jabok Vyšší sociálně pedagogická a teologická škola

Sociální práce se staršími lidmi

2005 Pavla Stachová

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem absolventskou práci Sociální práce se staršími lidmi zpracovala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů a literatury.
2. Tuto práci nepředkládám k obhajobě na jiné škole.
3. Souhlasím s tím, aby uvedená práce byla v případě zájmu pro studijní účely zpřístupněna dalším osobám nebo institucím.
4. Souhlasím s tím, aby uvedená práce byla publikována na internetových stránkách Jaboku.

V Praze dne 25.4. 2005 Pavla Stachová

Resume

Family is a basic unit of social structure, the exact definition of which can vary greatly from time to time and from culture to culture. How a society defines family as a primary group, and the functions it asks families to perform, are by no means constant. Family forms are shaped by the attitudes toward gender roles in a given society which, in turn, are influenced by the demographic, social, economic, and political realities of the time. In the traditional family, men were socialized to develop instrumental behaviors and women were socialized to develop expressive behaviors. This insured that, while men had direct access to economic opportunity and independence, women were always dependent on their husbands for social and economic rewards. With this emphasis on changing their role, unprecedented numbers of women have not only joined the labor force since 1960 but have also become highly educated and have won the right to compete with men in all areas of professional, business, and public life. However, even though women have achieved equality of status through education, occupation, and income, a corresponding change in men's roles has been slow to develop.

Religion is a system of thought, feeling, and action that is shared by a group and that gives the members an object of devotion; a code of behavior by which individuals may judge the personal and social consequences of their actions; and a frame of reference by which individuals may relate to their group and their universe. The evolution of religion cannot be precisely determined owing to the lack of clearly distinguishable stages, but anthropological and historical studies of isolated cultures in various periods of development have suggested a typology but not a chronology. One type is found among some Australian aborigines who practice magic and fetishism but consider the powers therein to be not supernatural but an aspect of the natural world. A second type of religion, represented by many Oceanic and African tribal beliefs, includes momentary deities and special deities. In a third class of religion—usually heavily interlaced with fetishism—magic, momentary and special deities, nature gods, and deities personifying natural functions.

Obsah:

Úvod	2
Cíl absolventské práce	3
Nástup stáří	4
Pojetí stáří v moderní době	9
Co si člověk neobjednal	10
Hledání normality	12
Formy péče a typy služeb	14
Instituce a její historie	19
Problematika špatného zacházení se starými lidmi	21
Komunikace	23
Prostor pro duchovní dimenzi a ideál stáří	24
Otevřené závěry o stáří	25
Komunita a společenství	26
Fenomén domova	27
Analýza pobytů seniorů v DD	28
Aktivizace ve stáří	30
Práce s klientem: Aktivizační program pro seniory	31
Náměty k programům a činnostem:	34
Umírání a smrt	42
Právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení	45
Burn-out vyhoření sociálních pracovníků	49
Závěr	50
Resumé	51
Použitá literatura	52

Úvod:

Pracuji jako sociální pracovnice v domově důchodců v Pyšelích. Má praxe a získané zkušenosti v práci se seniory jsou hlavním námětem této absolventské práce, kde se snažím o ucelený pohled na fenomén stáří. Svou práci začínám obecnějším pojednáním o stáří, jeho psychofyzických, ale i sociálních důsledcích pro seniory samotné. Snažím se o integraci pohledu na stáří z více hledisek – seniorů, doby, společnosti, hodnotové orientace, rodiny, instituce a jejích zaměstnanců,… . Pochopitelně jde samozřejmě o můj subjektivní pohled, kterým se snažím tuto problematiku v dnešní společnosti našeho státu uchopit.

Pro tento širší úvod do zvoleného tématu čerpám zkušenosti nejen z instituce DD, ale i z vlastní rodiny a toho, jak sleduji fenomén stáří ve svém okolí.

Domnívám se, že není možné poskytovat kvalitní pomoc jakémukoliv člověku – tedy i seniorům, dokud nenahlédneme tyto obecné souvislosti, avšak se zřetelem k jednotlivým zkušenostem jejich života. S tímto postojem přistupuji nejen k této absolventské práci, ale i ke své práci v DD.

Cíl absolventské práce:

Cílem mé absolventské práce je souhrn mých dosavadních poznatků a zkušeností , které mohou se stářím souviset a témata, která se mi zdají nutná v souvislosti s tímto vývojovým obdobím zmiňovat. Zároveň je tedy tato práce i mým pozastavením, zamyšlením a reflexí mého dosavadního působení v instituci Domova důchodců (dále jen jako DD) a obrazu stáří, jak se mi zde ukázal.

Nástup stáří:

Pokud má člověk štěstí, že nezemřel mlád, vstupuje ke konci života do posledního vývojového stadia, do fáze stáří. Většina autorů uvádí, že tato etapa nastává dosažením 60. roku věku. 1)Příhoda navrhuje další věkovou periodizaci v období senia: 1. genescence od 60 do 75 let, 2. kmetství od 75 do 90 let, 3. patriarchium od 90 let. Vágnerová dělí stáří na rané od 60 let a tzv. pravé stáří od 75 let. Přičemž ženy se v průměru dožívají vyššího věku 77 let a muži 69 let. Průměrná délka života se zvyšuje a proto je fenomén stáří neopomenutelným faktem, který nás denně obklopuje, denně se s ním setkáváme, ať už na ulici, či doma ve vlastní rodině a který se nás samých bezprostředně týká. Mladý člověk si často jen těžko připouští, že jednou zestárne a dostane se do situace, kdy by mohl ztratit svoji nezávislost a potřebovat pomoc ostatních. S tímto faktem je však potřeba se konfrontovat a nevyhýbat se mu tím, že „odklízíme“ starší generaci do institucí a bereme jim hodnotu. Stáří musíme akceptovat a vnímat se vším, co k němu náleží již dnes, abychom jednou nebyli nepříjemně zaskočeni. Pamatuji si, jak jsem se jako malá holka těšila na stáří, že nebudu muset chodit do školy a budu jíst samé sladkosti a dělat to, na co budu mít zrovna chuť. Když jsem vyrostla a moji prarodiče zestárli, dědeček často říkával: „Stáří je krutý žert.“ Čím více se mezi starými lidmi pohybuji, tím více chápu toto povzdechnutí. Dochází tak k paradoxům - chceme žít dlouho, ale nechceme být staří. Lidský věk se ale ve skutečnosti neprodlužuje, protože délka života člověka je geneticky dána. To se jen moderní věda a technologie postaraly o to, aby větší část života byla žita. Bohužel už nedokáží zajistit také jeho kvalitu. Vědci se domnívají, že člověk je schopen se dožít maximálně 120 let. Překročit tuto hranici z biologických důvodů patrně nelze.

Stárnutí přináší postupný pokles tělesných i duševních funkcí, které spolu s nemocemi omezují staršího člověka a zhoršují jeho celkovou výkonnost. Odchod do důchodu, úmrtí blízkých přátel nebo partnera mění společenské postavení a dlouholeté společenské vztahy staršího člověka. Všem těmto změnám se starší lidé musí přizpůsobovat. Zhoršená schopnost přizpůsobení se může projevovat i změnami chování. Platí však jednoduchý poznatek, že stárnutí samo o sobě nevyvolává závažnější poruchu chování. Každá porucha chování u starého člověka signalizuje chorobnou změnu, kterou je třeba rozpoznat a vhodným způsobem léčit. Neléčená porucha chování ohrožuje zdravotní stav pacienta, vede k jeho izolaci a odmítání

okolím a zhoršuje kvalitu života nemocného. Má také nepříznivý vliv na rodinu pacienta a vyčerpává všechny, kteří o nemocného dlouhodobě pečují.
V běžném styku s nemocným označujeme jako poruchu chování každou změnu v projevech nemocného, které jsou podivné, neobvyklé, zneklidňují nebo ohrožují ostatní osoby v blízkosti nemocného nebo jsou opakovaně nepřiměřené situaci a společensky nevhodné. Takovou poruchou trpí asi 10% osob nad 65 let.
Poruchu chování obvykle popisujeme nejnápadnějšími projevy a příznaky. Podle nich můžeme rozlišit:
agresivní chování, kdy pacient ohrožuje nebo napadá fyzicky druhé osoby (bití,strkání, kousání, škrábání), vyhrožuje jim, nadává a jinak je slovně napadá, někdy může mít toto chování i sexuální ladění (vymáhá pohlavní styk) nebo agresi obrací proti sobě neklidné chování, kdy je nemocný úzkostný, vystrašený nebo dezorientovaný nepoznává známá místa ani osoby, je fyzicky neklidný, utíká, přechází nebo bloudí po bytě, vykonává zdánlivě neúčelné pohyby nebo činnosti specifické psychiatrické příznaky jako jsou halucinace (slyší nebo vidí neexistující hlasy, osoby nebo předměty), bludy (nepravdivé přesvědčení o okrádání, ubližování, sledování, schovávání věcí, nevěře ap.), deprese (smutek, plačtivost, ztráta radosti, zájmu, energie, pocit bezcennosti, viny, myšlenky na sebevraždu), poruchy spánkového rytmu (opakované probouzení se a aktivita v noci, pospávání přes den, nerozlišuje rytmus dne a noci), úzkost a strach společensky nevhodné a situaci nepřiměřené chování se může týkat různých oblastí. Například pacient jí nevhodné předměty, shromažďuje věci, schovává nebo ničí věci, vykonává potřebu na nevhodném místě, manipuluje s výkaly, odhaluje se a nevhodně se sexuálně chová na veřejnosti, odmítá péči rodiny, nechce dodržovat hygienu.
PŘÍČINY PORUCH CHOVÁNI VE STÁŘÍ
U většiny nemocných s poruchami chování se při pečlivém pozorování doplněném podle potřeby dalším vyšetřením lékařem podaří vysledovat příčinu nebo onemocnění, které poruchu chování vyvolávají.
Nejčastěji jsou to:
psychiatrická onemocnění, kde je porucha chování součástí obvyklého obrazu psychiatrické choroby. Tak například u pacientů s depresí nacházíme smutek, beznaděj, pocity viny, myšlenky na sebevraždu a poruchy spánku. U nemocných se schizofrenií se objevují bludy, halucinace a poruchy myšlení. Zneužívání

návykových látek včetně alkoholu a léků a zejména jejich odnětí vyvolá závažné poruchy chování jako součást abstinenčních příznaků.
demence projevující se poruchami paměti, učení, myšlení a řeči, plánování činností, neschopností pracovat a starat se o sebe, rozpadem osobnosti a poruchami chování. Typická u těchto nemocných je dezorientace, stavy zmatenosti s neklidem nebo apatií, agresivita, bloudění a poruchy spánku.
neurologická onemocnění - typicky se poruchy chování objevují po mozkových příhodách (mozková mrtvice), po úrazech hlavy, u epileptiků, vzácně může jít i o postižení mozku nádorem nebo infekcí
reakce na nepříjemné tělesné pocity (chronická zácpa, bolest, zažívací nebo močové potíže) nebo na nepříjemné duševní zážitky a změny v prostředí (nedávné povodně, ovdovění, nechtěné přestěhování, umístění v nemocnici, neshody se členy rodiny nebo s ošetřovateli, nedostatek podnětů a činnosti)

JAK MOHOU POMOCI NEJBLIŽŠÍ ČLENOVÉ RODINY

Přístup k nemocnému

Nemocný s poruchou chování vyžaduje především pochopení, trpělivost a dostatek času. Snažíme se navodit příjemnou a uklidňující atmosféru. Pokud nemocný špatně vidí nebo slyší, snažte se opatřit vhodné brýle nebo naslouchadlo a zajistěte, aby je nemocný používal. Při komunikaci s nemocným mluvte zřetelně, dostatečně hlasitě, klidným ale rozhodným tónem. Volte raději jednoduchá slova a kratší věty. Vyhněte se hovoru v hlučném prostředí. Používejte co nejvíce prostředků mimoslovní komunikace - pohledů, úsměvů, gest a doteků. Pokuste se omezit nepříjemné tělesné pocity. U nevhodného chování se snažte odvést pozornost nemocného a zabránit situacím, které toto chování vyvolávají

Denní režim

Snažte se udržet pravidelnost jednotlivých činností (jídla, spánku, osobní hygieny a vyprazdňování) a ponechte nemocnému dostatek času na všechny činnosti. Spěch, stres a nervozita situaci vždy zhoršují. Dopřejte nemocnému dostatek tělesné aktivity například procházky, domácí práce, práce na zahradě nebo cvičení. Ty zlepší nejen jeho tělesnou zdatnost, ale zabraňují bloudění a neklidu z nečinnosti a upravují noční spánek. Nabídněte nemocnému duševní činnost odpovídající jeho současným schopnostem např. čtení, společenské hry, poslouchání hudby. Umožněte a zorganizujte kontakt s přáteli, společný výlet nebo návštěvu. Do činností ho nenuťte,

ale povzbuzujte ho k nim. Využijte také možnosti stimulace masážemi, koupelemi a aromaterapií. Vhodný je i kontakt s domácími zvířaty.

Bezpečnost prostředí

Důležité je přizpůsobit prostředí bytu zdravotnímu stavu nemocného tak, aby se v něm cítil dobře a bezpečně. Pacient s poruchami chování je zvýšeně ohrožen úrazem. Zajistíme proto dobré osvětlení všech prostor, bezpečnou chůzi po bytě (odstraníme předložky a koberečky, předměty překážející v chůzi, dbáme na vhodnou obuv a v případě potřeby i hůl nebo berle). Lůžko nemocného umístíme blíže toalety. Nebezpečné spotřebiče a přístroje odstraníme z dosahu pacienta stejně jako léky, čistící prostředky a chemikálie. U nemocných, kteří nedokáží posoudit nebezpečnost svého chování a jednání, zajistíme okna, dveře a zásuvky "dětskou" pojistkou. Včas posoudíme schopnost řízení motorového vozidla a poradíme se s praktickým lékařem. Je-li třeba, dohlížíme na pravidelné užívání léků.

KDY VYHLEDAT POMOC LÉKAŘE

V některých případech však nezbývá jiná možnost než vyhledat pomoc lékaře. Protože pacient obvykle není schopen posoudit závažnost poruchy ani důsledky svého chování a jednání, je třeba pomoci od příbuzných nebo sousedů.

Než kontaktujeme lékaře, všímáme si následujících podrobností a zaznamenáme si je:

jaké jsou projevy a příznaky, které nejvíce obtěžují nemocného a okolí

jak časté jsou poruchy chování, vznikla porucha náhle nebo postupně, vyskytuje se trvale nebo pouze občas, jaké faktory provokují nevhodné chování, jaké ji naopak zmírňují?

došlo v souvislosti s poruchou chování ke změně zdravotního stavu, výskytu akutního onemocnění, bolestivé situace, ke změně v užívání léků nebo změně v prostředí nemocného?

jaké léky nemocný trvale užívá (nejlépe seznam) a jakými chronickými nemocemi trpí?

byla porucha chování již v minulosti, jak byl nemocný léčen a s jakým úspěchem?

Které poruchy chování vyžadují vyšetření a radu lékaře:

jestliže nemocný ohrožuje sebe nebo druhé osoby
jestliže nemocný odmítá jídlo, léky, nedodržuje základní hygienická opatření
jestliže porucha chování znemožňuje nemocnému péči o sebe a domácnost a brání samostatné existenci nemocného
jestliže je porucha chování společensky nepřijatelná, narušuje život rodiny a nejbližšího okolí nemocného a dochází k vyčerpání pečujících osob
přítomnost závažných psychiatrických příznaků jako jsou například bludy, halucinace, deprese, úzkost nebo nespavost.

JAKÉ JSOU MOŽNOSTI LÉČBY

Protože porucha chování postihuje nejen nemocného, ale působí nepříznivě i na rodinné příslušníky a ošetřující, je třeba zaměřit léčbu na celou rodinu. Osvědčily se psychoterapeutické postupy individuální i ve skupině využívající léčby pohybem, hudbou, uměleckým vyjádřením nebo léčby pomocí domácích zvířat.

2) U nemocných, u nichž změna přístupu, prostředí a denního režimu nevedla k uspokojivému zlepšení situace, je nezbytné doplnit léčbu podáváním léků, které působí na psychické příznaky. Tuto skupinu léků nazýváme psychofarmaka. Podle převažujících příznaků používáme jednotlivé skupiny psychofarmak: antidepresiva u nemocných s vyjádřenými projevy deprese, neuroleptika u poruch chování u demencí a schizofrenie, hypnotika u pacientů s poruchami spánku a anxiolytika/trankvilizéry u úzkosti a neklidu. U většiny pacientů se stav léčbou zlepšuje, umožňuje větší nezávislost pacienta, usnadňuje jeho pobyt ve společnosti a snižuje náročnost ošetřování. Úplného vymizení poruch chování ale dosáhneme pouze asi u 60 % léčených. Bohužel všechna psychofarmaka mohou mít nežádoucí účinky (například útlum nebo ospalost, únavu, ovlivnění srdeční činnosti, poruchy zažívání ad.), které jsou u starších nemocných 3-5x častější než v mladém a středním věku. Proto je volba léků a jejich dávkování zcela v rukou lékaře, vyžaduje dobrou znalost pacienta, jeho přidružených nemocí a také klinickou zkušenost s léčbou poruch chování u starších nemocných. Důležité je, zajistit pravidelné užívání léků nemocným a sledovat jejich účinnost.

1,2) Haškovcová,H.: Fenomén stáří, Praha, Panorama, 1990

Pojetí stáří v moderní době:

Postoj současné společnosti ke stáří je spíše negativní. Je chápáno jako úpadek, ztráta, chátrání a celkové zhoršení kvality života. Z ekonomického hlediska je nazíráno jako zátěž a stále více se hovoří o nutnosti důchodové reformy. Ačkoli problém spíše spočívá v nízké porodnosti všeobecné povědomí obrací svou pozornost proti stáří, které si již tak nese těžké přímě postupující involuce. Moderní doba je zaměřená na výkon a produktivitu jedince a často není schopna se o své staré občany dostatečně starat. „Mladší generace ztrácí vědomí kontinuity všech generací, které se udržovalo společným soužitím rodinných příslušníků různého věku.“ 3) Tento přístup se odráží v mysli samotných starých lidí, kteří tak mohou vnímat sami sebe. Malý zájem ze strany rodiny, pocit, že jsou na obtíž, že potřebují pomoc a bojí se o ni požádat, to vše je často motivací jejich odchodu do domova důchodců. Někteří rodinní příslušníci by se rádi o své rodiče starali, ale z různých důvodů si je nemohou vzít k sobě. Častou příčinou je ona hektická doba, ve které se člověk bičuje, někdy k většímu úspěchu, jindy jen aby v ní obstál. Ať tak či tak, bere mu tento boj sílu a především čas pro jeho vlastní rodinu. Popis dnešní moderní společnosti by mohlo být téma na další a pravděpodobně mnohem delší esej. Zde jsem chtěla uvést jen stručný nástin, který umožňuje plnější pochopení života starého člověka v kontextu doby a společnosti, ve které žije.

3) Vágnerová,M.: Vývojová psychologie, Praha, Portál, 2000, str. 443

Co si člověk neobjednal:

Pokud jsme si jako nejdůležitější hodnotu zvolili pracovní produktivitu jedince, pak je tento postoj zřejmě kauzálním důsledkem již primárních změn na úrovni fyzické i psychické. Stáří s sebou přináší mnoho změn. Jednak výše popsaná změna sociálního statutu daná postojem společnosti, zejména pak odchodem do důchodu. S tím je spojená i ztráta sociálních kontaktů. Zhoršení tělesného a duševního stavu je interakcí dvou faktorů, dědičnosti a prostředí. Stáří je pozdním obdobím života, ve kterém se odráží i minulost, tedy životní postoje a návyky daného jedince v průběhu jeho celého života. Charakteristickým rysem tohoto vývojového stadia bývá polymorbidita, kdy se více nemocí současně podílí na postupném slábnutí organismu. Dochází k celkovému zhoršení stavu, jedinec často trpí bolestmi a v některých případech ke konci zůstává upoután na lůžko a odkázán výhradně na pomoc zvenčí. Tento úbytek fyzických sil se pochopitelně odráží i v psychice, jejíž biologické změny jsou podmíněné jednak normálním vývojem, jednak vyvolané chorobným procesem nemocí. Stárnutí vede k různým strukturálním změnám mozku. Zpomalení reakcí, změny v oblasti poznávacích procesů, v oblasti orientace v prostředí a intelektových funkcí. Vedle biologicky podmíněných změn jsou zde změny determinované psychosociálními faktory. Vyplývají z popisovaných postojů společnosti vůči stáří a z osobních postojů člověka, které praktikoval ve svém životě. Ten, kdo byl celý svůj život spíše aktivní, bude se snažit se stářím konstruktivně vyrovnávat. Pokud ale zůstane v důsledku nemoci upoután na lůžko a bude muset přijmout pomoc ostatních, pak může trpět depresivními náladami více nežli ti, kteří se pasivně odevzdávají svému osudu. Platí zde stejná pravidla jako v běžném vzorku mladší populace. Vzájemně se od sebe liší přístupem k životu vůbec, mírou sociability, schopností adaptovat se na nové prostředí a zejména vůlí ještě nějak svoji existenci řídit, být aktivní ve vytváření si vlastního programu a vyhnout se tak totální rezignaci, která znamená čekání na smrt v mnohdy bezesmyslné prázdnotě a osamocenosti. Taktéž již zmíněné zaměření na výkon, míněno výkon pracovní, je ve stáří přitěžující okolností a musí být změněno. Tito lidé mají svůj pracovní produktivní věk již za sebou a jde o to, aby si dokázali užít zasloužený odpočinek. Odpočinek, který však neznamená destruktivní pasivitu, ale není ani prací, je zaměstnáním jiného druhu. Spočívá spíše v onom neustálém zaměstnávání se něčím, co člověka těší a naplňuje jeho dny. Nejdůležitějším krokem

je vyrovnání se s vlastním stářím a úzkostí ze smrti. Přijetí tohoto faktu, této závěrečné etapy života, je bazální podmínkou pro snadnější a šťastnější žití. Člověk na sklonku života bilancuje a díky této introspekci se stává více introvertním a v důsledku toho i egocentričtějším. Ten, kdo je se svým životem spokojen a současnou situací vyrovnán, ten je pak velkým přínosem i ostatním. Jeho vzpomínání na minulost není ulpíváním, ale spíše laskavým příběhem k zamyšlení.

Všichni dohromady tvoří společnost nejrůznějších individualit, s jakými se denně v běžném životě potkáváme. To znamená, že není možné generalizovat. Je třeba vnímat individualitu a diferenci mezi těmito jedinci jedné věkové kategorie jako ji vnímáme mezi sebou navzájem.

Hledání normality:

Co je vlastně takový normální průběh stáří? Člověk, který má ve své rodině nebo okolí starého člověka, který je „morous“, těžce nemocný, vyžadující péči atd. si patrně posteskne „ Proč nemůže být normální jako všichni ostatní?“. Patrně ale právě ony problémy a konflikty, ke kterým může docházet, jsou spíše tím normálním, tím běžným procesem stáří. Kde je hranice mezi evolucí a involucí, kdy nastává onen zlomový bod? Je stáří stále ještě vývojovým stadiem nebo spíše stagnací či dokonce návratem na nižší vývojovou úroveň? Otázka je, jak chápeme samotné slovo *vývoj*. Domnívám se, že naprosté většině z nás se při jeho vyslovení asociuje posun k dokonalejší formě. Jakoby v sobě tento termín implicitně obsahoval směřování k něčemu vyššímu, lepšímu, diferencovanějšímu. Jednoduše vývoj jako změna na vyvinutější úroveň. Obrátíme-li se na Psychologický slovník manželů Hartlových, najdeme zde definici vývoje: „růst, změny spojené se zráním a zkušenostmi, resp. učením“ 4) Můžeme říci, že stáří je růst? Jistě je zráním. Ale jedná se zde o zrání učením a zkušenostmi? Stáří je pozastavením, klidem, ve kterém by mělo docházet k integraci zkušeností a bilancování prožitého života….ano, toto je velmi žádoucí postoj usnadňující život jak jedinci samotnému, tak i jeho okolí a mohu s radostí říci, že jsem takové lidi, kteří tohoto klidu dosáhli ve svém životě potkala a potkávám nadále. Je však toto skutečně normalita? Je pak všechno ostatní patologie? Mnoho starších lidí je již natolik dezorientovaných, že není schopno správně vyhodnotit nové zkušenosti a zasazuje je do rigidního rámce zkušeností dřívějších. Často už neslouží jako zdroj nových dovedností, namísto toho jsou odmítány. U starších lidí můžeme jasně spatřovat pochopitelnou
tendenci ke stereotypu. Učení a adaptace je natolik narušena, že přizpůsobit se novým podmínkách vyžaduje maximální úsilí a námahu při minimální naději, že bude rozumět rychle se měnícímu světu. „*Vše, co bylo dříve, bylo lepší* “, protože pochopitelnější, jasnější a srozumitelnější. Známé jsou i výroky starší generace typu: „*Ta dnešní mládež, to je hrůza*.“ V jistém smyslu mají pravdu, ale jací byli oni sami v dobách svého mládí? Tato otázka není snaha po obvinění druhé strany (svým věkem zatím zastávám tu mladší generaci), je poukázáním na opakující se fenomén. Ten budu rozebírat ještě v kapitole o vedení adaptační skupiny. Někdy jsem doma slyšela, že to, co jsem si dovolila já ke svým rodičům, to si oni nikdy dovolit nemohli, ale pak slyšíte, že to samé jim říkali jejich rodiče. Nejedná se proto spíše o

prostý fakt, že starý člověk už prostě nemůže nahlédnout tuto dobu s porozuměním? Někdy je to těžké i pro nás samé ji pochopit, nelíbí se nám, kam směřuje, ale žijeme jí, vytváříme jí, nejsme izolovaní. Starší člověk může mít pocit, že už dnešní společnost netvoří a jakoby se na ní dívá z pozice „rady starších“. Buď moralizuje, stěžuje si, odsuzuje anebo shovívavě tuší, že ten „dnešní mladý člověk“ má také mnoho věcí, které musí zvládnout a které s sebou přináší diferenciace společnosti. Že tu svobodu a materiální bohatství často platí vysokou daní. Je to jednoduché, když si sama uvědomím, jak těžko se mi proniká do světa starších spoluobčanů, jak ostražitě pozorným pozorovatelem se snažím být, abych si mohla dovolit o nich psát. (A mohu si to opravdu dovolit?) Jak těžké je pak asi pro ně udržet se na úrovni porozumění, „zůstat v obraze“. Jak těžké to musí být, když si člověk začne uvědomovat, že tomuto tempu již nedostačuje. Psát práci o stáří z pozice mladého člověka je úkol nelehký. Avšak ani nejlepší výzkumy vám patrně nezodpoví, jak to vlastně je. Ani ten nejobjektivnější starý člověk vám objektivně nenapíše, k čemu v této etapě dochází, co prožívá tak, aby jste tyto informace mohli 100% použít a spolehnout se na ně v kontaktu s jiným starým člověkem. Žijeme sice společně v jednom světě, učíme se navzájem chápat a rozumět si, ale přesto jsou jednotlivé vývojové etapy v ontogenezi člověka rozdílnými světy, do kterých se nám buď daří nebo nedaří, více či méně nahlédnout.

Můj přístup ke stáří je jakousi snahou o navrácení hodnoty této, pro mě velmi specifické, skupině lidí. Jde mi právě o pochopení stáří v jeho celistvosti, bez toho, abychom jej zasazovali do mýtů o „moudrých starcích“ a „kouzelných babičkách“ (jistě se mezi nimi tací najdou!). Jde mi o pochopení toho, co starý člověk ještě může a co už je za hranicemi jeho možností. Běžná populace se skládá z různorodé směsice lidí, nemůžeme tedy přistupovat ke stáří jako k něčemu, co lze zevšeobecnit. Jakoby staří lidé mohli být zvláštní homogenní skupinou lidí se stejným prožíváním a projevy, u kterých je možné aplikovat stejný přístup. Jde naopak o přístup individuální, který by umožnil odhalit zbylý potenciál a pracovat s ním, stejně jako pochopit, že jiný člověk stejného věku vyžaduje mnohem větší péči a pozornost.

4) Hartl,P., Hartlová,H.: Psychologický slovník, Praha, Portál, 2000

Formy péče a typy služeb:

Pří práci se starými lidmi je vždy velmi důležitou součástí osobní kontakt pracovníka se starým člověkem. Tato práce je jistě velice záslužná a prospěšná, a to nejen pro staré lidi, ale je také dost náročná na pracovníky, kteří se starými lidmi pracují. Na sociální pracovníky a nejen na ně, jsou kladeny dosti vysoké požadavky z hlediska psychického stavu osobnosti. Něco jiného je práce o starého člověka, který je zároveň našim příbuzným či blízkým a je o něj pečováno formou péče domácí. Práce se starým člověkem, je může být také neustálým bilancováním mezi pocity lítosti, soucitu, ochranitelství, ale i pocitů agrese, viny, bezmoci, nedostatečnosti a selhání. Tyto pocity se vzájemně mohou mísit a mohou se cyklicky opakovat. Soucit může vybízet člověka, který pracuje se starými lidmi k pomoci, která však může být i přesto nedostatečná a navíc ji může starý člověk vyžadovat stále častěji, aniž by pracovník dostal pozitivní zpětnou vazbu ve formě úsměvu či očividné úlevy. To pochopitelně vyčerpává, mohou se objevit pocity agrese, někdy dokonce dojde k jejímu vybití, pak ale následují pocity viny a selhání. Strach, že by mohl nastat konec pak opět vede k pocitům lítosti a soucitu se starým, nemocným a trpícím člověkem. Z tohoto důvodu může snadno docházet k syndromu vyhoření u zaměstnanců těch institucí, jež mají v péči staré lidi. Stejně tak i u rodinných příslušníků. Bilancování je pak snahou o nalezení míry, která by dokázala stabilizovat sociální pracovníky a rodinné příslušníky starající se o starého člověka. Ideálem je samozřejmě rovnováha, ve které si pečující udrží vlastní hranice i při podávání kvalitního výkonu.

Normálním stavem i ve stáří je stav dobré fyzické i duševní kondice a s tím související soběstačnost až do vysokého věku. Z toho je třeba vycházet při jakémkoli uvažování o zdravotních a sociálních potřebách starších lidí, neboť jejich cílem by měla být snaha co nejvíce zlepšit zdravotní stav a kompenzovat případné poruchy tak, aby byla co nejvíce zachována a podporována právě soběstačnost. Na druhé straně právě ve stáří některé nemoci a poruchy přicházejí častěji a lidé vyššího věku jsou také častějšími klienty pro zdravotní a sociální služby.
Péče o starého člověka by měla vycházet ze zásady, že je třeba jej udržet v jeho domácím prostředí tak dlouho, jak je to možné. Ústavní péče by měla mít tolik

forem, aby byla možnost volby a plynulého přechodu od bydlení až k ošetřovatelské péči na lůžku.

Podle typu péče můžeme rozlišovat:

péči akutní

péči rehabilitační

dlouhodobou až trvalou zdravotně sociální péči

Podle místa poskytování:

péči ambulantní a domácí – pečovatelská služba, domácí ošetřovatelská péče

péči stacionární – denní centra (domovinky)

péči ústavní – nemocnice, LDN, domovy důchodců, domy s pečovatelskou službou

Z uvedených dimenzí pak vyplývají jednotlivé varianty organizace služeb.

Nemocnice

Cílem akutních nemocničních oddělení včetně specializovaného geriatrického oddělení by mělo být navrácení zdravotního a funkčního stavu, v jakém byl pacient před onemocněním a jeho navrácení do původního prostředí. V současnosti se nemocnice potýkají se stavem téměř naprosté neexistence akutních geriatrických lůžek.

Rehabilitační péče

Starší lidé potřebují k uzdravení delší dobu než lidé mladšího či středního věku. Cílem rehabilitační péče je navrácení soběstačnosti, kompenzace chybějících funkcí, zhojení defektů a zlepšení celkové kondice tak, aby se senior mohl vrátit do původního prostředí.

Dlouhodobá péče

Pokud nadále trvá chronická zdravotní problematika, jsou potřeby pacienta nikoli výhradně zdravotní, ale je třeba řešit jeho situaci komplexněji. Potřeba zdravotní péče nepominula, ale je méně intenzivní. Stav pacienta a jeho dlouhodobá neuspokojivost vyžadují také řešení sociální.

Do obdobné situace, kdy potřebují zdravotní i sociální péči, se dostávají také někteří obyvatelé domovů důchodců a ústavů sociální péče v důsledku chronického zhoršování zdravotního stavu. Jde o skupinu velmi podobných pacientů, ke kterým se naše společnost chová dosud velmi diskriminujícím způsobem. Ve zdravotnických zařízeních jsou tito pacienti nechtění, protože jsou neperspektivní, chroničtí, sociální. Je tendence stále je překládat ze zařízení do zařízení. Dostává se jim sice nutného

ošetření, často však v neosobním prostředí, nerespektuje se právo na kvalitní život. Veškerá péče je však poskytována zdarma, a to i dlouhodobě. Následkem toho existují tzv.”odkládající rodiny”, které si docházejí pravidelně do léčeben pro dlouhodobě nemocné či psychiatrických léčeben pro důchody pacientů, často zvýšené pro bezmocnost.

Pro domovy důchodců a ústavy sociální péče jsou tito pacienti často příliš nemocní, ošetřovatelsky nároční, nehybní či naopak neklidní. Systém sociálních služeb s nimi nepočítá. Zdravotní péče v těchto zařízeních je stále považována za zvláštní formu ambulantní péče. Ošetřovatelství v zařízeních sociální péče není dosud v podstatě legalizováno.

Sociální hospitalizace

Jedná se o pobyt pacienta ve zdravotnickém zařízení poté, co už pominula zdravotní indikace. Nejčastěji se jedná o člověka, který byl léčen, rehabilitován, jeho stav je velmi uspokojivý, takže je schopen být doma za předpokladu určitého servisu. Tímto se myslí zajištění služeb např. typu nouzového volání v případě akutního zhoršení stavu, určité úpravy bytu, vybavení kompenzačními pomůckami, poskytování některých, převážně sociálních služeb a občasných návštěv domácí péče. Právě zajištění těchto služeb je však u nás naprosto deficitní, a proto zůstávají v sociálních i zdravotnických zařízeních ti pacienti, kteří pobyt sice potřebují, ale s minimálními zásahy v terénu by jej skutečně nepotřebovali.

Domovy důchodců a domy s pečovatelskou službou

Starému člověku se nevyhnutelně zužuje životní prostor a velice lpí na známém prostředí. K přestěhování do ústavu svoluje nerad a většinou tehdy, kdy už není schopen se sám o sebe postarat. U sociálních pracovnic se předpokládá, že znají poměry ve svém obvodě. Seznámí seniora s nabídkou všech zařízení, které má město k dispozici. Pomohou s vyplněním přihlášky, tu pak předají příslušnému odboru sociálních služeb, který je odborným garantem pro tuto činnost. Potom následuje nezbytné ověření zdravotního stavu žadatele a jeho sociální situace. Po proběhlém přijímacím řízení je vydáno Rozhodnutí o zařazení do pořadníku čekatelů na umístění do domova důchodců. Po přestěhování do domova důchodců je možno pozorovat typické úzkostné reakce – útlum, nechutenství, zhoršení zdravotních obtíží. Největší obtíží je ztráta vazeb na dřívější prostředí, na známé lidi, oslabení

kontaktu s rodinou, omezené soukromí, dezorientace v novém prostředí, v nových vztazích k neznámým lidem.

Přechod do penzionu je snadnější, protože nové prostředí ponechává starému člověku více autonomie. Tito lidé jsou také soběstačnější než kandidáti na pobyt v domově důchodců. Nevyřešeným problémem jsou dlouhodobá onemocnění obyvatelů, která dříve nebo později vyžadují plnou péči, tedy přechod režimu tohoto zařízení na režim podobný domovu důchodců. Naše instituce nejsou tak pružné, aby dokázaly svoje služby přizpůsobit měnícím se potřebám klienta. Klient je proto předáván z jedné instituce do druhé, což ho stresuje.

Psychiatrická léčebna

Do psychiatrické léčebny na gerontopsychiatrické oddělení se většinou dostanou staří lidé trpící demencí, kteří se neumí sami o sebe postarat. Někdy jsou nalezeni na ulici, jak bloudí a neznají cestu domů, občas je zde přemístí z domova důchodců a jsou bohužel i takové případy, kdy je pacient zde odložen rodinou, která o zapomnětlivého dědečka či babičku nehodlá dál pečovat.

Psychiatrická léčebna funguje jako každé jiné zdravotnické zařízení. Pobyt zde je hrazen plně zdravotní pojišťovnou, pacienti nadále pobírají starobní důchod, občas zvýšený o dávku na bezmocnost. Chod oddělení se řídí denním řádem, jehož nedílnou součástí je vizita, podávání jídla a léků, denní aktivity a návštěvy příbuzných. Jejich počet vzrůstá vždy v termínech výplaty důchodů.

Při příjmu musí pacient podepsat prohlášení, že souhlasí s umístěním. Pokud je zbaven způsobilosti k právním úkonům, podepisuje jeho opatrovník. Někteří pacienti nechápou účel svého pobytu, ale prohlášení přesto podepíšou. Nově přijatí pacienti jsou vyšetřeni soudním psychiatrem, který jejich pobyt uzná či neuzná za nutný. Při příjmu je nový pacient umístěn na přijímací oddělení, kde jsou mu provedena veškerá odborná vyšetření (psychiatrické, interní). Na základě stanovené diagnózy je pak pacient umístěn buď na uzavřené nebo na otevřené oddělení. Doba hospitalizace se řídí zdravotním stavem. Někteří již nemohou být propuštěni domů a čekají zde na umístění do domova důchodců či jiné instituce.

Jako léčebné postupy jsou zde aplikovány hlavně farmakoterapie a psychoterapie – skupinová i individuální. Skupinová terapie je zaměřena hlavně na procvičování kognitivních funkcí. Jako prostředek k tomu slouží hlavně hra. Používají se zde i různé pomůcky pro procvičení hmatu, čichu a sluchu. Pacienti také rádi tančí a zpívají. Řeší i nejrůznější konstruktivní úlohy – puzzle, skládačky, hlavolamy,

procvičuje se slovní zásoba a tvořivost. Využívá se zde i ergoterapie – šití, vyšívání, pletení, výroby hraček. Skupinová terapie také pomáhá k obnově sociálních vztahů. V rámci skupiny lze také provádět muzikoterapii a arteterapii. Cílem je aktivovat zájem, tvůrčí schopnosti, překonávat zábrany a strach.
Arteterapie jako jeden z psychoterapeutických postupů pracuje s výtvarnými projevy dětí a mládeže za současného využití různorodého spektra výtvarných metod a prostředků. Jako významná diagnostická metoda zároveň pomáhá klientům různého stupně tělesného a mentálního postižení, podporuje neverbální formou hladší a bezprostřednější vyjadřování přání a emocí, fantazii a spontaneitu, výtvarnou kreativitu a talent. Využití pestrého ručně-technického materiálu předpokládá zapojení jemné motoriky, jež je ve většině případů poškozena.
Kreativita v elementárních výtvarných činnostech směřuje ke snazšímu vyhledávání talentovaných jedinců a následně vyúsťuje v prezentaci jejich výtvarných děl. V oblasti výtvarné se děti a mládež realizují mnoha méně či více obvyklými výtvarnými technikami - keramika, grafické techniky, kombinované techniky, prstomalba, muzikomalba, koláže, práce s textilem aj.

Muzikoterapie
Muzikoterapie pracuje jak se skupinami klientů stejného věkového a mentálního stupně, tak s jednotlivci. Počítá s rozvojem specifických vokálních a instrumentálních hudebních schopností. Aktivní forma muzikoterapie se uskutečňuje v hudebně-pohybových hrách, v elementárních pěveckých a instrumentálních dovednostech s pozitivním působením na psychomotoriku, hravost a tvořivost. Tyto schopnosti a dovednosti pak mohou umožnit talentovaným klientům ovládnutí hry na hudební nástroj či dlouhodobou pěveckou aktivitu včetně prezentace.
Také prvky z oblasti dramatické výchovy (pantomima, tanec, rytmizace, přednes) obohacují činnost Centra. Vše je doplněno a prolnuto relaxačními technikami, které v mnoha případech mají také nemalý terapeutický význam.

Instituce a její historie

Slovo *instituce* pochází z latinského instituce (zařizovat, zřizovat). Označuje se jím udržovaný zákon, zvyklost, praxe a také organizace…“ 5) „Většina lidí žijících na severní polokouli se narodila do světa, který přirozené komunity opustil, zapomněl na ně. Společnost se stala atomizovanou, institucionalizovanou, anonymní, výkonovou. Zodpovědnost k ostatním se přesouvá na instituce. Utrpěla i jedna z nejpřirozenějších komunit - rodina. Rodina ve smyslu rodiny široké, nositele tradic, kontinuity. Utrpěly i rodiny nukleární a zůstávají jen jako instituce stanovené státem bez vztažnosti a přesahu. Dnešní moderní západní společnost tak postupně přichází o přirozená společenství, čímž mizejí i jejich funkce. Jednou z nich je bezesporu péče o své potřebné: nemocné, staré, děti bez rodičů, mentálně i jinak postižené atd. Co s takovými lidmi dál? Vytvořili jsme pro ně chráněná prostředí. Nové domovy. Podle vzoru svůj k svému. Starý ke starým. Opuštěný k opuštěným. Koho ale chrání chráněná prostředí? Naše potřebné? Nebo nás, kteří je nepotřebujeme?“ Statistiky ukazují, že institucionální péče je mnohem nákladnější než např. asistenční služby pro seniory a jiné služby vycházející z komunitní filosofie sociální práce. Nechci se opírat o statistiky jako o východisko, tím je pro mne přirozenost lidské bytosti. „ Ústav je do jisté míry světem sám pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí. Ústav je spjat s třemi archaickými lidskými zkušenostmi: zkušeností rodiny, zkušeností obce, a zkušeností vyhoštění, vyobcování.“

„Chronologicky nejstarší zmínky vztahující se k ústavní péči se týkají ústavů léčebných. Šlo o místa, kde se setkávali nemocní a lékaři. Ze starého Řecka a Říma známe jakési malé „kliniky“, které si zřizovali lékaři ve vlastních domech. Nemocní zde byli hospitalizováni na krátkou dobu. Prostředky na tato zařízení poskytovala obec. Jsou doloženy dvě dvorní nemocnice z císařského Říma, a to mužská a ženská. Dále pak nemocnice vojenské a venkovské.

Z antiky nejsou zmínky o zařízeních pro chudé, sirotky, nebo lidi jakkoliv hendikepované. Děti, které se narodily postižené byly zabíjeny nebo odkládány. Přestupky proti zákonu byly řešeny rychle: peněžitou pokutou, tělesným trestem nebo smrtí, nikoliv však odnětím svobody a separací v instituci. To nahrazoval trest

vyhnanství. Lidé nemocní, duševně, tělesně či jinak hendikepovaní byli v antice přirozenou součástí společnosti, která neměla potřebu je separovat.
Teprve s křesťanstvím se objevily útulky pro chudé, hendikepované či sirotky. Vznikaly kláštery, jejichž kněží často poskytovali péči potřebným a tato péče zůstala v rukou moci duchovní až do konce středověku, kdy se o tento fenomén začíná starat i moc světská. V polovině šestnáctého století kodifikoval Ferdinand I. *domovské právo*, v němž se ukládá obcím povinnost pečovat o své chudé. Ty se tím staly, vedle církve, dalšími zřizovateli ústavů. Koncem sedmnáctého století začali být ze společnosti vylučováni duševně nemocní a mentálně retardovaní. Zřizovaly se pro ně ústavy. V osmnáctém a devatenáctém století se výhradním zřizovatelem stal stát a ústavy se začaly profilovat do podob, strukturovaných v systémech, které známe dnes (nemocnice, trestnice, polepšovna atd.).
Člověk, který je nucen žít v ústavu nebo se pro takový život rozhodne dobrovolně, ztrácí svůj přirozený domov, kontakt s kořeny, své přátele a získává diagnózu, lepší či horší unifikovanou péči vycházející ze standardů stanovených jinou institucí, v našem případě Ministerstvem práce a sociálních věcí.

5) Králíček,L.; Rozvoj občanské společnosti je v rozvoji komunitní práce,PVŠPS,2002

Problematika špatného zacházení se starými lidmi

Fyzické a psychické týrání je závažný společenský problém, který se nejvíce dotýká především tří skupin obyvatel – malých dětí, seniorů a mentálně postižených. Následující sdělení se bude zabývat tímto problémem u seniorů.
Stárnutí a stáří by nemělo znamenat konec aktivního života po stránce fyzické ani psychické. Řadu činností lze úspěšně provozovat až do vysokého věku. Jsou ale lidé, kteří toho nejsou z důvodu fyzických nebo psychických problémů schopni. Ubývá jim fyzických sil i psychických schopností, často v důsledků nemocí či sociálních změn (ukončení zaměstnání, úmrtí životního partnera aj.). Mnohdy dochází ke zhoršení schopností přizpůsobit se změněným životním situacím, ke změnám chování i k fyzickému zhoršení stavu a v důsledku toho větší závislosti na pomoci druhých.
Formy domácího týrání
U této skupiny lidí je vyšší riziko ohrožení násilím jak v domácím prostředí, tak ve zdravotnických nebo sociálních zařízeních. Může jít o podobu fyzického násilí nebo psychického týrání a nátlaku, případně kombinaci obojího. Fyzické násilí může spočívat v bití, pálení, sexuálním zneužívání apod., psychické násilí může mít podobu ponižování, pohrůžek, výčitek, že vše pokazí, že překáží a zabírají místo. Dalším možným rizikem je finanční a majetkové vydírání, např. odebírání finančních prostředků, nucené převody majetku. Může jít i o vědomé zanedbávání péče druhou osobou – omezování potravy, tekutin, zanedbávání péče o osobní hygienu a čistotu prostředí, v němž senioři žijí, nedostatečné a nevhodné oblečení, neposkytnutí možnosti lékařské péče. V domácím prostředí bývá špatné zacházení pro okolí po dlouhou dobu skryté. Týraná osoba se jednak bojí svěřit, aby nebyla více ztrestána, anebo na svých nejbližších i přes týrání lpí a nechce připustit, že s ní špatně zacházejí.
Velmi důležitou roli v odhalování násilí mají zdravotníci a profesionální pečovatelé. Ti mohou při svých návštěvách u seniora citlivým pohovorem, sledováním chování jeho i rodinných příslušníků a stavem prostředí, v němž senior žije, špatné zacházení odhalit. Senior by měl mít možnost mluvit se zdravotnickým nebo sociálním pracovníkem v klidném, důvěrném prostředí bez přítomnosti druhé osoby a jeho vyprávění by nemělo být zlehčováno. Projevy fyzického násilí – škrábance, podlitiny

a jiná zranění – by měly být vážným varováním a profesionál by měl svá podezření na fyzické násilí ohlásit policii ČR a odboru sociálních věcí příslušného úřadu. Také ve zdravotnických zařízeních a v ústavech sociální péče může docházet k fyzickému i psychickému týrání seniorů a mentálně postižených, kteří jsou na zdejším personálu většinou zcela závislí. Násilí zde může mít stejnou podobu jako v domácím prostředí a jeho odhalování nemusí být také jednoduché. Může být komplikováno pocitem seniorů, že jsou personálu vydáni na milost a nemilost a že by upozornění na problémy mohli svou situaci spíše zhoršit. Může jít i o to, že postižení nejsou pro svůj psychický stav schopni na problémy upozornit. Výběru ošetřovatelského personálu v těchto zařízeních by proto měla být věnována zvýšená pozornost. Měl by být kladen důraz na schopnost empatie, na trpělivost a vlídné chování. Je třeba vytvářet kolektivy pečovatelů, kteří mají o tuto práci zájem, vytvořit jim k tomu co nejvhodnější podmínky a předcházet syndromu vyhoření. Pomocí edukačních programů věnovaných optimalizaci a profesionalizaci přístupu k seniorům a dlouhodobě nemocným je třeba zajišťovat kontinuální vzdělávání všech kategorií pracovníků. K tomu lze využívat i nově zaváděnou metodu videotréninku interakcí, která pomáhá odhalovat nedostatky v komunikaci především s mentálně postiženými a jinými handicapovanými lidmi. Je nutné stále sledovat průběh ošetřovatelského procesu, nepodceňovat sebemenší náznaky špatného zacházení, podezření objektivně vyšetřit a ze zjištěných nedostatků vždy vyvodit přísná opatření.

Komunikace:

Otázka komunikace se staršími lidmi je poměrně zásadní. Je velmi důležité, abychom si jasně vymezili cíl komunikace, její smysl a účel. Měli bychom si najít takovou polohu, ve které se budeme cítit dobře my i oni. Jistá úcta v komunikaci je žádoucí. “Musí však být prokazována lidské bytosti jako takové, ne stáří samotnému. Přitom však je důležité mít na zřeteli ony psychofyziologické aspekty stáří, které komunikaci mění. To, jak se starým člověkem komunikujeme je zároveň jeho zrcadlem. Pokud bychom prokazovali příliš velkou úctu, nikdy bychom se nedostali za hranici našich rolí, nikdy bychom se lidsky nepotkali. Lidé, kteří na sobě teprve začínají poznávat přicházející stáří, pozorují větší odstup a formálnost obou stran, jak mladých, tak starých, která někomu vyhovuje, někomu ne.” Staří lidé mají obrovskou potřebu, někdy velmi málo uspokojenou, komunikovat. Nechtějí si s sebou odnést svůj příběh, chtějí jej ještě sdělit a sdílet. Přes počáteční nedůvěru a odmítání se velmi záhy otevírají a rozhovoří. Jejich vyprávění bývají velmi emotivní.

Prostor pro duchovní dimenzi a ideál stáří:

Když se tělesný a duševní stav zhoršuje, zbývá člověku poslední dimenze. Jde o dimenzi duchovní, jak ji nazývá V.E.Frankl. Ta zůstává přes veškeré omezení těla a duše svobodná. Pokud se člověku v etapě stáří podaří rozvinout tuto „dispozici“, dochází k integraci svého života, k něčemu, co Erikson popisuje jako gerotranscendenci. Tento posun v nazírání je doprovázen klidným stavem mysli a vzestupem životní spokojenosti. Starý člověk, jenž dokázal učinit tento „skok“, může být právem považován za „ideál stáří“. Jeho život se dál ubírá smysluplnou cestou směrem ke zrání a moudrosti.

Já se v této práci zmiňuji spíše o starých lidech, kteří tohoto stadia nedosáhli nebo ještě nedosáhli. Tato práce je mojí osobní impresí, odrazem převažujících dojmů, jak jsem je při své práci, ale i ve vlastní rodině doposud nasbírala. Je nutno dodat, že se setkávám se starými lidmi, kteří věkem spadají do kategorie kmetství a často navíc trpí různými nemocemi. Postupně je dokonce možné u některých z nich pozorovat charakteristické rysy pro vývojová období dětství. Avšak chybí zde ony prvky, jež jsou motorem k vývoji jedince. Starý člověk pak jakoby naopak klesal na stále nižší vývojovou úroveň. Tak jako kdysi bezmocný přišel na svět z něj také odchází. Jeho život byl složitou cestou na horu, na jejímž vrcholu není možné se udržet po celou dobu. Někdy se jde zase těžce a s odporem dolů, jindy člověk lehce sklouzne. Je to však vždy špatný krok onoho člověka či je to „pád“, na němž nese svůj podíl viny i okolí? (zde nemám na mysli příčiny nemoci) Odpověď je nejednoznačná a vlastně zde ani není nutná. Jako taková je tato otázka důležitější, protože by si ji měl položit každý sám a sám na ní také odpovědět. Často nevíme, jaký máme ke starému člověku zaujmout postoj. Někdy ve snaze navrátit mu hodnotu a ukázat zájem sami sklouzneme na špatnou cestu a mluvíme s ním spíše jako s dítětem než s dospělým člověkem. Tím mu nechtěně bereme hodnotu stejně jako ostatní. Starý člověk buď vzdoruje nebo zjistí, že pozice malého dítěte je leckdy výhodnější.

Otevřené závěry o stáří:

Kolik máme vlastně zkušeností s tak starými lidmi, s takovým spektrem nemocí, když se lidé ještě v nedávné době zdaleka nedožívali tak vysokého věku? „V roce 1945 činil průměrný věk 50 let.“6) Zdá se tedy, že snad máme ještě právo chybovat a jako rodiče často nerozumí svým dětem a vice versa, nerozumíme asi ani my svým starým rodičům a prarodičům. Pokud je ale budeme odstavovat na vedlejší kolej, patrně k tomuto vzájemnému porozumění nikdy nedojde.

6)Haškovcová,H.: Fenomén stáří, Praha, Panorama, 1990, str.61

Komunita a společenství:

Komunita v širším slova smyslu je termínem pro lidské společenství v určité lokalitě nebo pro skupinu lidí sdílejících společné zájmy. (Hartl,2000) Z hlediska sociologie jde o sociální útvar, jehož příslušníci jsou spojeni určitou spřízněností. Pojem je používán v mnoha významech. Ve smyslu tradiční komunity jde o útvar propojený příbuzenskými vazbami, s prostorovými hranicemi, ekonomicky soběstačný, nadaný autoritou vůči vlastním i cizím a poskytující ideovou oporu. Dnes je pojem komunity také označením spřízněných často interagujících jedinců sdílejících určitou identitu bez ohledu na místo jejich pobytu. (Jandourek,2001) Přirozená komunita je symbiotickým systémem dávajícím jedinci pocit užitečnosti, sounáležitosti a zodpovědnosti k ostatním. Zároveň mu dává možnost jedinečnosti, neboť bez ostatních by nebyl schopen sám sebe poznat a pochopit, ani svoji individualitu. Člověk je tedy od přirozenosti tvorem společenským ve své potřebě bytí s druhými. Jde mu o jeho bytí a je schopen rozvíjet se pouze skrze ostatní a vztahy s ostatními. A na rozdíl od zvířat si je člověk důležitosti těchto vztahů vědom. Přesto dochází k paradoxům, kdy společenské tendence jdou spíše proti přirozeným komunitám nebo si nejsou vědomi důsledku svého konání. Tato tendence je patrná zejména ve vyspělých zemích a postihuje celou společnost. Nejde tedy o nic menšího, než o celospolečenskou změnu myšlení, konkrétně směrem k myšlení komunitnímu. Budu-li ještě konkrétnější, jde o to, abychom pochopili, že je pro nás (jednotlivcem počínaje a státem jako celkem konče) výhodné nezbavovat se osobní zodpovědnosti za své okolí jejím přenesením na instituce.

Fenomén domova:

Významným prvkem v lidském společenství, v každém životě jednotlivého člověka je fenomén domova. Domov je jakýsi souhrn bližních, se kterými jedinec strávil na jednom místě delší období svého života, přičemž má k těmto lidem i místu hluboký citový vztah. Domov jsou kořeny, úrodná půda, z níž člověk jako rostlina žije a kterou ke svému růstu potřebuje. Bez domova je pak jako loď na rozbouřeném moři hledající břeh, kde by v bezpečí zakotvila. Domov je jistota a bezpečí, klid před bouří celého světa a to i navzdory drobným bouřím uvnitř mezi jeho obyvateli-rodinou. Mít domov, moci říct: "*Tady jsem doma*." je pocit, který nelze ničím nahradit. Odchod seniorů do DD znamená získání domova nového, avšak je s ním spojená ztráta domova původního, toho, na který byli zvyklí, kde se narodili nebo kde dlouho žili, který si během let budovali, kde pracovali, vychovávali děti, kde měli své přátele a známé. Tato změna společně s uzavíráním se do sebe, které je pro toto životní období charakteristické a nutné pro bilancování vlastního života směrem ke smíření se s ním, může být tragická. Zdá se, jakoby ono uzavírání se starých lidí do sebe bylo návratem k sobě, k počátkům, k jistotě domova. Proto staří lidé tak rádi vzpomínají na dětství a mládí. Někdy je přirovnáváme k malým dětem. Ale co je pro malé dítě nejdůležitější? Opět domov, a to jsou naši rodiče, naše děti, naši blízcí, „*naši*".

Analýza pobytu seniorů v DD:

Následně uvádím velmi stručný nástin současné situace obyvatel žijících v DD. Senioři přicházejí do našeho DD dobrovolně, na základě vlastního rozhodnutí a vlastního souhlasu. Není smyslem přijmout do domova důchodců seniora, který zde být umístěn nechce, protože potom by jeho pobyt zde byl obtížný ať již z hlediska jeho, jako klienta či z hlediska personálu. Starý člověk se musí vyrovnávat hned s několika skutečnostmi najednou. Opustil domov, kde strávil většinu života, opustil své sousedy a místa dobře známá. Takovéto změny jsou těžké snad pro každého a pro staršího člověka o to více. Vyrovnává se s postupující involucí, která ho nejvíce omezuje po stránce tělesné, trpí nejrůznějšími nemocemi a bolestmi, jak bylo zmíněno výše. Zejména již popsaná ztráta domova a známého sociálního okolí je velkou zátěží na psychiku seniorů. Dnes je již doba, kdy většinou senior je seznámen s domovem důchodců, kam se chystá odejít a náš personál dělá pro informovanost budoucích klientů a jejich rodin o našem DD maximum. Nechybí úvodní představení a uvítání do DD, nechybí pomoc při navazování kontaktů s ostatními obyvateli. To, jak se kdo s novým domovem vyrovnává je opět velice individuální. Někdo si zvykne "snadno", najde i nové známé a přijme režim instituce za svůj. Jsou lidé, kteří si zvykají jen velice těžko a musí bojovat s pocity samoty, strachu, připadají si odložení, zbyteční a vědomí toho, že domov důchodců je jejich domovem posledním, jim připomene blízkost smrti a její neodvratnost. Proto je důležitý individuální přístup personálu k jednotlivým seniorům, který je dnes již vidět téměř ve většině případech, jelikož je velmi důležitý. Někdy je třeba vynaložit větší úsilí, aby bylo dosaženo spolupráce. Z tohoto důvodu je nutné mapovat zbývající potenciál a plánovat individuální program aktivit a podpory.

Komplexní služby instituce jsou poskytovány plošně, a tak kromě těch, kteří je vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebují je užívají i ti, kteří by se o sebe mohli postarat sami. Mám tím na mysli domácí činnosti jako je úklid a vaření nebo praní. Činnosti, které byly pro mnohé jedinou náplní dne. Lidé, kteří jsou svou povahou pasivní, tak mohou upadnout do apatie a deprese, což může mít destruktivní následky. Avšak ani ti, kteří byli během svého života aktivní nejsou chráněni od tohoto rozpoložení, neboť se nejsou schopni vyrovnat s omezenými možnostmi a ubývajícími silami. Jak se člověk se stářím vyrovnává je tedy do jisté míry závislé na osobnostním ladění v průběhu života, v jeho stylu a přístupu k němu. Stárnutí je

nepochybně proces velmi složitý, jehož zvládnutí si žádá mnoho sil, příprav a podpory, které se starému člověku v instituci nedostává, spíše naopak.

Aktivizace ve stáří

Důsledná aktivizace člověka přispívá k harmonii jeho tělesného i duševního potenciálu. Za velmi prospěšnou, ale doposud opomíjenou se považuje také příprava na období stáří, a tím i na duševní, fyzické a sociální změny.
Aktivizace by se měla týkat fyzické i psychické strany jedince, ale je třeba brát zřetel i na individuální rozdíly. Fyzická aktivizace zlepšuje tělesnou kondici, a tím ovlivňuje i duševní zdraví. Fyzická i psychická aktivizace mají vycházet z přání a možností jedince-aby chtěl, uměl a mohl tuto činnost provádět. Pasivita seniorů může mít mnoho příčin, především finanční, vztahové (brání mu okolí, rodina), psychické i zdravotní (bolesti, únava, obtížná chůze, poruchy zraku, sluchu aj.) Důležitá je aktivizace u seniorů se smyslovými vadami a poruchami hybnosti, kteří mohou být ohroženi imobilizačním syndromem. Psychická aktivizace je nutná především u jedinců depresivních se sklony k izolaci od okolí a s apatií, která bývá nejčastěji zapříčiněna neúspěšnou adaptací na stáří nebo osobní situaci (osamělost, ztráta smyslu života, zájmů). Tyto pocity bývají velmi časté u obyvatel domovů důchodců či ošetřovatelských ústavů. Zvláštní kategorií jsou dementní senioři, kteří se stávají „cizinci ve světě, kterému přestávají rozumět, v němž se přestávají orientovat“.
Metody aktivizace seniorů
Metod, jak aktivizovat staré lidi, je celá řada: pomoc při nalézání smyslu života a motivace k dalšímu úsilí, posílení identity, důstojnosti a sebeúcty, využití aktivizačních a kompenzačních pomůcek, posílení pocitu sounáležitosti, opory a jistoty oproti pocitu opuštěnosti, umožnění prožitku úspěchu a pocitu, že to jde, trénink paměti u lidí s Alzheimerovou demencí, využívání domácích zvířat k vytváření psychické pohody, ergoterapie (léčba prací), zájmové kroužky, různé soutěže,které ve zvýšené míře produkují prožitky radosti a štěstí, poznávací výlety a různá kulturní vystoupení, olympiády pro seniory

Práce s klientem: Aktivizační program pro seniory:

Rozdělení klientů do skupin

- spolupracující klient orientovaný
- spolupracující klient orientovaný s pohybovým omezením
- spolupracující klient s příznaky demence
- spolupracující klient s pohybovým omezením a příznaky demence

Jak by měly jednotlivé skupiny vypadat

Skupinu tvoříme s ohledem na klientovy schopnosti a možnosti, na jeho zájmu o nabízenou aktivitu a v neposlední řadě na jeho sociální přizpůsobivosti pracovat kolektivně.

Skupina by neměla mít více než 10 účastníků. Můžeme do jednotlivých skupin zařadit i klienty se zhoršenou orientací v čase a prostoru, vždy však s ohledem na připravovaný program regulujeme jejich počet.

Nemáme-li dostatek vozíků, přizpůsobíme skupinové sezení klientům s pohybovým omezením tak, aby se mohli zúčastnit. Skupinu přesuneme k lůžku klienta.

Skupinové programy pravidelné, by měly mít svůj pevně stanovený den, místo a čas.

Skupinové trénování paměti

Do skupiny trénování paměti doporučuji vybrat víc jak polovinu klientů orientovaných. Ti pak mohou motivovat ostatní k větší vnímavosti a spolupráci.

V opačném poměru hrozí riziko, že skupina ztratí trpělivost s pomalejšími klienty a může vzniknout konflikt mezi klienty.

Skupinu by měly vést dva pracovníci, z nichž jeden vždy pozoruje skupinu jako celek a vztahuje do programu nesoustředěné účastníky, dbá na udržení pozornosti klientů k danému tématu. Druhý pracovník pak vede připravené techniky. Tato část se připravuje dvacet, maximálně třicet minut. V tomto čase pracuje skupina celá, každý z účastníků by se měl zapojit aktivně. Pak by měl program dělit jiný prvek, nevyžadující soustředěnou pozornost. Můžeme zařadit pohyb s hudbou nebo písničku nebo jen povídání na aktuální téma. U dalších technik není důležité, aby každý dokázal odpovědět nebo reagovat, spíš dbáme na to, aby si klienti vzájemně pomáhali.

Klienty oceňujeme za jejich spolupráci a vzájemnou pomoc.

Program sestavujeme na jednu hodinu čistého času.

Skupinové kondiční cvičení

U sestavování skupiny kondičního cvičení není důležité orientovanost klienta, ale spíš jeho ochota spolupracovat.

Dbáme na přípravu prostoru, ve kterém se cvičení odehrává. Větratelná a prostorná místnost je podmínkou.

Čas, který věnujeme připravené sestavě cviků, by opět neměl přesáhnout třicet minut. Chceme-li připravit program hodinový, proložíme jej zpěvem, technikou z programu paměti nebo koordinační cviky, které nejsou fyzicky náročné.

Skupinu by měl vést jeden pracovník, který jednotlivé cviky předcvičuje a asistent, který dopomáhá klientům ke správnému provedení cviku. Opět klienty povzbuzujeme a oceňujeme. Cvičení s pomůckami, jako jsou šátky, hole, balóny a jiné, je vždy pro klienty zajímavější.

Skupinové pracovní aktivity

Pro přípravu skupinové práce je zapotřebí dostatečný počet pracovníků. Ideální stav je jeden pracovník na dva klienty. Je dobré, když oba klienti pracují na stejném výrobku. Zde je důležitá příprava a jasný postup. Práci musí mít pracovník rozdělenou pro oba klienty. Necítí-li klient pracovníkovu pozornost, může to u něj vyvolat pocit nedostatečnosti a příště by mohl spolupráci odmítnout.

Techniky využívané v ergoterapii:

Práce s papírem – mozaikové koláže, vystřihované koláže, koláže z mačkaného papíru, výroba ručního papíru, vystřihované nebo trhané krajky z papíru, vysypávané obrazy kořením, pískem, barvenou solí…, výroba papírových květin a jiné

Práce s barvami – zapouštění barev různými způsoby, nanášení barev pomocí tiskátek, houby, textilem s různou strukturou, štětcem, prsty..

Práce s vlnou – pletení, háčkování, tkaní

Pro klienty je důležité znát další využití výrobku. Dárek pro někoho blízkého, výzdoba společných prostor, prodej výrobku na nějakém dobročinném bazaru, a jiné. Tato aktivita by rovněž neměla přesáhnout jednu hodinu čistého času. Tedy bez přípravy a úklidu.

Skupinová muzikoterapie

Výběr klientů do této skupiny není dán jiným kritériem než klientovu schopností zařadit se do skupiny.
V přípravě skupinové muzikoterapie máme víc možností. Můžeme použít reprodukovanou i živou hudbu, různé drobné hudební nástroje jako například triangly, bubínky, různá chrastidla a předměty, které vydávají příjemný zvuk. Můžeme klienty požádat o návrhy na oblíbené a známé písně nebo přizpůsobit výběr písní určitému tématu,jako je květina, láska nebo písně začínající určitým písmenem a jiné.
Tato skupina může mít i větší počet účastníků. Opět je lepší, když mohou tuto aktivitu vést dva pracovníci. Není nutné, aby zpěv byl dokonalý, ale aby se klienti aktivně zapojili. Vybavování textů a zpěv je kombinace dechového cvičení s trénováním paměti.
Další skupinové aktivity jednorázové, nepravidelné:
- pečení moučníků
- příprava oslav narozenin a jiných významných výročí
- sportovní hry
- sázení nebo přesazování květin
- různé turnaje ve společenských hrách
- kuželky
- výlety
- kulturní akce

Individuální terapie na lůžku – čtení novin, čtení na pokračování
- pracovník věnuje pozornost jednomu klientovi, vždy v předem domluveném či pravidelně se opakujícím čase
- tato aktivita je vhodná pro klienty nekomunikativní, trvale ležící, se zbytky zraku
- pracovník jde ke klientovi připraven
- součástí vzájemné dohody je výběr čteného textu a čas, který vyhovuje oběma stranám
- pracovník během čtení neodbíhá, věnuje svoji plnou pozornost jednomu klientovi
- klient dostává od pracovníka důležité informace (ještě stojí někomu za pozornost, může se na personál spolehnout, nemusí mít strach, když o něj pečují tak spolehliví lidé)

Náměty k programům a činnostem:

Je důležité, aby obyvatelé pokračovali ve vztazích, které měli před odchodem do domova důchodců. To znamená, aby je rodina a přátelé navštěvovali, aby pracovníci pomáhali udržovat s nimi písemný styk, popřípadě telefonovat. Je potřeba navázat také nové vztahy,a to je usnadněno při společném jídle, účastí ve skupinách, kroužcích, při hrách a ostatních programech.
Jedním z nejtěžších úkolů je přimět obyvatele,aby si spolu povídali. Ačkoli se vždy najde někdo, kdo toho napovídá až příliš , přesto se dá říci, že většina lidí má problém navázat kontakt a začít rozhovor. Je často třeba, aby začal někdo jiný. Vedoucí skupiny stimuluje konverzaci otázkami a nechá obyvatele, aby se rozhovořili. Když konverzace začíná váznout, podpoří ji další otázkou. Dbá, aby se do rozhovoru zapojili všichni a nenechá nikoho konverzaci ovládnout.
Interakci zvýší tím, že každého obyvatele, když vstoupí do místnosti, pozdraví a osloví jménem. Požádá, aby se všichni navzájem pozdravili a podali si ruku. Nové účastníky představí. Stálým opakováním si obyvatelé jména lépe zapamatují.
Následující činnosti mají sloužit k bližšímu seznámení, navázání hovoru a styku se spoluobyvateli.

HRY
Možno hrát hru „Spřátelme se“. Obyvatelé se navzájem představují a mluví o sobě. Možno obměnit tím, že jeden představuje druhého, když se o něm po krátkém rozhovoru něco dozvěděl
Hra „Líbí se mě na vás“ : Obyvatelé sedí v kroužku a jeden po druhém si sedá doprostřed. Ostatní účastníci říkají, co se jim na něm líbí. Může to být jak část oblečení,tak nějaká vlastnost, tělesný vzhled, úsměv, atd. Příklad: Líbí se mi váš úsměv, vaše zástěra, váš smysl pro humor, vaše oči, atd. Za pochvaly se neděkuje, nemluví se, nikdo nic nevymlouvá, nebrání se. Tato hra zvyšuje sebevědomí, sebeúctu a sbližuje lidi. Každý se přesvědčí, že ostatní na něm vždy něco pěkného najdou. Není třeba být nemístně skromný a mít o sobě špatné představy.
„Věty s otevřeným srdcem“: Tato hra stimuluje odpovědi obyvatel. Začnete s jednoduchými větami a později přejdete ke komplikovanějším.
Příklady:
má nejoblíbenější činnost je..

má nejoblíbenější roční doba je..
mé nejoblíbenější jídlo je…
město, které bych si přál navštívit, je..
kdyby mi bylo dvacet, tak bych..
kdybych byl herec, chtěl bych hrát ve filmu…., protože….

VZPOMÍNÁME SI

Vzpomínky jsou tvořeny událostmi z minulosti. Oživujte jimi příjemné pocity , ze kterých je možné čerpat energii a radost. Smutným a nepříjemným vzpomínkám je lépe se vyhnout. Každý člověk má obojí prožitky a emoce si může kontrolovat tím, na které z nich se zaměří.

Tyto programy jsou rychlé a nepotřebují žádnou přípravu. Osvědčené náměty jsou osobní vzpomínky na vlastní život i na dřívější zvyklosti.

Osobní vzpomínky

na co jste si hráli, když jste byl malý,
první básničky a písničky, které jste se v dětství naučil
Kde jste chodil do obecné školy? Kolik vás bylo ve třídě? Jaký předmět jste měl nejraději a jaký jste neměl rád?
Zvířata, která s vámi žila a humorné vzpomínky.
Jaký sport jste dělal?
Kam jste chodil na výlety, poutě, trhy?
Chodil jste na ryby? Kde jste rybařil? Jakou jste chytil největší rybu? Zažil jste přitom humorné příhody?
Vyjmenujte místa, která jste navštívil a něco o nich povězte.
Jaké nejlepší a nejhorší jídlo jste kdy uvařil?
Jakou práci jste dělal? Jaká byla vaše pracovní doba? Jak daleko jste to měl do práce? Jak a kde jste se stravoval?
Vyprávějte, jak a kdy jste veřejně vystupoval?
Koupě věcí, na které jste dlouho šetřil?
Kdy jste většinou vstával?
Měl jste hospodářství nebo zahradu? Co jste tam choval a pěstoval? Jak jste uchovával ovoce přes zimu?

Vzpomínky na dřívější zvyklosti

Jak se vařilo?

Jak se tlouklo máslo?

Jak se dralo peří?

Jak se vyrábělo víno, slivovice?

Jak se zavařovalo?

Jaká byla móda? Vzpomínejte na plavky, které se nosívaly, klobouky aj.

Co se dřív v létě dělávalo?

Jaká jídla se jedla v létě, v zimě?

Jaké se používaly dopravní prostředky? Opatřete obrázky, například auta, kola, žebřiňáky, tramvaje, povozy, lodě. Ptejte se, kdo co vlastnil, čím raději jezdil.

Pod vzpomínky je možné zařadit i následující hru, posilující vybavování poznatků: Vyjmenovat co nejvíce: zemí, měst, květin, ovoce, zeleniny, ptáků, zvířat, jmen,… (možno určit začáteční písmeno).

ZÁBAVNÉ PROGRAMY

V domovech jsou pořádány čas od času tance, maškarní bály a oslavy všeho druhu. Nějaký větší program by se měl konat každý měsíc, aby se obyvatelé měli na co těšit a připravovat. To jim dává určitou životní náplň, zabraňuje nudě a ztrátě motivace žít a pečovat o sebe.

Na některé události mohou být pozváni členové rodiny, přátelé nebo i veřejnost. Dobrovolné dary návštěvníků pomáhají potřeby domova uhradit. Je možné požádat místní obchodníky, aby akci sponzorovali a přispěli svým zbožím nebo výrobky (pečivo, ovoce, věci potřebné k výzdobě, ceny do tomboly, apod.).

Důvod k oslavám

každý měsíc je možné slavit narozeniny všech obyvatel, kteří se v tomto měsíci narodili. Měli by dostat malý dárek. Je třeba předem požádat o dovolení, protože někdo nemá rád, když se prozrazuje jeho věk. Je-li možné sehnat fotografie z raného dětství (požádejte o ně příbuzné), mohou se vyvěsit na nástěnku.

PLESY SENIORU

Plesy a podobné události jsou příležitostí hezky se obléci, učesat (pokud není v domově kadeřnice, objednáme ji) a cítit se slavnostně. To vše přispívá k dobré náladě a dodává obyvatelům pocit vlastní hodnoty a důstojnosti. Hudba jejich generace stimuluje příjemné vzpomínky, které přispívají k emočnímu zdraví. Existují-li v domově pěvecké nebo taneční kroužky, jsou zařazeny do programu. Lze

požádat místní školy, náboženské a jiné organizace sdružující místní hudebníky a zpěváky. Na tyto velké příležitosti je možné pozvat rodiny a veřejnost.
Pracovnice sežene od sponzorů zboží do tomboly, mohou se prodávat výrobky obyvatel nebo pořádat aukce, ve kterých každý něco získá. Používají se peníze ze hry monopoly nebo je pracovnice vyrobí.
V některých amerických domovech spolupracují na velkých programech všechny sekce domova. Každé oddělení od administrativy, přes ošetřovatelky, kuchařky až po údržbu, přispěje něčím k zábavě. Například se může uspořádat sportovní utkání mezi týmy domácího personálu nebo lze vyzvat i tým pracovnic z okolních zařízení. Obyvatelé se obvykle těmito utkáními velmi baví. Obzvláště utkání v disciplínách, které účastníci neovládají, je pro přihlížející velkou legrací a současně uklidňujícím zjištěním, že ani tito mladší, zdraví lidé nedokáží všechno. Personál se tak zlidští a obyvatelům přiblíží.

PANTONIMA
K oblíbeným činnostem patří pantonima, při které je nejen legrace, ale obyvatelé si také zacvičí. Vedoucí začne s jednoduchými úkoly a pokračuje k nesnadnějším.
Příklady:
Napodobování výrazu: udělejte nějaký obličej a předejte ho dalšímu v kruhu.
Ve dvojicích jeden předvádí a druhý ho jako v zrcadle imituje.
Každý dostane lísteček se jménem zvířete nebo hračky, kterou má předvést. Druzí hádají.
Výrazy obličeje vyjadřující smích, smutek, pláč.
Předveďte člověka, jak jí banán, pomeranč, citrón, meloun, kuře atd. Snažíte se ve tmě najít vypínač.
Sprchujete se a teplá voda se změní ve studenou.
Nesete spousty balíčků a snažíte se najít klíče.
PŘÍSLOVÍ
Vedoucí skupiny řekne první část přísloví a obyvatelé doplňují zbývající část. Mentálně čilejší mohou sami říkat první část a druzí doplňují. Například: „Kdo jinému jámu kopá…“ – „sám do ní padá.“
HUDEBNÍ PROGRAMY
Pějme píseň dokola: Každý začne nějakou písničku.

Přineseme kazetu se starými písničkami a snažíme se, aby se obyvatelé přidali ke zpěvu.
Přehrajte část písničky a nechte hádat, jak se jmenuje.
Obyvatelé se snaží pantonimicky znázornit titul písničky a ostatní hádají.
Přehrajte píseň z filmu nebo árii z opery, operety a nechte hádat, z čeho byla a kdo jí napsal, nazpíval, atd. Rozveďte diskusi.
Jmenujte jména vyskytující se v písních, ostatní hádají, jaká je to píseň. Pak je možné si ji zazpívat nebo zahrát.

ZÁJMOVÉ KROUŽKY

Podle zdravotního stavu obyvatel je možné zorganizovat dramatický, pěvecký, taneční kroužek aj. Kroužky mohou přispět do programu různých slavnostních událostí jako například plesů a oslav.
Zorganizujte pěvecký sbor. Zkoušejte alespoň jednou týdně. Pomoc můžete získat ze škol, od náboženských organizací, místních lidí. Sbor může vystupovat i v dalších zařízeních.
Pro aktivnější obyvatele je možné zorganizovat hodiny tance. Občas se najde i někdo z obyvatel, kdo je ochotný ujmout se vyučování společenských nebo lidových tanců. Také dobrovolníci z uměleckých škol mohou vypomoci.

TÉMATICKÉ MĚSÍCE

Na každý měsíc je možné zvolit si určené téma, které bude v programech převládat. Navíc každý den se vybere něco zajímavého a aktuálního, co se dá oslavovat a hovořit o tom.

UŽÍVÁNÍ SMYSLU

Ubývání ostrosti smyslů patří k procesu stárnutí. Nicméně tento proces pokračuje rychleji, jestliže nedochází k pravidelné stimulaci. Z toho důvodu je důležité zařazovat programy, při kterých se co nejvíce používají všechny dosud fungující smysly. Tyto aktivity musí být uzpůsobeny potřebám obyvatel a prezentovány zábavnou formou. Záleží na pracovnících, aby uměli obyvatele vhodně motivovat a nakazit svým nadšením.
Následující činnosti mohou být prováděny jak s jednotlivými obyvateli, tak se skupinami. Některé jsou vhodné pro čilejší obyvatele, jiné pro ty méně schopné a méně zdravé.

Programy stimulující smysly by měly být zaváděny postupně. Rozmanitost, jakož i délka zážitků by měly být omezovány, protože při nadměrné stimulaci by mohli obyvatelé vypnout. Tak jako ostatní aktivity, i tyto by měly být ukončeny ve chvíli, kdy je zájem ještě na výši , a ne až když klesá nebo zmizí úplně. Smyslové zážitky by mohly sloužit jako námět k diskusi nebo jako přechod k jiné činnosti.
Uvádíme několik způsobů,jak stimulovat hmat, zrak, čich a sluch.

HMAT

Hmatem rozeznáváme povrch, hmotnost, rozměry a tvar. Aktivity musí být přizpůsobeny možnostem obyvatel. Většina lidí se spoléhá na zrak, aby odhadla, jaký bude dotyčný předmět na dotek. Když se zhorší zrak, ztrácí se i pojem doteku.
Následující hry pomohou obyvatelům stimulovat hmat:

Pytel

Do pytle dáte různé předměty. Každý účastník si v něm zaloví, ohmatá předmět a snaží se uhodnout, co to je. Pak je ukáže ostatním, aby se zjistilo, jestli hádal správně. Předmět může být poslán ve skupině dokola, aby se zjistilo, jestli hádal správně. Předmět může být poslán ve skupině dokola, aby si na něj mohl každý sáhnout a prohlédnout si jej. Předměty nesmí být ostré a špičaté. Vybíráme potřeby každodenního života, jako je hřeben, lžička a mýdlo nebo běžné známé věci jako píšťalka, ořech, šiška atd.

Pod stolem

Obyvatelé si předávají pod stolem určitý předmět. Nesmějí se dívat a jen podle hmatu určují jeho tvar, velikost, povrch, hmotnost. Až předmět obejde kruh, může každý mluvit o výsledcích svého pozorování: jaký měla věc tvar,jak byla těžká,jaký měla povrch (hrubý, hladký, teplý, studený) a jak byla veliká. O tom všem se může rozvést diskuse. Vedoucí nakonec předmět ukáže a identifikuje.

Cítíme povrch

Vedoucí požádá účastníky ve skupině, aby zavřeli oči a nechává je dotknout se různých povrchů předmětů, které připraví: samet, kožešina, lesklý povrch, kousek ledu, studený předmět, mokré, hladké mýdlo atd. Obyvatelé vnímají povrch, sdělují, mají-li příjemný nebo nepříjemný pocit. Vedoucí začne diskusi o tom, jaké pocity má kdo rád nebo nerad.

SLUCH

Poruchy sluchu se mohou vyznačovat nerozlišováním určitých frekvencí, ale i vybíráním si jen takových zvuků, které jsou žádoucí. Lidé se začnou zbavovat těch zvuků z okolí,které je konstantně ruší a obtěžují. To vede občas vede tak daleko, že pokud pozorně nenaslouchají a nesoustředí se, neslyší nic.

Následující hry pomáhají při rehabilitaci sluchu:

Zvoní zvonek

Jeden obyvatel sedí ve středu kruhu. Ve skupině koluje zvonek a občas někdo nepozorovaně zazvoní. Obyvatel ve středu se snaží určit, kdo to byl.

Plechovka

Umístěte do prázdné plechovky nějaký předmět (peníz, klíče, ořech apod.) a nechte kolovat. Každý s plechovkou zatřese a podle zvuku hádá, co to je. Nakonec plechovku otevřete a ukažte, co v ní bylo.

Známé zvuky

Nahrajte na audiokazetu známé zvuky (šicí stroj, vodu tekoucí ze sprchy, cinkání skleniček, letadlo, vlak, auto, motorku, štěkot psa apod.) včetně různých zvuků přírody (ptáci, zvířata, potok, les, jez). Obyvatelé se snaží je identifikovat a pak mohou hovořit o tom, kde tyto zvuky slýchávali.

ČICH

S přibývajícími roky opouští staré lidi čich. Vůně a pachy musí být značně silné, aby je cítili. Proto je třeba tento smysl stimulovat a cvičit. K tomu mohou sloužit tyto hry:

Mísa ovoce

Na mísu dát zralé ovoce, aby je všichni obyvatelé mohli vidět. Vedoucí vybírá jednotlivé druhy a nechává obyvatele přičichnout. Abychom oddělili zrak od čichu, podávejte ovoce k přivonění v papírovém pytlíku nebo v ubrousku. Je možné používat i zeleninu, jako je cibule, česnek, ale i květiny nebo léčivé byliny.

Koření

Nasypat různé druhy koření do malých krabiček (výborně poslouží plastikové krabičky od filmu), navrch dejte vatu, aby se nic nevysypalo. Stačí, když každý obyvatel rozpozná 3-4 vůně. Pamatujte, že jejich čich není tak jemný, jako byl dříve. Po tomto cvičení se může rozvinout debata, jaké koření kdo a k čemu používal.

ZRAK

Barvy

Pracovnice si připraví barevné kartičky. Obyvatelé mají za úkol ukázat v místnosti něco, co má stejnou barvu.

Různé tvary

Na kartičkách jsou nakresleny různé tvary. Kruh, ovál, čtverec atd. Obyvatelé hledají něco, co má stejný tvar (okno, dveře, hodiny apod.)

Skládání plechovek

Tato činnost je prospěšná zmateným obyvatelům, aby si zacvičili koncept „větší a menší“. Přineste plechovky nebo plastikové krabičky různých velikostí. Požádejte obyvatele, aby skládali menší tvary do větších nebo je nechte vyhledat stejnou velikost,jakou jim ukážete. Cvičení je možné obměnit tím, že skládají plechovky podle velikostí nebo vyhledávají větší a menší.

RELAXACE

Obyvatelé prožívají denně stres, způsobený změnami v životním stylu, soužitím se spolubydlícími, a frustraci ze zdravotních problémů,jako je ubývání sil, sluchu, zraku a dalších schopností. To vše zvyšuje úzkostlivost a vyvolává depresi.

Relaxační techniky mohou stres a úzkost snížit.

Jednou z technik je hudba. Pozvěte obyvatele do společenské místnosti, pohodlně je usaďte a požádejte, aby naslouchali a nechali se unášet svými představami.

Optimální je čas 20 minut, protože starší lidé nejsou schopni se déle soustředit, začnou se bavit a přestanou naslouchat.

Předveďte a nechte je vyzkoušet různé způsoby uvolňování.

Vysvětlete a předveďte různá dechová cvičení a protahování.

Dejte každému na ruce trochu krému a požádejte, aby si ho rozetřel a vnímal příjemný pocit.

Umírání a smrt

Je samozřejmé, že jelikož jsou v domovech důchodců ubytováni lidé staršího věku, setkáváme se zde často i se smrtí. Smrt je součástí každého života. Je to konec dlouhé životní cesty, jakési její zakončení.
Dříve se lidé setkávali se smrtí daleko častěji a také bylo daleko více samozřejmé, že lidé umírali v domácím prostředí – doma. Výhodou bylo právě domácí prostředí, ve kterém byl každý člověk zvyklý a nevýhodou bylo, že chyběla odbornost. Nyní většinou staří lidé umírají právě v domovech důchodců nebo v nemocnicích. Nevýhodou je to, že zde nemusí být takové soukromí jako doma a umírání v nemocnicích je umírání v cizím prostředí s omezením návštěv.
Co je zdraví a co nemoc?
Z pohledu klienta, jak se on sám cítí. Pokud jsou uspokojeny psychosociální potřeby, člověk nemá potřeby urychlené smrti. Při potřebě urychlené smrti je nutno zjistit příčiny a problémy, které k tomu vedou.
Eutanázie
Tradičním obsahem pojmu je dobrá smrt [z řeckého eu - dobrý, thanatos - smrt]. Ekvivalentem je lehká smrt, tedy taková, která přichází po dlouhém spokojeném životě, rychle, bezbolestně, nebo ve spánku. V současné době je pojem používán pro milosrdnou smrt, smrt ze soucitu, smrt z útrpnosti. Konkrétní formy milosrdné smrti mohou být různé: - eutanázie aktivní - eutanázie nevyžádaná - eutanázie nedobrovolná - eutanázie pasivní - eutanázie prenatální - eutanázie sociální - asistovaná sebevražda.
Potřeby člověka - Biologické potřeby: Všechny potřeby těla. Mezi základní patří potrava, zbavení se odpadu vlastního metabolismu, přísun kyslíku, spánek. Dále to jsou potřeby, které více či méně zabezpečuje odborní medicínská péče: ozařování, chemoterapie, hormonální léčba. O většinu těchto potřeb by obyčejně mělo být dobře postaráno.

Psychologické potřeby: jsou to potřeby spojeny s respektováním lidské důstojnosti nezávisle na stavu těla. Každý člověk je jedinečnou bytostí se svým neopakovatelným posláním, které je potřeba vždy respektovat.

Sociální potřeby: Vyplývají ze statusu člověka, jako tvora společenského, žijícího v

určitém sociálním prostředí, majícího svou rodinu, své problémy, svou práci, koníčky, závazky, sny a přání. Najednou je z tohoto prostředí z důvodu nemoci vytrhnut. Měli bychom jeho slovům i v této oblasti stále naslouchat a pomoci mu se patřičně vyrovnat s jednotlivými oblastmi.

Duchovní potřeby: Byly u těžce nemocných a umírajících lidí až dosud v lékařství opomíjeny. Dnes již přibývá těch, kdo si uvědomují i tento, možná nejdůležitější aspekt potřeb nemocných v tomto stadiu života a hledá jeho naplnění. Tito lidé chtějí přispět k nápravě. Ne jednou se nemocný snaží vypořádat v tomto období se smyslem svého života. Duchovní potřeby nejsou vlastní jenom lidem věřícím, jak by to možná sám název napovídal, ale jejich uspokojování se ukázalo být důležitým pro každého člověka, a to nejen umírajícího. Můžeme zde dále řadit respektování lidské důstojnosti, blízký lidský kontakt nemocného s dalšími lidmi, potřeba žít plně až do konce,...
Prognóza Je relativní veličina určující pravděpodobnost uzdravení, zlepšení stavu, či přežívání nemocného v čase, za předpokladu uplatnění aktuálně známých diagnostických, terapeutických a ošetřovatelských metod.

Remise Stav různě dlouhého a různě kvalitního „příměří“ s nemocí, která dříve či později vysoce pravděpodobně vzplane znovu.

Respitní péče Neboli péče o pečující [z angl. respite - uvolnit, ulehčit]. Je založena na předpokladu, že psychicky vyrovnaný ošetřující umí vést k potřební duševní hygieně i rodinu umírajícího, která je vystavena extrémní psychické zátěži. Obyčejně se jedná o odlehčení v péči o nemocné, o které se stará dlouhodobě rodina. V určité chvíli se stane, že již rodina dál nemůže, že je vyčerpaná každodenním náročným ošetřováním, případně psychickým tlakem a starostmi o nemocného a jeho chorobu. Tehdy nastupuje respitní lůžko např. v domovech důchodcu, nebo hospicích.. Během několikadenních až několikatýdenních pobytů nemocného v domově důchodců či v hospici, často opakovaných, si může rodina odpočinout, má možnost načerpat novou sílu. Při tom jsou nemocní v prostředí, kde starosti s ošetřovatelskou péčí, s tlumením případných bolestí přípravou jídla převezmou jiní lidé, odborníci.

Smrt fyzická Je úplná, trvalá ztráta vědomí. Smrt patří k životu a je jeho neoddělitelnou součástí. Smrt je osobní zkušeností, její počátek je těžké identifikovat, neboť v různých filosofických přístupech zjistíme, že mimo smrt fyzickou existuje i smrt psychická a smrt sociální.

Smrt psychická Je naprostou psychickou rezignací, intenzivně prožívanou beznaděj se zoufalstvím, které nepochybně usnadňuje vstup smrti fyzické.

Smrt sociální Je stav, kdy člověk sice žije, ale je neodvratně vyvázán z důležitých sociálních a interpresonálních vztahů.

Stavy Pre finem. Fáze pre finem muže být velmi dlouhá a časově obsáhnout nejen několik měsíců, ale i let. Pojem umírání v lékařské terminologii je synonymem terminálního stavu. Terminální stav je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánu s následkem smrti individua. Jinými slovy řečeno, jedná se o "vlastní umírání", o stav, který bývá též označován pojmem in finem.

In finem. Fáze in finem reprezentuje umírání ve vlastním slova smyslu.

Post finem. Fáze post finem je charakteristická péčí o mrtvé tělo a zahrnuje též péči o pozůstalé. Samostatným problémem je tzv. komercionalizace smrti a současný způsob pohřebnických úkonů. Fáze post finem nebývá v popředí zájmu zdravotníků, s výjimkou péče o mrtvé tělo. Rodinný příslušníci mnohdy nejsou schopni zvládnout náročnou krizovou situaci. Nezřídka končí s různými a obtížně zvládnutelnými formami patologického zármutku a patologického žalu. Mnohým by bylo možné pomoci cílenou individuální prevencí.

Právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení

Vzhledem k neustálému závratnému růstu znalostí a technických vymožeností současné medicíny dochází i k mnoha novým etickým problémům. Existují proto i pokusy o vypracovávání etických doporučení a podkladu pro jejich řešení a to např. i na půdě Rady Evropy.

Příkladem je Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny z r. 1997 7) Česká republika ji podepsala v r.1998 a v současné době ji připravuje k ratifikaci. Je s podivem, že konvence se nevyjadřuje vůbec k problematice umírajících. Jeden její článek (c. 9) je však pro naše dále diskutované téma velice důležitý: "Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledne lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy muže vyjádřit své přání".

Parlamentní shromáždění Rady Evropy schválilo dokument, věnovaný přímo péči o smrtelně nemocné a umírající 8) V úvodu mezi jiným upozorňuje na různá možná současná ohrožování práv umírajících (např. "umělým prodlužováním procesu umírání bud nepřiměřeným používáním léčebných prostředků, nebo pokračováním v léčbě bez pacientova souhlasu"). V dalším textu shromáždění doporučuje, aby výbor ministru vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost smrtelně nemocných a umírajících. Důraz je kladen na všemožnou podporu paliativních přístupu, prosazujících celostní pohled na člověka, (je zde uvedeno např. i to, aby členské státy zajistily , "že bude paliativní péče uznána za zákonný nárok individua" a "aby zajistily, alespoň ve větších nemocnicích, vybudování specializovaných oddělení paliativní péče."). Důraz je kladen i na nutnost zachování předpisu, zakazujícím úmyslné usmrcení smrtelně nemocných a umírajících – byť na jejich přání.

Značná část textu se týká bezprostředně našeho tématu (citovány ty nejdůležitější výzvy ke státům):
- "že budou chránit právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření":
- "aby se prosadilo právo smrtelně nemocné nebo umírající osoby na upřímnou,

srozumitelnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován";
- "aby bylo zajištěno, že žádná smrtelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem";
- "aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého lékařského postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle, v "pořízení" smrtelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kriteria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů, ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí...."(dále jsou podrobně rozebrány možné situace v kontextu zmocněnců s upřednostněním aktuální neb nejposlednější vůle samotného nemocného)...
"Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti, a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení";
- "aby bylo zajištěno, že výslovná přání smrtelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupu budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností";
- "aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonu, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány."
A tak je tento dokument třeba promýšlet a zvažovat se vší naléhavostí. A to ne snad proto, že k tomu budeme brzy vyzváni, nýbrž proto, abychom posoudili, zda doporučení v něm uvedená jsou moudrá a hodná následování.
Výzva k jemné a citlivé informaci o stavu nemocného má v tomto případě jistě na mysli i případnou informaci o nedobré prognóze. Málokdo z lékařů si i tuto možnost připouští. Pracovníci z domovů důchodců a hospiců však mohou dosvědčit, že lze i o smrtelném údělu s nemocnými hovořit - pokud si to samozřejmě přejí - a že i tuto okolnost mnozí nemocní přijímají s klidem a s obdivuhodnou důstojností 9) Ti, kteří je na cestě ke smrti doprovázejí, získávají mnohé, jedná se o vzájemné obdarovávání. Je pravdou, že v našich podmínkách je nejčastěji smrt negována a že i v myslích mnoha lékařů umírající člověk zrcadlí selhání jejich vlastních schopností nebo

alespoň důsledek nedostatku nových léčebných možností (a i odtud pak plyne snaha, udržovat nemocného při životě za každou cenu). Opak je pravdou. Medicína se zabývá smrtelníky a nikoliv lidmi nesmrtelnými a humánně zvládnout i toto období života je zřejmě nejnáročnější odpovědností lékaře. Je totiž vždy konfrontován i se svými vlastními strachy a úzkostmi - se svou vlastní smrtelností. Pokud ji však přijme a zamýšlí se nad ní, je to i pro něj ziskem. V každém případe získají jeho umírající pacienti. Bude totiž schopen pravého soucitu nebo soutrpení, které znamená blízkost (compassion - cum passio - trpím s), a nikoliv jen lítosti, která značí vzdálenost.
Správná paliativní medicína vnímá a řádně ošetřuje všechny vzájemně propojené dimenze umírajícího a navrací mu v umírání tu pravou důstojnost. Respekt vůči jeho právům zahrnuje i snahu vyhovět jeho přáním - pokud nepřesahují určitou hranici, jejíž překrocení by vedlo k narušení integrity lékaře. Přání nemocného stran léčby se jistě muže neshodovat s představami lékaře: Ten má na jedné straně možnost protahovat život, "zachraňovat" pacienta a on to odmítá, na druhé straně naopak některé postupy lékař považuje za zcela zbytečné a marné a nemocný je muže vyžadovat. (I takové případy jsou v etické literatuře diskutovány, v našich podmínkách by se však asi spíše jednalo o případ první, odmítání určité navrhované léčby, kterou nemocný považuje za příliš zatěžující a v jeho situaci už za zbytečnou.) V dokumentu je však explicitně řečeno, že žádostem nemocného má být vyhoveno "bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře".

Jistěže uvedené muže vést i k vnitrním rozporům ve svědomí. Na druhé straně však je vhodné si uvědomit, že nemocný sám je zdrojem našeho práva jej léčit a že on si vlastně volí způsob života při umírání. Jedině on sám ví, jakou zátěž je ještě schopen a ochoten ve své situaci unést. Těmito otázkami se ostatně moralisté zabývali po staletí, dotazujíce se, kam až sahá povinnost zachovávat život. Zatímco určité zákazy (např. úmyslného aktivního ukončení života) byly jednoznačné, platné provždy, v případe pozitivních příkazu už mnohá řešení zůstávala nejasná nebo otevřená a vždy bylo přihlíženo k situaci toho kterého nemocného.

Je jasné, že nemocný se snaží zajistit dlouho předem proti podávání v jeho očích nepřiměřených lékařských prostředků a tím proti protahovanému tíživému umírání. Lidem dnes záleží na kvalitě jejich života při umírání a jejich autonomní

rozhodování začíná převažovat nad paternalistickým přístupem lékařů. Nemocný se snaží prosazovat vztah partnerství ke svému lékaři (a mělo by tomu samozřejmě být i naopak).

Otevřenost, péče, která vychází ze srdce, a svoboda ducha jsou nejvlastnějším rysem paliativní péče. Chceme -li parafrázovat tato slova i vzhledem k našemu dokumentu, pak je možné jej promýšlet s otevřeností jako výzvu do budoucnosti, je možné se snažit i v kontextu jeho doporučení o více soucítící srdce a také o respekt ke svobodě ducha každého nemocného.

7) Council of Europe: Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine. Oviedo, 4.IV. 1997. European Treaty Series, No. 164.

8) Munzarová, M.: Rádné a mimorádné prostredky ve svetle respektu k rozhodování nemocného. Prakt. Lék., 80, 2000, c. 1, s. 45 - 47.

9) Svatošová, M.: Postrehy ze školy, kde vyucují umírající. Prakt. Lék., 78, 1998, c. 4, s. 196 - 199.

Burn-out, vyhoření pracovníků se seniory

10) Mnozí pracovníci v domovech důchodců u sebe pozorují stresové reakce v podobě únavy, nedostatku energie, podrážděnosti, negativního přístupu k sobě, druhým a k práci. Tím ovšem trpí nejen oni sami, ale i jejich kolegové a kolegyně a hlavně obyvatelé, kteří bývají navíc přecitlivělí a berou špatné chování osobně. Domnívají se, že je pracovníci nemají rádi a že se na ně zlobí a trestají je. Staří lidé mají někdy i pocity viny, protože si myslí, že toto chování sami zavinili.
Pracovníci mívají často chuť od všeho utéct, cítí se vyčerpaní, mají pocit prázdnoty a osamělosti. Zdá se jim, že veškerá práce je blokována nepřekonatelnými překážkami a že jediné řešení je všeho se vzdát. Toto vše jsou ale pouze symptomy distresu, škodlivé části stresu, který může vést až k vážným psychosomatickým onemocněním. Trpí jimi potom nejen pracovníci, ale následně i jejich výkony a přístup k lidem. Proto je nutné, aby pracovníci stresu předcházeli a naučili se ho neutralizovat.
Pracovníci se seniory zastávají práci, která je náročnější než mnohá zaměstnání. Spojuje v sobě totiž více profesí. V domově důchodců je nutné, aby personál pracoval jako tým s hlavním cílem: Ulehčit a zpříjemnit obyvatelům poslední etapu života, pomoci jim využívat všech schopností, které mají, tak aby dosáhli pocitu vlastní hodnoty, smyslu života a harmonie. Tato psychologická stránka povolání pracovníků se seniory je právě tak důležitá, ne-li důležitější, než ustlané postele, úklid a podobné úkony. Milé slovo, úsměv a pohlazení, ujištění o bezpečí a láskyplném vztahu by mělo doprovázet každou činnost pracovníků při vykonávání jakékoli funkce v domově.
Vedle rutinní práce by se měli pracovníci též podílet na rekreačně-terapeutických programech a trávit s obyvateli většinu své pracovní doby. To je ovšem velmi náročné a stresující. Jak víme, stres sám o sobě není škodlivý, ale pokud překročí míru přizpůsobivosti, organismus není schopen vrátit se do stavu vyrovnanosti – homeostáze. Naštěstí to, co prožíváme a co se děje kolem nás, samo o sobě stresující být nemusí. Stres si často způsobujeme sami svým přístupem k tomu, co se děje, a svým katastrofickým myšlením.

10) Eva Rheinwaldová – Novodobá péče o seniory

Závěr:

Pracuji v Domově důchodců v Pyšelích 6 měsíců. Za tu dobu jsem se setkala s mnoha novými věcmi a s několika různými lidmi. Reakce na moji práci sice nebyly vždy jen kladné, ale víceméně jsou to reakce pozitivní. Jsou lidé, kteří práci pracovníků v domovech důchodců a podobných zařízení ocení, jsou však i tací, kteří ji ocenit nedovedou.

Cílem této mojí absolventské práce bylo shrnutí svých dosavadních poznatků a zkušeností, které jsem za dobu působení ve svém zaměstnání získala. Tato absolventská práce zahrnuje všechny témata, která souvisí se sociální prací se starými lidmi, a které do ní patří. Při této práci je však třeba získávat nové zkušenosti neustále a neustále se v sociálním oboru vzdělávat ať již pomocí školení či jinými způsoby. Za dobu svého působení v DD jsem se o stáří dozvěděla mnoho věcí, které si člověk, který v tomto oboru nepracuje, nemusí nikdy za svůj život uvědomit. Témata, zmiňovaná v této práci mi připadají aktuální a důležitá pro práci sociálních pracovníků v domovech důchodců.

Resume:

Sexual Abuse of Seniors

Seniors are frequently the victims of random violence such as: assault, robbery, and rape. Adults are not necessarily less susceptible to these crimes as they age. Individuals judged to be an easy target are often preyed upon, both outside and inside the home. Seniors often fall into this category because of their increased vulnerability complicated by:

physical frailty or diminished ability to defend themselves , dependency on assistance from others (e.g. driving, heavy cleaning, etc.), predictable and set routines, often living alone, dementia or cognitive impairments

Old age and impairment decrease personal power and thereby increase risk of abuse...Consequently, elderly, disabled females make excellent sexual abuse targets. Seniors are much more likely to be sexually abused in their homes than on the outside.

Who Sexually Abuses Seniors?

About 85% of senior victims are women. The remaining 15% are men. 98% of the abusers are male.

According to a Massachusetts study conducted in 1991, the following people are most likely to sexually abuse Seniors:

An adult son - 39%, Victim's husband - 29%, Others (friends, caregivers, strangers, etc.) - 32%.

A similar English study in 1992 on persons aged 65 - 101 found:

most senior victims are over age 85, most male senior victims are abused by "friends" and housekeepers.

Factors such as love, loyalty, fear, and revulsion keep victims from reporting, consequently the sexual abuse is often ongoing.

Literatura:

Erikson,E.H.: Životní cyklus rozšířený a dokončený, Praha, Lidové noviny, 1999

Hartl,P. – Komunita občanská a komunita terapeutická, Sociologické nakladatelství, Praha, 1997

Hartl,P., Hartlová,H.: Psychologický slovník, Praha, Portál, 2000

Haškovcová,H.: Fenomén stáří, Praha, Panorama, 1990

Hogenová, A. – Kvalita života a tělesnost, Karolinum, Praha, 2002

Jandourek,J.:Sociologický slovník,Praha,Portál,2001

Králíček,L.; Rozvoj občanské společnosti je v rozvoji komunitní práce,PVŠPS,2002

Králíček,L.; Stáří versus mládí,PVŠPS,2003

Matoušek, O. – Ústavní péče, Sociologické nakladatelství (Slon), Praha, 1999

Pešková, J. – přednášky Úvod do filozofie, PVŠPS, Praha, 27.2.2002

Stuart-Hamilton, I. – Psychologie stárnutí , Portál, Praha, 1999

Tomeš, I. – Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost, Socioklub, Praha,2001

Vágnerová,M.: Vývojová psychologie, Praha, Portál, 2000

Haškovcová, H.: Thanatologie. Nauka o umírání a smrti. Galén, 2000.

Munzarová, M.: Řádné a mimořádné prostředky ve světle respektu k rozhodování nemocného. Prakt. Lék., 80, 2000, c. 1, s. 45 - 47.

Pohůnková, D.: Dokument Rady Evropy k péci o smrtelně nemocné. Zdravotnické noviny, 48, 1999, c. 43. s. 13.

Svatošová, M.: Postřehy ze školy, kde vyučují umírající. Prakt. Lék., 78, 1998, c. 4, s. 196 - 199.

Virt, G.: Žít až do konce. Etika umírání, smrti, eutanazie. Vyšehrad, 2000.