

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Ergoterapie u seniorů s psychiatrickým
onemocněním**

Occupational therapy with senior people of psychiatric illness

Depresivní stavy stáří

Senior depressive feelings

DOMOV PRO SENIORY MALEŠICE

Autor : Lenka Sekyrková

Vedoucí bakalářské práce: Bc. Soňa Blodigová

Oponent bakalářské práce : Prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc

Praha 2007

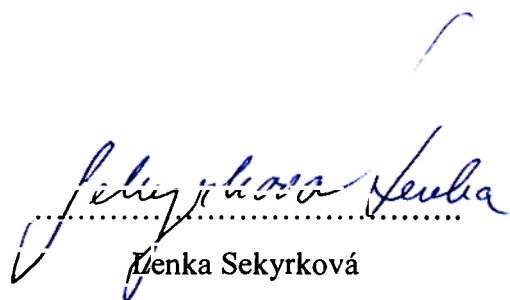
Poděkování

Děkuji paní Bc. Soně Blodigové za odborné vedení bakalářské práce, cenné připomínky a rady, jenž mi poskytla při psaní této práce a za trpělivost, kterou se mnou měla. Dále děkuji Domovu pro seniory Malešice Magistrátu hlavního města Prahy, Rektorská 557, Praha 10, za umožnění vykonat odbornou praxi a Bc. Katce Hájkové, ergoterapeutce Domova pro seniory Malešice, za vedení odborné praxe a konzultace bakalářské práce.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně, všechny použité zdroje uvedla v seznamu literatury a souhlasím s případným použitím své práce pro potřeby školy.

Praha, září 2007



.....
Lenka Sekyrková

Obsah

Abstrakt.....	5
Úvod.....	8
I. Teoretická část	
1.1 Stárnutí.....	10
1.2 Demografické aspekty stárnutí.....	11
1.3 Deprese.....	12
1.6.a Historie deprese.....	12
1.6.b Definice deprese.....	13
1.6.c Klasifikace deprese.....	14
1.6.d Etiologie deprese.....	15
1.6.e Diagnostika.....	17
1.6.f Výzkum.....	18
1.6.g Statistika.....	19
1.6.h Terapie.....	19
1.6.i Ergoterapie v geriatрии.....	21
1.6.j Logoterapie.....	21
1.6.k Ergoterapie u psychicky nemocných.....	22
1.6.l Pedagogické a psychologické zásady práce s klientem.....	23
1.6.m Překážky úspěšné RHB.....	24
1.6.n Rozdělení činnosti.....	24
1.7 Sociální služby.....	25
1.8 Standardy kvality sociálních služeb.....	27
1.9 Faktory modifikující uspokojování potřeb.....	27
II. Praktická část	28
2.1 Seznámení s pracovištěm.....	28
2.2 Kasuistika 1.....	30
III. Diskuze	
3.1 Relevance ergoterapeuta v DS.....	36
IV. Závěr	39
V. Literatura	40
VI. Přílohy	44
1. Seznam použitých zkratk a symbolů	
2. Týdenní program DS Malešice	
3. Škála deprese pro geriatrické pacienty (zkrácená verze) (Ysavage 1988)	
4. Hodnocení potřeb klientů s depresí	
5. Standard 5. - Plánování a poskytování služeb	
6. COPM	
7. Pyramida potřeb podle A.H.Maslowa	
8. Hodnocení pro individuální plán (DS Malešice)	
9. Schválení práce s dokumentací a informacemi souvisejícími s klientem	

ABSTRAKT

Pro své téma bakalářské práce jsem si vybrala problematiku týkající se depresivních stavů stáří. Psychiatrické diagnózy jsou bez pochyby relevantní pro ergoterapeutickou intervenci a ergoterapeut může výběrem správných metod a přístupů (diagnostický, terapeutický a preventivní) výrazně přispět ke zvýšení kvality života seniorů trpících depresí. Nahlédneme-li do historie ergoterapie, zjistíme, že právě v psychiatrii má nejstarší tradici. Jako léčebnou cílevědomou metodu ji použil dr. Philippe Pinel (1745-1826) v psychiatrických léčebnách ve Francii. (Pfeiffer, J. 1990; viz také Kubínková, D. a Křížová, A. 1997).

Bakalářská práce je rozdělena na dvě zásadní části, a to na část teoretickou a část praktickou. Teoretické části předchází úvod a po části praktické následuje diskuze a závěr. Nedílnou součástí bakalářské práce je i seznam odborných pramenů a příloh. Teoretická část pojednává okrajově o stáří a demografických aspektech. Velkou část této části tvoří náhled na problematiku deprese u seniorů, kde se v jednotlivých kapitolách zabývám historií, definicí, klasifikací a etiologií deprese. Dále podává přehled o možnostech stanovení (diagnostice) depresivních stavů stáří, pomocí zmíněných škál a poukazuje na výskyt depresivního onemocnění stáří v DS. Důležitou součástí práce jsou i statistické údaje a výčet možností terapie. Nechybí ani standardy kvality sociálních služeb a Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., jenž tvoří podklad praktické části.

V praktické části využívám kromě výstupů z části teoretické i zkušenosti získané na souvislé praxi v DS Malešice. Rozšířením svých znalostí, načerpáním mnoha nových informací a postojů z různých zdrojů navrhuji v praktické části ergoterapeutické hodnocení pro geriatrické klienty trpící depresí. Vytvořené hodnocení pokrývá veškeré lidské potřeby a má význam především v DS či jiných sociálních zařízeních, kde probíhá péče o seniory. Předpokládáme-li, že potřeby každého člověka jsou vysoce subjektivní co do spokojenosti tak důležitosti a jsou-li tyto potřeby uspokojeny, je život každého jedince kvalitní, mělo by nám vytvořené hodnocení pomoci ke zvýšení kvality života seniorů trpících depresí.

Z odborné praxe v DS – Malešice vyplynulo, jak důležité je, aby ergoterapeut znal individuální potřeby každého klienta. Za předpokladu znalosti standardů kvality sociálních služeb by měl umět vytvořit a správně použít nástroj (hodnocení), který by přispěl k plánu terapie ve prospěch našich klientů.

Deprese, patologický smutek, je psychické onemocnění, které se řadí mezi afektivní poruchy, neboli poruchy nálady. Člověk, trpící depresivními stavy, nežije uspokojivou a naplňující existencí. Jeho svět je světem negativním, světem viny, podhodnocování se, světem prázdnoty a bezmocnosti.

As a topic of my bachelor's thesis, I have chosen problems concerning the depressive states of old people. Psychiatric diagnosis are without any doubt relevant for ergo therapeutic intervention and the ergo therapist can by selection of the proper method and approach (diagnostic, therapeutic and preventive) considerably make a contribution to the improvement of the quality of life of seniors suffering from depression. When we look into history of the ergo therapy, we find out, that just in the psychiatry it has the oldest tradition. As a specific method of treatment it was used by Dr. Philippe Panel (1745-1826) in the mental hospital in France. (Pfeiffer, J. 1990; also see Kubínková, D. and Křížová, A. 1997).

My bachelor's thesis is divided in two basic parts, respectively into theoretical part and into practical one. Before the theoretical part there is introduction and after the practical part the discussion and conclusion follow. The integral part of the bachelor's thesis also is the list of sources of information and of appendixes. The theoretical part deals partially with age and demographic aspects. A big part of this part is made up with an opinion of the problem of depression of seniors, where I deal in particular chapters with the history, definition, classification and aetiology of depression. The thesis further digests about the possibility of establishment of diagnosis (diagnostics) of the depressive states of old people with the help of mentioned scales and adverts to the presence of depressive disease of old age in Senior Homes. The important components of the thesis also are statistical data and the listing of the possibilities of therapy. There are also included the quality standards of social services and the Social Services Act No. 108/2006 Collection of Laws, which create the base of the practical part.

In the practical part, I use in addition to the outputs of the theoretical part also the experience gained in connection with the practice in the Senior Home v DS Malešice. Based on the diffusion of my knowledge, drawing of new information and approaches from various sources. I suggest an ergotherapeutical evaluation for geriatric clients suffering from depression in the practical part. The created evaluation covers all the human needs and is of importance especially in Senior Homes or other social services, where there is taken care of seniors. When we assume, that the needs of every human are highly objective, what concerns

the satisfaction as well as importance, and when these needs are satisfied, is the life of each individual person of high quality, should the created evaluation help us to improve the quality of life of the seniors suffering from depression.

Results from special practice in Senior Home – Malešice are showing how important it is for ergo therapist to know particular needs of each client. Providing knowledge standards of quality from social services should create and well use tool (evaluation), which would redound to plan therapy for the benefit of our clients.

Depression, pathological sorrow, is a mental disorder, that is class with affective disorders, or disturbance moods. Man, distressfully suffering from depressive states of mind, doesn't live satisfactory and full existence. His world is world of negativism, world of blame, undervaluation, world of emptiness and ineffectiveness.

ÚVOD

Ergoterapie je zdravotnická disciplína, která využívá specifické diagnostické a léčebné metody a postupy, event. činnosti při léčbě jedinců každého věku, s různým typem postižení, kteří jsou dočasně nebo trvale fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi. (www.ergoterapie.org – 11.3.2007) Je to lékařem předepsaná léčebná činnost pro tělesně, duševně a smyslově postižené (Pfeiffer, J. 1990; viz také Kubínková, D. a Křížová, A. 1997). „Cílem je dosažení co nejvyššího stupně soběstačnosti a nezávislosti pacienta, a tím zvýšení kvality jeho života (Vítková, 2001).

Jedním z důležitých faktorů, proč jsem se rozhodla zaměřit se na stárnoucí depresivní populaci, je fakt, že dochází k prodlužování průměrné délky života ve společnosti a současně nejvíce rozšiřující skupinu obyvatel této doby tvoří právě senioři.

Další z příčin mého zaujetí tímto tématem je, že jsem během svého studia měla možnost absolvovat praxi v PCP, ve VFN na psychiatrické klinice a DS Malešice, kde jsem se setkala s klienty trpící depresí a překvapilo mě, jak se na jejich činnosti odráží jejich diagnóza. Depresivní člověk má problémy s rozhodováním, výběrem techniky, motivu práce, materiálu, zpravidla sahá po tom, co je mu nejbližší, co se zdá být nejjednodušší a nejméně náročné, pokud se tedy do nějaké činnosti s vámi pustí a nebude sedět schouleně na židli, a zda terapeutickou místnost vůbec navštíví. Poznala jsem, že diagnóza deprese je velmi závažné onemocnění a přináší s sebou nezvratné změny, podobně jako samotné stáří, které dle mého názoru je velmi náročnou částí života, vzhledem k řadě nových problémů, se kterými se do této chvíle člověk nemusel potýkat, jak po stránce psychické tak i fyzické.

Stáří je poslední etapou lidské ontogeneze. Biologické hodiny ukazují čas blížícího se konce. Zvládli jsme prožít celý život a nastaly léta zaslouženého odpočinku. Avšak právě problematika depresivních stavů provází velmi často toto svízelné věkové období a zasahuje do života nejen samotným seniorům, ale i jejich okolí. Proto si myslím, že je nesmírně důležité, aby ergoterapeuté, působící v DS (či jiných sociálních zařízeních) porozuměli a rozšířili informace o dané problematice a uměli pomoci v takovéto těžké situaci a zpříjemnili tak starým občanům poslední dny na tomto světě.

„V procesu stárnutí se člověk postupně vzdává aktivit, které ho celá desetiletí těšily a hravě zvládal. Na jednou o ně nejeví zájem nebo na ně fyzicky či psychicky nestačí. Ze života se tak

vytrácí dříve velmi ceněné hodnoty a člověk si tuto skutečnost jasně uvědomuje. V tomto období se zvyšuje pravděpodobnost vzniku deprese, která může vážně ohrozit život.“

(Vaverková, L.: FLORENCE, Ergoterapie a deprese u seniorů, č. 4/ duben 2006, str.)

Kniha od Williama Styrona pod názvem Viditelná Temnota (*Memoáry šílenství*) byla další inspirací pro zpracování problematiky týkající se deprese. Po přečtení této knihy jsem teprve pochopila rozdíl mezi obecně známou skleslostí, která na lidi doléhá v souvislosti s problémy každodenní existence a skutečnou depresí, jenž se může projevovat ve své katastrofální formě, blížící se hranici, kde končí veškerá možnost popisu. *Viditelná temnota* (Darkness Visible 1989) je strhující osobní zpověď autora o depresivních stavech a beznaději, které sám prožíval a jímž málem podlehl. Autor podává bezprostřední pohled na vnitřní křehkost lidské psychiky, náhled do svého nitra i utrpení lidí trpících depresí, kteří zůstávají často nepochopeni. Tato kniha mě dovedla k nutnému zamyšlení, nad tím, jak by se dalo nad depresí zvítězit, zjistila jsem, že neexistuje speciální ergoterapeutická technika, která by účinně působila proti depresi, jako je tomu např. u demencí, kde lze např. využít techniky, zaměřené na kognitivní oblast. Rozhodla jsem se tedy, že vypracuji nástroj pro ~~komplexný~~ způsob zmapování potřeb klientů s depresí a vyjádření jejich osobních cílů, podle kterých bude možné vytvořit optimální plán terapie, aktivizace a také způsob přístupu celého personálu včetně rodiny.

„Úroveň společnosti se neposuzuje podle toho, jak se chová vůči mocným, ale podle toho, jak se chová vůči bezmocným“

(Ing. Jiří Mutínský, Gerontologické dny v Karlových Varech, duben 2006)

I. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Stárnutí

Stárnutí je proces, u něhož neexistuje jednoznačná a všeobsahující definice. Podobně jako pojem života definuje se i pojem stárnutí pouze jeho vlastnostmi. Dochází k ubývání tělesných i duševních sil, zpomalování chemických procesů v organismu, změnám ve všech orgánech, vráskovatění pokožky, šedivění vlasů, snižování ostrosti smyslů, větší náchylnosti k nemocem apod. Je známo, že stárnutí se projevuje v nejrozmanitějších podobách a z toho důvodu je proto možno k němu přistupovat rovněž z nejrozličnějších hledisek.

Definice doktorky Francoise Forettové, předsedkyně Fondation nationale de gerontologie říká, že stárnutí je „ působení času na lidskou bytost“. (Bc. Kolembusová, O.: Ergoterapie v geriatrii, přednáška: Stáří, stárnutí, zimní semestr 2006)

Bezesporu, v živém těle nastává v průběhu stárnutí velice mnoho změn, a to na úrovni molekulární, buněčné, tkáňové i na úrovni celého organismu. Zjišťování těchto změn není příliš velkým problémem, mnohem těžší je však určit, které změny jsou *příčinnou* a které *následkem*, které jsou prvotní a které druhotného charakteru. (Gabriel Hocman, 1985)

Názorů a teorií o procesu stárnutí je mnoho, všechny však zpravidla pohlízejí na totéž dění *stárnutí*, a to z různých hledisek. Proto si většina teorií navzájem neodporuje, i když si obvykle každá z nich všímá jen jedné stránky procesu stárnutí, často izolovaně a odděleně od jiných pohledů. Je však jisté, že děj tak složitý, jakým je stárnutí organismu, je třeba zkoumat v celé jeho komplexnosti.

Lidová moudrost :

„Starý není ten, kdo má daleko od kolébky, ale ten, kdo má blízko ke hrobu“

Gabriel Hocman

1.2 Demografické aspekty stárnutí

Současný demografický vývoj ukazuje, že za posledních 50 let se stále prodlužuje střední délka života (18.stol. 35, 19 stol. 45, 2000 – naše ženy 78,7 a muži 72,1), dochází k snižování porodnosti a tím vzrůstajícímu počtu seniorů v populaci. Neexistuje však dosud jediné spolehlivé měřítko stárnutí, většina gerontologů z praktických důvodů označuje za počátek stáří věk 60 až 65 let, proto uvádím klasifikaci vyššího lidského věku dle WHO (Světové zdravotnické organizace), která se opírá o patnáctileté periody lidského života. Pro úplnost a celistvost bakalářské práce zde zmiňuji ekonomickou klasifikaci a klasifikaci American Geriatric Society (Topinková E. , Neuwirth J. , 1995).

Ian Stuart Hamilton ve své knize *Psychologie stárnutí* tvrdí, že vysoký nárůst stárnoucí populace zapříčiňuje snížení kojenecké úmrtnosti, zkvalitnění zdravotní péče a životního stylu v rané dospělosti spíše než vlastní zvýšení kvality lidského stárnutí.

Klasifikace stáří (dle WHO) :

- 1.60 - 74 let.....ranné stáří
- 2.75 - 89 let.....vlastní stáří
- 3.nad 90 letdlouhověkost

Ekonomická klasifikace :

První věk – před produkční

Druhý věk – produkční

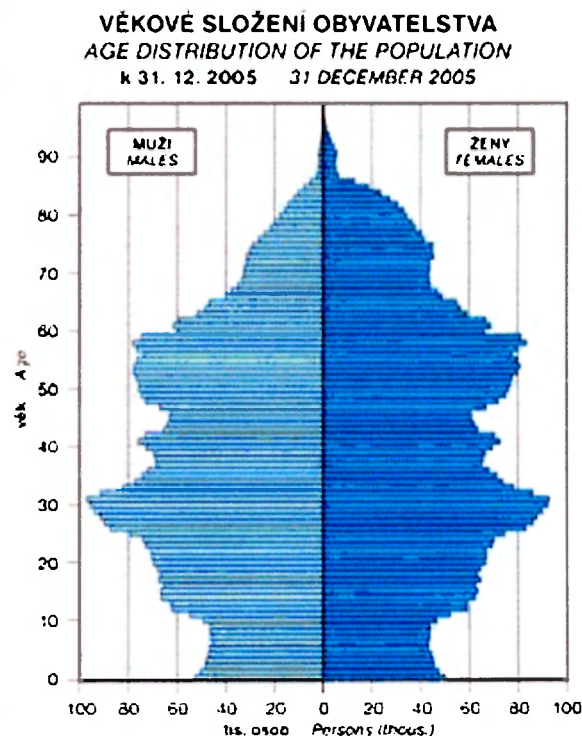
Třetí věk – po produkční

Klasifikace American Geriatric Society :

1. 65 – 74 let.....young old
2. 75 – 84 let.....old old
3. 85 – 94 let.....very old
4. nad 95 let.....longevity

Demografické údaje v ČR → věkové složení obyvatelstva podle pohlaví a věkových skupin v roce 2005, včetně grafu.

Věk	31.12.2005		
	celkem	muži	ženy
<i>Age</i>	<i>Total</i>	<i>Males</i>	<i>Females</i>
60-64	597 989	280 092	317 897
65-69	431 419	192 557	238 862
70-74	380 290	158 198	222 092
75-79	323 150	120 962	202 188
80-84	219 814	70 607	149 207
85-89	68 211	19 537	48 674



(Dle statistiky ČSÚ, statistická ročenka ČR 2006, www.czso.cz - 18.3.2007)

1.3 Deprese

1.3.a Historie deprese

„Deprese řadíme mezi afektivní poruchy, se kterými žije lidstvo od svého počátku. Popis poruch nálady můžeme nalézt již ve Starém zákoně, kde David neúspěšně léčil hrou na harfu zasmušilost (melancholii) krále Saula. Ve 4. století před naším letopočtem označil Hippokrates melancholii jako duševní chorobu, při které je v mozku nadměrná koncentrace černé žluči, čímž geniálně předpověděl dnešní neurotransmitterové teorie vzniku deprese“.
 (Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc., PRACTICUS, Afektivní poruchy, Praha, č.1/ 2005, ročník 4, str.3)

1.3.b Definice deprese

Obrátme naši pozornost nejdříve k definici, co je to deprese. Skutečnost je taková, že jen stěží najdeme jasnou definici deprese. Odborníci na celém světě se dnes odvolávají na referenční knihu pro psychologii a psychiatrii. Jde o definici deprese podle DSM-IV. (což značí Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association - Diagnostický a statistický manuál mentálních nemocí, 4. vydání, vydaný Americkou asociací psychiatrů v roce 1994. (MUDr. Ján Praško, CSc., PSYCHIATRIE, Psychoterapie, PCP, ročník 9, č.4/ 2005,)

Pro určení diagnózy deprese se uvádí, že pacient musí mít:

1. *Alespoň pět z následujících příznaků souběžně:*

- depresivní nálada, téměř každý den a po většinu dne
- očividně zmenšený zájem nebo radost při jakýchkoliv aktivitách
- zřetelný úbytek na váze (v případě, že člověk nedrží dietu), nebo přibývání na váze a změna chuti k jídlu
- nespavost nebo přemíra spánku
- psychomotorické třesy nebo omezení
- únava a ztráta energie
- pocity zbytečnosti nebo nepatřičné viny
- zhoršená schopnost koncentrace nebo nerozhodnost
- znovu se opakující myšlenky na smrt, pokusy o sebevraždu

2. *Příznaky musí být přítomné v průběhu dvou týdnů.*

3. *Tyto příznaky představují změnu od předchozího stavu.*

Přesto bych zde uvedla jednu výstižnou definici deprese, kterou Dr. Robert Smith napsal ve své knize *The Christian Counselor's Medical Desk Reference*.

„Deprese je vysilující stav nálady, pocit nebo postoj beznaděje (zoufalství či chmury), která se pro člověka stává důvodem, aby se přestal zabývat nejdůležitějšími aspekty života.“

V starším věku se deprese více „somatizuje“. Prevence je problematická, spíše je potřeba rozpoznat poruchy nálady (MUDr. Tamara Tošnerová, FLORENCE, causa: Duše, Deprese a její rizika, Praha, Galén č. 9/ září 2006)

1.6.c Klasifikace deprese

» Archibald Hart (1982) rozlišuje obecné pojetí deprese do tří pohledů, jak je možné se na depresi dívat :

I. Depresivní příznaky (symptomy) – ty mohou být například původním jevem něčeho jiného nežli deprese – například vážného onemocnění (rakovina, atp.).

II. Depresivní reakce – depresivní příznaky mohou být odpovědí na těžký životní zážitek (ztrátu zaměstnání, úmrtí milované osoby, atp.).

III. Deprese jako relativně samostatné onemocnění (nemoc).

» Setkáváme se dále s rozdělením depresí dle závažnosti symptomů na tzv. *těžší* klinické deprese a *lehčí* – normální deprese (Siang-Yang Tan a John Ortberg, 1995).

» Jedním z dalších dělení, jenž se používá je dělení deprese dle příčin na *psychogenní*, kdy příčinu lze nalézt v životě a v povaze postiženého. U tzv. *endogenních* depresí je ale pátrání postiženého i jeho soucitného okolí po důvodu smutku marné, původ je neznámý.

» Můžeme se setkat i s dělením na *bipolární* (manicko-depresivní onemocnění) a *unipolární* deprese (bez manické fáze).

Současná klasifikace poruch opouští rozdělení na *endogenní* a *exogenní* onemocnění. (www.volny.cz/slea - 21.2.2007)

Klasifikační kritéria pro afektivní poruchy (MKN 10):

- *příčina* – primární, sekundární
- *polarita* – bipolární, unipolární
- *intenzita* – lehká, střední, těžká: psychotická, nepsychotická
- *délka trvání* – krátkodobé výkyvy nálad (cyklotymie), dlouhodobý pokles nálady (dystymie)

- F32 Depresivní epizoda**
- lehká

 - středně těžká

 - těžká

 - těžká s psychotickými příznaky

Přehled:

F32.0 Mírná depresivní epizoda

F32.1 Středně těžká depresivní epizoda

F32.2 Těžká depresivní epizoda bez psychotických příznaků

F32.3 Těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky

F32.8 Jiné depresivní epizody

F32.9 Depresivní epizoda nespecifikovaná

(www.lfl.cuni.cz/zfisar/psychiatrie/ - 7.4.2007)

1.6.d Etiologie deprese

Nepochybně, jako u řady dalších onemocnění, hraje roli řada faktorů a my zatím přesně nevíme, které jsou nejdůležitější. (www.deprese.com – 28.2.2007)

Je třeba si uvědomit, že deprese rozhodně nepatří k normálnímu projevu stáří. Příčiny depresí u seniorů jsou různé, u části pacientů je nedokážeme ani při podrobném studiu anamnézy a za pomoci laboratorních a pomocných vyšetření jednoznačně určit jeden, či hlavní etiologický faktor vzniku deprese. Možných příčin nacházíme více. Tento fakt je třeba zohlednit v léčbě, zejména pak v jejích nefarmakologických aspektech. (Prim. MUDr. Richard Krombholz, Practicus: Deprese u seniorů, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha, ročník 5, č.9/2006).

Siang-Yang Tan a Jon Ortberg uvádí malý nástin různých příčin deprese :

1. Narušený životní styl (nedostatek spánku, přepracování, málo pravidelného pohybu)
2. Tělesné – biologické příčiny, předcházející onemocnění, nemoc (vliv změny počasí – tzv. změn tlaku – SAD – Seasonal Affective Disorders, sezónní emocionální obtíže, zážitek nemoci vlastní, nebo člověka blízkého)
3. Vyšší citová zranitelnost – tzv. charakteristika DPP – Depression Prone Personality, osobnost se znaky vyšší citové zranitelnosti (člověk vysoce ambiciózní, odpovědný, závislý na lidech, které miluje, kompetitivní, na vše příliš citlivě reagující a pod.)
4. Zážitek selhání a „hříchu“ (podvědomí o vykonání nějakého zla, eticky, morálně či nábožensky nepřipustného, výrazně negativní postoj k určité osobě, zlost, nenávist atd.)
5. Obtížné životní zkoušky (těžké životní situace typu nedůvěry ze strany druhých – nezaměstnanost, finanční obtíže, neúspěch, vystavení neoprávněným pomluvám atp.)
6. Osamění (opuštění – osiření, ovdovění, po rozvodu, po úmrtí přátel – viz situace starých lidí, kterým odcházejí jejich vrstevníci, odmítnutí např. vstupu do žádoucího mezilidského vztahu)
7. Existenční prázdnota (pocit bezvýznamnosti, beznaděje, zkaženosti světa, ztráta smysluplnosti vlastní činnosti, existenční vakuum „nemá proč žít“ apod.)
8. Biologické faktory (vliv genetických faktorů, nedostatek látek typu serotoninu, norepinefrinu atp., porucha biochemické aktivity v centrální části mozku)
9. Špatné mezilidské vztahy (rozpad rodiny – 50% lidí v depresi uvádí, že nemají dobré vztahy ve vlastní rodině, špatná sociální komunikace – nedobry způsob sdílení a sdělování, nedostatek rozhovoru, absence opravdového dialogu, neexistence blízkého člověka, přítele, přítelkyně či přátel, „rozhádání“ se se všemi lidmi)
10. Širší sociálně-kulturní faktory (život v politicky nestabilní situaci, v nadměrné chudobě a bídě, nepříznivé etnické faktory – např. život utlačované menšiny)
11. Existence „nemoudrých“ představ, myšlenek, přesvědčení a očekávání (sobectví a egoismus, nadměrný perfekcionismus, zveličování)

(Jaro Krivohlavý, 2003)

Shrneme-li pestrou paletu příčin vedoucích k depresi, pak zjistíme, že není lehké uhodnout, proč k ní došlo. Vyplatí se však zjišťovat celý soubor činitelů, pravděpodobně stojících v pozadí deprese, jelikož mohou být pomoci při jejím léčení.

MUDr. Tamara Tošnerová tvrdí: „Je lhostejné, zda spouštěcí moment je exogenní nebo endogenní, tedy nezáleží na tom, zda depresí reagujeme na odchod milovaného pejska nebo při pneumonii. Záleží na míře postižení.“ (Florence – časopis moderního ošetrovatelství, causa: Duše, číslo 9, Praha, Galén září 2006)

*„Naše emoce (city) jsou ovlivňovány tím, co si sami o sobě a o světě kolem nás myslíme.
Tomu pak věříme a podle toho i jednáme.“*

William Backus

1.6.e Diagnostika

Nynější diagnostický přístup k nemocnému je multidimenzionální, tj. tříosý.

- » První osa zaznamenává diagnózy všech tělesných a duševních nemocí, kterými pacient trpí.
- » Druhá osa zachycuje vlivy zevního prostředí, působící na nemocného
- » Třetí osa identifikuje postižení v péči o sebe, pracovní výkonnosti, rodinném životě a širším sociálním chování. (Jiří Raboch, Petr Volský et al., Psychiatrie, první vydání, Praha, Galén a Karolinum 2001)

Existuje několik standardizovaných dotazníků (hodnotící škály):

1. GDS – Škála deprese pro geriatrické pacienty podle Yesavage (Geriatric Depression Scale) pro Českou republiku hodnocení afektivních funkcí seniora - (viz. Příloha III.)
2. SDS – Sebehodnotící škála dle Zunga (není příliš vhodná pro geriatrické pacienty)
3. Cornell Scale for Depression in dementia
4. Beckova škála deprese (www.neurologiepropraxi.cz – 5.3.2007)
5. CES-D dotazník deprese (Center for Epidemiological Studie sof the National Institute of Mental Health – Středisko epidemiologických studií Národního ústavu duševního zdraví – deprese)
6. HAMD – Hamiltonova škála pro depresi (aplikované především lékařem)
7. MADRS – škála Montgomeryho a Asbergové (aplikované především lékařem)
8. VVIECK – Výkonová škála deprese
9. BRMES – Bachův dotazník deprese
10. PTD – německý dotazník prvního „síta“ (screeningu) Mezinárodní komise pro profylaxi a terapii deprese (Jaro Křivohlavý 2003)

11. Dotazník typu hodnocení situací lidí v depresi (Larsen a Macken 1996, str. 50-52)
12. Dotazník DLS – Depressive Living Syndrom (Earnie Larsen a Cara A. Macken 1996, str. 25-43)

1.6.f Výzkum

Za faktory ovlivňující kvalitu života seniorů se považuje dobrý zdravotní stav, stabilní manželství, samostatné bydlení, extroverze, sociální zapojení, nepřítomnost deprese a problémů s alkoholem (Heun 1999, Vaillant 2001).

Předmětem zájmu výzkumu byl výskyt depresivity mezi seniory žijícími v domovech důchodců (DD) a nakolik zvýšená depresivita ovlivňuje jejich kvalitu života. Proběhla analýza vztahu depresivity k sociodemografickým a funkčním charakteristikám s cílem popsat, kdo je v DD nejvíce ohrožen depresí. Do výzkumu bylo zapojeno 123 osob (103 žen a 20 mužů) žijících v 6 DD na území Čech. Průměrný věk byl 81 let (rozsah 63 - 96 let). Pouze 12 % osob žilo s partnerem, 12 % bylo rozvedených, 5 % svobodných a 71 % ovdovělých. *Byly použity instrumenty:* GDS (Geriatrická škála deprese) – 15 položek, 0-4 norma, 5-9 mírná deprese, 10+ silná deprese. WHOQOL-Bref – 26 položek spokojenosti a kvality života ve 4 oblastech (zdraví, prožívání, sociální vztahy, prostředí) + 2 samostatné otázky, WHOQOL-OLD – 33 položek hodnotících spokojenost a kvalitu života v šesti oblastech (smysly, nezávislost, kontinuita, sociální zapojení, smrt, intimita) pro starší populaci, EAAQ – 38 položek, obecné postoje a vlastní zkušenosti (Dotazník postojů ke stáří a stárnutí), MMSE (Mini-Mental State Examination), ADL, IADL, GET UP test (pohyblivost, rozsah 0–12 bodů).

Výsledek byl následující: v souboru mělo skór depresivity odpovídající normě 45 % obyvatel DD, u 40 % byla zjištěna mírná depresivita a u 15 % silná depresivita. Depresivita nesouvisela s pohlavím ani s věkem. Ti, kteří měli vysoký skór depresivity, měli horší zdravotní stav a méně rodinných vazeb. Osoby se zvýšenou depresivitou měly zároveň horší skóry funkční způsobilosti a dosahovaly nižší kvality života téměř ve všech zjišťovaných oblastech.

Závěrem vyšlo, že skór depresivity odpovídající normě byl zjištěn u 45 % obyvatel DD, u 40 % byla zjištěna mírná depresivita a u 15 % silná depresivita. Přítomnost deprese negativně ovlivňovala kvalitu života seniorů.(www.solen.sk - 12.4.2007)

1.6.g Statistika

Výzkumy hovoří téměř jednoznačně : ženy se s depresí potýkají častěji než muži, neboť ve svém životě procházejí několika specifickými obdobími, které mohou být spojeny s depresivními příznaky. V řadě aspektů to nepochybně souvisí s odlišnostmi mezi mužem a ženou (aspekty tělesné, psychologické i sociální). Příčinou je zřejmě interakce ženských pohlavních hormonů s ostatními působky (látky, které mají schopnost měnit činnost a metabolismus určitých buněk a orgánů) a přenašeči nervového vzruchu. Pro ženy jsou rovněž charakteristické výraznější a častější emoce. Na druhou stranu, například schizofrenie probíhá u žen mírněji než u mužů, začíná později a reakce na léky jsou lepší. Mírnější průběh schizofrenní poruchy se přičítá „ochranné funkci“ estrogenů. V menopauze se pak tyto rozdíly v průběhu onemocnění stírají. Nicméně je skutečností, že problematika pohlavních rozdílů se intenzivněji a ve větší míře začala v medicíně zkoumat teprve nedávno a mnohé bude ještě třeba objasnit. (www.deprese.com. – 28.2.2007)

1.6.h Terapie

"Těm jedině, kdo trpí, dětem, jež mají pohled jiný, jichž ruce nikdy, nikdy nikomu neublížily, podejte své ruce".

Hora in Švarcová

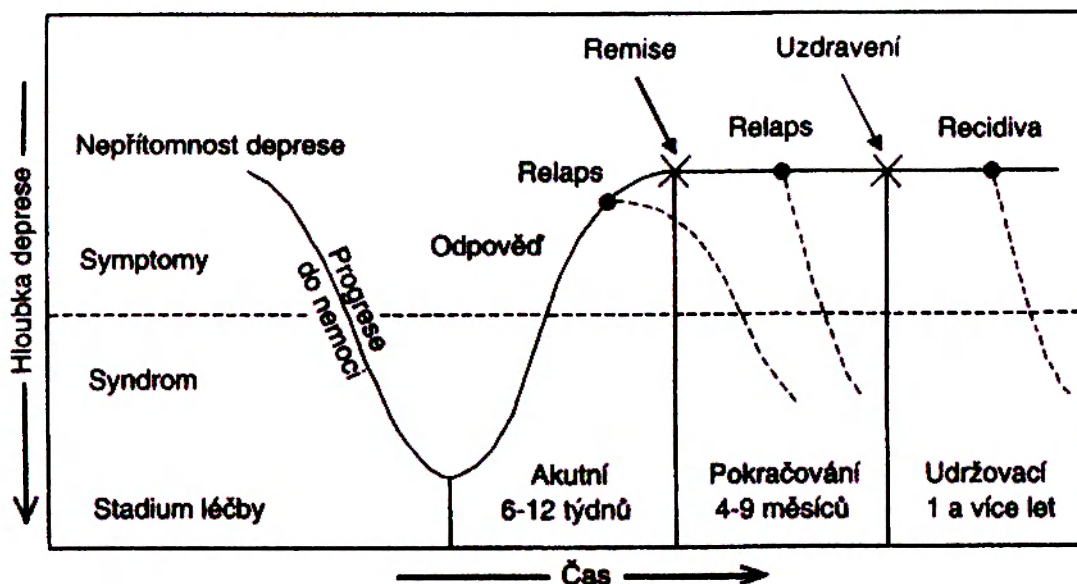
Léčba deprese spočívá především v její časně identifikaci, což by do jisté míry mělo být úkolem praktických lékařů. K základním metodám léčby patří především farmakoterapie antidepresivními preparáty či psychoterapie. K dalším biologickým metodám, o kterých se často vedou diskuze, jsou elektrokonvulzivní terapie ("elektrošoky"), jež se doposud stále považují za nejúčinnější. Nově se k terapii depresí používá repetitivní transkraniální magnetická stimulace (snad alternativa ECT), což je naprosto nebolestivá a neinvazivní léčebná metoda, která, zjednodušeně řečeno, dokáže pomocí silných pulsů magnetického pole zvýšit, nebo naopak snížit aktivitu v přísně specifických oblastech mozkové kůry, které souvisejí s depresí. V některých případech se využívá léčby jasným světlem, tu lze případně kombinovat s antidepresivy. Také spánková deprivace, jinak řečeno dlouhá absence spánku, trvající někdy až osmačtyřicet hodin, často dovede "prolomit" monotónnost závažné deprese. (www.reflex.cz/Clanek20129.html - 16.4.2007)

Mezi alternativní psychosociální terapie by se dalo zařadit užívání rostlinných léčiv, a to zejména užívání extraktů třezalky, která je v poslední době velmi rozšířená v USA. (Medicína – odborné fórum lékařů a farmaceutů, Věda pro praxi č. 4 / duben 2000 / VII)

V klasické homeopatii je nejdůležitějším lékem *Natrium muriaticum*, které údajně dokáže v pacientovi rozpouštět, odstraňovat a uvolňovat potlačený smutek, způsobující deprese. Pro případ akutního smutku doporučuje Ing. Barbora Mašková homeopatický lék *Ignatia*, předcházející obvykle vzniku depresí. (www.klasickahomeopatie.cz – 16.4.2007)

Kliničtí lékaři se domnívají, že u pacientů s mírnými formami deprese a pacientů, kteří současně mají jiné závažné fyzické nebo duševní choroby, by léčba byla méně účinná, a tak jsou většinou ze studie s novými léky vyloučeni. (www.zdrava-rodina.cz - 17.4.2007) Z této studie vyplývá, že výzkum se zaměřuje především na závažné stavy deprese, což nepovažují za optimální. V takových studiích by dle mého názoru měly být zahrnuty všechny formy deprese.

Etapy léčby depresivní poruchy



(Kupfer, 1991, www.depression-duesseldorf.de – 19.4.2007)

Vysvětlivky:

Symptomy = příznaky (nemoci)

Syndrom = skupina, současný výskyt několika typických příznaků

Progrese = postup, šíření, pokračování, pokrok, vzestup, růst

Relaps = časný (např. do půl roku) či pozdní, (např. po roce) návrat příznaků nemoci, která byla v klidu (remisi), zhoršení, tzn. přetrvávající zvýšenou zranitelnost (vulnerabilitu)

Remise = přechodné vymizení příznaků nemoci

Recidiva = zpětnost, opakování, návrat

(slovník-cizich-slov.abz.cz - 20.4.2007)

1.6.i Ergoterapie v geriatрии

Východiskem pro *ergoterapeuta* je ta skutečnost, že většina starších osob se ráda zaměstnává prací, kterou po celý život vykonávala. Proto by měl terapeutický program připravovat pokud možno tak, aby byl blízký starému člověku. Není třeba, aby se senioři učili novým věcem nebo dostávali příliš mnoho informací. Podstatné je vytvořit příznivou atmosféru, která současně mírně aktivuje organismus jak po stránce tělesné, tak psychické. V počátcích je nejdůležitější psychologické naladění ergoterapeuta, a tudíž správná motivace klientů, jelikož lze počítat se stařeckým negativismem, podceňováním vlastních sil, strachem či celkovou depresí. Velmi významné je, aby pracovní činnost měla nějaký smysl, účel. Motivací může být např. výroba dárku pro někoho z blízkých. (Pfeiffer, 1990)

1.6.j Logoterapie

V psychoterapii se velmi významně proslavil vídeňský psychiatr Viktor E. Frankl, který staví do popředí své motivační teorie orientaci ke smyslu. Když člověk pochybuje o smyslu své existence, dosavadní smysl ztratil své odůvodnění, smysl jeho bytí se stal sporným, a člověk neví, co dál, vzniká tzv. *existenciální frustrace*. Logoterapie pomáhá člověku najít východiska z existenciální frustrace. Nechce mu vnucovat nějaký životní smysl zvenčí, ale chce mu pomoci najít vlastní osobní životní smysl v souladu s jeho osobností. (Lukasová, 1998)

“Kdo má proč žít, dovede snést skoro každé jak žít”.

Nietzsche

Otázky po smyslu života si kladou snad všichni lidé, zvláště pak nejsou-li uspokojeny potřeby, dochází k poruše vnitřní rovnováhy a v důsledku toho k psychickým nemocem. Úlohou logoterapie není plané utěšování a uhýbání před problémy klienta, ale jeho plná akceptace a schopnost pomoci mu najít (pokud si to přeje a dovolí nám to) jiný zorný úhel pohledu na jeho nemoc a utrpení.

Frankl označil svůj přístup jako *existencionalní analýzu a logoterapii*. Postavil tak třetí lidskou základní potřebu nazvanou: „*touhu po smyslu*“ vedle Freudovy „*touhy po slasti*“ a Adlerovy „*touhy po moci*“.

Člověk může dát svému životu smysl uskutečňováním hodnot. Proto logoterapie rozšiřuje klientovi především jeho obzor pro *hodnoty*. Zdůrazňuje, že pocit štěstí se snáze dostaví jako vedlejší účinek plnění úkolů, než usiluje-li člověk jen o štěstí samo.

Frankl rozděluje hodnoty na:

- a) tvůrčí - např. práce
- b) zážitkové - poznávání, četba, studium, vnímání umění, láska
- c) postojové - postojové hodnoty nabývají zvláštního významu u lidí, kteří jsou v důsledku těžkých a nevy léčitelných chorob zbaveni možností i naděje na realizaci hodnot tvůrčích i zážitkových, u lidí odsouzených k utrpení. Vyjadřují pacientův postoj k utrpení, způsob, jakým utrpení přijímá. Pacient uskutečňuje tyto hodnoty tím, že bere osudové utrpení na sebe a příkladně je nese.

(Lukasová, 1998)

1.6.k Ergoterapie u psychicky nemocných

Při onemocnění psychiky je současně již poměrně hojně používána metoda *arteterapie*, ta se používá především k projekci vnitřních stavů a vyjádření emocí prostřednictvím kresby či malby. V některých zařízeních, kde působí zkušený arteterapeut se dokonce využívá i k diagnostice nemocného. U depresivních stavů bývá častým problémem *Avázat* přirozené mezilidské kontakty, a proto se ergoterapie zaměřuje spíše na sociální prostředí než-li samotný produkt. Osvědčená je tzv. *teatroterapie* či *muzikoterapie* – využití divadla či hudby k pasivní, ale především aktivní účasti. Dále *kulturní a rekreační terapie*, jenž předešlé dvě formy doplňuje a současně rozšiřuje. Zásadní je vyhýbat se stereotypní (monotónní) činnosti, zpravidla nejde ani o samotný pracovní výkon, ale především o znovuzачlenění se do společnosti a upevnit správné mezilidské vztahy. Aktivizace by měla být fyzická, psychická a sociální, včetně udržení soběstačnosti. U osob v depresi je velmi důležitá fyzická aktivizace, individuální péče a soustředění práce ergoterapeuta, jehož úkolem je pomoci postiženému k optimálnímu psychickému stavu. (Pfeiffer, 1990)

Pro sestavení programu kondiční ergoterapie je nutné znát celkový stav klienta, jeho věk, zaměstnání, koníčky, pohlaví a sociální prostředí, ze kterého pochází nebo v němž je zvyklý se pohybovat. Terapeut musí brát ohled na různá tělesná omezení klienta, časté poruchy senzorických funkcí, snížení výkonových hodnot motoriky, percepce, sníženou schopnost pozornosti, paměti atd. U seniorů bývá rovněž zhoršena schopnost adaptace na nové podmínky a projevuje se velká neochota při nutnosti měnit své zvyky. Depresivní klienti činí svá rozhodnutí jen obtížně, často se vyhýbají sociálním aktivitám a ztrácejí zájem o okolní dění a dřívější aktivity, převažuje pocit prázdnoty, nepotřebnosti a bezmocnosti. Klienta proto učíme vyhledávat příjemné aktivity, které ho přivedou k pocitům radosti a zlepší mu náladu. Vedeme ho k plánovité činnosti, relaxaci a sociálním dovednostem. (Pidrman, 2003)

V ergoterapeutické intervenci se dále uplatňuje trénink a udržení soběstačnosti, kdy klient nacvičuje činnosti spojené s osobní hygienou, oblékáním a stravováním. Podstatné je to především u dlouhodobě hospitalizovaných seniorů nebo při ústavní péči (čili i v DS), kde jsou každodenní potřeby obstarávány prostřednictvím ústavu. Následně tak klienti tyto návyky postupně ztrácejí. Pokud jsou již z jakéhokoliv důvodu neschopni je vykonávat, dochází k těžkému zhoršení psychického stavu klienta a strádání jeho rodiny. (Pfeiffer, 1990, Pidrman, 2003)

1.6.1 Pedagogické a psychologické zásady práce s klientem

- příjemná a milá atmosféra
- aktivní zájem ergoterapeuta
- čisté a podnětně vyzdobené pracoviště
- uplatnění názornosti a postupovat od jednoduššího ke složitějšímu
- dobře vysvětlit postup práce a přesvědčit se o pochopení souvislostí
- zjistit, zda se činnost klientovi pokud možno líbí
- mít při sobě ukázkou výsledného výrobku
- nikdy nelitovat opakování a dotazy klientů pečlivě zodpovědět (zhoršený sluch)
- usilovat o empatii a snažit se vyhovět ve výběru činnosti
- správně zhodnotit výkon klienta
- taktnost a trpělivost
- zpětná vazba

(Pfeiffer, 1990)

1.6.m Překážky úspěšné RHB

- ▶ komplexní porucha kognitivních funkcí
- ▶ závažnější smyslové vady
- ▶ porucha komunikace
- ▶ deprese
- ▶ nestabilní somatická onemocnění
- ▶ proleženiny, kontraktury, inkontinence
- ▶ porucha tělesného schématu
- ▶ nedostatečná motivace pacienta
- ▶ nespolupráce rodiny, osamělost

(prof. MUDr. Topinková, E. CSc.: Gerontologie, přednáška : RHB ve stáří, listopad 2006)

1.6.n Rozdělení činnosti

- dle náročnosti:

A) Činnosti jednoduché, stereotypní. Pro klienty, kteří jsou utlumeni léky. Příklady: trhání, navlékání, ukládání materiálů, skládání, smirkování aj.

B). Nenáročné činnosti, které vyžadují určitý stupeň pozornosti. Příklady: třídění materiálů, obkreslování, vystřihování určitých tvarů, obšívání, vázání, tkání, rytí, plení, okopávání, vypalování do dřeva aj.

C) Náročnější činnosti, které vyžadují zručnost, vědomosti, dovednosti a částečnou samostatnost. Příklady: vyšívání, šití, jednoduché výrobky (loutky, kuchyňské chňapky), modelování, pasparty, vazba knih, opracování dřeva a kovu, přesazování aj.

D). Samostatné práce řemeslnického nebo údržbářského charakteru. Činnosti, které vyžadují samostatnost a schopnost organizace. Příklady: klient organizuje práci v exteriéru, zadává práci ostatním – hrabání listí, půjčování knih, úklid. (Pidrman, 2003)

- z hlediska aktivity:

- a) Provokovaná aktivita. Jde o aktivity, při nichž pracuje hlavně terapeut, který činnost vede, a klient pomáhá.
- b) Stadium počáteční aktivity. Klient začíná pracovat. Terapeut zadává jednoduché činnosti, při nichž klienta povzbuzuje a stále motivuje.
- c) Stadium spontánní aktivity. Klient po vysvětlení a zaučení pracuje samostatně. Terapeut ho občas nenápadně kontroluje.
- d) Stadium iniciativní aktivity. Klient se chce sám aktivně zúčastňovat nějaké aktivity, podává sám návrhy, radí, je schopen vést malou skupinku.

„Zvládnutí deprese je jedním z největších životních úspěchů.“

Earnie Larsen

1.7 Sociální služby

Od 1. ledna 2007 vešel v platnost nový Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., jenž byl pro mě impulsem k vytvoření hodnocení kvality života seniorů trpících depresí a zohlednění jejich potřeb. Zákon o sociálních službách požaduje zabezpečení základních životních potřeby lidí, které nemohou být zajištěny bez péče jiného člověka. Z praxe vím, jak těžké je přimět depresivního klienta k jakékoliv aktivitě a proto jsem se rozhodla vytvořit nástroj pro splnění těchto požadavků u problematických klientů s depresí.

Sociální služby pomáhají žít lidem běžným životem – umožňují jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školy, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a domácnost apod. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života. Jsou určeny lidem v nepříznivé sociální situaci. Nejčastějšími příjemci sociálních služeb bývají zejména **senioři**, dále lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí na okraji společnosti.

Nový zákon vymezuje tři základní oblasti služeb: Sociální poradenství

Služby sociální péče

Služby sociální prevence

Služby sociální péče jsou služby, jejichž cílem je zabezpečovat základní životní potřeby lidí, kteří nemohou být zajištěni bez péče jiného člověka. Mezi služby sociální péče patří **domovy pro seniory**

(MUDr. Olga Švestková, Ph.D. , Legislativa, systém zdravotní, sociální péče v RHB, přednáška: Sociální služby, únor 2007)

§ 49

Domovy pro seniory

(1) V domovech pro seniory se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) **sociálně terapeutické činnosti,**
- g) **aktivizační činnosti,**
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

1.8 Standardy kvality sociálních služeb

Shrnoují to, co se dnes obecně očekává od dobré sociální služby, slouží pracovníkům zařízení sociálních služeb, jako pomocník při zavádění standardů do praxe. Stanovuje kritéria kvality služeb, poskytuje návod, jak postupovat při zvyšování kvality služeb a jak rozpoznat, zda jsou kritéria plněna.

STANDARD 5. Plánování a průběh služby

Poskytování služeb vychází z osobních cílů a potřeb uživatele (seniora) a je postaveno především na jeho schopnostech. Musí sledovat jasný a konkrétní cíl – umožnit člověku v

nepříznivé sociální situaci zůstat součástí přirozeného místního společenství a žít běžným způsobem života. Pro stanovení rozsahu služeb je však důležité vycházet z toho, co je uživatel služby (senior) schopen zvládnout sám a s čím potřebuje pomoc. Vycházet z vnitřních zdrojů člověka a jeho možností. Individuálně poskytovat pouze takové podpůrné aktivity, které jsou aktuálně nezbytně nutné k dosažení stanoveného cíle.

Pro zachování služeb ve smyslu podpory je třeba, aby měl uživatel (senior) o rozvoj vlastní samostatnosti zájem. Plánování služeb by nemělo probíhat za nepřítomnosti uživatele (seniora) a aktivního zájmu o jeho preference. Je nutné zjišťovat osobní cíle a potřeby i u uživatelů (seniorů) s potížemi v komunikaci. Respektovat, že naplňování osobních cílů je v průběhu služby přehodnocováno a uživatel má možnost měnit své cíle a hierarchii potřeb atd. (www.mpsv.cz - 10.5.2007, Čermáková a Johnová 2003, viz. *Příloha V.*)

1.9 Faktory modifikující uspokojování potřeb

Existuje celá řada faktorů, které znemožňují, pozměňují, upravují, obměňují znesnadňují, narušují a mění způsob uspokojování potřeb člověka:

- nemoc
- osobnost člověka
- mezilidské vztahy
- vývojové stadium
- okolnosti, za kterých nemoc vzniká

(Trachtová, 1999)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části využívám především výstupů z části teoretické a zkušeností získaných na odborné praxi v DS Malešice, proto ani hranice mezi teoretickou a praktickou částí nebude příliš ostrá, mezi oběma částmi je výrazná spojitost.

Na základě Standardů kvality sociálních služeb, které nařizují individuální plán péče pro každého občana (uživatele sociálních služeb) navrhuji v praktické části „nástroj“ pro hodnocení potřeb klientů trpících depresí. V samotném hodnocení vycházím z Maslowa schématu uspořádání lidských potřeb (viz. *Příloha III.*), který mi slouží především jako celistvá struktura pro zasazení položek, vztahujících se k jednotlivým potřebám. Dále přihlížím k subjektivnímu úhlu pohledu klienta dle Kanadského modelu lidského zaměstnávání (COPM – viz. *Příloha VIII.*) Inspirací pro rozdělení hodnocených potřeb do oblasti spokojenosti a důležitosti mi byl dotazník SQUALA. (Dragomirecká, E., Bartoňová, J. et al., 2006) *Důležitost* odpovídá kvantitě a *spokojenost* kvalitě, kterou klienti přisuzují uvedeným položkám potřeb, dle třístupňové škály : velmi, středně, málo. Poslední sloupec v tabulce umožňuje poznamenat či specifikovat odpověď klienta, nebo poukázat na signifikantní rozdíl, vyvozující nejvíce problematickou oblast klienta.

Na odborné praxi v DS Malešice jsem aplikovala u klientů standardní hodnocení (viz. *Příloha VIII.*) domova, z kterého u klientů s depresí nevypluly problémové oblasti, ani potřeby, dle kterých by bylo možné stanovit ergoterapeutickou intervenci. Vypracovala jsem proto tabulku hodnocení potřeb klientů, použitelnou u depresivních stavů stáří tak, aby obsáhla veškeré potřeby seniora a bylo podle ní možné stanovit plán terapie. Do bakalářské práce jsem měla původně připraveno více kasuistik, avšak pro lepší porovnání zde uvádím pouze jednu.

2.1 Seznámení s pracovištěm

Odbornou praxi jsem absolvovala v Domově pro seniory Malešice, jehož zřizovatelem je Magistrát hl. města Prahy. Domov je členěn na 3 části dle zdravotního stavu klientů. Část zvýšené péče, relativně zdravých a na penziony pro důchodce.

Na oddělení B - **zvýšené péče** jsou klienti převážně ležící, tedy s výrazně omezenou soběstačností a nutností pomoci ve většině pADL, najdeme zde však i nemálo klientů trpících demencí. Oddělení má kapacitu 120 lůžek (1,2 a 4 lůžkové pokoje). Na oddělení zvýšené péče

dochází denně fyzioterapeut a ergoterapeut, kteří zajišťují rehabilitaci na lůžku i skupinová cvičení. Probíhá zde 3x týdně skupinová terapie: 1x za týden kondiční cvičení a 1x za týden cvičení paměti. Kondiční cvičení probíhá většinou na židli a vede jej obvykle jedno fyzioterapeut a druhé ergoterapeut. Cvičení paměti zajišťuje buď ergoterapeut a nebo psycholog. Tento program je víceméně určen klientům, jež nechtějí a nebo nemohou opustit oddělení a začíná většinou v odpoledních hodinách. Na oddělení současně probíhá pravidelně individuální terapie : RHB, ergoterapie, fyzioterapie a v rámci týdeního rozvrhu řemeslné dílny, artedílny, jóga, cvičení na židli, vaření, cvičení s míči, cvičení nohou a jiné, vše k dosažení úplné nezávislosti, spokojenosti a zvýšení kvality života seniorů.

Oddělení A - **relativně zdravých** má kapacitu 98 míst, 4 dvoulůžkových pokojů pro manželské dvojice a ostatní jednolůžkové. Pobývají zde klienti s omezenou soběstačností v iADL, avšak plně soběstační v pADL. Tito obyvatelé mají možnost individuálních cvičení, nebo se účastnit pravidelných skupinových terapií pořádaných v prostorách rehabilitace a jiných aktivit domova (příloha x – týdenní program). Rozsáhlé rehabilitační oddělení s plně vybavenou tělocvičnou nabízí : kondiční cvičení, sportovní či jiné kroužky jejichž náročnost je uzpůsobena fyzické kondici klientů. Kreativním technikám jako : arteterapie, řemeslné činnosti a výtvarné techniky, ruční práce ale i skupinové ergoterapii vytváří zázemí ergoterapeutická dílna, zde se pořádá, mimo jiné také jednou za měsíc oslava narozenin obyvatel domova.

Součástí týdenního rozvrhu je i sociálně-kulturní program (přístupný i odd. B): přednášky, besedy, poslech hudby, promítání filmů a jiné akce, pořádané ve společenském sále domova. Týdenní program je samozřejmě určen všem obyvatelům domova, nejen relativně zdravým, ale i klientům ze zvýšené péče. Mají-li zájem, je jim zajištěna potřebná pomoc (převoz do sálu, dopomoc v pADL – oblékání apod.), aby se aktivit mohli účastnit.

Součástí domova jsou čtyři objekty s malometrážními obytnými jednotkami tzv. penziony pro 400 obyvatel. Zde žijí klienti plně samostatní jak v pADL tak iADL.

V domově mají klienti zajištěnou blízkou lékařskou pomoc (lékař : praktický, zubní, ortoped, kožní, psychiatr, diabetolog). Dalšími ⁴ ~~pečujícími~~ odborníky v domově jsou: zdravotní ~~sestřičky~~ ^{sestřičky}, fyzioterapeuti, ergoterapeut, psychoterapeut a sociální pracovníci. Všichni obyvatelé domova mají k dispozici kadeřnictví, pedikúru, masáže, prodejnu s bufetem, knihovnu a počítač s internetem, který je k mému velkému překvapení hojně využíván. Každý měsíc Domov pro seniory Malešice vydává pro své obyvatele časopis „Náš Domov“, na jehož tvorbě se sami ⁴ ~~klienti~~ ^{klienti} podílejí (přispívají články, básněmi, pomáhají skládat vytisknuté stránky apod.)

2.2 Kazuistika

Jméno: L. M.

Rok narození: 1940

Pohlaví: žena

Hlavní diagnóza: Depresivní porucha s psychotickými příznaky a katatonie

Vedlejší diagnózy: DM II. typu, Hypertenzní nemoc II stupně, malnutrice

Anamnéza:

Klientka bydlí v domově pro seniory od roku 2003, je svobodná, bezdětná, dříve žila společně s bratrem ve čtvrtém patře cihlového domu na Praze – Libeň, ale jelikož s ním byla v nesouladu a zároveň nechtěla bydlet sama, rozhodla se a bratr jí žádost o pobyt v domově pro seniory v Malešicích vyřídil.

Vystudovala Vyšší hospodářskou školu, obor Mezinárodní ekonomické vztahy, kterou zakončila maturitou. Škola byla zaměřená především na studium jazyků, ovládala němčinu, angličtinu a italštinu. Poté nastoupila jako úřednice v podniku zahraničního obchodu, kde strávila deset let a jelikož jí bylo nabídnuto lepší místo v zastoupení švédské firmy SKF zabývající se ložisky, nastoupila jako sekretářka ředitele, referentka práce a mezd (osobní referentka, mzdová účetní a pásová referentka). Zde pracovala spokojeně 25 let. Zpětně však pociťuje krivdu a jak sama udává, cítí se být přímo okradena, protože na její místo a práci jenž zastávala samostatně přijali poté tři osoby. Práci musela zanechat pro péči o plně bezmocného otce a převážně bezmocnou matku a půl roku tak byla na podpoře. Následoval odchod do předčasného starobního důchodu (trvale kráceného).

Mezi dřívější koníčky paní M. patřily návštěvy koncertů vážné hudby, četba psychologických románů, klasická a náboženská literatura. Na koncerty dnes již však nechodí, jelikož se pohybuje s chodítkem a rovněž ceny vstupenek jsou nedostupné. Co se týká četby, místní knihovna dle názoru klientky nenaskýtá nic co by se jí líbilo.

Paní M. bydlí v části zvýšené péče na dvoulůžkovém pokoji, má raději klid, odpočinek a nesnáší, když ji někdo do čehokoliv nutí, avšak uznává, že je nutné občas cvičit. Má dva bratry, s jedním nemá dobrý vztah, a proto ji nenavštěvuje vůbec a druhý pro přílišnou vytíženost v práci ji navštíví cca 1x za 3 měsíce. Upřednostnila by raději dámskou návštěvu, se kterou by si měla více co říci. Z rejstříku aktivit Domova Malešice se účastní čas od času

kondičního cvičení na patře a cvičení paměti, vyjimečně i nějaké sociálně-kulturní akce. Velmi záleží na aktuálním naladění.

Ergoterapeutické hodnocení:

pADL – většinu činností zvládne samostatně, avšak pro větší bezpečnost potřebuje lehkou supervizi či lehkou asistenci

Oblékání

Zvládne se obléci i svléci samostatně, horní i dolní polovinu těla včetně ponožek a obuvi. Dokončovací práce ji nečiní problémy (zipy, knoflíky).

Osobní hygiena

Mytí zvládá samostatně včetně přípravy a použití pomůcek, učeše se i péči o nehty provede bez cizí pomoci.

Koupání

Přesun, osprchování, mytí, mytí vlasů, osušení provádí klientka samostatně. Pro větší bezpečnost je nutná lehká supervize. (snížená svalová síla, zhoršená fyzická kondice, kachexie)

Použití WC

Toaletu zvládá samostatně včetně přesunů a hygieny. WC je součástí koupelny, kterou má klientka na pokoji

Sebesvcení

Klientka jí samostatně celým příborem, avšak odmítá přijímat jídlo, nevyhovuje jí způsob stolování a stravu konzumuje jen v malých dávkách, netrpí však nechutenstvím, ale nemá ani žádné oblíbené jídlo. Pro malnutrici je dosycovaná nutridrinky. Na oběd se přemísťuje ke stolům na patře do prostoru naproti výtahům, jenž slouží jako společenská místnost a jídelna.

Přesuny

Pohybuje se pomocí čtyřkolového chodítka zapůjčeného domovem. Samostatně zvládne běžné přesuny (na židli, z postele, do koupelny, na toaletu, po chodbě apod.), ty jsou bezpečné a poměrně hladce provedené. Schody klientka nezdolává, k přesunu do jiných pater využívá výtahu.

iADL – v domácím prostředí je o klientku postaráno z mnoha hledisek,
a tak je ušetřena většina činností

Příprava jídla

Stravu zajišťuje klientce domov a tak je této položky ušetřena.

Domácí práce

Vzhledem k tomu, že klientka žije v domově pro seniory, kde je zajištěna řada činností např.: stírání podlahy, mytí oken, praní prádla a jiné, domácí práce ani drobný úklid na pokoji nevykonává.

Nákup

Má možnost navštěvovat prodejnu s bufetem umístěnou v domově. Z pokoje se však vzdaluje minimálně, pouze když potřebuje ostříhat (jedno jak), za doprovodu druhé osoby se přemístí do cca 150m vzdáleného kadeřnictví v budově domova.

Transport

Domov téměř nikdy neopouští, MHD nevyužívá a zhoršená fyzická kondice by jí ani nedovolila vzdálit se na delší trasu. V domově navštěvuje jednou za čas kadeřnici, za doprovodu druhé osoby.

Léky

Užívá denně 3 tabletky, dle rozpisu je dostává od zdravotních sester domova.

FA: Anopyrin, Aktiferin, Seropram.

Vedení domácnosti

Nemá vlastní domácnost, ale v rámci možností si může část svého pokoje upravit dle svých možností, to však pro ni není zásadně důležité a v rámci možností je spokojená s nynějším stavem.

Motorické funkce

Chůze

Klientka používá cca jeden a půl roku k přesunům čtyřkolové chodítka z Belgické charity, zapůjčené DS. Pohybuje se především v interiéru, po rovném terénu a na krátkou vzdálenost. Kroky jsou stejně dlouhé, avšak krátké a šouravé. Chůze je strnulá, leč plynulá, bez souhybu horních končetin. Převládá prkenné postavení s přitaženými rameny k uším. Svaly na DKK vykazují sníženou svalovou sílu a zhoršenou fyzickou zdatnost. Při chůzi není vidět přenášení váhy. Celkově lze pozorovat nižší tempo.

Kontrola paží a rukou

PHK - dominantní, používaná především jako hlavní při práci, svalová síla je značně snížena pro malnutrici či inaktivitu, rozsah pohybů je omezen aktivně i pasivně zkrácením svalů pro nedostatečnou aktivitu, hrubá i jemná motorika a grafomotorika bez problémů, písmo je čitelné, písmena správná a dobře řazená, zvládá všechny typy úchopů bidigitálních i pluridigitálních, které jsou plně funkční.

LHK – nedominantní, z funkčního hlediska je brána především jako pomocná, zapojuje se zejména při pluridigitálních úchopech., fáze úchopu zvládá bez omezení, svalová síla je slabší než na PHK

- koordinace i tempo provedení v normě

Sensorické funkce

Čítí - povrchové – HKK, DKK s vyloučením zraku bolest, teplo a chlad určí přesně

- hluboké (pohybocí, popohodit, stereognozie) - na HKK a DKK bez poruchy funkce

Zrak - používá brýle na čtení

Sluch – bez poruchy funkce

Kognitivní funkce

Myšlení, paměť, chování a psychosociální dovednosti

Klientka je orientovaná časem, místem i osobou. V zařízení se orientuje bez problémů na oddělení, kde pobývá, avšak na pohyb do jiných částí budovy (návštěva kadeřnice) je třeba zajistit doprovod. Chápání instrukcí - jednoduché i složitější instrukce chápe velmi dobře. Pozornost není narušena, koncentrace na práci má spíše sestupné tendence, klientka pracuje spíše v rychlejším tempu než ostatní obyvatelé domova (při kognitivní terapii), avšak ke konci ji činnost zpravidla omrzí. Není ráda, když ji do něčeho někdo nutí. Cvičení paměti navštěvuje většinou 1x týdně a podává často nejlepší výkon. Vadí jí však zdejší spoluúčastníci aktivit a často ji i samotná aktivita připadá nesmyslná. Při terapiích má strnulý výraz v obličeji, bez známek projevu radosti nad dobře vyplněným úkolem. V případě ovlivňování jejího vlastního programu (celý den ležet na posteli a koukat do stropu) se cítí bezmocná a její situace beznadějná. Televizi sleduje pouze když ji zapne spolubydlící (ta však má jiné zájmy - neshodnou se na programu), sama si ji nepustí. Převládá špatná nálada a chybí psychická adaptace na stávající prostředí.

Komunikace

Za svým názorem si umí stát a tvrdě jej propagovat. Při kognitivních terapiích je v rámci možností spolupracující, sama hovor jak s personálem tak s ostatními občany domova většinou nezačíná. Většinou jen reaguje na otázku a nebo jedovatě cosi poznamená. Je schopna plynulé komunikace a adekvátních odpovědí. Reč je vcelku dobře srozumitelná (občas si něco zamumlá „pod fousy“) a výslovnost dobrá. K otázkám, ke kterým nechce se klientka vyjadřuje většinou stroze, avšak narazí-li se na téma (možnost na něco z domova si postěžovat) mluví plynule v dlouhých souvětích. Slovní zásoba je výborná, hlas monotónní, bez zbarvení.

Silné stránky:

- + výborná slovní zásoba
- + kognitivně velmi zdatná
- + potřeba autonomie
- + funkční motorický potenciál – chůze

- + samostatná ve všech pADL
- + účast na některých aktivitách domova

Slabé stránky:

- ↓ svalová síla a fyzická kondice
- pasivní postoj k jídlu
- špatné rodinné vztahy
- chybí vztah s ostatními lidmi
- problémová komunikace a spolupráce
- chybí adaptace na stávající prostředí DS Malešice
- nedůvěra a strach o svůj majetek (z předešlé zkušenosti)
- špatná nálada

Plán udržovací terapie:

Zde by ergoterapie měla úzce spolupracovat s fyzioterapií – tzn. že náplní fyzioterapie bude nácvik pro dobrou kondici (chůze, dýchání, rozsahy pohybů, svalové síly, předcházení vzniku kontraktur/či proleženin, aktivizace celého posturálního svalstva) a ergoterapie bude navazovat využíváním a upevňováním těchto dovedností pomocí aktivit (práce v dílnách, kondiční cvičení, trénink paměti, kulturní programy apod.) pro zachování soběstačnosti v ADL. Účast na činnostech by měla být prostředkem k udržení fyzické a kognitivní kondice klientky

Důležitý v tomto případě je přístup, nutnost navázat přátelský vztah (terapeut – klient), zajistit pro větší bezpečnost klíček od skříněk v pokoji, nenutit do aktivit, jež ~~klient~~ vykonávat nechce, respektovat osobní zónu, ~~klienta~~, nesahat na ~~něj~~, chválit za drobné výkony, nechat prostor k sebevyjádření, zjistit kdy v televizi běží politický program a dojít ho paní M. zapnout a zvýšit tak spokojenost v informovanosti.

Kompenzační pomůcky: čtyřkolové chodítko získané pře belgickou charitu

Metody získávání informací:

- » rozhovor (semistrukturovaný)
- » pozorování
- » základní informace z dokumentace (diagnóza, léky)
- » vlastní provedení (úchopy, rozsahy pohybů, chůze, čítí)

- » škála deprese pro geriatrické pacienty
- » hodnocení potřeb klientů s depresí
- » COPM (Canadian Occupational Performance Measure)

Ergoterapeutická intervence:

Uplatnila bych především způsob terapie, která by klientku odpoutala od problémů a ukázala ji, že existují i v tomto věku zájmy a činnosti, které potěší a vyplní volný čas. Avšak podpora sociálních vazeb a kontaktů se mi zdá příliš optimistická u tak chronického klienta jako je p. M. Zdůraznila bych, že klientka není absolutně adaptovaná na prostředí DS a vůbec se nehodlá adaptovat, protože tu vlastně vůbec nechce být. Navrhovala bych tedy zaměřit se na problematiku adaptace (zjistit co se zde klientce nelíbí, proč ji to nevyhovuje, co by ji pomohlo aby se v DS cítila lépe apod.) a provést existencionální analýzu a logoterapii.

Závěr:

Od té doby co zemřeli rodiče paní M., jakoby ztratil její život smysl. Nikdy neměla děti, ani manžela a jediné co ji kdy naplňovalo byla škola a práce. Z tohoto vyplývá, že nikdy nezastávala roly matky, ženy a s výhledem do budoucna ani babičky. V domově bydlí čtvrtým rokem a zdá se, že ještě pořád není adaptovaná na stávající prostředí. Navíc je o několik let mladší, než klienti na tomto oddělení a celkově v domově. K jídlu zaujímá pasivní postoj, nejí a nemá ani žádné oblíbené jídlo. Dovede celý den jen ležet a koukat do stropu, jakékoliv narušení jejího „programu“ pociťuje jako bezmoc a beznaděj. Ráda sleduje politickou sféru, avšak televizi si sama nikdy nezapne. K chůzi používá klientka cca 1,5 roku čtyřkolové chodítko, které je na jednu stranu velkou zátěží, jelikož kudy němu klientka nikam nechodí (venkovní prostředí, divadlo, MHD apod.) a na druhou stranu vypadá, že je téměř zbytečné pro chůzi klientky. Působí spíše jako jistota či psychická podpora, že je tu něco o co se v případě potřeby opřít, přidržet, co vyhraňuje prostor. Sama klientka žádné zdravotní obtíže nepociťuje a nemyslí si, že by vlastně nějakou terapii potřebovala. Ze setkání s klientkou pociťuji, že nejspíš není konfrontovaná se současnou diagnózou.

III. DISKUZE

3.1 Relevance ergoterapeuta v DS

U seniorů se ergoterapie zabývá především léčbou porušených fyzických funkcí, zlepšováním fyzické síly, jemné motoriky, koordinace pohybů, nácvikem či obnovou pohybových stereotypů v oblasti porušené i neporušené. Dále zahrnuje léčbu poruch psychických (nesoustředěnost, vytrvalost, deprese), testování zbylých funkcí, nácvik náhradních činností, co možná největší soběstačnosti k nácviku všedních denních činností (ADL) - sebeobsluhy, k obnově zapomenutých běžných činností, eventuálně náhradních činností. Neopomenutelnou položkou je i nácvik používání vhodných kompenzačních pomůcek.

V DS se většinou provádí skupinová kondiční ergoterapie, jejímž cílem je udržení funkčního stavu a vyplnění volného času vhodným aktivizačním programem. Program je sestavován tak, aby podporoval klientův funkční stav v celé jeho šíři, tedy stav fyzický, psychický i sociální, a zároveň klienta nepoškozoval nepřiměřenými nároky na fyzické či mentální schopnosti. Individuálně se provádí ergoterapie cílená na postiženou oblast a výchova k soběstačnosti. Pro tvorbu programu tedy nutně musíme klienta posoudit ze všech hledisek – lékaře, fyzioterapeuta, ergoterapeuta a psychologa. Z tohoto hlediska je prioritní výborná spolupráce multidisciplinárního týmu. V kompetencích ošetrovatelského personálu, fyzioterapeuta a lékaře je hodnotit klienta objektivně. Abychom však měli pohled komplexní, je třeba i subjektivního pohledu, kterým se mimo jiné zabývá právě profese ergoterapie. Dalo by se říci, že subjektivní pohled je tzv. nástrojem pro naplnění standardů kvalit sociální péče. Z odborné praxe jsem vyzorovala, že pracovníci v přímé péči (sestry, oš.personál) často uplatňují určitou moc, jež spočívá v tom, že mohou ovlivňovat životy lidí a jejich příležitosti. Do jisté míry si také přizpůsobují původní záměry tvůrců zákonů a cíle programů které náleží právě ergoterapeutovi, a to tak, aby mohli zvládat nesourodé podmínky práce. Právě tyto podmínky mohou být překážkou v úspěšném praktikování aktivizace. Klient chce například rozšířit službu o další úkon, nebo jen potřebuje vyřešit akutní problém. Pracovníci jsou tak vystaveni reakcím klientů na svá rozhodnutí, ale na druhé straně mohou svým chováním zásadně ovlivnit sebehodnocení klientů, což může mít zásadní dopad na psychiku člověka. Mají-li pracovníci určitou moc (uplatňují vlastní úsudek), má často za následek, že klienti jsou přesvědčeni, že pracovníci „mají klíč“ k jejich spokojenému životu. Přístup k seniorské populaci může být různý, jako př. uvádím kategorizaci Gilberta Leclerca (in Pichaud,

Thareauová, 1998, s. 47), který zaznamenal čtyři různé druhy přístupů pomáhajících pracovníků k seniorům:

Autoritativní přístup - Manipulující přístup - Ochranitelský přístup - Spolupracující přístup

Přístupy autoritativní, manipulující a ochranitelský mohou představovat riziko pro úspěšnou aktivizační činnost. Dobrým předpokladem pro úspěšnou aktivizaci seniora je přístup spolupracující, který ponechává klientovi co největší možnou míru autonomie.

U depresivních klientů je správný přístup tím nezákladnější kamenem celé ergoterapie.

IV. ZÁVĚR

Bolest duše je velmi zlá, možná i horší než bolest těla a navíc je nebezpečná tím, že odbourává imunitu i pro zdraví tělesné. Pocit nedostatečnosti snadno vznikne kvůli omezení, jež je způsobeno špatným zdravím, avšak podkopat sebeúctu může i nucený odchod do penze. Depresivní porucha potká během života přibližně každého desátého člověka. Seniorská populace není výjimkou, naopak přibývá situací, které mohou samy o sobě poruchu nálady vyvolávat. Zatímco u dalších psychických poruch typických pro vyšší věk – zejména demencí – se v jejich léčbě musíme často smířit s faktem, že je prostě zatím kauzálně léčit a vyléčit nedokážeme, u depresí je situace jiná. Správná diagnostika depresivní poruchy u starých lidí je vodítkem pro úspěšnou terapii. (Prim. MUDr. Richard Krombholz, *Practicus: Deprese u seniorů*. Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha, ročník 5, č.9/2006). Včasně diagnostikovaná deprese však bývá častým problémem, vzhledem k tomu, když o ni sám člověk nepožádá. Je smutné, že deprese u letitých lidí často není diagnostikována správně nebo není rozpoznána vůbec. Převládá mylná představa, že s postupujícím věkem bývají lidé sklíčení nebo náladoví, a tak mohou členové rodiny i sami starší lidé pokládat příznaky deprese za normální součást stárnutí. „Tak to ale rozhodně není,“ uvádí kniha *Treating the Elderly* (Jak léčit lidi pokročilého věku). Ve stáří je vždy nutné hledat pozitivní aspekty a vyhnout se negativním představám o stárnutí, které vedou k obavám a strachu. Na Mezinárodním gerontologickém kongresu v USA v roce 1951 MUDr. Ginzberg prohlásil, že tradiční představa o tom, že člověk má být starý a nepotřebný někdy kolem 70 let, je ve velké míře zodpovědná za to, že lidé v tomto věku "stárnou".

Četné studie potvrdily, že očekávání ovlivňuje stárnutí. Nepříjemné symptomy stáří se ve větší míře projevují u těch, kteří si myslí, že už mají život za sebou, a očekávají sestup začínající penzí a končící smrtí. Zdravější a plní energie jsou naopak ti, kteří o letech nepřemýšlejí, jsou aktivní a věří, že na ně ještě mnoho příjemných životních zážitků čeká. Většina fyziologů a lékařů se shoduje v tom, že činnost, i když namáhavá, vede v každém věku ke zdraví. Tvořiví lidé obnovují svoji životní sílu tím, že se stále na něco těší, o něco usilují. Mají před sebou cíle, které je motivují k produktivitě. (www.portal.cz/psycho)

Slova stárnout, starý, stáří jsou slova silně rozporuplná. zatímco slova starý a stáří se ve vědomí lidí pojí spíše s negativní charakteristikou – být bez energie, nedoufat, chátrat, ztrácet blízké lidi. Realita je však jiná. Mladá generace se potýká s mnoha potížemi a obdobně stáří není pouze negativní. Pro starého člověka, který usiluje o zdravé a pozitivní stáří, je velmi

důležité, jak vidí sám sebe a jak ho vnímá okolí. Stáří má společné rysy, avšak zbarvení stáří konkrétního člověka závisí na úhlu našeho pohledu. Jestliže jsme si o stáří vytvořili negativní představu, všímáme si u starého člověka pouze negativních stránek jeho stáří. Náš kontakt s ním bude podvědomě tímto negativním odstínem poznamenán, i když se budeme snažit sebevíc o jeho potlačení. Vytvoříme-li si však o stáří vyváženější představu tím, že vedle zřetelných negativních stránek budeme hledat i stránky pozitivní, připravíme pozitivní klima pro dialog, spolupráci a konkrétní pomoc.

Významným podnětem pro vývoj v chápání duchovních potřeb těžce nemocných se staly průkopnické práce *Elisabeth Kübler-Rossové* (5 fází smířování se se ztrátou) a několika dalších lékařů a klinických psychologů, kterým se podařilo při rozhovorech s těžce nemocnými hlouběji nahlédnout do jejich vnitřního života.

Obecně platí, že by se lidé ohrožení depresí neměli vystavovat stresu, kterému se lze vyhnout. Měli by se naučit vyvažovat pracovní zátěž odpočinkem – nejlépe aktivním. Vhodná je tělesná aktivita, které je klient ve svém věku i při zdravotních omezeních schopen. V DS i jiných sociálních zařízeních bývá často prioritou Základem aktivní spolupráce je vytvoření vztahu „terapeut-klient“. Úsek terapie, kdy klient po vytvoření vztahu s terapeutem a po posílení přichází do fáze znovunalézání hodnot ve vnějším světě je prvním krůčkem správným směrem. Ze strany ergoterapeuta by neměla chybět podpora sociálních vazeb, iniciace (začít činnost s klientem) a psychického stavu – podpora v postupném začlenění do menších skupin, které budou pro klientka atraktivní (cvičení paměti, poslech vážné hudby). Nutností je zajistit informace o probíhajících aktivitách (vhodná volnočasová činnost jako motivace pro sebeobslužné činnosti či chůzi).

Hodnocení pro individuální plán používané všeobecně DS Malešice mi neposkytlo potřebné informace ke stanovení ergoterapeutické intervence u klientů s depresí (k běžnému hodnocení u klientů bez deprese je však plně dostačující). Z čehož vyplynula nutnost vytvoření obsáhlejšího a více specifikovanějšího hodnocení, vypovídající o potřebách depresivních klientů. Výsledky, jenž vyplynuly na jeho základě, umožnily stanovit kroky pro úspěšné uspokojování potřeb každého klienta. Hlavní potaz by měl být přikládán oblasti potřeb s největším signifikantním rozdílem (tj. velká důležitost versus malá spokojenost). Ve vlastním plánování se zabývám pouze ergoterapeutickou intervencí, avšak vzejdou-li jiné oblasti jako problematické a nepatří-li do pracovních kompetencí ergoterapeuta, mohu je

předat příslušnému pracovníkovi, kterému daná oblast náleží. Hodnocením tak mimo jiné podpořím spolupráci v multidisciplinárním týmu.

Jen pomalu se učíme hledat půvab a vlastní zdroje této generace, a pomáhat jen tam, kde je to nutné. Je to tvorba, je to přemýšlení a inspirace. Každý je jiný a ne každému dělá radost být dobře míněné navlékání korálků. (www.florence.cz – 12.6.2007)

V každém vyspělém státě je pojetí zdravého, aktivního stáří, jako naprosto běžné, normální, fyziologické etapy života, přirozené. Jsme lidé a jednou zestárneme, jsme děti a vnuci, jsme zdravotníci a sociální pracovníci, jsme voliči. Prakticky každý den nám nabízí možnost udělat z titulu těchto svých funkcí něco pro to, aby stáří – i naše vlastní stáří – nebylo daní za život.

"Krásní mladí lidé jsou hříčky přírody, ale krásní staří lidé jsou umělecká díla."

J. W. Goethe

V. LITERATURA

1. Čermáková, K., Johnová, M.: Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, MPSV, Praha 2003
2. Dragomirecká, E., Bartoňová, J et al.: WHOQOL-BREF. WHOQOL-100, Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života, PCP 2006
3. Hamilton, I. S.: Psychologie stárnutí, Praha: Portál 1999
4. Hocman, G.: Stárnutí (Co víme o tom, co nás nemine), Praha, Avicenum 1985
5. Krombholz, R.: Practicus: Deprese u seniorů, Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha, ročník 5, č.9/2006
6. Kolembusová, O.: Ergoterapie v geriatрии, přednáška: Stáří, stárnutí, zimní semestr 2006
7. Krausová, D.: Možnosti a meze existenciálně-analytické psychoterapie u těžké poruchy afektivity, přednáška
8. Křivohlavý, J. : Jak zvládat depresi, 2., rozšířené vyd., Praha, Garda Publishing 2003
9. Kubínková, D., Křížová, A.: Ergoterapie. 1. vyd. , Olomouc: Univerzita Palackého, 1997
10. Larsen, E., Macken, C. A.: Overcoming Depressive Living Syndrome: How to Enjoy Life, Not Just Endure It Liquori, Missouri, USA, Triumph Books 1996
11. Lukasová, E.: I tvoje utrpení má smysl, Brno 1998
12. Mutínský, J.: Gerontologické dny v Karlových Varech, duben 2006
13. Pfeiffer, J.: Ergoterapie II. Praha, Avicenum 1990
14. Pidrman, V. Deprese seniorů. Praha : Maxdorf, 2003
15. Pichaud, C., Thareaudová, I.: Soužití se staršími lidmi, Praha, Portál 1998
16. Praško, J.: PSYCHIATRIE, Psychoterapie, PCP, ročník 9, č.4/ 2005
17. Raboch, J.: PRACTICUS, Afektivní poruchy, Praha, č.1/ 2005, ročník 4, str.3
18. Raboch, J., Zvolenský, P. et al.: Psychiatrie, první vydání, Praha, Galén a Karolinum 2001
19. Siang-Yang Tan, Ortberg, J. Jr.:Understanding depression. Ashort-termstructural model, Grand Rapids, Michigan, Baker Books 1995
20. Smith, R.: The Christian's Counselor's Medical Desk Reference, Timeless Texts: Stanley, NC 2000, str. 206
21. Steve Lehrer, časopis Zápas o duši, Duben 2004, č. 80
22. Styron, W.: Viditelná temnota (Memoáry šílenství), Svoboda – Libertas, Praha 1993
23. Švestková, O.: Legislativa, systém zdravotní, sociální péče v RHB, přednáška: Sociální služby, únor 2007
24. Topinková, E.: Gerontologie, přednáška : RHB ve stáří, listopad 2006

25. Topinková, E., Neuwirth, J.: Geriatrie pro praktického lékaře. Praha, Grada Publishing 1995
26. Tošnerová, T; FLORENCE; Deprese a její rizika , Praha, Galén, č.9/ září 2006
27. Trachtová, E.a kol.: Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu, Brno 1999
28. Vaverková. L.: FLORENCE, Ergoterapie a deprese u seniorů, Praha, Galén, č. 4/ duben 2006
29. Vítková, M.: Rehabilitace a fyzikální lékařství, Brno, Paido 2001

Internetové odkazy:

1. www.volny.cz/slea (21.2.2007)
2. www.deprese.com (28.2.2007)
3. www.neurologiepropraxi.cz (5.3.2007)
4. www.ergoterapie.org (11.3.2007)
5. www.czso.cz - (18.3.2007)
6. www.lfl.cuni.cz/zfisar/psychiatrie/ (7.4.2007)
7. www.solen.sk (12.4.2007)
8. www.reflex.cz/Clanek20129.html (16.4.2007)
9. www.klasickahomeopatie.cz (16.4.2007)
10. www.zdrava-rodina.cz (17.4.2007)
11. www.depression-duesseldorf.de (19.4.2007)
12. slovník-cizich-slov.abz.cz (20.4.2007)
13. www.mpsv.cz (10.5.2007)
14. www.florence.cz (12.6.2007)

VI. PŘÍLOHY

- Příloha I:** Seznam použitých zkratk a symbolů
- Příloha II:** Týdenní program DS Malešice
- Příloha III:** Škála deprese pro geriatrické pacienty (zkrácená verze)
(Ysavage 1988)
- Příloha IV:** Hodnocení potřeb klientů s depresí COPM
- Příloha V:** Standard 5. – Plánování a průběh služby
- Příloha VI:** COPM
- Příloha VII:** Pyramida potřeb podle A.H.Maslowa H
- Příloha VIII:** Hodnocení pro individuální plán (DS Malešice)
- Příloha IX:** Schválení práce s dokumentací a informacemi souvisejícími
s klientem

Příloha I.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK A SYMBOLŮ

BMI	Body mass index (index tělesné hmotnosti)
COPM	Canadian Occupational Performance Measure (kanadský model zaměstnávání)
DD	Domov důchodců
DS	Domov pro Seniors
ECT	elektrokonvulzivní terapie
GDS	Geriatric Depression Scale (Škála deprese pro geriatrické pacienty)
iADL	Activities of Daily living - instrumentální (sekundární, rozšířené) všední denní
pADL	Activities of Daily Living - personální (primární, základní) všední denní činnosti
činnosti	
PCP	Psychiatrické centrum Praha
RHB	Rehabilitace
SAD	Seasonal Affective Disorders (sezónní emocionální obtíže)
SLEA	Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu
SQUALA	Subjective Duality of Life Analysis
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Příloha III.

Škála deprese pro geriatrické pacienty (zkrácená verze) (Yesavage 1988)

Na každou otázku vyberte odpověď ano nebo ne	ano	ne
1. Jste v zásadě spokojena se svým životem?		x
2. vzdala jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	x	
3. Máte pocit že Váš život je prázdný?		x
4. Cítíte se často sklíčená a melancholická?		x
5. Máte vesměs dobrou náladu?	x	
6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?	x	
7. Cítíte se převážně šťastná?		x
8. Cítíte se často bezmocná?	x	
9. Vysedáváte raději doma, než aby jste šla mezi lidi a seznamovala se s novými věcmi?	x	
10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaši vrstevníci?		x
11. Myslíte si, že je krásné být ještě naživu?		x
12. Napadá Vás někdy, že Váš život nestojí za nic?	x	
13. Cítíte se plná elánu a energie?		x
14. Myslíte si, že Vaše situace je beznadějná?		x
15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?		x

Celkem : 9 bodů

Hodnotí se 1 bod za depresivní odpověď:

tedy za odpověď **ano** u otázky 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15
a za odpověď **ne** u zbývajících, tj. otázek 1,5,7,11 a 13.

Celkové bodové skóre:

0 – 5 bodů norma

6 – 10 bodů mírná deprese

> 10 bodů manifestní deprese

Hodnocení potřeb klientů s depresí

FYZIOLOGICKÉ POTŘEBY

Potřeby	Důležitost			Spokojenost			Poznámky
	Velmi	Středně	Málo	Velmi	Středně	Málo	
1. Strava		•				•	Odráždá jídlo, nevyhovuje jí způsob stolování. Bez komentáře. Bolesti by sražela těžko, ale v současné době žádné nemá. Dýchání je pro ni velmi důležité, ale současně bez problémů
2. Kontrola svěrači			•		•		
3. Spánek	•				•		
4. Bolest	-	-	-	-	-	-	
5. Dýchání	-	-	-	-	-	-	

1. Jak je pro Vás důležité mít do brve jídlo?
2. Máte problém s útikem moči nebo stolice? Nakolik Vás to trápí?
3. Jak je pro Vás důležitý spánek?
4. Máte bolesti? Trápí Vás?
5. Máte problém s dýcháním? Jak moc Vás to trápí?

1. Jste spokojena se stravou v domově?
2. Jste spokojena s řešením Vašeho problému?
3. Jste spokojena s kvalitou Vašeho spánku?
4. Jste spokojena s řešením Vaší bolesti?
5. Jste spokojena s řešením problému s dýcháním?

POTŘEBA BEZPEČÍ

Folozky	Důležitost			Spokojenost			Poznámky
	Velmi	Středně	Málo	Velmi	Středně	Málo	
1. Dostupnost pomoci, péče		•			•		Během 4 let v domově byla 2x okradena.
2. Ekonomické zabezpečí		•				•	
3. Fyzické a psychologické zabezpečí			•			•	

1. Jak je pro Vás důležité mít pomoc nadsoh? (dostupnost lékaře, sestry, zvonku)
 2. Je pro Vás důležité mít dostatek prostředků a být finančně zajištěna?
 3. Co Vám přináší pocit bezpečí v prostředí ve kterém žijete?
1. Jste spokojena s dostupnou pomocí? Je dostatečná?
 2. Jste spokojena se svým současným finančním zabezpečením?
 3. Cítíte ohrožení v prostředí ve kterém žijete? Cítíte se bezpečně

SOCLÁLNÍ POTŘEBY

Položky	Důležitost			Spokojenost			Poznámky
	Velmi	Středně	Málo	Velmi	Středně	Málo	
1. Informovanost o světě	●				●		Ráda sleduje politické pořady v Tv-neshoddy se spolubydlicí
2. Rodinné vztahy			●			●	Má pouze dva bratry, s kterými se příliš nestýká.
3. Vztahy s ostatními lidmi	●					●	Cituji „Vadí mi zdejší účastníci aktivní“.
4. Láška, partnerství, manželství			●			●	Klientka nebyla nikdy vdaná - chybí role manželky, matky.
5. Komunikace	●					●	Sigmiřkaniní rozdíli - velká důležitost a malá spokojenost!
6. Fyzický kontakt					●		Nemá ráda když se jí lidé dotýkají.
7. Bydlení					●		Občasné neshody se spolubydlicí.

1. Jak je pro Vás důležité mít přehled o dění v domově a ve světě?
2. Jak je pro Vás důležité mít kontakt s rodinnými příslušnými a zprávy o rodině?
3. Je pro Vás důležité udržovat vztahy s ostatními lidmi a být ve společnosti s lidmi ve volném čase?
4. Jak je pro Vás důležité být milován/a a mít blízký osobní vztah?
5. Jak je pro Vás důležité sdělovat své názory, pocity, myšlenky?
6. Jak je pro Vás důležité a příjemný fyzický kontakt? Udržujete si odstup od lidí které Vám nejsou úplně blízcí?
7. Jak je pro Vás důležité mít samostatné bydlení?

1. Jste spokojena s přisunem informací k Vaší osobě?
2. Jste spokojena se vztahem s Vaší rodinou?
3. Jste spokojena se vztahy, které máš s lidmi kolem sebe?
4. Postrádáte partnerskou lásku?
5. Máte pocit, že Vám Vaše okolí naslouchá?
6. Chybí Vám fyzický kontakt?
7. Jste spokojena se současnou bytovou situací?

SOCLÁLNÍ POTŘEBY

Položky	Důležitost			Spokojenost			Poznámky
	Velmi	Sředně	Málo	Velmi	Sředně	Málo	
1. Informovanost o světě	•				•		Ráda sleduje politické pořady v Tv-možno dy se spolupodílí
2. Rodinné vztahy			•			•	Má pouze dva bratry, s kterými se příliš nestýká.
3. Vztahy s ostatními lidmi	•					•	Citují „Vadí mi zdejší účastníci aktivít“.
4. Láška, partnerství, manželství			•			•	Klientka nebyla nikdy vdaná - chtějí role manželky, matky.
5. Komunikace	•					•	Sigriňkarní rozdí - velká důležitost a malá spokojenost!
6. Fyzický kontakt					•		Nemá ráda když se jí lidé dotýkají
7. Bydlení					•		Občasné neshody se spolubydliči

1. Jak je pro Vás důležité mít přehled o dění v domově a ve světě?
2. Jak je pro Vás důležité mít kontakt s rodinnými příslušnými a zprávy o rodině?
3. Je pro Vás důležité udržet vztahy s ostatními lidmi a být ve společnosti lidí ve volném čase?
4. Jak je pro Vás důležité být milován/a a mít blízký osobní vztah?
5. Jak je pro Vás důležité sdílet své názory, pocity, myšlenky?
6. Jak je pro Vás důležitý a příjemný fyzický kontakt? Udržujete si odstup od lidí které Vám nejsou úplně blízcí?
7. Jak je pro Vás důležité mít samostatné bydlení?

1. Jste spokojena s přístupem informací k Vaší osobě?
2. Jste spokojena se vztahem s Vaší rodinou?
3. Jste spokojena se vztahy, které máte s lidmi kolem sebe?
4. Postaráte partnerskou lásku?
5. Máte pocit, že Vám Vaše okolí naslouchá?
6. Chybí Vám fyzický kontakt?
7. Jste spokojena se současnou bytovou situací?

POTŘEBA SVOBODY

Položky	Důležitost			Spokojenost			Poznámky
	Velmi	Středně	Málo	Velmi	Středně	Málo	
1. Autonomie	●					●	Nemá ráda když ji někdo do něčeho nutí
2. Fyzická soběstačnost a dopomoc	●				●		Fyzická kondice je zhoršená? svalová síla, kachexie

1. Je pro Vás důležité mít možnost rozhodovat sama za sebe a o sobě?
2. Jak je pro Vás důležité být samostatný a zvládat běžné denní úkony bez pomoci druhých
1. Máte pocit, že tu máte možno si rozhodovat se sama za sebe a o sobě?
2. Jste spokojená se svou fyzickou soběstačností a péčí o sebe sama?

POTŘEBA SEBEREALIZACE

Položky	Důležitost			Spokojenost			Poznámky
	Velmi	Středně	Málo	Velmi	Středně	Málo	
1. Aktivity a odpočinek		●			●		Uznává, že je nutné občas cvičit
2. Vzhled prostředí		●			●		
3. Úprava prostředí		●			●		

1. Je pro Vás důležité naplnit volný čas aktivitou?
2. Jak je pro Vás důležitý vzhled Vašeho okolního prostředí?
3. Je pro vás důležité si ho upravit podle vlastních představ?
1. Jste spokojená s vyplněním Vašeho volného času?
2. Jak jste spokojená se vzhledem Vašeho prostředí ve kterém žijete?
3. Máte možnost upravit vlastního prostředí podle vlastních představ?

Hodnocení potřeb klientů s depresí (souhrn)

Hodnocení potřeb klientů s depresí (souhrn)

Foložky		Návrh řešení
Fyziologické potřeby	<ol style="list-style-type: none"> 1. Strava 2. Kontrola světlaců 3. Spánek 4. Bolest 5. Dýchání 	<p>Malá spokojenost odmítá přijímat jídlo, nevyhovuje jí způsob stálování - kontaktovat dietní sestru</p> <p>Zjistit od ošetrovatele jakého personálu spákový rytmus - případně přes den zaměstnat.</p> <p>Bolesti by snášela těžko, ale v současné době je bez obtíží - informovat ošetřující personál (lékaře)</p> <p>Dýchání je pro ni velmi důležité, ale současně je bez problémů</p>
Potřeba bezpečí	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dostupnost pomoci péče 2. Ekonomické bezpečí 3. Fyzické a psychologické bezpečí 	<p>Velmi důležitá, středně spokojena, zjistit v jaké oblasti - promluvit s ošetrovatelem personálem</p> <p>Vysoce důležité, velmi nespokojena - zajistit možnost uzamykání osobních věcí</p>
Socialní potřeby	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informovanost o světě 2. Rodinné vztahy 3. Vztahy s ostatními lidmi 4. Láška, partnerství, manželství 5. Komunikace 6. Fyzický kontakt 7. Bydlení 	<p>Umožnit klientce sledovat dění ve světě, domluva se spolubyvatelci, případně zajistit zapůjčení TV</p> <p>Snaha kontaktovat roditelé příslušně, pohovořit na téma "úloha rodiny" - kontaktovat psychologa</p> <p>Pokusit se zajistit asistenci na vycházky do prostředí mimo domov</p> <p>Seznámit klientku s paní příbuzné stejného věku a "osudu"</p> <p>Podpora sociálních vazeb v postupném začleňování do menších pro klientku atraktivních terapeutických skupin (např. pání)</p> <p>Zajistit pro klientku "nedotknutelný" osobní prostor - informovat personál</p> <p>Nespokojena s bydlením na čtyřlůžkovém pokoji, zajistit pokoj s méně lůžky - kontaktovat soc. pracovníka</p>
Potřeba období	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autonomie 2. Fyzická soběstačnost a dopomoc 	<p>Nenutit klientku do něčeho co si nepeje dělat (v rámci s pravidly poskytování služeb)</p> <p>Stanovit plán zlepšení fyzické kondice - kontaktovat fyzioterapeuta</p>
Potřeba sebe-realizace	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aktivita a odpočinek 2. Vzhled prostředí 3. Úprava prostředí 	<p>Nechat prositor pro vlastní iniciativy klientky (v rámci pravidel DS Malešice) - informovat aktivizační oddělení</p> <p>Nechat prositor pro vlastní iniciativy klientky (v rámci pravidel DS Malešice) - informovat aktivizační oddělení</p> <p>Nechat prositor pro vlastní iniciativy klientky (v rámci pravidel DS Malešice) - informovat aktivizační oddělení</p>

Příloha V.

ZAVÁDĚNÍ STANDARDŮ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB DO PRAXE

STANDARD 5. Plánování a průběh služby

Poskytování služeb vychází z osobních cílů a potřeb uživatele a je postaveno především na jeho schopnostech. Průběh služby je přiměřeně plánován. Plánování průběhu služeb je další způsob, jak napomoci uživatelům služeb mít přehled o službách, které jsou jim poskytovány. Vytvoření jasných plánů pro jednotlivé uživatele, ale přispěje i vám. Povede k zefektivnění a zkvalitnění vaší práce zejména v následujících ohledech.

- V procesu plánování se naleznou výhodnější řešení nepříznivé sociální situace.
- Je větší příležitost předejít možným rizikům – vyhnout se jim, připravit se na ně (příklady najdete např. v samostatné kapitole „Zvládání rizikových situací“.
- Stanovení a zaznamenání cílů usnadňuje kontrolu kvality a efektivity služeb.
- Systematičnost v přístupu k uživatelům, která je výsledkem plánování, usnadní předcházet nahodilostem v poskytování služeb snižujícím kvalitu. Může se totiž stát, že více pozornosti je např. věnováno těm uživatelům, kteří jsou problémoví (např. agresivní, hluchí apod.) a těm, kteří si umí pozornost personálu vynutit. Lidé, o nichž personál „neví“, vzhledem k jejich tiché přizpůsobivosti, dostanou podpory mnohem méně.

KRITÉRIUM 5.1

Průběh služby vychází především z vnitřních zdrojů a možností uživatele, sleduje dosažení dohodnutých osobních cílů a je plánován společně s uživatelem.

Poskytování sociální služby musí sledovat jasný cíl – umožnit člověku v nepříznivé sociální situaci zůstat součástí přirozeného místního společenství, žít běžným způsobem atd. Pro jednotlivé uživatele bude tento obecný cíl sociálních služeb převeden do podoby tzv. osobního cíle. Ten představuje to, čeho chce uživatel prostřednictvím služby dosáhnout (viz komentář ke kritériu 3.2). Má-li být osobního cíle dosaženo, musíte vy, jako poskytovatelé i jednotliví uživatelé služeb, především vědět

- čeho konkrétně máte dosáhnout v dlouhodobém i krátkodobém horizontu (cíle služeb)
- jaké zdroje k tomu můžete využít – možnosti uživatele služeb (včetně okolí) i zařízení – kdo se bude na realizaci cíle podílet,
- jakými postupy cíle dosáhnete,
- kdy byste cíle měli dosáhnout,
- jak poznáte, že je cíle dosaženo.

K těmto informacím se dostanete tím, že dosažení osobního cíle uživatele naplánujete. Plánování dosažení osobních cílů je potřeba připravit adekvátně podle charakteru služeb i samotných cílů. Je potřeba stanovit zejména

- kdo je bude organizovat
- kdo se jej bude účastnit
- kde se plánování bude odehrávat
- jak bude setkání probíhat.

U některých typů služeb proběhne plánování jednorázově během pár minut prostřednictvím výměny několika vět mezi uživatelem služby a pracovníkem zařízení. Jde o služby jednorázově, krátkodobě poskytované (např. poradenství) nebo nízkoprahové (např. výměna stříkaček).

Jiné je to u dlouhodobých služeb spojených s intenzivní podporou uživatele a se změnou jeho dovedností, místa pobytu, práce apod. U těchto služeb je plánování dlouhodobým kontinuálním procesem, během kterého se mohou skutečnosti zjištěné na začátku měnit. O plánování je proto vedena písemná dokumentace, tradičně označována jako individuální plán.

KRITÉRIUM 5.2

Naplňování osobních cílů uživatele je v průběhu služby přehodnocováno. Uživatel má možnost měnit své osobní cíle.

V případě, že poskytujete sociální služby dlouhodobějšího charakteru, dostanete se dříve nebo později do situace, kdy zjistíte, že naplánovaný postup nebo dokonce i stanovené osobní cíle je třeba změnit. Možná, že i jednorázově poskytované služby budou jedním člověkem pokaždé vyžadovány jinak nebo s pozměněným cílem. Je důležité si uvědomit, že jde o zcela přirozenou věc. Na základě jiných zkušeností a dovedností upřednostňujeme jiná řešení a jiné postupy. Je potřeba, abyste tento princip respektovali i v případě uživatelů vašich služeb.

Z toho důvodu bývá už při samotném plánování navrženo přehodnocení stanovených cílů a postupů. V případě, že se ukáže potřeba přehodnotit plán dříve, nepovažujte to hned za chybu či nedostatek a vyjděte tomuto požadavku vstříc.

KRITÉRIUM 5.3

Zařízení má vypracována písemná vnitřní pravidla, kterými se řídí plánování procesu poskytování služeb. Zařízení stanoví tato pravidla v závislosti na charakteru služeb. V závislosti na charakteru služby je stanoven způsob, jakým je zaznamenán průběh jejího poskytování (včetně termínů a způsobu, jakým může být poskytování služby přehodnoceno).

Aby plánování služeb odpovídalo potřebám uživatelů služeb i vašim nárokům na kvalitu, je potřeba, abyste si stanovili alespoň rámcová pravidla pro postup při plánování. Na prvním místě byste měli zvážit, jaký rozsah plánování je ve vašem případě vyžadován. V publikovaných standardech je v poznámce uvedeno, že za přiměřené se např. u dlouhodobě poskytovaných služeb (řádově měsíce) považuje písemný souhrn cílů, postupů a termínů, u krátkodobě poskytovaných služeb (v rozsahu maximálně týdnů) ústní dohoda o cíli služeb a způsobu jeho dosažení.

Ke správnému stanovení základních pravidel plánování by vám mohl pomoci také komentář ke kritériu 5.1.

Pro všechny případy ale platí následující zásady:

- zaměřit se na přednosti, zájmy a talent člověka spíše než na jeho omezení
- zdůrazňovat aktivitu uživatele a jeho účast na plánování, brát uživatele služeb jako rovnocenného partnera, naplánovaný cíl musí být především jeho cílem
- podporovat definování neomezených představ o způsobu života, který by chtěl uživatel vést, pak určit cíle, potřebné ke splnění představ
- využívat nejen formální, ale i neformální zdroje, které má uživatel nebo pracovníci zařízení
- ve fázi zjišťování preferencí uživatele se zaměřit na představy uživatele, překážky a problémy řešit až v následujících fázích plánování
- při plánování zohledňovat individuální možnosti a přání uživatele (využívat alternativních postupů při plánování, přizpůsobit komunikaci, místo plánování atd. možnostem uživatele apod.)

– umožnit účast lidem, kteří jsou uživateli blízcí a jejichž přítomnost uživatel požaduje/souhlasí s ní

– mít na paměti, že plány se mění.

Forma a rozsah zaznamenávání toho, co bylo spolu s uživatelem naplánováno, se může hodně lišit. Vaše rozhodnutí by se mělo odvíjet od

– rozsahu potřeb uživatele/poskytovaných služeb

– charakteru služby

– délky poskytování služeb

– složení týmu, který se plánování účastní.

Písemné zaznamenávání je důležité zejména tam, kde je do poskytování služby zapojeno více pracovníků zařízení nebo kdy je dokonce členem týmu externí spolupracovník jiného zařízení. Záznamy slouží k předávání informací mezi všemi zúčastněnými, jako základ pro další revize plánů a pokračování služby apod.

KRITÉRIUM 5.4

Za plánování a průběh služby pro jednotlivé uživatele odpovídají konkrétní pracovníci zařízení.

Přenesení odpovědnosti za poskytování služeb na jasně stanovené konkrétní pracovníky vychází z konceptu známého ze zahraničí pod pojmem čase management, v českém překladu případové vedení. Zatímco u krátkodobých, jednorázových služeb vede případy uživatelů jeden zodpovědný pracovník ze samé podstaty služby (např. poradny, linka důvěry), jinde se na zajištění služeb podílí více členů pracovního týmu a navíc je mnohdy třeba spolupracovat s dalšími institucemi, organizacemi, rodinou atd. V tom případě se v praxi ukázalo jako účinné stanovit jednoho klíčového pracovníka, který

– iniciativně si všímá zájmů, potřeb a cílů uživatele

– je koordinátorem práce týmu lidí, kteří jsou do služeb pro daného uživatele zapojeni

– zodpovídá za vytvoření a aktualizaci individuálních plánů

– zodpovídá za realizaci individuálního plánu.

V závislosti na charakteru služeb se role klíčového pracovníka může lišit. Může být

– člověkem, který vyhledává a kontaktuje uživatele

– terapeutem či poradcem

– obhájcem, který hájí zájmy uživatele

– zprostředkovatelem služeb poskytovaných někým dalším

– nákupčím služeb potřebných pro daného uživatele.

Nejčastější je ovšem kombinace těchto rolí.

Zavedení systému klíčových pracovníků má řadu výhod. Může zlepšit roztržité služby do souvislého, navazujícího systému, snížit či odstranit nevýhody spojené s poskytováním neměnných bloků péče bez ohledu na individuální potřeby uživatele. Přenesením vyšší odpovědnosti na pracovníky, kteří se věnují přímé práci s uživateli, se služby stávají nejen levnější ale především se lépe přizpůsobují potřebám uživatelů a tak jsou dostupnější. Navíc systém poskytuje podklady pro přesnější dlouhodobé plánování služeb.

KRITÉRIUM 5.6

Zařízení má stanovená kritéria pro posouzení toho, zda je dosahováno osobních cílů uživatelů služeb.

Naplnění osobního cíle může u některých sociálních služeb vést k ukončení poskytování služeb – naplnění cíle jako důvod k ukončení uzavřené dohody. Např. zajištění vlastního bydlení u obyvatele azylového domu, změna přístupu uživatele drog (spočívající v rozhodnutí odstranit návyk) u dosavadního uživatele služeb výměnného programu, samostatné zvládnutí

cesty do práce. U jiných služeb dochází k naplňování služeb soustavným poskytováním služeb – využití osobního asistenta k pravidelným nákupům a docházce na hodiny francouzštiny.

Zařízení by mělo mít jasnou představu o tom, jak má vypadat výsledek poskytování služeb, aby mohlo zodpovědně ukončit poskytování služeb nebo pokračovat v dosavadním způsobu. K tomu slouží měřitelná kritéria, která mohou mít triviální charakter (uživatel přešel do terapeutické komunity, uživatel je spokojený s tím, že chodí pravidelně na předplacené hodiny francouzštiny) nebo mohou být sestavena z výčtu dovedností, které člověk musí zvládnout (viz příklad přehledu dovedností, které jsou potřeba ke zvládnutí ranní cesty do zaměstnání v samostatné kapitole Plánování dlouhodobých služeb).

Posouzení toho, jak jsou kritéria dosažení osobních cílů naplňována, je důležitým poselstvím o efektivitě služeb a také o naplňování poslání a cílů zařízení.

Příloha VI.

7. KANADSKÝ MODEL LIDSKÉHO ZAMĚSTNÁVÁNÍ JAKO VÝCHODISKO PRO COPM. TERAPIE ZAMĚŘENÁ NA KLIENTA. ZÁVĚRY PRO ERGOTERAPII.

KANADSKÝ MODEL VÝKONU ZAMĚSTNÁNÍ

CANADIAN MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE (CMOP)

- vychází z **holistického pohledu** na člověka – vnímá člověka jako celek
- původ z pohledu autorů Reed & Sanderson na výkon zaměstnání a rovnováhu mezi oblastí práce, volného času a sebeobsluhu
- bere v úvahu role, zkušenost, vývojovou fázi osoby, v které se nachází
- **vývojové, vzdělávací a adaptační procesy jedince jsou pro terapii důležité**, protože v každá vývojová fáze od jedince vyžaduje jiné životní role, potřebu zvládnout jiné činnosti a jsou na něho kladeny jiné nároky společnosti
- model popisuje vztah 3 součástí výkonu: **vztah osoba- prostředí- zaměstnání**
- zaměstnávání je výsledek dynamického vztahu mezi osobou, prostředím a aktivitou v průběhu života
- **při hodnocení výkonu** by se měly **brát v potaz role**, které klient zastává a které se očekávají, že bude zastávat (Hagedorn, 1997)

Model definuje výkon zaměstnání takto:

Člověk – co je nám dáno fyzicky a psychicky – to vše ovlivňuje činnost = výkon

1. oblasti:

- **péče o sebe** (osobní péče, funkční mobility a dostupnost služeb)
cíl - abychom byli schopni postarat se sami o sebe
- nejdříve je nutné uspokojení základních potřeb → poté můžeme postupovat

výše

- **produktivita** (placená, ale i neplacená práce - profesní činnost, brigády, dobrovolnická činnost, péče o osobu blízkou, domácí práce, vzdělávání a hra)
cíl - pro seberealizaci jsou nutné peníze
- potřeba uplatnění
- **volný čas** (pasivní x aktivní rekreace, zájmy, socializace)
cíl - zábava, uvolnění, relaxace
- získání nových dovedností pomocí hry
- výsledek – zážitek
- pozitivní zkušenost
- získání něčeho pro sebe

2. schopnosti jedince:

- **fyzické** – síla, JM, úchop, citlivost, úchop, obratnost, koordinace obou HKK, kloubní rozsah, rychlost,
- **psychické** – *duševní*. - krátkodobá a dlouhodobá paměť, orientace, pozornost, učení nových dovedností, řešení problémů, ...
- **sociální** – zapojení do skupiny, interakce ve skupině, komunikace, spolupráce v kolektivu

3. faktory:

- **prostředí:**
 - o *sociální* - systém školství, zdravotnictví, přítomnost v rodině
 - sociální systém – nároky, očekávání od společnosti. ? co je norma
 - o *fyzické* - budova, sídliště, město, dopravní prostředí, geografická poloha, klimatické podmínky
 - o *kulturní* – náboženství, legislativa, zvyky
 - o *institucionální*
- **vývojový stupeň** - (př. dítě- dospěl)
- **role** – matka, otec, sestra, babička, učitel, student, dobrovolník, kamarád, pacient ...

KANADSKÉ HODNOCENÍ VÝKONU ZAMĚSTNÁNÍ

CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE (COPM)

- **Autoři:** Mary Law, Sue Baptiste, Nancy Pollock, Helene Polatajko
- individuální hodnocení ergoterapeuta
- zjišťuje změny, jež klient sám vnímá ve výkonu činnosti v průběhu léčby
- klient odpovídá na otázky v oblasti
 - osobní péče
 - produktivity
 - volného času
- hodnocení, které je navrženo pro zjištění změn, které klient sám vnímá ve výkonu svého zaměstnání v průběhu času
- hodnocení není určeno pro konkrétní diagnostickou skupinu či věkovou skupinu pacientů

Položky:

A. Osobní péče

- *os. péče* – oblékání, koupání, hygiena,....
- *funkční mobilita* – přesuny, interiér, exteriér,
- *dostupnost služeb ve společnosti* – doprava, nákupy, finance, ..

B. Produktivita – placená/neplacená práce – hledání, udržení práce, dobrovolná práce, ... *domácí práce* – úklid, praní, žehlení, vaření, ... *hra/škola* – zájmy, schopnost hry,....

C. Volný čas – klidná rekreace – čtení, TV,...

- aktivní rekreace* – sport, turistika, cestování
- socializace* – návštěvy, telefonování, večírky, dopisování

Administrace hodnocení:

- semistrukturovaný rozhovor
- standardizace - je vytvořen manuál pro administraci a skórování hodnocení, který doporučuje kladení otázek při rozhovoru, je ale možné přizpůsobit formu otázek individuálním požadavkům klienta
- hodnocení je rozděleno do 3 oblastí: sebeobsahu, produktivita a volný čas
- rozhovorem terapeut s klientem vybírá ty oblasti výkonu zaměstnání, s jejichž aktuálním výkonem není klient plně spokojen
- klient hodnotí úroveň vlastního výkonu a úroveň spokojenosti na škále 1- 10
- klient dále hodnotí i důležitost, jakou dané oblasti výkonu sám přisuzuje

Postup provádění hodnocení

1. identifikace problémových činností

- vysvětlení cíle hodnocení a jeho postupu
- semistrukturovaný rozhovor- cíl: zjistit klientovy schopnosti a výkon v činnostech, které běžně provádí během dne
- klient určí činnosti, které chce nebo potřebuje vykonávat, popř. se od něj očekávají
- terapeut se dále dotazuje, jestli je klient schopen všechny činnosti vykonávat a jak je spokojen se svým výkonem
- výsledek: terapeut by měl mít přehled o problematických oblastech zaměstnání klienta

2. zhodnocení důležitosti

- klient ohodnotí identifikované problematické aktivity podle důležitosti v jeho životě na škále 1-10 (1= zcela nepodstatné; 10= extrémně důležité)
- důležité se ujistit, že klient rozumí, co se od něj požaduje
- skóre zaznamenat do formuláře (viz krok 2)

3. skórování

- klient zvolí maximálně 5 činností, které považuje za nejvíce zatěžující a které by chtěl nebo potřeboval vyřešit přednostně
- terapeut připomene klientovi, které činnosti ohodnotit nejvýše a tak dá příležitost buď potvrdit jejich závažnost nebo vybrat jiný problém, který hodnotil níže
- činnosti se zaznamenají do formuláře (viz krok 3)
- každou činnost klient ohodnotí opět na škále 1- 10 z hlediska vlastní spokojenosti a výkonu této činnosti
- konečné skóre podíl součtu skóre výkonu, resp. spokojenosti ku počtu problémů (př. výkon: $25 : 5 = 5$, spokojenost $15 : 5 = 3$)

4. opakované hodnocení

- opakování hodnocení viz bod 3 s časovým odstupem, který je vhodné dohodnout při vstupním vyšetření
 - důležité pro zjištění změny ve vnímání a v postoji klienta vůči svým stanoveným cílům na počátku terapie
 - skóre změny se získá odečtením hodnoty celkového skóre 1 a 2 (je možno provést i u jednotlivých položek)
 - při revaluaci klient opět boduje problém ve výkonu a uspokojení
změna ve výkonu = bodování výkonu 2 – bodování výkonu 1
změna v uspokojování = bodování uspokojení 2 – bodování 2
- klinicky signifikantní, je-li rozdíl 2

Charakteristické stránky COPM (Law a kol., 1994)

- přímo vychází z ergoterapeutického modelu CMOP
- posuzuje činnosti v oblasti péče o sebe sama, produktivity (práce) a volného času
- spojuje životní role klienta i role, které se od něj očekávají
- měří problémy, které identifikuje klient
- zvažuje oblast důležitosti zaměstnání pro klienta a spokojenost klienta s jeho aktuálním výkonem
- zaměstnává klienta od počátku ergoterapeutické intervence

- zvyšuje klientovu účast na terapeutickém procesu, podporuje jejich odpovědnost za výsledek terapie
- zaměřuje se na prostředí klienta

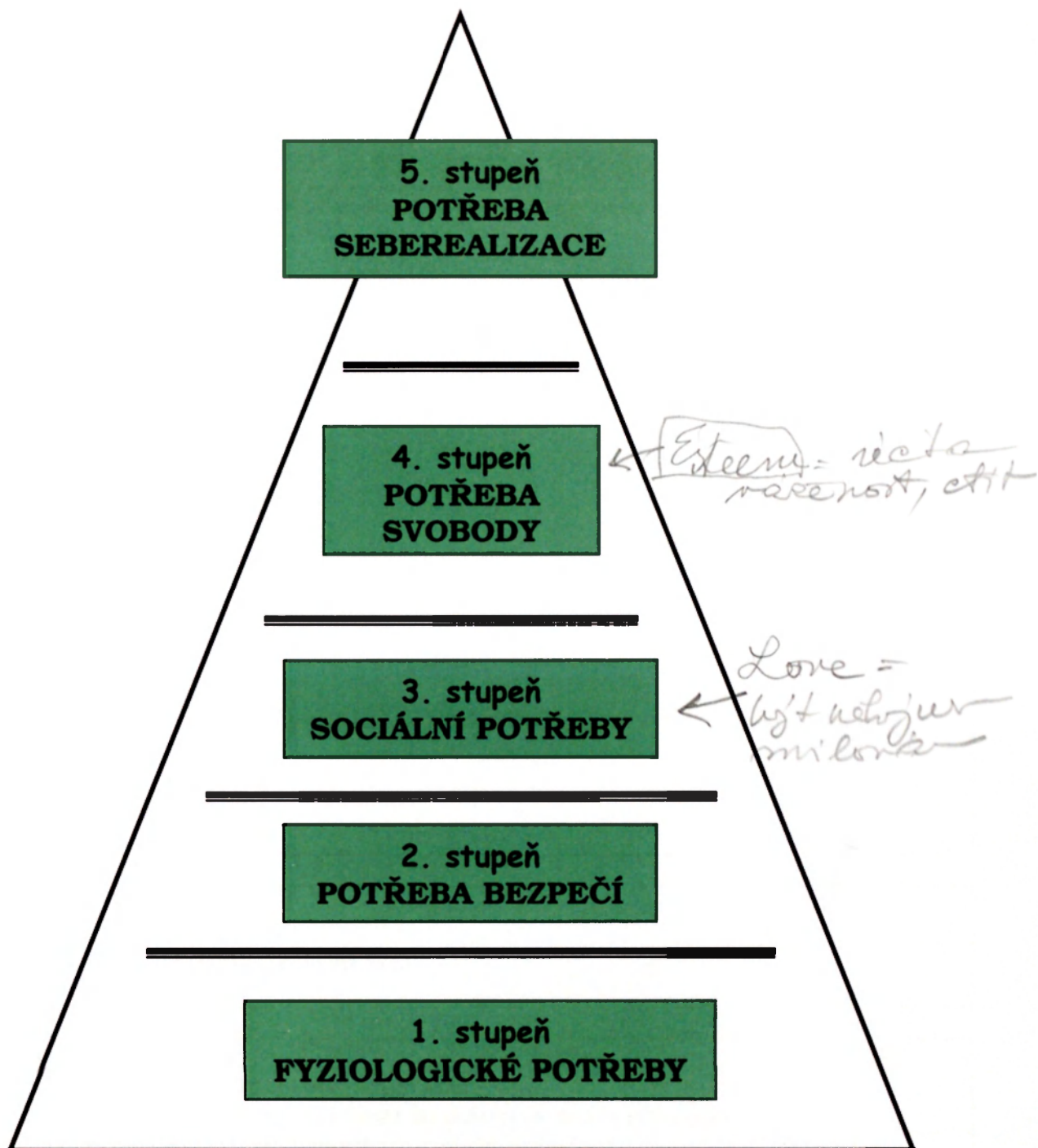
Pozitiva versus negativa COPM:

Pozitiva:

- COPM je vhodné pro vstupní a výstupní hodnocení terapie
- pomáhá klientům zaměřit se na jejich obtíže
- na základě hodnocení je možné plánovat postup terapie
- lehká administrativa - opakované hodnocení je jednoduché a zaměřuje se přímo na identifikované oblasti výkonu
- přímá účast klienta od začátku léčby
- hodnocení je plně založeno na přístupu zaměřeného na klienta
- pomáhá terapeutům vyjasnit si svou roli ostatním členům týmu
- používá se u všech typů pacientů
- zvyšuje klientovu motivaci k terapeutickému procesu
- zaměřuje se na klientovi vlastní role, prostředí

Negativa:

- s některými klienty (př. děti mladší 8 let, klienti s kognitivní poruchou, klienti poruchou náhledu na situaci) může být obtížné vést semistrukturovaný rozhovor pro identifikaci problémových oblastí výkonu zaměstnání
- hodnocení je závislé na schopnosti klienta identifikovat problematické oblasti
- k získání odpovědí je nutné aktivní účast klienta na procesu rozhovoru
- výstupy hodnocení se též odvíjejí od schopnosti terapeuta vést s klientem rozhovor



Maslowova pyramida potřeb (A.H. Maslow in Pichaud, Thureauová, 1998, s. 36)

Příloha VIII.



HODNOCENÍ PRO INDIVIDUÁLNÍ PLÁN

Domov pro seniory

Rektorská 577, Praha 10 - Malešice

Jméno klienta: Paní M.
Výsledek MMSE:
Klíčový pracovník: J.R.
Datum:

Kontaktní osoba, které klient chce podávat informace o svém stavu:
V.M.

Osoba, na kterou se klient obrací, když potřebuje pomoc, podporu:
J.R.

Individuální přání, cíl:

neudává

Činnost během dne, zájmy:

TV, četba, dochází na cvičení paměti a kondiční cvičení (činnosti jí nepřinášejí uspokojení)

Společenský život:

Preferuje samotu, společnost nevyhledává

Organizace volného času:

- svůj volný čas si klient organizuje sám
- je třeba podpora zapojení klienta do aktivity ze strany personálu
- samostatně si vytváří činnosti pro zaplnění volného času
- využívá nabídky aktivizačních činností
- odmítá aktivitu, preferuje odpočinek a pasivitu

pozn.

Bydlení:

vyhovuje - nevyhovuje → proč:

Závěr: Klientka neformuluje osobní cíl. Odmítá aktivitu, udává, že preferuje pasivitu a samotu. Ráda si organizuje svůj čas samostatně. Na dotazy ohledně spokojenosti či nespokojenosti s pobytem v DS odpovídá stručně a neformuluje konkrétní závěry.

Podpis klienta:
pracovníka:

Podpis klíčového

**Studentka : Lenka Sekyrková
1. LF UK, obor Ergoterapie
Ergoterapie – souvislá praxe**

**Schválení práce s dokumentací a informacemi
souvisejícími s klientem**

Klient L.M. **doplnit jméno**
souhlasí s tím, že jeho dokumentace a informace
týkající se jeho osoby budou k dispozici studentce
1. LF UK pro účely bakalářské práce k studijním či
jiným nekomerčním účelům.

ANO – NE

Klient L.M. **doplnit jméno** dále
souhlasí s tím, že při uveřejňování jeho jména a
příjmení budou uváděny pouze jeho iniciály.

ANO – NE

.....
.....
.....
podpis klienta

.....
.....
.....
podpis studentky

.....
.....
.....
svědek