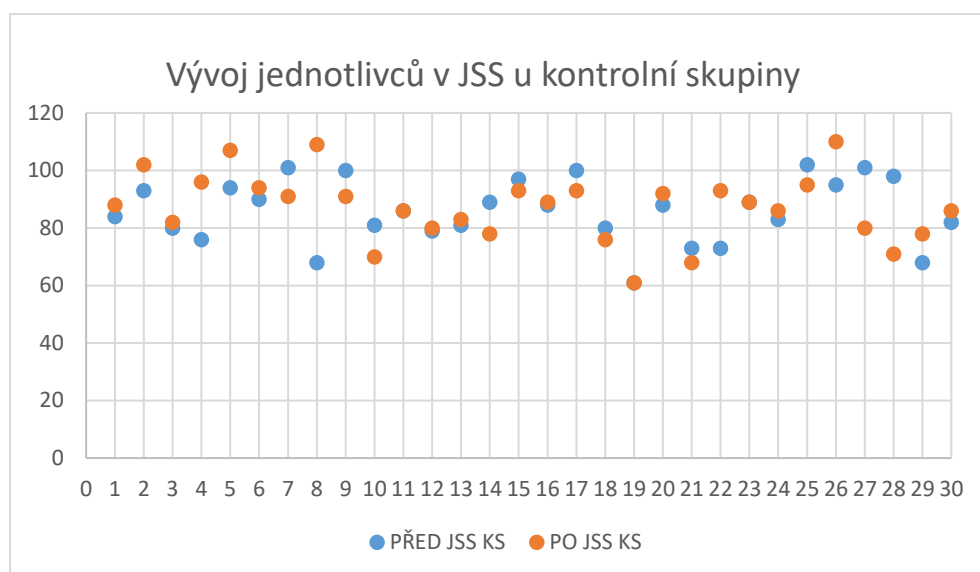
“Hodně se zlepšila komunikace a vztahy mezi pečovateli, lépe spolupracují, umí si říct o pomoc. poděkují si, projeví radost, že jim někdo pomohl.” (ředitelka domova – Doubrava)

Pozitivní dopad Namaste na pečovatele v domově Doubrava v první fázi realizace potvrdilo rovněž kvantitativní šetření. Pozitivní vývoj zachytilo především měření spokojenosti s prací, pro které ve výzkumu využíváme zkrácenou verzi Job Satisfaction Survey dotazníku (viz přílohy) - otázky se týkají vztahů na pracovišti, uspokojení z práce, spokojenosti s odměnou atd. Na grafu 1 níže můžeme vidět, že **v první fázi projektu došlo ke zlepšení výsledku testu u všech dotazovaných pečovatelů v intervenční skupině**. Tento rozdíl je i vizuálně rozeznatelný při pohledu na variabilní vývoj u kontrolní skupiny (graf 2).

Graf 1 Jak se proměnila spokojenost pečovatелů v intervenční skupině v první fázi (více, lépe)?



Graf 2 Jak se proměnila spokojenost pečovatелů v kontrolní skupině (více, lépe)?



Pozitivní dopad metody Namaste na intervenční skupinu v první fázi realizace nám zde může potvrdit i srovnání vývoje intervenční a kontrolní skupiny, které rovněž vychází lépe pro intervenční skupinu. To je ilustrováno v tabulce níže, kdy pro čtenáře je zásadní poslední zvýrazněný řádek, ve kterém je vidět, **že pečovatелé v intervenční skupině mají po intervenci o 15 bodů vyšší spokojenost než pečovatелé v kontrolní, tento rozdíl je zároveň statisticky signifikantní a reprezentuje cca 25 % nárůst oproti stavu před intervencí.**

Výsledek je vypočítán pomocí metody Difference-in-difference a bere v potaz rozdílné původní hodnoty v kontrolní a intervenční skupině vyjádřené koeficientem S. Detailní výstupy statistické analýzy dáváme do přílohy.

Tabulka 1 Jak se změnila spokojenost pečovatелů v prvním roce intervence v IS Doubrava?¹

Více, větší spokojenost	Koeficienty	Chyba stř. hodnoty	t Stat	Hodnota P	Dolní 95%	Horní 95%
Konstanta	86,263	1,712	50,379	0,000	82,862	89,664
T (čas)	2,161	2,512	0,860	0,392	-2,828	7,150
S (místo)	-13,032	3,391	-3,843	0,000	-19,769	-6,296
T*S (DiD)	15,699	5,001	3,139	0,002	5,766	25,632

Předpokládáme, že změna v atmosféře zařízení a v průběhu práce může pozitivně ovlivňovat fluktuaci zaměstnanců.

Dopad na spokojenost pečovatелů v druhém roku realizace projektu již nevykazuje takové zlepšení, jako je patrné na předchozích datech. V celkovém srovnání došlo k malému, statisticky nesignifikantnímu zlepšení o 2,9 bodů, které je v kontextu hodnot, které může test nabývat zcela zanedbatelné. Výsledek nám dal impuls k hlubšímu prozkoumání rozdílu mezi první a druhou fází realizace – zde se pohybujeme v opravdu malých počtech respondentů, je třeba data interpretovat se značnou rezervou, ale mohou sloužit jako dobrý podklad k zamyšlení se o podobě realizace a jejím dopadu na pečovatele (obdobná situace se zároveň ukáže i u dalšího testu níže).

¹ Pro lehčí pochopení pro čtenáře, zde tabulku ve zjednodušené podobě popíšeme. První sloupec ukazuje koeficient pro každou proměnnou. Konstanta nám říká, že pečující průměrně dosáhl 86 bodů, aniž by se bral v potaz vliv dalších proměnných, které je nutné přičíst či odečíst. Čas nám říká, že pečující v měření PO dosáhli v intervenční a kontrolní skupině o 2 body více (ale tento rozdíl je naprosto statisticky nesignifikantní – P hodnota výrazně vyšší než 0,05). Místo nám říká, že pečující v kontrolní skupině měli při měření PŘED o 13 bodů více než pečující v intervenční skupině. DiD je náš hlavní koeficient, který nám říká, že pečující v intervenční skupině dosáhli o 15 bodů více než v kontrolní skupině, když vezmeme v potaz jejich rozdílné hladiny v PŘED měření. Tento rozdíl je statisticky signifikantní (P hodnota je 0,02).

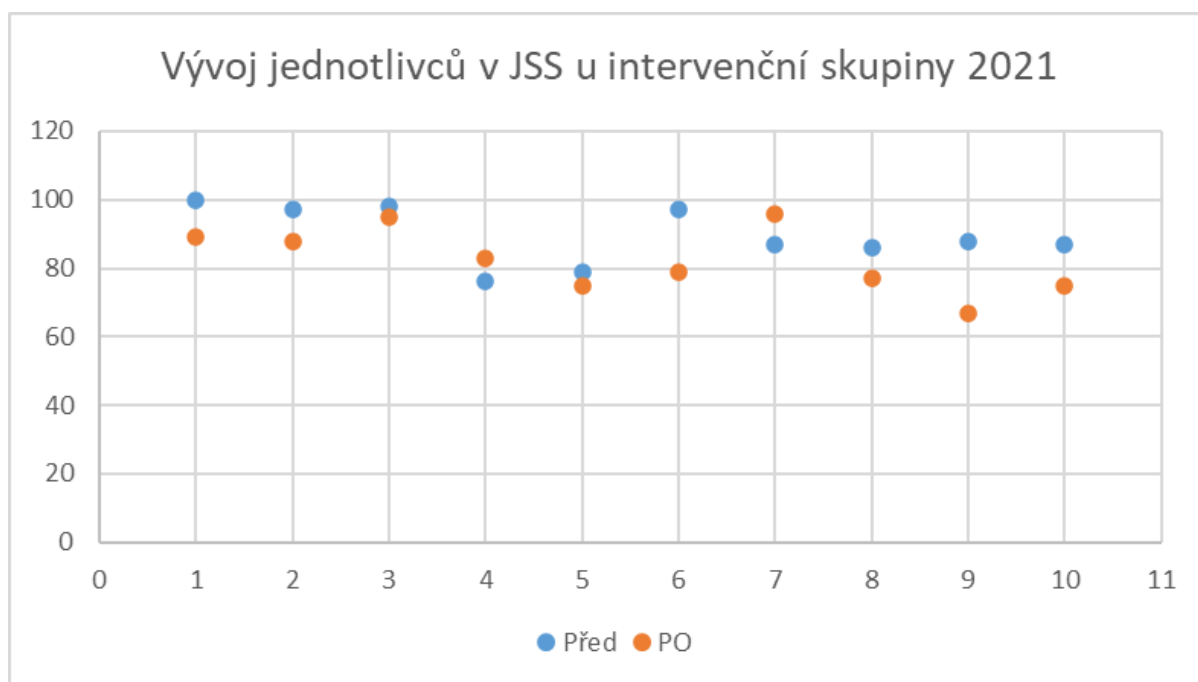
Tabulka 2 Jak se změnila spokojenost pečovatелů mezi intervenční skupinou Doubrava a kontrolní skupinou?²

Více, větší spokojenost	Koeficienty	Chyba stř. hodnoty	t Stat	Hodnota P	Dolní 95%	Horní 95%
Hranice	86,263	1,803	47,845	0,000	82,691	89,835
S (místo)	-4,340	2,829	-1,534	0,128	-9,944	1,264
T (čas)	2,161	2,645	0,817	0,416	-3,078	7,400
T*S	2,868	4,199	0,683	0,496	-5,449	11,185

Pro hlubší pochopení změny ve výsledcích jsme se podívali blíže na to, jak se od sebe lišila první skupina pečovatелů (jejichž data byla zpracována v rámci PEZ) a druhá skupina pečovatелů. I když se jedná o malé počty respondentů, jsou data poměrně zajímavá.

² Pro lehčí pochopení pro čtenáře, zde tabulku ve zjednodušené podobě popíšeme. První sloupec ukazuje koeficient pro každou proměnnou. Konstanta nám říká, že pečující průměrně dosáhl 86 bodů, aniž by se bral v potaz vliv dalších proměnných, které je nutné přičíst či odečíst. Čas nám říká, že pečující v měření PO dosáhli v intervenční a kontrolní skupině o 2 body více (ale tento rozdíl je naprosto statisticky nesignifikantní – P hodnota výrazně vyšší než 0,05). Místo nám říká, že pečující v kontrolní skupině měli při měření PŘED o 13 bodů více než pečující v intervenční skupině. DiD je náš hlavní koeficient, který nám říká, že pečující v intervenční skupině dosáhli o 15 bodů více než v kontrolní skupině, když vezmeme v potaz jejich rozdílné hladiny v PŘED měření. Tento rozdíl je statisticky signifikantní (P hodnota je 0,02).

Graf 3 Vývoj spokojenosti pečujících v druhé části intervenční skupiny (více, lépe).



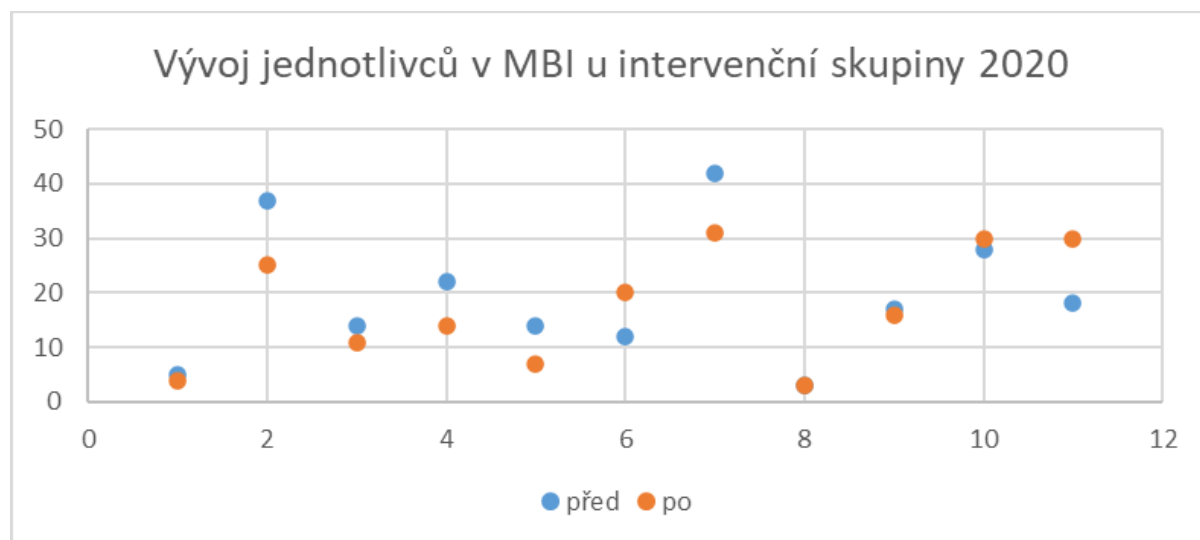
Z porovnání graf č. 1 a 3 můžeme vidět, že v první fázi realizace se naprostá většina pečujících výrazně zlepšila, druhý graf ukazuje mnohem menší vývoj, který je zároveň u některých respondentů záporný. Pro kontext můžeme ještě blíže prozkoumat, jak se vyvíjel průměr hodnoty testu. V počátku realizace byla průměrná hodnota JSS 73,8 bodů, ta se během půl roku měření zvedla na 91 bodů. Průměr vstupního měření u druhé skupiny respondentů je 89,5 bodů (tedy svou spokojenost s prací hodnotí velmi podobně, jako předchozí skupina – evidentně došlo k nějakému posunu, který pracovníci vnímali). Po půl roce je průměrná hodnota JSS druhé skupiny 82,4 bodů - tzn. stále výrazně více, než před počátkem intervence jako takové, ale zároveň méně než v případě první skupiny.

Dopady Namasté na pečující zkoumáme i skrze upravenou Maslachovu škálu vyhoření (MBI). Její vyhodnocení se provádí po třech rozdílných dimenzích (emoční náročnost, uspokojení z práce a pocit depersonifikace v práci s klienty). **Poslední dvě zmíněné dimenze se ve statistické analýze ukázaly jako velmi stabilní a nešlo u nich pozorovat výrazné rozdíly mezi intervenční a kontrolní skupinou. Zajímavý výsledek můžeme pozorovat v případě dimenze emoční náročnosti práce.**

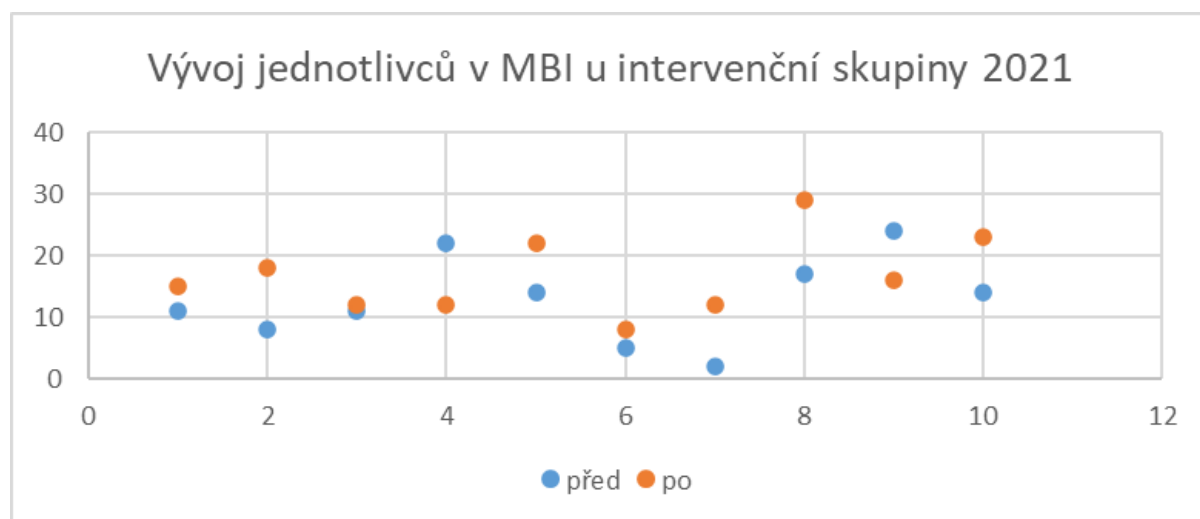
Intervenční skupina hodnotí tuto dimenzi o 4,5 bodů hůře než kontrolní skupina, nejedná se však o statisticky signifikantní rozdíl (je však zajímavé ho pozorovat blíže i vzhledem k tomu, že průměrná hodnota tohoto ukazatele v obou skupinách je 16 bodů – v tomto kontextu se jedná o poměrně velkou změnu). Jde zároveň o jediný výrazný rozdíl, který měření ukázalo v jakékoliv dimenzi nástroje v obou zapojených domovech a zároveň se znovu jedná o rozdílný výsledek, než vycházel v datech použitých v PEZ. Rozhodli jsme

se proto podívat znovu na výsledky blíže abychom zjistili, jestli najdeme paralely s vývojem JSS.

Graf 4 Vývoj emoční zátěže pečujících v první části intervenční skupiny (více, hůře).



Graf 5 Vývoj emoční zátěže pečujících v druhé části intervenční skupiny (více, hůře).



Při pohledu na grafy se nejedná o na první pohled tak jasný rozdíl, jako v případě JSS, je třeba navíc brát v potaz, že vyšší výsledek = horší výsledek a větší emoční zátěž. Můžeme zde ale rovněž sledovat určitý trend (i když znovu pouze na malém vzorku respondentů). Počáteční hodnota emoční zátěže byla u první skupiny 19,3 bodů, během půl roku se zlepšila na 17,4 bodů. Druhá skupina začínala na velmi nízké hodnotě 12,8 bodů, mezi měřeními se zhoršila na 16,8 bodů. V první fázi tak došlo k malému zlepšení, v druhé k trochu většímu zhoršení výsledku.

Během druhého roku realizace projektu Namaste Care bylo setkávání k metodě méně časté, proměnil se i způsob, jakým byla metoda aplikovaná (částečné ustoupení od skupinového Namaste atd.). **V rozhovorech někteří respondenti uváděli, že je Namaste věnována**

menší pozornost, ze setkávání ve skupinách byla zrušena, prvky a myšlenka Namaste se promítnutá především do každodenní péče a intenzivní aplikaci metody se věnují jen aktivizační pracovnice. V době závěrečných rozhovorů to některé z pracovnic evidentně mrzelo.

“Co se týče Namaste, vnímáme to všechny pořád stejně, pozitivně, měly bychom se tak pořád ke klientům chovat. Když jsme sem přišly, tak se to tu začalo zavádět, bylo to super, vyhovovalo nám to. Teď jsme z toho trochu zklamané, jak to dopadlo.” (pečovatelka – Doubrava)

Výsledky naznačují, že pozitivní dopad na pečující, který jde dále než jen k pocitu, že dokáží lépe pečovat o klienty, mohl být více navázaný na čas, který personál domova společně Namaste věnoval – umožňuje více prostoru pro sdílení zkušenosti a vzájemnou podporu. V tomto směru je dobrou zprávou, že v závěru projektu v rozhovorech respondenti zmiňovali, že se v zařízení vyhradit Namaste celé větší bloky času (týdny Namaste), bylo by dobré, aby byly doprovázené zároveň nějakou reflexí zkušeností v kolektivu pečovatelek a aktivizačních pracovnic, jedná se evidentně o oblast, o kterou je třeba rovněž pečovat.

“Aktivizační přišly nově s tím, že bychom udělali třeba týden Namaste. Celý týden bude celá Doubrava žít určitými prvky Namaste. Ne jako terapie, ale jako ten přístup. Chceme si to vyzkoušet napříč všemi profesemi.” (ředitelka – Doubrava)

Pečovatelé v rozhovorech i v druhém roce realizace stále velmi pozitivně hodnotí přínos v zastavení se s klientem, zpomalení a obrácení pozornosti ke klientovi, jako ke komplexní osobnosti. Pečovatelé mají zároveň radost ze zpětné vazby klientů a toho, že je začínají vnímat jinak.

“Mění to vztah i klientů ke mně – jak se jim víc člověk věnuje, dotýká, tak ty lidičky si vás víc oblíbí. Myslím, že nás poznali z takového lidštějšího hlediska, nejen z té profesionální stránky.” (pečovatelka – Doubrava)

Dopad na pečovatele – Chodov

Menší orientace na určitou “hodnotovou” a reflektivně zaměřenou část metody Namaste Care je patrná i v odpovědích pracovníků DS Chodov ohledně jejich pocitů z praktikování metody a jejích dopadů na ně samotné. Z rozhovorů s pečovatelkami šlo vycítit, že v případě, kdy Namaste není v domově silně přítomno jako téma (a je vnímáno „pouze“ jako metoda práce s klienty), je pro pracovníky pravděpodobně mnohem obtížnější hodnotit a popisovat tyto druhy dopadu – orientace je opravdu primárně na klienta, jeho kvalitu života a způsob poskytování péče. **Naprostá většina pozitivních dopadů na pečovatele, o kterých**

respondenti mluvili tudíž byla stejně orientovaná na zlepšení schopnosti vykonávat péči o klienty lépe.

Vzhledem k tomu, že ve větším z domovů byla metoda šířena mezi pečovatele jiným způsobem, kdy se společných setkání s realizačním týmem zúčastnili pouze zástupci jednotlivých oddělení domova, kteří poznatky dále předávali, **pečovatelé zde nemají takovou zkušenost se společnou reflexí a sebezkušenostní pod vedením realizačního týmu.**

V rozhovorech byla v dopadech **zmiňována především lepší schopnost vidět klienta jako komplexního člověka**, dvě pečovatelky zmiňovaly vytvoření prostoru pro klidnou práci s jedním klientem, možnost se s ním “někam zašít” a plně se mu věnovat.

„Soustřeďovali jsme se přímo na toho klienta. My jsme si to vychutnali, že se tam člověk zklidnil u toho klienta. A věděl, že nikdo na něj nebude křičet: „Kde jsi?!““ (pečovatelka – Chodov)

“Ale jsou pečovatelé, kteří za klientem nevidí člověka, prostě už ho nevidí. A potom, když se to všechno pospojuje, ať už je to životní příběh, Namaste nebo reminiscence, tak i ten horší pečovatel za tím klientem začíná vidět člověka. A to je ten základ.“ (vedoucí jednoho z domovů – Chodov)

V rozhovorech zmiňovaly pracovnice zařízení i určitou symbolickou rovinu Namaste – **větší pocit profesionality pečovatelek** díky využívání nějaké pojmenované metody, i když praxe samotná z jejich pohledu byla složená z pro ně známých prvků.

“I pro pečovatele je příjemnější říct to odborně, než „Jdu ho natřít“, že jdu dělat Namaste. Že to má odbornej název, tak to zvyšuje kompetenci toho pečovatele pro něj samotného.“ (pečovatelka – Chodov)

Na důležitost pojmenování a prezentace metody jsme narazili v rozhovorech v domově na Chodově vícekrát, v poměrně překvapivé (ale z hlediska šíření metody pravděpodobně poučné) konotaci – respondenti mluvili o tom, že na ně metoda působila v úvodu příliš “sluníčkově” a “americky” - v praxi jim pak obsah dával smysl a vnímali ho pozitivně, ale rámování a název metody jim přišly zbytečně odcizující.

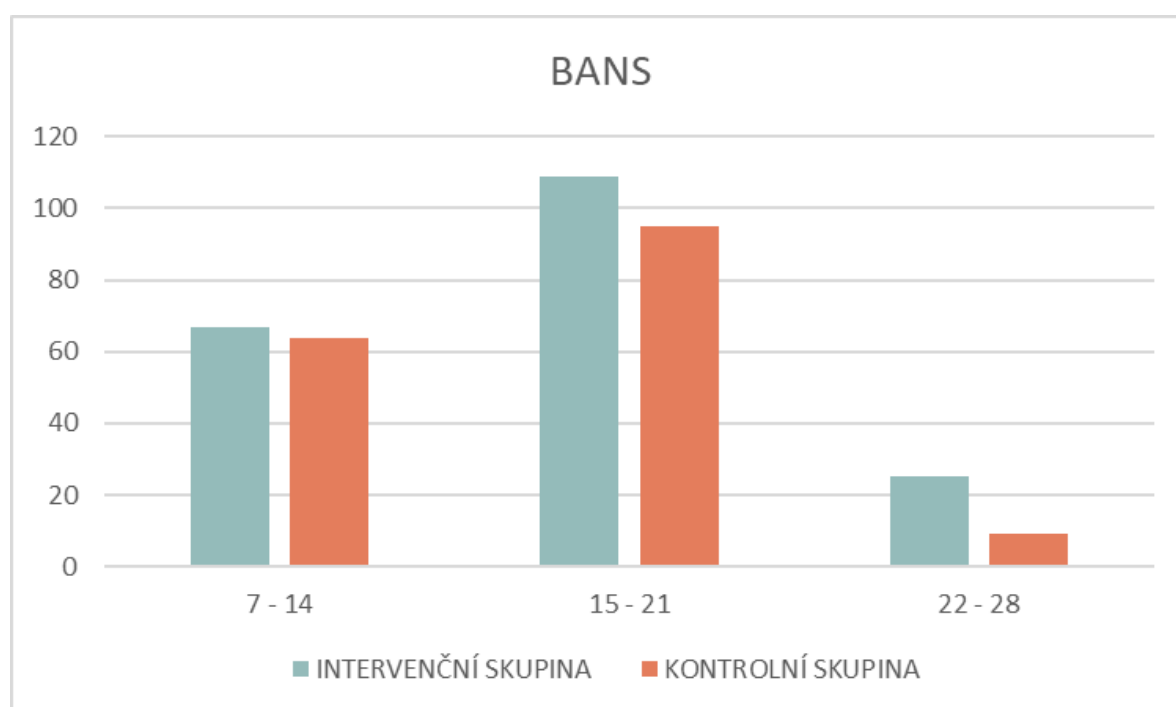
V kvantitativních ukazatelích nedošlo k žádným podstatným změnám ani u jednoho z testů (viz přílohy), u obou se jedná o posun maximálně dvou bodů, což je vzhledem k hodnotám, které může test nabývat naprosto bezvýznamný pohyb, výsledek je navíc statisticky nesignifikantní.

Jak metoda Namaste Care v zařízení dopadá na klienty?

V domovech jsme se rozhodli kvantitativně sledovat některé aspekty života klientů, na které by Namaste Care mohlo mít pozitivní vliv a analýzu dat doplnit rozhovory s personálem, který se o klienty stará. Vstupní dostupná data za intervenční skupinu máme za 119 klientů (61 Chodov, 58 Doubrava), za kontrolní 103 klientů. Kompletní data máme za 82 klientů (44 Chodov, 38 Doubrava) a za kontrolní skupinu 65 klientů.

Pro představu, o jakých klientech dále hovoříme se můžeme podívat na to, jak vypadá složení klientů podle soběstačnosti. U indexu BANS celkově nepředpokládáme velké změny, většina dimenzí testu je zaměřená na aspekty života klientů, které jsou poměrně stabilní.

Graf 6 Jak soběstační jsou klienti intervenční a kontrolní skupiny (více, hůře)?



BANS test dělí klienty do tří skupin podle míry soběstačnosti.

7-14 - vysoká míra soběstačnosti

15-21 - střední míra soběstačnosti

22-28 - nízká míra soběstačnosti

V datech vidíme, že intervenční i kontrolní skupina jsou, co se do soběstačnosti klientů týká, velmi podobné. Podobně velká část klientů v obou skupinách spadá do kategorie vysoké soběstačnosti, podobně velká část do skupiny střední soběstačnosti – ta je ale víc zastoupena v kontrolní skupině. Oproti tomu je v intervenční skupině větší počet klientů s nízkou soběstačností.

Pozitivní dopad Namasté na klientech lze pozorovat za pomoci měřicí škály Kvality života v pozdním stadiu Alzheimerovy choroby (QUALID).

Klienti v **intervenční skupině Doubrava** jsou na tom v průměru o **1,7** bodu lépe, než kontrolní skupina, výsledek však není statisticky signifikantní. V případě **intervenční skupiny Chodov** můžeme vidět **významnější zlepšení - v porovnání s kontrolní skupinou vychází klienti v QUALID testu o 3,8 lépe**, výsledek je statisticky signifikantní na 5% hladině významnosti. Pro představu - výsledek testu může nabývat hodnot 11 - 55, celkem obsahuje test 11 položek se škálou 1 - 5. Zlepšení o cca 4 body může vypadat například jako posun klienta ve dvou dimenzích (smích, užívání jídla), z *“Usmívá se pouze v reakci na externí událost, nejméně jednou denně.”* -> *“Usmívá se spontánně jednou nebo vícekrát každý den.”*; *“Užívá si jídlo výjimečně nebo nikdy.”* -> *“Užívá si jídlo alespoň jednou denně.”* **Pokud bychom porovnávali výsledky za celou intervenční skupinu dohromady, došlo ke zlepšení o 2,9 bodů, výsledek ale rovněž není statisticky signifikantní.**

Tabulka 3 Jaký je vývoj kvality života klientů v intervenční skupině Doubrava?

Více, nižší kvalita života	Koeficienty	Chyba stř. hodnoty	t Stat	Hodnota P	Dolní 95%	Horní 95%
Hranice	19,340	0,725	26,685	0,000	17,913	20,767
S	2,143	1,207	1,775	0,077	-0,235	4,521
T	2,476	1,165	2,125	0,035	0,181	4,770
T*S	-1,721	1,927	-0,893	0,373	-5,516	2,073

Tabulka 4 Jaký je vývoj kvality života klientů v intervenční skupině Chodov?

Více, nižší kvalita života	Koeficienty	Chyba stř. hodnoty	t Stat	Hodnota P	Dolní 95%	Horní 95%
Hranice	19,340	0,686	28,207	0,000	17,990	20,690
S	1,693	1,124	1,506	0,133	-0,520	3,906
T	2,476	1,102	2,246	0,026	0,305	4,646
T*S	-3,849	1,763	-2,183	0,030	-7,321	-0,378

Tabulka 5 Jaký je vývoj kvality života klientů v intervenční skupině?

Více, nižší kvalita života	Koeficienty	Chyba stř. hodnoty	t Stat	Hodnota P	Dolní 95%	Horní 95%
Hranice	19,340	0,738	26,216	0,000	17,889	20,790
S	1,912	1,008	1,898	0,059	-0,069	3,894
T	2,476	1,186	2,087	0,038	0,143	4,808
T*S	-2,874	1,600	-1,796	0,073	-6,021	0,273

Vývoj agrese a zneklidnění za pomoci **Škály Cohen-Mansfieldové (CMAI)** se ukázal mírně pozitivní v jednotlivých intervenčních skupinách, v celku v podstatě nulový a ve všech případech zároveň výrazně nesignifikantní. **Nástroj nemusí být pro měřenou intervenci dostatečně citlivý, což ukazuje i rozdělení hodnot, na stobodové škále dosahuje téměř 90 % klientů výsledku 50–20 bodů.**

Tabulka 6 Jaký je vývoj agresivity a zneklidnění klientů v intervenční skupině?

Více, vyšší neklid	Koeficienty	Chyba stř. hodnoty	t Stat	Hodnota P	Dolní 95%	Horní 95%
Hranice	31,612	1,162	27,194	0,000	29,326	33,898
S	2,220	1,588	1,398	0,163	-0,902	5,343
T	-1,289	1,869	-0,690	0,491	-4,964	2,386
T*S	-0,153	2,522	-0,061	0,952	-5,112	4,806

Dopady na klienty byly popisovány poměrně různorodé – především v druhé půlce projektu, kde intervence začala i ve druhém zařízení na Chodově - zde v praxi využívání metody nabývá velmi různých podob (např. skupinové Namaste v zahradě domova), liší se jednotlivý domov od domova, dopady metody se také hodně liší podle toho, jací klienti byli pro Namaste vybráni.

Přesto lze z rozhovorů s pečovatelkami a sociálními pracovníci vyčíst, že pozitivní vliv na klienty metoda Namaste prokazatelně má. **Nejčastěji bylo zmiňované zklidnění** (zklidnění

můžeme vidět na všech úrovních, které pozorujeme v domovech – s Namaste v praxi přichází zpomalení péče, to vede k uklidnění klientů a následně pečovatelů). Pokud se metoda rozvíjí i na úrovni zařízení a jeho hodnot a provozu, můžeme ve výpovědích pečujících vnímat zklidnění i na úrovni celého zařízení.

“Všichni jsme zpomalenější, odráží se to na klientech – dřív když bylo všechno rychlejší, to patro rezonovalo takovým neklidem, i ty klienti, odráželo to chování toho personálu.”

(ředitelka domova – Doubrava)

Další ze změn, která byla personálem vnímaná jako zásadní je **zlepšení komunikačních schopností klientů** – je potřeba mít na paměti, že se jedná často o osoby se značně pokročilým stupněm ACH nebo jiných podobných onemocnění, kteří často nekomunikují vůbec. Jakýkoli posun k lepšímu je dobrá zpráva, protože pečovatelům může výrazně pomoci pochopit potřeby klienta, na které mohou adekvátně reagovat. Dál byla u klientů zmiňovaná **lepší nálada, zvýšení zájmu o svět okolo.**

“Mám klientku, která do teď moc nekomunikovala ale teď začala, začala vycházet z pokoje, naučila se chodit vždycky do kavárny, začala luštit křížovky – to nás nikoho nenapadlo, že by se mohlo stát. Je to obří rozdíl.” (pečovatelka – Doubrava)

„Poslední dobou vidím u lidí, kterým jsme dělali Namaste často, že mi začali podávat ruce, iniciativně jako první. Z toho jsem byla překvapená. Že to přineslo nějaký výsledek, zpětnou vazbu.“ (pečovatelka – Chodov)

“Díky Namaste i ti, kteří nekomunikovali začali aspoň jednoslovně komunikovat, to předtím vůbec nebylo. Schopnost projevu, asi i naladění – jsou méně uzavření, apatičtí, změnil se ten nadhled. Začali se i usmívat, u některých se třeba mění i chuť k jídlu, neodmítají tu péči.”

(ředitelka domova – Doubrava)

Podle pečovatelů je třeba přemýšlet o Namaste jak v rovině dlouhodobých dopadů - např. právě získání komunikačních dovedností apod., tak ale i z pohledu **potěšení pro klienta tady a teď, něco, na co se klienti mohou těšit.**

“Krátkodobě potěšení, zklidnění, radost z toho, že jsou důležití a že se k nim někdo chová laskavě.” (pečovatelka Doubrava)

“Klienti se hrozně těší, říkají, že to bylo příjemné, ptají se, kdy to bude zase. Pečovatelky už vědí, co na koho platí – někdo má rád masáž zad, jiný česání. Mají to jako by přišli ke kadeřnici nebo na pedikúru.” (pečovatelka – Doubrava)

„...protože v ten moment vy poznáte, jestli se mu to líbí, nelíbí, že se mu vtíráte jakoby do kůže tomu člověku mile, nebo jak bych to řekla. Rád vás vidí, a i pak v tý běžný péči.“

(pečovatelka – Chodov)

“Paní u nás byla dva měsíce a vzali jsme ji ven. A najednou řekla, že cítí vítr. Mě vůbec nenapadlo, že tím, jak byla x let zavřena po různých zařízeních, že taková běžná věc, jako je vítr... Byla strašně nadšená, vyprávěla nám o tom asi 14 dní, že cítí ten vítr. Přitom nikdy neřekla, že by chtěla ven.” (ředitelka jednoho z domovů – Chodov)

Okamžitý dopad je možné jasně rozpoznat a přisoudit využívání metody Namaste, u dopadů dlouhodobějších může krom Namaste synergicky působit víc vlivů (kvalitní péče jako taková, aktivizace atd.)

Z průběhu realizace rovněž vyplývá, že je třeba poskytování Namaste opravdu poctivě přizpůsobovat potřebám a limitům klientů – ne každý musí nutně benefitovat hned v začátku z intenzivní práce, klientům může delší dobu trvat, než si na přístup zvyknou.

“Na další klientku se ze začátku nedalo ani sáhnout, začínala jsem s tím vždycky jen jednou za týden, po mytí, dávala jsem tomu třeba hodinu a začali jsme to zkoušet při té koupeli, postupně si na to zvykla. Je to taková ráznější paní, ukřičená, ale pak je třeba zbytek dne zklidněná.” (pečovatelka – Doubrava)

Pro rodiny odpovídá využívání Namaste care představě o tom, jak má péče o blízkého vypadat, část z nich podle respondentů vnímá takovou péči jako standard a na využívání metody tudíž neměli žádný vyhraněný názor. Rodiny, které si všímaly změn v chování blízkých samozřejmě hodnotily situaci velmi pozitivně. I když pro ně vždy nemusí být změny chování klientů tak jasné, jako pro personál, který je vidá každý den, oceňují ochotu a vstřícný přístup pečovatelk.

“Za klientkou přišla jednou rodina během Namaste, připojili se k nám, pracovala jsem normálně jako vždycky, natáčeli si nás, plakali a děkovali za to, že ji takhle vůbec neznají.”

(pečovatelka – Doubrava)

Pozitivní dopady by metoda měla mít nepřímo i na klienty, kteří nejsou přímo zařazení do intervence a není jim Namaste přímo poskytováno. **Zlepšení atmosféry zařízení, lepší nálada pečovatelek a povzbuzení v citlivějším přístupu při péči dopadají pozitivně na i na ostatní klienty.**

Dopady Namaste Care na klienty jsme zkoušeli sledovat rovněž pomocí mapování vývoje medikace. Ze zahraničních studií víme³, že Namaste může mít pozitivní dopad na snižování

³ Janet Fullarton, Ladislav Volicer; Reductions of Antipsychotic and Hypnotic Medications in Namaste Care, JAMDA – The Journal of Post-Acute and Long-term Care Medicine (2013)

medikace klientů s ACH. Předpokládali jsme, že může docházet ke zlepšení stavu klienta, který se může projevit na snížení dávek léků, které potřebuje pro zvládnání svých obtíží.

V centru péče Doubrava jsme vyhodnocovali data dvaceti osmi vybraných klientů, kteří se do intervence zapojili v její první fázi, z tohoto vzorku byla dostupná vstupní i závěrečná data o medikaci u dvaceti (úmrť) - jedná se přibližně o polovinu klientů, u kterých máme k dispozici vstupní i výstupní měření. V druhé intervenční skupině jsme vybrali podobnou část vzorku klientů a výsledky porovnávali, v kontrolní skupině jsme vybrali stejný počet případů ke srovnání. V analýze jsme se zaměřili na léčiva ze skupiny *antipsychotik, analgetik, hypnotik, léčiv na demenci a anxiolytik/antidepresiv*.

Tabulka níže uvádí tendence ve vývoji medikace u intervenční skupiny v Centru péče Doubrava. Změny medikace u vybraných klientů se nijak nedotkly analgetik a hypnotik, ty tedy v tabulce zcela chybí. V tabulce označují zelená mínus snížení medikace, červená plus její zvýšení, 0 žádnou změnu v medikaci. Můžeme vidět, že ke zlepšení ve více než jednom druhu léčiva došlo jen u jednoho klienta, u dalších osmi došlo ke snížení u jednoho druhu medikace u některých zároveň ke zvýšení jiných. Ke zvýšení dávky nebo novému nasazení léku došlo u šesti klientů. K jakékoli změně došlo celkem u 13 klientů. Nejčastěji docházelo ke snižování léčiv na demenci (4 případy), navyšovaly se nejčastěji léky z kategorie anxiolytik a antidepresiv.

Tabulka 7 Jak se změnila medikace klientů intervenční skupiny Doubrava?

Antipsychotika	Léky na demenci	Anxiolytika, antidepresiva
		+
	-	
	-	+
+		+
		-
		- +
-	-	-
+		

	-	
-		
	-	+
+		-
		-

Podobné porovnání jsme provedli u stejného počtu klientů v kontrolní skupině se zjištěním, že u nich nedošlo k žádnému posunu v medikaci – ani ke snížení, ani ke zvýšení. Na základě tohoto zjištění vyvozujeme, že skupiny nejde příliš porovnávat, předpokládáme, že každý z domovů má jiný přístup k zavádění / rušení medikace klientů.

Pro potvrzení této domněnky jsme porovnali změny v medikaci u klientů, kteří se zapojili do intervence v Domově pro seniory Chodov, kde jsme náhodně vybrali stejně velký vzorek klientů jako v Doubravě. U těchto klientů nedošlo k téměř žádnému posunu směrem ke snížení medikace, především ve skupině analgetik. K ubrání léčiv došlo u jednoho klienta, zvýšení dávky nebo přidání léčiva došlo u devíti klientů.

Tabulka 8 Jak se změnila medikace klientů intervenční skupiny Chodov?

Antipsychotika	Analgetika	Hypnotika	Léčiva na demenci	Anxiolitika/antidepresiva
	+			
	+			
	+			

	+			
+				-
	+		+	
	+			
				+
				+

Je poměrně obtížné z dat o medikaci vyvozovat silné závěry o dopadu využití právě Namaste metody oproti určité kultuře zacházení s medikací v domově. Můžeme říct, že na základě porovnávaných dat docházelo k častějšímu snižování medikace v intervenční skupině Doubrava, kde šesti klientům ze vzorku byla medikace snížena bez toho, aby byly navýšeny jakékoli další léky – u třech z nich došlo k opravdu velkým posunům i v

jiných indikátorech našich měření (především v měření neklidu a agrese), u dvou byly některé z indikátorů mírně vyšší, jiné mírně nižší. U dalších docházelo ke kombinaci snižování a zvyšování léků, které nejsme schopni vyhodnotit, ani podpořit dalšími indikátory – docházelo k mírným zvyšováním a snižováním hodnot u různých testů.

V kontrolní a intervenční skupině na Chodově docházelo k výrazně menším změnám obecně, v případě intervenční skupiny se jednalo především o navyšování léků proti bolesti, úzkosti a depresi.

Praxe ve změnách medikací je očividně v obou domovech rozdílná. Domov pro seniory Chodov má navázaného vlastního pracovníka – farmakologa, který pravidelně v domově přehodnocuje s praktickým lékařem medikace klientů – překryvy medikace, nadmedikovanost nebo podmedikovanost. Lze předpokládat, že změna medikace v důsledku Namaste Care by byla snáze podchytilná, pokud by přehodnocení medikace přímo navazovalo na zapojení klienta do projektu a pravidelné absolvování Namaste Care. V Centru péče Doubrava dochází každý týden do zařízení psychiatricka, která zvažuje změnu medikace u klientů, kde praktický lékař zaznamená změnu stavu.

Jednoznačné vyhodnocování změn v medikaci je z našeho pohledu náročné především proto, že se jedná o téma mimo naši expertizu – pro laika nemusí být vždy jasné, co reálně znamená vysazení jednoho léku, ale zavedení druhého stejné kategorie (třeba s jiným množstvím účinné látky). Stejně tak nejsme schopni vyhodnotit, co o klientově stavu vypovídá vysazení jednoho typu léků (např. léků na demenci) a nasazení jiných léků (např. antidepresiv). **Z dostupných dat se však zdá, že minimálně v pozorovaném období u části klientů ke snižování medikace došlo – je však obtížné ji navázat na změny měřené v rámci projektu.**

Namaste Care v domácí péči

„Důraz je kladen na opečovávané, nikdo se nezajímá o pečující – pečovat o blízkého je povinnost.“

Jak Namaste v domácí péči zkoumáme?

Dopad využívání metody Namaste Care (a projektových aktivit jako celku) u domácích pečujících a jimi opečovávaných zkoumáme s využitím smíšeného výzkumného designu – kombinací měření pomocí několika standardizovaných měřících nástrojů (které za sebe i opečovávané vyplňují pečující) s hloubkovými rozhovory s neformálními pečujícími (tedy obdobně jako v případě formálních pečujících v zařízeních).

Dopad na opečovávané měříme v několika různých rovinách, ve kterých předpokládáme (na základě zahraničních výzkumů a zkušeností s využíváním metody)⁴ možnou změnu. Využíváme k tomu totožné nástroje jako u klientů zařazených do projektu v zařízeních, i zde jsme některé z nástrojů upravovali a zkracovali na základě pilotáže.

- *Bedford Alzheimer Nursing-Severity Scale - Bedfordská škála soběstačnosti pacientů s Alzheimerovou chorobou (BANS-S)*
- *Quality of life in late-stage dementia – Kvalita života v pozdním stadiu Alzheimerovy choroby (QUALID)*
- *Cohen-Mansfield Agitation Inventory – Škála Cohen-Mansfieldové pro měření zneklidnění a agrese (CMAI)*

Dopady na domácí pečující měříme s využitím nástrojů pro měření subjektivního vnímání zátěže na jedné straně a pozitivních dopadů pečování na straně druhé:

- *Positive Aspects of Caregiving – Pozitivní aspekty péče*
- *Zaritova škála zátěže*

V měření dopadu vzdělávání neformálních pečujících vnímáme stejné limity, jako v případě domovů, i zde byla výsledná podpora části pečovatelů méně intenzivní a předpokládáme, že domácí péče je tak náročná, že k citelnému snížení zátěže pečujících by musel nastat zásadní pozitivní posun ve stavu opečovávaného, který v měřeních není patrný.

Úvodní (pre) měření u neformálních pečujících probíhalo vždy na prvním skupinovém setkání, původně pomocí papírových dotazníků, které jsme poté převáděli do elektronické podoby. Závěrečné (post) měření pak probíhalo buď na závěrečných setkáních (v případě skupiny 1. nebo prostřednictvím elektronického dotazníku, který jsme pečujícím distribuovali mailem (v případě všech dalších skupin, které ukončovaly setkávání v době pandemie/ sešly se pouze jednou nebo pouze párkrát oproti plánu), vždy s odstupem cca 6 měsíců od úvodního měření. Sběr dotazníků se kvůli průběžným změnám a odpadávání účastníků poměrně komplikoval, ve výsledku **máme k dispozici pro analýzu vstupní data 34 účastníků vzdělávání, kompletní data od celkem 20 osob.**

Zároveň probíhal sběr dat u kontrolní skupiny neformálních pečujících. I ten byl vzhledem k nemožnosti setkávat se výrazně ztížený, vzhledem k tomu, že se konal jen zlomek akcí, na

⁴ Beverley A. Manzar, CQSW, DSW, RMA and Ladislav Volicer, MD, PhD; Effects of Namaste Care: Pilot Study, American Journal of Alzheimer's Disease (2015)

kterých jsme původně plánovali respondenty rekrutovat – Covidová doba dopadla negativně na ochotu pečujících participovat v podstatě na jakémkoli vzdělávání, nejen na kurzech Namaste Care. Oslovování respondentů probíhalo jednak přes jiné kurzy pro pečující o blízké s ACH, v okolí a poté, co se těmito způsoby nepodařilo sehnat dostatečné množství respondentů, také přes skupiny zaměřené na podporu pečujících a svépomoc na Facebooku. **Celkově máme za kontrolní skupinu k dispozici vstupní data u 36 osob a kompletní data (tj. i data výstupní) 20 osob.**

Dopad na pečující, opečovávané a jejich vzájemný vztah zjišťujeme rovněž pomocí hloubkových polostrukturovaných rozhovorů – v průběhu projektu jsme provedli rozhovory s celkem čtyřmi pečujícími, kteří kurzem prošli v různých fázích realizace. Tyto rozhovory doplňují rovněž rozhovory s realizačním týmem, které se v průběhu projektu několikrát opakovaly. Rozhovory proběhly vzhledem k omezeným možnostem setkávání se online, prostřednictvím aplikací Zoom či google meet. Následně byly přepsány a analyzovány s využitím přístupu tematické analýzy. Informace získané z rozhovorů s pečujícími doplňujeme rovněž poznatky z kulatého stolu s domácími pečujícími, konaného v rámci projektu, kterého se zúčastnila rovněž část pečujících, jenž kurzem prošla.

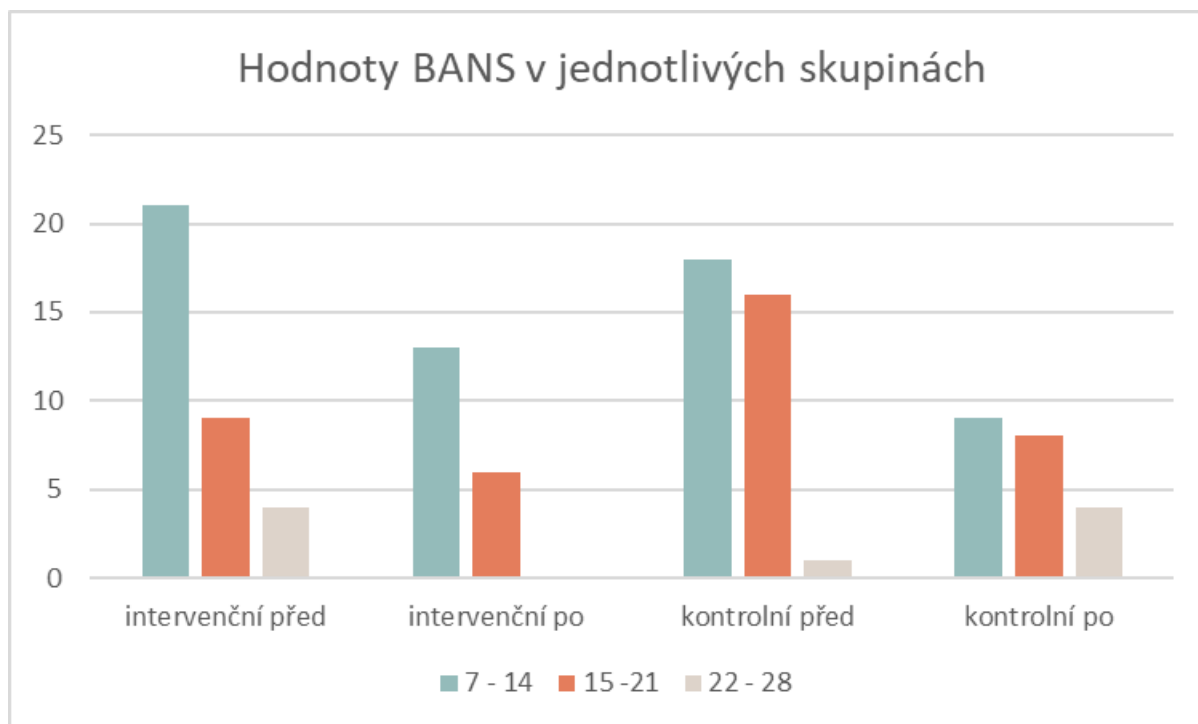
Jak metoda Namaste Care dopadá na klienty v domácí péči?

Podoba podpory neformálních pečujících se v realitě projektu výrazně liší od původního plánu a zároveň se měnila v průběhu realizace. Kvůli pandemii byla část běhů kurzů krácena, na pozdějších bylo přítomno výrazně méně pečujících, kteří v průběhu odpadávali, do podoby šesti setkání ve skupině se školení pro pečující již nevrátila. Blíže situaci popisují úvodní kapitoly, co se vyhodnocování dopadu týká, je třeba mít na paměti, že podoba podpory, kterou účastníci v rámci projektu, dostali byla různá.

Dotazník BANS (viz. příloha) zkoumá soběstačnost opečovávaných v 7 oblastech – oblékání, spánek, řeč, jídlo, mobilita, svaly, oční kontakt. Přičemž platí, že čím vyšší hodnota v jednotlivých oblastech, tím nižší soběstačnost (celkový výsledek 7 = zcela nezávislý, celkový výsledek 28 = zcela závislý).

Z analýzy měření v kompletní intervenční a kontrolní skupině vychází, že se opečovávaní v intervenční skupině zlepšili o 2,6 bodů – výsledek je statisticky nesignifikantní, je třeba podotknout, že v kontextu hodnot, kterých test nabývá, se jedná o výraznější posun než u dalších měřených proměnných (viz tabulka 9).

Graf 8 Jak soběstační jsou klienti intervenční a kontrolní skupiny (více, hůře)?



Rozdílnost jednotlivých skupin podle míry soběstačnosti můžeme nejlépe vidět na grafu, který zobrazuje zastoupení jednotlivých skupin podle míry soběstačnosti v intervalech.

7-14 - vysoká míra soběstačnosti

15-21 - střední míra soběstačnosti

22-28 - nízká míra soběstačnosti

Tabulka 9 Jak se změnila soběstačnost ve skupině opečovávaných v domácí péči?

Více, nižší soběstačnost	Koeficienty	Chyba stř. hodnoty	t Stat	Hodnota P	Dolní 95%	Horní 95%
Hranice	14,056	0,755	18,605	0,000	12,558	15,55
T	1,563	1,245	1,256	0,212	-0,904	4,031
S	0,444	1,084	0,410	0,683	-1,705	2,594
T*S	-2,642	1,799	-1,469	0,145	-6,208	0,923

K drobnému posunu k lepšímu došlo i u měření pomocí dotazníku QUALID (zaměřeného na kvalitu života osob v pokročilém stádiu demence). Zde se intervenční skupina zlepšila o 2

body, výsledek je však statisticky nesignifikantní a jedná se v kontextu možných hodnot testu o malý posun.

Tabulka 10 Jak se změnila kvalita života ve skupině opečovávaných v domácí péči?

Více, nižší kvalita života	Koeficienty	Chyba stř. hodnoty	t Stat	Hodnota P	Dolní 95%	Horní 95%
Hranice	24,171	1,334	18,124	0,000	21,527	26,816
T	-0,021	2,212	-0,010	0,992	-4,407	4,364
S	2,358	1,900	1,241	0,217	-1,410	6,126
T*S	-2,087	3,162	-0,660	0,511	-8,358	4,184

Posledním ukazatelem, který jsme v měření změn využívali bylo měření neklidu a agrese. Už měření v domovech ukázalo, že se pravděpodobně nejedná o příliš vhodný měřicí nástroj pro naše potřeby, především z důvodu jeho nízké citlivosti. U neklidu a agrese jsme nenašli téměř žádný posun, výsledek je zároveň zcela statisticky nesignifikantní (výpočet v příloze).

V kvalitativních rozhovorech jsme se zaměřovali na aspekty péče, ve kterých došlo v rodinách k nějakému zlepšení. **V rozhovorech pečující vyzdvihují především zlepšení vztahu mezi nimi a opečovávanými:**

“Třeba to dotýkání, jak manžela potěšit a co pro něj dělat, aby se cítil lépe – naučila jsem se, jak projevat lásku jinak, předtím jsem nevěděla, že to jde takhle dělat.” (pečující 1)

“Začala jsem víc chápat chorobu mého muže, rozumět tomu tak jako lidsky. Pomohlo mi to v nějakém smíření, než jsem se smířila, nevěděla jsem, jak s tím naložit. Nevíte, co dělat, jak reagovat.” (pečující 1)

“Překonala jsem některé věci ohledně babí. Není pro mě snadné a běžné se dotýkat někoho krom manžela a dětí.” (pečující 2)

“Nejsem úplně objímací člověk. Překvapila jsem sama sebe, že to vlastně funguje. Napřed jsem to dělala trochu mechanicky, ale pak jsem viděla, jak na to babí reaguje. Pak jsem zjistila, že i mě je to příjemné. Tolik se těm dotykům teď nebráním.” (pečující 2)

U opečovávaných došlo k drobným pozitivním posunům, i když statisticky nesignifikantním. Jak však zmiňujeme výše, účast na skupinových setkáních přímo

benefitovala především pečující. Dopad na opečovávané se jevil v rozhovorech spíše jako sekundární.

Jak metoda Namaste Care dopadá na neformální pečujících?

V polostrukturovaných rozhovorech, které jsme vedli s čtyřmi pečujícími, všichni zmiňují jako hlavní přínos “programu” **možnost bezpečného sdílení s ostatními pečujícími** (popisují fungování skupinových setkávání jako svého druhu svépomocné podpůrné skupiny) **a podporu psychoterapeutky, která vedla k posílení schopnosti vnitřního zklidnění, pocitu větší vyrovnanosti a proměně přístupu k péči. Zmiňují, že díky výše zmíněnému se také proměnil jejich vztah k opečovávaným. Samotnou techniku Namaste vnímají jako spíše druhotnou.** Tento přístup měli především pečující, kteří mohli absolvovat celý vzdělávací blok, u těch, kteří patřili do skupinek, které nemohli setkávání dokončit, byl dopad menší.

K přínosu přístupu na pomezí psychoterapie, který vedl k vnitřní proměně pečujících říkají:

“Užitečné bylo povídání o tom, jak sebe sami chránit, aby ta nemoc toho člověka neměla vliv na naší vlastní psychiku, a abychom se s tím dokázali poprat.” (pečující 1)

“Uvědomila jsem si, že mám reakce, které jsou přirozené, je potřeba s nimi nějak zacházet a ne dělat, že nejsou nebo se snažit, aby nebyli.” (pečující 2)

“Naučila jsem se zklidnit, začala jsem postupovat podle rad z kurzu, teď jsem v duševní pohodě, dokážu se s tím úplně srovnat a být milá a přívětivá.” (pečující 1)

„Byla jsem pak opravdu překvapená, jak moc mi to pomohlo. Pomohlo mi asi nejvíc fakt to, že jsem mohla o tom s někým mluvit a měla pocit, že to někoho zajímá.“ (pečující 3)

Výše zmínění potvrzují i členky týmu, které si však také uvědomují benefity individuálních setkání s pečujícími:

“Pečující hodně stojí o setkávání – možnost sdílet atd. Podpora pro ně je v tuhle chvíli hlavně technická (jak si zařídit ZTP, dávky atd.), psychickému stavu pečujících není věnovaná moc velká pozornost.”, “Důraz je kladen na opečovávané, nikdo se nezajímá o pečující – pečovat o blízkého je povinnost.” (metodička projektu)

“Účastníci hodně cení možnost se vypovídat, neví, co pak dál, schůzky jim budou chybět.” (psychoterapeutka)

„Ty skupiny byly podpůrné, ale pořád se v nich jde většinou po povrchu víc, na tom WS na to není prostor vůbec. Ta skupina moc nedovoluje nějakou hloubku.“ (členka realizačního týmu)

Jedna z pečujících také popisuje, že díky kurzu má sama na sebe nižší nároky a soustředí se v rámci péče na jiné věci než dříve, pro druhou absolvování kurzu znamenalo nastavení hranic a také vedlo v praxi ke změnám v péči.

*“Pochopení toho, že nejsem robot a superman a nemusím to od sebe chtít.” (pečující 2)
“Upustila jsem od praktického zajišťování třeba naprosté čistoty pokojíčku, soustředím se spíš na to, abychom byli v pohodě.” (pečující 2)*

*“Moc mi tam pomohlo o tom mluvit, pomohli mi říct si že péče ano, ale že to musí být ocad' pocad'. Že je potřeba, abych myslela i na sebe. **Pak jsme si s maminkou na základě těch setkání sedly a promluvily a teď se to zdá, že to bude trochu lepší.**” (pečující 4)*

Důsledkem vymezení hranic pečující bylo ve výsledku větší osamostatnění maminky, které si předtím neuměla představit.

“Pomohli mi získat nad tím nadhled, podívat se na to zas jinak. Od té doby, co jsem trochu ustoupila a promluvila s ní, aby dělala nějaké věci víc sama, vlastně se i zlepšila. Je to tak, sama si třeba dokáže připravit to jídlo. Je to asi hodně v té hlavě.” (pečující 4)

K fungování podpůrných skupinových setkání pak pečující a členky implementačního týmu dodávají:

*“**Tam byl moc fajn kontakt s těma lidma. Máte se s kým poradit - na potkání přece nemůžu vyprávět každému, co se mi děje.**”*, “Ze začátku se všichni trochu styděli, ale jak jeden začal vyprávět o nějaké těžké situaci doma a lektorka mu poradila, tak to ostatní namotivovalo.” (pečující 1)

*“**To pochopení, že to člověk někdy nezvládne, to, že mě ostatní neodsoudili – to bylo pro mě překvapivé.**” (pečující 2)*

„Byla tam moc hezká atmosféra.“ (pečující 3)

„Byli asi ještě nějaké navazující přednášky, ale na těch už jsem nebyla, protože to bylo v pracovní dny. Na ty první jsem si brala dovolenou, ideální by bylo, když by to bylo nějak odpoledne.“ (pečující 3)

“S pečujícími se hodně řeší, že jejich emoce jsou v pořádku – často jsou ovlivněné celoživotním vztahem k opečovávanému, je tam nějak nastavená dynamika. Je třeba jim vysvětlit, že můžou k té osobě cítit odpor, ty pocity jsou v pořádku.” (psychoterapeutka)

Pečující zmiňují také to, že se proměnil jejich vztah k opečovávanému.

*“**Začala jsem víc chápat chorobu mého muže, rozumět tomu tak jako lidsky.**”*. “Manžel ví, co to obnáší ta choroba, vyprávěla jsem mu o tom kurzu, co jsem se tam naučila. Některé věci mě doma štvaly, ale uvědomila jsem si, co ta nemoc obnáší a jak se má člověk chovat k tomu blízkému.”, “Techniky jsem úplně nezkoušela, jsem mnohem klidnější, milá, trpělivá, obejmeme se, chytíme se za ruce.” (pečující 1)

“Myslím, že jsem na dotyk od cizích lidí trochu netykavka, ještě víc než jiní. Měla jsem nějaké nepříjemné zážitky v dětství. Nejsem úplně objímací člověk. Překvapila jsem sama sebe, že to vlastně funguje. **Napřed jsem to dělala trochu mechanicky, ale pak jsem viděla, jak na to babí reaguje.**” (pečující 2)

Výstupy dotazníku **Zaritovy škály zátěže** po sebrání kompletních dat neukazují zásadní změnu. Výsledek testu může nabývat těchto hodnot:

0-20 mírná/žádná zátěž

21-40 mírná až střední zátěž

41-60 střední až těžká zátěž

61-88 těžká zátěž

Pečující v kontrolní skupině vnímali průměrně vyšší zátěž, než pečující v intervenční skupině – před začátkem měření byla průměrná hodnota Zaritovy škály zátěže v IS 37, u závěrečného měření (v případě těch, u kterých máme k dispozici závěrečná data) byla průměrná hodnota testu 32. V kontrolní skupině byla průměrná vstupní hodnota testu 40, po konci měření byla průměrná hodnota z dostupných dat téměř totožná - 39. Zátěž je tedy vnímaná průměrně vyšší v kontrolní skupině po celou dobu.

Vnímaná zátěž u pečujících, kteří prošli kurzem Namaste se v průběhu kurzu snížila o 3,1 bodu, tento výsledek je statisticky nesignifikantní a zároveň se jedná o velmi malý posun v kontextu možných hodnot testu.

Tabulka 11 Jak se vyvíjela zátěž u neformálních pečujících zapojených do Namasté?

Více, vyšší zátěž	Koeficienty	Chyba stř. hodnoty	t Stat	Hodnota P	Dolní 95%	Horní 95%
Hranice	39,742	2,928	13,574	0,000	33,933	45,551
T	-1,492	4,675	-0,319	0,750	-10,768	7,784
S	-3,124	4,048	-0,772	0,442	-11,156	4,907
T*S	-3,126	6,608	-0,473	0,637	-16,235	9,984

U pečujících jsme zkoumali ještě **posun v pozitivním vnímání péče**. K tomuto účelu používáme dotazník PAC (Positive Aspect Of Caregiving), který má za cíl vyhodnotit, jestli péče o blízkého přináší pečujícím něco pozitivního. Test obsahuje hodnocení výroků o péči,

např. “Péče o nemocného způsobila, že se cítím více užitečný”, nebo “ Péče o nemocného mi umožnila více si cenit života”. Výsledek testu může nabývat hodnoty 8–40 bodů, kde vyšší výsledek znamená pozitivnější vnímání přínosů péče. V tomto testu došlo ke zlepšení u intervenční skupiny pečujících o 1,1 bodů, tento posun je jednak statisticky nesignifikantní a zároveň extrémně nízký v kontextu možných hodnot, kterých může test nabývat.

Péče je pozitivněji vnímaná v intervenční skupině než ve skupině kontrolní, průměrný výsledek testu před intervencí byl 26,9 bodů, v konečném měření 28 bodů. Vzhledem k možným hodnotám škály můžeme říct, že v intervenční skupině jsou si pečující poměrně vědomi pozitivních aspektů pečování o blízkého. V kontrolní skupině byl průměrný výsledek v počátku měření 23,6 bodů, u respondentů, kteří odpověděli i v závěrečném měření se průměrná hodnota testu snížila na 19 bodů.

Pozitivní pocity z péče a vnímaná náročnost se v jednotlivých skupinách lišily už v počátku měření, přitom v hodnotách BANS opečovávaných (míře soběstačnosti) se obě skupiny příliš neliší. **Je možné, že pečující v intervenční skupině např. častěji již v minulosti prošli nějakým jiným vzděláváním pro pečující, takže si měli možnost více zvědomit pozitiva, která mohou být s pečovatelskou rolí spojená.**

Zajímavý vhled do problematiky vzdělávání a podpory neformálních pečujících vnáší jedna z členek projektového týmu:

„Pečující kopírují obvyklou populaci - 70 % si vystačí s tím, že vědí, jak si požádat o příspěvek na péči atd. a pak se s péčí nějak poperou. A pak je 30 %, kteří si říkají “jsem v nějaké obtížné situaci, asi je to zátěž, potřebuju nějakou podporu”. Část z nich si řekne “potřebuju podporu”, ale stydí se za to a nikam nejde. A pár si jich o podporu opravdu řekne.“

Dopad Namaste care na nákladovost péče

V této kapitole se budeme zabývat tím, jaké finanční dopady má využití Namaste v domovech a jestli můžeme identifikovat nějaký dopad využívání metody na veřejné rozpočty.

Myšlenka dopadu na veřejné rozpočty v evaluačním plánu vycházela především z předpokladu, že využívání Namaste v domácí péči vede ke zlepšení projevů ACH u opečovávaných a díky tomu ke snížení zátěže pečujících, která povede k delšímu setrvání opečovávaného v domácnosti. Náklady na neformální péči jsou pro stát nižší než náklady na institucionalizovanou péči. Vzhledem k výrazně méně intenzivní podpoře v rodinách, než bylo v projektu původně plánováno a s přihlédnutím k výsledkům měření se jedná o hypotézu, kterou potvrdit nemůžeme – **intervence jednoduše na tak velké změny, které by byly zásadní pro setrvání opečovávaného v domácím prostředí nemíří.** Péče o blízké s ACH, především o ty, kteří jsou primární cílovou skupinou Namaste Care, je pro rodiny natolik náročná, že by muselo jít o opravdu velký posun k lepšímu, aby se dalo předpokládat, že na jeho základě dojde k zásadnímu prodloužení života v domácí péči.

Nákladnost využívání Namaste Care v domovech je navázaná především na personální kapacity konkrétního doma a organizaci péče. Pro oba z domovů, kde intervence probíhala byla podle rozhovorů s vedením personální stránka využívání Namaste Care minimálně v počátku výzva. Namaste Care tak, jak bylo v domovech původně zaváděno, je časově náročnější než běžná péče.

“Je potřeba otevřeně říct, že pokud to chcete aplikovat, je potřeba zvýšit počet personálu. Všichni jsme zpomalenější. Pokud se zpomalí, musí být ruce navíc.” (ředitelka – Doubrava)

V Centru péče Doubrava podle vedení postupně došlo k uzpůsobení režimu a začlenění Namaste Care do provozu tak, že nepředstavovalo výrazně vyšší časovou zátěž, je potřeba ale podotknout, že se jedná o soukromé zařízení s vyšším počtem pracovníků v přímé péči, než je v kontextu zařízení v ČR běžné (podle vedení cca o 30% více, než jiná zařízení).

Lze tak předpokládat, že **v domově, který je na zavádění metody Namaste Care dobře připraven a pro management zařízení je zavedení Namaste Care prioritou, budou zvýšené náklady pouze přechodnou záležitostí**, spojenou jak s časovou náročností předávání metody a změny režimu, tak s možnými personálními obměnami, které jsou se zavedením Namaste v domovech spojené. **V případě domovů, kde není situace, co se týká personálních kapacit optimální, by byly se zavádění Namaste Care v původně plánovaném rozsahu spojené se zvýšenými personálními náklady na nábor dodatečných pracovníků** a v ideálním případě i na zlepšení finančního ohodnocení pracovníků stávajících. Výši vícenákladů není jednoduché odhadnout – záleží, kolik chybí zařízení pracovníků do

optimálního počtu, ve kterém bude péče zvládnutelná bez vyčerpání pečovatелů. Ten se může výrazně lišit u každého z domovů, záleží bude na náročnosti klientů a uspořádání práce, podle standardů kvality pro domovy pro seniory od APSS ČR, by na jednoho pečovatele mělo připadat maximálně 3,3 klienta⁵ - pro představu v DS Chodov byla podle poslední dostupné výroční zprávy (2020) tato hodnota 3,1 v Centru péče Doubrava cca 1,6.

Reálné počty klientů na pracovníka v konkrétní chvíli jsou samozřejmě vyšší, ve směnném provozu nejsou na pracovišti všichni pracovníci najednou. Podle studie realizované během projektu s pečovateli z celé ČR v roce 2022 pečující podle svých vlastních slov pečovali během směny většinou o 5–9 klientů⁶, v rozhovorech respondentky z DS Chodov zmiňovaly i situaci, kdy v případě krizové situace byly na směně jen dvě pečovatelky na cca 30 lidí.

Pokud by domovy potřebovaly navýšit personální kapacity proto, aby Namaste Care šlo v plném rozsahu v domově aplikovat, musí počítat (pokud operujeme s průměrným měsíčním ohodnocením PSS i s přesčasy, odměnami atd.⁷) s nákladem cca 43 000 korun měsíčně na pečovatele.

Ředitelky obou zapojených domovů také hovoří o nedostatečném financování na odměny (hodnotící nadstandardní výkon práce) a vzdělávání zaměstnanců:

„Myslím, že by pomohlo, kdyby existoval nějaký způsob zafinancování tady té přípravy nebo udržitelnosti. Za mě aspoň dvakrát do roka si udělat společné sezení, individuální přístupy naučit je znova se těm klientům věnovat.“ (ředitelka – Doubrava)

⁵ [https://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard_FINAL\(2\).pdf](https://www.apsscr.cz/files/files/Doporu%C4%8Den%C3%BD%20standard_FINAL(2).pdf)

⁶ https://www.jiskrime.cz/wp-content/uploads/2022/10/Mila_pecovatele22_zprava_FINALE.pdf

⁷ https://www.jiskrime.cz/wp-content/uploads/2022/10/Mila_pecovatele22_zprava_FINALE.pdf

Porovnání výsledků českého projektu se zahraničními studii

Zahraniční studie zkoumali především dopad používání Namaste care na klienty sociálně-zdravotnických zařízení. Na dopady na pečovatele a atmosféru v zařízení se zaměřovaly pouze okrajově – v tomto ohledu je tedy naše studie poměrně unikátní. Zároveň je třeba brát v potaz odlišný kontext systému institucionální péče o osoby s Alzheimerovou chorobou, respektive seniory obecně v ČR a v USA a Velké Británii (odkud pochází většina dostupných studií).

Dopad na klienty

Dopad na snížení medikace

Studie dokládá, že využívání Namaste care snižuje u klientů množství léků užívaných na úzkost, nespavost a neklid. (Fullarton, J. & Volicer, L. (2013). *Reductions of antipsychotic and hypnotic medications in Namaste Care. J Am Med Dir Assoc, 14, 708-709.*) Studie byla provedena na velmi malém vzorku (9 klientů) a v prostředí domova, kde prostor pro skupinové Namaste byl otevřen po celý den. Dá se tedy předpokládat, že klientům se zde dostávalo výrazně větší péče metodou Namaste care, než jak to bylo možné v prostředí českých zařízení (zde se doba poskytování Namaste care péče pohybovala cca mezi 10 minutami a 2 hodinami týdně pro klienty, kteří byli zahrnuti do projektu). **Nebylo tedy možné očekávat, že by došlo ke stejnému dopadu na snížení medikace.** Tuto hypotézu potvrzuje jedna z členek projektového týmu:

„Výzkumem doložitelné výsledky to přináší ve chvíli, kdy je to ultraintenzivní (dokládají zahraniční studie), to se u nás ale nestalo a stát za současného nastaveném systému ani nemůže. Proto to možná žádné extra dopady na klienty nepřinese.“

O dopadech projektu na medikaci klientů hovoříme více v kapitole „Jak metoda Namaste care dopadá na klienty v zařízeních?“

Dopad na chování klientů

Další zahraniční studie, z níž jsme vycházely, říká, že nemocní začínají na péči svých blízkých reagovat, mnohdy i slovně po mnoha týdnech či měsících mlčení. Také méně odmítají poskytovanou základní péči. (Stacpoole, M., Hockley, J., Thomsell, A., Simard, J., & Volicer, L. (2015). *The Namaste Care programme can reduce behavioural symptoms in care home residents with advanced dementia. Int J Geriatr Psychiatry, 30, 702-709.*) Stejná studie

vyvozuje následující závěr: „Where there are strong leadership, adequate staffing, and good nursing and medical care, the Namaste Care programme can improve quality of life for people with advanced dementia in care homes by decreasing behavioural symptoms. Namaste is not a substitute for good clinical care.“⁸ Ani jedno ze zařízení, v nichž byl projekt realizován nenaplnuje dostatečně podmínky, které studie uvádí jako nutné k tomu, aby Namaste care mělo hmatatelný a dlouhodobý dopad na chování, potažmo kvalitu života klientů. Ačkoliv v rámci rozhovorů pečovatelé zmiňují drobné změny v chování některých klientů a data poukazují na mírnou změnu v kvalitě života klientů.

V průběhu projektu bylo čím dál více zřetelné, že **problémy českého systému poskytování zdravotně-sociální péče leží mnohem hlouběji – pečovatelé nejsou dostatečně finančně ohodnoceni, jejich náročná práce má velmi malou prestiž a vedení domovů pro seniory často chybí manažerské dovednosti. Tyto aspekty** – přesně jak tvrdí i zahraniční studie, z níž jsme vycházeli – **nemůže aplikace Namaste care nahradit**. Přesně tyto aspekty také vedly ke změně advokační strategie projektu, o níž hovoříme níže. Zmiňované opět dokládá citace jedné z členek projektového týmu:

„Odnaučili jsme se během realizace tu aroganci toho, že se Namaste musí dělat tak a tak. V metodice Joyce je napsáno, že se to má dělat každý den a ideálně ráno a večer. To prostě v českém prostředí nejde. ... Přišlo by mi užitečnější podpořit ředitele nebo vedoucího péče v sebepěči, definování toho, o co jim vlastně jde. V seberozvoji. A k tomu je Namaste nepřivede, i když jsme si původně mysleli, že ano.“

Stejná studie hovoří o tom, že aplikace Namaste může vést k oddálení odchodu opečovávaného z domácího prostředí do instituce. Ani tato hypotéza se v českém prostředí nepotvrdila, jak popisujeme výše v kapitole „Dopad Namaste Care na nákladovost péče“.

Dopad na pečovatele

Dle zahraničních studií, z nichž jsme vycházeli, přináší poskytování Namaste Care formálním pečovatelům to, že více vnímají smysluplnost poskytované péče. To má mnoho dopadů, nejvýznamnějším je snížení subjektivního vnímání náročnosti péče a snížení rizika vyhoření. (Manzar, B. A. & Volicer, L. (2015). *Effects of Namaste Care: Pilot Study*. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 2, 24-37.) I naše studie ukazuje, že u první intervenční skupiny v CP Doubrava došlo k posílení pocitu smysluplnosti práce. Jednalo se o skupinu, která prošla nejintenzivnějším výcvikem Namaste Care (jehož součástí byly i reflexivní setkání pro pečovatele), který zároveň provázeli i personální změny a změna atmosféry v celém zařízení.

⁸ Český překlad: „Tam, kde je silný leadership, adekvátní počet pečovatelů a kvalitní péče, včetně lékařské, může program Namaste care zlepšit kvalitu života lidí s pokročilými stádii demence, kteří žijí v institucích sociální péče, tím, že sníží výskyt symptomů nežádoucího chování. Namaste není náhradou kvalitní klinické péče.“

U druhé skupiny v CP Doubrava ani u zaměstnanců DS Chodov nedošlo během intervencí k zásadním změnám jejich pocitu uspokojení z práce.

Opět se tedy dá dovodit, že **ke kýženému dopadu na pečovatele vede pouze velmi intenzivní aplikace Namaste care (včetně napojené péče o zaměstnance)**, která v českém prostředí ve většině případů není možná především z důvodu nedostatečných personálních i manažerských kapacit domovů.

Proměna advokační strategie na základě průběžných zjištění projektu

Jak naznačujeme v textu výše, v průběhu projektu došlo na základně zkušeností sesbíraných praxí v domovech pro seniory k proměně advokační strategie. Původním plánem bylo pomoci advokacie dosáhnout toho, „že jednotliví stakeholdeři v oblasti sociálně zdravotních služeb pro seniory, resp. osoby s nějakým typem (pokročilé) demence, budou znát metodu Namaste care, budou tento přístup podporovat a prosazovat jeho zavádění do zařízení sociálně zdravotních služeb i v práci s neformálními pečujícími.“

Již poměrně brzy bylo však evidentní, že udržitelná realizace metody Namaste care v podobě, s jakou projekt původně počítal (pravidelná skupinová i individuální setkání Namaste care, setkání s pečovateli zaměřená na reflexi), je ve většině zařízení v českém prostředí nemyslitelná. **Naráží na systémové překážky a limity, které ovlivňují fungování pečovatelské profese obecně** (malá prestiž, nízké finanční ohodnocení, velká náročnost každodenních činností, která znesnadňuje pomalý a laskavý přístup ke klientům). **Proto také došlo ke změně původně plánované advokační strategie projektu směrem od advokacie zaměřené na zavádění Namaste care k advokacii za zlepšení podmínek výkonu pečovatelské profese.** V posledním roce projektu na toto témě proběhlo osm kulatých stolů s různými stakeholdery (od pečovatelů po politiky a policy makery) a v září 2022 také závěrečná konference projektu.

„O pečovateliích mluvíme jako o andělech na zemi nebo jako o těch, kteří někomu utírají zadek. Nechtějí být ani jedno ani druhé. Chtějí být adekvátně zaplacení a respektovaní profesionálové. Proto chceme v lidech zapálit jiskru zájmu o pečovatelskou profesi, zlepšit podmínky pro její výkon a zvýšit její prestiž.“ (členka projektového týmu zaměřená na advokacii)

“Já jsem věděla, že teorie je krásná, ale nejde to v praxi uplatnit, i když bychom chtěli na krásno všichni. Díky různým omezením, času, finančním věcem, k tomu ještě pandemii, nešlo to vůbec zrealizovat, tak jsme si říkali pojďme do té praxe a říct si, co je vlastně skutečně reálné. Ať se ne bavíme o nějaké růžové teorii, která uplatnit moc nejde v Čechách.” (ředitelka domova)

Doporučení z evaluace

Namaste care v zařízeních sociálně zdravotních služeb

Management

- **Velká motivace managementu zařízení a jeho intenzivní zapojení hned od počátku** implementace Namaste care (nebo jiné změnové metody) **je naprosto klíčové**. Pokud vedení změnou “dýchá”, je snazší pro změnu nadchnout všechny ostatní.
- **Je třeba vždy vycházet z potřeb konkrétního zařízení, reality jeho každodenního chodu a jeho kapacit ke změně. Tým, který v zařízení Namaste care zavádí, musí mít velmi dobrý vhled do každodenního praktického fungování domova** (včetně praktického fungování směnného provozu, časového rozvržení dne atd. tak, aby prvky Namaste care nejméně zasahovali do nastaveného provozu).
- **Může se snadno stát, že zařízení potřebuje úplně jiný druh podpory, než je zavádění Namaste care**. Může se jednat o koučink či vzdělávání managementu (včetně vedoucí pečovatelských a zdravotnických personálů) v manažerských a HR dovednostech, podporu v přenastavení provozních procesů, zkvalitnění individuálního plánování či další formy podpory. **Pokud v domově optimálně nefungují základní věci** (dobrá práce s týmem, efektivní dělení práce, atmosféra důvěry atd.), **nemá Namaste care přístup na čem stavět, jeho zavedení bude vždy obtížné a není jisté, zda se podaří zajistit jeho udržitelnost**.
- Dalším nutným krokem je zavedení pravidelných konzultací týmu, který zavádí Namaste care do zařízení, s managementem. **Je třeba neustále ladit očekávání managementu s tím, co Namaste care zařízení přináší** (na úrovni kvality péče o klienty, ale také časových nároků na pečovatele a případné změny atmosféry celého zařízení).

„Školení“ zaměstnanců v metodě Namaste care

- Při práci s kolektivem v domovech je podstatný adekvátní způsob komunikace toho, co metoda opravdu znamená v praxi – je třeba aby pečovatelé rozuměli používanému jazyku. **Praktická ukázka a společná práce s klientem lektorek a pečovatelek se ukázala jako velmi dobrý způsob, jak metodu předávat** – pečovatelé lépe přijmou rady ohledně péče, pokud mají pocit, že se nejedná jen o teoretické návody.
- Předávání Namaste Care v domovech bylo pro účastníky setkání zajímavé, velkou roli v jejich pochopení a přijetí metody sehrál vlastní zážitek. Pokud to realita provozu zařízení dovolí, **varianta zapojení co největšího počtu pečujících, kteří budou péči ve výsledku vykonávat, se jeví jako lepší cesta než šíření metody přes prostředníka (zástupce patra, koordinátorka atd.)**.

- Pokud chceme posílit pozitivní dopady Namaste na **pečovatele, je třeba zahrnout i aktivity zaměřené na jejich vlastní prožitek a sdílení.**
- Stavět na pozitivních věcech, které už pečující v domech dělají sami od sebe a propojovat je s rámcem Namaste. Pečovatelé jsou hrdí na to, že péči dělají dobře.
- Pokud je to potřeba, dobře vysvětlovat rozdíl Namaste, aktivizace a bazální stimulace, vysvětlovat jejich vzájemnou kombinovatelnost a podporovat citlivost pečovatelů vůči potřebám klienta a volbu metody podle těchto potřeb. Pro mnoho pečovatelů se – minimálně z počátku – jednalo o těžko rozlišitelné koncepty.
- V případě, že využitím Namaste Care chceme směřovat ke snížení medikace klientů, je dobré její přehodnocování na aplikaci metody navázat, věnovat klientům více pozornosti atd. **Pokud má Namaste care vést ke snížení medikace, je třeba jej realizovat ve velmi intenzivní formě.**

„Ten projekt nepřinesl to, co bychom si myslely, implementace Namaste od Šumavy k Tatrám. Ale pomohlo nám to pochopit, jak ten organismus těch domovů funguje a co je potřeba, aby se tam něco jako Namaste dalo dělat.“ (členka projektového týmu)

Namaste care pro neformální pečující

- **Spíše, než jakoukoliv metodu péče potřebují neformální pečující podporu sami pro sebe, aby byli schopni svou nesmírně náročnou roli zvládat. Taková forma (v podstatě terapeutické) podpory je v českém prostředí jen velmi obtížně dostupná.**
- V rámci této podpory je vhodné zachovat formát skupinových setkání, sdílení s lidmi v podobné situaci je pro pečující extrémně přínosné. Zároveň se hodí tento formát doplnit individuální podporou pečujících tak, aby mohli v bezpečném prostředí řešit témata, která by pro ně před skupinou byla příliš citlivá.
- Finanční příspěvek účastníkům vzdělávání je dvousečné řešení, může vést k nežádoucím motivacím účastníků.

„Možná to vyžaduje systémově-PR kampaň, která bude říkat “to, že začnu pečovat není běžné, není to samozřejmost a každý se to musí naučit a potřebuje k tomu podporu”. Není to normální, je to zátěž. Bylo by fajn, když už si pečující přijdou pro příspěvek na péči, aby se dověděli informaci ve smyslu: “ta pečující role, do které jsi teď vlezl, je zátěž jako hrom, to, že pečuješ o vlastní mámu to nedělá o nic snazší, spíš naopak. A my, český stát, si to uvědomujeme a zároveň chceme, abys pečoval doma co nejdéle, protože je to pro nás levnější. A proto ti dáváme podporu, kterou potřebuješ. Tady máš kurz základní péče, tady hodinu týdně s psychologem.” Tohle by chtělo zavést do systému.“ (členka projektového týmu)

Přílohy

Tabulky níže ukazují výstupy z analýzy za pomoci metody Difference-in-difference. Výpočty jsme provedli za pomoci lineární regrese, ve které jsme definovali tři dummy proměnné (0 či 1), které reprezentují T pro čas (0 před, 1 po), S pro místo (0 kontrolní 1 intervenční skupina) a T*S pro DiD (1 intervenční skupina po, 0 všechny ostatní varianty). Zkonstruovaná proměnná T*S nám určuje dopad intervence při zvážení před intervenčních rozdílů mezi intervenční a kontrolní skupinou.

Namaste v domovech – pečující

DOUBRAVA

<i>JSS (ČÍM VÍC, TÍM VYŠŠÍ SPOKOJENOST S PRACÍ)</i>							
	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř. hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>Dolní 95%</i>	<i>Horní 95%</i>	
Hranice	86,263	1,803	47,845	0,000	82,691	89,835	
S	-4,340	2,829	-1,534	0,128	-9,944	1,264	
T	2,161	2,645	0,817	0,416	-3,078	7,400	
T*S	2,868	4,199	0,683	0,496	-5,449	11,185	

<i>MBI - emoce - čím více, tím více zátěže</i>							
	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř. hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>Dolní 95%</i>	<i>Horní 95%</i>	
Hranice	17,474	1,849	9,450	0,000	13,811	21,137	
S	-2,089	2,901	-0,720	0,473	-7,836	3,658	
T	-2,898	2,712	-1,068	0,288	-8,271	2,475	
T*S	4,561	4,306	1,059	0,292	-3,969	13,091	

<i>MBI - depersonifikace - čím více, tím větší</i>							
	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř. hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>Dolní 95%</i>	<i>Horní 95%</i>	
Hranice	5,974	0,824	7,248	0,000	4,341	7,606	
S	-2,551	1,293	-1,973	0,051	-5,112	0,011	
T	-0,156	1,209	-0,129	0,898	-2,550	2,239	
T*S	0,447	1,919	0,233	0,816	-3,355	4,249	

<i>MBI - uspokojení - čím více, tím větší uspokojení z práce</i>						
	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř. hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>Dolní 95%</i>	<i>Horní 95%</i>
Hranice	37,421	1,641	22,805	0,000	34,170	40,672
S	0,310	2,574	0,120	0,904	-4,790	5,410
T	0,882	2,407	0,366	0,715	-3,886	5,650
T*S	-0,660	3,821	-0,173	0,863	-8,230	6,909

CHODOV

<i>JSS (ČÍM VÍC, TÍM VYŠŠÍ SPOKOJENOST S PRACÍ)</i>						
	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř. hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>Dolní 95%</i>	<i>Horní 95%</i>
Hranice	86,263	1,854	46,520	0,000	82,603	89,923
S	4,171	2,430	1,717	0,088	-0,625	8,967
T	2,252	2,720	0,828	0,409	-3,117	7,621
T*S	-2,843	3,525	-0,806	0,421	-9,801	4,115

<i>MBI - emoce - čím více, tím více zátěže</i>						
	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř. hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>Dolní 95%</i>	<i>Horní 95%</i>
Hranice	17,474	1,897	9,212	0,000	13,729	21,219
S	-2,199	2,506	-0,878	0,381	-7,147	2,748
T	-2,898	2,782	-1,042	0,299	-8,391	2,595
T*S	2,894	3,643	0,794	0,428	-4,298	10,087

<i>MBI - depersonifikace - čím více, tím větší</i>						
	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř. hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>Dolní 95%</i>	<i>Horní 95%</i>
Hranice	5,974	0,946	6,316	0,000	4,106	7,841
S	0,085	1,249	0,068	0,946	-2,382	2,552
T	-0,156	1,387	-0,112	0,911	-2,895	2,584
T*S	0,430	1,817	0,237	0,813	-3,156	4,016

CELEK

<i>JSS (ČÍM VÍC, TÍM VYŠŠÍ SPOKOJENOST S PRACÍ)</i>						
	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř. hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>Dolní 95%</i>	<i>Horní 95%</i>
Hranice	86,263	1,858	46,430	0,000	82,601	89,925
S	1,370	2,261	0,606	0,545	-3,087	5,826
T	2,161	2,725	0,793	0,429	-3,210	7,532
T*S	-0,794	3,303	-0,240	0,810	-7,304	5,716

<i>MBI - emoce - čím více, tím více zátěže</i>						
	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř. hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>Dolní 95%</i>	<i>Horní 95%</i>
Hranice	17,474	1,844	9,474	0,000	13,838	21,109
S	-2,162	2,254	-0,959	0,339	-6,605	2,281
T	-2,898	2,705	-1,071	0,285	-8,231	2,435
T*S	3,398	3,297	1,030	0,304	-3,102	9,897

<i>MBI - depersonalizace - čím více, tím větší</i>						
	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř. hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>Dolní 95%</i>	<i>Horní 95%</i>
Hranice	5,974	0,895	6,677	0,000	4,210	7,737
S	-0,805	1,093	-0,736	0,462	-2,960	1,350
T	-0,156	1,312	-0,119	0,906	-2,742	2,431
T*S	0,523	1,599	0,327	0,744	-2,630	3,675

<i>MBI - uspokojení - čím více, tím větší uspokojení z práce</i>						
	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř. hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>Dolní 95%</i>	<i>Horní 95%</i>
Hranice	37,421	1,621	23,086	0,000	34,226	40,616
S	0,618	1,981	0,312	0,755	-3,287	4,523
T	0,882	2,378	0,371	0,711	-3,805	5,569
T*S	-0,791	2,898	-0,273	0,785	-6,502	4,921

Namaste v domovech – klienti

DOUBRAVA

<i>BANS - čím více, tím větší závislost</i>						
	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř. hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>Dolní 95%</i>	<i>Horní 95%</i>
Hranice	15,320	0,414	36,977	0,000	14,505	16,136
S	0,042	0,690	0,060	0,952	-1,318	1,401
T	0,649	0,666	0,974	0,331	-0,663	1,960
T*S	0,542	1,102	0,492	0,623	-1,628	2,711

<i>QUALID - čím více, tím horší výsledek</i>						
	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř. hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>Dolní 95%</i>	<i>Horní 95%</i>
Hranice	19,340	0,725	26,685	0,000	17,913	20,767
S	2,143	1,207	1,775	0,077	-0,235	4,521
T	2,476	1,165	2,125	0,035	0,181	4,770
T*S	-1,721	1,927	-0,893	0,373	-5,516	2,073

<i>AI - čím více, tím více agrese a neklidu</i>	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř.</i>		<i>Hodnota</i>		<i>Horní 95%</i>
		<i>hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>P</i>	<i>Dolní 95%</i>	
Hranice	31,612	1,121	28,211	0,000	29,405	33,818
S	3,509	1,867	1,880	0,061	-0,167	7,185
T	-1,289	1,801	-0,715	0,475	-4,836	2,259
T*S	1,352	2,980	0,454	0,650	-4,515	7,220

CHODOV

<i>BANS - čím více, tím větší závislost</i>	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř.</i>		<i>Hodnota</i>		<i>Horní 95%</i>
		<i>hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>P</i>	<i>Dolní 95%</i>	
Hranice	15,320	0,375	40,842	0,000	14,582	16,059
S	1,352	0,615	2,198	0,029	0,141	2,563
T	0,649	0,603	1,076	0,283	-0,538	1,836
T*S	-0,753	0,965	-0,780	0,436	-2,652	1,147

<i>QUALID - čím více, tím horší výsledek</i>	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř.</i>		<i>Hodnota</i>		<i>Horní 95%</i>
		<i>hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>P</i>	<i>Dolní 95%</i>	
Hranice	19,340	0,686	28,207	0,000	17,990	20,690
S	1,693	1,124	1,506	0,133	-0,520	3,906
T	2,476	1,102	2,246	0,026	0,305	4,646
T*S	-3,849	1,763	-2,183	0,030	-7,321	-0,378

<i>AI - čím více, tím více agrese a neklidu</i>	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř.</i>		<i>Hodnota</i>		<i>Horní 95%</i>
		<i>hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>P</i>	<i>Dolní 95%</i>	
Hranice	31,612	1,126	28,083	0,000	29,395	33,828
S	0,995	1,846	0,539	0,590	-2,639	4,629
T	-1,289	1,810	-0,712	0,477	-4,851	2,274
T*S	-1,341	2,895	-0,463	0,644	-7,040	4,359

CELKEM

<i>BANS - čím více, tím větší závislost</i>	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř.</i>		<i>Hodnota</i>		<i>Horní 95%</i>
		<i>hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>P</i>	<i>Dolní 95%</i>	
Hranice	15,320	0,397	38,593	0,000	14,540	16,101
T	0,649	0,638	1,017	0,310	-0,606	1,904
S	0,713	0,542	1,315	0,189	-0,353	1,779
T*S	-0,121	0,861	-0,141	0,888	-1,815	1,572

<i>QUALID - čím více, tím horší výsledek</i>	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř.</i>		<i>Hodnota</i>		<i>Horní 95%</i>
		<i>hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>P</i>	<i>Dolní 95%</i>	
Hranice	19,340	0,738	26,216	0,000	17,889	20,790
S	1,912	1,008	1,898	0,059	-0,069	3,894
T	2,476	1,186	2,087	0,038	0,143	4,808
T*S	-2,874	1,600	-1,796	0,073	-6,021	0,273

<i>AI - čím více, tím více agrese a neklidu</i>	<i>Koeficienty</i>	<i>Chyba stř. hodnoty</i>	<i>t Stat</i>	<i>Hodnota P</i>	<i>Dolní 95%</i>	<i>Horní 95%</i>
Hranice	31,612	1,162	27,194	0,000	29,326	33,898
S	2,220	1,588	1,398	0,163	-0,902	5,343
T	-1,289	1,869	-0,690	0,491	-4,964	2,386
T*S	-0,153	2,522	-0,061	0,952	-5,112	4,806

Namaste v domácí péči – pečující

ZARIT (ČÍM VÍC, TÍM VYŠŠÍ ZÁTĚŽ Z PÉČE)

Rozdíl v rozdílu (celkový počet pozorování 94)	Koeficient	P hodnota	Dolních 95	
			%	Horních 95 %
Hranice	39,742	0,000	33,933	45,551
T	-1,492	0,750	-10,768	7,784
S	-3,124	0,442	-11,156	4,907
T*S	-3,126	0,637	-16,235	9,984

PAC (ČÍM VÍC, TÍM POZITIVNĚJŠÍ POCIT Z PÉČE)

Rozdíl v rozdílu (celkový počet pozorování 86)	Koeficient	P hodnota	Dolních 95	
			%	Horních 95 %
Hranice	23,600	0,000	20,735	26,465
T	0,032	0,989	-4,569	4,632
S	3,215	0,128	-0,947	7,377
T*S	1,154	0,728	-5,422	7,729

Namaste v domácí péči – opečovávaní

BANS (ČÍM VÍC, TÍM NIŽŠÍ SOBĚSTAČNOST)

Rozdíl v rozdílu (celkový počet pozorování 99)	Koeficient	P hodnota	Dolních 95	
			%	Horních 95 %
Hranice	14,056	0,000	12,558	15,553
T	1,563	0,212	-0,904	4,031
S	0,444	0,683	-1,705	2,594
T*S	-2,642	0,145	-6,208	0,923

QUALID (ČÍM VÍC, TÍM NIŽŠÍ KVALITA ŽIVOTA)

Rozdíl v rozdílu (celkový počet pozorování 98)	Koeficient	P hodnota	Dolních 95	
			%	Horních 95 %
Hranice	24,171	0,000	21,527	26,816
T	-0,021	0,992	-4,407	4,364
S	2,358	0,217	-1,410	6,126

T*S	-2,087	0,511	-8,358	4,184
------------	---------------	--------------	---------------	--------------

AGITATION INVENTORY (ČÍM VÍC, TÍM VYŠŠÍ NEKLID)

Rozdíl v rozdílu (celkový počet pozorování 96)	Koeficient	P hodnota	Dolních 95 %	Horních 95 %
Hranice	44,061	0,000	37,920	50,201
T	-4,534	0,378	-14,692	5,624
S	8,322	0,058	-0,298	16,941
T*S	0,415	0,954	-13,912	14,742