

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Zdravotně sociální fakulta

**Aktivizace imobilních pacientů v různých zdravotnických  
zařízeních**

Bakalářská práce

**Vedoucí práce:**  
**Mgr. Ivana Chloubová , R.N.**

**Autor:**  
**Alena Duchková**

**2007**

## **Abstract**

The birth-rate falls and mortality declines owing to improving social-economic conditions in all advanced countries. More and more people live longer and the old age is becoming corporate phenomenon.

Health state of seniors gets worse with an elongating age. Specific geriatric syndromes influence the quality of their lives, immobilization syndrom lays them up and it adverts them to a help of others.

In my bachelor work I have aimed mainly at older immobile patients who are hospitalized in hospitels in post-care wards and I also aimed at immobile seniors who live in rest homes.

Activation of immobile clients is very important, it could partly compensate the missing family life, its cares and joys and at the same time any maningful activity provides person with a life purpose, feeling of own importance. It is ideal to reveal needs and desires of immobile clients and also to offer them relative activities and accomplish them effectively. Big part of this duty falls on own patient's family. The family cannot always fulfill their task either because family cannot take care or in a worse case the family do not want to.

This work in a theoretic part consits of chapters connected to given problems, it means definition of notions immobility and immobilization syndrom, examples of different forms of activation, relation and connections between health and a quality of patient's life. In a research part I have dealt with an influence of activation on a patient from a nurses' point of view, I have also dealt with possibilities of accomplishing activating methods in different medical facilities and nurses' competence and their relation to an activation. The aim of my research is to find out whether a suitable activation influences a dependence of an immobile patient on his surroundings and

whether it shows it on a quality of patient's life from a nurses' point of view. Second aim of my work was to compare and activation of immobile patients among different medical facilities. I have chosen a post-care wards and a rest home for comparing activation.

The first hypothesis confirmed during a research and the hypothesis is that a suitable activation declines dependence of an immobile patient on other people. According to my research the second hypothesis also confirmed and the hypothesis is that psycho-social patient's conditions have improved through an activation therapy in different medical facilities.

I have used a method of a survey with a help of questionnaire for getting needed facts to achieving goals and answering hypothesis of a quantitative survey. The questionnaire consisted of 18 questions focused on patients' activation in given wards, on kinds of activation, on aids and sufficient conditions for activation carrying out, on nurses' competence and on an influence of activation on a patient's life quality. The questionnaire was given just to nurses and was anonymous. I have compared the results among given wards.

**Prohlášení :**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum 14. května 2007

.....

Podpis

**Poděkování :**

Chtěla bych touto cestou poděkovat paní Mgr. Ivaně Chloubové, R.N. za motivaci, odborné vedení, rady, věcné připomínky a trpělivost při psaní mé bakalářské práce.

# Obsah

## Úvod

|  |          |
|--|----------|
| <b>1. Současný stav.....</b>                       | <b>4</b> |
| 1.1. Charakteristika imobility .....               | 5        |
| 1.1.1. Imobilita.....                              | 5        |
| 1.1.2. Stavy vedoucí k mobilitě .....              | 5        |
| 1.1.3. Důsledky mobility.....                      | 6        |
| 1.1.4. Imobilizační syndrom .....                  | 7        |
| 1.2. Aktivizace .....                              | 7        |
| 1.2.1. Aktivizační programy .....                  | 9        |
| 1.2.2. Formy aktivizace.....                       | 10       |
| 1.2.2.1. Kognitivní rehabilitace a stimulace ..... | 10       |
| 1.2.2.2. Taneční a pohybová terapie .....          | 11       |
| 1.2.2.3. Muzikoterapie .....                       | 11       |
| 1.2.2.4. Trénování paměti .....                    | 12       |
| 1.2.2.5. Validace .....                            | 13       |
| 1.2.2.6. Preterapie .....                          | 13       |
| 1.2.2.7. Arteterapie .....                         | 14       |
| 1.2.2.8. Ergoterapie.....                          | 15       |
| 1.2.2.9. Pohybově relaxační programy .....         | 17       |
| 1.2.2.10. Zooterapie .....                         | 18       |
| 1.2.2.11. Canisterapie .....                       | 19       |
| 1.2.2.11.1. Léčebné účinky canisterapie.....       | 20       |
| 1.2.2.12. Kinezioterapie.....                      | 20       |
| 1.2.2.13. Videotrénink interakcí .....             | 21       |
| 1.2.2.14. Bazální stimulace.....                   | 22       |
| 1.2.2.14.1. Techniky konceptu .....                | 23       |
| 1.3. Kvalita života .....                          | 24       |
| 1.3.1. Definice kvality života .....               | 24       |

|   |           |
|---|-----------|
| 1.3.2. Kvalita života a zdraví .....            | 25        |
| 1.3.3. Činitelé ovlivňující kvalitu života..... | 26        |
| 1.4 Oddělení následné péče.....                 | 26        |
| 1.5. Domov důchodců .....                       | 27        |
| <b>2. Cíle práce a hypotézy .....</b>           | <b>29</b> |
| <b>3. Metodika .....</b>                        | <b>30</b> |
| 3.1. Technika sběru dat .....                   | 30        |
| 3.2. Charakteristika výzkumného souboru.....    | 30        |
| <b>4. Výsledky.....</b>                         | <b>31</b> |
| <b>5. Diskuse .....</b>                         | <b>53</b> |
| <b>6. Závěr .....</b>                           | <b>59</b> |
| <b>7. Seznam použité literatury .....</b>       | <b>60</b> |
| <b>8. Klíčová slova.....</b>                    | <b>63</b> |
| <b>9. Přílohy.....</b>                          | <b>64</b> |

## Úvod

Ve všech vyspělých zemích klesá porodnost a snižuje se mortalita (úmrtnost) v důsledku zlepšujících se společensko-ekonomických podmínek. Stále více osob se dožívá vyššího věku, stárí se stává jevem celospolečenským.

S prodlužujícím se věkem se zhoršuje zdravotní stav seniorů. Kvalitu jejich života ovlivňují specifické geriatrické syndromy, imobilizační syndrom je dokonce upoutává na lůžko a odkazuje je na pomoc druhých.

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila převážně na imobilní pacienty vyššího věku, kteří jsou hospitalizováni v nemocnicích na Odděleních následné péče a na imobilní seniory v domovech důchodců.

Aktivizace imobilních klientů je velmi důležitá, alespoň částečně může nahradit chybějící rodinné soužití, jeho starosti i radosti zároveň jakákoliv smysluplná aktivita poskytuje jedinci smysl života, pocit vlastní důležitosti. Ideálem je odhalit potřeby a touhy imobilních klientů, nabídnout jim relativní aktivity a efektivně je uskutečňovat. Veliký díl této povinnosti připadá i na vlastní rodinu pacienta. Rodina však pokaždé svou úlohu nesplní, ať proto, že se starat nemůže a nebo v horším případě nechce.

Aktivizace imobilních pacientů je velmi důležitá a mnohdy často zanedbávaná. Toto téma se mi zdálo být velmi zajímavé a proto jsem si ho vybrala. Rozhodla jsem se porovnat aktivizaci imobilních pacientů na oddělení následné péče a v domově důchodců.

K aktivizaci imobilních pacientů používáme nejen lidský faktor, ale i různé speciální léčebné metody aktivizace jako např. canisterapii, muzikoterapii, ergoterapii atp.



## 1. Současný stav

Tak, jak stárne světová populace, stárne v posledních letech i populace v České republice.

To jak se stárnutím a jeho rozmanitými důsledky vyrovnáme v budoucnosti, bude kritériem naší společenské vyspělosti. Pro kvalitu života ve stáří a pro zachování soběstačnosti je rozhodující stupeň zachování pohyblivosti. Literatura (40) uvádí, že u žen je postižení lokomoce staticky významně častější a závažnější než u mužů. Samotná přítomnost nemoci není rozhodující pro kvalitu života. Rozhodující je stupeň specifického omezení, které nemoc přináší. Snížení soběstačnosti je nejzávažnějším důsledkem nemocnosti ve vyšším věku. Může vést až k bezmocnosti vyžadující soustavnou pomoc druhé osoby.

Snaha o aktivizaci starých a imobilních lidí musí plně respektovat individuální možnosti i přání každého člověka. Aktivizace by se měla týkat fyzické i psychické stránky jedince. Důležitá je aktivizace u seniorů se smyslovými vadami či poruchami hybnosti, kteří mohou být ohroženi imobilizačním syndromem a následným vznikem dekubitů. Aktivizační programy jsou rozvíjeny úspěšně jak na úrovni preventivní, zaměřením na zdravou stárnoucí populaci, tak i na úrovni léčebné prostřednictvím vlastní terapie. Metod aktivizace je celá řada jako například kognitivní rehabilitace, trénink paměti, taneční a pohybová terapie, kde se tanec chápe jako terapeutický pohyb stejně jako: ergoterapie, muzikoterapie, hypoterapie, arteterapie apod.

## **1.1. Charakteristika imobility**

### ***1.1.1 Imobilita***

Imobilitu lze přeložit jako nepohyblivost nebo nehybnost (21). Imobilita je stav, kdy dochází vlivem nemoci či úrazu k přechodné nebo trvalé ztrátě či omezení pohybových schopností. Přechodná imobilita je krátkodobá, kdy po vynuceném krátkodobém klidu na lůžku a běžné rehabilitaci nedochází k závažným změnám. Dlouhodobá imobilita však může být příčinou nejen u komplikací, ale i u sekundárních změn. Při trvalé imobilitě dochází k závažným poruchám či až k výpadkům motorických funkcí, které mohou být různého rozsahu. Roli zde hrají závažnost a rozsah postižení, věk, tělesná konstituce klienta, kvalita ošetrovatelské a následné rehabilitační péče, dostupnost technických pomůcek a psychický stav postiženého klienta.(11)

Imobilitou ztrácí člověk tělesnou identitu, koordinaci, rovnováhu, přestává vnímat obrysy vlastního těla, bývá více či méně nejen prostorově, ale i mnohdy časově dezorientován. Tím že imobilní člověk ztrácí informace o veškerém dění kolem sebe trpí poruchami chování, často i poruchou komunikace s okolím, v interpretaci až nakonec újmou na intelektu až ztrátou vlastní identity.(19)

Imobilitu můžeme rozdělit na mírnou, kdy má klient minimální požadavky na pomoc. Dále na střední, kdy vyžaduje více pomoci od svého okolí v kratších časových intervalech. A těžkou imobilitu, při které je většinou upoután na lůžko a potřebuje pomoc sestry při většině úkonech a při uspokojování svých potřeb.(30)

### ***1.1.2 Stavy vedoucí k imobilitě***

Imobilitu doprovázejí silné bolesti, nervové obrny nebo jiná nervově-svalová poškození, mechanická nebo léčbou předepsaná imobilizace, změny stavu vědomí a chronické somatické nebo duševní choroby.(2)

K těmto faktorům patří v neposlední řadě také psychosociální problémy a infekční procesy.(22)

Konkrétně je tedy možné se s imobilitou setkat u akutních poruch tepenného prokrvení končetin, hlubokých žilních trombóz, akutního infarktu myokardu, embolie plicnice apod. Klid na lůžku je nutný také u hepatitidy, akutní pankreatitidy, glomerulonefritidy, akutního selhání ledvin a u žlučnickové koliky. Některé chorobné stavy omezují člověka v pohybu, jedná se například o revmatoidní artritidu, osteoartrózu, kdy se každý pohyb stává bolestivým. Také cévní mozkové příhody, obrny, komplikované fraktury, polytraumata, stavy po operacích, a v neposlední řadě samozřejmě terminální stadia onkologických onemocnění, která také poutají klienta na lůžko.

### ***1.1.3 Důsledky imobility***

Imobilita nepříznivě ovlivňuje všechny systémy lidského těla a způsobuje komplikace, které ohrožují samotný život klienta. Sekundární změny sice život přímo neohrožují, ale způsobují trvalé následky, které zhoršují funkční stav postiženého jedince, zhoršují stupeň závislosti, a tím i kvalitu klientova života.(11)

Reakce na mobilitu můžeme rozdělit na fyziologické a psychosociální. Do fyziologických reakcí patří reakce pohybového systému, která se projeví snížením svalové síly, rychlým nástupem hypertrofie až dokonce úplné atrofie, osteoporózou způsobenou z inaktivity a kontrakturami. Reakce kardiovaskulárního systému, jenž se projeví ortostatickou hypotenzí, insuficiencí žilních chlopní a tromboflebitidami. Reakce respiračního systému se projeví zvýšenou viskozitou bronchiálního sekretu a jeho hromaděním v dýchacích cestách a tudíž zvýšeným rizikem pneumonie. Reakcemi metabolického a výživového systému jsou: riziko dehydratace, snížená chuť k jídlu, hypoproteinémie. Reakce močového a endokrinního systému, kam patří retence až dokonce úplná inkontinence moče. Reakce kůže se projeví atrofíí kůže, sníženým kožním turgorem, náchylností na opruzeniny, různé plísně a v neposlední řadě tvorbou proleženin (dekubitů). Mezi reakce trávicího systému řadíme například zácpu.(12)

Do psychosociální reakce na mobilitu můžeme zařadit vznik depresivního, anxiózního syndromu, vnitřní pocit bezmocnosti, pocit beznaděje, prázdnoty, suicidní

myšlenky až sebevražedné sklony atd. Imobilní klient vyjadřuje pocit prázdnoty jako zmatenost nepřátelstvím, apatii až úzkost. Velmi důležitá je zde role sestry, která musí být maximálně empatická. Dále sem patří změny v mentálních funkcích, zhoršený spánek, větší pocit bezmocnosti, menší schopnost rozhodovat se a zhoršené vnímání času a prostoru.(22)

#### **1.1.4 Imobilizační syndrom**

Imobilizační syndrom je následkem imobility nebo-li fyziologickou odpovědí na imobilitu.(24) Jedná se o nekonstantní označení souboru negativních důsledků a projevů dlouhodobého podstatného omezení pohybové aktivity, především ve smyslu upoutání na lůžko. Jeho vystupňovanou formou je hypokinetický syndrom.(8)

Není problémem starší generace, objevuje se ve všech věkových skupinách. U starších lidí ovšem vznikne velmi snadno, většinou dříve a je závažnější. Prevence imobilizačního syndromu je mnohem snazší než léčení jeho následků, a právě na prevenci imobilizačního syndromu musí sestra klást důraz.

## **1.2 Aktivizace**

Něco dělat je pro mnoho lidí synonymem slova být naživu. Většina lidí pokračuje v činnosti, kterou si vybrali, a to tak dlouho, dokud nezemřou.(31)

Člověk je od přirozenosti tvor činný a agilní. Nečinnost je nepříznivá, je projevem chorobného stavu a špatné prognózy, je patogenní tělesně, duševně i sociálně. Nečinnost je spojena s nízkou kvalitou života a s prázdnotou.(29) Negativní vlivy nečinnosti nebo podnětové, ale i emoční deprivace vedou k urychlení přirozených evolučních změn(18). Proto je pocíťována potřeba klienty aktivizovat, podněcovat je k určité míře tělesné i psychické aktivitě (9) .

Zdravý výkonný člověk je schopen organizovat si své aktivity samostatně, zvažovat priority, rozlišovat práci, zábavu a odpočinek. Člověk s oslabeným a narušeným zdravím je ve svých aktivitách více či méně limitován. Jeho schopnost

uskutečňovat různé aktivity, jeho výkonnost i sama motivace slábnou v míře, která je podmíněna i osobnostními vlastnostmi, i ale také vlastnostmi prostředí a jeho okolí. Čím větší je fyzické nebo duševní omezení v důsledku zdravotního stavu, tím důležitější je podpůrná funkce prostředí (8).

Jak uvádí Kalvach et al. (8) aktivita, ať již v domácím prostředí, nebo v instituci má přirozeným způsobem navazovat na to, co bylo přerušeno nemocí, hospitalizací, či umístěním klienta do zdravotnického zařízení, nebo rozvinout to, co zůstalo skryto jako vnitřní možnost a příležitost k růstu. Prostor, který pomáhá podpořit aktivitu člověka, má být co nejpřirozenější. Má vyvolávat příjemné vzpomínky a přirozeným způsobem vzbuzovat potřebu aktivity, která je člověku milá, která podporuje spokojenost se sebou samým, je spojena s oceněním od druhých. Tím naplňuje člověka pocitem smysluplné existence a sebeúcty.

Aktivizace by se měla týkat fyzické i psychické stránky jedince. Fyzická aktivizace zlepšuje tělesnou kondici, a tím ovlivňuje i duševní zdraví (4). Pohyb je základním projevem života. Má udržovací a reparační vliv nejen na pohybovou funkci, ale i na funkci všech systémů těla, včetně infrastruktury a psychiky. Výsledný efekt každého pohybu je vždy ovlivněn motivací a postojem každého člověka (13).

Snaha sestry o aktivizaci klienta musí plně respektovat individuální možnosti i přání každého člověka. Důležité je pomoci najít motivaci pro vytváření krátkodobých či delších cílů, umožnit prožít zážitky úspěchu a posilovat jeho sebeúctu. Za opačných okolností může nadměrná aktivizace nabývat až charakteru týrání imobilních či starých lidí a to zejména tedy v ústavních podmínkách.(17). Fyzická i psychická aktivizace by měla vycházet z přání a možností jedince, aby chtěl, uměl a mohl tuto činnost provádět. Důležitá je také aktivizace u klientů (převážně u seniorů) se smyslovými vadami a u imobilních klientů, kteří mohou být ohroženi imobilizačním syndromem následným vznikem dekubitů a jiných procesních tělesných změn (1,4).

Aktivizace je nezbytná nejen u imobilních pacientů ale i v péči o staré občany, neboť je součástí mentální hygieny a vytváří odolnost. Je optimální terapií ve stáří a nejlepší sociální prevencí biologického procesu stárnutí. Starý člověk si při ní sám

určuje míru aktivity. Je přirozeně lidská a podpoří setrvání člověka v domácím prostředí co nejdéle.(27)

Skutečná podpora aktivity klienta znamená společné hledání toho, co jej naplňuje radostí, dává mu smysl, rozmnožuje jeho příjemné prožitky a pocity tak, jak je tomu v každodenním životě každého člověka.

Aby se jakákoli činnost mohla stát cenným prožitkem, musí být dána příležitost aktivně k programu přispívat a rozhodovat o vlastní účasti. Program musí být pestrý. Zahrnuje plánování společenských a jiných účelových činností, a to jak pro jednotlivce, tak skupiny. Aktivita musí být navržena tak, aby činily život smysluplnější, aby udržovaly a maximálně stimulovaly fyzické, mentální, společenské a emoční schopnosti (20).

### ***1.2.1 Aktivizační programy***

Aktivizační programy jsou rozvíjeny úspěšně jak na úrovni preventivní, zaměřené na zdravou stárnoucí populaci, tak na úrovni léčebné prostřednictvím vlastní terapie např. kognitivní rehabilitace po cévních mozkových příhodách, i sekundární prevence kde např. u lidí s počínající demencí může totiž přiměřená aktivizace značně zlepšovat kvalitu života a zpomalit postup choroby. Aktivizační programy bývají zařazovány i do komplexní psychoterapeutické péče osoby s poruchami adaptace a to např. při přechodu do domova důchodců či jiné ústavní péče (17).

Projekty podpory aktivit v domácím prostředí i v institucích by měly být orientovány na vzdělávání, zájmové aktivity, pohybové aktivity, poznávací a kulturní programy i na komunikaci jako základ mezilidských vztahů. Při tvorbě aktivit z pohledu profesionálů je důležité především jejich nadšení a aktivní účast na přípravě. Zapojení a motivování musí být i samotní klienti. Je kladen důraz na pečlivou přípravu a pravidelné hodnocení realizovaných aktivit, nutnost zahrnovat do nabídky i aktivity nové a nápadité (8,28).

Aktivity mohou být vykonávány individuálně, párově či skupinově. Individuální - nevyžadující spolupráci, ale případnou podporu personálu či rodiny. Podporují

koncentraci, vnitřní aktivitu, prožitek sebe sama. Párové činnosti – vykonávané spolu s někým podporují komunikaci, intimní mezilidské vztahy a sdílení. Účast ve skupině znamená členství, jedinec někam patří a přitom si zachovává svou identitu, může ovlivnit dění, nachází přátele a porozumění.

Činnosti můžeme rozdělit také podle místa v životě člověka a počtu zapojených osob. Patří sem činnosti všedního dne, pracovní činnosti, péče o sebe sama, ale také činnosti volného času a vzdělávání.

## ***1.2.2 Formy aktivizace***

### ***1.2.2.1 Kognitivní rehabilitace a stimulace***

Kognitivní rehabilitací rozumíme obnovování či udržování porušených kognitivních funkcí a posilování a podporování těch funkcí, které ještě zůstaly zachovány byť jen částečně. Základem je stimulace mozkové činnosti. V geriatrii je určena tato forma aktivizace především u klientů po cévní mozkové příhodě a při různých formách demence. Rehabilitace může samotný rozvoj demence účinně zpomalovat, napomáhá udržet a zachovat zbytkový potenciál porušené funkce ve stejné míře. Cílem je individuální práce s klientem a uvolňování jeho vnitřních psychických tlaků a stresu, což vede k optimalizaci výkonu odpovídající momentálním možnostem (8).

Mezi některé postupy kognitivní rehabilitace patří řešení různých skládaček, křížovek či rébusů. Jednoduché konstrukční úlohy a také v neposlední řadě i procvičování prostorové orientace. Rozvíjení slovní zásoby, poznávání různých vůní, popisování různých obrázků, poslouchání a rozeznávání různých zvuků. Do kognitivní rehabilitace a stimulace ředíme také veškeré pohybové aktivity, tanec, relaxační techniky, objímání různých předmětů, tělesný kontakt atd...

Důležité je střídat krátké programy rehabilitace s relaxací či s provozováním běžných denních činností a aktivit.

### ***1.2.2.2 Taneční a pohybová terapie***

Jedná se o psychoterapeutické využití pohybu v procesu, který působí na zlepšení emoční, kognitivní, sociální a fyzické integrace člověka (25). V taneční a pohybové terapii se tanec chápe jako terapeutický pohyb. Estetická stránka věci zde ustupuje do pozadí a naopak se zdůrazňují faktory psychologické (schopnost nonverbálně komunikovat, zlepšení emotivity apod.), fyzické (zlepšení koordinace pohybu, rovnováhy, orientace, držení těla, posílení svalstva, seberealizace apod.) i sociální. Tanec je nejkompexnější formou nonverbální komunikace. Umožňuje psychický i fyzický kontakt s jiným člověkem. Zlepšení vztahů, pocit sebedůvěry, větší jistoty a snadnější motivace. Tanec také zlepšuje koordinaci pohybů celého těla. Vnímání a vyjadřování rytmu a jeho prožívání. Napomáhá lepšímu držení těla a zlepšuje náladu.(26) Taneční terapie pro seniory a imobilní klienty rozdělujeme do dvou hlavních skupin:

- a) Tanec v sedě - tato metoda se využívá především při těžkých somatických onemocněních a výraznými poruchami hybnosti, u imobilních klientů. Do tance tak můžeme zapojit i imobilního klienta upoutaného na lůžko, byť je schopen pohybovat jen určitou částí svého těla. V tomto případě můžeme využít různých kompenzačních pomůcek a pomůcek, které se používají k pohybové činnosti (např. šátky, míčky, stuhly, gumy, apod.)
- b) Tanec v chůzi – forma metody, jenž jsou skupinové tance nejen v páru ale i ve vícečetných skupinkách. Klienti by neměli trpět pocitem, že danou choreografii nemohou zvládnout. Kroky by proto měly být velmi jednoduché a přizpůsobené tak, aby je každý z klientů zvládl. Existují různé taneční hry a pohybové průpravy. Ke správné aktivizaci tancem bychom měli samozřejmě také klást důraz na správné dýchání, správný postoj a na závěr také bychom neměli zapomenout na relaxaci.(5)

### ***1.2.2.3 Muzikoterapie***

Muzikoterapie je léčení hudbou. Je to psychoterapeutická technika, která navozuje pomocí hudby zážitky. Léčivá síla hudby pramení z přítomnosti řádu a harmonie



v hudebních zákonitostech. Jejich cíleným využitím je možné pomoci uspořádat a vyvážit to, co člověk prožívá sám v sobě jako nevyrovnanost, stres nebo určitou jednostrannost těla či duše. Hudba umožňuje intenzivní prožitek harmonie, uvolňuje a probouzí v člověku vnitřní síly vedoucí k celkové vyrovnanosti. Cílem muzikoterapie není výuka hudebních znalostí a dovedností - hudba je využívána spíše jako prostředek práce na sobě samém. Není proto zapotřebí žádných předchozích zkušeností s hrou na hudební nástroje ani znalostí hudební teorie. Náplň hodin muzikoterapie vychází z individuálních potřeb a možností každého klienta a spočívá především ve vyvážené kombinaci jednotlivých muzikoterapeutických prvků a cvičení. Kromě toho se snažíme umožnit společnou hrou na hudební nástroje a zpěvem silný prožitek krásy a harmonie, jenž považujeme za jeden z nejpůsobivějších terapeutických momentů a také za jednu ze základních potřeb lidské duše.

Způsob práce spočívá výhradně ve využití živé hudby, ať již jde o naslouchání či aktivní hru na hudební nástroje. K dispozici je široké spektrum strunných, dechových i bicích nástrojů speciálně navržených pro muziko-terapeutické využití. Mnohé z nich lze jednoduše využít též k běžnému hraní, doprovodu písní, ale i při koncertních vystoupeních. Důležitý nástroj je také lidský hlas. Jeho kultivace zpěvem patří k nejsilnějším podnětům muzikoterapie. (43)

#### ***1.2.2.4 Trénování paměti***

Trénování paměti je soubor cvičení zaměřených převážně na udržení a zvýšení duševního zdraví. Metodou zábavných a nenáročných her se procvičuje asociativní myšlení, vzpomínání, schopnost koncentrace, udržení pozornosti, objasňování pojmů, pružnost rozhodování, formulování, kombinování, logické myšlení, vštipivost, vyvozování, uvažování v souvislostech atd. Pravidelný a vhodně volený trénink paměti

podporuje aktivizaci a působí jako prevence poruch výkonnosti mozku. Je určen lidem, kteří se chtějí udržovat duševně fit a zdraví.

U osob s psychickými deficity pomáhá stabilizovat a obnovovat deficity jako oslabení vstřípivosti, narůstající zapomnětlivost, poruchové nalézání slovních pojmů, nebo ubývající schopnost koncentrace. Optimální počet účastníků kurzu je 6 - 15 osob. Práce v malých skupinkách podporuje vzájemný sociální kontakt a je základem pro vzájemnou spolupráci a komunikaci (41).

#### ***1.2.2.5 Validace***

Validace je přístup, který vychází z humanistické psychologie a jeho základní východiska jsou tolerance, vcítění a empatické naslouchání. Validace se uplatní zejména v práci se seniory s poruchami kognitivních funkcí a také s demencí.(8). Cílem validace je pomoci vyřešit nedořešené problémy z minulosti. Pomoci lidem se vyrovnat se životem. Snížit stres způsobený životními ztrátami. Dosáhnout toho, aby se lidé cítili spokojenější a vrátit jim pocit sebevědomí a pomoci jim najít a vyzdvihnout vlastní hodnoty (20).

K validačním technikám patří dotek, zrcadlení, hudba, jasný hlubší teplý hlas plný citu, upřímný přímý delší pohled, emfatické naslouchání verbálnímu i neverbálnímu vyjadřování, intuice. Validace pomáhá obnovovat pocity vlastní ceny, dodává sílu a podporuje to co je v člověku zdravé. Vědomí vlastního smysluplného „ já“, snižuje úzkost, stres a depresi (8).

#### ***1.2.2.6 Preterapie***

Preterapie je metoda, která pomáhá při komunikaci s klienty, jejichž schopnost navázat nebo udržet psychický kontakt je narušena (důvodem narušení může být tělesné či psychické onemocnění či zranění). Metoda vychází z Rogersova přístupu zaměřeného na klienta. Je založena na principu zrcadlení a napomáhá pacientům navázat kontakt s realitou, se sebou samými i s ostatními. Preterapii lze použít u lidí, kteří jsou často

označování jako "klienti nevhodní pro psychoterapii". Jsou to především lidé s těžkým psychotickým onemocněním, s autismem, s těžkou mentální retardací nebo demencí. Preterapie je vhodná nejen jako psychoterapeutická metoda, ale mohou ji využívat i další pracovníci pomáhajících profesí. Umožňuje například zlepšit komunikaci klientů v ústavech sociální péče nebo dlouhodobě hospitalizovaných psychiatrických pacientů.(38)

### ***1.2.2.7 Arteterapie***

Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, jindy je pojmána jako svébytný obor. Obvykle se rozlišují dva základní proudy, a to terapie uměním, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a artpsychoterapie, kde výtvary a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány. Arteterapie nepracuje se zručností a výtvarným nadáním, ale s fantazií a odvahou projevit se. Výtvarné projevování se může stát pro každého dobrodružstvím.

Komunikace a možnost vyjádření prožitků se stává v arteterapii nedílnou součástí celého projevu. Každý obraz, symbol, barva, tvar nese v sobě své sdělení, jen je zapotřebí zkusit to pojmenovat. To se může dít v celé terapeutické společnosti, kdy si mezi sebou navzájem popovídají všichni účastníci tvořivého procesu.

Do výtvarných technik sestra zahrnuje především malování a kreslení, práce s koláží, s keramickou hlinou a jinými materiály. Arteterapii svým způsobem nezajímá výsledek, ale především celý způsob a proces tvoření. Pro člověka má být potěšením a dobrodružstvím už jen to, že vezme do ruky štětec, keramickou hlinu, tužku. Pro terapeuta je všímání si celého tvořivého procesu velmi důležité, dává mu nahlédnout do světa svého klienta a umožňuje mu tak jeho svět lépe rozumět.

Předstupněm ve vývoji arteterapie jako profese bylo zkoumání výtvarné produkce duševně nemocných, zaměřené původně spíše k upřesnění diagnózy. Jako terapeutická

metoda se arteterapie začala cíleně využívat ve 30. až 40. letech dvacátého století v návaznosti na rozvoj psychoanalýzy a dalších psychoterapeutických směrů. Průkopníky arteterapie byli většinou výtvarníci, kteří prošli psychoterapií a hledali možnosti propojení výtvarného působení s psychoterapeutickými postupy a jejich uplatnění v léčbě (např. M. Naumburgová, E. Kramerová C. Lewis, a další).

U nás se arteterapie využívala od 50. let v různých léčebných a psychoterapeutických zařízeních jako součást psychoterapie. V 70. letech vznikla na půdě Psychoterapeutické společnosti ČLS J. E. Purkyně arteterapeutická sekce, založená a vedená PhDr. D. Kocábovou. Sdružovali se v ní zájemci o danou problematiku z různých oborů a byly pořádány speciální semináře a dílny. V průběhu 80. let narůstala popularita arteterapie zvláště mezi studenty a absolventy speciální pedagogiky, neboť arteterapie byla začleněna do plánů výuky a počátkem 90. let zásluhou PhDr. M. Kyzoura bylo na Jihočeské univerzitě otevřeno bakalářské studium arteterapie. V roce 1994 vznikla Česká arteterapeutická asociace, jako samostatné profesní sdružení.(32)

#### ***1.2.2.8 Ergoterapie***

Výraz ergoterapie vznikl z řeckých slov „ergon“ – práce a „therapia“ – léčení. V překladu tedy znamená léčbu prací. Jedná se o zdravotnickou disciplínu, která využívá specifické diagnostické a léčebné metody a postupy, eventuálně činnosti při léčbě osob každého věku, s různým typem postižení, které jsou dočasně nebo trvale psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi.(7) Sestra se zaměřuje především na hodnocení stupně schopnosti sebeobsluhy klienta a jeho svalové a pohybové dispozice. Hodnotí klientovu vybavenost kompenzačními pomůckami a doporučuje optimální řešení. Poradenská práce s klientem se orientuje na úpravu domácího prostředí, nácvik sebeobsluhy, plánuje rukodělné a výtvarné aktivity, které zlepšují jemnou motoriku a úchop klienta. Ve společné pracovní terapii se snaží posilovat psychickou rovnováhu klientů.(44)

Ergoterapie spadá pod velký lékařský obor a tím je rehabilitace, tedy získávání nebo obnovování ztracených funkcí. Patří sem uvolňování spastických končetin, korekce sedu, lehu, stoje a chůze, včetně používání správných pomůcek, kterých je celá řada – hole, chodítka, vozíky, podložky, polštáře, klíny, ale i zábradlí..., dále udržování a zvyšování rozsahu v kloubech, ať už za pomoci pasivních či aktivních pohybů.

Ergoterapie využívá i kreativní techniky jako je kreslení, malování, modelování, vaření, zahradničení, šití, pletení... Tyto činnosti nejen zvyšují a udržují rozsah kloubní pohyblivosti, ale i svalovou sílu a míru nezávislosti a v neposlední řadě mají vliv i na psychiku. Klient cítí, že je ještě užitečný a ještě něco dokáže, důležitým faktorem těchto aktivit z hlediska klienta je změna každodenního životního stereotypu ( 36) .

Je to metoda, která se opírá, na rozdíl od převážné většiny ostatních léčebných postupů o zdravé složky. Ty, pak dále podporujeme, upevňujeme a rozvíjí.

Ergoterapie- může být vnímána ze dvou hledisek- nácvik sebeobsluhy a všestranný rozvoj osobnosti.

- nenásilnou formou může posílit klientovu sebedůvěru
- zlepšuje soustředěnost a pozornost
- rozvíjí kognitivní a paměťové schopnosti
- rozvíjí motoriku - hrubou i jemnou
- zvyšuje schopnost učení
- rozvíjí estetické vnímání
- vytváří kladný vztah k práci
- rozvíjí sociální kontakty

Moderní ergoterapie se také zabývá soběstačností klienta v každodenních činnostech (odborně ADL – aktivity of daily living)

*Máme několik možností:*

- snaha o naučení/znovu-naučení činnosti denní potřeby
- úpravu prostředí tak, aby klient mohl činnost vykonávat

- dodání potřebných pomůcek (držáky, podavače, upravené nádoby jako jsou talíře, příbory, prkénka..)

### *Rozdělení ergoterapie*

- ergoterapie cílená na postiženou oblast
- ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti
- ergoterapie před pracovním začleněním
- ergoterapie k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice.

Ergoterapie u seniorů je určena k léčbě porušených fyzických funkcí - zlepšování fyzické síly, drobné motoriky, koordinace pohybů, nácvik eventuálně obnova pohybových stereotypů v oblasti porušené i neporušené; k léčbě poruch psychických - nesoustředěnost, vytrvalost, deprese; k testování zbylých funkcí, nácvik náhradních činností, co možná největší soběstačnost; k nácviku všedních denních činností - sebeobsluhy, k obnově zapomenutých běžných činností, eventuálně náhradních činností; k nácviku používání vhodných kompenzačních pomůcek.(...)

Je zapotřebí, najít pro pracovní činnost smysl a získat si důvěru. Volíme proto činnosti zajímavé, časově nenáročné, přiměřené klientovým možnostem a schopnostem.(16)

### ***1.2.2.9 Pohybově relaxační programy***

Význam pohybu - jeden z významných faktorů, který aktivnímu přístupu k životu pomáhá bez ohledu na věk, je přiměřený tělesný pohyb. Člověk posuzuje smysl pohybu z hlediska svých potřeb a přání. S pohybem by měly být spojeny příjemné prožitky (uvolnění a radost), ale v některých případech i prožitky negativní (bolest, únava). Pohyb je základní potřebou každého živého tvora včetně člověka, zvláště je li

uskutečňován s pozorností a spontánně. Je k tomu ale třeba naučit se citlivě vnímat své tělo. Pohybová cvičení mohou významně napomáhat ke změně postoje k sobě samému, především ke svému vlastnímu tělu.(10)

Vhodné formy pohybu – pro seniory a klienty se sníženou pohybovou schopností jsou vhodné především pohyby malé, vědomě, klidně a soustředěně prováděné. Málo doceňovaná jsou cvičení v představách - tzv. vizualizační cvičení. Ta jsou vhodná použít i klientů převážně imobilních. Tato cvičení stimulují představivost, pozornost, důvěru ve vlastní schopnosti a zvýšení sebevědomí klienta.(10) Při sestavování cvičebního programu musíme respektovat věková specifika stárnoucího organismu, zdravotní stav klienta, faktory motivace, úroveň pohybových dovedností a zdatnost klientova organismu.(23) Mezi pohybové aktivity můžeme zařadit chůzi a vycházky. Různé výlety a cvičení, důležitá je i relaxace a odpočinek. Chůze je pro člověka zcela přirozený pohyb. Musí být zachována z mnoha důvodů. Ovlivňuje potřebný rozsah péče a vlastní uspokojení člověka z pocitu nezávislosti.(8) Mezi oblíbené relaxační programy řadíme například jógu. Jóga je nejstarším autoregulačním systémem, usilujícím o harmonizaci tělesné a duševní stránky osobnosti. Jóga je jedním ze způsobů, který pomáhá najít souznění s vlastním tělem, myslí, duší i s okolním světem. Zdaleka to nejsou jen tělesná cvičení. Hathajóga (součást jógy) Je ucelený systém tělesných cvičení k harmonizaci těla, mysli i jemných energií. Obsahuje zejména cviky s výdržemi (ásany), dechová cvičení (pránájáma) a očistné techniky (krijá). Při nácviu provádíme ásany nejdříve dynamicky. Hlavní zásady hathajógy jsou: nenásilné cvičení do příjemného protažení či do příjemné únavy a zaměření pozornosti dovnitř. Cvičí se pro prožívání vlastního zážitku ze cvičení, nikoli pro vnější efekt.(35)

#### ***1.2.2.10 Zooterapie***

Je jednou z nejúčinnějších ne-li přímo nejúčinnější alternativní terapie. Skládá se ze dvou základních typů - fyzioterapie a psychoterapie, kdy v zásadě obě vždy spoluúčinkují. Prehistorický původ - byla známa a využívána od samého počátku soužití člověka a zvířat a předběhla vlastní domestikaci živočišných druhů. Již z antické éry (dob

Kollunnella) jsou dochovány záznamy o jejím používání a postupech. V dnešní době kdy lidstvo nalézá dávno objevené jsme fascinováni genialitou zooterapeutických metod, které tkví v jeho přirozenosti a spontánnosti. Jeden živočišný druh ovlivňuje psychické somatické vzorce jiného živočišného druhu. Zvířata instinktivně respektují biologický věk. Cílem léčby je posunutí nebo návrat člověka na hranici jeho fyzických a psychických možností. U zvířat jsou speciálně (chovem, tréninkem) rozvíjeny schopnosti přizpůsobit se potřebě člověka jinak, než jak je tomu při partnerském, pracovním nebo sportovním spolužití. Léčba ovlivňuje podstatně nervovou soustavu, motoriku, chuť, dech, úchop, řečové schopnosti, pozitivně upravuje vzorce chování a podobně. Mozek (klienta) člověka dostává každou vteřinou impulsy (pohyb, tlak, čich, dotek...) a zpětně odesílá příkazy ke svalům, které zapíná včas ve správném sledu. Dochází k uvolnění svalového spasmu (křeče) a zlepšení napětí chabých svalů. Posiluje se rovnováha psychická spolu s fyzickou. U dětí se vytvářejí a dotvářejí pohybové vzorce, u seniorů se obnovují. Tato práce ovšem vyžaduje fundované odborníky. ( 34)

#### ***1.2.2.11 Canisterapie***

Canisterapií se rozumí léčebný kontakt psa a člověka. Pes už svou přítomností dokáže vyvolat dobrou náladu všude tam, kde je jí nedostatek. A o tom, že úsměv léčí není pochyb. Toho využívají odborní terapeuté a vodí psy na "návštěvy" do: domovů důchodců, dětských domovů, sanatorií a hospiců, ústavů pro tělesně nebo mentálně postižené a do jiných podobných zařízení. Některá zařízení mají dokonce své stálé terapeutické psy, kteří bydlí na místě a péče o ně je svěřena konkrétním pracovníkům.

Předně vnímáme zásadní rozdíly mezi dvěma úrovněmi canisterapie. Obecný pojem canisterapie totiž zahrnuje:

- 1) tzv. společenskou činnost - tj. návštěvy "pro radost", jejichž hlavním smyslem je pozvednutí kvality života klientů, např. v domově důchodců
- 2) a terapeutickou činnost se záměrem podílet se na léčbě určitého typu postižení.



### ***1.2.2.11.1 Léčebné účinky canisterapie***

Canisterapie přispívá k rozvoji hrubé a jemné motoriky, podněcuje verbální i neverbální komunikaci, rozvoj orientace v prostoru, nácvik koncentrace, rozvíjí sociální citění, poznávání a složku citovou. Působí také v rovině rozvoje motoriky s atributem rehabilitační práce, v polohování a v relaxaci. Na druhou stranu ale tam, kde je to třeba, psi podněcují ke hře a k pohybu. Zároveň mají velký vliv na psychiku a přispívají k duševní rovnováze. Canisterapie je určena pro tělesně postižené (nejčastěji DMO, LMD, svalová dystrofie, epilepsie), pro mentálně postižené, pro staré a nemocné. U autistů potom dlouhodobým působením může pes plnit roli prostředníka mezi jejich světem a okolím. Nejvíce využívaným plemenem pro tento typ terapie jsou retrieveri (golden retriever, flat-coated retriever a labradorský retriever). U společenské činnosti lze úspěšně pomáhat se psy všech ras, pohlaví a velikostí - podmínkou je jen dokonalé chování, povaha a zdraví.(37)

### ***1.2.2.12 Kinezioterapie***

Pasivní i aktivní pohybová činnost vede ke zlepšení motorických funkcí. Aktivní pohybová činnost rozvíjí osobnost člověka, jeho sebevímání, sebehodnocení. Psychický dopad kinezioterapie pro rozvoj osobnosti je již prokázán. Tyto terapeutické metody bývají úzce propojeny na osobní zkušenost terapeuta. Často postrádají teoretické zakotvení, diagnostické metody a jen málokteré pracují s kontrolou biologických zpětných vazeb a znalostí neurálních mechanismů. Jejich možnost širšího užití je závislá na osobním předání zkušeností a proto jejich účinnost při provádění jiným terapeutem většinou klesá.

Bez možnosti adekvátně ověřovat své působení zůstávají i přes viditelné posuny ve zdravotním stavu nemocných na úrovni terapií podpůrných, přes to, že jejich ambice stát se terapií základní není v následné péči nereálná. Pohybové terapie užívající jako prostředek změny aktivní pohyb nemocného jsou přirozenou součástí fyzioterapie. Současná fyzioterapie, která užívá převážně pasivní přístup pacienta, nerada přijímá

jako svou součást aktivní terapeutické metody a jejich pozitivní výsledky považuje za náhodné, nepodložené.

V oblasti pohybové terapie nejen na psychiatrických onemocnění se od roku 1990 začala vyvíjet Kinezioterapie. Vycházíme z předpokladu, že každý chorobný stav i každá psychická změna se odrazí ve funkci CNS a tím ve funkci všech orgánů. Prožitek tělesného Já, tělesné schéma považujeme za nejhlubší intenci, která je základem veškerého tělesného pohybu v koexistenci se světem. Motorika se úzce promítá do schopnosti vnímat, hodnotit a užívat prostorové vztahy. Vnímání a pohyb tvoří celek - intencionalitu. Pokud je tento celek narušen dochází k poruchám ve vnímání vlastního těla. Tělesné schéma a pohybové představy jsou u psychicky postižených dočasně nebo trvale pozměněny. Narušen je časoprostorový rozvrh, prostorová harmonie (vyváženost, proporcionalita, frekvence změn, dynamika změn). To svědčí pro velmi úzký vztah mezi motorikou, nervovou soustavou, centrálním nervovým systémem, stavem vnitřního prostředí a kvalitou vztahů mezi vnitřním a vnějším prostředím.

Pohybové projevy jsou ovlivňovány motivačními pochody, které lokalizujeme do oblasti „pocitového mozku“ (emoční mozek), anatomicky do limbického systému. Pozitivní emoční zážitky z učení pohybových programů umožňují transfer do ostatních oblastí života nemocného. Nejbližší jsou kinezioterapeutickému působení psychoterapeutické terapie opírající se o poznatky z oblastí teorií učení, behaviorální terapie, kognitivní terapie a kognitivně behaviorální terapie (39)

#### ***1.2.2.13 Videotrénink interakce***

Videotrénink je poměrně mladá metoda, která vznikla v 80. letech v Holandsku. Cílem bylo původně hledat alternativní způsoby pomoci rodinám, ve kterých byl vývoj dítěte ohrožen a situace směřovala k umístění dítěte do náhradní nebo ústavní péče. Podstatou metody je pořizování krátkých videozáznamů (10 - 15 minut) v přirozených podmínkách (doma) a přirozených situacích (hra, společné jídlo, příprava do školy,

různé společné činnosti). Společně s klienty jsou pak záznamy analyzovány. Metoda vychází z ověřeného předpokladu, že v každé (i v té zdánlivě dysfunkční) rodině či skupině se objevují dobré vzorce a prvky komunikace, které lze na videozáznamu nalézt, umožnit rodičům a příbuzným klienta si je uvědomit a pojmenovat, a tak podpořit jejich pocit vlastní kompetence. Při této práci jsou klienti sami sobě vzorem úspěšné komunikace a podporou pozitivního se vytvářejí podmínky pro postupné vytěšňování neúspěšných a nefunkčních vzorců komunikace. Práce touto metodou předpokládá aktivní účast klientů, zásadní je motivovanost ke změně a hledání řešení. Videotrénink vznikl jako metoda, která měla původně pomáhat rodinám, poměrně záhy se však rozšířil i do jiných oblastí, kde probíhá komunikace(42)

#### ***1.2.2.14 Bazální stimulace***

Bazální stimulace je koncept, který dává ošetřovatelství zcela jiný rozměr a umožňuje ošetřujícím nově reflektovat svou práci, protože ošetřovatelské intervence mají terapeutický účinek. Ti, kteří s konceptem pracují, musí tedy samozřejmě disponovat víceoborovými znalostmi, které získají absolvováním seminářů bazální stimulace. Bazálně stimulující ošetřovatelská péče umožňuje lidem s těžkým zdravotním nebo duševním postižením integraci do současného života s maximálním využitím jejich dřívějších životních návyků a zkušeností a navíc akceptuje jejich budoucí životní potřeby. Právě toto jednání, které je orientováno na pochopení potřeb pacienta a porozumění jeho stylu komunikace, je základní podmínkou porozumění konceptu Bazální stimulace. Koncept využívá mnoho vlastních technik a tréninkových programů, kterými u pacienta dosahuje stimulace somatické, taktilně-haptické, vestibulární, vibrační, orální, optické, olfaktorické a auditivní. Nejedná se o "péči o nemocné", ale o vysoce kvalifikovaný pokus přizpůsobit péči životní situaci postiženého a poskytnout mu vhodné stimuly zohledňující jeho biografickou anamnézu. Bazální stimulace poskytuje pacientovi pedagogickou podporu v aktivitách všedního dne a nepoužívá žádných nadstandardních pomůcek či přístrojů, nevyžaduje tedy

finanční zatížení pro zdravotní zařízení, pouze vyškolený personál a pochopení a spolupráci všech členů zdravotního týmu.(33)

Bazální stimulace je komunikační, interakční a vývoj podporující stimulační koncept, který se orientuje na všechny oblasti lidských potřeb. Bazálně stimulační ošetrovatelská péče se přizpůsobuje věku a stavu klienta. Elementy konceptu integrované do péče mají význam jak např. v neonatologické intenzivní péči u dětí předčasně narozených, tak také v péči o děti i dospělé s vrozeným intelektovým a somatickým postižením, u lidí s různými akutními a chronickými onemocněními, po úrazech mozku a také klientů s demencí. Hlavní myšlenkou konceptu Bazální stimulace je potřeba holisticky vnímat jedince. Bazálně stimulační ošetrovatelská péče podporuje vývoj u lidí, kteří jsou krátkodobě či dlouhodobě omezeni v komunikaci, vnímání či pohybu. Ztráta schopnosti pohybu a nedostatek podnětů z okolního světa vede k senzomotorické deprivaci a k následné nedostatečné vlastní organizaci neuronální sítě. Koncept Bazální stimulace vychází z předpokladu individuální strukturované péče na základě biografické anamnézy klienta. Druhým podstatným faktorem pro tuto péči je integrace klientovy nejbližší osoby do péče. Tato ošetrovatelská péče umožňuje neustálý (situaci klienta přiměřený) přísun podnětů z vlastního organismu a také z jeho okolního světa. Tímto podporuje udržení hustoty dendritické arborizace a vznik nových dendritických spojení mezi neurony. Koncept respektuje různé vývojové stupně člověka a základem péče jsou zkušenosti se svým tělem z období prenatálního vývoje. Cílem je podpora rozvoje vlastní identity klienta, umožnit mu orientaci na svém těle a následně v jeho okolí a podpora komunikace na úrovni jemu adekvátních komunikačních kanálů.

#### ***1.2.2.14.1 Techniky konceptu***

Předpokladem kvalitní a účinné stimulace vnímání je získání kvalitní autobiografické anamnézy, formulace reálných cílů, sestavení adekvátního ošetrovatelského (terapeutického) plánu a kontinuální evaluace reakcí klienta na

poskytované stimulační a integrace příbuzných do péče. Techniky konceptu se člení na prvky základní a nastavbové stimulační.

Prvky základní stimulační:

- Somatická stimulační
- Vestibulární stimulační
- Vibrační stimulační
- Nastavbová stimulační:
- Optická stimulační
- Auditivní stimulační
- Taktile-haptická stimulační
- Olfaktorická stimulační
- Orální stimulační (33)

### **1.3. Kvalita života**

#### ***1.3.1 Definice pojmu kvalita života***

Slovo „kvalita“ podle etymologického slovníku, je odvozeno od latinského základu „qualitas“ – kvalita – či „qualis“ - jaký. Ještě hlubší kořen má latinské slovo „qualis“ a to „qui“ – „kdo“. Pod pojmem kvalita si lze představit i „jakost a hodnotu“ tj. charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku.(15)

Definice pojmu kvalita života je podle Velkého lékařského slovníku individuální vnímání vlastní životní situace ve vztahu k systému hodnot, kultuře, životním cílům, očekávání a k běžným zvyklostem. Někdy bývá pojímána jako rozdíl mezi skutečností a individuálním očekáváním. Do značné míry je podmíněna zdravím, psychickým stavem, stupněm závislosti, ekonomickými okolnostmi, sociálními vztahy i celkovým životním prostředím (27)

Autoři Hartl a Hartlová (6) – pojem kvalita života (quality of life) = chápou jako vyjádření pocitu životního štěstí. K nejobecnějším znakům patří soběstačnost při

obsluze vlastní osoby a pohyblivost. Psychologický význam pojmu uvádějí jako „míru seberealizace a duševní harmonie, čili míru životní spokojenosti a nespokojenosti“. V sociologickém významu je kvalita života chápána jako „pocit a životní úroveň speciálních skupin jako jsou staří lidé, příslušníci etnických a jiných minorit čili hledisko možnosti volby.“ Lékařská definice podle autorů vyjadřuje, na jaké zdravotní úrovni a s jakým zdravotním omezením žijí lidé s chronickými chorobami jako je bronchiální astma, Parkinsonova choroba, kardiovaskulární choroby, geriatrické syndromy a mnohé jiné, čili hledisko omezení svobody. Individuálně kvalitu života zvyšují především ve stáří, plánované tělesné a duševní činnosti aktivity a celkově aktivní životní styl.

Podle světové zdravotnické organizace (WHO) je kvalita života to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu, ve kterém žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekávání, životnímu stylu a svým zájmům a koníčkům (3).

### ***1.3.2 Kvalita života a zdraví***

Kvalitu života lze považovat za obecný termín zahrnující například náboženské a ekonomické aspekty. Přesto se prosazuje označení „Health Related Quality of Life“ (HRQoL), tedy ke zdraví vtažená kvalita života týkající se zdraví. Používá se pro sledování vlivu nemocí a jejich léčby na člověka (18).

Je to pojem, který shrnuje subjektivní a přitom kvantifikovatelné měření vnímání zdraví a chodu životních funkcí ve fyzické, zdravotní, sociální a emoční sféře (29). Velký lékařský slovník uvádí kvalitu života související se zdravím jako: „úroveň duševních, tělesných a sociálních funkcí a vztahů, včetně vnímání zdraví, životního uspokojení a pohody. Bývá do ní zahrnována i spokojenost pacientů se zdravotnickými službami, respektive s léčbou a jejími výsledky“ (27).

### **1.3.3 Činitelé ovlivňující kvalitu života**

Kvalitu života mohou ovlivňovat činitelé nebo vlivy kladně i záporně. Mohou být do určité míry mimo osobu člověka tzv. externí vlivy. Mezi takové činitele či vlivy patří kvalita odborné lékařské péče, kvalita ošetrovatelské péče, kvalita celkové sociální péče o klienta a jeho rodinu, klientovo manželství, rodinu a skupinu přátel, kvalitu sociální komunikace klienta, vztah klienta k lékaři, existence doprovázeče a existence kladného vzoru klienta. Vnitřní činitelé, které mohou ovlivňovat kvalitu života, můžeme rozdělit do dvou skupin. První skupinu představují poměrně trvalé charakteristiky klienta (osobnost klienta, systém přesvědčení klienta, oblast ducha, duchovní hodnoty, zkušenosti se zvládáním obtíží). V druhé skupině nazvané momentální stav klienta najdeme fyzický, tělesný stav klient, psychiku klienta, jeho emocionální stav, jeho myšlení a uvažování, sociální a duchovní život klienta.(14)

### **1.4 Oddělení následné péče**

Oddělení následné poskytuje zdravotní péči nemocným se stanovenou diagnózou po odeznění akutní fáze onemocnění, kdy není možno tuto péči poskytnout ambulantně. Poskytuje také zdravotní péči pacientům s apalickým syndromem po překladu z Anesteziologicko-resuscitačního oddělení. Dále oddělení poskytuje i rehabilitační péči u pacientů tuto péči vyžadující (stavy po úrazech, operacích, mozkových příhodách apod.) Zabývá se i poradenstvím v oblasti sociálních služeb nabízených pacientům. Nedílnou součástí hospitalizace na ONP je sociální šetření, které probíhá u každého geriatrického pacienta a je prováděno sociální pracovníci. Z ONP není propuštěn žádný pacient bez dostatečného dalšího sociálního zabezpečení (žádosti do DD, zajištění pečovatelské služby, pohovory s pečující rodinou a edukace např. RHB postupů při péči o postiženého příbuzného atd.).

Cíle hospitalizace na ONP :

Doléčení a stabilizace stavu, rehabilitace, nácvik soběstačnosti s cílem navrácení původní kondice, eventuálně nácvik náhradních činností umožňujících návrat do

domácího prostředí. Pacientům s infaustním onemocněním poskytnout ohleduplnou ošetrovatelskou péči a zajistit podmínky k důstojnému, klidnému a bezbolestnému umírání.( 45)

## **1. 5 Domovy důchodců**

Posláním a cílem Domova důchodců je poskytnout seniorům důstojný, příjemný a podle jejich přání a možností i aktivní život, který již nemohou nebo nechtějí trávit ve svém domácím prostředí. Kromě zajištění základních potřeb - jako je jídlo, ubytování, čisté prostředí, lékařské a ošetrovatelské služby – se snaží, aby místo, kde obyvatelé (senioři) žijí bylo vlídné, příjemné a co nejvíce se podobalo opravdovému domovu. Nabízí mnoho skupinových i individuálních aktivit v Domově i mimo něj, do kterých by měly mít všichni obyvatelé možnost se zapojit.(36)

### ***Hlavní cíle***

- Uspokojovat individuální potřeby starých občanů kvalitními a odborně poskytovanými službami rozvíjet a podporovat tělesné, smyslové a psychické schopnosti a soběstačnost vytvářet podmínky pro aktivní účast starých občanů v ústavní péči na společenském životě, pro důstojné stárnutí za podmínek zachování lidské důstojnosti, přirozených vztahů a zvyků, ochrany lidských práv a občanských svobod, bez ohrožení jejich bezpečnosti a jistoty vytvářet příležitosti, aby staří občané v ústavní péči mohli uplatňovat svou vůli a jednat na základě vlastních rozhodnutí zmírňovat utrpení nevléčitelně nemocných občanů, zajišťovat klidné umírání a důstojnou smrt

### ***Cílová skupina***

- Staří a invalidní občané, kteří mají trvalé změny zdravotního stavu. Sníženou nebo chybějící soběstačnost v základních životních dovednostech, zejména v osobní péči, vedení domácnosti a v uplatňování svých vlastních práv a nároků.



- Staří občané, kteří jsou v důsledku změn zdravotního stavu imobilní nebo postižení stařeckou demencí a vyžadují zvýšenou péči na odděleních zvláštní ošetrovatelské péče.
- Staří a invalidní občané České republiky splňující kritéria pro přijetí do ústavní sociální péče(36).

## **2. Cíle práce a hypotézy**

### **2.1 Cíle práce**

Cíl<sub>1</sub> : Porovnat aktivizaci imobilních pacientů v různých zdravotnických zařízeních

Cíl<sub>2</sub> : Zjistit, zda vhodná aktivizace pozitivně ovlivňuje kvalitu života imobilního pacienta z pohledu sester

### **2.2 Hypotézy výzkumu**

H<sub>1</sub> : Pacienti v DD jsou více aktivizováni než pacienti na ONP

H<sub>2</sub> : Prostřednictvím aktivizační terapie dochází ke zlepšení kvality pacientů v různých zdravotnických zařízeních z pohledu sester

### **3. Metodika**

#### **3.1 Technika sběru dat**

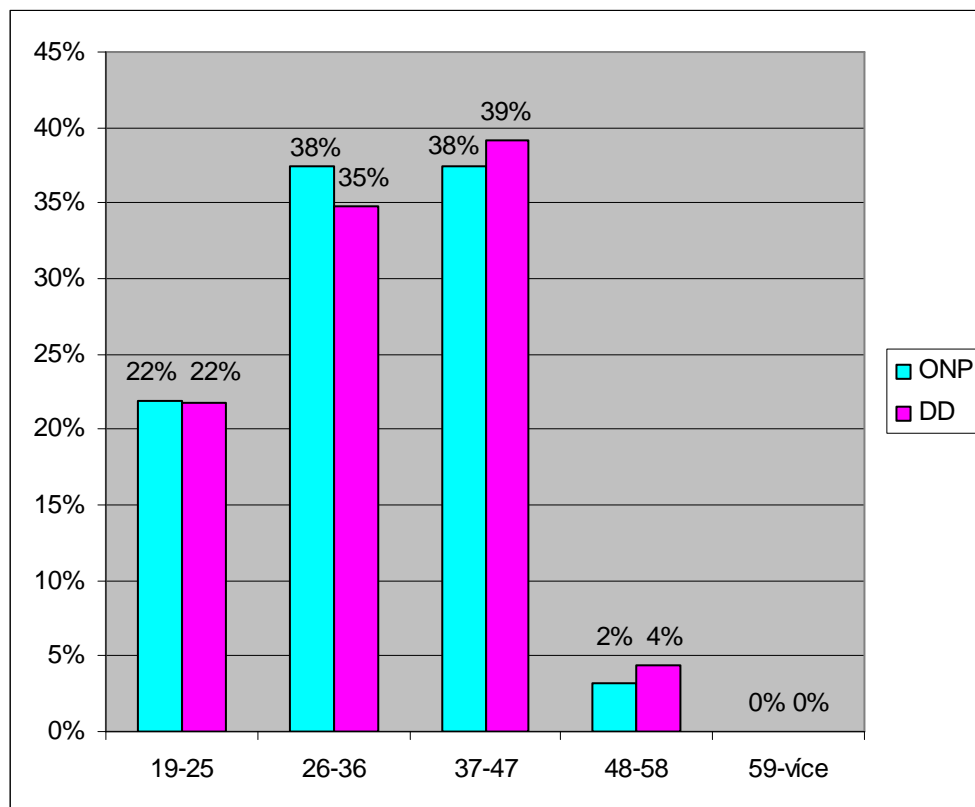
Ke svému kvantitativnímu výzkumu jsem použila techniku dotazníku. Anonymní dotazník byl určen pro pracovníky různých zdravotnických zařízení.(v domově důchodců a na oddělení následné péče). Dotazník se skládal z 18 otázek. Pro zjištění cíle byla použita technika dotazníku zaměřeného na aktivizaci imobilních pacientů v různých zdravotnických zařízeních.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Bylo rozdáno 60 dotazníků (35 dotazníků na ONP a 25 Dotazníků v DD). Návratnost vyplněných dotazníků byla 92 %, tj. 55 dotazníků. Výzkum byl realizován na odděleních po dobu 14 dnů, kdy byly sestřám po celou dobu ponechány dotazníky na oddělení, aby měly dostatek času na vyplnění. Počet respondentů tvořilo 55 zdravotních sester. 32 sester z ONP v Nemocnici v Českých Budějovicích a.s. a 23 sester z DD.

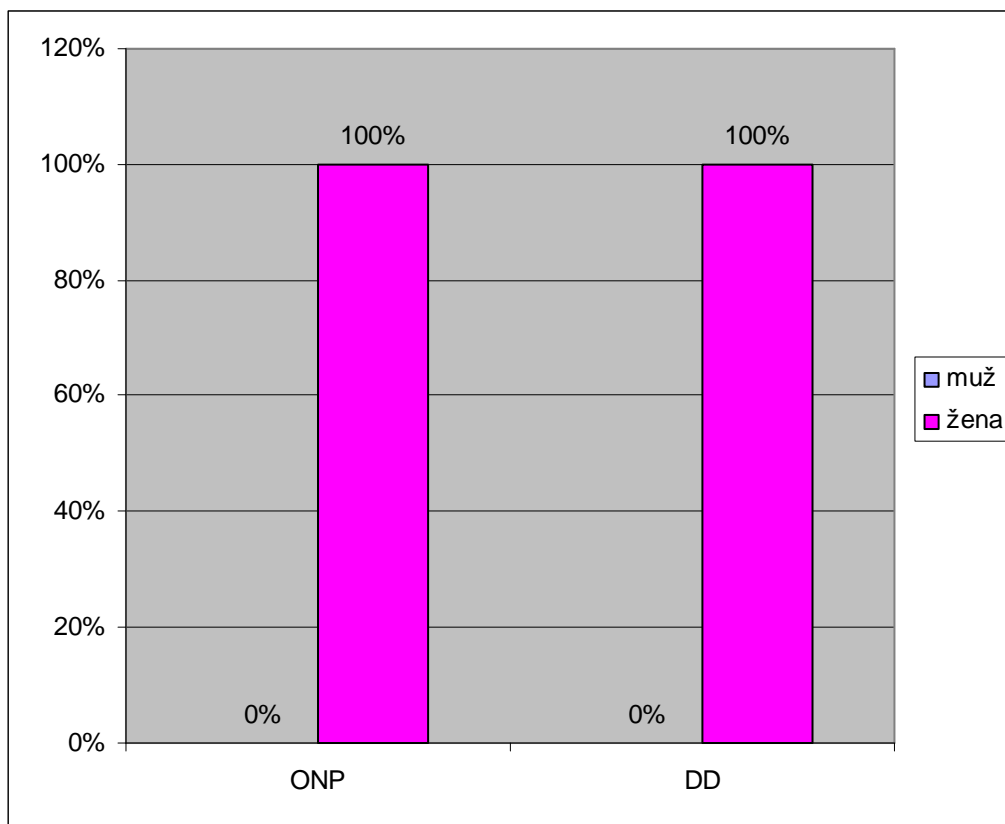
## 4. Výsledky

**Graf 1** Věk respondentů



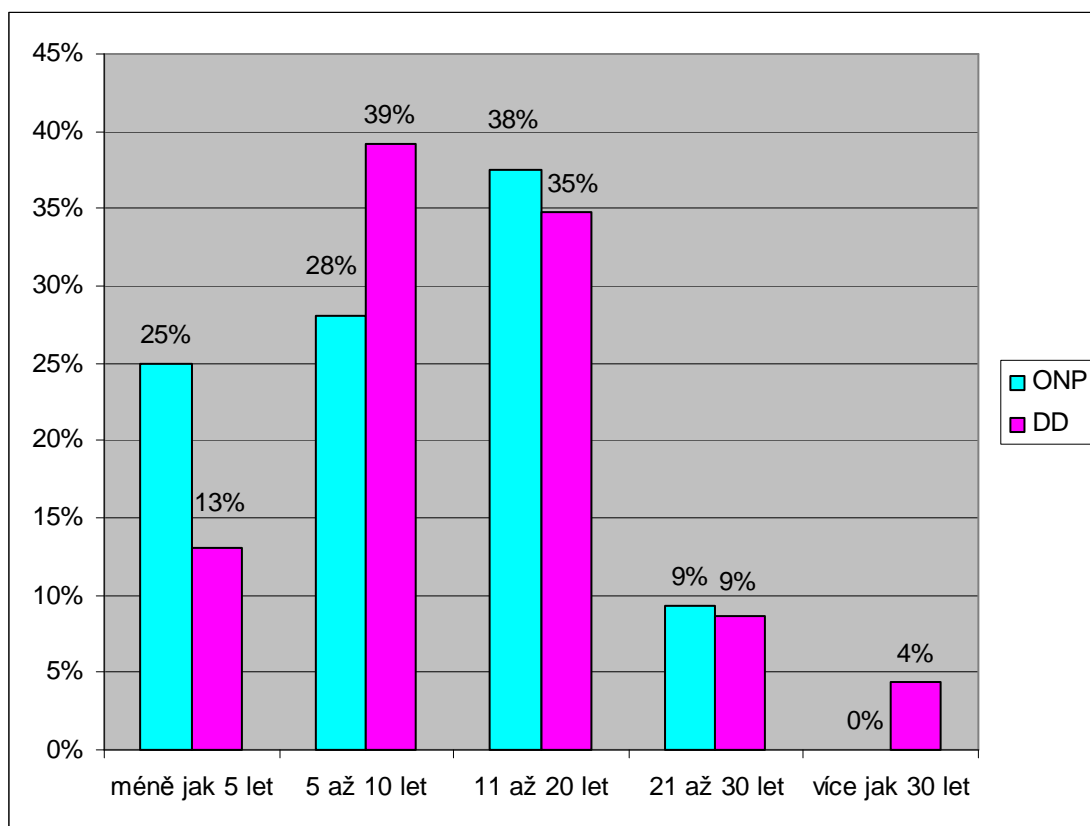
Na grafu 1 demonstruji věk respondentů. Ten jsem rozdělila do 5 skupin. Ve věkovém rozmezí 19-25 let mi odpovědělo 7 (22 %) respondentů z ONP a 5 (22 %) respondentů z DD. V další věkové skupině jsem se tázala na věk mezi 26-36 lety, v tomto rozmezí mi zodpovědělo 12 (38 %) dotazovaných pracovníků z ONP a 8 (35 %) dotazovaných pracovníků z DD. Třetí věková skupina byla omezena věkově od 37-47 lety, v tomto věkovém rozmezí mi zodpovědělo 12 (38 %) dotazovaných respondentů z ONP a 9 (39 %) respondentů z DD. Ve čtvrté skupině ve věku od 48-58 let mi zodpovědělo 1 (4 %) respondentů z ONP a 1 (2 %) respondentů z DD. V poslední páté věkové skupině v rozmezí 59 let a více mi neodpověděl žádný z dotazovaných respondentů z ONP ani z DD.

**Graf 2** Pohlaví respondentů



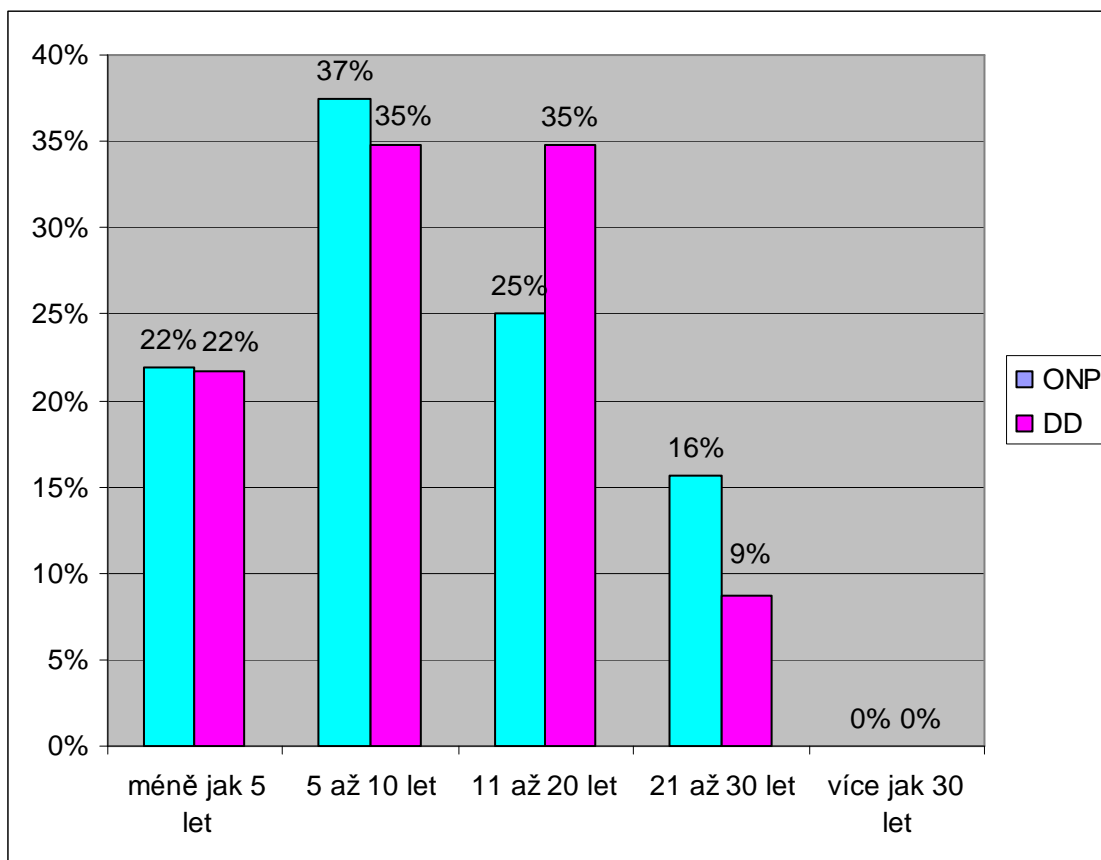
Graf 2 byl zaměřen na pohlaví dotazovaných respondentů. Z celkového počtu respondentů odpovědělo 32 žen (100 %) a 0 % mužů na odd.ONP a 23 žen (100 %) a 0 % mužů v DD.

**Graf 3** Počet roků praxe



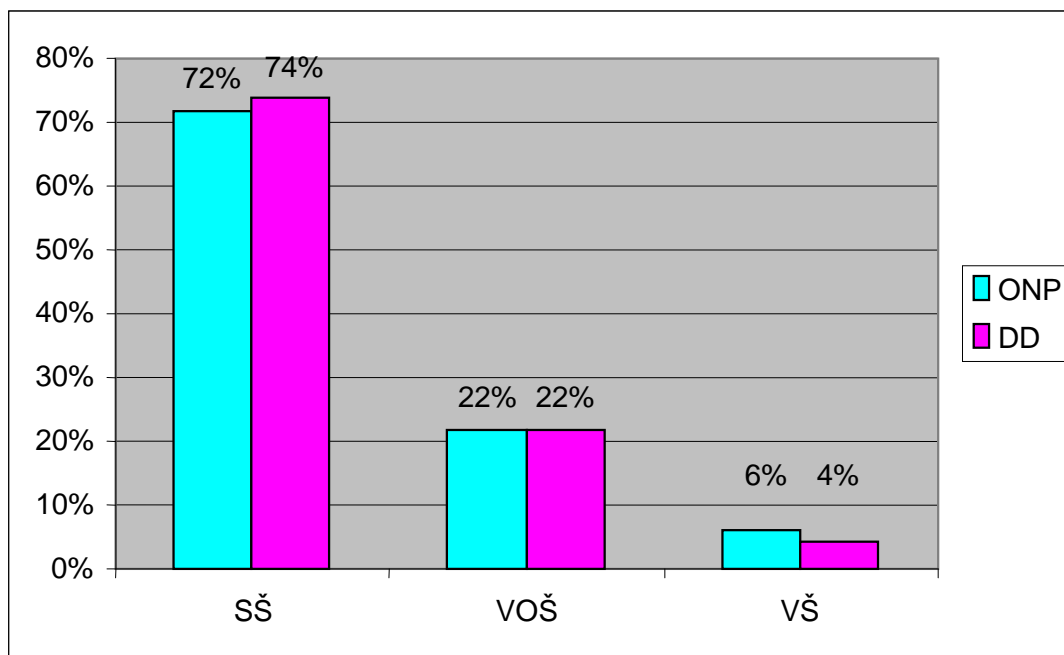
Graf 3 znázorňuje počet roků praxe (celkem) respondentů ve zdravotnickém zařízení. První možnost odpovědi byla méně jak 5 let praxe. Na tuto možnost odpovědělo 8 (25 %) dotazovaných sester z ONP a 3 (13%) dotazovaných sester z DD. Druhá možnost odpovědi byla délka praxe v rozmezí mezi 5 až 10 lety praxe ve zdravotnickém zařízení. Na tuto možnost odpovědělo 9 (28 %) dotazovaných sester z ONP a 9 (39 %) dotazovaných sester z DD. Třetí rozmezí je mezi 11 až 20 lety praxe ve zdravotnickém zařízení. Na tuto možnost mi odpovědělo 12 (38 %) respondentů z ONP a 8 (35 %) respondentů z DD. Čtvrtá možnost odpovědi byla mezi 21 až 30 lety praxe. Na tuto možnost odpověděly 3 (9 %) dotazovaných sester z ONP a 2 (9 %) z dotazovaných sester z DD. Pátou možnost odpovědi využila pouze 1 (4 %) sestra z DD, která měla praxi více jak 30 let ve zdravotnickém zařízení.

**Graf 4** Počet let odpracovaných na daném oddělení



V grafu 4 jsou znázorněny odpovědi respondentů na otázku, jak dlouho pracují v daném zařízení. První možnost byla, že respondenti pracují na daném oddělení méně jak 5 let. Na tuto možnost mi odpovědělo 7 (22 %) dotazovaných sester z ONP a 5 (22 %) dotazovaných sester z DD. Druhá možnost byla v rozmezí mezi 5 až 10 lety. Na tuto možnost mi odpovědělo 12 (37 %) respondentů z ONP a 8 (35 %) respondentů z DD. Třetí možností byla hranice mezi 11 až 20 lety praxe na daném odd. Na tuto možnost mi odpovědělo 8 (25%) sester z ONP a stejný počet, tedy 8 (35%), sester z DD. Čtvrtou možností bylo možno označit délku praxe na daném odd. v rozmezí mezi 21 až 30 lety. Tuto možnost využilo 5 (16 %) z dotazovaných sester na ONP a 2 (9 %) z dotazovaných sester v DD.

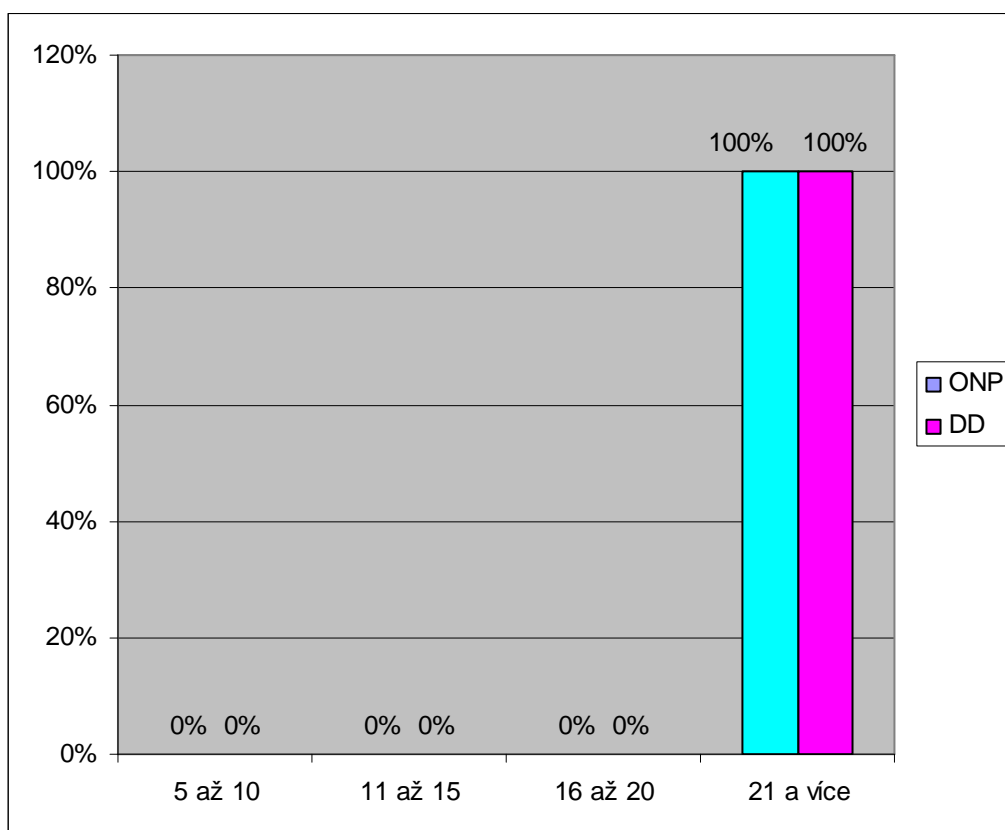
**Graf 5** Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů



Na grafu 5 znázorňují odpovědi na otázku, která se týkala nejvyššího dosaženého vzdělání jednotlivých sester. Středoškolské vzdělání udává 23 (72 %) dotazovaných sester z ONP a 17 (74%) dotazovaných sester v DD. Vyšší odborné vzdělání označilo 7 (22%) dotazovaných sester na ONP a 5 (22%) z dotazovaných sester v DD. Jako poslední byla možnost vysokoškolského vzdělání, ke kterému se hlásí 2 (6 %) z dotazovaných sester na ONP a 1 (4 %) dotazovaných sester z DD.

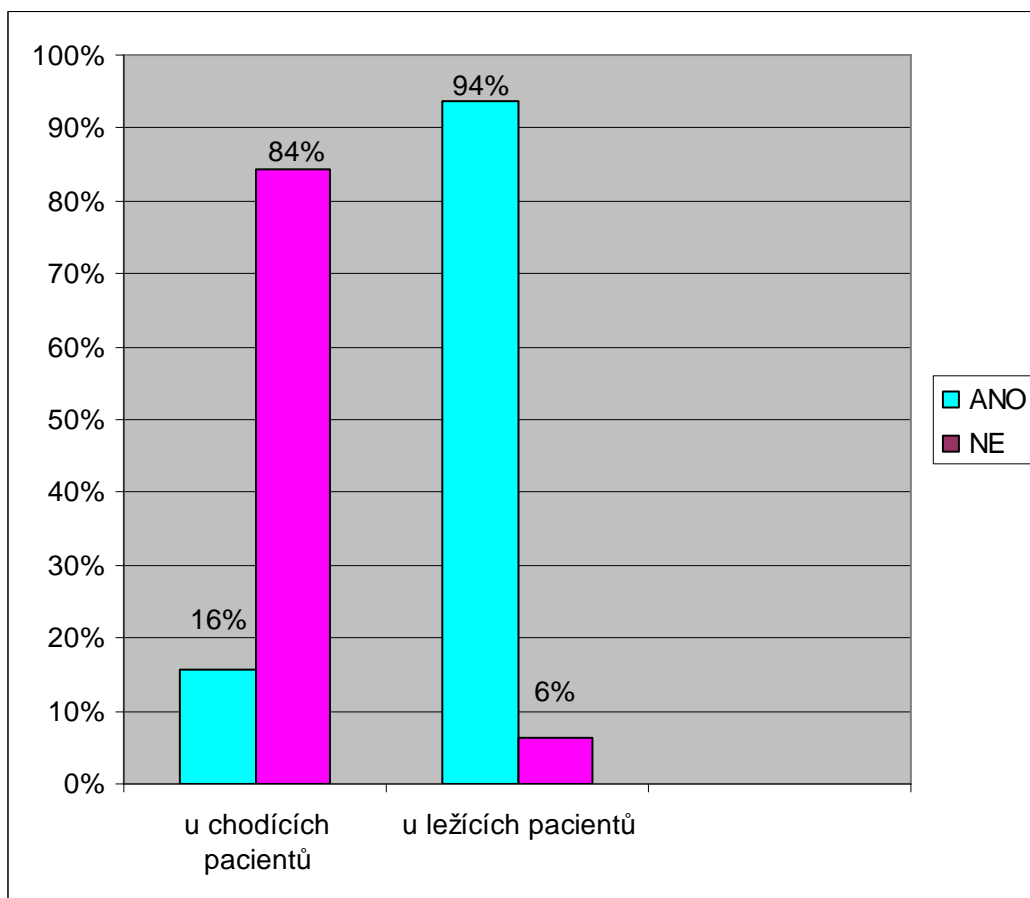


**Graf 6** Počet klientů ve službě (průměrně)



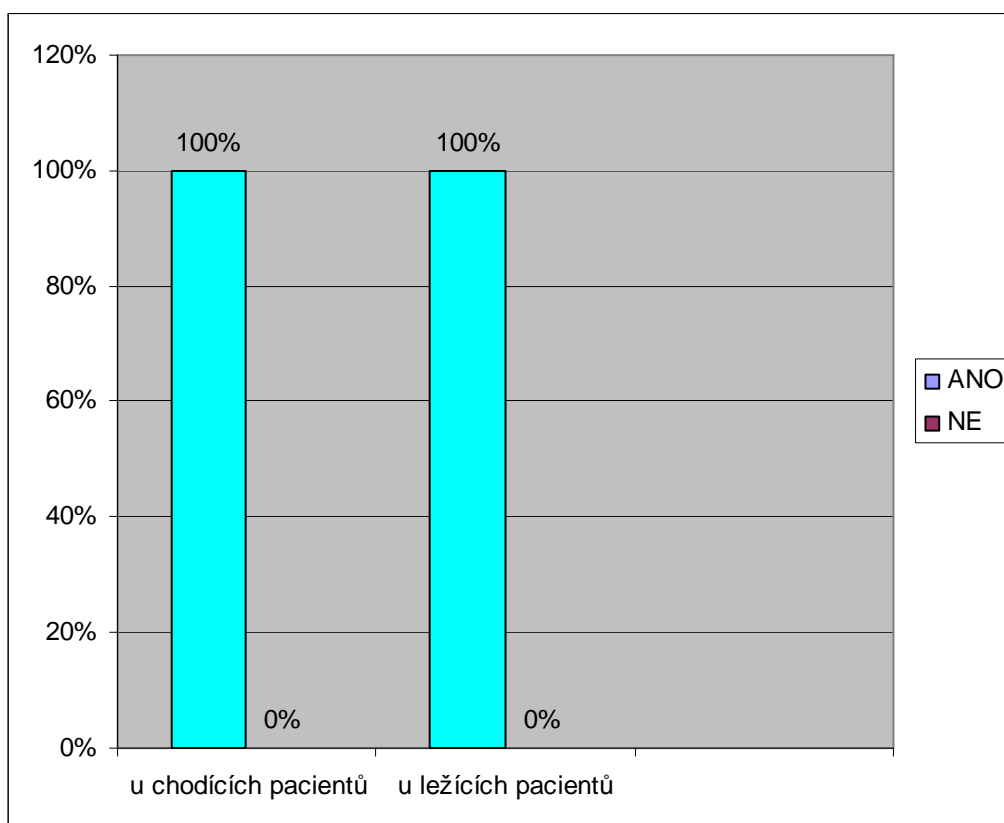
Na grafu 5 demonstrují počet klientů, o které pečují sestry ve službě na daném odd. ONP či v DD. Dle grafu je patrné že na první možnost – péče o 5 až deset pacientů neodpověděl ani jeden z dotazovaných respondentů z ONP ani z DD. Na druhou a třetí možnost, tedy rozmezí mezi 11 až 15 a 16 až 20 pacienty také neodpověděla ani jedna ze sester z ONP ani z DD. Sestry využily až čtvrté možnosti v rozmezí od 21 klientů a více klientů, o které musí průměrně ve službě pečovat. Obě dvě dotazované skupiny sester z ONP a z DD odpověděli 100% (32, 23) na poslední možnost.

**Graf 7 a)** Provádění aktivizace na ONP



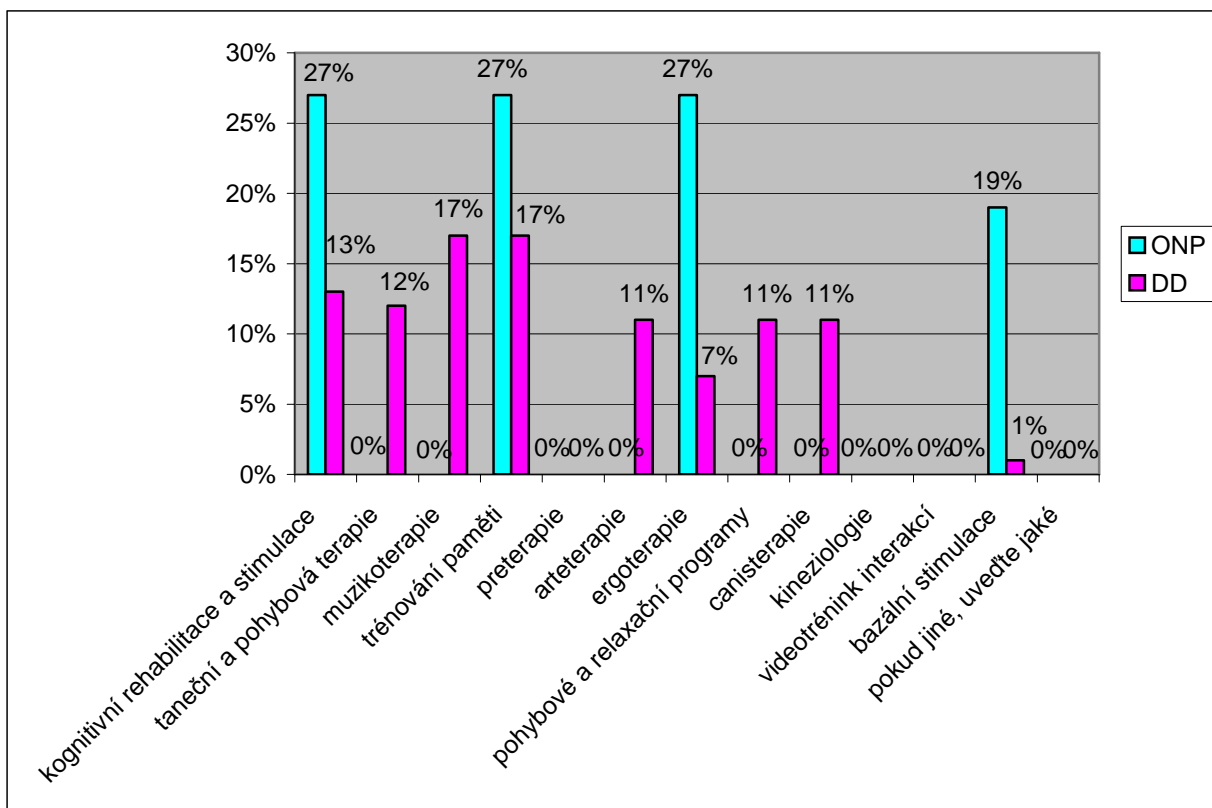
V grafu 7 a) je názorně zobrazeno u jakých pacientů je na daném oddělení ( v tomto případě na ONP) prováděna aktivizace pacientů. První možnost byla tedy, že sestry provádějí či neprovádějí aktivizaci pouze u chodících pacientů. Tuto možnost odpovědi využilo 5 (16 %) dotazovaných sester a označilo odpověď ANO, 27 (84 %) sester označilo u možnosti aktivizace chodících pacientů možnost NE. Druhá možnost se týkala aktivizace u ležících pacientů. Na tuto otázku odpovědělo 30 (94 %) sester ANO a 2 (6 %) sestry NE.

**Graf 7 b)** Provádění aktivizace v DD



V grafu 7 b) jsem se dotazovala, na aktivizaci ležících či chodících pacientů, sester v DD. V obou dvou možnostech mi sestry z DD odpověděly ve 100% že aktivizují chodící a ležící pacienty.( 23 sester z DD)

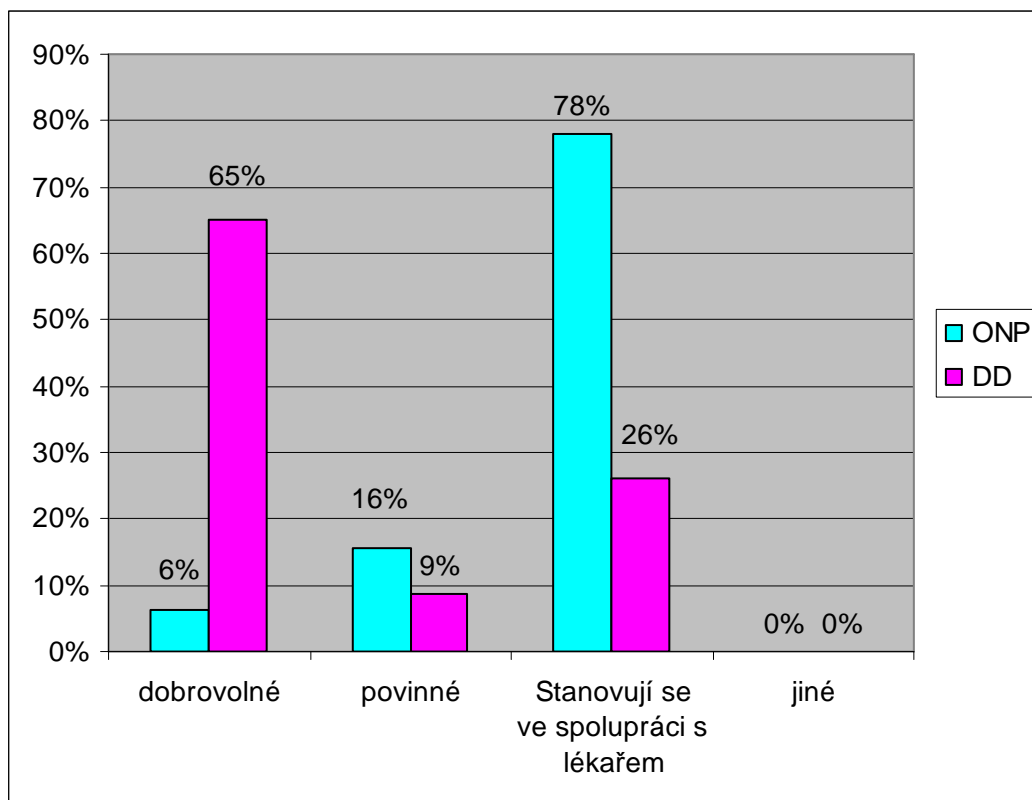
**Graf 8** Druhy prováděné aktivizace na daných odděleních



V Grafu 8 jsou znázorněny formy aktivizací, do jakých sestry zapojují klienty na svých odděleních. K této otázce označily sestry z ONP celkem 50 možností (100 %) a sestry z DD celkem 137 možností (100 %). Možnost, že se s klienty provádí kognitivní rehabilitace a stimulace zvolilo 15 (27 %) sester z ONP a 18 (13 %) sester z DD. Taneční a pohybovou terapii zvolily pouze sestry z DD: odpovědělo tak 16 (12 %) sester z DD a 0 (0 %) sester z ONP. 23 (17 %) sester z DD provádí muzikoterapii se svými klienty a na ONP ji provádí 0 (0 %) sester. Trénování paměti provádí 23 (17 %) sester v DD a 15 (27 %) sester na ONP. Možnost preterapie ne zvolila ani jedna respondentka z obou zařízení – 0 %. Arteterapii provádí 15 (11 %) sester v DD a 0 (0 %) sester na ONP. Aktivizaci pomocí ergoterapie provádí 15 (27 %) dotazovaných sester z ONP a 10 (7 %) dotazovaných sester z DD. Pohybové a relaxační programy a canisterapii zvolilo shodně 15 (11 %) sester z DD a 0 (0 %) dotazovaných sester z ONP.

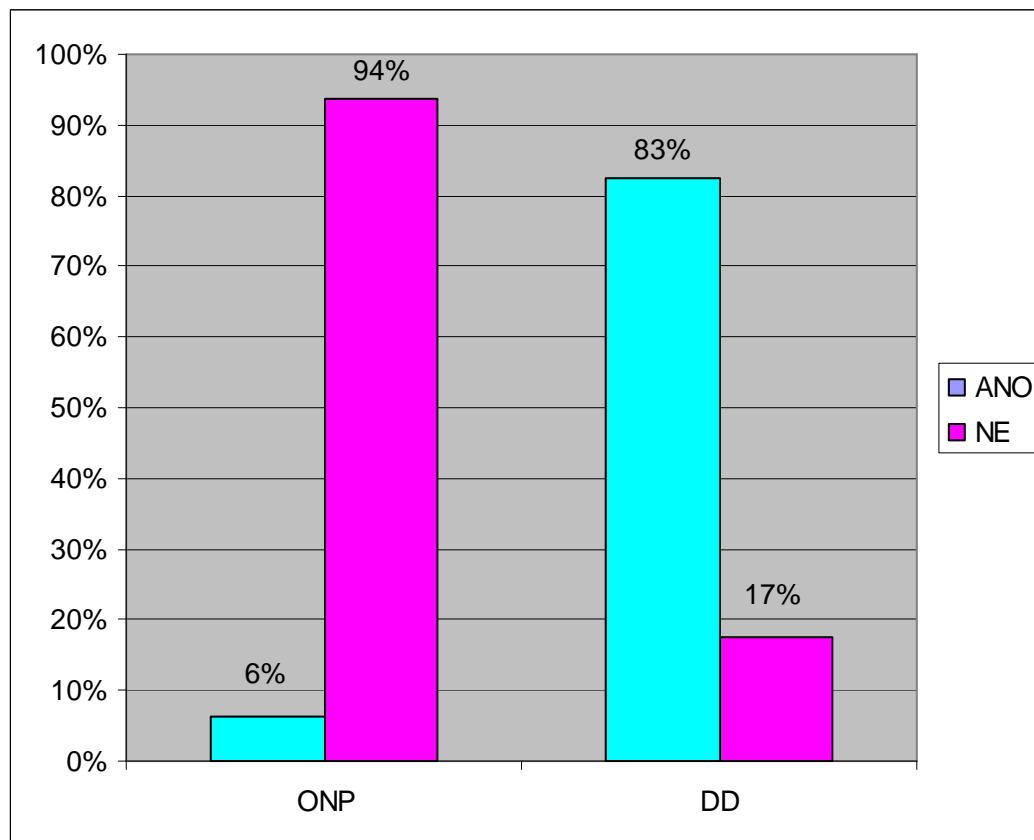
Kineziologii a videotrénink interakcí neprovádí ani jedno z dotazovaných odd., tudíž mají obě dvě možnosti 0 %. Bazální stimulaci používá 10 (19 %) z dotazovaných sester na ONP a 2 sestry (1 %) z DD. V poslední možnosti „jiné“, nevedla žádná z dotazovaných sester z ONP a z DD žádnou jinou možnost aktivizace.

**Graf 9** Aktivizační programy



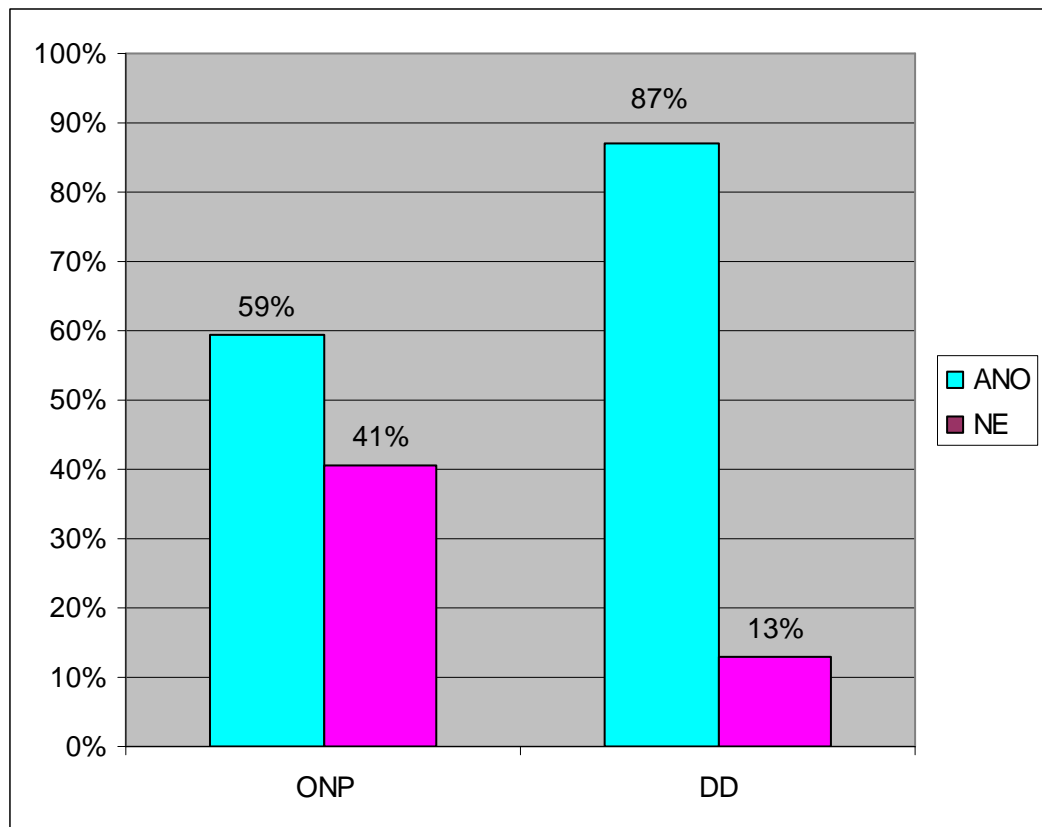
Graf 9 udává, zda jsou aktivizační programy v daných zdravotnických zařízeních dobrovolné, tuto možnost zvolily 2 (6 %) sestry z celkového počtu dotazovaný sester z ONP a 15 (65 %) sester z DD. Druhá možnost odpovědi byla, že pacienti jsou zapojováni do aktivizačních programů povinně. Tuto možnost zvolilo 5 (16 %) sester z ONP a 2 sestry (9 %) z DD. Třetí možnost, tedy stanovení aktivizačních programů ve spolupráci s lékařem, udalo 25 (78 %) dotazovaných sester z ONP a 6 (26 %) sester z DD. Poslední možnost neoznačila žádná sestra za ONP ani z DD.

**Graf 10** Vhodné a dostatečné podmínky pro provádění aktivizace na daných odděleních



Graf 10 znázorňuje mou otázku, zda se sestry domnívají, že jsou v jejich zařízení vhodné podmínky pro provádění aktivizace. ANO odpověděly 2 (6 %) sestry z ONP a 19 (83 %) sester z DD. Naproti tomu NE odpovědělo 30 (94 %), z dotazovaných sester z ONP a 4 (17 %) sester pracujících v DD.

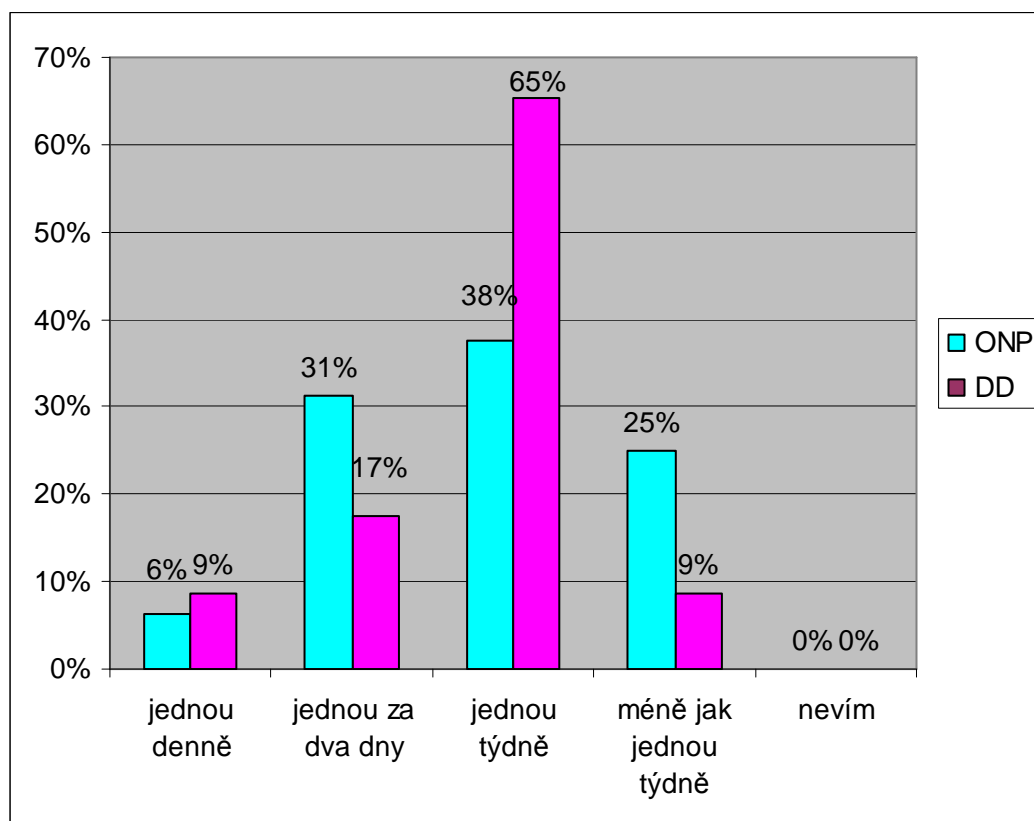
**Graf 10 a)** Je aktivizace dostatečná



Graf 10 a) poukazuje na to, že dotazovaných, kteří v Grafu č. 10 odpověděli ANO, se 19 (59 %) sester z ONP a 20 (87 %) sester z DD domnívá, že současná aktivizace na jejich oddělení je dostatečná. Oproti tomu se 13 (41 %) z dotazovaných sester z ONP a 3 (13 %) sestry z DD domnívá, že aktivizace na jejich oddělení je nedostatečná.

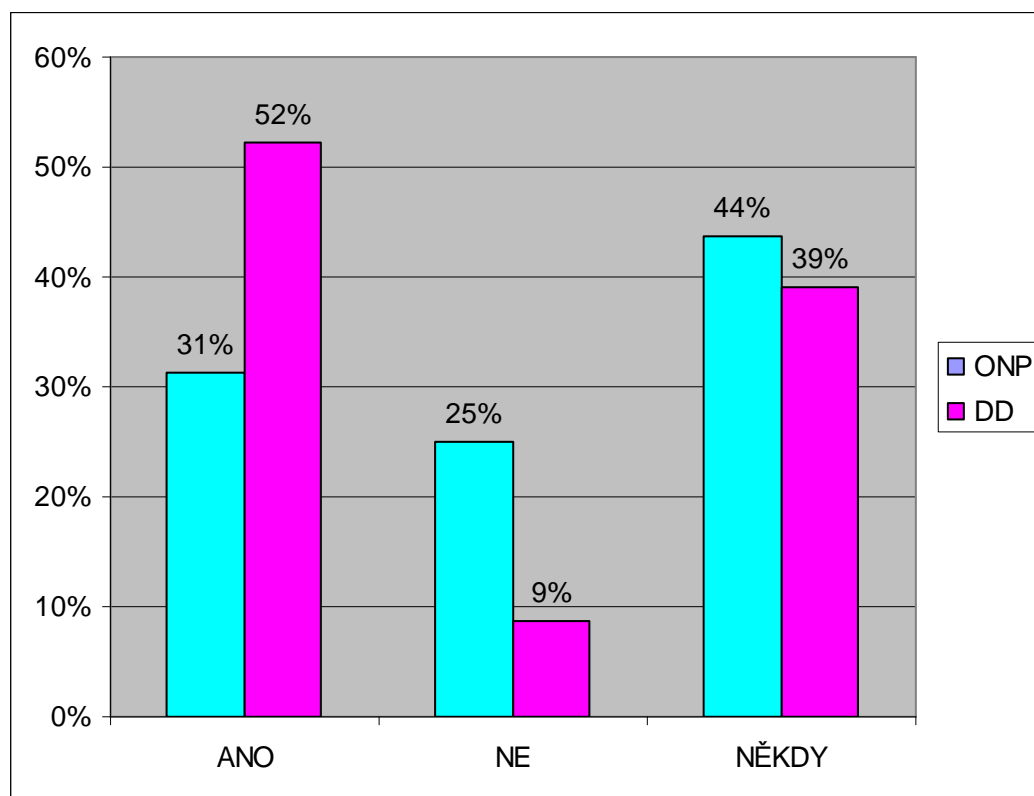


**Graf 11** Jak často probíhají na daných odděleních aktivizační programy



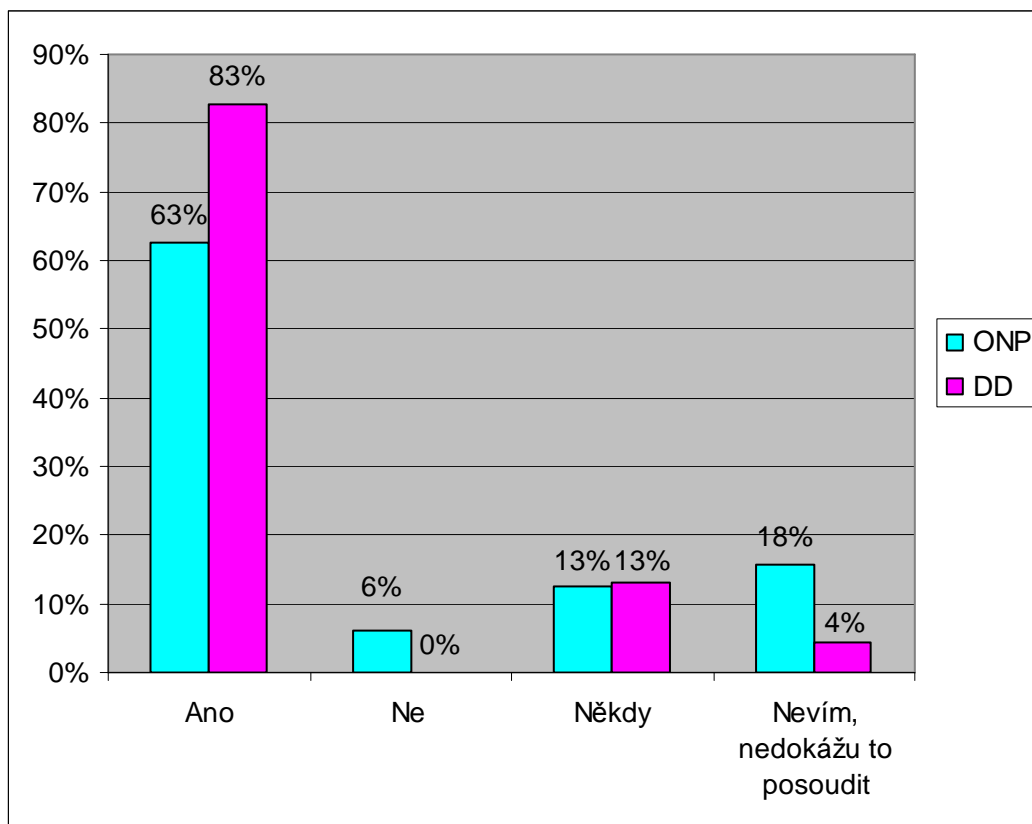
Graf 11 znázorňuje, jak často probíhají aktivizační programy na daných odděleních. Na možnost jednou denně odpovědělo 2 (6 %) z dotazovaných respondentů z ONP a 2 (9 %) z dotazovaných respondentů z DD. Možnost druhou, tedy jednou za dva dny, označilo 10 (31 %) respondentů z ONP a 4 (17 %) respondentů z DD. Třetí možnost, jednou týdně, označilo 12 (38 %) sester z ONP a 15 (65 %) sester z DD. Jako čtvrtou možnost aktivizace, méně jak jednou týdně udalo 8 (25 %) sester z ONP a 2 (9 %) sestry z DD. Poslední možnost odpovědi nevyužila žádná ze sester z ONP ani z DD.

**Graf 12** Zapojení rodiny pacienta do aktivizace



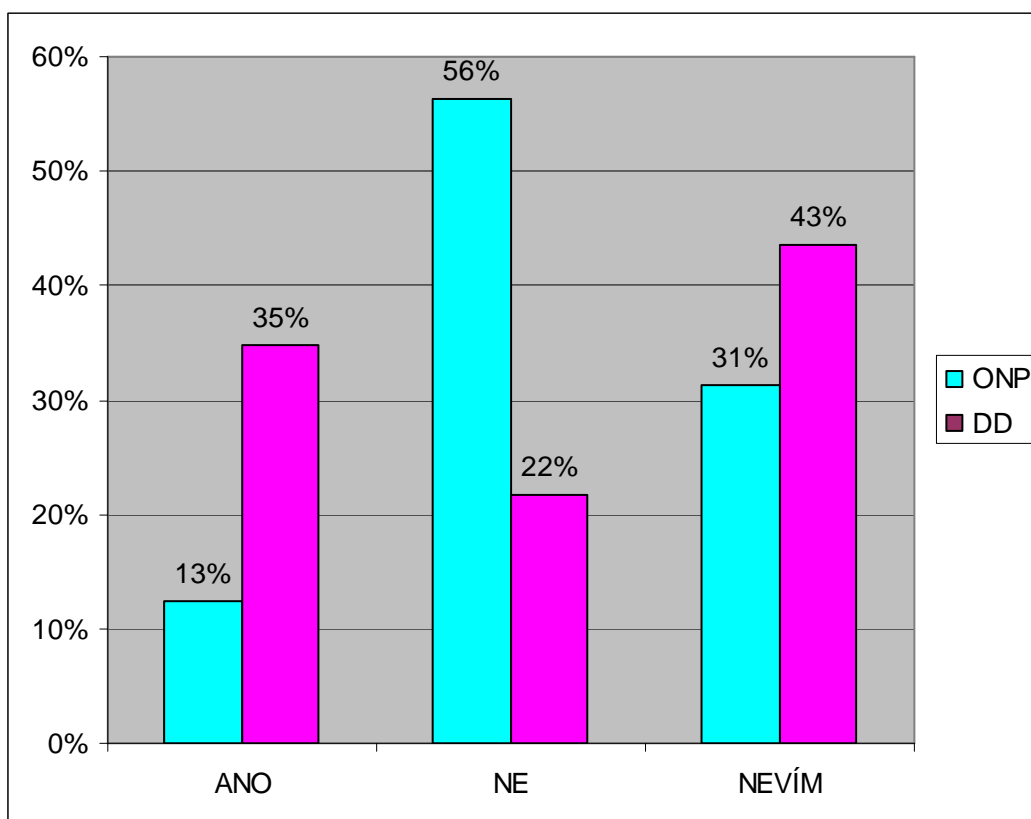
Graf 12 poukazuje na to, zda sestry na ONP a v DD zapojují do aktivizace pacienta i jeho vlastní rodinu. 10 (31 %) z dotázaných sester z ONP a 12 (52 %) sester z DD odpovědělo, že rodinu klienta do aktivizace zapojují. 8 (25 %) sester z ONP a 2 (9 %) sestry z DD odpověděly, že rodinu do aktivizace nezapojují. 14 (44 %) sester z ONP a 9 (39 %) sester z DD odpovědělo, že rodinu zapojují jen někdy.

**Graf 13** Projev aktivizace imobilního pacienta na kvalitě jeho života



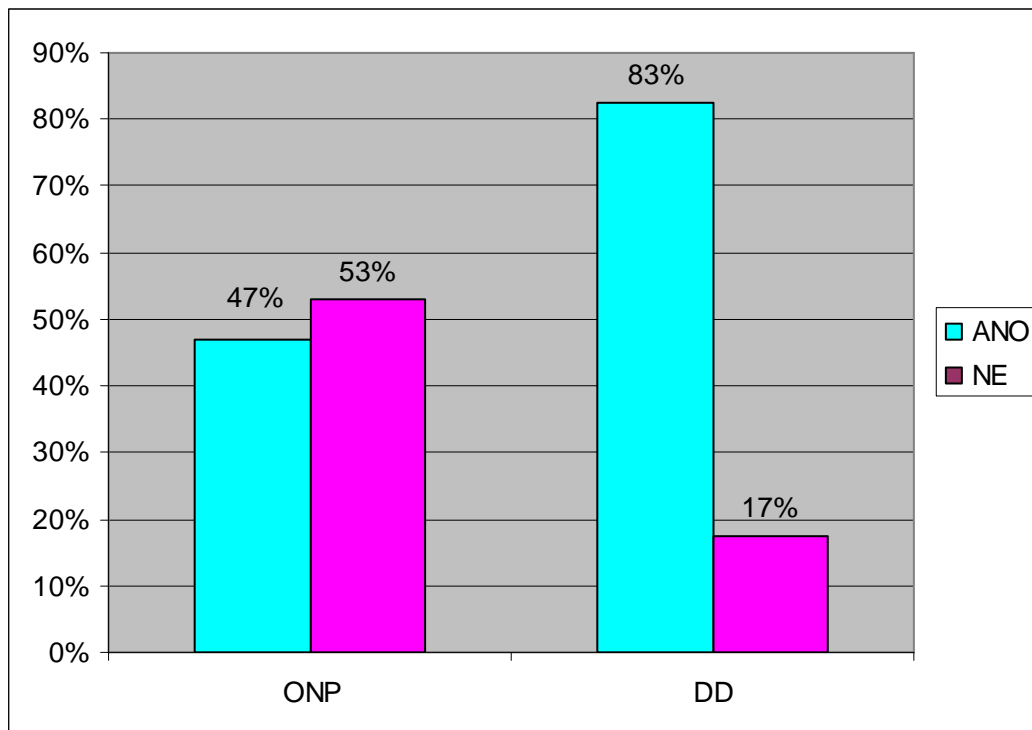
Graf 13 zjišťoval, zda si sestry myslí, že aktivizace imobilního pacienta se projeví na kvalitě pacientova života. 20 (63 %) z dotazovaných sester ONP a 19 (83 %) sester z DD si myslí, že aktivizace ovlivňuje kvalitu života pacienta. 3 (6 %) sestry z ONP a 0 (0 %) sester z DD si myslí, že aktivizace imobilního pacienta neovlivňuje kvalitu jeho života. Možnost NĚKDY označilo 4 (13 %) sester z ONP a 3 (13 %) sester z DD, a 5 (18 %) sester z ONP a 4 (4 %) sestry z DD neví, nebo nedokáží posoudit, zda aktivizace ovlivňuje kvalitu života pacienta.

**Graf 14** Kvalifikace personálu pro provádění aktivizace na daném oddělení



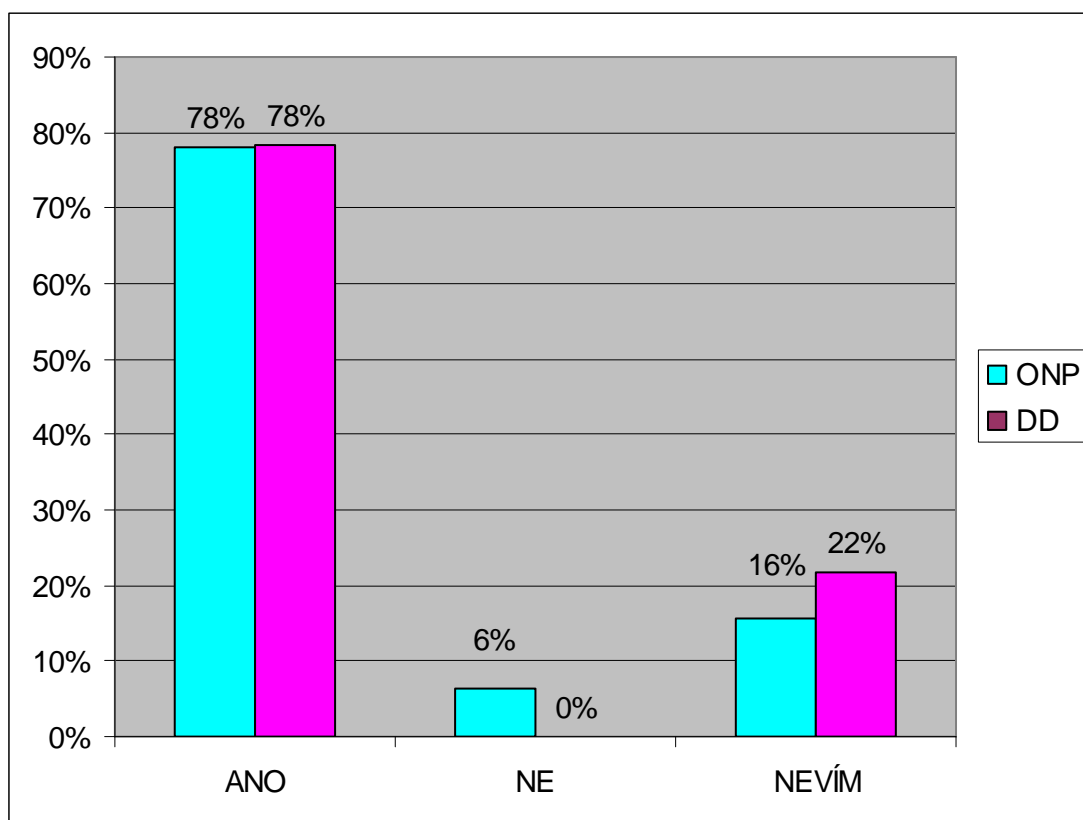
Graf 14 znázorňuje, zda je na daných odděleních kvalifikovaný personál pro provádění aktivizace. 14 (13 %) sester z ONP a 8 (35 %) sester z DD označilo první možnost, že má kvalifikovaný personál pro provádění aktivizace, 18 (56 %) sester z ONP a 5 (22 %) sester z DD si myslí, že na jejich oddělení není kvalifikovaný pro provádění aktivizace a 10 (31 %) z dotazovaných sester na ONP a 10 (43 %) sester z DD odpovědělo „nevím“.

**Graf 15** Dostatečnost kvalifikovaného personálu na daném oddělení



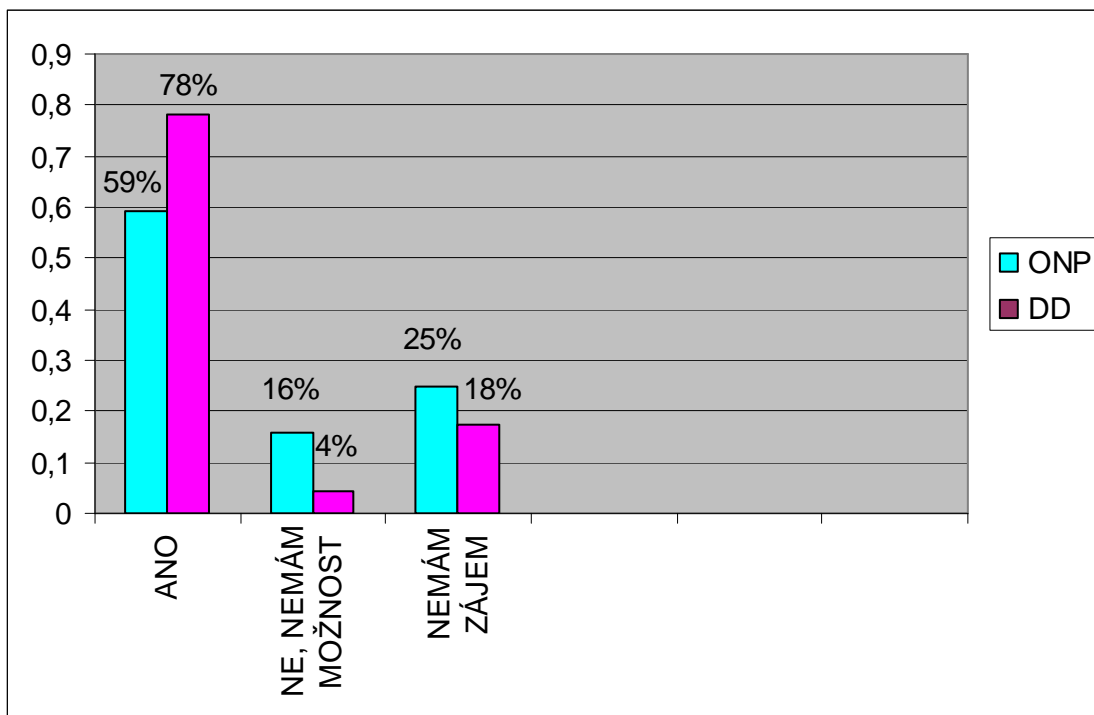
Graf 15 poukazuje na to, zda se sestry domnívají, že jejich oddělení má dostatek kvalifikovaného personálu pro provádění aktivizace. Na odpověď ANO odpovědělo 15 (47 %) sester z ONP a 19 (83 %) sester z DD. Pro možnost NE se rozhodlo 17 (53 %) sester z ONP a 4 (17 %) sestry z DD.

**Graf 16** Náklonnost respondentů k provádění aktivizace na jejich oddělení



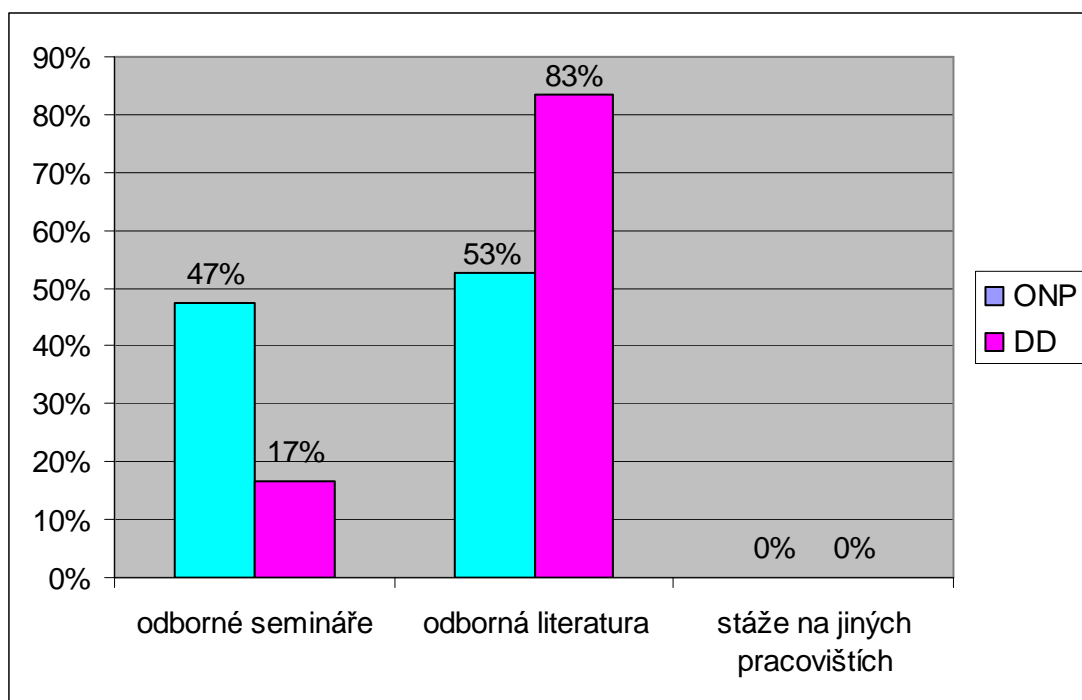
Graf 16 znázorňuje, zda jsou sestry nakloněny pro provádění aktivizace v jejich zařízení. 25 (78 %) sester z ONP a 18 (78 %) sester z DD je nakloněna k provádění aktivizace na jejich oddělení. Pro zápornou odpověď se rozhodly 2 (6 %) sestry z ONP a 0 (0 %) sester z DD. 5 (16 %) sester z ONP a 5 (22 %) sester z DD udalo možnost „nevím“.

**Graf 17** Možnost vzdělávat se v oblasti aktivizace



Graf 17 názorně ukazuje možnosti vzdělávání sester na různých odd. 19 (59%) sester z ONP a 18 (78 %) sester z DD udává, že mají možnost se vzdělávat v rámci aktivizace. 5 (16 %) z dotazovaných sester na ONP a 1 (4 %) sestra v DD nemá možnost vzdělávat se v rámci aktivizace, a 8 (25 %) sester z ONP a 4 (18 %) sestry z DD nemá o vzdělávání se v rámci aktivizace a aktivizačních programů zájem.

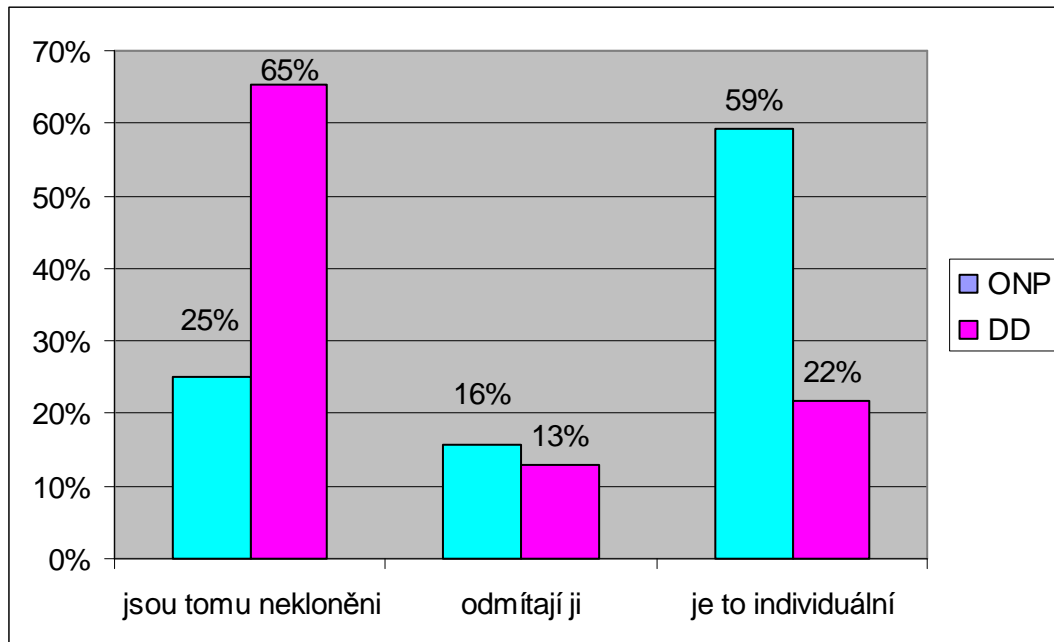
**Graf 17 a)** Jaké mají respondenti možnosti vzdělávat se v oblasti aktivizace



V Grafu 17 a) jsou zahrnuty pouze sestry, které v předchozím grafu č. 17 odpověděly, že mají možnost se vzdělávat v rámci aktivizace. 8 (47 %) sester z ONP a 6 (17 %) sester z DD odpovědělo že mají možnost se vzdělávat pomocí odborných seminářů, 11 (53 %) sester z ONP a 12 (83 %) sester z DD odpovědělo, že mají možnost se vzdělávat pomocí odborné literatury a 0 (0 %) sester z ONP a z DD udalo možnost vzdělávat se pomocí stáží na jiných pracovištích. (100 % =19 sester z ONP a 18 sester z DD, které v předchozí otázce zvolily možnost ANO - dle předchozího grafu č.17)



**Graf 18** Vnímání prováděné aktivizace samotnými pacienty



Graf 18 znázorňuje, jak prováděnou aktivizaci vnímají sami pacienti z pohledu sester. 8 (25 %) sester z ONP a 15 (65 %) sester z DD udává, že pacienti jsou aktivizaci nakloněni, 5 (16 %) sester z ONP a 3 (13 %) sestry z DD udávají, že pacienti aktivizaci odmítají a 19 (59 %) sester z ONP a 5 (22 %) sester z DD udalo, že je to individuální.

## 5. Diskuze

Ve své bakalářské práci na téma „Aktivizace imobilních pacientů v různých zdravotnických zařízeních“ jsem se snažila zjistit míru a druh aktivizace imobilních klientů. Konkrétně jsem se zaměřila na oddělení následné péče a domovy důchodců. Zaměřila jsem se převážně na pacienty vyššího věku, protože si myslím, že tato problematika je opomíjená, a že se v této oblasti dá neustále mnohé vylepšovat a zdokonalovat.

Bylo rozdáno 60 dotazníků (35 dotazníků na ONP a 25 Dotazníků v DD). Návratnost vyplněných dotazníků byla 92 %, tj. 55 dotazníků. Počet respondentů tvořilo 32 sester z ONP v Nemocnici v České Budějovice, a.s. a 23 sester z DD. Výzkum byl realizován na výše zmíněných odděleních po dobu 14 dnů, kdy byly sestřám po celou dobu ponechány dotazníky na oddělení, aby měly dostatek času na vyplnění.

První dvě otázky v dotazníku (otázky 1 a 2) byly identifikační, obsahovaly otázky týkající se věku a pohlaví. V otázce 1 jsem pro identifikaci věku použila 5 věkových kategorií. Věk respondentů se pohyboval nejčastěji ve věkovém rozmezí mezi 26-36 a 27-47 let věku. Všechny respondentky z obou institucí byly ženy (graf 2).

Nejvíce sester z ONP pracuje 11 až 20 let ve zdravotnickém zařízení a pouze 3 (9 %) sestry z ONP pracují 21 až 30 let ve zdravotnickém zařízení. V domově důchodců nejvíce 9 (39 %) sester pracuje 5 až 10 let.

V otázce č. 4 jsem se tázala sester z obou zdravotnických zařízení (tedy z ONP a z DD), jak dlouho pracují na daném oddělení kde byl výzkum prováděn. 7 (22 %) sester z ONP odpovědělo, že na ONP pracují méně jak 5 let, 12 (37 %) sester z ONP odpovědělo že na ONP pracují 5 až 10 let, 8 (25 %) sester z ONP označilo možnost c), tedy 11 až 20 let, 5 (16 %) sester z ONP označilo možnost v rozmezí 21 až 30 let a žádná ze sester na ONP neoznačila možnost e), tedy že pracuje na daném oddělení více jak 30 let. Pouze 2 (9 %) sestry v DD pracovaly v DD v rozmezí 21 až 30 let a žádná sestra neodpověděla na poslední možnost, tedy praxi trvající více jak 30 let v DD.

Nejvíce sester na ONP i v DD (23,72 % a 17,74 %) odpovědělo v otázce č. 5, že má středoškolské vzdělání, , tedy VOŠ absolvovalo 7 (22 %) sester z ONP a 5 sester z DD.

Poslední možností v dotazníku bylo vysokoškolské vzdělání. To měly 2 (6 %) sestry z ONP a 1 (4 %) sestra z DD, viz graf 5. Dle mého názoru je dobré, že na ONP a v DD nepracují jen sestry se SZŠ, ale i s vyšším vzděláním, což je jistě přínosem pro péči o pacienty. Myslím si, že je zatím stále málo vysokoškolsky vzdělaných sester. Domnívám se také, že se v příštích letech tento počet vysokoškolsky vzdělaných sester zvýší, kvůli snížení kompetencí středoškolsky vzdělaného zdravotnického personálu a doufám, že toto bude důvod ke zvýšení motivace sester pro studium na VŠ.

Graf 6 znázorňuje, o kolik pacientů pečují ve službě sestry na svém oddělení. Tato informace je dle mého názoru velmi důležitá ve spojení s realizací aktivizace pacientů na daném oddělení. Je logické, že když sestra ve službě pečuje o menší počet pacientů, má více časového prostoru se individuálně věnovat každému klientovi dle potřeby a bezpochyby je také více času na provádění aktivizace s pacienty. 100% sester z ONP i z DD zvolilo odpověď d), ve které se uvádí, že sestra musí pečovat o více než 21 pacientů během jedné směny. Dle mého názoru je 21 pacientů (a více) připadajících na jednu sestru mnoho. Myslím si, že kdyby se zmenšil počet pacientů, o které musí sestry ve službě pečovat, určitě by se zlepšila kvalita ošetrovatelské péče.

Otázka 7 byla zaměřena na provádění aktivizace na daném oddělení, kde probíhal výzkum. Sestry zde mohly volit ze dvou možných odpovědí ano/ne a to jednak u chodících pacientů a ve druhém případě i u ležících (imobilních) pacientů. Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda sestry na svém oddělení aktivizují pouze chodící pacienty, pouze ležící pacienty, nebo chodící i ležící pacienty. Sestry na ONP převážně označovaly pouze aktivizaci u ležících pacientů. Oproti tomu sestry z DD označovaly v obou případech možnosti ano - aktivizují chodící i ležící pacienty. Tyto výsledky jsem předpokládala. Na ONP jsou hospitalizováni pacienti v závažnějším zdravotním stavu než v DD, tudíž péče je zaměřena spíše na realizaci ošetrovatelských intervencí, plnění ošetrovatelských cílů a na vlastní léčbu pacienta.

Graf 8 zjišťoval, do jakých konkrétních druhů aktivizací zapojují sestry na svých odděleních pacienty. Na výběr bylo dvanáct (dle mého názoru nepoužívaných a nejčastějších) metod a forem aktivizace. Dle mých předpokladů se sestry z ONP hlásily nejčastěji k formám aktivizace jako je : kognitivní rehabilitace a stimulace, ergoterapie

a k mému pozitivnímu překvapení i k bazální stimulaci. Naproti tomu sestry z domova důchodců označily dle mých předpokladů více možností a forem aktivizace. Nejčastěji sestry z DD označovaly formy aktivizace: taneční a pohybová terapie, muzikoterapie, trénování paměti, arteterapie, canisterapie a v neposlední řadě i ergoterapie. Tyto rozdíly jsou dle mého názoru způsobeny různým způsobem organizace práce a ošetrovatelských výkonů na ONP a v DD. V neposlední řadě zde hraje roli samozřejmě zázemí zdravotnického zařízení. V DD dle mého názoru jsou větší možnosti k provádění aktivizací než na ONP. Velikou roli hrají také prostory a vybavení daného zdravotnického zařízení. Dále si myslím, že v DD je možné snáze pacienty seskupit do skupinek cca 5 až 10 lidí a provádět s nimi skupinovou aktivizaci, jako například arteterapii, muzikoterapii či taneční pohybovou terapii. Myslím si, že provádění těchto aktivizací u pacienta samotného by nemělo takový kladný vliv jako provádění takovýchto aktivizací ve skupinách. V neposlední řadě tímto zabráníme izolaci pacienta ve společenské oblasti. Na ONP není dle mého názoru dostatek sester na provádění více forem aktivizace, ani vhodné prostory a pomůcky pro tyto akce. Obávám se, že dle harmonogramu práce na ONP není na vhodné aktivizace, vzhledem k počtu pacientů a plnění kromě základní ošetrovatelské péče i odborné péče a hlavně léčby, dostatek času. Souhlasím s Kalvachem, který udává v literatuře, že: „Člověk s oslabeným a narušeným zdravím je ve svých aktivitách více či méně limitován. Jeho schopnost uskutečňovat různé aktivity, jeho výkonnost i sama motivace slábnou v míře, která je podmíněna i osobnostními vlastnostmi, i ale také vlastnostmi prostředí a jeho okolí. Čím větší je fyzické nebo duševní omezení v důsledku zdravotního stavu, tím důležitější je podpůrná funkce prostředí.“ (8)

Při zjišťování způsobu zařazení pacientů do aktivizačních programů, mi 15 (65 %) sester z DD označilo možnost, že aktivizační programy v DD jsou pro pacienty dobrovolné a 6 (26 %) sester z ONP odpovědělo, že se stanovují ve spolupráci s lékařem. Tu samou odpověď označilo 25 (78 %) sester z ONP, tedy většina.

V problematice týkající se dostatku podmínek pro provádění aktivizace, dle mého očekávání, odpovědělo 30 (94 %) sester z ONP, že v jejich zařízení je nedostatek vhodných podmínek pro provádění aktivizace. Oproti tomu 19 (83 %) sester z DD uvádí

podmínky pro provádění aktivizace jako dostatečné. Z výzkumu vyplývá, že aktivizace na ONP se provádí jen jednou týdně. Velký počet sester také volil možnost, že aktivizace je uskutečňována jednou za dva dny. Srovnatelné byly i výsledky u sester v DD. Dle mého názoru aktivizace prováděná pouze jednou týdně se mi zdá zcela nedostatečná. Myslím si že nejvhodnější je zapojovat klienty do aktivizačních programů jednou denně nebo minimálně jednou za dva dny.

K zajímavému zjištění jsem dospěla v otázce 12. Snažila jsem se zjistit, zda také sestry zapojují do aktivizace i pacientovu vlastní rodinu. 10 (31 %) sester z ONP odpovědělo, že zapojuje rodinu pacienta do jeho vlastní aktivizace, 8 (25 %) sester odpovědělo, že rodinu pacienta do aktivizace nezapojuje. Nejvíce, tedy 14 (44 %) sester odpovědělo, že rodinu pacienta do aktivizace zapojuje pouze někdy. Z DD odpovědělo nejvíce sester -12 (52 %) na možnost ano, že zapojují pacientovu rodinu do aktivizace, viz graf 12.

V otázce 13 jsem se pozastavila nad kvalitou života pacientů ve vztahu s aktivizací. Zajímala jsem se o to, zda si sestry myslí, že aktivizace pacientů má vliv má na kvalitu jejich života. Doufala jsem, že většina sester označí možnost ano. Mé očekávání se naplnilo, 20 (63 %) sester z ONP a 19 (83 %) sester z DD si myslí, že aktivizace pacientů má vliv na kvalitu jejich života, viz graf 13. Souhlasím s literaturou, která udává, že: „Kvalita života je pojem, který shrnuje subjektivní a přitom kvantifikovatelné měření vnímání zdraví a chodu životních funkcí ve fyzické, zdravotní, sociální a emoční sféře.“ (30) Velký lékařský slovník uvádí kvalitu života související se zdravím jako: „úroveň duševních, tělesných a sociálních funkcí a vztahů, včetně vnímání zdraví, životního uspokojení a pohody. Bývá do ní zahrnována i spokojenost pacientů se zdravotnickými službami, respektive s léčbou a jejími výsledky“ (28).

Graf 14 naznačuje přítomnost kvalifikovaného personálu pro provádění aktivizace. Sestry na tuto otázku ve většině dotazníků odpovídaly, že jejich oddělení nemá dostatek kvalifikovaného personálu pro provádění aktivizace. Myslím, že sestry mají ve svých řadách nedostatek zastupitelek, zabývajících se speciálními formami aktivizace jako je třeba arteterapie, muzikoterapie, atd. Také si myslím že je toto omezeno nízkým počtem sester na jednotlivých odděleních a tudíž větším počtem

pacientů připadajících na jednu sestru. Tyto poměry na odděleních ovlivňují (snižují) časové prostory k provádění samotné aktivizace. Dle mého názoru také sestry které nejsou přímo kvalifikovány v oblasti aktivizace, neznají všechny možné druhy aktivizačních programů.

Na tuto otázku navazovala další, kde jsem se sester na ONP a v DD tázala, zda jejich oddělení má dostatek kvalifikovaného personálu. Dle mých předpokladů odpovědělo více sester z ONP možnost, že nemají dostatek kvalifikovaného personálu, a naopak sestry z DD ve valném zastoupení odpověděly, že mají dostatek kvalifikovaného personálu, viz graf 15. V DD si 19 (83 %) respondentů uvádí počet kvalifikovaného personálu pro provádění aktivizace jako dostatečný, oproti tomu na ONP více jak ½ (53 %) sester odpověděla, že má nedostatek kvalifikovaného personálu v oblasti aktivizační terapie.

V otázce 16 jsem se tázala respondentů, zda jsou nakloněni k provádění aktivizace na jejich oddělení a v jejich zdravotnickém zařízení. Obě dvě skupiny dotazovaných sester z DD i z ONP odpovídaly ve většinovém zastoupení na možnost a) ano, že jsou nakloněni k provádění aktivizace pacientů na jejich oddělení, viz graf 16.

Zajímavé je zjištění, zda-li mají sestry možnost vzdělávání v oblasti aktivizace na jejich daném oddělení (na ONP a v DD). Sestry mohly označit jednu ze tří možností, přičemž pokud sestry odpověděly, že mají možnost se vzdělávat v oblasti aktivizace, mohly dále označit i konkrétní způsoby vzdělávání. Do těchto druhů možností jsem zahrнула dle mého názoru nejčastější možnosti a formy vzdělávání v rámci aktivizace. Většina sester (11 z ONP a 12 z DD) odpověděla, že se v rámci aktivizace mají možnost vzdělávat pomocí odborné literatury.

Poslední dotaz se týkal prožívání aktivizace samotnými pacienty na oddělení. Zda jsou aktivizaci nakloněni, zda ji odmítají a nebo je to u každého pacienta individuální. Sestry z DD v největším počtu (15, 65 %) odpovídaly, že jejich pacienti či klienti jsou k prováděné aktivizaci spíše nakloněni, viz graf 18. Naproti tomu sestry z ONP většinou (19, 59 %) volily poslední možnost, tedy že vnímání pacientů na prováděnou aktivizaci je individuální. Tyto výsledky dle mého názoru úzce souvisí

s rozdílnými druhy prováděných aktivizací na obou odděleních a v rozdílném typu poskytované péče a rozdílném zdravotním stavu pacientů na těchto odděleních.

## 6. Závěr

Aktivizace je velmi důležitá, neboť působí na zlepšení psychosociálních potřeb imobilního pacienta a jako prevence nesoběstačnosti. Zlepšuje nejen fyzickou stránku jedince, ale v nemalé míře i zpříjemnit život.

Domnívám se, že cíle práce byly splněny, podařilo se mi porovnat způsob, druh a četnost aktivizace imobilních pacientů ve dvou různých zdravotnických zařízeních (DD, ONP) a zmapovat podmínky pro uskutečňování aktivizace v těchto zařízeních. Porovnávala jsem aktivizaci pacientů z pohledu sester, pracujících a pečujících o pacienty na Oddělení následné péče v Nemocnici České Budějovice, a.s. a v domově důchodců v Budislavi. Mnou formulované hypotézy považuji na základě vyhodnocení výsledků výzkumu mezi sestrami pracujícími ve výše zmíněných zařízeních, za potvrzené. Na základě výsledků výzkumu se domnívám, že je potřeba se intenzivněji začít zabývat otázkou aktivizace pacientů na Oddělení následné péče. Vhodné by podle mě bylo zvýšit počet personálu na tomto oddělení a prostředků používaných k provádění různých aktivizačních metod (nafukovací míče, polohovací polštáře s kuličkami, pomůcky pro arteterapii, rádia ...). Myslím si, že možným řešením by bylo zapojení studentů praktikujících na oddělení do provádění aktivizačních metod, efektivnější spolupráce s rodinnými příslušníky a využití služeb dobrovolníků. Je pochopitelné, že nelze tak snadno upravit prostorové zázemí nemocničních oddělení, ale domnívám se, že zájem a motivaci sester k provádění aktivizace, lze do jisté míry ovlivnit. K tomu bych například využila účast sester z ONP, ale i z DD, na přednáškách a seminářích vztahujících se svou tematikou k aktivizaci imobilních pacientů.

Výsledky výzkumu by mohly být podnětem pro vedoucí pracovníky jednotlivých oddělení a i pro samotné sestry, ke zvýšení zájmu a motivace o tuto problematiku a k celkově vyšší osobní angažovanosti v rámci aktivizace imobilních pacientů. Ošetrovatelská péče o tyto nemocné je jistě namáhavá a náročná, avšak domnívám se, že ji mohou do jisté míry usnadnit pokroky pacientů dosažených v rámci prováděné aktivizace a mobilizace.

## 7. Seznam použité literatury



1. ČISLIKOVSKÝ, K. *Geriopracovníci - psychická aktivace seniorů*. In Sborník kongresu 4. gerontologické dny Ostrava s mezinárodní účastí. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2000. s. 88-91
2. DOENGES, M.MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 1. české vydání. Praha: Grada Publishing, 1996, 576 s. ISBN 80-7169-294-8
3. DRAGOMILECKÁ, E., ŠELEPOVÁ, P. *Kvalita života u seniorů-mezinárodní výzkum*. In Sborník příspěvků z konference, konané 25.10.2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. s 91-101. ISBN 80-86625-20-6
4. DUŠOVÁ, B. *Aktivizace ve stáří*. Sestra. Praha: 2004, roč. 14, č.7-8, s. 5455. ISSN 1210-0404
5. FIŠEROVÁ, H. *Využití hudby a tance v terapii seniorů*. Sestra. Praha: 2004, roč.14, č.11., s. 28. ISSN 1210-0404
6. HARTL,P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X
7. HRBÁČKOVÁ, D. *Ergoterapie jako součást ucelené rehabilitace*. Sociální péče. Brno: Ikaría CZ, 2004, roč. 5, č. 2., s. 12-13. ISSN 90-304-385-9
8. KALVACH, Z. et al. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6
9. KALVACH, Z. *Úvod do gerontologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 193 s. ISBN 80-7184-366-0
10. KALVACH, Z., ŠTILEC.M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 136 s. ISBN 80-246-0788-3
11. KLUSOŇOVÁ, E., PITNEROVÁ H. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000. ISBN 80-7013-319-8
12. KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ,R. *Ošetřovatelství 2*. Matin: Osveta. 1995. ISBN 80-217-0528-0
13. KRUHTOVÁ, Z. *Význam pohybové aktivita u starších nemocných*. In Sborník kongresu 5. gerontologické dny Ostrava s mezinárodní účastí. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2001, s.34-36

14. KŘIVOHLAVÝ, J. *Křesťanská péče o nemocné*. Praha: Advent, 1991. 123 s.
15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0
16. KUBÍNKOVÁ, P., KŘÍŽOVÁ, A. *Ergoterapie*. 1.vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1997. 95 s. ISBN 80-7067-698-1
17. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X
18. PETR, P. *Regionální standard kvality života podmíněné zdravím*. In Kontakt 2001, roč. 3., č.3, ISSN 1212-4117
19. POLICHRONOVOVÁ, L. *Rehabilitační ošetřování u imobilního pacienta*. In Sestra. Praha: 2004, roč. XIV., č.7/8, s.57-58. ISSN 1210-0404
20. RHEINWALDOVÁ, E. *Novodobá péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999.
21. *Slovník cizích slov*. 1. vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, 2000. 708 s. ISBN 80-7181-376-1
22. ŠEMBEROVÁ, Z. *Imobilita a ošetřování dekubitů v domácí péči*. In Setra. Praha 2000, roč. X., č.3, s.17-18. ISSN 1210-0404
23. ŠTILEC, M. *Pohybově relaxační programy pro starší občany*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003. 94 s. ISBN 80-246-0788-3
24. TRACHTOVÁ, E. a kolektiv. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd., Brno: IDVPZ, 2004.186 s. ISBN 80-7013-324-4
25. VELETA, P. *Projekt taneční terapie pro seniory upoutané na invalidní vozík* *Zdravotnické noviny*. Praha 2001, roč. 50, č.49, s.3.
26. VELETA, P., HOLMEROVÁ, I. *Taneční terapie*. In Sborník kongresu 5. gerontologické dny Ostrava s mezinárodní účastí. Ostrava: Dům techniky Ostrava 2001, s. 50-56.
27. VOKURKA, M., HUGO, J. a kolektiv. *Velký lékařský slovník*. 4. vyd., Praha: Maxdorf, 2004. 966 s. ISBN 80-7345-037-2
28. VOSTROVSKÁ, H. *Sociálně aktivizační programy pro klienty pečovatelské služby*. 2. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1998. 21 s. ISBN 80-7071-093-4

29. VURM.V. et al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Manus, 2004. 100s. ISBN 80-86571-07-6
30. WEBER, P. a kolektiv. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000. 151 s. ISBN 80-70-13-314-7
31. ZGOLA J. M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. přel. V. F. Eisenberger. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 226 s. Přel.z: Cave that works a relationship approach to person with dementi. ISBN 80-247-0183-9
32. ARTETERAPIE (online) Platný <http://www.arteterapie.cz/>.(2.6.2006)
33. BAZÁLNÍ STIMULACE (online) Platný <http://www.bazalni-stimulace.cz/> (14.2.2005)
34. ZOOTERAPIE (online) Platný <http://www.cinderellasranch.com/esoteric/zooterapie.html#> (7.7.2006)
35. AKTIVITA(online) Platný <http://www.cvicime.cz/> (12.9.2006)
36. DOMOV DŮCHODCŮ PRAHA 6 (online) Platný <http://www.ddpraha6.cz/>
37. CANISTERAPIE (online) Platný <http://www.pomocnetlapky.cz/canisterapie/index.html> (1.8..2004)
38. VTI (online) Platný <http://www.spin-vti.cz/senio.html> (1.1.2005)
39. CANISTERAPIE (online) Platný <http://www.sportpsy.cz/> (27.8.2005)
40. VUPSV (online) Platný <http://www.vupsv.cz> (9.1.2007)
41. ELPIDA (online) Platný <http://www.zlatypodzim.cz/> (8.2.2006)
42. VTI (online) Platný [www.klicov.cz/trigon/nabid07.html](http://www.klicov.cz/trigon/nabid07.html) (14.12.2005)
43. DÉLOS (online) Platný [www.delos.cz](http://www.delos.cz) (4.1.2006)
44. VOZÍČKÁŘI (online) Platný [www.vozickari.cz](http://www.vozickari.cz) (25. 8.2006)
45. ONP (online) Platný [http://www.st60.ic.cz/oddileni\\_oddileninaslednepee.htm](http://www.st60.ic.cz/oddileni_oddileninaslednepee.htm)

## 8. Klíčová slova

Aktivizace

Aktivizační program

Domov důchodců

Imobilita

Imobilizační syndrom

Kvalita života

Oddělení následné péče

Sestra

## **9 Přílohy**

### **Seznam příloh:**

#### **1. Dotazník**

- 2. Příklad žádosti do umístění pacienta do domova důchodců**
- 3. Příklad domácího řádu v domově důchodců**
- 4. Desatero bazální stimulace**
- 5. Foto z aktivizačních programů**
- 6. Pomůcky usnadňující pohyb a manipulaci s pacientem (foto)**

**Příloha č. 1**

**Dobrý den, jmenuji se Alena Duchková. Jsem studentkou třetího ročníku Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích obor Všeobecná sestra. Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku pro mou bakalářskou práci na téma „Aktivizace imobilních pacientů v různých zdravotnických zařízeních.“  
Dotazník je anonymní. Předem děkuji za spolupráci.**

**Dotazník:**

***1. Uveďte kolik je vám let***

- a) 19-25
- b) 26-36
- c) 37-47
- d) 48-58
- e) 59 a více

***2. Pohlaví***

- a) Muž
- b) Žena

***3. Počet roků vaší praxe-celkem?***

- a) Méně jak 5 let
- b) 5 až 10 let
- c) 11 až 20 let
- d) 21 až 30 let
- e) více jak 30 let

**4. Jak dlouho v daném zařízení pracujete?**

- a) Méně jak 5 let
- b) 5 až 10 let
- c) 11 až 20 let
- d) 21 až 30 let
- e) více jak 30 let

**5. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) SŠ
- b) VOŠ
- c) VŠ

**6. Uveďte prosím počet klientů, o které pečujete ve službě (průměrně)**

- a) 5-10
- b) 11-15
- c) 16-20
- d) 21 a více

**7. Je ve vašem zařízení prováděna aktivizace? (zaškrtněte)**

|                         | <i>ANO</i>               | <i>NE</i>                |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. U chodících pacientů | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. U ležících pacientů  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**8. Do jaké aktivizace zapojují sestry pacienty na vašem oddělení**

- a) Kognitivní rehabilitace a stimulace
- b) Taneční a pohybová terapie

- c) Muzikoterapie
- d) Trénování paměti
- f) Preterapie (metoda vycházející z Rogersova přístupu zaměřeného na osobnost člověka a z principu zrcadlení, pomáhá klientům při adekvátním navazování kontaktu s realitou a při obtížné komunikaci s nimi)
- g) Arteterapie
- h) Ergoterapie
- i) Pohybové relaxační programy
- j) Canisterapie
- k) Kinezioterapie
- l) Videotrénink interakcí
- m) Bazální stimulace
- n) Pokud jiné uveďte jaké.....

***9. Aktivizační programy jsou ve vašem zařízení***

- a) Dobrovolné
- b) Povinné
- c) Stanovují se ve spolupráci s lékařem,
- d) Pokud jiné? Uveďte jaké.....

***10. Myslíte si, že jsou ve vašem zařízení vhodné a dostatečné podmínky pro provádění aktivizace?(prostory,pomůcky....)***

- a) Ano
- b) Ne

***Pokud jste na otázku č.10 odpověděli ano,pokračujte prosím otázkou č.10 a).***

***Pokud jste na otázku č. 10 odpověděli ne,pokračujte prosím otázkou č. 11.***



**10 a) Myslíte si, že současná aktivizace je ve vašem zařízení dostatečná?**

- a) Ano
- b) Ne

**11. Jak často probíhají ve vašem zařízení aktivizační programy ?**

- a) Jednou denně
- b) Jednou za dva dny
- c) Jednou týdně
- d) Méně jak jednou týdně
- c) Nevím

**12. Zapojujete do aktivizace pacienta i jeho vlastní rodinu?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy

**13. Domníváte se, že aktivizace imobilního pacienta se projeví na kvalitě jeho života?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Někdy
- d) Nevím, nedokážu to posoudit

**14. Je personál na vašem oddělení kvalifikován pro provádění aktivizace?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**15. Domníváte se, že má vaše odd. dostatek kvalifikovaného personálu pro provádění aktivizace?**

- a) Ano
- b) Ne

**16. Jste nakloněn pro provádění aktivizace ve vašem zařízení?**

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

**17. Máte možnost vzdělávat se v oblasti aktivizace?**

- a) Ano (zaškrtněte)
  - odborné semináře
  - odborná literatura
  - stáže na jiných pracovištích
- b) Ne, nemám možnost
- c) Nemám zájem

**18. Jak vnímají prováděnou aktivizaci pacienti na vašem oddělení ?**

- a) jsou tomu nakloněni
- b) odmítají ji
- c) je to individuální

## Příloha č. 2

### ŽÁDOST O UMÍSTĚNÍ

1. Tiskopis lze vyzvednout v DD, na OÚ, KÚ, u obvodních lékařů, u sestry terénní ošetrovatelské péče a v LDN.
2. Součástí žádosti o umístění občana do zařízení sociální péče pro dospělé občany je  
**tiskopis „vyjádření lékaře“**, který klient odnese svému ošetřujícímu lékaři k vyplnění zdravotního stavu. Je nutné se s klientem domluvit, jakým způsobem se tento vyplněný tiskopis přiloží k žádosti (ošetřující lékař ho předá zpět klientovi nebo zašle tam, kde byla žádost sepsána a odtud se kompletní postoupí na KÚ k zaevidování)
3. Na KÚ se veškeré žádosti předkládají k **vyjádření posudkové lékařce**.
4. Další součástí žádosti o umístění je „**prohlášení**“ klienta, že byl seznámen s podklady pro vydání rozhodnutí, které klient musí také podepsat (tiskopis), v hlavičce je uvedena adresa KÚ, kam se mají žádosti posílat.
5. Při sepisování žádosti je nutné **ověřit platnost občanského průkazu**, vložit kopii **rodného listu**, přiložit fotokopii posledního **výměru o výši důchodu**, pokud je klient zbaven způsobilosti k právním úkonům – rozsudek soudu o zbavení způsobilosti a usnesení soudu o ustanovení opatrovníka, uvést jméno ošetřujícího lékaře.
6. Do žádosti žadatel uvede jedno zařízení jako prioritu, do kterého by chtěl být přijat a dále je možné uvést 2 alternativy (nejvíce tedy 3 zařízení).
7. Kompletní žádost se zašle na KÚ k zaevidování a to buď přímo klientem nebo prostřednictvím DD.

#### 1) Rozhodování

- po zaevidování žádosti o umístění na KÚ, která není naléhavá nebo není v zařízení místo, vydá KÚ rozhodnutí o zařazení do pořadníku čekatelů
- pokud bude možné klienta přijmout ihned po podání žádosti, aniž by bylo vydáno rozhodnutí o zařazení žádosti do pořadníku čekatelů, dokumentace bude postoupena do  
zařízení, které se s klientem zkontaktuje a domluví termín nástupu, připraví rozhodnutí o  
umístění, které v jednom vyhotovení zůstane na KÚ
- ve všech rozhodnutích je třeba věnovat pozornost části odůvodnění – rozepsat důvod rozhodnutí

#### 3) Úhrada za pobyt

- DD si připraví podklad pro výpočet úhrady, který slouží pro vyhotovení rozhodnutí o  
úhradě, ale DD si ho nechá pro svou potřebu, nebude se postupovat na KÚ

- v případě, že bude vydáno rozhodnutí o zařazení do pořadníku čekatelů se KÚ o umístění

dozví tak, že zařízení připraví rozhodnutí o umístění a rozhodnutí o úhradě s konkrétním

datem účinnosti, předá je (e-mailem, poštou, osobně,..) toto rozhodnutí na KÚ k podpisu

a vypravení (viz. vzory rozhodnutí z KÚ)

- nebude-li termín nástupu stanoven v rozhodnutí o umístění, pak se KÚ dozví o termínu

umístění klienta v rozhodnutí o úhradě

#### **4) Ukončení pobytu**

- pokud chce klient ukončit pobyt v DD, podá si písemné oznámení o ukončení pobytu

s uvedením konkrétního data ukončení, žádost klient musí podepsat

- doporučujeme, aby DD v komplikovaných případech ověřil, zda má klient zajištěno další

bydlení (dotaz, zda je nutné prošetřit, zda klient po ukončení pobytu v zařízení má zajištěno další bydlení a kde, je předán na MPSV)

#### **5) Zastavení řízení**

- v případě, že žádost klienta je zařazena do pořadníku čekatelů a tuto žádost vezme písemně zpět, řízení se zastaví rozhodnutím, viz. vzor rozhodnutí (§ 30 zákona č. 71/1967 Sb. o správním řízení)

#### **6) Pořadník čekatelů**

- žádosti zařazené v pořadníku čekatelů, které jsou v současné době evidované na KÚ,

budou dle naléhavosti roztríděny a v nejbližších dnech cca 30 žádostí jednotlivě zasláno

na OÚSS Liberec a OÚSS Jablonec nad Nisou, DD Sloup v Čechách a DD Rokytnice

nad Jizerou, s těmi bude každé zařízení pracovat – vytipuje klienta, kterého lze na uvolněné místo přijmout, domluví termín nástupu atd.

- počet žádostí bude průběžně doplňován

**7) - DD Sloup v Čechách, DD Rokytnice nad Jizerou, OÚSS Liberec a OÚSS Jablonec nad**

Nisou budou průběžně zasílat na KÚ jmenný seznam zemřelých obyvatel a počet volných

míst s vyznačením, zda je možné přijmout chodícího nebo imobilního občana

- seznam zemřelých obyvatel nahlásí zařízení do 24 hodin od okamžiku, kdy se o úmrtí

zařízení dozví, na KÚ e-mailem vedoucímu oddělení p. Vladimírovi Ptáčkovi a jedné

z pracovnic – Věře Kovačové Tůmové nebo Kateřině Šafrové

- 8) každé zařízení opatří jakékoli připravované rozhodnutí svým č.j. a na KÚ se toto rozhodnutí opatří čárovým kódem a na č.j. zařízení nebude brán zřetel

## Příloha č. 3

# DOMÁCÍ ŘÁD DOMOVA

## Úvodní ustanovení

Péče poskytovaná v Domově důchodců Rokytnice nad Jizerou (dále jen domov), je **ústavní sociální službou**, která je poskytována adresně a dlouhodobě uživatelům služby podle zákona o sociálním zabezpečení.

Domácí řád upravuje pravidla života v domově tak, aby respektoval základní lidská práva klientů a pravidla občanského soužití.

### čl.2

#### **Poslání domova**

1. Udržení, v některých případech i zvýšení kvality života klientů, která je snížena v důsledku trvalých změn zdravotního stavu.
2. Prožití konce života v důstojných podmínkách uprostřed lidského společenství, které je vstřícné k potřebám jednotlivce.

### čl.3

## Cíl služby

Cíl služby závisí na individuálním zdravotním a psychickém stavu klienta

1. Zajištění základních potřeb klienta ( strava, teplo, čisté prádlo, úklid, ošetrovatelská a zdravotní péče)
2. Zachování kontaktu s rodinou ( návštěvy neomezeně, kdykoliv možnost dovolené)
3. Snaha o zachování individuálních životních zvyklostí ( klid, denní režim, pobyt v přírodě, náboženský život . týdně mše sv. v místní kapli)
4. Podle možností zprostředkování aktivit, které klient v minulosti provozoval
5. Udržení tělesné kondice klienta přiměřené jeho věku
6. Zlepšení pohybových schopností a hygienických návyků po překonání zdravotních potíží
7. Udržení nebo znovunacvičení alespoň částečné sebeobsluhy

8. Aktivizace klientů, kteří neměli náplň života, na úrovni jejich schopností a možností
9. Změna životního stylu bývalých alkoholiků a lidí bez domova
10. 1x za měsíc aktualizace individuálního aktivizačního programu

čl. 4

## Úhrada za pobyt

1. Úhrada za pobyt se stanoví podle aktuálního znění vyhlášky MPSV o úhradách za pobyt v zařízeních sociální péče.
2. Za pobyt v domově hradí klient náklady **na stravu** ve výši stravovací jednotky za stravu normální, **bydlení a nezbytné služby**.
3. Částka za bydlení může být zvýšena až o 30% z důvodu nadstandardu.
4. Klient, kterému bylo přiznáno zvýšení důchodu pro **bezmocnost** hradí za kalendářní měsíc též náklady na pomoc, která je poskytována z důvodu bezmocnosti ve výši přiznaného měsíčního zvýšení důchodu pro bezmocnost.
5. Po úhradě nákladů za celoroční pobyt musí klientovi zůstat alespoň 30% částky životního minima podle aktuálního zákona.
6. Jsou-li v domově ubytováni manželé, je základem pro výpočet úhrady nákladů každého z nich jedna polovina úhrnu jejich příjmů.
7. Při předem oznámeném pobytu mimo domov je klientovi vrácena poměrná část zaplacené úhrady podle vnitřního předpisu domova.
8. Za předem oznámený pobyt mimo ústav se považuje nahlášení nepřítomnosti klienta
  - o písemně nebo telefonicky službukonající sestře **do 9 hodin v pracovní den předcházející nepřítomnosti písemnou formou – tiskopis**.
  - o Pobyt mimo ústav z důvodu ošetření nebo umístění ve zdravotnickém zařízení se považuje vždy za předem oznámený pobyt mimo ústav.

čl.5

## Výplata zůstatků důchodů

Zůstatky důchodů se vyplácejí pravidelně pouze klientům, jejichž důchod je poukazován ČSSZ na účet ústavu, ostatním klientů je vyplácen ihned po vyzvednutí z pošty.

Výplata probíhá pověřeným pracovníkem vždy **15. den v měsíci**, v případě, že tento den připadne na den pracovního volna, proběhne výplata v pracovní den po dni pracovního volna.

čl.6

## Poskytované služby

V rámci pobytu v domově je poskytována komplexní péče v individuálním rozsahu, která má za cíl zajištění základních potřeb klientů.

## Ubytování

Klientům přijatým k celoročnímu nebo přechodnému pobytu je poskytováno ubytování

v základních a nadstandardních jednolůžkových a dvoulůžkových pokojích. Výběr lůžka závisí na:

- a) přání klienta v rámci dohody o poskytovaných službách
- b) volném místě při nástupu nového klienta
- c) finančních možnostech klienta
- d) ochotě příbuzných nebo jiných osob na finanční spoluúčasti

V případě, že je klient ubytován v jiném druhu pokoje, než si přál, z důvodu nedostatku vhodného místa, je možné jeho přestěhování po uvolnění žádaného druhu bydlení.

Klient má právo vybrat si spolubydlícího a v případě, že se se stávajícím spolubydlícím neshodnou, je po dohodě možné přestěhování.

## Strava

1. Klient odebírá stravu podle stravovací jednotky za stravu normální 5x denně ve složení: snídaně, dopolední svačina, oběd, odpolední svačina, večeře.
2. Klient má právo na dietní stravu, určí-li ji ze zdravotních důvodů lékař.
3. Stravovací komise se schází 1x týdně za účasti šéfkuchaře, vrchní sestry a zástupců klientů, na základě závěrů jejího jednání je sestavován jídelní lístek na další období.

Každý klient může:

- o účastnit se stravovací komise
- o ovlivňovat svým přáním složení jídelního lístku
- o mít připomínky ke kvalitě podávané stravy
- o má právo na to, aby jeho připomínky byly vyslyšeny, bylo o



- nich jednáno a k nim přihlíženo při sestavování jídelníčku i hodnocení kvality podávané stravy
- 4. Klient má právo vybrat si oběd v den svých narozenin.
- 5. Klient má právo se stravovat v jídelně, v případě zdravotních potíží si nechat podat stravu na pokoj, v případě neschopnosti se sám najíst být krmen.
- 6. Klient má právo se rozhodnout, jakou stravu a v jakém množství bude přijímat.
- 7. Z důvodu organizace práce personálu je určeno časově rozmezí, kdy je podávána strava:
  - Snídaně 7,30 - 8,30
  - Dopolední svačina 9,30 - 10,30
  - Oběd 12,00 - 13,00
  - Odpolední svačina 14,30 - 15,30
  - Večeře 16,30 - 17,30
  - Další večeře v rámci dietní stravy
  - Klient, který se opozdí nebo se rozhodne jíst v jinou dobu, má právo neodebranou stravu do vydávání dalšího jídla dostat.
- 8. Během celého dne je v kuchyni klientů k dispozici pečivo, které si mohou klienti sami v případě potřeby nabídnout.
- 9. V kuchyni klientů si klient může uvařit pro sebe nebo návštěvu nápoje, uložit potraviny do lednice a uvařit nebo ohřát po dohodě jednoduchá jídla. Po použití musí kuchyň zanechat v původním stavu.
- 10. Pravidelné individuální vaření klientů není možné z důvodu:
  - bezpečnosti klientů vzhledem k jejich zdravotnímu stavu pro který jsou přijímáni
  - stavebním úpravám domova, které nepočítají s naprosto soběstačnými klienty, kteří mají možnost být klienty jiného, jejich zdravotnímu stavu přiměřeného zařízení

## Teplo

Objekt je vytápěn plynovým zařízením s rozvodem teplé vody do všech místností. Topná tělesa jsou osazena termostatickými ventily, což umožňuje individuální tepelnou pohodu. Klient má právo na tepelnou pohodu, jaká má vyhovuje.

## Praní prádla

Klient má právo na praní veškerého prádla v prádelně domova.

Osobní prádlo musí být označené.

V případě ztráty nebo poškození soukromého prádla vlivem neodborného pracovního procesu, má klient nárok na náhradu škody.

Klient má právo na převléknutí lůžka 1x za týden.

## Úklid

Úklid veškerých prostor probíhá denně zaměstnanci domova v pracovních dnech, ve dnech pracovního klidu omezeně. Ošetrovatelský personál po dohodě s klientem kontroluje a provádí úklid v prostorách na osobní věci klienta.

## Základní ošetrovatelská péče

Každý klient má právo na základní ošetrovatelskou péči, která je poskytována na základě dohody o poskytovaných službách. Potřeba základní ošetrovatelské péče se mění v závislosti na aktuálním zdravotním stavu klient. Při náhlém zhoršení zdravotního stavu není třeba souhlasu klienta s rozsahem poskytovaných služeb ošetrovatelské péče.

## Odborná ošetrovatelská a zdravotní péče

Každý klient domova má právo:

- na odbornou ošetrovatelskou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovaným personálem
- znát jména ošetrovatelského personálu a lékaře, kteří o něj pečují
- na nepřetržitou ošetrovatelskou péči
- na zdravotní péči
- na soukromí při ošetrování nebo léčbě
- spolurozhodovat o další ošetrovatelské péči
- vědět o své nemoci
- odmítnout léčbu a právo na informace o důsledcích odmítnutí léčby
- vybrat si ošetroujícího lékaře a nemocnici, kde chce být hospitalizován
- na srozumitelné informace o zdravotním stavu, které poskytuje pouze lékař (nepoužívat cizí slova, vysvětlit stav na úrovni chápání klienta)
- informování rodiny o zhoršeném zdravotním stavu
- rehabilitaci přiměřenou zdravotnímu stavu a ordinaci lékaře

-na zachování mlčenlivosti o skutečnostech, které se zdravotnický pracovník dozvěděl v souvislosti s ošetřováním nebo léčbou

-na zachování všech práv pacientů

## **Osobní vybavení**

V případě, že klient nemá prostředky na zajištění základního osobního vybavení (oblečení

a předmětů osobní spotřeby), je možné mu je poskytnout z prostředků domova na základě rozhodnutí ředitele nebo z dobročinných sbírek.

## **Aktivizace**

Klient má právo na zprostředkování aktivit, které dříve provozoval, je-li to v možnostech ústavu.

Domov má k dispozici dílnu ručních prací, kterou může každý klient podle svých možností navštěvovat. V případě, že má zájem pracovat a nemůže se do dílny dostavit, pověřená pracovnice mu přinese práci na pokoj.

Provoz v dílně závisí na přání klientů.

Klient se může účastnit pěveckého a čtenářského kroužku, společných her a vycházek do okolí.

## **Společenský život a využití volného času**

Klient má právo využívat volný čas podle svého uvážení.

Klient se může zúčastnit všech kulturních akcí pořádaných domovem:

-koncertů, tanečních zábav a vystoupení místních škol, které jsou otevřené pro veřejnost

-návštěvy divadelních představení v blízkých obcích ( Rokytnice, Jablonec, Vysoké)

- účast na kulturních a sportovních akcích pořádaných jinými domovy důchodců

Společenské místnosti jsou vybaveny knihovnami a televizními přijímači.

Týdně se v místní kapli koná katolická mše sv. a několikrát ročně přicházejí zástupci jiných církví se svým programem.

## **Zastupování klientů na úřadech**

Pokud klient není schopen sám se účastnit jednání na úřadech a sám vyřizovat všechny potřebné formality, může být po dohodě zastupován pověřeným pracovníkem.

## **Úschova cenností**

Má-li klient obavu o bezpečnost svých cenností, může svěřit pověřené pracovníci do úschovy: vkladní knížku, cenné předměty a peněžní hotovost. Každý klient může mít zaveden

u sociální pracovnice osobní depozitní účet, z něhož může kdykoliv čerpat hotovost, mohou mu z něj být propláceny doplatky za léky, hrazeny poplatky a nákup osobních věcí.

## **Zprostředkované služby**

Domov klientovi zprostředkuje podle individuální dohody služby, které nejsou zajišťovány jeho zaměstnanci: holič, kadeřnice, pedikúra. Klient si je hradí sám ze svých vlastních prostředků.

čl.7

## **Práva klientů**

Každý klient má právo na dodržování všeobecných pravidel etiky ze strany zaměstnanců domova.

Vzhledem k tomu, že je domov ústavní zařízení, žijí zde ve klienti v uměle vytvořeném společenství. Jsou to lidé podobného věku a s různou mírou závislosti na poskytovaných službách, avšak s naprosto rozdílnými životními návyky. Klienti si z tohoto důvodu nemohou zachovat všechny své původní zvyklosti a je nezbytné, aby se částečně přizpůsobili soužití v novém společenství. Priority zájmů jednotlivých klientů jsou zachovávány do té míry, dokud nejsou v rozporu s právními normami či potřebou chránit zájmy ostatních klientů.

Každý klient domova má právo na:

1. Zajištění základních potřeb podle čl. 6 domácího řádu

**2. Oslovování svým jménem a titulem až do konce svého života**

Klient má právo být oslovován tak, jak si přeje. V případě, že se s personálem dohodne na používání křestních jmen nebo tykání, musí to být oboustranné.

**3. Dodržování nestrannosti, neúplatnosti, poctivosti a rovného přístupu ze strany personálu**

**4. Vyjádřit svá přání, potřeby, názory, postoje a rozhodnutí**

**5. Respektování vlastní vůle**

- Během celého pobytu má klient právo zútulnit si svůj pokoj podle vlastního uvážení, pověřený pracovník se vždy na změnách, které klient nemůže sám zvládnout, dohodne
- Neumožnit přístup k osobním věcem cizím osobám
- udržovat si sám pořádek v osobních věcech, pokud je schopen to zvládnout
- vstávat a uléhat, kdy se sám rozhodne, s výjimkou nezbytné aktivizace
- rozvrhnout si denní program podle vlastního uvážení kromě plánovaných léčebných výkonů
- sledovat televizní program v kteroukoliv dobu, pokud neruší ostatní klienty

**6. Žádat služby vykonávané s nejvyšší mírou slušnosti, porozumění, ochoty a odbornosti**

**7. Odmítnout, ukončit nebo přerušit kteroukoliv službu, aniž by pocítil změnu postoje ke**

své osobě a s tím spojenou změnu přístupu personálu, a pokud o ni znovu požádá, aby mu byla poskytnuta ve stejné kvalitě a s pozitivním přístupem.

**8. Soukromý majetek**

Klient si při přestěhování do domova může vzít drobné vlastní předměty podle svého uvážení:

- Televizor, radiopřijímač
- Telefon, podle technických možností

- Oblíbený kus nábytku ( křeslo, židle, lednice – využije-li ji)
  - Obrazy, ozdobné předměty, květiny
  - Ložní povlečení, osobní prádlo ( řádně označené)
  - Varné konvice nejsou dovoleny z důvodu opaření a úrazu elektrickým proudem.
  - Klient nemůže mít vybavení celého pokoje vlastní, ústav poskytuje tuto službu, nemá skladovací prostory pro přebytečný nábytek, mohou vzniknout potíže s pozůstalostí.
9. **Rozhodovat sám o sobě**, pokud je svéprávný  
Nesvéprávný klient má právo na důstojné zacházení a informování opatrovníka
10. **Volný pohyb**  
- po budově  
- mimo ústav  
- Pobyt mimo ústav je však třeba hlásit ostraze ústavu, aby se předešlo zbytečnému hledání klienta.
11. **Denní styk s rodinou a přáteli**  
-neomezení návštěvních hodin  
-pobyt u rodiny kdykoliv během pobytu, vzhledem k odhlášení stravy je nutné ho však nahlásit dopředu
- 12. možnost telefonujících osob mluvit s klientem pomocí přenosného telefonu**
- 13. možnost klientů telefonování z telefonu v recepci ústavu, nemá-li klient vlastní**
- 14. Kontakt o ostatními klienty**
- 15. Ochranu před nepříznivými vlivy rodiny a ostatních klientů**
- 16.
- 17. Respektování důstojnosti, soukromí a studu**
- Při osobní hygieně na pokoj
  - Koupat se v koupelně sám
  - Být převážen po chodbě přiměřeně oblečený
18. **Respektování náboženských zvyklostí**
19. **Informovanou volbu** ( volbu po vysvětlení všech možností, okolností a následků volby)
20. **Rozhovor s kterýmkoliv zaměstnancem**
21. **Pokojné umírání**

V závěru života má klient právo na citlivou péči všeho personálu, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

čl. 8

## **Povinnosti klientů**

1. **Respektovat práva ostatních klientů**
2. **Dodržovat noční klid** od 22,00 do 6,00 hod.. V době nočního klidu mohou klienti sledovat přiměřeně hlasitý televizní přijímač ve společenské místnosti, v jídelně ústavu nebo na pokoji.
3. **Kouřit pouze v určených prostorách** ( kuřárna, prostor před budovou, balkony). Nedopalky odhazovat do nádob k tomu určených.
4. **Při odchodu se nahlásit v recepci domova**
5. **Neskladovat předměty hygienicky závadné**

čl. 9

## **Podání stížnosti při nespokojenosti s kvalitou poskytovaných služeb**

1.K podání stížnosti při nespokojenosti s kvalitou poskytovaných služeb v domově je oprávněn klient nebo občan, který jedná v jeho zájmu.

2.Stížnost může být podána ústně, písemně nebo anonymně do k tomu účelu určené schránky.

3.Přijímáním, evidencí a vyřizováním stížností je pověřena vrchní sestra domova.

### **4.Postup při zpracování stížností:**

a)vrchní sestra ( v její nepřítomnosti sociální pracovnice) prošetří pokud možno stížnost v den jejího obdržení

b)na základě zjištěných skutečností rozhodne o přijatých opatřeních

c)je-li stížnost písemná, do 30 dní je stěžovatel písemně vyrozuměn, pokud uvede adresu

5.V případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti má stěžovatel právo se odvolat proti způsobu vyřízení stížnosti a požádat o prošetření postupu při vyřizování stížnosti nadřízený nebo nezávislý orgán.

Nadřízené orgány: ředitelka Domova důchodců v Rokytnici nad Jizerou

MUDr. Olga Marešová

Dolní 291

512 44 Rokytnice nad Jizerou

zřizovatel Domova důchodců v Rokytnici nad Jizerou:

Krajský úřad Libereckého kraje  
Odbor sociálních věcí, bezpečnosti a problematiky menšin  
JUDr. Ludmila Šlechtová  
vedoucí odboru  
U Jezu 642/2a

460 01 Liberec 2

Nezávislé orgány: Kancelář veřejného ochránce práv

Údolní 39

602 00 Brno

Český helsinský výbor

Jelení 5

118 00 Praha 1

čl. 10

## **Odpovědnost za škodu**

Klient odpovídá za škodu, kterou záměrně způsobil na majetku jiného klienta nebo domova. Odpovídá i za úmyslnou újmu na zdraví. Odpovědnost je uplatňována podle platných právních norem.

čl. 11

## **Závěrečná ustanovení**

1. Ruší se domácí řád Domova důchodců v Rokytnici nad Jizerou ze dne 1.10.1997



2.S tímto domácím řádem jsou povinni se seznámit všichni zaměstnanci v přímé péči o klienty.

3.Nově příchozí klienty s domácím řádem seznámí službukonající sestra neprodleně po vyřízení administrativních formalit způsobem, aby klient pochopil jeho obsah na úrovni svých schopností.

4.Tento domácí řád nabývá účinnosti dnem 1.5.2003

MUDr. Olga Marešová

ředitelka Domova

důchodců Rokytnice nad Jizerou

---

©Designed by Tomáš Jech

DOMOV DŮCHODCŮ ROKYTNICE NAD JIZEROU,  
příspěvková organizace  
Dolní Rokytnice 291  
Rokytnice nad Jizerou 512 44

## **Desatero Bazální stimulace**

- 1) Přivítejte se a rozlučte s pacientem pokud možno vždy stejnými slovy.
- 2) Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě (iniciální dotek).
- 3) Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.
- 4) Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.
- 5) Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
- 6) Při rozhovoru s pacientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (anamnéza).
- 7) Nepožívejte v řeči zdvořiliny.
- 8) Nehovořte s více osobami najednou.
- 9) Při komunikaci s pacientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.
- 10) Umožněte pacientovi reagovat na vaše slova.

Příloha č. 5

Ukázka forem aktivizací pacientů (foto) :





Ergoterapie, pohybová terapie (foto) :







Zooterapie (foto) :



<http://www.ddmezibori.cz/>  
Zooterapie (foto)



<http://www.dd-frenstat.cz/fotogalerie/fotky.php?album=kamerunske-kozy>

Pohybová terapie (foto)



<http://www.ddpraha6.cz/index.php?o=61&PHPSESSID=6436b95f4aa4bd7dc9d7a8508ad801ee#2007>



Ergoterapie (foto)





Canisterapie : foto



<http://www.canisterapie.info/DesktopModules/Pictures/PictureView.aspx?TabID=0&Alias=Rainbow&Lang=cs&ItemID=39&mid=10364&wversion=Staging>



<http://www.pomocnetlapky.cz/o-tlapkach/kronika-akce/2005/hospimedita-2005.htm>

**Příloha č. 6**

*Pomůcky usnadňující pohyb a manipulaci s pacientem*



..... atp.