

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA
V PLZNI**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Kolingerová Radka

Studijní obor: Ergoterapie 5342R002

**EFEKT AKTIVIZAČNÍCH PROGRAMŮ K PODPOŘE
SOBĚSTAČNOSTI SENIORŮ V ÚSTAVNÍ PÉČI**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Nová

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a veškeré použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2012

.....
vlastnoruční podpis

Tímto děkuji Mgr. Štěpánce Nové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Michaelle Šrytové za odborné konzultace.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za podporu a trpělivost.

Obsah

<i>Teoretická část</i>	17
1 GERIATRIE A GERONTOLOGIE	18
1.1 Pojem gerontologie.....	18
1.1.1 Dělení gerontologie.....	18
2 SENIOR	19
2.1 Stáří a proces stárnutí.....	19
2.2 Specifické aspekty stáří – biologické.....	20
2.3 Specifické aspekty stáří – psychické.....	20
2.4 Osobnost seniora	21
2.5 Citové vztahy a stáří.....	21
3 STÁŘÍ A DEMENCE	22
3.1 Rizikové faktory podporující výskyt demence	22
3.2 Symptomy, které se objevují u demence, lze zařadit do 3 kategorií	23
3.2.1 Kognitivní	23
3.2.2 Behaviorální	23
3.2.3 Funkční	23
4 VASKULÁRNÍ DEMENCE	24
4.1 Podle lokalizace a velikosti ischemického postižení se v současnosti rozlišují tyto formy vaskulární demence	24
4.1.1 Demence při mikroangiopatii – Binswangerova nemoc	24
4.1.2 Demence při strategicky umístěné - mozkový infarkt	24
4.1.3 Demence při mnohočetných infarktech – multiinfarktová	24
4.1.4 Hypoxicko – ischemická encefalopatie při difuzní mozkové hypoperfuzi.....	24
4.1.5 Demence způsobená krvácením do mozku.....	24
4.2 Možná rizika VASKULÁRNÍ DEMENCE.....	24
4.3 Klinické příznaky VASKULÁRNÍ DEMENCE	25

4.4 Terapie	25
4.5 Nefarmakologická léčba demence	25
4.5.1 Přehled multidisciplinárního týmu	26
4.5.2 Funkce v multidisciplinárním týmu	26
4.6 Hodnocení demence	27
4.6.1 Kritéria NINCDS-AIREN	27
5 NEJČASTĚJI POSKYTOVANÉ SLUŽEBY SENIORŮM	28
5.1 Sociální služby - způsoby pomoci	28
5.2 Poskytovatelé sociálních služeb	31
6 TELEFONNÍ LINKY POMOCI ORIENTOVANÉ NA SENIORY	32
6.1 Senior linka	32
6.2 Zlatá linka seniorů	32
6.3 Linka sociální pomoci	32
6.4 Senior linka 156	32
7 MEZINÁRODNÍ A NÁRODNÍ LEGISLATIVY UPRAVUJÍCÍ PRÁVA SENIORŮ	33
8 SOBĚSTAČNOST	34
8.1 Definice soběstačnosti	34
8.2 Soběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života	34
8.3 Soběstačnost v základních sebeobslužných aktivitách	34
8.4 Míra závislosti - Dependency rate	34
8.4.1 Pět základních stupňů soběstačnosti seniora	35
8.5 Hodnocení soběstačnosti	35
9 AKTIVIZAČNÍ TECHNIKY	36
9.1 Zásady aktivizace	37
9.2 Příklady aktivizace	37
9.2.1 Petterapie	37
9.2.2 Muzikoterapie	40

9.2.3 Arteterapie.....	42
9.2.4 Tanečně - pohybová terapie	43
9.2.5 Biblioterapie.....	45
9.2.6 Reminiscenční terapie	45
9.2.7 Kognitivní terapie	46
9.2.8 Modelové činnosti – výcvik základních činností denního života	47
<i>Praktická část</i>	<i>49</i>
10 CÍL PRÁCE	50
11 HYPOTÉZY	51
12 METODIKY VÝZKUMU.....	51
13 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÝCH SOUBORŮ.....	51
14 KAZUISTIKY.....	52
14.1 Kazuistika č. I.....	52
14.1.1 Ergoterapeutický proces.....	52
14.1.2 Resumé.....	54
14.1.3 Doporučení.....	58
14.2 Kazuistika č. II.....	59
14.2.1 Ergoterapeutický proces.....	59
14.2.2 Resumé.....	61
14.2.3 Doporučení.....	64
14.3 Kazuistika č. III	65
14.3.1 Ergoterapeutický proces.....	65
14.3.2 Resumé.....	67
14.3.3 Doporučení.....	70
14.4 Kazuistika č. IV	71
14.4.1 Ergoterapeutický proces.....	71
14.4.2 Resumé.....	73

14.4.3 Doporučení.....	76
15 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ.....	78
15.1 Zpracování údajů	78
15.2 Tabulkové a grafické zpracování návratnosti dotazníků	78
15.3 Vyhodnocení dotazníkové šetření	79
16 RESUMÉ.....	91
16.1 Kazuistiky	91
16.2 Dotazníkové šetření	91
17 DISKUSE.....	92
18 ZÁVĚR	98
19 LITERATURA A PRAMENY	99
20 PŘÍLOHY	102

Anotace

Příjmení a jméno: Kolingerová Radka

Katedra: Fyzioterapie a Ergoterapie

Název práce: Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti u seniorů v ústavní péči.

Vedoucí práce: Mgr. Štěpánka Nová

Počet stran: 101

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 40

Klíčová slova: Aktivizační programy, senior, soběstačnost, vaskulární demence

Souhrn:

Bakalářská práce se zabývá vlivem aktivizačních programů na soběstačnost seniorů. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou část a část praktickou.

Teoretická část je tvořena pěti kapitolami. První kapitola se zabývá pojmy, které jsou svým obsahem blízké geriatrii a problematice stáří. Druhá kapitola pojednává o vaskulární demenci, na kterou jsem práci a výzkum soustředila. Třetí kapitola seznamuje se službami a péčí poskytující se v naší republice spoluobčanům seniorského věku. Ve čtvrté kapitole se věnuji soběstačnosti. Závěrečná, pátá kapitola obsahuje jednotlivé aktivizační programy.

Praktická část obsahuje několik výzkumných šetření, které mají za úkol vyvrátit či potvrdit hypotézy a seznámit s výsledky výzkumného šetření, jenž probíhalo v geriatrickém zařízení v Plzni.

Obě části práce mají své fotografické, grafické a testovací přílohy, které volně navazují na text práce.

Annotation

Surname and name: Kolingerová Radka

Department: Physiotherapy and Occupational therapy

Title of thesis: The effect of activation programmes supporting self sufficiency of institutionalized elderly people.

Consultant: Mgr. Štěpánka Nová

Number of pages: 101

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 40

Key words: Activation programs, senior, self-sufficiency, vascular dementia

Summary:

This thesis deals with the influence of the effect of activation programs supporting self-sufficiency of elderly people.

This thesis consists of five main parts. The first part is dealing with the concepts which are close in content to geriatrics and problematics of the old age. In the second part I was focusing on vascular dementia. The third part of this thesis is supposed to familiarize you with the service and care provided in our country to senior people. In the fourth part I focus on self-sufficiency and the final fifth part consists of each of activation program.

In the practical part there are some of the research survey which are supposed to refute or confirm my hypothesis and also it should be able to allow others to see the results of research which I did in geriatric facility in Plzeň.

Both parts (practical and theoretical) have their own photographs and also grafic and test appendices which are fluently following up on this thesis.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

SEZNAM ZKRATEK

ADL – *activities of daily living/soběstačnost v základních sebeobslužných aktivitách*

AAT – *animal assisted therapy/aktivní účast zvířete při terapeutické procesu*

AAA – *animal assistend activities/pasivní účast zvířete na terapii*

AVK – *aktivity s využitím koně*

PPK – *psychoterapie prostřednictvím koně*

WC - *water closet/toaleta*

KP – *kompensační pomůcka*

ÚP – *úřad práce*

CA – *carcinom/nádor*

MMSE – *mini-mental state examination/standardem pro vyšetřování poruch paměti u demencí.*

LTV – *léčebná tělesná výchova*

KEP – *krátkodobý ergoterapeutický plán*

DEP – *dlouhodobý ergoterapeutický plán*

LVS – *léčebná výchova k soběstačnosti*

TK – *krevní tlak*

VAD – *vaskulární demence*

CMP – *cévní mozková příhoda*

BSPD – *farmakologická léčba*

PC – *personal computer/osobní počítač*

FIM - *functional indipendence measure/funční míra nezávislosti*

HK – *horní končetina*

Sb. – *sbírka*

OSN – *organizace spojených národů*

IADL – *intrumental activitiea of daily living/soběstačnost v instrumentálních aktivitách denního života*

DpS – *domov pro seniory*

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

SEZNAM TABULEK

- Tab. č. 1 – Přehled činností ADL a IADL
- Tab. č. 2 – Standardní program DpS
- Tab. č. 3 – Upravený program DpS
- Tab. č. 4 – Návratnost dotazníků
- Tab. č. 5 – Počet pracovníků
- Tab. č. 6 – Celkový počet klientů v zařízeních
- Tab. č. 7 – Nejstarší klient navštěvující terapie
- Tab. č. 8 – Nejmladší klient navštěvující terapie
- Tab. č. 9 – Nejčastější diagnóza vyskytující se v zařízeních
- Tab. č. 10 – Nejoblíbenější aktivizační technika v zařízeních u VD
- Tab. č. 11 – Kdo nejčastěji navštěvuje aktivizační programy
- Tab. č. 12 – Pravidelná návštěvnost klientů
- Tab. č. 13 – Aktivní terapie

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

SEZNAM GRAFŮ

- Graf č. 1 – návratnost dotazníků
- Graf č. 2 – počet pracovníků
- Graf č. 3 – celkový počet klientů v zařízeních
- Graf č. 4 – nejstarší klient navštěvující terapie
- Graf č. 5 – nejmladší klient navštěvující terapie
- Graf č. 6 – nejčastější diagnóza vyskytující se v zařízeních
- Graf č. 7 – počet klientů s VD
- Graf č. 8 – nejoblíbenější aktivizační technika v zařízeních u VD
- Graf č. 9 – kdo nejčastěji navštěvuje aktivizační programy
- Graf č. 10 – pravidelná návštěvnost klientů
- Graf č. 11 – aktivní terapie

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 – Doplnující testování ke kazuistice č. 1

Příloha 2 – Doplnující testování ke kazuistice č. 2

Příloha 3 – Doplnující testování ke kazuistice č. 3

Příloha 4 – Doplnující testování ke kazuistice č. 4

Příloha 5 – Fotografická dokumentace

Příloha 6 – Program DpS

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obr. č. 1 - Přehled multidisciplinárního týmu
- Obr. č. 2 - Pečení Vánočního cukroví
- Obr. č. 3 - Zdobení Vánočního cukroví
- Obr. č. 4 - Mikulášská besídka
- Obr. č. 5 - Tanec s klientkou DpS
- Obr. č. 6 - Společné odpoledne - MUZIKOTERAPIE

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

ÚVOD

„Nestárnout, to není jen udržet se, ale pořád růst, pořád získávat“

T.G. Masaryk

Bakalářskou práci se zaměřením na seniory jsem zvolila na základě několikaleté spolupráce s těmi klienty. Senioři jsou nedílnou součástí naší společnosti a bývají často podceňováni jakožto pacienti či klienti. S věkem seniora nepřibývají jen zkušenosti a vzpomínky, ale také starosti. Starosti se zdravím, s bydlením, se sociální a finanční situací, starosti se sebou samým. Jednou ze šancí pro naše spoluobčany je motivace. Motivace do života, do činností, motivace k získávání. Motivačním motorem jsou zaručeně aktivizační programy.

Téma Bakalářské práce přímo vyzývá k výzkumu aktivizačních programů, které mají za úkol podporovat nebo alespoň udržet seniora soběstačným. Pro každého z nás soběstačnost spočívá v něčem jiném. Proto je práce koncipována tak, aby bylo patrné, jaké oblasti jsou u seniorů problémové a v kterých je soběstačnost klienta ohrožena. V práci je možné vyzorovat soběstačnost klientů, u nichž byla lékaři diagnostikována vaskulární demence. Jak přímo či nepřímo toto onemocnění změnilo život seniorů a jak jej lze pomocí aktivizace ovlivnit či kompenzovat. Aktivizační metody mají za úkol vyvolat proces, pomocí kterého dojde k zapojení klienta do činností, ty následně vedou například k odpoutání od zdravotních problémů, od psychických potíží, od stresových faktorů či jednoduše vyplní volný čas seniora. Výzkum k této Bakalářské práci probíhal v ústavním zařízení, kde bylo možné na klienty dlouhodobě aplikovat aktivizační metody v praxi.

Teoretická část je zaměřena na vysvětlení základních pojmů spojených se seniory – stáří, aspekty stáří, vaskulární demence apod. Dále se v ní nachází jednotlivé druhy aktivizací či možnosti poskytovaných služeb seniorům.

Praktická část zkoumá vliv těchto metod na klienty s vaskulární demencí v ústavních zařízeních, kdy jsou výsledky šetření obohaceny o grafické, tabulkové a fotografické zpracování.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

TEORETICKÁ ČÁST

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

1 GERIATRIE A GERONTOLOGIE

Dle Kalvacha je geriatrie oborem, zabývající se chorobami, jenž doprovází zdravotní stav osob vyššího věku. Pro stáří jsou specifická onemocnění, která se projevují v důsledku opotřebovávání organismu a nižší výkonnosti organismu. (1)

1.1 POJEM GERONTOLOGIE

Gerontologie je vědní obor, který využívá poznatků z různých vědeckých disciplín. Gerón znamená v řečtině starý člověk, logos je nauka.

1.1.1 Dělení gerontologie:

- **Gerontologie teoretická** - je teoretickým základem pro praktickou činnost kolem starého člověka. Zabývá se tím, proč a jak stárnou živé organismy.
- **Gerontologie klinická** - zabývá se chorobami ve stáří, jejich vznikem, průběhem a zakončením.
- **Gerontologie sociální** - sleduje společenské souvislosti spojené se stářím. (2)

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

2 SENIOR

Označení staršího člověka a staršího věkového období, navazuje na pojem senior.

- **Věk**

Vymezení určitého časového úseku, společensko-historický význam – odlišení dějinných epoch, ve spojení s životem – prožité určité roky konkrétního člověka = lidský život.

- **Život**

Ovlivňuje individuální vliv: přírodní, společenské podmínky a podstatná je individuální charakteristika. Věk je rozdělení do specifických vývojových etap. (3)

2.1 Stáří a proces stárnutí

Světová zdravotnická organizace člení věkové skupiny takto:

- 45-59 let: střední věk
- 60-74 let: vyšší (starší věk), rané stáří
- 75-89 let: pokročilý čili stařecký věk, vlastní stáří
- 90 a více let: dlouhověkost

„Stáří je obdobím v životě člověka, kdy do určité míry dochází k úbytku fyzických a psychických schopností z důvodu opotřebování organismu během prožitých let. Prožívání stáří je velmi individuální záležitost, stejně jako je i individuální pocit stáří u každého jedince“. (4)

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

2.2 Specifické aspekty stáří – biologické

1. Pokles tělesné hmotnosti, výšky a proporcí (pokles pánve, deformace čelisti a chrupavky, změkčování kostí).
2. Zvyšuje se riziko úrazu (z důvodu změkčování kostí, tzn. větší riziko zlomenin, které se špatně hojí).
3. Snížení pohyblivosti jedince (rychlost a pružnost jednotlivých svalů se snižuje).
4. Snížení výkonnosti srdce, plic a cévního systému (krev se hůře okysličuje, vyšší riziko infarktu myokardu, ochabování srdečních chlopní).
5. Menší výkonnost žláz, s tzv. vnitřních sekrecí (což vede k ztracení imunity, ospalost, nižší vitalita a pohyblivost, již zmíněné křehnutí kostí, řídnutí vlasů a také lámavost nehtů).
6. Změny vzhledu a vlastností kůže (podkožní tuk mizí, snižuje se obsah vody v kůži -hluboké vrásky a pigmentové skvrny).
7. Zhoršení zraku (snížení ostrosti vidění, zbarvení a změny na sítnici, horší rozpoznávání barev).
8. Sluch (špatné vnímání sluchových vjemů - dezorientace, nervozita a podrážděnost).
9. Změna termoregulace (hůře se přizpůsobuje změnám klimatu).
10. Lámavost vlasů, šednutí vlasů, lámavost nehtů. (5)

„Nejčastějšími chorobami v tomto období jsou metabolická onemocnění a neurologická onemocnění, srdeční choroby, choroby plic, ledvin, krevní choroby, onemocnění trávicí soustavy, choroby pohybového ústrojí“. (6)

2.3 Specifické aspekty stáří – psychické

Dle Lagmeira a Krejčířové

1. Změny poznávacích (kognitivních) schopností
2. Změny paměti a učení
3. Změny emocionality

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

4. Zpomalení psychomotorické a percepční činností
5. Změny smyslového vnímání
6. Změny v afektivním prožívání
7. Tvořivost (7)

„Další je změna charakteru a osobnosti. Tyto změny se objevují jako následek duševní poruchy nebo choroby, které zpravidla vyšší věk doprovázejí, jednou z hlavních příčin je stařecká demence. Starší člověk je více stálý ve svých názorech a vztazích. Záleží na povahových typech a osobnosti. Stárnutí je ovlivněno osobností člověka“. (8)

2.4 Osobnost seniora

Osobnost starého člověka je utvářena během celého předchozího života.

Reichardová rozlišuje několik strategií vyrovnávání se se stářím:

1. Konstruktivní strategie – aktivní přístup k realitě vyššího věku
2. Strategie závislosti – sklon k pasivitě a závislosti na druhých
3. Strategie obranná – přehnaná aktivita, sebekontrola a konvekčnost
4. Strategie hostility – nepřátelství a hvěvivost vůči druhým, agresivita
5. Strategie sebenenávisti

Stuart-Hamilton uvádí, že se jedná o celkový úpadek psychických funkcí, který způsobuje atrofie centrálního nervového systému. Demence se může dostavit kdykoli v průběhu života jedince. Důležitou roli hraje věk klienta. (9)

2.5 Citové vztahy a stáří

Již vybudované vztahy se většinou nemění, zůstává zachovaný význam rodiny. V širším pojetí rodiny má starý člověk roli prarodiče, jenž jej naplňuje. Manželské vztahy se v tomto časovém období posilují, s jakoukoliv ztrátou se starý člověk velmi obtížně vyrovnává. Mimo potřeb citových přetrvávají i potřeby sexuální. (10)

3 STÁŘÍ A DEMENCE

Demence je soubor duševních poruch, který je získaný, jedná se o úbytek kognitivních funkcí, paměti a intelektu a to především v důsledku onemocnění mozku. Demence je syndrom, který zahrnuje různé symptomy a to nejen z oblasti kognitivních funkcí. Výsledkem je pak celková degradace duševních činností postiženého, ubývající schopnosti běžných denních činností, ztráta schopnosti samostatné existence. (11)

3.1 RIZIKOVÉ FAKTORY PODPORUJÍCÍ VÝSKYT DEMENCE

- **Věk:**

Demence se může vyskytnout v jakémkoliv věku, ale relativně vzácně přichází před 60. rokem. S přibývajícím věkem přichází častěji. Není však zřejmé, zda je věk samostatným rizikovým faktorem, nebo zda se jedná o častější výskyt jiných rizikových faktorů s přibývajícím věkem.

- **Pohlaví:**

Většina studií neprokazuje rozdíly ve výskytu demence u jednotlivých pohlaví. Některé studie však prokázaly, že ženy jsou více ohroženy Alzheimerovou chorobou než muži. Naopak muži jsou více ohroženi demencí cévního původu.

- **Vzdělání:**

Některé studie prokazují, že demence jsou méně časté u lidí s vyšší úrovní vzdělání. Nicméně příčiny tohoto popsaného jevu nejsou vědcům stále jasné. Například není známo, zda je to úroveň vzdělání sama o sobě, přirozená úroveň inteligence, nebo socioekonomický statut. Také úroveň psychické aktivity v průběhu celého života může být důležitým protektivním faktorem.

- **Cévní mozkové příhody a vaskulární onemocnění:**

Demence se rozvine, zhruba u třetiny lidí po cévní mozkové příhodě. Vaskulární postižení mozku vede k dřívější manifestaci demence Alzheimerova typu. Lidé, kteří trpí onemocněním ovlivňujícím cirkulaci (hypertenze, cukrovka, onemocnění srdce), jsou opět prokazatelně náchylnější k rozvoji demence.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

- **Kouření:**

Kuřáci mají vyšší riziko kardiovaskulárních onemocnění a některé studie prokazují, že i vyšší riziko vzniku demence.

- **Alkohol:**

Osoby, které pijí větší množství alkoholu delší dobu, mohou onemocnět demencí stejně tak, jako ostatními somatickými důsledky nadměrné konzumace alkoholu. To vše může být důsledkem přímého toxického působení alkoholu, ale i sekundárního nedostatku vitaminů a živin u těžkých pijáků. (12)

3.2 SYMPTOMY, KTERÉ SE OBJEVUJÍ U DEMENCE, LZE ZAŘADIT DO 3 KATEGORIÍ:

3.2.1 Kognitivní:

Porucha paměti, porucha myšlení a úsudku, porucha orientace, porucha řeči, porucha učení, porucha poznávání, porucha apraxie, porucha exekutivních funkcí.

3.2.2 Behaviorální:

Porucha osobnosti, deprese a úzkost, poruchy emotivity, bludy a halucinace, misidentifikace, agitovanost, agresivita, společensky nepřijatelné chování, poruchy spánkového rytmu.

3.2.3 Funkční:

Potíže s komplexními činnostmi – v zaměstnávání, řízení auta, potíže s domácími pracemi, problémy v sebeobsluze, ztráta kontinence, neschopnost komunikovat, neschopnost chůze, plná závislost na pomoci druhých. (13)

4 VASKULÁRNÍ DEMENCE

„Vaskulární demence jsou druhou nejčastější příčinou demenčního syndromu. Rozvoj demence je etiologicky spojován s většími nebo častěji drobnými infarkty v různých oblastech mozku, mozkovým krvácením nebo závažnou difuzní poruchou perfuze. Kromě kognitivní poruchy je současně přítomen topický neurologický nález odpovídající lokalizaci vaskulárních lézí (parézy, sensorický deficit, poruchy zorného pole, dysartrie, fatická porucha, parkinsonský nebo pseudobulbární syndrom apod.).

4.1 PODLE LOKALIZACE A VELIKOSTI ISCHEMICKÉHO POSTIŽENÍ SE V SOUČASNOSTI ROZLIŠUJÍ TYTO FORMY VASKULÁRNÍ DEMENCE:

- 4.1.1 Demence při mikroangiopatii – Binswangerova nemoc
- 4.1.2 Demence při strategicky umístěné - mozkový infarkt
- 4.1.3 Demence při mnohočetných infarktech – multiinfarktová
- 4.1.4 Hypoxicko – ischemická encefalopatie při difuzní mozkové hypoperfuzi
- 4.1.5 Demence způsobená krvácením do mozku

V klinickém obraze demenčního syndromu nacházíme obvykle náhlý začátek, bývají náhlá, tzv. skoková horšení kognitivních funkcí. Demence se vyvíjí od 3 až 6 měsíců od mozkové příhody“. (14)

4.2 MOŽNÁ RIZIKA VASKULÁRNÍ DEMENCE:

- amyloidová angiopatie
- hypertenze /diastolický TK/
- fibrilace síní
- diabetes mellitus
- hypercholesterolémie
- apo-lipoprotein E
- obecné faktory – nižší vzdělání (15)

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

4.3 KLINICKÉ PŘÍZNAKY VASKULÁRNÍ DEMENCE:

Náhlý vznik do 3 měsíců od CMP

- fluktuující chronický průběh
- fokální neurologický nález /hemiparéza, porucha citlivosti, výpadek perimetru/
- pseudobulbární příznaky
- extrapyramidové příznaky
- deprese, změny nálady, halucinace
- pády, porucha chůze, inkontinence (15)

4.4 TERAPIE

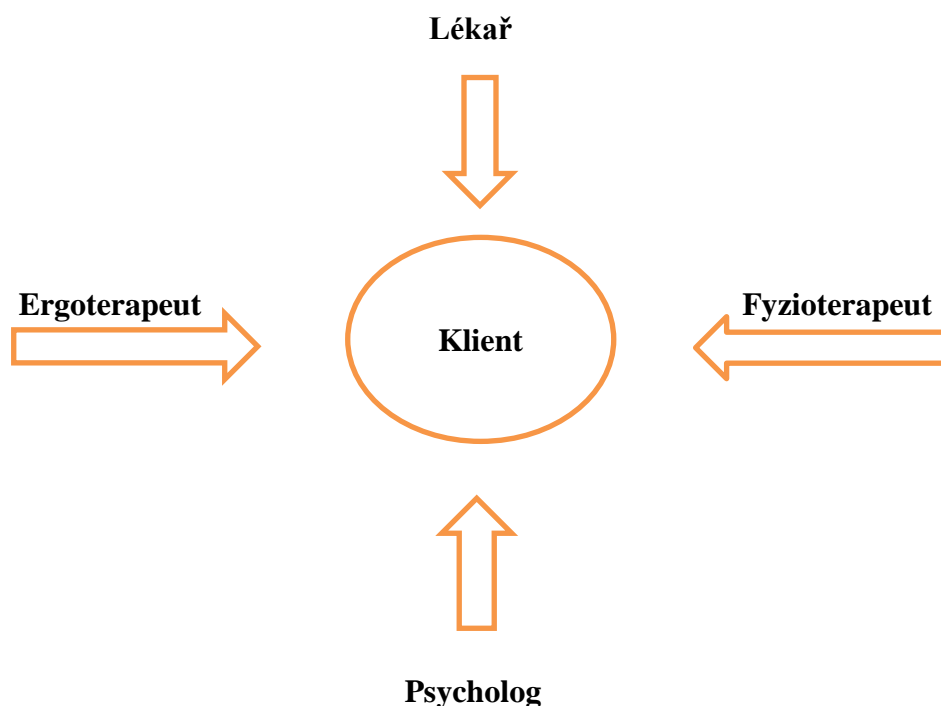
- farmakologická terapie – donepezil, rivastigmin
- terapie BSPD – antidepressiva, neuroleptika
- kognitivní trénink a rehabilitace
- podpora rodiny
- sociální řešení (15)

4.5 NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA DEMENCE

„Léčba demence by měla být komplexní a měla by být konzultována v multidisciplinárním týmu. Krom léčby farmakologické by se měla uplatnit integrující a následně aktivační terapie a trénink kognitivních funkcí. K úspěchu léčby významně přispívá pravidelný režim, dobré rodinné zázemí nemocného, co nejdélejší setrvání v domácím prostředí a přiměřená aktivace během dne“ (16). Na výsledku terapie se podílí celá řada odborníků.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

4.5.1 Přehled multidisciplinárního týmu:



Obr. č. 1 – Přehled multidisciplinárního týmu

4.5.2 Funkce v multidisciplinárním týmu:

Lékař

– vykonává vstupní klinické vyšetření, indikuje další potřebná vyšetření k doplnění diagnózy konkrétního klienta, dynamometrie – PC program...

Ergoterapeut

– testuje klienta za pomoci testovacích škál a testů – Barthelův test, FIM test, test úchopů, funkční test motoriky HK, modelové činnosti...

Fyzioterapeut

– vyšetřuje klienta pomocí svalového testu a goniometrie...

Psycholog

– určuje stav pracovních dovedností k denní profesi, kterou pacient/klient vykonával, sleduje poruchy v kognitivní oblasti...

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Do tohoto týmu by se dal zařadit například i logoped, speciální pedagog či sociální pracovník. (17)

4.6 Hodnocení demence

4.6.1 Kritéria NINCDS-AIREN

(National Institute of Neurological and Communication Disorders and Stroke – Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences) pro vaskulární demence:

- **Přítomná demence**
 - musí být průkaz cerebrovaskulárního onemocnění – anamnézou nebo zobrazovacími metodami
 - tyto dva faktory na sobě musí být časově a funkčně závislé (vznik demence do 3 měsíců od cévní mozkové příhody, fluktuující průběh demence se schodovitou, stupňovitou deteriorací)
- **Možná diagnóza vaskulární demence:**
 - fokální neurologický nález nepotvrzený zobrazovací metodou
 - není přítomna časová závislost mezi cévní mozkovou příhodou a vznikem demence
 - je pomalý nástup demence, proměnlivý průběh, je prokázané cerebrovaskulární onemocnění
- **Pravděpodobná diagnóza vaskulární demence:**
 - časné poruchy chůze
 - časně v průběhu se objeví pády
 - je močová inkontinence
 - objevuje se pseudobulbární syndrom
 - jsou přítomny změny nálad a osobnosti
- **Jistá diagnóza vaskulární demence:**
 - jsou splněna klinická kritéria pro vaskulární demenci
 - je podán histopatologický průkaz vaskulární demence

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

- chybí histopatologické změny typické pro Alzheimerovu chorobu (mohou být přítomny pouze v kvantitě odpovídající věku)
- není přítomna jiná choroba působící demenci.

5 NEJČASTĚJI POSKYTOVANÉ SLUŽBY PRO SENIORY

dle zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

„Sociální služby a příspěvek na péči jsou při splnění podmínek stanovených v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1.1. 2007, poskytovány:

- osobě, která je na území České republiky hlášena k trvalému pobytu,
- osobě, které byl udělen azyl,
- občanovi a rodinnému příslušníkovi občana členského státu Evropské unie,
- cizinci, který je držitelem povolení k dlouhodobému pobytu po dobu delší než 3 měsíce.

Na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení má nárok každá osoba.

5.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY - ZPŮSOBY POMOCI

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho - socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.

- **Cílem služeb bývá mimo jiné**

Podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu, rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život, snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů.

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí předpis.

- **Sociální poradenství**

Služba obsahuje poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.

- **Sociálně zdravotní služby**

Sociálně zdravotní služby napomáhají k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob, kterým jsou poskytovány; jsou určeny osobám, které již nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči (dostatečná je zdravotní péče ambulantního rozsahu), ale současně jsou natolik nesoběstační, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech a tato pomoc jim z objektivních důvodů nemůže být zajištěna v domácím prostředí. Služby sociální péče poskytované v rámci sociálně zdravotních služeb (včetně základních služeb) podléhají úhradě. Zdravotnické úkony jsou hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění.

- **Sociální rehabilitace**

Jedná se o soubor specifických činností zaměřených na nácvik potřebných dovedností osoby se zdravotním postižením směřujících k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v nejvyšší možné míře s ohledem na její dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav.

- **Osobní asistence**

Osobní asistence se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v předem dohodnutém rozsahu a čase. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu. Služba se poskytuje za úplatu.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

- **Pečovatelská služba**

Pečovatelská služba se poskytuje dětem, osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních. Služba se poskytuje za úplatu. Bezúplatně se poskytuje rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje 1) a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let.

- **Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba**

Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba se poskytuje osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

- **Odlehčovací služby**

Odlehčovací služby jsou, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti; cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba se poskytuje za úplatu.

- **Stacionáře denní a týdenní**

Stacionáře denní poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Stacionáře týdenní poskytují pobytové služby ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

- **Domovy pro osoby se zdravotním postižením**

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba se poskytuje za úplatu.

- **Domovy pro seniory**

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

5.2 POSKYTOVATELÉ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

- Obce a kraje dbají na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb, zejména zjišťováním skutečných potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojení; kromě toho sami zřizují organizace poskytující sociální služby.
- Nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, které nabízejí široké spektrum služeb, jsou rovněž významnými poskytovateli sociálních služeb.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí je nyní zřizovatelem pěti specializovaných ústavů sociální péče“. (18)

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

6 TELEFONNÍ LINKY POMOCI ORIENTOVANÉ NA SENIORY:

6.1 Senior linka

– tel.: 800 157 157 - bezplatná linka pro seniory - sociální služba pro pomoc v jakékoliv nesnázi funguje 24 hodin denně, 7 dní v týdnu (organizuje Život 90)

6.2 Zlatá linka seniorů

- tel.: 800 200 007 - bezplatná linka důvěry pro seniory funguje Po-Pá 8-20 hodin, nabízí informace z lékařské, psychologické, právní či sociální oblasti (organizuje Nadační fond Elpida)

6.3 Linka sociální pomoci

- tel.: 272 941 850

6.4 Senior linka 156

- program prevence kriminality Městské policie. Jejím smyslem je pomoci seniorům, kteří jsou zdravotně postižení, či žijí osamoceně. Je možné ji použít v případě zdravotní indispozice nebo v případech, jako je nezvaná návštěva "obchodníků", kteří se vnutí do bytu. (19)

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

7 MEZINÁRODNÍ A NÁRODNÍ LEGISLATIVY UPRAVUJÍCÍ PRÁVA STÁRNOUCÍ POPULACE

- Zásady OSN pro seniory
- Mezinárodní akční plán pro problematiku stárnutí
- Národní program přípravy na stárnutí
- Charta základních práv Evropské unie
- Všeobecná deklarace lidských práv
- Evropská Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod
- Listina základních práv a svobod
- Mezinárodní pakt o občanských a politických právech (19)

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

8 SOBĚSTAČNOST

8.1 DEFINICE SOBĚSTAČNOSTI

Soběstačnost obecně je schopnost vést důstojný život samostatně v přirozeném, obvykle náročném prostředí a schopnost postarat se o sebe sama bez cizí dopomoci. Soběstačnost konkrétně je schopnost vést důstojný život samostatně v konkrétních podmínkách stávajícího bydliště a sociálního prostředí.

V rámci soběstačnosti je důležité se zaměřit především na:

- **sebeobsluhu** – dovednosti spojené s osobní hygienou, oblékáním, stravováním;
- **každodenní činnosti** – dovednosti spojené se samostatným životem;
- **lokomoci** – pohyb a přemísťování;
- **komunikaci** – dovednosti nutné k dorozumívání, ke schopnosti sdělit své potřeby okolí a porozumět požadavkům okolí. (20)

8.2 SOBĚSTAČNOST V INSTRUMENTÁLNÍCH AKTIVITÁCH DENNÍHO ŽIVOTA (*IADL – INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING*)

- Schopnost vykonávat běžné úkony každodenního života (doprava, nákup, zacházení s financemi, obstarání domácnosti atd.)

8.3 SOBĚSTAČNOST V ZÁKLADNÍCH SEBEOBSLUŽNÝCH AKTIVITÁCH (*ADL – ACTIVITIES OF DAILY LIVING*)

- Jedná se o schopnost obstarat základní sebeobslužné výkony (najíst se, provést hygienu, vykonat toaletu, přesunout se, zachovat čistotu atd.) Schopnost obejít se bez pomoci v péči o vlastní osobu.

8.4 MÍRA ZÁVISLOSTI - DEPENDENCY RATE

- Jedná se o indikátor určující míru péče. V rámci této péče je možné využívat dle zák. č.1808/2006 Sb., o sociálních službách příspěvky sociální péče.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

8.4.1 Dle míry nezávislosti odborníci rozlišují pět základních stupňů soběstačnosti seniora:

- Člověk může uspokojit své potřeby sám.
- Člověk nemůže sám uspokojit své fyziologické potřeby – pomáhající se starají o zajištění fyziologických potřeb, ale hierarchicky vyšší potřeby daná osoba zvládá sama.
- Člověk může zčásti uspokojit své fyziologické potřeby.
- Člověk může uspokojit své fyziologické potřeby, ale potřebuje být veden. To je zejména případ dezorientovaných lidí.
- Člověk už nemůže uspokojit své potřeby a ani nevypadá, že by byl schopen sám rozhodnout o tom, co potřebuje – pomáhající zajišťuje tělesné potřeby člověka a zároveň za něj rozhoduje. (20)

8.5 HODNOCENÍ SOBĚSTAČNOSTI:

Pro usnadnění hodnocení soběstačnosti klientů bylo vytvořeno několik škál, které jednotlivě hodnotí činnosti, na kterých je závislá soběstačnost jedince, který se ocitá v naší společnosti. Ať už se jedná o oblast hygieny, sebesycení, oblékání či kognitivní úsudek, je vskutku zásadní si klienta s jakoukoliv diagnózou otestovat a jeho zlepšení, udržení se či progresi sledovat. Testování klienta je vhodné provádět na začátku spolupráce s ním, v průběhu terapií a při závěrečném vyšetření. Pro přesný výsledek je vhodnější, aby klienta v průběhu testování hodnotil jeden terapeut.

Příklady testů, které jsou vhodné pro geriatrické pacienty, jsou uvedeny v přílohách

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

9 AKTIVIZAČNÍ TECHNIKY

Aktivizace je proces, kterým jsou klienti (jedinci nebo i skupiny) vedeny k činnostem. Je několik možností aktivizace a každá diagnóza a každý klient vyžaduje individuální přístup terapeuta při volbě aktivizačního programu. Aktivizace v mnohých případech zastupuje zaměstnávání, zaujímá pozici volnočasových aktivit, které mají za úkol smysluplně zaujmout klienta.

„Aktivizační techniky nemají za cíl zvrátit stav nemocného – mají především dosáhnout udržení (případně zdokonalení) jeho dosud zachovaných schopností“. (20)

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

9.1 ZÁSADY AKTIVIZACE:

- Klienta nesmíme do žádné aktivity nutit – čímž bude zachována jeho důstojnost.
- Činnost, kterou zvolíme, klienta nesmí ponižovat a vyvolávat v něm infantilní myšlení.
- Pokud se jedná o skupinovou terapii, tempo a nasazení vždy uzpůsobíme nejslabšímu jedinci ve skupině.
- Terapeutická skupina by měla mít přesně stanovený čas, místo a den, kdy bude klient na terapii docházet.
- Terapeut se musí snažit předcházet možným konfliktům mezi klienty.

9.2 PŘÍKLADY AKTIVIZACE:

- **Petterapie**
- **Muzikoterapie**
- **Arteterapie**
- **Tanečně – pohybová terapie**
- **Biblioterapie**
- **Reminiscenční terapie**
- **Kognitivní terapie**
- **Modelové činnosti**

9.2.1 Petterapie

Volně by se tento pojem dal přeložit jako terapie, která využívá pomoci domácích mazlíčků (zvířat a čtyřnohých kamarádů). Princip petterapie nespočívá jen v přímém podílení se zvířete na terapii, ale jeho pouhá přítomnost napomáhá léčit, uklidňovat,

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

sblížovat a radovat se. Zvířecí terapie nám napomáhá proniknout do nitra klienta a velmi dobře může diagnostikovat povahu klienta a to na základě vztahu se zvířetem. Při aplikaci Petterapie je nutné zvolit vhodný výběr jak klientů, tak zvířat. Jednak z důvodu případných alergií, či psychických bloků, které mohly být vyvolány v dřívější spolupráci se zvířetem, tak z důvodu prostoru. Zvíře musí mít zajištěno dostatek prostoru a musí být splněny podmínky pro uspokojení všech základních potřeb.

Zooterapii lze rozdělit na:

- **AAT (Animal Assisted Therapy)**

Zvíře je nedílnou součástí terapeutického procesu. Provádí ji zdravotnický personál za pomoci vybraného zvířete. Výsledek je objektivně pozorovatelný a měřitelný (např. vyprovokování pohybu, zvětšení slovní zásoby apod.)

- **AAA (Animal Assistend Activities)**

- Forma pasivní – role zvířete je pasivní, ale pozitivní efekt zde vnáší svou přítomností.
- Forma interaktivní – rezidentní (stále) – zvíře žije v zařízení, kde se o něj stará personál nebo klienti.
- Forma interaktivní – návštěvní – tato forma je personálem vítanější, odpadá starost o zvíře. Zvíře přichází se svým pánem vždy ve stejný den a hodinu.

Ke zvířecí terapii je možné využít v podstatě jakéhokoliv tvora, pokud nám to umožňují podmínky. Nejčastěji se setkáváme s canisterapií – což je terapie, na které se podílí pes, felinoterapií, kdy je při terapii přítomna kočka a také s hipoterapií, která se uskutečňuje za přítomnosti koně. Do terapeutického procesu je možno zahrnout i následující zvířata:

- křeček – malý vzrůst, nenáročná péče, srst – stereognozie.
- morče – malý vzrůst, nenáročná péče, auditivní vjemy.
- had – tichý společník vyžadující pozornost.
- králík – krátkosrtý, dlouhosrtý – stereognozie, středně náročná péče.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

- kočka – suverénní společnice, samostatná, nenáročná na péči.
- pes – přítulný, vděčný, naslouchavý, poslušný, náročný na péči.
- ptáci – auditivní vjemy, středně nároční na péči.
- akvarijní rybky – náročné na péči, tiché, uklidňující.
- kůň – náročný na péči, auditivní vjemy, termoregulační přenos informací, fyzický kontakt – ovlivňování svalového napětí klienta.

- **Canisterapie**

Pojem Canisterapie je složen ze slov „Canis – pes a terapie – léčení“. Existuje však mnoho způsobů jeho překladu: „Canisterapii je léčba lidské duše psí láskou“ (L. Gajdová). Ve světě se canisterapie rozvinula převážně v 50-tých letech 20. století. U nás se začala pozvolna rozvíjet po roce 1990.

Canisterapii můžeme definovat jako způsob terapie, který využívá pozitivního působení psa na zdraví člověka, přičemž klade důraz především na řešení problémů psychologických, citových a sociálně-integračních a působení na fyzické zdraví člověka je u ní druhotné. Uplatňuje se zejména jako pomocná psychoterapeutická metoda při řešení různých situací v případě, že jiné metody nejsou účinné nebo použitelné. (21)

- **Felinoterapie**

Léčebný proces, při kterém se setkává klient s kočkou. Jedná se o psychosociální metodu, která za pozitivního působení podporuje zdraví jedince a poskytuje mu motivaci k uzdravení.

- **Hipoterapie**

Léčba pomocí koně. Hiporehabilitace je moderní rehabilitační metoda s komplexním bio-psycho-sociálním působením na lidský organismus. Přenášením pohybu koňského hřbetu na lidské tělo dochází ke stimulaci centrálního nervového systému. Přejímání motorického pohybu ovlivňuje svalový tonus a zdokonaluje pohyb člověka v prostoru.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Dělení hipoterapie - léčba pohybových poruch

- **Aktivity s využitím koní (AVK)** – Určené především pro působení v oblasti pedagogiky (např. u dětí) a v sociálních službách.
- **Psychoterapie prostřednictvím koní (PPK)** – Určené především pro působení v oblasti psychoterapie - Parajezdectví. (22)

9.2.2 Muzikoterapie

„Muzikoterapie je terapeutický přístup z oblasti tzv. expresivních terapií. Expresivní znamená, že tyto terapie pracují s výrazovými uměleckými prostředky, které mohou být svou povahou hudební, dramatické, literární, výtvarné nebo pohybové. V zahraničí (zvláště v anglicky mluvících zemích) je pro expresivní terapie rozšířený název umělecké kreativní terapie (Art creative therapies) nebo jen terapie uměním (Art therapies). Předpona art-, arte- je odvozena z latinského ars – umění. Pojem muzikoterapie má řecko-latinský původ. Řecký moisisika, latinsky musica znamená hudba; řecky therapeia, therapeineio, latinsky iatreia znamená léčit, ošetřovat, vzdělávat, cvičit, starat se, pomáhat.“ (23)

- **Elementy muzikoterapie:**

Klient – hudba – terapeut. To jsou základní elementy muzikoterapeutického procesu.

Interakce mezi těmito elementy vytváří z pohledu klienta vztahy na úrovních:

- klient – hudba
- klient – terapeut
- klient – klient (24)

- **Základní rozdělení muzikoterapie dle K. Bruscii**

- **Hudba jako terapie (Music as therapy)**

- hudba má centrální postavení v terapeutickém procesu
- terapeut zastává roli facilitátora, jehož úkolem je pomoci klientovi vytvořit vztah k hudbě a jejím terapeutickým vlastnostem
- terapeutický vztah vytváří kontext pro hudební zkušenost

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

○ Hudba v terapii (Music in therapy)

- v popředí terapeutického procesu je terapeutický vztah, popř. jiný terapeutický prostředek
- úkolem hudebních zkušeností je podpořit vztah mezi terapeutem a klientem, popř. účinek jiných léčebných prostředků
- úkolem terapeuta je vyjít vstříc potřebám klienta prostřednictvím takového terapeutického prostředku, který je nejvhodnější v dané situaci (24)

„Charakteristika a definice muzikoterapie:

- Využívá hudební zkušenosti. Tato hudební zkušenost může zahrnovat hudbu, hudební elementy a podle některých definic také pouhý zvuk;
- po klientech není požadováno hudební vzdělání nebo předešlé hudební zkušenosti;
- hudba má neverbálně komunikační, strukturální, emocionální, kreativní a estetické kvality;
- muzikoterapie není autoterapie – vždy zahrnuje osobnost klienta i terapeuta a jejich vzájemný vztah;
- měla by být prováděna kvalifikovaným a kompetentním muzikoterapeutem. Požadavky na profesní přípravu muzikoterapeutů definují ve většině zemí muzikoterapeutické asociace;
- muzikoterapie má své indikace a kontraindikace. Je využívána u širokých vrstev populace nejrůznějších věkových skupin, sociokulturního zázemí, specifických potřeb a schopností;
- muzikoterapeutická zkušenost může vyvolat pozitivní změny ve všech dimenzích lidského organismu;
- muzikoterapie je využívána k naplnění nejrůznějších tělesných, emocionálních, kognitivních, sociálních nebo spirituálních potřeb klientů;
- muzikoterapie je systematický proces (nikoliv jednorázový), který zahrnuje diagnostiku, terapeutickou intervenci a evaluaci“. (25)

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Mezinárodně akceptovaná definice – světové federace muzikoterapie z roku 1996:

„Muzikoterapie je použití hudby a/nebo hudebních elementů (zvuku, rytmu, melodie, harmonie) kvalifikovaným muzikoterapeutem pro klienta nebo skupinu v procesu, jehož účelem je usnadnit a rozvinout komunikaci, vztahy, učení, pohyblivost, sebevyjádření, organizaci a jiné relevantní terapeutické záměry za účelem naplnění tělesných, emocionálních, mentálních, sociálních a kognitivních potřeb. Cílem muzikoterapie je rozvinout potenciál a/nebo obnovit funkce jedince tak, aby mohl dosáhnout lepší interpersonální nebo intrapersonální integrace a následně také vyšší kvality života prostřednictvím prevence, rehabilitace nebo léčby“. (26)

9.2.3 Arteterapie

„Arteterapie je poměrně mladá disciplína. Výraz art therapy ve svých pracích jako první použila Margaret Naumburgová ve třicátých letech 20. století v USA. Její východisko bylo psychoanalytické. Tento termín se v Evropě začal používat až roku 1940 a první profesionální školení arteterapeutů vznikala v pozdních osmdesátých letech 20. století. V USA bylo poprvé nabízeno univerzitní studium arteterapie v šedesátých letech 20. století na Hanneman University ve Filadelfii“ (27)

Arteterapie je obor, který využívá výtvarného projevu k poznání lidské psychiky a vnitřního světa jedince. Využívá se řady technik od malování a kreslení až po práci s keramikou. Na rozdíl od výtvarné výchovy nemá arteterapie za cíl rozvíjet umělecké dovednosti. Arteterapie nahlíží na umělecký výtvar jako na formu komunikace a snaží se skrze něj analyzovat osobnost člověka. Druhou disciplínou arteterapie je samotná tvůrčí činnost jako léčebný proces.

Pozn. Obor arteterapie je možno v České republice studovat na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích.

- **Formy arteterapie:**

1. Individuální terapie
2. Skupinová terapie – rodinná arteterapie, arteterapie partnerských vztahů atd.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

- **Individuální arteterapie**

Dle Pogády je při individuální arteterapii klient sám s terapeutem a terapeut je plně k dispozici, navazují spolu úzký kontakt a tím vzniká intenzivní emocionální zážitek styku s chápajícím člověkem. (28)

Hornáková se domnívá, že individuální terapie je vhodná pro klienty, jejichž problém vyžaduje celou pozornost terapeuta nebo jejichž chování ve skupině by působilo rušivě (agresivita, negativní vůdcovství, psychotické projevy). Použití například u dětí, které trpí hyperaktivitou, nebo naopak anxiózní děti. (29)

- **Skupinová arteterapie - zhodnocení dle Liebemanové**

Skupinová arteterapie je formou arteterapie náročnější hlavně pro terapeuta.

Má však řadu výhod například:

- sociální učení probíhá rychleji a intenzivněji
- lidé s totožnými nebo podobnými problémy se mohou podpořit a cítit sounáležitost
- zpětné vazby členů skupiny jsou podnětné pro každého jednotlivce ve skupině
- je vhodnější pro toho, kdo prožívá individuální terapii příliš intenzivně
- má ekonomický efekt: za tentýž čas se pomůže více lidem
- je demokratičtější, protože moc i odpovědnost se dělí (30)

9.2.4 Tanečně - pohybová terapie

Hanna definuje tanec jako lidské chování komponované z rytmických a kulturně zakotvených sekvencí neverbálních tělesných pohybů, které se liší od jiných motorických aktivit. Taneční pohyb má svou specifickou a estetickou hodnotu. Tanec má záměr. Odehrává se v pohybu, avšak pohyb nemusí být tancem. (31)

Dle Payneové lze taneční terapii definovat jako „užití kreativního pohybu a tance v psychoterapii, kde je vztah mezi pohybem a emocemi využíván jako prostředek k dosažení integrace osobnosti“. (32)

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

„Pět teoretických principů tanečně – pohybové terapie

Tělo a mysl jsou v neustálé vzájemné interakci. V praxi to znamená, že klienti jsou v tanečně – pohybové terapii vedeni k propojení verbálního vhledu s pohybovou zkušeností. Pohyb reflektuje osobnost. Tanečně – pohybová terapie vychází z některých psychologických teorií. (Myšlenky S. Freunda, W. Reicha, studie o neverbální komunikaci). Účinnosti tohoto přístupu závisí na vztahu terapeuta a klienta. V tanečně - pohybové terapii se vztah mezi terapeutem a klientem utváří pomocí pohybu a umožňuje změny chování. Na rozdíl od psychoterapeutických směrů, ve kterých jsou terapeutovy reakce na klienta v první řadě verbální, v tanečně – pohybové terapii reaguje terapeut zrcadlením pohybu, synchronizací, amplifikací nebo interakcí s pohybem klienta.

Pohyb, stejně jako sny, kresba, malba či volné asociace, může být projevem nevědomí. Nevědomí je definováno jako duševní obsahy, které nejsou přítomny v oblasti vědomí, a zahrnuje myšlenky, pocity a představy, které byly potlačeny. Mechanismem terapeutické změny je zde proces, kdy se z pohybu stává symbol, který je dále interpretován.

Vytváření pohybů v improvizaci má samo o sobě jistý terapeutický účinek, jelikož umožňuje člověku experimentovat s novými způsoby pohybu, které vytvářejí novou zkušenost bytí ve světě. Důležitým aspektem je zde kreativní proces, to znamená, že v tanci stejně jako v malbě, plastice, hudbě nebo divadle, je nevědomí zdrojem tvořivé inspirace. Umění, zrovna tak jako sny, vyjadřuje nevědomý materiál pomocí symbolů.“ (33)

„Hlavní cíle tanečně – pohybové terapie

- Emoční a fyzická integrace jedince;
- vědomí těla, hranice těla a jeho vztah k prostoru;
- realistické vnímání své vnitřní představy o těle;
- akceptace a bezpečný způsob zvládnání napětí v těle, úzkosti, stresu a potlačování energie;
- schopnost identifikovat a vyjadřovat své pocity bezpečným a přijatelným způsobem (kontrola impulsivního chování);
- obohacení pohybového aparátu.“ (34)

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

9.2.5 Biblioterapie

Biblioterapie je metoda psychoterapie, která využívá léčebné a podpůrné účinky četby. Smyslem této terapie je pomocí četby reflektovat zátěžovou situaci, kterou daná osoba prožívá, což může u klienta přispět k uvolnění nahromaděného napětí, dále také ke katarzi, vhledu a uvědomění si prožívaného problému a k následnému přijetí a vyrovnání. Může vést i k znovuoživení radosti pacienta/klienta ze života či podpoře osobní spokojenosti. (35)

Biblioterapie by měla sloužit i k rozvoji lidské osobnosti. Proces se zaměřuje především na emoční vnímání vybraného díla, důležitá je i racionální složka. Snaží se pozitivně ovlivnit psychosomatický stav léčeného a posílit psychickou odolnost a vyrovnanost. Samotná četba navíc pomáhá k rozvoji fantazie, tvořivosti, kritického myšlení či komunikačních dovedností, čímž se v mozku jedince utváří nový endocept. Je vhodná pro všechny věkové a sociální skupiny, vybírají se beletristické či naučné knihy. Podle počtu osob se dělí na individuální (léčba svépomocí) a skupinovou (sezení skupiny, kterou vede psychoterapeut nebo knihovník). (36)

Dělení biblioterapie:

- **Hagioterapie** - léčba prostřednictvím náboženských textů
- **Imagoterapie** - využívá vcítění se do postojů hlavního hrdiny (napodobování jeho jednání a chování)
- **Poetoterapie** (také poezioterapie) - terapie prostřednictvím poezie
- **Pohádkoterapie** - léčba skrze dětskou literaturu (především pohádky). Další možností je využití samotné tvorby pacientů/klientů (básně, próza), jedná se však spíše o arteterapii či kulturoterapii. (35)

9.2.6 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapii definoval prof. PhDr. Rudolf Kohoutek, CSc. jako stimulaci, trénink, léčbu vzpomínkou (např. poznávání starých fotografií, sledování filmů z archivů, prohlížení a četba starých novin, připomínání, opakování a záznam významných uplynulých událostí života a práce). (37)

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Vzpomínková terapie je založena na zjištění, že v mozku zůstávají nejdéle zachovány ty vědomosti, vzpomínky a návyky, které jsou fixovány v dlouhodobé paměti. Reminiscenční techniky napomáhají vyvolat příjemné vzpomínky z minulosti seniorů, rozvíjet jejich aktivní přístup k životu a posilovat vědomí vlastní hodnoty. Tato terapie je velmi vhodná u klientů s demencí.

Reminiscence je definována jako hlasité nebo tiché (vnitřní) vybavování událostí ze života člověka, které se uskutečňuje buď o samotě nebo spolu s jinou osobou nebo se skupinou lidí.

Jako reminiscenční terapie je obvykle označován rozhovor terapeuta se starším člověkem (nebo skupinou seniorů) o jeho dosavadním životě, jeho dřívějších aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech člověka, často s využitím vhodných pomůcek (staré fotografie, staré předměty, nástroje a pomůcky užívané v domácnostech, staré přístroje a pracovní nářadí, módní doplňky, filmy, lidová nebo taneční hudba apod.). (37)

9.2.7 Kognitivní terapie

Kořeny kognitivní terapie sahají až do starověku, k učení filozofické školy stoiků. Tento filozofický směr zdůrazňuje používání rozumu a klid při zvládnání vnějších okolností. V 60. letech byl behaviorismus jako dominující směr psychologického výzkumu překonán a opuštěn. V psychologii došlo k tzv. „kognitivní revoluci“. Psychologové uznali existenci „mysli“ a subjektivních prožitků a začali intenzivně zkoumat procesy vnímání a procesy zpracovávání informací v mozku – tzv. kognitivní procesy. Vznikl rychle se rozvíjející vědní obor – kognitivní psychologie. Kognitivní terapeuti se zaměřují primárně na zkoumání kognitivních (poznávacích) procesů. Jedná se o procesy přijímání, zpracovávání, hodnocení a ukládání informací z vnějšího i vnitřního prostředí. Jde tedy o procesy myšlení, pozornosti, uvažování a ukládání do paměti a vybavování. Cílem kognitivní terapie je, aby se klient naučil o svých myšlenkách kriticky přemýšlet, aby byl schopen si uvědomit, jakých chyb se v myšlení dopouští a v čem jsou jeho názory a přesvědčení iracionální a škodlivé, a aby tato iracionální přesvědčení či dysfunkční schémata opustil a nahradil je myšlením více logickým, funkčním a prospěšným. (38)

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

9.2.8 Modelové činnosti – výcvik základních činností denního života

„Výchova k soběstačnosti je velmi důležitou oblastí ergoterapie“. (39)

Pfeifer je přesvědčen, že ergoterapie podporující soběstačnost by měla být zavedena na každém větším lůžkovém oddělení, na odděleních, kde se nachází starší pacienti, trvale postižené a nemocné děti, mentálně postižení a tam, kde se léčí pohybové poruchy, ať už nervového, svalového či skeletového původu. Modelové činnosti nám terapeutům slouží k podpoření soběstačnosti a nácviku soběstačnosti u osob jakéhokoliv věku s jakýmkoliv typem postižení.

Daly by se rozdělit do dvou skupin:

Činnosti všedního denního života	Instrumentální všední denní činnosti
Najedení, napití	Telefonování
Oblékání	Transport
Koupání, osobní hygiena	Nakupování
Kontinence moči a stolice	Vaření
Použití WC	Domácí práce
Přesuny: lůžko – židle	Práce kolem domu
Chůze po rovině	Užívání léků
Chůze do schodů	Spravování financí

Tab. č. 1 – přehled činností ADL a IADL

Mezi základní prvky nácviku soběstačnosti a využití modelových situací patří především činnosti, které člověka uspokojují v rámci jeho sebeobsluhy.

Nejzákladnější modelové činnosti pro podporu soběstačnosti:

- **Osobní hygiena** = zásadní požadavek pro integraci postižené osoby do společnosti, do kolektivu.

Využití KP – madla v koupelně a na toaletě, použití protiskluzových podložek, zvětšení rukojetí např. na zubním kartáčku pro snadnější úchop, použití nástavců na mycí houbu, sedátko umístěné na vaně, dávkovače aj.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

- **Jedení**

Příprava potravy – nácviku přípravy pokrmů předchází odborná instruktáž terapeutem, kdy je klient náležitě informován o pracovním postupu, prostředí ve kterém se příprava jídla bude vykonávat je uzpůsobeno tak, aby klienta/pacienta neohrožovalo a splňovalo předepsaná pravidla (uzpůsobení kuchyňského prostředí klientovi).

- **Oblékání**

Oblékání horní poloviny těla – opět je nutná odborná instruktáž pro klienta. Při nácviku je důležité volit vhodné typy oblečení, pokud je to potřeba je úkolem terapeuta aby vymyslel co možná nejjednodušší postup, který klient zvládne s nejmenším úsilím a především samostatně (např. použití volné košile, na místo upnutého trička, knoflíky vyměníme za zip).

Oblékání dolní poloviny těla – při nácviku je možné použít KP v podobě navlékačů. Než tkaničky zvolíme suché zipy, při obouvání si klient pomůže dlouhou obouvací lžící, pomocí které se zvládne obout zcela sám.

Modelové aktivizační činnosti mohou probíhat i formou instrumentálních všedních denních činností, např. nácvikem vaření, pečení, nakupování a nebo za podpory dílenských činností. (40)

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Praktická část

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

10 CÍL PRÁCE

Cílem práce je podat ucelený přehled aktivizačních programů a jejich vliv na soběstačnost seniorů v ústavní péči.

Pro dosažení cíle je nutno splnit následující body:

- Načerpání teoretických znalostí z různých zdrojů o stárnoucí populaci, o onemocněních, která tuto věkovou kategorii doprovázejí a o aktivizačních technikách, jež by se daly u seniorů používat.
- Výběr vhodných klientů s diagnostikovanou vaskulární demencí.
- Uvědomit si a nastudovat vhodné metody testování a pozorování k potvrzení či vyvrácení hypotéz.
- Sestavit krátkodobý a dlouhodobý terapeutický plán pro klienty, aplikovat aktivizační programy, kdy jejich účinnost bude kontrolována pomocí vyšetřovacích metod (Škála deprese, BI, FIM, MMSE).

Tyto výsledky budou uceleny, porovnány, graficky, tabulkově znázorněny a diskutovány v závěru práce.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

11 HYPOTÉZY

1. Předpokládám, že při aplikaci aktivizačních technik nedochází ke zhoršení soběstačnosti seniorů v ÚP.
2. Předpokládám, že nejčastěji používanou aktivizační technikou v ÚP je muzikoterapie, či její prvky.
3. Předpokládám, že ženy navštěvují aktivizační techniky častěji než muži.

12 METODIKY VÝZKUMU

V první části výzkumu (1. hypotéza), byla použita metoda zpracování kazuistik, za účelem ověření vlivu aktivizačních metod na soběstačnost klientů s vaskulární demencí.

Ve druhé části výzkumu (2. hypotéza), bylo provedeno dotazníkové šetření, pro získání informací od zdravotnických pracovníků, týkající se nejčastěji využívané aktivizační metody.

Ve třetí části výzkumu (3. hypotéza), bylo provedeno dotazníkové šetření, pro získání informací o poměru účasti žen a mužů na aktivizačních technikách.

13 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÝCH SOUBORŮ

V první části výzkumu jsem se soustředila na seniory, u kterých byla lékařem diagnostikována vaskulární demence. Výzkum probíhal v DpS na území města Plzně. Respondenti, u nichž se výzkum prováděl, se nacházeli v pobytovém zařízení, ve kterém setrvali déle než šest měsíců a jejich zdravotní stav umožňoval spolupráci. Skupina se skládala ze dvou žen a ze dvou mužů, kdy jedna žena a muž pravidelně navštěvovali aktivizační programy DpS a zbývající dvojice nenavštěvovala aktivizační programy DpS.

Ve druhé části jsem volila dotazníkové šetření, jenž bylo zaměřeno na personál, konkrétně na osoby, které přímo praktikují aktivizační činnosti v zařízeních sociální péče. Dotazník byl rozeslán celkem do 50 zařízení, nacházejících se po celé České republice. Dotazníkové šetření probíhalo od 1.11.2011 do 31.1.2012.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

14 KAZUISTIKY

14.1 Kazuistika č. I

Pozn. – tato respondentka je v DpS od léta roku 2009, pravidelně nikdy nenavštěvovala žádnou z aktivizačních činností, které DpS nabízí, nemá zájem o spolupráci. Převzaté vyšetření z r. 2009 – BI 85 bodů - problémové oblasti: občasná inkontinence moči a stolice, samostatné použití WC – pouze po připomenutí personálem. Přehled nabízených aktivit DpS příloha č. 6

Klientka: 85 let

14.1.1 ERGOTERAPEUTICKÝ PROCES

Odběr anamnézy:

RA:

Vdova, jedna dcera, vnoučata nemá

QA:

Nekuřačka, abstinentka

ÚRAZY:

Nevýznamné

SA:

Pochází z Plzně. Od roku 2009 umístěna do domova pro seniory v Plzni. Uživatelka starobního důchodu.

Klientka neprodělala žádná vážná onemocnění, která by ji omezovala v ADL a IADL činnostech.

ALERGIE:

Nejsou známy.

PA:

Dámská krejčová.

NÝNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:

Léčí se pro hypertenzi a hlavní dg. VASKULÁRNÍ DEMENCE

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Vstupní vyšetření ergoterapeutem:

Hodnocení provedla: Radka Kolingerová

Dne: 28.11.2011

Použité metody:

BARTHEL index, Škála deprese, Vyšetření aspektů, FIM, MMSE.

Popis klientky - pohledem terapeuta

Při první kontaktu se na mne klientka dívala nedůvěřivě, do spolupráce s cizím člověkem se jí nechtělo. Klientka o sebe příliš nedbala – odůvodňovala to sama pro sebe tím, že nemá být pro koho upravená – neměla učesané vlasy, upravené nehty, neupravený oděv.

Z kineziologického hlediska jsem nezaznamenala žádnou odchylku, která by klientku mohla omezovat ve vykonávání ADL a IADL činností, či omezovat její soběstačnost. Chůze klientky byla velmi nejistá a pomalá.

Testování:

- **ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY** – Manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření. Skóre 11 bodů.
- **BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ** – 55b – závislost středního stupně. Problémové oblasti: inkontinenci moče a stolice, potíže s oblékáním, chůze do schodů – ze strachu z pádu nepoužívala schody, i když její fyzický stav byl zcela vyhovující/.
- **FIM** – obdobně problémové oblasti add. BI, problémy se socializací klientky, nezvládání řešení konfliktů, klientka nejevila zájem o žádnou z aktivizačních či společenských akcí DpS.
Pohybová dovednost: 57/91. Problémové oblasti – kontinence, mytí, oblékání, lokomoce.
Psychické funkce: 22/35. Problémové oblasti – sociální kontakt, řešení problémů.
- **MMSE** – 18 bodů – výsledek svědčí pro kognitivní poruchu – klientka není orientovaná dnem, měsícem, rokem, zjevné poruchy krátkodobé paměti.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

MOBILITA:

Klientka se zvládne bez pomoci druhé osoby sama posadit, přetočit na jeden i druhý bok. Bez pomoci se postaví a zvládne se pomocí jedné vycházkové hole /hůl používá pro pocit jistoty a bezpečí/ pohybovat po domově.

KOMPENZAČNÍ POMŮCKY:

Vycházková hůl, dlouhá obouvací lžice, inkontinenční pleny, brýle.

PSYCHOSOCIÁLNÍ FUNKCE:

Špatný psychický stav klientky se projevil na názorech a cílech, které jsme se snažily společně vytyčit. Snažila jsem se tedy o motivaci a nabuzení alespoň nějaké zájmové činnosti - a to pomocí prvků muzikoterapie (což vedlo ke zlepšení nálady klientky, výbavnosti vzpomínek z mládí, došlo ke zlepšení fatických funkcí – snadnější výbavnost slov apod.) a jiných aktivizačních technik („zdobení perníčků“, „vystoupení dětí z mat. školy“).

ZÁJMY/HOBBY

Klientka si žádné zájmy nevybavuje, v domově žádné zájmové činnosti neprovozuje. Při spolupráci projevila zájem o některé činnosti, které by se daly zahrnout do kondiční ergoterapie: „háčkování, pečení a muzikoterapii“ – nepotřebuje žádné KP pro vykonávání těchto kondičních terapií.

14.1.2 RESUMÉ:

Z pozorování a testování jsou patrné následující problémové oblasti: inkontinence moči a stolice, potíže s oblékáním, potíže s osobní hygienou a mytím, psychická bariéra bránící chůzi do schodů, kognitivní poruchy, deprese ovlivňující psychiku klientky, problémy v sociální oblasti – navazování sociálních kontaktů, žádní přátelé, izolace.

Doporučované aktivizační techniky: prvky muzikoterapie, petterapie, modelové činnosti – činnosti ADL a IADL, trénink kognitivních funkcí, arteterapie, biblioterapie, LTV – cvičení zaměřené na posílení pánevního dna a fyzické kondice.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

RÁMCE VZTAHŮ:

Biomechanický – přístup stupňovaných aktivit, přístup ADL, přístup kompenzační

Kognitivní – přístup adaptační, restituční

ERGOTERAPEUTICKÝ PROGRAM:

Silné stránky klientky:

Trpělivost. Klientka projevila trpělivost při všech činnostech, které jsme společně prováděly. Výsledky práce byly uspokojující pro obě strany.

Slabé stránky klientky:

Poruchy paměti, klientka měla problémy s krátkodobou pamětí.

Zaměření terapie:

Nácvik soběstačnosti v oblasti ADL, trénink kognitivních funkcí, kondiční ergoterapie, zaměřená skupinově – podpora resocializace, za pomoci aktivizačních metod.

ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN:

Dle problémových oblastí zaměřen na podporu soběstačnosti, rozvoj kognitivních funkcí, podporu orientace v čase, místě a prostoru. Terapie zrealizovány individuálně s postupným začleňováním do skupinových terapií. Ergoterapeutický plán sestaven na dobu 2 měsíců – prosinec 2011 až leden 2012.

KEP

- nácvik oblékání
- nácvik osobní hygieny a mytí
- nácvik domácích prací – úklid, vánoční výzdoba, pečení cukroví
- nácvik chůze do schodů
- udržení rozsahu pohybu – LTV s fyzioterapeutem
- edukace do sociální skupiny – resocializace
- zlepšení orientace klientky po domově
- snaha o zapojení do společenských akcí domova

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

DEP

- pokračovat v KEP
- petterapie – „pořízení nenáročného zvířecího mazlíčka“ – po konzultaci s dcerou jsme se dohodly, že zváží možnost klientce/mamince pořídit nějaké nenáročné zvíře, o které by se klientka musela starat

PRŮBĚŽNÉ HODNOCENÍ ERGOTERAPEUTEM

Spolupráce s klientkou probíhala uspokojivě. Klientka byla snaživá a zdálo se, že ji spolupráce baví. Vzhledem k uvedeným slabým stránkám bylo pro klientku náročné zapamatovat postupy při činnostech, které byly naplánovány v KEP, ale i přesto se snažila plnit zadání jednotlivých úkolů. Únava klientky limitovala dobu terapií, což mě vedlo k rozdělení terapií na ranní část a část odpolední. Při aplikaci aktivizačních technik došlo ke zlepšení psychického stavu klientky, kdy se nesoustředila pouze na své problémy, jelikož ji byla nabídnuta nová alternativa, individuální, života v DpS.

PŘÍKLAD TERAPEUTICKÉ JEDNOTKY:

– probíhala formou nácviku ADL a IADL (např. nácvik oblékání, ranní hygieny, pečení, vaření, úklid).

Datum terapie: 5.12.2011

Čas terapie: Ranní část 6,30 – 7,30 hod. Odpolední část 14,00 – 15,30 hod.

Způsob terapie: Individuální.

Frekvence: 5x týdně.

Délka terapie: Různá, uzpůsobená zdravotnímu stavu klientky a náročnosti úkonů.

PRŮBĚH TERAPEUTICKÉ JEDNOTKY:

V rámci ranní LVS jsem klientku navštěvovala v ranních hodinách, klientka měla potíže se vstáváním, tudíž jsem ji musela budit několikrát, samotná terapie začínala okolo půl sedmé hodiny ranní. Slovní dopomocí jsem klientku naváděla při převlečení se z noční košile do denního oblečení. Když jsme zvládly převlečení, prováděly jsme ranní hygienu u umyvadla. Klientka si těžko vzpomínala na postup činností, které jsou s osobní hygienou

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

spojovány, musela jsem si slovně vést. Zvládla si vyčistit zuby, učesat se, namazat si ruce a obličej krémem. Když jsme byly připravené, doprovodila jsem klientku do jídelny na snídani, samostatně by místnost nenašla.

V dopoledních poledních hodinách jsme se věnovaly kondiční ergoterapii prostřednictvím modelových situací. Zkoušela jsem aplikovat pracovní postup jednoduché činnosti – „zdobení perníčků“. Musela jsem klientce pomoci s naplněním zdobícího sáčku polevou a předzdobit pár perníků pro představu. Klientka zdobila čistě a samostatně. Když přišla řada na úklid, klientka pomáhala s mytím pomůcek, otřela stůl, při skládání perníků do krabice se je snažila počítat.

Odpolední část terapie probíhala formou tréninku kognitivních funkcí. Za pomoci širokého spektra pomůcek, které měly za úkol rozvoj paměti, řeči a logického úsudku, jsme posilovaly stávající stav klientky. Terapie byla zaměřena především na orientaci v čase a prostoru.

Využila jsem barevných kontrastů, kdy jsem klientce označila místnosti podle barev, aby se snáze mohla orientovat po domově. Cesta do jídelny byla značena červeně vyplněnými kolečky, podle kterých klientka samostatně došla ze svého pokoje do jídelny. Cesta do koupelny byla značena obdobným způsobem, pouze se změnou barvy – modrá. Pro zlepšení orientace ve dnech jsem klientce pořídila stolní kalendář, který byl obohacen o fotografie jednotlivých ročních období, což zlepšovalo orientaci v měsících a ročních obdobích.

Výstupní vyšetření ergoterapeutem

Hodnocení provedla: Radka Kolingerová

Dne: 5.1.2012

TESTOVÁNÍ:

Výsledky jednotlivých testů jsou téměř identické se vstupním vyšetřením – malého zlepšení se podařilo dosáhnout v oblasti ADL – chůze do schodů, podařilo se potlačit strach klientky a postupným nácvikem klientka zvládla s pomocí (terapeuta a vycházkové hole) vystoupat 30 schodů – 1 patro (chůze se dařila pouze směrem nahoru, chůze ze schodů byla limitována strach klientky z pádu).

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Z psychosociálního pohledu jsem zaznamenala zlepšení. Klientka mne začala samovolně vyhledávat, podařilo se nám začlenit se do skupinových terapií, i když ne pravidelně. Zaznamenala jsem u klientky radost ze společné spolupráce. Zhruba po třítydenní spolupráci mne začala oslovovat jménem.

14.1.3 DOPORUČENÍ:

Pokračovat ve stanovených plánech. Snažit se o co největší možné zachování kognitivních funkcí a relativní soběstačnosti. Podporovat a vyvolávat u klientky potřeby sociálního kontaktu – např. pomocí skupinových terapií. V rámci aktivizačních programů by se dala využít petterapie, která by nám dokázala osvětlit, zda je klientka schopná postarat se o nějaké nenáročné zvíře a celkový výsledek by mohl mít pozitivní vliv na její psychický stav. Jako kladnou bych hodnotila spolupráci s fyzioterapeutem, který by pomocí specifických cvičení pečoval fyzickou kondici a pohybový aparát klientky. V neposlední řadě bych doporučila spolupráci s psychologem, či psychiatrem z důvodu přetrvávajícího depresivního stavu klientky, který by se mohl prohlubovat. Ze strany personálu DpS bych hodnotila jako vhodné, kdyby klientku častěji, např. každé tři hodiny, upozorňovali na potřebu močení. Klientka by si začala uvědomovat potřeby svého těla, pokud by zvládla být alespoň přes den bez inkontinenčních pomůcek, došlo by ke zlepšení soběstačnosti i psychického stavu klientky.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

14.2 Kazuistika č. II

Pozn.: Tento respondent od svého umístění aktivně a pravidelně navštěvuje všechny připravené aktivity DpS (viz příloha č.6).

Klient: 87 let

14.2.1 ERGOTERAPEUTICKÝ PROCES

Odběr anamnézy:

RA:

Ženatý, manželka ho pravidelně navštěvuje, tři dcery

QA:

Nekuřák, abstinent

ÚRAZY:

V prosinci 2011 (15.12) – pád z lůžka, 6 týdnů sádrový obvaz

SA:

V DpS je od července 2011. Klient neprodělal žádné vážné onemocnění, které by jej omezovalo v ADL a IADL činnostech.

ALERGIE:

Jód

PA:

Správa ČD

NÝNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:

Primární hypertenze, polyartróza. Hl. dg. VASKULÁRNÍ DEMENCE.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Vstupní vyšetření ergoterapeutem:

Hodnocení provedla: Radka Kolingerová

Dne: 2.12.2011

Použité metody: BARTHEL index, Škála deprese, vyšetření aspektů, FIM, MMSE

POPIS KLIENTA: - pohledem terapeuta

Z prvního setkání byl klient nadšený, od prvního okamžiku se těšil na společnou spolupráci.

Z kineziologického hlediska jsem nezaznamenala žádnou zásadní odchylku, která by klienta mohla omezovat ve vykonávání ADL a IADL činností, či omezovat jeho soběstačnost.

Testování:

- **ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY** – Manifestní deprese vyžadující podrobné vyšetření.
- **BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ – 65b** – potřebný dohled při oblékání, dopomoc při koupání, osobní hygiena s pomocí, občasná inkontinence moče i stolice, přesuny zvládá samostatně, ale ne příliš bezpečně – dopomoc, chůze po rovině nad 50m, chůzi po schodech s dopomocí.
- **FIM – pohybová dovednost: 64/91.** Problémové oblasti – kontinence, hygiena, oblékání, lokomoce, chůze do schodů. **Psychické funkce: 22/28.** Problémové oblasti – udržení pozornosti, poruchy dlouhodobé paměti (klient si těžko vybavuje jména svých třech dcer, původně sdělovat, že má i syna, později se opravil).
- **MMSE** – test prokázal kognitivní poruchu, skóre 21b – problémové oblasti: dezorientace datem, místem pobytu, poschodím budovy, problémy s matematickými operacemi, neschopnost nakreslit obrazec dle zadání.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

MOBILITA:

Klient se zvládne posadit, potřebuje malou asistenci, ale to spíše pro větší bezpečnost, udrží se samostatně v sedu. Postaví se. Při chůzi využívá jednu FH a z druhé strany jej většinou jistí doprovod, pro prevenci pádu. Zvládá tímto způsobem chůzi do 50m.

KP:

Francouzská hůl, inkontinenční pleny, brýle.

PSYCHOSOCIÁLNÍ FUNKCE:

Klient je komunikativní, má přehled o dění ve světě. Menší potíže mu dělají matematické operace a to i velmi jednoduché. Během kondiční ergoterapie, při tréninku kognitivní funkcí, si vybavil spoustu citátů a českých pořekadel. Zvládl seřadit měsíce podle ročních období, přiřazovat obrázky dle tematických okruhů atd. Aktivně se zapojuje do nabízených činností domova. Největší zájem má klient o dílenské a kreativní činnosti, kdy jeho výrobky jsou vždy čisté a upravené.

ZÁJMY/HOBBY

Klient rád čte, oblíbený žánr jsou detektivky – pro vykonávání zájmové činnosti potřebuje KP – brýle.

14.2.2 RESUMÉ:

Z pozorování a testování jsou patrné následující problémové oblasti: potřebný dohled při oblékání, dohled při koupání a osobní hygieně, občasná inkontinence moče a stolice – nutné připomínání personálu, chůze po schodech s pomocí, chůze po rovině nad 50m dopomoc. Potíže s udržením pozornosti, poruchy paměti, dezorientace datem, místem pobytu, potíže s matematickými operacemi.

Doporučované aktivizační techniky: modelové činnosti ADL a IADL – nácvik oblékání, nácvik mytí a osobní hygieny, muzikoterapie, trénink kognitivních funkcí, procvičování matematických operací a vzorců, nácvik chůze po rovině a do schodů.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

RÁMCE VZTAHŮ:

Biomechanický – přístup stupňovaných aktivit, přístup ADL, přístup kompenzační

Kognitivní – přístup adaptační, restituční

ERGOTERAPEUTICKÝ PROGRAM:

Silné stránky klienta

Komunikativnost, dychtivost po nových informacích, aktivní spolupráce, snaživost.

Slabé stránky klienta

Špatná soustředěnost, terapie v průměru trvaly cca 20 minut, poté se klient nemohl soustředit a výsledky neodpovídaly stavu klienta.

Zaměření terapie

Nácvik soběstačnosti v oblasti ADL – oblékání, mytí, osobní hygiena. Trénink kognitivních funkcí – zaměření na procvičování paměti a matematických operací.

ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN

Dle problémových oblastí zaměřen na podporu soběstačnosti, rozvoj kognitivních funkcí, podporu orientace v čase a místě. Terapie zrealizovány individuálně i skupinově. Ergoterapeutický plán sestaven na dobu 2 měsíců – prosinec 2011 až leden 2012.

KEP

- nácvik oblékání
- nácvik osobní hygieny a mytí
- nácvik domácích prací – úklid, dílenské činnosti
- nácvik chůze do schodů a chůze na delší vzdálenosti
- udržení rozsahu pohybu – LTV s fyzioterapeutem
- nácvik kognitivních funkcí

DEP

- udržení psychosociální situace

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

- pokračovat v KEP

PRŮBĚŽNÉ HODNOCENÍ ERGOTERAPEUTEM

Spolupráce s klientem výborná. Klient se zajímá o všechny nabízené aktivity, tzn. během dne navštěvoval aktivity pořádané DpS a v odpoledních hodinách se aktivně podílel na činnostech, které jsem si připravila. Terapie byly koncipovány tak, aby byl naplněn KEP - na základě tréninku kognitivních funkcí, kdy vzhledem k výše uvedeným slabým stránkám jsme se věnovali cvičením, která mají za úkol procvičovat paměť a zlepšovat, zvyšovat pozornost. V rámci LVS a osobní hygieny jsme trénovali mytí a úpravu vousů v obličejí. S ohledem na další problémovou oblast – oblékání jsem využila mnemotechnické pomůcky, kdy měl klient k dispozici obrázky vystříhané z časopisů (v rámci tréninku jemné motoriky si obrázky sám vystříhal a nalepil na čtvrtku) a podle nich volil vhodné oblečení pro danou příležitost a počasí.

PŘÍKLAD TERAPEUTICKÉ JEDNOTKY – probíhala formou skupinových kondičních terapií.

Způsob terapie: skupinové terapie – muzikoterapie, arteterapie, trénink kognitivních funkcí, rukodělné činnosti, dílenské činnosti, biblioterapie – vše aktivně a pravidelně.

Frekvence: 5x týdně

Časový interval: 10,00 – 11,30

Délka terapie: uzpůsobená zdravotnímu stavu klienta a náročnosti úkonů

PRŮBĚH TERAPEUTICKÝCH JEDNOTEK:

Klient výborně spolupracoval, aktivizační - kondiční cvičení navštěvoval pravidelně a aktivně se podílel, zapojoval se na chodu činností ve skupině. Snažil se být nápomocný slabším klientům. Neodmítal nové činnosti a dokonce sám vymýšlel alternativy skupinových terapií.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Výstupní vyšetření ergoterapeutem:

Hodnocení provedla: Radka Kolingerová

Dne: 4.1.2012

TESTOVÁNÍ:

Výsledky testovaného klienta jsou mírně zhoršené, ne však z důvodu špatného vlivu aktivizačních programů na klienta, nýbrž úrazem, který se klientovi v době spolupráce přihodil. Jelikož je PHK dominantní, objevily se značné problémy v oblasti sebeobsluhy a soběstačnosti (asistence při mytí – předcházení znehodnocení sádrového obvazu, oblékání, osobní hygieně) – viz příloha č. 2.

14.2.3 DOPORUČENÍ:

Pokračovat ve stanovených plánech, snažit se o co největší možné zachování kognitivních funkcí. Pokračovat v programech a aktivitách připravených v DpS. Viděla bych jako vhodné navázat bližší kontakt s rodinou, především s dcerami klienta. Klienta trápí fakt, že se všichni vídají jen při „svátečních“ událostech a nemá podrobný přehled o životě svých dcer. Navrhovala bych písemné dopisování – v době léčení klientovi PHK by za něj dopisy mohl psát zdravotnický personál. Klient by tím uspokojil své potřeby a tento způsob komunikace by zajisté vedl k určitému udržení stávajícího stavu klienta a posilování osobnosti.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

14.3 Kazuistika č. III

Pozn. – tato respondentka je v DpS od roku 2010 - září, od počátku svého pobytu pravidelně navštěvuje domovem nabízené aktivity. (Přehled aktivit DpS příloha č.6).

Klientka: 83 let

14.3.1 ERGOTERAPEUTICKÝ PROCES

Odběr anamnézy:

RA:

Vdova, bezdětná.

QA:

Nekuřačka, abstinentka

ÚRAZY:

Nevýznamné

SA:

Klientka neprodělala žádné vážné onemocnění, které by ji omezovalo v ADL a IADL činnostech.

ALERGIE:

Nejsou známy

PA:

Lékařka.

NÝNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:

Časté infekty močového systému – ledvinová nedostatečnost, hypertenze.

Hl. diagnóza: VASKULÁRNÍ DEMENCE

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Vstupní vyšetření ergoterapeutem:

Hodnocení provedla: Radka Kolingerová

Dne: 29.11.2011

Použité metody:

BARTHEL index, Škála deprese, vyšetření aspektů, FIM, MMSE.

POPIS KLIENTKY - pohledem terapeuta

Z prvního setkání bylo patrné, že má klientka potíže se sluchem, naslouchátko bylo v řešení s lékařem. Klientku velmi komunikativní, z důvodu levostranné nedoslýchavosti byla značně omezena schopnost sociálního kontaktu, kterou však výborně suplovala přítelkyně klientky, která pečlivě opakovala výrazy, které klientka neslyšela nebo jím nerozuměla. Komunikace mohla bezproblémově probíhat z pravé strany klientky, kdy pravé ucho bylo méně poškozeno nedoslýchavostí.

Z kineziologického hlediska jsem nezaznamenala žádnou odchylku, která by klientku mohla omezovat ve vykonávání ADL a IADL činností, či omezovat její soběstačnost.

Testování:

- **ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY** – Svědčí pro mírnou depresi. Skóre 9 bodů.
- **BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ** – Skóre 70 - lehká závislost - problémové oblasti: občasná inkontinence moči a stolice.
- **FIM** – obdobně problémové oblasti add. BI, - **pohybová dovednost:** 76/91. Problémové oblasti – občasná inkontinence, potíže se zvolením vhodného oděvu – pokud má klientka oděv připravený – bez problému jej obleče, chůze do schodů.
Psychické funkce: 28/35. Problémové oblasti – udržení pozornosti, poruchy krátkodobé paměti.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

- **MMSE – skóre 20b** – problémové oblasti: dezorientace dnem, místem pobytu, poschodím budovy, problémy s matematickými operacemi, neschopnost nakreslit obrazec dle zadání.

MOBILITA:

Klientka se zvládne bez pomoci druhé osoby sama posadit, přetočit na jeden i druhý bok. Bez pomoci se postaví, chůze je jistá, bez příznaků patologie. Plně mobilní

KOMPENZAČNÍ POMŮCKY:

Obouvací lžice, inkontinenční pleny, protiskluzové podložky v koupelně a na toaletě, brýle.

PSYCHOSOCIÁLNÍ FUNKCE:

Klientka za dobu naší spolupráce projevovala pocity lítosti, zřejmě z důvodu vánoční atmosféry a blížících se svátků, personál se shodl na tom, že je to u klientky (stejně jako u ostatních běžné) takže jsme se společnými silami snažili zpříjemnit vánoční svátky všem, kteří stejně jako má klientka zůstali sami ve vánoční čas (pečení cukroví, vánoční výzdoba domova, návštěva Martinských trhů...), což vedlo k odpoutání se od lítostivých projevů a došlo ke zlepšení psychického stavu.

ZÁJMY/HOBBY:

Pletení, háčkování – k vykonávání těchto činností klientka potřebuje KP – brýle. Zpěv.

14.3.2 RESUMÉ:

Z pozorování a testování jsou patrné následující problémové oblasti: občasná inkontinence moči a stolice, potíže s oblékáním (pokud je oděv připravený klientka si jej obleče bez potíží, problémy činní zvolit si vhodný oděv), dezorientace dnem, časem a místem, potíže se složitějšími matematickými operacemi (dělení dvouciferným číslem).

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Doporučované aktivizační techniky: muzikoterapie, modelové činnosti ADL a IADL – nácvik oblékání, vaření, pečení apod. Trénink kognitivních funkcí. LTV – posilování pánevního dna jako prevence mikce.

RÁMCE VZTAHŮ:

Biomechanický – přístup stupňovaných aktivit, přístup ADL a IADL, přístup kompenzační

Kognitivní – přístup adaptační, restituční

ERGOTERAPEUTICKÝ PROGRAM:

Silné stránky klientky:

Komunikativnost, upřímnost, praktičnost. Klientka i přes značnou nedoslýchavost velmi dobře spolupracovala, ke kolektivu je upřímná a při provádění společných, skupinových terapiích se projevovala prakticky.

Slabé stránky klientky:

Poruchy paměti, snadná manipulovatelnost názoru klientky (klientka velmi dala na názor spolubydlících DpS, ne vždy byl názor kolegyň vhodný a správný).

Zaměření terapie:

Nácvik soběstačnosti v oblasti ADL, trénink kognitivních funkcí, kondiční ergoterapie, zaměřená skupinově.

ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN:

Dle problémových oblastí zaměřen na podporu soběstačnosti, rozvoj kognitivních funkcí, podporu orientace v čase a místě. Terapie zrealizovány v rámci LVS - individuálně i skupinově. Ergoterapeutický plán sestaven na dobu 2 měsíců – prosinec 2011 až leden 2012.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

KEP

- nácvik oblékání – volba vhodného oděvu
- nácvik domácích prací – úklid, vánoční výzdoba, pečení cukroví
- LTV ve spolupráci s fyzioterapeutem – posilování pánevního dna

DEP

- následovat v KEP
- používání naslouchátka
- udržení stávajícího stavu

PRŮBĚŽNÉ HODNOCENÍ ERGOTERAPEUTEM

Spolupráce probíhala uspokojivě. Vzhledem k levostranné nedoslýchavosti byla komunikace velmi obtížná, nicméně vždy se podařilo nalézt nějaké kompenzační řešení – komunikace z pravé strany, kde sluch nebyl tolik poškozen, či hlasitý rozhovor. Klientka byla aktivní a motivací (pečení vánočního cukroví, výzdoba DpS apod.) došlo k potlačení lítostivých stavů. Klientka navštěvovala jak program DpS, tak individuální program.

PŘÍKLAD TERAPEUTICKÉ JEDNOTKY:

– probíhala formou nácviku ADL – nácvik oblékání – výběr vhodného oděvu.

Datum terapie: 9.12.2011

Čas terapie: 8,00 – 10,00

Způsob terapie: Individuální.

Frekvence: 3x týdně.

Délka terapie: Různá, uzpůsobená zdravotnímu stavu klientky a náročnosti úkonů.

PRŮBĚH TERAPEUTICKÉ JEDNOTKY:

Během dopoledních hodin jsem klientku v rámci LVS (instruktáž a dohled při ranní hygieně) navštěvovala na pokoji. K dispozici jsme měly velké množství praktických

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

pomůcek (klientčino oblečení, obrázky oděvů). Simulovaly jsme situace ročního období a klientka měla za úkol vhodně vybírat oděv, který se pro dané počasí či nečas hodil.

V první chvíli se klientka tvářila poměrně nedůvěřivě na kartičky s oděvy, či na oblečení rozložené po pokoji, po chvíli ji však činnost zaujala a s nadšením vymýšlela kombinace oděvů, které byly v souladu s určeným počasím. Dopolední trénink se stal pravidlem pro celé působení mé osoby v DpS.

Výstupní vyšetření ergoterapeutem

Hodnocení provedla: Radka Kolingerová

Dne: 4.1.2012

TESTOVÁNÍ:

Výsledky jednotlivých testů jsou identické se vstupním vyšetřením (viz. příloha č. 3). Klientka má svůj stav (soběstačnost, zájmy, kondice) trvale na stejné úrovni, bez jakékoliv změny, která by mohla narušit její soběstačnost. Z psychosociálního pohledu jsem zaznamenala zlepšení. Vánoční depresi klientky se podařilo usměrnit, stav se zlepšil a vánoční čas se nakonec stal příjemným zpestřením pro všechny spoluobyvatele domova. Klientka výborně spolupracovala po celou dobu terapie.

14.3.3 DOPORUČENÍ:

Pokračovat ve stanovených plánech. Snažit se o co největší možné zachování kognitivních funkcí a relativní soběstačnosti. Podporovat a vyvolávat u klientky potřeby sociálního kontaktu. Jako vhodné bych viděla využití zručnosti klientky v rámci kondiční ergoterapie, konkrétně v rukodělných technikách, například kreativním kurzem – ubrousková technika, malování hedvábných šátků atd. Vhodné by bylo, kdyby personál klientu upozorňoval častěji na potřebu močení – mohlo by dojít ke zlepšení mikce a potlačení potřeby inkontinenčních plen.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

14.4 Kazuistika č. IV

Pozn. – tento respondent nikdy pravidelně nenavštěvoval aktivizační činnosti DpS. V domově pobývá od podzimu roku 2010.

Klient: 79 let

14.4.1 ERGOTERAPEUTICKÝ PROCES:

Odběr anamnézy:

RA:

Rozvedený, s manželkou se nestýká, má dvě dcery, rodinné vztahy se neudržují

QA:

Kuřák, alkohol příležitostně

ÚRAZY:

Nevýznamné

SA:

Pochází z Plzně, do domova umístěn na vlastní žádost, uživatelem starobního důchodu.

ALERGIE:

Nejsou známy.

PA:

Řidič. V důchodovém věku pak pracoval u hlídací agentury.

NÝNĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ:

Léčí se pro hypertenzi, hlavní dg. VASKULÁRNÍ DEMENCE

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Vstupní vyšetření ergoterapeutem:

Hodnocení provedla: Radka Kolingerová

Dne: 1.12.2011

Použité metody:

BARTHEL index, Škála deprese, Vyšetření aspektů, FIM, MMSE.

POPIS KLIANTA - pohledem terapeuta

Při prvním setkání na mne klient působil celkově „zanedbaným“ dojemem (neměl oholené vousy, nebyl učesaný, byl cítit cigaretami a nevyhledával kontakt s okolím). Z rozhovoru se sociální pracovníci vyplynulo, že klienta nikdo nenavštěvuje a to z důvodu, že klient nemá zájem. Klient nenavštěvoval žádné aktivity, pouze jednou se účastnil společného výletu do Pivovarského Muzea města Plzně. Z kineziologického hlediska jsem nezaznamenala výraznější odchylky, které by klienta mohly omezovat v ADL a IADL činnostech.

Testování:

- **ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY** – Mírná deprese. Skóre 10 bodů.
- **BARTHELŮV TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ** – Skóre 75 – **lehká závislost** - problémové oblasti: oblékání – klientovi nedělá problém se obléci, spíše zvolit vhodný oděv, dbát na čistotu oděvu apod., klient potřebuje asistenci a dohled při hygieně, soběstačnost snižuje inkontinence, při chůzi do schodů klient potřebuje dopomoc.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

- **FIM – Pohybová dovednost: 63/91.** Problémové oblasti – kontinence moči i stolice, asistence a dohled při hygieně, potíže se zvolením vhodného oděvu, lokomoce, chůze do schodů. **Psychické funkce: 18/35.** Problémové oblasti – sociální kontakt – klient vyhledává příležitosti sociálního kontaktu, prakticky s nikým nekomunikuje, řešení problémů, vyjadřování (podprůměrné, chabá slovní zásoba, používání agramatismů), poruchy krátkodobé paměti).
- **MMSE – Skóre 19b** – problémové oblasti: dezorientace dnem, datem, zařízením, matematické operace.

MOBILITA:

Klient se zvládne bez pomoci druhé osoby samostatně posadit, přetočit na jeden i druhý bok. Bez pomoci se postaví a zvládne se přitáhnout pomocí hrazdičky. Plně mobilní

KOMPENZAČNÍ POMŮCKY:

Dlouhá obouvací lžice.

PSYCHOSOCIÁLNÍ FUNKCE:

Vzhledem k tomu, že klient nevyhledával sociální kontakty delší dobu, spolupráce s ním byla velmi obtížná. Tento stav se projevil i na psychickém a sociální stavu klienta. Klient prakticky nehovořil ve větách, mnohdy neodpovídal – ignoroval otázky, zajímal se pouze o sebou zvolené priority (cigarety, peníze, jídlo).

ZÁJMY/HOBBY:

Na otázku co rád dělá, se mi dostala stručná odpověď: Nic, po delším přemýšlení mi klient odpověděl, že rád kouří, když jsem se snažila oponovat faktem, že kouření škodí zdraví – klient na něco zemřít musí.

14.4.2 RESUMÉ:

Z pozorování a testování jsou patrné následující problémové oblasti: problémy se zvolením vhodného oděvu, udržování čistoty kolem sebe, dopomoc při hygieně a

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

koupání, inkontinence moči a stolice (dle pracujícího personálu v DpS má klient potíže pouze s mikcí, inkontinence stolice je prý z důvodu pohodlnosti klienta – „když už plenu má, proč ji nevyužít“). Potíže s chůzí do schodů.

Doporučené aktivizační techniky: nácvik ADL a IADL – podpora soběstačnosti ve všech složkách, trénink kognitivních funkcí, resocializace.

RÁMCE VZTAHŮ:

Biomechanický – přístup ADL a IADL, přístup kompenzační

Kognitivní – přístup adaptační, restituční

ERGOTERAPEUTICKÝ PROGRAM:

Silné stránky klienta:

Neústupnost, klient si pevně stojí za svým názorem.

Slabé stránky klienta:

Nekomunikativnost, netaktnost, nespolupráce.

Zaměření terapie:

Snaha o resocializaci, nácvik soběstačnosti v oblasti hygieny a osobní péče.

ERGOTERAPEUTICKÝ PLÁN:

Dle problémových oblastí zaměřen na podporu soběstačnosti, rozvoj kognitivních funkcí, podporu resocializace. Terapie zrealizovány individuálně i skupinově. Ergoterapeutický plán sestaven na dobu 2 měsíců – prosinec 2011 až leden 2012.

KEP

- nácvik osobní hygieny a mytí
- resocializace – zlepšení spolupráce s personálem DpS
- snaha o zapojení do společenských akcí domova
- snaha o motivaci klienta k jakékoliv smysluplné činnosti

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

DEP

- snaha o zapojení do společenských akcí domova
- resocializace – začlenění mezi ostatní klienty DpS
- následovat v KEP
- spolupráce s psychologem

PRŮBĚŽNÉ HODNOCENÍ TERAPEUTEM:

Během spolupráce se mi podařilo dosáhnout potlačení „vulgárního“ vyjadřování klienta po dobu terapie. Návčik soběstačnosti v rámci ranní LVS (hygiena, čištění zubů, úprava vousů apod.) probíhal nepravidelně, klient udával, že „nemá náladu“ na terapie, které by mohly pozitivně ovlivnit jeho stav. A však při 3 terapii zvládl téměř samostatně provádět modelovou činnost – zvládl se sám převléci z nočního oděvu do denního oděvu, připravit si pomůcky na čištění zubů a samostatně se učesal, nutná byla pouze slovní instruktáž.

PŘÍKLAD TERAPEUTICKÉ JEDNOTKY:

– probíhala formou návčiku ADL – návčik ranní hygieny, oblékání – výběr vhodného oděvu, skládání oděvu, úklid

Datum terapie: 8.12.2011

Čas terapie: 6,30 – 7,30 hod.

Způsob terapie: Individuální.

Frekvence: nepravidelná

Délka terapie: Různá, uzpůsobená zdravotnímu a psychickému stavu klienta

PRŮBĚH TERAPEUTICKÉ JEDNOTKY:

V rámci ranní LVS jsem klienta navštěvovala přímo na pokoji. Klient zprvu nesouhlasil se spoluprací, později, když byl upozorněn personálem, že by se měl oholit a začít o sebe dbát, podařilo se ho přesvědčit a nakonec se spoluprací souhlasil. Klient zvládal přípravu potřebných pomůcek samostatně. Připravil si ručník, žiletku, pěnu na holení, kartáček na zuby, pastu. Jediné co opomenul, byl hřeben, který jsem mu

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

připomněla. Samostatně si vyčistil zuby, instruktáž byla nutná pouze u holení vousů, klient tuto činnost, dle svých slov, dlouho nevykonával a zcela zapomněl postup.

Za odborné instruktáže a spolupráce se oholil, vyčistil si zuby, učesal se a vyčistil si nehty, které měl zažloutlé od neustálého kouření.

Ani během terapie se mi nepodařilo s klientem navázat bližší kontakt. Klient si držel velký odstup a neměl snahu spolupracovat, bylo pro mne velmi obtížné s ním pracovat.

Výstupní vyšetření ergoterapeutem

Hodnocení provedla: Radka Kolingerová

Dne: 5.1.2012

TESTOVÁNÍ - HODNOCENÍ:

Výsledky jednotlivých testů jsou téměř identické se vstupním vyšetřením – došlo ke zhoršení mobility klienta a to především při chůzi na větší vzdálenosti, klient potřebuje doprovod, udává závratě, slabost. Z psychosociálního pohledu jsem nezaznamenala žádné zlepšení, či posun.

Klient nechtěl spolupracovat, což se projevilo na terapiích. Spolupráci bych hodnotila jako podprůměrnou a nevyhovující, pro efektivnost aplikovaných aktivizačních metod.

14.4.3 DOPORUČENÍ:

Pokračovat ve stanovených plánech. Snažit se o co největší možné zachování kognitivních funkcí, relativní soběstačnosti a motivaci klienta.

Doporučovala bych spolupráci s psychologem – mohlo by dojít ke zlepšení sociálních vztahů ať už s ostatními klienty DpS, tak s personálem, s kterým klient nechce příliš spolupracovat. Navrhovala bych omezit počet vykouřených cigaret za den. Snažila bych se o zapojení klienta do chodu DpS, například v dílnách, či při práci na zahradě.

V DpS je k dispozici knihovna, jako vhodné bych viděla zapojení klienta do chodu této části domova. Klient by dostal přesnou náplň dne, měl by zodpovědnost za chod knihovny, měl by povinnost dodržovat výpůjční řád a cítil by se užitečný pro společnost.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Všechny tyto aspekty by mohly vést ke zlepšení psychosociálních funkcí a ke zlepšení spolupráce s personálem DpS. Tento pracovní proces by se tak snadno stal motivací a zároveň pozicí, která by klienta posunula o krok vpřed.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

15 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Dotazníky byly předloženy cíleně pracovníkům ze sociálních zařízení (DpS). Týkaly se seniorů trvale žijících v domovech pro seniory. Respondenti byli seznámeni se všemi okolnostmi a v neposlední řadě s účelem jejich vyplnění. Dotazník se skládal uzavřených a polouzavřených otázek, kterých bylo celkem 10.

15.1 ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ

Z celkového počtu 50 distribuovaných dotazníků jsem získala 29 vyplněných dotazníků zpět. Což činí 58% z celkového počtu dotazníků. Otázky obsažené v dotazníku se týkaly hypotézy č. 2 a č. 3.

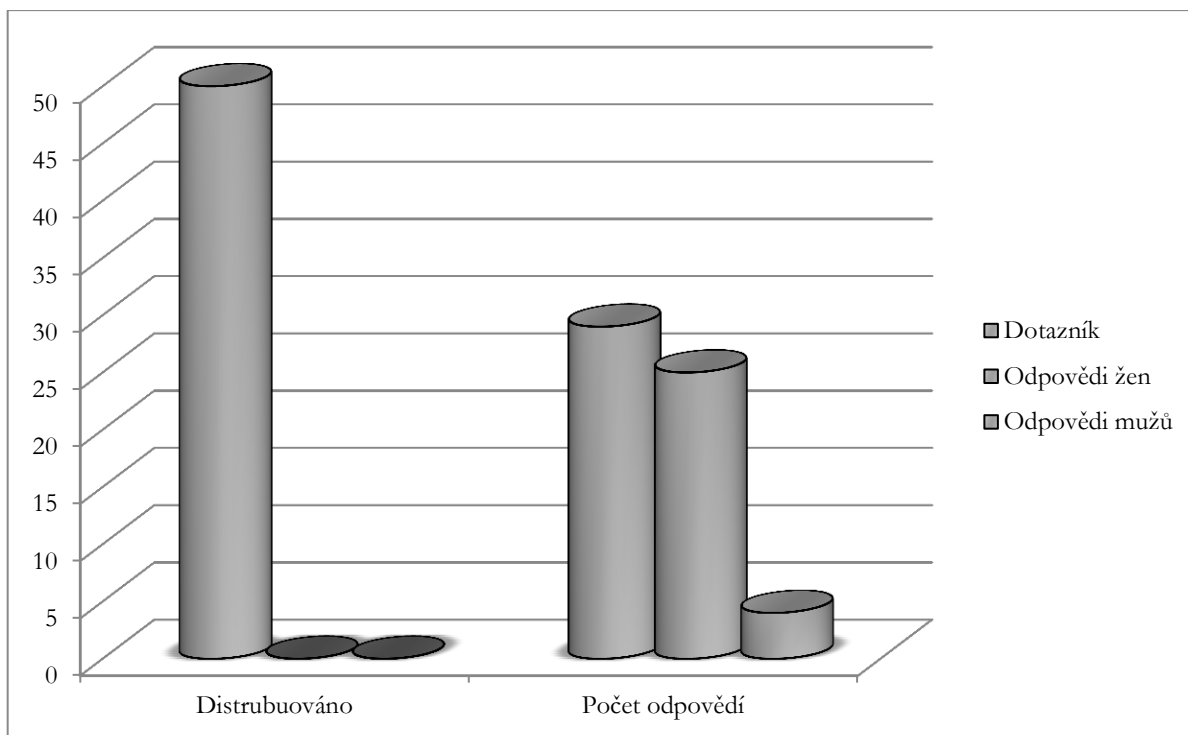
Dotazník vyplnilo 25 (86%) žen a 4 (14%) muži. Z celkového počtu 29 respondentů je 16 (55%) ergoterapeutů, 5 (17%) speciálních pedagogů, 6 (21%) sociálních pracovníků a 2 (7%) pedagogové s odborným kurzem (muzikoterapie, arteterapie).

15.2 TABULKOVÉ A GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ NÁVRATNOSTI DOTAZNÍKŮ

Distribuováno	50
Počet odpovědí	29
Úspěšnost v procentech	58%
Odpověď ženy	25
Procenta	86%
Odpověď muže	4
Procenta	14%

Tab. č. 4 – Návratnost dotazníků

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči



Graf č. 1 - Návratnost dotazníků

15.3 VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Pro přehlednost dotazníkového šetření vždy uvádím číslo otázky, znění otázky a počet odpovědí, které se sešly od respondentů. Znění celého dotazníku, je obsaženo v příloze č. 7.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

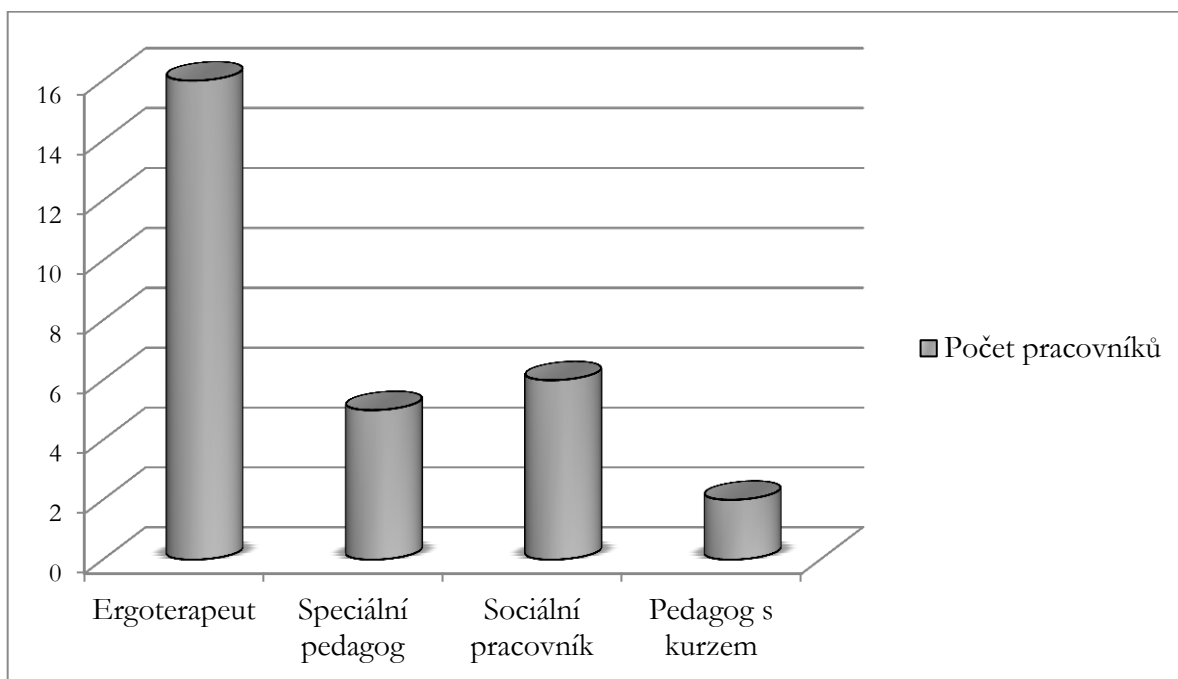
Otázka č. 1

Znění otázky: *V zařízení, ve kterém pracujete, zaujímáte pozici Ergoterapeuta: ANO x NE. Jestliže ve Vašem zařízení nepracujete jako ergoterapeut, ale vykonáváte činnosti, které slouží k aktivizaci klientů /muzikoterapie, arteterapie, vaření, dílenské činnosti, rukodělné činnosti atd./ vyplňte prosím Vaše vzdělání popř. kurz*

.....

	Ergoterapeut	Speciální pedagog	Sociální pracovník	Pedagog s kurzem
Počet	16	5	6	2

Tab. č. 5 – Vyhodnocení otázky č.1



Graf č. 2 – počet pracovníků

Závěr:

Z odpovídajících 29 respondentů je zaměstnáno 16 ergoterapeutů, 5 speciálních pedagogů, 6 sociálních pracovníků a 2 pedagogové s kurzy (muzikoterapie, arteterapie).

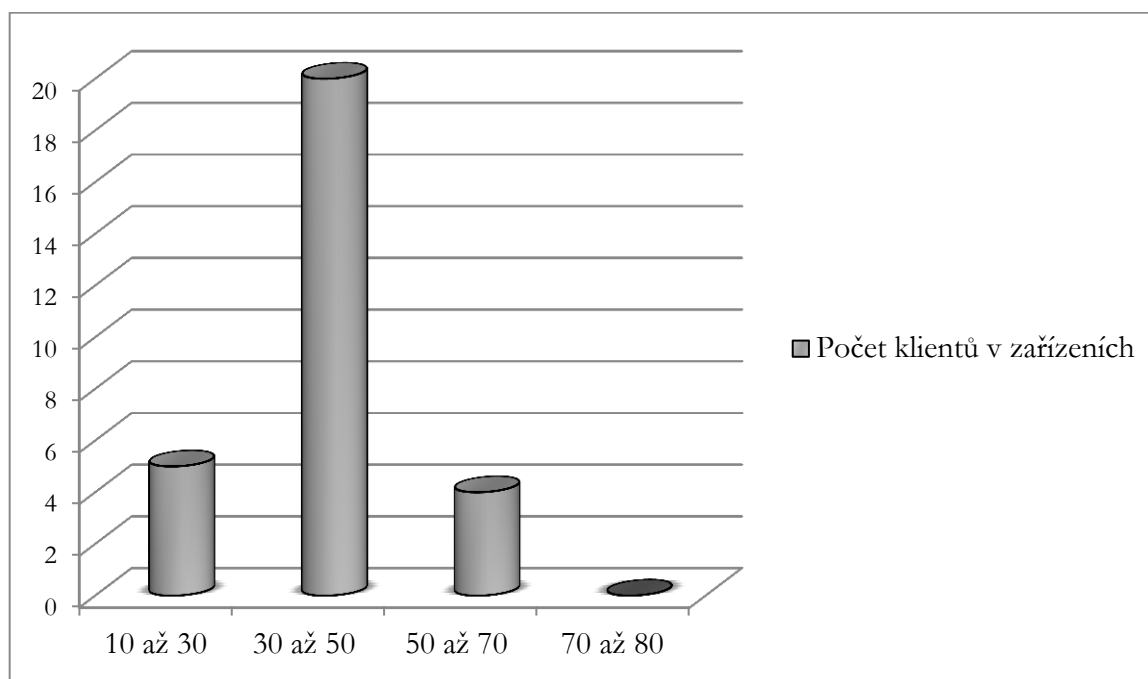
Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Otázka č. 2

Znění otázky: *Celkový počet klientů/uživatelů v zařízeních?*

Počet klientů	10 – 30	30 – 50	50 – 70	70 - 80
Odpovědi respondentů	5	20	4	0

Tab. č. 6 – Celkový počet klientů v zařízeních



Graf č. 3 – Počet klientů v zařízeních

Závěr:

Z 29 respondentů odpovědělo 20, že se v jejich zařízení nachází klienti v počtu od 30 - 50. Pět pracovišť udává, že mají od 10 - 30 klientů. 50 až 70 klientů bylo potvrzeno celkem u 4 pracovišť.

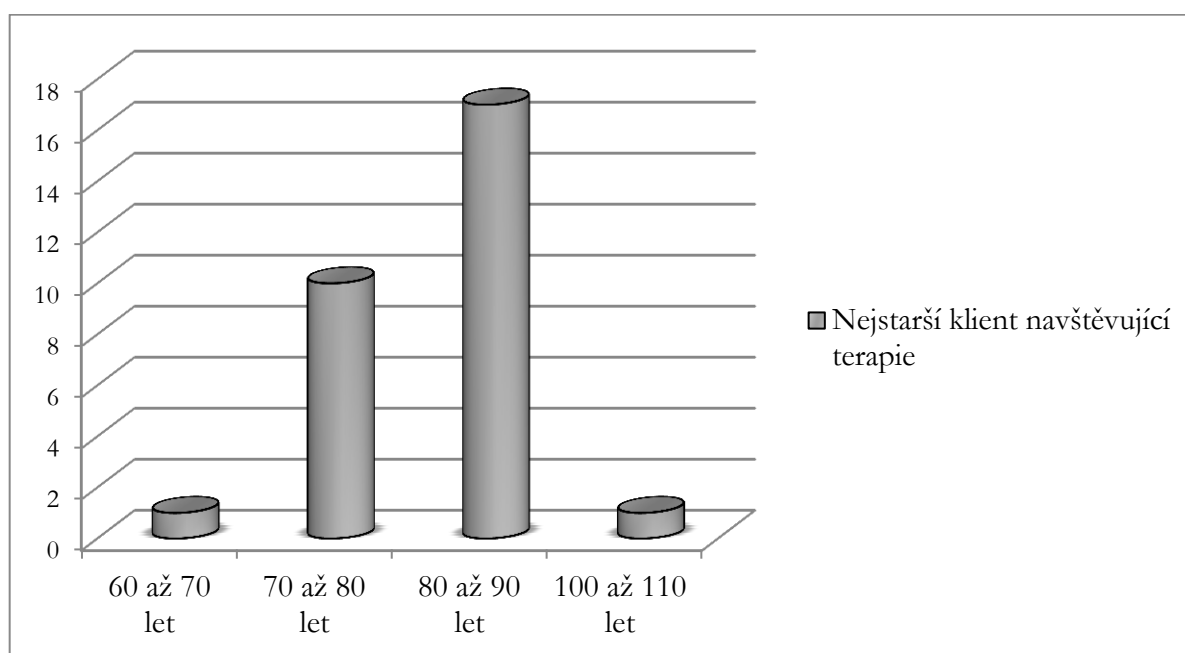
Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Otázka č. 3

Znění otázky: *Nejstarší klient navštěvující terapii.....let.*

	60 – 70 let	70 – 80 let	80 – 90 let	100 - 110
Odpovědi respondentů	1	10	17	1

Tab. č. 7 – Nejstarší klient navštěvující terapii



Graf č. 4 – Nejstarší klient navštěvující terapii

Závěr:

Pouze v jednom případě se z 29 dotazovaných pracovišť potvrdil nejstarší klient ve věkovém rozmezí od 60 – 70 let. V 17 případech se nejstarší klient ocitl ve věkové kategorii od 80 – 90 let. Deset pracovišť shledalo nejstaršího pacienta v linii od 70 - 80 let. V jediném případě se našla klientka, která letos oslavila 101 narozeniny, tudíž je ve věkové kategorii 100 – 110 let patronkou.

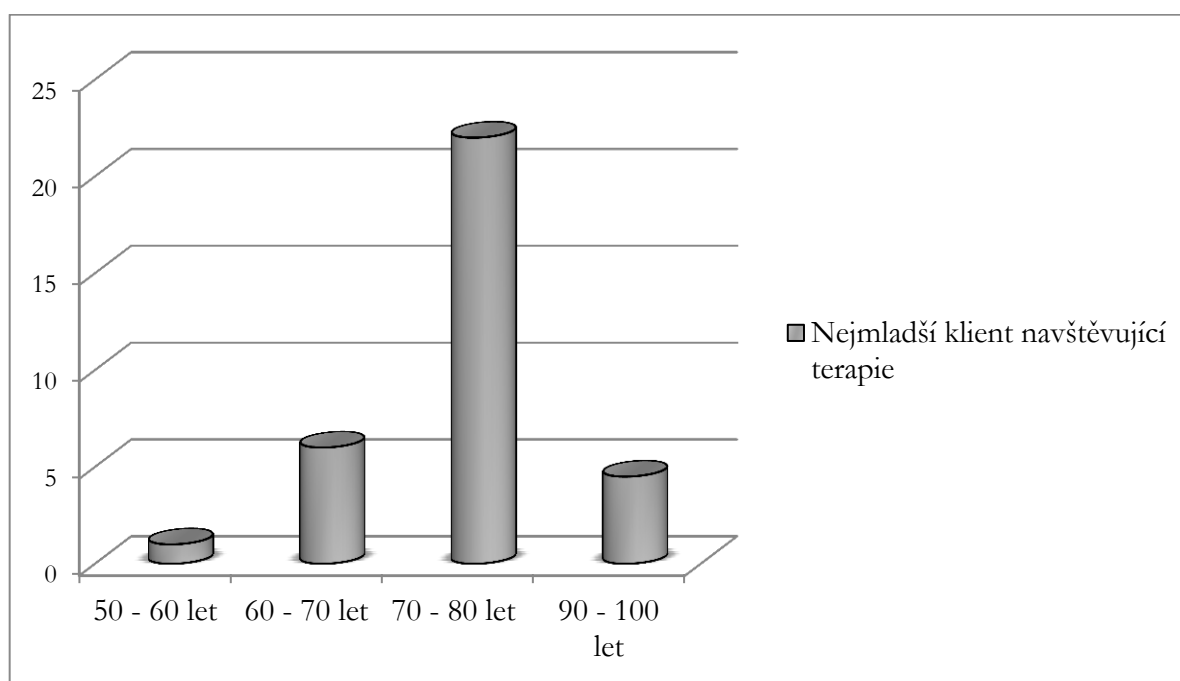
Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Otázka č. 4

Znění otázky: *Nejmladší klient navštěvující terapii má let.*

	50 – 60 let	60 - 70 let	70 - 80 let	90 – 100 let
Odpovědi respondentů	1	6	22	0

Tab. č. 8 – Nejmladší klient navštěvující terapii



Graf č. 5 – Nejmladší klient navštěvující terapii

Závěr:

Ze zpracovaných odpovědí je zřejmé, že ve 22 případech se nejmladší klient navštěvující aktivizační terapii, pohybuje ve věkovém rozmezí 70 až 80 let. V šesti případech se nejmladší klient nachází ve věkovém rozmezí 60 až 70 let. Pouze v jednom případě je klient ve věkové hranici 50 až 60 let.

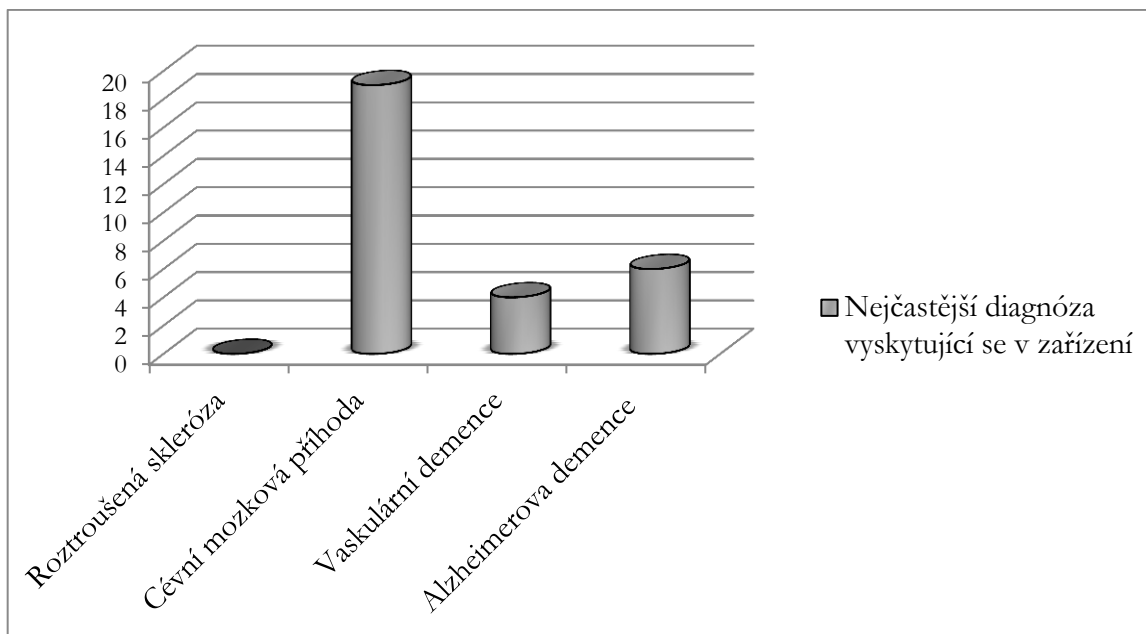
Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Otázka č.5

Znění otázky: *Nejčastější diagnóza vyskytující se v zařízení?*

Onemocnění	Výpočet dle zařízení
Roztroušená skleróza	0
Cévní mozková příhoda	19
Vaskulární demence	4
Alzheimerova demence	6

Tab. č. 9 – Nejčastější diagnóza vyskytující se v zařízení



Graf č. 6 – Nejčastější diagnóza vyskytující se v zařízení

Závěr:

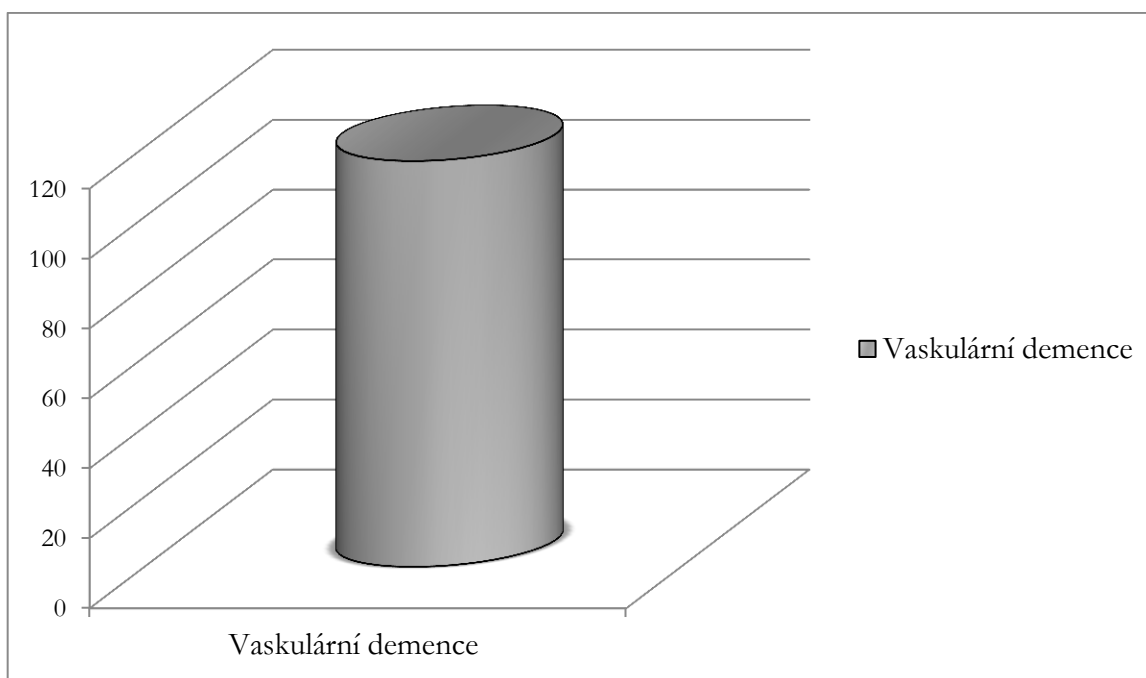
Z 29 odpovědí je patrné, že ve 22 zařízeních je nejčastější onemocnění cévní mozková příhoda. V 6 zařízeních Alzheimerova demence a ve 4 zařízeních vaskulární demence. Roztroušená skleróza se nestala dominantní v žádném ze zařízení. Je vhodné podotknout, že ve většině případů je u klientů diagnostikováno i jiné onemocnění (např. diabetes mellitus, hypertenze či cholesterolémie). K vyhodnocení jsem použila pouze diagnózy, u kterých je pravděpodobné, že omezí klienta na soběstačnosti.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Otázka č. 6

Znění otázky: Počet klientů/uživatelů, kteří mají potvrzenou lékařskou diagnózu: Vaskulární demenci je

Z výsledků, které jsem vyhodnotila pomocí odpovědí, je zřejmé, že se na území České republiky, v 29 zařízeních nachází zhruba 116 klientů, u kterých byla lékařem diagnostikovaná Vaskulární demence jakožto primární onemocnění.



Graf č. 7 – Počet klientů s Vaskulární demencí

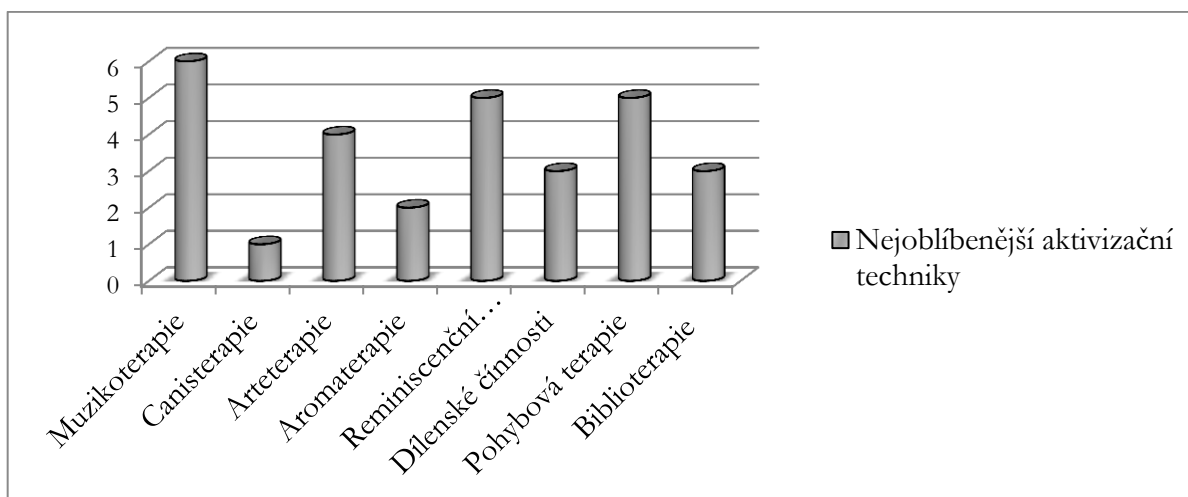
Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Otázka č. 7

Znění otázky: *Subjektivně hodnoceno (terapeutem): Nejoblíbenější aktivizační metodou těchto klientů (s VD) je: (zhodnoťte dle účasti klientů s VD).*

Muzikoterapie	6
Canisterapie	1
Arteterapie	4
Aromaterapie	2
Reminiscenční terapie	5
Díleenské činnosti	3
Pohybová terapie	5
Biblioterapie	3

Tab. č. 10 – Nejoblíbenější aktivizační techniky klientů s VD



Graf č. 8 - Nejoblíbenější aktivizační techniky klientů s VD

Závěr:

Z výzkumného šetření vyplývá, že: v 6 zařízeních je neoblíbenější technikou muzikoterapie, v 1 zařízení canisterapie, arteterapie ve 4, aromaterapie je oblíbená ve 2 zařízeních. Druhou nejoblíbenější terapií, v 5 zařízeních, je reminiscenční terapie a pohybová terapie, díleenské činnosti jsou nejoblíbenější ve 3 zařízeních, stejně tak jako biblioterapie.

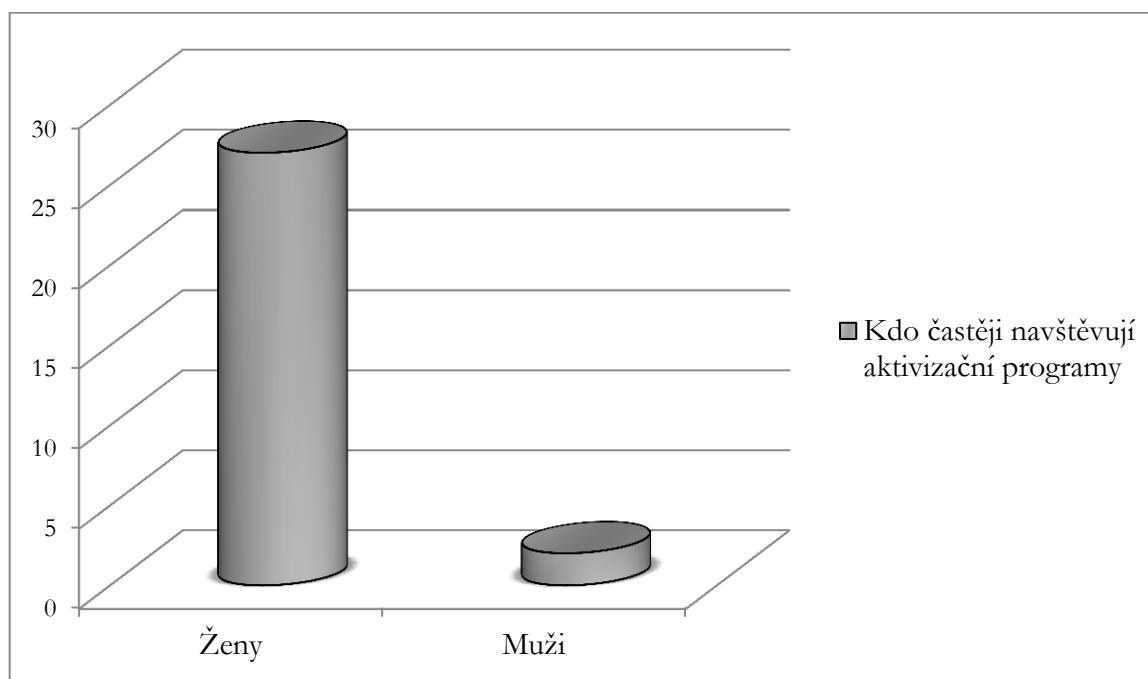
Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Otázka č. 8

Znění otázky: Na aktivizační programy častěji dochází ženy či muži (s diagnostikovanou VD).

Docházející:	
Ženy	Ve 27 případech
Muži	Ve 2 případech

Tab. č. 11 – Kdo častěji navštěvuje aktivizační programy



Graf č. 9 – Kdo častěji navštěvuje aktivizační programy

Závěr:

Z dotazníkového šetření je patrné že ve 27 zařízeních pravidelně navštěvují ženy aktivizačních programy častěji, než muži, kdy, jejichž účast je jen ve 2 zařízeních vyšší než u žen s VD.

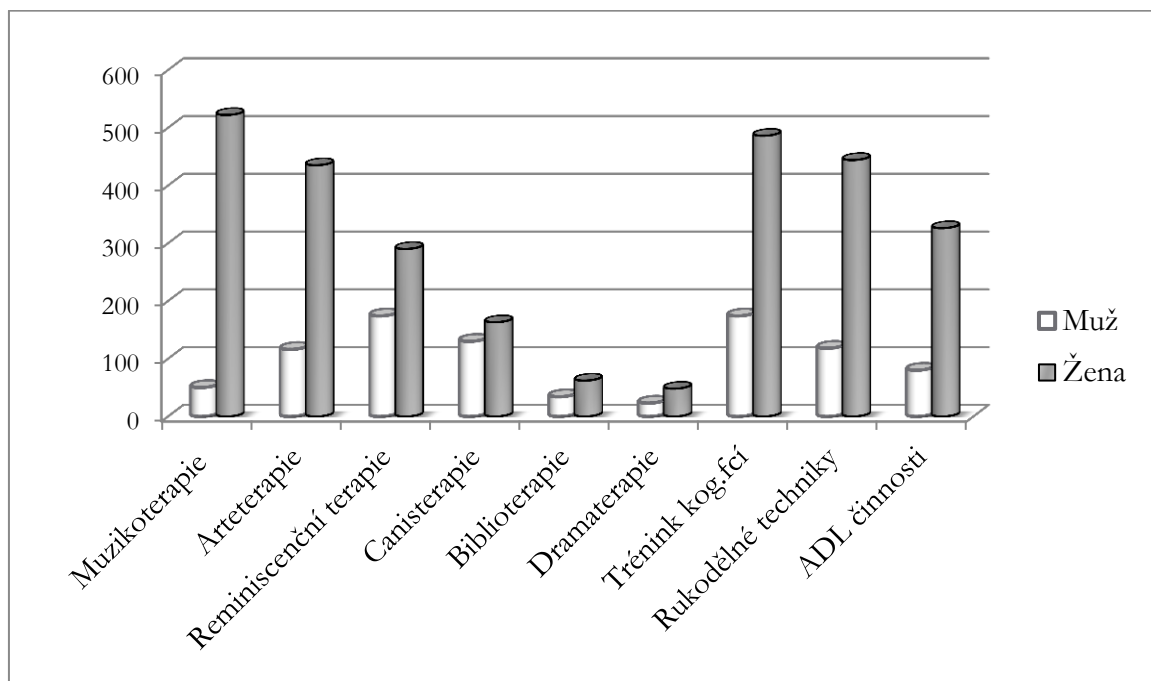
Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Otázka č.9

Znění otázky: Zapište do tabulky počet klientů, kteří pravidelně navštěvují danou aktivizační metodu /popř. dopište terapii, která je u Vás na pracovišti prováděna a není v seznamu/.

Aktivizační technika	Muž	Žena
Muzikoterapie	50	522
Arteterapie	116	435
Reminiscenční terapie	174	290
Canisterapie	130	163
Biblioterapie	34	62
Dramaterapie	23	48
Trénink kognitivních funkcí	175	486
Rukodělné techniky	118	444
ADL činnosti	80	326

Tab. č. 12 – Pravidelná návštěvnost klientů



Graf č. 10 - Pravidelná návštěvnost klientů

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Závěr:

Z dotazníkového šetření vyplývá, že v 29 zařízeních navštěvují klienti a klientky aktivizační programy následovně: Muzikoterapii – 50 mužů, 522 žen. Arteterapii – 116 mužů, 435 žen. Reminiscenční terapii – 174 mužů, 290 žen. Canisterapii – 130 mužů, 163 žen. Biblioterapii – 34 mužů, 62 žen. Dramaterapii – 23 mužů, 48 žen. Trénink kognitivních funkcí – 175 mužů, 486 žen. Rukodělné techniky (včetně dílenských činností) – 118 mužů, 444 žen. ADL činnosti 80 mužů, 326 žen.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

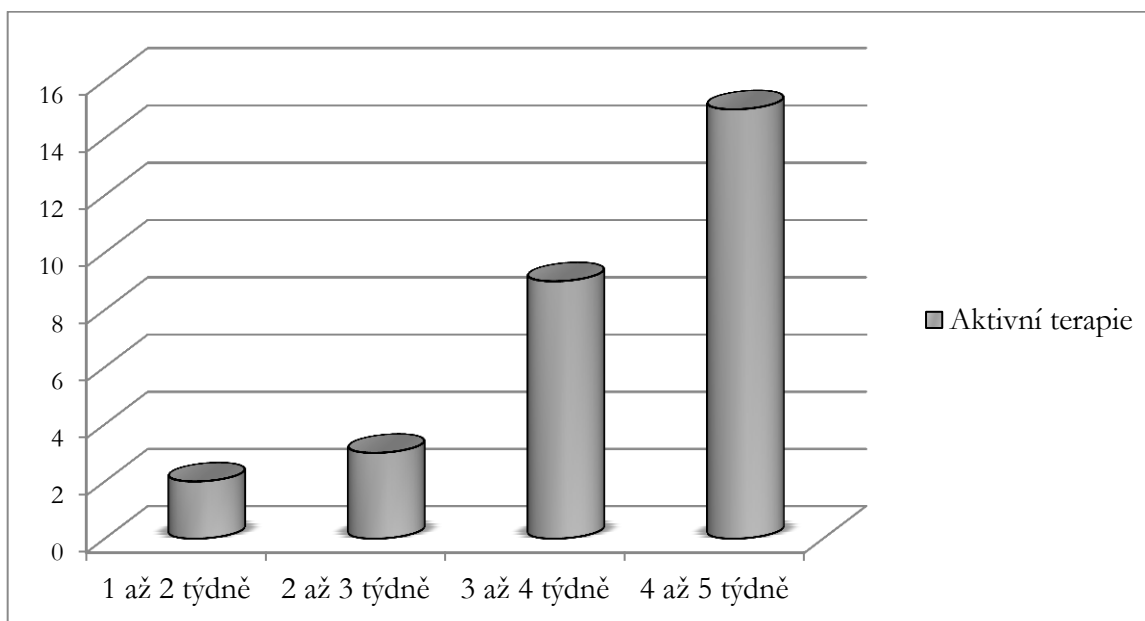
Otázka č. 10

Znění otázky: *Kolikrát se během týdne s klienty setkáte za účelem aktivní aktivizace?*

/klient navštíví místnost určenou pro Ergoterapii a podílí se na Vámi předem připravených činnostech/.

Aktivní terapie	
1 až 2 týdně	2
2 až 3 týdně	3
3 až 4 týdně	9
4 až 5 týdně	15

Tab. č. 13 – Aktivní terapie



Graf č. 11 – Aktivní terapie

Závěr

Z 29 výpovědí se dá usoudit, že aktivní aktivizace probíhala na pracovištích nejčastěji 4 až 5 týdně, což bylo v 15 zařízeních. V 9 zařízeních probíhala 3 až 4 týdně. Dvakrát až třikrát se klienti scházeli ve 3 zařízeních. Pouze ve dvou zařízeních se klienti scházeli 1 až 2 týdně.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

16 RESUMÉ

16.1 Kazuistiky

Ze pracovaných kazuistiky vyplývá následující:

- U klientů popisovaných v kazuistikách č. I. – č. III. se podařilo terapií ovlivnit psychický stav, zlepšit jejich soběstačnost a to na základě aktivní spolupráce.
- U klienta popisovaného v kazuistice č. IV. nebylo zlepšení patrné z důvodu nezájmu o terapii. Zde by byla vhodná dlouhodobější spolupráce a motivace klienta.

16.2 Dotazníkové šetření

Z dotazníkového šetření, kdy návratnost činila 29 z 50 rozeslaných, vyplývá následující:

- V ústavních zařízeních pro seniory nejčastěji pracují ergoterapeuti a to především ženského pohlaví
- V zařízeních se nejčastěji nacházejí klienti v počtu od 50 do 70
- Nejstarším klientům, kteří pravidelně navštěvují terapie je od 80 do 90 let
- Nejmladší klient navštěvující terapie se nachází ve věkovém rozmezí od 70 – 80 let.
- Nejčastější diagnózou vyskytující se v zařízeních je Cévní mozková příhoda
- Ve 29 zařízeních se nachází 116 klientů s potvrzenou Vaskulární demencí
- Terapeuti se shodli, že nejoblíbenější aktivizační metodou klientů s Vaskulární demencí je muzikoterapie, či její prvky
- Aktivizační programy, častěji navštěvují ženy
- Nejnavštěvovanější aktivizační program u mužů je trénink kognitivních funkcí, u žen je to muzikoterapie
- Terapeuti se nejčastěji se svými klienty setkávají 4 – 5x týdně

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

17 DISKUSE

Z vlastní zkušenosti vím, že práce s lidmi je mnohdy obtížnější než kterékoliv jiné zaměstnání. Výjimkou proto není ani práce ergoterapeuta v zařízeních určených geriatrickým klientům. V rámci praxí ať na střední či vysoké škole, jsem měla možnost poznat několik zařízení pro seniory, což mne oslovalo na tolik, že jsem si pro svou Bakalářskou práci zvolila dané téma, které se zabývá efektem aktivizačních programů, jenž by dle mého názoru měly posilovat, nebo alespoň udržovat soběstačnost seniorů v ústavní péči.

Člověk je bio-psycho-sociální jednotka. Fyzická stejně tak jako duševní stránka by měla být proto udržována na stejné úrovni co se týče soběstačnosti. Pokud tomu tak není, roli přebírá Multidisciplinární tým (17), včetně ergoterapeuta. Ergoterapeut má za úkol co nejvhodnějším způsobem kompenzovat ztráty soběstačnosti.

Souhlasím s Mgr. Kozákovou (20), že v rámci soběstačnosti je důležité se zaměřit především na: **sebeobsluhu** (dovednosti spojené s osobní hygienou, oblékáním, stravováním), **každodenní činnosti** (dovednosti spojené se samostatným životem), **lokomoci** (pohyb a přemísťování), **komunikaci** (dovednosti nutné k dorozumívání, ke schopnosti sdělit své potřeby okolí a porozumět požadavkům okolí). Proto jsem se při výzkumu své Bakalářské práce zaměřila na soběstačnost klientů v ÚP. Sledovala jsem čtyři klienty (dvě ženy, dva muže) při sebeobsluze, při každodenních činnostech, při lokomoci a také při komunikaci. Při podrobném zkoumání jsem objevila nedostatky, které jsem se jako budoucí ergoterapeut snažila eliminovat pomocí kompenzačních přístupů – bylo-li to nutné (vymýšlení pomůcek, které by napomáhaly ke zlepšení problémové oblasti), či za pomoci motivace. Snažila o zaktivizování zbývajícího potencionálu klientů, který jsem následně využívala v činnosti, jenž měla podpořit soběstačnost klienta (návlek oblékání, LVS, trénink kognitivních funkcí). Ve třech případech (viz Kazuistika č. I až č. III) se motivační proces prokázal jako vhodný a došlo ke zlepšení psychického stavu klientů.

Při aplikaci aktivizačních technik na klienty jsem zaznamenala zlepšení, které pozitivně ovlivnilo soběstačnost. Aplikované techniky jsem vybírala individuálně na

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

základě slabých stránek, problémových oblastí či zájmů klientů. Pro hypotézu č. 1 jsem si zvolila výzkum, který byl prováděn pomocí kazuistik.

Znění hypotézy č.1: *Předpokládám, že při aplikaci aktivizačních technik nedochází ke zhoršení soběstačnosti seniorů v ÚP.*

Kazuistika č. I. Žena, která žije v DpS od roku 2009, aktivně nikdy nenavštěvovala aktivity DpS. **Problémové oblasti:** inkontinence moči a stolice, potíže s oblékáním, potíže s osobní hygienou, psychická bariéra bránící chůzi do schodů, kognitivní poruchy, deprese ovlivňující psychiku klientky, problémy v sociální oblasti – navazování sociálních kontaktů, žádní přátelé, izolace. **Aplikované techniky:** modelové situace ADL a pADL – nácvik hygieny, nácvik oblékání. Při zlepšení v rámci ranní LVS – instruktáž při hygieně. Pečení vánočního cukroví – pouze slovní instruktáž. Prvky muzikoterapie – procvičování dlouhodobé paměti (opakování textů písní), zlepšování artikulace. Trénink kognitivních funkcí. Kompenzační přístup použit v rámci orientace v datu, kdy jsem klientce pořídila kalendář, dle kterého se snaže orientovala ve dni, měsíci, roce. **Hodnocení:** Došlo ke zlepšení psychického stavu klientky. Klientka se rozhodla navštěvovat program DpS (viz příloha č. 6), což je pozitivní, jak pro psychický stav klientky, tak pro soběstačnost, kterou si tím klientka udrží, jelikož dojde k posilování a motivování: komunikačních schopností, lokomočních schopností, každodenních činností a v neposlední řadě samoobslužných činností. Zlepšení se podařilo dosáhnout v oblasti ADL – chůze do schodů, podařilo se potlačit strach klientky a postupným nácvikem klientka zvládla s pomocí (terapeuta a vycházkové hole) vystoupat 30 schodů – 1 patro.

Kazuistika č. II. Muž, který žije v DpS od roku 2011 (červenec). Klient aktivně a pravidelně navštěvuje nabízené činnosti DpS. **Problémové oblasti:** potřebný dohled při oblékání, dohled při koupání a osobní hygieně, občasná inkontinence moče a stolice – nutné připomínání personálu, chůze po schodech s pomocí, chůze po rovině nad 50m dopomoc. Potíže s udržením pozornosti, poruchy paměti, dezorientace datem, místem pobytu, potíže s matematickými operacemi. **Aplikované techniky:** nácvik soběstačnosti v oblasti ADL – oblékání, osobní hygiena, lokomoce. Trénink kognitivních funkcí – zaměření na procvičování paměti, orientaci a matematické operace. **Hodnocení:** Výsledky testovaného klienta jsou mírně zhoršené, ne však z důvodu špatného vlivu aktivizačních programů na

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

klienta, nýbrž úrazem, který se klientovi v době spolupráce přihodil. Jelikož se úraz stal na PHK (PHK je dominantní), objevily se značné problémy v oblasti sebeobsluhy a soběstačnosti (asistence při koupání – předcházení znehodnocení sádrového obvazu, oblékání, osobní hygieně). Klientův psychický stav byl nadále ideální pro navštěvování aktivizačních programů DpS a nepřipouštěl si jakékoliv znevýhodnění oproti ostatním uživatelům DpS.

U kazuistiky č. II je pozorovatelné, k jakým změnám ve stáří dochází. Je lékařsky podloženo, že u osob seniorského věku dochází ke zlomeninám, či nějakým úrazům, traumatům častěji než u vývojově mladší populace. (6)

Kazuistika č. III. Žena, která žije v DpS od roku 2010. Klientka pravidelně navštěvuje nabízené aktivity DpS. **Problémové oblasti:** občasná inkontinence moči a stolice, potíže s oblékáním (pokud je oděv připravený, klientka si jej obleče bez potíží, problémy činí zvolit si vhodný oděv), dezorientace dnem a místem, potíže s matematickými operacemi. **Aplikované techniky:** Po domluvě s fyzioterapeutem v rámci LTV – cviky na posílení pánevního dna, čímž se dá úspěšně předcházet mikci. Aplikován přístup ADL a IADL – výběr vhodného oděvu, modelové činnosti – pečení, vaření, úklid. V rámci reminiscenční terapie jsme navštívili Náměstí republiky města Plzně, kdy si klientka připomněla vzhled této části města, vzhledem k tomu, že zrovna probíhaly Martinské trhy, mohly jsme s klientkou využít prvky muzikoterapie při zazpívání si Vánočních koled a poslechu dobové hudby. Během kondiční ergoterapie probíhal trénink kognitivních funkcí a procvičování matematických operací. **Hodnocení:** Výsledky jednotlivých testů jsou identické se vstupním vyšetřením.

V rámci aktivizační programů s ohledem na soběstačnost nejde jen o zlepšení stavu klienta, ale také o udržení stavu. Udržení určité hranice je stejně náročné, jako zlepšení hranice samotné. Proto považuji u osob seniorského věku, kdy tělesné schéma není tak aktivní a přizpůsobivé jako u vývojově mladšího člověka, za úspěch, že dokáží udržet svůj stav v určitém stupni soběstačnosti. Mou myšlenku mi potvrzuje Mgr. Hátlová ve své knize *Kinezioterapie demencí* (16), kdy popisuje fakt, že ke zmírnění následků a rozvoji příznaků demence přispívá: stálý denní režim, pravidelná aktivizace, trénink kognitivních funkcí a dobrý psychický stav klienta.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Kazuistika č. IV. Muž, který žije v DpS od roku 2010. Klient nemá zájem o jakékoliv činnosti a nikdy nenavštěvoval aktivity, které nabízí DpS. **Problémové oblasti:** problémy se zvolením vhodného oděvu, udržování čistoty kolem sebe, nutnost asistence při hygieně a koupání, inkontinence moči a stolice (dle pracujícího personálu v DpS má klient potíže pouze s mikcí, inkontinence stolice je prý z důvodu pohodlnosti klienta – „když už plenu má, proč ji nevyužít“). Potíže s chůzí do schodů. **Aplikované techniky:** U tohoto klienta jsem se snažila převážně o resocializaci, jelikož klient velmi špatně spolupracoval s personálem DpS, jeho reakce na mne byla podobná. Terapie byly nepravidelné (z důvodu odmítání klienta spolupracovat) a zaměřené především na soběstačnost (v rámci osobní hygieny – s ohledem k problémovým oblastem zcela vyhovující). U všech prováděných činností byla nutná asistence a instruktáž terapeuta (po celou dobu výzkumu). **Hodnocení:** u klienta nedošlo k žádnému zlepšení. Naopak se klient zhoršil v testované soběstačnosti – klient udával závratě při chůzi, tudíž nemohl lokomoci provádět samostatně, ale pouze s asistencí.

Kazuistika č. IV nás upozorňuje na pravidlo, které by se mělo stát pro každého terapeuta během všech terapií zásadní. Klienta nesmíme do žádné terapie nutit. Klienta musíme motivovat, aby on sám získal potřebu činnost vykonávat. K tomu je ovšem zapotřebí delší časový úsek. Věřím, že kdyby má spolupráce s klientem uvedeným v kazuistice č. IV byla delší, byla by možnost rozvoje a spolupráce vyšší a lepší.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

V mé práci byly stanoveny další dvě hypotézy. Tyto hypotézy jsem se rozhodla ověřit na základě dotazníkového šetření, kdy jsem obeslala 50 náhodně vybraných domovů pro seniory. Z 50 dotazovaných zařízení se mi dostalo pouze 29 odpovědí, tento fakt mne poněkud znepokojil. Předpokládala jsem, že pokud je člověk pracující v sociálně – zdravotnické sféře a často je přezdíván „pomáhající profese“ nebude pro něj problém vyplnit stručný dotazník, který obsahuje pouze 10 otázek a bude sloužit pro výzkum v oblasti, v které se profesně pohybují. Pro více jak 40% respondentů to však problém byl. Musela jsem se tedy spokojit s 29 respondenty, kteří byli ochotni podílet se na výzkumu mé Bakalářské práce.

Znění hypotéz:

Hypotéza č. 2. Předpokládám, že nejčastěji používanou aktivizační technikou v ÚP je muzikoterapie, či její prvky.

Hypotéza č. 3. Předpokládám, že ženy navštěvují aktivizační techniky častěji než muži.

Dotazník byl koncipován, tak aby bylo patrné, jaké pohlaví terapeuta s klienty častěji pracuje, jak často se klientům terapeut věnuje, kolik klientů terapie navštěvuje, jak jsou klienti přibližně staří, či které terapie jsou oblíbené a které méně.

Z dotazníkového šetření, kdy návratnost byla 29 z 50 rozeslaných, vyplývá následující: v ústavních zařízeních pro seniory nejčastěji pracují ergoterapeuti - nejčastěji ženského pohlaví, v 16 případech. V zařízeních je nejčastěji 50 až 70 klientů, věk nejstarších se pohybuje v rozmezí 80 až 90 let, nejmladším klientům je 70 až 80 let. Nejčastější diagnózou vyskytující se v zařízeních je cévní mozková příhoda. Ve 29 zařízeních se nachází 116 klientů s potvrzenou vaskulární demencí. Terapeuti se shodli, že nejoblíbenější aktivizační metodou klientů s vaskulární demencí je muzikoterapie, či její prvky. Aktivizační programy, častěji navštěvují ženy. Nejnavštěvovanější aktivizační program u mužů je trénink kognitivních funkcí, u žen je to muzikoterapie. Terapeuti se nejčastěji se svými klienty setkávají 4 – 5x týdně.

Přiznávám, že podobný výsledek šetření jsem očekávala. Za sedm let studia (střední a vysoká škola) jsem absolvovala několik desítek praxí. Většina z nich se odehrávala právě

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

v zařízeních pro seniory, proto jsem dotazník sestavila tak, abych sama sobě potvrdila své domněnky. Jelikož jsem nenašla odpovídající literaturu, která by mé domněnky, výzkum (hypotézy č. 2 a č. 3) potvrdila či vyvrátila a můj výzkumný vzorek je nepatrný, není možné brát toto tvrzení jako jednoznačné a platící pro všechna zařízení, kde se nachází osoby seniorského věku.

Informace, které jsem získala zpracováváním tohoto tématu, jsou pro mne zajímavé a cenné. Přesvědčily mne o tom, že člověk, který chce napomáhat a být účasten léčebného procesu, musí perfektně ovládat teorii a mít širokouhý přehled. Avšak bez praktických dovedností, logického úsudku a představivosti by ergoterapeut nemohl být. Povolání ergoterapeuta je přímo závislé na kreativitě, emocionalitě a empatii, což u geriatrických pacientů platí obzvláště.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

18 ZÁVĚR

K narušení soběstačnosti dochází u seniorů přirozeně věkem. Proto jsem zúžila okruh výběru na klienty s vaskulární demencí. Po pečlivém teoretickém prostudování, do kterého jsem zahrнула seniory, vaskulární demenci, soběstačnost, aktivizačních techniky jsem se přesunula do části výzkumné. Stanovila jsem si cíl práce. Sestavila jsem 3 hypotézy, na základě kterých jsem zvolila typy výzkumu. Výzkum jsem prováděla na základě mnou zvolených hypotéz.

První část výzkumu se týkala hypotézy č. 1 (*Předpokládám, že při aplikaci aktivizačních technik nedochází ke zhoršení soběstačnosti seniorů v ÚP*), kdy jsem si tuto hypotézu zcela potvrdila kazuistikou č. I až č. III. Kazuistika č. IV se pro špatnou spolupráci s klientem nedá zahrnout do výzkumné části.

Hypotézu č. 2 (*Předpokládám, že nejčastěji používanou aktivizační technikou v ÚP je muzikoterapie, či její prvky*) jsem si potvrdila na základě dotazníkového šetření, kdy návratnost činila 29 vrácených dotazníků z rozeslaných 50 dotazníků.

Hypotéza č. 3 (*Předpokládám, že ženy navštěvují aktivizační techniky častěji než muži*) se mi potvrdila na základě dotazníkového šetření, kdy návratnost činila 29 dotazníků z rozeslaných 50 dotazníků.

Jsem si vědoma toho, že pro výzkumné šetření byl použit malý výzkumný vzorek. Avšak jsem přesvědčena, že pro zpracování tématu, načerpání informací a zřehlednění aktivizačních programů je zcela vyhovující.

Závěrem bych chtěla poznamenat, že se mi podařilo splnit veškeré cíle a požadavky práce.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

19 LITERATURA A PRAMENY

- (1) KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80—247-0548-6.
- (2) PACOVSKÝ, Vladimír. *Klinická gerontologie. Zvláštnosti chorob ve stáří*. In.: *Vnitřní lékařství*. Martin: Osveta, 1993. ISBN 80-217-0558-2.
- (3) ČORNANIČOVÁ, Rozália. *Edukácia seniorov – Vznik, rozvoj, podnety pre geragogiku*. Bratislava: Vydavateľstvo UK Bratislava, 1998. ISBN 80-223-1206-1.
- (4) KOLDINSKÁ, Kristina. *Sociální právo*. Praha: C. H. Beck, 2007. ISBN 978-80-7179-620-6.
- (5) JIRÁK, Roman; HOLMEROVÁ, Iva; BORZOVÁ, Claudia a kolektiv. *Demence a jiné poruchy paměti*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
- (6) PACOVSKÝ, Vladimír; HEŘMANOVÁ, Hana. *Gerontologie*. Praha: Avicenum., 1981, str. 119. ISBN 80-044-81.
- (7) LANGMAIER, Josef; KREJČÍROVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195.
- (8) PACOVSKÝ, V., HEŘMANOVÁ, H. *Gerontologie*. 1. vydání. Praha: Avicenum., 1981, str. 81. ISBN 08-044-81.
- (9) HAMILTON, Stuart. *The Psychology of Ageing*: London: Jessica Kingsley Publishers 2006. ISBN 1843104261.
- (10) LANGMAIER, Josef; KREJČÍROVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195.
- (11) JIRÁK, Roman; KOUKALÍK, František. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén 2004. ISBN 80-7262-268-4.
- (12) HOLMEROVÁ, Iva; JAROLIMOVÁ, Eva a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum 2007. ISBN 978-80-254-0177-4.
- (13) TOPINKOVÁ, Eva. *Jak správně a včas diagnostikovat demenci – manuál pro klinickou praxi*. Praha: UCB Pharma, s.r.o., 1999. ISBN 80-238-4913-1.
- (14) TOPINKOVÁ, *Jak správně a včas diagnostikovat demenci – manuál pro klinickou praxi*, Praha: UCB Pharma, s. r. o., 1999. ISBN 80-238-4913-1, str. 30.
- (15) Presentace: DOSTÁL, Václav. *Vaskulární demence*.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

- (16) HÁTLOVÁ, Běla; SUCHÁ, Jitka. *Kinezioterapie demencí*. Praha: Triton, 2005. ISBN – 80-7254-564-7 str. 27.
- (17) Materiály: ŠRYTROVÁ, Michaela. *Ergodiagnostika*
- (18) MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Zákon o sociálních službách* [online]. Praha. S účinností od 1.1.2007 [cit. 2011-11-29]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/>>.
- (19) ČESKÝ HELSINSKÝ VÝBOR. *Organizace zabývající se problematikou seniorů* [online]. Praha. Posl. úpravy 10.9.2010 [cit. 2011-28-11]. Dostupné z WWW:<<http://www.helcom.cz/>>.
- (20) KOZÁKOVÁ, Zdeňka; MÜLLER, Oldřich. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006 ISBN 80-244-1552-6 str. 38-39.
- (21) PORTÁL O CANISTERAPII, SPOLEČNOST PODANÉ RUCE, o.s. *O canisterapii* [online]. Frýdek Místek. Posl. úpravy 2008 [cit. 2011-12-6]. Dostupné z WWW:<<http://www.canisterapie.info/>>.
- (22) EPONA – HIPOREHABILITACE. *Hiporehabilitace* [online]. Brno. [cit. 2011-12-6]. Dostupné z WWW:< <http://www.hipoterapie.cz/>>.
- (23) KANTOR, Jiří; LIPSKÝ, Matěj; WEBER Jana. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9 str. 21.
- (24) BRUSCIA, Kenneth. *Case studies in music therapy*. Phonixville: Barcelona Publishers, 1991. ISBN 978-1-891278-60-0.
- (25) KANTOR, Jiří; LIPSKÝ, Matěj; WEBER Jana. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2846-9 str. 26.
- (26) MUSIC THERAPY WORLDWIEDE. *Muzikoterapie* [online]. United States. Posl.úpravy: 2012. [cit. 2012-35]. Dostupné z WWW: <<http://www.wfmt.info/WFMT/Home.html>>.
- (27) FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-408-3 str.11.
- (28) POGÁDY, Jozef a kol. *Detská kresba v diagnostike a v liečbe*, Bratislava: SAP 1993. ISBN 80-85665-07-7.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

- (29) HORŇÁKOVÁ, Marta. *Liečebná pedagogika*. Bratislava: Perfekt, 1999. ISBN 80-8046-126-0.
- (30) LIEBMAN, Marian. *Art therapy with offenders*. Amazon: Jessica Kingsley, 1994. ISBN-13 978-1853021718.
- (31) Hanna, J. (1990). *Anthropological perspectives for dance/movement therapy*. American Journal of Dance Therapy,
- (32) PAYNEOVÁ, Helen. *Kreativní pohyb a tanec*. Praha: Portál, 1999. ISBN 978-80-7367-887-6, str.18.
- (33) ČÍŽKOVÁ, Klára. *Tanečně – pohybová terapie*. Praha: Triton, 2055. ISBN 80-7254-547-7, str. 36.
- (34) VYMĚTAL, Jan. *Psychoterapie – pomoc psychologickými prostředky*. Praha: Horizont, 1987. ISBN 80-701-200-45 str. 47.
- (35) VÁŠOVÁ, Lidmila; ČERNÁ, Milena. *Bibliopedagogika*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. ISBN 800424503X.
- (36) KRUSZEWSKI, Tomasz. *Biblioterapie - léčba četbou*. Čtenář: Měsíčník pro knihovny, 2008, roč. sv. 60.
- (37) ODBORNÝ ČTVRTLETNÍK PRO MANEGMENT ÚSTAVŮ SOCIÁLNÍ PÉČE. *Rezidentní péče*. Praha: 1březen, 2008, 4. ročník. ISSN 1801-8718.
- (38) ViaFit s.r.o NESTÁTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ. *Kognitivně – behaviorální terapie* [online]. Brno 2011. [cit. 2012-2-7]. Dostupné z WWW:<<http://www.viafit.cz/clanek/001-kognitivne-behavioralni-terapie/>>.
- (39) PFEIFER, Jan. *Ergoterapie II – učebnice pro zdravotnické školy*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0004-0 str. 146.
- (40) PFEIFER, Jan. *Ergoterapie II – učebnice pro zdravotnické školy*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0004-0 .

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

20 PŘÍLOHY

Příloha 1 – Doplnující testování ke kazuistice č. 1

Barthelův test všedních činností (ADL)

Datum vyšetření

Činnost	Úroveň schopností	Datum vyšetření		
		Rok 2009	5.12. 2011	5.1. 2012
1. najedení, napití	Samostatně bez pomoci 10	10	10	10
	S pomocí krájení, mazání 5			
	Neprovede 0			
2. oblékání	Samostatně bez pomoci 10	10		
	S pomocí 5		5	5
	Neprovede 0			
3. koupání	Samostatně nebo s pomocí 5	5	5	5
	Neprovede 0			
4. osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí 5	5	5	5
	Neprovede 0			
5. kontinence moči	Plně kontinentní 10			
	Občas inkontinentní 5	5		
	Inkontinentní, katetrizován 0		0	0
6. kontinence stolice	Plně kontinentní 10			
	Občas inkontinentní 5	5		
	Inkontinentní 0		0	0
7. použití WC	Samostatně bez pomoci 10			
	S pomocí 5	5	5	5
	Neprovede 0			
8. přesun lůžko- židle	Samostatně bez pomoci 15	15	15	15
	S malou pomocí 10			
	S větší pomocí 5			

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

	Neprovede	0			
9. chůze po rovině	Samostatně nad 50m	15	15		
	S pomocí nad 50 m	10		10	10
	Na vozíku 50 m	5			
	Neprovede	0			
10. chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10	10		
	S pomocí	5			5
	Neprovede	0		0	
	Skóre:		85	55	60

Zhodnocení:

Testování z roku 2009 – Skóre 85 – lehká závislost - problémové oblasti: občasná inkontinence moči a stolice, samostatné použití WC – pouze po připomenutí personálem.

Testování 28.11.2011 – Skóre 55 – závislost středního stupně - problémové oblasti: inkontinence moče a stolice, potíže s oblékáním, chůze do schodů – ze strachu z pádu nepoužívala schody, i když její fyzický stav byl zcela vyhovující.

Testování 5.1.2012 – Skóre 60 – závislost středního stupně - problémové oblasti: inkontinence moče a stolice, potíže s oblékáním.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Funkční míra nezávislosti (Functional Independence Measure - FIM)

Úrovně	
7 úplná soběstačnost (opakovaně a bezpečně)	<i>Bez pomoci</i>
6 částečná soběstačnost	
Částečná závislost	<i>S pomoci</i>
5 potřebný dohled	
4 minimální pomoc (pacient= 75% +)	
3 mírná pomoc (pacient= 50% +)	
Úplná závislost	
2 výrazná pomoc (pacient = 25% +)	
1 úplná pomoc (pacient = 0% +)	

1. Soběstačnost	5.11.2011	5.1.2012
Jídlo	7	7
Česání	5	5
Koupání	4	4
Oblékání horní poloviny těla	5	5
Oblékání dolní poloviny těla	5	5
Umývání	4	4
2. Kontrola kontinence		
Kontinence močového měchýře	0	0
Kontinence konečníku	0	0
3. Mobilita		
Přesuny- postel, stolička, vozík	7	7
WC	7	7
Vana, sprcha	7	7
4. Lokomoce		
Chůze, vozík	6	6

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Schody	0	4
5. Komunikace		
Vnímání	6	6
Vyjadřování	5	5
6. Sociální adaptabilita		
Sociální zabezpečení	5	5
Řešení problémů	3	3
Paměť	3	3

Zhodnocení:

Testování 28.11.2011 - pohybová dovednost: 57/91. Problémové oblasti – kontinence, mytí, oblékání, lokomoce, chůze do schodů. **Psychické funkce: 22/35.** Problémové oblasti – sociální kontakt, řešení problémů.

Testování 5.1.2012 - pohybová dovednost: 61/91. Problémové oblasti – kontinence, mytí, oblékání, lokomoce. **Psychické funkce: 22/35.** Problémové oblasti – sociální kontakt, řešení problémů.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

MMSE	Datum vyšetření	5.11.2011	5.1.2012
1. Orientace	Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1b.		
a)	Který je teď rok?	0	0
b)	Které je roční období?	1	0
c)	Můžete mi říct dnešní datum?	0	1
d)	Který je den v týdnu?	1	1
e)	Který je teď měsíc?	1	0
f)	Ve kterém jsme státě?	0	0
g)	Ve které jsme zemi?	1	1
h)	Ve kterém jsme městě?	1	1
i)	Jak se jmenuje toto zařízení?	0	0
j)	Ve kterém jsme poschodí?	0	0
2. Vštípivost	Vyšetřující jmenuje tři předměty (lopata, šátek, váza) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí se započítá jeden bod. Jestliže pacient nereprodukuje všechny, 3, opakujte je tak dlouho, dokud se je nenaučí.	3	3
3. Pozornost a počítání	Vyzvěte nemocného, aby od čísla 100 odečítal stále číslo 7 (93, 86, 79, 72, 65). Skončete po 5 odečtech. Za každou správnou odpověď hodnotíte 1 bodem.	2	3
4. Výbavnost	Vyzvěte nemocného, aby opakoval 3 slova, která si měl zapamatovat. 1 bod za každou správnou odpověď.	2	2
5. Řeč, komunikace a konstrukční			

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

schopnosti			
a)	Ukažte nemocnému dva předměty (tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Za správnou odpověď po jednom bodu.	2	2
b)	Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval „Žádná ale, jestliže a kdyby“. Správné opakování hodnotíte jedním bodem.	1	1
c)	Dejte nemocnému třístupňový příkaz (vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho napůl a položte na podlahu). Za každý správně provedený stupeň započítejte 1 bod.	2	2
d)	Dejte nemocnému přečíst kartu s nápisem „zavřete oči“. Započítejte jeden bod za zavření očí.	1	1
e)	Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod, pouze jsou-li zachovány všechny úhly a průtnutí vytváří čtyřúhelník.		
		0	0
Celkové skóre		18	18
Skóre 23 bodů a nižší svědčí pro kognitivní poruchu.			

Zhodnocení:

Testování 28.11.2011 – skóre 18b – problémové oblasti: dezorientace dnem, datem, měsícem, zemí, poruchy paměti a pozornosti, porucha matematických operací.

Testování 5.1.2012 – skóre 18b – problémové oblasti: dezorientace dnem, datem, měsícem, zemí, poruchy paměti, porucha matematických operací.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Příloha 2 – Doplnující testování ke kazuistice č. 2

Barthelův test všedních činností (ADL)

Datum vyšetření

Činnost	Úroveň schopností	Datum vyšetření		
		Rok 2011	2.12. 2011	4.1. 2012
1. najedení, napití	Samostatně bez pomoci 10	10	10	10
	S pomocí krájení, mazání 5			
	Neprovede 0			
2. oblékání	Samostatně bez pomoci 10			
	S pomocí 5	5	5	5
	Neprovede 0			
3. koupání	Samostatně nebo s pomocí 5	5	5	
	Neprovede 0			0
4. osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí 5	5	5	
	Neprovede 0			0
5. kontinence moči	Plně kontinentní 10			
	Občas inkontinentní 5	5	5	5
	Inkontinentní, katetrizován 0			
6. kontinence stolice	Plně kontinentní 10			
	Občas inkontinentní 5	5	5	5
	Inkontinentní 0			
7. použití WC	Samostatně bez pomoci 10			
	S pomocí 5	5	5	5
	Neprovede 0			
8. přesun lůžko- židle	Samostatně bez pomoci 15			
	S malou pomocí 10	10	10	10
	S větší pomocí 5			
	Neprovede 0			
9. chůze po rovině	Samostatně nad 50m 15			

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

	S pomocí nad 50 m	10	10	10	10
	Na vozíku 50 m	5			
	Neprovede	0			
10. chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10			
	S pomocí	5	5	5	5
	Neprovede	0			
	Skóre:		65	65	55

Zhodnocení:

Testování z roku 2011 – Skóre 65 – lehká závislost - problémové oblasti: občasná inkontinence moči a stolice, dohled při přesunech – prevence pádů, dohled a menší dopomoc při mytí a hygieně.

Testování 2.11.2011 – Skóre 65 - lehká závislost - problémové oblasti: občasná inkontinence moči a stolice, dohled při přesunech – prevence pádů, dohled a menší dopomoc při mytí, hygieně a oblékání.

Testování 4.1.2012 – Skóre 55 – závislost středního stupně - problémové oblasti: inkontinence moče a stolice, potíže s oblékání, z důvodu zasádrování PHK je nutná dopomoc při koupání, mytí a hygieně – aby nedošlo k poničení fixace PHK klienta.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Funkční míra nezávislosti (Functional Independence Measure - FIM)

Úrovně	
7 úplná soběstačnost (opakovaně a bezpečně)	<i>Bez pomoci</i>
6 částečná soběstačnost	
Částečná závislost	<i>S pomoci</i>
5 potřebný dohled	
4 minimální pomoc (pacient= 75% +)	
3 mírná pomoc (pacient= 50% +)	
Úplná závislost	
2 výrazná pomoc (pacient = 25% +)	
1 úplná pomoc (pacient = 0% +)	

1. Soběstačnost	2.12.2011	4.1.2012
Jídlo	7	7
Česání	6	6
Koupání	4	3
Oblékání horní poloviny těla	5	4
Oblékání dolní poloviny těla	4	4
Umývání	5	3
2. Kontrola kontinence		
Kontinence močového měchýře	4	4
Kontinence konečníku	4	4
3. Mobilita		
Přesuny- postel, stolička, vozík	5	5
WC	5	5
Vana, sprcha	5	5
4. Lokomoce		
Chůze, vozík	5	5

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Schody	5	5
5. Komunikace		
Vnímání	6	6
Vyjadřování	6	6
6. Sociální adaptabilita		
Sociální zabezpečení	6	6
Řešení problémů	5	5
Paměť	5	5

Zhodnocení:

Testování 2.12.2011 - pohybová dovednost: 64/91. Problémové oblasti – kontinence, mytí, oblékání, lokomoce, chůze do schodů. **Psychické funkce: 22/28.** Problémové oblasti – udržení pozornosti, poruchy paměti.

Testování 4.1.2012 - pohybová dovednost: 50/91. Problémové oblasti – občasná inkontinence moče a stolice, potíže s oblékání, z důvodu zasádrování PHK je nutná dopomoc při koupání, mytí a hygieně – aby nedošlo k poničení fixace PHK klienta. **Psychické funkce: 22/28.** Problémové oblasti – poruchy paměti.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

MMSE	Datum vyšetření	2.12.2011	4.1.2012
1. Orientace	Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1b.		
a)	Který je teď rok?	1	0
b)	Které je roční období?	1	1
c)	Můžete mi říct dnešní datum?	0	1
d)	Který je den v týdnu?	1	1
e)	Který je teď měsíc?	1	1
f)	Ve kterém jsme státě?	1	1
g)	Ve které jsme zemi?	1	1
h)	Ve kterém jsme městě?	1	1
i)	Jak se jmenuje toto zařízení?	0	0
j)	Ve kterém jsme poschodí?	0	0
2. Vštípivost	Vyšetřující jmenuje tři předměty (lopata, šátek, váza) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí se započítá jeden bod. Jestliže pacient nereprodukuje všechny, 3, opakujte je tak dlouho, dokud se je nenaučí.	3	3
3. Pozornost a počítání	Vyzvěte nemocného, aby od čísla 100 odečítal stále číslo 7 (93, 86, 79, 72, 65). Skončete po 5 odečtech. Za každou správnou odpověď hodnotíte 1 bodem.	1	0
4. Výbavnost	Vyzvěte nemocného, aby opakoval 3 slova, která si měl zapamatovat. 1 bod za každou správnou odpověď.	3	3
5. Řeč, komunikace a konstrukční			

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

schopnosti			
a)	Ukažte nemocnému dva předměty (tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Za správnou odpověď po jednom bodu.	2	2
b)	Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval „Žádná ale, jestliže a kdyby“. Správné opakování hodnotíte jedním bodem.	1	1
c)	Dejte nemocnému třístupňový příkaz (vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho napůl a položte na podlahu). Za každý správně provedený stupeň započítejte 1 bod.	2	2
d)	Dejte nemocnému přečíst kartu s nápisem „zavřete oči“. Započítejte jeden bod za zavření očí.	1	1
e)	Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod, pouze jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.	0	0
Celkové skóre		21	19
Skóre 23 bodů a nižší svědčí pro kognitivní poruchu.			

Zhodnocení:

Testování 2.12.2011 – skóre 21b – problémové oblasti: dezorientace datem, místem pobytu, poschodím budovy, problémy s matematickými operacemi, neschopnost nakreslit obrazec dle zadání.

Testování 4.1.2012 – skóre 19b – problémové oblasti: dezorientace místem pobytu, poschodím budovy, rokem, problémy s matematickými operacemi, neschopnost nakreslit obrazec dle zadání.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Příloha 3 – Doplnující testování ke kazuistice č. 3

Barthelův test všedních činností (ADL)

Datum vyšetření

Činnost	Úroveň schopností	Datum vyšetření		
		Rok 2010	29.11 2011	6.1. 2012
1. najedení, napití	Samostatně bez pomoci 10	10	10	10
	S pomocí krájení, mazání 5			
	Neprovede 0			
2. oblékání	Samostatně bez pomoci 10			
	S pomocí 5	5	5	5
	Neprovede 0			
3. koupání	Samostatně nebo s pomocí 5	5	5	5
	Neprovede 0			
4. osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí 5	5	5	5
	Neprovede 0			
5. kontinence moči	Plně kontinentní 10	10		
	Občas inkontinentní 5		5	5
	Inkontinentní, katetrizován 0			
6. kontinence stolice	Plně kontinentní 10			
	Občas inkontinentní 5	5	5	5
	Inkontinentní 0			
7. použití WC	Samostatně bez pomoci 10			
	S pomocí 5	5	5	5
	Neprovede 0			
8. přesun lůžko- židle	Samostatně bez pomoci 15	15	15	15
	S malou pomocí 10			
	S větší pomocí 5			
	Neprovede 0			
9. chůze po rovině	Samostatně nad 50m 15			

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

	S pomocí nad 50 m	10	10	10	10
	Na vozíku 50 m	5			
	Neprovede	0			
10. chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10			
	S pomocí	5	5	5	5
	Neprovede	0			
	Skóre:		75	70	70

Zhodnocení:

Testování z roku 2011 – Skóre 75 – lehká závislost - problémové oblasti: občasná inkontinence stolice.

Testování 29.11.2011 – Skóre 70 - lehká závislost - problémové oblasti: občasná inkontinence moči a stolice.

Testování 6.1.2012 – Skóre 70 – závislost středního stupně - problémové oblasti: inkontinence moče a stolice.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Funkční míra nezávislosti (Functional Independence Measure - FIM)

Úrovně	
7 úplná soběstačnost (opakovaně a bezpečně)	<i>Bez pomoci</i>
6 částečná soběstačnost	
Částečná závislost	<i>S pomoci</i>
5 potřebný dohled	
4 minimální pomoc (pacient= 75% +)	
3 mírná pomoc (pacient= 50% +)	
Úplná závislost	
2 výrazná pomoc (pacient = 25% +)	
1 úplná pomoc (pacient = 0% +)	

1. Soběstačnost	29.11.2011	6.1.2012
Jídlo	7	7
Česání	6	6
Koupání	6	6
Oblékání horní poloviny těla	6	6
Oblékání dolní poloviny těla	6	6
Umývání	6	6
2. Kontrola kontinence		
Kontinence močového měchýře	3	3
Kontinence konečníku	3	3
3. Mobilita		
Přesuny- postel, stolička, vozík	7	7
WC	7	7
Vana, sprcha	7	7
4. Lokomoce		
Chůze, vozík	7	7

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Schody	5	5
5. Komunikace		
Vnímání	6	6
Vyjadřování	6	6
6. Sociální adaptabilita		
Sociální zabezpečení	6	6
Řešení problémů	5	5
Paměť	5	5

Zhodnocení:

Testování 29.11.2011 - pohybová dovednost: 76/91. Problémové oblasti – občasná inkontinence, potíže s oblékáním – pokud má klientka oděv připravený – bez problému, potíže vznikají v případě má-li se sama rozhodnout, co si zvolit za oděv na sebe, chůze do schodů. **Psychické funkce: 28/35.** Problémové oblasti – udržení pozornosti, poruchy paměti.

Testování 6.1.2012 - pohybová dovednost: 76/91. Problémové oblasti – identické-
Psychické funkce: 28/35. Problémové oblasti – identické

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

MMSE	Datum vyšetření	29.11.2011	6.1.2012
1. Orientace	Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1b.		
a)	Který je teď rok?	1	0
b)	Které je roční období?	1	1
c)	Můžete mi říct dnešní datum?	1	1
d)	Který je den v týdnu?	0	1
e)	Který je teď měsíc?	1	1
f)	Ve kterém jsme státě?	1	0
g)	Ve které jsme zemi?	0	1
h)	Ve kterém jsme městě?	0	0
i)	Jak se jmenuje toto zařízení?	0	0
j)	Ve kterém jsme poschodí?	0	0
2. Vštípivost	Vyšetřující jmenuje tři předměty (lopata, šátek, váza) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí se započítá jeden bod. Jestliže pacient nereprodukuje všechny, 3, opakujte je tak dlouho, dokud se je nenaučí.	3	2
3. Pozornost a počítání	Vyzvěte nemocného, aby od čísla 100 odečítal stále číslo 7 (93, 86, 79, 72, 65). Skončete po 5 odečtech. Za každou správnou odpověď hodnoťte 1 bodem.	1	2
4. Výbavnost	Vyzvěte nemocného, aby opakoval 3 slova, která si měl zapamatovat. 1 bod za každou správnou odpověď.	3	3
5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti			

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

a)	Ukažte nemocnému dva předměty (tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Za správnou odpověď po jednom bodu.	2	2
b)	Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval „Žádná ale, jestliže a kdyby“. Správné opakování hodnotíte jedním bodem.	1	1
c)	Dejte nemocnému třístupňový příkaz (vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho napůl a položte na podlahu). Za každý správně provedený stupeň započítejte 1 bod.	3	3
d)	Dejte nemocnému přečíst kartu s nápisem „zavřete oči“. Započítejte jeden bod za zavření očí.	1	1
e)	Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod, pouze jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.	0	0
Celkové skóre		20	19
Skóre 23 bodů a nižší svědčí pro kognitivní poruchu.			

Zhodnocení:

Testování 2.12.2011 – skóre 20b – problémové oblasti: dezorientace dnem, místem pobytu, poschodím budovy, problémy s matematickými operacemi, neschopnost nakreslit obrazec dle zadání.

Testování 4.1.2012 – skóre 19b – problémové oblasti: dezorientace místem pobytu, poschodím budovy, rokem, problémy s matematickými operacemi, neschopnost nakreslit obrazec dle zadání.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Příloha 4 – Doplnující testování ke kazuistice č. 4

Barthelův test všedních činností (ADL)

Datum vyšetření

Činnost	Úroveň schopností	Rok	1.12.	5.1.
		2010	2011	2012
1. najedení, napití	Samostatně bez pomoci 10	10	10	10
	S pomocí krájení, mazání 5			
	Neprovede 0			
2. oblékání	Samostatně bez pomoci 10	10		
	S pomocí 5		5	5
	Neprovede 0			
3. koupání	Samostatně nebo s pomocí 5	5	5	5
	Neprovede 0			
4. osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí 5	5	5	5
	Neprovede 0			
5. kontinence moči	Plně kontinentní 10	10		
	Občas inkontinentní 5		5	5
	Inkontinentní, katetrizován 0			
6. kontinence stolice	Plně kontinentní 10			
	Občas inkontinentní 5	5	5	5
	Inkontinentní 0			
7. použití WC	Samostatně bez pomoci 10			
	S pomocí 5	5	5	5
	Neprovede 0			
8. přesun lůžko- židle	Samostatně bez pomoci 15	15	15	15
	S malou pomocí 10			
	S větší pomocí 5			
	Neprovede 0			
9. chůze po rovině	Samostatně nad 50m 15	15	15	

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

	S pomocí nad 50 m	10			10
	Na vozíku 50 m	5			
	Neprovede	0			
10. chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10	10		
	S pomocí	5		5	5
	Neprovede	0			
	Skóre:		90	75	70

Zhodnocení:

Testování z roku 2010 – Skóre 90 – lehká závislost - problémové oblasti: potíže s občasnou inkontinencí stolice.

Testování 1.12.2011 – Skóre 75 – lehká závislost - problémové oblasti: oblékání – klientovi nedělá problém se obléci, spíše zvolit vhodný oděv, dbát na čistotu oděvu apod., klient potřebuje dopomoc při hygieně, soběstačnost snižuje inkontinence, při chůzi do schodů klient potřebuje dopomoc.

Testování 5.1.2012 – Skóre 70 – lehká závislost - obdobné problémové oblasti, kdy se navíc objevily potíže s chůzí na delší vzdálenost.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Funkční míra nezávislosti (Functional Independence Measure - FIM)

Úrovně	
7 úplná soběstačnost (opakovaně a bezpečně)	<i>Bez pomoci</i>
6 částečná soběstačnost	
Částečná závislost	<i>S pomoci</i>
5 potřebný dohled	
4 minimální pomoc (pacient= 75% +)	
3 mírná pomoc (pacient= 50% +)	
Úplná závislost	
2 výrazná pomoc (pacient = 25% +)	
1 úplná pomoc (pacient = 0% +)	

1. Soběstačnost	1.12.2011	5.1.2012
Jídlo	7	7
Česání	5	5
Koupání	4	4
Oblékání horní poloviny těla	5	5
Oblékání dolní poloviny těla	5	5
Umývání	4	4
2. Kontrola kontinence		
Kontinence močového měchýře	3	3
Kontinence konečníku	3	3
3. Mobilita		
Přesuny- postel, stolička, vozík	6	6
WC	6	6
Vana, sprcha	6	6
4. Lokomoce		
Chůze, vozík	6	5

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Schody	3	3
5. Komunikace		
Vnímání	6	6
Vyjadřování	3	3
6. Sociální adaptabilita		
Sociální zabezpečení	3	3
Řešení problémů	3	3
Paměť	3	3

Zhodnocení:

Testování 1.12.2011 - pohybová dovednost: 63/91. Problémové oblasti – kontinence, mytí, oblékání, lokomoce, chůze do schodů. **Psychické funkce: 18/35.** Problémové oblasti – sociální kontakt, řešení problémů, vyjadřování, paměť.

Testování 5.1.2012 - pohybová dovednost: 62/91. Problémové oblasti – kontinence, mytí, oblékání, lokomoce - chůze do schodů, chůze na delší vzdálenost. **Psychické funkce: 18/35.** Problémové oblasti – sociální kontakt, řešení problémů, vyjadřování, paměť.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

MMSE	Datum vyšetření	1.12.2011	5.1.2012
1. Orientace	Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1b.		
a)	Který je teď rok?	1	1
b)	Které je roční období?	1	1
c)	Můžete mi říct dnešní datum?	0	0
d)	Který je den v týdnu?	1	0
e)	Který je teď měsíc?	1	1
f)	Ve kterém jsme státě?	0	0
g)	Ve které jsme zemi?	1	1
h)	Ve kterém jsme městě?	1	1
i)	Jak se jmenuje toto zařízení?	0	1
j)	Ve kterém jsme poschodí?	1	0
2. Vštípivost	Vyšetřující jmenuje tři předměty (lopata, šátek, váza) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí se započítá jeden bod. Jestliže pacient nereprodukuje všechny, 3, opakujte je tak dlouho, dokud se je nenaučí.	3	3
3. Pozornost a počítání	Vyzvěte nemocného, aby od čísla 100 odečítal stále číslo 7 (93, 86, 79, 72, 65). Skončete po 5 odečtech. Za každou správnou odpověď hodnotíte 1 bodem.	1	2
4. Výbavnost	Vyzvěte nemocného, aby opakoval 3 slova, která si měl zapamatovat. 1 bod za každou správnou odpověď.	2	2
5. Řeč, komunikace a konstrukční			

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

schopnosti			
a)	Ukažte nemocnému dva předměty (tužka, hodinky) a vyzvěte ho, aby je pojmenoval. Za správnou odpověď po jednom bodu.	2	2
b)	Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval „Žádná ale, jestliže a kdyby“. Správné opakování hodnotíte jedním bodem.	1	1
c)	Dejte nemocnému třístupňový příkaz (vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho napůl a položte na podlahu). Za každý správně provedený stupeň započítejte 1 bod.	2	3
d)	Dejte nemocnému přečíst kartu s nápisem „zavřete oči“. Započítejte jeden bod za zavření očí.	1	1
e)	Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod, pouze jsou-li zachovány všechny úhly a průtnutí vytváří čtyřúhelník.		
		0	0
Celkové skóre		19	20
Skóre 23 bodů a nižší svědčí pro kognitivní poruchu.			

Zhodnocení:

Testování 1.12.2011 – skóre 19b – problémové oblasti: dezorientace dnem, datem, zařízením, matematické operace.

Testování 5.1.2012 – skóre 20b – problémové oblasti: dezorientace dnem, datem, zemí, zařízením, matematické operace.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Příloha 5 – Fotografická dokumentace



Obr. č. 2 – pečení Vánočního cukroví



Obr. č. 3 – zdobení Vánočního cukroví

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči



Obr. č. 4 – Mikulášská besídka



Obr. č. 5 – Tanec s klientkou DpS

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči



Obr. č.6 – Společné odpoledne – MUZIKOTERAPIE

Příloha 6 – Program DpS

Standardní (celoroční) program DpS

<i>Den</i>	<i>Čas</i>	<i>Činnost</i>
<i>Pondělí</i>	9,00 – 9,30	Kondiční cvičení
	13,30 – 14,30	Muzikoterapie
<i>Úterý</i>	9,00 – 9,30	Kondiční cvičení
	9,30 – 10,00	Trénink kog.fcí
<i>Středa</i>	10,00 – 11,30	Dílna obyvatel
	13,30 – 14,15	Společenské hry
<i>Čtvrtek</i>	9,00 – 9,30	Kondiční cvičení
	9,30 – 10,00	Trénink kog.fcí
<i>Pátek</i>	10,00 – 11,30	Dílna obyvatel

Tab. č. 2 – Standardní program DpS

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Upravený program DpS

<i>Časové období</i>	<i>Program pro klienty DpS</i>
<i>28.11 – 4.12</i>	Přípravy na pečení Vánočního cukroví, přípravy těsta.
<i>5.12 – 11.12</i>	Mikulášská besídka, vystoupení dětí z mateřské školy a dětí z 15. ZŠ Plzeň, pečení Vánočního cukroví.
<i>12.12 - 16.12</i>	Zdobení Vánočního cukroví, výzdoba domova Vánoční tematikou, návštěva Martinských trhů na Náměstí republiky v Plzni.
<i>2.1 - 6.1</i>	Plynulý návrat ke standardnímu chodu DpS.

Tab. č. 3 – Upravený program DpS.

Efekt aktivizačních programů k podpoře soběstačnosti seniorů v ústavní péči

Příloha č. 7

1. V zařízení, ve kterém pracujete, se nacházíergoterapeut/ů/tek.
- Jestliže ve Vašem zařízení nepracujete jako ergoterapeut, ale vykonáváte činnosti, které slouží k aktivizaci klientů /muzikoterapie, arteterapie, vaření, dílenské činnosti, rukodělné činnosti atd./ vyplňte prosím Vaše vzdělání popř. kurz
.....
2. Celkový počet klientů/uživatelů v zařízení?
3. Nejstarší klient navštěvující terapie:..... let.
4. Nejmladší klient navštěvující terapie: let.
5. Nejčastější diagnóza vyskytující se v zařízení
6. Počet klientů/uživatelů ve Vašem zařízení, kteří mají potvrzenou lékařskou diagnózu: Vaskulární demenci je
7. Subjektivně hodnoceno /terapeutem/: Nejoblíbenější aktivizační metodou klientů je:
.....
8. Na aktivizační programy častěji dochází ŽENY x MUŽI
9. Zapište do tabulky počet klientů/uživatelů, kteří pravidelně navštěvují danou aktivizační metodu.

Aktivizační technika	Muž	Žena
Muzikoterapie		
Arteterapie		
Reminiscenční terapie		
Canisterapie		
Biblioterapie		
Dramaterapie		
Trénink kognitivních funkcí		
Rukodělné techniky		
ADL činnosti		

10. Kolikrát se během týdne s klienty setkáte za účelem aktivní aktivizace? /klient navštíví místnost určenou pro Ergoterapii a podílí se na Vámi předem připravených činnostech/
.....