

Technická univerzita v Liberci

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra : pedagogiky a psychologie

Obor : sociální pracovník

**Analýza péče o klienty Ústavu sociální péče Krásná Lípa a návrh opatření
zkvalitňující život obyvatel**

Autor :

Zuzana MAŠKOVÁ

Podpis :



Adresa : Rumburk, Lužické náměstí 103/8

UNIVERZITNÍ KNIHOVNA
TECHNICKÉ UNIVERZITY V LIBERCI



3146059914

Vedoucí práce : PhDr. Mgr. Libor Novosad, Ph.D

Počet

stran	tabulek	grafů	příloh
55	17	2	3

V Liberci dne 30.3.2003

TU v Liberci, FAKULTA PEDAGOGICKÁ

461 17 LIBEREC 1, Hálkova 6 Tel.: 048/535 2515 Fax: 048/535 2332

Katedra: PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(pro bakalářský studijní program)

pro (kandidát) Zuzana Mašková

adresa: Lužické náměstí 103/8, Rumburk, PSČ 408 01

obor (kombinace): Sociální péče - sociální pracovník

Název BP: Analýza péče o klienty Ústavu sociální péče Krásná Lípa a návrh opatření zkvalitňující život obyvatel

Název BP v angličtině: The analysis at issue of client's care at the Social Care Institute in Krásná Lípa and proposal of arrangements improving life of its inhabitants

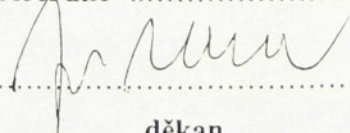
Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Libor Novosad, Ph.D

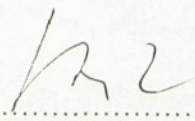
Konzultant:

Termín odevzdání: 30. 4. 2003.....

Pozn. Podmínky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování DP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné, resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne


.....
děkan


.....
vedoucí katedry

Převzal (kandidát): ZUZANA MAŠKOVÁ

Datum: 9. 10. 2001

Podpis: 

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Univerzitní knihovna
Voroněžská 1329, Liberec 1
PSC 461 17

199/03 Pb

KSS/SPRA
35/14 [10] L.A.

Název práce :

Analýza péče o klienty Ústavu sociální péče Krásná Lípa a návrh opatření zkvalitňujících život obyvatel

Cíl práce :

Charakterizovat problematiku péče o obyvatele ústavů sociální péče z hlediska jejich somatických, psychických a sociálních potřeb. Popsat současný stav péče o obyvatele Ústavu sociální péče Krásná Lípa, zaměřit se na problematická místa a navrhnout takový systém péče, který zkvalitní život obyvatel.

Metody práce:

- práce s dokumentací
- pozorování
- volný a řízený rozhovor

TEZE PRÁCE:

a) teoretická část :

- ústavní péče – rozsah poskytované péče
- charakteristika jednotlivých postižení
- senioři v ústavní péči
- problematika adaptace na ústavní péči
- specifika práce ošetřujícího personálu
- možnosti terapie a reedukace klientů

b) praktická část :

- popis současného stavu poskytování péče v ÚSP Krásná Lípa
- klientela, vybavení, prostorové uspořádání, ústavní řád, ošetřující personál
- možnosti aktivit pro obyvatele
- definování problémových míst v poskytované péči
- návrh systému péče, který by lépe odpovídal potřebám obyvatel

Základní použitá literatura :

- Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha, Portál 1999.
- Vágnerová, M.: Vývojová psychologie. Praha, Portál 2000.
- Baštecký, Kumpel, Vojtěchovský a kolektiv.: Gerontopsychiatrie. Praha, Grada Avicenum 1994
- Pichaud, C. – Thareaudová, I.: Soužití se staršími lidmi. Praha, Portál 1998
- Hartl, P. – Hartlová, H.: Psychologický slovník. Praha, Portál 2000
- Novosad, L.: Základy speciálního poradenství. Praha, Portál 2000
- Kopřiva, K.: Lidský vztah jako součást profese. Praha, Portál 1997

Vedoucí práce : PhDr. Mgr. Libor Novosad, Ph.D.



PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně s použitím uvedených literárních pramenů pod vedením vedoucího práce.

V Liberci dne 30.3.2003

Podpis: 

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji vedoucímu práce PhDr. Mgr. Liboru Novosadovi za pomoc při průběžném vedení práce.

Resumé

Práce se zabývá problematikou ústavní péče, která je zaměřena především na klienty postižené demencí, mentální retardací, psychózou a psychopatií. V teoretické části byla popsána ústavní péče obecně – historie nazírání na mentálně a duševně postižené, rizika a specifika ústavní péče, popis nejčastějších postižení vedoucí k přijetí do ÚSP, možnosti reedukace klientů a také specifika práce personálu ÚSP.

Praktická část je věnována problematice poskytování péče v ÚSP Palme Krásná Lípa. Ústav je popsán z hlediska počtu klientů (četnost jednotlivých diagnóz), z hlediska personálního zabezpečení a z hlediska možností terapie a reedukace klientů. Na základě analýzy péče v tomto ústavu, na základě skutečností zjištěných studiem dokumentace a informací, které vyplynuly z rozhovorů s klienty, je navržen takový systém péče, který by zkvalitnil život všech klientů tohoto zařízení.

Summary

This job concerns problematic institutional care, dealing particularly with clients disabled with dementia, mental retardation, psychosis and psychopathic conditions. The theoretical elements of the institutional care community will be described – history regarding mental and psychological disorders, the risks and specifics of institutional care, and a description of the most common disabilities leading to institutionalization in USP.

The practical part is to provide care for problematic clients at USP Palme in Krasna Lipa. The institution is described in respect to the number of clients (number with the same diagnosis), from the standpoint of personal safety and of the possibilities of therapy and re-education of the clients. The design of this type of care system is to improve the quality of life of all the clients through the basic analysis of care in this institution, using basic facts derived from the study of documentation and information, resulting from interviews with the clients.

Zusammenfassung

Diese Arbeit befasst sich mit der Problematik der Anstaltspflege von Heimbewohnern mit Demenz, von geistig zurückgebliebenen Patienten, von Psychopaten und von Patienten mit Psychosen. In dem theoretischen Teil wird die Anstaltspflege allgemein beschrieben – der Umgang mit solchen Patienten in der Vergangenheit, Risiken und Besonderheiten der Anstaltspflege, die Beschreibung der häufigsten Ursachen, die zur Einlieferung in die Anstalt geführt haben, die Möglichkeiten der Reedukation der Patienten und die Besonderheiten der Arbeit des Anstaltspersonals.

Der praktische Teil befasst sich mit der Problematik solcher Pflege in der Anstalt PALME in Krásná Lípa. Im Folgenden wird die Anstalt im Hinblick auf die Patientenzahl, die Häufigkeit der einzelnen Diagnosen, die Ausstattung mit Personal, die Möglichkeiten der Therapie und die Reedukation der Patienten charakterisiert. Auf Grund der Analyse der Pflege in dieser Anstalt, auf Grund des Studiums aller Unterlagen und der Informationen, die sich aus den Gesprächen mit den Patienten ergaben, wird ein neues System der Pflege entworfen, das das Leben der Patienten in dieser Anstalt auf ein qualitativ höheres Niveau heben kann.

Obsah

I. Úvod	3
II. Teoretická část	4
1. Nazírání na mentálně a duševně postižené	4
1.1. Stručný přehled dějin psychiatrie	4
1.2. Současné trendy v péči o postižené	5
2. Ústavní péče	6
2.1. Funkce ústavů	6
2.2. Ústavy sociální péče	7
2.3. Specifika a rizika ústavní péče	8
2.3.1. První kontakt s klientem	8
2.3.2. Maladaptace	8
2.3.3. Soukromí klientů	9
2.3.4. Individualita klientů	10
2.3.5. Láska a partnerské vztahy	10
2.3.6. Klient ÚSP a společnost	11
3. Nejčastější příčiny vedoucí k přijetí do ÚSP	12
3.1. Mentální retardace	12
3.1.1. Příčiny vzniku	12
3.1.2. Klasifikace mentální retardace	13
3.1.3. Pseudooligofrenie	14
3.1.4. Motivace a regulace mentálně postižených	14
3.2. Demence	15
3.2.1. Atroficko – degenerativní demence	16
3.2.2. Ischemicko – vaskulární demence	17
3.2.3. Péče o demenčního pacienta	17
3.2.4. Komunikace s demenčním člověkem	18
3.3. Psychotická onemocnění	19
3.3.1. Schizofrenní onemocnění	19
3.3.1.1. Příznaky schizofrenie	19
3.3.1.2. Příčiny vzniku schizofrenního onemocnění	20
3.3.1.3. Průběh onemocnění a prognóza	20
3.3.1.4. Formy schizofrenie	21
3.3.2. Afektivní poruchy (poruchy nálad)	21
3.3.2.1. Depresivní syndrom	22
3.3.2.2. Manický syndrom	22
3.3.3. Přístup ke klientům s psychotickým onemocněním	22
3.4. Poruchy osobnosti (psychopatie)	23
3.5. Stáří, stárnutí	25
3.5.1. Tělesné změny ve stáří	25
3.5.2. Psychické změny ve stáří	25
3.5.3. Sociální změny ve stáří	26
3.5.4. Adaptace na umístění do domova důchodců	26
4. Možnosti aktivit pro klienty ÚSP	27
4.1. Ergoterapie	28
4.2. Pracovní rehabilitace	28
4.3. Psychoterapie	28
4.3.1. Arteterapie	29
4.3.2. Muzikoterapie	29

4.3.3. Relaxace	29
4.3.4. Canisterapie	29
5. Specifika práce personálu v ÚSP	30
5.1. Syndrom vyhoření	30
III. Praktická část	33
6. Charakteristika ústavu	33
7. Analýza současného stavu	33
7.1. Klientela	33
7.2. Personál	34
7.3. Lékařská péče	35
7.4. Možnosti aktivit pro klienty	35
7.5. Popis jednotlivých pavilonů	36
7.5.1. Pavilon P IV	36
7.5.2. Pavilon P III	37
7.5.3. Oddělení P I A	38
7.5.4. Oddělení P I B	39
7.5.5. Pavilon P II	40
7.5.6. Celkový popis vzorku	41
8. Použité metody	42
8.1. Studium dokumentace	42
8.2. Rozhovor	43
8.2.1. Skutečnosti zjištěné rozhovory s klienty	43
9. Návrh vlastního projektu	45
9.1. Možnosti zkvalitnění péče	46
9.1.1. Změny, kterých je třeba dosáhnout pro zkvalitnění péče	46
9.1.2. Diference péče	50
9.1.3. Vedení dokumentace	52
9.1.4. Další opatření, která by zkvalitnila život klientů	53
9.2. Respitní péče	54
IV. Závěr	55
Použitá literatura	
Přílohy	

I. Úvod

Není vůbec snadné pracovat s duševně či mentálně postiženými. Péče o tyto lidi pečujícího zcela vyčerpá po fyzické i psychické stránce. Mentálně či duševně postižený člověk za péči téměř nikdy nepoděkuje. S takto postiženými lidmi je nemožná komunikace. Duševně nemocní lidé jsou nebezpeční, je nutné, aby se společnost před nimi ochránila. Proto mají být zavíráni na specializovaná uzavřená oddělení. V ústavech sociální péče mají klienti veškerý (nezasloužený) komfort a často se mají lépe než ostatní lidé...

Podobná tvrzení je možné slyšet od lidí neznalých této problematiky, ale bohužel často i od tzv. „profesionálů“, kteří o postižené lidi přímo pečují. Na některých názorech je i kousek pravdy. Práce s postiženými lidmi je skutečně velmi náročná a vyčerpávající. Na druhé straně však dokáží tito lidé své pečovatele velice obohatit. Kontakt s nimi často změni náhled na život a totálně přehází dosavadní žebříček hodnot. Ve společnosti těchto lidí platí trochu jiná pravidla než v „normálním“ životě. Žijí v jiném, pro nás nepochopitelném, světě. Kdo mu však alespoň částečně porozumí a trochu pochopí jeho zákonitosti, zjistí, jak svým způsobem úlevný může být pobyt mezi těmito lidmi. Starosti všedního dne zmizí a význam získávají doposud nedůležité věci. Nezáleží na věku, pohlaví, vzdělání, společenském postavení, v této společnosti jsou lidé posuzováni podle jiných měřítek než v „normálním světě“.

S mentálně retardovanými, duševně postiženými a demenčními lidmi pracuji téměř osm let. Život v ústavním zařízení těmito lidem na jedné straně zaručuje určitou kvalitu života, na straně druhé však ztrácejí své dosavadní kompetence a mnohdy se stávají pouze pasivními příjemci služeb bez možnosti zásahu do svého života. Systém ústavní péče je nutné v mnohém změnit. Profesionálně zdatní a erudovaní pomáhající nevnucují klientům bezmocnost, ale respektují v něm lidskou osobnost s právem na důstojný rozvoj, s právem na rozhodování o svých zájmech, o svém volném čase apod., o svém životě vůbec. Klienty v ústavní péči aktivizuje a dodává jim odvalu, sílu a chuť do dalšího života. To je primární úkol pro všechny, kteří s těmito lidmi pracují. Pouze na nás záleží, jak kvalitní bude život lidí v ústavní péči.

II. Teoretická část

1. Nazírání na mentálně a duševně postižené

Nazírání na nějak postižené jedince je kulturně, historicky, demograficky a nábožensky podmíněno. Péče o postižené procházela různými etapami. Obecně se dá říci, že přístup k postiženým lidem byl vždy ambivalentní. Jejich zvláštní projevy vzbuzovaly u ostatních hrůzu, odpor, ale také zábavu. Ne vždy tak tomu však bylo, někdy byli postižení lidé velice ceněni, protože jim byla přisuzována nadpřirozená moc. Péče jim však nebyla buď poskytována vůbec, nebo byla omezena pouze na základní, nejnutnější. Postižení jedinci byli od společnosti izolováni.

Osud mentálně retardovaných a duševně nemocných byl spojen, takto postižení lidé byli většinou považováni za posedlé ďáblem. Podle toho také vypadala péče a léčba.

1.1. Stručný přehled dějin psychiatrie

(volně dle Radimského)

První léčení duševních nemocí souviselo s tím, že byly chápány magicky. Nemoci byly vysvětlovány posedlostí zlými duchy, a tak podle toho také vypadala léčba : používalo se zařikávání, různé způsoby vyhánění zlých duchů. Léčení měli v rukou zpravidla kněží. K léčbě se také užívala dávidla, projímadla, pouštění žilou, ale i prvky psychoterapie – hudba, malování, projížďky lodí. S postiženými lidmi se zacházelo relativně humánně.

Ve středověku vznikaly v klášterech první tzv. hospitaly, které však sloužily převážně pro klidné nemocné, kteří tak byli sice chráněni před okolím, ale jinak ponecháni svému osudu. Neklidným nemocným byla přisuzována jejich nemoc za výplod ďábla, proto společnost považovala za nutné se před těmito lidmi chránit. Nemocní byli vězněni, mučeni, upalováni pro čarodějnictví.

Novověk je spojen s rozmachem věd. V péči o duševně nemocné je zaváděn léčebný režim a léčba prací. Stále se však u neklidných nemocných musí používat omezovací prostředky.

V Čechách začínají základy humanistické péče o duševně nemocné v roce 1783 založením samostatného oddělení pro duševně choré při nemocnici Milosrdných bratří v Praze.

V léčbě duševních nemocí v 19. století dominují režim a práce. Důraz je kladen na odvedení pozornosti nemocných od projevů jejich nemoci. Mění se i někdy nezbytné omezovací prostředky – okovy nahrazují měkká kožená pouta. Rozvíjí se farmakoterapie, specializuje se ošetřování duševně nemocných, vytváří se systematika duševních poruch.

Ve 20. století nastává v psychiatrii velký rozvoj, značný rozmach zaznamenává především biologická léčba. V roce 1952 jsou objevena neuroleptika. Také psychoterapie se rozvíjí na vědecké bázi (velký význam má psychoanalýza). Zavádí se léčebná a pracovní rehabilitace, vznikají denní sanatoria, potvrzuje se vhodnost resocializace, readaptace, rodinné péče apod.

1.2. Současné trendy v péči o postižené

V posledních deseti letech se pohled na různě znevýhodněné, mentálně a tělesně postižené nebo duševně nemocné jedince výrazně změnil. Postižení lidé přestávají být segregováni do velkých ústavů v zapadlých koutech republiky. Stále častěji se vyvíjí snaha o začleňování těchto jedinců do společnosti. Jejich problémy jsou často medializovány a společnost má mnoho příležitostí seznámit se životem těchto lidí. I když dosud ještě vše nefunguje tak, jak by mělo, a postižený člověk při prosazování svých zájmů stále naráží na různé překážky, je zde patrná snaha o vyrovnání příležitostí pro postižené se zdravými a snaha o jejich pracovní uplatnění a celkové zlepšení jejich životní situace. Děti s postižením bývají integrovány do běžných školských zařízení, mají možnost získávat zkušenosti současně se svými vrstevníky a zdravé děti se díky tomu mohou učit respektu a ohleduplnosti vůči svým intaktním spolužákům. I pro rodiče se objevují nové příležitosti, jak pečovat o své postižené dítě. Přes všechny těžkosti, které sebou péče o postižené dítě přináší, není ústavní péče tím nejnadanějším a mnohdy jediným řešením, jak tomu bývalo před rokem 1989. I mezi laickou veřejností se změnil přístup k intaktním, společnost začíná tyto lidi vnímat beze strachu z neznámého. I když jsou postižení lidé stále stigmatizováni, projevují se tendence rovného přístupu k nim. Dnes vznikají neústavní formy péče, které se snaží umožnit klientům žít v přirozeném, rodinném prostředí.

Péče o postižené jedince je v současné době spojena s pojmy humanizace, integrace, rovnoprávnost, normalizace apod.

2. Ústavní péče

Ústavní péče je poskytována lidem, kteří vzhledem k svému postižení, onemocnění nebo sociální či rodinné situaci potřebují podporu a pomoc ústavního zařízení. Někteří lidé by bez zázemí ústavu vůbec nebyli schopni samostatného života. Jíni vlivem svého onemocnění či postižení mohou být nebezpeční sobě nebo okolí, proto je nutná ústavní péče. Pobyť v ústavním zařízení je vždy důsledkem nějaké tíživé životní situace, kdy je klient okolnostmi nucen přijmout ústavní péči.

Vstup do ústavu bývá zpravidla dobrovolný, klient s pobytem souhlasí. Nedobrovolný pobyt v ústavním zařízení bývá indikován u osob, které jsou nebezpečím pro společnost. Těmto lidem je ústavní péče nařizována.

Ústavy jsou zřizovány státem nebo nestátními organizacemi.

2.1. Funkce ústavů

Na funkci ústavů je možno nahlížet buď z hlediska klienta (jeho léčba, péče a ochrana), nebo z hlediska ochrany společnosti (nebezpečný klient). Každé zařízení slouží jinému účelu a podle toho se také odvíjí jeho funkce.

(Dělení funkcí ústavů dle Matouška, 1999)

Podpora a péče. V ústavech je poskytováno chybějící rodinné zázemí. Kdyby tyto ústavy neexistovaly, kvalita života klientů by byla velice nízká nebo by vůbec nebyli schopni samostatného života. Jedná se zejména o ústavy sociální péče pro mentálně nebo fyzicky postižené, dětské domovy, kojenecké ústavy, domovy důchodců apod.

Léčba, výchova, resocializace. Klient by měl opustit ústav v lepším stavu, než v jakém do něj přišel. Tato funkce je popředí v nemocnicích, v zařízeních pro rizikovou mládež, pro propuštěné vězně apod.

Omezení, vyloučení, represe. Zařízení, která chrání společnost před nebezpečnými jedinci, jsou vězňice, psychiatrická zařízení s nedobrovolnými pobyty, tábory pro uprchlíky apod.

Matoušek ještě zmiňuje funkci *rekreační* (ozdravovny, lázně).

2.2. Ústavy sociální péče

(Sbírka zákonů č. 182/1991)

Ústavy sociální péče jsou zřizovány pro mládež a dospělé občany s tělesným postižením, mentálním postižením, pro smyslově postižené a pro seniory.

Ústavy poskytují celoroční, týdenní, denní nebo přechodný pobyt. Přechodný pobyt se poskytuje, jestliže osoba, která jinak o umístěvaného občana pečuje, nemůže tuto péči z vážných důvodů poskytovat.

Ústavní péče je poskytována podle Sbírky zákonů č. 182/1991 občanům, kteří potřebují vzhledem ke svým sociálním poměrům a zdravotnímu stavu ústavní sociální péči.

Cílem této práce je popsat péči o dospělé mentálně postižené, duševně nemocné a seniory, proto zde nebude pojednáno o ústavech sociální péče pro děti a zdravotně a smyslově postižené.

Ústavy pro dospělé občany mentálně postižené

Jsou určeny pro klienty ve věku od 26 let s těžším mentálním postižením a pro klienty, kteří trpí vedle mentálního postižení také tělesnou nebo smyslovou vadou, která však nevyžaduje léčebnou péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Klienti s lehčím stupněm mentálního postižení mohou být přijati, když nezbytně potřebují ústavní péči.

Domovy důchodců

Jsou určeny klientům, kteří dosáhli důchodového věku a vzhledem k trvalým zdravotním změnám potřebují komplexní péči, jež jim nemůže být zajištěna jiným způsobem. Nemohou však být přijati klienti, jejichž zdravotní stav vyžaduje hospitalizaci v lůžkovém zařízení.

Domovy – pensiony pro důchodce

Jsou určeny klientům, kteří dosáhli důchodového věku a jejich zdravotní stav je takový, že nepotřebují komplexní péči, za předpokladu, že jim budou poskytnuty služby vzhledem k jejich věku a zdravotnímu stavu. Pensiony pro důchodce umožňují svým klientům vést poměrně samostatný život ve vhodných podmínkách.

2.3. Specifika a rizika ústavní péče

Klient, nastupující ústavní péči, musí více či méně změnit své dosavadní návyky a přizpůsobit se režimu ústavu. Ne vždy klient přijímá nástup do ústavní péče bez problémů. Velice záleží na přístupu personálu, jak klientovi usnadní obtížnou adaptaci na ústavní život. Důležitá je také spolupráce s příbuznými klienta, kteří mu mohou těžkou situaci ulehčit.

2.3.1. První kontakt s klientem

Klienti přichází do ústavu buď z domova nebo z jiného ústavního zařízení. V drtivé většině případů předchází hospitalizace v některém nemocničním zařízení nebo psychiatrické léčebně. Ústavní zařízení se však pro klienty stává jejich novým domovem, a je nutné všem nově přichozím klientům umožnit co nejsnadnější adaptaci, která bývá složitá. Když klient přestává být schopen žít samostatně, nebo nemá nikoho, kdo by se o něho postaral, je nutný nástup do ústavní péče. Klienti s mentální retardací či psychotickým onemocněním špatně snáší změny a nástup do ústavu pro ně bývá velkým stresem. Záleží na přístupu všech zaměstnanců při zapojování klienta do chodu ústavu. Velice důležitý je citlivý přístup ke každému klientovi již při prvním kontaktu. Je nutné, aby byl kladně přijat a bylo mu dáno najevo, že je v ústavu vítán a že je přijímán jako rovnocenný partner. Klienta přijímá sociální pracovník, který ho nejdříve seznámí s chodem ústavu, vysvětlí mu jeho práva a povinnosti, domluví se s ním na vyplácení kapesného apod. Klientův první dojem je důležitý pro jeho další adaptaci. Nemělo by se stávat, že je s ním zacházeno neosobně, pouze jako s „případem“, nejsou mu poskytnuty žádné informace a během vyřizování formalit je posazen na chodbě, kde si ho nikdo nevšimne. Klient, který by byl přijat tímto způsobem, se cítí dezorientovaný, zbytečný a jeho adaptace na ústavní péči bude pravděpodobně obtížná.

2.3.2. Maladaptace

Adaptace je schopnost organismu přizpůsobit se nárokům okolního prostředí. Maladaptací rozumíme poruchovou adaptaci, selhání schopností organismu snášet nároky vnějšího světa.

Matoušek (1999) zmiňuje jako nejzávažnější riziko dlouhodobého pobytu v ústavu tzv. **hospitalismus** „stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní (civilní život).“ Klienti

mají v ústavu vše zajištěno, o nic se nemusí starat, proto nepocítují nutnost kontaktu s okolním světem mimo ústav. Dlouhodobý pobyt v ústavním zařízení také způsobuje to, že klienti mají představu o okolním světě značně zkreslenou. Například nechápou zvyšování úhrady za stravu (považují to za „zlodějinu“), odmítají se však jít přesvědčit do obchodu o reálných cenách zboží. V mnohých případech dochází k tomu, že klienti odmítají opouštět zázemí ústavu. Brání se kontaktu se světem, kterému přestali rozumět, a mají z něho strach.

Další riziko spatřuje Matoušek v tzv. **ponorkové nemoci**. Klienti, kteří spolu žijí příliš dlouhou dobu, se spolu přestávají snášet. Může docházet k verbální i fyzické agresi. Klientům by se měl nechat prostor, aby si mohli sami určovat, s kým budou sdílet ložnici.

V souladu s moderními trendy poskytování ústavní péče by se mělo klientům v co největší míře umožnit zapojení do běžného života.

2.3.3. Soukromí klientů

V drtivé většině případů se ústav sociální péče stává pro klienta novým domovem. Nesmí se proto zapomínat na to, že je potřeba všem obyvatelům dopřát dostatek soukromí (musí se však brát ohled na to, že někteří těžce mentálně postižení klienti potřebují celodenní dozor). Obyvatelé ústavu, kteří před nástupem do ÚSP žili v domácím prostředí, si těžko zvykají na režim, který se od nich vyžaduje. Klientů velmi schází soukromí, na které byli zvyklí. Často kvůli tomu dochází ke konfliktům s ostatními klienty, ale i s personálem. Problém je například televize, klient je nucen sledovat program, který sleduje většina. Klienti mají též redukované možnosti realizace svých zájmů a koníčků (poslechem hudby, večerním čtením při lampičce ruší své spolubydlící).

Některé činnosti, prováděné klienty v soukromí, které ve své podstatě nepůsobí negativně, mohou vinou špatné interpretace a reakce ze stran personálu negativně působit (např. sexualita klientů). V ústavech mají klienti celkově redukovanou příležitost k samotě. Každý člověk potřebuje být občas úplně sám, klienti však tuto možnost ztrácejí. Nemají ani např. možnost zamknout se na toaletě a v koupelně, někde dokonce ani tyto místnosti nemají dveře. Klienti jsou celý den pod neustálým dozorem. Někteří mohou tyto skutečnosti prožívat jako ztrátu své lidskosti a důstojnosti. Jiní klienti naopak „díky“ těmto zvykům považují za normální provádět na veřejnosti činnosti, které jsou jinak nepatřičné. V ústavech

sociální péče by měli být platné stejné společenské normy jako v „normálním světě“. Ke klientům by se mělo v maximální možné míře přistupovat v souladu s těmito normami.

2.3.4. Individualita klientů

Obyvatelé ústavů sociální péče mají různé stupně postižení, rozdílné pohybové možnosti, jiné intelektové schopnosti, odlišné komunikativní dovednosti. Podle toho by se také mělo pečovat o klienta. Jedním z nejdůležitějších aspektů v poskytování péče je individuální přístup k jednotlivým obyvatelům (když z padesáti klientů umí plavat pouze jeden, neznamená to, že se bude muset se svým koníčkem rozloučit). Každý člověk, tudíž i nějak postižený, je neopakovatelná osobnost s individuálními zájmy a potřebami. Nelze proto ke skupině obyvatel přistupovat jako k celku. Každému je nutné nabídnout takové aktivity, které by ho nejen bavily a uspokojovaly, ale také mu pomáhaly rozvíjet jeho schopnosti.

2.3.5. Láska a partnerské vztahy

Partnerské vztahy mají pro postižené lidi stejný význam jako pro ostatní. Jsou pro ně důkazem rovnocennosti s ostatními. Klienti ústavů sociální péče mají stejné potřeby jako ostatní, rozdíl je pouze v odlišných způsobech a možnostech uspokojování. Prožívání partnerské lásky je nedílnou součástí života každého člověka. Klienti ústavů mají možnosti partnerství výrazně omezeny. Mnoho ústavů je zřizováno pouze pro klienty stejného pohlaví, proto nejsou výjimkou **pseudohomosexuální** vztahy. V mnohých případech jde primárně o prožití něhy a blízkosti s jiným člověkem.

Nutno ovšem konstatovat, že někteří klienti jsou svými spolubydlícími sexuálně obtěžováni i zneužíváni. Vedle sexuálního zneužívání mezi klienty dochází také k sexuálnímu styku za úplaty. Platidlem bývají cigarety, káva, sladkosti, peníze pouze zřídka (málo klientů disponuje hotovostí). Tyto dva negativní jevy je nutno rozpoznat a eliminovat již v počátku vzniku. Zneužívané klienty musí personál informovat o jejich právech a poučit je o škodlivosti takového jednání.

V ústavech, kde obě pohlaví žijí společně, dochází k partnerským vztahům.. Vztahy některých klientů trvají i několik let, bohužel však i zde jsou často redukovány možnosti společného soužití. Jsou-li partneři přistiženy při intimním

styku, zpravidla se setkají s bouřlivou reakcí ze stran personálu. Je nutné, aby byl personál řádně poučen o nevhodnosti, ba až škodlivosti takového přístupu a klientům byly vytvořeny podmínky pro harmonické prožívání partnerských vztahů.

Některým klientům mnohdy chybí i pouhý projev přízně jak ze strany personálu, tak ze strany obyvatel. Toto je nejčastější u těžce mentálně postižených (těžce mentálně postižený klient, který má navíc neobvyklé tělesné projevy, nevzbuzuje u ostatních potřebu blízkého kontaktu).

2.3.6. Klient ÚSP a společnost

Ústav sociální péče se v drtivé většině případů stává pro klienta novým domovem. Pouze malé procento klientů se z ústavního zařízení vrací domů. Bohužel klienti ústavů sociální péče jsou přijímáni společností většinou negativně, proto je velice obtížná integrace klientů do společnosti. Klienti ústavů sociální péče jsou společností stigmatizováni. Duševní onemocnění nebo mentální retardaci většina lidí vnímá jako úbytek – či totální ztrátu schopností, vědomostí a lidských návyků. Na jedné straně s postiženými soucítí, na straně druhé se jich straní a často z nich mívá strach. Je nutné ostatním lidem představit klienty takové, jací doopravdy jsou. Zvláště pak zviditelnit jejich výrazné kladné vlastnosti a schopnosti.

V obcích, kde jsou ústavy sociální péče, se klienti mohou integrovat do společnosti pořádáním různých kulturních vystoupení, prodejních výstav. Klienti také mohou pomáhat při akcích pořádaných městem, při úklidu obce, při výsadbě zeleně apod. Obyvatelé obce mají možnost poznat schopnosti klientů a klientům zvedne sebevědomí pocit užitečnosti.

3. Nejčastější příčiny vedoucí k přijetí do ÚSP

3.1. Mentální retardace

„Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností. Postižení je definováno jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 %normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišnostmi ve struktuře osobnosti.“ (Vágnerová, 1999)

Charakter mentální retardace – jde o stav vrozený, trvalý, nízká úroveň rozumových schopností se projeví především ve snížené schopnosti učení a adaptace na běžné životní podmínky.

3.1.1. Příčiny vzniku

- **Prenatální příčiny** - především genetické poruchy – „vznikají na základě poruchy ve struktuře nebo funkci genetického aparátu“ (Vágnerová 1999). Do této kategorie řadíme především mentální retardaci při chromosomálních anomáliích, např. **Downův syndrom**. Toto postižení je způsobeno trizomií 21. Chromosomu. Dříve se používal název „mongolismus“ podle charakteristického vzhledu – malý vzrůst, řídké rovné vlasy, typický obličej s malou bradou. Mezi další charakteristické znaky patří transversální (opičí) rýha, epikantus (silná tučná řasa na horním víčku), suchá kůže, časté slintání. Tito jedinci jsou milí, přítulní, rádi jedí, znají základní hygienické návyky, v dospělosti jsou na úrovni sedmiletého dítěte.

Prenatálními příčinami způsobujícími mentální retardaci jsou také patologické vlivy působící na mozek dítěte v době těhotenství – teratogéní faktory, např. léky, alkohol, drogy, ionizující záření, viry, mikroby, infekce. Mentální retardace vzniká také při poruchách metabolismu a výživy – mezi tato postižení jsou řazeny především fenylketonurie (děti jsou po porodu vyšetřeny a speciální dietou lze tomuto onemocnění předejít) a kretenismus (kombinované postižení MR a tělesné postižení, často i sluchové).

- **Perinatální příčiny** – poškození mozku dítěte během porodu např., asfyxie (přidušení, nedostatek kyslíku), krvácení do mozku v průběhu porodu, protražovaný, nesprávně vedený porod.
- **Postnatální příčiny** – jako vrozené poškození rozumových schopností – mentální retardace jsou řazeny pouze postižení vzniklá do osmnácti měsíců věku dítěte.

3.1.2. Klasifikace mentální retardace

Lehká mentální retardace IQ – 50-70

V dospělosti dosahují tito jedinci maximálně úroveň rozumových schopností 12-ti letého dítěte. Navštěvují zvláštní a pomocnou školu, preferují praktickou činnost. V řeči chybí abstraktní pojmy, mají časté vady výslovnosti – potíže v artikulaci hlásek, gramaticky špatná výslovnost, chudší vyjadřování. Paměť je mechanická, zvládnou běžné pracovní dovednosti a návyky. Bez pomoci zvládají samoobslužné úkony. Chápu základní normy a role v neznámých situacích potřebují vedení.

Středně těžká mentální retardace IQ – 35-49

V dospělosti dosahují maximálně úroveň sedmiletého dítěte. Tito jedinci potřebují dohled i při vykonávání běžných činností, zvládají totiž jednoduchou manuální práci. Učení je převážně mechanické, naučí se běžné dovednosti a získají potřebné návyky, jsou však nutné pomoc a dohled. V řeči je patrná dyslalická výslovnost a agramatismy, mají chudý slovník ve kterém chybí i méně běžné konkrétní pojmy. Zvládají jednoduchou komunikaci se známými osobami a stereotyp chování ve známých situacích.

Těžká mentální retardace IQ – 20-34

V dospělosti jsou na úrovni rozumových schopností maximálně čtyřletého dítěte. V řeči používají nepřesně pouze malý počet špatně artikulovaných hlásek. Velice často se přidruží ještě jiné postižení. Jsou schopni naučit se pouze mechanický nácvik základních úkonů a plní jen několik jednoduchých příkazů. Tito jedinci jsou trvale odkázáni na pomoc jiné osoby. Jsou schopni naučit se základní stereotypy chování.

Hluboká mentální retardace IQ – 20 a méně

Takto postižení jedinci jsou trvale a komplexně odkázáni na pomoc jiné osoby. Přidružují se jiná postižení, často jsou imobilní. Chybí artikulovaný projev. Nejsou schopni učení, maximálně diferencují známé a neznámé osoby. Reagují libostí a nelibostí. Dožívají se nízkého věku, často umírají brzy po narození.

U mentální retardace rozlišujeme typ :

eretický – neklidní, impulsivní, obtížně výchovně zvladatelní, mají velmi rychlé, až zbrklé chování

torpidní – neteční, pomalí, těžkopádní, mají stereotypní kývavé pohyby. Sociálně jsou tito jedinci přijatelnější

3.1.3. Pseudooligofrenie

Pseudooligofrenie vzniká na základě nedostatečného působení sociálního prostředí. Jedná se těžce výchovně zanedbané děti, které je nutno učit základním kulturním a sociálním návykům. Pseudooligofrenie je stav získaný a zvrtný, v podnětném prostředí vhodným výchovným působením lze tento stav zlepšit.

3.1.4. Motivace a regulace mentálně postižených

(volně dle Vágnerové, 1999)

Potřeba stimulace

Přísun podnětů musí být přiměřený možnostem mentálně retardovaného klienta. Může hrozit, že klient bude buď nedostatečně stimulován, nebo ho přemíra subjektivně nezvládnutelných podnětů bude stresovat a vyčerpávat. Mentálně retardovaní klienti preferují stereotypnější, jednodušší a jednoznačnější stimulaci, podněty musí být srozumitelné. Subjektivně nezvládnutelné situace mohou u mentálně retardovaných vyvolat zlostný afekt.

Potřeba učení

„Potřeba učení je u mentálně postižených vyjádřena tendencí porozumět v mezích svých možností nejbližšímu okolí. V informacích, které takový člověk ve

Nemocní mají narušenou sociální adaptaci, ztrácejí sociální kompetence a návyky, neuvědomují si vhodnost a nevhodnost chování. Je patrná celková degradace osobnosti, nemocný se přestává chovat pro okolí přijatelným způsobem.

„Dementia je choroba, u které dochází k snížení intelektové a paměťové úrovně oproti úrovni získané premorbidně. Dementia se mohou vyskytovat již od dvou let života, kdy se předpokládá rozvoj intelektových schopností. Porucha intelektu vzniká před druhým rokem života, i když po narození, je fáze mezi oligofrenií. Sumárně lze demence charakterizovat jako těžká duševní onemocnění, u kterých jsou různou měrou postiženy jednotlivé složky psychiky. Vedoucí příznak je však postižení kognitivních funkcí, především paměti a intelektu“ (Jiráček, 1994)

3.2. Demence

Mentálně retardovaní jsou ovlivňováni vlastními emocionálními. Důležitě je hodnocení blízkých lidí, je nutné je hodnotit pozitivně. Spatně ovládají své prožitky, většínou jde o motiv aktuálního naplnění potřeb.

Regulace vlastního chování

Potřeba realizace je u mentálně retardovaných snížena. Závisí na autoritě osob blízkého okolí, kteří jí můžou svými reakcemi ovlivňovat (chvála). Mentálně retardovaný člověk nedovede sám plánovat budoucnost, nechápe ji, je závislý na svém okolí.

Potřeba seberealizace

Tato potřeba je u mentálně retardovaných velice silná. Okolí svět může působit nesrozumitelně, proto se mentálně postižený člověk může cítit ohrožený a u rodiny a blízkých lidí přetvárá i do dospělosti.

Potřeba citové jistoty a bezpečí

svém prostředí získává, musí být nějaký jednoduchý řád a musí zde platit pravidla, kterým by mohl porozumět.“ (Vågnerová, 1999)

Základní projevy demence

(volně dle Vágnerové, 1999 a Jiráka, 1994)

- **Poruchy paměti** – nemocný si není schopen vybavit nedávné události, potíže s učením nových věcí, ztrácí předměty, nakonec si nemocný nedokáže vybavit ani svoje jméno apod.
- **Poruchy myšlení** – pacient bývá bludný, zmatený. „*Vážne představivost, asociační pohotovost, rychlost progrese myšlení, pacient posléze přestává být schopen hlubších logických myšlenkových operací (Jiráka, 1994)* .
- **Bludy** – bývají obsahově chudé., nemocní se často cítí někým okrádáni.
- **Poruchy vnímání** – gnostické poruchy – nemocní nerozeznávají známé věci, mohou se vyskytovat halucinace a iluze.
- **Poruchy emotivity** – nemocní jsou často v konečném stádiu emočně oploštělí, vyskytují se nezvládnutelné afekty, často patická nálada.
- **Poruchy motivace** – projevuje se apaticko – hypobulickým syndromem, někdy není nemocný schopen běžné denní rutiny.
- **Poruchy pudové složky** – někdy dochází k odbrždění pudové složky, pacienti se mohou dopouštět mravnostních deliktů, může se to projevit např. i ve zvýšené potřebě jídla apod.
- **Apraxie** – ztráta schopnosti užívat předměty běžné denní potřeby – ztráta naučených motorických dovedností.
- **Poruchy řeči** – afatické poruchy – *porucha tvorby a porozumění řeči (Hartl, 2000)*.
- **Poruchy spánku** – častá je noční aktivita a denní bdělost.

3.2.1. Atroficko – degenerativní demence

Do ní řadíme především **Alzheimerovu demenci**, která je nejčastější demencí. Alzheimerovu demenci dělíme na presenilní demenci Alzheimerova typu – vzniká do 65 let věku a senilní demenci Alzheimerova typu – vzniklou po 65.roce věku.

Tato demence se vyvíjí zpravidla rovnoměrně ve všech oblastech. Jednotlivé příznaky se zpočátku jeví celkem nenápadně. V začátcích onemocnění pacient ztrácí dosavadní zájmy, celkově se mění jeho osobnost, přestává se orientovat

v čase a prostoru, je patrná ztráta paměti (u nemocných se často objevují konfabulace – k doplnění toho, co si již nepamatují). Onemocnění končí celkovou degradací osobnosti pacienta, který je zcela závislý na pomoci druhých.

Příčiny vzniku Alzheimerovy demence jsou multifaktoriální, významným faktorem je dědičnost a stáří.

3.2.2. Ischemicko – vaskulární demence

Nejčastějším typem je **multiinfarktová demence** – vznikají mnohočetné drobné mozkové infarkty. Začátek onemocnění je častěji náhlý, obvykle po cévních mozkových příhodách. Výrazným znakem u této demence jsou obtíže s vybavováním nových informací, staré zážitky si většinou nemocní pamatují velmi dobře. Ischemicko – vaskulární demence obvykle začíná po šedesátém roce života (Jirák, 1994)

Na vzniku této choroby se podílí arterioskleróza mozkových cév, ale i celá řada zátěžových faktorů - diabetes, obezita, ischemická choroba srdeční apod.

3.2.3. Péče o dementního pacienta

(Pichaud, Thareauová, 1998)

- Dementního člověka je třeba udržovat v dobrém fyzickém stavu – dávat pozor při manipulaci s ním, vyvarovat se dehydratace...
- Nechat klientovi jeho osobní prostor – velký kalendář, hodiny, oblíbené předměty, fotografie blízkých a příbuzných.
- Zachovávat v co největší míře jeho autonomii – nechat ho bloumat po domě, nevykonávat místo něj úkony, které by ještě zvládl sám, i když špatně – např. při koupání a při jídle.
- Pokusit se starého člověka stimulovat – chozením, manipulací s předměty (časopisy, velké lego), vůněmi (čichat si k parfému, ke květině, k jídlu), chutěmi (dávat mu oblíbená jídla – bonbon, čokoláda apod.), potěšením ze společnosti jiných lidí, obrazem (televize, fotografie apod.).
- Zabránit izolaci od ostatních lidí – nemocného na lůžku otočit směrem ven, nenechávat ho večer potmě. Podporovat snahu a ochotu rodiny a známých k návštěvám.

- Udržovat jeho dobrý vzhled - starat se o účes, nehty, vousy, vybírat vhodné a slušivé oblečení.
- Přítomnost zvířete může být přínosem, staří lidé zvířátko rádi pohladí, popovídají si s ním.

3.2.4. Komunikace s dementním člověkem

(Pichaud, Thareauová, 1998)

S dementními klienty často není možná verbální komunikace, to ale neznamená, že nelze zvolit jiný způsob komunikace. Tím je :

Dotyk – na dementního člověka je třeba mluvit, dotýkat se ho, láskyplné gesto uklidňuje, zmírňuje agresivitu. Dotyk zintenzivníme, budeme-li na pacienta při tom mluvit – například při koupání. Je vhodné podávat dementnímu klientovi různé materiály a říkat, o jaký materiál jde. Dotyk se uplatňuje při mytí, masážích, ošetrovatelské péči, balneoterapii.

Pohled – navázat s někým vztah znamená nejprve si vyměnit pohled, zachytit pohled toho druhého. Přijmout druhého, znamená přijmout jeho pohled. Délka zrakového kontaktu a jeho četnosti svědčí o vděčnosti druhému člověku. Dívat se na někoho také znamená uznání, že existuje, že existuje pro nás.

Mimika – je tělesným vyjádřením. Společenská pravidla nemají u dementního člověka smysl, nechápe jejich význam. Dementní člověk se mnohdy chová pro ostatní nepřijatelným způsobem. Je však třeba tyto projevy chápat jako jeden z prostředků komunikace. Nechat nemocnému prostor, aby se vyjádřil.

Sluch – v první řadě je nutné se přesvědčit, zda nemocný netrpí sluchovou vadou. Na dementního člověka hovoříme jako na sobě rovného, nikdy si nemůžeme být jisti, zda našemu sdělení rozumí či nikoliv. Řešením může být také hudba, je však nutné znát klientův vkus a vytvořit mu vhodné podmínky k poslechu. Také je třeba zdůraznit význam intonace a barvy hlasu, která se zakládá na harmonii zvuků. Dobré je zdůrazňovat klíčová slova.

3.3. Psychotická onemocnění

Mezi psychózy řadíme onemocnění jako schizofrenie, afektivní poruchy, laktační psychózy a další. U psychóz je možné uzdravení, u některých klientů má však onemocnění chronický průběh, dochází k defektu osobnosti a je nutná ústavní péče. Nejčastěji se v ústavní péči setkáváme s pacienty trpícími schizofrenií a afektivními poruchami.

3.3.1. Schizofrenní onemocnění

„Schizofrenie je duševní porucha, která se projevuje charakteristickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Patří k nejzávažnějším psychickým poruchám.“ (Vágnerová, 1999)

3.3.1.1. Příznaky schizofrenie

(Höschl, 1996)

- Slyšení vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímaní myšlenek, vysílání myšlenek.
- Bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo končetin nebo určitým myšlenkám, jednání nebo cítění. Bludné vnímání.
- Halucinace hlasů, které komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají.
- Trvalé bludy, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné, jako např. absurdní náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti.
- Přetrvávající halucinace v jakékoli formě, jsou-li provázeny buď prchavými, nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu, nebo přetrvávajícími ovládacími myšlenkami, nebo když se vyskytují zárazy či vkládání do toku myšlenek a z toho vyplývající inkoherece, irelevantní řeč, neologismy.
- Katatonní projevy (vzrušenost, strnulá pozice, negativismus, mutismus, stupor)

- „Negativní“ příznaky, jako výrazná apatie, chudost řeči, oploštění nebo nepřiléhavost emočních reakcí, sociální stažení.
- Výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobnostním chování, jako je ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahu k okolí.

Někteří autoři (např. Bouchal, 1997) dělí příznaky schizofrenie na **produktivní**, iritační (v psychice je něco patologického navíc – hyperproduktivita, mnohomluvnost, inkoherece, bludy apod.) a **neproduktivní**, útlumové (útlum myšlení až mutismus, stupor a negativismus).

3.3.1.2. Příčiny vzniku schizofrenního onemocnění

(Jarolímek, 1996)

Neexistuje jedna zásadní příčina vzniku schizofrenie, ale jedná se o společné působení řady dílčích faktorů jak biologických, tak psychosociálních, které nemoc za zvláštních okolností vyvolají. Existují tedy jedinci disponovaní onemocnět schizofrenií. Tuto vnitřní dispozici tvoří především nadměrná citlivost a v jejím důsledku nadměrná zranitelnost. Faktory, vyvolávající schizofrenní onemocnění, jsou biologické a psychosociální.

Mezi **biologické faktory** patří především dědičnost (pokud jeden z rodičů trpí schizofrenií, je desetiprocentní pravděpodobnost, že potomek onemocní také). Mezi další biologické faktory patří porodní komplikace, těžké nemoci během raného dětství, špatná výživa.

Mezi **psychosociální faktory** patří neuspokojivé vztahy v dětství v základní rodině, vztahy a postavení jedince v různých kolektivech dětství a dospívání apod.

Bylo zjištěno, že při schizofrenii je v mozku nadbytek látky dopamin, která slouží k přenosu informací mezi jednotlivými buňkami. V důsledku nadbytku této látky je v mozku přenášeno příliš velké množství informací, takže mozek takové množství není schopen zpracovat.

3.3.1.3. Průběh onemocnění a prognóza

Rozvoji psychotického onemocnění mohou předcházet **prodromální příznaky** – deprese a úzkosti, introvertnost, problémy ve vztazích s lidmi apod.. Onemocnění se projeví obecně okolo 20. roku věku (Höschl, 1997). Schizofrenní

onemocnění s náhlým a bouřlivým začátkem má lepší prognózu než onemocnění, jehož počátek byl pomalý a plíživý.

Höschl uvádí, že zhruba třetina nemocných se vrátí ke svému původnímu „normálnímu“ životu, třetina má trvalé příznaky, ale je víceméně schopna zařazení do původní společnosti, a třetina je opakovaně hospitalizována, deterioruje a končí jako chronici. **Z této poslední třetiny asi 20% vyžaduje trvalou institucionální péči.**

3.3.1.4. *Formy schizofrenie*

Paranoidní schizofrenie je nejčastější formou schizofrenie. Je charakterizována paranoidními bludy a sluchovými halucinacemi. Typické jsou bludy pronásledování, kontrolovanosti.

Hebefrenní schizofrenie začíná obvykle v mladém věku 15-25 let. Projevuje se poruchovým chováním, které je nezodpovědné, vystupňovaně klackovité. Nálada je nepřiměřená situaci, myšlení je dezorganizované, řeč nesouvislá (Höschl, 1997). Nemocní často zvláštním způsobem filosofují, zabývají se náboženskými tématy. Prognóza je většinou špatná.

Katatonní schizofrenie se projevuje zejména poruchami motoriky. Rozlišuje se forma produktivní (nadměrná a nepřiměřená pohybová aktivita) a forma stuporózní (pacient se nehýbá, vydrží dlouhou dobu v jedné poloze, nemluví, nereaguje).

Simplexní schizofrenie je charakterizována zejména časným a plíživým vznikem, sociální izolací a otažením, malou aktivitou, pasivitou a závislostí na okolí (Zvolský, 2001). Dochází k celkovému úpadku osobnosti, nemocní se toulají, přestávají o sebe dbát. Mají nevýrazné bludy a halucinace.

3.3.2. **Afektivní poruchy (poruchy nálad)**

„Základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho psychické a somatické funkce. Důsledkem jsou adaptační poruchy a sociální selhávání“ (Vágnerová, 1999).

Hlavními projevy jsou fáze manického a depresivního syndromu. Může se objevovat pouze depresivní syndrom nebo pouze manický syndrom – **unipolární porucha**, nebo se manická a depresivní fáze střídá – **bipolární porucha**.

Příčinou afektivních poruch jsou dědičné dispozice, vnější prostředí jako vyvolávající faktor nebo kombinace obojího.

3.3.2.1. Depresivní syndrom

„Hlavním příznakem je patická depresivní nálada bez dostatečných psychologicky pochopitelných důvodů, která má silný vliv na veškerou psychiku nemocného“ (Souček, Zvolský, 2001).

Nemocný není schopen žádného pozitivního prožitku, vše posuzuje negativně, má neadekvátně zhoršené sebehodnocení. Celkový vzhled nemocného vypovídá o jeho strastech – setřelá mimika, zpomalená tichá mluva, omezení aktivity. Nemocný je celkově utlumen a zpomalen. Ztrácí o vše zájem, má zhoršenou koncentraci, pozornost a paměť, útlum a zpomalení uvažování. U pacientů v depresivní fázi hrozí riziko suicida.

3.3.2.2. Manický syndrom

Manický syndrom je opakem depresivního. Pacient je rozjařený, má nepřiměřeně dobrou náladu, nekritické a přehnaně optimistické uvažování. Proto někdy může konat věci, které mohou mít nepříjemné důsledky. Psychické procesy jsou zrychleny, pacienti mívají pocity zvládnutí čehokoliv, nepřiměřené pozitivní sebehodnocení, zvýšenou sexuální apetenci. Pokud se objeví bludy, mívají zejména megalomanický a persekční obsah (Zvolský, Souček, 2001).

3.3.3. Přístup ke klientům s psychotickým onemocněním

(volně dle Novákové, 1997)

Profesionál, který přichází do kontaktu s psychoticky nemocným klientem, musí mít základní znalosti o problematice takto nemocných, osobnostní předpoklady (ohleduplný, citlivý, chápavý a šetrný přístup) a schopnost vcítění do problémů klienta. Na klienta je nutno působit povzbudivě, důvěryhodně, nenechat se vyprovokovat, být zdrženlivý a trpělivý.

Důležité při kontaktu s psychotickým klientem je schopnost navázat **rozhovor** a všimnout si vnějších projevů klienta – **pozorování**.

Rozhovor – při navazování kontaktu je nutné přizpůsobit se zvláštnostem nemocného a respektovat jeho důstojnost. Redukovat jeho záporné emoce, projevit zájem, náklonnost a vcítění. Klienta trpělivě vyslechnout, dodávat mu odvalu a ocenit jeho snahu a úsilí. Přiměřeně klienta informovat o současné situaci.

Pozorování – na základě vnějších projevů hodnotíme stav klienta. Všimáme si zejména :

- **řeči** – hlasitost, modulace hlasu, tempo řeči, srozumitelnost, struktura řeči (nepřiléhavé odpovědi, nesouvislá řeč, asociační skoky), jiné zvláštnosti (neologismy, mluvení pro sebe, urážky, vyhrůžky apod.)
- **mimiky** – útlum, živost, tiky, grimasování a jiné zvláštní mimické projevy)
- **psychomotoriky** – útlum, zrychlení, držení těla, stupor
- **zevnějšku a osobních věcí nemocného** – upravenost, hygiena
- **mezilidských vztahů** – příbuzní, spolupacienti.

Velice důležité je kromě spolupráce s jinými odborníky také spolupracovat a navazovat kontakt s rodinou klienta, s jeho zaměstnavatelem a s jeho přáteli, také s úřady, někdy i se soudy a s policií a s charitativními institucemi, církvemi, nadacemi a spolky, které mají vztah k péči o duševně nemocné.

U nás pracuje několik sdružení na podporu duševně nemocných, nejznámější je sdružení FOCUS, které má pobočky v několika městech republiky.

3.4. Poruchy osobnosti – psychopatie

„Porucha osobnosti je trvalý stav, projevující se nepříznivými nebo nadměrně zvýrazněnými vlastnostmi osobnosti, odchylkami v oblasti citového prožívání, uvažování i chování, zejména ve vztahu k druhým lidem a společnosti“ (Vágnerová, 1999).

Důležitým znakem poruch osobnosti je fakt, že postižený člověk nemá na své chování přiměřený náhled, považuje ho za správné a své okolí často kritizuje za nepochopení. Někteří lidé s poruchami osobnosti nejsou schopni samostatného života a jejich stav vyžaduje ústavní péči. Toto je způsobeno zejména neschopností dodržovat minimální společenská pravidla, neschopností přiměřené sociální adaptace a také neschopností kontrolovat své impulsy.

Nejčastější poruchy osobnosti

Paranoidní porucha osobnosti – typickým znakem je nadměrná přecitlivělost a vztahovačnost, postižený člověk má nedůvěru k cizím lidem a trvalý pocit ohrožení.

Schizoidní porucha osobnosti – tito jedinci jsou nápadně introvertní, mají oploštělé citové prožívání a nezájem o okolní svět, zejména o kontakt s lidmi. K ostatním lidem jsou lhostejní, nezajímá je jejich názor. Nejsou schopni prožívat radost a uspokojení a projevit city.

Disociální porucha osobnosti – typickým znakem je egocentrismus, chybění ohledu k ostatním a neschopnost ovládat své chování vzhledem k daným sociálním normám. Tito jedinci reagují vzrušivě a afektivně, chybí jim svědomí, pocit viny. Mají potřebu silného vzrušení.

Emočně nestabilní porucha osobnosti – tito jedinci mají tendence jednat impulsivně, bez uvážení možných následků – proměnlivé a nevypočitatelné emoce. Nejsou schopni ovládat své prožívání ani chování, neuvažují nad důsledky svého konání.

Histriónská porucha osobnosti – takto postižení lidé jsou egocentričtí, mají nápadné a akcentované vnější projevy emocí spojené s povrchností vnitřního prožitku. Převažuje důraz na vlastní osobu, potřeba být středem pozornosti. Manipulují s okolím, lžou, podvádí, nesnesou klid a pohodu, vždy přináší rozruch.

Anankastická porucha osobnosti – projevuje se poruchou emočního ladění, zvýšeným sklonem k pochybnostem, nerozhodnosti, opatrnosti. Tito lidé mají zvýšenou potřebu respektovat sociální normy, jsou nadměrně komformní.

Úzkostná porucha osobnosti – projevuje se poruchou emočního prožívání – stálé pocity napětí, obav, ohrožení. Postižení mají snížené sebehodnocení, tendence k izolaci.

3.5. Stáří, stárnutí

Pravým stářím je označováno období po 75. roce života. Staří lidé prochází mnoha zátěžovými situacemi, mění se jejich sociální situace, jejich zdravotní i psychický stav. Vágnerová (2000) uvádí tři typické zátěžové situace v tomto věku.

- Nemoc a úmrtí partnera, event. dalších lidí z vrstevnické skupiny, sociální izolace a opuštěnost.
- Zhoršení zdravotního stavu, úbytek tělesných i psychických schopností, spojený s postupnou ztrátou soběstačnosti a očekávání smrti.
- Ztráta jistoty, soukromí a vynucená změna životního stylu (častá hospitalizace, event. přemístění do ústavní péče, např. do domova důchodců nebo LDN).

3.5.1. Tělesné změny ve stáří

Základními znaky chorob ve stáří jsou multimorbidita, zvláštnosti klinického obrazu a průběhu (např. fenomén ledovce: starý člověk popisuje pouze část svých chorobných příznaků, ostatní bagatelizuje), protraňovaný průběh, netypické a vzdálené příznaky. Dále je závažný tak zvaný *akcelerační fenomén*, kdy jakákoliv choroba může výrazně urychlit proces stárnutí (Kümpel, 1993).

Mezi nejčastější choroby ve stáří patří neurologická onemocnění (Parkinsonova nemoc), oční onemocnění (šedý zákal, zelený zákal, degenerace sítnice), kardiovaskulární onemocnění (nedostatečnost věnčitých tepen, chlopňové poruchy), plicní choroby (chronický zánět průdušek), nemoci trávicího ústrojí (nádory tlustého střeva, žlučové kameny), endokrinní onemocnění (diabetes, nemoci štítné žlázy), urologická onemocnění (ledvinová nedostatečnost, zbytnění prostaty), krevní nemoci (chudokrevnost, leukemie), kostní onemocnění (osteoporóza).

3.5.2. Psychické změny ve stáří

Staří lidé často trpí nemocemi, které mohou způsobovat změny v oblasti psychiky. Vágnerová (2000) zmiňuje nejčastější chorobné změny, které se mohou projevit i v oblasti psychiky :

Arteriosklerotické změny se projeví se změnou emočního prožívání, unavitelností, zhoršováním paměti a koncentrace pozornosti. Jsou zvýšeně dráždiví, převažuje mrzutá nálada, netrpělivost a nesnášenlivost. Často se objevují deprese, skleslost a

nepřiměřené výkyvy emočního ladění (Vágnerová, 2000). Staří lidé bývají úzkostliví, těžce snášejí změny, obtížně se rozhodují.

Ve stáří se také zvyšuje riziko cévních mozkových příhod, které mohou vést k vaskulární demenci. Nejčastějším důsledkem mozkových příhod je **afázie** (porucha porozumění řeči), **agnozie** (porucha rozeznávání známých objektů) a **apraxie** (ztráta naučených dovedností).

Demence těžkého a středního stupně je zjišťována u 4 – 6 % lidí ve věku 65 let. Lehkých demencí je zřejmě ještě víc (Jiráček, 1993).

Neurotizaci u starých lidí způsobuje subjektivně nevládnutelná zátěž, která sebou život starého člověka přináší. Staří lidé jsou depresivní, trpí úzkostností, strachem, pocitem bezmocnosti.

Vágnerová dále zmiňuje, že po 65. roce života roste počet dokonaných sebevražd. Jako důvod uvádí zejména ztrátu přijatelné životní perspektivy.

3.5.3. Sociální změny ve stáří

U starých lidí roste ve větší míře závislost na jiných osobách, zdravotní problémy často nedovolí starým lidem žít doma a jsou nuceni nastoupit do ústavní péče. Také ztráta některých schopností a změny v oblasti psychiky komplikují život mnoha starých lidí. Většina starých lidí také žije v osamění, ztratili svého partnera a často ani jejich rodina o ně nejeví takový zájem, jaký by si představovali. Často jsou staří lidé odkázáni na pomoc v každodenních běžných činnostech. Péči v domácnosti zajišťuje **pečovatelská služba** (nákupy, praní, úklid, pomoc při hygieně, doprovody k lékařům apod.). **Ústavní péče** je zajišťována v domovech důchodců, v pensíonách pro důchodce (menší zařízení než domovy důchodců poskytují klientům více intimity a volného pohybu), nebo v domech s pečovatelskou službou (klienti zde platí standardní nájem a jsou tam pro poskytování služeb – lékař, RHB, obědy, nákupy, kadeřnice apod.). Dalším, méně rozšířeným způsobem péče o seniory, jsou **domovinky, kluby důchodců, stacoináře** (tato zařízení ulehčí rodinám v péči o seniora, klient zde tráví většinou dobu od rána do odpolední svačiny).

3.5.4. Adaptace na umístění do domova důchodců

Pro seniory představuje nástup do institucionální péče značné trauma, ztrátu zázemí, jistoty a nutnost vytvářet si nový způsob života v novém domově.

Vágnerová (2000) zmiňuje, že nástup do domova důchodců starému člověku symbolicky potvrzuje ztrátu jeho autonomie a soběstačnosti, umístění v domově je také seniory chápáno jako signál blížícího se konce života. Ne vždy je nástup do ústavní péče dobrovolný, Vágnerová (2000) rozlišuje fáze adaptace na nedobrovolné umístění do domova důchodců :

- **Fáze odporu** – nově přichodící lidé se mnohdy chovají nepřátelsky, jedná se o obrannou reakci, o protest proti násilné změně jejich života.
- **Fáze zoufalství a apatie** – útlum a apatie, senior rezignuje a ztrácí o všechno zájem. Někteří v této fázi setrvávají až do smrti.
- **Fáze vytvoření nové pozitivní hodnoty** – navázání emočního vztahu se spolubydlícím nebo s někým s personálu, který pomůže starému člověku sdílet novou situaci a dávat životu smysl.

4. Možnosti aktivit pro klienty ÚSP

Klienti, žijící v ústavech sociální péče, bývají často pouze pasivními příjemci služeb. V souladu s moderními trendy začínají ústavní zařízení svým klientům poskytovat možnosti aktivně se podílet na svém životě. V některých případech je nutné klienta motivovat k nějaké aktivitě, v jiných případech se klient sám ochotně zapojí. Není správný názor, že s některými klienty nelze pracovat. Jsou pouze takoví, se kterými je složitá komunikace. To ale neznamená, že nepotřebují péči a pozornost jako ti méně postižení. Klienti s těžkým mentálním postižením a nebo s těžší demencí jsou často pouze ošetřováni, je postaráno o jejich hygienu, stravu a vyprazdňování, na jejich psychické potřeby se však často zapomíná. V ústavech sociální péče jsou klienti s různými druhy a stupni postižení, s různými schopnostmi, proto by nabídka aktivit měla být bohatá a různorodá, aby si každý podle svých zájmů a schopností mohl vybrat. Nabízené činnosti by také měly pomáhat rozvíjet klientovi schopnosti, nebo alespoň pomáhat zachovat stávající dovednosti. Škála nabízených aktivit se může pohybovat od nácviku sebeobslužných úkonů po získání pracovních dovedností nebo zprostředkování zkušeností pro samostatný život v chráněném bydlení.

4.1. Ergoterapie

Ergoterapie byla (a mnohde stále ještě je) chápána jako „lčba prací“. Klienti se učili ruční práce (vyšívání, malování práce s hlínou, dřevem, zahradnické práce apod). V současnosti je hlavním programem ergoterapie (Novosad, 2000) :

- Nácviik sebeobsluhy a maximální soběstačnosti.
- Ergodiagnostika – sestavení programu, který je zaměřen na soběstačnost a pracovní uplatnění klienta. Hodnocení pracovních dovedností klienta a možností pracovního uplatnění.
- Příprava na pracovní uplatnění nebo rekvalifikaci.
- Výcvik v používání technických, kompenzačních či protetických pomůcek.

Je nutné, aby ergoterapii v ústavech sociální péče prováděl erudovaný člověk, který dokáže klientům poskytnout kvalitní péči.

4.2. Pracovní rehabilitace

Do této kategorie řadíme různé typy chráněných dílen. Nejčastější a nejosvědčenější jsou dílny keramické, košíkářské, tkalcovské, práce v kuchyni, v zahradnictví apod. Klient zde získává a osvojuje si pracovní návyky, jeho den získává řád. Je více samostatný a nezávislý na svém okolí. Schopnost podílet se aktivně na svém životě dává klientům pocit užitečnosti a rovnocennosti s ostatními lidmi. Pro klienty je nejvhodnější, mají-li práci mimo ústavní zařízení. V zaměstnání mimo ústav mají klienti kromě pracovních dovedností možnost získat cenné sociální zkušenosti a navazovat kontakty s lidmi žijícími běžným životem.

Podobné zkušenosti jako pracovní rehabilitace zprostředkuje klientům **sociální rehabilitace**. Prostřednictvím sociální rehabilitace získává klient sebejistotu v soužití v široké společnosti bez pocitů méněcennosti nebo ohrožení.

4.3. Psychoterapie

Některé psychoterapeutické metody je pod odborným vedením vhodné aplikovat i u klientů ústavní péče. Tyto metody pomáhají klientům zmírnit jejich napětí, poskytují možnost hovořit o jejich pocitech a sdělit jejich trápení a starosti. To pomáhá k uvolnění a lepší spolupráci s klientem.

4.3.1. Arteterapie

Arteterapie využívá projekce zážitku do výtvarného projevu. Důraz je kladen na obsah, výraz a emoční doprovod, ne na uměleckou úroveň. Klienti kreslí své představy k zadaným tématům, o kresbách se většinou diskutuje ve skupině. Jinou formou je společná kresba celou skupinou. Kresby mají dát podnět k úvahám o významných vztazích a postojích člověka (Praško, 1997).

4.3.2. Muzikoterapie

Muzikoterapie využívá poslechu hudby, při němž si naslouchající nechávají probíhat ve fantazii úseky svého života a pak své prožitky sdělují. Během aktivní muzikoterapie klienti vyjadřují své pocity pomocí popěvku, melodie, bubnováním apod. Muzikoterapie také probíhá společným zpěvem písní, což podporuje skupinovou kohezi.

4.3.3. Relaxace

Během relaxace se klient zbavuje tenze, uvolňuje se jak fyzické tak psychické napětí. Hluboké uvolnění umožňuje prožít pocit klidu, vzdálí se starosti a problémy, člověk se cítí vyrovnaný a uvolněný.

Nejnámější relaxační technikou je **autogenní trénink**. „*Autosugestivní složka umožňuje autogenní trénink využít k sebevýchově, autoregulaci a k odstraňování nežádoucích vlastností a postojů i při léčbě tělesných onemocnění, kde je součástí potíží i psychická složka osobnosti*“ (Zika, 1992).

Nácvik je možné zvládnout za 10-12 týdnů při pravidelném cvičení. Cvičení spočívá v navozování stavu klidu, tíhy, tepla, klidného dechu, tepu, tepla v břiše a chladu na čele.

4.3.4. Canisterapie

Na klienty velice dobře působí blízkost nějakého zvířátka, které si mohou pohladit. K účelům canisterapie jsou nejčastěji využíváni psi. Psychologický slovník (Hartl, Hartlová, 2000) dělí canisterapii na živelnou – osamělým, úzkostným a nejistým lidem může být pes doporučován jako společník - a na canisterapii řízenou – odborník na tento druh terapie buď vhodného psa opatří a do vztahu mezi pacientem a psem vstupuje, nebo na určitou dobu využívá vycvičeného psa při návštěvách nemocných.

Výše uvedené metody nejsou jedinými možnostmi práce s klientem. Klienty v ústavní péči je nutné vhodně aktivizovat, snažit se o jejich kladné emoční ladění a co největší samostatnost v jejich životě. Metody, zprostředkující klientům tyto zkušenosti a návyky, by měly být aplikovány individuálně a pravidelně, s ohledem na zájmy a schopnosti klienta.

5. Specifika práce personálu v ÚSP

Zaměstnání v ústavech sociální péče je fyzicky i psychicky náročné. Zaměstnanci jsou vystavováni značné zátěži, tuto práci nelze provádět na profesionální úrovni bez alespoň částečné citové zainteresovanosti.

Důležité je také odborné vzdělání pracovníků, dobré znalosti o problematice jednotlivých postižení jsou nezbytnou součástí ucelené péče. Zaměstnanec je také nutné motivovat k dalšímu vzdělávání, umožňovat návštěvu školení a seminářů zaměřených na problematiku postižení jejich klientů. Přístup k literatuře a odborným časopisům by měly být samozřejmostí.

Výborné znalosti a odborné vzdělání v oboru však nejsou zárukou poskytování odborné péče. Bez osobnostních předpokladů nelze poskytovat klientům péči na potřebné úrovni. Pracovník musí mít schopnost empatie, schopnost pozorování, rozeznání a správné interpretace jednotlivých projevů klienta. Předpokladem je také kladný vztah a humánní přístup ke klientům. Zaměstnanec v pomáhající profesi by měl být však také poučen o situacích, kdy se např. klient pokouší s ním manipulovat a jak podobné situace zvládat a předcházet jim.

5.1. Syndrom vyhoření

Pracovníci všech pomáhajících profesí jsou ohroženi syndromem vyhoření. „*Syndrom vyhoření je důsledkem dlouhodobě působícího stresu a nepřiměřeného vypořádávání se s psychickou i tělesnou zátěží*“ (Švingalová, 1999). Švingalová dále uvádí, že se syndrom vyhoření projevuje v oblasti :

psychické – negativní obraz vlastních schopností, ztráta zájmů o profesní témata, potíže s koncentrací a pozorností, zvýšená hostilita a agresivita

emocionální – sklíčenost, pocity bezmoci, podrážděnost, nervozita, sebelítost
tělesné – rychlá unavitelnost, vegetativní obtíže, svalové napětí, poruchy spánku

sociální – konflikty v osobním životě, omezení kontaktu s kolegy.

„Do syndromu vyhoření je vždy vpletena otázka po smyslu vlastní práce. Když se práce daří, je zážitek smysluplnosti práce pomáhajícího silnější, než by byl v mnoha jiných povoláních. Když se nedaří, je zrovna tak silnější i pochybnost“ (Kopřiva, 1997). Kopřiva (tamtéž) popisuje tři **cesty, které vedou k vyhoření** :

Ztráta ideálů – na počátku je pracovník nadšen, práce se jeví jako smysluplná a zábavná. Postupně však narůstají potíže, které nelze vyřešit, pracovník naráží na překážky. Nakonec ztrácí důvěru ve své schopnosti a smysluplnosti práce.

Workaholismus – závislost na práci, která je stejné povahy jako závislost na alkoholu. Neznamená to, že někdo hodně pracuje. Jde o nutkavou vnitřní potřebu hodně pracovat.

„**Teror příležitostí**“ – pracovník se ujímá všech nabízených pracovních příležitostí, protože ty mu mohou přinést další lákavé šance. Závazky se však po čase hromadí a pracovník není schopen všechny zvládnout. Rozdíl od workaholika v tomto případě spatřuje Kopřiva především v nedostatku času v životě, horším kontaktu s realitou (chybí odhad, co bude stát kolik času) a někdy též neschopnosti odmítnout.

Syndrom vyhoření probíhá v několika různě dlouhých fázích (Novosad, 2000) :

1. **Nadšení** – člověk má ideály a velice se angažuje ve své práci.
2. **Stagnace** – ideály se nedaří realizovat a dochází k jejich redukcii. Požadavky kolegů, vedoucích i klientů začínají člověka pomalu obtěžovat.
3. **Frustrace** – pracovník vnímá klienty spíše negativně, práce je pro něho velké zklamání.
4. **Apatie** – člověk již dělá jen to nejdůležitější, vyhýbá se odborným rozhovorům a jakýmkoliv aktivitám. Je-li donucen zabývat se něčím nad standardní rámec své profese, bývá nepřátelský.
5. **Syndrom vyhoření** – dochází k úplnému vyčerpání.

Prevence stresu a syndromu vyhoření

Cílem všech strategií na zvládání stresu je zachování nebo znovuoobnovení psychické i fyzické rovnováhy jedince. Je důležité odstraňovat příčiny, nikoli symptomy, které jsou jeho důsledkem (Švingalová, 1999).

Kopřiva (1997) uvádí oblasti, které při prevenci a zvládání stresu (který může vést k vyhoření) hrají hlavní roli :

Životní styl – je důležité nechat si prostor na své zájmy a koníčky, dbát na pravidelný odpočinek a správnou výživu.

Mezilidské vztahy – pro pomáhajícího jsou důležité vztahy v jeho osobním životě, jeho rodinné zázemí a také kvalita partnerského vztahu.

Přijetí sebe samého – člověk musí mít rád také sám sebe, nesmí být na sebe příliš přísný. Pomáhající by měl být v jistém smyslu sobě samému nejdůležitějším klientem.

Člověk by měl také znát a dokázat používat různé **antistresové aktivity** jako je autogenní trénink, dechová cvičení apod., znát základy asertivního chování.

III. Praktická část

Cílem praktické části je analyzovat současný stav poskytování péče v ÚSP Palme Krásná Lípa a na základě informací, zjištěných studiem dokumentace, navrhnout takový systém péče, který by lépe vyhovoval potřebám klientů.

6. Charakteristika ústavu

Ústav sociální péče Palme (Palme je příjmení továrníka, který byl vlastníkem budovy ústavu) se nachází ve městě Krásná Lípa ve Šluknovském výběžku. Ústav byl založen v roce 1958 a původně sloužil jako domov důchodců s psychiatrickou péčí. Před rokem 1989 zde mimo civilní zaměstnance pracovaly také řádové sestry, které byly ubytovány v jednom z pavilonů.

Ústav se skládá ze čtyř pavilonů, v kterých bydlí celkem 127 klientů. Jedná se o otevřený ústav – klienti mají volný pohyb po okolí, podmínkou je být v ústavu v době vydávání stravy a do 19 hodin, kdy se jednotlivé budovy uzamykají. Všechny pavilony prošly v nedávné době rekonstrukcí a jsou moderně vybaveny. Celý komplex budov není uzavřen v jednom areálu, ale jednotlivé budovy jsou situovány podél vedlejší, málo frekventované ulice.

V současné době jsou klienty ústavu zejména lidé postižení demencí, mentální retardací, psychotici a lidé s těžkou poruchou osobnosti. Kdyby tito klienti žili mimo ústav, kvalita jejich života by pravděpodobně byla velice nízká.

ÚSP Palme Krásná Lípa je příspěvková organizace, zřizovatelem je Magistrát hlavního města Prahy.

7. Analýza současného stavu

7.1. Klientela

Celkový počet klientů ústavu je 123, z toho 72 žen a 51 mužů. Nejmladší klientkou je dvacetileté děvče, nejstaršímu obyvateli je 93 let. Jednotliví obyvatelé jsou do tohoto zařízení přijímáni z různých psychiatrických léčeben. Pouze malé procento klientů přichází přímo z domova. Mezi nejčastější postižení klientů patří mentální retardace, demence, psychózy a těžké poruchy osobnosti. Někteří klienti

však mimo tato postižení také trpí jinými nemocemi, jako je epilepsie, cukrovka, nebo některá chronická kožní onemocnění (lupénka). Mezi klienty jsou také velmi staří lidé a lidé upoutaní na lůžko, jejichž zdravotní stav vyžaduje celodenní zdravotní a ošetrovatelskou péči.

7.2. Personál

Personál ÚSP Palme tvoří **diplomované sestry, ošetrovatelky** (absolventky dvouletého učiliště při střední zdravotnické škole – nižší zdravotnický personál – NZP) a **sanitářky** (absolventky šestitýdenního zdravotnického kurzu – pomocný zdravotní personál – PZP). Zdravotní personál zajišťuje veškerou péči o klienty – hygienu, podávání stravy (dohled nad dodržováním diet), sledování zdravotního stavu (pravidelné měření krevního tlaku, pulsu, měření hmotnosti). Každá sestra má na starosti maximálně pět klientů, u kterých dohlíží na pravidelnou osobní hygienu a na pořádek v jejich osobních věcech. Diplomované sestry mimo tyto činnosti také vykonávají odbornou práci, např. aplikace injekcí, odběr biologického materiálu, převazy a jiné výkony, vyžadující odbornost (diplomované sestry). Diplomované zdravotní sestry také dohlíží na práci NZP a PZP při prevenci dekubitů a opruzenin u ležících a inkontinentních klientů. Zdravotní personál každé ráno provádí dezinfekci povrchů (noční stolky, stoly, skříně, poličky) a umyvadel. Kromě těchto činností se mají zdravotničtí pracovníci věnovat (po dohodě s vedoucí ergoterapie) možnostem a způsobu vyplnění volného času klientů.

Chod jednotlivých oddělení mají na starosti **staniční sestry**. Komunikují s praktickým lékařem, připravují vizitu, objednávají klienty k různým odborným vyšetření apod.

Bezproblémový chod zdravotnického úseku má na starosti **vrchní sestra** ústavu.

Vzhledem k vysoké odbornosti diplomovaných sester (mnohé sestry mají zkušenosti z rozličných odborných oddělení nemocnic) je zdravotní péče v ústavu na výborné úrovni. Ředitel ústavu bohužel podle jakýchsi současných „úsporných“ trendů propaguje propouštění diplomovaných sester a středoškoláků vůbec. Podle jeho názoru je přítomnosti erudovaných pracovníků v ústavech sociální péče a v domovech důchodců škoda.

Z nepochopitelných důvodů má vedoucí ergoterapie na starosti také chod a například **fyzioterapie**. Fyzioterapie je prováděna dvěma diplomovanými zdravotními pracovníky.

Nemají pracovníci ergoterapie zkušenosti, vědomosti a ani nemají zájem s nimi psychopati nemají o podobný program zájem a s klienty postiženými demencí prostor ergoterapie docházet, je podobná aktivita bohužel nedostupná. Psychotici a navštěvuje pravidelně ergoterapii zhruba 10 lidí. Klientům, kteří nemohou do zaměstnání předešlým na ruční práce a sborový zpěv. Z celkového počtu 127 klientů potřebné úrovně. Například ergoterapie se odvíjí ze zkušenosti v mateřské škole a je k dostatečné odbornosti a nulovým zkušenostem pracovníci není tato činnost na učitelka v mateřské škole jako vedoucí ergoterapie a vyučena švadlena). Vzhledem jsou zaměstnání dvě pracovníci, které jsou bez odborného vzdělání (byvala V roce 2002 bylo v ústavu otevřeno samostatně oddělení **ergoterapie**. Zde

7.4. Možnosti aktivit pro klienty

– **neurolog.** Jejich případně hospitalizace a vyšetření odbornými lékaři jsou zajišťovány v nemocnici s poliklinikou v Rumburku.

Za klienty trpícími neurologickým onemocněním dochází podle potřeby lékař Horní Betkovic.

k případnému přelčení. Pro USP Palme je spádovou psychiatrickou léčebnou PL každý týden. Psychiatr podle potřeby mění klientům léčbu a píše doporučení zaneprázdněný dalšími povinnostmi, a proto psychiatrická vizita nebývá pravidelně vyžaduje intenzivní psychiatrický dozor, bohužel však je tento lékař velice Jednou za týden klienty navštěvuje **psychiatr**. Zdravotní stav mnohých z nich

zdravotní stav, předepisuje léky, zajišťuje potřebná vyšetření odborníků apod. Jednou týdně dochází za klienty **praktický lékař**, který kontroluje jejich

7.3. Lékařská péče

Sociální pracovník je klientům k dispozici při vytřizování jejich úředních záležitostí. **Účetní klientů** spolupracuje se sociálním pracovníkem, má na starosti dýchodky klientů a vyplácení kapesného.

sestrami, které prošly jednodenním školením erudované fyzioterapeutky. Fyzioterapeutky provádí s klienty ranní rozcvičky a individuální cvičení s jednotlivými klienty (individuální cvičení má být zaměřeno především na mladší klienty). Pracovnice fyzioterapie také zajišťují noční směny na odděleních, proto nejsou často klientům ve dne k dispozici. Vzhledem k jejich neodbornosti a nemožnosti pravidelné péče považují fyzioterapii za neefektivní.

Klienti jezdí jednou za rok na rekreaci a jednou za rok se pořádá celodenní výlet, zpravidla do pražské ZOO. Jednou za rok se též účastní opékání vuřtů v ÚSP Kytlice a obyvatelé kytlického ústavu na oplátku Mikulášské zábavy v Krásné Lípě. Výlety do okolí a akce mimo ústav jsou pořádány pouze sporadicky.

Jednou za rok pořádá v ústavu své vystoupení dětský pěvecký a taneční soubor. Toto vystoupení si oblíbili zejména u starší klienti.

Někteří klienti pracují pro ústav - pomáhají v prádelně, v kuchyni, na údržbě, nebo na jednotlivých odděleních. Za práci ale dostávají velice nízkou mzdu (např. klient, který pracuje v prádelně od pondělí do pátku 3-4 hodiny denně, dostává měsíčně 120 Kč).

7.5. Popis jednotlivých pavilonů

7.5.1. Pavilon P IV

Tento pavilon s nadstandardním vybavením je v provozu třetí rok. Vznikl náročnou přestavbou budovy, která kdysi sloužila jako ubytovna řadových sester. Na oddělení P IV žije 20 klientů, muži i ženy společně. Jednotlivé pokoje jsou vybaveny moderním nábytkem, každý pokoj má svoje sociální zařízení. Ve společné koupelně je k dispozici hydromasážní vana. Klienti zde bydlí v jedno- až třílůžkových pokojích.

V budově je umístěna kancelář sociálního pracovníka a kantýna.

Tabulka č. 1: Četnost jednotlivých diagnóz na odd. P IV

	Mentální retardace	Demence	Schizofrenní onemocnění	Psychopatie
Muži	2	0	8	2
Ženy	2	1	4	1
Celkem	4	1	12	3

Tabulka č. 2: Průměrný věk klientů na odd. P IV

Ženy	54
Muži	50
Celkem	52

Tabulka č. 3: Složení personálu na odd. P IV

	Zdravotní sestra	Ošetřovatelka	Sanitářka
Ženy	4	0	1
Muži	0	0	0
Celkem	4	0	1

Počet inkontinentních klientů : 0

Počet klientů trvale upoutaných na lůžko : 0

7.5.2. Pavilon P III

Jedná se o samostatnou budovu, ve které žijí pouze ženy, které jsou převážně soběstačné. Toto oddělení je domácího typu, klientky bydlí ve dvou až čtyřlůžkových pokojích. K dispozici je společenský pokoj s televizí a pohodlnou sedací soupravou. Sociální zařízení je společné pro všechny. Žije zde 14 klientek.

Tabulka č. 4 : Četnost jednotlivých diagnóz na odd. P III

	Mentální retardace	Demence	Schizofrenní onemocnění	Psychopatie
Ženy	2	2	10	0

Tabulka č. 5 : Průměrný věk klientů na odd. P III

Ženy	68
------	----

Tabulka č. 5 : složení personálu na odd. P III

	Zdravotní sestra	Ošetřovatelka	Sanitářka
Ženy	2	2	1
Muži	0	0	0
Celkem	2	2	1

Počet inkontinentních klientů : 6

Počet klientů trvale upoutaných na lůžko : 2

7.5.3. Oddělení P I A

Na tomto oddělení žijí ženy i muži ve dvou až šestilůžkových pokojích. Jeden pokoj má vlastní sociální zařízení, pro ostatní je sociální zařízení společné. Oddělení P I A se skládá ze dvou podlaží, v přízemí bydlí převážně soběstační klienti, v prvním patře ti, kteří by se bez pomoci druhé osoby neobešli, a ti, jejichž stav vyžaduje celodenní péči a dozor. Klienti tohoto oddělení mají redukované možnosti soukromí, vládne zde spíše nemocniční atmosféra. Žije zde 27 klientů.

Tabulka č. 6 : Četnost jednotlivých diagnóz na odd. P I A

	Mentální retardace	Demence	Schizofrenní onemocnění	Psychopatie
Muži	1	0	2	0
Ženy	4	5	13	2
Celkem	5	5	15	2

Tabulka č. 7 : Průměrný věk klientů na odd. P I A

Muži	61
Ženy	61
Celkem	61

Tabulka č. 8 : Složení personálu na odd. P I A

	Zdravotní sestra	Ošetřovatelka	Sanitářka
Muži	0	0	1
Ženy	4	4	2
Celkem	4	4	3

Počet inkontinentních klientů : 6

Počet klientů trvale upoutaných na lůžko : 3

7.5.4. Oddělení P I B

Oddělení P I B se nachází ve třetím patře budovy nad oddělením P I A. Zdravotní stav většiny klientů vyžaduje celodenní ošetřovatelskou péči, proto atmosféra oddělení není příliš domácí. Klienti zde bydlí na jedno až pětilůžkových pokojích. K dispozici je společné sociální zařízení. Na tomto oddělení žije 26 žen.

Tabulka č. 9 : Četnost jednotlivých diagnóz na odd. P I B

	Mentální retardace	Demence	Schizofrenní onemocnění	Psychopatie
Ženy	3	3	17	3

Tabulka č. 11 : Složení personálu na oddělení P I B

	Zdravotní sestra	Ošetřovatelka	Sanitářka
Muži	0	0	0
Ženy	5	2	3
Celkem	5	2	3

Tabulka č. 12 : Průměrný věk klientů na odd. P I B

Ženy	68
------	----

Počet klientů trvale upoutaných na lůžko : 4

Počet inkontinentních klientů : 11

7.5.5. Pavilon P II

Oddělení P II tvoří samostatně stojící budova, kterou obývají pouze muži. Obyvatelé žijí na dvou až šestilůžkových pokojích. K dispozici je společné sociální zařízení, společenská místnost. V bezprostřední blízkosti pavilonu P II se nachází zahradnictví a prostory pro chov prasat. Celkový počet klientů tohoto oddělení je 36.

Tabulka č. 14 : Četnost jednotlivých diagnóz na odd. P II

	Mentální retardace	Demence	Schizofrenní onemocnění	Psychopatie
Muži	9	2	23	2

Tabulka č. 15 : Složení personálu na odd. P II

	Zdravotní sestra	Ošetřovatelka	Sanitářka
Muži	0	0	1
Ženy	6	2	3
Celkem	6	2	4

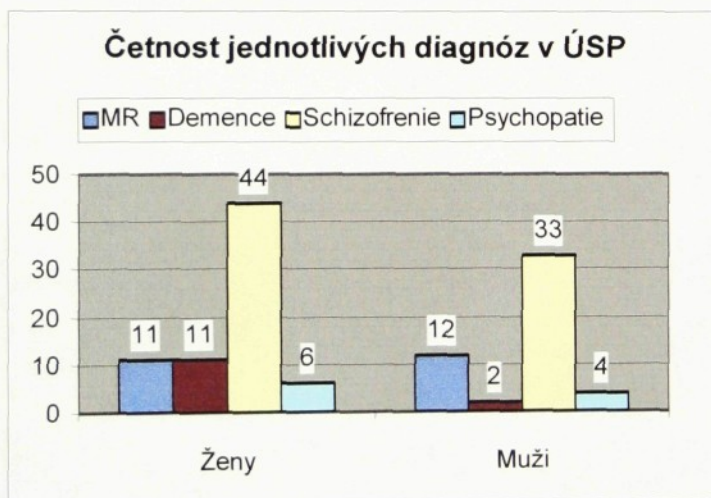
Tabulka č. 16 : Průměrný věk klientů na odd. P II

Muži	58
------	----

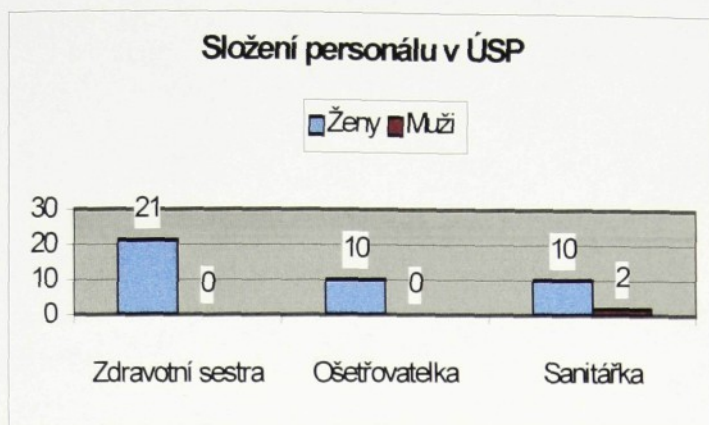
Počet klientů trvale upoutaných na lůžko : 2

Počet inkontinentních : 5

7.5.6. Celkový popis vzorku



V ÚSP Palme žije nejvíce klientů, kteří jsou postiženi onemocněním schizofrenie. Celkový počet klientů s tímto onemocněním je 77. Mentálně retardovaných žije v tomto zařízení celkem 23. Klientů trpících demencí je v ústavu celkem 13. Klientů s těžkou poruchou osobnosti 10.



O klienty ústavu pečuje převážně zdravotnický personál. Do grafu nebyly zahrnuty nezdravotnické profese, protože počet těchto pracovníků je velmi malý – dvě pracovnice ergoterapie, sociální pracovník a účetní klientů. Pracovnice fyzioterapie jsou započítány do zdravotnické profese, jelikož mimo činnosti fyzioterapie zajišťují také služby na odděleních.

Tabulka č. 17 : Průměrný věk klientů ÚSP

Muži	56
Ženy	63
Celkem	59

Inkontinentních klientů je v ústavu 28.

Počet osob trvale upoutaných na lůžko je 11.

8. Použité metody

8.1. Studium dokumentace

Studiem dokumentace získáváme tzv. tvrdá data (skutečnosti, které lze snadno ověřit) – jméno, datum narození, adresa apod.

V této práci byla získávána studiem dokumentace data – rok narození, diagnóza, délka pobytu v ÚSP.

8.2. Rozhovor

Rozhovorem se zjišťují názory, postoje, zájmy, ale také obavy, konflikty, přání a problémy osobnosti. Podle počtu osob, které se rozhovoru účastní dělíme rozhovor na skupinový (beseda) a individuální. Dále může být rozhovor volný (spontánní výpověď osoby) nebo řízený (podle předem připravených otázek). Otázky kladené při rozhovoru mohou být přímé (míří přímo k problému) a nepřímé (vedou k cíli oklikou), (Švingalová, 1998).

V této práci byly použity metody volného rozhovoru, otázky byly kladeny přímé i nepřímé, rozhovor byl volen dle potřeby - individuální i skupinový. Cílem rozhovorů bylo zjistit spokojenost, přání a zájmy klientů v ústavní péči a na základě zjištěných skutečností navrhnout systém péče, který by obyvatelům ústavu lépe vyhovoval.

8.2.1. Skutečnosti zjištěné rozhovory s klienty

Rozhovory s klienty byly zaměřeny především na zjištění míry jejich spokojenosti se životem v ústavu. Jednotlivým klientům nebyl sdělen účel rozhovorů, aby jejich odpovědi nebyly ovlivněny a byly spontánní. Rozhovor byl proveden s celkem dvaceti klienty, zejména s psychotiky (13 klientů), psychopaty (5 klientů) a s klienty s lehkou mentální retardací (2 klienti). Rozhovory byly vedeny podle situace, individuálně i skupinově. Situace, při kterých byly rozhovory vedeny, vznikaly spontánně bez předchozí přípravy a byly vyhledávány především takové, kdy jednotliví klienti byli v dobré psychické pohodě (např. při odpolední kávě).

Na otázku ohledně **spokojenosti se životem v ústavu** odpověděli klienti následovně

- 5 klientů odpovědělo, že jsou zcela spokojeni, protože se cítí v ústavu ochráněni před okolním světem a mají zajištěny všechny potřeby. Mezi nimi byly 2 osoby s psychotickým onemocněním, 2 osoby s lehkou mentální retardací a jedna osoba s úzkostnou poruchou osobnosti. Tito klienti jsou převážně lidé, kteří nemají se životem mimo ústav dobré zkušenosti, nebo mu pod vlivem onemocnění přestali rozumět a mají z něho strach.
- 11 klientů přijímá ústavní péči s nějakou výhradou (např. nevyhovující režim, nespokojenost se stravou, se spolubydlícími, s personálem), někteří

klienti odpověděli, že je v ústavu nuda a že nabízené aktivity jim nevyhovují. Takto odpovídalo 9 osob s psychotickým onemocněním a 2 klienti s poruchou osobnosti.

- Čtyři klienti jsou se životem v ústavu nespokojeni. Většinou tito lidé museli opustit svůj dosavadní způsob života a přizpůsobit se režimu ústavu, který je zcela odlišný od jejich představ o životě. (Např. jeden klient žil až do nástupu do ústavu v původní rodině, druhý klient zanášel svůj byt odpadky a způsobil v domě požár, proto byl umístěn do ÚSP).

Na otázku ohledně **příčin nespokojenosti se životem v ústavu** byly odpovědi velice různé. Klienti, kteří jsou se životem v ústavu velice nespokojeni, uváděli jako podstatnou příčinu nespokojenosti pocit nesvobody a nutnost podřítit se nevyhovujícímu režimu. Jeden klient se cítí být nad ostatními obyvateli intelektuálně povýšen a trpí samotou, protože si nemá s kým pohovořit.

Jako další příčiny nespokojenosti byly uváděny tyto skutečnosti :

- Nespokojenost s možnostmi trávení volného času – velký počet klientů po celý den nemá co na práci a nudí se.
- Nespokojenost se spolubydlicími – někteří klienti se mezi sebou nesnesou – příčinou mohou být odlišné zájmy, ale také ponorková nemoc (viz kapitola 2.3.2)
- Nespokojenost s personálem – jako nejčastější důvod byl uváděn nezájem personálu o problémy klienta a neochota je řešit.

Na otázku ohledně **zlepšení života v ústavní péči** odpovídali klienti v souladu s odpověďmi na předchozí otázky. Klientům chybí těsnější kontakt s personálem, uvítali by lepší možnosti využití volného času, chtěli by se více podílet na svém životě (to znamená také si vybírat s kým chtějí sdílet ložnici), někteří klienti by chtěli pracovat. Z těchto odpovědí vyplynulo, že klienti potřebují příležitosti aktivně se podílet na svém životě. V ústavu mají vše zajištěno a vlivem kolektivního způsobu života se vytrácí veškeré možnosti projevit individuálně svoji osobnost.

9. Návrh vlastního projektu

Každý ústav sociální péče by měl svým klientům poskytovat takovou péči, která by nejen zlepšovala kvalitu jejich života po materiální stránce, ale také zprostředkovala cenné životní zkušenosti mimo ústav a udržovala klienty v dobré psychické pohodě. Klienti nesmí mít pocit, že se ústav stává jejich posledním útočištěm, že se na tom již nic nezmění, že nebudou moci ani částečně ovlivňovat svůj život.

V ÚSP Palme Krásná Lípa je o klienty výborně postaráno po stránce jejich tělesných potřeb, ale o jejich duševní život (přání, obavy) se téměř nikdo nezajímá. Současný ředitel ústavu je přesvědčen o zbytečnosti středních zdravotnických pracovníků a odborníků vůbec. Aby toto ústavní zařízení plnilo svou funkci, považují za nezbytné dodržení dvou základních bodů :

- **Udržet zdravotní a ošetrovatelskou péči na stávající úrovni.** Studium dokumentace bylo zjištěno, že větší počet klientů je upoután na lůžko a jejich zdravotní stav vyžaduje pravidelnou zdravotní a ošetrovatelskou péči, mnozí klienti mají od lékaře předepsané pravidelné a SOS injekce, někteří klienti trpí epilepsií a je nutné, aby byla vždy na blízku kvalitní zdravotní péče. U některých klientů se také provádí péče o kožní defekty (proleženiny, bércový vřed), která bez patričních znalostí a zkušeností nemůže být prováděna na odborné úrovni. V ústavní péči by měla být realizována ucelená rehabilitace „pod jednou střechou“. Kvalitní zdravotnická péče je součástí ucelené rehabilitace a musí být klientům přístupná přímo v ústavu, protože převážení k odborným ošetřením mimo ústav je pro klienty náročné a stresující. Současná zdravotní a ošetrovatelská péče je na výborné úrovni a klientům je poskytována veškerá péče včetně používání dostupných moderních pomůcek, obvazových materiálů, léčebných postupů apod.
- **Zajistit klientům možnosti jejich dalšího rozvoje a vyplnění volného času.** Jiná než zdravotní péče v tomto ústavu není bohužel poskytována téměř vůbec. Další kapitola bude zaměřena na návrh péče, kterou by se mohl výrazně zkvalitnit život klientů.

9.1. Možnosti zkvalitnění péče

Aby ústav plnil svou funkci, je třeba dosáhnout řady změn. Některé se týkají problematiky vzdělání personálu, jiné způsobu trávení volného času klientů. Při práci s klienty je však nejdůležitější zohledňovat jejich individualitu, přijímat je takové, jací jsou, a v neposlední řadě mít na mysli jejich lidskou důstojnost.

9.1.1. Změny, kterých je třeba dosáhnout pro zkvalitnění péče

Personál

V ÚSP Palme není péče o rozvoj osobnosti a duševní život klienta realizována na potřebné úrovni. Toto je v první řadě zaviněno nedostatečným vzděláním a zkušenostmi pracovníků. Většina pracovníků, včetně těch ve vedoucích funkcích, má sice zdravotnické vzdělání (ředitel ústavu je také absolventem střední zdravotnické školy a dříve pracoval jako vrchní sestra v domově důchodců), snad proto je celé zařízení pojmáno jako nemocniční a o klienty je pouze pečováno, ale o problematice onemocnění a postižení jednotlivých klientů mají zaměstnanci pouze minimální, nedostatečné znalosti. Chybí snaha získávat vědomosti o poskytování péče podle moderních trendů.

Veškeré mimozdravotnické aktivity jsou poskytovány pracovníky bez patřičného vzdělání, vědomostí a zkušeností (ergoterapie, fyzioterapie), proto tato péče nemůže být na potřebné úrovni a máji se účinkem.

Sociální pracovník nemá dostatek času na jednotlivé klienty, jeho čas je z velké části vyplněn vyřizováním úředních záležitostí. Klienti nemají možnost pohovořit o svých problémech v klidu a s pocitem, že jim někdo naslouchá, o jejich problémy se zajímá a je ochoten je pomoci řešit.

Péči o klienty tohoto zařízení lze zkvalitnit dodržením následujících bodů :

- **Přijmout kvalifikovaného fyzioterapeuta, ergoterapeuta**, pod jejichž vedením by ostatní zaměstnanci pracovali.
- **Vytvořit podmínky, aby se mohl sociální pracovník individuálně věnovat klientům.** Kapacita ústavu neumožňuje individuální přístup k jednotlivcům. Mnozí klienti nemají možnost svěřit se se svými

problémy. Je důležité věnovat pozornost životnímu příběhu každého klienta a dát mu možnost s někým svoje problémy sdílet.

- **Umožnit zaměstnancům doplňovat si odbornost.** Drtivá většina zaměstnanců má zdravotnické vzdělání, ale přesto o postižení klientů nemá téměř žádné vědomosti. Toto je jeden z nejzávažnějších důvodů, proč je péče o klienty nedostatečná a jednostranně zaměřená. Je nutné pořádat pro zaměstnance semináře, školení, umožnit navštěvování vzdělávacích akcí, zajistit přístup k odborné literatuře a časopisům, zvat do ústavu odborníky apod. Pouze vzdělání a informování pomáhající mohou poskytovat klientům adekvátní péči. Zaměstnanci by také měli být poučeni o nebezpečí syndromu vyhoření a o vhodných antistresových aktivitách.
- **Změnit přístup ke klientům.** Je třeba si uvědomit, že zaměstnanci poskytují klientům služby, proto k nim musí přistupovat jako ke klientům. Jedním z nejdůležitějších aspektů je individuální přístup. Každý člověk má svou důstojnost, kterou je třeba respektovat. Tento bod velice úzce souvisí s nevědomostí pracovníků. Často jsou některé přirozené projevy postižení špatně interpretovány a klient zůstává nepochopen (*v extrémních případech klienti zaměstnancům „lezou na nervy“, protože funí, dupou, na nějakou věc se opakovaně ptají, mají divný výraz, zapomínají apod.*)
- **Zajistit pravidelné návštěvy externích odborníků.** Návštěvy psychiatra jsou nedostatečné, časově velmi omezené. Na všechny klienty se během vizity ani nedostane, klienti ani nemají z důvodu časové tísně možnost s lékařem pohovořit. Často se musí psychiatr spolehnout na informaci od sestry, aniž by s klientem pohovořil. V ústavu velice chybí přítomnost psychologa, bylo by vhodné zajistit jeho pravidelné návštěvy.

Možnosti terapie a reedukace klientů - přiblížit činnost ergoterapie současnému, modernímu pojetí

(současné pojetí ergoterapie viz kapitola 4.1)

V oblasti vyplnění volného času klientů, jejich reedukace, zachování stávajících dovedností a umožnění získávat nové zkušenosti plní ústav nedostatečně svojí funkci. Jelikož klienti mají odlišná postižení, onemocnění, jsou velmi různého

věku, mají odlišné komunikativní dovednosti apod., je nutné zajistit všem možnost, jak trávit volný čas. V současné době převládá většina klientů trávit čas čekáním na snídani, oběd, večeři... Pouze malý počet klientů navštěvuje ergoterapii, ostatní jsou k různým aktivitám nuceni. Lze říci, že se pracuje stále se stejnými lidmi.

Je velmi smutné slyšet hovořit vedoucí ergoterapie o jedné klientce „ona je úplně nemožná, stále by chodila na terapii, ale nedokáže nic ani rovně ustrihnout, ona dokáže zaměstnat jednoho člověka pouze pro sebe“.

I když někteří klienti nejsou na ruční práce příliš šikovní, ergoterapeutky za ně rády výrobek zhotoví. Bohužel se tyto aktivity nesou v opačném duchu, než je zásada ergoterapie, že výrobek není cílem.

Ergoterapie také provozuje muzikoterapii (muzikoterapii se v tomto zařízení nazývá sborový zpěv), která také bohužel není dostupná všem klientům.

Jedna klientka, která o muzikoterapii projevila zájem, byla odmítnuta, protože podle názoru pracovníků ergoterapie neumí zpívat a nemá hudební sluch.

O možnostech aktivit pro klienty se rozhoduje podle jejich schopností, nikoli podle zájmu o určitou aktivitu.

S dementními, těžce mentálně retardovanými, či autistickými klienty se v ústavu nepracuje vůbec. Někdy jsou před ně položeny omalovánky, dětské časopisy nebo kostky, ale nepracuje se s nimi a po několika hodinách se jim předměty odeberou.

Aby ergoterapie plnila svou funkci, je nutné dodržet následující body :

- **Zaměstnat erudovaného ergoterapeuta,** který by měl potřebné zkušenosti a vědomosti jak pracovat se všemi klienty. Pod jeho vedením by působili ostatní pracovníci. V současné době je činnost ergoterapie zaměřena jednostranně a pouze pro malý počet klientů (ergoterapii navštěvuje pravidelně zhruba 10 stálých klientů).
- **Zpřístupnit ergoterapii všem klientům.** Činnost ergoterapie využívají pouze ti klienti, kteří si sami do příslušných prostor dojdou. Za klienty,

kteří z různých důvodů (např. omezená mobilita) nemohou do ergoterapie docházet, však žádná pracovnice nedochází. Tito klienti jsou odkázáni na zdravotnický personál, který však nedisponuje potřebnými pomůckami k vyplnění jejich volného času.

Jak vyplynulo ze studia dokumentace, v ústavu je 13 klientů postižených demencí, se kterými se vůbec nepracuje. S každým klientem však lze navázat kontakt (viz kapitola 3.2.3) a nějak pracovat. Problematika péče o demenční klienty úzce souvisí s ošetrovatelskou péčí. Klientům není poskytována příležitost k samoobslužným dovednostem, všechny činnosti jsou za ně prováděny zdravotnickým personálem. V tomto případě je opět v popředí problém neinformovanosti pracovníků. Samoobslužné dovednosti budou u klienta zachovány pouze v případě, že mu je umožníme provádět a budeme fungovat pouze jako pomocníci. O klienty, postižené demencí, je výborně postaráno, není jim však umožněno zachovat stávající dovednosti.

- **Zprostředkovat jednotlivým klientům aktivity, které by nejen pomáhaly zachovat stávající dovednosti, ale také zprostředkovaly nové zkušenosti.** Moderní pojetí náplně ergoterapie není zaměřeno pouze na výrobky ručních prací, náplní této činnosti je zejména definování a využití pracovního potenciálu klienta. V ÚSP Palme není ergoterapie prováděna podle současných trendů, proto plní nedostatečně svoji funkci. Někteří klienti jsou schopni a ochotni pracovat. Pracují-li však pro ústav, dostávají za svoji práci směšnou částku, proto je o podobnou práci malý zájem. Pracovnice ergoterapie by měly spolu se sociálním pracovníkem pomáhat klientům najít práci mimo ústav. I když klientů schopných a ochotných práce mimo ústav není v tomto zařízení mnoho, možnost pracovat mimo ústav jim pomůže získat nenahraditelné zkušenosti ve světě mimo ústav (viz kapitola 4.2 – pracovní rehabilitace)
- **Využít všechny možnosti, které ústav nabízí pro reedukaci klientů.** V ústavu je k dispozici hrnčířský kruh pro výrobu keramiky. Žádný ze zaměstnanců však neumí s tímto přístrojem pracovat, proto je nevyužitý. Klientům je k dispozici také menší hřiště s umělým trávníkem, vybavené pomůckami pro hru košíková, a pomůcky pro hru stolní tenis. Ani tyto možnosti nejsou využívány v dostatečné míře.

Je nutné zpřístupnit činnost ergoterapie všem klientům. Ergoterapeut znalý problematiky ovládá potřebné znalosti o zapojení všech klientů do činnosti ergoterapie. V případě dementních nebo těžce mentálně retardovaných klientů je vyvíjena intenzivní činnost při nácviu či zachování samoobslužných dovedností. Klientům postiženým psychózou nebo psychopatickým klientům by měla ergoterapie vedle pracovních návyků zprostředkovávat také sociální zkušenosti. Tito klienti bývají velmi dobře adaptováni na ústavní život, v běžném životě však sociálně selhávají (viz kapitola 2.3.2).

První kontakt s klientem

Klienti mají často při nástupu do ústavní péče problémy s adaptací. Je nutné, aby se všichni zaměstnanci věnovali novým klientům již při příjmu a přátelským přístupem podpořili jejich snadnější adaptaci (viz kapitola 2.3.1 a 2.3.2). Klienta je vhodné přátelsky přivítat a snažit se zodpovědět všechny jeho dotazy ohledně domácího řádu, výplaty kapesného, poskytnout informace o době podávání stravy, vycházek apod. Také je důležité sdělit novým klientům, na koho se mají v případě problému obrátit. Pouze týmová práce všech zaměstnanců může klientům usnadnit mnohdy obtížnou adaptaci na ústavní život.

9.1.2. Diference péče

Klienti ústavu mají odlišná postižení a z toho vyplývající různá omezení v oblasti sebeobsluhy, v oblasti závislosti na druhé osobě a neposlední řadě také odlišné nároky na ošetrovatelskou a zdravotní péči. Klienti různých diagnóz žijí společně na jednotlivých pavilonech. Bylo by vhodné umisťovat klienty na jednotlivé pavilony podle jejich onemocnění a schopností. Nezřídka dochází mezi klienty ke zbytečným konfliktům. (Např. klient postižený demencí a psychopatický klient na jednom pokoji je velice nešťastné řešení).

Jedním z nejdůležitějších kroků je zřízení **ošetrovatelského oddělení**, kde by byli ubytováni klienti trvale upoutaní na lůžko. Prostorově nejvhodnější je pro tyto účely horní patro oddělení P I A. Zde by vznikla malá ošetrovací jednotka s 8 lůžky. Na tomto oddělení je v bezbariérovém dosahu koupelna s hydromasážní vanou, uzpůsobenou pro manipulaci s těžce pohyblivými klienty. K oddělení patří také terasa, kde by mohli klienti v případě pěkného počasí trávit čas. Vstup na terasu by však bylo nutné architektonicky upravit (jedná se několik schodů v úzkém prostoru). Zde by klientům byla věnována intenzivní péče podle jejich zdravotního

stavu, tedy od základní péče prevence dekubitů až po péči fyzioterapeuta. Se všemi klienty by se v maximální možné míře pracovalo nejen po tělesné stránce, ale i po stránce psychické. Na tomto oddělení by pracovaly diplomované zdravotní sestry a ošetrovatelky. Za klienty by docházela fyzioterapeutka a ergoterapeutka, které by poučily ostatní pracovnice o další péči. Při manipulaci s imobilními klienty by byl vždy k dispozici buď sanitář, nebo pracovník civilní služby.

Na oddělení P I B by bylo vhodné zřídit **oddělení pro klienty postižené demencí, popř. těžkou mentální retardací**. ÚSP Palme je otevřený ústav, klienti mohou libovolně budovu opouštět. Je velice obtížné získat přehled o pohybu všech klientů. Občas se stává, že dementní klient opustí budovu a bloudí po městě. V těchto případech je nutno kontaktovat policii, která klienta přivede.

I když podobné případy nejsou příliš časté, bylo by vhodné zřídit oddělení pro klienty, jejichž zdravotní stav vyžaduje celodenní péči a dohled. Oddělení P I B se nachází v horním patře hlavní budovy a nebyl by problém toto oddělení uzamykat. Výhodou je také dobře přístupná terasa, kde by klienti v případě příznivého počasí mohli trávit volný čas. Aby terasa nepůsobila stísněným dojmem, bylo by vhodné provést parkovou úpravu, vytvořit zákoutí s lavičkami a oplocení zakrýt živým plotem. Oddělení má výtah, proto by bylo přístupné i těžce pohyblivým klientům.

Zde by pracovali zaměstnanci všech zdravotnických profesí, kteří by pod vedením ergoterapeuta a fyzioterapeuta zajišťovali mimo zdravotní péči také péči výchovnou a reedukační.

Pavilon P II by sloužil klientům, kteří sice nevyžadují celodenní dohled, ale musí být při některých činnostech vedeni (např. dohled nad dodržováním hygieny apod.). Těmito klienty jsou zejména lidé s psychotickým onemocněním, kde je již patrný defekt osobnosti. U těchto klientů není nezbytná zdravotní a ošetrovatelská péče, proto by zde péče měla být orientována na reedukaci klientů. Velice důležité je tyto klienty aktivizovat a zprostředkovávat jim zkušenosti s životem mimo ústav. Tito klienti zpravidla žili dlouhou dobu izolovaně v psychiatrických léčebnách a nedisponují potřebnými sociálními návyky. Pro ně je vhodná práce v chráněných dílnách nebo práce pro ústav. Musí však být vhodně motivováni.

Pavilon P IV A P III je vhodný pro klienty převážně soběstačné, kteří potřebují pouze občasný dohled a pomoc. Péče by zde také měla být zaměřena

zejména na sociální a pracovní rehabilitaci. Na jednom z pavilonů by byli soustředěni převážně mladší klienti.

Začátkem letošního roku se potvrdila nutnost zřídít uzavřené oddělení pro desorientované klienty (viz příloha č.2)

9.1.3. Vedení dokumentace

Každý klient má vedenou zdravotní dokumentaci, kde se zaznamenávají kontroly lékaře, změny zdravotního stavu, aplikace injekcí, léků apod. Velmi však chybí dokumentace o psychickém stavu klienta, jeho schopnostech apod.

Dokumentace o klientech by měla mít následující podobu :

- Stručná osobní charakteristika klienta – diagnóza klienta, jeho zájmy, aktivity v kterých vyniká, na co je klient citlivý apod.
- Rodinná anamnéza – jaké má klient vztahy se svojí rodinou, zda ho příbuzní navštěvují apod.
- Vztahy se spolubydlicími - s kým má přátelské vztahy a s kým se nemá rád.
- Zvláštnosti reagování – jakým způsobem lze nejlépe klienta motivovat, do jaké míry je účinný trest, jakým způsobem chválit apod.
- Cíle, kterých je možno dosáhnout – jaké jevy lze u klienta eliminovat, v jakých oblastech je možné dosáhnout zlepšení.
- Týdenní program klienta – pravidelné aktivity klienta během celého týdne.

Dokumentace by mimo jiné sloužila také k rychlé orientaci o osobnosti klienta, např. při nástupu nového pracovníka, nebo rychlá informace pro lékaře. Pravidelně za určitý časový úsek by se do dokumentace zaznamenávaly dosažené pokroky, popřípadě překážky, které brání v dosažení pokroku. Pravidelné záznamy do dokumentace by také napomáhaly k tomu, aby péče o klienta nebyla živelná a nepravidelná, ale všechny aktivity by byly cílené k potřebám jednotlivých klientů. Aby péče byla komplexní, součástí dokumentace musí být i aktivita klienta v oblasti fyzioterapie, tj. jakou pohybovou aktivitu je vhodné u klienta zvolit,

jakých výsledků lze dosáhnout a pravidelné záznamy o tělesném stavu klienta a o jeho kondici.

9.1.4. Další opatření, která by zkvalitnila život klientů

V prvních kapitolách III. části bylo pojednáno o změnách, které by vedly k lepší péči o klienty v rámci ústavu. Jedná se tedy o opatření, která lze realizovat přímo, bez velké finanční náročnosti. V této kapitole budou uvedeny možnosti zkvalitnění péče, jejichž realizace je však finančně a časově náročná .

Chráněné bydlení

Jak bylo zjištěno ze studia dokumentace, klienti tohoto ústavu mají různá postižení a z toho vyplývající odlišné schopnosti, a proto by měl ústav všem klientům zajistit péči podle jejich možností a schopností. Důležité je umožnit jednotlivým klientům v maximální možné míře své schopnosti upotřebit. Mnozí klienti jsou schopni se o sebe postarat, potřebují však dohled a v některých situacích pomoc a vedení. Chráněná bydlení umožní klientům prožívat pocity sebedůvěry a užitečnosti. Je výhodou, jsou-li chráněná bydlení součástí ústavu. Klienti žijí samostatně, ale mají pocit bezpečí, protože pomoc je vždy nedaleko. Ústav může také klienty chráněných bydlení zaměstnat jako pomocnou sílu v kuchyni, prádelně, na údržbě apod.

ÚSP Palme nemá chráněné bydlení, ale výstavba několika bytů by byla pro mnohé klienty velkým přínosem. Společníkem lidí žijících v chráněném bydlení by byl vedle sociálního pracovníka také některý výchovný pracovník.

Ústav je majitelem budovy, která je nedaleko ústavu a která je zcela prázdná a nevyužitá. Po rekonstrukci a přizpůsobení budovy účelu chráněného bydlení by vznikly tři bytové jednotky pro zhruba 7- 10 klientů.

Chráněné dílny

S dřívou většinou klientů se v ústavu nepracuje vůbec, protože jednostranně zaměřená činnost baví jen malý počet klientů. Zejména s psychotiky je velmi důležité pracovat a motivovat je k činnostem, které by nejen zkrátily jejich dlouhý den, strávený nicneděláním, ale také obohatily život smysluplnou činností.

Největší motivací, která rovněž vede k pocitu smysluplnosti práce, je finanční odměna. Klienti ústavního zařízení se také díky pracovnímu zařazení mohou přiblížit životu mimo ústavu, kde přeci většina lidí chodí „do práce“.

Osvědčené chráněné dílny jsou keramická (v ústavu je nevyužitý kruh pro výrobu keramiky), košíkářská, tkalcovská, výroba svíček apod. V ÚSP Palme se v dohledné době plánuje výstavba nové budovy údržby. Stávající budova nevyhovuje a bude zbourána. Na jejím místě bude potom postavena budova nová. Bylo by vhodné umístit zde prostory, které by byly využity pro účely chráněných dílen.

9.2. Respitní péče

V současné době se vedou diskuse o respitní péči. Bohužel tento typ služeb bývá nedostupný, zejména v malých obcích a městech. Lidé, kteří doma pečují o nemocného nebo jinak znevýhodněného příbuzného, nutně potřebují oddech a čas pro sebe.

V ÚSP Palme by mohlo být jedno lůžko vyčleněno jako respitní a nabídnuto lidem, kteří doma pečují o svého příbuzného. Využití tohoto lůžka by bylo limitováno několika dny až týdny.

V případě zřízení chráněných dílen by volné kapacity také mohly být nabídnuty k účelu respitní péče. Chráněná dílna by potom měla podobu denního stacionáře.

V ÚSP Palme Krásná Lipa žijí lidé postižení mentální retardací, lidé s psychotickým onemocněním a těžkou poruchou osobnosti. Kdyby tyto lidé neměli možnost pobytu v ústavní péči, kvalita jejich života by byla pravděpodobně velice nízká. V ústavu jsou i lidé trvale upoutaní na lůžko a lidé, jejichž zdravotní stav vyžaduje celodenní péči a dohled.

O klienty pečuje převážně zdravotnický personal – diplomované zdravotní sestry, sanitářky a ošetrovatelky. Zdravotní a ošetrovatelská péče je proto na vysoké úrovni, v ústavu se zvládají i náročnější ošetrovatelské postupy. Při ošetrovatelském procesu jsou používány moderní postupy a pomůcky. Klienti upoutaní na lůžko mají k dispozici polohovací lůžka, která jsou vybavena širokou škálou antidekubitních pomůcek.

Z různých postižení klientů vyplývají i odlišné nároky na zdravotní, ošetrovatelskou či redukační péči. V ústavu je poskytována pouze péče zdravotní a ošetrovatelská, jiná péče není poskytována na potřebné úrovni. K výraznému zkažití životní kvality klientů je mimo jiné třeba dosáhnout řady změn v oblasti difference péče. Nejdůležitějším úkolem je zajistit možnosti redukace a terapie na patřičné úrovni pracovníky s potřebnými zkušenostmi a vzděláním. Rovněž je nutné změnit celkový přístup k jednorolivým klientům a umožnit jim prožívat svoji vlastní osobnost a dát jim možnost zásahu do vlastního života.

Klíčovým faktorem v poskytování ústavní péče jsou však osobnosti předpoklady a motivace pečujících. Každý z nás, tedy i jedinec nějak postižený, je neopakovatelná osobnost, disponující různými schopnostmi, mající odlišná přání a obavy, zájmy a záliby. Lidé, kteří jsou nějakým způsobem mentálně znevýhodnění, jsou odkázáni na nás „zdravě“. My jim organizujeme život, diktujeme jakási pravidla, vyžadujeme plnění pro ně nelogických povinností. Nerozumíme jejich světu, ale vyžadujeme od nich podřízení se tomu našemu. Záleží na nás, kteří s podobně postiženými klienty pracujeme, do jaké míry bude naše profese „pomáhající“, jak dovedeme svým klientům život obohatit a také do jaké míry necháme obohatit svůj život pocitem smysluplné a dobře odvedené práce.

POUŽITÁ LITERATURA :

1. Baštecký, J., Kumpel, Q., Vojtěchovský, M. a kolektiv.: Gerontopsychiatrie. Praha, Grada Avicennum 1994.
2. Hartl, P., Hartlová, H.: Psychologický slovník. Praha, Portal 2000.
3. Höschl, C.: Psychiatrie pro praktické lékaře. Praha, Medicina 1996.
4. Höschl, C. a kolektiv.: Psychiatrie – učebnice pro vyšší zdravotnické školy. Praha, Scientia Medica 1997.
5. Jarolímek, M.: O lidech, kteří onemocněli schizofrenií. Praha, PALLATA 1996.
6. Koptíva, K.: Lidský vztah jako součást profese. Praha, Portal 1997.
7. Matoušek, O.: Ústavní péče. Praha, Slon 1999.
8. Novosad, L.: Zákklady speciálního poradenství. Praha, Portal 2000.
9. Novosad, L., Novosadová, M.: Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením. TU Liberec, Liberec 2000.
10. Pichaud, C., Thareaudová, I.: Soužití se staršími lidmi. Praha, Portal 1998.
11. Radimský, M. a kolektiv autorů.: Psychiatrie I. Brno, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně 1997.
12. Sochůrek, J.: Vybrané kapitoly ze sociální patologie I. díl. TU Liberec, Liberec 2001.
13. Švarcová, I.: Mentální retardace. Praha, Portal 2000.
14. Švingalová, D.: Stres v učitelské profesi. TU Liberec, Liberec 1999.
15. Vágenerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha, Portal 1999.
16. Vágenerová, M.: Výchovná psychologie. Praha, Portal 2000.
17. Zíka, J.: Hypnóza není spánek. Plzeň, Nakladatelství PhDr. Jiří Zíka 1992.
18. Zvolský, P. a kolektiv.: Speciální psychiatrie. Praha, Karolinum 2001.
19. Sbirka zákonů č. 182/1991.

DOMACÍ RÁD

Ústavu sociální péče Krásná Lípa

Domáci rád obsahuje zásady pro zajištění klidného a soudružného života a pořádku v Ústavu sociální péče. Je závazný pro všechny obyvatele a pracovníky domova.

Úbytování

Obyvatel se po svém příchodu do ústavu ubytuje v pokoji, který určila vrchní sestra. Věci, které s sebou přinesl, se označí osobním číslem a uloží na místa k tomu určená. Osobním číslem se označují i též věci zakoupené nebo darované obyvatelem v době pobytu v ÚSP.

Jestliže si obyvateľ přinesl z domova věci, které není dovoleno v domově přechovávat, např. živá zvířata, nebezpečné předměty, chemikálie, věci hygienicky závadné, věci které vzbuzují odpor a nebo věci v nadměrném množství je povinen na pokyn ředitele je z ÚSP odstranit. Vnitřním předpisem je stanoveno základní vybavení šatníku obyvatele při nastupu. Každý obyvateľ má na uložení osobních věcí přidělenou skříň s nástavcem a noční stolek. Má-li pokoj nadstandardní vybavení, tj. ledničku, televizi apod. je povinen ústavu uhradit elektrického spotřebiče. K vyzdobě a vybavení pokoje může se souhlasem vrchní sestry použít vlastních předmětů.

Věci přidělené obyvatelem ústavu zůstávají majetkem ústavu. Obyvatelé jsou povinni s nimi šetrně zacházet a při trvalém odchodu je vrátit ve stavu, který odpovídá dělicí jejích používání.

Úschova cenných věcí

Cenné věci, vkladní knížky a finanční hotovost uložena u sociálního pracovníka je evidována v příslušném programu na PC. Nakládání s majetkem obyvatele se řídí vnitřním předpisem ÚSP. O převzetí do úschovy je vystaven doklad.

Není-li obyvateľ schopen vyslovit souhlas nebo podepsat doklady, převzeme jeho věci do úschovy sociální pracovník za účasti dvou svědků, kteří příslušné doklady podepíší.

Jestliže obyvateľ dočasně opustí domov na dobu delší než 3 kalendářní dny, je ústav povinen zabezpečit obyvateleovy věci před ztrátou. O věcech, jejichž pořizovací cena je větší než 1000 Kč je povinen pověřený pracovník přidít jmenovitý seznam za účasti dvou svědků. Za zabezpečení lze považovat též věci, které obyvateľ uzamkl ve skříní a klíče od ní odevzdal pověřenému

pracovníkovi (staniční sestře) v zapečetěné obálce pro případ mimořádné události. Ústav neodpovídá za věci, vkladní knížky a peněžní hotovost, kterou nepřevzal do úschovy, nebo k zabezpečení podle předchozích odstavců.

Stravování

Strava je v ústavu přizpůsobena svým složením, množstvím a úpravou věku a zdravotnímu stavu obyvatel. Řídí se stravovací jednotkou. O dietním stravování rozhoduje lékař. Obyvatelé nemohou dostávat jiný druh stravy, než který jim byl stanoven. Nedodržováním dietního stravování porušuje obyvatel léčebný režim nařízený lékařem.

Jídla na oddělení dopraví službu konající sestra z kuchyně ÚSP. Jídla se podávají v jídelnách na jednotlivých odděleních ve stanovené době. Těm, které určí lékař nebo vrchní sestra, se na nezbytnou dobu donáší jídlo k lůžku.

SNÍDANĚ	7:30 – 8:00
OBĚD	11:30 – 12:30
SVAČINA	14:00 – 14:30
VEČEŘE	17:00 – 17:30
VEČEŘE II.	19:00 – 19:30

Obyvatelé jsou povinni se dostavit k jednotlivým jídlům ve stanovenou dobu, řádně oblečení a čistí. Pozdější příchod může povolit jen ze závažných důvodů staniční sestra. odnášet jídla, nádobí a přístroje do pokojů, zahrady apod. není dovoleno. Na odděleních mají obyvatelé k dispozici nápoje.

Potraviny mohou obyvatelé ukládat jen na místa k tomu určená. Zbytky jídel se shromažďují v nádobách k tomu určených ve vymezeném prostoru venku za kuchyní. Nesmějí se ponechávat v pokoji, na chodbách apod.

V ústavu je zřízena stravovací komise. Ve své činnosti se komise zaměřuje především na vhodnost a kvalitu stravy a na úroveň stravování. Ve věcech stravování se obyvatelé obracejí především na staniční sestry, které jsou členy stravovací komise.

Zdravotní a ošetrovatelská péče

Ústav poskytuje obyvatelům ošetrovatelskou a zdravotní péči, která odpovídá jejich zdravotnímu stavu. Potřebu lékařského ošetření nebo vyšetření hlásí obyvatel službu konající zdravotní sestře. Vlastní úraz, nebo úraz jiné osoby, hlásí obyvatel službu konající zdrav. sestře, nebo jinému pracovníkovi ústavu. Obyvatelé jsou povinni se podrobit vstupní lékařské prohlídce, preventivním prohlídkám, vyšetření a ošetření v době nemoci nebo úrazu, dodržovat léčebný režim, příkazy lékařů a zdravotnických pracovníků a užívat předepsané léky. Není dovoleno, aby obyvatel bez souhlasu lékaře

užíval léky, které si sám zakoupil nebo jinak získal. Zdravotnický pracovník nesmí podat obyvateli ÚSP psych. lék, který nepředepsal lékař.

Hygiena

V ústavu pečují obyvatelé, pod dozorem sester o osobní čistotu, o čistotu šatstva, prádla a obuvi, o pořádek na pokojích, ve skříních, nočních stolcích, o pořádek ve všech dalších místnostech které používají a v celém areálu ústavu, jako je zahrada, park, chodníky apod.

Obyvatelé se ráno a večer myjí. nejméně jednou týdně se za dohledu, nebo za pomoci zdravotnického personálu koupají, sprchují. K dodržování osobní hygieny patří také holení, stříhání, úprava vlasů a pedikúra. Podrobnosti o poskytování těchto služeb sdělí obyvatelům zdravotní sestra.

Osobní prádlo si obyvatelé vyměňují každý den. Na noc se vždy převlékají do nočního prádla. Znečištěné prádlo se každý den odevzdá k vyprání do prádelny. Osobní prádlo vyprané na oddělení se nesmí sušit na radiátorech ústředního topení. Obyvatelé jsou povinni umožnit zdravotní sestře, která se stará o jejich pokoj, dohlédnout na dodržování čistoty a pořádku v osobních věcech, ve skříních, v nočních stolcích apod.

Doba klidu

Dobu nočního klidu stanoví ředitel ústavu podle ročního období, zpravidla od 21:00 hod do 7:00 hod. odpolední klid zachovávají obyvatelé od skončení do 14:00 hodin. V době nočního klidu nesmí být obyvatelé rušeni, s výjimkou nutnosti podání léků nebo poskytnutí ošetrovatelské nebo lékařské péče.

V době nočního klidu mohou obyvatelé po dobu stanovenou ředitelem ústavu sledovat ve společenské místnosti televizi tak, aniž by rušili ostatní spolubydlíci. Lékař, vrchní sestra, nebo službu konající sestra mohou na určitou dobu zakázat ze zdravotních důvodů účast obyvatel na těchto programech. Jmenovaní mohou vyslovit zákaz též za porušování kázně a pořádku. Například při opakovaném rušení, porušování zákazu kouření nebo konzumace alkoholických nápojů.

Vycházky mimo areál ústavu

Obyvatelé mohou vycházet mimo areál ústavu v době, kterou podle ročního období určí ředitel ústavu. Zpravidla v létě do 21 hod, v zimě do 20 hod. ředitel nebo jeho zástupce též povoluje výjimky, například při návštěvě kulturních představení, max. do 22 hodin.

Obyvatel v zájmu své bezpečnosti vždy ohlásí službu konající sestře odchod a kam jde. Jestliže předpokládá, že se nedostaví k některému z hlavních jídel, ohlásí sestře, ke kterému se nedostaví. Současně ohlásí

předpokládanou dobu návratu. Je povinen dbát o svůj zevnějšek. Sestra může zakázat vycházku obyvateli nepřiměřeně oblečenému nebo nevhodně upravenému.

Vycházky může ze zdravotních důvodů omezit nebo zakázat lékař, na kratší dobu i vrchní sestra. ředitel nebo jeho zástupce může omezit nebo zakázat vycházky jestliže obyvatel opakovaně odchází mimo ústav bez ohlášení, navštěvuje hostince a nadměrně požívá alkohol, chová se nedůstojně apod. Ředitel nepovolí vycházky všem obyvatelům tehdy, jestliže by bylo ohroženo jejich zdraví nebo bezpečnost, např. při náledí.

Přechodný pobyt mimo ústav

Přechodný pobyt mimo ústav povolí ředitel jen tehdy, pokud bude o obyvatele v té době prokazatelně dobře postaráno. Nesvéprávného obyvatele si musí opatrovník (nebo ten z příbuzných, u kterého bude přechodně ubytován) vyzvednout a po přechodném pobytu mimo ÚSP opět předat. Staniční sestra mu na dobu pobytu mimo domov připraví předepsané léky, písemný návod k užívání a oboje předá osobě, která si pro něj přijede. Jestliže je sám svéprávný, předá léky i návod jemu.

Návštěvy

Obyvatelé mohou přijímat návštěvy každý den v denní době do 19 hodin. Při mimořádných událostech jako je infekční onemocnění, nebo vážné technické důvody, mohou být návštěvy zakázány.

Obyvatelé přijímají návštěvy v místnosti k tomu určené. Za příznivého počasí a nemá-li to obyvatel ze zdravotních či jiných důvodů zakázáno, může s návštěvou pobývat v zahradě, parku, nebo odejít mimo areál ústavu. Na pokoji mohou přijímat návštěvy jen ti, kteří jsou upoutáni na lůžko. Tyto návštěvy se ohlásí u zdravotní sestry, která má službu.

Všechny návštěvy se zapisí do knihy návštěv. Nesmí rušit klid a pořádek, nebo narušovat léčebný a dietní režim. V ústavu jim lze poskytnout ubytování a stravu.

Kulturní život

Obyvatelé se podle svého zájmu a zdravotního stavu účastní kulturního a společenského života v ústavu. Např. sledování televize a rozhlasu, čtení knih, tanečních zábav, zájezdů, vycházek apod.

Obyvatel může se souhlasem ředitele, nebo jeho zástupce používat vlastní televizi, rozhlasový přijímač, magnetofon a podobně pokud tím neruší spolubydlící. Telekomunikační poplatky za užívání těchto přístrojů hradí obyvatel ze svých prostředků. Vlastní knihy může mít v pokoji v přiměřeném

počtu, odpovídajícímu možnosti jejich vhodnému umístění. Každý má možnost odebírat soukromně denní tisk a časopisy.

Pracovní rehabilitace

Každý obyvatel podle svého zdravotního stavu a svých schopností provádí a pomáhá při úklidových pracích, jako je utřít prach na pokoji, zamést, odnést z pokoje odpadky, provést za dohledu zdravotnického personálu výměnu ložního prádla na své posteli, odnést prádlo do prádelny a podobně. Uvaří-li si kávu, čaj apod., uklidí po sobě kuchyňku, použité nádobí a dřez.

Obyvatelé pomáhají udržovat venkovní pořádek okolo celého ústavu posbíráním papírků, zametením chodníků, pomáhá při udržování zeleně apod.

Obyvatel se dále může věnovat zájmové činnosti. K zájmové činnosti patří pletení, háčkování, vyšívání, šití, šachy, malování, pěstování květin, zpěv, tanec apod. zájmovou činnost organizuje ergoterapeut ÚSP.

K účasti obyvatele při těchto pracích je třeba souhlasu lékaře.

Peněžní depozita

Po odečtení úhrady za pobyt se zůstatek důchodu vyplácí každého patnáctého dne v měsíci. Peněžní depozita obhospodařuje pokladník obyvatel a sociální pracovník. Určené kapesné se vyplácí 1za týden vždy v pondělí. Obyvatelům, kteří jsou upoutáni na lůžko, nebo se těžce pohybují, kapesné vyplácí v jejich pokojích.

Poštovní zásilky

Poštovní a peněžní zásilky přejímá pro obyvatele pověřený pracovník domova. Doporučené a peněžní zásilky, balíky se zapíše do knihy pošty a zásilku vydá proti podpisu. Za nesvéprávného obyvatele přebírá zásilky službu konající sestra, sociální pracovník nebo pokladník obyvatel.

Stížnosti

Stížnosti, které má obyvatel na služby poskytované ústavem, nebo na chování či jednání pracovníků, může přednést vrchní sestře. Ta stížnost projedná s ředitelem ústavu a o výsledku obyvatele informuje. Obyvatel má možnost podat stížnost přímo řediteli ústavu, nebo též nadřízenému orgánu, jímž je Magistrátní úřad hl. města Prahy.

V Krásné Lípě dne 1.2. 2000

V březnu letošního roku se potvrdila nutnost zřízení uzavřeného oddělení (viz. kapitola 4.1.2). Jedna obyvatelka se ztratila z vycházky a byla nalezena až po třech dnech ve vedlejší vesnici v lese mrtvá. I když k útěku obyvatelky došlo z vycházky a ne z budovy ústavu a na vině je pravděpodobně selhání doprovázejícího personálu, podobné situace se mohou opakovat, protože k útěkům klientů stále dochází. Zemřelá klientka již z budovy ústavu utekla mnohokrát, proto byla po celý den zamykána na svém pokoji. Toto opatření sice zamezilo útěkům, na druhé straně však postrádá lidský přístup. Kdyby tato klientka bydlela na navrhovaném uzavřeném oddělení, měla by možnost volného pohybu mimo svůj pokoj a také by mohla využívat přilehlou terasu, ze které není možnost útěku.

Několikrát se již stalo, že klient postižený demencí odešel z budovy ústavu. Ve všech případech však byla včas kontaktována policie, která klienta přivedla. Naštěstí ještě nikdy žádný z útěků neskončil tak tragicky jako poslední případ, ale v té souvislosti se může hovořit pouze o štěstí, že všichni klienti byli včas nalezeni.

V ÚSP Palme je nepsané pravidlo, že uteče-li klient postižený demencí, nebo desorientovaný klient, je nutno tuto skutečnost nahlásit ihned policii. Uteče-li klient, který je zcela orientovaný a jeho útoky jsou časté a plánované, policie se kontaktuje po 24 hodinách.

Nutno ještě konstatovat, že je zcela nemožné sledovat pohyb všech obyvatel na oddělení. Ne velkých odděleních slouží zpravidla dvě sestry na zhruba 30 klientů, na malých odděleních slouží jedna sestra na asi 15 klientů. Všechny pavilony a oddělení mají dvě a více podlaží. Budovy jsou stále otevřené a vrátnice neexistují. Kontrolovat, zda jsou všichni klienti přítomni, je možné pouze při podávání stravy a léků, což je třikrát denně.

Hlavní budova ÚSP (oddělení P I A, P I B)



Jídelna na oddělení P I A



Ložnice obyvatel



Ložnice obyvatel



Vánoční besídka

