

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

**Význam aktivizace pro starého a nemocného
člověka v ústavní péči**

Bakalářská práce

AUTOR:	Martinková Dagmar
KATEDRA:	Sociální pedagogiky
VEDOUCÍ PRÁCE:	PaeDr. Marie Vorlová
STUDIJNÍ PROGRAM:	Kombinované studium
STUDIJNÍ OBOR:	Pastorační a sociální práce
PŘIDĚLOVANÝ AKADEMICKÝ TITUL:	Bc
ROK ODEVZDÁNÍ:	2007

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Význam aktivizace starého a nemocného člověka v ústavní péči“ napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

Souhlasím s tím, aby byla práce zpřístupněna veřejnosti pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Praze dne 5.12.2007

.....

Martinková Dagmar

Bibliografická citace

Význam aktivizace pro starého a nemocného člověka v ústavní péči: Bakalářská práce / Dagmar Martinková.; vedoucí práce: PaedDr. Marie Vorlová. Praha, 2007, 77 stran /

Anotace

Práce se zabývá popisem významu aktivizace pro starého člověka v ústavní péči. První část bakalářské práce shrnuje základní pojmy stáří, procesu stárnutí a nemocí se stářím spojenou. Definiuje podstatu a význam důstojnosti starého člověka nacházejícího se nejen v ústavní péči. Další část práce je věnována psychologii stáří a dále také přímo významu aktivizace na různých úrovních. Důraz je položen také na provádění aktivizačních činností ošetřujícím personálem, význam naslouchání, empatii a rozhovor s klientem. Důležitým faktorem je také motivace ošetřujícího personálu.

Druhá část bakalářské práce je pak věnována praktickému výzkumu, který byl proveden v zařízení následné péče, Domově sv. Karla Boromejského v Praze, během šesti měsíců. Výzkumem byl potvrzen předpoklad, že aktivizace má pro starého člověka v ústavní péči velký význam v rámci zachování důstojnosti a kvality života.

Klíčová slova

stáří, nemoc, ústavní péče, aktivizace, psychologie stáří, motivace pomáhajících, kvalita života starého člověka

Summary

The bachelor work focuses on the importance of activity of old-age people who are situated in houses of institutional care. First part of the work summarizes basic notions of old-age, notions of the process of aging and illness. It defines essence and meaning of dignity of old people who are situated not only in institutional care houses. Next part of the work places emphasis on the psychology of old-age and also on importance of activity at various levels. The work also deals with operation of activities by attending staff, with the sense of harking, empathy and talking with clients. The motivation of attending staff is also very important element of old people care.

The second part of the bachelor work is based on the practical research. The research was carried out in the Prague-based house of institutional care, Domov sv. Karla Boromejskeho during six months. Implementation and the results of the research confirmed the thesis of high importance of activity realized with old-age people who are located in houses of institutional care.

Keywords

old-age, illness, institutional care, activity, psychology of old-age, staff motivation, quality of life of old people

Poděkování

Děkuji svým rodičům za příkladný postoj k člověku a životu, čímž se aktivně podíleli na realizaci této práce.

OBSAH

ÚVOD	13
A. TEORETICKÁ ČÁST	16
1. STÁŘÍ	16
2. PSYCHOLOGIE STÁŘÍ	17
3. STÁŘÍ A NEMOC	19
4. PSYCHOPATOLOGIE VE STÁŘÍ	21
4.1. Deprese.....	21
4.2. Demence.....	22
5. PROBLEMATIKA ÚSTAVNÍ PÉČE	24
5.1. Prevence negativních důsledků ústavní péče	25
6. DŮRAZ NA RESPEKTOVÁNÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI	26
7. AKTIVIZACE	28
7.1. Aktivizace v ústavní péči	28
7.1.1. Význam podpory aktivit pro adaptaci starého člověka v ústavní péči	29
7.2. Specifika přípravy aktivit pro starého člověka.....	30
7.3. Ergoterapie	30
7. 4. Léčebná rehabilitace.....	31
7. 4. 1. Léčebná výchova k soběstačnosti	31
8. APLIKACE AKTIVIZAČNÍCH ČINNOSTÍ PEČUJÍCÍM PERSONÁLEM	32
8.1. Umění naslouchat a sdílet	33
8.2. Aktivizační programy u imobilních klientů	34
8.3. Aktivizace klientů s demencí	35
8.4. Skupinová práce s klienty	36
8. 5. Reminiscence	37
9. VÝZNAM MOTIVACE PEČOVATELŮ	38
9. 1. Videotrénink interakcí.....	39
9. 2. Supervize.....	39
9. 3. Sebezkušenostní skupina.....	40

B PRAKTICKÁ ČÁST	41
1. AKTIVIZACE KLIENTŮ V DOMOVĚ SV. KARLA BOROMEJSKÉHO	41
2. METODOLOGIE VÝZKUMU	43
2.1 Kvantitativní výzkum a jeho aplikace pro zvolené konkrétní téma	43
2.2 Kvalitativní výzkum – stručný popis	44
2.3 Stanovení předběžných cílů	44
3. TESTOVÁNÍ	45
3.1 Dotazníky	45
3.2 Mini-mental state examination.....	45
3.3 Poznámky k tvorbě dotazníků a ke sběru dat.....	45
4. VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	47
4.1 Výsledky dotazníkového šetření	47
4.2 Výsledky MMSE testu	59
ZÁVĚR.....	72
POUŽITÁ LITERATURA	74
PŘÍLOHY	76
Příloha č. 1 - Dotazník.....	76
Příloha č. 2 - Mini-mental state examination test.....	79

ÚVOD

Téma bakalářské práce jsem zvolila v návaznosti na svou dlouholetou praxi zdravotní sestry. Pracovala jsem v zařízeních akutní péče i v zařízeních péče následné a vycházím tedy ze zkušenosti v péči o nemocné a především o staré nemocné.

K námětu práce mne vyprovokoval současný stav péče v zařízeních pro staré a dlouhodobě nemocné v našich podmínkách. Přestože geriatric¹ již dávno není v plenkách, široká veřejnost pohlíží na tento obor s despektem.

V současné době celosvětově přibývá starých lidí. Vysoký věk je často charakterizován mimo jiné větší nemocností, je prokázán i vyšší výskyt nejružnějších psychických onemocnění u této populace, včetně zvýšeného nárůstu demence. Pro odborníky je v poslední době tato situace aktuálním námětem pro studium psychiky. Přes všechny předkládané výzkumy v oblasti dané problematiky je geriatric stále nedostatečně integrována do systému českého zdravotnictví.

Pro velkou část populace je stáří nepřijatelnou částí života a odmítají ji respektovat. Dovoluji si konstatovat, že se dokážeme pozastavovat nad osamělostí dítěte v nemocnicích, dětských domovech, odsuzujeme jejich týrání, ale jen málo vnímáme nesmírnou samotu starého, nemocného, umírajícího člověka uprostřed nemocničního či ústavního pokoje. Neuvědomujeme si že „stáří je právě tak „jen“ závěrečnou etapou před koncem života, jako je v něm přítomno od jeho začátku“².

Faktem je, že vznikají nová a moderní zařízení, s moderními pomůckami a bezbariérovým zázemím, máme zákony, ošetřující lidská práva. Tento posun je jistě chvályhodný, ale není ještě zárukou, že bude respektována jedinečnost každého člověka ve všech oblastech jeho potřeb. Je namístě zdůraznit, že právě těžiště této problematiky je ve vytváření podmínek pro smysluplnost a seberealizaci ve stáří, ne jenom prodlužování nekvalitní, nákladné a nesoběstačné etapy stáří.

Volnému času klientů je především v léčebnách pro dlouhodobě nemocné věnováno stále velmi málo času. Souvisí to jistě s minimálním počtem ošetřovatelského personálu a špatnou finanční situací těchto zařízení. Na druhé

¹ Lékařský obor, zabývající se problematikou stáří

² Haškvcová, H., Fenomén stáří. Panorama Praha 1990, str. 19

straně velký problém vidím i v minimální motivaci pečovatелů pracovat se starými a nemocnými lidmi.

Záměrem mé práce je popsat a v praktické části zhodnotit, jaký význam má pro staré a nemocné klienty aktivizace v ústavní péči a jakou mají společné či individuální činnosti hodnotu pro zvládnání nemoci, samoty a opuštěnosti.

Budu se věnovat hlavně významu aktivizace pro klienty s těžkým fyzickým a psychickým onemocněním, se zaměřením na aktivizaci, která může být prováděna i ošetrovatelským personálem.

Jsem přesvědčena, že je potřeba věnovat těmto starým lidem kvalifikovanou péči i v oblasti duševní, protože i tato skupina má právo žít svůj život v co možná největší kvalitě.

„Je třeba upozornit na nápadný rozdíl mezi lůžkovými zařízeními v České republice a kvalitními zařízeními v zahraničí. V České republice bývají prázdné chodby a klienti na pokojích leží pasivně na lůžku. V zahraničí bývají standardně prázdné pokoje a klienti, i velmi imobilní, jsou zaměstnáni na chodbách či v prostorách pro ergoterapii a fyzioterapii“³.

V bakalářské práci se budu tedy zabývat významem aktivizace pro starého člověka, který byl na sklonku života z nějakého důvodu umístěn v zařízení ústavní péče. Na základě svých dlouhodobých zkušeností jsem dospěla k přesvědčení, že aktivizační činnosti mají pro klienta v ústavní péči pozitivní význam. Výzkumem, který jsem provedla na pracovišti chci prokázat, zda tomu tak je.

V první část bakalářské práce jsem shrnula základní pojmy stáří, procesu stárnutí a nemocí se stářím spojenou. Definovala jsem podstatu a význam důstojnosti starého člověka nacházejícího se nejen v ústavní péči. Další část práce je věnována psychologii stáří a dále také přímo významu aktivizace na různých úrovních. Důraz jsem položila na provádění aktivizačních činností ošetrojícím personálem, významu naslouchání, empatie a rozhovoru s klientem. Za nezbytnou považuji také motivaci personálu v zařízeních ústavní péče, proto jsem se ve stručnosti zmínila i o této problematice.

Druhá část bakalářské práce je pak věnována praktickému výzkumu, který jsem provedla v zařízení následné péče, Domově sv. Karla Boromejského v Praze.

³ Kalvach, Z. a kol., Geriatrie a gerontologie, Grada, 2004, str. 431

Domov jsem v krátkosti prezentovala v první kapitole. Výzkum jsem rozdělila do dvou sekcí – první část jako kvantitativní výzkum založený na škále otázek zjišťujících přínos prováděných případně zamýšlených aktivit pro starého nemocného klienta, který byl ale schopen samostatného úsudku. Jako druhý způsob dotazování jsem zvolila test (MINI-MENTAL STATE EXAMINATION), který se využívá u osob s demencí a stanovuje její přibližný stupeň. Test tohoto typu bylo při vyhodnocování nutno pojmout spíše metodou kvalitativní. Všechny výsledky testování jsou podpořeny graficky formou tabulek a grafů s přehledným srovnáním. Každá část je pak také samostatně zhodnocena..

V závěru práce pak vyhodnocuji výsledky výzkumu i naplnění stanoveného záměru.

A . T E O R E T I C K Á Č Á S T

1. STÁŘÍ

Stárnutí a stáří můžeme označit jako závěrečnou fázi lidského vývoje, kterou prožívá každý jedinec. Znamky stárnutí jsou posuzovány měřitky biologického i psychologického věku. „Stárnutí je nevratný, univerzální, i když druhově specifický biologický proces, který stále jen obtížně definujeme.“⁴ Postihuje s různou rychlostí prakticky všechny orgány, které ztrácejí na své funkčnosti. Starý organismus ztrácí schopnosti adaptace a i při mírných podnětech dochází ke změnám jak orgánové funkce, tak organismu jako celku. Na proces stárnutí a stáří je možno pohlížet z pohledu i sociologického (místo ve společenském životě).

Je třeba mít stále na paměti, že stáří je „plynulým přechodem v rámci celého života člověka“⁵. Stáří tedy není chorobnou změnou, ale je ho třeba „chápat v rámci rekonstrukce životní dráhy jedinců.“⁶

Stáří často vnímáme velmi negativně, bojíme se nemoci, konce kariéry, obáváme se budoucnosti a nemohoucnosti. Zdravý člověk vidí často ve starém a nemocném člověku „obraz svého možného osudu, ze kterého má strach.“⁷ Stáří však nemusí znamenat jenom úpadek, celý život, a tedy i v období stáří se můžeme vyvíjet, dělat pokroky. Vyrovnávání se se ztrátami a nedostatky také může mít pozitivní přínos a obohacení.

„I ve stáří je možno procesy slábnutí a úpadku zpomalit, je možné dokonce dospět k novým poznatkům a využít nových možností.“⁸

Obtíže stáří nesouvisejí tolik v nedostatky starých lidí, vycházejí spíše z našeho pohledu na ně. Abychom tedy stáří akceptovali, musíme v sobě mnohé změnit a uvědomit si, že i nás tato etapa čeká, že budeme také toužit po lásce, úctě, pochopení a důstojném zakončení života.

⁴ Topinková, E., Geriatrie pro praxi, Galén 2005, str. 8

⁵ Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Grada 2002, str. 136

⁶ Tamtéž, str. 136

⁷ Pichaud, C., Thureauová, I., Soužití se starými lidmi. Portál 1998, str. 19

⁸ Tamtéž, str. 15

2. PSYCHOLOGIE STÁŘÍ

„Psychologické změny, které doprovázejí proces stárnutí, je třeba chápat spíše v kontextu osobnosti než jako obecné rysy stáří. Při jejich posuzování je třeba brát v úvahu nejen stav intelektových, emocionálních i kognitivních aktivit, ale i schopnost daného člověka kompenzovat snižující se výkonnost a způsob zvládnání těžkostí – to znamená vyrovnávání se se změnami, které stáří přináší.“⁹

Není jednoduché poznat povahové rysy starého člověka. Je důležité se však zaměřit na jeho individuální osud, poznat hlouběji jeho život a pak si teprve vytvářet celkový obraz. Mnohé z psychických projevů starých lidí jsou společné, zdůrazňují se některé povahové rysy.

Psychologií stáří se odborníci začínají více zajímat až ve 20. století. Na základě zkoumání bylo zjištěno, že i když se psychické a fyzické změny prolínají, je třeba respektovat autonomii psychických funkcí. „Stárnutí organismu, tedy i duše, začíná pozvolna a je tedy otázkou, kdy vlastně přichází ten kvalitativní zvrat.“¹⁰

Celkově dochází ke zpomalení psychomotorického tempa a klesá vitalita a energie. Chůze se zpomaluje, gesta se zmenšují, je pomalejší řeč a každý úkon trvá starému člověku déle. „Za typické jsou považovány poruchy paměti, ve stáří dochází ke snížení všípivosti a vnímavosti, výbavnost bývá rovněž postižena.“¹¹

Zachována je spíše výbavnost minulosti, zejména dětství a mládí, postižena je výbavnost současnosti. Celková schopnost psychické adaptability klesá. Staří lidé bývají nejistí až úzkostní v neznámém prostředí, jsou nedůvěřiví k neznámým věcem. Je-li starý člověk přemístěn do jiného prostředí, není dlouho schopen navázat nové vztahy, má nedůvěru ke všemu novému. Z toho vyplývá i podezíravost vůči okolí, často je s takovým člověkem obtížná domluva. Charakteristickým jevem je také zvýšená únavnost, poruchy spánku různého typu.

„Problémem je však smutek, starý člověk bilancuje svůj život, více filozofuje, uvažuje o smyslu lidského života. Vrací se ve vzpomínkách k tomu, co

⁹ Křivohlavý, J., Psychologie nemoci. Grada 2002, str. 143

¹⁰ Haškovcová, H., Fenomén stáří. Panorama Praha 1990, str. 94

¹¹ Tamtéž, str. 95

bylo v prožitém životě důležité, relativizují svá minulá rozhodnutí.“¹² Staří lidé žijí více ve svém světě, často se stávají introvertními.

U starého člověka dochází také k menší intenzitě prožívání vyšších citů, ke snížení emotivity i sníženému sociálnímu citění, tito lidé se mohou chovat neadekvátně ke svému okolí. „Celkový obraz starého člověka charakterizuje rigidita v myšlení a v jednání, poruchy koncentrace pozornosti a paměti a ulpívání na zvycích a zvyklostech.“¹³

Na stáří je však pohlížet i pozitivně, stáří přináší moudrost, v mnohých činnostech vytrvalost, trpělivost, stálost v názorech i vztazích, životní nadhled. Staří lidé jsou schopni rozlišit podstatné od nepodstatného díky svým životním i lidským zkušenostem.

¹² Haškovcová, H., Fenomén stáří. Panorama Praha 1990, str. 101

¹³ Tamtéž, str. 107

3. STÁŘÍ A NEMOC

S věkem se mění spektrum nemocnosti, narůstají chronické degenerativní choroby (osteoporóza¹⁴, osteoartróza¹⁵, kardiovaskulární choroby¹⁶), orgánová postižení se kombinují a jsou doprovázena celkovou rizikovostí seniora. Hodnocení zdravotního stavu ve vyšším věku je obtížné, setkáváme se s nedostatečnou diagnostikou některých onemocnění a symptomů (deprese, demence, chronické infekce, inkontinence¹⁷).

„Podle dosavadních studií trpí 90% osob nad 75 let jednou či více chronickými chorobami.“¹⁸ Obvyklé je sdružování nemocí, může docházet k příčinnému řetězení chorob, kdy jedna vyvolává druhou. Dlouhodobá imobilizace vede ke vzniku dekubitů¹⁹, močové inkontinenci apod..²⁰

Při těžším zdravotním postižení klient ztrácí schopnost možnosti sebeosblužné schopnosti, například při výrazném postižení pohybového aparátu. To vede následně k dlouhodobé ústavní péči .

Významný je i vliv sociálních faktorů – nevyhovující bydlení, nedostupnost pečovatele, nízký důchod. „Znalost těchto rizikových faktorů je důležitá pro další rozhodování a podrobná sociální anamnéza je proto na místě.“²¹

U starého a chronicky nemocného člověka mohou výše uvedené aspekty působit jako stresor a zapříčinit adaptační selhání. Nemoc ovlivňuje jeho psychosociální pohodu a životní spokojenost. Často se k somatickým nemocem připojují i poruchy psychiky – kognitivní poruchy²² (demence) nebo poruchy afektu²³ (deprese).

Trpí-li starý člověk dlouhodobou nemocí a není-li schopen vykonávat nějaké aktivity, neznamená to, že nemůže žít kvalitní život. Pro takového člověka znamená nemoc a její přijetí velký zápas, zvláště není-li ve svém prostředí. Je-li starý, nemocný člověk v péči ústavní, má stále plné právo na kvalitní lékařskou

¹⁴ Řídnutí kostí ve stáří

¹⁵ Onemocnění kloubů

¹⁶ Onemocnění srdce a cév

¹⁷ Nedobrovolná ztráta moči z těla

¹⁸ Topinková, E., Geriatrie pro praxi. Galén 2005, str. 8

¹⁹ Proleženiny

²⁰ Topinková, E., Geriatrie pro praxi. Galén 2005, str. 8

²¹ Tamtéž, str. 7

²² Poznávací funkce – paměť, pozornost, soustředění, řešení problémů, rozhodování atd.

²³ Prudká emoční reakce na významný podnět při sníženém sebeovládání

péči. Chybí-li však perspektiva, měla by nastoupit „láskyplná péče, prostá bolestivých výkonů – tuto péči potřebuje starý a nemocný člověk ze všeho nejvíce.“²⁴

²⁴ Haškovcová, H., Fenomén stáří. Panorama Praha 1990, str. 255

4. PSYCHOPATOLOGIE VE STÁŘÍ

K umístění starého člověka do ústavní péče vedou rozmanité nemoci pohybového aparátu s následky mobility částečné nebo celkové. Je třeba zmínit i aspekty psychopatologie ve stáří, které mají také podstatný vliv na neschopnost starého člověka pobývat v domácím prostředí.

Zmiňuji zde onemocnění psychiky, která jsou v poslední době v popředí zájmu v rámci vzrůstání počtu těchto onemocnění i díky značnému posunu v délce věku. Demence a deprese jsou nejčastějšími psychickými poruchami vyššího věku a jsou závažným zdravotním a sociálním problémem.

4.1. Deprese

Deprese je poměrně charakteristickým jevem právě u starého člověka v ústavní péči. Často bývá nerozpoznána a neléčena. Právě zde je velmi důležitý přístup ošetrovatelského personálu, aby toto onemocnění psychiky bylo podchyceno včas.

„Deprese je stav patologického afektu s převahou smutné nálady, působící na vnímání, poznávání a emoční zkušenost.“²⁵

Deprese u starého člověka je mnohdy provázena somatickými obtížemi (bolesti hlavy, únava atd.), pocity bezmoci, prázdnoty, apatie. Podstatný je fakt, že depresivní syndrom značně ovlivňuje soběstačnost starého člověka, člověk má tendenci k sebepodceňování, k pesimistickému hodnocení své situace a k pocitům zbytečnosti. Velmi závažnou komplikací depresí je sklon k sebevražednému jednání.

Důležité je rozlišení mezi demencí a depresí. „Deprese může imitovat obraz demence – depresivní nálada neumožňuje klientům dostatečné využití jejich kognitivních funkcí.“²⁶

Velmi důležitý je zde právě individuální rozhovor s klientem nebo s rodinnými příslušníky. V péči ústavní nesmíme příznaky deprese bagatelizovat a „je třeba se vyvarovat obecně vžitých přístupů a klišé.“²⁷ Nasazením cílených

²⁵ Topinková, E., Geriatrie pro praxi. Galén. 2005, str. 14

²⁶ Jiráček, R., Koukolník, F., Demence Galén. 2004, str. 84.

²⁷ Kalvach, Z. a kol., Geriatrie a gerontologie. Grada, 2004, str. 557

antidepresiv, vhodnou psychoterapií a pomocnou rukou ošetřujících lze tomuto starému člověku s depresí úspěšně pomoci.

4.2. Demence

Topinková charakterizuje demenci jako „chronické progredující onemocnění spojené s invaliditou a celospolečenským dopadem. V pokročilých fázích je nutná trvalá pomoc druhé osoby a obvykle ústavní péče.“²⁸

„Demence je označována jako syndrom, pro jehož diagnózu musí být splněna určitá kritéria. Kognitivní porucha musí zasahovat paměť a nejméně jednu další oblast, kognitivní poruchy zhoršují pracovní a společenské zapojení klienta a postupující progrese postižení.“²⁹

Jako nejčastější příčiny demence ve vyšším věku Topinková uvádí:

- Alzheimerova nemoc
- Vaskulární demence
- Demence u Parkinsonovy choroby a další

U všech typů demence je přítomna kognitivní porucha různého stupně :

- Lehká demence
- Středně těžká demence
- Těžká demence

Typické je dle Topinkové i omezení v instrumentálních činnostech, změny osobnosti, apatie, deprese, úzkost, agresivita, bloudění, psychotické symptomy – bludy, halucinace.³⁰

Pro zhodnocení mentálních funkcí se používají testy MMSE – Krátká škála mentálního stavu³¹, které jsou ve světě nejužívanější ke zjištění přítomnosti a přibližného stupně demence. Tento výkonový test hodnotí kognitivní funkce

²⁸ Topinková, E., Geriatrie pro praxi. Galén 2005 str. 137

²⁹ Tamtéž, str. 137

³⁰ Tamtéž, str. 138

³¹ Tamtéž, str. 216, ukázka testu je součástí práce (příloha č. 2)

třiceti otázkami. Každá správná odpověď je hodnocena jedním bodem, špatná odpověď je hodnocena nulou. 30 – 27 bodů značí normální kognitivní funkce, 26 – 25 bodů svědčí o lehké poruše poznávacích funkcí, 24 – 18 představuje lehkou demenci, výsledek 17 – 6 bodů svědčí o středně těžké demenci a 6 bodů a níže ukazuje na velmi těžkou demenci. V praktické části jsem se pokusila demonstrovat na několika klientech zlepšení kognitivních funkcí aktivizací a vytvářením cílených podnětů pro zlepšení kvality života.

Tyto stručně popsané psychické poruchy ve stáří jsou problémem právě v péči institucionální. Správně nastavenou farmakoterapií, profesionálním přístupem pečovatele se zaměřením na důstojnost a jedinečnost každého člověka je možno takto nemocnému člověku ulehčit jeho nelehký úděl. Přispěním vhodné aktivizace může prožít i v instituci plnost posledních let svého života.

5. PROBLEMATIKA ÚSTAVNÍ PÉČE

Umístění klienta do ústavní péče je závažným zásahem do jeho života s nezanedbatelnými riziky. Je třeba i hodnotit jaká situace klienta do ústavní péče přivedla. Většinou jde o špatný zdravotní stav a ztrátu soběstačnosti v domácím prostředí.

Důležitým aspektem je, kdo do ústavního zařízení odchází a co od života v něm očekává. Odchází-li starý člověk do zařízení proti své vůli, trpí pochopitelně pocity křivdy a trpkosti. Ústavní zařízení jsou pro mnoho starých a nemocných lidí východiskem z nouze. Důvodem je trvalá invalidita, dlouhodobá nemoc, demence nebo prostě ztráta zájmu rodiny. V současnosti vznikají velmi pěkná zařízení pro staré lidi, ale je třeba vyzdvihnout, že „každá, i ta nejlépe myšlená a nejkvalitněji realizovaná institucionální péče je náhradní a doplňková.“³²

Přechod starého člověka do ústavní péče znamená výrazné postižení ve všech dimenzích jeho dosavadního života. Jsou narušeny meziosobní vztahy, mění se teritorium, časová struktura, sebehodnocení. Odejít do zařízení znamená pro mnoho starých lidí přijmout roli dožívajícího, smířit se s odloučeností od rodiny, mezi neznámými lidmi. Starý a nemocný člověk se musí podřídit ústavnímu řádu a je nucen přijmout svoji závislost.

První dny života v ústavním zařízení prožívá většina starých lidí citlivě. Staří lidé jsou plačtiví, náladoví, nervózní, agresivní, odmítají pomoc zdravotníka, vše přijímají pasivně. Určitá část klientů není schopna se adaptovat na ústavní pobyt a tato adaptační krize může někdy končit i smrtí.

„Léčebny pro dlouhodobě nemocné jsou lůžková zdravotnická zařízení, která slouží převážně k léčení starých a dlouhodobě nemocných s vysokým průměrným věkem. Jde především o osoby nesoběstačné, ale významné jsou i faktory sociální. V těchto zařízeních je trvale nedostatek míst - senioři představují podstatnou a stále narůstající část nemocniční klientely.“³³

„Deprivace omezení smyslových vjemů, podnětů, nároků, kontaktů i komunikace hrozí nejvíce imobilním klientům. Klient může být vzorně ošetřen,

³² Haškovcová, H., Fenomén stáří. Panorama Praha 1990, str. 188

³³ Kalvach, Z. a kol., Geriatrie a gerontologie. Grada, 2004, str. 472

ale po měsíce s ním nikdo nevede rozhovor nad rámec konverzačních frází a profesního ověřování zdravotního stavu. Chybí i vjemy z vnějšího světa.“³⁴

V prostředí léčeben pro dlouhodobě nemocné je základním problémem, rozpor mezi zájmy a potřebami klienta a zákonitostmi skupinového života. Přizpůsobováním se a podřizováním se řádu se stírá individualita klienta, klesá jeho sebevědomí a jistota.

V institucionální péči jsou perspektivy starého a nemocného člověka v mnoha případech omezené. Je-li tento typ péče nezbytný, je podstatné hledat pro klienta nejoptimálnější řešení v rámci zabezpečení nejen základní péče ošetrovatelské, ale především lidské.

5.1. Prevence negativních důsledků ústavní péče

K významným nástrojům prevence negativních důsledků ústavní péče patří zájem o individuální lidské potřeby, jejichž strukturu vypracoval A. H. Maslow³⁵ v rámci konceptu humanistické psychologie, kterou dále rozvíjel C. R. Rogers.³⁶ Podstatu Rogersovy práce s klientem zmíním v další části práce.

„Čím křehčí a nemocnější je klient, tím větší bývá pokušení personálu redukovat především v ústavním prostředí jeho potřeby na bazální biologickou úroveň – tedy zajištění stravy, hydratace, tepla, tišení bolesti. To je velmi nedostačující, každý člověk, i člověk s demencí má svoje vyšší potřeby, které bývají přehlíženy a potlačeny – člověk je ošetřován jako věc bez komunikace.“³⁷

Proto by mělo být cílem všech ústavních zařízení vytvoření přátelské atmosféry, spolu činnostmi, které by příznivě ovlivnily a zpříjemnily klientův pobyt. Tyto faktory mohou mít značný a pozitivní dopad při adaptaci klienta na ústavní prostředí.

³⁴ Kalvach, Z. a kol., Geriatrie a gerontologie. Grada, 2004, str. 496

³⁵ K nejvýznamnějším příspěvkům Abrahama Maslowa v psychologii patří hierarchie lidských potřeb, kterou obvykle zobrazoval jako pyramidu: fyziologické potřeby, potřeba bezpečí jistoty, potřeba lásky a sounáležitosti, potřeba uznání, úcty, potřeba seberealizace

³⁶ Americký psycholog a psychoterapeut, s Abrahamem Maslowem patřil mezi nejvýznamnější představitele humanistické psychologie. Prosazoval „na osobu zaměřenou terapii“, která studuje osobnost z vnitřního vztažného rámce, což se projevuje důrazem na pohled z klientova hlediska. Také je autorem teorie osobnosti soustředící se na pojem „já“.

³⁷ Kalvach, Z. a kol., Geriatrie a gerontologie. Grada, 2004, str. 497.

6. DŮRAZ NA RESPEKTOVÁNÍ LIDSKÉ DŮSTOJNOSTI

Obecné vnímání seniorů a míra jejich společenského významu jsou smíšené. Na jedné straně jsou starší lidé považováni za zdroj hodnotového poznání, živé zkušenosti a podpory, na druhé straně jsou ve společnosti přehlíženi. Zdá se, že jde o výsledek změny rodinných a sociálních norem, životního způsobu a působení moderních médií.

„Respektování lidské důstojnosti je jednou z nejdůležitějších součástí péče o nemocného člověka.“³⁸

Respektování lidské důstojnosti ve vztahu ke starším lidem obecně a hlavně k nemocným starším lidem tvoří samostatnou, primární oblast důstojnosti a úcty k lidským bytostem, včetně úcty k sobě samému; v současné moderní, konzumní společnosti je význam úcty k člověku, zejména ke starším lidem značně snižován a potlačován.

Zdravotní selhávání a vleklé nemoci mají dopad na celý lidský život, na společenské vztahy, každodenní činnosti a projevy autonomie. Zvláště v zařízení následné péče mohou tyto situace způsobit až ztrátu identity v návaznosti na rostoucí závislost. „Autonomii lze uchovat, pokud pečující osoba zapojuje starého a nemocného klienta do činností, spolupracuje s ním a nabízí možnost volby, odpovídající jeho dosavadní identitě.“³⁹

Učení o holistickém přístupu⁴⁰ začíná být teoreticky v povědomí, ale prakticky ho zaznamenáváme jen sporadicky. Mnoho pečujících je odborně na vysoké úrovni, ale v otázkách lidskosti a dodržování důstojnosti vůči nemocnému selhávají. I přes současný trend zaměřený na dodržování lidských práv a důstojnosti, není důstojné chování k člověku v mnoha zařízeních aplikováno.

„Úctou k sobě ukazujeme, nakolik si ceníme sebe, a úctou k ostatním zase vyjadřujeme, jakou hodnotu vidíme v nich. To jak je s lidmi zacházeno se odráží na jejich vnímání sebe samých a na jejich sebehodnocení a sebeúctě.“⁴¹

³⁸ Kol. autorů, Respektování lidské důstojnosti. Cesta domů, 2004, str. 25

³⁹ Tamtéž, str. 30

⁴⁰ Holistický přístup chápe čtyři dimenze člověka - fyzické, psychické, sociální a duchovní. Tyto dimenze je nutno integrovat do ošetrovatelské praxe.

⁴¹ Kol. autorů, Respektování lidské důstojnosti. Cesta domů, 2004, str. 18

Profesionální poskytovatelé péče musí za všech okolností respektovat důstojnost starých lidí a opatrně zvažovat své zásahy, aby nevyvolali apatii a předčasnou ztrátu nezávislosti.

Je velmi na místě, abych zmínila i absolutní dodržování důstojnosti u člověka s demencí. „Je třeba usilovat o důstojnost, spokojenost a autonomii tohoto nemocného, a jeho ochranu před strachem, úzkostí a studem.“⁴²

Existence léčeben pro staré a dlouhodobě nemocné s kvalitní komplexní ošetrovatelskou péčí, ale hlavně laskavým přístupem personálu je zatím na mnoha místech v České republice hudbou budoucnosti. Lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci a další zaměstnanci byli a jsou jen velmi málo podporováni a školeni v péči o staré, dlouhodobě nemocné a umírající klienty v rámci dodržování zásad lidské důstojnosti. Absence tohoto etického chování může pocházet z nedostatečné výuky ve školách, ale především ze špatného příkladu v rodině.

⁴² Kalvach, Z. a kol., Geriatrie a gerontologie. Grada, 2004, str. 444

7. AKTIVIZACE

Mnoho seniorů si zachovává do nejvyššího věku soběstačnost, aktivitu, životní program, jiní se propadají do problémů, neúspěšnosti, izolace. Nedostatek příležitostí posiluje neschopnost, je zde nevyužitý potenciál, důsledkem je pak negativní sebehodnocení.

„Je třeba si uvědomit, že každý zdravotník by měl mít na paměti snahu o ochranu, obnovu a soběstačnost, komunikační schopnosti a pocit smysluplné existence u starého člověka. Nemocný, starý člověk je ve svých aktivitách limitován. Čím větší je fyzické a duševní omezení v důsledku zdravotního stavu, tím důležitější je podpůrná funkce prostředí.“⁴³

Aktivizovat starého člověka neznamena pouze předkládání předem připravených programů a pasivní přijímání nebo manipulaci s lidmi, jde o nenásilné vytváření podmínek a nabízení možností se zaměřením na respektování osobnosti, která se může sama rozhodnout. Aktivita je způsob, jak člověk může přežít, jak může uspokojit své potřeby, jak si může zpříjemnit život. Činnosti podporují společenské kontakty, podporují fyzickou i duševní činnost.

7.1. Aktivizace v ústavní péči

Péče o starého, nemocného klienta v ústavní péči stále není považována - přes všechny snahy odborníků v geriatrii – za smysluplnou. Panuje přesvědčení, že se starým člověkem, zvláště pak s člověkem s demencí, není možné komunikovat.

Aktivity v ústavní péči by měly co nejvíce připomínat aktivity každodenního života starého člověka v domácím prostředí. Všichni pracovníci, kteří se podílí na péči o klienta by měli mít na paměti, že i aktivizace je součástí komplexní péče. Dnes je již součástí každého zařízení rehabilitace a ergoterapie. Jeden ergoterapeut však není schopen věnovat se několika desítkám klientů. Proto je důležité, aby tuto funkci mohl částečně nahradit ošetřující personál. Aktivizace lze provádět u běžných činností přímo u lůžka klienta. Lze komunikovat na

⁴³ Kalvach, Z. a kol., Geriatrie a gerontologie. Grada, 2004, str. 437

témata klientovi blízká, lze trénovat paměť, lze zjistit, co nemocného zajímalo v mládí atd. Zajímáme-li se o klienta, vzbuzujeme v něm pocit důvěry, ochotu spolupracovat, pocit důležitosti a zvyšujeme jeho sebevědomí. K aktivizaci pečujícím personálem se vrátím v dalších kapitolách.

Představa vnější aktivizace vede k přijetí postojů orientovaných spíše na program samotný než na zájmy a potřeby uživatelů. Je velice dobré zajišťovat aktivizační programy, ale musejí splňovat svůj účel. Tyto programy mnohdy neaktivují, jde často o pouhé stereotypní vyplnění času – klient se neaktivuje, pouze se podřizuje.

7.1.1. Význam podpory aktivit pro adaptaci starého člověka v ústavní péči

Přechod klienta do ústavní péče představuje velmi rizikovou událost. Činnost může účinně přispět ke zvládnutí stresové zátěže a k úspěšné adaptaci.

Při přijetí je velmi důležité seznámit klienta s jeho novým prostředím – kde bude jeho lůžko a nejbližší soukromý prostor, kde je sociální zázemí, kde je možnost nákupu, na koho se může obrátit s přáními a stížnostmi. To je důležité pro pocit bezpečí a jistoty. Velmi důležitým aspektem je také rozhovor s rodinou. Ten nám pomůže ve zjištění klientových dosavadních schopností, které záliby měl rád, s čím potřebuje pomoci a v čem potřebuje podpořit. Jak píše Kalvach, „celý hodnotící proces by měl být společným hledáním vnitřních možností člověka, které může uplatnit v činnostech, jímž smysluplně zaplní své dny v ústavním zařízení.“⁴⁴ Kalvach dále zdůrazňuje, že „činnost musí mít smysl, který jí dává jedinec. Hodnocení činnosti a jejích výsledků vyplývá z představy člověka o sobě samém.“⁴⁵

Velmi důležitým aspektem je nabízení programů, které jsou pro klienta výzvou. Podstatné je nabídnout, ukázat, podpořit, ale rozhodnutí ponechat na něm samotném. Správně nabídnutá a individuálně chtěná činnost se stává důležitým faktorem kvality života seniorů žijících v instituci, zvláště pak na začátku adaptačního procesu.

⁴⁴ Kalvach, Z. a kol., Geriatrie a gerontologie. Grada, 2004, str. 442

⁴⁵ Tamtéž, str. 438.

7.2. Specifika přípravy aktivit pro starého člověka

Nedílnou součástí aktivizace starého člověka v ústavní péči je nabízení a vytváření aktivit podle jeho typu a individuálního tempa. Je potřeba vzít v úvahu, že starý člověk některé činnosti vítá, jiné odmítá. Aby měly činnosti pro seniora význam, je třeba jeho přání respektovat. Kalvach uvádí, že „je třeba trénovat pružnost, ale také akceptovat potřebu jistoty a rozdíl mezi mentálními schopnostmi.“⁴⁶ Přiměřená činnost by měla navodit prožitek úspěchu, ne vést pocitu vlastní nemohoucnosti.

7.3. Ergoterapie

Ergoterapie je součástí léčebné terapie, tedy součástí komplexní péče o klienta během jeho pobytu v ústavní péči. Ergoterapie pomáhá nemocí nebo úrazem znovu získávat ztracené dovednosti nebo je kompenzovat či nahradit, povzbuzuje klienta, odpoutává jej od nemoci, dopomáhá k návratu do normálního života. Tyto aspekty mají kladný vliv na psychiku, na získání sebedůvěry a sebevědomí. Ergoterapii lze provádět individuálně nebo skupinově, kdy je činnost rozdělena mezi několik klientů, kteří na zadání spolupracují.

Ergoterapie by měla být nedílnou součástí každého zařízení s dostatečným počtem odborníků včetně důsledného zaměření na imobilní klienty. V mnoha zařízeních následná péče v našich podmínkách je však stále podceňována.

K hlavním aktivitám ergoterapie patří nácvik a ověřování účelnosti kompenzačních pomůcek, nácvik soběstačnosti, aktivity zaměřené na jemnou motoriku a pohybovou koordinaci. Dále se zaměřuje na kognitivní rehabilitaci, mozkový trénink, rozvoj slovní zásoby.

„V ergoterapii je důležité dodržovat zásady dobrovolnosti, pozitivnosti, důstojnosti, smysluplnosti, individualizace, vycházející z osobnosti klienta. Je důležité, aby klienti u různých aktivit viděli klienti výsledky své práce.“⁴⁷

V našich zařízeních pracují ergoterapeuti většinou pouze s nejzdatnějšími klienty, je však důležité vkládat největší úsilí do ergoterapeutické péče o všechny klienty, zvláště ty imobilní.

⁴⁶ Kalvach, Z. a kol., Geriatrie a gerontologie. Grada, 2004, str. 438.

⁴⁷ Tamtéž, str. 431.

7. 4. Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace označuje léčbu pohybem. Lze ji provádět individuálně nebo skupinově, se zaměřením na postiženou oblast. Provádí se v tělocvičně pro skupinové cvičení, v individuální cvičebně i na lůžku. Zaměřuje se i na zmírnění bolestí pravidelným procvičováním postižených i zdravých oblastí, zlepšení, urychlení hojení tkání, aktivace a posílení svalů a celého organismu a nelze opominout i blahodárny vliv na psychiku.

7. 4. 1. Léčebná výchova k soběstačnosti

Léčebná výchova k soběstačnosti by měla být nedílnou součástí péče o starého a dlouhodobě nemocného člověka v ústavní péči. Cílem je co největší nezávislost na druhé osobě. Patří sem nácvik samostatného přijímání potravy, dovednosti spojené s oblékáním, hygienou. Postupné zlepšování a samostatnost při těchto činnostech je pro tyto klienty velkou motivací. Je velmi důležité, aby personál ponechával klientům prostor i pro drobné samostatné činnosti, zvláště u méně mobilních klientů.

8. APLIKACE AKTIVIZAČNÍCH ČINNOSTÍ PEČUJÍCÍM PERSONÁLEM

Personál institucí, poskytující péči seniorům, neustále zápasí s otázkami, jak motivovat seniora k činnosti a co dělat s klienty, kteří jsou nepohybliví nebo nekomunikují. Aktivita klienta v ústavní péči by měly připomínat domácí prostředí. Programování aktivit by měl provádět kvalifikovaný pracovník, tedy ergoterapeut nebo programový manažer. Myšlenka je to velmi hezká, ale současný stav personálu v zařízeních pro seniory je žalostný. Moje zkušenosti mohou potvrdit, že na imobilní klienty a klienty s demencí čas není. Jeden ergoterapeut nezvládne pracovat s osmdesáti klienty, kteří to potřebují. Stihne se věnovat určité skupině a to ještě skupině, kde není rušen individuálními potřebami klientů s demencí. Na specializovanou práci u lůžka nemůže mít již rezervy. Proto je důležitá podpora ze strany ošetřujících. Tito jsou také velice vytíženi, ale mohou být v tomto ohledu alespoň částečně prospěšní.

„Všichni členové týmu se mohou podílet na programování aktivit pro své klienty, protože všichni mají nějaké dovednosti a kompetence, aby své klienty zapojovali do smysluplných činností a aby je to společně těšilo.“⁴⁸

Jako výborný nápad považují zřízení aktivizační sestry, která by byla součástí ošetrovatelského týmu na jednotlivých odděleních následné péče, měla by přehled o individuálních potřebách klientů a věnovala by této práci celou svoji pracovní dobu. Toto pracovní místo bylo zřízeno v jedné pražské léčebně pro dlouhodobě nemocné. Červinková uvádí, že v začátcích byla činnost této sestry zaměřena pouze na obnovení fyzické kondice. Později se ukázala nutnost posílit program tak, aby zohledňoval přibývajícím počet nemocných s kognitivním deficitem.⁴⁹ Aktivizační sestra zde usiluje o podporu těch činností, které přinášejí klientovi radost a přispívají ke vzájemné spolupráci. Na tomto pracovišti zapojují do programu i rodinné příslušníky a dobrovolníky, kteří pomáhají vlastními nápady.

Často můžeme mít pocit, že u některých klientů se neprojeví reakce žádnou činností, ale i ti mají z činnosti prospěch. Ocítají se ve změněném prostředí a

⁴⁸ Kalvach, Z. a kol., Geriatrie a gerontologie. Grada, 2004, str. 448.

⁴⁹ Červinková, E., Aktivizační sestra. časopis Florence. 2006/2/6, str. 36.

mohou tedy získat pocit účasti na společném posezení. „Musíme věřit, že i těmto lidem jsme prospěšní, i když nám mnohdy o úspěšnosti naší práce neposkytují žádnou zpětnou vazbu.“⁵⁰

Nejdůležitějším aspektem v ústavní péči v rámci aktivizace personálem je animace každodenního života. Animací rozumíme ožívování všech prováděných ošetrovatelských úkonů, slova činností v průběhu všedního dne.

„Záleží na celém personálu, zda bude každý den, každé gesto, každé slovo animované a stane se „živé“.“⁵¹

8.1. Umění naslouchat a sdílet

Domnívám se, že naslouchání, rozhovor a umění sdílet je základní aktivizační jednotkou. Zařadila jsem je do dotazníku v praktické části, protože jsem přesvědčena, že mohou být spouštěcím mechanismem v další pozitivní spolupráci s klientem.

Naslouchání, rozhovor, vcítění a empatie je základním východiskem v práci se starým a nemocným klientem. „Mluvme s nemocnými, rozhovor je možnost, je to nástroj, jehož prostřednictvím můžeme nemocnému pomoci.“⁵²

V této souvislosti zmíním nejvýznamnějšího humanistického autora v sociální práci Carla Rogerse. Rogersův přístup se zaměřuje na opravdovost a maximální sdílení při práci s klientem, jde zde o sdílení vztahu. Vztahy s ostatními lidmi mají vliv na utváření našeho vlastního sebepojetí. Často bývají narušené a nezřídka byly v původní rodině disfunkční. Ve vztahu terapeut - klient má klient možnost si tyto rány zhojit. Terapeut nemusí s postoji a názory klienta souhlasit, vytváří však akceptující prostředí a přijímá klienta jako člověka.

„Přístup pracovníka podle Rogerse má být nedirektivní, nehodnotící, jeho součástí má být naslouchání, empatie a autentické přátelství.“⁵³

Za zmínku v této problematice stojí princip „validace“⁵⁴, který se může uplatnit právě v práci se starým člověkem a v práci s člověkem s poruchami kognitivních funkcí.

⁵⁰ Walsh, D., Skupinové hry a činnosti pro seniory. Portál, 2005, str. 171

⁵¹ Pichaud, C., Thareauová, I., Soužití se starými lidmi. Portál 1998, str. 118

⁵² Haškovcová, H., Fenomén stáří. Panorama Praha, 1989, str. 380

⁵³ Matoušek, O., Základy sociální práce. Portál, 2001, str. 203

⁵⁴ O rozšíření validace v geriatрии se zasloužila americká sociální pracovnice Naomi Failová

„I tito lidé se potřebují vyrovnat se svým životem, bilancovat, ospravedlnit a uzavřít svou minulost. Validovat znamená potvrdit, vzít na vědomí city druhých jako pravé a pravdivé, pomáhat řešit jejich vnitřní problémy tak, aby se jim vrátil pocit vlastní hodnoty a sebeúcty.“⁵⁵

Velmi podstatnou složkou je empatické naslouchání „verbálnímu i neverbálnímu“⁵⁶ vyjadřování. Neverbální komunikace je velmi důležitá – díky ní je řečeno mnoho, někdy více než slovy.

Protože považují sdílení a empatii za základ v péči o staré klienty, nelze opomenout tzv. Maieutický přístup⁵⁷. Jde o rozvíjení schopnosti ošetrovatelského personálu pracovat s prožitkem, empatií a citlivou interakcí s lidmi těžce tělesně postiženými, umírajícími a s lidmi v nejpokročilejších stádiích demence. Pečovatel se učí překonávat pocit bezmoci při práci s těmito lidmi tak, že se pokouší vstoupit do klientova vnitřního světa, aby byl schopen porozumět jeho a svým potřebám.

Chceme-li klientovi porozumět, musíme se v první řadě zajímat o to, jak věci vidí a prožívá on. Pomáhající by se měl mít na pozoru před tendencí nahrazovat toto porozumění vlastním hodnocením.

8.2. Aktivizační programy u imobilních klientů

Je velmi chvályhodné, že ústavní zařízení mají ergoterapeutická zázemí. Velkým problémem je však aktivizační práce u imobilních klientů a klientů s demencí, upoutaných na lůžko. V mnohých zařízeních následné péče zbývá klientům již jen pohled do stropu, v lepším případě z okna.

Pro člověka upoutaného na lůžko je velmi podstatné vytvoření sociálního prostředí, které je důležité pro navázání kontaktu a komunikace s lidmi. Okolí zprostředkovává člověku kontakt se světem. „Trénovaný pečovatel nadaný empatií dokáže rozpoznat i neznatelné iniciativy člověka s těžkým postižením, dokáže je přijmout a reagovat na ně.“⁵⁸ Tam, kde člověk vnímá podněty a je schopen na ně reagovat, tam je přítomna činnost. Činností se rozumí i duševní práce, přemýšlení, meditace nebo vnímání krásných věcí nebo podnětů.

⁵⁵ Kalvach, Z. a kol., Geriatrie a gerontologie. Grada, 2004, str. 449

⁵⁶ Verbální komunikace - předávání informací především prostřednictvím jazyka
Neverbální komunikace - předávání informací řečí těla - gesta, mimika atd.

⁵⁷ Koncept rozvinutý v Holandsku – vychází z tradice Rogerse a Failové

⁵⁸ Kalvach, Z. a kol., Geriatrie a gerontologie. Grada, 2004, str. 449.

Pokud je možné se s člověkem upoutaným na lůžko dorozumět, vědomí ani kognitivní funkce nejsou porušeny, nabízí se celá řada individuálních nebo skupinových aktivit, které mohou přispět ke zlepšení kvality života. Aktivizace člověka s tímto handicapem má silný terapeutický význam, protože snižuje sociální izolaci. Aktivizace probouzí v tomto člověku úsilí a snahu začít znovu bojovat se svou nemocí nebo se alespoň trochu radovat ze života. „K umožnění aktivit mohou být nestabilní nemocní např. fixováni v křesle či invalidním vozíku bezpečnostními pásy“⁵⁹, mají potom daleko více podnětů ve společnosti s ostatními.

Zkušenosti potvrzují, že cílenými aktivitami se zdravotní stav klienta může zlepšit natolik, že se po měsících strávených na lůžku postaví na nohy. V jiném případě může být klient natolik soběstačný na invalidním vozíku, že je schopen žít mnohem bohatší život, někdy je dokonce schopen se vrátit ke své rodině.

8.3. Aktivizace klientů s demencí

Péče o člověka s demencí je velmi náročná. Člověk je přítomen pouze fyzicky, ztrácí své schopnosti plánovat a řídit svoje činnosti.

„Je třeba hledat nové způsoby, jak tohoto člověka pochopit, mluvit s ním, nechtít na něm příliš a pomoci mu, aniž bychom ho ovládali.“⁶⁰

Abychom byli schopni pracovat s lidmi s demencí, je třeba najít správný způsob komunikace. Nejde zde o typické předávání informací nebo o očekávání přesných odpovědí. Navázání spolupráce s tímto klientem je založeno na vytvoření vztahu, jde o spoluprožívání. „Je to pokus o pozitivní přístup a snahu, i s tím málem, které zbývá, něco dělat.“⁶¹

Na člověka s demencí je nutno mluvit, často ho oslovovat, dotýkat se ho. Láskyplné gesto uklidňuje, zmírňuje agresivitu. V běžné práci u tohoto člověka můžeme dotyk použít u hygienické péče, masáže atd.

Člověk s demencí ztrácí také společenské zábrany a často nevhodně reaguje, například křikem, vztekem, útekem, agresí nebo pláčem. Zde je velmi důležité chápat, že tento způsob projevu je jedním z prostředků komunikace a reakce na nějakou skrytou potřebu. V tomto případě je nezbytné, abychom se

⁵⁹ Kalvach, Z. a kol., Geriatrie a gerontologie. Grada, 2004, str. 431

⁶⁰ Pichaud, C., Thareauová, I., Soužití se starými lidmi. Portál 1998, str. 94

⁶¹ Tamtéž, str. 95

neuchylovali k zákazům, rozkazům, ale abychom se pokusili přijít na příčinu chápavým a láskyplným postojem.

Cílem je tedy podporovat v člověku vše, co bylo zachováno, nabízet a dopřát nemocnému všechny činnosti, které měl rád a které je schopen zvládnout. „Pro člověka s demencí je důležité mít roli, být členem lidské skupiny, patřit někam a být zde ceněn a respektován.“⁶²

Všechny činnosti by se měly odehrávat v podpůrném prostředí, které usnadňuje orientaci, poskytuje dostatek soukromí a nerozptyluje zbytečně pozornost.

Například chodícího klienta s demencí je možno zapojovat do práce na oddělení v podobě přípravy stolů před podáváním jídla, skládání ubrousků, utírání stolů, nalévání čaje. Méně pohyblivého klienta s demencí je možno zaměstnat skládáním stavebnice, kreslením, posloucháním oblíbené hudby.

8.4. Skupinová práce s klienty

Práce s klienty ve skupině je velmi důležitá a mám s ní veskrze dobré zkušenosti. Vyžaduje to samozřejmě nasazení celého ošetrovatelského týmu. Zdůrazňuji, že není vždy nutná přítomnost odborníka. Práce ve skupině může pozitivně ovlivňovat všechny zúčastněné. Umožňuje vzájemnou podporu lidí stejného věku a stejného nebo podobného osudu, zprostředkuje výměnu poznatků, zážitků a zkušeností, zvyšuje sebevědomí, zvyšuje nezávislost. Pobyt ve skupině může dát klientovi příležitost sdílet s někým jeho obtíže, klient má možnost se něco naučit a dále procvičovat, což mu dává pocit, že něco dokázal.

U mnoha starých lidí dochází ke ztrátě krátkodobé paměti, zachována je však paměť dlouhodobá. U mnohých zůstávají dovednosti, jimž se naučili v raném věku a které užívali po dlouhou dobu. „Důležité je objevit v každém klientovi dovednosti, postoje a vlastnosti a soustředit se na ně. Uznáváme tím jedinečnost a hodnotu každého z nich.“⁶³

Aktivní program skupinové práce naruší monotónnost ústavního režimu. Jestliže je zachována spontaneita posezení, všichni se společně zasmějí a klienti odcházejí s úsměvem na tváři, je splněn cíl našeho úkolu. Nemusí existovat žádná jasná pravidla, stačí, cítí-li klienti, že posezení a nějaké aktivity s pečujícími jsou

⁶² Kalvach, Z. a kol., Geriatrie a gerontologie. Grada, 2004, str. 446

⁶³ Walsh, D., Skupinové hry a činnosti pro seniory. Portál, 2005, str. 21

spontánní a přirozené. Dobrý pečovatel jako člověk velmi rychle vycítí potřeby těchto starých a nemocných lidí. Velmi důležitá zásada však je, aby byli respektováni všichni členové skupiny, ne jenom klienti dominantní.

„Pro skupiny lidí žijících trvale v daném zařízení je zásadní, aby jeden den nesplyval se dnem následujícím“⁶⁴, aby se lidé měli na co těšit, aby se ubezpečili, že jsou respektováni a milováni.

Je důležité si také uvědomit, že i my pečující jsme těmito starými a nemocnými lidmi vnitřně obohacováni.

Mezi skupinové hry patří například cvičení, relaxace, hry se slovy, přísloví, křížovky, zpěv s využitím hudebního nástroje, hovory o domácích činnostech – vaření, pečení. Důležitou složkou jsou vzpomínky na mládí, radosti s dětmi, vyprávění o svátečních zvycích. To všechno jsou aktivity, které může pečovatel využít během pracovního doby.

8. 5. Reminiscence

Za velmi zajímavou a účinnou metodu v péči o starého člověka považuji metodu reminiscence⁶⁵. Je to metoda, kterou může využít právě pečující u lůžka při běžné práci. Jde o využití vzpomínek starého člověka, což napomáhá ke zlepšení jeho psychického i zdravotního stavu. Klient má možnost znovu emocionálně prožít situace, které kdysi dávno proběhly. Pomáhá mu to k vyrovnání s traumatickými vzpomínkami s dětství, mládí. Starý člověk má pocit, že jeho život měl smysl, umožňuje životní bilancování, své zkušenosti může předat dalším. Zároveň vzpomínání posiluje paměť a myšlení, člověk si potvrzuje svou vlastní identitu. Důležitým prvkem je posilování vztahu mezi personálem a klientem a podporuje komunikaci, aktivitu a radost ze života.

⁶⁴ Pichaud, C., Thareauová, I., Soužití se starými lidmi. Portál 1998, str. 25

⁶⁵ Tuto metodu rozšířila v Evropě Angličanka Pam Schwietzerová, původně herečka

9. VÝZNAM MOTIVACE PEČOVATELŮ

Každý člověk není schopen najít lidský vztah k starému člověku a nedovede pro ně najít místo ve svém obrazu světa. Faktem je, že péče o starého a nemocného klienta u lůžka je náročná na fyzickou i psychickou stránku pomáhajícího.

Kopřiva uvádí, že při práci se starými a nemocnými lidmi hodně záleží na životní filozofii pomáhajícího.⁶⁶ Pro motivaci pracovníka v této oblasti je důležité, aby viděl starého a nemocného člověka jako jednu z forem lidské existence, která má i svůj pozitivní potenciál. Předpokladem je, aby klienti mohli vycítit z chování pomáhajícího svou vlastní hodnotu.

Aktivizační činnost ošetřujícího personálu je ovšem třeba motivovat a to ve velké míře. Pečovatelé musí vědět, proč to dělají, musí mít pocit, že je tato práce motivuje nějakými pozitivními výsledky a že jde o vzájemné obohacování. Pakliže usiluje zaměstnavatel o efektivní a láskyplnou péči, je jedním z jeho stěžejních úkolů, aby se věnoval psychologické problematice ošetřujících. Haškovcová zdůrazňuje, že „vyrovnaný, klidný a optimisticky laděný ošetřující bude nejen osobně spokojenější, ale přinese tím faktickou úlevu a pohodu svěřeným nemocným.“⁶⁷ Chceme-li po pracovnících, aby do práce s klienty vkládali i něco víc, než rutinní postoje, je motivace, supervize a podpora psychická i finanční podstatným hlediskem.

Člověk je schopen dosáhnout skvělých výsledků, když dokáže zařízení vytvořit správné prostředí a správně motivované vedení. Je velmi důležité, aby vedení naslouchalo problémům zaměstnanců, i ti jsou mnohdy schopni ukázat správný způsob nápravy. Heller vybízí k stálému povzbuzování, k pravidelným schůzkám všech pracovníků zařízení, možnosti názorového vyjádření zaměstnanců, spolu s návrhy na zlepšení.⁶⁸ „Systém otevřeného managementu s otevřenou výměnou informací a názorů mezi členy týmů umožňuje společnou tvůrčí práci.“⁶⁹

⁶⁶ Kopřiva, K., Lidský vztah jako součást profese. Portál, 2006, str. 22

⁶⁷ Haškovcová, H., Fenomén stáří. Panorama Praha 1989, str. 327

⁶⁸ Heller, R., Jak motivovat druhé. Nakl. Slovart, Praha 2001, str. 35

⁶⁹ Tamtéž, str. 35

Zlepšování kvality života klientů by mělo být cílem ústavní péče a patří k nejvýznamnějším úkolům pečovatelských profesí. „I zdravotnické snažení musí být včleněno do vytváření podmínek k důstojnému životu.“⁷⁰

V současnosti jsou rozvíjeny programy, které se zaměřují na hlavní problémy pomáhajícího ve vztahu ke klientům.

9. 1. Videotrénink interakcí

Videotrénink interakcí je krátkodobá intenzivní forma práce s klientem, kdy ústředním tématem je komunikace nebo její obnovení a jedná se o účinnou metodu motivace. Cílem je ukázat prvky úspěšné komunikace – trénování pozitivních interakcí. Tato metoda je velmi dobře využitelná při práci se starými lidmi a lidmi s demencí jako nástroj zlepšení komunikace a navázání vztahu pečovatel – klient. Podstatou je krátký videozáznam běžné práce pečovatele s klientem. Pečovatel pak spolu s videotrenérem provádí společný rozbor a hledají momenty, kdy komunikace s klientem byla úspěšná a jaký způsobem ji dále rozvíjet. Pečovatel pak usiluje o zavedení prvků úspěšné komunikace do své další práce s klientem.

Videotrénink interakcí je tedy moderní metoda, která „pomůže personálu lépe spolupracovat s klientem, motivovat jej, předcházet vzniku problematických situací a přitom zachovat pacientovu identitu, jeho práva, autonomii a důstojnost.“⁷¹

9. 2. Supervize

Nedílnou součástí motivace pečujících v práci se starými a nemocnými klienty je supervize. Pakliže vyžadujeme po pečujících, aby pečovali s láskou a nasazením, je třeba zajišťovat i jejich psychickou pohodu. I tuto metodu mnohá zařízení podceňují. Neuvědomují si však, že i pečovatel je pouze člověk, který se sám mnohdy potýká se svými životními problémy a má tedy určité hranice.

„Smyslem supervize je tedy učení složitým psychoterapeutickým poznatkům a jejich aplikaci při jednání s klientem a při přemýšlení o něm.“⁷²

⁷⁰ Kalvach, Z. a kol., Geriatrie a gerontologie, Grada, 2004, str. 436

⁷¹ Tamtéž, str. 450

⁷² Kopriva, K., Lidský vztah jako součást profese, Portál, 2006, str. 136.

9. 3. Sebezkušenostní skupina

Každý člověk se potýká se svými životními traumaty, které nevědomě projikuje při práci s klienty. Kopřiva píše, že „každý pomáhající pracovník by měl projít sebezkušenostním výcvikem.“⁷³ Smyslem výcviku je uvědomit si svá hlavní citlivá místa, zjistit nejdůležitější emoční traumata a najít pro ně pojmenování. Možnost takového výcviku pro pracovníky v takto náročné práci se starými lidmi vnímám jako optimální řešení současné alarmující personální situace v zařízeních následné péče. Tím se dle Kopřivy „zmenší možnost, že si pomáhající bude své vnitřní problémy odreagovávat na klientech a bude schopen sám sebe reflektovat.“⁷⁴

⁷³ Kopřiva, K., Lidský vztah jako součást profese. Portál, 2006, str. 132.

⁷⁴ Tamtéž, str. 132.

B P R A K T I C K Á Č Á S T

1. AKTIVIZACE KLIENTŮ V DOMOVĚ SV. KARLA BOROMEJSKÉHO

Domov sv. K. Boromejského

Domov svatého Karla Boromejského je nestátní zařízení, resp. účelové zařízení církve, které je zaměřeno na dočasnou zdravotní a sociální péči o staré a nemocné seniory. Toto zařízení má příznačný název na svém logu „Dům čtyř světů“, který vyjadřuje soužití nemocných, řeholních sester, zdravotnických pracovníků a odsouzených žen.

Domov sv. Karla Boromejského poskytuje přechodné sociální a zdravotní pobyty pro nemocné a staré lidi. Je zde 93 lůžek, z toho 60 lůžek zdravotnických pro těžce nemocné klienty. Klienti na sociálních pobytech jsou zde umístěni většinou z důvodů respitní péče. Příslušenstvím Domova je také denní stacionář pro celodenní pobyty, které si klienti kompletně hradí.

Doménou tohoto zařízení je nadstandardní péče hlavně právě v zaměření na oblast individuální péče, aktivizace nemocných a možnosti duchovní péče. Aktivizace spočívá v organizování pravidelných hudebních projekcí, vystoupení divadelních souborů. Neodmyslitelnou součástí je zde duchovní péče, vycházející z charakteru zařízení včetně možnosti pravidelných návštěv bohoslužeb klientů. Celoustavní předností je oblékání klientů do civilního oblečení a to i těch klientů, kteří mají těžká fyzická omezení a jsou velmi nároční na zdravotní péči. Další aktivity se odvíjejí ze specifík a přístupu jednotlivých stanic.

Na stanici, kde byl výzkum prováděn se pořádá pravidelně promítání historických, přírodních filmů a pohádek. Další aktivitou jsou hudební posezení s hrou na hudební nástroj, klienti jsou aktivně zapojováni do hry používáním pomocných nástrojů. Při posezeních se podává káva, trénuje paměť, procvičuje se motorika pomocí jednoduchých cvičení. Při hygienické péči se ošetřující snaží o komunikaci a vytvoření pozitivní atmosféry. V poslední době je vlivem sníženého počtu personálu menší časový prostor pro aktivní práci s klienty, přesto je zde snaha o udržení podobného trendu díky nadšení několika pracovníků stanice.

Významná je pomoc odsouzených žen, které mimo práci na oddělení pravidelně docházejí dvakrát týdně na tzv. Kroužek sociální tolerance a pomáhají v realizaci aktivit.

Rehabilitační centrum je velmi dobře vybavené, jeho pracovníci se zaměřují na individuální i skupinové cvičení a léčebné metody, jejíž cílem je obnovení schopností sebeobsluhy, nácvik chůze, udržení fyzické aktivity a pohybových schopností. Domnívám se však, že počet rehabilitačních pracovníků neodpovídá tak velkému počtu lůžek, což vnímám jako určitý deficit. Součástí rehabilitace je i ergoterapie, která však nepokrývá práci s imobilními klienty.

2. METODOLOGIE VÝZKUMU

Bakalářskou práci jsem rozdělila na dvě hlavní části – teoretickou a praktickou. Teoretická část popisuje základní principy fungování procesu aktivizace u nás, jak je na stáří nahlíženo a jak fungují základní organizace, ve kterých by k aktivizaci buď mohlo docházet nebo již dochází. Objasnili jsme si také základní pojmy daného tématu. Teoretická část se sestává z pouhého popisu, praktická část pak obsahuje i analytický závěr a grafické zpracování výsledků výstupů.

Praktická část bakalářské práce je postavena na výzkumu, přesněji výzkumu kvantitativním, který byl proveden formou dotazníků. Ve druhé části výzkumu je prováděn výzkum kvalitativní, pouze však v jednodušší formě. Bude později také popsán.

2.1 Kvantitativní výzkum a jeho aplikace pro zvolené konkrétní téma

Kvantitativním výzkumem nazýváme typ sociologické metodologie, který se zaměřuje na plošné zkoumání sociálního jevu/jevů v populaci a směřující k popisu. Jeho výsledkem je rozsáhlý, ne příliš detailní popis vybrané problematiky na rozsáhlém souboru (může se ale jednat o stovky až tisíce osob), obvykle s možností zobecnění výsledků na celou populaci. V našem případě se bude jednat řádově o desítky dotazovaných. Typickým nástrojem sběru dat v kvantitativním výzkumu je standardizovaný dotazník, nástrojem analýzy datových souborů pak statistické metody. Také zde jsem pro zkoumání daného vzorku vybrala dotazník jako nejvhodnější formou provádění daného výzkumu.⁷⁵

Při formulaci dotazníku bylo nutno vycházet z těchto základních premis :

1. *formulace teoretického nebo praktického sociálního problému* – v našem případě se jedná samotné hlavní téma bakalářské práce, tj. aktivizace a její význam pro starého člověka, který je z různých důvodů odkázán na nějaké ústavní zařízení.

⁷⁵ Viz příloha č. 1

2. *formulace teoretické hypotézy* – tj. stanovila jsem základní a primární předpoklad, kterým se bude praktická část zabývat. Stanovila jsem předpoklad, že „aktivizace u starého a dlouhodobě nemocného člověka je přínosem“. Po tomto kroku jsem sesbírala data (odpovídají – li výsledky mému předpokladu, mohu jej přijmout jako platný. Pokud ne, je nutné jej zamítnout jako nepravdivý). Pomocí kvantitativního výzkumu můžeme řešit jen určitou kategorii problémů.
3. *rozhodnutí o populaci a vzorku* – vzhledem ke specifičnosti daného tématu a zkoumaných lidí, tj. lidí starých, nemocných bylo nutné dotazníky rozdělit do dvou částí – první typ dotazníku byl vypracován pro lidi schopné zdravého úsudku, s pouhými fyzickými indispozicemi. Dotazník byl rozdán 30 respondentům z jednoho zařízení. Druhý typ „dotazníku“, resp. test byl proveden u 8 klientů s demencí - spíše formou kvalitativního výzkumu, který je popsán v další části práce. Výsledky výzkumu tedy budou prezentovány ve dvou samostatných analýzách a grafických výstupech.
4. *Pilotní studie, rozhodnutí o technice sběru informací, konstrukce nástrojů pro tento sběr* - dotazníky i testy byly vypracovány byly v Domově sv. Karla Boromejského v Praze – Řepích v září 2007, u lidí, kteří nemohli samostatně na zadaných úkolech pracovat, byla využita pomoc rodiny nebo asistenční služby.
5. Interpretace, závěry, teoretická zobecnění

2.2 Kvalitativní výzkum – stručný popis

Jedná se o typ sociologické metodologie, který se zaměřuje na detailní zkoumání sociálního jevu ve zvolené populaci a směřující k porozumění. Jeho výsledkem je podrobné a do veliké hloubky jdoucí vykreslení vybrané problematiky u omezeného souboru, obvykle bez možnosti zobecnění výsledků na celou populaci. Tento typ zkoumání jsem částečně využila v druhé části testující lidi s demencí.

2.3 Stanovení předběžných cílů

Cílem výzkumu je potvrdit nebo vyvrátit předpoklad, že aktivizace v ústavní péči má pro klienta značně pozitivní přínos v rámci zlepšení kvality života nejen po stránce fyzické, ale především psychické.

3. TESTOVÁNÍ

3.1 Dotazníky

Dotazníky⁷⁶ byly formulovány pro lidi schopné samostatného úsudku, zvolila jsem 30 respondentů jako dostačující vzorek pro zajištění výsledků kvantitativního výzkumu. Nízký počet respondentů vyplývá i ze skutečnosti, že klienti pobývali v zařízení několik měsíců a měli možnost se zúčastnit více činností. Při tvorbě dotazníku byly využity otázky jednak **uzavřené** – tedy takové, ze kterých respondent vybral nabízené alternativy k odpovědím. S dotazníkem můžeme získat poměrně velké množství informací od velkého počtu lidí, nejsou to sice informace hluboké, ale pro náš výzkum plně dostačující.

Dalším typem otázek využitých v dotazníku jsou otázky **otevřené**. I když pro kvantitativní výzkum se používají spíše méně, je možné je využít, ale pod podmínkou jejich zakódování do omezeného počtu kategorií.

3.2 Mini-mental state examination

Test⁷⁷ byl proveden u osmi klientů s demencí v průběhu šesti měsíců, s opakováním každé dva měsíce. Během pobytu v zařízení byli klienti aktivizováni nejvíce pečujícím personálem, význam tohoto druhu aktivizace zmiňuji v teoretické části. S výsledky výzkumu se seznámíme dále.

3.3 Poznámky k tvorbě dotazníků a ke sběru dat

Odpovídat na otázku představuje celou řadu transformací a může tak vzniknout zkreslení. V některých případech za respondenty vyplňovala dotazník rodina (vzhledem k imobilitě horních končetin či vadám zraku). Existuje několik typů zkreslení :

⁷⁶ Viz příloha č. 1

⁷⁷ Viz příloha č. 2

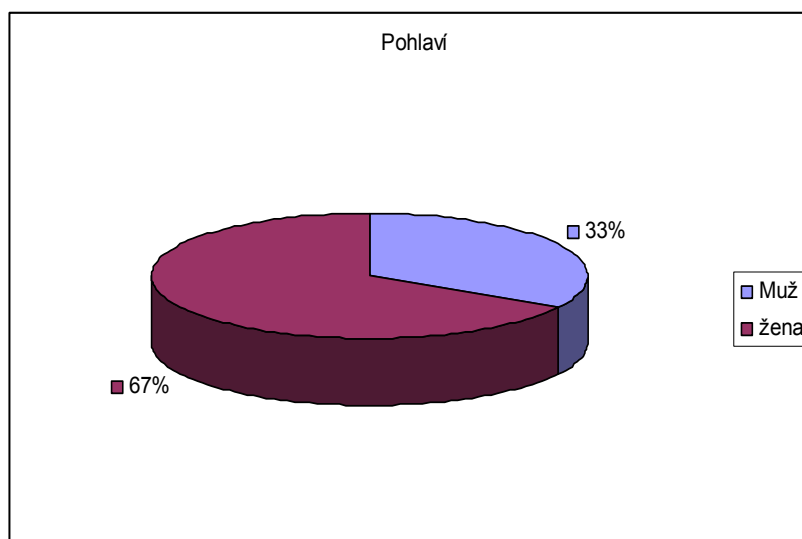
1. respondent nemusí otázce porozumět
2. neochota na otázky vůbec odpovědět (nepříjemné, nevhodné otázky)
3. možnost nepravdivosti odpovědi
4. pro respondenta může být nepříjemné vyslovit určitou alternativu
5. záznam odpovědi

4. VÝSLEDKY VÝZKUMU

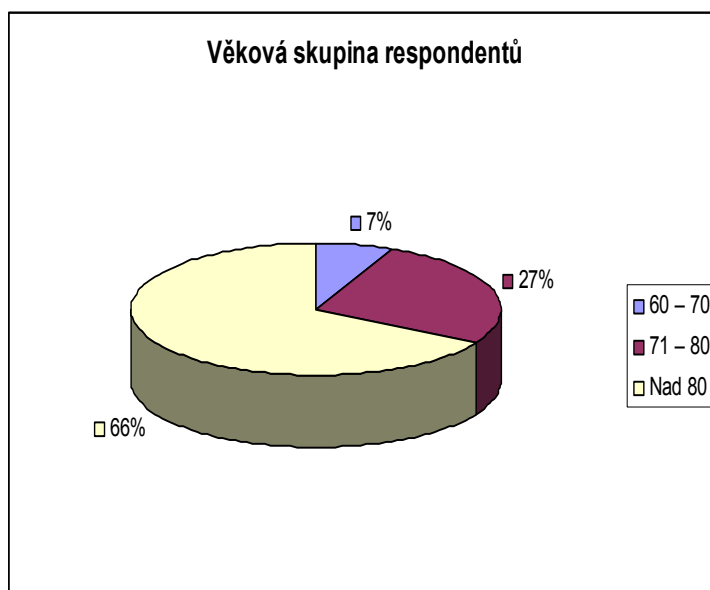
4.1 Výsledky dotazníkového šetření

1. Pohlaví

I. Na dotazník odpovědělo 20 žen a 10 mužů

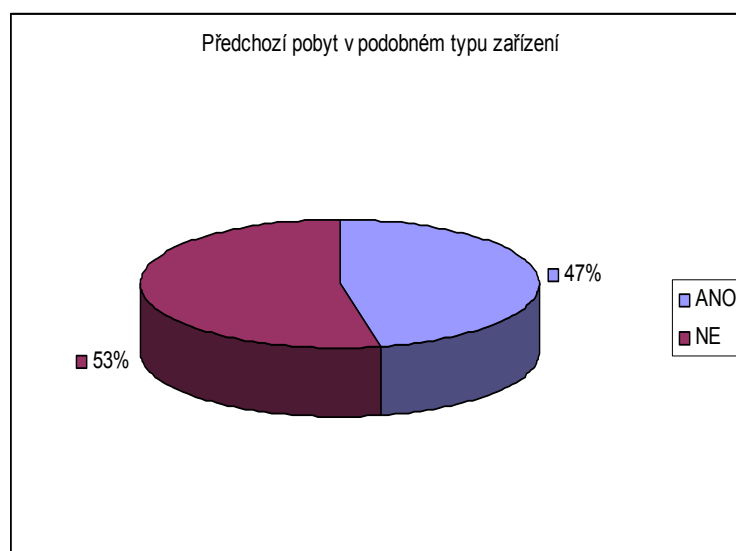


2. Věk



Co se týče věkové struktury, více než polovina respondentů, vzhledem k charakteru zařízení, spadá dle výsledků průzkumu do věkové skupiny nad 80 let (66 %). Tento fakt, který může být pro někoho překvapivý, nám lépe osvětlí demografické údaje – jak jsme již zmínili v teoretické části, trvale klesající porodnost a snižující se úmrtnost ve všech věkových skupinách vede ke stárnutí v populaci⁷⁸. Topinková dále píše, že senioři nad 80 let se někdy řadí do samostatné populační skupiny, „ve spektru chronických nemocí se neliší od populace 65 +, dále však narůstá prevalence chorob a polymorbidita“⁷⁹.

3. Byl/a/ jste již v zařízení pro dlouhodobě nemocné?



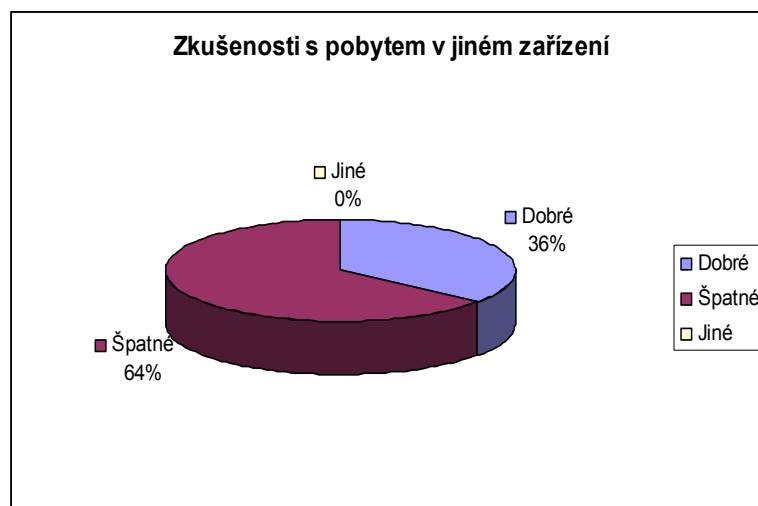
Zkušenosti s pobytem v podobném zařízení : zde již vycházíme pouze z odpovědí ANO, tj. více než 50 % respondentů odpovědělo, že již v minulosti v nějakém podobném typu zařízení pobývalo, konkrétně 47 % klientů odpovědělo ano, 53 % bylo v Domově sv. Karla Boromejského poprvé, neměli tedy možnost srovnání a na další dvě otázky pak neodpovídali. Jak ukazují výsledky šetření, jejich zkušenosti byly spíše negativní. Respondenti si mohli vybrat z nabízených možností, zda mají dobré, špatné či jiné zkušenosti a zjišťovala jsem dále také

⁷⁸ Topinková ,E., Geriatrie pro praxi. Galén, 2005. str. 4

⁷⁹ Tamtéž, str. 5

proč je jejich odpověď taková jaká je. Výsledky poukazují na to, že 64 % klientů odpovědělo negativně – v předchozím zařízení nebyli spokojeni, 36 % lidí mělo dobré zkušenosti a žádný respondent neuvedl odpověď *jiné*.

4. Pokud ano, Vaše zkušenosti byly:



Klienti, kteří již v nějaké jiné ústavní péči pobývali, uváděli, proč byli nebo nebyli s kvalitou nabízených služeb spokojeni na škále dobré – špatné – jiné a především proč.. Jak jsem již uvedla, 36 % klientů uvádělo jako hlavní důvody příznivého hodnocení předchozího pobytu (resp. pobytů) v ústavech sociální péče dobrou péči – nijak blíže respondenti nespécifikovali, co konkrétně měli na mysli. Co se týče negativního hodnocení, 64 % klientů odpovědělo, že zkušenosti s pobytem v nějakém zařízení byly pro ně víceméně negativní. Jako hlavní důvody nespokojenosti uváděli především absenci aktivit, tj. byli limitováni pouze možností ležet na lůžku, nikdo neprojevoval zájem o klientovu chuť být aktivní, nespokojenost vládla s personálem, péčí o klienta apod.

5. Máte zkušenost s nějakými aktivitami v jiném zařízení?



Klienti, kteří odpověděli, že již pobývali v ústavní péči, se dále měli vyjádřit k tomu, jaké jsou jejich zkušenosti s prováděnými aktivitami v jiném zařízení, resp. nejprve jak často se s nějakým typem činnosti setkávali. Výsledky výzkumu poukazují na skutečnost, že jen 5 % klientů zaznamenalo pravidelný výskyt nějakého typu aktivit, 32 % lidí se nesetkalo s žádnou aktivitou a 63 % klientů odpovědělo, že občas byla nějaká činnost vyvíjena.

Všechny další odpovědi již vycházejí opět z 30 dotazníků :

6. Můžete popsat svoje pocity, když se vám osobně věnoval nebo věnuje někdo z personálu? :

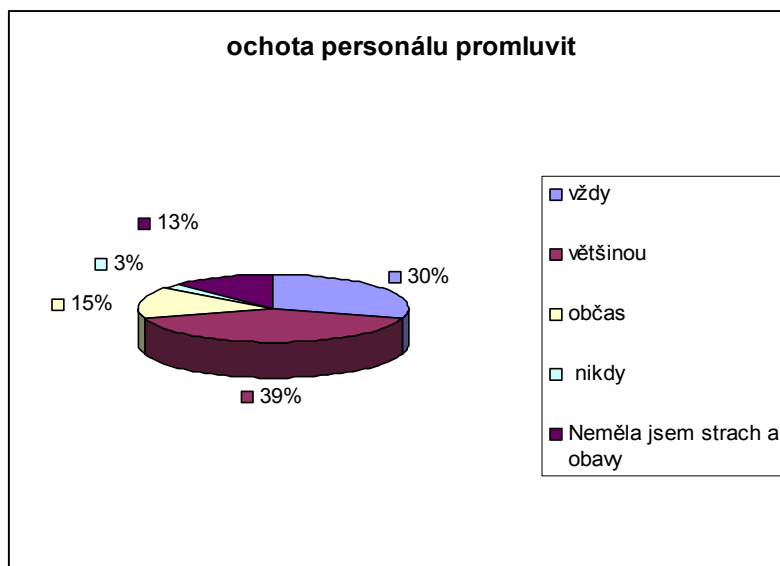
Respondenti vyjadřovali individuálně své pocity, v této otázce se tedy nejedná o objektivní statistické výstupy :

- jsem vděčný, jsem spokojený (vícekrát)
- cítím se příjemně, radostně
- sestřičky jsou přívětivé, spravedlivé
- především péče konkrétních ošetřovatelů
- jsem spokojen, ale sestry mají málo času na povídání
- pocit důstojnosti, někdo o mě projevuje zájem
- je mi příjemně, mám pocit důvěry
- má mě někdo rád (několikrát)
- všichni jsou moc hodní
- podle typu člověka si buduji vztah
- **mám pocit důstojnosti (několikrát)**
- jsem ráda, jsem spokojená, jsem vděčná
- mají zájem o moje dobro
- nemám pocity
- mám chuť žít
- **práce personálu nad rámec péče (několikrát)**
- mám pocit že chce někdo moje dobro

Výsledkem odpovědí na výše uvedenou otázku je jednoznačný fakt značného pozitivního přínosu aktivizace, resp. jakékoliv činnosti prováděné s klientem nad rámec základní péče. Klienti ohodnotili kladně přístup a zájem personálu, ochotu a možnost vyslechnutí klientova problému, případně popovídání si, což subjektivně výrazně zvyšuje pocit klientovy důstojnosti. Klient také oceňuje, že ošetřující personál je vstřícný a vlídný, na druhou stranu se také objevují ojedinělé kritiky, resp. stesky nad nedostatečným časovým potenciálem

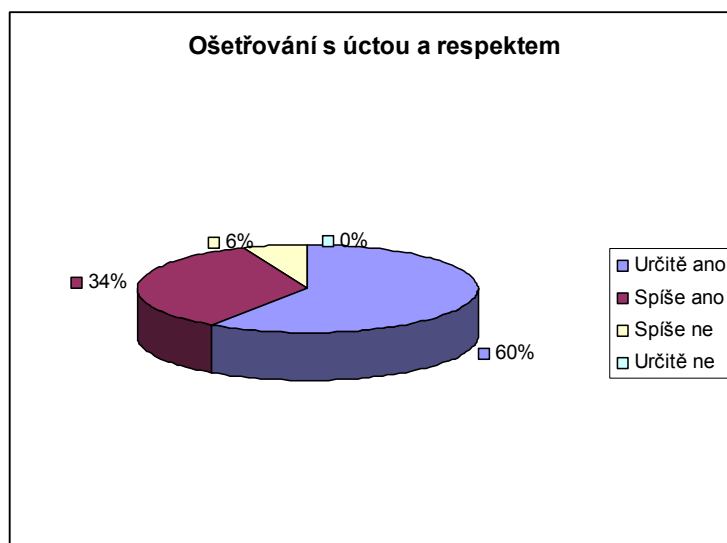
pečovatelů. Důraz ze strany klientů byl také kladen na konkrétní práci daných ošetřovatelů, jejich pozitivní přístup a činnost a věnování se klientům.

7. Pokud jste měl/a/ strach nebo obavy ze svého stavu, byl někdo z ošetřujících ochoten si s Vámi promluvit ?



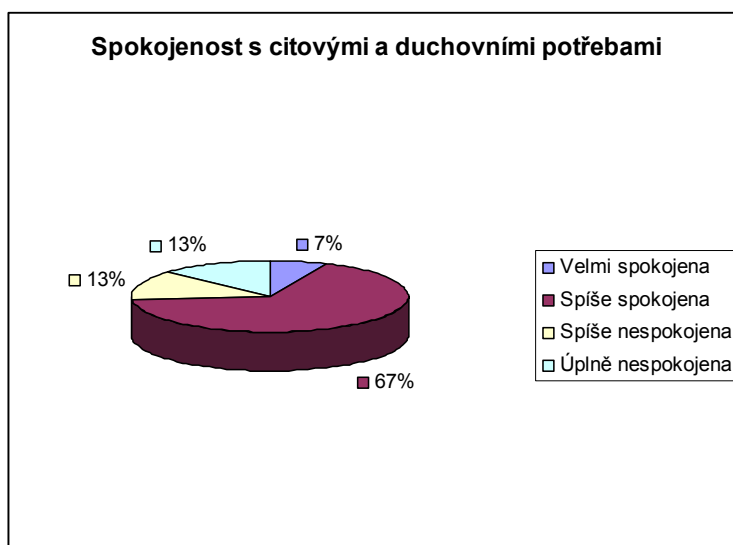
Z odpovědí na výše uvedenou otázku vyplývá, že téměř dvě třetiny dotazovaných byly spokojeny s ošetřujícím personálem co se týče vstřícnosti a ochoty zabývat se jejich starostmi či problémy. 30 % respondentů odpovědělo, že personál byl vždy ochoten pohovořit, 39 % se více méně přiklánělo také ke kladné odpovědi. Zbývá třetina pochybovala a vyjádřila se spíše negativně. Je tedy vidět, že v daném zařízení je sice přístup personálu vesměs pozitivní, ale existují určité rezervy.

8. Cítíte, že jste ošetřována/a/ s úctou a respektem ?



Tato otázka byla zařazena do dotazníku především proto, že se domnívám, že úcta k člověku je základním důležitým předpokladem v péči o člověka, zvláště o člověka starého a nemocného. Ve výše zmíněném zařízení je dle výsledků důstojnost člověka respektována ve většině případů. Téměř 90 % respondentů vyjádřilo více méně spokojenost.

9. Jste spokojen/a/ se zajištěním citových i duchovních potřeb?



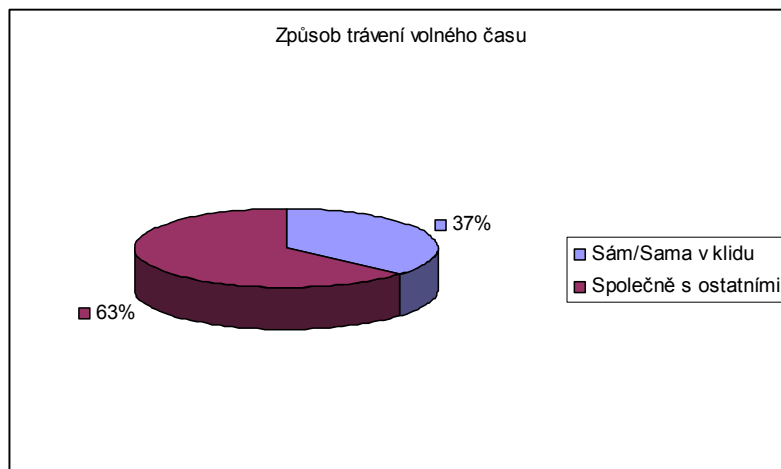
Jak jsem již zmiňovala, charakter zařízení, ve kterém byl výzkum proveden, je specifický z hlediska zvýšené duchovní péče věnované klientům, především díky přítomnosti duchovních a řeholních sester. Převážně jde o návštěvu bohoslužeb, na které jsou i imobilní klienti pravidelně vyváženi na invalidních vozících, eventuálně i přímo na nemocničním lůžku. Spokojenost klientů se v tomto ohledu projevila v odpovědích respondentů – okolo dvou třetin klientů bylo spokojeno, jedna třetina nespokojena.

10. Pomáhá vám nějaká činnost překonat strach z nemoci, opuštěnosti, samoty?



Otázka č.10, tedy přináší-li aktivizace něco lidem v ústavní péči, de facto odpovídá na celý výzkumný záměr – 80 % klientů odpovědělo buď že pro ně aktivizace JE přínosem, resp. pomáhá překonat například strach z nemoci, opuštěnosti apod., případně že někdy je přínosem a pouze 20 % odpovědělo, že není. To ale mohlo také vycházet z jistého zkreslení a nepochopení problému např. u klientů, kteří se s aktivizací ještě nesetkali, protože buď nebyli v jiném zařízení nebo nacházeli v Domově sv. Karla Boromejského krátce.

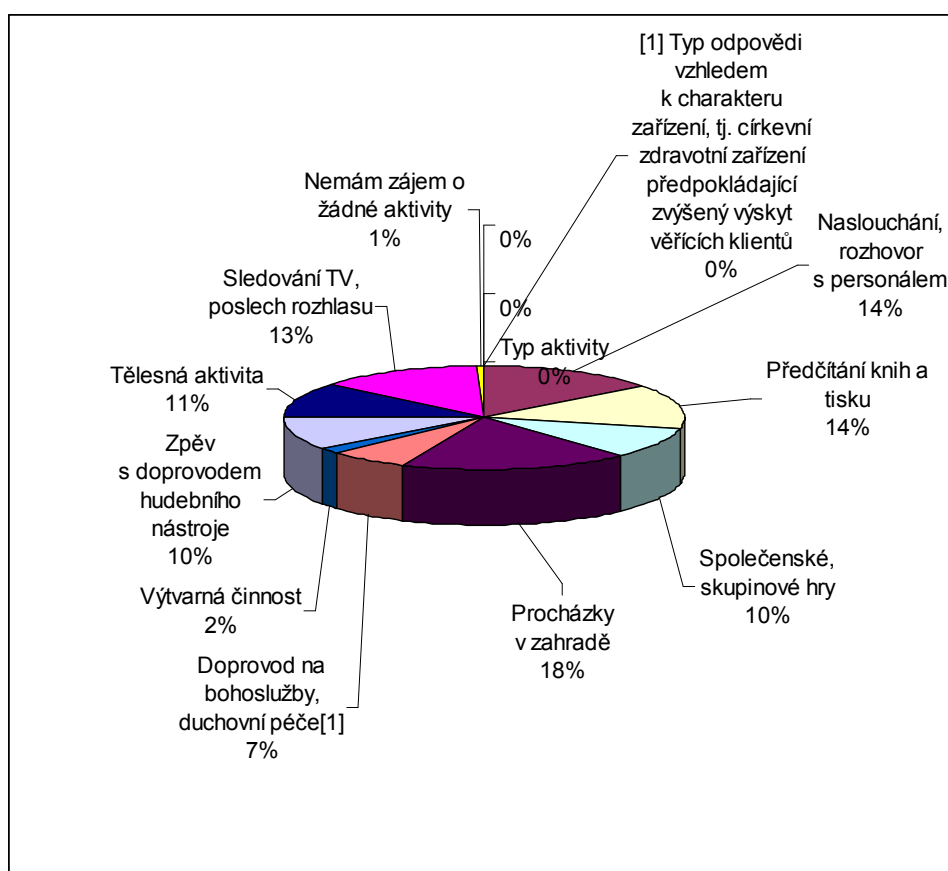
11. Trávil/a/ byste volný čas v zařízení raději



V odpovědi na otázku způsobu trávení volného času buď individuálně nebo skupinově došel výzkum k předpokládanému závěru, že ve společenství lidí s podobným postižením se klient cítí lépe než osamocen. Skupinová identita mu dává větší pocit podpory ve zvládnání nemoci, důležitý je tzv. pocit „patřit někam“. Více se k danému problému vyjadřují v teoretické části. 63 % klientů tedy vyjádřilo podporu komunitnímu způsobu trávení volného času, 37 % klientů dává přednost individuální práci s aktivizátorem.

12. Jakým typům aktivit byste v případě zájmu dával/a přednost?

Typ aktivity	
Naslouchání, rozhovor s personálem	22
Předčítání knih a tisku	21
Společenské, skupinové hry	15
Procházky v zahradě	28
Doprovod na bohoslužby, duchovní péče ⁸⁰	10
Výtvarná činnost	3
Zpěv s doprovodem hudebního nástroje	15
Tělesná aktivita	17
Sledování TV, poslech rozhlasu	20
Nemám zájem o žádné aktivity	1

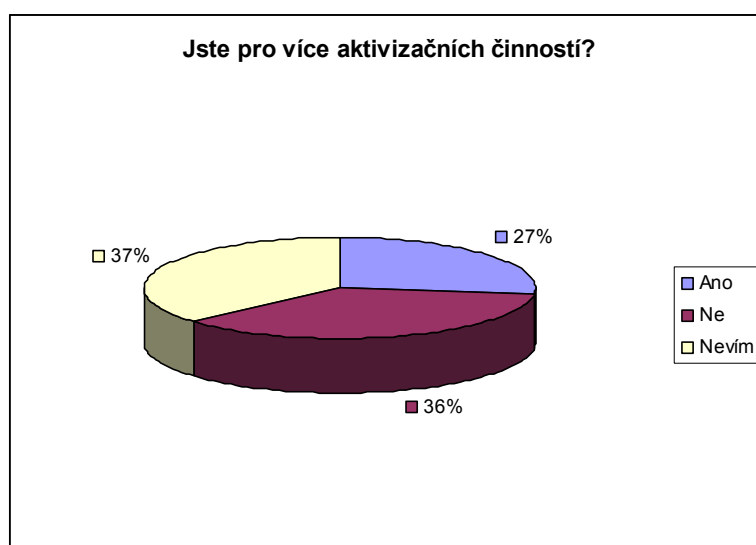


V této otázce měli respondenti možnost odpovědi na širokou škálu možností – otázka poukazovala na velké množství aktivit a respondent si mohl vybrat jednu či několik najednou, cílem bylo zjistit, co a jaký typ činnosti přináší klientovi největší radost či sebeuspokojení. Z výsledků vyplývá, že jen velmi malé

⁸⁰ Typ odpovědi vzhledem k charakteru zařízení, tj. církevní zdravotní zařízení předpokládající zvýšený výskyt věřících klientů

procento lidí si přálo zůstat v nečinnosti a nemělo o žádnou z nabízených aktivit zájem. Jako prvořadý zájem respondenti popisují procházky v zahradě – tento fakt především z nedostatku předchozích příležitostí pobývat venku (18%). Jako další příjemné aktivity považují klienti četbu, poslech rozhlasu, společný zpěv a tělesnou aktivitu. Značné procento klientů vyžaduje také rozhovor, naslouchání.

13. Přivítala byste více aktivizačních programů v tomto zařízení?



Vzhledem k tomu, že v Domově sv. Karla Boromejského se aktivizace uskutečňuje v porovnání s jinými zařízeními v širším měřítku, klienti vyjádřili spíše spokojenost s prováděnými aktivitami. Z výsledků výzkumu vyplývá, že 27 % respondentů by přivítalo více aktivit (viz otázka 11), 36 % je se stavem spokojeno, 37 % neví.

14. Jaké další programy byste uvítal/a?

V návaznosti na předchozí otázku odpovídali pouze klienti, kteří označili odpověď ano. Z výzkumu můžeme vyčíst, že lidé jsou celkově spokojeni, chybí jim však pestřejší aktivity a stěžují si na mnohdy opakovanou, stereotypní činnost (např. v případě ergoterapie). Nedostatek času personálu je přičítán také volání po častějších aktivitách, výletech a činnostech vyžadujících přítomnost většího

množství pracovníků a také zvýšené časové náročnosti na tyto činnosti. Z dalších aktivit by klienti uvítali například více kulturních akcí, např. divadelních představení, koncertů apod. Hodně klientů také touží po provádění nějakého typu prospěšných prací – pomoc na oddělení atd. Respondentům chybí dle častých odpovědí také větší možnost hraní her, luštění křížovek a další trénink kognitivních schopností.

Divadelní hry, koncerty, křížovky, kvízy, delší procházky, pestřejší aktivity, výlet na vozíku, promítání DVD o zvířatech, dělat nějakou prospěšnou práci, častější aktivity, cílenější rehabilitace, to je výčet některých dalších přání respondentů.

15. Zde můžete uvést jiné, pro vás důležité připomínky a náměty :

- jen maličkosti, nestojí za řeč
 - moc se mi tu líbí
 - celkem spokojen
 - výborné jídlo
 - spokojenost, dobrá strava
 - velmi spokojen s jídlem
 - líbí se mi tu
 - **aby měly sestry více času / několikrát /**
 - **ergoterapie velmi stereotypní**
 - pochvala personálu
 - je mi tu lépe než doma
 - zařízení bez problému
 - **2 x toužím jít domů – domov mi nic nenahradí**
-

Zhodnocení :

Z celkových výsledků mého výzkumu provedeného u třiceti respondentů, klientů Domova sv. Karla Boromejského vyplývá jednoznačně, že jakákoliv činnost prováděná s klienty je přínosná, obohacující a prospěšná. Jak jsem již zmínila výše, ústavní péče není rovnocennou náhradou domácího prostředí a právě proto by atmosféra v ústavním zařízení měla co nejvíce klientům pocit domova přibližovat. Z výsledků výzkumu jsou ale samozřejmě patrné i nedostatky – myslím si ale (a je to empiricky potvrzenou mou osobní zkušeností při komunikaci s klienty z jiných zařízení následné péče), že v jiných zařízeních bychom při výzkumu dosáhli daleko větších disproporcí a problematických vztahů mezi klientem a personálem.

4.2 Výsledky MMSE testu

První MMSE test (mini-mental state test neboli krátká škála mentálního stavu) proběhl u všem zkoumaných na začátku dubna 2007, druhý v červenci 2007 a třetí, poslední, v říjnu 2007. Samostatný test je blíže popsán v teoretické části a je připojen v příloze. Celkem mohli klienti dosáhnout nejvíce 30 bodů – celkové skóre pak vyhodnocuje následující rozmezí

27 – 30 bodů : bez poruchy kognitivních funkcí

25 – 26 bodů : hraniční nález, doporučeno další sledování klienta

18 – 24 bodů : lehká demence

6 – 17 bodů : těžká demence

Testování a jeho následné opakování (2 x, tedy celkem 3 testy) bylo hlavním cílem jako doklad, že klient s demencí vykazuje zvýšenou aktivitu kognitivních funkcí, resp. větší počet bodů. To, jak testy dopadly u osmi zkoumaných lidí (shodou okolností se jednalo pouze o ženy) nám ukazují následující grafy a tabulky.

VÝSLEDKY TESTŮ JEDNOTLIVÝCH KLIENTŮ

Všichni testovaní klienti jsou ve věkové kategorii 80 – 90 let

Klient č. 1 : 15, 29, 30

Klient č. 2 : 3, 4, 6

Klient č.3 : 23, 28, 28

Klient č. 4 : 17, 26, 27

Klient č. 5 : 30, 20, 16

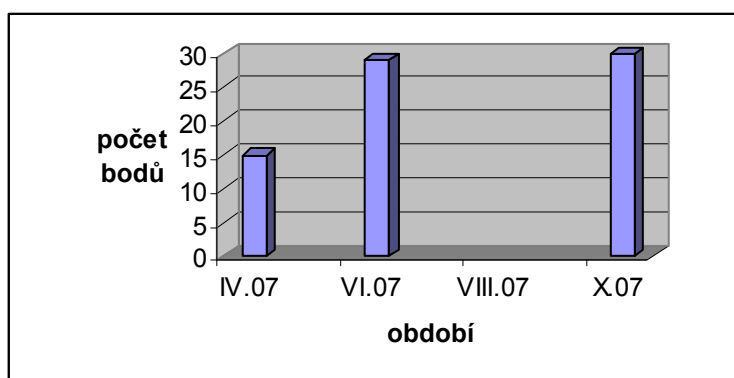
Klient č. 6 : 26, 27, 29

Klient č. 7 : 26, 27, 28

Klient č. 8 : 17, 19, 22

Klient č. 1

Test - období	Duben 2007	Červen 2007	Říjen 2007
Počet bodů	15	29	30



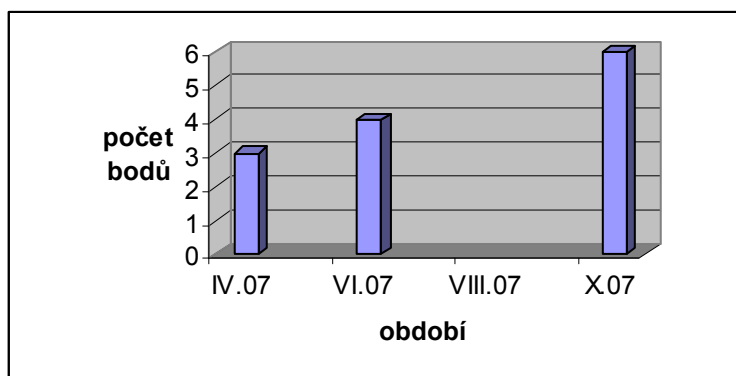
Klientka paní V. K. byla přijata do zařízení po dlouhodobém pobytu v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Jevila výrazné známky demence, nespolupracovala a byla zcela imobilní. Aktivizace začala vysazováním do invalidního vozíku a společnými jídly v jídelně s ostatními klienty. V prvních dnech bylo nutno klientku krmit. Postupně se pobyt na vozíku prodlužoval, klientka začala sama jíst a zúčastňovala se společných aktivit. Vzhledem k její původní profesi tlumočnice a průvodkyně se aktivně začala zapojovat hlavně do

tréninků paměti. Klientka začala sama číst noviny, časopisy a navštěvovala ergoterapii a rehabilitaci. Dnes je schopna se celkem samostatně pohybovat na invalidním vozíku.

Z grafu vyplývá zásadní zlepšení kognitivních funkcí až k normálu, klientka je vyrovnaná, klidná.

Klient č. 2

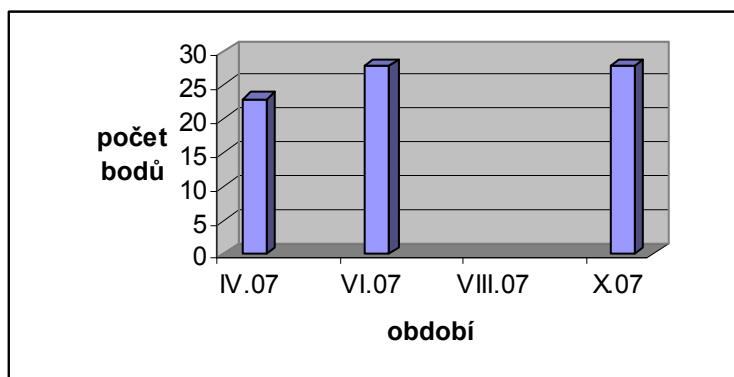
Test - období	Duben 2007	Červen 2007	Říjen 2007
Počet bodů	3	4	6



Paní M. T. vykazovala známky těžké demence již při přijetí. Přes všechny snahy personálu nebyla schopna adaptace na ústavní prostředí, po celou dobu byla apatická a plačtivá. Graf ukazuje na nepatrné pozitivní změny, spíše náhodného charakteru.

Klient č. 3

Test - období	Duben 2007	Červen 2007	Říjen 2007
Počet bodů	23	28	28

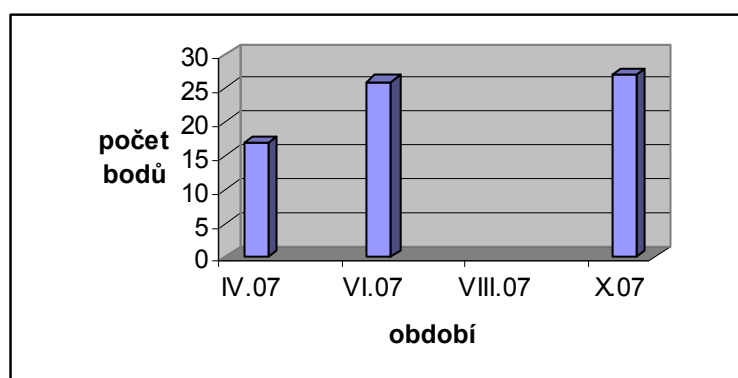


Paní J. N. byla přijata z psychiatrické léčebny, nechodící, s těžkými svalovými kontrakturami⁸¹ dolních končetin, apatická, bez téměř žádné komunikační schopnosti. Klientka má skutečně onemocnění psychiky, které je řešeno farmakologicky a bylo na místě z těchto důvodů volit velmi pozvolné nabízení aktivit i rehabilitace. Nyní je klientka chodící s pomocí chodítka, společných aktivit se zúčastňuje a velmi ráda pracuje s křížovkami a kvízy.

⁸¹ Trvalý stah svalového vlákna, vyvolaný určitým podnětem

Klient č. 4

Test - období	Duben 2007	Červen 2007	Říjen 2007
Počet bodů	17	26	27

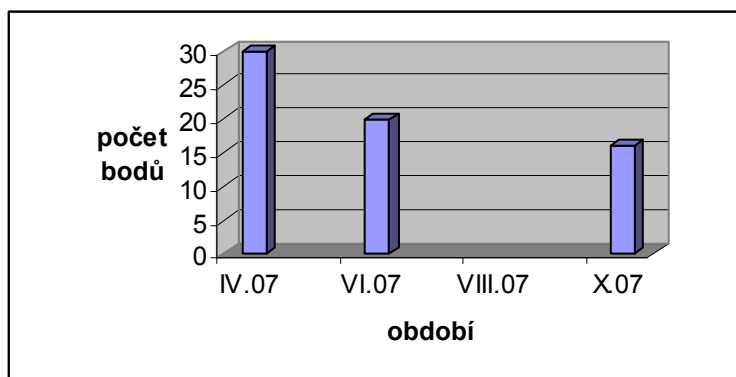


Paní M. P. byla také přijata z mimopražské LDN, s imobilitou dolních končetin při základním onemocnění. Klientka nebyla orientována v čase ani prostoru, byla zmatená.

V rámci rehabilitace jsme se zaměřili na svalový aparát horních končetin, čímž se zlepšila hybnost a tím schopnost vykonávat sebeobslužné činnosti v okolí lůžka, stolu apod. Spouštěcím mechanismem motivace této klientky byla vstřícnost a pozitivní komunikace personálu Klientku jsme od začátku pobytu zapojovali do všech aktivit, výhodou zde byla i výborná spolupráce s rodinou a velká snaha samotné klientky. Paní se nyní pohybuje na invalidním vozíku, sleduje televizi, čte, je velmi komunikativní a zařízení považuje za svůj druhý domov.

Klient č. 5

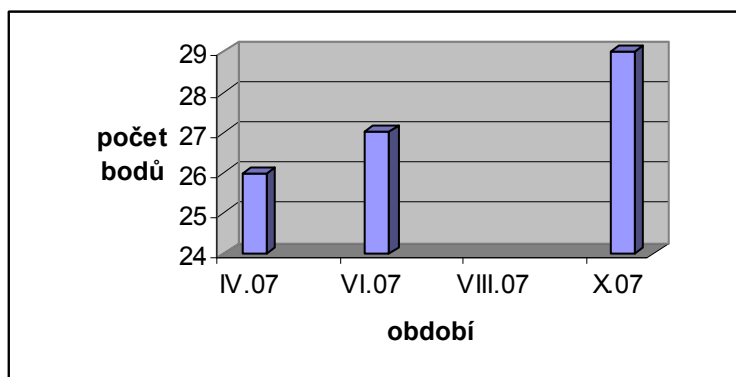
Test - období	Duben 2007	Červen 2007	Říjen 2007
Počet bodů	30	20	16



Paní R.B. trpí Alzheimerovou demencí. V prvních měsících pobytu se aktivizací a zapojováním do činnosti na oddělení kognitivní funkce velmi zlepšily, nyní dle grafu dochází k progresi onemocnění a výraznému poklesu. Zde usilujeme o pohodu klientky v rámci prevence občasných známek agresivního chování spíše pomocí dotekové terapie, na kterou reaguje velmi pozitivně.

Klient č. 6

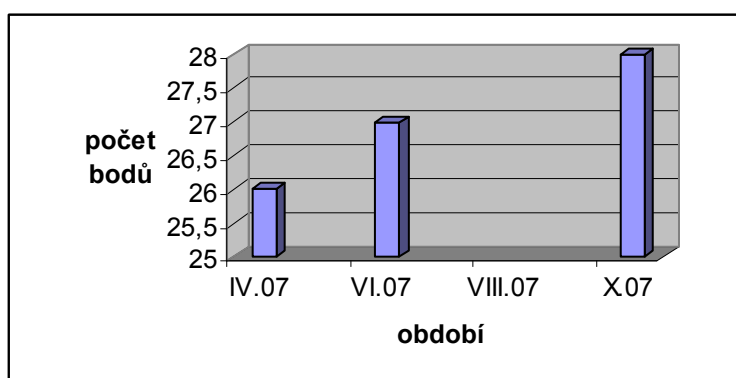
Test - období	Duben 2007	Červen 2007	Říjen 2007
Počet bodů	26	27	29



Paní M. T. nastoupila na oddělení po předchozí hospitalizaci v nemocnici jako imobilní klient. Paní se z počátku chovala konfliktně, později začala spolupracovat, intenzivně rehabilitovala. Ke zlepšení kognitivních funkcí přispěla i přítelkyně klientky, která s ní hovořila několika jazyky - naše klientka také působila jako učitelka jazyků na střední škole. V současné době je schopna se zabezpečit v okolí stolu, poslouchá rádio a zúčastňuje se společenských akcí zařízení. Nadále častěji vyvolává konflikty, ale vychází to spíše z charakterových vlastností než z nespokojenosti stran péče.

Klient č. 7

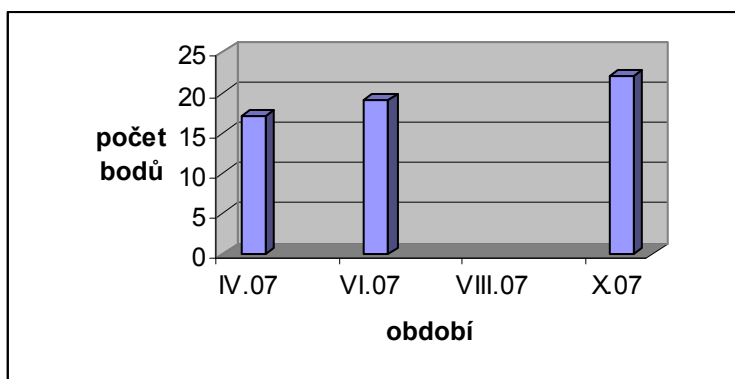
Test - období	Duben 2007	Červen 2007	Říjen 2007
Počet bodů	26	27	28



Paní V. P. po těžké centrální mozkové příhodě s imobilitou pravé horní i dolní končetiny vykazovala jen slabší poruchu kognitivních funkcí. Snaha byla hlavně o zapojení klientky do společných aktivit oddělení, nácvik běžných činností nepostíženou končetinou, např. pomoc při hygieně a samostatné stravování. Byla vysazována do invalidního vozíku. Ráda četla, ale neměla výraznou potřebu skupinové činnosti, což jsme respektovali.

Klient č. 8

Test - období	Duben 2007	Červen 2007	Říjen 2007
Počet bodů	17	19	22



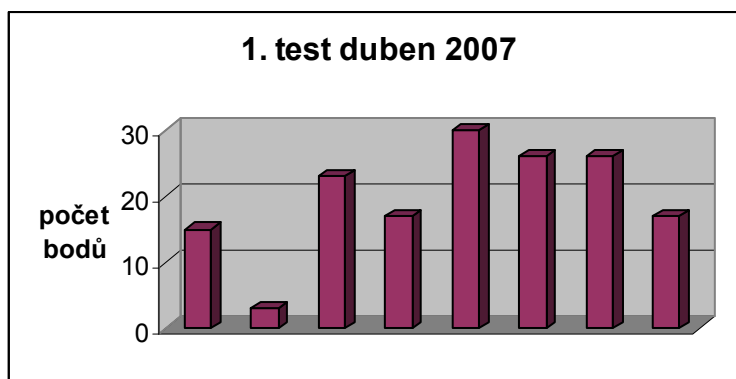
Paní M. G. byla přeložena do našeho zařízení z nemocnice po zlomenině dolní končetiny.

Tato klientka vykazuje známky demence a jak vidíme z grafu nejde zde o razantní vzestup kognitivních funkcí. Aktivitu však vnímá velmi pozitivně, zvláště jde-li o využívání metody reminiscence, která je popsána v teoretické části. Velmi citlivě a žárlivě reaguje na zvýšenou komunikaci s jinými klientkami, z toho je tedy třeba vycházet a spravedlivě pozornost rozdělit. Vnitřní klid a pohodu vidím u této klientky jako nejpodstatnější prvek.

SROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ TESTŮ VŠECH KLIENTŮ S OPAKOVÁNÍM PO DVOU MĚSÍCÍCH

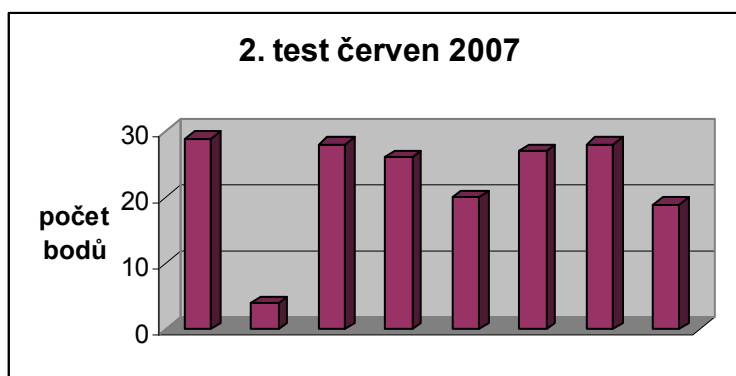
1. TEST – DUBEN 2007

Respondent	1	2	3	4	5	6	7	8
Počet bodů	15	3	23	17	30	26	26	17



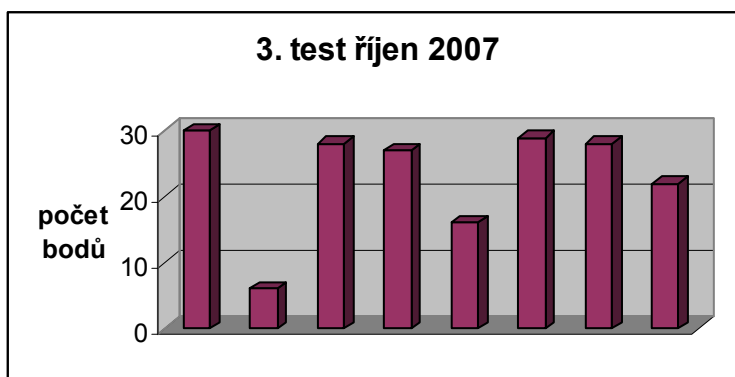
2. TEST ČERVEN 2007

Respondent	1	2	3	4	5	6	7	8
Počet bodů	29	4	28	26	20	27	28	19



3. TEST ŘÍJEN 2007

Respondent	1	2	3	4	5	6	7	8
Počet bodů	30	6	28	27	16	29	28	22



Zhodnocení :

Z výsledků druhé části výzkumu, resp. testu mentální škály u klientů s demencí vyplývá, že kognitivní funkce mají vzestupnou tendenci při podnětech a cílených aktivitách. Můžeme si také všimnout, že stupeň demence byl velmi odlišný u některých klientů a lišilo se výrazně jejich bodové skóre. Zajímavé je i zjištění, že u některých klientů mohlo dojít k záměně demence s depresí, tato možnost záměny je popsána v teoretické části.

Většina testovaných klientek s demencí jsou nyní schopny orientace v prostoru i čase a skutečně některé vykazují známky normálních kognitivních funkcí, nejsou však schopny žít samostatný život v domácím prostředí. Je-li tedy nezbytný pobyt v ústavním zařízení, mají možnost důstojně a smysluplně žít i zde. I přes špatnou prognózu syndromu demence je aktivizace jednou z možností prodloužení délky a hlavně kvality života. S tím souvisí i moje zkušenost, že i když klient zdánlivě nespolupracuje nebo činnosti odmítá či jim pouze pasivně přihlíží, přesto je nějakým způsobem aktivizován (může jít o vnitřní prožívání).

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem si stanovila za cíl prokázat význam aktivizace pro starého a nemocného člověka v ústavní péči.

V teoretické části jsem popsala stav a základní přístupy k dané problematice, navrhla možnosti aktivizační práce s klientem a poukázala na její dopad na kvalitu jeho života. Zdůraznila jsem také praktické možnosti využití aktivizace a význam motivace ošetřujícího personálu

V praktické části jsem představila Domov sv. Karla Boromejského, kde se aktivity provádějí. První část výzkumu jsem provedla s klienty, kteří byli schopni samostatné odpovědi a pobývali v daném zařízení delší časový úsek. V druhém typu výzkumu jsem pracovala s klienty s demencí. Abych mohla posoudit testy MINI –MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) – krátkou škálu mentálního stavu, musela jsem také vybrat skupinu klientů s dobou pobytu delší než šest měsíců.

Výsledky dotazníků, které jsem provedla u klientů s normálním úsudkem, jsou dokladem, že aktivity i jakékoliv činnosti během pobytu v ústavním zařízení mají pro klienta význam. Z grafů vyplývá, že klienti umístění do zařízení touží po činnostech, které by jim zpříjemnily den, pomohly alespoň částečně nahradit chybějící rodinné zázemí a na chvíli zapomenout na nemoc, bolest a osamělost. Podstatnou složkou je i jejich touha po respektování individuality a důstojnosti. Aktivizace evidentně pomáhá klientům překonávat překážky své tělesné indispozice, přináší i vidinu možnosti návratu ke svým blízkým nebo návratu alespoň částečné soběstačnosti.

Výsledky druhé části práce, testů MMSE – tedy krátké škály mentálního stavu prováděných u klientů trpících určitou formou demence, prokázaly také kladný vliv aktivizačních prvků. Zde opět zdůrazňuji, že tato škála nám ukazuje stupeň demence a mým úmyslem bylo demonstrovat zlepšení těchto funkcí, ne však pro výsledky samé, ale pro klientův osobní pocit důležitosti, pohody a důstojnosti. Jakékoliv mentální i fyzické zaměstnání u většiny testovaných klientů s demencí se odrazilo na kvalitě jejich života, což by mělo být hlavním cílem péče v ústavním zařízení.

Dle výzkumu jednoznačně vidíme, že pokud je se starým člověkem v ústavní péči „pracováno“, a to především ve smyslu duševním, duchovním a jeho kreativitu rozvíjejícím, výsledky prokazují jednoznačný pokrok.

Mohu tedy konstatovat, že stanovený cíl a předpoklad byl naplněn. Podíváme-li se na výstupy provedeného výzkumu, každá otázka nám dává více než 70% ní kladné odpovědi. Především je však z výzkumu patrné, že nemocný, starý člověk odkázaný na dočasný či trvalý pobyt v zařízení ústavní péče daný typ činnosti potřebuje, vyžaduje a oceňuje. Je však třeba přijmout i určitou kritiku ze strany testovaných klientů a jejich náměty vzít v úvahu pro pozitivní posun stávajícího zařízení.

Jsem přesvědčena, že aktivizace starého a nemocného člověka by měla být nezbytnou součástí každého zařízení následné péče. Vytvoření kulturního a láskyplného prostředí by mělo být dalším důležitým faktorem. Nejpodstatnější je však změna celospolečenského pohledu na stáří jako na normální etapu lidského života s největším důrazem na sociální angažovanost ve vztahu k nejkřehčí populaci a to především dobrým příkladem v rodinách. Neméně důležitým aspektem je pak osobnostní rozvoj pomáhajících jako další možné řešení popisované problematiky.

POUŽITÁ LITERATURA

1. Primární literatura

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří.

1. vyd. Praha: Panorama . 409 s. ISBN 80-7038-158-2

JIRÁK, Roman, Koukolník, František. Demence:

Neurobiologie, klinický obraz, terapie. 1. vyd. Prah : Galén 2004, 335s.

ISBN-80-7262-268-4

KALVACH, Zdeněk, ZADÁK, Zdeněk, JIRÁK, Roman, ZAVÁZALOVÁ, Helena, SUCHARDA, Petr a kol. Geriatrie a gerontologie.

1. vyd. Praha : Grada, 2004, 861 s. ISBN 80-247-0548-6

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci.

1. vyd. Praha: Grada 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0

MATOUŠEK, Oldřich. Ústavní péče.

1. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 1995, 138 s. studijní texty, 8. svazek.

ISBN 80-85850-08-7

PICHAUD, Clement. THAREAUOVÁ, Isabelle. Soužití se starými lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky.

Přel.A. Kozlíková. 1. vyd. Praha: Portál 1998. 160 s. ISBN 80-7178-184-3

TOPINKOVÁ, Eva. Geriatrie pro praxi.

1. vyd. Praha : Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6

WALSH, Danny. Skupinové hry a činnosti pro seniory.

Přel. J. Foltýn. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 203 s. ISBN 80-7178-970-4

KOLEKTIV AUTORŮ. Respektování lidské důstojnosti : příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně sociálních oborů.

1. vyd. Praha : Cesta domů, 2004. 65 s. ISBN 80-249-4334-0

2. Sekundární literatura

ČERVINKOVÁ, Eva. Aktivizační sestra.

Časopis Florence: Nakladatelství Albatros. 2006/2/6 , 64 s. Národní lékařská knihovna. Sign. 669 a.

DISMAN, Miroslav : Jak se vyrábí sociologická znalost.

3. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2000. 374 s. ISBN 80-246-0139-7

HELLER, Robert. Jak motivovat druhé

Přel. M. Koláč. 1. vyd. Praha: Slovart, 2001, 72 s. ISBN 80-7209-328-2

KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese.

5. vyd. Praha: Portál, 2006, 147 s. ISBN-80-7367-181-6

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Pozitivní psychologie.

1. vyd. Praha: Portál 2004. 200 s. ISBN 80- 7178-835-X

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 - Dotazník

DOTAZNÍK PRO KLIENTY V DOMOVĚ SV. K. BOROMEJSKÉHO

Cílem dotazníku je zjistit zájem klientů o aktivizaci v zařízení pro dlouhodobě nemocné a jak na ně aktivity působí.

Odpovídejte zakroužkováním odpovídající odpovědi.

U otázek, kde je nutno vyjádřit nějaký názor, pište čitelně hůlkovým písmem.

1. Jste:

1. muž
2. žena

2. Do jaké věkové skupiny patříte?

1. 60 – 70
2. 71 – 80
3. nad 80 let

3. Byl/a/ jste již v zařízení pro dlouhodobě nemocné ?

1. ano
2. ne

4. Pokud ano, Vaše zkušenosti byly:

1. dobré – proč
2. špatné – proč
3. jiné

5. Máte zkušenost s nějakými aktivitami v jiném zařízení ?

1. ano
2. ne
3. občas

6. Můžete popsat svoje pocity, když se Vám osobně věnoval nebo věnuje někdo z personálu?

.....
.....

.....

.....

7. Pokud jste měl/a/ strach nebo obavy ze svého stavu , byl někdo z ošetřujících ochoten si s Vámi promluvit ?

1. Vždy
2. Většinou
3. Občas
4. Nikdy
5. Neměl/a jsem strach ani obavy

8. Cítíte, že jste ošetřována/a/ s úctou a respektem ?

1. Určitě ano
2. spíše ano
3. spíše ne
4. určitě ne

9. Jste spokojen/a/ se zajištěním citových i duchovních potřeb?

1. Velmi spokojena
2. spíše spokojena
3. spíše nespokojena
4. úplně nespokojena

10. Pomáhá Vám nějaká činnost překonat strach z nemoci, samoty ?

1. vždycky
2. někdy
3. nic mi nepomáhá

11. Trávil/a/ byste raději volný čas v zařízení :

1. sám / sama/
- 2 . při společném posezení s ostatními

12. Jakým typům aktivit byste v případě zájmu dával/a/ přednost?

1. naslouchání, rozhovor
2. předčítání knih a tisku
3. společenské a skupinové hry
4. procházky v zahradě
5. doprovod na bohoslužby
6. výtvarná činnost
7. zpěv s doprovodem hudebního nástroje
8. tělesná aktivita
9. sledování TV, poslech rozhlasu
10. nemám zájem o žádné aktivity

13. Přivítal/a/ byste více aktivizačních programů v tomto zařízení ?

1. spíše ano
2. spíše ne
3. nevím

14. Jaké další programy uvítal/a/ ?

.....
.....
.....

15. Zde můžete uvést jiné, pro Vás důležité, připomínky a náměty

.....
.....
.....

Příloha č. 2 - Mini-mental state examination test

Test MMSE je standardem pro vyšetřování poruch paměti u demencí. K provedení testu budete potřebovat asi čtvrt hodiny času. Připravte si několik čistých papírů, psací potřeby a hodinky a samozřejmě chvíli času svého blízkého. Vyberte pokud možno klidné prostředí bez rušivých vlivů. Vyžadujte plnou spolupráci testované osoby. Pozorně si přečtěte zadání každého úkolu a připravte se na jednotlivé úkoly. Každou otázku položte nejvýše třikrát. Pokud testovaný neodpovídá, skórujte "0". Akceptujte jakoukoliv odpověď, nepouštějte se do diskusí. Za každou správnou odpověď přiřičte 1 bod.

1. Orientace

Položte nemocnému následující otázky:

- "Které je roční období?"
- "Který máme nyní rok?"
- "Kolikátého je dnes?"
- "Který den v týdnu je dnes?"
- "Který je měsíc?"
- "Ve kterém jsme městě?"
- "Ve kterém jsme okrese?"
- "V jaké jsme zemi?"
- "Jak se jmenuje místo, kde teď jsme?"
- "V kolikátém jsme poschodí?"

2. Opakování a paměť

Upozorněte nemocného, že budete vyšetřovat paměť:

"Nyní vyjmenuji tři věci. Až je všechny vyjmenuji, budu chtít, aby jste je zopakoval. Dobře si je zapamatujte. Za několik minut se Vás na tyto předměty znovu zeptám."

LOPATA ŠÁTEK VÁZA

"A nyní prosím slova zopakujte."

- LOPATA ŠÁTEK VÁZA

Pokud není pacient schopen splnit úkol, opakujte výrazy dokud si je nezapamatuje. Maximálně však pětkrát. Je to podmínka pro další úkoly.

3. Pozornost a počítání

"Nyní odečtete od 100 vždy číslo 7. Až odečtete pětkrát za sebou, skončete."

93 86 79 72 65

Jestliže testovaný udělá chybu a od chybné hodnoty dál odečítá správně, počítejte pouze tuto chybu.

Alternativa: Pokud testovaný nechce počítat, vyzvěte jej:

"Hláskujte pozpátku slovo **POKRM**."

M R K O P

4. Vybavování

"A teď prosím zopakujte slova, která jsem Vám před chvílí říkal."

LOPATA ŠÁTEK VÁZA

5. Poznání předmětů

"Co je to?" Ukažte hodinky.

"Co je to?" Ukažte tužku.

6. Opakování

Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval následující větu:

"První pražská paroplavba."

7. Stupňovaný příkaz

Položte před pacienta čistý papír.

"Nyní vezměte do pravé ruky tento papír, přeložte jej napůl a dejte ho na podlahu."

1. stupeň: uchopení papíru do pravé ruky

2. stupeň: přeložení papíru na polovinu

3. stupeň: položení papíru na podlahu

8. Reakce na psaný pokyn

Napište na papír čitelný pokyn "ZAVŘETE OČI".
Ukažte pacientovi napsaný pokyn a vyzvěte jej:

- "Přečtěte, co je tady napsáno, a udělejte to."

9. Psaní

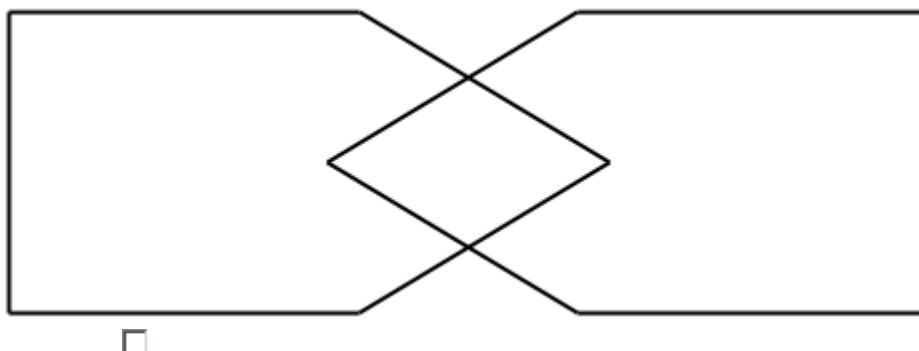
Dejte pacientovi psací potřeby a papír a vyzvěte jej:

- "Napište libovolnou větu."

Věta musí být smysluplná a napsaná spontánně. Může obsahovat chyby, ale musí mít podmět a přísudek.

10. Malování podle předlohy

Dejte pacientovi opět papír a psací potřeby. Požádejte ho, aby podle předlohy nakreslil následující obrazec.



Pro započítání bodu musí být zachováno všech 10 úhlů a dva musí být v překřížení. Průnik obou pětiúhelníků musí tvořit čtyřúhelník. Roztřesení a rotace obrazce nevadí.

H O D N O C E N Í

30-27 bodů (Normální stav)

Nemusíte se vzrušovat. Stav kognitivních funkcí testovaného je normální. Alzheimerova choroba se jej s největší pravděpodobností netýká. Informujte se na možnosti pomoci nemocným a jejich rodinám. Pokud byl výsledek hraniční, zkuste s odstupem opět testovat.

26-25 bodů (Hraniční stav, možnost demence)

Test prokázal poruchu kognitivních funkcí testovaného. Možná se jedná o počínající demenci. Tento stav se může vyvíjet a vyústit až do rozvoje Alzheimerovy choroby. Určitě test MMSE po čtvrtroce zopakujte!

24-10 bodů (Demence mírného až středně těžkého stupně)

Test prokázal vážnější poruchy kognitivních funkcí testovaného. Jedná se o nějaký typ demence. Neprodleně kontaktujte odborníka.

9-6 bodů (Demence středního až těžkého stupně)

Demence testovaného je velmi vážná. Pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout. Přesto, máte-li pochybnosti, obraťte se na odborníka.

5-0 bodů (Demence těžkého stupně)

Demence testovaného je velmi vážná. Pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout. Přesto, máte-li pochybnosti, obraťte se na odborníka.

