UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Aktivizace a rozsah péče o seniory v pečovatelském domě v Regensburgu

Activation and scope of care for the elderly in the nursing home in Regensburg

Vedoucí práce:
RNDr. Jana Leontovyčová, CSc.

Vypracovala:
Lucie Lehovcová

Praha 2013

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala RNDr. Janě Leontovyčové, CSc. za odborné rady, cenné připomínky a za čas, který mi věnovala. Ráda bych také poděkovala vedení a personálu pečovatelského domu v Regensburgu, kde jsem strávila jeden velmi významný a příjemný pracovní rok. Děkuji vedoucí jednoho z oddělení tohoto domova za ochotu a čas, který mi věnovala při zodpovídání mých dotazů.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne …… Lucie Lehovcová

Anotace

Bakalářská práce Aktivizace a rozsah péče o seniory v pečovatelském domě v Regensburgu pojednává o péči o seniory v pečovatelském zařízení. Zabývám se zde také aktivizací seniorů, která je s péčí velmi úzce spojena. Uvádím jak charakteristiku programování aktivit, tak i podstatou smysluplné činnosti. Mimo jiné představuji i vybrané metody aktivizace v ústavní péči, jako je například muzikoterapie, arteterapie či reminiscence. Při ústavní péči pokládám za důležité, aby pracovník věděl, jak má s klientem komunikovat. Proto se zde zabývám i komunikací se seniory, s níž jsou spjaté i problematické situace při komunikaci s nimi. Cílem mé práce je seznámit čtenáře s rozsahem péče o seniory v německém pečovatelském zařízení, představit aktivizační činnosti tohoto zařízení a přiblížit reakce klientů na tyto aktivity. Uvádím zde také model péče podle německé profesorky Moniky Krohwinkel, kterým se tento pečovatelský dům řídí.

Annotation

The bachelor thesis entitled Activation and scope of care for the elderly in the nursing home in Regensburg deals with the care for senior citizens in a day care facility. I also discuss activation of senior citizens that is closely linked with the care. I provide both the characteristics of programming activities and the essence of a meaningful activity. Among other things, I also present selected methods of activation in institutional care, such as music therapy, art therapy or reminiscence. In my opinion, in institutional care it is important that the staff know how to communicate with a client. That is why I also deal with communication with senior citizens that includes problem situations in communication with them. The objective of my paper is to make the readers familiar with the scope of care for senior citizens in a German day care facility, to present activation activities of the facility and to present reactions of the clients to the activities. I also present the model of care according to the German professor Monika Krohwinkel that is used in the care in this day care facility.

Klíčová slova

Senioři, péče, aktivizace, komunikace, pohyb, reminiscence, muzikoterapie, arteterapie.

Key words

Senior citizens, activation, communication, movement, reminiscence, music therapy, art therapy.

Obsah

Seznam zkratek

1) AEDL = Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens
   => Model aktivit a životních zkušeností člověka
2) MDK = Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
   => Medicínská služba zdravotního pojištění
3) SGB = Sozialgesetzbuch
   => Sociální zákoník
4) WBVG = Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz
   => smluvní právo týkající se bydlení a péče

Úvod

Bakalářskou práci píšu na toto téma, jelikož jsem měla možnost strávit, v rámci *Dobrovolného sociálního roku*, jeden rok v pečovatelském domě, který se nachází v krásném bavorském městě Regensburg. Zařízení, ve kterém jsem pracovala, je určeno seniorům s psychiatrickou diagnózou. Za dobu mé roční práce v tomto zařízení jsem mimo jiné poznala, jak je důležité mít kolem sebe tým výborných spolupracovníků, díky jejichž pomoci a podpoře si člověk rychleji zvykne na nové prostředí (a v mém případě i na cizí jazyk) a může proto rychleji začít vykonávat kvalitnější práci s klienty, kteří potřebují v tomto případě nejen naši péči, ale zároveň i pocit bezpečí, jistoty, přijetí, uznání a úcty. Klienti v takovýchto zařízeních – a je jedno, jestli se jedná o Německo, Českou republiku nebo jinou zemi – se často cítí být osamocení, třeba už ani nemají nikoho z rodiny, kdo by je navštěvoval. A tady by měl nastoupit profesionální tým, který se o člověka postará, popovídá si s ním a dodá mu trochu optimismu. I taková maličkost jako je úsměv, dokáže klienta hned přeladit do lepší nálady.

Stárnutí je přirozený jev, který postihuje všechny živé organismy. Rozdíl je jen v délce života toho kterého organismu. Člověk se dožívá průměrně 75 let. Právě tento průměrný věk tvoří většinou klienti v domovech pro seniory. Jsou však i lidé, kterým je přes 80 let, pořád žijí ve vlastní domácnosti a jsou soběstační. U těchto osob však existuje vysoké riziko sociální izolace. V některých případech, se člověk dožívá i věku přes 100 let. Takovýchto lidí však není mnoho a v tomto věku potřebují již prakticky všichni nepřetržitou péči. Pro nesoběstačné seniory, o které se z jakéhokoliv důvodu nemohou postarat jejich rodinní příslušníci, jsou tu pečovatelské domy pro seniory, ve kterých je zajištěna nepřetržitá denní i noční péče.

V teoretické části popisuji stáří a stárnutí obecně. Věnuji se zde změnám ve stáří, které jsou individuální a nevratné. Tím se mění i potřeby seniorů. Tyto potřeby, objevující se ve stáří, jsou samozřejmě rozdílné od potřeb mladších lidí. Důležitou součástí péče o seniory je též komunikace s nimi a předcházení problematických situací vyskytujících se při péči. Za velmi významnou součást péče o seniory považuji aktivizaci, která seniorům dodává mimo jiné potřebný pohyb a jiná pozitiva. Dá se říci, že aktivizace vytáhne člověka alespoň na chvíli z jeho každodenní rutiny. Na druhou stranu ovšem musíme dát pozor i na to, aby nedocházelo k přílišné aktivizaci, což také může mít negativní dopad na klienta. Tato témata po-

važuji při péči o seniora za důležitá. Pracovník by měl vědět, co může být příčinou chování toho kterého seniora. Do teoretické části jsem zahrnula i stručný popis současné situace v péči o seniory v České republice. Jelikož se jedná, jak jsem uvedla již výše, o pečovatelský dům pro klienty s psychiatrickou diagnózou, popisuji zde i tři nejčastěji se vyskytující diagnostikovaná onemocnění – demenci, schizofrenii a afektivní poruchy.

Cílem této práce je seznámení s aktivizací a rozsahem péče o seniory v konkrétním německém zařízení, ve kterém jsem rok pracovala. Jedná se o pečovatelský dům, kde je dlouhodobě pečováno o klienty s psychiatrickou diagnózou. Obecně se zde dotknu také pečovatelství v České republice i v Německu, může tedy být zajímavé případné porovnání systému péče o seniory v těchto dvou zemích.

Teoretická část

1. Projevy stárnutí a stáří

Již v úvodu jsem psala, že je stárnutí přirozený jev, který postihuje všechny živé organismy. Stárnutí a stáří člověka se ovšem, na rozdíl od jiných živočichů, projevuje biologickými, psychickými a sociálními změnami. Kvalita stáří je dána souhrnem faktorů působících na člověka v průběhu celého jeho života.

1.1 Biologické aspekty stárnutí

„Biologické aspekty stárnutí představují průběh typických tělesných změn ve stárnoucím organismu. Změny probíhají u jednotlivých osob odlišnou rychlostí a s různou intenzitou a souvisejí se vznikem a výskytem nemocí obvyklých ve stáří.“[1]

Následující biologické projevy stárnutí jsou uvedené v publikaci D. Jarošové.[2]

- Objevuje se celková atrofie postihující všechny orgány a tkáně (také atrofie kůže, svalů, jater atd.).
- Snižuje se elasticita orgánů a tkání.
- Snižuje se funkce endokrinních žláz (žlázy s vnitřní sekrecí) – vzniká hormonální nerovnováha v důsledku nerovnoměrného snížení jednotlivých funkcí.
- Mění se distribuce tělesných tekutin – snižuje se obsah tekutiny v buňkách.
- Zvyšuje se obsah tělesného tuku a mění se ukládání vápníku v těle.
- Zmenšuje se postava v důsledku zmenšení meziobratlového prostoru a shrbené pozice těla z důvodu svalové ochablosti.
- Snížení množství vápníku v kostech, vzniká osteoporóza a vyšší riziko lomivosti kostí, snižuje se kvalita zubů.
- Snižuje se elasticita a výkonnost kosterního svalstva.
- Objevují se změny na kůži – kůže je v důsledku nižšího obsahu vody suchá, tenká a svraštělá, vznikají stařecké skvrny na kůži.

[1] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada Publishing, 2011. s. 19
[2] JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory.* 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. s. 22 – 24

- V důsledku snížené činnosti vlasové pokožky a vlasových kořínků vlasy padají a šedivějí.
- V důsledku zpomalených metabolických procesů se zpomaluje růst nehtů a mají vyšší lomivost.
- Snižuje se činnost nervového systému – vzniká senilní porucha motoriky (zhoršení pohybových schopností, porušení stability, problém udržet rovnováhu aj.
- Objevují se poruchy spánku – obtížné usínání, mělký spánek a časté probouzení.
- Změny v oběhovém systému – klesá elasticita cév, snižuje se průtok krve všemi orgány, klesá srdeční výkonnost při zátěži.
- Změny v respiračním systému – snižuje se poddajnost plic.
- Změny ve vylučovacím systému – výrazně se snižuje očišťovací schopnost ledvin, snižuje se kapacita močového měchýře, často se vyskytuje močová inkontinence.
- Změny v trávicím systému – klesá tvorba slin, snižuje se kyselost žaludečních šťáv, zpomaluje se vyprazdňování žaludku, klesá schopnost vstřebávání vitaminů a minerálů, snížená peristaltika střev (vede k zácpě).
- Zhoršuje se funkce smyslových orgánů – snižuje se chuť, čich, hmat, sluch i zrak.

1.2 Psychické aspekty stárnutí

Díky změnám biologickým dochází i ke změnám psychickým. Tělesné změny ve stáří mají určitý vliv na psychiku člověka. To znamená, že gradující tělesné změny jsou seniorem negativně prožívány a následně se projevují změnami psychickými. V některých případech mohou tělesné změny vést i ke změnám intelektovým.[3]

D. Jarošová (2006, s. 24 – 28) uvádí tyto psychické změny:

- Snížení kognitivních funkcí – zvýšené zapomínání, snížení schopnosti paměti, koncentrace, zapamatování si nových informací.
- Snížení fatických funkcí – tj. snížení funkce řeči, pokles schopnosti cokoliv pojmenovat, porozumět řeči.
- Snížení výkonnosti intelektových funkcí.
- Zvýšená emoční nestabilita až labilita, výkyvy nálad, proměnlivost rozhodnutí a postojů, změny požadavků.

[3] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada Publishing, 2011. s. 21

- Někdy ztráta schopnosti citových prožitků.
- Celkové povahové změny – z pozitivních vlastností do neutrálních nebo až silně negativních. Možný je také opačný průběh: z negativních vlastností a postojů do neutrálních či pozitivních.
- Zvýraznění povahových vlastností a osobních projevů, většinou těch negativních.
- Celkový nebo částečný pokles zájmu seniora – apatie, rezignace, neochota zapojit se do jakékoliv činnosti.
- Změny v pořadí životních hodnot – orientace na rodinu, zdraví, duchovní hodnoty.
- Změny potřeb a jejich pořadí – souvisejí se změnou životních hodnot.
- Změna zájmů a potřeby jejich uspokojení – často klesá, ale někdy se naopak probouzí zájem o nové oblasti a činnosti.
- Snížená schopnost adaptace na změny, nové a náročné situace.
- Tendence k bilancování svého života a posuzování situací s časovým odstupem, z nadhledu.

1.3 Sociální aspekty stárnutí

Podle E. H. Eriksona je nejdůležitějším úkolem každého seniora dosáhnout integrity v pojetí vlastního života. Podle Eriksona řeší každý člověk v tomto období konflikt mezi integritou a zoufalstvím. Pro dosažení integrity jsou nezbytné tři základní podmínky: pravdivost, smíření, kontinuita. Dosažení integrity vede k tomu, že senior přijme prožití celého svého života a akceptuje jeho smysl. Přijímá své stáří, životní chyby a omyly, nesplněná přání a nedosažené cíle. Akceptuje sám sebe takového, jaký je, neodsuzuje se a odpouští si. To dává člověku prostor svobodně a důstojně dožít.[4]

Nepříznivé sociální aspekty

- Odchod do důchodu
- Omezení sociální integrace ve společenských, kulturních a jiných aktivitách.
- Změna ekonomické situace seniorů.
- Generační osamělost – úmrtí partnera, stárnutí osamělé osoby.
- Zhoršená možnost kontaktů s přáteli a jinými osobami.
- Sociální izolace – omezení rodinných kontaktů, úbytek přátel.

[4] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada Publishing, 2011. s. 21 – 22

- Strach z osamělosti a nesoběstačnosti.
- Nutná, ale nevyhovující změna životního stylu.[5]

Pozitivní sociální aspekty

- Funkční rodina, dobré rodinné vztahy a pevná citová pouta.
- Plánovaná ekonomická příprava – zajištění vhodného bydlení, penzijní připojištění.
- Plánovaná příprava a efektivní nakládání s volným časem.
- Možnost uspokojení potřeb seniora.[6]

[5] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada Publishing, 2011. s. 22
[6] JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory.* 1.vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. s.31

2. Potřeby seniorů

Potřeba je pocit nějakého nedostatku, jehož odstranění by mělo vést ke zlepšení stavu. Člověk má své potřeby, které se s věkem mění. Určité potřeby má dítě, jiné dospělý a úplně odlišné se objevují u seniorů. Mluvíme-li o potřebách, můžeme říci, že jsou nekonečné, protože uspokojením potřeby jedné vzniká potřeba nová.

2.1 Hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa

Lidskými potřebami se zabývalo již mnoho autorů a vznikla tak řada rozdílných škál, které tyto potřeby člení podle různých kritérií. V ošetřovatelství a v oblasti sociálních služeb se nejvíce používá členění podle A. H. Maslowa. Abraham Herold Maslow byl americkým psychologem žijícím v letech 1908 – 1970 v USA. Lidskými potřebami se zabýval podrobně, zkoumal jejich význam a vzájemné vztahy. Na základě získaných poznatků vytvořil v roce 1943 škálu ve tvaru pyramidy, kde schematicky rozčlenil všechny oblasti lidských potřeb do pěti úrovní.[7] (viz obrázek 1)

Obr. 1 Maslowova pyramida potřeb

[7] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada Publishing, 2011. s. 167

Následující jednotlivé stupně Maslowovy pyramidy potřeb popisuje *Wikipedia.*[8]

Základní tělesné a fyziologické potřeby jsou hodnoceny jako základní potřeby lidského organismu, mají nejvyšší prioritu a skládají se převážně z následujících potřeb: potřeba dýchání, regulace tělesné teploty, potřeba vody, spánku, přijímání potravy, vylučování a vyměšování, pohlavního styku, fyzické aktivity.

Potřeba bezpečí a jistoty vzniká po uspokojení fyziologických potřeb. K této skupině jsou zahrnuty následující potřeby: jistota zaměstnání, jistota příjmu a přístupu ke zdrojům, fyzická bezpečnost – ochrana před násilím a agresí, morální a fyziologická jistota, jistota rodiny a zdraví.

Potřeba lásky, přijetí, sounáležitosti přichází po naplnění dvou předchozích stupňů potřeb. Tyto potřeby se nazývají také potřebami sociálními, mezi které patří citové vztahy – přátelství, partnerský vztah, potřeba mít rodinu.

Potřeba uznání a úcty se projevují snahou o dosažení úspěchu, respektu, pochvaly, veřejného uznání atd. Naplnění této potřeby vede ke zlepšení sebedůvěry a sebepojetí.[9]

Potřeba seberealizace je označena jako instinktivní potřeba, při které chce člověk naplnit své schopnosti a snaží se být při tom co nejlepší. Seberealizované osoby definoval Maslow takto:

- Přijímají všechny okolnosti života, včetně sebe sama, místo aby se těmto okolnostem vyhýbali nebo je odmítali.
- V tvorbě svých myšlenek a činů jsou spontánní .
- Jsou tvořiví.
- Mají zájem o řešení problémů, a to nejen svých. Řešení těchto problémů hraje často v jejich životě zásadní roli.
- Pociťují blízkost jiných lidí a všeobecně si váží života.
- Mají svou vnitřní etiku, která není závislá na vnější autoritě.
- Hodnotí jiné lidi bez předsudků a to způsobem, který lze označit za objektivní.[10]

[8] http://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova_pyramida
[9] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada Publishing, 2011. s. 168
[10] Tamtéž

Sebetranscendence tvoří vrchol pyramidy, nadstavbu nad pěti stupni, která se nazývá též duchovními potřebami. Jedná se zkoumání a rozvíjení vrcholných zážitků, osobní růst a rozvoj. Lidé, kteří dosahují vrcholných zážitků, jsou seberealizovaní, zralí, zdraví a sebenaplnění.[11]

2.2 Fyziologické potřeby seniorů

U seniorů se mění hodnotová orientace potřeb. Do popředí se dostávají potřeby zdraví, klidu, bezpečí a spokojenosti. Ze studií týkajících se klientů v ústavní péči vyplývá, že staří lidé preferují, z fyziologických potřeb, především chutně připravené jídlo. Je nutné dodat, že se ve stáří v důsledku ubývání chuťových pohárků mění chuť. Je zvýrazněna potřeba vyprazdňování, se kterým mají senioři problémy – zácpa a inkontinence moči se ve vyšším věku objevují zcela běžně. V tomto věku se zvyšuje také potřeba odpočinku a spánku, který je u starých lidí polyfázický (probíhá ve více fázích). Senioři spí nebo podřimují i během dne. Velmi důležitá je potřeba být bez bolesti, mít zajištěné teplo a pohodlí. Jiné fyziologické potřeby naopak ustupují do pozadí, například hygienická péče, úprava zevnějšku, péče o čisté lůžko nebo sexuální potřeby.[12] U většiny seniorů je také důležité dbát na pitný režim, jelikož se u nich snižuje potřeba přijmu tekutin. Mají méně často pocit žízně, což může vést až k dehydrataci a dalším fatálním následkům.

2.3 Vyšší a duchovní potřeby seniorů

Senioři mají strach z onemocnění, ze ztráty životního partnera, závislosti na pomoci druhých osob. Mnozí se těžko smiřují s tím, že by měli být závislí na přítomnosti a ochotě pečovatelů. Nejistota se objevuje i tehdy, má-li senior nedostatek informací o svém zdravotním stavu, plánovaných vyšetření apod. Důležitý je proto trpělivý přístup, kdy je starým lidem vše dostatečně vysvětleno.[13]

V závěrečné fázi svého života senioři bilancují, hodnotí své dosavadní bytí a kladou si otázky o smyslu svého života. Přemýšlí, jestli splnili všechny své úkoly a cíle. Na mnohé otázky však nemají odpověď a se svými myšlenkami se potřebují svěřit někomu, kdo jim aktivně naslouchá a poskytuje prostor k tomu, aby odpovědi na otázky nalezli sami v sobě. Personál v institucionální péči sice nemůže zastupovat roli duchovního, ale vhodným rozho-

[11] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada Publishing, 2011. s. 169
[12] MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany.* Praha: Grada Publishing, 2011. s. 48
[13] MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany.* Praha: Grada Publishing, 2011. s. 49

vorem může seniorovi pomoci se svěřit se svým trápením, nedosaženými cíli, chybami, které v životě udělal, a smířit se s nimi. Uspokojování duchovních potřeb člověka není jen záležitostí víry v Boha. K duchovním potřebám klienta patří kupříkladu potřeba sounáležitosti, důvěry nebo také jisté závislosti na někom. Personál může člověku v mnohém pomoci.[14]

Mnozí senioři se oddávají myšlenkám: „Kdybych neudělal tohle, mohl bych dělat něco jiného“. Tento postoj však udržuje staré lidi v iluzích o tom, co by mohlo být, za jiných okolností, a brání jim žít v přítomném okamžiku.[15] Takovéto myšlenky jsou důvodem toho, proč se někteří senioři nemohou smířit s přítomností a stále žijí v minulosti. Izolují se tak od okolního světa a života, který se jim možná zdá být až příliš nespravedlivý. Když se však člověk své současné situaci plně otevře a přijme ji, je mnohem šťastnější než dříve.[16]

Mlýnková uvádí, že *duchovní potřeby nejsou v institucionální péči dostatečně uspokojovány* (s. 50). Podle mého názoru se však situace postupně zlepšuje a již většina zařízení tuto službu svým klientům poskytuje. Duchovní docházejí do zařízení v dohodnutých dnech. V určitých případech je však možné, na žádost klienta, duchovního zavolat a domluvit se s ním podle potřeby.

[14] MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany.* Praha: Grada Publishing, 2011. s. 50
[15] DASS, Ram. *Stále tady. Přijímání stárnutí, změn a smrti.* Praha: Pragma, 2002. s. 40
[16] DASS, Ram. *Stále tady.Přijímání stárnutí, změn a smrti.* Praha: Pragma, 2002. s. 13

3. Komunikace se seniory

Pro komunikaci se seniory je důležitá ochota a trpělivost, která se od profesionála očekává. Jestliže pracovník spěchá a mluví na starého člověka rychle a tím pádem pro něj i nesrozumitelně, dostává se tak příjemce (tedy senior) do nepříjemné situace, kdy neví, co po něm pracovník chce a co má případně udělat. Reakce seniora jsou zpomalené, proto je nutné mluvit na něj pomalu a nechat mu dostatek času na odpověď.

O komunikaci se říká, že probíhá stále a vždy se na ní podílejí všichni, kteří se nacházejí v určité situaci.[17] Antropolog Albert Mehrabian prokázal, že 7% informace se dozvídáme ze slov, 38% informace získáváme z tónu hlasu a zbylých 55% zprostředkovává řeč těla.[18] Důležitá je proto vhodná komunikace s klientem, která je jedním ze základních pilířů dobrého vztahu mezi pečovatelem a klientem. V komunikaci se odráží vztah k člověku, se kterým právě hovoříme. Je to předávání informací, pocitů, postojů a očekávání. V takové komunikaci dává pracovník třeba i nevědomě najevo, co si o klientovi myslí, zda jsou jeho city k němu pozitivní nebo negativní, nebo jestli ho má v oblibě či nikoliv. K předávání takovýchto informací slouží i neverbální složka komunikace, která mnohdy prozradí více, než chceme. Profesionální pracovník by měl ovládat svůj slovní i mimoslovní způsob vyjadřování. Sledovat vlastní verbální a neverbální projev je velmi těžké a člověk se to učí praxí a stálými kontakty s klienty.[19]

„Důležitým nástrojem při práci s klientem je rozhovor. Staří lidé mají velkou potřebu vyprávět svůj životní příběh, hodnotit a vyrovnávat se s tím, co jim život přinesl, vypovídat se ze svých trápení, řešit své problémy. Rozhovor je prostředkem, který umožní získat velké množství informací o klientovi, jeho minulých rolích, zaměstnání, zájmech, sociálních podmínkách a historických souvislostech, v nichž žil. Umožní poznat jeho vnímání rodinných vztahů, jeho odhad možností postarat se sám o sebe nebo očekávání vztahující se ke konkrétním rodinným příslušníkům.“[20]

---

[17] VENGLÁŘOVÁ, Martina., MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry.* Praha: Grada Publishing,2006. s.24
[18] KLEVETOVÁ, Dana., DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008 s. 93
[19] MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany.* Praha: Grada Publishing, 2011. s. 52
[20] MATOUŠEK, Oldřich, et al. *Sociální práce v praxi.* Praha: Portál, 2010. s. 170

3.1 Vztah laskavosti a důvěry

Ať už se sami ocitneme ve známém či neznámém prostředí, očekáváme od druhých zájem o nás, pozornost k našim otázkám, pochopení a vstřícnost, opakování toho, čemu nerozumíme, podporu, doprovod atd. Očekáváme, že když bude potřeba, někdo nám pomůže. Zároveň ale i s trochou nedůvěry čekáme, kdo to bude. Profesionál by si měl tato očekávání uvědomovat a podle nich také jednat. Podstatné je uvědomit si i to, že je někdy důležité jen poslouchat. Být přítomen, potvrdit slyšené a sdělit klientovi, že je to opravdu těžké. Užitečné informace je dobré předávat postupně a v takovém rozsahu, aby byl senior schopen jim porozumět. Ideální je ověřit si, zda sdělení skutečně porozuměl – například zopakováním slyšené informace.[21]

3.2 Komunikační bariéry

Do procesu komunikace vstupuje člověk s určitými představami o druhých, o jejich schopnostech, motivaci, vůli. Tyto představy jsou ovšem spíše subjektivní. Klient se může domnívat, že s ním pracovník komunikuje pouze o zdravotních problémech, proto stále informuje o symptomech či problémech. Pracovník může předpokládat, že klient nemluví proto, že o rozhovor nestojí. Klient však může mít například obavy, že když nebude téma dostatečně závažné, tak pracovník odejde.[22]

3.2.1 Bariéry na straně klienta

- Je unavený a nechce sdělovat žádné informace.
- Nevěří pracovníkovi, neví jak s informacemi naloží.
- Somatické bariéry (únava, bolest, nedoslýchavost, zhoršená funkce zraku, sluchu atd.)
- Psychické bariéry (prožívání strachu, úzkosti atd.).
- Neochota hovořit na intimní téma (např. popsat vztahy v rodině, sexuální život atd.).[23]

3.2.2 Bariéry na straně pracovníka

- Strach ze závažných témat (umírání, nevyléčitelné choroby atd.).

[21] KLEVETOVÁ, Dana., DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008 s. 99 a 101
[22] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory.* Praha: Grada Publishing, 2007. s. 74
[23] MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany.* Praha: Grada Publishing, 2011. s. 53

- Problém s konkrétním klientem, nepříjemná zkušenost z předchozího kontaktu.
- Možnost hovoru na erotické téma, které hraničí i se sexuálním obtěžováním.
- Nedostatek času.[24]

3.2.3 Bariéry v prostředí

- Hluk a pohyb osob (kroky, bouchání dveřmi atd.).
- Žádné soukromí (přítomnost dalších klientů v místnosti).
- Chybějící vhodná místnost určená k rozhovorům s klienty.[25]

3.3 Specifické obtíže

K obvyklým problémům běžné komunikace se v komunikaci se seniory řadí ještě problémy specifické.

3.3.1 Poruchy smyslů

Nedoslýchavý člověk

Říká se, že zrak je brána k věcem a sluch k lidem. Při komunikaci s nedoslýchavým člověkem mluví pracovník pomalu, zřetelně, a dívá se mu do tváře. Měl by volit vhodnou vzdálenost od klienta, nesmí být narušen jeho osobní prostor (40 cm), ale nesmí být ani příliš vzdálen od klienta, jelikož se tak snižuje možnost slyšet. Pracovník využívá i neverbální komunikaci, může například ukazovat na předměty, o kterých mluví. Pozornost je věnována kompenzačním pomůckám – naslouchadlu.[26]

Člověk se špatným zrakem

Člověk zrakem vnímá mnoho informací. Nejen kdo přichází a co nese, ale také dokáže z tváře vyčíst emoce, které mohou změnit celý význam sdělení. Proto je nutné dbát na jasné formulace, které omezí možnost jiného výkladu. Při komunikaci s člověkem s poruchou zraku by měl pracovník nejdříve pozdravit a znovu se představit. Bez upozornění se nedotýká klienta a vše důkladně popisuje.[27]

---

[24] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory.* Praha: Grada Publishing, 2007. s. 75
[25] MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany.* Praha: Grada Publishing, 2011. s. 54
[26] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory.* Praha: Grada Publishing, 2007. s. 76
[27] Tamtéž

3.3.2 Poruchy řeči – afázie

Poruchy řeči se vyskytují po prodělání neurologických onemocnění, která ovlivňují schopnost mluvit a rozumět řeči. Nemožnost domluvit se s lidmi často směřuje k bouřlivým reakcím. Dochází k nervozitě, hněvu až agresivitě. Další variantou je rezignace na komunikaci. Vhodný přístup si žádá především trpělivost a hledání alternativních možností (obrázky, posunky apod.). Pokud dojde ke ztrátě schopnosti verbální komunikace, je dobré pomáhat si pozorováním, ukazování předmětů, nedávat obecné otázky. Opravovat klienta nemá cenu, spíše by se tím jen vyvolala negativní reakce, než náprava řeči.[28]

3.3.3 Demence

„Pokles na úrovni kognitivních funkcí u takto nemocných osob má za následek zvýšenou zranitelnost a potřebu podpory.“[29] Důležité je omezit nebo odstranit zbytečné zdroje hluku a šumu. Komunikaci pracovník nejlépe naváže tím, že bude nějakým způsobem (verbálně i neverbálně) reflektovat pacientovu momentální činnost. Pokud klient nepodá jasný důkaz, že si pracovníka pamatuje, a že ví o koho jde, je vždy lepší se pokaždé představit. Vhodné je používání krátkých jednoduchých vět vždy zaměřených jen na jedno téma. Je důležité také ponechat na vše dostatek času, často chválit (účes, oblečení, účast na činnostech atd.), často oslovovat příjmením i titulem, nevyvracet tvrzení klientů, i když jsou chybná, nekritizovat, snažit se posilovat klientovu sebeúctu a sebedůvěru, snažit se najít význam ve všem, co klient dělá a říká. Podstatné je, aby pečovatel nebyl chápán jako protivník, ale spíše jako zdroj pohody a bezpečí.[30]

3.4 Problematické situace a jejich možné řešení

Podpora dobré komunikace spočívá především v ochotě naslouchat. Pokud člověk vycítí, že nenasloucháme, ztrácí chuť v komunikaci pokračovat. Aktivní naslouchání se projeví jak v rovině neverbální (mírný náklon těla směrem k vypravěči, oční kontakt, klidný postol čí posazení), tak i v rovině verbální (vhodné dotazy k tématu, parafrázování, reflexe jeho sdělení).[31]

---

[28] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory.* Praha: Grada Publishing, 2007. s. 76
[29] HOLMEROVÁ, Iva, et al. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou.* Praha: EV publicrelations, 2007. s. 61
[30] HOLMEROVÁ, Iva, et al. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou.* Praha: EV publicrelations, 2007. s. 69 – 71
[31] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory.* Praha: Grada Publishing, 2007. s. 77

3.4.1 Odmítání kontaktu a komunikace

Obvyklým problémem je navázání kontaktu s klientem, který o komunikaci nestojí. Na prvním místě je tedy analýza důvodů, které stojí za odmítavým postojem ke komunikaci. Ty mohou vyplývat ze situace, ve které se klient právě nachází. Může to být reakce na změnu prostředí, smutek po blízkých, mají nižší potřebu mluvit, nebo si neumí představit, o čem by se s personálem bavit. Je vhodné, aby je pracovníci vybízeli taktním způsobem k hovoru. Mohou sami nějaké téma klientovi navrhnout. Řada lidí ráda vzpomíná na svou rodinu, profesi, koníčky. Je však respektováno přání klienta, když chce být sám.[32]

3.4.2 Hovor stále na totéž téma

Také stereotypní opakování témat a situací je zatěžující. Klient si nepamatuje, s kým mluvil před chvílí, ani o čem si spolu povídali. Život v domově není příliš rozmanitý a tak se mnohá témata zcela přirozeně opakují. Mnozí klienti by si třeba rádi popovídali, ale obávají se, že jim personál nebude věnovat pozornost. Volí tedy témata, o kterých si myslí, že to sem patří. To bývá většinou zdravotní stav. I zde platí nabízení témat hovoru. Dále pak dostatek zajímavých aktivit, které umožní rozšířit pole ke komunikaci.[33]

3.4.3 Zlostné a vulgární výrazy

Je nepříjemné, když klient používá sprosté výrazy a nadávky. Personál by měl zvážit, zda to klient dělá záměrně, nebo jde o projev duševního onemocnění. U klientů, kteří záměrně vyvolávají konflikty, je třeba jasně vymezit pravidla a nenechat je v takovém chování dále pokračovat. Je dobré, aby rozhovor na téma používání vulgarismů a nadávek vedla osoba, kterou klient respektuje (např. ředitel).[34]

3.4.4 Témata, která senioři rádi přijímají

Následující text obsahuje níže uvedená kniha.

Co senioři rádi slyší:

- Informaci o svém vzhledu a oblečení, i když naši chválu vyvracejí.

[32] VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory.* Praha: Grada Publishing, 2007. s. 78
[33] Tamtéž
[34] Tamtéž

- Jak dobře vypadají.
- Potěšilo mne, že…

O čem senioři rádi hovoří:

- Životní témata – dětství, škola, hobby, zaměstnání, manželství, rodina, kultura, apod.
- Přírodní témata – počasí, roční období, zvyky, apod.
- Významné životní události a zážitky – láska, přátelství, naděje, štěstí, touha, apod.
- Jídlo, recepty, apod.
- Vzpomínky – jak to bylo dříve, chování lidí, apod.
- Rady a názory
- Politika, mediální informace apod.
- Co by dělali, kdyby mohli; jak by co změnili, kdyby, apod.[35]

[35] KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008 s. 111

4. Programy aktivit při péči (nejen) o člověka s demencí

K důležitým činnostem při péči o seniory řadím též i aktivizaci, která starým lidem pomáhá vytáhnout je z každodenní „samoty“ a strávit tak příjemnou chvíli ve společenství jiných osob – tyto osoby většinou tvoří ostatní obyvatelé domova (institucionálního zařízení). Při různých (i jednorázových) akcích se však senioři setkávají i s docela cizími lidmi, kteří jsou schopní jim například pomocí hudby, povídání nebo různých pohybových aktivit, předat radost a třeba i pocit, že „to bylo jak za mlada“.

Člověk je přirozeně činný tvor. Nečinnost je tedy nepříznivá a je spojena s prázdnotou, a nízkou kvalitou života. Při nečinnosti vznikají změny tělesné (pokles kondice, imobilizační syndrom vznikající bez přiměřeného pohybu – například při upoutání na lůžko), duševní (stavy úzkosti, rozmrzelost, pociťovaná nepohoda, může vést až k depresi), i sociální (izolovanost, závislost). K aktivizaci je však potřeba přistupovat s rozmyslem a respektovat přání a možnosti konkrétního člověka. Základem je tedy individualizovaný osobnostní přístup.[36]

4.1 Charakteristika programování aktivit

Aktivity nezvrátí stav nemocného, ale redukují efekt senzorické deprivace, společenské izolace a ochabování funkcí a rozbíjí cyklus vedoucí k tzv. naučené neschopnosti. Individuálně plánované aktivity a smysluplné vztahy podporují dosažení úspěchu. Úspěch povzbuzuje klienta, aby zůstal aktivní a v plné míře využíval svých zachovaných schopností. Častým důsledkem takovýchto dobře naplánovaných a uskutečněných programů je to, že klienti předčí očekávání pečovatelů.[37]

Hovoří-li se o programech aktivit, napadnou nás většinou plánované aktivity, jejichž realizaci měl na starosti personál zabývající se aktivizací. Neměli bychom se domnívat, že všechny dobré programy musí být inovativní a vzrušující. Ani skutečnost, že mají všichni co dělat, nevypovídá jasně o tom, že jde o dobrý program. Jediným správným měřítkem efektivnosti programu je spokojenost a potěšení všech zúčastněných. Jedná-li se o péči o osoby s demencí, mají velkou hodnotu tiché, tlumené aktivity, i když zde na první pohled jednoznačně nejde o společenskou nebo fyzickou aktivitu.[38]

[36] KALVACH, Zdeněk, et al. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997. s. 82
[37] ZGOLA, M. Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí.* Praha: Grada Publishing, 2003. s. 151
[38] ZGOLA, M. Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí.* Praha: Grada Publishing, 2003. s. 163

4.1.1 Tragická spirála funkčního sestupu

Poškození mozku, které je příčinou demence, brání uplatnění schopností osoby vyrovnat se s prostředím, což vede k nevhodnému chování, ke zhoršení funkcí a stažení se do sebe. Výsledkem je společenská izolace a senzorická deprivace, která zase vede k ještě méně vhodnému chování, ještě výraznějšímu poklesu funkcí a většímu stažení se do sebe.[39]

4.1.2 Rozbití tragické spirály funkčního sestupu

Poškození mozku, které je příčinou demence, brání uplatnění schopností osoby vyrovnat se s prostředím. Teď však zapojíme smysluplné aktivity, přizpůsobené prostředí a vstřícné vztahy, což vede k podpoře optimálního fungování a společensky vhodného chování, které udržuje společenské a senzorické podněty, a proto vede ke vhodnějšímu chování a k lepšímu uchování funkčních schopností.[40]

4.2 Problémy s aktivitou

„Aktivita je reagování na určité podněty z vnitřního nebo vnějšího světa. Mají-li být starší lidé aktivní, nesmějí jim takové podněty chybět. Konání je úzce spojeno s chováním. Zajišťuje člověku pokrývání různých potřeb a je také podmínkou lidské tvořivosti.“[41]

Aktivitu člověka ovlivňuje především zdravotní stav, individualita osobnosti, osobní pojetí stáří, hierarchie hodnot a potřeb, subjektivní věk (autohodnocení osobních možností), motivace ke konání, sociální podmínky (různé nabídky možností, samostatnost či závislost atd.), ekonomické faktory (placené činnosti, materiální podmínky), společenské mínění o stáří (tradiční model životních drah: vyšší věk = tzv. zasloužený odpočinek; role starých lidí: nemít roli).[42]

4.3 Podstata smysluplné činnosti

Smysluplná činnost musí splňovat různá kritéria: je prováděná dobrovolně, je sociálně přiměřená, dává pocit úspěchu.[43]

---

[39] ZGOLA, M. Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí.* Praha: Grada Publishing, 2003. s. 152
[40] Tamtéž
[41] PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika.* Praha: Scientia Medica, 1994. s. 105
[42] PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika.* Praha: Scientia Medica, 1994. s. 106
[43] ZGOLA, M. Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí.* Praha: Grada Publishing, 2003. s. 153

Každá činnost musí mít jasný účel

V běžném životě nikdo nedělá nic, co by nemělo nějaký účel. Důvodem jakékoliv (i „nesmyslné“) činnosti může být prostě jen dobrý pocit z této aktivity. Účel musí být jasný a přijatelný pro všechny angažované. Proč bychom mohli dělat například velikonoční ozdoby? Třeba proto, že si při tom zavzpomínáme na velikonoční zvyky, užijeme si společnosti a dobře se pobavíme. Možná použijeme pastelky, papír, lepidlo a při tom můžeme pojídat sušenky, povídat si o velikonočních zážitcích z mládí a dobře se bavit.[44]

Každá činnost musí být dobrovolná

Aktivizační pracovník může klienta povzbuzovat, může vysvětlovat, ale klient se nakonec aktivity musí zúčastnit dobrovolně. Aktivity, ke kterým jsou lidé nuceni, pro ně nemají smysl. Příliš často jsou účastníci na vozíku na program prostě jen dotlačeni. To však není dobrovolné a tudíž nejde o smysluplnou účast.[45]

Když se klient nezúčastní dobrovolně, může pouze nečinně sedět, nudit se a případný hluk a pocit, že musí něco dělat, mohou vést i k neklidu, nervozitě, nepříjemným pocitům a třeba až k agresivitě. I proto by měli pracovníci respektovat klientovo rozhodnutí a nenutit ho do činnosti, o kterou nemá zájem.

Každá činnost musí být příjemná

To, že je činnost klientovi nepříjemná, poznáme nejen podle jeho verbálních projevů, ale také podle projevů neverbálních, které jsou mnohdy ještě přesnější. Pracovníci si musí být vždy vědomi negativní a pozitivní řeči těla účastníků během jakékoli aktivity nebo setkání. Jakmile se aktivita klientovi nelíbí, tak v ní nebudeme pokračovat.[46]

Každá činnost musí být společensky přijatelná

Činnost musí být pozitivním odrazem věku a statusu osoby. Výsledný produkt činnosti musí odrážet schopnosti účastníků, nikoli jejich omezení. Produkty vysoké kvality nevyžadují nutně vysokou úroveň dovedností. Jakákoliv malba provedená na kvalitním papíře, a řádně zarámovaná, bude uměleckým dílem, zatímco malba na pauzovacím papíře, připíchnutá na nástěnku, bude vypadat jako produkt dětí z mateřské školy. Ocenění výsledných produktů je důležité pro zachování úcty a sociálního statusu účastníků, a respektu od personálu.[47]

---

[44] ZGOLA, M. Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí.* Praha: Grada Publishing, 2003. s. 153
[45] Tamtéž
[46] ZGOLA, M. Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí.* Praha: Grada Publishing, 2003. s. 154
[47] Tamtéž

Činnost nesmí vést k neúspěchu

Každá činnost by měla poskytnout účastníkovi pozitivní zkušenost potvrzující správnost jeho konání. Nabízené činnosti se musí pohybovat v rámci klientových schopností. I když to tak nemusí vypadat, existuje spousta činností, při kterých může dojít k neúspěchu: je to například zametání podlahy, shrabování listí, utírání nádobí nebo prachu, poskytování rad a podobně. Pokud člověk při dané činnosti selže, je na pečovateli, aby negativní dopad této zkušenosti minimalizoval. To znamená, že obrátí něco v žert, případně vezme vinu na sebe nebo rychle přesměruje činnost tak, aby fungovala, i když jiným způsobem.[48]

4.4 Pravidla pro výběr a nabízení aktivit

Následující pravidla se týkají především osob postižených demencí a jsou popsány v níže uvedené knize.

Aktivity, které jsou u lidí postižených demencí nejúspěšnější:

- Užívají známých pohybových stereotypů.
- Mají výrazné rytmické prvky.
- Obsahují jeden opakující se krok.
- Poskytují okamžitou zpětnou vazbu.
- Zapojují člověka přímo.
- Jsou konkrétní a předvídatelné.

Při zavádění aktivity je dobré:

- Minimalizovat rozptylující podněty.
- Omezit možnosti volby.
- Dávat podrobné instrukce.
- Napomáhat konkrétními vizuálními prostředky.
- Vyloučit možnost případného neúspěchu.

K zapojení osoby, která klade odpor:

- Neptat se, ale raději dávat pokyny a udávat směr.
- Pomáhat výraznými konkrétními podněty.
- Začít činnost tím, že necháme klienta, aby se díval.

[48] ZGOLA, M. Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí.* Praha: Grada Publishing, 2003. s. 155

- Vytvořit situaci, která spustí konkrétní reakci.
- Ujistit se, že tato činnost odpovídá schopnosti klienta porozumět a vykonat ji.

Dojde-li k nezdaru, snažit se:

- Uchránit člověka s kognitivním postižením před dalšími nezdary.
- Podílet se na zodpovědnosti za nezdar, ale činit tak realisticky.
- Hodnotit výsledek pouze ve vztahu k úrovni schopností klienta.[49]

4.5 Vybrané metody aktivizace v ústavní péči

Při výběru metod aktivizace jsem se zaměřila především na aktivity, které jsou vhodné i pro osoby s demencí.

Při nabídce činností pro osoby s demencí nejde o rozvíjení a zlepšování mozkových nebo paměťových funkcí. Musejí být voleny takové aktivity, které posilují sebevědomí nemocných a nepřetěžují je. Jde o to, vytvořit takovou nabídku aktivit, kterou přijmou se zájmem a radostí. Činnosti, které jsou lehké, hravé a zaměřené na dlouhodobou paměť, mají na klienty ve většině případů pozitivní vliv. Důležité je rozvíjení dlouhodobé paměti, což vyžaduje cílené a odpovídající aktivity. Přístup ke klientovi s demencí může být nalezen skrze vzpomínky v dlouhodobé paměti nemocného.[50]

4.5.1 Reminiscence

Jde o metodu práce se vzpomínkami. Reminiscence může probíhat individuálně nebo ve skupině. Při této terapii se často užívají pomůcky, jako jsou například staré předměty, přístroje, které se užívaly v domácnostech, staré fotografie, lidová nebo taneční hudba, filmy, módní doplňky..

Tato aktivita může být strukturovaná, ale také zcela spontánní, nestrukturovaná. Terapeutický aspekt vystupuje do popředí někdy více, někdy méně. Při skupinovém vzpomínání se může též využívat uměleckého projevu, kreslení, zpěvu, tance, pantomimy, dramatizace, tedy všeho, co působí jako podněty pro vyvolání vzpomínek. Základním prvkem reminiscenčních přístupů je navození pohody, dobrého pocitu, sebeuspokojení, radosti a potěšení.[51]

---

[49] ZGOLA, M. Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí.* Praha: Grada Publishing, 2003. s. 165 - 166
[50] MÖTZING, Gisela. *Beschäftigung und Aktivitäten mit alten Menschen.* München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, 2009. s. 70
[51] JANEČKOVÁ, Hana, VACKOVÁ, Marie. *Reminiscence.* Praha: Portál, 2010. s. 22

4.5.2 Pohybové aktivity

Pohybová cvičení mohou významně napomáhat ke změně postoje k sobě samému, především ke svému tělu. Pohyb může být zdrojem radosti a vnitřních prožitků obohacujících člověka. Vhodné formy pohybu pro seniory jsou pohyby pomalé a prováděné vědomě, klidně a soustředěně. S pohybem jsou spojeny příjemné prožitky (uvolnění, radost), ale na druhou stranu někdy i negativní prožitky (únava, bolest, frustrace). Překonáváním zátěže stoupá odolnost člověka a jeho vůle. Kdo nepozná námahu, nemůže si vychutnat uvolnění. Při cvičení nejde jen o pohyby velkých částí těla nebo těla jako celku; velmi oblíbené a účinné jsou cviky s prsty rukou nebo nohou, cvičení mimických svalů, očí a jazyka. Účinně působí příjemná tichá hudba a také slovní doprovod (vysvětlení významu cvičení). Tímto souběžným působením na city a na myšlení se podporuje zalíbení, kladný vztah a důvěra k pohybu.[52]

4.5.3 Muzikoterapie

Hudba léčí, toto rčení platí jak pro člověka zdravého, tak pro člověka nemocného. Užití prvků muzikoterapie napomáhá k psychické pohodě klienta a posiluje jeho sebevědomí. Texty písní nebo známá říkadla a melodie totiž zůstávají součástí dlouhodobé paměti. Techniky muzikoterapie: zpěv, poslech lidových písní, hra na různé nástroje, rytmické a taneční prvky, hudební kviz, apod. Jednotlivé prvky muzikoterapie můžeme rozdělit na techniky aktivní, kdy je klient aktivně zapojen, a techniky spíše pasivní, které napomáhají k uvolnění, relaxaci, vyvolání vzpomínek a emocí. U těchto (pasivních) technik je klient zapojen více jako posluchač – v tomto případě však může nastat problém se soustředěním a udržením klientovy pozornosti.[53]

Jak je všeobecně známo, mezi psychikou a somatickou existuje oboustranná vzájemná souvislost. Dobrá tělesná kondice se příznivě odráží na náladě člověka, zatímco například přepracovanost a únava navozuje špatnou náladu. Muzikoterapie, která používá kromě tónů i jiné hudebně používané zvuky, jako je šramot, šelest, rachot apod., dokáže člověka stimulovat a aktivizovat nebo i naopak uvolňovat a uklidňovat.[54]

---

[52] ŠTILEC, Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory.* Praha: Portál, 2004. s. 25-26
[53] HOLMEROVÁ, Iva, et al. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou.* Praha: EV public relations, 2007, str. 225
[54] LINKA, Arne. *Kapitoly z muzikoterapie.* Brno: Gloria, 1997. s. 22-25

4.5.4 Arteterapie

„Arteterapie se využívá jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace spíše, než aby se snažila o esteticky uspokojivé výsledné produkty, posuzované vnějšími měřítky. Výtvarný výrazový prostředek je dostupný každému, ne pouze těm výtvarně nadaným. Vymezuje prostor pro druh osobní, subjektivní činnosti. Tento druh činnosti získal název „arteterapie“ zejména proto, že se nejvíce rozvinul a rozvíjí v oblasti duševního zdraví a převážně v zařízeních pro duševně nemocné. Rozvoj arteterapie byl a je pro duševně nemocné pacienty velkým přínosem. Tento způsob použití výtvarného umění může být vhodný pro řadu dalších lidí, ať už se potýkají s vážnými problémy, nebo pouze chtějí sebe a své prožívání skrze výtvarné umění lépe poznat.“[55]

4.5.5 Pet-terapie

Pet-terapie je léčba pomocí zvířat. Mezi zvířaty chovanými doma a člověkem existuje velké pouto. Přítomnost zvířete v instituci má tedy velký význam. Zvířata mají pozitivní vliv jak na fyzický, tak zejména na psychický stav klientů. Je prokázáno, že při hlazení zvířete dochází k poklesu krevního tlaku, srdeční činnost se zklidňuje a navozuje se stav celkového uvolnění. Zvíře je především vynikající prostředek ke komunikaci, a to jak mezi klientem a oním zvířetem, tak i mezi klienty navzájem. Je to totiž výborné téma k zahájení rozhovoru. Zvířata mohou snižovat například úzkost, depresi nebo poruchy spánku. Léčebné programy se zvířaty je možné provádět buď chováním zvířat přímo v zařízení, nebo pravidelným docházením dobrovolníků – chovatelů zvířat. Jako lepší varianta se však jeví chování zvířat přímo v zařízení, protože k terapii může docházet častěji. Navíc také studie z Německa, Austrálie a USA ukázaly, že přítomnost zvířat v zařízení působí pozitivně i na ošetřující personál a má preventivní účinek proti tzv. syndromu vyhoření.[56]

[55] LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie.* Praha: Portál, 2005. s. 14
[56] HOLMEROVÁ, Iva, et al. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou.* Praha: EV public relations, 2007, str. 229 – 230

6. Současná situace poskytování sociálních služeb seniorům v ČR

Právní úprava sociálních služeb spadá do rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky (MPSV ČR). Až do koce roku 2006 se museli pracovníci sociálních služeb i klienti řídit zastaralým a nevyhovujícím režimem systému sociální péče, který byl právně upraven ještě před rokem 1989. Teprve 1.1.2007 nabyla účinnosti nová právní úprava: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.[57]

V současné době je z pohledu problematiky seniorů a pobytových sociálních služeb důležitá deinstitucionalizace. To znamená přechod k poskytování sociálních služeb zaměřených na podporu člověka v jeho přirozeném prostředí. Na základě zákona o sociálních službách je k dosažení tohoto cíle rozvinuta široká škála terénních a ambulantních služeb, které umožňují mnoha osobám zůstat i v nepříznivé situaci v domácím prostředí. Senioři také mohou využívat příspěvek na péči a kombinovat tak i několik druhů sociálních služeb.[58]

6.1 Příspěvek na péči

„Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle tohoto zákona při zvládání základních životních potřeb osob. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.“[59]

„Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby,
b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,
c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,
d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb,

a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.“[60]

[57] MATOUŠEK, Oldřich, et al. *Sociální služby.* Praha: Portál, 2007. s. 35
[58] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada Publishing, 2011. s. 32
[59] *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 7 odst. 1*
[60] *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 8 odst. 2*

„Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby:

a) mobilita,
b) orientace,
c) komunikace,
d) stravování,
e) oblékání a obouvání,
f) tělesná hygiena,
g) výkon fyziologické potřeby,
h) péče o zdraví,
i) osobní aktivity,
j) péče o domácnost.“[61]

„Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc

a) 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).“[62]

6.2 Pobytová sociální zařízení

Více než 85% pobytových zařízení v ČR je zřizováno kraji a obcemi. Pobytové služby poskytují také nestátní neziskové organizace, jako jsou občanská sdružení nebo církve. Služby poskytované v pobytových zařízeních jsou financovány z více zdrojů a podílí se na nich i úhrady klientů a již zmíněné přiznané příspěvky na péči, které v plné výši náleží pobytovému zařízení, jež klientovi sociální službu poskytuje. Malíková dále uvádí, že „jeden pracovník v přímé péči pečuje přibližně o 3 až 15 klientů. Tento počet je velmi vysoký a neodpovídá srovnání s jinými zeměmi. V žádném případě neumožňuje pracovníkům dostatečně kvalitně vykonávat svou práci a vede především k demotivaci, syndromu vyhoření a fluktuaci.“[63]

[61] *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 9 odst. 1*
[62] *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 11 odst. 2*
[63] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada Publishing, 2011. s. 33

6.3 Kvalita sociálních služeb

Sociální služby mohou poskytovat pouze registrovaní poskytovatelé sociálních služeb. Jelikož jde o garanci kvality poskytovaných služeb, lze získat registraci pouze při dodržení stanovených zákonných podmínek, které jsou uvedeny v zákoně o sociálních službách § 79. Kvalitu poskytovaných služeb dále zajišťují standardy kvality sociálních služeb (příloha č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.), které přesně určují povinnosti poskytovatelů při poskytování služeb. Ochranu zajišťuje také dodržování práv klientů a individuální plánování, na jehož základě jsou služby klientům poskytovány. Individuální plán vytváří pracovník spolu s klientem. Klient se tedy stává aktivním spolutvůrcem poskytované sociální služby, což znamená, že již není jen pasivním příjemcem prováděných činností. Služby, které jsou klientovi poskytovány, vedou k podpoře nebo udržování jeho soběstačnosti. Cílem již tedy není vykonávat něco za klienta, ale pomáhat mu a podporovat ho v tom, aby byl co nejméně závislý a mohl alespoň některé činnosti provádět sám.[64]

[64] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada Publishing, 2011. s. 33

7. Tři nejčastěji diagnostikovaná onemocnění v německém zařízení (Psychiatrický pečovatelský domov)

Mezi tři nejčastěji diagnostikovaná psychiatrická onemocnění v tomto zařízení patří demence, schizofrenie a afektivní poruchy.

7.1 Demence

Demence vzniká v důsledku poškození mozkové tkáně. Nejčastější příčinou je Alzheimerova choroba, tedy degenerativní onemocnění postihující mozkovou tkáň. V případě, že dojde k poškození cév a v důsledku toho k postižení mozkové tkáně, jde o demenci vaskulární. Demence je vždy důsledkem choroby, nikoli důsledkem pouhého stárnutí. Stařecká demence jako taková tedy neexistuje. Demence sice není součástí normálního stárnutí, ale je častější u starších lidí. Průběh demence lze rozdělit na tři stupně. V prvním stupni je počínající a mírná demence, kdy dominují zejména poruchy paměti, koncentrace, poruchy chování a sociálních funkcí. Do druhého stupně se řadí středně pokročilá demence, která se projevuje poruchou soběstačnosti a klient vyžaduje častý dohled. Ve třetím stupni se nachází již pokročilá forma demence, kdy je klient odkázán na nepřetržitou péči a pomoc ve většině sebeobslužných aktivit.[65]

„Alzheimerova nemoc (dále AN) narušuje část mozku a způsobuje pokles takzvaných kognitivních funkcí – myšlení, paměti, soustředění, úsudku. Bývá nejčastější příčinou demence, která vede postupně k závislosti nemocného na každodenní pomoci jiného člověka. Alzheimerovu chorobu poprvé popsal německý lékař Alois Alzheimer v roce 1907. Toto onemocnění, dříve považované za vzácné, se vyskytuje u 5% populace starší 65 let a u téměř třetiny populace starší 85 let. Onemocnění začíná pozvolna. Nejdříve se u nemocného zhoršuje krátkodobá paměť a není schopen se postarat o některé věci v domácnosti. Rychlost, kterou AN postupuje, se u každého postiženého liší. Nemocný má však čím dál větší problémy s vyjadřováním, rozhodováním, nedokončuje myšlenky, je zmatenější. Mění se celá jeho osobnost. V posledních stadiích nemoci už vůbec není schopen se sám o sebe postarat.“[66]

Všeobecné pečovatelské cíle o klienty s demencí: usilovat o co možná největší samostatnost v rozhodování při běžných denních činnostech, usilovat o co možná největší schop-

[65] HOLMEROVÁ, Iva, et al. *Vybrané kapitoly z gerontologie.* Česká alzheimerovská společnost, 2003. s. 49 – 50

[66] HOLMEROVÁ, Iva, et al. *Vybrané kapitoly z gerontologie.* Česká alzheimerovská společnost, 2003. s. 49

nosti jednání, mít úctu a akceptovat osobnost trpící demencí, zprostředkovat bezpečí, usilovat o co možná nejvyšší kvalitu života, život v terapeutickém prostředí, umožnit různé nabídky aktivit a všedních činností bez přetěžování, zajistit odlehčovací služby.[67]

7.2 Schizofrenie (F20)

„Schizofrenie ničí intelektový, osobnostní, emoční i sociální život jedince. Vede ke ztrátě kontaktu s realitou, k narušení vztahu k sobě samému a k vnějšímu světu. Termín schizofrenie lze přeložit jako „rozštěp mysli“. Přibližně 1% populace trpí schizofrenií.“[68]

Schizofrenie má pozitivní a negativní symptomy. Pozitivní příznaky ustupují po léčbě neuroleptiky daleko rychleji, než příznaky negativní. Mezi pozitivní symptomy patří: bludné představy a myšlenky (např. bludy kontrolovatelnosti, pronásledování nebo bludy nadlidské síly a schopnosti), halucinace různých smyslů a druhů (např. hlasové halucinace komentující chování nebo myšlení pacienta, dva a více hlasů hádajících se mezi sebou), dezorganizace řeči (neschopnost držet základní linii, nesouvislost, zárazy), dezorganizované chování nebo katatonní projevy (např. negativismus, snížení spontánních pohybů, neschopnost mluvit, svalová ztuhlost při pokusu pohnout s pacientem). K negativním symptomům je zařazováno otupení a oploštění emocí, dále úpadek vůle, iniciativy a spontánnosti, chudost řeči, ztráta zájmů, bezcílnost, ztráta vztahů k okolí a výrazná sociální izolace.[69]

Nejčastějším typem schizofrenie je **schizofrenie paranoidní (F20.0)**: Jde o relativně stálé bludy, které jsou doprovázeny halucinacemi. K paranoidním poruchám myšlení patří například bludy vztahovačné, žárlivecké nebo bludy transformace vlastního těla. U poruch vnímání se vyskytují hlasy, které vyhrožují nebo udílejí rozkazy. Objevují se i halucinace čichové, chuťové, sexuální a jiné tělové. Zrakové halucinace nejsou časté. Další forma schizofrenie, která se v zařízení vyskytovala je **schizofrenie katatonní (F20.2)**, jež je charakteristická funkčními poruchami motoriky. U tohoto druhu schizofrenie dominuje některý z následujících symptomů nebo jakákoliv jejich kombinace: snížení spontánních pohybů a aktivity, funkční neschopnost mluvit, negativismus (*pasivní* – klient nevyhoví požadavkům, *aktivní* – klient dělá pravý opak toho, co se po něm žádá), svalová ztuhlost, zaujímání a udržování nezvyklých poloh), bezúčelná, vnějšími podněty neovlivnitelná motorická aktivita.[70]

---

[67] MÖTZING, Gisela. *Beschäftigung und Aktivitäten mit alten Menschen.* München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, 2009. s. 63
[68] MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie.* Praha: Portál 2002. s. 58
[69] MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie.* Praha: Portál 2002. s. 59
[70] MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie.* Praha: Portál 2002. s. 60

7.3 Afektivní poruchy

7.3.1 Mánie (F30 – manická fáze)

Projevuje se rozjařenou, okolnostem nepřiměřenou náladou. Tato porucha je doprovázena hyperaktivitou s nápadným nespolečenským vystupováním. Projevuje se zvýšenou aktivitou či motorickým neklidem, nadměrnou hovorností, ztrátou zábran vedoucích k rizikovému chování nebo sníženou potřebou spát a jíst.[71]

7.3.2 Bipolární afektivní porucha (F31)

U bipolární poruchy, která se dříve nazývala maniodepresivní psychóza, se střídají depresivní fáze s manickými. Tyto fáze mohou končit přechodným vymizením příznaků nebo přejít do opačného pólu, tedy do deprese nebo do mánie. Toto střídání je obvykle nepravidelné. Často se po depresivních epizodách vyskytne jen několik manických fází během života. To znamená, že člověk trpí mnoha depresivními epizodami, při nichž existuje i vysoké riziko sebevraždy. Pokud dochází k opakování manických epizod, zkracuje se obvykle období přechodného vymizení příznaků a objevuje se poměrně rychlé střídání deprese a mánie. Porucha se však také může projevit jen jednou epizodou mánie.[72]

7.3.3 Depresivní epizoda/fáze (F32)

V depresivní fázi se vyskytuje různě hluboký depresivní syndrom, který se projevuje: neodůvodněnou, chorobnou, smutnou náladou, ztrátou zájmů, ztrátou pocitu radosti, neschopností jakékoliv činnosti, sebeobviňováním, zpomaleným myšlením, sníženou schopností komunikace vedoucí až k sociální izolaci, pesimistickým pohledem do budoucna, myšlenkami na sebevraždu. Dále se vyskytují poruchy spánku, sexuální aktivity a příjmu potravy a různé bolestivé syndromy provázené únavou.[73]

---

[71] MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie.* Praha: Portál 2002. s. 64
[72] MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie.* Praha: Portál 2002. s. 65
[73] Tamtéž

Praktická část

Úvod

V praktické části se nejprve zabývám popisem a strukturou zařízení, ve kterém jsem v rámci Dobrovolného sociálního roku pečovala o klienty s psychiatrickou diagnózou. Zařízení se nachází v areálu velké psychiatrické kliniky, kterou představím hned na začátku první kapitoly praktické části. Dále se věnuji specifikům péče v tomto zařízení. Jelikož se jedná o zařízení psychiatrické, vyžaduje péče o klienty specifický přístup, který jim umožní co možná nejlepší podmínky k vyrovnání se s chorobou a umožní příznivou atmosféru při výkonu péče. Z této praxe totiž vím, že i navzdory své chorobě se klient může cítit spokojeně.

Uvádím tedy koncept a průběh péče, jehož postup probíhá podle modelu péče německé profesorky v oboru pečovatelství, na odborné vysoké škole v Německém Darmstadtu, Moniky Krohwinkel. Domnívám se, že pokroky klientů závisí mimo jiné i na dobře zvládnuté komunikaci s nimi. Personál by měl volit různé způsoby komunikace s klientem podle jeho mentální úrovně, nastalé situace či podle klientovy aktuální nálady apod. Jestliže pečující nezvládá komunikaci s klientem, může ze strany klienta dojít k určité averzi vůči té které osobě a další potíže a rozbroje na sebe nenechají dlouho čekat. Představuji také druhy diagnostikovaných, psychiatrických poruch, které se u klientů vyskytovaly. K péči o klienty s psychiatrickou diagnózou patří i občasné řešení problémových situací, vyplývajících z jejich psychického stavu. Představím tedy systém pro rychlé přivolání pomoci, který funguje v rámci celé kliniky.

Dále se zabývám aktivizačními činnostmi, které jsme s klienty prováděli. Aktivity jsou stejně důležité, jako kterákoliv jiná činnost spojená s péčí. Když je klient aktivizován, tak předpokládám, že lépe snáší svou chorobu a snáze komunikuje s okolím. Aktivizace však musí být prováděna s určitou mírou, protože platí, jak se obecně říká, že „všeho moc škodí“. K negativním důsledkům může tedy vést i přemíra aktivizace. Každý totiž potřebuje i určitou míru svého klidu – zde použiji další všeobecný obrat, který říká, že „ticho a klid léčí“.

Důležitým faktorem je podle mě i konání různých jednorázových a spontánních akcí, jako například procházky s klienty po okolí nebo zúčastňování se různých společenských akcí – např. návštěva poutě, což je sváteční událost, která se v Regensburgu koná dvakrát do roka. Pro klienty tohoto zařízení je tato událost sváteční záležitostí i proto, že se někteří

z nich dostanou opět po dlouhé době i za brány kliniky, což může mít kladný vliv na jejich psychiku a prožívání.

Důležitá je i duchovní stránka klienta, o kterou je postaráno prostřednictvím kněze, s nímž se mohou setkávat pravidelně 2x týdně nebo se s ním mohou klienti domluvit individuálně podle svých potřeb. V místním katolickém kostele, jenž se nachází v areálu kliniky, se každou neděli konají bohoslužby, kterých se zúčastňují klienti, ale i lidé z blízkého okolí. Duchovní život je významnou součástí jak zdravého, tak i psychicky nemocného člověka. V Německu se k nějakému náboženství hlásí dvě třetiny obyvatelstva. Převážnou část těchto věřících tvoří evangelíci. V Bavorsku však převládá katolická víra.

Jako účastník *Dobrovolného sociálního roku* jsem měla stejné pracovní podmínky jako stálí zaměstnanci. Po celou dobu mého působení v tomto zařízení jsem pracovala na směny (ranní, odpolední, noční) a aktivně jsem se podílela na celém průběhu péče a všech aktivizačních činnostech. Stala jsem se plnohodnotným členem týmu, o čemž mě svým jednáním přesvědčili nejen moji spolupracovníci, ale také vedoucí zařízení. S touto stanicí udržuji stálý, pravidelný kontakt.

Cílem mé praktické části je, představit rozsah a průběh péče o seniory s psychiatrickou diagnózou, a jejich aktivizaci, v konkrétním německém zařízení. Představím, mimo jiné, aktivizační činnosti nabízené klientům, jejich průběh a reakce klientů.

8. Struktura zařízení

Název: Psychiatrický pečovatelský domov (Psychiatrisches Pflegeheim)
Adresa: Universitätsstraße 84, 930 53 Regensburg
Vedoucí zařízení: Oswald Oberndorfer
Zřizovatel: Medicínská zařízení okresu Oberpfalz, s. r. o.

Charakteristika:

Toto zařízení se nachází v areálu kliniky pro psychiatrii a neurologii, v krásném bavorském městě Regensburg. Klinika je umístěna v příjemném a klidném prostředí, odkud se však člověk může dostat do centra města za pouhých 10 minut jízdy městskou hromadnou dopravou. Autobusová zastávka je umístěna přímo u hlavního vchodu kliniky. Areál se skládá přibližně z 25 budov, ve kterých najdeme například i dětskou psychiatrii, forenzní psychiatrii, neurologickou rehabilitaci, ale také institut pro vzdělávání a rozvoj pracovníků nebo střední zdravotnickou školu. Přímo v areálu kliniky je také kostel sv. Víta, kde se každou neděli konají bohoslužby, kterých se zúčastňují jak klienti, tak i lidé z blízkého okolí.

Jednotlivé budovy kliniky jsou rozděleny podle čísel, přičemž Psychiatrický pečovatelský domov nese označení „Haus 5“. Skládá se ze dvou oddělení (5a, 5b), která jsou identická. Obě oddělení pracují nezávisle na sobě, ale na druhou stranu vzájemně spolupracují. Tato dvě oddělení pojmou dohromady 50 klientů. V zařízení se však nachází i třetí oddělení (5c), což je denní psychiatrická péče, kam klienti denně docházejí ze svých domovů. Toto denní centrum se zaměřuje na znovuzačlenění psychicky nemocných lidí do společnosti a pojme dohromady 12 klientů. Všechna oddělení (5a, 5b, 5c) mají své vedoucí, které jsou podřízeny vedení stanice 5, a to je podřízeno řediteli kliniky. Oddělení 5c však v této práci zahrnuté není.

Cílová skupina klientů:

Cílovou skupinu tvoří senioři nad 65 let. Péče se vztahuje na klienty s:

- organickou duševní poruchou (demence),
- schizofrenními psychózami,
- afektivními poruchami.[74]

[74] Leitfaden: Pflegeheim des Bezirks Oberpfalz Haus 5 (Sonderpflegeeinrichtung der Psychiatrie)

Kontraindikace (kdo nemůže být klientem):

- Pacienti se zlatým stafylokokem (před přijetím), se žloutenkou typu C, AIDS
- Klienti, kteří neovladatelně ohrožují své okolí
- Pacienti s těžkým imunitním onemocněním vyžadující vysoké náklady na péči
- Pacienti se zvláště vysokou potřebou zdravotní péče[75]

Zdroje financování:

Ceník (ceny za 1 měsíc – EUR)					
Popis	**0. stupeň péče**	**I. stupeň péče**	**II. stupeň péče**	**III. stupeň péče**	**Zvláště těžké případy**
Náklady na péči	1241,44	1883,60	2365,15	2719,85	3087,93
Ubytování	270,13	270,13	270,13	270,13	270,13
Stravování	332,19	332,19	332,19	332,19	332,19
Celkem	**1843,76**	**2485,92**	**2967,47**	**3322,17**	**3690,25**
Podíl z pojištění na péči	0,00	1023,00	1279,00	1550,00	1918,00
Vlastní podíl pojištěnce	**1843,76**	**1462,92**	**1688,77**	**1772,17**	**1772,25**
Investiční náklady	687,58	687,58	687,58	687,58	687,58

Tab. 1 [76]

Investiční náklady musí být v ceníku připočítány k vlastnímu podílu pojištěnce. O výši investičního nákladu informují buď pojišťovny na péči (které v Německu existují) nebo samotná pečovatelská zařízení – podle ujednání – s nositelem sociální podpory, na základě čehož se tyto náklady případně mohou odlišovat.[77]

Vybavenost zařízení:

- 8 jednolůžkových pokojů, 18 dvoulůžkových pokojů, 2 třílůžkové pokoje (na každém pokoji vlastní sociální zařízení se sprchou)
- 2 koupelny s polohovacími vanami
- 2 společenské pokoje (stravování, denní aktivity, společenské akce)
- 2 odpočinkové místnosti

[75] Psychiatrisches Pflegeheim Regensburg. *Vorinformation zum Heimvertrag gem. §3 WBVG*. s. 15
[76] http://www.pflegelotse.de
[77] Tamtéž

- 2 kuchyňky pro přípravu jídla a pro společnou aktivitu pečení/vaření
- 2 sesterny
- 2 kuřácké místnosti pro klienty
- zázemí pro administrativní činnosti, šatny
- 1 velká zahrada (možnost drobných prací pro klienty)
- v areálu kliniky je možné zúčastňovat se sportovních aktivit (sportovní hřiště s běžeckou dráhou, tělocvična, bazén, kuželková dráha)

Personální obsazení (obě oddělení)

- 2 staniční sestry
- 16 zdravotních sester
- 2 aktivizační pracovnice
- 4 pečovatelky

Využívání práce dobrovolníků

- účastníci dobrovolného sociálního roku

Poskytované služby:

- aktivizace – kondiční cvičení, muzikoterapie, ruční práce, malování, pečení a vaření, čtení a předčítání, stolní hry, lehké práce na zahradě, procházky, výlety
- základní zdravotní péče – měření krevního tlaku, teploty, podávání léků apod.
- psychoterapie, fyzioterapie, ergoterapie, logopedie
- pedikúra, manikúra, kadeřnice
- možnost využití pastoračního pracovníka
- stravování – 5x denně

9. Koncept péče

9.1 Cíl péče

- Přes kompletní diagnostiku, exaktní pozorování a situační plánování a jednání podporovat osobní rozvoj klienta.
- Zkvalitnit život a rozvoj osobnosti klienta.
- Dále rozvíjet osobní, sociální a tělesný vývoj.
- Klient vyjadřuje svá přání a potřeby.
- Udržet nebo zlepšit klientovu samoobslužnost.[78]

9.2 Účel péče

Důstojnost klientů stojí v popředí pečujícího personálu. Péče pro stanici 5 znamená:

- znovu získat zdraví a zachovávat ho,
- zajistit maximální samostatnost a svobodu,
- mírnit utrpení, doprovázet umírající,
- neizolovat fyzické, psychické a sociální změny, ale přijmout je a respektovat.[79]

9.3 Organizace péče

Péče je organizována na základě měsíčního plánu služeb. Na jednom oddělení je na ranní směně průměrně 6 pracovníků, odpolední směnu zvládají 2 - 3 pracovníci a noční směny jsou tvořeny vždy dvěma pracovníky na celý domov (jeden pracovník na jedno oddělení).

Každé oddělení je ještě rozděleno na „červenou a zelenou oblast“, což umožňuje snadnější rozdělení pracovníků na ranních a odpoledních směnách při péči o jednotlivé klienty. To znamená, že se například tři pracovníci na ranní směně starají o „červené“ klienty a další tři pracovníci o „zelené“. Toto rozdělení také vede k přehlednější situaci na oddělení.

Dva až tři klienti mají přiděleného svého hlavního pracovníka, který je zodpovědný za všechna plánovaná pečovatelská a ošetřovatelská opatření. Tento pracovník tvoří i plán péče, pečovatelskou vizitu a různé rozhovory, pokud možno i s účastí příbuzných a opatrovníka.

[78] Leitfaden: Pflegeheim des Bezirks Oberpfalz Haus 5 (Sonderpflegeeinrichtung der Psychiatrie)
[79] Tamtéž

10. Průběh péče

Zařízení (stanice 5) se zaměřuje na model péče podle Moniky Krohwinkel. Tento model se osvědčil u osob s potřebou dlouhodobé péče jak v pobytových zařízeních, tak i v domácím prostředí.

10.1 Model péče podle Moniky Krohwinkel

Následující text kapitoly 10 je dostupný na internetové adrese v poznámce pod čarou.[80]

Monika Krohwinkel působí jako profesorka pečovatelství na vysoké škole v německém městě Darmstadt, které se nachází na jihu spolkové země Hesensko. Poprvé zveřejnila svůj koncepční „model aktivit a životních zkušeností člověka“ v roce 1984. Tomuto modelu se zkráceně říká AEDL = Aktivitäten und existentielle Erfahrungen des Lebens.

10.2 Hlavní myšlenky Moniky Krohwinkel v jejím modelu AEDL

Člověk – člověkem je míněn jak klient, tak blízká osoba. Člověk je skrze zkušenost formovaný organismus, který je schopný se vyvíjet, růst a uplatňovat se nezávisle na věku, nemoci a postižení.

Prostředí – v celkovém úhlu pohledu je prostředí důležitým faktorem pro život a tělesné a duševní zdraví. Člověk a prostředí jsou vzájemně ovlivnitelné systémy. Potřeba změny prostředí je obzvláště jasná v případě rehabilitace a při příchodu do domova seniorů.

Zdraví a nemoc – jde o dynamický proces. Za zdraví je označována kvalita života, která je definována soběstačností a tělesným a duševním zdravím.

Péče – primární zájem modelu AEDL je znovudosažení nezávislosti, kvality života a tělesného a duševního zdraví klientů. Aby se toto stalo, jsou především schopnosti klientů a jejich blízkých cíleny na pochopení a podporu. Tyto cíle jsou stanoveny nezávisle na tom, zda jde o klienta zdravého, nemocného, postiženého či umírajícího. V profesionální péči je k dispozici pět základních metod k poskytnutí pomoci: jednat ve prospěch klienta, vést ho, podporovat ho, starat se o prostředí a klienty a jejich blízké vést, radit jim, informovat je a podporovat je.

[80] http://www.senioren-wohngemeinschaft-eitorf.de/_pflege/PflegemodellNachKrowinkel.pdf

10.3 Struktura modelu AEDL

V souvislosti s aktivitami a životními zkušenostmi člověka uvádí Monika Krohwinkel 13 oblastí, které jsou ve vzájemném vztahu, ale netvoří žádnou hierarchii:

- umět komunikovat
- umět se hýbat
- udržovat vitální funkce
- umět pečovat o sebe
- umět jíst a pít
- umět vyměšovat
- umět se obléknout
- umět odpočívat, spát a uvolnit se
- umět se zabavit, učit se a rozvíjet se
- umět se cítit a chovat jako muž nebo žena
- umět pečovat o bezpečné a podporující prostředí
- umět zajistit sociální oblasti života a utvářet vztahy
- umět pracovat s životními zkušenostmi

Člověk v průběhu svého života posbíral řadu pozitivních i negativních zkušeností, které se v podobných situacích projevují na jeho životě. Zkušenosti z jeho dřívějšího života mohou ovlivnit jeho psychické zdraví a tělesný stav.

V důsledku toho má člověk právo na zohlednění a začlenění svých zkušeností do procesu péče. Monika Krohwinkel popisuje 3 hlavní oblasti, mající vliv na péči:

1) **Primární zájem** – zájem pečujících směřuje individuálně na postiženou osobu s ohledem na její schopnosti, potřeby a problémy.
2) **Primární vytyčení cílů** – zde jsou ve středu zájmu schopnosti klientů a jejich blízkých formovat samostatnost a tělesné a duševní zdraví.
3) **Primární poskytnutí pomoci** - pět základních metod k poskytnutí pomoci: jednat ve prospěch klienta, vést ho, podporovat ho, starat se o prostředí a klienty a jejich blízké vést, radit jim, informovat je a podporovat je.

10.4 Průběh péče v zařízení podle modelu M. Krohwinkel

Text této podkapitoly je v pozměněném rozsahu zpracován ve „Staničním manuálu pro zapracování nových praktikantů a pracovníků“. Tento manuál se nachází v příslušném zařízení, kde je komukoliv z personálu k dispozici.

Komunikovat

- Při verbálních i nonverbálních komunikačních problémech umět rozpoznat a podporovat jednání s člověkem nedoslýchavým (používání naslouchátek, papír a tužka), se zrakovým postižením (brýle, popis věcí apod.), s postižením (starat se o kladné pocity), s poruchou řeči (logopedie apod.)
- Důležitost týmové práce a kooperace
- Mít základní znalosti o validaci
- Účast na interakčních formách týkajících se klientů – případové rozhovory, pečovatelská anamnéza (při prvním rozhovoru s klientem), pečovatelská vizita, lékařská vizita, týmové porady

Hýbat se – mobilita

- Prevence proleženin
- Prevence trombóz
- Mobilizace – na lůžku, při vstávání, při uléhání na lůžko, chůze, kondiční cvičení
- Využití pomocných prostředků a jejich funkcí – polohovatelné postele, invalidní vozíky, chodítka, madla
- Polohování
- Převlékání ložního prádla s některými klienty

Udržovat vitálních funkcí

- Měření krevního tlaku, měření tepu, měření teploty
- Kontroly dýchání, opatření a prostředky kontrolující dýchání
- Inhalace – jednoduché parní lázně, kyslík
- Sledování pocitů bolesti, pocitů tepla nebo chladna
- Využití fyzikálních prostředků – studená kúra (sáček s ledem, zábaly), teplá kúra (infračervené světlo, bahenní zábaly)

Péče o tělo

- Umývání celého těla na lůžku, umývání u umyvadla, sprchování, koupání
- Péče o obličej, péče o vousy (holení)
- Péče o zuby a ústa, o zubní protézu
- Péče o oči, nos, uši, nehty, vlasy
- Obstarávání pečovatelských prostředků

Příjem stravy a tekutin

- Podávání stravy a tekutin, krájení stravy podle potřeby
- Záznamy o spotřebě stravy a tekutin
- Zajištění příjmu potravy při polykacích problémech
- Podávání jídla podle lékařského nařízení
- Odhalování příčin při odmítání příjmu potravy a tekutin
- Kontrola váhy a stavu výživy (směrnice), měření BMI

Vylučování

- Používání inkontinenčních pomůcek, intimní hygiena, apod.

Oblékat se

- Pomoc při oblékání a svlékání
- Zajišťování čistého oblečení
- Šetrné zacházení s oblečením klientů
- Systém praní a čištění prádla

Klid a spánek

- Zjistit ovlivňující faktory poruch spánku a zajistit odpovídající jednání
- Vyvážený denní a noční rytmus

Zaměstnat se

- Zúčastňovat se nabídky pravidelných a jednorázových akcí
- Zprostředkování umělecké a kulturní nabídky činností, využívání médií
- Využívání ergoterapie, kondičního cvičení
- Zařazení klienta do praktických činností všedního dne

Cítit se jako muž nebo žena

- Dodržovat formu oslovení
- Umět zacházet s klientovým odmítnutím
- Umět se zabývat specifickými problémy obou pohlaví
- Vést rozhovor s přihlédnutím na dosavadní život člověka

Pečovat o bezpečné prostředí

- Prevence pádů
- Fixace klientů podle právních norem
- Prověření stavu přístrojů pro zavolání pomoci (při nouzové situaci)
- Přítomnost zdravotního kufru pro nouzové situace
- Kontroly pokojů
- Protipožární ochrana a nouzové východy
- Používání výtahu (zákaz používání výtahu noční směnou a v nouzové situaci)
- Dodržování hygienických předpisů, způsobu dezinfikování (rukou), sterilizace
- Opatření k zabránění úrazu
- Doprovázení při návštěvě lékaře

Zajištění sociální oblasti života

- Spolupráce s dalšími profesními skupinami (sociální pracovník, advokát, opatrovník)
- Konání společenských akcí v prostředí domova
- Podpora aktivizačních činností

Pracovat s životními zkušenostmi

- Objasňovat klientům společenské prostředí a životní zkušenosti od počátku jejich onemocnění a pochopit závažnost důsledků (chybějící vzdělání, ztráta rodinných vazeb, sociální role, ztráta práce a peněz, sociální prostředí, ztráta vnímání reality)
- Respektovat prožitky klientů, ale neposilovat je
- Doprovázení a pomoc ve vztahu k bolesti, strachu, zvládání krizí (např. zármutek), náboženství

11. Psychiatrická péče v zařízení

Následující text 11. kapitoly je výňatkem z interních předpisů popisovaného zařízení.

11.1 Role psychiatrické péče

- Všímat si, posilovat a podporovat schopnosti klientů, trénovat a pečovat o co možná největší samostatnost klienta, do úsilí při péči zařadit také příbuzné a okolní prostředí.
- Dodržovat denní a týdenní řád, například v oblasti hygieny, formy trávení volného času, vedení domova apod.
- Pečovat o vztah k sobě samému a k ostatním – konverzační témata, zúčastňování se různých slavností, oslavy narozenin apod.
- Doprovázet klienty při vyrovnávání se se svým onemocněním a jejich sledování.
- Pečovat o klima, atmosféru a rozvoj prostředí.
- Pozorovat a všímat si změn: například symptomy, působení a vedlejší účinky léků, sociální chování, pokroky apod.
- Dohled nad požitím léků a motivace k samostatnému zacházení s léky.
- Využívat proces péče: zpracovávat s klientem jeho životní situace a zájmy, záliby a averze, dohodnout se s klientem na dosažitelných cílech, stanovit opatření a doprovázet klienty.
- Snažit se udržovat dobré vztahy mezi klientem a jeho příbuznými, sousedy a přáteli.
- Starat se o tok informací, spolupracovat s ostatními službami a sociálními zařízeními.
- Hodnocení, dokumentace. Cílem péče je posílení vlastní odpovědnosti klienta tak, aby intenzita péče mohla být postupně redukována.

11.2 Požadavky na osobnost pečovatele v psychiatrické péči

- Reflektuje přijatá stanoviska v pečovatelsko-terapeutických vztazích.
- Má úctu ke každému klientovi jako k člověku, nezávisle na onemocnění a aktuálním chování.
- Je schopen sebereflexe: tedy sebepozorování, má představy v otázce vlastního postavení a jedná samostatně podle aktuálních pečovatelsko-terapeutických požadavků.

- Je empatický: je tedy schopný vcítit se do druhých lidí a udržovat vhodný vztah s klientem.
- Je schopný řešit konflikty, v případě potřeby umí být nekompromisní a snese eventuální negativní odezvu ze strany klienta.
- Je připravený na aktivní kontakt s klientem a je schopný tento vztah zodpovědně řídit.

Komunikace s klientem je hlavním úkolem v psychiatrické péči.

11.4 Důležité prvky při komunikaci s klientem

- Být empatický: akceptovat stanoviska a projevovat pochopení pro klienta, usnadňovat komunikaci s klientem při projednávání pro něj nepříjemných témat.
- Sledovat přání a cíle klienta a porovnávat je s jeho chováním v realitě. Akceptovat citové postoje k lidem nebo věcem.
- Provádět důkazy v rozhovoru s klientem: dokazování a konfliktní hádka je nevhodným stylem komunikace.
- Umět pracovat s překážkami a odporem při komunikaci ze strany klienta: odpor a odmítnutí jsou výsledkem rušivé interakce mezi oběma komunikujícími. Nedoporučuje se proti odporu bojovat, ale otevřít se mu a aktivně naslouchat.
- Podporovat soběstačnost: velký význam má posilování důvěry ve vlastní schopnosti. Tato důvěra rozvíjí a posiluje klienta.

Důležitá je shoda s klientem. Pokud dojde ke shodě, může být klient usměrňován, může věřit pracovníkům a mluvit o svých citových prožitcích a problémech. Klient si začíná postupně více věřit.

11.3 Snižování eskalace při péči

Co je potřeba si uvědomit, když dojde k vystupňování napětí mezi pečovatelem a klientem:

- vymezení hranic, ostražitost, pozorování
- klient nemá na mysli pracovníka osobně
- klient je v nouzi, chce sdělit něco důležitého => vyslechnout ho

12. Rozsah péče

12.1 Tělesná péče

Výkon péče se řídí podle jednotlivých stupňů péče, které stanoví MDK *(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung = Medicínská služba zdravotního pojištění)*, případně lékařský posudek. Řídí se také podle individuálních potřeb klientů, které zajišťují pečovatelé. O všechny klienty je pečováno podle míry uznaného stupně péče v souladu s německým sociálním zákoníkem (SGB 11).[81]

Úkony péče – např. běžná ranní a večerní hygiena, sprchování, koupání, péče o kůži, česání, holení, oblékání, zajišťování mobility (u ležících klientů), prevence (prevence dekubitů, pádů, dehydratace apod.)

12.2 Sociální péče

- Individuální nabídky aktivit – např. rozhovory, procházky, čtení a předčítání, deskové a karetní hry.
- Skupinové nabídky aktivit – např. ruční práce, vaření/pečení, kondiční cvičení, muzikoterapie, reminiscenční terapie, jednorázové akce (výlety, zahradní party, apod.).
- Kulturní s sezonní nabídky – např. vystoupení dětí předškolního věku, kouzelník, karneval, letní slavnost.
- Laienhilfe – laická pomoc (viz 12.2.1)
- Doprovázení v těžkých životních situacích.
- Doprovázení při smutku, umírání a smrti.

12.2.1 Laienhilfe – laická pomoc

Jedná o dobrovolníky, kteří pravidelně navštěvují různá psychiatrická zařízení. Laienhilfe, která je v tomto zařízení využívána, totiž spadá pod *Bavorskou společnost pro psychické zdraví*, což je instituce pomáhající lidem s psychickým onemocněním. Úkolem těchto dobrovolníků je, poskytnout klientům kontakt se světem mimo zdi kliniky. Dobrovolník

[81] Psychiatrisches Pflegeheim Regensburg. *Vorinformation zum Heimvertrag gem. §3 WBVG*. s. 11

s klienty rozmlouvá (jednotlivě nebo ve skupině) a připravuje si různé činnosti (vaření, pečení, různé hry, ruční práce apod.). Jde o společnou činnost, potěšení a posílení skupiny klientů.

12.3 Psychiatrická péče

- Utváření vztahů záleží na individuálních psychiatrických příznacích.
- Vytvoření dohody s klientem na utváření co nejlepších podmínek ke společnému bytí.
- Podávání léků podle potřeby a dohled nad nimi.
- Krizová intervence u akutních symptomů psychiatrického onemocnění.
- Dohoda ke spravování peněz v hotovosti.
- Dohoda v souvislosti kuřáckých potřeb, spotřeby kávy a alkoholu.
- Požadovaný životní prostor, utváření domácího prostředí.
- Speciální pozorování a dokumentace v rámci psychopatologických kritérií.
- Plánování a organizace návštěv u lékařů, na úřadech a ostatních institucích.[82]

12.4 Zdravotní péče

Zdravotní péče probíhá všeobecně podle nařízení lékaře. Na oddělení se tedy provádí například měření krevního tlaku, měření cukru v krvi (u klientů s cukrovkou), pomoc při dýchacích obtížích, inhalace, ošetřování drobných poranění apod.

12.5 Duchovní péče

Duchovní je v zařízení přítomný 2x týdně. Podle potřeby však mohou klienti využít jeho služeb po individuální domluvě i mimo tento stanovený čas. Klienti mohou využít individuální rozhovor, zpověď, návštěvu nemocného, společné posezení nebo zdravotní pomazání. V areálu kliniky je i katolický kostel, kde se každou neděli konají bohoslužby: jak pro klienty, tak i pro lidi z blízkého okolí. Klienti také mají možnost navštěvovat každou středu evangelické bohoslužby v místní modlitebně.

[82] Psychiatrisches Pflegeheim Regensburg. *Vorinformation zum Heimvertrag gem. §3 WBVG*. s. 12

13. Vlastní práce s klienty

V této kapitole uvádím vlastní zkušenosti z aktivizačních činností na oddělení 5b, které bylo mým dočasným, ročním pracovištěm.

13.1 Průběh dne

Čas	Činnost
6:30 – 6:45	Předání služby (z noční na ranní)
od 7:00	Krátká porada s kolegy Pomoc při péči o vlastní osobu při ranní hygieně Ošetřovatelská péče (měření tlaku apod.) Odběry krve (pravidelné odběry, které se nosily do místní laboratoře – kontrola zdravotního stavu)
od 7:45	Snídaně Dohled nad příjmem stravy a tekutin Podávání léků a dohled nad jejich požitím
od 8:00	Další základní péče o klienty (WC, sprchování, koupání apod.) Výdej cigaret Doplňování pečovatelských potřeb a ručníků na pokojích Čištění nočních stolků Dokumentace Donášková služba (odeslání a vyzvednutí pošty na příslušném místě, přinést odebrané vzorky do laboratoře, vyzvednutí denního tisku)
8:30 – 9:00	Kondiční cvičení (pondělí, středa, pátek)
8:45 – 9:15	Porada – stanovení dalšího zaopatření klientů a doprovodu klienta při návštěvě lékaře mimo brány kliniky
od 9:15	Další základní péče o klienty
od 9:45	Svačina (voda, limonáda nebo čaj a ovoce nebo jogurt) Dohled nad příjmem tekutin – zapisování pitného režimu Rozdělování a úklid čistého prádla klientů (úterý, čtvrtek) Dokumentace
od 10:45	Příprava oběda – rozdělení, nakrájení (obědy jsou přivážené z centrální kuchyně)
od 11:30	Oběd Pomoc při stravování Dohled nad příjmem stravy a tekutin Podávání léků a dohled nad jejich požitím
od 12:00	Úklid obědů Polední klid – základní péče a uložení některých klientů na lůžko Výdej cigaret
od 12:15	Výdej kapesného (čtvrtek)
od 12:30	Pauzy personálu Příprava léků na druhý den Objednávání obědů a základních potravin – počítačový program Panos
od 13:00	Nákupy pro klienty nebo s klienty

od 14:00	Základní péče Doprovod klientů do jídelního sálu Svačina (čaj, káva nebo kakao, koláč nebo jogurt) Dohled nad příjmem tekutin a stravy Laienhilfe – dobrovolníci (viz kap. 12.2.1); 1. a 3. úterý v měsíci
od 15:00	Aktivity – ruční práce, hry, kuželky, procházky… Dokumentace
od 17:00	Základní péče Připravit klienty na večeři, doprovodit je do jídelního sálu
17:30	Večeře Pomoc při stravování Dohled nad příjmem stravy a tekutin Podávání léků a dohled nad jejich požitím
od 18:00	Výdej cigaret Pomoc při večerní hygieně Uložení některých klientů ke spánku Případné rozhovory s klienty nebo hraní deskových a karetních her Dokumentace
20:00	Podávání léků a dohled nad jejich požitím
21:00	Druhá večeře (podle přání a pro diabetiky)
21:30 – 22:00	Předání služby (z odpolední na noční) Uzamčení vchodových dveří
21:30 – 6:45	Činnosti noční služby (na základě potřeby: obstarání základní péče, podávání léků; pravidelné polohování nepohyblivé klienty apod.)

13.2 Charakteristika klientů

Na oddělení je 25 klientů, u kterých je péče zajišťována 24 hodin denně. Čtyři klienti mají uznaný 3. stupeň péče, devět klientů má 2. stupeň péče a třináct klientů má 1. stupeň péče. Klienti trpí jak psychiatrickými, tak i somatickými onemocněními.

Psychiatrická onemocnění: Demence, Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, schizofrenie (paranoidní, katatonní), afektivní poruchy, poruchy osobnosti (paranoidní porucha, schizoidní porucha, emočně nestabilní porucha, histrionská porucha, anankastická porucha, anxiózní porucha), korsakovův syndrom.

Somatická onemocnění: srdeční choroby, vysoký nebo nízký krevní tlak, diabetes mellitus II. typu, různá plicní onemocnění, polykací problémy, problémy a ztráta pohyblivosti, inkontinence apod.

13.3 Výběr aktivizačních technik při práci s klienty

V rámci péče jsem se podílela i na aktivizaci klientů. Individuální i skupinová aktivizace probíhala v průběhu celého dne. Aktivizaci zajišťuje aktivizační pracovnice ve spolupráci se zdravotní sestrou a podílela jsem se na ní i já, jako účastník dobrovolného sociálního roku. Činnosti, které jsme v rámci aktivizace prováděli, mě velmi bavily, ale hlavně byly užitečné i pro klienty. Na některých bylo po ukončení programu vidět, že mají lepší náladu a sami většinou říkali, že se jim program líbil. Všechny aktivity, které se v zařízení konaly, jsem vedla několikrát sama, což pro mě mělo velký přínos, protože jsem získala praxi jak v přípravě aktivit, tak i v samostatné práci s klienty, která vzhledem k jejich aktuálnímu psychickému rozpoložení nebyla vždy jednoduchá. Práce mě však přes všechny obtíže nepřestávala bavit a podle reakcí klientů byla většinou zábavná i pro ně samotné.

13.3.1 Kondiční cvičení

Kondiční cvičení se konalo každé pondělí, středu a pátek. Program, který jsem připravila, byl prokonzultovaný se zdravotní sestrou. Cvičení se průměrně zúčastňovalo 8 osob a probíhalo v sedě na židlích za přítomnosti povzbuzují hudby.

Program cvičení:

- Protažení celého těla – otáčení hlavy ze strany na stranu, protažení ramen, paží, trupu a nohou
- Procvičení a protažení prstů, očí, obličejových svalů
- Cvičení se šátky – mávání, „opisování“ kruhu, osmičky, podávání šátků svým sousedům apod.
- Cvičení s míčem a s gumovými kroužky – přendávání z ruky do ruky, házení do vzduchu, na cíl, ostatním cvičícím, chytání apod.
- Cvičení s velkou, kulatou plachtou – plachtu všichni drželi a posílali si v ní míč, společné vyhazování plachty do vzduchu, „schovávání se“ pod plachtu
- Závěrečná uklidňující dechová cvičení

Klienti po celou dobu cvičení spolupracovali a v rámci svých možností se snažili cvičit jak nejlépe dovedli. Těm, kteří nějaké cviky z důvodu určité zdravotní dysfunkce nezvládli, jsem pomáhala individuálně a poté jsem cvik změnila.

13.3.2 Muzikoterapie

V rámci muzikoterapie klienti hlavně zpívali německé lidové písně nebo jen poslouchali hudbu. Při této činnosti probíhala i relaxace, kdy se všichni pohodlně usadili a někdo pomalu a klidně předčítal text, kterým posluchače uvedl do vlastního světa fantazie.

Příklad mého vlastního textu, který jsem předčítala při pomalé relaxační hudbě:

Sedíte pohodlně na židli… uvolněte se… zavřete oči a myslete na svůj pomalý, volný dech. … Uvědomte si své čelo… uvolněte ho, vaše oční víčka se zavírají víc a víc. … Teď pomalu uvolňujte tváře a bradu, kterou můžete nechat volně poklesnout. … Přejděte k šíji a krku a pomalu je uvolňujte. … Začněte pomalu uvolňovat své pravé rameno… paži… předloktí… zápěstí… a prsty. … Teď myslete na své levé rameno a začněte ho pomalu uvolňovat. Uvolněte paži… předloktí… zápěstí… a prsty. … Uvědomte si svá záda, jak se kousek po kousku uvolňují. … Soustřeďte se na svůj hrudník a na své pomalé, klidné dýchání. … Přejděte ke svým hýždím a uvolněte je. … Začněte pomalu uvolňovat svou pravou nohu, uvolněte stehno… lýtko… kotník…a prsty u nohou. … Teď pomalu přejděte ke své levé noze, uvolňujte stehno… lýtko… kotník… a prsty u nohou. … Teď se nacházíte ve stavu úplného uvolnění. Představte si, že ležíte na měkké, travnaté louce a cítíte vůni okolní přírody… je teplý, letní večer, jasná obloha a na obzoru vidíte okouzlující západ slunce. … Už vidíte první hvězdy… stmívá se a hvězd se objevuje stále více. … Už je úplná tma a nebe je plné hvězd. Vy si užíváte ticho a klid, který vás obklopuje, cítíte lehký teplý vánek a díváte na hvězdy. … … Najednou vidíte padající hvězdu, která vás odvede od tichého přemítání, stále pozorujete hvězdné nebe a myslíte na krásu tohoto večera. … … Náhle se vám vše pomalu rozplývá před očima … a začínáte se probouzet. … Začínáte si uvědomovat své tělo. … Pohněte prstama u nohou… uvědomte si kotníky… lýtka… stehna… hýždě… záda. … Pohněte prstama u rukou… uvědomte si zápěstí… předloktí… paže… ramena. … Pohněte bradou a uvědomte si své tváře… a čelo. … Otevřete pomalu oči a 3x se zhluboka nadechněte a vydechněte. A jste vzhůru.

Tohoto cvičení se zúčastnilo 8 klientů a reakce byly kladné. Jeden klient za mnou sám přišel a říkal, že se mu to moc líbilo. Další klient mi řekl, že u toho prý usnul (ale probudil se stejně se všemi ostatními).

13.3.3 Trénování paměti

Trénování paměti probíhalo jednou týdně a zúčastňovalo se průměrně 7 klientů. Účastníci dostávali různé úkoly, které měli podle svých možností splnit co nejlépe. Na rozehřátí měli říct všichni nějaké zvíře na určité písmeno abecedy. Poté se vyslovila otázka typu: „Co bylo včera k obědu?“ Dalším častým cvičením bylo doplňování hlavních měst a hledání synonym k určitým slovům. Dále měli klienti například poskládat slova z jednotlivých slabik a nechybělo ani zapamatování si přibližně patnácti předmětů a poté jich co nejvíce napsat na papír. Častým úkolem bylo také rozluštění různých hlavolamů.

Při otázce, který z úkolů při tréninku paměti bavil klienty nejvíce, jsem od nich dostávala odpověď, že se jim líbilo cvičení, kde měli skládat slova z jednotlivých slabik. Další častou odpovědí bylo luštění hlavolamů.

13.3.4 Ruční práce

Ruční práce se konaly 2x týdně a zúčastňovalo se průběrně 6 klientů. Vyráběly se například ozdoby z nafukovacích balonků, lepení různých koláží nebo výroba tematických ozdob (Vánoce, Velikonoce…). Ručními pracemi si klienti procvičovali hlavně jemnou motoriku, což u některých vedlo ke zlepšení úchopu některých předmětů.

S klienty jsem před Vánoci vyráběla papírové, vánoční hvězdy. Nejdříve jsem jim vysvětlila co a proč budeme dělat a poté jsme se pustili do výroby podle mého vlastnoručně vyrobeného, fotografického návodu (viz Příloha č. 1). Zpočátku byli skeptičtí a nevěřili, že by se jim to mohlo povést. Povzbudila jsem je a přesně jim radila, co mají v kterou chvíli dělat a nakonec byli svými výsledky překvapeni a jejich hvězdy se jim líbily.

Při této práci jsem nejvíce pomáhala klientce, která trpěla již vyšším stadiem demence. Tato klientka zpočátku nechtěla vůbec spolupracovat a jen nečinně seděla u stolu a byla „duchem nepřítomná“. Sedla jsem si k ní a připomněla jí, že se blíží Vánoce, a proto budeme vyrábět vánoční hvězdu. Na její negativní reakci zazněla má odpověď, že bych s ní tu hvězdu moc ráda vyrobila. Její reakce byla opět odmítavá. Zůstala jsem u ní sedět a s ostatními klienty jsme začali hvězdy vyrábět. Popisovala jsem jednotlivé kroky a zároveň se ptala té klientky, jestli si to chce také sama vyzkoušet. Přesně jsem jí ukazovala, co by zrovna měla udělat. Zpočátku nechtěla, ale později se k nám přecejen přidala a hvězdu jsme dokončily společně. Hotové hvězdy si klienti pověsili do svých pokojů a některé jsme společně přilepili na okna ve společné místnosti.

13.3.5 Vzpomínková terapie

Při vzpomínkové terapii se používaly osobní fotografie klientů, díky kterým si mohli lépe vybavit nějakou situaci. Používaly se také různé staré předměty z dob, kdy byli klienti mladí. Tyto předměty v nich vyvolávaly různé asociace, o kterých pak mohli hovořit. Zazněla různá témata, dětství, školní časy, práce, rodina, domácnost apod. Tato terapie byla prováděna většinou individuálně na pokoji klienta, kde měl své rodinné fotografie a jiné věci, které mu dřívější časy připomínaly. Skupinová reminiscence se konala jednou měsíčně a průměrně se jí zúčastňovalo pět klientů.

13.3.6 Kuželky

Kuželky patřily mezi oblíbené aktivity klientů. Hrály se jednou týdně ve společenské místnosti tím způsobem, že se na jeden konec místnosti postavilo devět plastových láhví naplněných do čtvrtiny vodou a z druhého konce místnosti se klient pokoušel pomocí lehkého míče shodit co nejvíce „kuželek“. V jednom kole měli tři pokusy. Plastové lahve klienti předtím, v rámci aktivity „ruční práce“, obarvili na červeno-modré kuželky (viz Příloha č. 2).

13.3.7 Hry

Ve volném čase jsem hrála s klienty různé stolní hry nebo hry, kde bylo potřeba využít lehký pohyb. Ke všem hrám, které následně popisuji, se vždy dobrovolně připojilo několik klientů. Většinou vydrželi dohrát hru do konce, ale občas se i stalo, že jeden klient odešel v půlce hry, kterého však většinou nahradil další.

Člověče nezlob se (Mensch ärgere dich nicht): Tuto hru jsem hrála s klienty nejčastěji. Pro lepší motoriku měli klienti k dispozici velkou magnetickou hrací desku s odpovídajícími figurkami a házecí kostkou. Případné prohry brali klienti většinou s nadhledem.

Pexeso: Další oblíbenou hrou bylo pexeso. V zařízení byly různé druhy, nejčastěji s motivy přírody a zvířat. Některé druhy pexesa byly dřevěné s velkými obrázky, jiná byla papírová a menší.

Domino: Pokud klienti chtěli hrát domino, mohli si vybrat ze tří druhů. K dispozici měli domino obrázkové, barevné anebo číselné. Nejvíce využívali právě první dvě zmiňovaná. Velikost domina byla uzpůsobená motorickým schopnostem klientů.

Pohybové hry: házení terapeutickým míčem (v sedě nebo ve stoje – podle možností klientů), posílání míče po stole, přihrávání nafukovacího balonku, lehké pohyby na muziku s barevnými šátky, podávání různých předmětů v kruhu a pouze podle hmatu poznat, o jaký předmět se jedná.

13.3.8 Jednorázové aktivity

Nedílnou součástí nabídky činností byly různé jednorázové akce, jako je například letní slavnost, návštěva kouzelníka, vánoční besídka připravená dětmi z mateřské školy, karneval, návštěva zoologické zahrady nebo návštěva regensburské poutě. Jednorázové akce byly připravovány vždy zároveň pro klienty obou oddělení. Klienti se na tyto akce většinou vždy těšili. Našli se však i tací, kteří se nezúčastňovali žádných aktivit a většinu času trávili na chodbě pozorováním ostatních lidí. Ti, kteří se akcí zúčastňovali, většinou působili pozitivním dojmem a klienti, se kterými jsem poté mluvila, tyto jednorázové aktivity hodnotili, ve většině případů, velmi kladně.

Nesmím zapomenout ani na oslavy narozenin klientů a jiných svátečních dnů, které probíhaly společným posezením u odpolední kávy s koláčem a obvyklým proslovem jednoho milého klienta, který trpěl utkvělou představou, že je spolkový prezident. Tato jeho představa se mimo velkých stohů popsaných papírů v jeho pokoji projevovala také tím, že si o jakékoliv slavnostní příležitosti vzal slovo a mluvil nepřetržitě 15 – 20 minut, na což jiní klienti reagovali spánkem či netrpělivými poznámkami typu: „Kdy už to skončí?!“ To však onoho klienta nikdy nevyvedlo z míry a svůj proslov ukončil vždy, až když řekl vše, co říci chtěl.

13.4 Zaznamenané změny

Za celý rok svého působení v tomto zařízení jsem zaznamenala u klientů jen nepatrné změny, týkající se například zlepšení stavu v určitých úkonech. Šlo o zlepšení úchopu určitých věcí nebo udržování kondice (vzhledem ke zdravotnímu stavu). Jelikož se však jedná o seniory, tak jejich stav spíše stagnoval, nebo se na základě jejich stáří a psychiatrického onemocnění pomalu zhoršoval. Aktivizace klientům také pomáhala uvolnit se a vybít přebytečnou energii nebo naopak nabrat nové síly.

14. Řešení problémových situací

Klienti mají přirozeně různé stavy nálad, které se projevují různým způsobem. Trpí poruchami nálad, emocí, v některých případech jednají afektovaně. Tyto stavy ovlivňují léky, především antidepresiva a neuroleptika. Pokud měl klient suicidiální myšlenky, potažmo chování, byl předán na uzavřené oddělení psychiatrie, které se nachází vedle stanice 5. Odtud se klient po určité době vrátil zpět na svou „domovskou“ stanici. V případě přestupků, například proti domovskému řádu, byl s klientem veden rozhovor. Pokud se jednalo o závažný přestupek, byl klient přeřazen buď hned, nebo, v lehčích případech, až po opakovaném přestupku, na uzavřené oddělení psychiatrie.

Ve stavu nouze, například při zdravotních obtížích (infarkt, mrtvice…) nebo při případném napadení, požáru apod., se používá systém *PSA*, tedy systém pro rychlé přivolání pomoci. Jedná se o malý, přenosný přístroj, který vlastní každé oddělení. Při použití tohoto přístroje, ať už ve dne či v noci, je upozorněna hlavní recepce kliniky (funguje jako informační uzel), která hned volá na příslušné oddělení, co se stalo a v případě potřeby volá rychlou záchrannou službu, policii nebo hasiče. Dále jsou na základě tohoto volání o pomoc ihned informovány další dvě stanice kliniky, z jejichž oddělení se musí co nejrychleji dostavit do příslušné stanice minimálně jeden pracovník, jako posila při řešení krizové situace.

Na klinice funguje také *AVD*, což znamená lékař ve službě. Jedná se o pracovníky jedné ze stanic kliniky, kteří se v této činnosti pravidelně střídají. Tuto službu volá v případě potřeby zdravotní sestra, která podle naléhavosti stavu, situaci buď jen konzultuje a nebo se lékař musí na oddělení dostavit. *AVD* se většinou volá v případě jakýchkoliv zdravotních obtížích, které zdravotní sestry nemohou řešit samy.

16. Systém sociální péče v Německu

16.1 Financování sociálních služeb

Sociální služby poskytuje jak státní, tak i soukromý sektor. Většinu sociálních služeb v Německu však zajišťují právě nestátní poskytovatelé. Na financování sociálních služeb se podílí klient, který získává část prostředků z pojištění na péči. Pokud je služba poskytována veřejným poskytovatelem (státem nebo spolkovou zemí), což se děje jen zřídka, financují se sociální služby ze státního nebo zemského rozpočtu. Obce financují poskytované služby z vlastních prostředků, zatímco kraje své služby financují z příspěvků měst a obcí, jež do nich patří. Nestátní poskytovatelé financují své služby z příspěvků státu, spolkových zemí, obcí a nadregionálních poskytovatelů; dále pak z plateb za služby nebo z členských příspěvků. Církve financují provoz svých sociálních služeb z církevních daní. Další zdroje jsou tvořeny ze sponzorování, sbírek, loterií, výnosů z majetku a úroky či příjmy z pronájmu.[83]

16.2 Pojištění na péči

Pojištění na péči je v Německu zavedeno od 1. 1. 1995 jako samostatná větev sociálního pojištění. Každý, kdo platí zdravotní pojištění, je automaticky pojištěn i na péči. Pojištění na péči je financováno z příspěvků, které odvádějí zaměstnavatelé a zaměstnanci. Příspěvková sazba pro pojištěnce se od 1. 1. 2013 zvedla o 0,1 %. To znamená, že u zaměstnanců, kteří mají děti, jde o 2,05% z hrubé mzdy. Pro bezdětné zaměstnance činí tato sazba 2,3% z hrubé mzdy, protože se počítá s tím, že se o tyto osoby ve stáří nebude mít kdo postarat a budou tak více závislé na pomoci státu. Pojištění na péči bylo v Německu zavedeno proto, že podle předběžných odhadů stoupne počet seniorů od roku 2005 do roku 2030 o 8,5 milionu, tedy na 28,5 milionu lidí. To vede k většímu počtu lidí, kteří budou péči potřebovat a tím i k potřebě vyšších nákladů na péči, což může být částečně hrazeno právě z tohoto pojištění na péči.[84] Zákon o pojištění na péči upravuje sociální zákoník (SGB 11).

[83] MATOUŠEK, Oldřich, et al. *Sociální služby.* Praha: Portál, 2007. s. 59
[84] *Bundesministerium für Gesundheit:* http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegeversicherung.html

16.3 Stupně péče

Pro poskytnutí dávek podle zákona jsou klienti rozděleni do tří základních stupňů:

- **Stupeň I.** splňují osoby, které potřebují pomoc při základní péči o tělo, výživu nebo mobilitu minimálně jednou denně při minimálně dvou úkonech z jedné nebo více oblastí základní péče. K tomu ještě potřebuje daná osoba několikrát týdně pomoc v domácnosti. Tato osoba musí vyžadovat v průběhu týdne minimálně 90 minut péče denně, přičemž úkony základní péče musí být prováděny déle jak 45 minut.
- **Stupeň II.** splňují osoby, které potřebují pomoc při základní péči o tělo, výživu nebo mobilitu minimálně 3x denně (v různých denních dobách) a k tomu potřebuje několikrát během týdne pomoc v domácnosti. Tato osoba musí vyžadovat v průběhu týdne minimálně tři hodiny péče denně, přičemž úkony základní péče musí být prováděny minimálně dvě hodiny.
- **Stupeň III.** splňují osoby, které potřebují pomoc při základní péči o tělo, výživu nebo mobilitu v průběhu celého dne a také v noci. K tomu potřebují ještě několikrát během týdne pomoc v domácnosti. Tato osoba musí vyžadovat v průběhu týdne minimálně pět hodin péče denně, přičemž úkony základní péče musí být prováděny minimálně čtyři hodiny.[85]

Německý zákon pamatuje i na osoby, které splňují podmínky pro udělení III. stupně péče, ale jejich stav je natolik závažný, že ani tento stupeň zdaleka nepokryje náklady na péči:

- **Obzvláště těžký případ** – aby byl uznán tento stupeň, musí pomoc při základní péči trvat minimálně 6 hodin denně, z toho minimálně 3x v noci; v pečovatelských zařízeních se zohledňuje trvalá zdravotní péče o danou osobu. Nebo: musí základní péče o osobu (i v noci) vyžadovat více pečujících osob současně. Minimálně při jednom úkonu musí být přítomna kromě profesionálních pečovatelů také jiná osoba (např. příbuzný). Dále musí být nezbytná trvalá pomoc v obstarávání domácnosti.[86]

V Německu existuje také tzv. stupeň 0, který je pro osoby, které sice mají nějaká omezení, ale ještě nedosáhnou na I. stupeň péče. Tyto osoby ještě nedosáhnou na dávku z pojištění na péči, ale dostávají sociální dávky.[87]

---

[85] *Bundesministerium der Justiz:* http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/__15.html
[86] *Bundesministerium für Gesundheit:* http://www.bmg.bund.de/pflege/wer-ist-pflegebeduerftig/pflegestufen.html
[87] Tamtéž

16.4 Dávky na péči

Klasický příspěvek na péči, který je poskytován z pojištění na péči, může být čerpán buď v peněžité formě (částka je o něco nižší) nebo ve věcné formě, kdy sociální úřad *(Sozialamt)* proplácí poskytované služby přímo poskytovateli sociálních služeb.V takovém případě je hodnota věcné dávky vyšší. Je však možné zvolit si i kombinaci věcné a peněžité dávky.

V případě, že si osoba závislá na péči zvolí věcnou dávku, je to poskytovatel péče, kdo rozhodne, kdy, jak a prostřednictvím kterého zaměstnance bude dané osobě péče poskytována. Osoba závislá na péči si tak například nemůže vybrat, aby jejím asistentem byla osoba stejného pohlaví apod. To vše je určeno poskytovatelem péče, se kterým pojišťovna uzavírá smlouvu – osoba závislá na péči není žádnou ze stran této smlouvy.

V případě, že si jedinec závislý na péči zvolí dávku peněžitou, je mu tato dávka vyplácena v penězích. Tento jedinec musí jen nahlásit jméno osoby, kterou si zvolil za svou pečující osobu. Jelikož je ale peněžitá dávka mnohem nižší (viz tab. 2), je velký rozdíl, zda si jedinec zvolí péči poskytovanou profesionálem či někým například z rodiny. Tato skutečnost je osobami závislými na péči silně kritizována, protože toto ustanovení jim značně komplikuje rozhodování o tom, kdo jim bude péči poskytovat.

V případě, že se osoba závislá na péči rozhodne pro kombinaci peněžité a věcné dávky, pobírá tak například 50% peněžité dávky a 50% věcné dávky, což do určité míry umožní určit si samostatně potřebnou péči a její podobu prostřednictvím peněžité dávky. Zároveň mají díky věcné dávce zajištěnou určitou základní péči, kterou by si v případě stoprocentní peněžité dávky nemohli v takové míře z finančních důvodů zajistit.[88]

Od 1. ledna 2013 se v Německu zvýšily dávky pro osoby s demencí.[89] Před rokem 2013 nebyl brán ohled, ve vyplácení dávek, na to, zda se jedná o osobu s demencí, či nikoliv.

	Měsíční dávka (EUR)	**Stupeň 0 (pro os. s demencí)**	**Stupeň I**	**Stupeň I (pro os. s demencí)**	**Stupeň II**	**Stupeň II (pro os. s demencí)**	**Stupeň III**	**Obzvláště těžké případy**
Domácí péče	**Věcná dávka**	225	450	665	1100	1250	1550	1918
	Peněžitá dávka	120	235	305	440	525	700	700

Tab. 2[90]

[88] Odborný časopis Sociální služby (leden/2012): Humečková, J.: *Systém sociálních služeb v Německu.*
[89] *Bundesministerium für Gesudheit:*http://www.bmg.bund.de/pflege/wer-ist-pflegebeduerftig/pflegestufen.html
[90] *Bundesministerium für Gesundheit*: Pflegeleistungen ab 2013 (pdf), *dostuné na:* http://www.bmg.bund.de/pflege/wer-ist-pflegebeduerftig/pflegestufen.html

Závěr

V mé bakalářské práci jsem se věnovala péči o seniory v ústavním zařízení. Hlavním tématem této práce je péče o seniory v německém pečovatelském domově, kde jsem v rámci Dobrovolného sociálního roku čerpala cenné zkušenosti v péči o seniory, v tomto případě s psychiatrickou diagnózou.

V teoretické části jsem se zabývala pečovatelstvím v obecnější rovině. Uvádím zde témata, která obecně považuji při péči o seniory za důležitá. Zmiňuji například změny probíhající ve stáří, které by měl pracovník také znát, aby věděl, co může být příčinou „nevysvětlitelných“ projevů seniorů, které mohou být zapříčiněny právě nějakou přirozenou změnou biologického, psychického či sociálního hlediska. Mezi důležité součásti péče o seniory jsem zařadila komunikaci, kde popisuji komunikační bariéry či problematické situace v komunikaci a jejich možné řešení. Další důležitou část této práce tvoří kapitoly o aktivizaci seniorů, která je též významným prvkem při péči o tuto skupinu obyvatel.

V praktické části jsem se věnovala pečovatelskému domovu, který se nachází v německém, bavorském městě Regensburg. V tomto zařízení se pečuje o seniory s psychiatrickou diagnózou. V této části bakalářské práce jsem tedy představila koncept péče a průběh péče v zařízení, který je realizován podle modelu péče německé profesorky v oboru pečovatelství, na odborné vysoké škole v německém Darmstadtu, Moniky Krohwinkel. Uvedla jsem též vlastní práci s klienty, kde znázorňuji průběh dne a jednotlivé aktivity, které měli klienti na výběr a dobrovolně se jich zúčastňovali. Jednalo se například o kondiční cvičení, muzikoterapii či různé stolní hry. Představila jsem zde i systém rychlého zavolání pomoci, který se v rámci kliniky používá v různých nouzových situacích, ať už se jedná o závažné zhoršení zdravotního stavu, napadení či požár. Pro porovnání jsem zde taktéž nastínila systém sociální péče v České republice a v Německu.

Seznam použité literatury

1. DASS, Ram. *Stále tady. Přijímání stárnutí, změn a smrti.* Praha: Pragma, 2002. 200 s.
2. HOLMEROVÁ, Iva, et al. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou.* Praha: EV publicrelations, 2007. 299 s.
3. HOLMEROVÁ, Iva, et al. *Vybrané kapitoly z gerontologie.* Česká alzheimerovská společnost, 2003. 88 s.
4. JANEČKOVÁ, Hana, VACKOVÁ, Marie. *Reminiscence.* Praha: Portál, 2010. 151 s.
5. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory.* 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 108 s.
6. KALVACH, Zdeněk, et al. *Úvod do gerontologie a geriatrie.* Praha: Karolinum, 1997. 193 s.
7. KLEVETOVÁ, Dana, DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2008. 202 s.
8. LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie.* Praha: Portál, 2005. 280 s.
9. LINKA, Arne. *Kapitoly z muzikoterapie.* Brno: Gloria, 1997. 155 s.
10. MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie.* Praha: Portál 2002. 143 s.
11. MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních.* Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s.
12. MATOUŠEK, Oldřich, et al. *Sociální služby.* Praha: Portál, 2007. 183 s.
13. MATOUŠEK, Oldřich, et al. *Sociální práce v praxi.* Praha: Portál, 2010. 352 s.
14. MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany.* Praha: Grada Publishing, 2011. 192 s.
15. MÖTZING, Gisela. *Beschäftigung und Aktivitäten mit alten Menschen.* München: Elsevier GmbH, Urban & Fischer, 2009. 330 s.
16. PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika.* Praha: Scientia Medica, 1994. 150 s.
17. ŠTILEC,Miroslav. *Program aktivního stylu života pro seniory.* Praha: Portál,2004. 134 s.
18. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory.* Praha: Grada Publishing, 2007. 96 s.
19. VENGLÁŘOVÁ, Martina., MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry.* Praha: Grada Publishing,2006. 144 s.
20. ZGOLA, M. Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí.* Praha: Grada Publishing, 2003. 226 s.

Odborné časopisy

1. *Sociální služby (01/2012)*

Právní normy:

1. *Ministerstvo práce a sociálních věcí:* Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dostupné na: http://www.mpsv.cz/cs/7334
2. *Bundesministerium der Justiz:* Sozialgesetzbuch XI. Dostupné na: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11
3. *Bundesministerium für Gesundheit:* http://www.bmg.bund.de/pflege/pflegeversicherung.html

Internetové zdroje:

1. http://cs.wikipedia.org/wiki/Maslowova_pyramida
2. http://www.pflegelotse.de
3. http://www.senioren-wohngemeinschaft-eitorf.de/_pflege/PflegemodellNachKrowinkel.pdf

Ostatní zdroje:

1. Psychiatrisches Pflegeheim Regensburg. *Vorinformation zum Heimvertrag gemäß §3 WBVG*. s. 11
2. *Einarbeitungsmanual für neue Praktikanten und Mitarbeiter*
3. *Leitfanden: Pflegeheim des Bezirks Oberpfalz Haus 5 (Sonderpflegeeinrichtung der Psychiatrie)*
4. LEHOVCOVÁ, Lucie. *Rozsah a kvalita péče o seniory v pečovatelském domě v Regensburgu.* Praha, 2012. Absolventská práce. VOŠ Evropská. 66 s.

Seznam příloh

Resumé

Aktivizace a rozsah péče o seniory v pečovatelském domě v Regensburgu

Activation and scope of care for the elderly in the nursing home in Regensburg

Autor: Lucie Lehovcová

Tato bakalářská práce je zaměřena na aktivizaci seniorů a na rozsah péče o seniory v ústavní péči. Obsahuje také kapitolu o komunikaci, která je při péči o seniory stejně důležitá. V tématu aktivizace je zahrnuta i podstata smysluplné činnosti a zahrnuje důležité metody aktivizace v institucích. Praktická část je zaměřena na seznámení s aktivizací a rozsahem péče v psychiatrickém pečovatelském domě v Regensburgu. Velký význam zde má kapitola vlastní práce s klienty, kde je podrobně představen průběh dne a jednotlivé aktivizační techniky vykonávané v tomto zařízení. Nejsou zde opomenuty ani zaznamenané změny a reakce klientů na jednotlivé aktivity.

Summary

This bachelor thesis focuses on activation of senior citizens and the scope of care for senior citizens in institutional care. It also contains a chapter about communication that is of the same importance in the care for senior citizens. The topic of activation also includes the essence of a meaningful activity and it covers important activation methods in institutions. The practical part is aimed at presenting activation and the scope of care in the mental day care centre in Regensburg. The chapter dealing with work with patients is of great importance as it presents in detail the daily programme and individual activation techniques performed in the facility. Recorded changes and reactions of clients to individual activities are also incorporated.

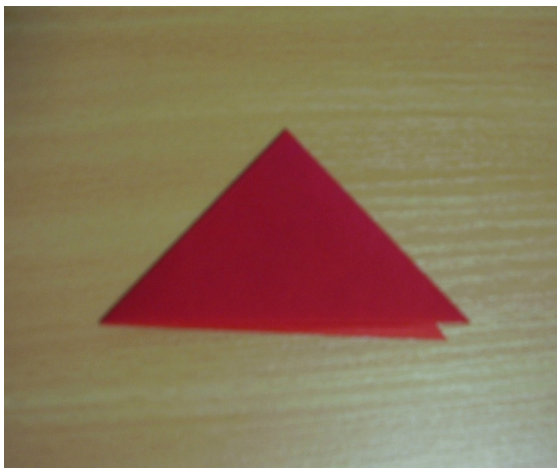
Přílohy

Příloha č. 1: Vlastní fotografický návod pro výrobu papírové hvězdy

1.

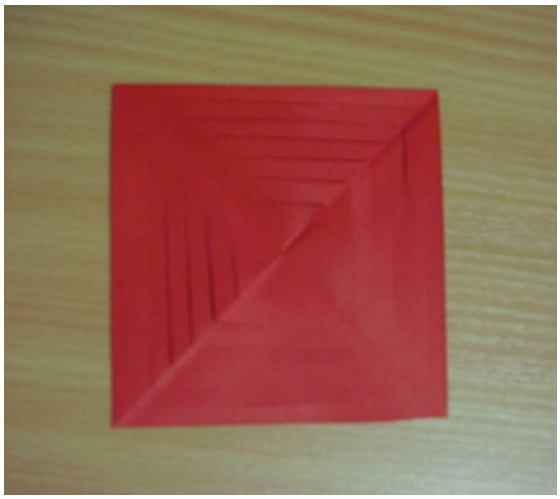
2.

3.

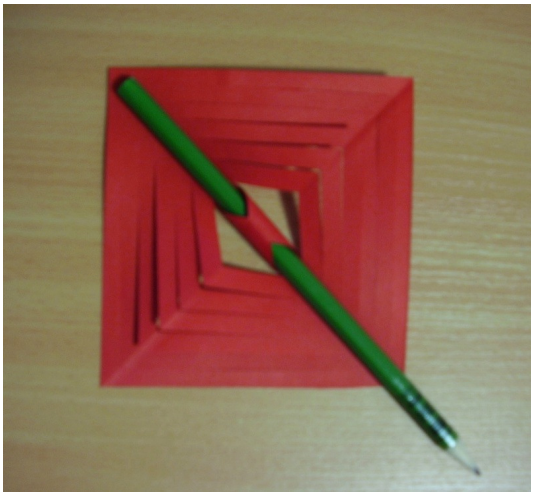


4.

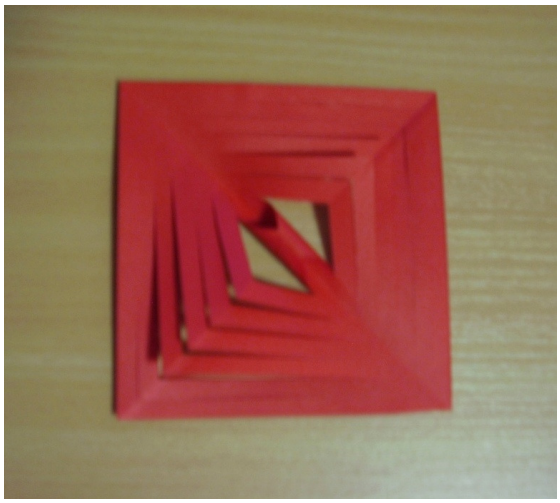
5.



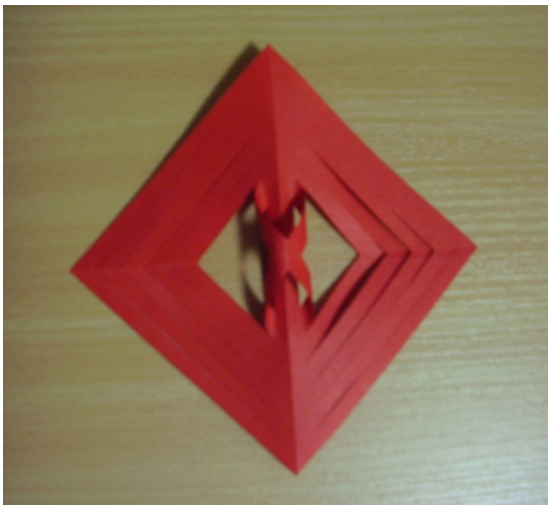
6.



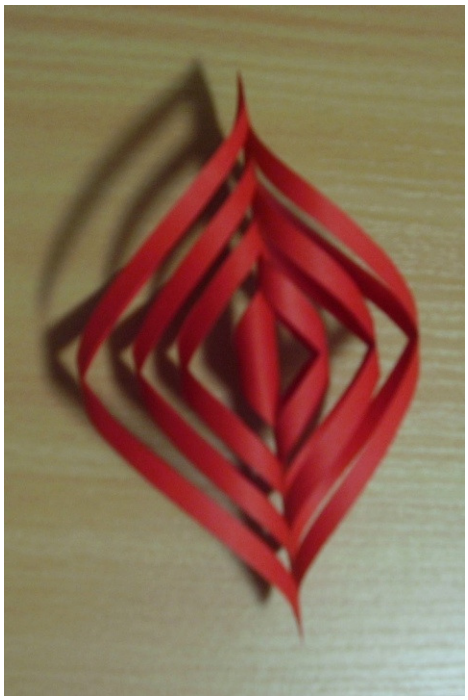
7.



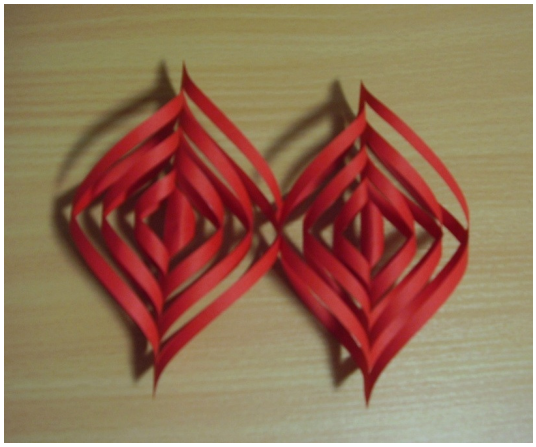
8.



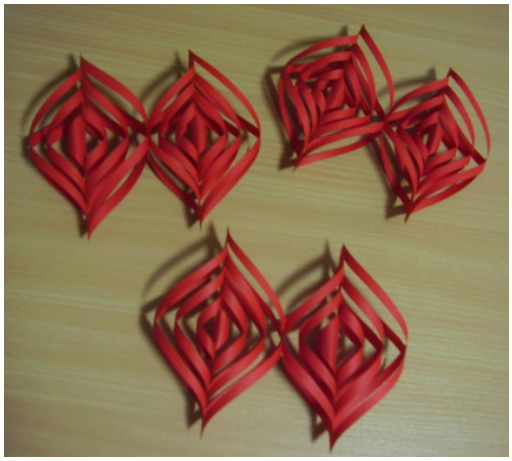
9.



10.



11.



12.

Příloha č. 2: Pohybová aktivita – kuželky