

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno**

Volnočasové aktivity dlouhodobě nemocných

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Olga Doňková

Vypracoval:

Martina Kohoutová

Brno 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Volnočasové aktivity dlouhodobě nemocných“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Humpolci dne 20.dubna 2010

Podpis:

Poděkování

Děkuji Mgr. Olze Doňkové za vedení bakalářské práce, pracovníkům v zařízeních pro dlouhodobě nemocné za ochotu spolupracovat a své rodině za trpělivost.

OBSAH

Úvod.....	4
Teoretická část	5
1. Pojem nemoc.....	5
1.2 Dlouhodobě nemocný člověk	6
1.3 Programy aktivit provozovaných v zařízeních pro dlouhodobě nemocné.....	7
2. Možnosti trávení volného času v léčebnách dlouhodobě nemocných	9
2.1. Kondiční cvičení	11
2.2. Skupinová cvičení.....	11
2.3. Individuální cvičení	13
2.4 Kognitivní rehabilitace a trénink mozku.....	13
2.5. Práce se skupinou.....	14
2.6. Ergoterapie	16
2.7. Plánování aktivit	17
Empirická část.....	19
3. Cíle průzkumu a formulace hypotéz	19
4. Charakteristika a popis výběrového souboru.....	19
5. Použité metody.....	20
6. Výsledky rozhovorů a jejich interpretace	21
6.1 Skupinová a individuální práce aktivizačních pracovníků s ohledem na jejich vzdělání	21
6.2 Cílová skupina jednotlivých zařízení a programy v jednotlivých zařízeních	23
6.3. Denní programy	26
6.4. Pohybové aktivity	27
6.5. Ergoterapie	28
6.6. Kognitivní trénink.....	30

6.7. Okrajové techniky	31
6.8. Aktivity mimo zařízení	31
7. Závěr průzkumu	32
Resumé.....	33
Anotace	34
Klíčová slova	34
Annotation.....	35
Key words	35
Závěr	36
Příloha č.1	38
Seznam použitých zdrojů.....	40

Devět desetin našeho štěstí spočívá výlučně ve zdraví. S ním se stává všechno zdrojem požitku. Naproti tomu bez něho není žádný vnější statek, ať je jakéhokoliv druhu, uchopitelný.

Artur Schopenhauer

ÚVOD

Demografický vývoj nejen v České republice, ale obecně ve vyspělém světě, je charakterizován stárnutím populace a přibýváním nemocných lidí. Proto si položíme hned úvodem otázku, jak chceme prožít období života, kdy se potýkáme s nemocí, která nás zasáhne někdy plíživě a někdy tak rychle a odbourá možnosti trávení volného času způsobem stejným jako před nemocí?

Je pro nás přijatelné chápat jej jako období bolesti, smutku, opuštění a vlastní nepotřebnosti, nebo jsme ochotni přistupovat k němu aktivně a s pohledem, že i nyní ještě můžeme řadu věcí dokázat, očekávat a že i toto období má svůj smysl?

Péče o pacienty v ústavní péči se až do roku 1989 orientovala převážně na fyzický stav klienta, poskytovala ubytování, ošetření, stravu a osobní hygienu. Teprve reformní podněty převzaté ze západoevropského systému posunuly pohled na klienta zařízení. Celkový pohled na pacienta už nemá být jenom jako na člověka nemocného, ale jako na osobu s řadou specifických potřeb – těmi je zejména potřeba podpory a pomoci při udržení soběstačnosti. V souvislosti s těmito specifiky pronikají do terminologie moderní péče o pacienty výrazy kondiční rehabilitace, ergoterapie, mentální trénink a volnočasové aktivity. Tyto činnosti nejsou pouze doplňkem k ošetrovatelské službě v zařízení, ale mají stimulovat pacienta k aktivnímu přístupu k životu a omezit případné následky inaktivity.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Pojem nemoc

Pojem nemoc je možné definovat mnoha způsoby. Jedním z nich je: „Souhrn reakcí organismů na poruchu rovnováhy mezi organismem a prostředím. Podle průběhu se nemoci dělí na akutní (probíhající rychle) a chronické (vleklé). Příčiny nemocí mohou být zevní (fyzické, chemické, patogenní organismy) a vnitřní (osobní dispozice)“. (Ottova všeobecná encyklopedie, 2009)

Nemoc ohrožuje základní potřeby a čím se jedná o závažnější diagnózu, tím více. V člověku zjištění, že trpí onemocněním vyvolává touhu a potřebu po bezpečí a zázemí rodiny. Je přirozené, že nemocný, tedy pacient nutně potřebuje jistotu, ubezpečení se, že má stále své místo doma, ale také v nemocnici a že o něho bude patřičně postaráno. Nemocný člověk očekává, že lékař na sebe bere úlohu ošetřovatele, který bude uspokojovat jeho potřeby. Tuto úlohu neočekává pouze od lékaře, ale i od ostatních zdravotnických pracovníků, se kterými přichází do kontaktu. Pacient mimo tyto kontakty musí nutně být ubezpečen i ze strany rodiny, že ho přijímají i nadále s jeho nemocí. Tyto potřeby nemají uspokojeny lidé osamělí, bez rodiny, u těch je ještě více očekáváno zajištění těchto potřeb ze strany zdravotnického personálu.

„Onemocnění znamená zásah do sebepojetí a zvláště sebeúcty pacienta, neboť jím trpí to, z čeho se pozitivní obraz sebe tvoří a udržuje. Zde máme na mysli např. běžné vykonávání „povinností života“, pozitivní odezvu v okolí, sexuální život“ (Vymětal, 1994, s. 34). Nemoc se dotkne každého člověka bez rozdílu, o to více však toho, kdo vede aktivní život v rodině či zaměstnání, má dominantní postavení a svou diagnózou se stává fyzicky bezmocným a závislým na jiných osobách.

Mezi prioritní otázky těchto pacientů patří, zda je jejich nemoc léčitelná a vyléčitelná, zda je neopustí jejich partner, zda se bude moci vrátit zpět do domácího prostředí, zda jejich nemoc nespustí jiné diagnózy apod. Pokud nejsou odpovědi na tyto otázky pozitivní, tito lidé se stávají bezmocnými. Po zjištění své diagnózy si uvědomí, že o děti se musí starat jiné osoby a jejich stres je tak obrovský a léčba jejich nemoci je mnohem těžší. Je tedy zřejmé, že jakákoliv zdravotní újma mění potřeby a psychiku člověka, a tím také mění postoje k životu a motivaci k jiným činnostem. Paradoxně však nemoc může přinést člověku i obohacení. Přijde na to, co je v životě důležité,

změní své dosavadní hodnoty, leckdy může začít s aktivitami, na které mu v dosavadním hektickém způsobu života nezbýval čas. Ujasní si i vztahy mezi svými nejbližšími, takovouto životní zkouškou zjistí charaktery lidí kolem sebe.

Mezi zisky z nemoci patří primární zisky a sekundární zisky:

„Primárním (paranozním) ziskem je osvobození od úzkosti a od konfliktu, čehož je dosahováno vznikem symptomu. Sekundární (epinozní) zisk je představován praktickými výhodami, kterých se dosahuje ovlivňováním jiných lidí nebo manipulací těmito lidmi pomocí symptomů. Např. u agorafobie je primárním ziskem osvobození od úzkosti a od konfliktu z ambivalence vůči rodičovským postavám; pacient dosahuje osvobození tak, že není schopen opustit domov; sekundárním ziskem je možnost používat symptom k tomu, aby se pacient vyhnul nepříjemným závazkům nebo aby přinutil ostatní lidi, aby se k němu chovali rytířsky. Příbuzní pacientů si obvykle sekundární zisky z neurózy dobře uvědomují, ale primární zisky přehlížejí.“
(www.iapsa.cz/rycroft/index.php?etter=Z)

1.2 Dlouhodobě nemocný člověk

Dlouhodobě nemocný člověk je člověk, který trpí nemocí, jež ho provází delším časovým životním úsekem, někdy a mnohokrát až do jeho smrti. Záleží samozřejmě na typu onemocnění, některé omezuje člověka především v pohybu, jiné například v socializaci, zapojením se do aktivit, které běžně vykonávali. Může jít také o pacienty, kteří jsou připoutáni na lůžko a jejich zdravotní stav vyžaduje celodenní péči, jsou zcela závislí na domácím prostředí nebo na nemocničním personálu. Otázkou je co pro pacienty je přínosnější a důležitější, zda pobývat doma či v nějakém zařízení. Zda tato zařízení jsou dobře vedená a důstojná, kvalitní a kde je aktivní ošetrovatelská péče, pokud jsou zde např. „kavárničky“ vycházkové kluby, či jsou jenom vytvořeny služby, které nemocného člověka zajistí. Otázkou další je, zda jsou vytvořeny takové služby, které nemocným umožní setrvat doma. O dlouhodobě nemocných pacientech se zmínila již po druhé světové válce Marjorie W. Warrenová /1897-1960/, která na základě svých zkušeností s tehdejšími odděleními pro dlouhodobě nemocné došla k závěrům, které se staly základem pro geriatrickou medicínu, byly následující:

lékaři problematiku pacientů vyššího věku velmi podceňují a často se u nich mýlí v diagnóze, staří lidé se cítí velice špatně na klasickém nemocničním oddělení, často odcházejí v horším stavu než byli přijati.

Spolupracovníci a následovníci Marjorie W. Warrenové prosadili, že se ve Velké Británii stala geriatrice základním klinickým oborem s velmi významným lůžkovým, semimurálním i ambulantním zázemím. První katedra geriatrice vznikla v Glasgow v roce 1965. (Holmerová, Jurašková & Zikmundová, 2002)

Při péči o tyto lidi neexistuje cennější prostředek než smysluplná aktivita. Je-li používána dobře, dokáže pozvednout člověka na duchu a rozptýlit depresi. Může zklidnit nervozitu a neklid. Když si dva lidé spolu sednou, aby řešili nějaký úkol, spojuje je v tom okamžiku něco společného. Programy aktivit jsou pro nemocného podstatné stejně jako fyzická péče a výživa.

1.3 Programy aktivit provozovaných v zařízeních pro dlouhodobě nemocné

Program aktivit neznamená pouze zaneprázdnit lidi poté, co byly zajištěny všechny prvky základní péče. Jde o celkový proces , ve kterém je každému poskytnuta příležitost žít způsobem, který mu vyhovuje nejlépe, a pokračovat v tom, co je důležité pro jeho pocit jistoty, výkonnosti , sociálního začlenění a vlastní hodnoty. Takový program musí být prováděn uvážlivě a rozumně. Pečovatelé by měli znát hodnotu a význam programů. Měli by být obeznámeni a vyškoleni v technikách aktivace. Měli by mít plnou podporu, aby programy aktivit dělali dobře. Je tomu jako s kterýmkoli jiným aspektem péče. Špatně vedené nebo nevhodné programování je v lepším případě neúčinné, v nejhorším případě může ublížit.

Jelikož každý člověk je unikátní osobností, musí být program plánován individuálně. Vzhledem k tomu, že potřeby člověka jsou uspokojeny tehdy, když je vyhověno celé paletě věcí, které tvoří jeho život, musí program čerpat ze spektra každodenních aktivit stejně jako z mimořádných událostí. Jelikož člověk s onemocněním musí čelit skutečným, vše prostupujícím omezením, musí být program připraven způsobem, který poruchu kompenzuje a nechává osobu plně využívat všech jejích zbývajících sil.

Zabýváme-li se lidmi postiženými psychickou nemocí, jde o zvlášť velkou odpovědnost, protože tyto lidé jsou závislí nejen fyzicky, ale i emocionálně. Proto sama nabízená aktivita, způsob, jakým je nabízena, a dosažený výsledek, má přímý vliv na to jaký má osoba sama ze sebe pocit a jaký má pocit z těch, kteří o ni pečují. Pokud se aktivita jeví jako dětinská nebo je příliš obtížná, nedosahuje-li produktu standardu, na

který je osoba zvyklá, a přitom neexistuje způsob, jak tyto dojmy sdělit, osoba jenom prostě zažívá pocity ponížení, frustrace a selhání.

V tomto případě nefungují klasické metody programování aktivit. Nelze zapojit účastníkovu iniciativu ani spolupráci. Takové aktivity jsou pro tyto lidi nevyhovující. Lidé s tímto typem onemocnění nesledují žádný rozpis činností a nejsou schopni si vybírat své aktivity. Sami nejsou schopni se k aktivitám dostavovat, musí nad nimi být neustálý dohled, připomínání co a jak dělat. Nelze účastníky udržovat při aktivitách za každou cenu. Tito lidé potřebují pomoc při aktivitách, ty jim musejí být samy připravovány a nabízeny samovolně a pozvolna. Musí být neustále připomínány, opakovány, aby nebyly zapomenuty. Tyto aktivity samotný stav nemocného nezvrátí, ale redukuje efekt sensorických funkcí, odbourávají společenskou izolaci, uvádějí v činnost tělesné funkce a regulují nečinnost člověka v aktivitu. Pokud osoba je v daných činnostech úspěšná, je to pro ni povzbuzením a podporou ve využívání svých zachovaných schopností. Často se stává, že snaha pacientů předčí očekávání pečovatele. U nemocných dochází k předvedení svých zdrojů a silných stránek, které předtím nebyly zjevné. (Zgola, 2003)

Velice důležitá je týmová spolupráce. Těžko toto vše může zvládnout jediný člověk, přestože v domácím prostředí je toto velice obtížné. Tito lidé často nechápou smysl činnosti, kterou vykonávají, nechápou její účel. Snad pouze v tom, že jsou účastníky dané činnosti, nesou na ní svůj podíl a dostanou určité uznání ze strany personálu.

Dobrovolnost je také jednou ze základních zásad stimulace k činnosti pacienta, může dojít k jeho přemlouvání, povzbuzování, vysvětlování, ale zvítězit musí jeho dobrovolnost být účastníkem. Pokud jsou přinuceni, je to práce beze smyslu a zbytečná. Je proto složité rozpoznat, zda se pacient neúčastní jen proto, aby vyhověl pečovateli. Velice přínosné je pokud se do spolupráce zapojí více profesí, protože každá z nich má přínosný podíl. Můžeme sem zahrnout ošetřovatele, domácí péči, kvalitu stravování, lékařskou péči, rehabilitační péči a podobně. Nutná je týmová spolupráce všech, měli by společně řešit problémy jednotlivých pacientů, mít stanoveny jednotlivé úkoly a cíle, kterých chtějí dosáhnou při péči o nemocného. Měla by fungovat práce s rodinou a nebo naopak rodiny s jednotlivými subjekty. Dobře stanovený program by měl být pro všechny srozumitelný a přístupný. Takto stanovený způsob programování je v zájmu pacienta a také obohacuje zkušenosti jednotlivých pracovníků, které může použít pro

svou další práci. Svou činnost by měli mít pod kontrolou, měli by jí plně rozumět a orientovat se v dané problematice. (Zgola, 2003)

Podstatou činnosti je její smysluplnost, především musí být prováděna dobrovolně, být přiměřená věku, možnostem pacienta a nutné je dávat danou činností pocit úspěchu. To jsou zásadní kritéria pro práci s lidmi. Leckdy se stává, že pečující se ani neptá, zda má daný jedinec o činnost zájem a je v podstatě na aktivitu dotlačen. Nejedná se v tomto případě o účast smysluplnou a dobrovolnou, tudíž jde o aktivitu beze smyslu.

Pojetí člověka vnímáme jako bytost tvořící psychosomatickou jednotu, děje duševní a tělesné jsou ve vzájemné propojenosti a ovlivňují se v obou směrech. Toto platí v době, kdy je člověk zdravý a také v době nemoci. Vždy se jedná o problém člověka jako celkové osobnosti. Důležité je vedení lékařské péče při regulaci akutních psychických a psychosomatických stavech /depresích, bolestech, úzkostech/, dále vhodná psychologická péče o nemocné a jejich nejbližší, vstupní lékařský pohovor, předoperační vedení, péče o pacienty těžce nemocné a nevyléčitelně nemocné, příprava pacienta na zvládání stresu s nemocí spojeného a přijmutí jeho zdravotního stavu. Onemocnění vždy znamená újmu na zdraví, negativní zásah do života člověka, týkající se psychické stránky. Pacient tuto zátěžovou situaci prožívá o to hůře, čím je jeho onemocnění spojeno s větší bolestí, horečkami, záchvatovými stavy. Stresové situace nastávají se snižováním slabší perspektivy brzké změny k lepšímu. Dále čím více se člověk stává bezmocnějším a na světě okolí závislejších. (Vymětal, 1994)

2. Možnosti trávení volného času v léčebnách dlouhodobě nemocných

Jednou z možností trávení volného času dlouhodobě nemocných v léčebnách dlouhodobě nemocných je komunikace s pacientem ze strany zdravotnického personálu. Podle Vybírala (2005) má komunikace tyto základní funkce - informovat, instruovat, přesvědčit, vyjednat, pobavit, kontaktovat a předvést. Pomáhá zorientovat se v myšlenkovém světě druhého, získat pocit, že někam patříme a zbavuje nás starostí a nudy.

Formy komunikace lze rozdělit na verbální /užití jazyka nebo jazykových systémů/ a neverbální, kdy vyjadřujeme především své emoce pomocí mimiky, gest, postojů atd. (Vybíral, 2005).

Právě na možnost komunikovat v neverbální rovině kladou odborníci na práci s nemocnými veliký důraz, neboť, jak mimo jiné uvádí J.Zgola (2003, s. 124): "Zodpovědnost za to, aby osoba rozuměla a bylo rozuměno jí, leží na pečovateli."

Podle národní rady zdravotně postižených České republiky je nutné vyhnout se infantilizaci (zdětinšťování) nemocného člověka, za nevhodné a ponižující je považováno používání familiárních oslovení „babi“ nebo „dědo“.

Při komunikaci s nemocným člověkem je zásadní respektovat princip zpomalení a ubránit nemocného před časovým stresem, který by mohl zvýšit chybovost jednání. Důsledně také bereme v úvahu jeho důstojnost, a to zejména tak, že případná nedorozumění nepodloženě nepřisuzujeme poruchám v kognitivní oblasti. Nezvyšujeme hlas bez ověření nedoslýchavosti, omezujeme rušivé vlivy (jiný hovor, zvuky z rádia nebo televize) a složité nebo důležité informace opakujeme. (Zgola, 2003)

Při navazování vztahu s osobou trpící narušenou schopností komunikace považují odborníci za nejdůležitější "vytvořit a udržet partnerství" (Zgola, 2003, s. 129) a komunikovat "jakýmkoliv náhradním způsobem, který je postižený ochoten přijmout". (Kalvach, 2004 s. 458)

Vlivem narušené schopnosti komunikace se klient dostává do sociální izolace a dochází u něj ke ztrátě představy o sobě samém (viz základní motivace ke komunikaci-pozn. autora). Podle Janečkové a Holmerové (in Kalvach, 2004) je v tomto případě zvlášť vhodné využití validačních technik - nápodoby, zrcadlení, doteku a očního kontaktu. Mnohé z těchto technik využívá také preterapie, jejíž podstatou je přijmout klienta jako jedinečnou a neopakovatelnou individualitu. (Prouty, 2005)

Ve chvíli, kdy se terapeutovi podaří navázat s klientem vztah a úspěšně mu objasnit účel a smysl činnosti, může podle Zgoly (2003) začít s aktivizací. Klientovi neverbální projevy by měly být vnímány i v průběhu programu, jak uvádí Goffman (in Vybíral, 2005, s. 85): "Člověk může přestat mluvit, nemůže však přestat komunikovat svým tělovým idiomem, zde musí něco říct: buď dobře nebo špatně".

Přístupme nyní k první aktivizaci a zaměříme se na to, jak udržet a obnovovat tělesné síly organismu. Pohyb je považován za jednu ze základních potřeb živých organismů.

2.1. Kondiční cvičení

V péči o dlouhodobě nemocné hrají léčebná rehabilitace a kondiční cvičení významnou roli hlavně proto, že řada změn a onemocnění doprovázejících průběh nemoci jsou přímou příčinou určitých pohybových omezení. Kondiční cvičení není medicínským postupem, ale pouze součástí rehabilitačního ošetřovatelství. Jeho význam je tedy více než terapeutický preventivní, je zaměřeno na celkovou fyzickou aktivizaci klienta. Jeho hlavními cíli jsou udržení a zvýšení tělesné zdatnosti, pohyblivosti, podpora činnosti srdce, krevního oběhu a dýchání, zachování a rozvoj adaptačních schopností nepostížených částí těla. Vedle toho je významný i pozitivní vliv na psychiku člověka. (Kalvach, 2004)

Před sestavováním cvičebního programu pro nemocného člověka je nutné se seznámit nejdříve s jeho pohybovými možnostmi a objem pohybových cvičení potom individuálně přizpůsobit. (Štílec, 2004)

O nutnosti individuálního přístupu hovoří i Hromádková (2002, s. 268): " Při LTV (léčebně tělesné výchově) vycházíme ze zbývajících zachovaných funkcí organismu, které neustále rozvíjíme a posilujeme. Jedná se o celkovou aktivaci organismu, zlepšení koordinace a dynamiky, posílení soběstačnosti, zvyšování psychomotorické aktivity a výcvik chůze."

2.2. Skupinová cvičení

Motivovat dlouhodobě nemocného člověka ke cvičení je velmi obtížné. Štílec (2004) uvádí, že nestačí pouze racionální zdůvodnění - tedy, že cvičení je zdravé - větší důraz klade na emoční prožívání, kterým je hlavně radost z pohybu, radost z družnosti a z dobré atmosféry. Příznivý vliv má také příklad rodiny či vrstevníků.

Pro aktivizačního pracovníka z výše uvedeného vyplývá, že nejvíce motivující je právě vytvoření příznivého prostředí, dobrá nálada a upřednostňování skupinových cvičení, např. s doprovodem hudby. Oblíbená, hlavně u žen je podle Hromádkové (2002) taneční terapie.

Stejně jako u programování všech dalších aktivit by měla i cvičení být prováděna pravidelně a mít svoji strukturu a svůj čas v harmonogramu dne. (Kalvach, 2004)

Hormádková (2002) i Matouš (in Kalvach,2004) považují za optimální začít den rozcvičkou. Ta by měla probíhat u lůžka ve vyvětrané místnosti a za přítomnosti jiné osoby nebo fyzioterapeuta. Měla by připravit organismus na celodenní námahu, protáhnout klouby a rozvinout brániční dýchání, které vede k celkovému uklidnění.

Ideálně obden by mělo být do harmonogramu zařazeno i denní cvičení. Klasická cvičební jednotka by podle Matouše (in Kalvach,2004) měla mít tyto části:

- 1) úvodní část - tělo protahujeme, rozhýbáváme, zahříváme. Délka trvání je 5 - 10 minut.
- 2) vyrovnávací část - nyní provádíme vlastní cviky cíleně zaměřené na jednotlivé svaly. Mělo by se jednat o cviky pomalé, protahující (10-20 minut).
- 3) rozvíjející část - provádíme cvičení dle potřeb pacientů, sledujeme tepovou frekvenci a známky únavy. Intenzita tohoto cvičení by neměla překročit 60% maxima.

Štilec (2004) mimo klasických cviků sloužících k protažení svalů a uvolnění kloubů doporučuje i cviky netradiční, převzaté hlavně z jógy, které mají sloužit k psychické stabilizaci nemocného. Jde o techniky relaxační nebo dechové, cviky podporující sebeuvědomění vlastního těla a automasáže.

Velký význam přikládá relaxacím i Matouš (in Kalvach,2004) nebo Hromádková (2002). Matouš dokonce navrhuje zakončit každé cvičení autogenním tréninkem a pro Hromádkovou jsou dechová a relaxační cvičení součástí tréninku.

Proti těmto názorům staví Kukolová (2005) argument, že při relaxacích se snadno sklouzává ke spánku a nechává užití těchto technik na zvážení terapeuta. Co se týká vztahu klienta k vlastnímu tělu, je podle ní zásadní vyzdvihnout vnímání těla v příjemné rovině. Patrná je zde totiž často tendence vnímat své tělo v souvislosti s nemocemi a bolestí.

Za zcela nevhodné považuje Matouš (in Kalvach, 2004) dřepy, výskoky nebo hluboké předklony. Nelze také provádět cviky v bezdeší. Hrozí pády, proto je možno podle potřeby poskytovat cvičencům i kompenzační pomůcky nebo cvičení provádět v sedu na židli.

2.3. Individuální cvičení

Není-li klient schopen účastnit se cvičení ve skupině, měla by mu být poskytnuta možnost individuálního cvičení. To zahrnuje podle Hromádkové (2002) cvičení na lůžku a reedukci chůze. Při pasivním procvičování (tj. v případech, kdy není klient schopen sám se pohybovat a končetinou cvičí terapeut) se postupuje od velkých kloubů po malé, cvičíme tedy např. klouby ramene, potom lokte a nakonec zápěstí a prstů.

Nedostatečné zatěžování svalů jsou jednou z nejčastějších příčin pádů. Výcvik chůze je pak účinnou prevencí před imobilitou a ztrátou soběstačnosti. (Kalvach, 2004)

To jak často a jak dlouho terapeut s klientem chodí, souvisí s možnostmi klienta. Odborníci se nijak konkrétně k rozsahu nevyjadřují, jen na Kongresu českých sester (14.10.2005, Praha) zazněl názor, že minimum je 20 - 30 minut intenzivní chůze alespoň 3krát týdně.

Na závěr lze tedy shrnout, že při kondičním tréninku je nejdůležitější vycházet z individuálních pohybových možností klienta a z jeho aktuálního zdravotního stavu. Při cvičení průběžně kontrolujeme srdeční frekvenci. Je ideální, podaří-li se vytvořit homogenní skupinky přibližně stejně zdatných osob dostatečně motivovaných ke cvičení. Den zahájíme rozvíčkou a obden zařazujeme asi hodinové cvičení. Pro větší pestrost programu je žádoucí zařadit prvky taneční terapie, cvičení v přírodě a vycházky spojené s turistikou, eventuálně plaváním.

Funkce, které lidský organismus netrénuje a kterých nevyužívá, se postupně zhoršují a omezují. Dochází k tomu na úrovni somatické i duševní. Zatímco úroveň somatickou jsem se zabývala v této kapitole, možnostmi tréninku duševních funkcí se budu zabývat nyní.

2.4 Kognitivní rehabilitace a trénink mozku

Techniky mozkového tréninku směřují k posílení koncentrace, vnímání, formulování slov. Zkvalitňují vyjadřování, podporují kreativitu, fantazii, tvořivost, postřeh, logické uvažování a dlouhodobou či krátkodobou paměť. Hlavním významem je předcházení škod z duševní inaktivity a trénovat by měl každý člověk. (Kalvach 2004)

Podobný vliv jako kognitivní trénink má i kognitivní rehabilitace, tohoto termínu ale užívá Kalvach (2004) pouze v souvislosti s nemocnými. Uvádí, že

rehabilitace výrazně zpomaluje rozvoj demence, zlepšuje kvalitu života po operacích mozku, úrazech a po centrální mozkové příhodě. Pozitivně podporuje sebehodnocení člověka a zlepšuje možnosti jeho sociálního kontaktu. Zejména při kognitivní rehabilitaci je namístě také individuální terapie, kterou eliminujeme možnost veřejného neúspěchu a posměchu.

Při práci ve skupině je zásadní přizpůsobit náročnost úkolů schopnostem osob a vytvořit homogenní skupiny. K účasti ve skupině nelze nikoho nutit, účast musí být dobrovolná. Motivaci vzbudíme vysvětlováním a nabídnutím možnosti sebeuplatnění. Záleží i na osobnosti terapeuta, skupinové sezení by mělo probíhat v důvěryplné atmosféře, mělo by poskytovat rekreaci, zábavu, produktivní vyplnění volného času. Musí být zajímavé, mít svoji strukturu a činnosti se musí střídat tak, aby zaujaly a nenudily.

K tématu motivace Kukolová (2005,s.28) mimo jiné píše: "Nejdůležitější je zaujetí vedoucího skupiny, protože tak jako je nakažlivý smích, je nakažlivá i špatná nálada".

Práci ve skupině bude věnována následující kapitola.

2.5. Práce se skupinou

Vzhledem k tomu, že bývá náročné udržet pozornost, je nutné, aby terapeut všechny účastníky skupiny neustále aktivně zapojoval do činností. Opakovaně účastníky kontaktuje, je asertivní, střídá vlastní kognitivní trénink s odpočinkem (relaxace, zpěv). Pomáhá s řešením úkolů tak, aby se omezily možnosti případného neúspěchu, který v tomto případě působí kontraproduktivně. (Kukolová, 2005)

Svoji roli hraje také prostředí, v jakém se skupina schází, místo by mělo být dostupné, vybavené pomůckami, měly by být omezeny vnější rušivé vlivy. Kukolová (2005) doporučuje vybavení kalendářem, mapou a hodinami. Podle ní by se skupiny měly konat alespoň 2krát týdně, kdy se délka setkání odvíjí od programu a nálady členů ve skupině - optimální je doba trvání 30 minut až 2 hodiny.

Oproti Kukolové (2005) považuje Walsh (2005) skupinu v zařízení nikoli za terapeutickou, ale za komunitní. Předpokládá, že když se skupina schází pravidelně a její složení se příliš nemění, je důležité (i pro další terapeutické zásahy) posilovat smysl skupiny pro společenství a sounáležitost. Podle něj by den měl být zahájen společným setkáním, kde by se lidé měli pozdravit, přivítat nové členy a naplánovat

program. Součástí ranního setkání by měly být také informace o výročích, novinkách, čtení z denního tisku atd. Na rozdíl od Kukolové neomezují práci se skupinou jen na kognitivní trénink a relaxační část, ale podporuje kooperaci a spolupráci komunity. Řadu her a kazuistik popisuje ve své knize, na kterou tímto odkazují.

Podobně jako při kondiční rehabilitaci, musí být techniky použité při kognitivním tréninku adekvátní schopnostem klienta. Opět vycházíme z funkcí, které jsou zachovány, a tyto potom rozšiřujeme.

Za techniky využitelné při kognitivní rehabilitaci se považuje řešení skládaček, puzzles, hlavolamů, třídění geometrických tvarů, barev, obrázků stejného obsahu, či logické souvislosti. (Kalvach, 2004)

Pomocí obrázků, četby nebo psaní je rozvíjena slovní zásoba. Paměť trénujeme diskuzí o historických událostech a hrami typu "země - město", oblíbené jsou reminiscentní techniky s využitím osobních vzpomínek klientů. Důležité je nezapomínat také na senzorickou stimulaci, kdy klienti mohou poznávat poslepu např. vůni koření či nějaký předmět.

Náročnější úkoly předkládáme při mozkovém tréninku u mentálně zdravých klientů. Lze neformálně konverzovat v cizím jazyce, řešit matematické úlohy, luštit křížovky, hrát slovní kopanou, hledat analogické souvislosti. Podle možnosti zařízení jsou organizovány vzdělávací kurzy, počítače, jazyky, tvůrčí psaní nebo taneční a tělocvičné kroužky ke stimulování pohybové paměti. Klademe důraz na rozvoj fantazie, kreativity.

Lze tedy shrnout, že cílem mozkového tréninku a kognitivní rehabilitace je zabránit zhoršování poznávacích, rozumových a paměťových funkcí. Názory odborníků na to, jak by tato terapie či prevence měla probíhat se jen lehce liší a obecně spíše doporučují skupinová setkání. Technik, které lze využít je celá řada, a nutno podotknout, že je zde dán velký prostor invenci terapeuta.

Cítí-li se člověk pohybově i duševně svěží, zajisté začne pociťovat potřebu být užitečný a být v kontaktu s okolním světem. O tom, jak pomáhat s naplněním těchto potřeb, budu podrobně hovořit nyní.

2.6. Ergoterapie

Výraz ergoterapie vznikl z řeckého slova "ergo"- "práce" a "therapie"- "léčba". Lze jej přeložit jako " léčba prací". Jedná se o zdravotnickou disciplínu, která je svojí podstatou blízka rehabilitaci, na rozdíl od ní se však neorientuje pouze na rozvoj fyzických možností. Jejím hlavním cílem je komplexní rozvoj soběstačnosti ve všech běžných aktivitách dne. (Kalvach, 2004)

Jednou z hlavních aktivit ergoterapeutů by mělo být hodnocení funkční zdatnosti klienta a hodnocení prostředí, v němž se klient pohybuje. Bezprostředně na to navazuje navrhování vhodných kompenzačních pomůcek a hlavně nácvik jejich používání při běžných denních aktivitách. Tyto Kalvach (2004) rozděluje na činnosti všedního dne (příprava jídla, úklid, nakupování), pracovní činnosti (šití, tkaní, práce na zahrádce), péči o sebe (koupání, oblékání, česání), činnosti volného času (kulturní akce, společenské hry, kondiční programy) a činnosti umožňující rozvoj a sebevzdělávání (např. mozkový trénink, rozvoj kreativity, přednášky, besedy).

V užším slova smyslu je ergoterapie někdy chápána jako výroba předmětů, např. za účelem prodeje či výzdoby oddělení, kdy je jejím hlavním smyslem vyplnění volného času klienta. Před nabízením pracovních činností doporučuje Vaverková zjistit si co nejvíce informací z dřívějšího života klienta a původní zájmy znovu obrodit nebo na ně navázat. Je nutné vědět o handicapech klienta a mít k dispozici kompenzační pomůcky.

Podle náročnosti rozděluje Vaverková pracovní činnosti do 4 kategorií. Na jednoduché a stereotypní činnosti (trhání, střihání, navlékání, skládání, přenášení předmětů), nenáročné činnosti, které ale vyžadují zručnost, vědomosti, dovednosti a samostatnost (šití, vyšívání, přesazování) a samostatné řemeslnické práce či údržba (půjčování knih, hrabání listí, pomoc v kuchyni).

Při ergoterapii tedy vycházíme z přirozených činností, které by člověk dělal během dne. Věnujeme pozornost tomu, aby klienti měli k dispozici kompenzační pomůcky, a práci přizpůsobujeme klientovým možnostem. Činnosti by měly být zahrnuty v takovém čase, který je pro ně nejpřirozenější.

Právě tomu, jak vhodně propojit všechny zmiňované techniky aktivizace s ohledem na přirozený průběh dne, bude věnována poslední kapitola Plánování aktivit. Zmíním také pravidla, která je třeba při tvorbě programu akceptovat.

2.7. Plánování aktivit

Zgola (2003) stejně jako Kalvach (2004) považují za nejdůležitější vytvořit tvůrčí, kreativní a stimulující prostředí. Plánované aktivity musí být podmiňovány vnitřními potřebami klientů a korespondovat s rutinou běžného života.

Nabídka aktivit by měla být pestrá, klient by měl mít možnost výběru a účastnit se dobrovolně (Kalvach, 2004). Aktivity musí být smysluplné a klientům musí být jasné, co mají očekávat a jaký je význam dané činnosti.

Podle Zgoly (2003) je zejména při práci s klienty postiženými demencí významné, aby tito byli při aktivitách úspěšní. Neúspěch a případný výsměch okolí je od další účasti může odradit. Proto je výhodné odstupňovat aktivity tak, aby se mohlo zapojit více osob, a to v různých rolích - role organizátora, vykonavatele, rádce, pozorovatele.

Přístup ke klientům by neměl být direktivní a měl by reflektovat potřeby skupiny. Aktivity by měly být praktické a vycházet z každodenních činností, sociálně přiměřené a probíhat v příjemném prostředí. Je vhodné se skupinou aktivity konzultovat a operativně je přizpůsobovat.

Odborníci neuvádí, jak by měl den dlouhodobě nemocného v zařízení vypadat. Kalvach (2004, s. 438) ale vidí jasnou cestu v prostředí plném podpory, pomoci a motivace, když uvádí: "Jde o vytváření podpůrného prostředí, podmínek a klimatu, ve kterém se lidé cítí dobře a v němž mohou prožít činorodý a plný život podle svých představ a přání, v soukromí či ve společnosti druhých, vždy ovšem s činností, která je uspokojuje a která má pro ně cenu."

Zajímavými činnostmi, které mohou mít pro klienta cenu a dát jeho životu nový rozměr, jsou i nevšední aktivity, které do aktivizačních programů proudí z jiných oborů. Zejména z oborů, které úzce korespondují s psychoterapií nebo uměním: jedná se o arteterapii a muzikoterapii. Kořeny v lidské přirozenosti má potom petterapie.

Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, jindy je pojímána jako svébytný obor.

Jako původně psychoterapeutická metoda vznikla i muzikoterapie, která namísto obrazu využívá vlivu hudebních vibrací na lidské emoce. Člověk může hudbu nejen pasivně vnímat, ale také sám aktivně vytvářet. Zatímco při produkování hudby (bubnování, drnkání, zpěv) člověk emoce uvolňuje.

Petterapie využívá schopnosti zvířat překonat pocit osamění a umožňuje klientům navázat vztah k živému. Přeložíme-li toto slovo přesně, jedná se o léčbu zvířaty. Zahrnujeme sem zejména cannisterapii (s využitím psů) nebo hippoterapii (s využitím koní), mnohdy ale stačí i méně náročná zvířata - papoušci, křečci, kočky, akvariijní rybičky.

EMPIRICKÁ ČÁST

3. Cíle průzkumu a formulace hypotéz

V teoretické části jsem se snažila postihnout jednotlivá témata spojená s aktivizačními programy dlouhodobě nemocných. Zpočátku jsem se zaměřila na obecný význam aktivit. Postupně jsem přistoupila k tomu, jak s klientem navázat vztah a jádrem první části byla charakteristika kondičního cvičení, kognitivního tréninku a ergoterapie. Závěrem jsem psala o nových směrech, které do aktivizačních programů pronikají a o tom jak aktivity plánovat. Veškeré informace jsem získala ze současné odborné literatury a internetu.

Cílem mé práce bylo zaměřením se na to jaké techniky aktivizace jsou nejčastěji využívány v léčebně dlouhodobě nemocných, domově důchodců, domově pro seniory a denním zařízení. Zjištěné informace jsem srovnávala s teoretickými východiskami.

Hlavní hypotézou mé práce je, že v zařízeních pro dlouhodobě nemocné jsou realizovány aktivizační programy. Dílčí hypotézou je, že ergoterapie patří mezi nejčastěji používané aktivity především pro rozvoj a udržení jemné motoriky. Další hypotézou je, že v zařízeních jsou preferovány skupinové aktivity. Dále kulturní a společenské vyžití klientů není dostačující.

Hypotéza č.1 - V zařízeních pro dlouhodobě nemocné jsou realizovány aktivizační programy.

Hypotéza č. 2 - Ergoterapie patří mezi nejčastěji používané aktivity.

Hypotéza č.3 - V zařízeních pro dlouhodobě nemocné jsou preferovány skupinové aktivity.

Hypotéza č.4 - Kulturní a společenské vyžití klientů v zařízeních není dostačující.

4. Charakteristika a popis výběrového souboru

Konverzačními partnery mi byla pracovnice v sociálních službách domova důchodců, která má středoškolské vzdělání a následně fyzioterapeutický kurz a je ve věku 36 let, rehabilitační pracovnice domova důchodců, která má vysokoškolské

vzdělání a je ve věku 40 let, sociální pracovnice nemocnice následné péče, která má vysokoškolské vzdělání a je ve věku 25 let, vedoucí pracovnice denního zařízení, která má středoškolské vzdělání a je ve věku 42 let a sociální pracovnice domova pro seniory, která má vysokoškolské vzdělání a je ve věku 29 let.

5. Použité metody

Při výzkumu jsem využila kvalitativní metodologie, nástrojem sběru dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor. Rozhovor obsahoval celkem 15 otázek (příloha č.1), pomocí kterých jsem zjišťovala jaké aktivity jsou v zařízeních realizovány, jaké činnosti jsou nabízeny v rámci ergoterapie, pohybových aktivit a kognitivního tréninku. Zda jsou preferovány aktivity skupinové nebo individuální. Dalším zjištěním byla úskalí, která provází volnočasové aktivity dlouhodobě nemocných.

Při vyhledávání vhodných konverzačních partnerů jsem nejprve kontaktovala ředitele zařízení a ten mě odkázal na pracovníka, který se přímo zabývá nebo koordinuje aktivizaci klientů.

Rozhovory jsem vedla v prostorách pracoviště po telefonické domluvě. Určitou nevýhodou bylo, že oslovení pracovníci často odmítali hovořit na diktafon a musela jsem proto hlavně využívat psaných poznámek. Pro udržení anonymity jsem se rozhodla v dalším textu neuvádět jména jednotlivých zařízení.

Výzkum probíhal ve čtyřech zařízeních – Domově důchodců v Humpolci, léčebně MEDICON Hospitals s.r.o pro dlouhodobě nemocné v Humpolci, Domově blahoslavené Bronislavy v Humpolci a denním zařízením ASTRA pro dlouhodobě nemocné a staré občany.

Výzkum probíhal v měsících únor a březen 2010, tedy v době kdy domovy důchodců a zařízení poskytující sociální služby se již druhým rokem potýkají s platností Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Ten o sociálně-terapeutické činnosti, aktivizačních činnostech a o zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím hovoří už jako o povinnosti poskytovatele sociální služby.

6. Výsledky rozhovorů a jejich interpretace

6.1 Skupinová a individuální práce aktivizačních pracovníků s ohledem na jejich vzdělání

Aktivizační programy mají velmi nejasnou pozici v chodu zařízení. Z analýzy rozhovorů je patrné, že v domovech důchodců a v domovech pro seniory neustále dochází ke střetu zdravotnického a sociálního pojetí poskytované péče, kdy ošetrovatelské úkony jsou často prováděny na úkor aktivizací.

Problémy předurčuje nejasné vymezení aktivizačních programů, které mají jak zdravotnický, tak i sociální rozměr. Aktivizační pracovníci pochází stejnou měrou ze zdravotnických i sociálních profesí. Tato skutečnost do jisté míry ovlivňuje i jejich postoj ke klientovi. Neustále váhají mezi sociální vizí podpory klienta při zachování autonomie jeho vůle a zdravotnickým imperativem - zdravotník ví přece nejlépe, co je pro klienta dobré.

„Minimální vzdělání je absolvování příslušného kurzu po ukončení středoškolského vzdělání. Co se týká dalšího vzdělávání, zaměstnanci vyplňují dotazníky, kde je mimo jiné také o které kurzy a školení mají zájem. Nadřazeným jsou včas informováni o probíhajících školeních“. (pracovnice v sociálních službách domova důchodců)

Zdravotnické pojetí ústavní péče a direktivnost v případě např. zcela převažují v péči o klienta upoutaného na lůžko. O něj je nejčastěji pečováno podle lékařské ordinace.

„O tyto lidi se stará rehabilitační sestra. Cvičí s nimi podle ordinace doktora anebo podle toho, jak se domluvíme“. (rehabilitační pracovnice domova důchodců)

„Pokud se nedaří tyto uživatele aktivizovat ve skupinách, přizpůsobí se program buď zmenšením počtu uživatelů ve skupině nebo je program individuální jen s tímto klientem. O tyto lidi se stará rehabilitační sestra. Cvičí s nimi podle ordinace doktora anebo podle toho, jak se domluvíme“. (rehabilitační pracovnice domova důchodců)

Je patrné, že nejsilnějším důvodem k účasti na programech je potřeba sociálně se realizovat. Programy umožňují dlouhodobě nemocným překonat pocit osamění a nudy. Lidé mají možnost zažít úspěch, být před ostatními pochváleni. Jsou v blízkém kontaktu, spolupracují, vyměňují si názory a dojmy, mají společné zážitky. Aktivizační

programy zvyšují i důvěrný vztah mezi pacientem a personálem zařízení, kde se nachází. Programy je tedy nutné nabízet často nejlépe denně, aby se staly součástí dne jinak hrozí riziko, že se klienti přestanou účastnit. Motivaci k účasti snižuje také obava z neúspěchu ve skupině, špatně zvolený obsah činností, vzájemné spory nebo prostá nechuť a strach z nového.

„Taky je špatné, když si připadají jako děti. Musíme jim to hodně vysvětlit“.
(pracovnice v sociálních službách domova důchodců)

Je zřejmé, že pacienti na programech nejvíce oceňují možnost sociálního kontaktu. Odradit je oproti tomu může špatná náplň programu a nevěle. Je důležité vytvořit přitažlivý program což vyžaduje znalost, empatii a invenci. Pracovníci také musí umět navázat a udržet s klienty vztah.

Partnerský přístup je především ve skupinových aktivitách. Lidé se mohou rozhodnout, jakých aktivizačních programů se zúčastní a pracovníci respektují nechuť klienta k účasti. Skupinové programy jsou založeny na principu dobrovolné účasti, kdy účastníci mohou dobrovolně přicházet a odcházet. Průběh nebo zaměření aktivit bývá také s klienty konzultován. *„Nejčastějším důvodem odmítání aktivizačních programů je, že jsou handicapovaní zbytky sluchu, inkontinencí a nebo byli dříve zvyklí na samotu“.*
(pracovnice v sociálních službách domova důchodců).

„Na programy a aktivity většinou nechodí klienti, kteří mají jiné zájmy (četba, poslech rádia apod.) nebo byli i v běžném způsobu života než přišli do domova raději sami, nemají rádi větší společnost lidí“. (sociální pracovnice domova pro seniory). Jiný důvod odmítání aktivit je zejména v zařízeních kde je nutné si služby platit, tedy důvody finanční.

Aktivizaci klientů obstarává jedna, výjimečně několik osob, které se současně zabývají cvičením, ručními pracemi, tréninkem myšlení a organizují i další aktivity. V domově důchodců pracuje v přímé péči 38 pracovníků, z toho se na aktivizačních programech podílí 5 zaměstnanců, v domově pro seniory pracuje jedna sociální pracovnice, která se stará právě o organizaci aktivizačních programů a sedm pracovníků v sociálních službách, které se také podílejí dle potřeby na pomoci při zvládnutí aktivit. V zařízení ASTRA pracují tři pracovníci, všichni se střídají v přímé péči a každý se specializuje na některý z aktivizačních programů. V nemocnici následné péče zatím žádné programy zabývající se aktivitami nemají.

Názory na vlastní erudovanost pracovníků jsou různé. Někteří si stěžovali na nedostatek informací a malou orientaci v problematice, jiní shledávali své postavení jako dobré a současný systém považovali za dostačující.

„Jelikož žádný personál věnující se aktivizačním programům zatím nemáme, nelze zatím mluvit o jejich vzdělání, ale další vzdělávání těchto pracovníků by jistě bylo možné a podporované, stejně tak jako u ostatního personálu nemocnice“. (sociální pracovnice nemocnice následné péče)

„Vzdělání našich pracovníků je středoškolské, maturita u dvou pracovníků a vyšší odborná škola u jedné pracovnice. Všichni se střídáme v přímé péči a každý se specializuje na některý z aktivizačních programů“. (vedoucí pracovnice denního zařízení)

Dle sdělení sociální pracovnice domova pro seniory je ona tou, která zajišťuje aktivity v zařízení a její vzdělání je vysokoškolské, magisterské - obor rehabilitační- psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory. Pracovnice v sociálních službách mají kurzy pracovníků v sociálních službách.

6.2 Cílová skupina jednotlivých zařízení a programy v jednotlivých zařízeních

Nejčastějšími obyvateli domovů, zařízení poskytující sociální služby domovů pro seniory a také nemocnice následné péče jsou starobní důchodci, kteří bývají zpravidla přijati ze zdravotních důvodů. Menší skupinu obyvatel potom tvoří invalidní důchodci a lidé s mentálním postižením či s psychiatrickou diagnózou.

„Služby jsou určeny zejména občanům s postižením, které vylučuje samostatný pobyt v domácím prostředí, i když mají zavedenu pečovatelskou službu nebo občanům, jejichž dosavadní životní podmínky se změnilы vlivem vzniklé osamělosti, případně ostatními nepříznivými okolnostmi natolik, že jim hrozí sociální vyloučení“. (pracovnice v sociálních službách domova důchodců)

„Naší cílovou skupinou jsou osoby seniorského věku se sníženou soběstačností, které potřebují péči další osoby a které jsou schopny pobytu v kolektivním zařízení. Dále osamělí senioři, kteří trpí ztrátou sociálních kontaktů. Služba pomáhá i rodinným pečovatelům - odlehčuje jim v péči o nesoběstačného seniora“. (vedoucí pracovnice denního zařízení)

„Nemocnice následné péče je nestátní zdravotnické zařízení, kde hospitalizaci hradí zdravotní pojišťovny. Pro léčbu na lůžkách následné péče typu LDN je předpisy určena obvyklá doba hospitalizace do 3 měsíců. Na ošetrovatelských lůžkách je možný delší pobyt s ohledem na potřebu ošetrovatelské péče. Poskytujeme následnou a ošetrovatelskou péči pacientům s interními, neurologickými i chirurgickými nemocemi ve stadiu stabilizace kdy již není třeba akutní péče a je stanovena diagnóza a terapeutický plán“. (sociální pracovníce nemocnice následné péče)

Klienti domovů jsou rozdělováni podle stupně závislosti na soběstačné, částečně soběstačné, imobilní a osoby s demencí. Toto rozdělení vede k tomu, že aktivizační pracovníci volí ke každému jiný přístup. Soběstační klienti mají úplnou volnost v pohybu, mohou posilovat, cvičit nebo trávit v dílně volný čas dle svého zájmu. Mohou také domov kdykoliv opustit a jít si na nákup nebo na procházku. Dále se mohou dobrovolně účastnit skupinových aktivit o které je značný zájem.

„Pod dohledem aktivizačních pracovníků se uživatelé věnují zájmovým pracovním činnostem jako je vaření, pečení a celé řadě dalších aktivit dle konkrétních přání uživatelů. O vyplnění volného času se stará odborný pracovník. Prvotní zásadou je vždy otázka svobodné volby a dobrovolného rozhodnutí ze strany uživatele o tom jak bude využívat svůj volný čas a pro jakou aktivitu v rámci konaných akcí se rozhodne. Mezi pravidelné volnočasové aktivity patří trénování paměti, kondiční cvičení, pracovní terapie, výtvarná dílna, předčítání a také oslavy narozenin“. (pracovnice v sociálních službách domova důchodců)

Mezi jiné aktivity lze zařadit také hudební koncerty a různá vystoupení, bohoslužby, soutěže a hry, videoprojekce filmů, vystoupení zájmových skupin, výlety do blízkého i vzdáleného okolí, účast na vydávání časopisu, reminiscence, zpívání oblíbených písní, procházky mimo zařízení.

„U nás máme strukturovaný celý týden, aby uživatelé služeb věděli co který den najdou v nabídce služeb: v pondělí je jeden týden řemeslná dílna a jeden týden křesťanský klub, v úterý cvičení a relaxace, ve středu dopoledne pečení a odpoledne kavárnička, kdy je vždy pozván zajímavý host, ve čtvrtek dopoledne trénování paměti a jednou za čtrnáct dní hudební odpoledne, které se střídá s literárním klubem a v pátek dopoledne hraní převážně stolních her a odpoledne relaxační cvičení“. (sociální pracovníce domova pro seniory)

V nemocnici následné péče: „Pacienti mohou prozatím trávit volný čas sledováním televize, scházet se ve společných částech nemocnice, povídat si nebo si číst“. (sociální pracovníce nemocnice následné péče)

Osoby částečně mobilní jsou ve volném pohybu odkázáni na domluvu s personálem, jinými klienty nebo rodinou. To je limitem jejich možností opustit domov. Jsou také skupinou osob, z níž pochází nejvíce účastníků aktivizačních programů neboť jsou nejméně schopni trávit svůj volný čas bez pomoci ostatních a příležitost k účasti na aktivitách vítají. Domovy spíše preferují skupinové aktivity, ve kterých se zapojují i velmi špatně mobilní klienti.

Opomíjenou skupinou při aktivizacích jsou osoby imobilní. Péče o ně je řízena lékařskou ordinací nebo spočívá v povídání si či částečné rehabilitaci. Bývá směřována do dopoledních hodin - až po skončení skupinových aktivit. Soustředí se nejčastěji na oblast léčebné rehabilitace. S touto skupinou se také pojí problémy jako nedostatek času nebo nedostatek personálu.

„Pokud se nedaří tyto uživatele aktivizovat ve skupinách, přizpůsobí se program buď zmenšením počtu uživatelů ve skupině nebo je program individuální jen s tímto klientem“. (pracovnice v sociálních službách domova důchodců)

„Klienty na lůžku nezapojujeme, nejsme ani vybavení a nemáme stanovené standardy, maximálně vozíčkáři“. (vedoucí pracovníce denního zařízení)

Za nejproblémovější skupinu jsou považováni klienti s demencí. Tyto osoby jen pomalu chápou co mají během aktivizačních programů dělat, často ze zařízení utíkají a pro poruchu orientace jsou pro ostatní klienty obtěžující. Je potřeba volit k nim specifický přístup, překonávat komunikační bariéru a více na ně během aktivit dohlížet. Vzhledem k nepochopení ostatních klientů je nutno také častěji urovnávat vzájemné spory. Řešení by bylo možné vidět v uzavřených odděleních a izolaci dementních osob od psychicky zdravých. Specializovaným oddělením však žádné ze zařízení nedisponuje. Žádné ze zařízení také nemá specializované programy a tito klienti jsou integrováni do všech skupin.

„Nemáme ani speciální programy, ani uzavřené oddělení. Lidé jsou s námi pořád. Chodí po chodbách, po sesternách, povídáme si. Když mají zájem, mohou jít na všechny programy. Dříve jsme měli problémy s útekem, teď je to lepší“. (rehabilitační pracovníce domova důchodců)

Oproti tomu v denním zařízení se specializují i na práci s lidmi s narušenou komunikací: „*Není problém v zapojení klientů s narušenou komunikací, maximálně dvě nebo tři osoby jsme schopni v daný den zapojit. Personál ví jak s nimi jednat, dívají se co dělají ostatní a opakují. Vždy mají asistenta*“. (vedoucí pracovnice denního zařízení)

Celkový stav klienta tedy ovlivňuje průběh aktivizace. Osoby jsou vnímány podle své soběstačnosti a stupně závislosti. Pro účely aktivace takto vznikají homogenní skupiny, to je v komparaci s odbornými zdroji zvláště vhodné pro kondiční cvičení i pro kognitivní trénink. S ohledem na zájem a možnosti klientů je většina programů zaměřena na osoby částečně mobilní. Je zjevné, že problematický je přístup ke klientům vyžadujícím zvýšenou péči, tj. k osobám upoutaným na lůžko a k osobám s demencí. Jako problematické jsou tyto osoby vnímány ve všech zařízeních, nezávisle na velikosti zařízení či na zřizovateli.

Je patrné, že nejsilnějším důvodem k účasti na programech je potřeba sociálně se realizovat. Programy umožňují dlouhodobě nemocným překonat pocit osamění a nudy. Lidé mají možnost zažít úspěch, být před ostatními pochváleni. Jsou v blízkém kontaktu, spolupracují, vyměňují si názory a dojmy, mají společné zážitky. Aktivizační programy zvyšují i důvěrný vztah mezi pacientem a personálem zařízení, kde se nachází. Programy je tedy nutné nabízet často nejlépe denně, aby se staly součástí dne jinak hrozí riziko, že se klienti přestanou účastnit. Motivaci k účasti snižuje také obava z neúspěchu ve skupině, špatně zvolený obsah činností, vzájemné spory nebo prostá nechuť a strach z nového.

„*Taky je špatné, když si připadají jako děti. Musíme jim to hodně vysvětlovat*“. (pracovnice v sociálních službách domova důchodců)

Je zřejmé, že pacienti na programech nejvíce oceňují možnost sociálního kontaktu. Odradit je oproti tomu může špatná náplň programu a nevěle. Je důležité vytvořit přitažlivý program což vyžaduje znalost, empatii a invenci. Pracovníci také musí umět navázat a udržet s klienty vztah.

6.3. Denní programy

Průběh aktivizačních programů a jejich plánování se mezi zařízeními liší. Obecně převládá systém týdenních harmonogramů, ve kterých je stanoveno, kde se co děje. Tento harmonogram bývá zpravidla na nástěnce a klienti se dozví jakou činnost mohou navštívit. Ve prospěch tohoto systému hovoří, že stejnou měrou zahrnuje pohyb,

trénink myšlení, ruční práce a další aktivity. Je také přehledný a lze se v něm snadno orientovat.

„Máme program. V pondělí se díváme na pořad Pošta pro Tebe. V úterý a pátek odpoledne je trénink paměti s menší skupinou a dopoledne je rehabilitace - externě sem chodí rehabilitační sestra. Ve středu ergoterapie a ve čtvrtek trénink paměti s větší skupinou. V úterý a ve čtvrtek odpoledne je katolická mše“. (pracovnice v sociálních službách domova důchodců)

Už v menším rozsahu jsou uplatňovány měsíční harmonogramy, které se také věnují jedné aktivitě jeden nebo více dnů v týdnu. Jeho nevýhodou je horší přehlednost a nutnost plánovat daleko dopředu. I tento systém ale poskytuje každý týden stejný rozsah aktivit.

Třetím přístupem jsou denní harmonogramy. Ty zahrnují jednu nebo více činností opakujících se denně ve stejném rozsahu a formě. Je nejméně využívaným přístupem.

6.4. Pohybové aktivity

Jako ke všem aktivitám i k pohybu přistupuje každé zařízení jinak. Skupinové cvičení není vždy doménou aktivizačních pracovníků, někteří sdělili, že v této oblasti spolupracují s externisty.

„Skupinová cvičení v nemocnici následné péče neprobíhají, pouze individuální rehabilitace, která je přizpůsobená každému pacientovi dle jeho možností a zájmu. Rehabilitace pacientů upoutaných na lůžku je v nemocnici prováděna rehabilitační pracovníci na lůžku (procvičování dolních a horních končetin apod.)“. (sociální pracovnice nemocnice následné péče)

„Program cvičení je přizpůsoben zdravotnímu stavu klientů. Probíhá ve skupině přibližně 1krát týdně a to kolem 40 minut. Uživatelé se dostaví na stále stejné místo konání kondičního cvičení. Klientům s omezenou pohyblivostí je zajištěna pomoc při dostavení se na toto cvičení. Samotné cvičení probíhá na židlích, křeslech, invalidních vozících. Odborný pracovník předvede sestavu cviků, rychlost cvičení a samotné cviky jsou přizpůsobeny zdravotnímu stavu klientů. Během cvičení jsou klienti chváleni a povzbuzováni. Dále každý uživatel předvede cvik, pokud neví, pracovník mu pomáhá. Trénuje se podávání nafukovacího míče a ukončení programu probíhá házením míče.“

Uživatelé jsou opět chváleni a dochází k připomenutí dalšího termínu konání cvičení“.
(rehabilitační pracovnice domova důchodců)

„My u našich klientů pravidelně nacvičujeme chůzi a to u všech klientů, kteří toto potřebují. K této aktivitě dochází i několikrát denně. Skupinová rehabilitační cvičení jsou jako základní léčebná tělesná výchova v rozsahu přibližně 30 minut dvakrát týdně, kde dochází především k protažení svalů, uvolnění a relaxaci“. (sociální pracovnice domova pro seniory) *„Cvičíme každý den krátce cca 15 minut ráno před hlavním programem a celé dopoledne cca 1,5 hodiny s přestávkami a povídáním si každé úterý. Probíhá cvičení na židlích, které je zaměřeno na protahovací cviky, vše je v klidu a pohodě dle aktuálních potřeb uživatelů“.* (vedoucí pracovnice denního zařízení)

Z rozhovorů je zřejmé, že zařízení realizují cvičení ve dvou modelech. Prvním modelem je, že se cvičí pouze několikrát v týdnu kolem 40 minut v dopoledních hodinách. Kondiční cvičení probíhá na židlích a zahrnuje protahovací cviky a cviky na posílení jednotlivých svalových partií. Po nich následuje házení míčem nebo sportovní soutěžení - kuličky, kuželky. Struktura cvičení tedy odpovídá klasické cvičební jednotce.

Ve druhém modelu se cvičí denně a cvičení je kratší, např. rozcvičky nepřesáhnou 20 minut. Toto cvičení zahrnuje pouze první fázi, tedy protažení svalových partií na které navazuje odpočinková část - povídání si nebo kognitivní trénink.

V komparaci s teoretickými východisky je patrné, že užívané cviky i struktura cvičení jsou vhodné pro nemocné pacienty či staré lidi. Zařízení by ale měla poskytovat cvičení častěji a ve větším rozsahu. Bylo by žádoucí spojit model ranních rozcviček s modelem delšího cvičení a cvičení obohatit nejen o prvky např. taneční terapie, ale věnovat se i relaxacím a dechovému cvičení. Pracovníci by se také měli více zaměřit na individuální cvičení.

6.5. Ergoterapie

Podobně jako u kondičního cvičení je i nabídka ergoterapie v jednotlivých zařízeních rozdílná. Ergoterapie je však chápána pouze ve smyslu výroby předmětů či prací pro domov nikoli ve smyslu širšího rozvoje soběstačnosti. To je zřejmě způsobeno tím, že v zařízeních není zaměstnán erudovaný ergoterapeut.

„Ergoterapii máme zařazenu pravidelně v programu 1krát za 14 dní v pondělí jako práci v řemeslné dílně, vše děláme v jedné místnosti a pracujeme převážně s proutím, hlínou, šijeme, barvíme, brousíme dřevo. Program je vždy určen na celý měsíc a klienti si vybírají jaké aktivity se zúčastní“. (vedoucí pracovnice denního zařízení)

„Klasickou ergoterapii provádíme pouze v zimních měsících, od jara do podzimu nahrazuje tuto aktivitu pobyt venku“. (sociální pracovnice domova pro seniory)

„V naší nemocnici následné péče vůbec neprovádíme ergoterapii“. (sociální pracovnice nemocnice následné péče)

Podle konverzačních partnerů je přístup klientů k této aktivitě dvojitý. Někteří klienti se aktivně účastní na výrobě a pro jiné znamená tato činnost pouze možnost společenského kontaktu a do práce se přímo nezapojují. V rámci ergoterapie se mohou klienti věnovat tradičním zájmům jako je malování, pletení, háčkování, vyšívání, pečení, vaření, šití. Většinou se vyrábí z levných materiálů - látek, papírů, špejlí, vlny, hlíny, proutí, ubrousků. Mezi netradiční činnosti potom patří tkaní, pletení košíků, práce s keramickou hlínou, malování na hedvábí.

Výrobky směřují na výstavy, do tombol nebo jsou použity jako dárky. Prodávat se daří spíše výjimečně a případný výtěžek je využíván zase pro další výrobu. Nejčastěji slouží produkty ergoterapie k prezentaci zařízení na veřejnosti. V rámci ergoterapie lze také považovat práci na zahradě, pomoc v kuchyni nebo s úklidem. Opět se zde potvrzuje jak je důležité, aby si klienti připadali potřební. Klient má například na starosti zalévání květin na chodbách nebo uklízení nádobí.

„Nádobí chodí umývat asi pět osob a na zahradu chodí pracovat asi čtyři naši klienti. Finanční odměny nedostávají, jsou zvýhodněni jinak, třeba vstupným“. (pracovnice v sociálních službách domova důchodců)

Z analýzy dat je patrné, že ergoterapie v zařízeních zahrnuje výrobu předmětů a převážně dobrovolné práce pro samotné zařízení. Probíhá ve skupinách a společně s pohybovým cvičením tvoří hlavní rámec aktivizačních programů. Ve srovnání s teoretickými východisky je zjevné, že jsou užívané techniky doporučované odborníky a ergoterapie probíhá v žádoucím rozsahu. Pouze individuální péče není dostatečně rozvinuta. Ne však z nedostatku vůle, ale spíše kvůli náročnosti na prostor a vybavení.

6.6. Kognitivní trénink

Kognitivnímu tréninku je v harmonogramech zařízení věnováno nejméně místa. Probíhá buď individuálně nebo v malých skupinách. Není výsadou jen aktivizačních pracovníků, ale spolupracují na něm i zdravotní sestry. Jeho realizace je většinou závislá na časových možnostech personálu a někdy bývá omezena jen na „povídání si“.

„Kognitivní trénink máme zařazený pravidelně 1krát za týden a to ve čtvrtek. Zájem je velký. Probíhá například i při vaření kdy si musí klienti zapamatovat ingredience, ale především dochází k trénování paměti“. (vedoucí pracovnice denního zařízení)

„Probíhá prostřednictvím trénování paměti, kdy jsou 1krát týdně vhodně zvolená cvičení k oživení krátkodobé i dlouhodobé paměti, vzpomínek, znalostí“. (sociální pracovnice domova pro seniory)

„Před zahájením tréninku připravíme osnovu samotného programu. Po té klienty ve skupině maximálně 15 ti osob přivítáme, seznámíme s programem jako např. hádání přesmyček, skrývaček. Nahlas vysvětlíme úkol a zároveň napíšeme daný úkol na tabuli pro hůře slyšící. Dbáme důsledně na to, aby nedošlo k pocitu trapnosti a méněcennosti u kohokoliv. Poradíme když někdo tápe, důležité je udržovat dobrou pohodu, zažertovat, humor je velice důležitým faktorem. Důležité je vyvolávat podněty u samotných klientů a nenásilně udržovat aktivitu“. (pracovnice v sociálních službách domova důchodců)

V rámci kognitivního tréninku jsou používány paměťové hry a hry na podporu operativního myšlení a kreativity, hledání protikladů, hledání barev, práce s příslovími, mnemotechniky, doplňovačky, počty. Současně zábavu poskytuje hraní se slovy, s barvami a hádankami.

„Kognitivní trénink je jedenkrát týdně - kvízy, hádanky a společenské hry. Na aktivity chodí hodně stejní lidé. Pořádali jsme Universitu volného času. Měla pět seminářů a kdo je všechny absolvoval, dostal certifikát - témata byla historie, vaření, sport. A plánujeme dál“. (vedoucí pracovnice denního zařízení)

Nabídka technik svědčí o nápadech a zájmu pracovníků. Ve většině zařízení je ale kognitivní trénink opomíjená disciplína, která probíhá jen ve chvílkách, které zůstanou mezi jinými aktivitami a náhodně. V komparaci s teoretickými předpoklady probíhá zcela nedostatečně a aktivizační pracovníci by se měli na tuto aktivitu více

zaměřit. Nedostatečně probíhá i kognitivní rehabilitace, přestože je považována za osvědčenou metodu zpomalující průběh demence. Žádné ze zařízení nemá speciální programy pro klienty s demencí. V nemocnici následné péče nemají vůbec žádné aktivity zaměřené na kognitivní trénink.

6.7. Okrajové techniky

Mimo aktivity, kterými jsem se do této chvíle zabývala, nabízejí aktivizační pracovníci klientům zařízení ještě četbu a muzikoterapii. Klientům je předčítána literatura podle jejich zájmu. Nejčastěji jde o pohádky, historické eposy a klasickou literaturu. Čtou buď sestry nebo aktivizační pracovníci. Hudba je většinou poslouchána nebo si klienti při různých příležitostech sami zpívají.

„Zazpívat si mají naši klienti možnost také při návštěvě dětí z místní lidové školy umění, základních škol nebo dětského domova. Klienti s dětmi posedí, popovídají si, dokonce udržují následně kontakt i později posíláním dopisů nebo pohledů. Navazují mezi sebou vazby což je dobré i pro děti.“ (vedoucí pracovnice denního stacionáře)

Lze shrnout, že největší důraz je v zařízeních kladen na ergoterapii a pohybové aktivity. Z rozhovorů je patrné, že tyto aktivity mají pevné místo v harmonogramu zařízení. V omezené míře je prováděn také kognitivní trénink, muzikoterapie a skupinové čtení.

6.8. Aktivity mimo zařízení

V souvislosti s aktivizačními programy hovořili konverzační partneři často o možnostech klientů společensky se realizovat. Zařízení pořádají společenské akce ve svých prostorách. Klienti mohou navštěvovat kulturní a společenské instituce v obci. Zařízení organizují také výlety do vzdálenějších míst. Skupinové oslavy narozenin, svátků, veselice a kavárničky jsou nejoblíbenějšími aktivitami a účastní se jich největší počet osob. Zařízení organizují tato společenská setkání klientů buď pravidelně např. oslavy narozenin a kavárničky většinou jednou do měsíce nebo příležitostně-Masopust, Vánoce, Velikonoce.

7. Závěr průzkumu

Rozborem získaných údajů bylo zjištěno, že aktivity v zařízeních pro dlouhodobě nemocné provozovány jsou. V nemocnici následné péče pouze zaměřené na pohybové aktivity a to v rámci rehabilitace.

V dalších zařízeních mezi nejčastější aktivity patří ergoterapie, tím se potvrdila jedna z daných hypotéz. Kondiční cvičení také patří mezi nejčastěji provozované činnosti a velký význam je v současné době přikládán také kognitivnímu tréninku. Mezi okrajové aktivity provozované v zařízeních patří čtení, muzikoterapie a arteterapie.

V zařízeních jsou preferovány skupinové aktivity oproti individuálním především z důvodu nedostatečného počtu kvalifikovaných pracovníků. Velkou roli hrají i finanční možnosti zařízení, které nejsou dostačující pro provádění individuálních aktivit.

Kulturní a společenské vyžití klientů je v zařízeních dostačující, klientům přináší nové zážitky a poznávání nových míst a přátel.

Resumé

Bakalářská práce na téma „Volnočasové aktivity dlouhodobě nemocných“ je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část obsahuje dvě kapitoly. První kapitola vysvětluje pojem nemoc a pojem dlouhodobě nemocný člověk. V této kapitole jsou zahrnuty programy aktivit v zařízeních pro dlouhodobě nemocné. Je zde charakterizována potřebnost provádět aktivity nemocných především pro jejich snazší zvládnutí zátěžové situace. Zmíněna je i práce s psychicky nemocnými pacienty a důležitost vedení lékařské péče u nemocných.

Druhá kapitola teoretické části se zabývá možnostmi trávení volného času, a to kondičním cvičením, kognitivním tréninkem a ergoterapií. V této části práce je popsána důležitost práce se skupinou a individuální práce s nemocnými. Součástí této kapitoly je plánování aktivit jako důležitá činnost v aktivizaci nemocných.

Praktická část je věnována rozhovoru získaných údajů ze zařízení, které se aktivizací nemocných zabývají a to domova důchodců, domova pro seniory, nemocnice následné péče centra denního zařízení. Získané údaje jsou interpretovány a podávají obraz o situaci aktivizace nemocných. Dané údaje byly získány polostrukturovaným rozhovorem s pracovníky daných zařízení. Pokusila jsem se o zhodnocení situace v jednotlivých zařízeních a náhled na danou problematiku s využitím informací získaných studiem odborné literatury.

Anotace

Práce se zabývá aktivitami v zařízeních pro dlouhodobě nemocné. Hledá odpověď na otázku, jaké aktivity k vyplnění volného času a aktivizaci nemocných se v těchto zařízeních provozují a jakým způsobem tyto aktivity usnadňují nemocným jejich životní situaci.

V teoretické části jsou charakterizovány aktivity z hlediska individuální a skupinové práce a jednotlivé typy aktivit – ergoterapie, pohybové činnosti, kognitivního tréninku a společenského vyžití nemocných. V praktické části práce jsou zmapovány aktivity provozované v jednotlivých zařízeních /nemocnice následné péče, domova důchodců, domova pro seniory a denního zařízení/.

Práce může sloužit jako příspěvek ke zmapování využívaných postupů v práci s dlouhodobě nemocnými v sociálních zařízeních.

Klíčová slova

Nemoc, dlouhodobě nemocný člověk, aktivita, ergoterapie, kognitivní trénink, pohybová činnost, skupinové aktivity, individuální aktivity.

Annotation

This thesis describes activities exercised in the institutions for long stay patients. It tries to find the answer to a question what free time activities and activation of patients are practised in those institutions and how those activities make patients' situations easier.

The theoretical part characterises the activities from the point of view of individual and teamwork and particular types of activities - ergotherapy, exercise activities, cognitive training and social assimilation of patients. The practical part maps out activities done in the individual facilities /an after care hospital, a retirement house, a senior home and a daily facility/.

This thesis can help to map out used methods of work with long stay patients in social facilities.

Key words

Illness, long-term patient, activity, occupational therapy, cognitive training, physical activity, group activities, individual activities

ZÁVĚR

Aktivizace lidí trpících onemocněním má charakter terapeutický a pomáhá především ke zmírnění stresové situace nemocí způsobené. Definovat její obsah jsem se pokusila v teoretické části práce, kdy jsem čerpala z odborné literatury a internetu. V poznacích odborníků jsem hledala možnosti, jak úspěšně a vhodně aktivizovat dlouhodobě nemocné v rovině somatické, duševní a pracovně-sociální. Soustředila jsem se na kondiční cvičení, kognitivní trénink a ergoterapii. Zabývala jsem se též okrajovými možnostmi aktivizace a shrnula zásady, jak aktivizační programy plánovat.

V empirické části jsem se zaměřila na volnočasové aktivity ve čtyřech zařízeních a to v domově důchodců, v domově pro seniory, denním zařízení a nemocnici následné péče. Hovořila jsem se zaměstnanci, kteří se zabývají aktivizací klientů. Nástrojem sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Ptala jsem se na průběh kondičního cvičení, kognitivního tréninku a ergoterapie, zajímaly mě také další možnosti, které domovy klientům nabízí a problémy s nimiž se pracovníci potýkají. Podstatou této části jsou data získaná analýzou rozhovorů.

Z výzkumu je patrné, že hlavní rámec aktivizačních programů tvoří v zařízeních ergoterapie a kondiční cvičení. V současné době se velký význam přikládá také kognitivnímu tréninku, čtení a muzikoterapii. Velký význam je přikládán společenským a kulturním akcím.

V rámci ergoterapie se mohou klienti věnovat výrobě tradičních i netradičních předmětů. Jsou zapojováni do prací v zařízení, kde tato činnost je přiměřená jejich věku a možnostem vzhledem ke zdravotnímu stavu. V rovině pohybových aktivit se klienti mohou účastnit několikrát týdně skupinových cvičení. Individuální přístup není příliš rozšířen především kvůli nedostatku personálu, který je schopen tuto aktivitu zajistit. V některých zařízeních by ale bylo vhodné realizovat cvičení ve větším rozsahu.

Technikou, která se začíná v současné době stále více realizovat je kognitivní trénink jako metoda k udržování paměti a mentální svěžesti. Problém je spatřován především v nedostačující vzdělanosti personálu, ale v současné době se zařízení snaží své zaměstnance pracující v aktivizaci vzdělávat a školit. Z výzkumu vyplývá, že v nemocnici následné péče se aktivity vyplňující čas dlouhodobě nemocným neprovozují vyjma rehabilitačních cvičení, není zde personál, který by byl připraven provádět tyto aktivity. Oproti tomuto zařízení denního centra, domova důchodců

i domova pro seniory se snaží pro své klienty zabezpečovat vhodné aktivizační techniky a vzdělávat své pracovníky především z důvodů udržení si klientů. Problémy se kterými se potýkají jsou především v dosaženém vzdělání a vzdělávání aktivizačních pracovníků kvůli finančním možnostem daných zařízení a nedostačujícího počtu těchto pracovníků. Dalším důvodem jsou omezené finanční možnosti klientů, kteří si své služby platí.

Z mého pohledu je problematické, že se většina programů orientuje převážně na osoby soběstačné a částečně soběstačné. V zařízeních jsou preferovány skupinové aktivity a individuální péči je věnováno minimum prostoru. V komparaci s odbornými zdroji není tato péče poskytována v žádoucím rozsahu a pracovníkům bych doporučila tuto situaci změnit.

Oproti tomu výborné jsou možnosti kulturního a společenského vyžití klientů. V zařízeních probíhá řada společenských setkání, zařízení se stávají organizátory kulturních a společenských akcí.

Cílem výzkumu bylo zjistit zda jsou prováděny aktivizační programy v zařízeních pro dlouhodobě nemocné a jaké techniky aktivizace dlouhodobě nemocných jsou využívány v různých typech zařízení a porovnat zjištěné údaje s teoretickými východisky. Domnívám se, že se cíl práce podařilo naplnit a práce poskytuje dostatečný obraz o situaci aktivizace dlouhodobě nemocných.

Příloha č.1

Otázky do rozhovoru:

1. Na začátek našeho rozhovoru bych se chtěla zeptat jaké služby poskytuje Vaše zařízení. Zajímá mě charakter cílové skupiny obyvatel, které své služby poskytlujete.
2. Kolik osob z personálu pracuje v přímé péči a kolik z nich má na starosti aktivizační programy?
3. Jaké je vzdělání personálu, který se věnuje aktivizačním programům a jaké má možnosti získávat v oblasti nové informace či se dále vzdělávat?
4. Důležitým činitelem ovlivňujícím aktivizaci je i vhodné prostředí. Můžete mi říci, jaké máte v zařízení prostory určené k realizaci aktivizačních programů a popsat také jejich vybavení?
5. Nyní se již zaměříme na vlastní práci s klientem. Dokázal/a/ byste mi přiblížit, jaké aktivity a programy jim nabízíte k vyplnění tohoto času?
6. Jaké mají klienti možnosti věnovat se pohybovým aktivitám? Pokud realizujete skupinová cvičení, můžete mi naznačit jejich délku, frekvenci a popsat průběh?
7. Jak probíhá zapojování klientů upoutaných na lůžko do pohybových aktivit?
8. Další skupinou klientů, kterou se nedaří aktivizovat jsou klienti s narušenou schopností komunikace a zejména klienti s demencí, kteří ovšem často tvoří velkou část obyvatel. Jak jste úspěšní u těchto osob?
9. Jaké možnosti mají klienti Vašeho zařízení ve vykonávání činností v rámci ergoterapie?
10. Jak probíhá kognitivní trénink ve Vašem zařízení?

11. Co je podle Vašeho názoru nejvíce motivující a co na programech klienti nejvíce oceňují?
12. Zajímali jste se o to, co je nejčastějším důvodem odmítání aktivizačních programů?
13. Je Vám známo jak přijímají aktivizační programy rodiny Vašich klientů?
14. V současné době je nejen v ČR patrný trend i nemocné pacienty integrovat do společenského dění. Obce, kraje i stát nabízí některé programy kulturního, vzdělávacího nebo sportovního charakteru, které mají vést k zpětnému zařazení nemocných do společnosti. Účastníte se některých kulturních, vzdělávacích nebo sportovních akcí ve Vašem městě?
15. Organizujete výlety také mimo místo bydliště?
16. Probíhá např. divadelní představení ve Vašem zařízení?
17. 14. Jak tráví svátky klienti Vašeho zařízení a jaké mají možnosti podílet se na jejich přípravě?
18. Přijímáte pomoc ze stany práce dobrovolníků, kteří docházejí do Vašeho zařízení a vyplňují volný čas Vašich klientů?

Seznam použitých zdrojů

1. Holmerová I., Jurašková B., & Zikmundová K., *Vybrané kapitoly z gerontologie*, Praha : EV public relations, spol.s.r.o, 2007, ISBN 978-80-254-0179-8, 143 stran
2. Hromádková, J. a kol. *Fyzioterapie*, Praha: H+H, 2002, ISBN 8086022455, 428 stran
3. Kalvach, Z., a kol., *Geriatric a gerontologie*, Praha: Grada Publishing, 2004, ISBN 80-247-0548-6, 864 stran
4. Kukolová, M., *Mentální aktivizace seniorů*, Psychologie dnes, 2005, ročník 11, číslo 12, s. 28-30
5. Křivohlavý , J. *Psychologie nemoci*, Praha: Grada Publishing, spol.s.r.o, 2002, ISBN 80-247-0179-0, 200 stran
6. *Ottova všeobecná encyklopedie*, kolektiv autorů, Praha: Ottovo nakladatelství, 2009, ISBN 978-80-7360-902-3, 1468 stran
7. Prouty, G., a kol. *Preterapie*, Praha: Portál s.r.o, 2005, ISBN 80-7178-949-6, 200 stran
8. Štílec, M., *Program aktivního stylu života pro seniory*, Praha: Portál s.r.o, 2004, ISBN 80-7178-920-8, 136 stran
9. Vybíral, Z., *Psychologie komunikace*, Praha: Portál.s.r.o, 2005, ISBN 978-80-7367-387-1, 320 stran
10. Vymětal, J., *Základy lékařské psychologie*, Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994, ISBN 80-901601-3-1, 185 stran
11. Walsh, D., *Skupinové hry a činnosti pro seniory*, Praha: Portál s.r.o, 2005, ISBN 8071789704, 200 stran
12. Zgola, J., M., *Úspěšná péče o člověka s demencí*, Praha: Grada Publishing, 2003, ISBN 80-247-0183-9, 226 stran

13. Rycroft Ch., *Kritický slovník psychoanalýzy* /online/ IAPSA /cit. 2010-04-03/. Dostupné z www.iapsa.cz/rycroft/index.php?etter=Z