

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

AKTIVIZACE SENIORŮ V POBYTOVÉM ZAŘÍZENÍ

Lucie Míčová

Katedra: Sociální pedagogiky

Vedoucí práce: PaedDr. Marie Vorlová

Studijní obor: Pastorační a sociální práce

Praha 2012

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Aktivizace seniorů v pobytovém zařízení“ napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů.

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

V Praze dne 30.4.2012

Lucie Míčová

Bibliografická citace:

Aktivizace seniorů v pobytovém zařízení: Bakalářská práce/Lucie Míčová, vedoucí práce: PaedDr. Marie Vorlová. Praha, 2012, 56s

Anotace:

Bakalářská práce se věnuje stáří, aktivizaci ve stáří a smysluplnému trávení volného času v domově pro seniory. V první části se zabývá charakteristikou stáří, změnami, které jej provázejí ve fyzické i psychické oblasti, institucionální péči o seniory, vymezením pojmů jako jsou sociální služby, aktivizace a aktivizační pracovníci. Popisuje kompetence a způsobilost aktivizačního pracovníka dle zákona 108/2006 Sb. O sociálních službách. Sleduje přímou spojitost mezi kvalitou života, osobní spokojeností seniora a využíváním nabídky aktivizačních činností. Přibližuje jednotlivé aktivizační techniky a postupy, zabývá se také terapeutickými přístupy, které je možné při práci se seniory využít. Poukazuje na důležitost motivace v celkovém procesu, zabývá se spornými body a úskalími, které aktivizaci seniorů s různým stupněm poškození kognitivních funkcí a různým stupněm závislosti provázejí.

V praktické části seznamuje blíže s konkrétním zařízením, nabídkou služeb a jeho cíly. Rozpracovává komplexní týdenní plán aktivizace pro zařízení. Dále předkládá 3 praktické plány aktivizace pro 3 uživatele rozdělené dle poškození kognitivních funkcí a různé míry závislosti. Pomocí kazuistik a odborné literatury se snaží najít optimální řešení aktivizačního programu.

Klíčová slova: stáří, senior, aktivizace, aktivizační techniky, kvalita života, kognitivní funkce, demence

Summary

Activation of seniors in residential institution

This thesis deals with old age, activation in the old age in meaningful leisure activities in the home for the elderly. The first part deals with the characteristics of old age, changes that are accompanied with the physical and mental areas of institutional care for the elderly, the definitions of terms such as social services, personnel mobilization and activity workers. It describes the skills and competence activating worker under Act 108/2006 The Social Services. It follows the direct link between quality of life, personal satisfaction of pensioner and use of activation activities. It shows the various activation techniques and procedures, engaged in the therapeutic approaches that can be used, while working with the elderly.

It points to the importance of motivation in the overall process, dealing with disputed points and pitfalls that activation of seniors with varying degrees of cognitive impairment and varying degrees of dependence are accompanied.

In the practical part it introduces specific equipment and procedures and develops a comprehensive weekly plan for activating the device.

Furthermore, by activation of 3 practical plans for 3 users it divides by cognitive impairment and the degree of dependence. Using case reports and literature trying to find optimal solutions of activation program.

Keywords: age, senior, activation, activation techniques, quality of life, cognitive function, dementia

Obsah:

1. Úvod	5
2. Stáří	6
2.1. Definice stáří	6
2.2. Stárnutí	8
2.2.1 Změny v psychické oblasti	9
2.2.2. Změny ve fyzické oblasti	13
2.3. Mýty o stáří	15
2.4. Národní program přípravy na stárnutí	15
2.5. Ageismus	16
3. Kvalita života a potřeby seniorů	17
4. Motivace při práci se seniory	21
5. Přístupy k práci se seniory	22
6. Institucionální péče o seniory	23
7. Aktivizace	25
7.1. Aktivizace a aktivizační pracovník dle zákona 108/2006	25
7.2 Vymezení pojmu aktivizace	26
7.3 Možnosti dělení aktivizace	27
7.3.1. Skupinová aktivizace	27
7.3.2. Individuální aktivizace	29
7.4. Jednotlivé aktivizační techniky a postupy	29
7.4.1. Cannisterapie	29
7.4.2. Ergoterapie	30
7.4.3. Arteterapie	30
7.4.4. Reminiscence	31
7.4.5. Kinezioterapie a taneční terapie	32
7.4.6. Pohybové aktivity pro seniory	32
7.4.7. Bazální stimulace	33
7.4.8. Relaxace a využití aromaterapie	33
7.4.9. Snoezelen	34
7.5. Terapeutické přístupy	34
7.5.1. Preterapie	34

7.5.2. Validační terapie	35
7.5.3. Rezoluční terapie.....	35
7.6. Duchovní péče:.....	35
7.7. Dobrovolnictví	36
7.8. Problémy při aktivizaci	36
8. Domov pro seniory Elišky Purkyňové – objekt Thákurova.....	38
8.1. Cíle a poslání.....	38
8.2. Problémy vznikající při aktivizaci v zařízení	39
8.3. Hodnocení stupně závislosti a poškození kognitivních funkcí	40
8.4. Návrh obecného týdenního plánu aktivizace	43
8.5. Motivace obyvatele a strukturování aktivizačního programu	45
8.6. Plán aktivizace pro seniora s lehkým poškozením kognitivních funkcí	46
8.6.1. Kazuistika č. 1	46
8.6.2. Individuální plán aktivizace	47
8.7. Plán aktivizace pro seniory se střední mírou poškození kognitivních funkcí	49
8.7.1. Kazuistika č.2.	49
8.7.2. Individuální plán aktivizace	49
8.8. Plán aktivizace pro seniory trpící těžkým poškozením kognitivních funkcí.....	51
8.8.1. Kazuistika č. 3	51
8.8.2. Individuální plán aktivizace	51
9. Závěr.....	53
10. Seznam použité literatury:.....	54
10.1. Primární zdroje	54
10.2. Sekundární zdroje.....	55
10.3. Internetové zdroje:.....	55

1. Úvod

„Starý člověk ztrácí jedno z největších lidských práv: Není už posuzován svými, svou generací.“ J. W. Goethe

Stáří a stárnutí je a bude se stále se zvyšující střední délkou života více a více aktuálním tématem v sociálních službách. Stáří s sebou přináší mnoho problémů a těžkostí, jak v somatické, tak v psychické rovině.

Pokojně a bez obtíží zestárnout a odejít v bezpečí svého domova, to by si přál asi každý z nás, ale realita je mnohdy zcela jiná. Mnoho starých lidí je nuceno ať již důvodů zdravotních či sociálních odejít do různých sociálních zařízení, jako jsou domovy seniorů, domovy s pečovatelskou službou a jiné. Jejich život doma byl nějak uspořádán, měl svůj rytmus a řád, v novém domově musí opět získávat ztracenou jistotu. Někteří jedinci tento přesun nesou velmi těžce a stahují se do sebe, někdy přestávají i komunikovat a nezřídka do několika měsíců po přesunu do zařízení umírají.

Jedním z důležitých ukazatelů spokojenosti je posuzování kvality života. Kvalita života je důležité kritérium, kterým můžeme posuzovat schopnost jedince znovu se začlenit, najít si své místo. K tomu, aby tato fáze změny prostředí a začlenění se do nového prostředí byla seniorům usnadněna často slouží tzv. aktivizace a aktivizační činnosti, které nejrůznější zařízení využívají k naplnění a smysluplnému trávení volného času seniorů.

Aktivizace velmi přispívá k subjektivní spokojenosti jedince a zvyšuje tím přímo jeho kvalitu života.

Dle možností aktivní prožívání života vede u jedinců k vyšší míře spokojenosti s vlastním životem. Psychický stav kráčí pak ruku v ruce se stavem fyzickým. Pokud pojmáme člověka jako bio-psycho-sociálně-spirituální hodnotu neměli bychom zapomínat na to, na co bylo v dřívější péči o seniory ale také o pacienty a klienty nejrůznějších zařízení zapomínáno, že k tomu, aby mohl člověk dosáhnout určité úrovně kvality života nestačí uspokojovat pouze jeho základní potřeby fyziologické – jídlo, pití, domov. Podstatné pro práci se seniory jsou především vývojové potřeby, jak je uvádí Vágnerová (Vágnerová, 2008)

- potřeba aktivizace zajímavými podněty
- potřeba cítit, že můj život a svět mají nějaký smysl
- potřeba možnosti plánovat si svůj program a čas sám i s druhými lidmi
- potřeba zastávat nějakou roli a pozici ve skupině

- potřeba vlastní identity
- potřeba cítit možnost otevřené budoucnosti, toho, že je ještě nějaká perspektiva

Představa o kvalitě života je různá v různých obdobích života a je také velmi individuální prožívání jednotlivých situací, které stárnutí a stáří přináší. Vše závisí na postoji k životu, síti rodinných a sociálních vztahů, které senior má a na jeho osobním přijetí změn, které stáří a stárnutí provázejí.

Téma aktivizace seniorů jsem zvolila, protože je mi díky mé dvouleté praxi tato problematika velice blízká. Pracovala jsem v domově pro seniory a téma kvality života seniorů v zařízeních a její zvyšování pomocí aktivizace považuji za velmi důležité. Měla jsem na vlastní oči možnost posoudit změny, které se udály s jedinci po přijetí a zapojení se do aktivit a společenského života zařízení. Je nutné si uvědomit, jak podstatný je v celém procesu individuální přístup a vhodně zvolená motivace.

V každodenní praxi jsem se setkávala s problémem absence vypracovaných individuálních plánů pro uživatele s různou mírou soběstačnosti a orientace. Pokud některý s klientů trpěl fyzickým handicapem, jeho mentální zdraví často zůstávalo neporušeno a naopak. Byla jsem svědkem nevhodně volených skupin a plánů aktivizace, které byly pro jednu skupinu klientů příliš banální a pro druhou zase příliš komplikované.

Cílem praktické části je vytvořit individuální týdenní plány aktivizace pro 3 uživatele na základě kazuistik, osobního příběhu uživatele a dalších podkladů. Každý uživatel zastupuje skupinu s rozdílným stupněm poškození kognitivních funkcí. K rozdělení uživatelů jsem použila tabulku „Hodnocení aktivit denního života podle Barthelové“ a test MMSE – „Mini Mental State Examination“ tzv. Folsteinův test kognitivního deficitu. Plány aktivizace je možné použít jako doporučující podklad pro zpracování aktivizačních plánů pro ostatní uživatele.

2. Stáří

2.1. Definice stáří

„Stáří neznamena pouze úbytek funkcí. Některé funkce se celý život nemění, jiné se dokonce zlepšují!“

Vůbec nejvýznamnější je zjištění, že starý organismus disponuje kvalitativně jinými mechanismy, kterými se přizpůsobuje podmínkám okolí. ¹

Co je vlastně stáří, jak rozumíme dnes pojmu, kterého se jedna polovina populace bojí a druhá má pocit, že se jí nikterak netýká... Na světě je málo spravedlností, ale jednou z nich je, že všichni zestárneme a všichni jednou zemřeme.

Stáří obyvatelstva je výslednicí procesu demografického stárnutí. Demografické stáří, tedy jeho jednotlivé stupně se měří podílem osob vyššího věku v celkové populaci. Stáří biologické není totožné se stářím demografickým. Demografické stáří je podmíněno biologickým a to tím intenzivněji, čím rychleji se blíží dosahovaná střední délka života maximální hranici lidského života. Sociální faktory velmi markantně ovlivňují rychlost a stupeň demografického stárnutí. Důležité pro společenské a demografické účely je určení dolní hranice demografického stáří, tato hranice je ovlivněna společenskými faktory, především ekonomickou aktivitou lidí. Důležitý pro stanovení dolní hranice demografického věku je především ukazatel stupně závislosti, který je podmíněný rozsahem postižení duševních a fyzických funkcí a věk, který je zpravidla nejvíce častý pro odchod do důchodu. Hranice jsou také determinovány historicky, dolní hranice se posouvá k vyšším věkovým slupinám. Důležitou roli hrají příznivé socioekonomické podmínky, vědeckotechnický rozvoj a v neposlední řadě také zlepšování zdravotní péče. (Zavázalová 2001)

Dle dělení WHO - Světové zdravotnické organizace z šedesátých let je navržena následující věková hranice pro střední a vyšší věk a to následovně:

Období středního věku: 45 – 59 let

Stárnoucí osoby: věk 60 – 74 let

Stará generace: 75-89 let

Stařecké období: od 90 let

(Dienstbier, 2009)

¹ Pacovský in Zavázalová H. a kol.: Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie, Praha, Karolinum, 2001, ISBN 80-246-0326-8

Dále je možné použít také toto dělení jak jej publikuje Holmerová (2003):

60 – 74 let – stáří počínající

75 – 89 let – stáří vlastní

90 let a více – vlastní dlouhověkost

Nejvíce rozšířený ukazatel demografického stáří je podíl osob vyššího věku (tzv. starých lidí) na celkovém počtu obyvatelstva.

Demografické stárnutí lze také měřit indexy stáří, které ukazují poměr koprodukční složky obyvatelstva k dětské složce.

Nejvíce publikované stupnice demografického stáří dle E. Rosseta a podle klasifikace OSN.

E. Rosset (podíl 60 letých a starších)	OSN (podíl 65 letých a starších)
do 8 % - demografické mládí	do 4% - mladé obyvatelstvo
8-10% - první předpolí stáří	4-7% – zralé obyvatelstvo
10-12% - vlastní předpolí stáří	7% - a více – staré obyvatelstvo
12% a více: demografické stáří	
Z toho	
12-14 – počáteční stav	
14-16 – střední stav	
16-18 – pokročilý stav	
18 a více silně pokročilý stav	

(převzato Zavázalová, 2001, str. 13)

2.2. Stárnutí

„Být rozhodný a odvážný měnit to, co se měnit dá.

Být trpělivý a snášet to, co se měnit nedá. Být moudrý,

abys uměl rozlišit mezi tím, co se změnit dá a co se změnit nedá“.

Démosthénés

Stárnutí je proces, není nenadálý, je to pozvolný proces. Stáří je výsledkem lidské ontogeneze, Výzkumy ukazují, že především rané fáze ovlivňují významně budoucí stáří.

Za zdravého je starý člověk považován ve chvíli, kdy není zjevně nemocen, je spokojen, je schopen se přizpůsobovat svému sociálnímu prostředí. (Zavázalová 2001)

Stárnutí s sebou přináší mnoho změn, jak již bylo řečeno, některé jsou pozvolné, některé mohou být poměrně progresivního charakteru.

S vyšším věkem přibývá především nemocí, které mají často vleklý průběh. Také dochází ke sdružování chorob k tzv. polymorbiditě, multimorbiditě. Staří lidé nejsou často léčeni, dochází ke zjednodušování jejich obtíží jimi samými, často obtíže přisuzují svému stáří a procesu stárnutí. Mezi nejvíce četné nemoci můžeme zařadit kardiovaskulární nemoci – např. ischemickou chorobu srdeční, infarktové stavy, hypertenzi, stavy po infarktu, nemoci pohybového ústrojí – artrózu, osteoporózu, endokrinní nemoci – diabetes mellitus, respirační nemoci, nemoci trávicího ústrojí, poruchy smyslových orgánů (sluchu, zraku), duševní poruchy a úrazy.

(Zavázalová, 2001)

2.2.1 Změny v psychické oblasti

Deprese

Ve stáří stejně jako v kterémkoli věku člověka se objevují psychické poruchy, které ale mohou mít méně nápadné symptomy a jež můžeme zaměňovat se změnami, které stáří provází obecně. Častější je výskyt organických poruch paměti. Ve zvýšené míře se také vyskytují duševní poruchy právě u seniorů žijících v zařízení, výzkumy hovoří až o 50%.

Deprese je těžká choroba, která by neměla být normální součástí stáří. Při jejím rozvoji může dojít k výraznému narušení životních funkcí, a významně se také zhoršuje kvalita života. Důležité je včasné rozpoznání a léčba. V některých případech je nástup deprese předvídatelný např. při traumatizujících událostech.

V seniorském věku jsou často nastupující příznaky zlehčovány, větší procento depresí vzniká na organickém podkladě. Bývá také často spojována s nástupem počínající demence. Při demenci je složité poznat také depresi, protože její obraz mění symptomy demence. Pro seniory je typické, že deprese není dobře specifikovatelná, mezi její nejčastější projevy patří

ztráta zájmu, úbytek energie, absence pozitivních emocí. Samozřejmě je zhoršení somatických obtíží.

Depresi můžeme dle závažnosti dělit na mírnou, středně těžkou a těžkou. U zvláště těžkých forem může docházet až k psychotickým příznakům např. bludy, halucinace atd.

(Venglářová, 2007)

Demence

„Jirák klasifikuje demenci jako organicky podmíněný syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek kognitivních funkcí, především inteligence a paměti.“²

Bylo identifikováno až 50 různých příčin demence. Demence není jen záležitostí stáří, může propuknout kdykoli během života, s přibývajícím věkem se však zvyšuje pravděpodobnost.

Cohen definuje demenci jako „*nevratnou globální deterioraci kognitivních funkcí*“³. Co možné si představit pod termínem „kognitivní funkce? Autor uvádí, že se jedná především o řeč, paměť, osobnost, vizuospaciální činnosti, dále abstraktní myšlení, rozpoznávání lidí a také předmětů a také počítání. Mezi vizuospacionální činnosti patří třeba oblékání.

(Cohen, 2002)

Existuje mnoho dělení demencí, Jirák (2009) je dělí vzhledem k etiologii do skupin takto:

1. Demence, které mají za podklad atroficko-degenerativní postižení mozku

2. Demence symptomatické (sekundární), mohou se objevit na základě jiné nemoci, která jinak postihuje CNS, tyto se pak dále dělí na:

Ischemicko-vaskulární demence, které jsou následkem kardiovaskulárního onemocnění

Sekundární demence jsou vyvolány např. metabolickými, infekčními příčinami nebo vznikají na podkladě úrazů či jsou důsledkem otravy.

Demence smíšeného typu – uvádí se asi 10% demencí, které mohou mít smíšený podklad, může dojít např. ke kombinaci Alzheimerovy choroby s vaskulárním poškozením mozku

³Cohen, M.R.: *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha, Portál, 2002, 80-7178-497-4

Dle Diagnostického a statistického manuálu psychických chorob (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) je možné kritéria klasifikace demence popsat takto:

„Úbytek schopností intelektu, který negativně ovlivňuje sociální nebo pracovní fungování jedince.

Úbytek paměti (v některých případech však není úbytek paměti prvotním motivem návštěvy lékaře)

Změnám podléhá alespoň jedna z následujících oblastí: abstraktní myšlení, soudnost, jeden či více aspektů vyšších kórových funkcí, osobnost.

Popsané pacientovo chování se objevuje při zachovaném plném vědomí a pacient nevykazuje žádné známky intoxikace např. alkoholem či drogami“⁴ (DSM-III-R)

Demence představuje závažný problém především v rozvinutých zemích. S prodlužující se střední délkou života stoupá absolutní počet starých lidí v populaci a s tím také počet nemocných demencí. V důsledku toho se bude zvyšovat poptávka po zařízeních, která pečují o lidi s demencí.

Demence představuje velmi smutnou a bolestnou cestu ke smrti. Mění osobnost člověka a již v první fázi člověk ztrácí nadhled nad svým chováním. Bolestná je situace především pro ty, kteří o člověka pečují, často i oni jsou již v pokročilém věku a starají se o dříve milovanou bytost, která se jim před očima mění v karikaturu toho jak ji znali předtím. (Stuart-Hamilton, 1994)

Demence má mnoho symptomů Cohen (2002) jako nejčastější uvádí tyto – paměťové defekty - zapomíná, že se najedl, nepoznává známé lidi, hovoří o rodičích jako by byli naživu, opakovaně se ptá na totéž. Často se v pokročilých stádiích choroby přidává inkontinence stolice a moči.

Dochází také ke změnám osobnosti - člověk se nám zdá pošetilý, agresivní, často také emočně labilní a popudlivý. Mezi další příznaky může například patřit také úbytek na váze, demotivovanost, nepochopitelné zvýšení aktivity, nebo naopak její snížení, neklid a toulání se. (Cohen, 2002)

⁴Stuart-Hamilton, I.: Psychologie stárnutí. Portál, Praha, 1994, ISBN:80-7178-274-2

Demenci lze rozdělit do čtyřech stádií dle míry postižení a rozvoje nemoci: (Jirák, 1999 in Wágnerová)

První stádium – lehká demence

Již na počátku tohoto stádia dochází k poruchám paměti, zasažena je nejvíce krátkodobá paměť. Uvažování se vyznačuje těžkopádností a pomalostí. Menší potíže činí časová a místní orientace, počítání a pochopení složitějšího sdělení. Nemocní se vyhýbají novým a neznámým situacím a snaží se klást důraz na zkušenosti kompenzují tak úbytek kompetencí, ke kterému pozvolna dochází. Často se vyskytují určité nápadné věci v chování jako např. zpomalení, apatie, nezájem o činnosti a pokusy o sociální izolaci. V tomto stádiu potřebuje nemocný kontrolu a občasnou pomoc.

Druhé stádium – střední demence

V této fázi dochází k již těžším poruchám paměti, zasažena je také dlouhodobá paměť. Nemocný je časově i místně dezorientován. Přestává chápat souvislou a vztahy, nerozumí požadavkům a ztrácí soudnost. V některých případech dochází také k bludným přesvědčením. Objevují se obtíže v komunikaci, nemocný nechápe a neumí používat některá slova, jeho slovník je velmi omezený. Nezvládá také základní sebeobsluhu a hygienu. Také je poškozena emotivní složka osobnosti, jedinec není schopen normálního sociálního fungování. Je nutné na nemocného stále dohlížet a pomáhat mu.

Třetí stádium – těžká demence

Jedinec je dezorientován zcela, jak místem, tak časem i osobou. Komunikace a myšlení jsou téměř nemožné. Dochází k celkovému úpadku, nerespektování sociálních pravidel, negativismus, ztráta soc. dovedností atd. Běžná je úplná inkontinence stolice i moči. Je nutná 24 hodinová péče.

Čtvrté stádium – terminální

Z nemocného se stává ležící nemocný, navázání kontaktu je velmi problematické. Komunikace je silně limitována doporučuje se např. bazální stimulace. Je zcela odkázán na 24 hodinovou ošetrovatelskou péči.

Nejčastější příčina demence

Demence Alzheimerova typu (DAT)

Jedná se o nejvíce zastoupený typ demence, který má na svědomí asi 50 až 70 % demencí. Poprvé byla charakterizována v roce 1907 Aloisem Alzheimerem, tuto nemoc můžeme najít v různých publikacích pod následujícími názvy demence Alzheimerova typu, Alzheimerova choroba a demence Alzheimerova typu. Počáteční fáze probíhají u mladších pacientů většinou rychleji. Mladší pacienti také ale v pokročilejších stádiích nemoci přežívají déle.

Je to choroba, která je charakterizována atrofií, dochází k úbytku mozkových buněk. DAT může propuknout zhruba již v 50. roku věku, ale její pravděpodobnost velmi stoupá po dosažení věku 75 let. Mezi příznaky patří v prvních fázích občasná prázdnota v očích a strnulý pohled. Nejdříve dochází k vážným problémům s pamětí nemocný například bloudí v místech, která důvěrně zná. Mohou se vyskytovat také známky apraxie (neschopnost provádět složitější naučené pohyby) nebo také vizuální agnozie, což je neschopnost poznávat viděné objekty. (Stuart-Hamilton, 1994)

2.2.2. Změny ve fyzické oblasti

Změny, které podstupuje lidské tělo v třetí dekádě života jsou velké. Začínají se snižovat počty neuronů, mezi 30 až 70 rokem, je to až 40%. U člověka dochází po 125 dnech k obnově kostní dřeně, ve stáří se tato obnova postupně snižuje. Ubývá také hemoglobin, který transportuje kyslík po lidském těle. Buňky oční čočky, jater nebo štítné žlázy se mohou obnovit za lidský život až 6x, naproti tomu nervové buňky mají 0 regenerační schopnost. Úbytek se nedá nahradit. Ve stáří také dochází k ubývání náročnosti využití určitých orgánových funkcí a kapacit. Viditelným znakem jsou svráštělá kůže nebo také atrofující

svalstvo. Ovšem regenerační schopnost lze velmi poškodit již v raném věku špatnou životosprávou. Nejvíce rizikovými faktory jsou kouření, alkohol, špatná výživa a nízká pohybová aktivita.

S postupujícím věkem se zvyšuje objem tělesného tuku, tuk se hromadí nejvíce na břiše a bocích. Dochází k atrofii svalů, tělo přestává být hbité jako předtím, chůze již není tak jistá a zvyšuje se riziko pádu. Typický je také třes rukou. Chůze se zpomaluje a problematické se může stát vyjít např. schody.

Kosti řidnou a stávají se křehčími, častý je výskyt zlomenin. Držení těla se mění, zmenšuje se objem hrudníku. Velkým problémem je osteoporóza neboli řídnutí kostí, které se vyskytuje nejvíce u žen. Klouby a chrupavky se opotřebovávají a mění se jejich kvalita. Problémem je artróza tzv. porucha kloubní funkce.

Srdce snižuje svoji výkonnost a roztahuje se, na srdečních chlopních se tvoří arterosklerotické pláty. Cévy nejsou již tak pružné, tvoří se křečové žíly, dochází k tvorbě sraženin. Věkem se snižuje kapacita plic, jejím důsledkem je námahová dušnost. Dalšími změnami prochází také trávicí systém, snižuje se produkce kyseliny solné a snižuje se také střevní peristaltika. Játra tukovají a dochází k jejich atrofii, je nutné upravit jídelníček a vyvarovat se některých jídel. Také mozek a nervová soustava doznávají mnoha změn. Mění se váha a objem mozku. Stárnutí postihuje nervy a nervová vlákna, možnost přenosu informací se rapidně snižuje.

(Dienstbier, 2009)

Změny smyslových orgánů mají svůj počátek již v rané dospělosti. Stářím se zhoršuje akomodace, což je schopnost zaostřovat na různé vzdálenosti, což vede k tzv. presbyopii tj. stařecké dalekozrakosti. Nejzávažnější je asi ztráta zrakové ostrosti. Dochází také k posunu vnímání barev, staří lidé vidí v nažloutlých odstínech. Problémem se pro ně stává rozlišovat zelenou, modrou a fialovou. Nepříjemné může být také zhoršení periferního vidění tzv. zúžení zorného pole. Mezi nejvíce závažné choroby patří šedý zákal, tzv. katarakt – čočky přestávají propouštět světlo, dále pak zelený zákal neboli glaukom – v očních bulvách se hromadí velké množství nitroočního moku a vzniká tak tlak, který může oko vážně poškodit a zapříčinit až nevratnou slepotu. Nejzávažněji se jeví tzv. degenerace maculy, která může také vést až ke slepotě.

Ke zhoršení sluchu dochází již v průběhu dospělosti. Sluch může zhoršovat nevhodné prostředí, např. těžký průmysl. Nejznámějším typem oslabení sluchu je presbyakuzace – nedoslýchavost stárnoucích. (Hamilton, 1994)

2.3. Mýty o stáří

Haškovcová uvádí nejrůznější mýty o stáří – např. mýtus zjednodušené demografie – člověk je starý, jakmile začne pobírat důchod. Dnem odchodu do důchodu skončil smysluplný život. Teď už člověka nečeká nic hezkého jen „strašné stáří“. Dalším neméně zajímavým mýtem je mýtus homogenity – nerozlišujeme potřeby starých lidí, protože se nám jeví všichni vizuálně stejní.

Mýtus neužitečného času nám zase přibližuje starého člověka jako někoho, kdo nepracuje, jako někoho kdo je tím pádem „neužitečný“. (Haškovcová, 1989)

Další mýtus uvádí ve své knize Rheinwaldová - „stáří je nemoc“, tento mýtus vznikl z úbytku psychických a fyzických funkcí, ke kterému dochází při postupném procesu stárnutí. Byl již však dávno překonán. Dnes již z četných výzkumů víme, že je důležité se na stáří připravovat, trénovat tělo i mysl, aby fungovaly dobře i ve vyšším věku. (Rheinwaldová, 1999)

2.4. Národní program přípravy na stárnutí

Každý stát by měl mít vypracovaný určitý metodický postup pro problematiku stárnutí a stáří. Nejinak je tomu v České republice. Národního program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012, který připravilo Ministerstvo práce a sociálních věcí se zabývá těmito oblastmi:

Na úvod se zabývá demografickými prognózami zpracovanými Českým statistickým úřadem a ty uvádějí že v roce 2050 bude v ČR žít přibližně půl milionu lidí starších 85 let a více a téměř 3 miliony lidí starších 65 let. Další předpoklad je, že v období let 2000 až 2050 se v hospodářsky vyspělých zemích zvýší podíl lidí ve věku 80 let až 3x. Plodnost však naproti tomu zůstává na velmi nízké úrovni, která naprosto nezajišťuje reprodukci populace.

Program si klade za cíl především vytvořit podpůrné, integrující a vstřícné prostředí pro nás samé i druhé. Hlavním cílem je podpořit solidaritu a soudržnost mezi generacemi, informovat veřejnost o těžkostech a preferencích seniorů a chránit práva a zájmy zranitelných skupin starých lidí.

Kvalita života je zde pojímána jako průřezové téma, které vyžaduje komplexní a ucelený přístup napříč sektory společnosti. Toto téma se týká všech a neměli bychom jej ignorovat.

Základní principy

Mezi základní principy patří celoživotní přístup ke zdraví, který je charakterizován věnování pozornosti určitým rizikům v kritických fázích života a zaměřením se na specifické problémy v různém věku. Klade důraz na prevenci a předpokládá, že zdraví a kvalitu života lze ovlivnit v každém věku.

Pro dosažení dobrých podmínek pro zdravé a důstojné stáří je dobrá spolupráce vlády a samosprávy. Místní správa ovlivňuje velmi výrazně kvalitu a dostupnost dopravy, sociálních služeb a bydlení, služby a další podmínky důležité pro kvalitu života. Vláda pak je důležitá k podpoře na celorepublikové úrovni.

Mezi základní principy patří samozřejmě také tzv. mezigenerační vztahy a soudržnost. Mezi jednotlivými generacemi se uskutečňuje předávání hodnot kultury a zkušeností na pozadí mezigeneračních vztahů. Mezigenerační vztahy jsou jednou z nejdůležitějších věcí, která ovlivňuje kvalitu života. Stáří s sebou přináší mnoho pozitivních hodnot, a tyto hodnoty by měly být podporovány a vyzdvihovány. Zvláštní pozornost má být věnována především jedincům se závažným postižením, duševně nemocným, a obyvatelům špatně vybavených lokalit, kde je kumulováno mnoho rizik sociálního vyloučení. Zvláštní kapitolou jsou také oběti totalitních režimů, váleční veteráni a další znevýhodněné skupiny.

Dalším důležitým principem je genderový přístup, který je založen na zohlednění převažujících počtu žen ve vyšších věkových kategoriích, důležité je především zohlednění rozdílných rizik, potřeb, a specifik žen a mužů v určitých životních oblastech. Především politiky, které mají vztah k stárnutí a stárnoucí populaci jako např. zdravotní, rodinná či důchodová by měly být genderově citlivé a především spravedlivé. (MPSV, 2008)

2.5. Ageismus

Jako ageismus označujeme vysoce nebezpečnou diskriminaci věkem, která je založena na přesvědčení, že zástupci určitého věku mají nižší společenskou a lidskou hodnotu. Jako nejlepší příklad uvádí Pokorná koncepci Roberta N. Butlera z Národního institutu pro stárnutí – který charakterizuje ageismus jako:

*„ proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, které je manifestováno širokým spektrem fenoménů (např. otevřená averze, vyhýbání se kontaktu) a stává se jednou účelnou metodou společnosti propagovat tento pohled na starší osoby s cílem setřást část vlastní zodpovědnosti vůči nim“.*⁵

Stáří bylo odsunuto na druhou kolej, rady starších nejsou už třeba, vše nahradila technika. Starý člověk v tomto světě ztrácí své postavení a vážnost kterou měl v předešlých dobách. Jsou časté také různé kampaně, které dokonce v rámci svých aktivit zesměšňují a ponižují seniory. Staré tváře jsou často využity pro reklamu na inkontinenční pomůcky nebo léky pro podporu paměti nebo pro přípravky pro zubní náhrady. Velká část sociologů tvrdí, že naše doba chápe hodnotu člověka pouze z jeho pracovních výsledků. Stáří se tedy ve světle této teorie jeví jako neúčinná ekonomická investice. To vše se podepisuje velmi markantně na mezigeneračním chování a soužití.

Výzkumy dokázaly, že velmi mnoho seniorů má negativní zkušenosti se zdravotníky nebo pracovníky sociálních služeb. Senioři si často nestěžují na nesprávné jednání ze strachu, že by mohlo být i hůř. Diskriminační chování a ponižování snižuje ve starých lidech jejich sebehodnocení a spokojenost a nezdědka se objevují i myšlenky, že by bylo lepší zemřít. (Klvetová, 2008)

3. Kvalita života a potřeby seniorů

Pojem kvalita života se poprvé objevil už někdy ve 20. letech, byl spjat s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze, kterou měl stát mít v materiální podpoře nižších společenských vrstev.

Po válce můžeme tento termín znovu sledovat v souvislosti s prezidentem Johnsonem, který si v jednom ze svých projevů stanovil tento pojem jako jeden z cílů své politiky. V jeho pojetí

tedy byla ukazatelem společenského blaha nejen kvantita spotřebovaného zboží, ale také spokojenost se životem za určitých podmínek.

Od 70 let tento termín zdomácněl v sociologii. V této době se také začala kvalita života používat pro výzkumné účely, pro měření dopadu společenských proměn na lidský život tzv. „Social Indicators“.

⁵ Pokorná A.: Komunikace se seniory. Praha, Grada, 2010, str.70, ISBN 978-80-247-6603-4

70 léta v USA se nesou ve znamení celonárodního šetření kvality života obyvatelstva. Z výsledku vyplývá, že zlepšení socioekonomických podmínek a naplnění základních

biologických předpokladů života jsou důležité jen z části, a to, jestliže uspokojení určitých potřeb nedosáhne hranice definované jako hranice chudoby. Subjektivní vnímání života nemusí být ani tak postaveno na ekonomickém statusu a biologickém zdraví, jak by se mohlo na první pohled zdát.

Největší rozkvět zaznamenává studium kvality života v posledních 10-ti letech. Různé odborné týmy se snaží uchopit kvalitu života a používají k tomu různé koncepční rámce. Studium kvality života v dnešní době je zaměřeno na hledání a rozpoznávání faktorů, které přispívají k lidskému štěstí a spokojenému a smysluplnému životu. I když je pojem kvalita života velmi diskutovaný nelze se na něm úplně shodnout. Každý vědní obor o něm hovoří jinak, psychologie, ekologie, medicína, kulturní antropologie aj. (Hnilicová in Payne 2005)

Uveďme si tedy alespoň některé definice tohoto pojmu:

Dle Hnilicové (Hnilicová in Payne, 2005) lze kvalitu života shrnout takto – jedná se o důsledek interakce mnoha faktorů, ať již zdravotní, sociální, ekonomické nebo environmentální. Pokud vše zjednodušíme, má tento koncept vlastně 2 složky a to objektivní a subjektivní. Objektivní kvalita života je postavena na emocionalitě a obecné spokojenosti se svým životem a objektivní je souhrnem sociálních a materiálních podmínek života, fyzického zdraví a v neposlední řadě také sociálního statusu.

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje kvalitu života takto: „*Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům a očekáváním, životnímu stylu a zájmům*“. ⁶

Jinak popisuje zase kvalitu života Centrum pro podporu zdraví při univerzitě v Torontu:

„*Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života*“⁷

Jako důležité součásti, ze kterých se kvalita života skládá Hnilicová uvádí tyto:

1. **bytí** (being - who is one), tato část dále obsahuje
 - fyzické bytí – zdraví, hygienu, výživu, tělesný pohyb, vzhled atd.
 - psychologické bytí – sebeúcta, sebekontrola, psychologické zdraví
 - spirituální bytí – víra, hodnoty, přesvědčení

^{6,7} Payne J.: Kvalita života a zdraví, Triton, 2005 str. 208, ISBN 80-7254-657-0

2. **přilnutí** (belonging – napojení se na prostředí)

má také 3 části

- fyzické přilnutí – k sousedství, domovu, pracovišti
- užší – k rodině, přátelům, sousedům
- přilnutí k širšímu prostředí – díky finančním příjmům, zdravotní péči, rekreačním možnostem atd.

3. **realizace** – (becoming – dosažení cílů)

4. **praktické uskutečňování**

5. **odpočinkové aktivity**

6. **osobní růst**

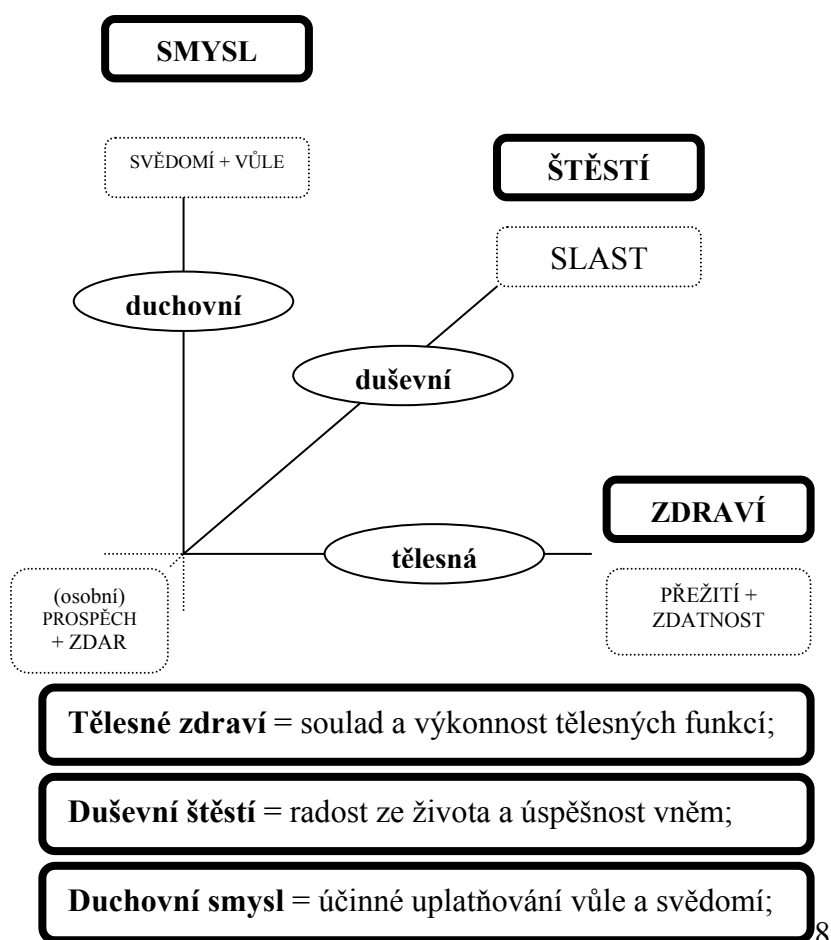
(Hnilicová in Payne, 2005)

Eva Křížová zase popisuje kvalitu života jako široký a nejednoznačný pojem. I když je jasné, že je to jev velmi složitý, komplexní a multidimenzionální, existuje částečná shoda alespoň v tom, že zahrnuje tři základní domény a těmi jsou fyzické prožívání, psychická pohoda a sociální postavení jedince a jeho vztahy k ostatním. K sociálním, nebo řekněme sociologickým aspektům kvality života se řadí mnoho proměnných, můžeme je však rozdělit na 2 velké skupiny, buď se jedná o mikrosociální aspekty nebo sociální aspekty obecnější, které nám něco říkají o vztahu jedince a velké skupiny. Fyzické prožívání je založené především na přítomnosti zdravotních obtíží, jak jsou těžké, zda vyžadují léčbu, zda jsou bolestivé atd. Psychické aspekty jsou charakterizovány především přítomností pozitivních a nepřítomností negativních lidských emocí, dále např. vitalitou apod.

Mezi sociologické aspekty, které se nejčastěji zkoumají patří např. ekonomická situace, vzdělání, etnická příslušnost, profese, rodinný život, rodičovství nebo také partnerství. Pokud se na kvalitu života podíváme šířeji, ovlivňuje ji velmi markantně např. politické zřízení, celkové společenské klima, další důležitou složkou je také úroveň sociálních služeb a také sociální zabezpečení. (Křížová in Payne, 2005)

Dalším pohledem na kvalitu života je graf znázorňující oblasti života týkající se kvality života dle Balcara:

Schéma č. 1: Vnitřní rozměry člověka - Kvality (stránky, dimenze) lidského života – jejich motivační vodítka a hodnotové zacílení ve vztahu člověka ke světu a k sobě samému



Zdeněk Kalvach ve své knize uvádí, že nejvýraznější problémy a pochybení v přístupu k seniorům a v péči o ně dochází především v zaměření se na výhradně základní biologické potřeby. Takoví klienti jsou najedení, čistí, ale přesto mohou velmi strádat, mohou být deprivováni absencí podnětů a komunikace, což přináší ztrátu smyslu. Pak se již jejich bytí může redukovat pouze na jídlo, vyměšování a „čekání na smrt“.

Kvalita života je pevně spojena především s naplňováním vyšších životních potřeb. (Kalvach, 2006)

⁸Karel Balcar, Kvalita života [online],

[cit.20.4.2012] Dostupné na < www.kvalitazivota.vubp.cz/prispevky...II_kvalita_zivota >

4. Motivace při práci se seniory

Motivace hraje důležitou roli při práci se seniory a nejen s nimi. Motivace je něčím, co nás nutí uspokojovat své vlastní potřeby. Podkladem motivace je určité úsilí našeho organismu o dosažení rovnováhy mezi námi samými a prostředím, určitými činnostmi, které vedou k vlastnímu uspokojení a především soběstačnosti.

Důležité při práci se seniory je skutečné ujištění seniora o tom, že jsme přesvědčeni, že danou věc je schopen zvládnout.

Jakousi pomyslnou bránou k přijetí těch činností, které povedou k naplňování našich životních potřeb jsou naše smysly. Klevetová uvádí následující výzkumy:

10% si pamatujeme z toho co slyšíme

15% si pamatujeme z toho co vidíme

20% si pamatujeme z toho, co současně vidíme i slyšíme

40% si pamatujeme z toho, o čem hovoříme

80% si pamatujeme z toho, co přímo zažijeme a děláme

90% si pamatujeme z toho, co se pokoušíme naučit druhé

Staří lidé jsou velice vnímaví k neverbálním signálům, které vysílá naše tělo, jsou k nim vnímavější, než k samotným slovům. Nejdůležitější tedy je v přístupu k seniorům především společná práce, laskavé podporující prostředí, humor a vstřícnost.

V souvislosti s motivací je důležité zmínit také logoterapii, tzv. psychologický směr V.E. Frankla, který je založen na hledání odpovědí v otázkách nalézání smyslu vlastního života. Dle Franklovy teorie je v každém člověku určitá motivační síla najít v životě svůj smysl. Člověk také nese zodpovědnost za nalézání smyslu a místa v životě. Tato teorie chápe každou, byť nepříznivou situaci jako výzvu k řešení určitého cíle. Vše má svůj význam. Smysl života se mění ze dne na den. Důležité je přijmout hodnotu nové volby, vždy je možné nalézt smysl, v každé situaci. Je důležité ukázat klientům, že jejich smyslem je přijmout realitu dané situace a najít si v ní svůj cíl směřování.

Ve stáří začíná ubývat pracovních a tvůrčích hodnot, někdy mohou mít lidé pocit, že nejsou užiteční. Je třeba jim ukázat nové možnosti, přeorientovat se na nové cíle. Protože lidská

snaha po seberealizaci je obsažena už v základních potřebách. Nové činnosti je možné provádět v delších časových úsecích a po menších krocích.

Dalším důležitým momentem mohou být také zážitkové hodnoty. Frankl chápe zážitkové hodnoty jako něco, co má trvalou hodnotu a nikdo nám je nemůže z našeho života vymazat. Život v jeho pojetí nemůže nikdy ztratit smysl už jenom tím, že každý toho v životě spoustu prožil a dokázal.

Další dle Frankla důležitou složkou jsou postoje. Ať již se v mém životě děje cokoli zlého, mohu zaujmout statečný postoj. Nemohu změnit nezměnitelné, ale sám sebe ano. Je důležité nalézat malé okamžiky štěstí, že vidím, slyším a rozumím. Není v životě důležité plakat nad tím, co chybí, ale radovat se z toho co mám. (Klevetová, 2008)

5. Přístupy k práci se seniory

„Neboť ať chceme, nebo nechceme při každém profesním kontaktu s ohroženým, zranitelným, závislým člověkem, působilme buď psychoterapeuticky, nebo psychotraumaticky – třetí možnost neexistuje.“ (J. Skála)

Zdeněk Kalvach se ve své knize zbývá tzv. neformální psychoterapií. Poukazuje na skutečnost, že především psychoterapie se zvláště křehkými a zranitelnými osobami by neměla být podceňována, v jeho pojetí by se mělo jednat o co nejširší profesionální spolupráci. Výslednicí tohoto neformálního psychoterapeutického „denního kontaktu“, je zvýšení sebeúcty, posilování jistoty a nastolení pozitivních perspektiv.

Důležité jsou krátkodobé perspektivy jako např. tento týden budou dávat oblíbený pořad, rodina přijde na návštěvu apod. Snažit se zamezit personálu projevům pohrdání nebo snad zesměšňování. Předcházet případným neúspěchům, které mohou seniora velmi znejistit.

Důležitým bodem je využívání tzv. „aktivního naslouchání“, nebát se se seniory probírat dle jejich přání i témata jako je beznaděj, strach ze smrti atd. Důležité je vždy ujištění, že na nic nebude sám, že vždy tu s ním bude někdo další. Je důležité také kontrolovat svá gesta, mimiku, tón hlasu i postoj, které nás případně mohou prozradit. (Kalvach, 2006)

Klevetová (2008) ve své knize zase uvádí některé velmi důležité body, jež bychom měli mít na paměti, komunikujeme-li s osobou s demencí.

Měli bychom být informováni o stupni a hloubce demence. Velký důraz bychom měli klást oslovení, někteří senioři si dosaženého společenského stavu velmi považují.

Mluvit je nutné srozumitelně a pomalu v kratších větách. Použití hlubšího tónu hlasu je o mnoho účinnější. Jednotlivé informace je důležité podávat pomalu a postupně, jinak se senior bude cítit zahlcen. Není dobré naléhat s nějakou činností, řešením je nabídnout jinou. (Klevetová, 2008)

6. Institucionální péče o seniory

Dle zákona 108/2006 Sb O sociálních službách § 49 poskytují „*domovy pro seniory pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost, zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.*

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- *Poskytnutí ubytování*
- *Poskytnutí stravy*
- *Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu*
- *Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu*
- *Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*
- *Sociálně terapeutické činnosti*
- *Aktivizační činnosti*
- *Pomoc při uplatnění práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí“⁹*

Každý z nás by si zcela jistě přál strávit podzim života v domácím prostředí, ne vždy je to ovšem možné. V některých případech je institucionální péče pro rodiny seniorů nevyhnutelným řešením. Ve chvíli, kdy senior není schopen ani s dopomocí zvládat péči o svoji osobu, nebo je závislý na celodenní péči ať již z důvodů imobility či z důvodu pokročilé fáze demence.

Dle zákona 108/2006 Sb O sociálních službách patří domovy pro seniory a domovy pro seniory se zvláštním režimem mezi zařízení sociálních služeb. Jejichž zřizovatelem mohou být územní samosprávné celky, obce, kraje a jimi zřizované právnické osoby, ministerstvo a dále fyzické osoby. Domovy pro seniory poskytují ubytování, stravu a péči seniorům celoročně.

⁹ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 31.3.2006 O sociálních službách. In: Sběrka zákonů České republiky. 2006, částka 37, s. 1270. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>

Domovy se zvláštním režimem jsou zařízení, které poskytují ubytování, stravování péči a specializované služby pro uživatele, kteří trpí psychickou poruchou nebo demencí a nejsou již schopni života ve svém domácím prostředí. Dalším typem rezidenční pobytové služby jsou penziony pro seniory nebo domovy s pečovatelskou službou, podmínkou přijetí je úplná soběstačnost seniora ve všech denních úkonech.

V dnešní době je opět kladen důraz na návrat k domácí péči, rodiny se často snaží rozdělit si mezi sebou starost o nemocného seniora, matku, otce, tetu. Je možné využít služeb jako je pečovatelská služba, nebo asistenční služba. V některých případech je institucionální péče jediným řešením. Často je takovým mezníkem inkontinence jejich blízkého, přes což se mnoho lidí není schopno a ochotno přenést.

Přesun do cizího prostředí seniorovi přináší mnoho těžkostí. Haškovcová (1989) uvádí, že při přesunu seniora do zařízení dochází k ztrátě fyzické i psychické intimity. Domovy důchodců byly koncipovány jako místa, kde by jednomu člověku mělo stačit okolo 7m² obytné plochy, což je zoufale málo. To co senior přesunem do ústavního prostředí ztrácí především je teritorium, časovou strukturu, mezosobní vztahy a také sebehodnocení.

Odejít do zařízení, pro mnoho lidí znamená odejít na poslední stanici s perspektivou dožití.

Přesunem do jiného zařízení dochází u seniora k tzv. „translokačnímu šoku“, při následné adaptaci sahá do svých už tak vyčerpaných psychických rezerv. Jsou senioři, kteří tento šok z „vykořenění“ nepřežijí a zemřou. Nový obyvatel je zpočátku často lítostivý, nervózní a náladový a nechce pomoci.. (Haškovcová, 1989)

Je obecně známé, že okolní prostředí velmi významně ovlivňuje zdravotní stav i chování seniorů. Ještě stále u nás převládá lékařský model, senior je brán jako pacient ne jako klient. To co asi nejvíce ovlivňuje spokojenost je sterilní, nudné a ponuré prostředí, denní rutina a nezájem ze strany personálu. Neuspokojivé prostředí může v lidech stres a pocity ohrožení.

Při vytváření prostoru pro seniory je nutné dbát několika poměrně známých pravidel. Důležité jsou znaky, nápisy a upozornění v dostatečné velikosti. Také barevné označení je velmi žádoucí. Snížíme tak možnost bloudění a následující frustraci. Také nábytek by měl být koncipován pro potřeby senior. Pohovky by neměly být příliš nízké a měkké, protože se z nich špatně vstává, důležité jsou opěrky pro ruce nebo bolavé nohy by měly být samozřejmostí. Také dobře ovladatelný výtah a dostatečně prostorné chodby a především dveře do pokojů by měly být samozřejmostí.

Pro seniory v zařízeních je také velmi důležité, aby byla podporována jejich soběstačnost, samozřejmě, že pro personál domova je daleko pohodlnější úkon za seniora udělat, protože vše vyžaduje více času, ale tím čím dál tím více zbavujeme soběstačnosti a to může často vést k pasivitě a rezignaci. Často právě tím dochází ke ztrátě důstojnosti, kontroly a zregulování člověka na pacienta. Pokud seniorům v ústavním prostředí nezabezpečíme příjemné prostředí, které je pohodlné, podnětné a je možno z něj dobře čerpat informace, nezajistíme zábavu a možnost společenských kontaktů. Nebudeme se nažít o udržení jeho sebeúcty a funkčnosti navzdory všem fyzickým ztrátám a omezením, nemůže opravdu důstojně v takovém zařízení prožít závěr svého života. (Rheinwaldová, 1999)

Senioři navazují velice složitě nové vztahy v zařízení. Je pro ně problém s někým se seznámit, proto jsou aktivity a aktivizační činnosti dobrým nástrojem pro nenásilné začlenění seniora do „života“ domova.

Každý ve svém životě zaujímá v jeho průběhu různé role, každý člověk přináší se svým nástupem svůj pohled na věc a své způsoby chování, které se mu během života vyplatily. Ale nástupem domova dostává novou roli, a hledá své místo a podpora personálu i rodiny je pro něj velmi důležitá. Někdy dochází k rezignaci na fungování v kolektivu. Jak tedy postupovat, aby snažení bylo úspěšné? Je nutné především před přestěhováním seniora do zařízení dobře jej na situaci připravit. Je velmi přínosné poznat detailně zvyklosti a režim daného zařízení. Je také důležité znát rituály, zvyky seniora a přizpůsobit se jim.

Uchování jeho věcí a zajištění styku s osobami, na které je senior zvyklý. Neměnit přestupem do zařízení k seniorovi přístup. Je důležité naučit se akceptovat povahové rysy, protože ty se ve stáří výrazně mění. Zapojení seniora do aktivit není samozřejmostí, vše je nutné nabízet, důležitá je svobodná vůle. I když víme jak prospěšná aktivizace je, nikdy nikoho nenutíme proti jeho vůli. (Venglářová, 2007)

7. Aktivizace

7.1. Aktivizace a aktivizační pracovník dle zákona 108/2006

Aktivizační činnosti může vedle ergoterapeuta vykonávat pracovník v sociálních službách, dle zákona 108/2006 Sb. „*Mimo jiné vykonává základní nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění*

volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalosti a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmových a kulturních činností.“¹⁰

„Odbornou způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta vymezuje § 7, zákona č. 96/ 2004 Sb. (tzv. zákon o nelékařských zdravotnických povolání). Ergoterapeut je dle zákona pouze ten, kdo získá odbornou způsobilost k výkonu profese:

- absolvováním akreditovaného bakalářského studijního oboru pro přípravu ergoterapeutů
- absolvováním tříletého studia oboru diplomovaný ergoterapeut na vyšší zdravotnické škole, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/ 2005
- absolvováním střední zdravotnické školy v oboru ergoterapeut, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/ 1999“
- absolvováním pomaturitního specializačního studia léčba prací“¹¹

7.2 Vymezení pojmu aktivizace

Hartl ve svém Psychologickém slovníku definuje aktivizaci jako „nespecifické označení úrovně aktivity, vybuzení, založené na smyslové, žlázoové, hormonální a svalové připravenosti k činnosti“ *tento pojem souvisí i s aktivační úrovní jako stupněm „pohotovosti, připravenosti organismu k činnosti.*“¹² (Hartl, 2004)

Další pojetí tohoto termínu nabízí Lore Wehner: Aktivizace s cílem člověka rozpohybovat, rozhoupat, zaktivizovat, motivovat a probudit v něm potřebu spoluutvářet svůj život i v pokročilém stáří a účastnit se dále na životě společnosti.

Aktivizací je možno co nejdéle zachovat vlastní sebevědomí, sebeurčení, sebehodnocení, sebeakceptaci a samostatnost.

¹⁰ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 31.3.2006 O sociálních službách. In:Sbírka zákonů České republiky.2006, částka 37, s. 1270. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>

¹¹Ing. Michal Rod, *Ergoterapie a její cíle* [online], [cit.3.4.2012] Dostupné na <<http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageID=1>>Poslední aktualizace 25.7.2008

¹²Hartl P.: *Velký psychologický slovník*. Praha, Portál, 2010, ISBN:978-807367-569-1

Důležitou součástí je snaha o zachování sociálních kompetencí, myslíme tím např. budování nových kontaktů s lidmi, udržení vazeb v rámci rodiny a schopnost začlenit se do nového prostředí. Velice podstatnou složkou je také snaha o udržení těch základních kompetencí jako je oblékání, schopnost sám se najíst či udržet osobní hygienu. (*Lore Wehner*)

Jitka M. Zgola (2003) ve své knize uvádí, že pro člověka například s Alzheimerovou chorobou, je smysluplná aktivizace vlastně tím nejvíce cenným, co pro něj můžeme udělat. Jestliže ji aktivizační pracovník správně využije, je pro člověka motivací, pomůže mu s depresí a také v neposlední řadě je schopna tlumit nervozitu a neklid.

Aktivita dává člověku to, co je pro něj nejdůležitější po splnění jeho základních potřeb a tím je pocit jistoty, sounáležitosti a vlastní hodnoty. (Zgola str. 148)

Aktivizací nebo uveďme raději aktivizačními činnostmi rozumíme takové činnosti, které vedou k udržení nebo rozvíjení stávajících funkcí. Mohou mít funkci terapeutickou, preventivní nebo také léčebnou. (Müller, 2006)

7.3 Možnosti dělení aktivizace

7.3.1. Skupinová aktivizace

Skupinová aktivizace je jednou ze základních forem aktivizace, využívá skupinové dynamiky a skupinových procesů jako je podpora, přijetí, sdílení atd. Myslíme tím samozřejmě malou skupinu o max. 15-ti osobách.

Pro seniory má mnoho kladů ale samozřejmě i záporů. Často taková skupina může fungovat jako terapeutická skupina zvláště pro seniory trpící depresí. Jak uvádí ve své knize Hamilton (1994), se skupinovou prací lze u starých lidí trpících nejrůznějšími poruchami paměti, depresemi a demencí lze výrazně zlepšit jejich psychický stav.

Nejdůležitější je asi omezení pocitu izolace. To že navštěvují nějakou skupinu je přesvědčuje o tom, že někam patří a že jsou součástí společenství.

Skupinová práce se seniory umožní především následující –

- vzájemnou podporu lidí, kteří jsou v stejném věku
- dochází při ní k výměně poznatků, zážitků a zkušeností
- společnými silami jde lépe bojovat proti demoralizaci

- zvyšuje sebevědomí
- senior dostává v rámci skupiny určitou roli
- učí nás důvěře
- uvědomíme si, že všichni kteří skupinu sdílíme máme svá trápení
- pomůže nám ke zvýšení naší nezávislosti
- poskytne nám příležitost ke sdílení svých problémů
- učí nás novým sociálním dovednostem
- umožní nám dosáhnout pocitu, že jsme něco dokázali
- v jejím rámci je možné se dobře pobavit

(Walsh, 2005)

Obecné sociální cíle dle Liebmanna:

- vědomí si uznání a projevu ocenění od druhých lidí
- spolupráce v rámci skupiny a zapojení se do jejích činností
- komunikace
- mít možnost sdílet své problémy a mít možnost vhledu a seznámení se s jinými zkušenostmi
- nalézání jedinečnosti jedince
- sociální soudržnost, pocit podpory a důvěry
- soudržnost skupiny
- seznámení se se skupinovými tématy

(Liebmann in Jelínková a kol., 2009)

Velice vhodné pro úspěšnou práci s lidmi trpícím především počínající demencí je dle Zgolové (2003) malá sociální skupina která je charakterizována především těmito znaky:

- malým počtem členů (2-10)
- fyzickou blízkostí jejích členů, kontakt face to face
- přátelstvím a neformálními vztahy
- důvěrou, intimitou, možností projevovat navenek své emoce

Jelikož tyto malé skupiny, jako je rodina, přátelé, jsou pro plnění základních potřeb důležité a protože péče orientovaná na člověka je reflektuje, snaží se, aby se z uskupení osob stala sociální skupina a k tomu přispívá jak společně sdílený prostor, společný cíl a úkol,

smysluplná struktura, společně prožitá zkušenost a vyprávění příběhů. To co tvoří malou skupinu tím co je a co je na ní právě tolik přínosné jsou společné zážitky, uvolnění emocí, vědomí příslušnosti, vědomí toho, že někam patřím to vše vytváří společné vědomí my. To co je zvláště důležité je především to, že zde člověk zaujímá svoji sociální roli, konkrétní místo. V této skupině si mohou lidé pomoci, vyslechnout jeden druhého, společně zavzpomínat.

Neměli bychom zapomínat, že skupinové aktivity jsou mnohem náročnější na pozornost než ty individuální. Proto tedy při jejich volbě a náplni je vždy nutné přihlížet ke stavu a možnostem osob, které se jich účastní. (Zgolová in Janečková, 2010)

7.3.2. Individuální aktivizace

Některým seniorům je naopak spíše určena individuální aktivizace, především těm, kteří jsou plně imobilní a těm kteří nemají rádi větší množství lidí, nevyhledávají ostatní lidi a ti kteří jsou příliš plašší.

Individualizovaný režim je dále velmi vhodný pro jedince, jež trpí pokročilou formou demence. Je možné, aby se nadále zúčastňovali některých aktivit, ale jsou rychleji unaveni, nemají zájem, nebo je z jejich chování patrné, že jim účast na skupinových aktivitách nepřináší očekávanou radost. Individuální práce je také velice prospěšná, ve chvíli přechodu seniora z rodiny do zařízení, v tomto zvláště pro seniora složitém období mu nabízí citlivou a pomalou cestu k získání vlastní individuální rovnováhy.

Pouze na skupinovou aktivizaci a aktivity bychom také neměli spoléhat, je spousta věcí, které se v rámci skupiny odpozorovat nedají a které je před skupinou složité ventilovat.

Pak jsou individuální sezení a rozhovory také dobrou alternativou.

7.4. Jednotlivé aktivizační techniky a postupy

7.4.1. Cannisterapie

Canisterapie se někdy nazývá „léčba psí láskou“ využívá vztahu pes člověk k terapeutickému navázání vztahu. V některých případech nám přímo pomáhá navázat komunikaci s uživatelem, který z nějakého důvodu, ať již somatického či psychického komunikovat nemůže nebo také nechce.

Pes dle Galajdové (2011) v zařízení uvolní atmosféru, lidé mají téma o kterém se mohou bavit, je to okamžik, na který se mohou těšit je to pouto které stmeluje a otevírá brány. Pes je velmi citlivý a umí vnímat bezmocnost. Pes může také vyvolávat vzpomínky. Pomůže odstraňovat pocity osamění, pomáhá při depresivních stavech. Často je v domovech pro seniory pes jediný tvor, který se s člověkem pomazlí. Každý člověk má potřebu hladit a také být hlazen, přispívá to k vnitřní spokojenosti a vnitřnímu souladu. Pes nesoudí, má jiná měřítko, není pro něj důležité, jestli je někdo zdravý, nebo nemocný, mladý nebo starý, hezký nebo ošklivý.

7.4.2. Ergoterapie

Snahou tohoto oboru je smysluplnou prací či řekněme zaměstnáváním přispívat k osobní soběstačnosti klientů s různým stupněm postižení až již smyslového nebo tělesného. Snahou je zachování maximální míry soběstačnosti a integrity. Důležitá je snaha o zachování klientovy důstojnosti a především ohled k jeho osobním možnostem. Snaha o obnovu postižených funkcí. Dle Jelinkové (2009) se ergoterapie řadí k rehabilitačním profesím, a je velmi cennou terapií na cestě k zamezení sociálnímu vyloučení. Pomáhá osobám s handicapem řešit každodenní problémy života. Zvyšuje tak poměrně významně kvalitu života a také osobní spokojenost.

Ergoterapie je využívána samozřejmě u klientů různých věkových skupin, ale pro seniory je velmi důležitou terapií, protože využívá něco velmi přirozeného a to lidskou práci.

7.4.3. Arteterapie

Arteterapie znamená v širším smyslu léčbu uměním, zahrnujeme do ní i hudbu, poezii, prózu a tanec. Můžeme ji také specifikovat jako léčbu uměním. Rozeznáváme dva druhy receptivní, která je spojena s vnímáním uměleckého díla a produktivní, při které používáme konkrétní činnosti a techniky. (Šiřková, 2002)

„Arteterapie je „psychoterapeutickou a psychodiagnostickou disciplínou, využívající k léčebným cílům formy a prostředky adekvátní uměleckým formám (v užším pojetí formám výtvarného umění, v širším i jiných uměleckých oborů).“¹³

¹³ Slavík in Šiřková-Fabrici, J.: Základy arteterapie. Portál, Praha, 2002, str.200, ISBN 80-7178-616-0

Dle Šičkové je na arteterapii pro seniory i jiné skupiny nejpřínosnější především změnit a posílit sebevědomí člověka, integrovat jeho samého, jeho osobnost a dát mu zažít pocit smysluplného využití jeho života.

Především využití technik práce s hlínou je pro seniory velmi vhodné a také velmi oblíbené jednak slouží, pro udržování jemné motoriky a jednak pro koordinaci pohybů. Velké úspěchy většinou slaví kolážové techniky (Šičková, 2002)

7.4.4. Reminiscence

Reminiscenci můžeme popsat jako práci se vzpomínkami ve skupině seniorů či s jednotlivcem. Reminiscence se přímo dotýká prožitých událostí a vzpomínek.

Mezi základní techniky uvádí Janečková (2010) ve své knize Reminiscence následující – vzpomínkové boxy, vzpomínání ve skupině, knihy života a reminiscenční divadlo.

Dany Walsh (2005) ve své knize píše, že vzpomínání nám může přinášet pro seniory velmi důležité vnímání vlastní identity, vyzdvihnout jedinečnost jejich životní zkušenosti. Dalším důležitým poznatkem je větší sebehodnocení, jednak tím, že dostává od ostatních ve skupině pozornost a jednak tím, že naslouchání ostatním v něm upevňuje pocit, že někam náleží.

Další může být jakési ohlédnutí za životními eskapádami a smířování se s životním směřováním.

Mohou se však vyskytovat jedinci, pro něž jsou vzpomínky traumatizující a nevítané např. ti, kteří zažili válku a strádání. Těm je nutné věnovat spíše individuální sezení.

U seniorů s pokročilou demencí Naděžda Špatenková (2011) charakterizuje reminiscenci jako především emotivní záležitost. K navázání vztahu mezi terapeutem a klientem tedy možné využít např. hudby. Je dokázáno, že především vytvořením vstřícné a příjemné atmosféry je možné výrazně pozitivně naladit klienty. Účastí na reminiscenčních terapiích bylo často dosaženo častějších a delších reakcí na otázky a klienti navazovali i spontánní hovor mezi sebou. Především je důležité dodržovat následující doporučení. Skupina reminiscence by měla být co nejmenší, setkání by měla být spíše kratší a raději několikrát týdně. Měla by se konat vždy ve stejnou dobu a stejném místě. Zahájena a ukončena by měla být stejným způsobem. Volba pomůcek by měla mít přímou spojitost s předcházejícím životem seniora, je dobré si zjistit o jeho životě co nejvíce detailů. Je třeba poskytnout seniorům dost času, je

dobré vše do detailu naplánovat. Pro seniory trpící demencí je velice vhodná také individuální reminiscence.

7.4.5. Kinezioterapie a taneční terapie

Dle Jiráka je kinezioterapie jednou z velmi přínosných aktivit při práci s seniory trpícími demencí. Její pomocí dochází k udržování svalové hmoty a také stability. Dobré jsou nejrůznější typy cvičení např. v kruhu na židlích. Je obzvláště důležité přizpůsobovat druh a rozsah cvičení možnostem a stavu klientů a doprovázet je slovně a také dobře názorně. Jako další velmi přínosnou aktivitu spatřuje Jirák v taneční terapii, tanec jako takový může být velmi přínosným prostředkem neverbální komunikace. Vnímání hudby v nás navozuje příjemné pocity, které jsou důležité pro velkou terapeutickou hodnotu. (Jirák, 2009)

7.4.6. Pohybové aktivity pro seniory

Pohybová aktivita ve stáří je velmi prospěšná, je dobré ovšem si uvědomit že je nutné přizpůsobit výběr aktivit a jejich délku momentálnímu zdravotnímu stavu seniora. Kontraindikace aktivizačních pohybových činností jsou např. dušnost a nestabilní angina pectoris, chronické stavy oběhových poruch, horečné stavy a akutní potíže pohybového aparátu. Cviky bychom měli zaměřovat především na tyto oblasti – cvičení pro posílení rovnováhy a stability těla, koordinace pohybů hlavy a očí a končetin, posilování pánevního dna, nácvik sedu, vstávání a chůze, řízená dechová jógová cvičení.

Jógová cvičení jsou zvláště vhodná, jak uvádí Štilec (Štilec in Dienstbier, 2003) jsou velmi doporučovaná snad pro všechny věkové kategorie. Pomáhají udržovat dobrý tělesný a duševní stav, podporují také správné fungování vnitřních orgánů a žláz s vnitřní sekrecí. Přispívají také k protažení zkrácených svalů, což vede k zvětšení kloubní pohyblivosti a pružnosti svalstva.

Dobrou variantou je i Feldenkraisova metoda, která je odvozena z jógy, je založena na zaměření si uvědomování svého pohybu, promýšlení pohybového vzorce. Přispívá ke zlepšení koordinace mozkové oblasti a také vlastního pohybu.

7.4.7. Bazální stimulace

„Karolína Friedlová popisuje bazální stimulaci jako: „*vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Ošetrovatelská péče nebo pedagogická praxe je v tomto konceptu strukturována tak, aby byl podporovány zachované schopnosti (komunikační a pohybové) klienta nebo žáka. Předpokladem je také práce s autobiografií (individualitou) klienta a integrace jeho příbuzných do ošetrovatelského nebo pedagogického procesu.*

Koncept má vypracované rehabilitační techniky pro stimulaci vnímání tělesného schématu (somatická stimulace), vestibulární stimulaci, vibrační, taktilně haptickou, chuťovou, optickou, auditivní a olfaktorickou stimulaci. Bazální stimulace je integrovaná do klinické péče i do neklinické praxe (domovy pro seniory, ústavy sociální péče, speciální školy, hospice a domácí péče). U klienta s nezvratnými změnami jejich tělesného a duševního stavu výrazně podporuje kvalitu jejich života.“¹⁴

Bazální stimulace může být použita jako komunikační a interakční nástroj, jež se dotýká všech lidských potřeb. Motorická deprivace se projevuje v konečné fázi zkresleným vnímáním vlastního těla. Nedostatek stimulů má za následek retardaci vývoje organismu celého. Somatická stimulace napomáhá v uvědomění si svého těla, sama sebe, okolního světa, dají se využít např. techniky polohování, masáže, nebo koupele.

Velmi hodnotnou technikou je využití MSD tzv. masáž stimulující dýchání cílem je hluboké pravidelné a klidné dýchání. Bylo prokázáno, že tato technika zabraňuje vyplavování stresových hormonů, zlepšuje stavy neklidu a zmatenosti poskytuje pocity jistoty.

7.4.8. Relaxace a využití aromaterapie

Senioři v zařízeních jsou obecně vystaveni velkému stresu, který plyne z nutnosti přizpůsobování se jinému prostředí, změnám stylu života, frustracemi z přibývajících problémů a v neposlední řadě také úbytku sil. Tento souhrn všech působících vlivů může vyvolávat stavy úzkosti, které mohou přecházet až v depresi.

Proto jsou relaxační techniky dobrou volbou při snižování stresu a snižování úzkosti seniorů v zařízeních.

¹⁴PhDr. Karolína Friedlová, Bazální stimulace [online], [cit.20.4.2012] Dostupné na < www.bazalni-stimulace.cz >

Jednou ze základních technik je poslech hudby, dechová cvičení třeba v kombinaci s aromaterapií. Aromaterapie jako doplňková terapie je využívána jak k povzbuzení, ale především k relaxaci, je možné ji využít v aromalampách, nebo ji přidávat do koupele nebo masážních olejů.

Vhodně je možné také používat lokálně silice při bolestech kloubů, svalů a také kožních problémech. Např. meduňku využíváme proti stresu a depresi, jasmín zahání strach, povzbuzuje a zlepšuje náladu, máta harmonizuje a zvedá sebevědomí.

7.4.9. Snoezelen

Kouzelné slůvko vzniklé v 70 letech spojením dvou nizozemských slov snuffelen (čichat, slídit) a doezelen (dřímat).

Vytvořili je jako novotvar dva pracovníci civilní služby v soc. zařízení v Nizozemí. Pojmenovali tak stan pro těžce postižené osoby, ve kterém byly instalovány zrakové, čichové a sluchové podmínky.

Dnes je tento koncept využíván jako metody multismyslové stimulace k výraznému zvýšení kvality života. Závislí senioři v pokročilém stádiu demence často trpí sensorickou deprivací a toto je velmi vhodný způsob jejich aktivace. (viz. Koncept Snoezelen)

7.5. Terapeutické přístupy

7.5.1. Preterapie

Techniku preterapie vytvořil žák R. Rogerse G. Prouty, tato metoda přináší možnost, jak komunikovat a navazovat vztah s osobou, která trpí demencí. Zprostředkováváme nemocnému zkušenost se světem, který je okolo nás. Pracujeme s emocionálním prožitkem, popisujeme to co je možné vyčíst z výrazu tváře. Pokud nemocný hovoří nesouvisle v jednotlivých slovech, snažíme se je skládat dohromady, zopakujeme to co jsme pochopili, čemu jsme porozuměli. Důležité jsou také tělové reflexe, nemocný často provádí nekoordinované pohyby a my se jim snažíme porozumět. Další věcí je opakování slov po nemocném. (Klevetová, 2008)

7.5.2. Validáční terapie

Je technika, kterou vytvořila sociální pracovnice N. Feilová, můžeme říci, že se jedná o větší množství přístupů jejímž základem je přesvědčení, že chování osoby s demencí má určitou příčinu, která se pojí s emocemi a vzpomínkami. Důležité je správně je pochopit, validovat. Základem je domněnka o nevyřešených osobních traumatech z dřívějšího života. Úkol terapeuta je, aby pomohl seniorovi s vyrovnáním se se ztrátami.

K tomu je vhodná např. reminiscence, nebo je možné také využít činností jako je např. skládání prádla, prohlížení časopisu apod. (Klevetová, 2008)

7.5.3. Rezoluční terapie

Naopak předpokládá, že cokoli senior řekne v tomto okamžiku, je to pro něj realita, využívá se u těch nemocných, u kterých je demence tak pokročilá, že navracení do reality pro ně nemá smysl. Není účelem cokoli vyvracet, důležité je přijímat to co v dané chvíli slyšíme. Terapie předpokládá, navození pocitu důvěry a důstojnosti. V opačném případě může často zbytečně docházet k dohadování i agresivním výstupům. (Klevetová, 2008)

7.6. Duchovní péče:

V podmínkách dnešních domovů pro seniory se již s duchovním, který dochází do domova počítá. Mnoho domovů má již také své kaple, nebo místnosti pro rozjímání.

Víra obzvláště v těžkých situacích je velkou oporou. Věřícím, by měl být umožněn přístup k duchovní péči ať již např. nedělní návštěva kostela, anebo možnost rozhovorů s duchovním. Také pastorační péče v paliativní a hospicové péči má své velké opodstatnění a je pro mnohé umírající a těžce nemocné velkou morální oporou.

7.7. Dobrovolnictví

„Dobrovolnictví není obět, ale přirozený jev občanské zralosti. Přináší konkrétní pomoc tomu, kdo ji potřebuje, ale zároveň poskytuje dobrovolníkovi pocit smysluplnosti, je zdrojem nových zkušeností a dovedností a obohacením v mezilidských vztazích“.¹⁵

Je speciální kategorií v aktivizaci seniorů, mají nezastupitelnou a velmi důležitou úlohu při práci se seniory v zařízeních. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že pozitivní dopad individuálních návštěv seniorů v zařízeních je opravdu významný. Důležité je však aby návštěvy dobrovolníka byly pravidelné a dlouhodobé.

Tato služba má samozřejmě největší přínos pro uživatele, kteří již z jakéhokoli důvodu nejsou ve styku se svojí rodinou a kteří již nemají ani přátele, kteří by je přišli navštívit. Dobrovolníci jsou pro seniory důležitým pojítkem se světem “venku” zprostředkovávají jim informace a jsou hodnotnými náměty k hovoru s ostatními klienty. Zvláště přínosné jsou pro imobilní klienty upoutané na lůžko. Mnoho lidí si často neuvědomuje, jak dlouhý může být jeden den především pro imobilního plně orientovaného klienta.

7.8. Problémy při aktivizaci

Rozhodnutí, jestli volit skupinovou nebo individuální práci se seniory je složitá, Walsh (2005) ve své knize uvádí, že při práci se skupinou seniorů trpících demencí je důležité, aby člověk, který vede aktivizaci nebyl na práci sám, není možné vést skupinu a soustředit se na probíhající interakce. Ze skupinové práce se o svých klientech můžeme dozvědět opravdu mnoho. Je důležité si každé sezení dobře promyslet a mít jasný cíl. Je samozřejmě, že k cíli vede mnoho cest a často nás při práci samotné leccos překvapí a musíme také počítat s častými odbočkami, ale i ty mohou být do jisté míry obohacující a podnětné.

To že se senioři do sezení odmítají zapojovat může mít dle Walsche mnoho nejrůznějších důvodů, ať již to může být nuda, plachost, strach z trapnosti, odmítnutí, vlastního selhání apod. Neúčast může mít různé podoby, sabotování práce, odcházení ze sezení, nevhodné komentování.

¹⁵Tošner, J., Sozanská O., *Dobrovolníci a práce s nimi v organizacích, Portál, Praha, str. 18*

Často ale má zcela jiný podklad a dotyčný tým zakrývá jiný a často závažnější problém. Důležité při práci se seniory je nespěchat, vše by mělo probíhat v klidu a dle tempa a potřeb skupiny.

Často se při práci mohou vyskytnout problémy, které jsou často zapříčiněny příliš brzkou výzvou ke konfrontaci. Skupinová dynamika je složitou věcí a fáze dozrávání spolupráce získávání důvěry jsou v tomto případě ztíženy stavem kognitivních funkcí klientů.

Velice důležité dle Walshe je také to, aby skupina byla co možná nejvyrovnanější, klienti, kteří trpí pokročilým stupněm demence budou stresováni náročností úkolu a ti trpící lehčí formou se budou cítit podceňováni. Vedoucí skupiny by vždy měl nenásilně korigovat chování členů a přispívat k pocitu důvěry a sounáležitosti.

Jsou ovšem také senioři, pro které práce ve skupině není vhodná, příliš plaší nebo úzkostní, je zapotřebí respektovat jejich rozhodnutí a nenutit je do aktivit. (Walsh, 2005)

Co je velmi důležité uvědomit si fakt, že člověk, který trpí pokročilým stupněm poškození kognitivních funkcí je závislý nejen fyzicky, ale i emocionálně. Je proto velice důležité, aby aktivita byla přiměřená jeho stavu a psychickým možnostem. Lidé, kteří trpí demencí často v pokročilých stádiích nejsou schopni sledovat tabule s rozpisem akcí. Jitka M. Zgola (2003) dále poukazuje na to, že je nutné tzv. přímé programování terapeutických aktivit, které sice nemají za následek markantní zlepšení stavu nemocného, ale mohou snížit společenskou izolaci, deprivaci, ale také předcházet tomu, čemu říkáme tzv. naučená neschopnost. Naučená neschopnost je stav, do kterého se senior může zvláště v zařízeních, kde většinou jeho vlastní sebeobsluhu převezme někdo jiný dostat velice rychle.

Dále Zgolová uvádí další velice důležitá kritéria, která musí splňovat smysluplná činnost pro osoby, které trpí narušením poznávacích schopností.

- Činnosti musí mít účel. Činnosti musí být dobrovolné, nežádka se stává, že lidé např. na vozíku jsou na aktivitu „dotlačeni“, a není to dobrovolné, nemůžeme tedy mluvit o smysluplné účasti.
- Činnost musí být společensky přijatelná, některé aktivity, které se mohou jevit dětinsky mohou velmi ohrožovat zranitelné sebevědomí závislé osoby.
- Činnosti musí být příjemné.
- Činnost nesmí nikdy vést k pocitu neúspěšnosti. Je důležité, jak již bylo řečeno velmi citlivě volit aktivity a jejich náročnost vzhledem k momentálnímu stavu klientů.

(Zgolová, 2003)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

8. Domov pro seniory Elišky Purkyňové – objekt Thákurova

8.1. Cíle a poslání

Objekt Thákurova je součástí domova pro seniory Elišky Purkyňové. Což je zařízení, které má více než 250 klientů ve dvou objektech – Šolínově a Thákurově. Budova domova Šolínova je již velmi stará a nevyhovující, proto byla v roce 2009 započata stavba nového domova v ulici Za Kajetánkou v Praze 6.

Domov pro seniory Elišky Purkyňové je příspěvkovou organizací, jeho zřizovatelem je Magistrát hl. m. Prahy. Domov poskytuje celou řadu komplexních služeb seniorům ale také jejich rodinám. Nabízí pobytové sociální služby, v jejichž rámci je poskytováno ubytování, stravování a péče, dále aktivizační a rehabilitační programy. Cílem pobytové služby je zajistit seniorům, kteří nemohou ať již ze zdravotních či sociálních důvodů zůstat v domácím prostředí, péči a zázemí. Cílovou skupinou zařízení jsou tedy senioři, kteří již nejsou z jakéhokoli důvodu schopni žít v domácím prostředí z důvodů zdravotních, např. z důvodu pokročilé demence, nepříznivého zdravotního stavu např. omezená hybnost nebo sociálních (vysoké nájemné). Rozhodný pro přijetí do domova je věk seniora, dále datum podání žádosti a výše příspěvku na péči, která je ukazatelem potřebnosti zájemce o péči.

V rámci nabídky domova je možné využít služeb denního stacionáře, který patří mezi ambulantní sociální služby. Stacionář funguje od 7:00 do 17:00 a jeho klienty jsou převážně senioři z Prahy 6. Tato služba nabízí rodinám možnost, denního programu pro seniora, který by nemohl zůstat sám bez dozoru po dobu jejich pracovní doby. Je samozřejmě také určen pro ty seniory, kteří hledají společnost a rozptýlení a cítí se sami. Zaměstnanci pomáhají seniorům se sebeobsluhou, podávají léky, zajišťují kontakt se sociálním prostředím a nabízejí také terapeutické činnosti.

Neméně důležitou službou je tzv. respitní péče, která je pobytovou sociální službou a je určena především pro rodiny seniorů, kteří pečují doma a nemohou se po přechodnou dobu o svého blízkého postarat, např. z důvodů vlastní hospitalizace, vyčerpání nebo dovolené. Respitní péči je možné využít maximálně po dobu 3 měsíců. Po dohodě a v naléhavých případech lze službu také prodloužit.

Domov Thákurova nabízí svým obyvatelům aktivizační programy, ať již to jsou tréninky paměti, rehabilitační cvičení, poslech hudby aj. Program zajišťuje pouze 1 pracovník sociální péče. Dle vyjádření sociálních pracovníků pobytové služby a pracovníků sociální péče, v domově pro seniory v objektu Thákurova již dlouhodobě chybí programy aktivizačních činností pro seniory s různou mírou poruch kognitivních funkcí. Praktická část tedy vychází z absence specializovaných technik a postupů pro jednotlivé skupiny. Cílovou skupinou pro tuto práci budou senioři, kteří využívají rezidenční, pobytové služby sociální péče. Především se bude jednat o uživatele s různou mírou poruch kognitivních funkcí. Určení cílové skupiny vychází z předpokladu, že senioři, kteří netrpí pokročilejším poškozením kognitivních funkcí zůstávají v domácím prostředí a sníženou soběstačnost řeší využíváním služeb jako jsou např. pečovatelská služba nebo osobní asistence.

K posuzování míry soběstačnosti a poškození kognitivních funkcí pro účely sestavení tzv. osobního plánu aktivizace obyvatele jsem využila tzv. „Barthelův test základních všedních činností“ a „Mini Mental State Exam (MMSE)“ viz. kapitola 8.3 Hodnocení stupně závislosti a poškození kognitivních funkcí.

8.2. Problémy vznikající při aktivizaci v zařízení

V tomto zařízení jsem pracovala v rozmezí let 2007–2009 jako sociální a částečně také jako aktivizační pracovníce. Dle mého názoru jedním ze závažných problémů tohoto zařízení je přílišná rozmanitost klientů a také, což je ve většině domovů velmi časté, nedostatečné personální obsazení. Do zařízení jsou umístěováni jak senioři ve všech stádiích demence, psychiatrickí klienti a mentálně a fyzicky handicapovaní. Na podkladě této velmi nehomogenní skupiny je aktivizační činnost velmi složitá a komplikovaná. Každá skupina potřebuje specifický přístup a zacházení.

Často se tak stávalo, že klienti, kteří byli plně orientovaní nenavštěvovali aktivity z důvodu přílišné banality a opovrhovali jimi, nechtěli si “hrát jako děti” a ti, kteří se již nacházeli v pásmu počínající demence, propadali nečistě depresí z důvodu přílišné komplikovanosti úkolů.

Dle zákona 108/2006 Sb O sociálních službách jsou sice v nabídce pobytová zařízení se zvláštním režimem, které se specializují na péči o seniory s demencí, ale těchto zařízení je málo a není možné tedy uspokojit poptávku po službách tohoto typu, která vzniká. Nedostatek personálu lze ovšem v rámci potřeb aktivizace v našich podmínkách řešit větším angažováním

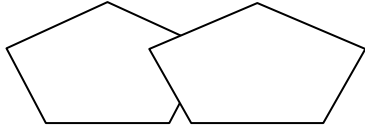
dobrovolníků, nejen k rozhovorům, ale také k drobným nákupům, doprovodům či k pomoci s aktivizačním programem.

8.3. Hodnocení stupně závislosti a poškození kognitivních funkcí

Pro sestavení individuálního plánu uživatele, je nezbytné mít k dispozici informace zdravotního charakteru, rodinnou situaci uživatele, znát jeho „životní příběh“, ale také je nutné zjistit, jakou obtížnost resp. náročnost aktivit lze zvolit s přihlédnutím k jeho psychickým a fyzickým možnostem.

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE) je využíván k diagnostice míry poškození kognitivních funkcí.

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
<p>1.Orientace:</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek.</p> <p>Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <p>Který je teď rok?</p> <p>Které je roční období?</p> <p>Můžete mi říci dnešní datum?</p> <p>Který je den v týdnu?</p> <p>Který je teď měsíc?</p> <p>Ve kterém jsme státě?</p> <p>Ve které jsme zemi?</p> <p>Ve kterém jsme městě?</p> <p>Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?)</p> <p>Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?)</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>2.Paměť:</p> <p>Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty(nejlépe z pokoje pacienta-například židle,okno,tužka)a vyzve pacienta,aby je opakoval.</p> <p>Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	<p>3</p>
<p>3.Pozornost a počítání:</p> <p>Nemocný je vyzván aby odečítal 7 od čísla 100 a to 5 krát po sobě.</p> <p>Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	<p>5</p>
<p>4.Krátkodobá paměť (=výbavnost):</p>	

Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)	3
<p>5.Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod)</p> <p>Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka, hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval.</p> <p>Vyzvěte nemocného aby po vás opakoval: Žádná ale Jestliže Kdyby</p> <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „<i>Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.</i>“</p> <p>Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“.</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek, která dává smysl)</p> <p>Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou li zachovány všechny všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
	
<p>Hodnocení:</p> <p>00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

15

Barthelův test základních všedních činností.

(ADL-activity daily living)

Pokročilé kognitivní poruchy ve svém důsledku mají za následek zhoršování tzv. denních činností. Pokud senior přestává zvládat péči o vlastní osobu, domácnost, pokud se zvyšuje riziko úrazu, nebo také riziko způsobení nehod, může dojít k umístění seniora do zařízení.

Míru zvládnutí denních aktivit můžeme hodnotit pomocí tzv. Barthelova testu základních všedních činností. (Venglářová, 2007)

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
1.	Najedení,napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
2.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
3.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
4.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
5.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
6.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Inkontinentní	0
7.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
8.	Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
9.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	5
		Neprovede	0
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		neprovede	0

Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech

Závislost	Body
Vysoce závislý	00 – 40 bodů
Závislost středního stupně	45 – 60 bodů
Lehká závislost	65 – 95 bodů
nezávislý	96 – 100 bodů

16

Na základě výstupů z těchto testů lze lépe přistoupit k tvorbě individuálního plánu aktivizace s přihlédnutím k možnostem uživatele. Je nutné si ovšem uvědomit, že poruchy kognitivních funkcí, demence ať již má jakýkoli podklad je progredující. Zdravotní stav uživatelů se také na základě např. častých iktů nebo pádů může velmi razantně proměňovat. Uvádím zde tedy tři individuální možnosti aktivizace pro 3 uživatele s různou mírou poškození kognitivních funkcí a různým stupněm závislosti.

8.4. Návrh obecného týdenního plánu aktivizace

Návrh týdenních aktivit je sestaven na podkladě teoretických poznatků spojených s potřebami seniorů a osobními zkušenostmi vyplývajícími z praxe se seniory v zařízení

Tyto návrhy se snaží o co nejdelší udržení stávajících dovedností a znalostí a poskytnutí možností smysluplného trávení volného času seniorů. Použití aktivizačních činností k posílení pocitu seberealizace a užitečnosti a tím zvýšení kvality života seniora v pobytovém zařízení rezidenčního/pobytového typu.

Vždy při sestavování je důležité mít na paměti, že je třeba respektovat přirozený běh dne, kdy se střídají chvíle aktivit s chvílemi odpočinku, které musí být dostatečně dlouhé.

Mějme vždy na paměti především to, že účast na aktivitě musí být příjemná a dobrovolná.

^{15,16} MUDr. Kateřina Sheardová, Mírná kognitivní porucha v praxi [online], [cit.20.4.2012] Dostupné na < www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/02/06.pdf> Poslední aktualizace neuvedena

Dobré je si také uvědomit rychlejší unavitelnost klientů a proto je vhodné volit spíše kratší aktivity a dodržovat dostatečné přestávky na odpočinek. Aktivizační plán sestavujeme vždy na základě informací všech zúčastněných tj. seniora samotného, rodiny uživatele sociálních pracovníků, rehabilitačních pracovníků a pracovníků sociální péče, kteří jsou se seniorem v nejužším denním kontaktu. Tvoří ho klíčový pracovník a je součástí tzv. individuálního plánu který je obsahem Standardu kvality sociálních služeb č. 5.

Obecný aktivizační týdenní plán pro uživatele pobytové sociální služby

Pondělí

9:00 – 9:30 - rehabilitační cvičení
10:00 – 11:00 – trénink paměti/pro 2 skupiny
13:30 – 14:30 – kurz keramiky
16:00 – 17:00 – promítání, klub pro pamětníky
Návštěvy dobrovolníků – dle individuálních možností a dohody po celý den.

Úterý

9:00 – 9:30 – rehabilitační cvičení
10:30 – 11:30 – reminiscence
14:00 – 15:00 – společenské hry
16:00 – 17:00 – zpívání s kytarou

Středa

9:00 – 10:00 – rehabilitační a relaxační cvičení
10:30 – 11:00 – klub vaření
13:30 – 14:30 – letní měsíce procházky v parcích/zima galerie a výstavy
Návštěvy dobrovolníků – dle individuálních možností a dohody po celý den.

Čtvrtek

9:00 – 9:30 – jóga a relaxační cvičení
10:30 – 11:00 – klub výtvarných technik a ručních prací
14:30 – 15:30 – vystoupení dětí z mateřských škol/koncert/jiné spol. vystoupení
16:00 – 17:00 – čtvrteční povídání s panem farářem

Pátek

9:00 – 9:45 – relaxační cvičení, aromaterapie

10:30 – 11:30 - reminiscence/2 skupiny

13:30 – 14:30 – taneční a pohybová terapie

16:00 – 17:00 – čtení na pokračování/posezení u kávy

Návštěvy dobrovolníků – dle individuálních možností a dohody po celý den

8.5. Motivace obyvatele a strukturování aktivizačního programu

Motivace je jednou z nejdůležitějších složek v procesu aktivizace, nejen z hlediska seniorů jako takových ale stejnou měrou také z hlediska pečujícího a aktivizačního personálu.

V mnoha domovech pro seniory si často pečující personál stěžuje, že zájem uživatelů o aktivizační činnosti není příliš velký. Pokud vycházíme poznatků, že jednou z příčin může být téměř nemocniční řád, který je ve většině zařízení ustaven a který je tam především pro pohodlí personálu a ne pro pohodlí seniorů, je důležité snažit se především o změnu postoje personálu. Což může být v zařízení poměrně velký problém. Z osobní zkušenosti mohu říci, že to bývá v mnoha zařízeních poměrně velkým kamenem úrazu.

Uvádí se, že většina seniorů má nechuť experimentovat, dělat něco, co nezná nebo neumí, nebo něco, u čeho by se mohli také zesměšnit. Mnoho seniorů trpí různými handicap, např. sníženou hybností, inkontinencí, proto se hromadným aktivitám často raději vyhnou.

Co se ovšem v praxi osvědčilo, byly aktivity u kterých sami aktivizační pracovníci ukázali, že nejsou dokonalí, mají chyby a neumějí všechno, ubezpečili tak své klienty o tom, že nemusí vše zvládnout na 100%. Strach ze selhání je častou příčinou nechuti k účasti na aktivitách.

Je možné přizvat obyvatele domova, aby se přišli „jen podívat“ nemusí se připojit, zbaví se strachu a velice často se příště půjdou podívat znovu a připojí se.

Při zavádění nových aktivit pro osoby s poškozením poznávacích schopností je důležité se držet následujících pravidel – využívat pohybových stereotypů, využívat výrazné rytmické prvky, zapojit člověka přímo, dále se uvádí, že úkoly měly by být konkrétní, rigidní a předvídatelné. (Zgola, 2003, str. 165).

Zásadní je informovat obyvatele o konaných aktivitách s velkým předstihem, přesně říci, kde se bude konat, kdo bude aktivitu vést, vše dopodrobna vysvětlit. Ujistřovat, že si po dobu trvání mohou sednout, odejít na toaletu, nebo když budou unaveni přerušit aktivitu a jednoduše odejít do svého pokoje. To co se často v zařízeních stává je, že se na aktivity vozí

uživatelé na vozíku, kteří tam musejí pak zůstat do konce aktivity. Při první žádosti o přerušení aktivity by jim mělo být okamžitě vyhověno. Praxe v zařízeních je ale často jiná.

Pro seniora je jeho pokoj v domově jeho bezpečím, nechce ho tedy příliš opouštět. Je proto přínosné např. zprvu pořádat aktivity na pokoji, tedy pozvat několik lidí na např. pěvecký kroužek. Člověk, který je bojácny se v pokoji cítí bezpečně a pokud mu přítomnost ostatních bude vyhovovat, v budoucnu třeba i pokoj kvůli aktivitě bude opouštět. Je nezbytné poskytnout mu dostatek času.

Osvědčilo se uspořádat minimálně každý měsíc nějakou společenskou událost, je to něco, o čem si mají obyvatelé domova možnost si vyprávět, na co se těšit a proč se o sebe starat – hezky se obléci, muži oholit apod. Působí také velmi dobře, pokud se podobných akcí budou zúčastňovat rodinní příslušníci, kteří nám mohou pomoci s přípravou, můžeme také požádat dobrovolníky.

Návštěvy dobrovolníků by měly být realizovány kdykoli po dohodě, je samozřejmě nezbytné také přihlížet k tomu, že i dobrovolník má časová omezení. Často jsou to studenti vysokých škol, nebo maminky na mateřské dovolené. Pouze je nutné, aby návštěvy byly pravidelné a ve stejném čase každý týden. (Rheinwaldová, 1999, str. 34-35)

Zavádění standardů kvality sociálních služeb má, i přes svůj nesporný přínos, také své stinné stránky, a těmi je častá aktivizace za každou cenu, abychom mohli vykázat, zapsat...

Právo odmítnout pozvání na aktivitu a strávit den dle svého uvážení se svým vlastním programem je právem každého uživatele v pobytovém zařízení.

8.6. Plán aktivizace pro seniora s lehkým poškozením kognitivních funkcí

8.6.1. Kazuistika č. 1

Paní P.S. pracovala celý život jako uklízečka v hotelu, je svobodná, má 1 dceru. Mezi její záliby patřilo vaření a ruční práce, byla zdatnou švadlenou.

Do zařízení byla přijata po hospitalizaci v LDN, z důvodu omezené hybnosti a strachu z dalšího pádu. V březnu si zlomila krček a poté byla operována v nemocnici v Kladně. Do té doby žila sama v bytě 1+1.

Tento rok jí čeká výměna kyčelního kloubu, v této chvíli se pohybuje o francouzských holích, pohyb pro ni je poměrně bolestivý.

Paní S. je i přes bolesti velmi vitální a společenská, je velice ráda v centru jakéhokoli dění. Nesnáší samotu, dle svých slov si ji užila v životě až dost.

Návštěvy dcery jsou velmi sporadické, příliš se nezajímá. Paní S. by se velice ráda setkávala se svou vnučkou, což ji ale není umožněno.

8.6.2. Individuální plán aktivizace

Jméno: P.S.

Patro/pokoj: 1/19

Datum nástupu: 23. 8. 2008

Datum sepsání/aktualizace individuálního plánu: 15.9.2008

Sepsala: L.M. – sociální pracovnice

Stupeň postižení kognitivních funkcí: 22 bodů lehké poškození

Barthel test: 75 bodů – lehká závislost

Zdravotní omezení:

Paní S. trpí diabetem mellitu, šedým zákalem. Je pohybově částečně omezená a čeká na výměnu kyčelních kloubů, předpoklad operace konec roku. Časté bolesti, které ale zvládá velmi dobře.

Charakteristika obyvatele:

Paní S. je velice společenská, a milá. Je poměrně dobře orientovaná. Pouze mírné poškození kognitivních funkcí úměrné věku. Paní S. se pohybuje pomocí francouzských holí. Její zdravotní omezení ji přesto nijak nehandicapují. Téměř nikdy neztrácí dobrou náladu a smysl pro humor.

Rodinné poměry:

Paní S. má dceru, která o ni téměř nejeví zájem, na návštěvu přijíždí max. 1x do roka. Paní S. by velice stála o jakýkoli kontakt s rodinou a především vnučkou, kterou má velice ráda.

Představy obyvatele o náplni volného času:

Paní S. si plánuje svůj čas sama, sleduje dění a dobře se začleňuje. Největší zájem má o hudební vystoupení, ráda maluje, pracuje s keramikou a také pravidelně dochází na tréninky paměti i rehabilitační cvičení. Největší radost má z vystoupení malých dětí a hudebních produkcí. Chtěla by dále docházet na většinu aktivit.

Cíle, kterých chceme ve spolupráci s obyvatelem dosáhnout:

V případě paní S. je velice důležité poskytovat jí pocit sounáležitosti a opory. Je velice nerada sama, nejlépe jí je přímo uprostřed dění. Je důležité ji povzbuzovat a chválit. V jejím případě je velmi důležité věnovat se rehabilitačnímu cvičení, trénovat jemnou motoriku a také paměť.

Doporučení pro aktivizační program v zařízení:

Po dohodě s paní S. byl vytvořen tento program:

Byly jí nabídnuty návštěvy dobrovolníka, který bude docházet 1x týdně. Program jednotlivých setkání bude vyplývat ze situace. Paní S. si přeje především, aby si s ní dobrovolník povídal, případně si vyšli, když bude hezké počasí na procházku.

Aktivity společné, kterých se uživatelka chce zúčastňovat:

Pondělí: rehabilitační cvičením, kurz keramiky

úterý: reminiscence, zpívání s kytarou

středa: rehabilitační cvičení, klub vaření,

čtvrtek: jóga/relaxační cvičení, klub výtvarných technik, vystoupení dětí z mateřských škol

pátek: relaxační cvičení/aromaterapie, reminiscence, taneční terapie

Zhodnocení

Paní P.S. je tím co Venglářová (2007) nazývá „motivovanými“ obyvateli, je ochotná se s velkou radostí účastnit všech aktivit. V jejím případě tedy nebylo třeba motivovat a přesvědčovat k návštěvě aktivit a zapojení se do společenského života. Byla jí dána funkce informátora o aktivitách, rozvěšuje týdenní program a informuje ostatní uživatele o plánovaných aktivitách, což provádí s velkým nadšením. Svůj život v zařízení hodnotí jako dobrý a je dle svých slov spokojená. Domníváme se tedy, že její přesun do zařízení a aklimatizace v něm proběhla dobře.

8.7. Plán aktivizace pro seniory se střední mírou poškození kognitivních funkcí

8.7.1. Kazuistika č.2.

Paní H. Š. pracovala dříve jako učitelka na základní škole, původem se Slovenska. Má tři děti. Manžel zemřel před 10-ti lety. Mezi její záliby patřila péče o zahradu a šití. Je silně věřící.

Paní H.Š. byla ve věku 85 let přijata do zařízení po dohodě s rodinou, nebyla již schopna sebeobsluhy, přesto, že se rodinní příslušníci snažili za ní docházet každý týden min. 3x a zajišťovali jí nákupy a úklid domácnosti. Měla zavedenou také pečovatelskou službu s donáškou obědů.

Situace se výrazně zhoršila v poslední době, kdy paní H.Š. zapomněla vypnout vodu a vytopila sousedy, jindy přišla dcera a našla kompletně zakouřený byt, paní zapomněla vypnout sporák, na kterém si ohřívala jídlo. Nevycházela z bytu a pravděpodobně z důvodu její sociální izolace byl její psychický stav poměrně špatný. Často byla depresivní, v poslední době medikována.

Protože rodinní příslušníci neměli možnost maminku u sebe ubytovat, a z důvodu plných pracovních úvazku se o ni starat, byla přijata do zařízení.

8.7.2. Individuální plán aktivace

Jméno: H.Š.

Patro/pokoj: 3/12

Datum nástupu: 25.6.2008

Datum sepsání/aktualizace individuálního plánu: 26.7.2008

Sepsala: L.M. – sociální pracovnice

Stupeň postižení kognitivních funkcí: 18 bodů – středně těžká kognitivní porucha

Barthel test: 55 bodů – středně těžká závislost

Zdravotní omezení: Ischemická choroba srdeční, katarakta, degenerativní poškození páteře, deprese

Charakteristika obyvatele:

Paní H.Š. je při kontaktu s cizími lidmi poněkud ostýchavá. Dlouho jí trvá, než naváže kontakt. Nevyhledává tolik společnost ostatních lidí.

Rodinné poměry:

Rodina se o maminku velice zajímá, pravidelné návštěvy každý týden.

Představy obyvatele o náplni volného času: Paní H.Š. by ráda šila a starala se o zahrádku. Ráda by také, kdyby za ní docházel canisterapeutický pes. Nemá zájem o „hlučné“ aktivity.

Cíle, kterých chceme ve spolupráci s obyvatelem dosáhnout:

Důležitým bodem je nedospustit, aby paní Š. Zůstávala sociálně izolovaná, je důležité jí nenásilně zapojovat do klidnějších aktivit s méně účastníky. Vhodné jsou pro ni také individuální aktivity. Je velice nutné, aby trénovala jemnou motoriku a navštěvovala rehabilitační cvičení kvůli jejím bolestem páteře.

Doporučení pro aktivizační program v zařízení:

canisterapie, reminiscence, klub výtvarných technik, posezení u kávy, čtvrtěční povídání s panem farářem

Zhodnocení

Na počátku svého pobytu v domově byla paní H.Š. velmi skleslá a odmítala se účastnit aktivit. Snažili jsme se jí tedy přesvědčovat a nabízet klidné a spíše komornější aktivity jako např. návštěvu canisterapeutického psa nebo klub ručních prací. Několikrát se zašla podívat, než se zapojila do klubu ručních prací. Bylo vidět, že jí to nedalo a že v ní tato aktivita vyvolávala mnoho vzpomínek, vypravovala ostatním obyvatelům, pro koho šila a jaké krásné látky si nechávala posílat ze zahraničí. Po několikaměsíčním zdráhání se zapojila do života domova a navštívila dokonce i některé společenské akce jako např. koncert dechové hudby, kde se ovšem nezdržela příliš dlouho.

Spřátelila se se svojí sousedkou, se kterou často sedává v hale u kávy. V tomto případě bylo důležité nenechat se odradit počátečním velmi rezoltně odmítavým postojem a pomalu a jistě ji začlenit do života zařízení, což se nakonec povedlo. Paní S. působí viditelně spokojenějším dojmem.

8.8. Plán aktivizace pro seniory trpící těžkým poškozením kognitivních funkcí

8.8.1. Kazuistika č. 3

Paní L. D., věk 82 let, pracovala dříve jako kontrolor kvality v ČKD. Byla vdaná, má tři děti. Manžel zemřel před 15-ti lety.

Mezi její záliby patřila četba historických románů a vaření. Do 70-ti let byla soběstačná a v domácím prostředí využívala pouze pečovatelskou službu. Zhruba před pěti lety jí byla diagnostikována po gynekologické operaci a následném umístění v LDN Alzheimerova choroba. Převezena do DD z LDN, ve velmi špatném fyzickém a psychickém stavu. Stavby zmatenosti, bloudění a občas také agresivity. Nebyla umístěna do specializovaného zařízení, protože rodinní příslušníci nenašli volné místo poblíž svého domova. Paní L.D. je zcela dezorientovaná místem, osobou a časem. Je schopna ve světlejších chvílích poznat některé rodinné příslušníky. Zcela inkontinentní, odkázaná na celodenní péči a dohled. Chůze schopná s dopomocí.

8.8.2. Individuální plán aktivizace

Jméno: L.D.

Patro/pokoj: 3/20

Datum nástupu: 15.3.2008

Datum sepsání/aktualizace individuálního plánu: 15.4.2008

Sepsala: L.M. – sociální pracovnice

Stupeň postižení kognitivních funkcí: 10 bodů – těžká kognitivní porucha

Barthel test: 39 - bodů vysoce závislá

Zdravotní omezení

Ischemická choroba, pokročilá Alzheimerova choroba, stav po iktu – ochrnutí levé ruky, šedý zákal

Charakteristika obyvatele:

Paní L.D. je dezorientovaná osobou, místem i časem. Vzhledem k pokročilosti Alzheimerovy choroby přiměřený stav. Dobře reaguje na cannisterapii a bazální stimulaci.

Rodinné poměry:

Rodina se zajímá a pravidelně navštěvuje.

Představy obyvatele o náplni volného času:

Paní L.D. nemá na podkladě své nemoci náhled na svůj stav, v sestavení plánu byla tedy nápomocna rodina, zaměřili jsme se především na tlumení stavů zmatenosti, aromaterapii, praktickou ergoterapii, nácvik oblékání, česání apod.

Cíle, kterých chceme ve spolupráci s obyvatelem dosáhnout:

V případě paní L.D. je třeba vyzorovat, jaká aktivita je pro ni příjemná. Ať již se jedná o návštěvy zvířat, bazální stimulaci, rehabilitační cvičení na lůžku. Důležitý je nácvik chůze, aby se co nejvíce oddálila chvíle, kdy zůstane na lůžku. Možná je také návštěva některých společných aktivit např. zpívání, které měla v předešlém životě tak ráda, nebo poslech hudby. To je ovšem možné pouze s doprovodem, aktivity ji velmi unavují a její pozornost je dosti limitovaná. Doporučena spíše individuální práce a aktivizace.

Zhodnocení

Na základě poznatků zdravotních sester, rehabilitačních pracovníků, pracovníků sociální péče a aktivizační pracovníce došlo k výraznému zlepšení stavu oproti nástupu. Zlepšení chůze vlivem pravidelné rehabilitace. Docílení zvládnutí některých samoobslužných aktivit jako např. česání oblékání s dopomocí apod. Evidentně největší radost má obyvatelka z návštěv cannisterapeutického psa, kterého hladí a mazlí se s ním. Obyvatelka je klidnější a lépe v noci spí. Také rodina pozoruje výrazné zlepšení oproti stavu při pobytu v LDN.

9. Závěr

Vospělost společnosti můžeme posuzovat mimo jiné také podle toho, jak se stará o své předky a o ty kteří to potřebují. Úroveň péče o seniory v naší zemi není nijak oslnivá, služby jsou často velmi nedostačující a neodpovídají potřebám seniorů, příspěvek na péči byl snížen a mnoha seniorům také odejmut. Úroveň především soukromé péče bývá často velmi sporná a odvíjí se a to dosti často pouze od výše úhrady. Ale někde v tom všem se ztrácí člověk se svými bolestmi a strastmi a je zjednodušen na účetní jednotku. Domovy seniorů často trpí zoufalým nedostatkem zaměstnanců. Na 1 pečovatele na směnu připadá často i 20 seniorů, tento nápor nelze při nejlepší vůli zvládnout. Aktivizační pracovníci bývají v mnoha případech dva na zařízení o 100 klientech. Tato situace není ojedinělá jen v českých zemích i v západní Evropě se s tímto trendem můžeme často setkat.

Stáří a stárnutí je pro mnoho lidí velmi bolestným obdobím, místo toho, aby člověk požíval plodů své celoživotní práce a svého úsilí dost často je tomu naopak. Finanční situace seniorů je často velmi špatná a pomoc a péče rodiny je z důvodu stále se zvyšujícího věku odchodu do důchodu často nerealizovatelná.

Mou bakalářskou prací bych chtěla především poukázat na nutnost podnětného a rozvíjejícího prostředí, které člověka nutí k aktivitě a tím burcuje jeho vůli žít plnohodnotně i tu část života, která mu ještě zbývá. Aktivizační techniky, osobní a individuální ale především vřelý a chápavý přístup personálu a pohodlné, příjemné prostředí mohou velice významně přispět ke zvýšení kvality života nejen relativně soběstačných seniorů, ale také těch, kteří jsou zcela imobilní.

Apatie a nečinnost přichází většinou ruku v ruce s depresí a pocity méněcennosti a zbytečnosti. Bakalářská práce ilustruje na 3 kazuistikách významné posuny ve spokojenosti a také zlepšení psychického stavu seniora. Život v pobytových zařízeních není pro nově nastupujícího seniora nijak jednoduchý, ale pomocí aktivizace můžeme přispět k tomu, aby byl mnohem radostnější a jejím prostřednictvím se nově příchozí lépe začlenil do života zařízení.

Určitě si nepřejeme pro své blízké a jednou i možná sami pro sebe, abychom trávili závěr svého života v osamění, izolaci a nečinnosti.

10. Seznam použité literatury:

10.1. Primární zdroje

- Haškovcová, H.: *Fenomén stáří*. Panorama, Praha, 1989, 80-7038-158-2
- Stuart-Hamilton, I.: *Psychologie stárnutí*. Portál, Praha, 1994, ISBN:80-7178-274-2
- Walsh, D.: *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Portál, Praha, 2005, ISBN:80-7178-970-4
- Šiřková-Fabrici, J.: *Základy arteterapie*. Portál, Praha, 2002, 80-7178-616-0
- Janečková H., Vacková, M.: *Reminiscence*. Praha, Portál, 2010. ISBN:978-80-7367-581-3
- Jelínková J. a kol.: *Ergoterapie*. Praha, Portál 2009, 978-80-7367-583-7
- Cohen, M.R.: *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha, Portál, 2002, 80-7178-497-4
- Pokorná A.: *Komunikace se seniory*. Praha, Grada, 2010, 978-80-247-6603-4
- Jirák R. a kol.: *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha, Grada, 2009, 978-80-247-2454
- Klvetová D., Dlabalová I.: *Motivační prvky při práci se seniory*, Praha, Grada, 2008, 978-80-247-2169-9
- Rheinwaldová E.: *Novodobá péče o seniory*. Praha, Grada, 1999, 80-7169-828-8
- Zavázalová H. a kol.: *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha, Karolinum, 2001, 80-246-0326-8
- Payne J.: *Kvalita života a zdraví*. Praha, Triton, 2005, 80-7254-657-0
- Holmerová I. a kol.: *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha, Česká alzheimerovská společnost, 2003, 80-86541-12-6
- Venglářová M.: *Problematické situace v péči o seniory*. Grada Publishing., Praha, 2007, 978-80-247-2170-5
- Dienstbier Z.: *Průvodce stárnutím, aneb jak ho oddálit*. Radix, Praha, 2009, 978-80-86013-880
- Zgola J.: *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Grada, Praha, 2003, 80-247-0183-9
- Kalvach Z. a kol.: *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Karolinum, Praha, 1997, 80-247-0548-6
- Špatenková, N., Bolomská, B. *Reminiscenční terapie*. Praha : Galén, 2011. ISBN 80-7262-711-0
- Müller, O. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1552-6.
- Janečková H., Vacková M.: *Reminiscence*. Praha, Portál, 2010, ISBN: 978-807367-581-3

10.2. Sekundární zdroje

Hartl P.: *Velký psychologický slovník*. Praha, Portál, 2010, ISBN:978-807367-569-1

Křivohlavý, J.: *Psychologie nemoci*. Grada, Praha, 2002, 80-247-0179-0

Wágnerová M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál, Praha, 2008, ISBN:978-80-7367-414-4

Kvalita života ve stáří, Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012. Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008, ISBN 978-8086878-65-2

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 31.3.2006 *O sociálních službách*. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2006, částka 37, s. 1270. Dostupný také z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>

10.3. Internetové zdroje:

Jelínková J, Krivošíková M., *Koncepce oboru ergoterapie* [online], [cit.2.4.2012]

Dostupné na <http://ergoterapie.cz/files/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf>

Poslední aktualizace 22.8.2008

Lore Wehner, M.A., *Smyslová aktivizace* [online],

[cit.20.4.2012] Dostupné na <<http://www.lorewehner.at/data/media/CZRBZ.pdf>>

Poslední aktualizace neuvěděna

PhDr. Karolína Friedlová, *Bazální stimulace* [online],

[cit.15.4.2012] Dostupné na <www.bazalni-stimulace.cz>

Poslední aktualizace neuvěděna

MUDr. Kateřina Sheardová, *Mírná kognitivní porucha v praxi* [online],

[cit.2.4.2012] Dostupné na <<http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/02/06.pdf>>

Poslední aktualizace neuvěděna

Karel Balcar, *Kvalita života* [online],

[cit.5.4.2012] Dostupné na <www.kvalitazivota.vubp.cz/prispevky...II_kvalita_zivota>

Poslední aktualizace neuvěděna

Ing. Michal Rod, *Ergoterapie a její cíle* [online],

[cit.3.4.2012] Dostupné na < <http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageID=1>>

Poslední aktualizace 25.7.2008

Snoezelen v multismyslové místnosti [online],

[cit.20.4.2012] Dostupné na < <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1901>>

Poslední aktualizace neuvedena