

Módszertani ajánlás

Demenciában szenvedők személyközpontú gondozása és monitorozása bentlakásos intézményi keretek között

[TÁMOP-5.4.1-08/1-2009-0002 sz. kiemelt projekt]

[Budapest, 2011.]

Készítette: Kovacsics Zsuzsanna

„Hiszem, hogy a demenciában szenvedők fontos utat járnak be az értelemtől az érzelmen át a lélekig. Kezdem megérteni, hogy az, ami igazán fontos, megmarad, és csak az múlik el, ami igazából nem is olyan fontos. Ha az emberek ezt megértenék, akkor a demenciában szenvedőket tisztelnék és kincsként őriznék.”
(Christine Bryden, 2005, p. 159)

A személyközpontú gondozás célja:

A személyközpontú gondozás célja az ellátottak jól-léti szintjének megtartása, javítása, az emberi méltóságuk megőrzése.

A jól-lét a gondozásban – a fizikai és egészségügyi ellátás biztosításán túl - azt jelenti, hogy a demenciában szenvedő személy:

- a mindennapjait aktívan tölti segítők közreműködésével és
- biztonságban érzi magát, mert érzelmi támogatást kap.

A fenti célt már az NCsSzi 2005-ben kidolgozott Demens idősök ellátási protokollja is tartalmazta. Ugyanígy a Szociális szolgáltatások modernizációja (TÁMOP 5.4.1.) keretében, a Tevékenységadminisztrációs pillérben készült Demens ellátás folyamatleírása is kiemeli:

- a biztonságos környezet kialakításának és folyamatos alakításának szükségességét,
- a strukturált napirend szerinti működést,
- a mindennapi aktivitások személyre szabott megtervezését és gyakorlatba ültetését.

A biztonságos, strukturált, kiszámítható, pozitív stimulusokban gazdag fizikai és érzelmi környezet kialakítását a fent említett gondozási cél érdekében javasolt megtenni: az ellátottak jól-léti szintjének megtartására, esetleges javítására, az emberi méltóságuk megőrzésével.

Az emberi méltóság megőrzése a személyközpontú gondozás alapelvéből, mely szerint az ember **végtelenül értékes, személy**, és **kapcsolataiban** él, következik.

- Azt, hogy az ember **végtelenül értékes**, a demenciában szenvedő is, nem kell bebizonyítani, hanem az ellátást végzők alapállásából, szemléletéből következik. Az emberi élet tiszteletet érdemel. Nem függhet a kognitív képességek mértékétől az ember méltósága.
- A segítő az ellátottat nem tárgynak, hanem **személynek** tekinti, akinek története és megismételhetetlen célja, saját élete van.
- A segítő tudomásul veszi, hogy a demenciában szenvedő a környezetét másként látja, mint a többi ember. Egy belső világban él, és ez számára **a valóság**. Ezért nem próbálja meggyőzni, nevelni, hanem támasza kíván lenni az adott helyzetben, abban az állapotban, amelyben éppen van. A támaszt nyújtó **emberi kapcsolatok** kapaszkodót jelentenek a demenciában szenvedő számára.

Christine Bryden (2005) könyvében az emberi méltóság megőrzésének fontosságát saját tapasztalatain keresztül írja le, mint érintett.

A demenciában szenvedők gondozásának személyközpontú megközelítése az Európai Unióban széles körben elterjedt. Mivel az idősellátás és ezen belül a demens idős ellátás különböző kultúrákat átívelően univerzális, különösen az európai kultúrán belül, célszerű a már más országokban kifejlesztett modelleket megismerni, és hazai ellátási viszonyokra alkalmazni. Nagy Britanniában több évtizedes hagyománya van a demenciában szenvedők személyközpontú gondozásának, amely a néhai **Tom Kitwood** munkásságán alapul. 'Dementia Reconsidered, The Person Comes First' című könyve ma is a személyközpontú gondozás sarkköve.

A személyközpontú gondozás mérésére Tom Kitwood és az ő munkásságát folytató **Bradford Dementia Group** módszere kiválóan alkalmas. Ezt a módszert angolul Dementia Care Mapping-nek, röviden **DCM**-nek nevezik. DCM jelentése: demens ellátás feltérképezése, mérése. A DCM tehát egy mérőeszköz, amely a demenciában szenvedő személy szemszögéből méri az ellátását, pontosabban annak kimenetét, eredményét. Arra keresi a választ, hogy a demenciában szenvedő mit tesz, és hogyan érzi magát a megfigyelés időtartama alatt. A DCM a személyközpontú gondozás céljára – az ellátottak jól-léti szintjére – fókuszál.

DCM nemcsak mérésből áll, hanem a mérés eredményeinek a visszajelzését is magában foglalja. A mérést végzők visszajeleznek a segítőknek, az ellátást végzőknek, és nem utolsósorban a menedzsmentnek. A mérés rendszeres végzésével és az eredmények visszajelzésével a DCM a demens ellátás továbbfejlesztésére is alkalmas, ugyanis a mérés eredményeinek kiértékelése és beépítése az ellátásba segít az ellátás színvonalának folyamatos javításában. A DCM nem „minőséget biztosít”, hanem „minőséget javít”. Lehetővé teszi, hogy a szolgáltatók tudatos munkát végezzenek, folyamatosan korrigáljanak, és a demenciában szenvedők szükségleteihez szabják munkájukat. A DCM mérési eredményei apróságoknak tűnő részletekre mutatnak rá, amelyek segítségével tudatosan az ellátást biztosítóknak, mire ügyeljenek, min javítsanak a napi működésük során.

A/ A DCM leírása

I. DCM elméleti alapjai:

Brooker (2007) könyvéből jól megérthető a személyközpontú gondozás elmélete. Ehhez a 11-20. oldalak kivonata következik:

Mi a személyközpontú gondozás?

Angliában általánosan, de különösen is a demens ellátás területén elterjedt a szakmai programokban, továbbképzéseken, gondozási tervekben, munkaköri leírásokban, módszertani ajánlásokban a személyközpontú gondozás szóhasználat. Úgy tűnik, hogy a szakmában személyközpontú demens ellátás kifejezés a „politikai korrektség” feltétele (Angliában). Azonban a könyv szerzője attól tart, hogy a személyközpontú gondozás szóhasználat - bár jól hangzik – a demens ellátásban lévők (különösen a bentlakásos ellátásban) megélt tapasztalata minden csak nem személyközpontú.” (Brooker, 2007. p. 11)

Magyarországon is könnyen eshetünk ebbe a hibába.

„Mint minden fogalomnál, ha gyakran használjuk a személyközpontú kifejezést, előfordulhat, hogy különböző embereknek különböző jelentéssel bír különböző kontextusokban. Konzultálva gondozókkal, kutatókkal, demens személyekkel és családtagjaikkal, világos lett számomra, hogy a személyközpontú gondozás koncepcióját nem könnyű megérteni, sem egyszerűen átadni. Van, akinek individualizált ellátást, van, akinek értéken alapuló ellátást jelent. Vannak, akik egy sor technikára gondolnak, amelyek elsajátíthatók és alkalmazhatók a gondozás során. Mások számára fenomenológiai szemlélet és kommunikációs eszköz.” (Brooker, 2007. p. 11-12)

Személyközpontú gondozás fogalmát Brooker négy elemből állítja össze. Ehhez több, a szakirodalomban használt definíciót vett figyelembe.

A négy alapvető elem a következő:

- 1. A demenciában szenvedő emberek - és mindazok, akik törődnek velük – értékesek; éppen ezért elő kell segíteni, hogy állampolgári jogukat gyakorolhassák tekintet nélkül korukra és kognitív képességeik hanyatlására.*
- 2. A demenciában szenvedő embereket individuumként kezeljük; értékeljük, hogy mindegyiküknek van személyes történetük, személyiségük, fizikai és mentális egészségi állapotuk, társadalmi, gazdasági erőforrásaik, amelyek mind befolyásolják, hogyan reagálnak a neurológiai állapotromlásukra.*
- 3. A világot a demenciában szenvedő szempontjából nézzük; felismerjük, hogy minden egyes ember tapasztalata pszichológiai megalapozottsággal bír. A demens személy is a saját perspektívája szerint cselekszik, és empátia ezzel a perspektívával terápiás hatású lehet.*
- 4. Felismerjük, hogy minden emberi élet – a demenciában szenvedők élete is kapcsolatokon nyugszik. Így a demenciában szenvedőknek gazdag társadalmi környezetre van szükségük, amely azon túl, hogy kompenzálja a képességromlásukat, személyes növekedésüket is elősegíti.*

*A személyközpontú gondozás magában foglalja e négy alkotóelemet, amelyeket különböző szerzők **személyközpontú demens ellátásként** definiálnak.*

V: értékalapú - minden emberi élet abszolút értékes tekintet nélkül korra vagy kognitív képességekre--- Végtelenül értékes

I: individualizált megközelítés, elismeri az egyediséget --- Individualizált (egyéni szabott) ellátás

P: a világot az ellátást igénybe vevő szemszögéből értelmezzük, vagyis a hangsúly a demens ember megélt tapasztalatán van ---- Perspektívája fontos

S: olyan szociális környezetet alakítunk ki, amely támogatja a pszichológiai szükségletek kielégítését. ---- Támogató szociálpszichológia

A fenti négy alkotóelem egymástól független. Azonban együtt a személyközpontú gondozás (angolul person centred care - PCC) hathatós kultúráját határozzák meg. Tom Kitwood nyomán Dawn Brooker az alábbi képlettel fejezi ki ezt:

$$PCC = V + I + P + S$$

Azaz a személyközpontú ellátás (PCC) értéken alapuló (value base - V) individualizált megközelítés (individualized approach - I), amelyben a demenciában szenvedő személyes tapasztalata fontos (perspective of the service user - P) támogató pszichoszociális környezetben (social environment that supports psychological needs- S)

Az alkotóelemek közül egyiknek sincs elsősége, egyaránt hozzájárulnak a személyközpontú demens ellátáshoz. Természetesen a VIPS kifejezi azt is, hogy akiket szolgál az ellátás, ők nagyon fontos személyek (Very Important Persons).

(Brooker, 2007. pp. 12-13)

A személyközpontú gondozás eredete

A kliens központú tanácsadásra nyúlik vissza (Carl Rogers). Majd Tom Kitwood használta a személyközpontú kifejezést a demenciában szenvedőkre vonatkoztatva. Azt írta utolsó munkájában, hogy a személyközpontú kifejezést a demencia ellátással összefüggésben azért használja, hogy összekapcsolja az elméletet és a munkamódszert a demens ember megélt tapasztalatával, amely a kommunikációt és a kapcsolatokat hangsúlyozza. A személyközpontú kifejezés a Rogers-i pszichoterápiára utal. (Vö. Brooker, 2007, p. 14)

Tom Kitwood kétségtelenül megalapozta a személyközpontú demencia ellátást. (Brooker, 2007, p.16)

Ezek az alapok: a) fontos a személy (personhood) fenntartása, b) demencia javított, gazdagított modellje, c) a rosszhatású szociálpszichológia felismerése, d) a demenciában szenvedő szempontja, e) a demens ellátás új kultúrája, a személyközpontú megközelítés elméleti alapjai.

a) A demenciában szenvedő személy (Personhood) (Brooker, 2007, p.16)

Kitwood volt az első, aki arról írt, hogy a demens ember személy mivoltát mások segíthetik fenntartani a kapcsolatokban, melybe beletartozik az ismeret, a tisztelet és a bizalom. (Kitwood, 1997, p. 8) A személyközpontú demens ellátás elsődleges kimenete ennek a személy mivoltának a fenntartása - annak ellenére, hogy a személy mentális képességei erősen hanyatlanak. A személyközpontú demens ellátásban azt feltételezzük, hogy a demenciában szenvedő képes kifejezni, hogyan érzi magát: viszonylag jól érzi magát vagy rosszul. [...] A

viselkedésének van értelme, van jelentése. A viselkedésével fejezi ki, hogy jól vagy rosszul érzi magát. Kitwood szerint a problémás viselkedés, apátia vagy szorongás gyakoribb olyan ellátásban, amelyben az ellátottak személy mivoltukban nem kapnak kellő támogatást. Ha az ellátás támogató, akkor az ellátott jól-léti szintjére nagyobb figyelmet szentelnek. A demenciában szenvedő életminőségét értékelik, és kifejezetten részévé teszik a szolgáltatásnak.

b) Javított modell (Brooker, 2007, p.17)

Kitwood a 80-as évek szemléletét, miszerint a demencia az agykéreg betegsége, és amelyet standard paradigmának' nevezett - vonta kétségbe. Kitwood javított modellje szerint a demencia nemcsak neurológiai állapotromlás, hanem fizikai, egészségi állapot is, és az ember maga, akinek van életútja, személyisége és környezete, amelyben él.

Ez a modell más szempontokat is figyelembe vesz, mint a standard paradigma, mert ezek a szempontok is befolyásolják a demenciában szenvedő életminőségét. Kitwood modellje a demenciát olyan állapotnak tartja, amelyet mind biológiai, pszichológiai és szociológiai szempontokból vizsgálni javasol ahhoz, hogy jobban megértsük a demenciában szenvedőt.

c) A rosszhatású szociálpszichológia (Brooker, 2007, p.17-19)

A demenciában szenvedők személy mivoltát aláássa minden olyan ellátás, amely nem veszi figyelembe az egyéni szükségleteket és emberi jogokat, amely figyelmen kívül hagyja az erős negatív érzéseket, és amelyben előfordul, hogy az emberi kapcsolatoktól elszigetelődnek az ellátottak. Kitwood összegyűjtötte a rosszhatású pszichoszociális hozzáállás leggyakoribb formáit:

megfélemlítés, lekörözés, infantilizálás, címkézés, leszólás, hibáztatás, manipulálás, invalidálás (nem vesszük komolyan), gyengítés, erőltetés, félbeszakítás, tárgyiasítás (objectification) – úgy kezelik, mint egy tárgyat, megbélyegzés, semmibe vevés (ignorálás), kivetés, kizárás, kicsúfolás

Mindez nem szándékos. Nagyon kevesen vannak, akik szánt szándékkal bánnak így a demenciában szenvedőkkel. Mégis, szerte a világon a demens ellátásban gyakori jelenségek. A rosszhatású pszichoszociális hozzáállás listája sajnos nagyon ismerős mindazoknak, akik demens ellátásban dolgoznak. Elszorul a szívük, mikor először találkoznak a felsorolással. Ez annak tudható be, hogy évek óta dolgoznak ezen a területen és ezek közül több dologban vétkesnek érzik magukat.

Kitwood fájdalmasan jegyzi meg, hogy nagyon ritka ezekben az estekben a rossz szándék. A rosszhatású pszichoszociális hozzáállás átszövi az ellátás napi gyakorlatát. Mikor új dolgozó érkezik, átveszi a régi dolgozók szokásait, megtanulja, hogyan kommunikálnak az ellátottakkal és ő is ezt teszi. Ha az a szokás, hogy infantilizálják az ellátottakat, akkor az új munkatárs ezt tanulja meg. Az ilyen hozzáállás felemésztí a demenciában szenvedő személy mivoltát.

A rosszhatású hozzáállás a társadalom értékrendjéből fakad. A társadalom nem tartja értékesnek a demenciában szenvedőket. A fiatalság, az intelligencia, az erőfitogtatás kapja a nagyobb elismerést. A demenciában szenvedőt legjobb esetben ignorálják. Rosszabb esetben diszkriminálják. Gyakran szakmai körökben is ez a helyzet.

„Az ilyen hozzáállás aláássa a személyt, csökkenti a jól-létet és [...] növeli az izolációt, amely funkcióvesztéshez vezet.” (Brooker, 2007. p. 18.)

d) A demenciában szenvedő szempontja (Brooker, 2007, p.19)

Kiwood sokat foglalkozott azzal, hogy megpróbálja megérteni a demenciában szenvedők tapasztalatait. A demencia megértését a velük való beszélgetésekből, vagy nappali ellátásban és idősok otthonaiban tett megfigyelésekből nyerte. A DCM első verziójával arra tett kísérletet, hogy a demenciában szenvedő szempontjából értékelje az ellátást.

e) Az ellátás új kultúrája (Brooker, 2007, pp. 19-20)

Kitwood az új kultúra leírásában a demenciát inkább fogyatékoságnak, mint betegségnek írja le. Szerinte a demens ellátás kreatív, dinamikus munka, nem segédmunka, melyet senki sem csinál szívesen. Maga a demenciában szenvedő, és akik törődnek vele, rendelkeznek egy olyan szaktudással, amely legalább olyan fontos, mint az agytudomány. Minden ember egyenlő, kognitív képességektől függetlenül. Az ellátás feladata a személy mivolt fenntartása, az egyediség és az individuum elismerése diagnózistól függetlenül. A problémás viselkedés egy kísérlet a kommunikációra.

Ebben az új kultúrában a demens ellátás érzelmi munka, éppen ezért az itt dolgozóknak is szükségük van a személy mivoltuk fenntartására, őket is tisztelni kell, ha jó munkát akarunk tőlük.

II. DCM alkalmazása

DCM a strukturált **megfigyelés** eszköze, amely segítségével a demens ellátás minőségére következtethetünk. A megfigyelés azonban demenciában szenvedő személyek megfigyelését jelenti: azt pontozzuk, hogy vajon a megfigyelt személyeknek milyen a jól-léti szintje, és kódoljuk, hogy a megfigyelt személy mivel tölti az idejét. A megfigyelés szigorúan közösségi térben történik: ebédlőben, foglalkoztató helyiségben, folyosón, kertben. Az ellátottak intim szféráját nem érinti: fürdőszobában, lakószobában ápolás-gondozás alatt történtek nem képezhetik a megfigyelés tárgyát.

A megfigyelést hosszabb időtartamban (folyamatosan 6 órában) javasolt végezni. (Brooker & Surr, 2005, p. 68) Célszerű több alkalommal végezni mérést egy adott részlegben. Sőt érdemes elvégezni a mérést minden ellátottra egymást követő napokban. A mérés nagyon munkaigényes, hiszen egy adott napon 5-8 személy figyelhető meg egyszerre. (Brooker & Surr, 2005, p. 61.) A javasolt létszám 6 fő.

Angliában gyakori, hogy a szolgáltató intézmények megrendelik vagy mérésben képzett munkatársukkal végeztetik el a mérést. Ritka a teljes körű, minden ellátottra kiterjedő mérés, mivel nagyon munkaigényes és drága.

A megfigyelés során arról gyűjtünk információt, hogy:

1. mivel töltik a megfigyelt személyek az idejüket?
2. és ez alatt az idő alatt vajon hogyan érzik magukat?
3. milyen interakciók érik a megfigyelt személyeket?

4. és ezek vajon támogató vagy gyengítő, jó hatású vagy rosszhatású pszichoszociális hozzáállások voltak?

A megfigyelést szigorú szabályok szerint kell végezni. 5 perces időintervallumokra kell meghatározni a megfigyelt személy viselkedését. Egy időintervallumra egy viselkedéskódot adhatunk meg. Ha többféle tevékenység is előfordult az 5 percen belül, akkor az utolsó tevékenységet, vagy a leghosszabb ideig tartó tevékenységet kell beírni. Ha többféle viselkedést is megadhatnánk, akkor azt a viselkedést kell kódolni, amelyik a leginkább pozitív.

A megfigyelés előtt a megfigyelt részlegben dolgozó munkatársakat fel kell készíteni. Ajánlott továbbképzést tartani részükre a DCM-ről. Nem elég, hogy az intézményvezető vagy részlegvezető tud a megfigyelésről, a részlegben dolgozó munkatársaknak is tisztában kell lenni azzal, miért van jelen egy megfigyelő.

A megfigyelő a megfigyelés alatt maga nem tud láthatatlan lenni. Azaz jelenlétével befolyásolja a környezetet: mind az ellátottakat, mind a részlegen dolgozó munkatársakat. A munkatársak ilyenkor igyekeznek a legjobbat kihozni magukból, és ez nem baj.

A megfigyelés után az érintett munkatársak részére vissza kell hozni a mérés eredményét. Tanulságos a külső megfigyelő tapasztalatait meghallgatni. Jó, ha az intézményvezető vagy részlegvezető is részt vesz a visszajelzésen. A mérési eredmények kiértékelése segíthet az ellátás színvonalának mérésében és javításában.

II.1. Mivel töltik a megfigyelt személyek az idejüket?

BCC (Behaviour Category Codes) – Viselkedéskategóriák (A-tól Z-ig 23 kategória) a DCM kidolgozók munkája, amelyeket a több éven át végzett megfigyelések elemzésével alakítottak ki és folyamatosan módosítottak. A jelenleg alkalmazott viselkedési kategóriák az alábbiak:

- A – olyan aktivitás, amely során az ellátott szóban vagy másként másokkal interakcióba lép (bármilyen nyilvánvaló cselekvés nem kíséri)
- B - elfoglalt, de passzívan pl. figyeli, mi történik körülötte
- C - közömbös: semmi nem köti le, visszavonult
- D – önmagával törődik, önmagáról gondoskodik
- E – kifejező vagy kreatív tevékenységben van
- F – eszik vagy iszik
- G – visszaemlékezik az életére (reminiscencia)
- I – intellektuális tevékenységet végez, pl. olvas
- J - sportol, tornázik, fizikai mozgást végez
- K – járkál, álldogál
- L- szabadidős, rekreációs tevékenységben van
- N – bóbiskol
- O – tárgyakkal lép kapcsolatba, élettelen dologhoz viszonyul
- P – segítséget vagy személyes gondoskodást kap
- R – vallásos tevékenység köti le

- S – szexuális kifejezést tesz
- T – érzékekre ható elfoglaltságban van
- U – nem figyelnek rá- próbál kommunikálni, de nem kap választ
- V – munkát végez, vagy munkához hasonló tevékenységben van
- W –önmagát stimulálja
- X – ürítéssel, WC használattal kapcsolatos tevékenységet végez
- Y – interakció anélkül, hogy megfigyelhetően bárki jelen lenne
- Z – Zéró opció: fenti közül egyik sem

A viselkedéskategória meghatározása nagy gyakorlatot igényel a megfigyelőtől. A DCM alapképzés célja, hogy a résztvevők megtanulják a megfelelő viselkedéskód kiválasztását. Mérést általában a viselkedéskód meghatározásában jártas személyek végzik. A gyakorlat azt mutatja, hogy elég jó következtetésekre juthatunk akkor is, ha nem a legprecízebben határoztuk meg az adott 5 percre a viselkedéskódokat. Hiszen a 6 órán keresztül történő megfigyelés elég hosszú idő arra, hogy a viselkedéskategóriák tendenciája jól látható legyen, még akkor is, ha a megfigyelő a kódolást nem a legprecízebben végezte volna el. Mit értünk a viselkedéskódok tendenciáján? Ehhez tudnunk kell, hogy a DCM kidolgozói a viselkedéskódokat pozitív, passzív és negatív kategóriákba sorolják:

- pozitív elfoglaltságok alatt (A,D,E,F,G,I,J,K,L,O,P,R,S,T,V,Y) pozitív hangulat tapasztalható
- a pozitív elfoglaltságokon belül is kiemelt szerepe van az értelmes tevékenységeknek, amelyek a demenciában szenvedő személy szempontjából értelmesek (E,I,J,L,R,V)
- negatív viselkedés (U és K, W és Y negatív hangulattal) agitáltságra, aggodalmaskodásra utal
- visszavonulásra utaló viselkedés a C és az N.
- passzív elfoglaltság a B kategória kód, amikor a megfigyelt személy figyeli, mi történik körülötte, de nem vonódik be.

Ha a megfigyelés időszakában a pozitív elfoglaltságok voltak túlsúlyban, akkor ez arra utal, hogy a megfigyelt személyek jól érezték magukat. Ilyenkor nincs nagy jelentősége annak, hogy a tevékenység V – munka jellegű, E – kreatív tevékenység vagy L – szabadidős elfoglaltság volt-e. Mindhárom arra utal, hogy a valamilyen pozitív elfoglaltsága volt az ellátottnak. Ha a mérés eredményeként azt tapasztaljuk, hogy összességében több volt a pozitív elfoglaltság, mint a visszahúzódásra, esetleg negatív hangulatra utaló viselkedés, akkor a mért demens ellátásban valószínű többféle elfoglaltságra van lehetősége az ellátottnak. Mérési tapasztalat, hogy abban a demens ellátásban, ahol több foglalkoztató is napi aktivitásokat szervez, több pozitív viselkedés mérhető, mint ott, ahol nap közben csak gondozás folyik.

Előfordul, hogy a kezdetben aktív személy (A) egy idő után csak figyel (B) aztán visszavonul és néz maga elé (C). Mivel nem történik semmi körülötte, elbóbiskol (N). Ha a mérési eredmények több megfigyelt ellátottnál ezt a tendenciát mutatják, akkor a demens ellátásból nagy valószínűséggel hiányzik a megfigyelt személyek számára értelmes foglalkozások, aktivitások szervezése. Általában nagyobb aktivitás tapasztalható, ha a megfigyelés alatt

valamilyen szervezett foglalkozás van a közösségi térben. Ilyen esetben is előfordulhat, hogy a megfigyelt személyt nem köti le a foglalkozás, egy darabig figyel (B), aztán befelé fordul (C), és esetleg elbóbiskol (N).

Magas számú B kategóriát mutató DCM mérés után érdemes a részleg munkatársaival átbeszélni, vajon mit lehetne tenni annak érdekében, hogy a B-ket pozitív elfoglaltsággal (A, E, G, I, stb.) váltsák fel.

A DCM segítségével a megfigyelt személyek állapotára is lehet következtetni. Az a tapasztalat, hogy súlyos demencia esetén az ellátott kevésbé vonható be foglalkozásokba, viselkedése inkább visszahúzódó vagy passzív. Mégis a DCM segíthet azokat az epizódokat rögzíteni, amelyek a megfigyelt személy súlyos demenciája ellenére is jó hatással voltak rá. Lehet, hogy a saját valóságában maradt, lehet, hogy visszahúzódva ült hosszú időn át, mégis a munkatársak kedvessége, érintése, gondoskodása pozitívan érintették.

A DCM a különböző demens ellátások összehasonlítására nem alkalmas, inkább annak elemzésében segít, hogy az adott szolgáltatásban részesülők jól-léti szintjét miként lehetne javítani. A viselkedési kategóriák további elemzéséhez lásd Brooker & Surr, 2005, pp. 74-75.

II.2. Hogyan érzik magukat a megfigyelt személyek?

A jól-léti szint megfigyelése alapvetően fontos a személyközpontú ellátásban, hiszen az ellátottak jól-léte az ellátás kritériuma. A DCM kidolgozói azt állítják, hogy módszerükkel mérhető az ellátásban résztvevők jól-léte. Mivel a demenciában szenvedő legtöbbször nem tudja kifejezni, elmondani, hogyan érzi magát, nem tud elégedettségi kérdőívet kitölteni, szükséges egy képzett megfigyelő, aki tudja őt képviselni, és képes felmérni a jól-léti szintjét.

A megfigyelés alatt a megfigyelt személyek pozitív-negatív hangulatait megtapasztalhatunk, miközben a II. 1. fejezetben tárgyalt viselkedést, elfoglaltságot kódoljuk.

A demenciában szenvedő személy hangulati és aktivitási szintjének kódolása az alábbi táblázat szerint történik:

Mood=hangulat	ME érték	Engagement=elfoglaltság
Nagyon boldog, vidám, nagyon pozitív hangulat	+5	Nagyon belemerült valamilyen tevékenységbe és mélyen leköti az, nagyon elfoglalt
Elégedett, boldog, ellazult pozitív hangulat	+3	Koncentrál, de figyelme elvonható, elfoglalt valamivel
Semleges, meghatározhatatlan, poz. v. neg. hangulat kézzelfogható jele hiányzik	+1	Éber és fókuszált figyelem a körülötte lévő dolgokra, rövid vagy szakaszos lekötöttség

Negatív hangulat kis jele látható	-1	Visszahúzódik, nincs kapcsolat
Negatív hangulat jelentős jele látható	-3	
Nagyon lehangolt, negatív hangulata nagyon erősen látható	-5	

ME=Mood, hangulat és Engagement, elfoglaltság értéke -5 és +5 között lehet. A DCM-ben minden egyes viselkedéskódhoz hozzárendelünk egy hangulati vagy aktivitási szintet: pl. F+3 – étkezik és közben jól érzi magát, elégedett; A+3, beszélget és közben elégedett, stb.

Ahhoz, hogy megbízható következtetéseket vonhassunk le a megfigyelt személy hangulatáról, legalább 4 óra megfigyelésre van szükség. (Brooker & Surr, 2005, p. 75)

Érdeemes rátekinteni arra, hogy a DCM kidolgozói a hangulatot és az elfoglaltságot egy pontozási rendszerbe vonták. Ennek az az alapja, hogy ha valaki nagyon elfoglalt, például fest vagy borsót fejt, nem látszik, milyen hangulatban van, de az igen, hogy mennyire merül bele a tevékenységbe. A DCM kidolgozói szerint valamibe elmerülni értékesebb, mint jó hangulatban lenni. A hangulat felszínebb, mint az elfoglaltság. Az elfoglaltság mindig pozitív. A hangulat lehet pozitív, lehet negatív. A kód értéke akkor -1, ha inkább közömbös hangulat, illetve visszahúzódik figyelhető meg.

A viselkedés gyakran meghatározza a hangulati kódot is: ha a megfigyelt személy járkál (K), a hangulata vagy közömbös (+1) vagy inkább negatív (-1 vagy -3), ha a megfigyelt személy bóbiskol (N), akkor ahhoz nem rendelhetünk hangulatot. Tehát a viselkedés és a hangulat között szoros összefüggés van. Ha célunk, hogy az ellátottak jól érezzék magukat, akkor a pozitív elfoglaltságok, tevékenységek elősegítésével a jól-léti szintet is növeljük.

A megfigyelés alatt egy BCC-ME táblázat kerül kitöltésre. Lásd 1. sz. melléklet.

II.3. Milyen interakciók érik a megfigyelt személyeket?

Bár a megfigyelés alatt az ellátottra fókuszálunk, fontos megfigyelni, hogy milyen interakciók érik munkatársaktól vagy más ellátottaktól. Az interakció vagy pozitív, vagy negatív hatással van a személyre, sohasem közömbös. DCM-ben a pozitív és negatív hatást is két csokorba gyűjtjük a nagyon erős és kevésbé erős hatás megkülönböztetésére. Negatív hatás megalázó (d - detracting) vagy nagyon megalázó (hd – highly detracting), a pozitív hatás felemelő (e – enhancing) vagy nagyon felemelő (he – highly enhancing). A hatás mindig valamilyen pszichológiai szükségletet elégít ki (+), vagy éppen a pszichológiai szükséglet ássa alá (-).

A mérés során a megfigyelt személyre szabottan kódolunk, azonban a visszajelzés összesítve készül.

Az összesítés az alábbi táblázat szerint készül:

Pszichológiai szükséglet	hd - nagyon megalázó	d - megalázó	e - felemelő	he -nagyon felemelő
Komfort - vigasz -megnyugtató	1 megfélemlítés, 2 akadályozás, 3 lekörözés	1 megfélemlítés, 2 akadályozás, 3 lekörözés	1 melegség, 2 biztonság, 3 lazább lépték	1 melegség, 2 biztonság, 3 lazább lépték
Identitás - önazonosság	4 infantilizálás, 5 címkézés, 6 lekicsinylés	4 infantilizálás, 5 címkézés, 6 lekicsinylés	4 tisztelet, 5 elfogadás, 6 dicséret	4 tisztelet, 5 elfogadás, 6 dicséret
Kapcsolat - ragaszkodás	7 hibáztatás, 8 trükközés, 9 invalidálás	7 hibáztatás, 8 trükközés, 9 invalidálás	7 elismerés, 8 őszinteség, 9 validálás	7 elismerés, 8 őszinteség, 9 validálás
Elfoglaltság	10 gyengítés, 11 erőltetés, 12 félbeszakítás, 13 tárgyasítás	10 gyengítés, 11 erőltetés, 12 félbeszakítás, 13 tárgyasítás	10 megerősítés, 11 támogatás, 12 bátorítás, 13 együttműködés	10 megerősítés, 11 támogatás, 12 bátorítás, 13 együttműködés
Befogadás	14 megbélyegzés, 15 semmibevevés, 16 kizárás, 17 kigúnyolás	14 megbélyegzés, 15 semmibevevés, 16 kizárás, 17 kigúnyolás	14 megismerés, 15 befogadás, 16 tartozik valahová, 17 humor	14 megismerés, 15 befogadás, 16 tartozik valahová, 17 humor

Pszichológiai szükségleteket még Tom Kitwood fogalmazta meg a Dementia Reconsidered c. könyvében és egy virággal és szirmaival fejezte ki. Olyan virággal, ahol a szirmok egymást fedik, az alábbi ábra ettől eltér, de talán kifejezi, hogy az összes pszichológiai szükséglet egybe tartozik, egymástól elválaszthatatlan és ugyanakkor a lényege a **szeretet**, amely nem érzelm, hanem cselekvő pozitív hozzáállásból fakad.

A pszichológiai szükségletek – bár egymással összefüggnek, nem választhatók szét és egymást kiegészítik – a **komfortérzést** az ápolás-gondozással, az **identitást**, **kapcsolatot** a hozzáállással, az **elfoglaltságot** és **befogadást** a foglalkozások alkalmával elégítjük ki.



Komfort a biztonság érzését nyújtja, hogy biztonságban vagyok a másik mellett, hogy a másik közelsége melegséggel tölt el.

Önazonosság azt jelenti, „tudom, ki vagyok”. Van folytonosság a múlt és a jelen között. Az életútnak itt van jelentősége. A személy önazonosságát – különösen a demenciában szenvedő önazonosságát mások biztosítják, tartják fenn a tisztelet megadásával, vagy az feltétel nélküli elfogadással.

Ragaszkodás az ember másik alapvető szüksége. A kapcsolatok megtartanak, megtámogatnak különösen, aggódó, izgatott lelkiállapotban. A demenciában szenvedő személy támasza a segítője. A segítő elismeri és elfogadja őt, mint egyént, elfogadja az ellátott valóságát. Fontos tudatosítani, hogy nem arról van szó, hogy a segítő ragaszkodik a segítetthez, hanem éppen fordítva, a segített kapaszkodik a segítőbe és nem utasítja el (hibáztatás, trükközés, a demenciában szenvedő valóságának figyelmen kívül hagyása)

Elfoglaltság a foglalkozásokkal függ össze. A demenciában szenvedő számára értelmes tevékenység elfoglaltságot biztosít. Elfoglaltság az is, ha engedjük egyedül étkezni, öltözni, mosakodni, stb., és csak annyi segítséget nyújtunk, amennyi feltétlenül szükséges. A teljesítés örömét nyújtja pl. az is, ha a munkatárs engedi az ellátottnak, hogy segítsen neki.

Befogadás a közösségbe való befogadást jelenti. A demenciában szenvedőknél nagy kockázat az izoláltság, amely depresszióhoz, vegetációs állapothoz vezet. A munkatársaknak komoly erőfeszítéseket kell tenni ezen a téren. Belevonni a nem kommunikáló személyt egy beszélgetésbe, mutatni, hogy értékesnek és a csoporthoz tartozónak tekintjük, tudatos munkát igényel.

A pszichológiai szükségletek leírását lásd (Brooker & Surr, 2005, pp.27-33).

II.4. Támogató és gyengítő (rosszhatású) pszichoszociális hozzáállások és jelölésük

Brooker, D & Surr (2005) alapján:

Támogató hozzáállás (Personal Enhancer: PE1 – PE17)

- **Melegség** (Warmth) – a segítő őszinte szeretetet, törődést, érdeklődést mutat /PE1/
- **Biztonság** (Holding) – biztonságot, vigaszt nyújt /PE2/
- **Lazább lépték** (relaxed pace) – segít oldott hangulatot teremteni /PE3/
- **Tisztelet** (respect) – a társadalom értékes tagjának tekintik, elismerik a korát, tapasztalatait /PE4/
- **Elfogadás** (acceptance) – elfogadáson alapuló kapcsolatot alakítanak ki vele, pozitívan tekintenek rá /PE5/
- **Dicséret** (celebration) – elismerik, támogatják őt, örülnek a képességeinek, mindannak, amit elért /PE6/
- **Elismerés** (acknowledgement) – elismerik, elfogadják és támogatják őt, mint egyszeri, egyedi, megismételhetetlen személyt /PE7/
- **Őszinteség** (genuineness) – őszinte, nyitott kapcsolatot alakítanak ki vele, tekintettel szükségleteire és érzéseire /PE8/
- **Validáció** – elismerik, támogatják az ő valóságát, itt elsődleges az érzésekre, érzelmekre való érzékenység /PE9/
- **Megerősítés** (empowerment) – elengedik a kontrollálást, segítik a képességei, készségei felfedezésében, gyakorlásában /PE10/
- **Támogatás** (facilitation) – az igényelt segítséget felméri és megadják neki /PE11/
- **Bátorítás** (enabling) – felismerik és bátorítják elfoglaltságaiban, az ő szintjén és világában /PE12/
- **Együttműködés** (collaboration) – egyenrangú, teljes jogú partnerként kezelik mindabban, ami vele történik, konzultálnak vele, együtt dolgoznak, tevékenykednek /PE13/
- **Megismerés** (recognition) – nyitott, ítéletmentes attitűddel fordulnak hozzá, elismerve egyszerűségét, megismételhetetlenségét /PE14/
- **Befogadás** (including) – a demenciában szenvedő fizikailag és pszichológiailag is érzi, hogy befogadták /PE15/
- **Tartozik valahová** (belonging) – úgy érzi, hogy része az adott közösségnek tekintet nélkül képességeire és fogyatékosságaira /PE16/
- **Humor** (fun) – szabad kreatív élet elérésében segítik, humort, vidámságot használnak, elfogadják /PE17/

Gyengítő hozzáállás (Personal Detraction: PD1 – PD17)

- **Megfélemlítés** (Intimidation) – a demenciában szenvedő fél, mert szavakkal megfenyegetik, esetleg fizikai erőt alkalmaznak /PD1/
- **Akadályozás, visszatartás** (Withholding) – ha szól a segítőnek, vagy jelét mutatja a kontaktuskeresésnek, nem reagálnak rá /PD2/
- **Lekörözés** (Outpacing) – Túl gyorsan beszélnek vele /PD3/
- **Infantilizálás** – Úgy kezelik, mintha kisgyerek lenne /PD4/
- **Címkézés** (Labeling) – címkézéssel beszélnek róla /PD5/
- **Leszólás, lekicsinylés** (disparagement) – azt mondják neki, hogy képtelen bármit is csinálni, haszontalan, értéktelen /PD6/

- **Hibáztatás** (accusation) – hibáztatják, hogy valami rosszat tett, vagy valamit nem tett meg /PD7/
- **Árulás, trükközés** (treachery) – trükköket alkalmaznak, félrevezetik, hogy eltereljék a figyelmét, vagy rávegyék, hogy tegyen meg valamit vagy ne tegyen meg valamit /PD8/
- **Invalidálás** (nem vesszük komolyan) – adott helyzetben nem veszik figyelembe az ő valóságát /PD9/
- **Gyengítés** (disempowerment) – nem engedik, hogy használja meglévő képességeit /PD10/
- **Erőltetés** (imposition) – tekintet nélkül a kívánságaira, vágyaira, ráerőltetik a maguk elképzeléseit, hogy mit tegyen, vagy nem engedik meg azt tenni, amit szeretne /PD11/
- **Félbeszakítás** (disruption) – beleavatkoznak, közbelépnek a tevékenységébe, vagy durván betörnek az ő világába /PD12/
- **Tárgyasítás** (objectification) – úgy kezelik, mint egy darab fát, mint egy tárgyat /PD13/
- **Megbélyegzés** (stigmatization) – úgy bánnak vele, mintha leprás volna, fertőző beteg, idegen, száműzött /PD14/
- **Semmibe vevés** (ignoring) – úgy viselkednek előtte, mintha ott sem lenne /PD15/
- **Kivetés, kizárás** (banishment) – elküldik, vagy kizárják fizikailag vagy pszichológiailag /PD16/
- **Kigúnyolás, kicsúfolás** (mockery) – kinevetik, cukkolják, megalázzák, kárára viccelődnek vele /PD17/

Fontos tudni, hogy ezek az interakciók, bár negatív hatásúak, mégsem szándékosak. Ahogyan Tom Kitwood (1997) írja, a gyengítő hozzáállás listája ismerős mindazoknak, akik demenciában szenvedőket ápolnak, gondoznak akár intézményben, vagy egyéb ellátásban, beleértve az otthoni környezetet is. Gyakori jelenség az **infantilizálás**, mikor teljes jó szándékkal gyermekként fordulnak hozzá, előfordul még a gügyögés is. Még szakemberek is vallják, „az idős kor második gyerekkor”, a szellemi leépülésben szenvedő idős állapota erősíti is ezt a megközelítést. A személyközpontú gondozásban azonban inkább jellemző a **tisztelet**, az **elismerés**. Másik gyakori jelenség az **invalidálás**, hogy nem vesszük komolyan a demenciában szenvedő valóságát, (pl. hogy eltévedt, hogy várja az édesanyját, hogy a tyúkokat este be kell zárni). A személyközpontú gondozásban valóságosnak tartjuk az érzéseket, amelyek ilyen esetekben feljönnek. A segítőnek fontos feladata a megnyugtatás. A DCM alkalmazása segít a munkatársaknak megérteni, hogy viselkedésükkel, hozzáállásukkal milyen hatást váltanak ki az érintett ellátottakból. Hozzáállásunk sohasem lehet semleges: vagy pozitív, vagy negatív érzéseket váltanak ki.

II.5. A DCM folyamata, mérési adatok elemzése, visszajelzése

A DCM alapvető része az adatok elemzése és visszajelzése. Nem elegendő elvégezni a mérést, annak eredményeit, megfigyeléseit célszerű visszajelezni az érintetteknek, a szolgáltatást nyújtóknak.

A DCM lépései:

1. felkészülés a mérésre
2. mérés elvégzése
3. adatok elemzése
4. visszajelzés az ellátást végzők felé

1. Felkészülés a mérésre (Brooker & Surr, 2005, pp. 64-66):

A mérést végzők formális tájékoztatást tartanak az ellátást végzők számára. A tájékoztatásnak ki kell terjednie a mérés mibenlétére, miért végzik a mérést és milyen eredményeket várnak a méréstől.

Ha a mérést végzők külső munkatársak, a DCM kidolgozói javasolják, hogy a mérés előtt maguk is ismerkedjenek az intézménnyel, a munkafolyamatokkal, a részlegben dolgozó munkatársakkal. Célszerű felkészülni az ellátottakból is, akikre fókuszál majd a mérés.

2. A mérés elvégzése (Brooker & Surr, 2005, pp. 67-71):

Azon a napon, amelyen maga a mérés történik, időben célszerű a részlegben megjelenni. Kell egy kis időt szánni arra, hogy a megfigyelők és a megfigyelték megszokják egymást. A megfigyelést személyközpontúan kell végezni. Bemutatkozás és engedélykérés lényeges elem. Vagyis fel kell tenni a kérdést, nincs-e kifogása valakinek is az ellen, hogy a mérést végző a közösségi térben helyet foglaljon és megfigyelje, mi történik ott. A mérést végzőnek úgy kell elhelyezkednie a közösségi térben, hogy ne akadályozza a folyamatokat. A megfigyelő sohasem bámulja a megfigyelt személyt. Ha a megfigyelt személy interakcióba lép a mérést végzővel, célszerű arra kedvesen reagálni. Ebben az esetben a megfigyelt személy viselkedés kódja nem érvényes, hiszen a mérést végző okozta azt, amit mért. Az is szabály, hogy bár a mérést végző nem segítő, mégis baj esetén segíthet, ha szólnak hozzá, válaszolhat, stb. A mérés végén javasolt körbejárni az ellátottakat és megköszönni, hogy jelen lehettünk a közösségi térükben.

Megjegyzés: DCM-et nem javasolt csak egy személynek végezni. Célszerű, hogy két mérést végző, párhuzamosan figyelje meg ugyanazokat az ellátottakat és a mérést követően hasonlítsák össze adataikat. Ahol eltérő eredményre jutottak, célszerű azt egymással megbeszélni és korrigálni.

3. Adatok elemzése (Brooker & Surr, 2005, pp. 72-73):

Méréskor adatlapokat kell kitölteni, lásd 1. sz. melléklet. Egy-egy méréssel rengeteg adat keletkezik. Az adatok feldolgozását számítógéppel, Excel táblába gyűjtve diagramok készítésével tesszük átláthatóbbá, elemezhetőbbé az adatokat. Az adatok elemzésének mélysége függ a mérés céljától, kiknek jelzünk vissza és nem utolsó sorban attól, hogy a hallgatók mennyire ismerik a DCM-et.

4. Visszajelzés fontossága (Brooker & Surr, 2005, pp. 79-81):

A visszajelzés különösen is fontos a DCM-ben. A visszajelzés során reflektálunk a jó példákra, a rossz példákra, melyeken javítanunk kell, és azon, hogyan lehetne változtatni. Tehát a DCM jelentősége abban áll, hogy beletartozik a mérésen túl a visszajelzés is. Ezzel segít tudatosítani a segítőben az ellátottra gyakorolt hatását.

A visszajelzés írásban is történjen meg, egy-két oldal szöveges összefoglalás formájában.

B/ Magyarországi tapasztalat

Az elmúlt években öt idősök otthonában történt mérés hat alkalommal. Helyszín az intézmények demens részlegének közösségi tere. A megfigyelt személyek az intézmény munkatársai által előre kiválasztott ellátottak. A megfigyelést megelőzte egy továbbképzés a DCM-ről. A megfigyelés általában délelőtti és koradélutáni órákban történt. A megfigyelések alatt előfordult: étkezés, foglalkozás, látogatók érkezése, esetleg takarítás, csendes pihenőre készülés, esetleg délutáni foglalkozás.

A mérések fő dokumentuma az Adatfeldolgozó tábla (1. sz. melléklet). Az Adatfeldolgozó táblára kerül az 5 perces időintervallumonként meghatározott viselkedés és hangulat kód (BCC és ME kódok), szövegesen pedig a támogató vagy gyengítő hozzáállások, esetleges párbeszéd, elemzésre érdemes események leírása. Az Adatfeldolgozó tábla adatai a mérést követően kerülnek feldolgozásra az alábbi táblák, diagramok segítségével:

- BCC-k, viselkedések kimutatása (lásd 2. sz. melléklet)
- ME-k, hangulatok, elfoglaltságok kimutatása (lásd 3. sz. melléklet)
- PD-PE-k, gyengítő vagy támogató hozzáállások pszichológiai szükségletek szerinti csoportosítása (lásd 4. sz. melléklet)
- és BCC-ME aránya az értékelhető időintervallumon belül (lásd 5. sz. melléklet)

A mérést követően a továbbképzés része a mérés eredményeinek bemutatása, vetített képes előadásban a BCC, ME és BCC-ME diagramok megfigyelt személyenként és csoportra összesítve. Ilyenkor kicsit játékos formában érdemes arról is beszélni, mit tapasztalt a megfigyelő a megfigyelt személyek szempontjából. Pl. mikor előfordult, hogy az ellátottak hosszabban magukra maradtak, milyen történések fordultak elő, vagy étkezések előtt és után hogy érezték magukat a megfigyelt személyek, mikor segíteni szeretettek volna terítésnél, asztal letisztogatásnál, de nem lehetett.

Mérési tapasztalat, hogy a súlyos demensek pontozása jóval alacsonyabb értéket hozott, mint a kevésbé súlyos még viszonylag több funkcióra képes ellátottaké. Mivel a demens részlegekben nagyon különböző állapotú ellátottak élnek, az alacsony jól-léti szint nem korrelál a demens ellátás színvonalával feltétlenül. Ezért DCM alapján csak óvatosan vonhatunk le következtetéseket az ellátás minőségéről.

Azon ellátottak jól-léti szinte minden esetben magasabb volt, akik verbálisan tudtak kommunikálni. A nem beszélő, befelé forduló ellátott minden esetben kevesebb figyelmet

kapott. Ők leginkább étkezéseknél, etetésnél érezték jól magukat, ekkor kapták a legtöbb figyelmet.

Egy példa még kommunikálni képes ellátott megfigyelésére:

Reggeli után kiültetik M. ellátottat a folyosóra (PE2 e). Egy darabig csendesen ül, egyszer azonban nagy erőfeszítésekkel feláll, és az ajtóba kapaszkodva elindul. Egy arra járó munkatárs figyelmezteti, hogy el fog esni, inkább üljön le. (PE4 e) M. segítségével leül, de valamit nagyon szeretne. Kap rágcálnivalót (PD9 d). Ezzel elvan egy darabig.

M. újra el akar indulni, most szól az arra járó munkatársnak: „anyukám, Mariskám, vezessél egy kicsit, nem bírok menni.” A munkatárs nem segít, de megint hoz neki enni. (PD9 d) Eszi a kekszet, de egy idő után az arra elsiető munkatársnak szól: „Eleget ettem. Vigyél engem is el.” A munkatárs rátekint és megkérdezi: „Hová szeretne menni? (PE9 he). – „Marikám, vizet adjatok, szomjas vagyok, nem kell túl sok” – kap inni (PE2 he)

Az eset visszajelzése a munkatársaknak tanulságos volt, mert észre sem vesszük sokszor, hogy az ellátott mit szeretne. Pedig M. még képes volt kommunikálni.

A példában hiába kapott M. a legnagyobb jó szándékkal rágcálni valót, nem vettük figyelembe a szükségletét.

A fenti példa PD-PE összesítő táblája:

Pszichológiai szükséglet	hd	d	e	he
Komfort			1	1
Önazonosság			1	
Ragaszkodás		2		1
Elfoglaltság				
Befogadás				

C/ DCM kitekintés

DCM-et ma már Nagy-Britannián kívül több európai országban (Belgium, Dánia, Hollandia, Németország, Spanyolország, Svájc) alkalmazzák, de elterjedt Japánban, Dél-Koreában, Ausztráliában és az USA-ban is. Legsikeresebben azokban az országokban terjedt el, ahol oktatási intézményhez kötött a képzés. Lásd Németország, itt az Universitat Witten-Herdecke építette be az oktatási rendszerébe a DCM képzést. Forrás: www.brad.ac.uk/health/dementia/ és www.dcm-deutschland.de

Minden országban a Bradford Dementia Group segítségével és útmutatásai alapján folyik a DCM alkalmazása.

D/ DCM bevezetésének lehetőségei Magyarországon

DCM használata szorosan a Bradford Demetia Group továbbképzésein alapul. Könyvből nem tanulható meg, hiszen az egyetem konzultációira, mentor programjára a használat során a mérést végzőknek szüksége van. Jelen módszertani ajánlás még nem nyújt elegendő alapot arra, hogy alkalmazása Magyarországon is elinduljon.

Célszerű lenne felsőoktatási intézmény keretein belül kezdeni a DCM magyarországi bevezetését. A Bradford Dementia Group már más országokban is sikeresen segítette ezt.

DCM bevezetésének egyik feltétele, hogy egynél több szakember vegyen részt egy a Bradfordban kialakított módszer szerinti alapképzésben. A szakemberek DCM-et csak az alapképzés után végezhetnek. DCM első ilyen alkalmazását a képzők mentor program keretében segítik. Kellő gyakorlat után a kiképzett DCM alkalmazók eztán kaphatnak képzést arra, hogy maguk is képzővé válhassanak. Ez szükséges ahhoz, hogy elindulhasson a magyarországi képzési rendszer. A magyarországi képzőknek folyamatosan kapcsolatban kell lenniük a többi DCM képzővel, és a Bradford Dementia Group-pal, hiszen a módszer még ma is fejlődik, változik.

DCM bevezetésének másik feltétele, hogy a döntéshozók támogassák a személyközpontú demens ellátás terjedését. DCM alkalmazása csak olyan demencia programban használható, amely elkötelezett a személyközpontú ellátásra. Nem mindegy, hogy a személyközpontú megközelítés az ellátásban csak hozzáadott érték vagy esszenciálisan alapja az ellátásnak. A Katolikus Szociális Módszertan évek óta szervez továbbképzéseket a személyközpontú demens ellátás bemutatására, azonban a teljes körű alkalmazását a jelenlegi szabályozási és strukturális keretek nem teszik lehetővé.

Intézményi és szolgáltatási kultúráknak kell átalakulni ahhoz, hogy – amint a Demens ellátás tevékenység adminisztrációja tartalmazza – nagy hangsúlyt fektessen minden szolgáltató:

- a biztonságos környezet kialakítására és folyamatos alakítására,
- a strukturált napirend szerinti működésre,
- a személyre szabott elfoglaltságok tervezésére és implementálására,
- és nem utolsósorban a közvetlen munkatársak képzésére és hozzáállásuk folyamatos alakítására, javítására.

Mind a fizikai környezetnek, mind a napirendnek, mind pedig a munkatársak ellátottakhoz való hozzáállásának javítására a DCM kiváló eszköz. A DCM alkalmazása a munkatársakra jó hatással lehet. Megértik, hogy ők nagyon fontos munkát végeznek, megértik a DCM eredményeinek kiértékelése során, hogy lényeges a feladataik ellátásánál a „hogyan”, nemcsak a „mit”, hogy az apróságnak gondolt gesztusok milyen jó hatást válthatnak ki az ellátottakból.

DCM bevezetésének harmadik feltétele tehát, hogy legyenek intézményvezetők, szolgáltatók, akik elkötelezik magukat a személyközpontú ellátás biztosítására a maguk területén. Magukat is és munkatársaikat is képzik ezen a területen. Képzettséget szereznek DCM alkalmazására, méréseket végeznek, vagy végeztetnek saját intézményeikben, és a mérések eredményeit a folyamatos minőségjavításra használják.

E/ Záró megjegyzések

A demenciában szenvedők személyközpontú gondozása nagy szaktudást, elkötelezettséget és sok energiát igényel. DCM alkalmazása a személyközpontú gondozás folyamatos monitorozását és szükség szerint javítását teszi lehetővé. Ebben a szemléletben az ellátott személy szükségleteire fókuszálunk, nem a külső szervek elvárásaira. Azt vizsgáljuk, hogyan segíthetjük a demenciában szenvedőt a személy-mivolt fenntartásában, emberi méltósága megőrzésében. Gyakran apró dolgokon kell csak ehhez változtatni. A DCM segítségével minden munkatárs, az ápolóktól a foglalkoztatókig tehetnek a szolgáltatás színvonalának ilyen irányú javításáért. Tapasztalat, hogy a DCM alkalmazásával a munkatársak mindennapi feladataikat tudatosabban, érzékenyebben látják el. Jobban elfogadják, hogy a szívükkel is szabad dolgozni. T. Kitwood szerint a személyközpontú demens ellátás kreatív, dinamikus munka, nem segédmunka, melyet senki sem csinál szívesen.

Érdemes megjegyezni, hogy a DCM rövidített változata a SOFI (Short Observational Framework for Inspection) ellenőrzések végzése során alkalmazható eszköz. A megfigyelés a DCM végzésénél rövidebb időszakot ölel át, étkezési időt is magában foglalva, és a kódolási rendszere egyszerűbb. (Lásd: www.brad.ac.uk/health/dementia/DementiaCareMapping/sofi)

SOFI külső ellenőrző szervek eszköze lehet, míg a DCM belső segítség az intézményvezetők és más szolgáltatók részére a demencia programjaik minőségének folyamatos javítására.

Összességében a DCM csak egy eszköz a személyközpontú demens ellátás jó gyakorlatának mérésére és folyamatos fejlesztésére.

Irodalomjegyzék

Bryden, C (2005), Dacing with Dementia: My Story of Living Positively with Dementia, London: Jessica Kingsley Publisher

Brooker, D (2007), Person-centered Care, Making Services Better, London: Jessica Kingsley Publisher

Brooker, D & Surr, C (2005), Dementia Care Mapping: Principles and Practice, Bradford: Bradford Dementia Group

Kitwood, T (1997) Dementia Reconsidered: The Person Comes First. Buckingham: Open University Press.

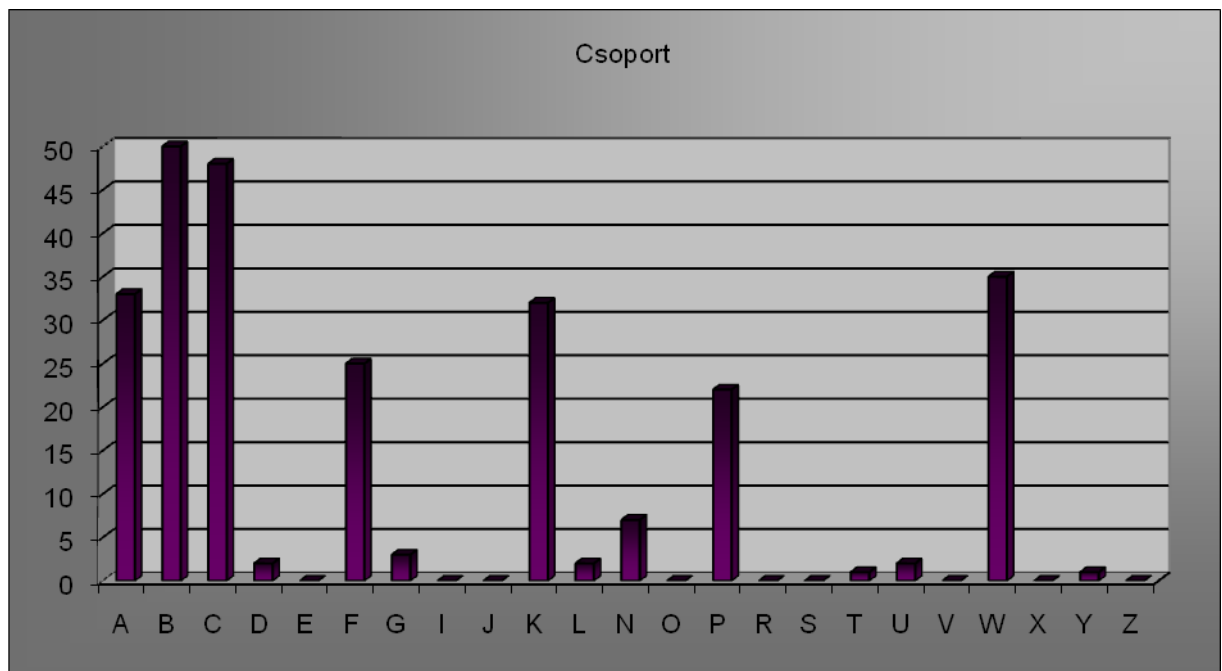
Mellékletek

1. sz. melléklet: Adatfeldolgozó tábla

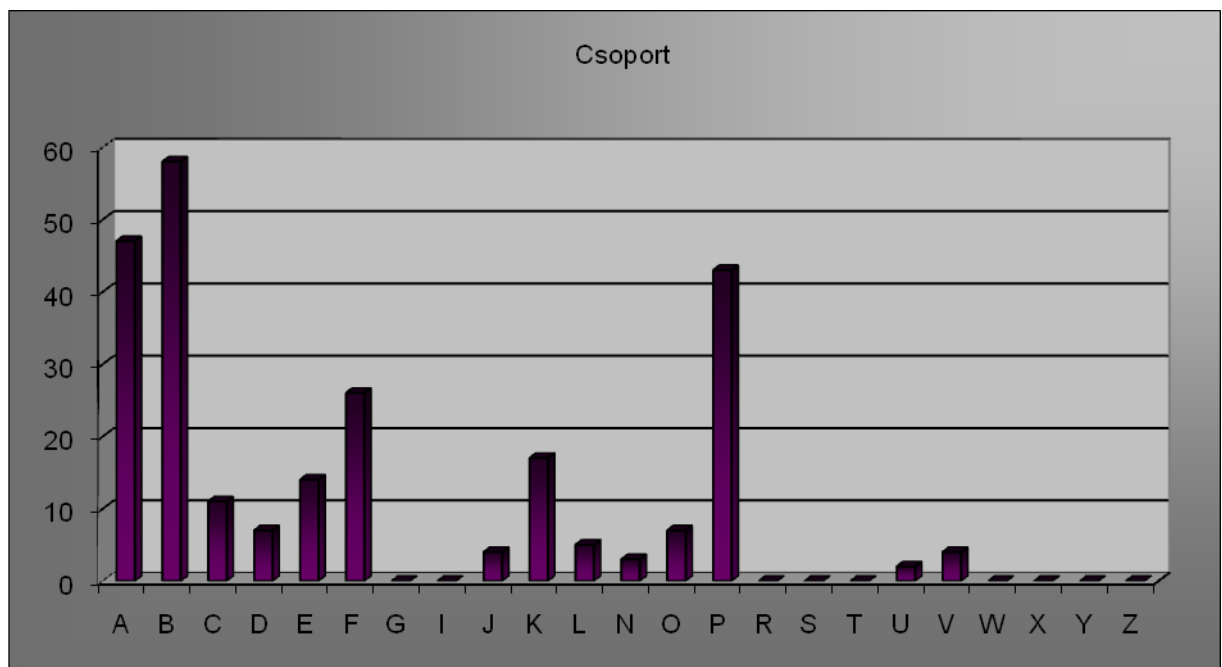
Adatfeldolgozó tábla 1

Dátum:	Időkeret:	Hely:	Lakók:	Munkatársak:	Megfigyelő:	ÖsszesME
Résztvevők	Időkeret /TF/					ÖsszesTF
1	BCC ME					
2	BCC ME					
3	BCC ME					
4	BCC ME					
5	BCC ME					
6	BCC ME					

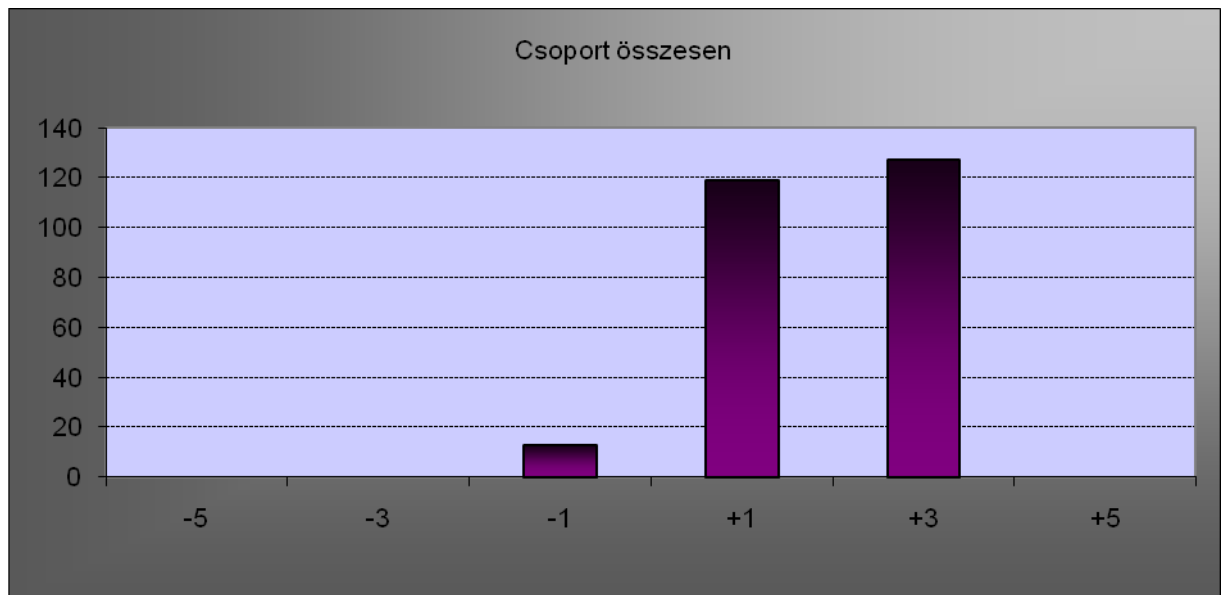
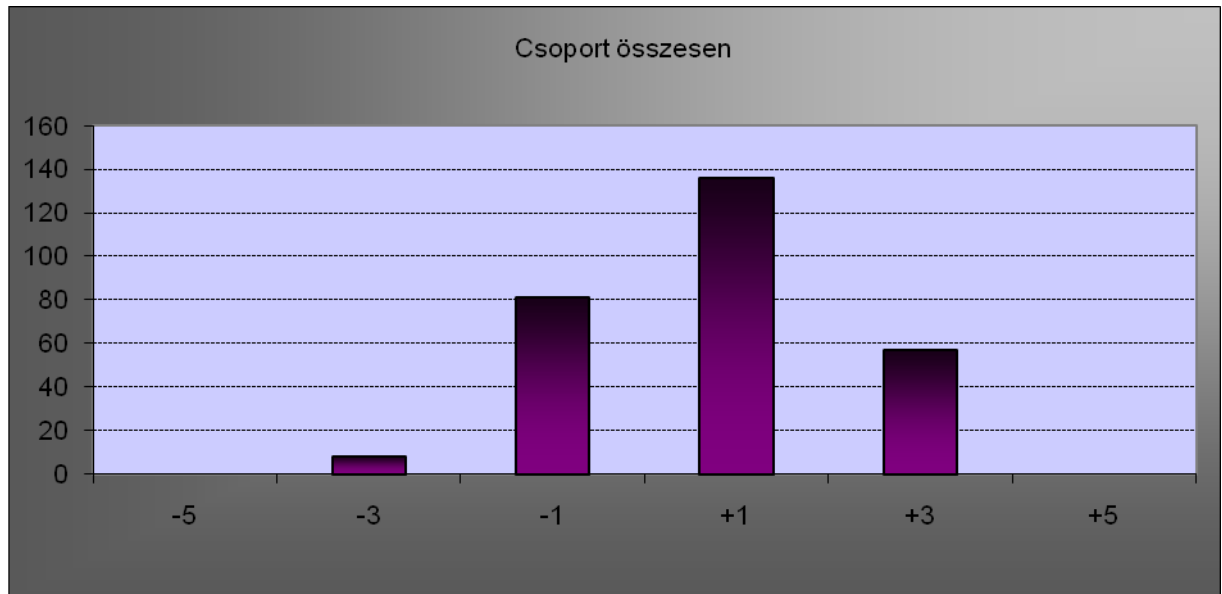
2. sz. melléklet: BCC diagram



A diagram azt mutatja meg, hogy a mérés alatt a megfigyelt személyeknél összesen mely viselkedéseket jelentkeztek és milyen gyakran. Az adatelemzésből a részlegben folyó aktivitásokra lehet következtetni.



3. sz. melléklet: ME diagram



Csoport összesen mutatja a diagram a megfigyelés alatt a különböző hangulatok/elfoglaltságok gyakoriságát. A két diagram két különböző helyszínen készült, a különbség a kettő között jól látható, a második helyszínen több elfoglaltság, jobb hangulat volt a csoportban, mint az első helyen.

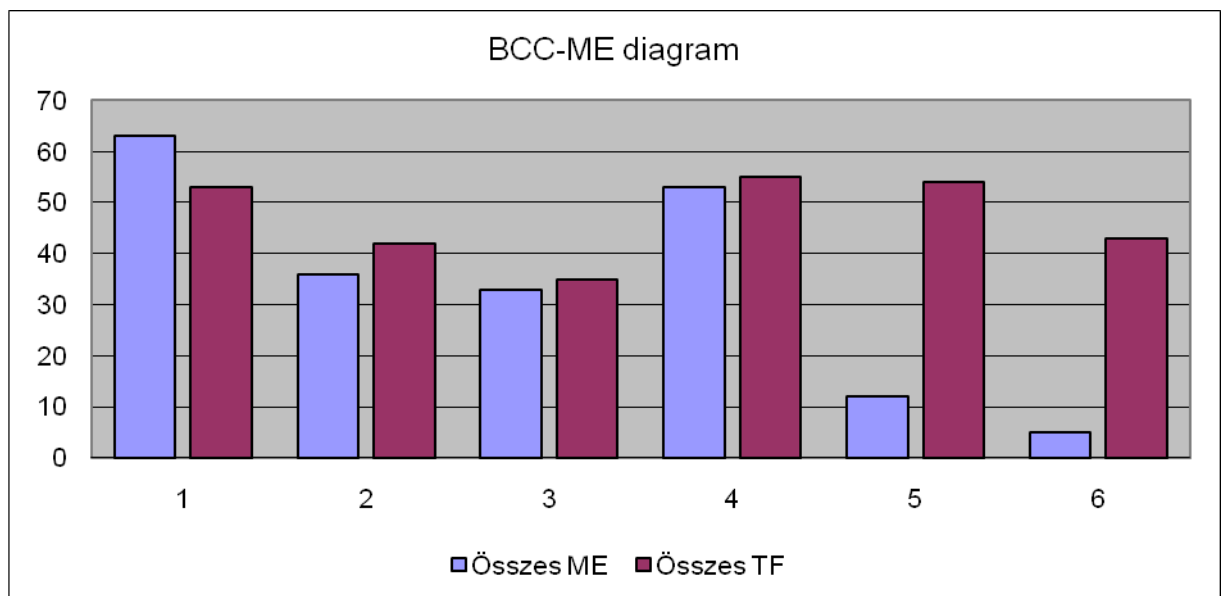
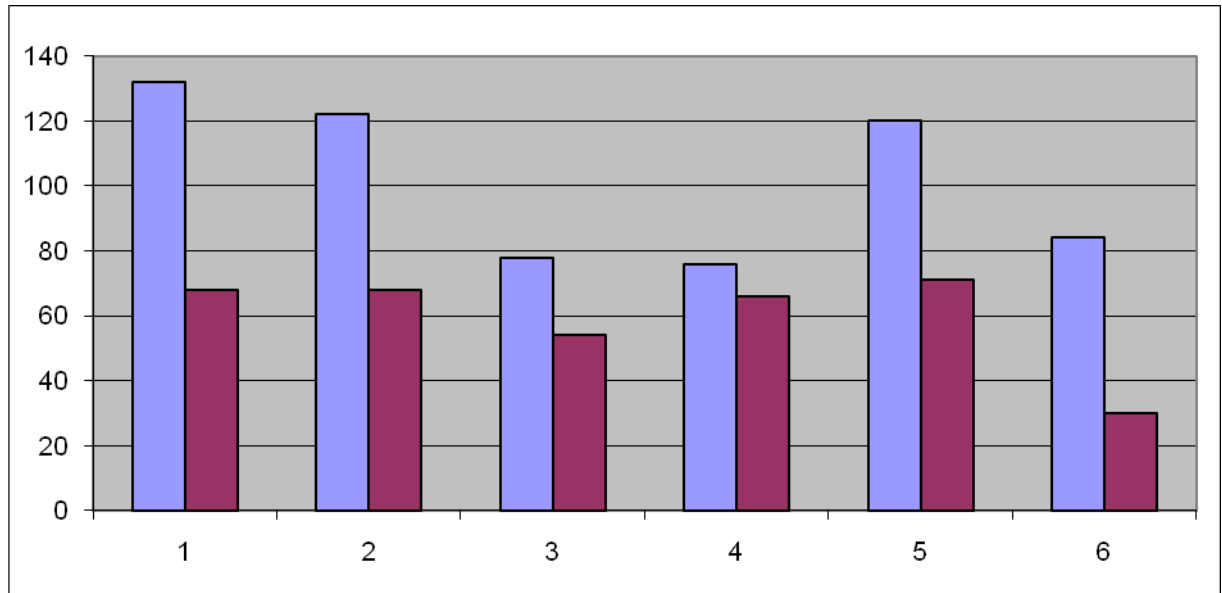
4. sz. melléklet

Pszichológiai szükséglet	hd - nagyon megalázó	d - megalázó	e - felemelő	he -nagyon felemelő
Komfort - vigasz -megnyugtató			2 biztonság	
Identitás - önazonosság			4 tisztelet	
Kapcsolat - ragaszkodás	9 invalidálás		8 őszinteség	9 validálás
Elfoglaltság	12 félbeszakítás			
Befogadás				

A táblázatban egy megfigyelt személy esetében előfordult interakciók szerepelnek, és azok mely pszichológiai szükségletre voltak hatással.

5. sz. melléklet: BCC-ME diagram

A diagram megmutatja, hogy a megfigyelt személyek az értékelhető időkereten belül milyen arányban voltak jó hangulatban, vagy voltak elfoglalva valamivel.



A két diagram között jól látható különbség, hogy az első mérés során a 6 ellátott hangulata (kék oszlop) az adott időkeretben (bordó oszlop) magas volt, a második esetben nagyon alacsony. A különbség abból adódott, hogy az első mérés helyszínén voltak foglalkozások, míg a második mérés helyszínén nem voltak aktivitások a gondozáson túl.