

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra sociologie a andragogiky

Barbora Tallová

ERGOTERAPIE A JEJÍ VYUŽITÍ V DOMOVĚ PRO
SENIORY V PŘEROVĚ
ERGOTHERAPY AND ITS USE IN THE HOME FOR THE
ELDERLY IN PŘEROV

Bakalářská diplomová práce

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Naděžda Špatenková, Ph.D.

Olomouc 2011

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne.....

.....

vlastnoruční podpis

Obsah

Úvod	5
1 Ergoterapie	7
1.1 Vymezení pojmu ergoterapie	7
1.2 Historický vývoj ergoterapie	9
1.3 Ergoterapeuti	10
1.4 Ergoterapeutický proces	13
2 Ergoterapie v péči o seniory	16
2.1 Péče o seniory	16
2.2 Ergoterapie v domovech pro seniory	18
2.3 Využití ergoterapie v domovech pro seniory	22
2.3.1 Ergoterapie k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice	23
2.3.2 Ergoterapie cílená na postiženou oblast	24
2.3.3 Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti	25
3 Ergoterapie v Domově pro seniory v Přerově	28
3.1 Domov pro seniory v Přerově	28
3.2 Zaměstnanci v ergoterapii	31
3.3 Ergoterapeutický proces	32
3.4 Využití ergoterapie v Domově pro seniory v Přerově	33
3.4.1 Ergoterapie k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice	34
3.4.2 Ergoterapie cílená na postiženou oblast	36
3.4.3 Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti	38

3.5 Sociotechnická doporučení pro aplikaci ergoterapie v Domově pro seniory v Přerově	39
Závěr	41
Anotace	43
Seznam použitých zdrojů	44
Seznam příloh	50

Úvod

Téma této bakalářské práce je „Ergoterapie a její využití v Domově pro seniory v Přerově.“ Ergoterapie dle Vodákové a Cettlové (2003, s. 16) směřuje k rozvoji těla i ducha člověka, působí na jeho pocity a estetické cítění a také rozvíjí řeč a myšlení. A jak uvádí Kubínková a Křížová (1997, s. 11), tak ergoterapie má široké uplatnění v mnoha zařízeních a jedním z nich jsou domovy pro seniory, kterým se věnuji ve své práci.

Na ergoterapii v domovech pro seniory jsem se zaměřila ze dvou důvodů. Jedním z nich je, že naše populace stárne, a proto je důležité věnovat pozornost těmto starším lidem, o čemž se zmiňuje MPSV (2010): „Stárnutí populace je fenomén, který charakterizuje současný demografický vývoj ve všech vyspělých ekonomikách včetně České republiky.“ Dále MPSV (2010) dodává, že v důsledku stárnutí populace bude přibývat seniorů, kteří mají specifické potřeby a budou využívat institucionální péče.

Dalším důvodem je, že uživatelé domovů pro seniory mají hodně volného času, ale také různé zdravotní problémy, tudíž se naskýtá otázka, jak smysluplně využít čas, aby to mělo i příznivý vliv na zdravotní stav seniora. A právě tady může odpověď nabízet ergoterapie, která je nedílnou součástí péče o starší lidi v domovech pro seniory, a jejímž cílem je dle Kalvacha a Švestkové (2004, s. 423) zvýšení soběstačnosti, nezávislosti a také kvality života.

Ergoterapie je v této práci tedy zaměřena na starší lidi, kteří žijí v domovech pro seniory, které zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, nazývá uživateli sociálních služeb. Avšak říká se jim také klienti, protože tento termín dle Hartla a Hartlové (2010, s. 249) nahrazuje pojem uživatel a označuje osoby, které využívají určitých služeb.

Cílem práce je reflexe ergoterapie a možnosti jejího uplatnění v domovech pro seniory a uvedení, jak je ergoterapie využita v Domově pro seniory v Přerově. Při koncepci této, charakterem spíše deskriptivní, práce jsem vycházela nejen z literatury, ale také ze zkušeností, které jsem nabyla během andragogické stáže v Domově pro seniory v Přerově.

Tato bakalářská práce je členěna do tří kapitol a její součástí jsou také přílohy. V první kapitole se zabývám pojmem ergoterapie – jeho vysvětlením, historickým zakotvením. Také zde objasňuji práci ergoterapeutů a požadavky, které musí splnit, aby mohli tuto profesi vykonávat. Poté přecházím k ergoterapeutickému procesu, jež ergoterapeuti vedou.

Ve druhé části se věnuji využití ergoterapie v péči o seniory. Zde tedy nejprve vymezuji, co to je péče o seniory, poté definuji domovy pro seniory včetně charakteristiky jejich klientů a poukazuji na to, jaké možnosti využití ergoterapie jim mohou být nabízeny.

A v poslední kapitole se zabývám samotnou organizací, kde je ergoterapie u starších lidí uplatněna – Domovem pro seniory v Přerově. V této části nejprve předkládám bližší informace o tomto zařízení a poté se zabývám ergoterapeutkami, jež zde pracují, a ergoterapeutickému procesu. Také uvádím, jak je zde využito možností, které nabízí ergoterapie. A vyústěním této kapitoly je mé sociotechnické doporučení pro aplikaci ergoterapie v Domově pro seniory v Přerově.

1 Ergoterapie

Existuje celé spektrum terapií, které se v současné době využívají. Terapeutické přístupy jsou dle Müllera (2005, s. 13) „takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (např. v prožívání, chování, fyzickém výkonu). Tomu odpovídá etymologie termínu terapie, jehož řecko-latinský původ odkazuje na léčení, ošetřování, ale také na starání se, pomáhání, cvičení.“

Dle Matouška (2007, s. 89) jsou klientům v domovech pro seniory nabízeny různé programy. Takže u seniorů je možné využít široké nabídky terapií, kdy mezi základní, které jsou lidem poskytovány, patří dle Müllera (2005, s. 25-33) terapie hrou, činnostní terapie a ergoterapie, psychomotorická terapie, expresivní terapie zahrnující dramaterapii, teatroterapii, psychodrama, muzikoterapii, biblioterapii (poetoterapii) a výtvarnou terapii (arteterapii). Dále se jedná o terapii s účastí zvířete (zooterapie, animoterapie), jako je hipoterapie a canisterapie. Já se tedy z výčtu terapií, které uvádí Müller (2005, s. 25-33) budu dále věnovat zmíněné ergoterapii.

1.1 Vymezení pojmu ergoterapie

Termín ergoterapie je odvozen z řeckého slova ergon (práce) a therapia (léčba). Tento pojem tedy v překladu znamená léčbu prací (Pfeiffer, 1983, s. 112). Já v této práci tedy budu používat oba pojmy – ergoterapie i léčba prací, které jsou ekvivalentní.

Definici ergoterapie poskytuje Česká asociace ergoterapeutů (2008): „Ergoterapie prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje

maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pro podporu participace jedince využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí. Pojmem „zaměstnávání“ jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. Primárním cílem je umožnit jedinci účastnit se zaměstnávání, která jsou pro jeho život smysluplná a nepostradatelná.“

Klusoňová a Špičková (1988, s. 9) dodávají další vymezení léčby prací: „Ergoterapie je součástí léčebné rehabilitace. Využívá pracovních pohybů a jiných činností, které jsou ordinovány lékařem a prováděny pod kontrolou odborného zdravotnického pracovníka (ergoterapeuta). Taková činnost má preventivní a léčebný charakter.“

Ergoterapie se dá zařadit nejen mezi léčebnou rehabilitaci, jak uvedla Klusoňová a Špičková (1988, s. 9), ale také jako součást sociální rehabilitace, protože §70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vymezuje sociální rehabilitaci jako „soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.“ Uvedené činnosti jsou právě součástí ergoterapie.

Dle výše zmíněných definic Klusoňové a Špičkové (1988, s. 9) a z §70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, mohu shrnout, že na ergoterapii se dá nahlížet ze dvou hledisek – jedním z nich je, že ergoterapie je léčebnou rehabilitací, a druhé značí, že ergoterapie je součástí sociální rehabilitace. Dále mohu dodat, že vymezení ergoterapie od České asociace ergoterapeutů (2008) a z §70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se shodují v tom, že cílem ergoterapie je zachovávat a rozvíjet schopnosti člověka.

1.2 Historický vývoj ergoterapie

Ergoterapie je ve své podstatě známá již několik stovek let – už starověcí lékaři věděli o pozitivním účinku práce a různých jiných aktivit. Jako léčebnou metodu ji ale poprvé použil až na přelomu 18. a 19. století psychiatr Pinel (Dočkal, 2005, s. 252). „V letech 1840-1860 došlo v USA k rozvoji tzv. zlatého věku morální léčby a zaměstnávání. V terapii se osvědčilo využívání výtvarných a rukodělných činností, především pro jejich pozitivní vliv na podporu relaxace a vnímání vlastní užitečnosti. Na počátku 20. století vzešla ergoterapie z principů morální léčby, která byla založena na silném humanistickém pohledu na zdraví a nemoc. Základem morální léčby bylo přiznat osobám s disabilitou právo zapojit se do každodenního života. Ergoterapie v té době kladla hlavní důraz na zaměstnávání osoby, jednotu mysli a těla a důležitost kontextu prostředí v terapeutickém procesu. Za zdraví bylo považováno dosažení rovnováhy mezi prací, odpočinkem a aktivním využíváním volného času“ (Jelínková, 2009, s. 21). Dle Turnera (1996, s. 4-5) vznikla ve 20. století první terminologická vymezení ergoterapie a jedna z nejranějších definic pochází z memoranda v Anglii, které proběhlo v roce 1933, a jež uvádí, že ergoterapie se využívá u lidí s fyzickými nebo duševními poruchami, bývá poskytována prostřednictvím zaměstnávání a rekreace a jejím předmětem je podpora obnovy, vytváření nových návyků a předcházení poškození.

U nás se ergoterapie rozšířila v 19. století díky Vincenc Priessnitz v lázních Jeseník. V této době byla léčba prací zavedena i v psychiatrických léčebnách. Od roku 1913 se jí využívalo ve známém ústavu Rudolfa Jedličky v Praze (Pfeiffer, 1983, s. 9-10). Dalším místem, kde se poskytovala ergoterapie, byl Rehabilitační ústav Kladruby. Léčba prací tedy v počátcích byla ovlivněna medicínou, čemuž nasvědčuje uplatnění ergoterapeutů v uvedených zdravotnických zařízeních. Před rokem 1989 byla ergoterapie brána pouze jako součást fyzioterapie. K jejímu osamostatnění přispělo v roce 1994 založení České asociace ergoterapeutů v Ostravě (Jelínková, 2009, s. 27). V nynější době se již ergoterapie rychle

rozvíjí, přibývá ergoterapeutů i oblastí, kde se dá léčba prací využít. Ergoterapii se dostává společenského uznání (Votava, 2009, s. 6).

1.3 Ergoterapeuti

Ergoterapie je specializovanou činností, a proto by ji měli vykonávat lidé k tomu kompetentní a kvalifikovaní. „Kvalifikaci je možno pojímat jako soustavu schopností (vědomostí, dovedností, návyků, zkušeností a postojů) potřebných k získání oficiální způsobilosti (většinou uznané státem) k výkonu určité činnosti (povolání, funkce). Kompetence je pojem širší – v kompetenci se odráží i dosavadní zkušenost a schopnost vykonávat různé činnosti“ (Palán, 2002, s. 122).

Ergoterapeuti nachází své uplatnění jak v rámci v sociálních služeb, tak ve zdravotnických zařízeních (Jelínková, Krivošíková, 2007, s. 12).

Podle §116 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který vymezuje, jaké činnosti vykonávají pracovníci v sociálních službách, zařazují pod ergoterapii základní výchovnou nepedagogickou činnost, jež spočívá především v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení manuální zručnosti, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvoj osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti a poskytování osobní asistence. §116 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, navíc udává, jakého vzdělání by měli tito zaměstnanci dosáhnout, kdy podmínkou pro výkon základní výchovné nepedagogické činnosti je „střední vzdělání s výučním listem nebo střední vzdělání s maturitní zkouškou doplněné absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu způsobilost k výkonu zdravotnického povolání ergoterapeut.

Tímto se dostávám k druhému vymezení odborné způsobilosti k ergoterapii – ze zdravotnického hlediska. Způsobilost k výkonu zdravotnického povolání ergoterapeut určuje §7 zákona č. 96/2004 Sb.,

o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), dle něhož se odborná způsobilost k výkonu povolání ergoterapeuta, což je činnost v rámci preventivní, diagnostické nebo léčebné a rehabilitační péči v oboru ergoterapie, získává na základě absolvování:

- „akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu ergoterapeutů,
- tříletého studia v oboru diplomovaný ergoterapeut na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději v roce 2004/2005,
- střední zdravotnické školy v oboru ergoterapeut, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 1998/1999, nebo
- střední zdravotnické školy v oboru rehabilitační pracovník a pomaturitního specializačního studia léčba prací, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2003/2004. Ergoterapeut, který takto získal odbornou způsobilost, může vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po třech letech výkonu povolání ergoterapeuta. Do té doby musí vykonávat své povolání pouze pod odborným dohledem.“

V České republice bylo v roce 2004 ukončeno vzdělávání v oboru ergoterapeut na vyšších zdravotnických školách a od roku 2005 je možné studovat ergoterapii pouze na vysokých školách v rámci bakalářského studijního programu. Magisterské studium doposud nebylo zahájeno, tudíž ani absolvování doktorského programu není možné. Tím se liší vzdělávání v oboru ergoterapie v České republice od jiných zemí Evropské unie, ale také od USA, Kanady a Austrálie (Jelínková, Krivošíková, 2007, s. 10).

Pro akademický rok 2011/2012 se studijní obor ergoterapie otevírá v prezenční formě tříletého bakalářského studijního programu Specializace ve zdravotnictví na těchto vysokých školách (MŠMT, 2007):

- Ostravská univerzita v Ostravě – Lékařská fakulta
- Univerzita Jana Evangelisty Purkyně – Ústav zdravotnických studií
- Univerzita Karlova v Praze – 1. lékařská fakulta
- Západočeská univerzita v Plzni – Fakulta zdravotnických studií

Studium ergoterapie je zaměřeno na získávání znalostí z teoretických a klinických biomedicínských oborů, společenských věd a z poznatků ergoterapie. Součástí výuky je i odborná praxe (Jelínková, 2009, s. 72-73). Veškeré tyto znalosti považují při práci ergoterapeuta za důležité. Je totiž podstatné, aby se ergoterapeut vyznal v biomedicínských oborech za tím účelem, aby dokázal pomoci lidem s určitou disabilitou. Stejně tak je nutné orientovat se ve společenských vědách, jako je například psychologie, sociologie a etika. A vědomosti z ergoterapie či poznatky z odborné praxe jsou potřebné k adekvátnímu výkonu této profese.

Uvedeným vzděláním se tedy člověk kvalifikuje na pozici ergoterapeuta. Činnosti, jež vykonává, jsou dány §6 vyhlášky č. 424/2004, kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v následujících kategoriích:

- Ergoterapeut bez odborného dohledu po indikaci lékaře provádí ergoterapeutické vyšetření, nácvik běžných denních činností a vyhodnocování. Dále sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán ergoterapie, aplikuje ergoterapeutické postupy, navrhuje i zhotovuje kompenzační a technické pomůcky a učí klienty a personál s nimi pracovat. Dále je jeho náplní práce poskytování poradenských služeb, seznámení klientů s možnostmi, které nabízí sociální péče, a provádí preventivní opatření proti vzniku komplikací a strukturálních změn u imobilních lidí.
- Ergoterapeut bez odborného dohledu a bez indikace lékaře poskytuje poradenskou činnost a instruktáž v oblasti prevence, zajišťuje

přejímání, kontrolu, uložení, manipulaci, dezinfekci, sterilizaci a dostatečnou zásobu zdravotnických prostředků a prádla.

- Ergoterapeut se na základě indikace klinického psychologa, klinického logopeda nebo lékaře podílí na výcviku komunikačních a rozumových funkcí.

V rámci České republiky vznikla v roce 1994 dobrovolná profesní organizace – Česká asociace ergoterapeutů ČAE, která je členem Světové federace ergoterapeutů WFOT a Rady ergoterapeutů evropských zemí COTEC. Česká asociace ergoterapeutů hájí profesní práva a zájmy ergoterapeutů, podílí se na rozvoji oboru u nás a informuje veřejnost o možnostech, které nabízí léčba prací. Navíc se prostřednictvím vzdělávacích aktivit celoživotního vzdělávání snaží přispět k tomu, aby ergoterapie dosáhla vysokého standardu (Česká asociace ergoterapeutů, 2008).

1.4 Ergoterapeutický proces

Ergoterapeuti poskytují ergoterapeutickou intervenci svým klientům, která se skládá z několika prvků, jež Opatřilová a Zámečnicková (2008, s. 114) shrnují do hodnocení a diagnostiky, plánu aktivit a intervence. Navíc by se k tomu dalo doplnit, že v průběhu ergoterapeutického procesu bývá využíváno ergoterapeutických vyšetření, jak uvádí Dočkal (2005, s. 256).

„Celý terapeutický proces je založen na vstupní a průběžné diagnostice, hodnocení osobních možností a možností prostředí spolu s obtížemi, které každodenní život provází“ (Opatřilová, Zámečnicková, 2008, s. 114). V této fázi ergoterapeutického procesu se využívá vstupního ergoterapeutického vyšetření, u kterého se dle Dočkala (2005, s. 256) zjišťuje, zda je klient vhodný pro léčbu prací, identifikují se jeho problémy a stanovují cíle, ke kterým by se mělo v rámci ergoterapie dojít, což již souvisí s další fází ergoterapeutického procesu dle Opatřilové a Zámečnickové (2008, s. 114) neboli s plánem aktivit. Jelínková a Krivošíková (2007, s. 7) uvádí: „Výsledky hodnocení slouží jako

podklady pro vytvoření plánu terapie, který zahrnuje jak krátkodobé, tak i dlouhodobé cíle. Plán terapie musí odrážet úroveň funkčních schopností klienta, jeho zvyky, role, preferovaný životní styl a faktory prostředí, ve kterém žije.“

Po naplánování aktivit následuje samotná ergoterapeutická intervence, kterou Jelínková a Krivošíková (2007, s. 7) nazývají jako proces terapie zaměřující se na programy, jež odráží potřeby osob. Opatřilová a Zámečníková (2008, s. 115-116) píší, že tato intervence směřuje k rozvoji znalostí a realistických aspirací a obsahuje výuku jednak strategií v oblasti sebeobsluhy, ale také zaměřenou na zlepšení základních dovedností, fyzické kondice, psychické stránky a intelektových schopností. Dočkal (2005, s. 257) píše, že v rámci této fáze se využívá průběžné ergoterapeutické vyšetření, které se zaměřuje na aktuální změny, jež probíhají u klienta, a které mohou nasvědčovat o tom, že je nutné pozměnit cíl intervence aktuálnímu stavu klienta. Poté by mělo nastat závěrečné ergoterapeutické vyšetření, jímž se vyhodnotí ergoterapeutická intervence a zjistí se, zda bylo dosaženo stanovených cílů.

V celém průběhu ergoterapeutického procesu se tedy objevují ergoterapeutická vyšetření. Existují tři hlavní vyšetření, jež se používají v ergoterapii. Funkční se zabývá tím, jak je klient soběstačný v běžných denních činnostech. Další je dynamické, které se věnuje odpovědím klienta na pokyny, modifikaci a charakteristiky úkolů, které jsou mu zadány. A poslední je vyšetření jednotlivých kroků, jehož zájmem je hodnocení percepčních a konstrukčních schopností (Dočkal, 2005, s. 256). Navíc Votava (2009, s. 29) dodává, že se hodnotí nejen klient a vliv ergoterapeutické intervence na něj, ale také prováděné činnosti, jimiž se sleduje, které části těla se do aktivity zapojují. Součástí vyšetření bývají i testy, kdy Pfeiffer (1983, s. 115, 118) uvádí, že jsou známy testy pohyblivosti, soběstačnosti či denní činnosti (sebeobsluhy), osobních vlastností, obratnosti a testy dílčího nebo pomocného zaměstnání.

Kromě ergoterapeutického vyšetření, které prochází celým ergoterapeutickým procesem, jím navíc prostupují další prvky, jež Jelínková a Krivošíková (2007, s. 7) nazývají jako spolupráci a dokumentaci.

V ergoterapii je zapotřebí úzké spolupráce s dalšími odborníky. Ergoterapii předepisuje lékař a na samotnou realizaci dbá ergoterapeut, který koordinuje správné užití léčby prací a je neustále v kontaktu s dalšími odborníky, jako je lékař, fyzioterapeut, psycholog, sociální pracovník, protetik, léčebný pedagog, logoped a dietní sestra (Gúth, 1995, s. 396). To, že se na ergoterapii podílí multidisciplinární tým, považují za velice důležité, protože ergoterapeut se tímto způsobem dozvídá informace týkající se klientů a může podle toho měnit jejich individuální plán.

V rámci celého ergoterapeutického procesu je podstatné vést si dokumentaci, protože jak píše Jelínková a Krivošíková (2007, s. 7-8), tak je nutné zaznamenávat závěry hodnocení a pravidelně si zapisovat výstupy terapie, aby se zhodnotila účinnost terapeutických postupů, a aby se zjistilo, zda bylo dosaženo stanovených cílů. Dokumentace by měla obsahovat poskytované služby, terapeutické prostředky a metody, jichž bylo užito.

Součástí ergoterapeutického procesu by tedy mělo být, jak uvádí Opatřilová a Zámečnicková (2008, s. 114), hodnocení a diagnostika, plán aktivit a intervence. Dále by se mělo využívat ergoterapeutických vyšetření, o nichž se zmiňuje Dočkal (2005, s. 256). V rámci celého procesu je také důležité spolupracovat s dalšími odborníky a veškeré výstupy si dokumentovat (Jelínková, Krivošíková, 2007, s. 7). Takto by měl být dle mého soudu zaveden ergoterapeutický proces ve všech zařízeních, kde se aplikuje ergoterapie, aby došlo k jejímu efektivnímu a bezchybnému užití.

2 Ergoterapie v péči o seniory

Využití ergoterapie můžeme v České republice najít jak ve zdravotnickém prostředí, tak v sociálních službách a službách zaměstnanosti. Ve zdravotnictví se uplatňuje na lůžkových zařízeních, jako jsou kliniky rehabilitačního lékařství, centra léčebné rehabilitace a rehabilitační oddělení, ale také se poskytuje ambulantně v centrech a odděleních léčebné rehabilitace, denních rehabilitačních stacionářích, specializovaných léčebných ústavech, agenturách domácí péče a v lázních. Ergoterapie se užívá také v sociálních službách a službách zaměstnanosti. V tomto případě existuje v denních stacionářích a terapeutických dílnách, domovech pro osoby se zdravotním postižením, penzionech a domovech pro seniory, chráněném bydlení, rané péči, v rámci předpracovní rehabilitace, chráněného zaměstnání a osobní asistence. Stále více se ergoterapie dostává do speciálních škol pro děti se specifickými potřebami a ergoterapeuti působí i ve vzdělávacích institucích, kde se studuje tento obor (Jelínková, Krivošíková, 2007, s. 12). Takže je vidět, že ergoterapie má u nás široké uplatnění a jednou z možností jejího využití je v zařízeních pečujících o seniory.

2.1 Péče o seniory

Nejprve se zmíním o historickém vývoji péče o seniory. Jak píše Haškovcová (2010, s. 183), tak o staré lidi se starala především rodina. Jenže když příbuzní nemohli starého člověka zabezpečit, tak nastával problém – senior se potuloval po ulicích, žebral a živořil, následně umíral hladem a žízní. A tak vznikla potřeba změnit tento stav.

Tradiční péče poté měla charitativní charakter, který se snažil materiálně zajistit staré a nesoběstačné lidi. Ve 14. a 15. století začaly vznikat domovy pro staré osoby v Jugoslávii, v Nizozemí se jim říkalo hofjes. V roce 1504 byl sepsán první zákon o sociálních problémech seniorů v Anglii. V 15. a 16. století vznikaly obecní ústavy pro zchudlé a staré občany v Evropě. V USA v 18. století byly zakládány farmy chudých,

dobročinné a veřejné domy. V následujících dvou stoletích se začaly rozšiřovat chudobince a starobince a bohatší angličtí senioři užívali penzionů pro staré dámy a pány (Haškovcová, 2010, s. 183-185).

Podobně probíhal vývoj institucionální péče i v Čechách a na Moravě. Ve 12. století vznikaly špitály, které byly pod záštitou církevních řádů. Poté se začalo užívat klášterních nemocnic a od 17. století klasických nemocnic (Jarošová, 2006, s. 40). Za vlády Josefa II. se zakládaly farní chudinské ústavy. Navíc se v roce 1863 ustanovilo domovské právo, kdy obec musela poskytnout výživu a zaopatření v nemoci chudým lidem. V českých zemích existovaly také pastoušky, což byl jednoduchý venkovský dům pro velmi ubohé lidi, a chudobince, které byly městskou obdobou pastoušek. Také se zde vyskytovaly starobince, jež byly určeny pro staré lidi, kterým zde byla zajištěna i zdravotní péče (Haškovcová, 2010, s. 186, 189-191). Poté začaly působit domy odpočinku pro seniory, které byly v roce 1954 změněny na domovy důchodců. Ve 20. století se rozvíjely domy s pečovatelskou službou, léčebny dlouhodobě nemocných, specializované ordinace a oddělení, domácí ošetrovatelská péče a hospice (Jarošová, 2006, s. 41).

Nyní je péče zajištěna v rámci sociálních služeb. Ty vymezuje §33 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jako služby pobytové, ambulantní a terénní. §34 téhož zákona uvádí veškerá zařízení, která poskytují sociální služby, jimiž jsou „centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny, sociálně terapeutické dílny, centra sociálně rehabilitačních služeb a pracoviště rané péče.“

V §33 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, byly zmíněny mimo jiné i různé instituce věnující se seniorům. Já se v této práci budu zabývat domovy pro seniory. Navíc, jak uvádí Matoušek (2007, s. 89), tak

v rámci domovů pro seniory bývají oddělení specializovaná na péči o lidi s demencí, která dle §50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, spadají pod označení domovů se zvláštním režimem. Z tohoto důvodu zde vymezím obě zařízení. Tyto dvě instituce jsou tedy definována zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

- §49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, uvádí, že domov pro seniory poskytuje „pobytovou službu osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“
- §50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se zabývá domovy se zvláštním režimem, které nabízí „pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben potřebám těchto osob.“

Senioři v uvedených institucích mívají hodně volného času a jednu z možností náplně těchto chvil nabízí právě ergoterapie.

2.2 Ergoterapie v domovech pro seniory

Jak domovy pro seniory, tak domovy se zvláštním režimem obsahují základní činnosti, které vymezuje §49 a §50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a jimiž jsou:

- „poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

- sociálně terapeutické činnosti,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“

Ve výčtu činností, které poskytují domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem podle §49 a §50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se vyskytuje ergoterapeutická intervence, kterou zde zaznamenávám ve zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a u sociálně terapeutických a aktivizačních činností. Ergoterapie je tedy jednou z aktivizačních a terapeutických činností, které mohou být seniorům poskytnuty, a díky níž se mohou dostat do kontaktu s dalšími lidmi.

Podle §1 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jsou uživateli sociálních služeb lidé, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci, kterou se dle §3 téhož zákona rozumí „oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.“ Takže podle §3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, bych starší lidi v domově pro seniory mohla definovat jako uživatele sociálních služeb, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci oslabení nebo ztráty schopnosti z důvodu věku nebo nepříznivého zdravotního stavu. §3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, dále dodává, že „dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem se rozumí nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost.“

Pro uživatele sociálních služeb je možné užívat i pojem klient, protože Hartl a Hartlová (2010, s. 249) uvádí, že pojem klient nahrazuje termín uživatel a označuje osoby, které využívají určitých služeb.

V domovech pro seniory jsou lidé, kteří mívají různé zdravotní problémy, jež způsobují jejich sníženou soběstačnost. U starších lidí nastávají involuční procesy, kdy involuce je definována Hartlem a Hartlovou (2010, s. 232) jako „zpětný proces vývoje, který je provázen ústupem či snížením funkcí v důsledku stárnutí, poruchy, choroby nebo úrazu.“

Biologická involuce nastává v mnoha ohledech. U seniorů ubývá svalů, snižuje se činnost mnoha orgánů. Starší lidé trpí srdečními chorobami, chronickým zánětem kloubů, vysokým krevním tlakem, nemocemi páteře a nohou. Mívají současně více než jednu chronickou nemoc, čemuž se říká polymorbidita (Říčan, 2004, s. 333-334).

Co se týče psychické stránky, tak u seniorů se vyskytují demence, které se vymezují jako celkový úpadek psychických funkcí v důsledku atrofie centrálního nervového systému. Nejčastějším typem demence bývá Alzheimerova choroba. Při ní člověk vykazuje známky apraxie (neschopnost provádět složitější naučené pohyby), vizuální agnózie (není možné poznávat vnímané objekty zrakem), zhoršuje se paměť, nastává afázie (ztráta řeči) a dementní dyslexie (neschopnost vnímat obsah čteného textu). Dalšími typy demencí je Multiinfarktová demence, Pickova a Huntingtonova choroba, Creutzfeld-Jacobova nemoc atd. U starších lidí se také vyskytuje akutní stav zmatenosti, při němž nastává selhání mozkové činnosti. To je obvykle přechodná, ale závažná porucha pozornosti, vnímání a myšlení (Stuart-Hamilton, 1999, s. 177, 187-194, 248).

Uvedené zdravotní problémy převažují v období od 75 let neboli v životní fázi „pravého stáří“ více než v „raném stáří“. Je to dáno tím, že v „raném stáří“, které je vymezeno 60-75 lety, sice dochází k mnoha změnám, ale ty nejsou tak podstatné, aby výrazně ovlivnily život člověka. Avšak v „pravém stáří“ se již zvyšuje množství zdravotních problémů a také zátěžových situací, na které se člověk musí adaptovat. Mezi ně patří i umístění seniora do institucionální péče (Vágnerová, 2007, s. 299, 398). Navíc se také od 75. roku života snižuje soběstačnost (Vágnerová, 2007,

s. 403). Takže dle slov Vágnerové (2007, s. 299, 398, 403) docházím k tomu, že umístění staršího člověka do domova pro seniory je spojeno s jeho snížením soběstačnosti a s nárůstem zdravotních problémů, které nastávají v období „pravého stáří.“ V tomto ohledu může seniorům pomoci ergoterapie, protože Kalvach a Švestková (2004, s. 423) píší, že „v geriatrii je jádrem ergoterapie úsilí o zachování, obnovu či zlepšení soběstačnosti, event. o zlepšení kvality a důstojnosti života seniora.“

Jak uvádí Vágnerová (2007, s. 398), tak senioři se v období „pravého stáří“ mohou dostat do institucionální péče, a tak je nutná adaptace na tuto změnu. Janečková (2005, s. 181) se zmiňuje o tom, že přizpůsobení se staršího člověka na nové prostředí v domově pro seniory je náročný proces. Existují ale přístupy, které umožní snazší přechod staršího člověka do takového zařízení. Dobré je, když se jedná o iniciativu ze strany seniora, který se chce dobrovolně přestěhovat. Navíc si může vybrat zařízení, v němž by chtěl žít, a zjistit si o něm potřebné informace. Starší lidé jsou do státních domovů pro seniory přijímáni na základě rozhodnutí příslušného odboru sociálních věcí, který si vede pořadníky žadatelů o tuto službu. Avšak je vhodné, když tento odbor sociálních věcí spolupracuje se sociálními pracovníky, kteří komunikují s budoucími klienty, zjišťují jejich potřeby a připravují je na změnu. Po příchodu do domova pro seniory je pro klienta vybudován adaptační neboli individuální pečovatelský plán. V adaptaci staršího člověka na domov pro seniory může pomoci ergoterapie, protože Jelínková (2009, s. 18) píše, že léčba prací se snaží začlenit lidi do společnosti a v co největší míře zachovat jejich kvalitu života.

Při umístění staršího člověka do domova pro seniory může nastat tzv. hospitalismus. To je syndrom poruch, které vzniknou jako následek nedostatečného množství podnětů při dlouhodobém umístění člověka do nějakého kolektivního zařízení (Hartl, Hartlová, 2010, s. 187). A právě ergoterapie může být prevencí hospitalizačního syndromu, kdy působí v oblasti psychosociální – jedná se tedy především o výchovu a smysluplné využití volného času seniorů a o jejich přípravu na případnou integraci do institucionálního systému (Vodáková, Cettlová, 2003, s. 16). Takže dle

uvedených slov Vodákové a Cettlové (2003, s. 16) poskytuje ergoterapie prevenci proti hospitalismu a pomáhá lidem připravit se na eventuální umístění do institucionální péče.

Ergoterapie musí vycházet z následujících tří hlavních pravidel, která uvádí, že každá zadaná práce musí mít smysl, musí být rozvržena tak, aby ji klient mohl dokončit, a musí seniora bavit (Pfeiffer, 2001, s. 19). A právě podle těchto zásad, které uvádí Pfeiffer (2001, s. 19), by měla být uplatňována ergoterapie v domovech pro seniory.

2.3 Využití ergoterapie v domovech pro seniory

Ergoterapie nachází v domovech pro seniory mnoho způsobů využití. Vzhledem k tomu, že na ergoterapii se dá pohlížet z různých hledisek, tak existuje řada rozdělení léčby prací, většina se jich ale shoduje v náplni, jen jim jsou přiřazené jiné názvy. Já pro tuto práci použiji vymezení od Pfeiffera (2001, s. 5), který rozlišuje:

- „**ergoterapii k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice,**
- **ergoterapii cílenou na postiženou oblast,**
- **ergoterapii zaměřenou na výchovu k soběstačnosti,**
- ergoterapii před pracovním začleněním (předpracovní rehabilitaci).“

Všechny uvedené oblasti ergoterapie se ale prolínají a doplňují (Pfeiffer, 1990, s. 13). Předpracovní rehabilitace se zabývá začleněním lidí s disabilitou do práce, o kterou by měli zájem. Takže je věnována osobám s určitým postižením, jež se chystají nastoupit do prvního zaměstnání, nebo kteří utrpěli nějaké zranění a chtějí se vrátit do původní profese, anebo potřebují pomoci při výběru nové práce (Šajtarová, 2009, s. 228). Z uvedeného vymezení Šajtarové (2009, s. 228) se tedy dá předpokládat, že tato oblast ergoterapie se v domovech pro seniory nepoužívá, protože lidé, kteří zde žijí, se již nevrací do pracovního procesu, a proto tato oblast ergoterapie nebude předmětem mého dalšího zájmu. Avšak prvním třem kategoriím – ergoterapii k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice, ergoterapii cílené na postiženou oblast a ergoterapii zaměřené na

výchovu k soběstačnosti (Pfeiffer, 2001, s. 5) – se budu dále věnovat, protože mohou najít své uplatnění u seniorů.

2.3.1 Ergoterapie k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice

První oblastí využití ergoterapie u seniorů je k naplnění jejich volného času a zlepšení celkové kondice. Gúth (1995, s. 390) ji nazývá léčbou zaměstnáváním. Cílem této ergoterapie je aktivizovat seniora, vyplnit mu jeho volný čas a odvést pozornost od negativního působení nemoci (Votava, 2009, s. 22). Zaměstnávání člověka ale také udržuje či zlepšuje zdravé fyzické a psychické funkce (Klusoňová, Špičková, 1988, s. 9). Ze slov Votavy (2009, s. 22) a Klusoňové a Špičkové (1988, s. 9) tedy vyplývá dvojitý smysl této oblasti ergoterapie, první je aktivizační, kdy se jedná o zaměstnávání klienta, vyplnění volného času a odpoutání od jeho problémů, a druhým je kondiční, ve kterém se díky činnosti, již vykonává, udržuje, nebo dokonce zlepšuje jeho zdravotní stav.

Při ergoterapii k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice se využívá řada technik, jako je malování, kreslení, práce s papírem, ubrousková technika, malba na hedvábí, batikování, drátkování, patchwork, košíkářství, výroba keramiky atd. (Šajtarová, 2005, s. 224). Další možností je hraní společenských her, jako jsou šachy, dáma, karetní hry (Pfeiffer, 1990, s. 13). Avšak sem se také zařazuje čtení, debatování, sledování televize (Gúth, 1995, s. 390) a poslouchání rádia (Pfeiffer, 1990, s. 13).

Ergoterapie může být uskutečňována i ve venkovním prostředí. V tomto případě se jedná o obdělávání půdy, setí a sázení, zavlažování, ošetřování trávníku a dřevin, převážení různých materiálů, úklid, údržba vybavení areálu, sběr a sušení rostlin a plodů včetně aranžování květin (Klusoňová, Špičková, 1988, s. 181-183). Venkovní aktivity se ale nemusí věnovat jen zahradnickým činnostem, protože jak uvádí Pfeiffer (1990, s. 13), tak lidé mohou hrát například stolní tenis, kuželky nebo mohou házet šipky do terče.

Ergoterapii k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice považují za důležitou z toho důvodu, že uživatelé domovů pro seniory mají hodně času a tímto způsobem vytváří potřebné věci, dále zaměstnáváním přestávají myslet na své problémy a dostanou se do společnosti dalších lidí. Navíc Klusoňová a Špičková (1988, s. 9) uvádí, že různými činnostmi, které provádí, se může zlepšovat nebo udržovat zdravotní stav seniorů.

2.3.2 Ergoterapie cílená na postiženou oblast

Ergoterapie cílená na postiženou oblast bývá někdy označována jako funkční ergoterapie (Klusoňová, Špičková, 1988, s. 10) a zaměřuje se na poruchy, které mohou způsobit disabilitu (Dočkal, 2005, s. 258). „Disabilita je omezení či ztráta schopnosti provádět na základě poruchy či v reakci na ni určitou činnost“ (Kalvach, 2004, s. 119).

„Cílem je vždy cvičit nebo trénovat postiženou oblast, a to jejím aktivním zapojením. Velice důležitý je zde vhodný výběr aktivity a konkretizace, co danou aktivitou sledujeme“ (Dočkal, 2005, s. 258). Klusoňová a Špičková (1988, s. 10) dodávají, že tato část ergoterapie se soustřeďuje na to, aby bylo dosaženo optimální fyzické a psychické funkce. A v důsledku toho se cílená ergoterapie rozděluje podle požadovaného účinku, jak píše Pfeiffer (1997, s. 51), na zvětšení svalové síly, zlepšení svalové koordinace, zvětšení rozsahu pohybu, nácvik setrvání v určité poloze a jedná se také o cílený výcvik psychických funkcí.

U seniorů je důležité procvičovat pohybovou stránku, protože jak se zmiňuje Říčan (2004, s. 333), tak už několikadenní klid na lůžku může u staršího člověka vést k různým zdravotním problémům, jako je zvýšená křehkost kostí, atrofie svalů, slábnutí reflexů regulujících krevní tlak apod. Dle slov Říčana (2004, s. 333) tedy vyplývá, že je nutné, aby se senior pohyboval, aby nedocházelo k utlumení tělesných funkcí.

Tato část ergoterapie by mohla najít své uplatnění u starších lidí, u nichž došlo k postižení periferního nervu, kteří mají centrální mozkovou poruchu, amputované končetiny, revmatické onemocnění, ortopedické

problémy apod. (Dočkal, 2005, s. 259). Vzhledem k tomu, že ergoterapie cílená na postiženou oblast se zaměřuje i na výcvik psychických funkcí (Pfeiffer, 1997, s. 51), tak je možné využívat ji u seniorů s demencí, což je jedna z nejzávažnějších a nejčastějších psychických poruch u starších lidí, při níž nastává oslabení kognitivních funkcí (Jiráček, 2004, s. 546-547). Mezi kognitivní funkce patří pozornost, paměť, uvažování apod. (Vágnerová, 2007, s. 330).

Ergoterapie cílená na postiženou oblast často vyžaduje provádění aktivity s nějakým nástrojem, přístrojem atd. Proto je nutné, pokud má senior vykonávat takovou činnost, aby zvládal uchopení předmětu. A z tohoto důvodu je důležité provést vyšetření úchopu. Úchopy se dělí na primární, sekundární a terciární. Za primární je považováno normální uchopení zdravou rukou, prsty a dlaní. Skládá se z pěti částí, které se při vyšetření úchopu hodnotí, jimiž jsou apripinquant (přiblížení), konkulze (sevření), retence (udržení), relaxace (uvolnění) a detence (oddálení). Tyto úchopy se dělí na statické (prstové nebo s pomocí dlaně) a na dynamické (např. lusknutí prsty). Sekundární je takový úchop, při němž člověk používá i jinou část těla než ruce, a terciární je prováděný s technickou pomůckou, jakou může být protéza nebo podavač (Dočkal, 2005, s. 259-260).

Ergoterapie cílená na postiženou oblast se využívá u mnoha onemocnění, jak uvádí Dočkal (2005, s. 259), avšak Klusoňová a Špičková (1988, s. 10) se zmiňují o tom, že je nutné u lidí, kteří mají těžší postižení s trvalými následky nebo jsou chronicky nemocní, se zaměřit také na udržení činnorodé aktivity a soběstačnosti.

2.3.3 Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti

Zdravý člověk denně vykoná několik běžných činností, aniž by nad nimi uvažoval. Avšak u seniorů je situace jiná. Tito lidé mívají různá onemocnění a jejich život jimi bývá omezen. Jak píše Pfeiffer (1990, s. 16), tak běžné denní činnosti, jako je oblékání, koupel, jídlo atd., jsou považovány za rutinní. Avšak pro lidi s nějakou chorobou mohou být

velkou potíží. Pro tyto aktivity se používá zkratka ADL, což je z anglického názvu activities of daily living.

Dle Dočkala (2005, s. 261) se aktivity všedního dne dělí do dvou skupin:

- Bazální = personální PADL, kam spadá osobní hygiena, přesuny/mobility, koupání, sebesycení/jídlo, použití WC/kontinence.
- Instrumentální IADL, kde patří vaření a příprava jídla, nákup, manipulace s penězi, praní, přenášení nápoje, transport a používání dopravy, jízda autem, sociální interakce, telefonování a záliby.

„Koncept hodnocení aktivit všedního života (ADL – activities of daily living) vychází z přesvědčení, že u klientů především se závažnou disabilitou není životně ani rehabilitačně rozhodující dílčí míra zlepšení zdatnosti, např. rozsah pohybu či samotná svalová síla. Rozhodující je funkční zdatnost ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti“ (Kalvach, 2004, s. 196).

Starší lidé v domovech pro seniory bývají v různé míře závislí na pomoci druhého člověka, takže jejich běžné denní aktivity jsou omezeny, potřebují v nich podporu další osoby. Na to poukazuje §8 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který vymezuje čtyři stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby:

- Stupeň I = lehká závislost – je nutná každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.
- Stupeň II = středně těžká závislost – je nutná každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.
- Stupeň III = těžká závislost – je nutná každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.
- Stupeň IV = úplná závislost – je nutná každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

To, jaké úkony se hodnotí při stanovení stupně závislosti na jiné fyzické osobě, je uvedeno v příloze č. 1.

K tomu, aby se zjistila míra soběstačnosti seniora, je možné použít několik testů. V rámci bazálního PADL existuje test Katz ADL, který hodnotí koupání, oblékání, používání toalety, přemísťování, kontinenci a jezení, a Barthelův index, který obsahuje stejná kritéria jako Katz ADL test, avšak navíc ještě bere v potaz chůzi a stoupaní do schodů. U instrumentálního IADL se používají testy jako je Multilevel Assessment Instrumental ADL, který rozlišuje mezi aktuálním a potenciálním výkonem. Dále Sickness Impact Profile, který se zabývá tím, jestli nastala nějaká změna oproti dlouhodobým zvykům, a Lawtonův Philadelphia Geriatric Center IADL Scale, který zjišťuje soběstačnost v telefonování, nakupování, přípravě jídla, vedení domácnosti, praní apod. (Kalvach, 2004, s. 196-198). V poslední době se často používá hodnocení funkční nezávislosti FIM neboli Functional Independence Measure (Kalvach, Švestková, 2004, s. 428). Test Katz ADL, Barthelův index, Lawtonův Philadelphia Geriatric Center IADL Scale a FIM test jsou k dispozici v příloze č. 2.

Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti zahrnuje dle Jelínkové (2009, s. 204) tři kategorie a těmi jsou kompenzace/adaptace, obnova/navrácení původních schopností a edukace/nácvik. V rámci kompenzace se jedná o přizpůsobení aktivity nebo úkolů, kdy člověk používá stejné předměty v totožném prostředí, avšak je upraven způsob provedení činnosti vzhledem k individuální potřebě. Další možnost se naskýtá přepracováním nástrojů, aby člověku vyhovovaly, nebo využitím kompenzačních pomůcek. Při obnově či navrácení původních schopností se jedná například o zvýšení svalové síly, rozsahu krátkodobé paměti, prostorové orientace a pozornosti. Tato část je pro klienta náročnější a trvá delší dobu. A v rámci edukace ergoterapeut instruuje klienta nebo jeho pečovatele o tom, jak se mají provádět určité činnosti, jako je koupání a oblékání.

Vzhledem k tomu, že u starších lidí dochází ke snížení soběstačnosti (Vágnerová, 2007, s. 403), tak shledávám tuto oblast ergoterapie za velice užitečnou v domovech pro seniory.

3 Ergoterapie v Domově pro seniory v Přerově

V této části se budu zabývat využitím ergoterapie v konkrétním zařízení – v Domově pro seniory v Přerově, kde jsem absolvovala v období od června 2010 do ledna 2011 odbornou stáž, která byla zaměřena na průběh ergoterapie v této organizaci.

3.1 Domov pro seniory v Přerově

Domov pro seniory existuje pod záštitou Sociálních služeb města Přerova, p. o., což je příspěvková organizace se samostatnou právní subjektivitou, která je největším poskytovatelem sociálních služeb ve městě. Tato organizace nabízí šest druhů sociálních služeb, jimiž jsou základní sociální a odborné poradenství, osobní asistence, pečovatelská služba, denní stacionáře, domovy pro seniory a domovy se zvláštním režimem (SSMP, 2009a). Já se v této kapitole věnuji Domovu pro seniory v Přerově.

Domov pro seniory v Přerově poskytuje dvě pobytové služby, kterými jsou (Triáda komunitního plánování, 2008, s. 4):

- domov pro seniory – s kapacitou 61 lůžek,
- domov se zvláštním režimem – s kapacitou 20 lůžek.

Uvedená organizace byla otevřena 1. září 2008. Tento bezbariérový areál se skládá ze šesti menších pavilonů. V jednolůžkových pokojích bydlí 17 klientů a 64 žije ve dvoulůžkových místnostech. Všechny pokoje jsou vybaveny pojízdnými polohovacími postelemi, signalizačním systémem, mají telefonní spojení, internetová připojení a samostatná sociální zařízení, navíc ty v přízemí disponují terasami a v poschodí balkony. Komfort služeb v každém pavilonu obstarávají ošetřovny, jídelny sloužící zároveň jako společenské místnosti, dále koupelny s elektricky zvedanými vanami a sprchové panely se sprchovými lůžky. Součástí areálu je rehabilitace se čtyřmi stanovišti pro fyzikální terapii, masážní pracoviště, tělocvična s nářadovnou, místnost pro ergoterapii, knihovna s čítárnou, kadeřnictví, pedikúra, prádelna, bufet a shromažďovací sál se zvýšenou jevištní plochou.

Stravování zajišťuje externí firma. Pro venkovní pobyt slouží seniorům volná plocha s pěšími chodníky, odpočinkovými lavičkami, vodní fontánkou a altánem (Pivodová, 2008).

Domov pro seniory v Přerově poskytuje pobytovou službu lidem nad 60 let se sníženou soběstačností a seniorům se zdravotním postižením, kteří mají například Alzheimerovu chorobu nebo jiný typ demence (Triáda komunitního plánování, 2008, s. 4). „Jeho posláním je podpora a pomoc seniorům, kteří se v důsledku věku nebo zdravotního stavu ocitli v nepříznivé sociální situaci a potřebují pravidelnou každodenní pomoc druhé osoby“ (SSMP, 2009b).

Senioři si pro umístění do této organizace musí nejprve podat žádost o přijetí, která obsahuje vyjádření lékaře o zdravotním stavu, kopii posledního důchodového výměru a kopii rozhodnutí o přiznání příspěvku na péči. Pokud je starší člověk zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům, tak je nutné přiložit kopii rozhodnutí soudu a usnesení o stanovení opatrovníka. Poté sociální pracovnice Domova pro seniory v Přerově osobně navštíví žadatele, aby zjistila, co potenciální uživatel od pobytové služby očekává, informuje ho o nabízených službách a poskytne mu možnost prohlídky organizace, načež ho bodově ohodnotí a vypracuje návrh. Ten předloží pracovní skupině, která sestaví pořadník čekatelů na přijetí do Domova pro seniory v Přerově (SSMP, 2009b).

V roce 2010 bylo v Domově pro seniory v Přerově 79 klientů. Počet seniorů dle stupně závislosti na druhé osobě je uveden v tab. č. 1.

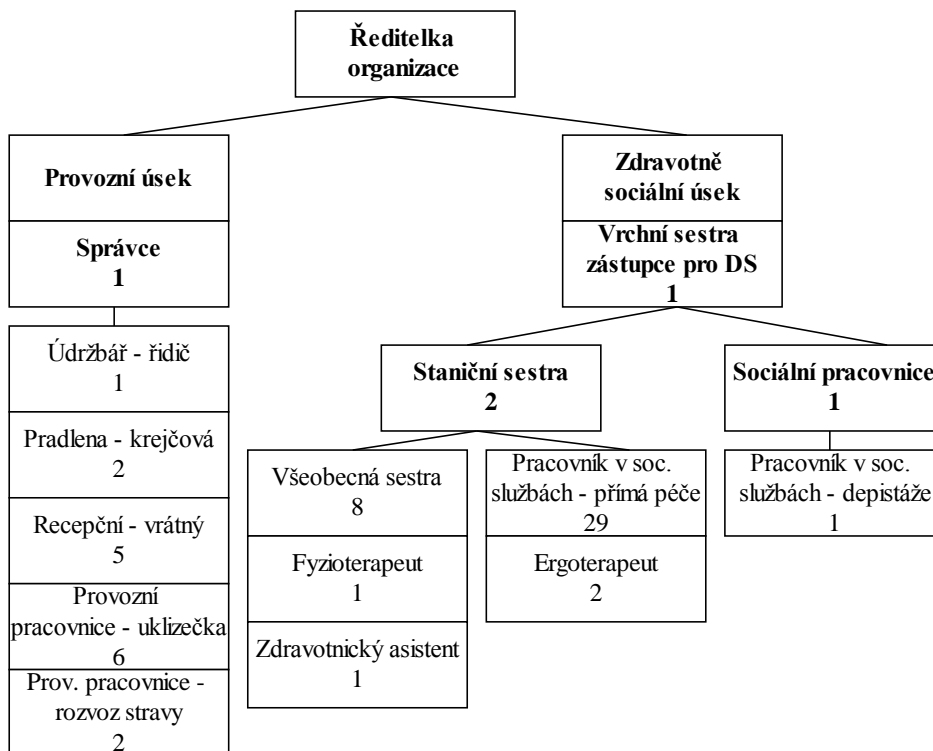
Tab. č. 1 Počet klientů Domova pro seniory v Přerově dle stupně závislosti na druhé osobě pro rok 2010

Stupeň závislosti na jiné osobě	Počet klientů	Percentuální počet klientů
Žádný stupeň závislosti	2	3%
Stupeň I (lehká závislost)	1	1%
Stupeň II (středně těžká závislost)	5	6%
Stupeň III (těžká závislost)	21	27%
Stupeň IV (úplná závislost)	50	63%
Celkem	79	100%

Zdroj: Interní informace Domova pro seniory v Přerově

Chod Domova pro seniory v Přerově zajišťuje několik zaměstnanců, jak uvádí diagram č. 1.

Diagram č. 1 Organizační struktura Domova pro seniory v Přerově



Zdroj: Interní informace Domova pro seniory v Přerově

V uvedeném diagramu č. 1 jsou znázorněny pozice pracovníků. Tučně zvýrazněná místa poukazují na vedoucí, pod něž spadají další zaměstnanci. Čísla u pracovních pozic značí, kolik lidí na této pozici pracuje. Z tohoto diagramu je možné zjistit, že v rámci ergoterapie jsou zde zaměstnáni dva lidé.

Sociální služby v tomto zařízení zahrnují ubytování, stravování a zajištění úkonů péče, kam patří sociální, zdravotní, ošetrovatelské a rehabilitační, aktivizační a volnočasové činnosti (SSMP, 2009b). A právě v rámci volnočasových a aktivizačních činností je možné využít ergoterapeutickou intervenci.

3.2 Zaměstnanci v ergoterapii

Ergoterapii v této organizaci vedou dvě zaměstnankyně. Jedna z nich má vystudovaný tříletý obor Diplomovaný ergoterapeut na Vyšší odborné škole zdravotnické v Ostravě v denní formě studia. Je tedy registrovanou ergoterapeutkou a její kvalifikace odpovídá §7 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), kdy jednou z možností zisku odborné způsobilosti k výkonu povolání ergoterapeuta je absolvování „tříletého studia v oboru diplomovaný ergoterapeut na vyšších zdravotnických školách, pokud bylo studium prvního ročníku zahájeno nejpozději ve školním roce 2004/2005.“

Druhá zaměstnankyně není registrovaná ergoterapeutka. Vystudovala pomaturitní dálkové studium arteterapie v Praze. Ta tedy nesplňuje podmínky dané §7 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), jelikož neabsolvovala žádnou školu uvedenou v tomto zákoně. Avšak pracuje pod záštitou vystudované ergoterapeutky.

Navíc zde působí slečna v rámci veřejně prospěšných prací. Ta je vyučená v gastronomii a nemá tedy vystudovanou žádnou školu, která by se zabývala tematikou ergoterapie, práce v sociálních službách apod. Pracuje v Domově pro seniory v Přerově každý všední den v ergoterapeutické dílně a také se účastní na pořádaných akcích, avšak sama nic neorganizuje. Dále vypomáhat v ergoterapii mohou dobrovolníci, kteří jsou dle Matouška (2003, s. 61) důležití v tom smyslu, že zastanou mnoho práce a mají osobní nadšený, angažovaný, pružný a neformální přístup ke klientům. Za dobrovolníky jsou považováni studenti, nezaměstnaní lidé, kteří chtějí být

užiteční, ženy pečující o rodinu a děti, dále osoby, které jsou v důchodu, a lidé, jejichž práce je neuspokojuje, co se týče kontaktu s jinými lidmi.

3.3 Ergoterapeutický proces

Ergoterapeutky se podílí na celém ergoterapeutickém procesu, který probíhá v Domově pro seniory v Přerově. Tento proces zde zahrnuje vyšetření staršího člověka, doporučení ergoterapeutických činností, vedení aktivit, jejich vyhodnocení a dokumentace výstupů.

Ergoterapeutky si tedy nejprve přečtou lékařskou zprávu o seniorovi a poté provedou ergoterapeutické vyšetření klienta s ohledem na informace o tomto starším člověku, které jim dodávají další odborníci, jako je psycholog, sociální pracovník apod. Poté ergoterapeutky sestaví seniorovi individuální plán. Tím se zamezí situaci, kdy by staršímu člověku byla navržena činnost, kterou nemůže zvládnout. Dále nastává samotná ergoterapeutická intervence, kterou ergoterapeutky vedou, kontrolují správný průběh a následně vše vyhodnocují. Ergoterapeutky si údaje zaznamenávají do dokumentace, kde se zapisuje, jaké činnosti senior prováděl, na co byla ergoterapie zaměřená, jestli se dosáhlo stanoveného cíle, a zda byla ergoterapeutická intervence staršímu člověku nápomocná. Ergoterapeutky také provádí poradenskou činnost. Tento ergoterapeutický proces tedy odpovídá slovům Pfeiffera (1990, s. 19-21), který píše, že ergoterapeut se seznámí s chorobopisem, který je stanovený lékařem. Následně vyšetří klienta. Ten, pokud má problémy s pohybem, tak se ergoterapeut zaměří na kineziologické vyšetření, jestli trpí nějakou psychickou poruchou, tak se provádí motivační testy. A u plicních a kardiovaskulárních nemocí převažuje zátěžové vyšetření. Poté se určí pracovní činnost včetně času, tempa, pozice, používaného materiálu, nástrojů a kompenzačních pomůcek. Ergoterapeut denně sleduje výkon a reakce klientů a podle toho případně mění léčebné postupy. Dále provádí výcvik soběstačnosti. Seniory opakovaně hodnotí a vše dokumentuje.

Ergoterapeutky musí neustále sledovat stav staršího člověka a být informovány o případných fyzických a psychických změnách, které u seniora proběhly. Může se totiž stát, že se zdravotní stav klienta změní a je nutné přepracovat jeho individuální plán. A proto, jak píše Jelínková a Krivošíková (2007, s. 7), je nutná spolupráce s dalšími odborníky. Z tohoto důvodu v Domově pro seniory v Přerově kooperují ergoterapeutky s lékařem, psychologem, sociální pracovnící, fyzioterapeutkou, zdravotnickou asistentkou a protetickými technikami. Lékař zjišťuje fyzický a psycholog psychický stav klienta. Sociální pracovníce například vyřizuje stupně závislosti na druhé osobě, takže informuje ergoterapeutky o případné změně stupně závislosti klienta. Spolupráce s fyzioterapeutkou a zdravotnickou asistentkou je vidět každou středu, kdy probíhá cvičení v tělocvičně. Ergoterapeutky totiž pomáhají seniorům dostat se do této tělocvičny. Navíc v ergoterapeutické dílně je fyzioterapeutická pomůcka – motoped, na kterém klienti s hybným postižením jezdí po dobu 15 minut. Takže ergoterapeutky se dozívají prostřednictvím spolupráce s fyzioterapeutkou a zdravotnickou asistentkou podrobnosti o pohybovém systému seniora. A protetičtí technici jsou potřební, pokud u staršího člověka dojde například k amputaci končetiny. Tento multidisciplinární tým odpovídá vymezení Votavy (2009, s. 13-14), který uvádí, že ergoterapeut mimo jiné spolupracuje s lékařem, fyzioterapeutem, psychologem, sociálním pracovníkem, zdravotními sestrami a protetickými technikami.

3.4 Využití ergoterapie v Domově pro seniory v Přerově

Součástí ergoterapeutického procesu je samotná intervence, jak uvádí Opatřilová a Zámečníková (2008, s. 114). Ergoterapie v Domově pro seniory probíhá v mnoha činnostech, které bych mohla uvést v kontextu rozdělení, jež nabízí Pfeiffer (2001, s. 5):

- „ergoterapie k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice,
- ergoterapie cílená na postiženou oblast,
- ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti.“

Tyto ergoterapeutické aktivity jsou součástí péče, která se v Domově pro seniory v Přerově klientům nabízí v rámci volnočasových a aktivizačních činností (SSMP, 2009b). Účast na uvedených ergoterapeutických aktivitách je pro seniory dobrovolná, je pouze na jejich rozhodnutí, zda chtějí využít možností, které léčba prací nabízí. V Domově pro seniory v Přerově jsou ovšem i klienti, kteří se nemohou zapojit do žádné činnosti, protože buď mají IV. stupeň závislosti na druhé osobě a jejich zdravotní stav jim to nedovoluje, anebo je tyto aktivity neinteresují. K tomu píší i Janečková, Kalvach a Holmerová (2004, s. 438-439), že aktivity u seniorů mají jistá specifika. Zájem o určitou činnost je dán jedinečnou životní zkušeností, proto starší lidé určité aktivity přijímají a jiné odmítají. Činnost, kterou vykonávají, musí odpovídat individuálnímu tempu a fyzickým a mentálním schopnostem seniora. Také je důležité, aby aktivita měla smysl, a aby senior byl schopen posoudit výsledek své práce. Uvedené přístupy dle Janečkové, Kalvacha a Holmerové (2004, s. 438-439) jsou jedny ze základních charakteristik, které určují, zda se starší člověk bude zúčastňovat na aktivitě, případně na jaké.

3.4.1 Ergoterapie k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice

Ergoterapie k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice probíhá v Domově pro seniory v Přerově v rámci několika činností, které shrnuji do tří kategorií:

- práce v ergoterapeutické dílně,
- venkovní aktivity,
- kulturní a společenské akce, výlety a soutěže.

Ergoterapeutická dílna probíhá každé pondělí, úterý, čtvrtek a pátek vždy od 9h do 11h. Do ergoterapeutické dílny dochází buď klienti sami, anebo za pomoci ergoterapeutek.

Seniorům se v ergoterapeutické dílně zadávají úkoly, které jsou přiměřené jejich zdravotnímu stavu, a které je baví, což odpovídá slovům Pfeiffera (2001, s. 19), který píše, že práce by měla být rozvržena tak, aby

mohla být dokončena, a že činnost musí klienta bavit. V ergoterapeutické dílně senioři pletou, vyšívají, háčkují, používají šicí stroj, batikují, pracují s ubrouskovou technikou, navlékají korálky, plní polštáře molitanem, vytváří mozaiky apod. Jak uvádí Pfeiffer (1990, s. 13), tak ruční práce, pletení, práce z papíru apod. rozvíjí jak pohybový aparát, tak i duševní činnost.

Své výrobky senioři vystavují na různých místech, například se konala týdenní výstava v Olomouci na Flóře na Dnech postižených v rámci sociálních služeb a také se jejich výrobky po dobu jednoho měsíce prezentovaly v Galerii M+M v Hranicích v rámci výstavy s názvem Barvy života – Podzim. Navíc probíhají prodejní akce přímo v Domově pro seniory v Přerově, kde jsou výrobky seniorů z ergoterapeutické dílny nabídnuty ke koupi jak samotným klientům, tak i veřejnosti. A právě díky těmto výstavním a prodejním akcím mohou senioři vidět smysl jejich práce, což odpovídá slovům Pfeiffera (2001, s. 19), který píše, že činnost klientů musí mít smysl.

Při práci v ergoterapeutické dílně mají senioři buď puštěnou hudbu a k tomu mezi sebou komunikují, anebo jim ergoterapeutka čte. K tomu píše Klusoňová, Špičková (1988, s. 9), že v rámci zaměstnávání je možné užít mimo jiné poslech rozhlasu, rozhovor nebo četbu.

To, jak senioři pracují v ergoterapeutické dílně včetně ukázky jejich výrobků, je možné shlédnout v příloze č. 3.

Pokud je příznivé počasí, tak klienti se místo v ergoterapeutické dílně schází ve venkovních prostorech Domova pro seniory v Přerově. V tomto případě posedí, popovídají si. Seniorům jsou také nabízeny zahradnické činnosti, ale této intervence klienti nevyužívají. Avšak senioři venku hrají například pétanque nebo kriket, což jak uvádí Walsh (2005, s. 104), jsou jedny z her, které mohou být uplatněny u seniorů.

Ergoterapie k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice nachází své využití také díky kulturním a společenským akcím, výletům a různým soutěžím. Kulturní a společenské akce bývají soustředěny na

oslavy významných dnů, jako je Den matek, Velikonoce, Vánoce apod. Dále zde vystupují hudební a dramatické skupiny. Například toto zařízení navštívily děti, které seniorům zahrály na housle. V Domově pro seniory v Přerově probíhají i tematické akce, jako byl „Večer Karla Gotta,“ kdy se pouštěly jeho písničky a senioři poslouchali, zpívali, někteří si zatančili. Uživatelé Domova pro seniory v Přerově se účastní různých výletů, například byli na Hostýnu, ale také navštívili Prahu apod. Dále bývají pro klienty pořádány soutěže jak ve společenských hrách, tak ve sportovních. Ty se konají jednak v rámci Domova pro seniory v Přerově, ale bývají realizovány i jako střetnutí klientů z více domovů pro seniory.

Ergoterapie k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice v Domově pro seniory v Přerově úzce souvisí s ergoterapií cílenou na postiženou oblast i s ergoterapií zaměřenou na výchovu k soběstačnosti vzhledem k tomu, že činnosti vykonávané v rámci ergoterapie k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice mají vliv na samotný zdravotní stav seniora, a tudíž i jeho soběstačnost.

3.4.2 Ergoterapie cílená na postiženou oblast

V Domově pro seniory v Přerově žijí lidé, kteří trpí různými nemocemi, jež oslabují jejich hybnost, ale také kognitivní funkce. Z tohoto důvodu se zde využívá ergoterapie cílená na postiženou oblast, protože jak píše Dočkal (2005, s. 259), tak tato oblast ergoterapie se zaměřuje na zvětšení svalové síly a rozsahu pohybu, zlepšení svalové koordinace a nácvik setrvání v určité poloze (ve stoje či sedě), dále se zabývá používáním protéz po amputacích, nácvikem úchopu a také cíleným tréninkem kognitivních a exekutivních funkcí, jako je paměť, pozornost, rozhodování a organizace.

V Domově pro seniory v Přerově se tedy cvičí kognitivní funkce, pokud je starší lidé mají oslabené například v důsledku Alzheimerovy choroby. Ergoterapie zaměřená na kognitivní funkce probíhá tak, že senioři si v ergoterapeutické dílně sednou k jednomu stolu a procvičují poznávání

a paměť tím způsobem, že jim ergoterapeutka ukazuje obrázky, na kterých jsou zakreslena různá povolání (např. pekař) nebo praktické předměty (např. nůžky), a senioři je rozpoznávají. Případně je na kartičkách zobrazeno více shodných atributů a klienti určují, které jsou totožné. Další možností procvičování kognitivních funkcí je pomocí skládaček. Uvedené činnosti, odpovídají slovům Kalvacha a Švestkové (2004, s. 424-425), kteří píší, že k hlavním aktivitám, které se využívají v geriatrii, patří mimo jiné také provádění kognitivní rehabilitace a mozkový trénink, k čemuž se využívá různých pomůcek, jako jsou hlavolamy, stavebnice, skládačky nebo kartičky s vyobrazenými praktickými předměty a situacemi.

Mimo uvedené činnosti se mohou užívat společenské hry, jako je „Člověče, nezlob se,“ jímž se trénuje pozornost, uvažování, ale také jemná motorika při úchopu figurky a při hodu kostkou. Pfeiffer (2001, s. 19) dodává, že při hraní společenských her dochází jak k uvolňování figur, což vede k abdukci palce, tak k úchopu figur, které směřuje k opozici palce.

Avšak nacvičování kognitivních funkcí může probíhat i v rámci celé ergoterapeutické skupiny, která se účastní práce v ergoterapeutické dílně. V tomto případě se využívá kvízu, kdy ergoterapeutka se ptá na různé otázky a senioři odpovídají. Otázky mohou být z oblasti dějepisu, zeměpisu, českého jazyka, hudby, biologie, z aktualit a také z dění ve městě Přerově. Jak uvádí Janečková, Kalvach a Holmerová (2004, s. 443), tak tímto způsobem dochází u seniorů k mozkovému tréninku.

V příloze č. 3 je možné shlédnout, jak lidé trénují kognitivní funkce, a jaké ergoterapeutické pomůcky se při jejich nácviku používají.

Ergoterapeutky se také snaží, aby senioři navýšili svou svalovou hmotu prostřednictvím hraní různých her, jako například pétanque, což je dle Wittmannové (2010, s. 15) jeden ze sportů, který je vhodný pro seniory, protože od nich nevyžaduje tolik rozvinutou kondiční složku.

V Domově pro seniory v Přerově se cvičí jemná motorika rukou prostřednictvím práce v ergoterapeutické dílně. Zde senioři vytváří různé výrobky, čímž dochází k vylepšení úchopů a zlepšení jemné motoriky. Jak

píší Opatřilová a Zámečnicková (2008, s. 122), tak „základním předpokladem rozvoje hybnosti a obratnosti ruky je zvýšení citlivost. Každá činnost pak zapojuje určité svalové skupiny, dochází k jejich procvičování, zpřesňování pohybu, zlepšuje se koordinace oko-ruka.“ Při vytváření výrobků v ergoterapeutické dílně je tedy vidět další prolínání ergoterapie k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice s ergoterapií cílenou na postiženou oblast.

Navíc Opatřilová a Zámečnicková (2008, s. 122) dále dodávají: „Rozvoj hybnosti horní končetiny je jedním z nejdůležitějších úkolů při podpoře jedinců s narušením hybnosti, neboť právě hybnost horní končetiny a její maximální rozvoj umožňuje rozvoj sebeobsluhy, soběstačnosti a samostatnosti.“ Z těchto slov Opatřilové a Zámečnickové (2008, s. 122) vyplývá, že ergoterapie cílená na postiženou oblast souvisí také s ergoterapií zaměřenou na výchovu k soběstačnosti.

3.4.3 Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti

V Domově pro seniory v Přerově jsou lidé v různé míře závislí na pomoci druhé osoby. Ze 79 klientů evidovaných v tomto zařízení pro rok 2010 jich bylo 77 závislých v určitém stupni na pomoci dalšího člověka (Interní informace Domova pro seniory v Přerově). A proto je vhodné využívat zde ergoterapii zaměřenou na výchovu k soběstačnosti.

Ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti v této organizaci probíhá tak, že ergoterapeutky každé všední odpoledne nacvičují se seniory různé ADL aktivity, aby zvýšily jejich soběstačnost, takže upevňují hygienické návyky, jako je česání se, dále trénují oblékání, svlékání a konzumaci potravy. Klienti se také učí manipulovat s různými technickými pomůckami – mobilním telefonem nebo ovladačem k televizi apod. Ergoterapeutky se seniory nacvičují přesuny. Jedná se například o používání invalidního vozíku u lidí, kteří se najednou stali imobilními a musí se naučit používat tuto kompenzační pomůcku. Na uvedenou ergoterapeutickou intervenci poukazuje Votava (2009, s. 24), který uvádí, že

v rámci ergoterapie zaměřené na výchovu k soběstačnosti se nacvičují a upevňují běžné denní aktivity, mezi něž patří hygiena, oblékání a svlékání včetně obouvání a zouvání, jedení, používání běžných mechanismů a také mobilita a přesuny.

V Domově pro seniory v Přerově žijí lidé s různými nemocemi a v různé míře závislí na pomoci druhé osoby. Proto je důležité, že tato oblast ergoterapie je zde využívána, aby senioři dokázali užívat kompenzačních pomůcek, jako je invalidní vozík, ale také aby se dokázali postarat o další běžné denní aktivity s co nejmenší pomocí druhých osob.

3.5 Sociotechnická doporučení pro aplikaci ergoterapie v Domově pro seniory v Přerově

V této kapitole se zabývám sociotechnickými doporučeními týkající se aplikace ergoterapie v Domově pro seniory v Přerově, která by mohla vést k vylepšení stávající ergoterapeutické intervence. Ergoterapeutky v Domově pro seniory poskytují svým klientům mnoho způsobů využití ergoterapie, proto bych navrhla pouze tyto změny.

První se týká náplně činností v ergoterapeutické dílně, kdy bych navrhovala dovybavení například o tkalcovský stav. Gúth (1995, s. 398) totiž píše, že prací na tkalcovském stavu se procvičují drobné svaly, úchop a také zádové svaly. K tomu dodává Pěkná (1985, s. 5), že tkaní má využití jak v rámci cílené, tak i kondiční ergoterapie. Navíc se jedná o vhodnou zájmovou činnost pro seniory.

Dále shledávám za přínosné, kdyby senioři měli přístup k počítačům, na nichž by je ergoterapeutky mohly učit používat internet. Tak by se starší lidé mohli dozvídat mnoho nových informací, což by tříbilo jejich myšlení, rozvíjelo jejich osobnost a přispělo k smysluplnému trávení času. Stejně tak píše Kalvach (2004, s. 424) o tom, že počítačové programy mohou být využity při kognitivní rehabilitaci. Také Kubínková a Křížová (1997, s. 14) uvádí, že součástí ergoterapeutického zařízení by mohla být výpočetní technika pro výuku práce s počítačem.

Také by se dalo uplatnit více technik, které rozvíjí kognitivní funkce seniorů. Například by se klientům mohlo zadat luštění křížovek, řešení jednoduchých hlavolamů, hledání cest z nakresleného bludiště. O tom píše i Janečková, Kalvach a Holmerová (2004, s. 444), že právě uvedené činnosti přispívají k rozvoji kognitivních funkcí.

Další mé doporučení směřuje k ergoterapeutkám. Domnívám se, že by mohly ještě více a efektivněji spolupracovat s ostatními členy multidisciplinárního týmu. Navíc by bylo vhodné prohlubovat jejich kvalifikaci, čímž je míněno „zdokonalování kvalifikace umožňující podávat vyšší a kvalitnější výkon v rozsahu, jenž je v relaci s obsahem a rozsahem práce, kterou pracovník vykonává. Realizuje se získáním dalších vědomostí a dovedností ve vykonávaném oboru činnosti. Prohlubování kvalifikace se rozumí též její udržování a obnovování“ (Palán, 2002, s. 24). Jednou z možností, která mi přijde jako velice vhodná v tomto případě, by mohlo být uskutečňování ergoterapeutických stáží do jiných domovů pro seniory. Tím by ergoterapeutky získaly nové zkušenosti s využitím léčby prací v ostatních zařízeních a mohly by se jimi inspirovat. V lepším případě by bylo dobré, kdyby ergoterapeutky navštívily zahraniční zařízení, aby zjistily, jak je ergoterapie pojatá mimo Českou republiku, a tyto poznatky by mohly uplatnit v Domově pro seniory v Přerově. Jinou možnost prohlubování kvalifikace poskytují různé ergoterapeutické konference, kterých by se ergoterapeutky mohly zúčastňovat, stejně tak by u nich mohlo probíhat další vzdělávání. Toto tedy považuji za součást celoživotního učení, k němuž by mělo docházet u zaměstnanců, o čemž se zmiňují i Veteška a Tureckiová (2008, s. 13), když se píše, že v nynější době je nutné celoživotní učení, které zahrnuje vzdělávací a rozvojové aktivity. A právě ergoterapeutické stáže, účast na konferencích a další vzdělávání považuji za rozvojovou aktivitu pro ergoterapeutky, neboť to rozšíří jejich znalosti a dovednosti.

Závěr

Tato bakalářská práce se nazývá „Ergoterapie a její využití v Domově pro seniory v Přerově.“ Cílem práce byla reflexe ergoterapie a možnosti jejího uplatnění v domovech pro seniory a uvedení, jak je ergoterapie využita v Domově pro seniory v Přerově.

V první kapitole jsem se zabývala vymezením pojmu ergoterapie, její historií, ergoterapeuty a ergoterapeutickým procesem. Zde jsem došla k závěru, že ergoterapie je léčebnou rehabilitací, jak uvádí Klusoňová a Špičková (1988, s. 9) a z §70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, také vyplývá, že je součástí sociální rehabilitace. Dále jsem uvedla, že na ergoterapeutickou profesi se dá pohlížet jako na profesi v rámci sociálních služeb, ale také jako na zdravotnické zaměstnání s tím, že člověk musí pro výkon této práce splnit jisté požadavky, které jsem zde také zmínila včetně činností, jež může provádět, čímž jsem se dostala k samotnému ergoterapeutickému procesu. Zde jsem došla k závěru, že ergoterapie je složitý proces skládající se z několika částí. Jedná se totiž o hodnocení a diagnostiku, plán aktivit a intervenci (Opatřilová, Zámečnicková, 2008, s. 114), o ergoterapeutické vyšetření (Dočkal, 2005, s. 256), ale také o spolupráci s dalšími odborníky a o dokumentaci veškerých ergoterapeutických výstupů (Jelínková, Krivošíková, 2007, s. 7).

Ve druhé kapitole jsem reflektovala možnosti využití ergoterapie v péči o seniory, kde jsem se zaměřila na domovy pro seniory, což je jeden z cílů této práce. Zjistila jsem, že ergoterapie může být užitečná pro tyto starší lidi v mnoha ohledech. Jedním z nich je, že léčba prací může pomoci člověku při adaptaci na institucionální péči tak, že se snaží začlenit lidi do kolektivu a v co největší míře zachovat jejich kvalitu života (Jelínková, 2009, s. 18). Také je prevencí proti hospitalismu (Vodáková, Cettlová, 2003, s. 16). Dále jsem uvedla oblasti ergoterapie dle Pfeiffera (2001, s. 5). Jednou z nich je ergoterapie k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice, která má využití v domovech pro seniory, jelikož jeho klienti mají hodně volného času. Seniory trápí různé zdravotní problémy, jak uvádí

Vágnerová (2007, s. 398), proto je dobré využití ergoterapie cílené na postiženou oblast. A Vágnerová (2007, s. 403) také píše, že u seniorů se snižuje soběstačnost, a z tohoto důvodu považuji za vhodné využívat v domovech pro seniory ergoterapii zaměřenou na výchovu k soběstačnosti.

A ve třetí kapitole jsem uvedla průběh ergoterapie v Domově pro seniory v Přerově, což bylo i cílem této práce. Nejprve jsem popsala zmíněnou organizaci včetně zaměstnanců, kteří zde pracují v rámci ergoterapeutické intervence. Také jsem psala, jak probíhá ergoterapeutický proces a následně jsem se věnovala samotnému využití ergoterapie, což jsem začlenila do tří oblastí v kontextu rozdělení od Pfeiffera (2001, s. 5) – ergoterapie k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice, ergoterapie cílená na postiženou oblast a ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti. Vyústěním této kapitoly bylo mé sociotechnické doporučení pro aplikaci ergoterapie v Domově pro seniory v Přerově, které jsem směřovala na využití samotných ergoterapeutických činností a na změny vztahující se k ergoterapeutkám. Co se týče náplně činností, tak jednak bych dovybavila ergoterapeutickou dílnu o tkalcovský stav a o počítače. Také bych se zaměřila na další možnosti využití ergoterapie ke zlepšení kognitivních funkcí, jako je luštění křížovek, řešení hlavolamů apod. A ergoterapeutkám bych doporučila absolvovat ergoterapeutické stáže v jiných zařízeních a jejich další vzdělávání v rámci celoživotního učení.

Tuto bakalářskou práci považuji za přínosnou vzhledem k tomu, že neustále přibývá seniorů a je nutné zajistit pro ně vhodnou péči, která by nejen naplnila volný čas starších lidí, ale také pomohla udržet, nebo dokonce zlepšit jejich zdravotní stav. A tyto možnosti nabízí právě ergoterapie. Navíc samotná práce, která se provádí v rámci ergoterapie, působí na člověka pozitivně, protože i Klusoňová a Špičková (1988, s. 9) uvádí, že „nečinnost snižuje tělesnou i duševní kondici a způsobuje nežádoucí změny v organismu.“ Touto bakalářskou prací tedy chci poukázat na to, jak je využití ergoterapie v domovech pro seniory důležité vzhledem k smysluplnému trávení volného času starších lidí, ale také k pozitivním účinkům, jež má na jejich zdravotní stav a na soběstačnost.

Anotace

Příjmení a jméno autora: Tallová Barbora

Název katedry a fakulty: Katedra sociologie a andragogiky Filozofické fakulty UP

Název práce: Ergoterapie a její využití v Domově pro seniory v Přerově

Vedoucí práce: PhDr. Naděžda Špatenková, Ph.D.

Počet znaků: 84 731

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 39

Klíčová slova: ergoterapie, ergoterapeuti, domov pro seniory, senioři, ergoterapie v Domově pro seniory v Přerově

Charakteristika bakalářské diplomové práce

Cílem této práce je reflexe ergoterapie a možnosti jejího uplatnění v domovech pro seniory a uvedení, jak je ergoterapie využita v Domově pro seniory v Přerově. Ergoterapie může být starším lidem v domovech pro seniory užitečná v mnoha ohledech – vyplňuje smysluplně jejich volný čas, ale také může zlepšit zdravotní stav a přispět k větší soběstačnosti. V první kapitole tedy vymezuji ergoterapii, ve druhé se již zabývám ergoterapií v péči o seniory, kde se zaměřuji na její možnosti uplatnění v domovech pro seniory. A ve třetí části uvádím, jak je ergoterapie využita v Domově pro seniory v Přerově, a vyústěním této kapitoly je mé sociotechnické doporučení pro aplikaci ergoterapie v tomto zařízení.

Seznam použitých zdrojů

ČESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. *Úvod* [online]. ©2008, poslední revize 25. 7. 2008 [cit. 17. 1. 2011]. Dostupné z: <<http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1>>.

DOČKAL, V. Ergoterapie. In MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2005, s. 252-278. ISBN 80-244-1075-3.

GÚTH, A. a kol. *Vyšetřovací a léčebné metodiky pro fyzioterapeutov*. Bratislava: Liečreh, 1995. ISBN 80-967383-0-5.

HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

Interní informace Domova pro seniory v Přerově.

JANEČKOVÁ, H. Sociální práce se starými lidmi. In MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, s. 163-194. ISBN 80-7367-002-X.

JANEČKOVÁ, H. – KALVACH, Z. – HOLMEROVÁ, I. Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace. In KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. – ZAVÁZALOVÁ, H. – SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 436-456. ISBN 80-247-0548-6.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

JELÍNKOVÁ, J. Ergoterapeutická praxe dnes. In JELÍNKOVÁ, J. – KRIVOŠÍKOVÁ, M. – ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 72-78. ISBN 978-80-7367-583-7.

JELÍNKOVÁ, J. Historie oboru ergoterapie. In JELÍNKOVÁ, J. – KRIVOŠÍKOVÁ, M. – ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 20-28. ISBN 978-80-7367-583-7.

JELÍNKOVÁ, J. Intervence zaměřené na nácvik běžných denních činností. In JELÍNKOVÁ, J. – KRIVOŠÍKOVÁ, M. – ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 200-216. ISBN 978-80-7367-583-7.

JELÍNKOVÁ, J. Předmět a cíle oboru ergoterapie. In JELÍNKOVÁ, J. – KRIVOŠÍKOVÁ, M. – ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 11-18. ISBN 978-80-7367-583-7.

JELÍNKOVÁ, J. – KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Koncepce oboru ergoterapie* [online]. Praha: ČAE, 2007 [cit. 30. 1. 2011]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/files/koncepce_oboru_ergoterapie.pdf>. ISBN neuvedeno.

JIRÁK, R. Syndrom demence ve stáří. In KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. – ZAVÁZALOVÁ, H. – SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 546-554. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. Hodnocení soběstačnosti a výkonnosti. In KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. – ZAVÁZALOVÁ, H. – SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 196-203. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. Zdravotní a funkční stav ve stáří. In KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. – ZAVÁZALOVÁ, H. – SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 115-138. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Z. – ŠVESTKOVÁ, O. Geriatrická ergoterapie. In KALVACH, Z. – ZADÁK, Z. – JIRÁK, R. – ZAVÁZALOVÁ, H. –

SUCHARDA, P. a kol. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004, s. 423-433. ISBN 80-247-0548-6.

KLUSOŇOVÁ, E. – ŠPIČKOVÁ, J. *Ergoterapie I*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1988. ISBN 80-201-0030-X.

KUBÍNKOVÁ, D. – KŘÍŽOVÁ, A. *Ergoterapie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1997. ISBN 80-7067-698-1.

MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MPSV. *Dlouhodobá péče – minulost, současnost a pohled do budoucnosti – I. část* [online]. ©2010, poslední revize 18. 3. 2010 [cit. 14. 3. 2011]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/8456>>.

MŠMT. *Vyhledávač akreditovaných studijních programů v dohodě s vysokou školou* [databáze online]. Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 2007, poslední revize 17. 9. 2010 [cit. 12. 1. 2011]. Dostupné z: <<http://aplikace.mstm.cz/asp/vv/jazd.asp>>.

MÜLLER, O. Teoretický úvod. In MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2005, s. 13-33. ISBN 80-244-1075-3.

OPATŘILOVÁ, D. – ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4575-0.

PALÁN, Z. *Základy andragogiky*. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 2002. ISBN neuvedeno.

PĚKNÁ, J. *Tkalcovské techniky v cílené ergoterapii*. 1. vyd. Brno: Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně, 1985. ISBN neuvedeno.

PFEIFFER, J. *Ergoterapia II*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1990. ISBN 80-217-0175-7.

PFEIFFER, J. *Ergoterapie: Základní informace o oboru pro všechny pracovníky v rehabilitaci*. Praha: Rehalb, 2001. ISBN neuvedeno.

PFEIFFER, J. Ergoterapie. In PFEIFFER, J. – VOTAVA, J. *Rehabilitace s využitím techniky*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1983, s. 112-120. ISBN neuvedeno.

PFEIFFER, J. Ergoterapie. In VOTAVA, J. a kol. *Základy rehabilitace*. Praha: Univerzita Karlova, 1997, s. 50-52. ISBN 80-7184-385-7.

PIVODOVÁ, J. *Domov pro seniory* [online]. ©2008, poslední revize neuvedena [cit. 5. 2. 2011]. Dostupné z: <<http://mu-prerov.cz/cs/magistrat/informace-odboru-magistratu/odbor-rozvoje/investicni-akce-mesta/zrealizovane-investice-mesta/domov-pro-seniory.html>>.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-829-5.

SSMP. *Domov pro seniory* [online]. ©2009b, poslední revize neuvedena [cit. 6. 2. 2011]. Dostupné z: <<http://www.ssmc.cz/index.php?section=domov-pro-seniory>>.

SSMP. *Sociální služby města Přerova, p. o.* [online]. ©2009a, poslední revize neuvedena [cit. 6. 2. 2011]. Dostupné z: <<http://www.ssmc.cz>>.

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

ŠAJTAROVÁ, L. Úvod do ergodiagnostiky a předpracovní rehabilitace. In JELÍNKOVÁ, J. – KRIVOŠÍKOVÁ, M. – ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 227-236. ISBN 978-80-7367-583-7.

ŠAJTAROVÁ, L. Využití výtvarných činností a tradičních řemesel v ergoterapii. In JELÍNKOVÁ, J. – KRIVOŠÍKOVÁ, M. – ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 223-226. ISBN 978-80-7367-583-7.

TRIÁDA KOMUNITNÍHO PLÁNOVÁNÍ. *Poskytovatelé sociálních služeb*. Přerov: Magistrát města Přerova – Odbor sociálních služeb a zdravotnictví, 2008. ISBN neuvedeno.

TURNER, A. Philosophy and history of occupational therapy. In TURNER, A. – FOSTER, M. – JOHNSON, S. E. *Occupational Therapy and Physical Dysfunction: Principles, Skills and Practise*. 4. vyd. Londýn: Churchill Livingstone, 1996, s. 3-25. ISBN 0-443-05177-1.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VETEŠKA, J. – TURECKIOVÁ, M. *Kompetence ve vzdělávání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-1770-8.

VODÁKOVÁ, J. – CETTLOVÁ, M. Ergoterapie – vymezení pojmu, cíle a klasifikace. In VODÁKOVÁ, J. – DYTRTOVÁ, R. – CETTLOVÁ, M. – BERÁNEK, V. *Speciální pracovní výchova a ergoterapie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2003, s. 16-17. ISBN 80-7290-113-3.

VOTAVA, J. *Ergoterapie a technické pomůcky v rehabilitaci*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2009. ISBN 978-80-7372-449-8.

Vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

WALSH, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-970-4.

WITTMANNOVÁ, J. Cílové sporty curlingového typu a senioři. In BEDNÁŘOVÁ H. a kol. *Aktivní v každém věku IV.: Odborný seminář zaměřený na pohybové aktivity seniorů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 15-24. ISBN 978-80-244-2536-8.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.

Seznam příloh

Příloha č. 1 Úkony hodnotící se při přidělování stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby

Příloha č. 2 Testy zjišťující míru soběstačnosti

Tab. č. 1 Katz ADL test

Tab. č. 2 Barthelův index

Tab. č. 3 Lawtonova škála hodnocení IADL – Philadelphia Geriatric Center IAND Scale

Tab. č. 4 FIM test

Příloha č. 3 Fotografie z Domova pro seniory v Přerově

Obr. č. 1-6 Práce v ergoterapeutické dílně

Obr. č. 7-10 Výrobky seniorů

Obr. č. 11-12 Procvičování kognitivních funkcí

Obr. č. 13-16 Pomůcky k nácviku kognitivních funkcí

Přílohy

Příloha č. 1 Úkony hodnotící se při přidělování stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby

Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí zvládat tyto úkony dle §9 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

- „příprava stravy,
- podávání, porcování stravy,
- přijímání stravy, dodržování pitného režimu,
- mytí těla,
- koupání nebo sprchování,
- péče o ústa, vlasy, nehty, holení,
- výkon fyziologické potřeby včetně hygieny,
- vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh,
- sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě,
- stání, schopnost vydržet stát,
- přemísťování předmětů denní potřeby,
- chůze po rovině,
- chůze po schodech nahoru a dolů,
- výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení,
- oblékání, svlékání, obouvání, nazouvání,
- orientace v přirozeném prostředí,
- provedení jednoduchého ošetření,
- dodržování léčebného režimu.“

Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony dle §9 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách:

- „komunikace slovní, písemná, neverbální,
- orientace vůči jiným fyzickým osobám v čase a mimo přirozené prostředí,
- nakládání s penězi nebo jinými cennostmi,
- obstarávání osobních záležitostí,
- uspořádání času, plánování života,
- zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku,
- obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování),
- vaření, ohřívání jednoduchého jídla,
- mytí nádobí,
- běžný úklid v domácnosti,
- péče o prádlo,
- předpírání drobného prádla,
- péče o lůžko,
- obsluha běžných domácích spotřebičů,
- manipulace s kohouty a vypínači,
- manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří,
- udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady,
- další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.“

Dle §9 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se při hodnocení úkonů pro účely stanovení stupně závislosti hodnotí funkční dopad dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu na schopnost zvládat jednotlivé úkony. Při hodnocení úkonů pro účely stanovení stupně závislosti se veškeré úkony sčítají. Pokud je osoba schopna zvládnout některý z úkonů jen částečně, považuje se takový úkon pro účely hodnocení za úkon, který není schopna zvládnout.

Příloha č. 2 Testy zjišťující míru soběstačnosti

Tab. č. 1 Katz ADL test

Aktivita	Nezávislost (žádná osobní asistence ani supervize) – 1 bod	Závislost (úplná péče, osobní asistence, vedení či supervize) – 0 bodů
Koupání (bathing)	Myje se sám či dopomoc jen s 1 částí těla (např. záda či ochrnutá končetina).	Dopomoc s mytím více částí těla ať ve vaně, ve sprše či na lůžku, nebo kompletní mytí.
Oblékání (dressing)	Vyndá oblečení ze skříni a zásuvek, obleče se kompletně, včetně kabátu a zapínání. Možná dopomoc s ponožkami či punčochami.	Pomoc při oblékání či pasivní oblečení.
Používání toalety (toileting)	Dojde na toaletu, dokáže se posadit i vstát, upravit oblečení, event. Očistit genitál.	Pomoc s přemístěním na toaletu, s očištěním, nebo užívání podložní mísy či „gramofonu“.
Přemísťování (transferring)	Přesun z lůžka a do něj či do křesla bez asistence. Mechanické pomůcky jsou možné.	Potřeba pomoci k přesunu z lůžka do křesla či kompletní přemísťování.
Kontinence (continence)	Kompletní kontrola vyměšování. Možná je stresová inkontinence žen.	Úplná či částečná inkontinence moči nebo stolice.
Jezení (feeding)	Vkládání stravy z talíře do úst bez dopomoci. Přípravu jídla může zajistit jiná osoba.	Částečná či kompletní pomoc s jezením či pasivní krmení.

Zdroj: Katz In Kalvach, 2004, s. 196.

Tab. č. 2 Barthelův index

POLOŽKA	Hodnocení (počet bodů)
1. Najedení, napití	sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)
2. Oblékání	sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)
3. Osobní hygiena	sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)
4. Koupání	sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)
5. Kontinence moči	kontinentní (10), občas inkontinentní (5), trvale inkontinentní (0)
6. Kontinence stolice	kontinentní (10), občas inkontinentní (5), trvale inkontinentní (0)
7. Použití WC	sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)
8. Chůze po schodech	sám (10), s pomocí (5), neprovede (0)
9. Přesun z lůžka na židli, event. vozík	sám (15), s malou pomocí (10), s dopomocí, vydrží sedět (5), nelze (0)
10. Chůze po rovině	nad 50m (15), s pomocí (10), na vozíku (5), neprovede (0)
HODNOCENÍ	
0-40 bodů	Vysoce závislý v bazálních denních činnostech
45-60 bodů	Závislý
Nad 60	Závislost lehčího stupně

Zdroj: Kalvach, 2004, s. 196.

Tab. č. 3 Lawtonova škála hodnocení IADL – Philadelphia Geriatric Center IAND Scale

Činnost	Body	Činnost	Body
Telefonování		Praní	
Ovládá telefon samostatně, vyhledá a vytočí čísla.	1	Zcela zajistit praní osobních věcí.	1
Vytočí několik dobře známých čísel.	1	Přepere drobné věci jako ponožky a punčochy.	1
Zvedne při zazvonění sluchátko, ale nevytáčí čísla.	1	Veškeré praní musí zajistit jiní.	0
Není schopen telefon užívat.	0	Způsob dopravy, cestování	
Nakupování		Cestuje samostatně veřejnou dopravou či řídí automobil.	1
Postará se samostatně o všechny potřebné nákupy.	1	Zajišťuje si vlastní dopravu taxíkem, ale jinak veřejnou dopravu neužívá.	1
Zvládá samostatně jen drobné nákupy.	0	Cestuje veřejnou dopravou s asistencí či doprovodem.	1
Potřebuje doprovod na každý nákup.	0	Doprava je omezena na taxi či automobil s doprovodem.	0
Není schopen(a) nakupovat.	0	Necestuje vůbec.	0
Příprava jídla, vaření		Užívání léků	
Plánuje, připravuje a servíruje přiměřená jídla samostatně.	1	Zodpovědně užívá léky ve správný čas a ve správných dávkách.	1
Připravuje přiměřená jídla, pokud jsou zajištěny ingredience.	0	Sám užívá léky, pokud jsou předem připraveny v oddělených dávkách.	0
Ohřeje a servíruje připravené pokrmy či připravuje jídla, ale nezachovává přiměřenou stravu.	0	Není schopen užívat vlastní medikaci.	0
Vyžaduje uvaření a servírování jídla.	0	Nakládání s penězi	
Vedení domácnosti		Obstarává finanční záležitosti nezávisle (rozpočet, placení nájmu a účtů, docházení do banky).	1

Vede domácnost sám(a) či s občasnou pomocí (např. těžké domácí práce).	1	Zvládá drobné denní výdaje, ale potřebuje pomoc s bankovními operacemi, většími výdaji apod.	1
Provádí lehké denní úkoly jako stlaní, mytí nádobí	1	Není schopen(a) nakládat s penězi.	0
Provádí lehké denní úkoly, ale není schopen(a) zachovat přijatelnou úroveň čistoty.	1		
Potřebuje pomoc se všemi domácími pracemi.	1		
Nepodílí se vůbec na domácích pracích.	0		

Zdroj: Lawton In Kalvach, 2004, s. 198.

V každé kategorii se kroužkuje jediná položka, která nejvíce odpovídá klientově současné výkonnosti (fungování – functioning).
Hodnocení: prostý popis, rozmezí 0-8 bodů (Kalvach, 2004, s. 198).

Tab. č. 4 FIM test

ÚROVŇ	7 Úplná závislost	nevyžaduje asistenci		
	6 Modifikovaná nezávislost (kompenzační pomůcky)	vyžaduje asistenci		
	Modifikovaná závislost			
	5 Supervize (dohled)			
	4 Minimální asistence (klient = 75%+)			
	3 Mírná asistence (klient = 50%+)			
	Úplná závislost			
	2 Maximální závislost (klient = 25%+)			
	1 Celková závislost (klient = 0%+)			
		Příjem	Propuštění	Následná péče
Osobní hygiena				
A. Příjem jídla				
B. Osobní hygiena				
C. Koupání				
D. Oblékání – horní polovina těla				
E. Oblékání – dolní polovina těla				
F. Použití WC				
Kontrola sfinkterů				
G. Kontrola močení, část I				
část II				
H. Kontrola vyprazdňování, část I				
část II				
Přesuny				
I. Postel, židle, vozík				
J. Toaleta				
K. Vana/sprchový kout				
Lokomoce		ch	ch	ch
L. Chůze (ch), jízda na vozíku (v)		v	v	v
M. Schody				
Komunikace		s	s	s
N. Rozumění sluchové (s), zrakové (z)		z	z	z
O. Exprese (vyjadřování) verbální (v), nonverbální (n)		v	v	v
		n	n	n
Sociální schopnosti				
P. Sociální interakce				
Q. Řešení problémů				
R. Paměť				
Celkově FIM				

Zdroj: Kalvach, Švestková, 2005, s. 428.

Příloha č. 3 Fotografie z Domova pro seniory v Přerově

Práce v ergoterapeutické dílně

Obr. č. 1



Obr. č. 2



Obr. č. 3



Obr. č. 4



Obr. č. 5



Obr. č. 6



Výrobky seniorů

Obr. č. 7



Obr. č. 8



Obr. č. 9



Obr. č. 10



Procvičování kognitivních funkcí

Obr. č. 11



Obr. č. 12

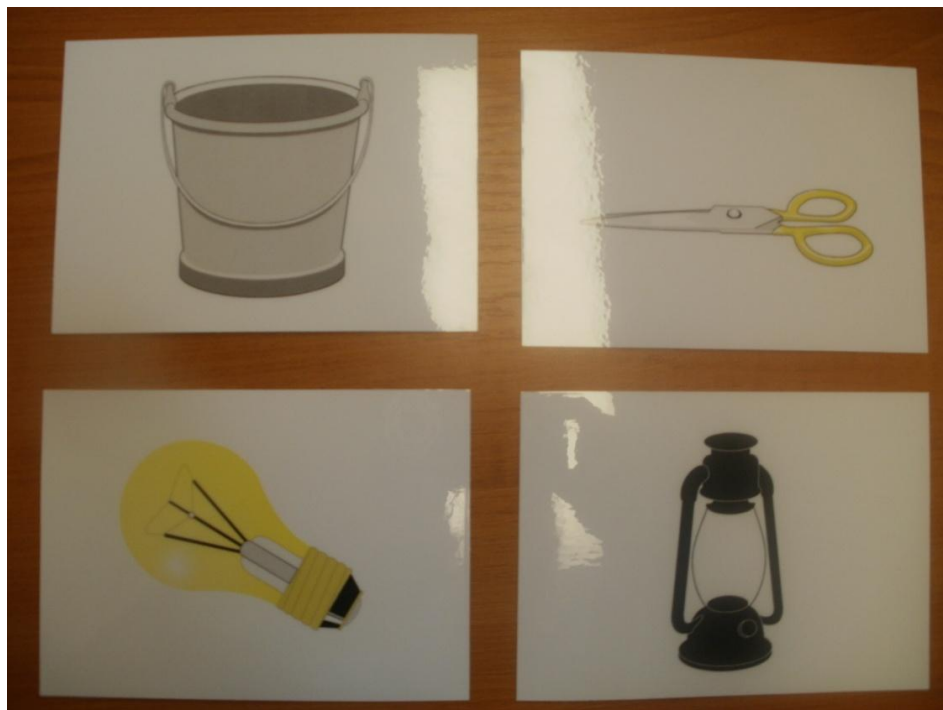


Pomůcky k nácviiku kognitivních funkcí

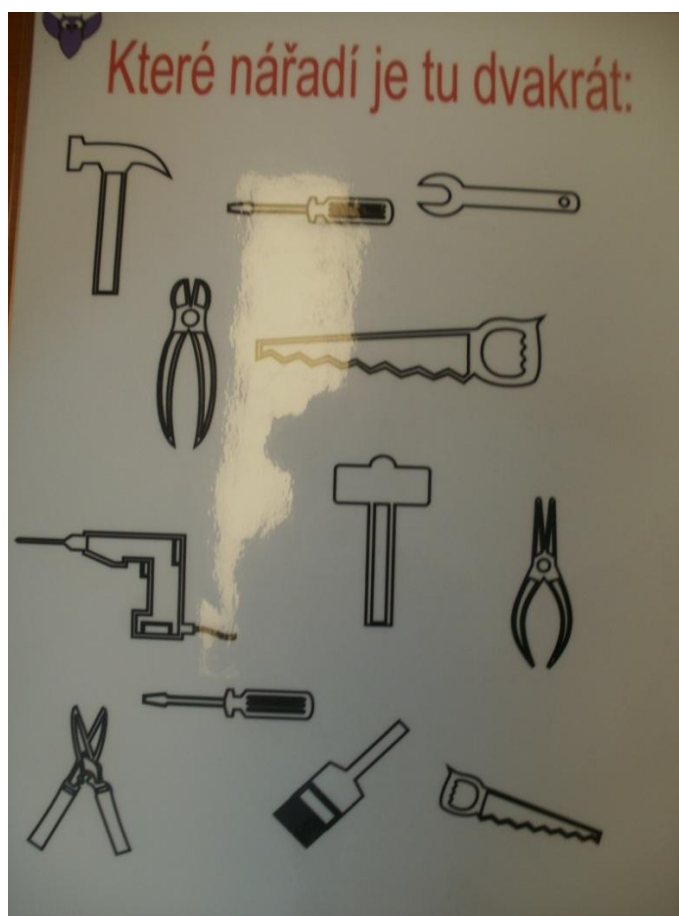
Obr. č. 13



Obr. č. 14



Obr. č. 15



Obr. č. 16

