

Univerzita Karlova v Praze
Evangelická teologická fakulta

Diplomová práce

Karolína Puttová

**Digitální technologie ve službách
sociální péče pro seniory**

(přílohy k práci)

Ekumenický institut
Mgr. Zdenko Širka, Ph.D.
Komunitní krizová a pastorační práce – diakonika
2024

Příloha 1: Rozhovor s Lenkou Tehrany

Lenku Tehrany jsme oslovila k rozhovoru, protože pracovala jako vedoucí přímé obslužné péče v Domově Sue Ryder (Domov Sue Ryder, z.ú., Michelská 1/7, 140 00 Praha 4 – Michle), a to i v době pandemie Covid19. Rozhovor byl veden 2. ledna 2024 od 9.00 do 10.20 online podle předem připraveného scénáře, byl nahráván a následně přepsán. Přepis rozhovoru je uveden v příloze této práce se souhlasem Lenky Tehrany.

KP: Jakou máš s elektronickým systémem pro evidenci informací zkušenost?

LT: Z mojí zkušenosti vyplývá, že je mnohem jednodušší, když je jedno místo, kam se všechno zapisuje a kde je jasně určeno, co se tam má psát. A pokud se jedná o pokročilý systém, jako je třeba Cygnus, tak je zapisování docela přirozený, člověk ví, co má psát, kam to má psát a když potřebuje něco najít, tak ví, kde to má hledat, a to usnadňuje administrativu i spolupráci v týmu a udržuje dobrý přehled o klientovi. Občas v praxi narazíme na limity pracovníků, že třeba neumí s počítačem nebo neví, jak informace do systému zapisovat. Každopádně to, že se využívá digitální systém a informace jsou přístupné kdykoliv odkudkoliv, je obrovská výhoda oproti tomu, když se spoléhá na různé sešity a papíry a snažíme se rozklíčovat, kdo si co myslel. Pro management zařízení je mnohem jednodušší zkontrolovat, jestli se někdo zabývá konkrétním klientem a co konkrétně dělá, nebo když se u někoho najednou zhorší stav nebo vznikne nějaký konflikt, dá se v systému jednoduše najít, co se stalo.

KP: Mohla by ses vrátit k limitům pracovníků ve vztahu k systému, o kterých ses zmínila, co to znamenalo ve vašem týmu a kolika pracovníků se to cca týkalo?

LT: V našem týmu (pražský domov pro seniory, cca 30 pečovatelů) mělo problém s využitím systému problém cca 30% lidí, převážně starších. Většinou požádali někoho z kolegů, aby s nimi zápisy udělal nebo aby zapsal informace o klientech za ně, což představovalo pro schopnější kolegy větší administrativní zátěž, kterou odhalíme většinou náhodou, když jdeme kolem anebo si všimneme podle stylu, že zápis pravděpodobně nevytvořil ten, kdo je pod ním podepsaný. Potíž vidím v tom, že je někdy náročné pracovníkům vysvětlit, co zapisovat. V praxi se totiž stává, že jsou si vědomi, že je třeba zápis provést, ale zapisují pořád to samé. Např. u imobilní klienty zapisují, že „dnes běžný den, paní odpočívala v lůžku“, ačkoliv ze zdravotního stavu klientky

vyplývá, že neměla jinou možnost, a pojem „běžný den“ nemá žádnou vypovídací schopnost. Na druhou stranu si pořád myslím, že se to dá naučit.

KP: Takže jsi během svojí praxe potkala lidi, kteří měli k „práci s počítačem“ odpor a naučili se to?

LT: Ano, ale jsou to jednotky. Ti, co měli odpor, měli prostě odpor a za žádnou cenu se to nechtěli naučit. Vzpomínám si např. na jednu zdravotní sestru, která trvala na svém, že do systému zapisovat nebude, že na to nevidí, nerozumí tomu, nedává jí to smysl, tak nakonec odešla.

KP: Ty máš dlouhou cca desetiletou praxi. Vidiš ve zpracování administrativy a přístupu k němu nějaký trend?

LT: Ten posun je vidět hodně. Na začátku byl počítač spíš doplněk, pak už byl systém, ale pracovníci nebyli připravení ho využívat, takže nakonec já jsme trávila dvě hodiny u počítače a zapisovala jejich poznámky, co během dne dělali. A teď se to posouvá a hodně myslím pomohlo, že zapisování je možné v mobilu, protože stále více lidí je zvyklých s mobilem pracovat a zapisovat na mobilu je pro ně příjemnější, možná přirozenější, než se učit obsluhovat systém na počítači.

KP: Jak fungovaly návštěvy v domově pro seniory v době pandemie Covidu?

LT: V té době byl téměř od začátku přísný zákaz návštěv. Myslím, že v našem domově to bylo ještě přísnější než jinde. Návštěvy nebyly povoleny vůbec, výjimkou byly návštěvy u paliativních klientů, ale jen na patnáct minut, po jednom a komplet oblečení (protiinfekční oblek, rukavice, brýle a respirátor). Režim byl velmi striktní, aby ostatní klienti nebyli smutní, že někdo může mít návštěvu a oni ne. Zhruba rok trvalo, než byly znovu povoleny návštěvy, nejprve ve veřejném prostoru a musely být od sebe pět metrů v komplet oblečení (viz výše). Lidé si mávali ze zahrady, z druhé strany mostu mávali do okna, povídali si na dálku nebo tajně, klientka, která nikdy nekouřila, si najednou potřebovala jít zapálit na terasu, ze které byla vidět celá její rodina. Na druhou stranu je fakt, že za ten rok a půl, zemřely z počátku dvě klientky na Covid, a jinak nikdo. Všichni se drželi do chvíle, než se všechno vrátilo zpátky a pak umírali jeden za druhým. Drželi

se během krize, všechno zvládli, viděli se s rodinou a zemřeli. Měli jsme období, kdy jsme měli dvě tři úmrtí za měsíc.¹

KP: A kdy jste se rozhodli, že zkusíte online komunikaci? A jaké to bylo?

LT: To bylo hned ze začátku. My jsme věděli, že to bude mít strašný dopad na klienty, takže za prvé byla posílená pomoc naší psycholožky a sociálních pracovníků, měli jsme plány, kdo kdy ke komu půjde, aby klienti nebyli sami. Online komunikaci iniciovali také rodiny, že chtěli svoje blízké vidět. Problém byl, že jsme neměli žádné technické prostředky, tablety nebo něco podobného. Klienti nemají většinou telefony, kde by se dal spustit whatsapp nebo podobná aplikace, takže se nakoupily tablety a domluvily jsme data. Sociální pracovníci měli tabulky, kde bylo napsáno, kdo, v kolik, s kým a jejich hlavní pracovní náplň byla chodit po domě a zajistit, aby tablet s připojením byl ve správnou chvíli tak, kde má být. Bylo to dost náročné, protože rodiny na to občas zapoměly, takže klienti byli smutní, nebo se naopak stav klienta zhoršil a nemohl telefonovat v domluveném čase a rodina byla našťvaná, že není možné zavolat operativně, až bude klientovi lépe, protože jsme měli harmonogram na celý den. Bylo to administrativně ohromně náročné. Přínos pro klienty byl různý. Někteří klienti si na základě této zkušenosti pořídili dotykový telefon, naučili se jej s naší pomocí ovládat a volali si s blízkými sami. Někteří se opravdu celý den těšili, že ve dvě zavolá dcera, a jediná potíž byla nepohodlná sluchátka, která bylo třeba na dvoulůžkových pokojích mít. Pro některé klienty, zejména ty, kteří měli nějaký kognitivní deficit, případně počínající demenci, byl přínos online komunikace minimální. Rodina se snažila, ale pro klienty to bylo podobné, jako když se dívají na televizi, prostě se jenom dívali, neměli ten kontakt, nebyl u nich pocit, že se s někým baví a dost často do pár minut usnuli. Rodina ale byla často ráda, že se na svého blízkého mohou alespoň dívat, takže třeba dvacet minut na klientku koukali, protože rozhovor byl plánovaný na půl hodiny.

KP: Hráli při online komunikaci nějakou roli pracovníci v sociálních službách?

LT: Zkoušeli jsme je zapojit, ale často jsme narazili na problém s užíváním technologií. Další problém byl, že pracovníci se neustále převlékali a dezinfikovali, takže neměli čas a prostor klientovi pomoci. Takže spíš sociální pracovníci a kdo byl zrovna po ruce.

¹ Kapacita domova Sue Ryder je padesát klientů.

KP: Co sis z téhle zkušenosti odnesla?

LT: Myslím, že do budoucna, pro další generace, pro lidi, kteří budou zvyklí takto komunikovat, speciálně pro klienty, kteří mají rodiny v zahraničí, je to skvělá alternativa. Ale musí mít tento způsob komunikace skutečně zažitý. Fakt, že když vidí na obrazovce člověka, že si s ním mohou povídat. Současní klienti tuhle zkušenost nemají a speciálně u klientů s demencí nebo poruchami zraku či sluchu, to nemá moc cenu. Drží prostě v ruce studenou věc a moc neví, co s ní mají dělat. Takže myslím, že to je cesta do budoucna, ale pro současné klienty je to maximálně pomůcka pro překlenutí nějaké krizové doby, která nemůže nahradit komunikaci, kterou potřebují.

KP: Co terapie světlem?

LT: Narazila jsem na to, že existuje fototerapie a obzvlášť v zimních měsících člověku dostatek světla chybí a jedna firma nám nabídla, že nám přístroje na fototerapii zapůjčí (fototerapie NASLI). Měli jsme jedno menší světlo na stůl a jedno větší na kolečkách, které dokázalo ozářit celý pokoj. Reakce byly různorodé. Nejprve jsme se rozhodli jej využít na poradě. Přestože je to normální bílé světlo, které nevyzařuje žádné teplo, tak je velmi silné, a měli jsme pocit, že se na poradě potíme jako v sauně. Naopak některým klientům to světlo dělalo moc dobře, měli pocit, že se prohřáli a bylo jim lépe. Obzvlášť u klientů s náznaky deprese a úzkosti to fungovalo skvěle. Světlo jim zlepšilo okamžité náladu. Zlepšení obtíží hlásil i klient s revmatismem. U některých klientů s hlubšími úzkostmi nebo jinými kombinacemi obtíží, to naopak potíže zhoršovalo. U klientů upoutaných na lůžko s omezenou komunikací jsme nezaznamenali žádný přínos. Takže určitě může být světlo přínosem, ale je potřeba o jeho využití přemýšlet, individuálně jeho působení vyzkoušet a pečlivě jeho účinky pozorovat.

KP: Jakou máš zkušenost s muzikoterapií?

LT: Zkušenost jsme měla hned na počátku, když jsme dělala sociálně terapeutického pracovníka, a pak v domově, kdy jsme pouštěli občas klientům hudbu na pokoji. To má tak neuvěřitelné účinky! Obzvlášť u klientů s demencí, pokud se pustí hudba, která jim pomáhá, tak je kolikrát úplný zázrak. Těžko nějaký lék může nahradit to, co dělá hudba. Pamatuji si třeba jednu klientku, která byla hodně neklidná, diagnóza nebyla úplně stanovená, protože se jednalo o kombinaci všeho možného. Normálně komunikovala, pak prošla nějakým zánětem, kvůli kterému byla hospitalizována, a když se vrátila z nemocnice, byla na úrovni tříletého dítěte. Reagovala na smyslové podněty, jinak spíš

nereagovala, byla neklidná. My jsme věděli, že milovala Edith Piaf. Když byla hodně neklidná, měla křeče, něco ji opravdu trápilo a my jsme vůbec nevěděli co, a zaslechla Edith Piaf, tak se zaposlouchala, začala si pobrukovat melodii, dirigovat si rukou. A u některých dalších klientů měla hudba podobně silné účinky. Třeba u jedné klientky, která jen ležela na lůžku, jsme od rodiny zjistili, že měla ráda country hudbu, tak jsme naladili nějaké rádio a ona začala zpívat, ačkoliv obvykle vůbec nekomunikovala. Nebo klientka s afázií, která nedokázala říct už skoro žádné celé slovo, vlastně říkala jenom „výborně“ a „šup, šup“, tak lidovky zpívala s námi, všechny texty. Díky tomu zpěvu se dostala do fáze: „to zvládnu, to já umím“ a byla nadšená, že může zpívat, protože jí to jde, protože to zvládne. Je potřeba určitě myslet na to, obzvlášť u klientů s demencí, že je potřeba hudbu dávkovat, ne že bude něco puštěné čtyři hodiny v kuse, dávkovat to, jako se dávkuje jakákoliv jiná terapie. Zajímavé je i vidět reakci na hudbu, která není „ta jejich“, i na tu mají často nějakou reakci, a jakákoliv reakce je vlastně úspěch. Stojí za to hledat hudbu, kterou má konkrétní člověk rád. Někdy může pomoci rodina, ale ta možná neví, co měl jejich blízký rád, když mu bylo pětadvacet, což je zrovna období, ve kterém se teď mentálně nachází.

KP: Kdo se hledání té pravé hudby věnoval?

LT: Nejčastěji klíčový pracovníci nebo pečovatelé, kteří tráví s klienty nejvíc času, a tak zkusili všechno možné. Někdy pomohla rodina, ale většinou šlo o zjišťování a pozorování pečovatelů, kteří pak sdíleli svoje zjištění na poradách multidisciplinárního týmu, kde se mohou vyjádřit ostatní profese, třeba sestra si vzpomene, že když klientce převazovala ránu, tak si něco broukala, a klientka na její broukání nějak reagovala, což může doplnit nebo potvrdit nebo i upravit výsledky pozorování, sociální pracovník si vzpomene na nějaký detail z úvodního sociálního šetření a takhle se postupně dává dohromady a zkouší, co by mohlo klientovi pomoci. I v tomhle je multidisciplinarita základ bez které se dá těžko fungovat.

KP: V čem vidíš hlavní přínos signalizace pro klienty?

LT: Význam signalizace vidím hlavně v uklidnění klientů, že i kdyby se cokoliv stalo, tak můžu zmáčknout tlačítko a na druhou straně někdo je, kdo mi pomůže. Samozřejmě, když byli smutní, tak to tlačítko mačkali pořád, protože měli pocit, že vždycky někdo přijde, že by to mohlo pomoci. Na druhou stranu, je to i pro pracovníky pomoc, protože nemusí neustále obcházet klienty a rušit je, i když třeba chtějí odpočívat, protože potřebují

zjistit, jestli se něco neděje. I když si nejsem jistá, že si to pracovníci uvědomují ☺ třeba v noci. Někteří klienti si vysloveně přejí, že nechtějí být rušeni, na druhou stranu věcí, že tam mají to tlačítko, které mohou zmáčknout, kdyby se něco dělo. To může být uklidňující i pro pečovatele, že klient ho zavolá, když bude třeba.

KP: Máš ještě nějakou zkušenost?

LT: Setkala jsem se zajímavým start-upem. Dva kluci chtěli systém signalizace zdokonalit tak, aby reagoval, když klient spadne z lůžka anebo spadne po cestě na toaletu, a tlačítko sebou nemá. Ten jejich systém snímá jenom tečky, takže se nemusí řešit GDPR, protože klient není poznat. V domově ho naistalovali v pokoji jedné klientky, která často padala, a snažili se systém vyladit tak, aby poznali, i když sklouzne z lůžka.²

KP: Jakou máš zkušenost s virtuální realitou?

LT: Zdálo se mi, že je to na klienty moc intenzivní. Rozhodně se nedá použít u klientů, kteří mají nějaký náznak demence, protože ty to úplně rozhodilo. Asi proto, že oni mají nějakou svojí realitu a najednou se jim k tomu přidá ještě něco dalšího a vrátit je zpátky bylo hrozně těžký, vlastně skoro nemožný. Takže se spíš čekalo, až se na ten zážitek zapomenou. Což někdy trvalo dlouho. Na druhou stranu se nám už za Covidu osvědčilo, že jsme klientům, kteří neměli žádné domluvené hovory, chodili a pouštěli jim videa procházek z Youtube.³ To věděli, že se dívají na video, na kterém je procházka. Někdy jsme využívali i Google maps, že jsme se šli s klientem „podívat“, kde bydlel. A také při fyzioterapii používali jsme videa při ježdění na rotopedu jako motivaci. Klienti vidí, jakou rychlostí šlapou, a můžou si na rotopedu nastavit, kudy chtějí jet, jestli parkem nebo lesem, bylo možné se koukat na kabaret, a když člověk přestal šlapat, tak se video zastavilo. Video se dají přikoupit k rotopedu a v praxi to docela fungovalo.

KP: Mohla bys ještě shrnout zkušenost s virtuální realitou?

LT: Myslím, že to na klienty bylo trochu moc. Vlastně jsme neměli žádnou vyloženě pozitivní zpětnou vazbu nebo náznak přání, že by to chtěli zažít znovu. Zkoušeli jsme ji u několika ležících klientů, kteří byli kognitivně v pořádku. Přesto se mi zdálo, že je pro ně těžké pochopit, že se obraz mění, když hýbají hlavou. Pro některé bylo obtížné hlavou

² Více Biometric Ventures s.r.o. technologie M-SYS

³ Na Youtube je možné najít video procházky např. po Pražském hradě, Karlově mostě.

hýbat. Měla jsme pocit, že po tom byli hodně unavení, možná to bylo moc intenzivní.
Měli jsme Paříž, moře a procházku Prahou.

Příloha 2: Rozhovor s Jaroslavou Slivoňovou

Jaroslavu Slivoňovou jsme oslovila k rozhovoru, protože pracuje řadu let jako vedoucí úseku ART (aktivizace, rehabilitaci, terapie) v DS Chodov (Domov pro seniory Chodov, Donovalská 2222/31, 149 00 Praha 4 – Chodov) a z předchozí spolupráce jsme věděla, že domov je velmi progresivní ve využívání technologií při péči o klienty. Rozhovor byl veden online 2. ledna 2024 od 12.30 do 13.30 podle předem připraveného scénáře, byl nahráván a následně přepsán. Přepis rozhovoru je uveden v příloze této práce se souhlasem Jaroslavy Slivoňové.

KP: Jak přijímali online komunikaci během Covidu klienti vašeho domova?

JS: Jako každou novinku. Nejprve se báli a pak zjistili, že to funguje, že se s rodinou mohou tímto způsobem propojit, a přijali tenhle druh komunikace do svého života. Když skončil Covid, tak se všichni zase vrátili k osobním návštěvám.

KP: Máte nějaké zkušenosti s využitím hudby?

JS: V domově pro seniory nemáme zkušenost s hudbou do sluchátek, ale máme kolegu, který je veliký fanoušek Googlu. Když se baví s klienty o hudbě a oni třeba zmíní, že by je zajímalo, jaká je hudba v Japonsku, tak ji najde, ukáže jim Japonsko na mapě, ukáže jim obrázky a pustí hudbu. Tenhle kolega původně pracoval v rozhlasu a pro klienty sestříhal celý hudební pořad s hudbou z 60. let a tenhle pořad byl základ takových oblíbených hudebních setkání.

Když jsem pracovala v domově se zvláštním režimem, tak jsme tam měli paní, která měla hrozně ráda Malásku. Když umírala, tak jsme ji dali na hlavu sluchátka, celou jsme ji zachumlali do dek a ona zemřela při poslechu Malásky, kterého milovala, úplně klidná. To byla krásná smrt. V domově seniorů jsme teď měli trochu jinou zkušenost. Měli jsme tu paní, která dříve hrávala na klavír a už si ani nebyla jistá, jestli to vůbec umí. Kolegyně ji vzala do kaple, kde máme piano a paní si opravdu zahrála a za čtrnáct dní zemřela.

Chystám se v dubnu na seminář o využití umělé inteligence při trénování paměti.⁴ Vlastně umělou inteligenci využíváme už teď. Jednou jsme se přihlásili do básnické soutěže a

⁴ www.trenovanipameti.cz

jeden klient napsal báseň a ilustraci k té básni vytvořili s kolegou s využitím umělé inteligence.

KP: Jak jste se dostali k využití virtuální reality a jakou s ní máte zkušenost vy, resp. vaši klienti?

JS: Nás asi před čtyřmi lety oslovila společnost Kaleido, to bylo ještě před Covidem, a jsme dohodnutí tak, že v našem domově testujeme jejich programy a současně dáváme tipy, co by bylo dobré natočit, kam by se klienti jinak nedostali. Virtuální realitu (dále v rozhovoru jen VR) používáme u nás převážně na individuální aktivizaci s klienty, kteří jsou trvale upoutaní na lůžko. Vnímáme i ten přesah, že využití VR je přirozenou příležitostí udělat pohyb, který by bez VR neměli důvod udělat.

KP: Zkoušeli jste VR i u klientů s demencí?

JS: U klientů s demencí jsme se rozhodli, že VR využívat nebudeme. Máme k tomu zdůvodnění postavené na tom, že člověk s demencí má jakousi „svoji“ realitu, pak existuje realita naše a my bychom k tomu ještě přidali VR. Vycházíme z toho, že člověk, který zažívá ohledně reality nepříjemnou nejistotu, by ještě více znejistěl, protože by se mu prolínaly ne dvě, ale hned tři reality. My jsme třeba měli paní s nespecifikovanou kognitivní poruchou, ve dvoulůžkovém pokoji. Tu druhou paní, se kterou bydlela, vyvážely kolegyně občas na lůžko ven, a ta paní vůbec nemohla pochopit změnu prostoru pokoje, že tam ta postel někdy je a někdy není, a byla už z takové v podstatě jednoduché změny úplně zmatená. Takže si netroufám odhadnout, co by dělo, kdyby se najednou ocitla v Paříži.

Kaleido teď udělalo ve VR různá cvičení na podporu kognitivních schopností. My jsme zkoušeli hru Bingo, kterou s klienty normálně hrajeme. A musím říct, že to není ono. Když budu upřímná, tak to Bingo v reálném světě, když taháme čísla a je u toho sranda, tak je to mnohem lepší, než když se vám jenom ukazují obrázky a vy řeknete, co na obrázku je a jede se dál. Ta hra je ochuzená o ten lidský rozměr, o tu srandu.

KP: Jak a čím by mohla být VR pro vaše klienty přínosem?

JS: Náš kolega to vždycky s tou VR dělal tak, že se na nějaké video podíval, pak se na něj podíval klient a pak s o tom spolu povídali. Takže tam byl i prvek trénování paměti, protože se vracejí k tomu, co viděli, co si člověk pamatuje, ale i ten prvek, lidský, protože jsou spolu a povídají si o nějakém společném zážitku. Když v domově děláme individuální aktivizaci, tak na to jdeme přes předměty, to znamená, že vždycky sebou

máme něco, co nám umožní přirozeně začít hovor. Když přijdu na pokoj a řeknu: „Paní Nováková, jdu si s Vámi povídat.“, tak to nejde tak hladce, jako když přijdu třeba s nějakým článkem z časopisu a řeknu: „Paní Nováková, četla jsme tady takový článek a napadlo mě, že by vás mohl zajímat.“ Takže VR je pro mě v zásadě další předmět, který můžu použít a který mi může pomoci najít téma k rozhovoru s klientem. Pro nás je to rozšíření témat, o kterých si můžeme s klientem povídat.

Hodně se nám osvědčily „procházky“ s Google mapou, kdy se klient může jít „podívat“ do svojí rodné ulice nebo města kde žil. Může se jednat o individuální i skupinovou aktivitu. Kromě toho si klient trénuje paměť, protože vzpomíná, co na kterém místě dříve bylo, mohou se klienti vzájemně jinak a lépe poznat a v neposlední řadě je to aktivita hodně emocionální, protože klient třeba ukazuje část města nebo místo, které má rád. Dříve jsme za klienty chodili třeba s knížkou, obrázky nebo časopisem. Když máme VR a podobné technologie, tak je to živější, klienta do rozhovoru snadněji vtáhneme. Samozřejmě je potřeba, aby člověk nebyl dezorientován časem, místem či osobou, VR pak může jeho stav potenciálně zhoršit.

KP: Napadá vás ještě nějaká digitální technologie, kterou v domově využíváte?

JS: My využíváme velký tablet⁵, na kterém jsou různé hry, např. piškvorky. Na tomhle tabletu mohou hrát klienti spolu, s pracovníkem nebo sami. Tablet je umístěný na chodbě a jeho ovládání je náročnější na motoriku. Tenhle tablet pomáhá podpořit interakci mezi klienty. Jeden klient něco dělá s tabletem, další se zastaví, zeptá se, co to dělá, a najednou se objeví přirozené téma k rozhovoru i pro lidi, kteří předtím neměli moc tendenci se kamarádit.

Ještě využíváme panel Amos, kde jsou všechny informace pro klienty. Je to vlastně taková digitální nástěnka umístěná na chodbě v přízemí u jídelny, je tam mapa domova, přehled nabízených aktivit, jídelníček atp.

KP: Jak vnímáte vývoj aktivizace klientů?

JS: Na aktivizační pracovníky jsou už dnes u nás v domově kladeny jiné nároky. Už nestačí, aby uměl přesazovat kytky. Musí minimálně držet krok s klienty, kteří k nám přichází. Ještě si pamatuji, když k nám přišel první klient s mobilním telefonem a pro nás

⁵ Jedná se o mobilní stolek s dotykovým tabletem integrovaným do pracovní desky od společnosti Linet. Původně vyvinutý pro malé děti, v současnosti využívaný spíše v zařízeních pro seniory. Postupně se upravuje i design, aby nebyl nepřiměřeně infantilní.

pracovníky to byl problém, když potřeboval s něčím pomoci. A teď přijde osmdesátiletá klientka a ptá se, jestli máme přístupnou Wi-Fi. Situace se změnila, klienti jsou jiní a pracovníci, speciálně aktivizační, na to musí reagovat. Pro aktivizačního pracovníka nejsou v legislativě nijak definované podmínky, které musí splnit, aby mohl tuhle práci dělat, není dané ani vzdělání, ani jiná kvalifikace, takže hodně závisí na domově, jak pečující tým sestaví. Proto jsou pak v aktivizaci v různých domovech takové rozdíly.

Ten kolega, co měl zkušenost z práce v ČRo, vytvořil například s klienty rozhlasovou hru. Napsal ji, klienti, kteří jsou upoutáni na lůžko, namluvili jednotlivé party, on hru sestříhal a přichystal premiéru. Každý z klientů slyšel vždycky jenom tu část, kterou namluvil, nikdo hru neslyšel celou a bylo úžasné pozorovat jejich reakce, když zjistili, čeho jsou součástí.

Když vezmete domovy, kde klienti vymalovávají omalovánky, je to blbý, ale když to alespoň pak vystaví, tak jejich práci alespoň někdo vidí. Když je jenom vymalují, tak je to k ničemu. Právě záleží, jak má domov sestavený tým, v některých domovech prostě neví, že by to mohlo být jiné, a tak mají pak na oknech sněhuláky z vaty. Ono to souvisí s tím, že nejsou žádné dané požadavky na vzdělání aktivizačních pracovníků a taky vlastně žádné odpovídající vzdělávání není. Pedagogika je zaměřená na děti, andragogika na zdravou populaci, ale specializované vzdělávání pro lidi s různými hendikepy, speciálně souvisejícími se stárnutím, vlastně neexistuje. Některé domovy zůstali u těch „aktivizačních manufaktur“, jeden stříhá molitan, druhý cpe polštářky atd. My se snažíme se posouvat, využívat technologie.

Příloha 3: Rozhovor s Jaroslavem Cibulkou

Jaroslava Cibulku jsem oslovila na základě kontaktu z letáčku konference Seniorcarefest, která proběhla 9. 11. 2023 v prostorách ČVUT, a kde jste měl příspěvek s názvem „Petbot (robokočka) – chytrý společník nejen pro lidi s demencí.“ Jaroslav Cibulka pracuje jako výzkumný pracovník CIIRC ČVUT (Český institut informatiky, robotiky a kybernetiky ČVUT, Jugoslávských partyzánů 1580/3, 160 00 Praha 6 – Dejvice. Rozhovor byl veden v prostorách CIIRC 21. ledna 2024 od 10.00 do 11.30 podle předem připraveného scénáře, byl nahráván a následně přepsán. Přepis rozhovoru je uveden v příloze této práce se souhlasem Jaroslava Cibulky.

KP: Co jsou petboti?

JC: Petboti jsou plyšáci (značky Wormies nebo Albi) jsou hezcí, umí se chovat a reagovat jako zvíře, zároveň je možné dát je do mikrovlnky, protože jsou odolní a bezpeční, nejsou například zdaleka tak hořlaví jako běžný plyšák. V roce 2020 jsme dělali rešerši petbotů, což jsou pořád ještě spíš hračky. Došli jsme k závěru, že kdyby petboti byli jenom o trochu chytřejší, než jsou, tak zdaleka předčí humanoidní roboty, kteří jsou mnohem dražší a vlastně nejsou moc dobře přijímání. Není výjimkou, že se jich senioři bojí. Zejména v noci, když se vzbudili a viděli v pokoji siluetu Peppera nebo jiného humanoidního robota, tak je to vyděsilo. Z tohoto důvodu si myslím, že budoucnost je v tuhle chvíli spíš v chytrých petbotech⁶.

Petboti jako takoví, tedy ty v podstatě hračky, mají určitě svůj přínos. Fungují jako zvíře, ale nepotřebují krmít, chodit na procházky, k veterináři, po pořízení nepotřebují žádné další výdaje. Člověk se s nimi může pomazlit, takže chvíli nemyslí na svoje bolesti a problémy. Pokud se petbot využívá v rámci nějaké komunity zařízení, tak se rozovídají

⁶ Uncanny valey (v překladu „tísňivé údolí“) je interval na grafu závislosti polarity lidských emocí při vnímání humanoidních robotů podle jejich míry podobnosti s člověkem. Kladné emoce člověka nejprve rostou s tím, jak se robot více a více podobá člověku, od určité míry podobnosti robota s člověkem přestanou kladné emoce růst a dojde k obratu až k emocím negativním. Každý člověk má vlastní průběh křivky. K obratu ke kladným emocím dochází ve chvíli, kdy je podoba robota dokonale lidská. Tuto teorii vytvořil Masahiro Mori v 70. letech minulého století a v současnosti nepanuje všeobecná shoda o její platnosti. <https://www.britannica.com/topic/uncanny-valley>

o tom, že měli kočku nebo psa, kolegyně nezaznamenaly nějakou vyloženě negativní reakci.

KP: Vy vyvíjíte chytrého petbota, to znamená, že kromě reakcí zvířete bude člověku dávat i nejrůznější instrukce. Víte už, jak lidé s demencí reagují na příkazy od kočky?

JC: To musíme teprve otestovat. Zatím mého petbota zkoušely pečovatelky, které samozřejmě demenci nemají, a velmi hezky na něj reagovaly. Na druhou stranu v tomto oboru jsou lidé obecně dost vděční, když jim chcete nějak pomoci nebo ulevit. Pečovatelky byly nadšené, na příkazy odpovídaly, i když robot není designovaný jako chatbot, takže zase tam moc řeči nerozumí. Čekají nás testy v první řadě s více pečovatelkami, pak s neformálními pečujícími, se zdravými seniory 65 plus a naposledy s lidmi s lehkou formou demence.

KP: Pro koho váš petbot určen?

JS: Konečným uživatelem chytrého petbota je člověk s demencí, míříme ale na dvě cílové skupiny. První jsou blízcí lidí s demencí, kteří žijí samostatně, aby mohli odjet na dovolenou, měli jistotu, že se nic nestane, nemuseli být pořád na příjmu. Naším cílem je oddálit nástup seniora do zařízení a preventovat rizika jako jsou pády nebo úrazy. Druhou skupinou jsou pracovníci zařízení sociálních služeb, kterým chceme ulevit, automatizovat zejména repetitivní aktivity, typické jsou například dotazy na to, kdy bude oběd, kdy přijde návštěva, které lidé pořád opakují dokola. Pracovníka to frustruje, a když to za něj udělá robot, tak zachováme tu jeho energii pro činnost, kterou robot vykonávat nemůže, nenahradí popovídání, lidskou blízkost, naslouchání. Je samozřejmě možné, že umělá inteligence se bude vyvíjet tak, že nerozlišíme, jestli mluvíme s člověkem nebo s robotem. Myslím si, že zatím člověk dobře pozná, jestli s ním mluví program nebo jiný člověk. Když s klientem mluví někdo, kdo ho dobře zná, ví, jak s ním má mluvit, jak ho může uklidnit, že ho umělá inteligence v tuhle chvíli nenahradí. Do budoucna možná, ale teď ne. Nabízí se také etická otázka, jestli člověk má vědět, že s ním mluví umělá inteligence a ne člověk.

KP: Už jste na testování nějak domluvení?

JS: Ano. Spolupracuji úzce s docentkou Hollmerovou a jejím týmem z Centra pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče, jehož jsem již nyní členem. V týmu je řada nadšených vědkyň a vědců v tomhle oboru a ti mají kontakty na konkrétní lidi. Lidé se k testování hlásí sami, jsou zvědaví. Kontaktovali mě soukromí poskytovatelé sociálních

služeb pro seniory. Mám připravené dotazníky předem, v průběhu scénář pozorování a dotazník na závěr. Chci také zjistit, jestli se nějak změnil pohled na sociální roboty. Mám pronajatý malý byt osazený senzory, ve kterém je petbot plně funkční a ve kterém budu testování provádět.

Není testování s lidmi s demencí v cizích prostorech problematické (potíže s adaptací, ztráta orientace apod.)?

Mě budou zajímat konkrétní věci, jestli jsou použité scénáře situací relevantní, jestli se takové věci stávají (např. člověk si neumyje po příchodu domů ruce, nezavře okno při odchodu, zapomene vypnout sporák, nechá puštěnou vodu) a jestli by byli rádi za připomenutí a pak technické věci, jestli se líbí tvar, barva, plyš, hlasitost, intonace. Myslím si, že v tom ten byt poslouží dobře, že testování nemusí být u nich doma.

KP: Jste vy osobně v kontaktu s lidmi s demencí?

JS: Ve Španělsku na setkání projektu jsme navštívili denní stacionář, kde jsem klientům petbota půjčil, takže jsem interakci lidí mohl sledovat. Z některých studií vychází, že lidé nejsou rádi, když se petbot pohybuje, jsou spokojeni, když vrní a má světlo v očích.

KP: Vy se v současné době věnujete projektům zaměřeným na asistivní technologie pro seniory. Jak uplatnění technologií v péči vidíte?

JS: Uplatnění technologií je úplně v souladu s tím, že OSN vyhlásilo program Dekáda zdravého stárnutí, ve kterém právě asistivní technologie hrají klíčovou roli. Ten komplexní program od výživy přes sociální vztahy až po asistivní technologie. Jasně z něj ale vyplývá, že asistivní technologie mohou být velmi užitečné při řešení problému, že je málo pečovatelů, že to není atraktivní zaměstnání, starých lidí je víc a víc a aspektů, proč by se situace starých lidí měla řešit je také celá řada. Když budou lidé zdravě stárnout, tak mohou jít později do důchodu, atp.