

Univerzita Hradec Králové

Pedagogická fakulta

Ústav sociálních studií

**Vzdělávací potřeby seniorů se zaměřením
na klienty Léčebny pro dlouhodobě nemocné**

Bakalářská práce

Autor: Eliška Kotrčová
Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální komunikace v neziskovém sektoru
Vedoucí práce: doc. PhDr. Iva Jedličková, CSc.
Oponent práce: Mgr. Eva Janouchová



Zadání bakalářské práce

Autor: Eliška Kotrčová

Studium: P21K0210

Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální komunikace v neziskovém sektoru

Název bakalářské práce: **Vzdělávací potřeby seniorů se zaměřením na klienty Léčebny pro dlouhodobě nemocné**

Název bakalářské práce AJ: Educational needs of seniors with a focus on clients of the long-term care facility.

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku vzdělávacích potřeb jedné části seniorské populace. Teoretická část vychází z vymezení klíčových pojmů tématu, tedy stárnutí a stáří, z charakteristiky seniora a jeho potřeb, zejména vzdělávacích. Věnuje se také specifickým rysům seniora jako klienta Léčebny dlouhodobě nemocných a možnostem jeho kognitivní rehabilitace. Součástí práce je také vlastní empirické šetření menšího rozsahu, jehož cílem je zjištění vzdělávacích potřeb seniorských klientů jedné konkrétní Léčebny pro dlouhodobě nemocné a zhodnocení uspokojování těchto potřeb.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

PTÁČKOVÁ, Hana a PTÁČEK, Radek. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-0876-3.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a SMÉKALOVÁ, Lucie. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5446-8.

Zadávací pracoviště: Ústav sociálních studií,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: doc. PhDr. Iva Jedličková, CSc.

Oponent: Mgr. Eva Janouchová

Datum zadání závěrečné práce: 28.2.2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci Vzdělávací potřeby seniorů se zaměřením na klienty Léčebny pro dlouhodobě nemocné vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 26.4.2024

.....

Eliška Kotrčová

Poděkování

Děkuji vedoucí bakalářské práce, doc. PhDr. Ivě Jedličkové, CSc. za její vstřícný přístup, cenné rady a pomoc při zpracování vybraného tématu.

Anotace

KOTRČOVÁ, Eliška. *Vzdělávací potřeby seniorů se zaměřením na klienty Léčebny pro dlouhodobě nemocné*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2024. 52 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá vzdělávacími potřebami seniorů s primárním zaměřením na klienty v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Práce je rozdělena do čtyř kapitol, z nichž jsou první tři věnovány teoretické části a poslední čtvrtá empirickému šetření menšího rozsahu. První kapitola je zaměřena na charakteristiku cílové skupiny seniorů z hlediska vývojové psychologie, popisuje změny, se kterými se jedinec v procesu stáří setká a zároveň hovoří o vzdělávacích potřebách seniorů. Navazující kapitola je o kognitivních funkcích, kde je nejprve tento obecný pojem vysvětlen a následně jsou popsány změny kognitivních funkcí ve stáří. Také jsou zde probrány různé kognitivní techniky, které jsou při práci se seniory užitečné, pro ně určitým způsobem zábavné a zpestřují jim pobyt v různých zařízeních. Poslední kapitola v teoretické části je věnována obecně léčebnám dlouhodobě nemocných a následně specifické léčebně, ve které bylo realizováno výzkumné šetření. Cílem tohoto šetření je popsání vzdělávacích činností, které jsou v léčebně pro dlouhodobě nemocné realizovány a jejich zhodnocení.

Klíčová slova: vzdělávací potřeby, senior, stáří, kognitivní rehabilitace

Annotation

KOTRČOVÁ, Eliška. *Educational needs of seniors with a focus on clients of the long-term care facility*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2024. 52 pp. Bachelor Thesis.

This bachelor thesis focuses on the educational needs of the elderly with a primary focus on clients in a long-term care facility. The thesis is divided into four chapters of which the first three are devoted to the theoretical part and the fourth to a small-scale empirical investigation. The first chapter explores the characteristics of the elderly from a developmental psychology perspective, describes the changes they may experience in the process of aging and discusses the educational needs of the elderly. The following chapter is about cognitive functions, where first this general concept is explained and then the changes in cognitive functions in old age are described. There are also discussed various cognitive techniques that are useful in working with the elderly. They are in some ways fun for them, and they make their stay in various facilities more enjoyable. The last chapter in the theoretical part is devoted to long-term care facilities in general and then to the specific facility in which the research investigation was realized. The aim of this investigation is to describe the educational activities that are implemented in the long-term care facility and to evaluate them.

Keywords: educational needs, the elderly, old age, cognitive rehabilitation

Obsah

Úvod.....	8
1 Stárnutí a stáří	10
1.1 Charakteristika stáří z hlediska vývojové psychologie	10
1.2 Změny v procesu stárnutí a stáří	12
1.3 Adaptace na stáří.....	13
1.4 Vzdělávací potřeby seniorů	14
2 Kognitivní funkce a jejich proměny	16
2.1 Kognitivní změny ve stáří.....	18
2.2 Kognitivní trénink v průběhu hospitalizace.....	19
2.3 Další edukační aktivity pro seniory	21
2.4 Mini-Mental State Examination.....	25
3 Léčebny dlouhodobě nemocných v České republice.....	26
3.1 Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví.....	26
3.2 Komunikace se seniory v ošetrovatelské péči	28
4 Efektivita poskytované kognitivní rehabilitace v konkrétní léčebně pro dlouhodobě nemocné	30
4.1 Cíl výzkumného šetření	30
4.2 Charakteristika cílové skupiny.....	30
4.3 Výzkumný postup a jeho zdůvodnění.....	32
4.4 Interpretace výsledků výzkumného šetření.....	33
4.5 Shrnutí výsledků výzkumného šetření	45
Závěr	47
Seznam použitých zdrojů.....	48
Přílohy.....	51

Úvod

Proces stárnutí je přirozenou součástí našeho života a přináší s sebou mnoho změn. Jde o změny sociální, psychické, tělesné, proměny osobnostní a emocionální. V neposlední řadě s sebou přináší i narůstající množství zdravotních onemocnění. Ne vždy je v silách jedinců a rodin zajistit potřebnou odbornou zdravotní péči pro jejich nejbližší. Jedno ze zařízení, které tuto péči poskytuje, je léčebna pro dlouhodobě nemocné (dále také LDN). Bakalářská práce se zaměřuje na tuto specifickou cílovou skupinu, kterou jsou klienti léčebny pro dlouhodobě nemocné, a klade důraz na vzdělávací potřeby a aktivity, které jim v tomto zařízení zpříjemňují pobyt a zlepšují jejich zdravotní i psychický stav. Zároveň pojednává o celkovém pojetí stáří a s ním spjatými změnami.

Bakalářská práce je členěna do čtyř kapitol. Teoretická část se zabývá obecně charakteristikou etapy stáří, jeho periodizací a popisuje změny, které jsou nepochybně součástí této životní fáze. K tomu je využito několik publikací pro srovnání názorů podle různých autorů. Součástí je také podkapitola o klíčovém tématu bakalářské práce, kterým jsou vzdělávací potřeby seniorů.

Jedna z kapitol se věnuje kognitivním funkcím. Zde je tento pojem nejprve obecně charakterizován a následně jsou popsány kognitivní změny u cílové skupiny seniorů. Součástí je také způsob, jak se seniory s kognitivním deficitem pracovat, a jsou zde nastíněny i jednotlivé vzdělávací aktivity, které napomáhají ke snížení kognitivního deficitu, zlepšují motoriku a psychické rozpoložení, a zároveň zpříjemňují pobyt v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Jedna z podkapitol je zaměřena na kognitivní test Mini-Mental State Exam (zkráceně MMSE), který hraje jednu z hlavních rolí v adaptačním procesu, a pracovníkům tak pomáhá k zhodnocení kognitivní úrovně jedince, který je v léčebně pro dlouhodobě nemocné hospitalizovaný. Slouží také k nastavení zájmových a vzdělávacích aktivit pro seniory a zároveň i léčebných postupů.

Další kapitola se zaměřuje na cílovou organizaci, kterou je léčebna dlouhodobě nemocných. Zde je vysvětleno, jaké služby jsou v tomto zařízení poskytovány, pro koho je pobyt vhodný, jaké jsou podmínky pro umístění a také je představen personál, který o seniory pečuje. Zahrnuta je i podkapitola o adaptačním procesu, který je důležitý pro nastavení péče klientů.

Součástí bakalářské práce je empirické šetření, které je realizováno v konkrétní léčebně pro dlouhodobě nemocné. Jeho cílem je zjistit, zda kognitivní rehabilitace, vzdělávací a zájmové aktivity, které jsou součástí pobytu v LDN, vedou ke

zlepšení kognitivního deficitu, či nikoli. Při výzkumném šetření byl zvolen kvalitativní způsob zkoumání realizovaný analýzou dokumentů z již uskutečněné kognitivní rehabilitace za doby hospitalizace jednotlivých pacientů.

V dnešní době je termín „léčebna dlouhodobě nemocných“ spojený s velikým množstvím předsudků. Většina lidí si totiž myslí, že do tohoto typu zařízení chodí senioři zesnout. Já bych ve své bakalářské práci chtěla poukázat na důležitost práce se seniory v době pobytu v tomto zařízení a dokázat, že se jim zde může líbit a nepřináší do jejich duší pouze deprese a smutek. Myslím si, že právě kognitivní rehabilitace a zapojení seniorů do sociálních interakcí s ostatními klienty vede k celkově lepšímu prožitku pobytu. Zároveň se tak zvyšuje úroveň poskytované péče, neboť se utváří lepší vztah mezi pracovníky a seniory.

1 Stárnutí a stáří

Špatenková a Smékalová definují stárnutí jako: „*přirozený zákonitý jev, typický pro všechny živé organismy. Je to nevyhnutelný proces, který je nedílnou součástí životního cyklu člověka.*“ (Špatenková, Smékalová, 2015, s. 59). Je tedy nevyhnutelnou součástí života každého z nás a představuje všechny změny, kterým organismus podléhá v průběhu času. Stáří je důsledkem stárnutí, je to poslední fáze dlouhého života. Spojené je s nezvratnými proměnami, které člověka postupně omezují a oslabují. Jde o změny fyzické, psychologické, sociální, kulturní a změny životního stylu.

Úvodní kapitola o stáří a stárnutí vymezuje obecné chápání této životní etapy. Cílem je porovnat jednotlivé charakteristiky podle několika autorů, kteří se stářím zabývají z hlediska vývojové psychologie. Na to navazuje podkapitola, kde jsou blíže specifikovány některé proměny, které s touto životní etapou nepochybně souvisí a poté adaptace na toto životní období. V poslední řadě se tato kapitola zaměřuje na téma vzdělávacích potřeb seniorů.

1.1 Charakteristika stáří z hlediska vývojové psychologie

Na stáří se můžeme dívat z různých úhlů pohledu. Dle autorů nelze jednoznačně stáří vymezit, každý z nich se přiklání k jiné definici. Všichni z nich však stáří definují jako poslední životní fázi každého z nás. Lze obecně říci, že mnoho jedinců si zprvu nechce připustit, že stárnou. Někteří se této životní fáze až děsí a nechtějí, aby se o stáří mluvilo. Je však důležité pro náš vnitřní klid a pohodu, abychom se s tímto jevem mohli vyrovnat, vnitřně ho zpracovat a především se na něj začít postupně připravovat.

Autorka Marie Vágnerová periodizuje stáří do dvou etap – období raného stáří a pravého stáří. Období raného stáří vymezuje od 60 do 75 let a období pravého stáří situuje od 75 let výše. Zároveň ve své publikaci odkazuje na E. Eriksona, který tvrdí, že hlavním vývojovým úkolem stáří je dosažení integrity. Pokud člověk integrity v pojetí vlastního života dosáhne, snáze se pak ztotožní s tím, že je starý, a bude schopný přijmout blížící se konec svého života. Integritu lze rozdělit do několika bodů. Dosažení stáří by nás mělo dovést k tomu, že už nebudeme nic předstírat. Náš život bychom měli vidět takový, jaký byl a měli bychom ho tak i přijmout. Prvními dvěma body jsou tedy pravdivost a smíření. V rámci svého života každý z nás získává mnoho zkušeností, které mění vztah k životu obecně. To napomáhá k tomu, abychom se na vše, co jsme prožili, mohli dívat s nadhledem. Posledním bodem dosažení integrity je kontinuita. Každý z nás

stárne. Je to životní proces, kterému se nevyhneme. Měli bychom si tudíž uvědomit, že společně tvoříme celek, utváříme společnost a dějiny (Vágnerová, 2007).

Thorová stáří definuje skrze chronologický věk, biologický věk a změny v sociálních rolích. Postupem let se střední délka života neustále prodlužuje. Dlouhodobě se považoval za hranici stáří věk 60 let. V méně rozvinutých zemích hranice činí 50 let. Stáří je také definováno úbytkem fyzických sil, přibývajícými vráskami, postupnou ztrátou kognitivních schopností, poklesem výkonnosti organismu a s tím spojenými přibývajícými onemocněními. Za mezník stáří lze také považovat odchod do penze (Thorová, 2015). O tom se vyjadřuje v knize Fenomén stáří i Haškovcová. Jelikož se ale odchod do důchodu neustále posouvá, posouvá se tak i pojetí stáří, které bychom mohli označit jako počátek období stáří. Zároveň se zde odkazuje na definici Světové zdravotnické organizace, která zní následovně: „*stařecký věk neboli senescence je obdobím života, kdy se poškození fyzických či psychických sil stává manifestní při srovnání s předešlými životními obdobími.*“ (Haškovcová, 2010, s. 20). Haškovcová poukazuje však také na to, že do této definice nelze zahrnout každého seniora, s čímž nezbývá než souhlasit. Ne u každého můžeme projevy stáří na první pohled spatřit. Přiklání se tedy k následující periodizaci: do skupiny 65–74 let zahrnuje mladé seniory, neboli *young old*, pro osoby ve věku 75–84 let používá termín staří staří, neboli *old old*, a ti, kteří překročili věk 85 let označuje jako velmi staré staré, neboli *very old old* (Haškovcová, 2010).

Podobným způsobem jako Thorová, člení stáří i Mühlpachr. Dělí stáří na biologické a sociální. Biologické stáří je typické tělesnými změnami, které často souvisí s nástupem chorob a poklesem fyzické zdatnosti. Sociální stáří autor popisuje jako dosažení věku odchodu do penze (Mühlpachr, 2004).

Kučera periodizuje stáří jako Haškovcová do tří etap. Věkové rozmezí se však odlišuje. Dle něj je stáří vrcholem osobnostního vývoje. Člověk dosáhne moudrosti, nadhledu, zároveň se však potýká s úbytkem energie a ve své poslední životní kapitole se smrtí. Stáří dělí následovně: rané stáří 60–75 let, pravé stáří 75 a více let a nad 90 let dlouhověkost (Kučera, 2013).

1.2 Změny v procesu stárnutí a stáří

Stárnutí je součástí ontogenetického vývoje. Jak již bylo zmíněno, v procesu stárnutí se setkáváme s nespočtem změn. Postupně klesá fyzická výkonnost, odolnost vůči vnějším vlivům a zdatnost. S přibývajícím věkem se také začínáme setkávat s různými nemocemi. To je jedna ze známek stáří, která se projevuje velmi výrazně. Všechny tyto změny se ale nemusí odvíjet pouze od genetických predispozic, ale i dle životního stylu, prodělaných nemocí a vnějšího prostředí. Obecně lze říct, že u každého jedince stáří probíhá odlišným způsobem, změny jsou ale velmi podobné.

Jedněmi z nich jsou tělesné změny. Dědičné předpoklady patří k těm faktorům, které mohou rychlost a kvalitu stárnutí ovlivnit, a tím se začnou některé tělesné změny projevovat. Vágnerová popisuje, že se jedná o tzv. mechanismus genetických hodin. V určitém věku se aktivují geny, které ovlivňují průběh stárnutí (Vágnerová, 2007). Stárnutí je ale závislé i na vnějších faktorech, ty také úzce souvisí s délkou dožití. Pokud jsme tedy například během života nadměrně zatěžovali náš tělesný systém nebo jsme vedli nezdravý způsob života, není divu, že se to právě v této životní fázi na našem těle odrazí. Může tak dojít k velmi rychlému zhoršování tělesných funkcí či selhávání některých orgánů.

S tělesnými změnami souvisí nepochybně i změny vzhledu, které jsou také individuální a na první pohled patrné: úbytek tělesné hmotnosti, přibývající vrásky, šedivějící vlasy nebo vypadání vlasů, zhoršené držení těla, ztráta pigmentace kůže. S těmito tělesnými změnami tak pro mnoho seniorů může být obtížné udržovat stále společenský život. Jsou zároveň senioři, kteří o svůj vnější vzhled nepečují, a jsou ti, kteří ano. Péče o svůj zevnějšek jim ale jistě napomáhá v sebeúctě. Nemusí se tedy obávat, že by mohli trpět sociálním vyloučením (Vágnerová, 2007).

Dále je třeba uvést emoční změny, ke kterým ve stáří také dochází. Jako ostatní změny ve stáří je i emocionalita velmi individuální. V tomto období však často může dojít k poklesu zájmu o celkové dění, jedinci se mohou uzavřít do sebe, u některých seniorů můžeme pozorovat naopak egocentrické, až agresivní chování.

Ptáčková, Ptáček a kolektiv uvádí, že pokud v životě seniorů nastanou situace, které jsou jim již známy, mohou čerpat ze svých zkušeností a své emoce tak přizpůsobit. Naopak je tomu v situacích, které vyžadují zvýšené kognitivní úsilí. V tomto případě je pro ně obtížné emoce regulovat a může se vyskytnout emoční labilita (Ptáčková, Ptáček a kol., 2021).

S emočními změnami úzce souvisí i duševní poruchy. K těm nejčastějším řadíme demenci a deprese. Pro seniory s demencí je těžké zvládnout se o sebe postarat. Dochází u nich k poruchám chování, úbytku kognitivních schopností a ztrátě soběstačnosti v běžných denních aktivitách, které pro ně dříve byly jednoduché. Nejznámějším druhem demence je jistě Alzheimerova choroba. S demencí je úzce spjatá deprese, která je v tomto tématu podceňovaným aspektem. Vyskytuje se ale až u 20–50 % jedinců, kteří trpí demencí v jakémkoliv stádiu (Ptáčková, Ptáček a kol., 2021).

1.3 Adaptace na stáří

Adaptace je proces, se kterým se setkáváme celý svůj život a díky němuž se utváří celá naše osobnost. Obecně se rozlišují dva typy adaptace. Jedním z nich je přizpůsobování člověka k prostředí a druhým je přizpůsobování prostředí k člověku. V tomto případě hovoříme o první variantě. Adaptace na stáří probíhá u každého jedince zcela individuálně. Jedná se o složitý proces, který se během života vyvíjí, mění a je ovlivňován osobními prožitky a zkušenostmi z celého života. Ovšem stárneme každý a je součástí lidského života se s tímto faktem vyrovnat a zdárně se na závěrečnou část našeho života připravit.

Nejen H. Haškovcová tvrdí, že s nastupujícím stářím se senioři musí vyrovnat s řadou podstatných změn v životě. Zároveň udává, že adaptaci na období stáří lze rozdělit do tří etap (Haškovcová, 2010).

Krátkodobá příprava na stáří se vztahuje k blížícímu se odchodu do důchodu. Jedná se zhruba o období tří až pěti let před ním. V této chvíli by měl člověk začít řešit místo svého bydliště, bezbariérový přístup, schody v panelovém domě, dostupnost obchodů a lékařů, možnost volnočasových aktivit, stýkání se s jinými seniory a podobně (Ptáčková, Ptáček, 2021).

Střednědobá příprava by měla probíhat zhruba deset let před odchodem do důchodu. V tuto dobu by měl jedinec začít řešit své finance a uvědomit si, jestli má finanční rezervu a spoří si peníze na důchod. Zároveň by měl přemýšlet, jak využije volný čas, kterého je v důchodu nadbytek. Zda bude navštěvovat nějaké organizace, spolky a jestli jsou některé v dosahu jeho bydliště (Ptáčková, Ptáček, 2021).

Tou nejdelší a zároveň celoživotní přípravou je příprava dlouhodobá. S tou bychom se měli setkat všichni ve vzdělávacím procesu již od brzkého věku. Během dospívání a celého života by měl každý získat informace o náležitostech stáří. Důraz by se měl klást především na podporu pozitivního obrazu stáří, díky kterému by se mohly snížit i generační předsudky mezi mladistvými a seniory (Ptáčková, Ptáček, 2021).

1.4 Vzdělávací potřeby seniorů

Dle Šeráka lze nejlépe charakterizovat potřebu jako: „*projev určitého nedostatku něčeho nutného či žádoucího.*“ (Šerák, 2009, s.48). Také poukazuje na různá dělení tohoto pojmu a na různorodost v psychologických teoriích: Sigmund Freud například poukazoval na motivaci člověka skrze pudové potřeby, Abraham H. Maslow stanovil už širší škálu potřeb a motivů, jejíž základ tvoří biologické potřeby. Michal Šerák však hovoří o tom, že se většina teorií shoduje, že biologické potřeby tvoří menší část našich potřeb a že tu větší tvoří potřeby založené na společenských základech (Šerák, 2009).

V předchozích kapitolách bylo již zmíněno, že postupným stárnutím se u jedinců začínají projevovat tělesné, psychické a sociální změny. Ty je nezbytné v edukaci seniorů respektovat a vzdělávací akce a aktivity jim dle jejich potřeb přizpůsobit.

Většina programů zaměřených na úspěšné stárnutí, posílení kvality života a pozitivní adaptaci ve stáří klade důraz na co největší udržení aktivity v seniui. Toho může být docíleno například vzdělávacími aktivitami. Holczerová tvrdí, že motivace dalšího vzdělávání po odchodu do důchodu závisí na dosaženém vzdělání a dřívější celkové účasti na vzdělávání. Také záleží například na sociálních aktivitách ve společnosti, účasti na kulturním životě a politické angažovanosti. Udává, že v této etapě života je vzdělávání bráno jako koníček a zájem o poznání. Motivujícím prvkem pro seniory může být touha po sociálních kontaktech, udržování sil a zvládání změn v životě. Vzdělávání seniorů je často charakterizováno jako prevence, zmírnění nebo odstranění jakýchkoliv deficitů. Cílem je udržení tělesných a intelektuálních sil (Holczerová in Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Se stejným názorem se setkáme i v knize *Zájmové vzdělávání dospělých*, kde autor také popisuje, že v seniorském věku jsou aktivity primárně zaměřené na prevenci různých deficitů, a tak cílí na udržení intelektuálních a tělesných sil. Zároveň hraje důležitou roli i snaha o zajištění kvalitnějšího a důstojného života (Šerák, 2009).

Tématu vzdělávání seniorů se věnují i autorky Špatenková a Smékalová v knize Edukace seniorů.

Vzdělávací aktivity mají pro tuto cílovou skupinu velký emocionální a sociální význam. Nejde jen o získávání vědomostí, ale také o sociální kontakt s lidmi. Zvláště po odchodu do důchodu je potřeba sociálního kontaktu velmi důležitá. Pokud si v kolektivu navíc s někým z jejich vrstevníků rozumí, může to pro ně být vhodná forma motivace k účasti na vzdělávací akci. Autorky knihy také poznamenávají, že edukační aktivity jednoznačně zvyšují kvalitu života seniorů. Senioři díky nim nabývají pocitu důstojnosti a životního uspokojení, posilují jejich společenský život a podporují jejich fyzické a duševní zdraví (Špatenková, Smékalová, 2015).

U seniorů v léčebně dlouhodobě nemocných je na vzdělávací potřeby nahlíženo trochu jinak. Nejedná se o navštěvování vzdělávacích kurzů na určité téma. Musíme vzít v úvahu, že do tohoto zařízení přichází jedinci se zdravotním omezením a onemocněním, a v důsledku toho jsou také ve vzdělávání omezeni. Je tedy úkolem personálu, aby se pokusil této cílové skupině napomoci k opětovnému zapojení se do života tak, jak na to byli senioři zvyklí před nástupem do LDN. Jednou z aktivit, díky které k tomuto může dojít, je fyzioterapie, ta je zaměřena na fyzickou stránku jedince.

Tato bakalářská práce se ale zaměřuje na vzdělávací potřeby a možnost vzdělávat se nám umožňuje mozek a jeho schopnosti. Ty mohou být v tomto zařízení trénovány díky kognitivní rehabilitaci, která vede k jejich zlepšení. Senioři jsou při nástupu do LDN s touto nabídkou aktivit seznámeni a aktivity jsou jim každý den nabízeny. Jelikož většina z nich chce svou kognitivní úroveň zlepšit, je kognitivní rehabilitace chápána jako vzdělávací potřeba seniorů v tomto zařízení.

2 Kognitivní funkce a jejich proměny

V psychologickém slovníku je termín „kognitivní“ definován jako „*poznávací, též vnímající, hodnotící, vztahující se k poznávacím procesům*“ (Hartl, Hartlová, 2010, s. 253). Kognitivní funkce nám tedy umožňují vnímat svět kolem nás, jednat, reagovat a zvládat různé úkoly. Díky nim můžeme využívat všechny myšlenkové procesy.

„Umožňují nám rozpoznávat, zapamatovat si, učit se a nepřetržitě se přizpůsobovat. Mezi kognitivní funkce patří paměť, pozornost, koncentrace, rychlost myšlení, porozumění informacím, prostorová orientace a vizuální vnímání.“ (Válková, 2015, s. 13).

Rovněž sem řadíme i vnímání času a časového rozpětí. Zároveň díky nim můžeme plánovat a organizovat, či nám pomáhají vypořádat se s problémy. Tyto jednotlivé funkce jsou umístěny v různých částech lidského mozku. Pokud dojde k jejich poškození, například v důsledku nějaké choroby, mohou se tyto funkce trvale poškodit.

K nejdůležitějším kognitivním funkcím člověka je řazena paměť a schopnost učit se. Tyto dva procesy jsou spolu úzce spjaty, neboť nám umožňují se neustále adaptovat na měnící se podmínky prostředí. Díky paměti má lidský mozek schopnost přijímat informace z okolí, ukládat je a následně si je vybavit. Rozlišujeme čtyři základní typy paměti: senzomotorickou, krátkodobou, dlouhodobou a střednědobou. Senzomotorická paměť je často nazývána také ultrakrátkou. Uchovává informace, které k nám přichází z našich smyslů. Informace jsou zde uchovány jen na dobu nezbytně nutnou, než se rozhodneme, zda jsou pro nás důležité, či nikoli. Pokud ano, informace postoupí dál do krátkodobé a dlouhodobé paměti (Vostrý, Veteška, 2021).

Převážná většina psychických procesů se odehrává v krátkodobé paměti. Nejběžnějším příkladem je řešení aktuálních problémů. V dlouhodobé paměti se nám ukládají vzpomínky a zkušenosti. Rozděluje ji na explicitní a implicitní. Informace, které jsou uloženy v implicitní paměti, jdou hůře verbálně vyjádřit. Implicitní paměť nám tedy umožňuje osvojovat si dovednosti, zvyky a uchovávat emoční vzpomínky. Naopak v explicitní paměti jsou uloženy vzpomínky a znalosti, které lze slovně dobře vyjádřit. Součástí tohoto typu jsou ještě dva subtypy paměti. Těmi jsou sémantická paměť, která se uplatňuje, když se potřebujeme naučit určitá fakta, a epizodická paměť, díky níž uchováváme své vzpomínky, zážitky a zkušenosti. Střednědobá paměť nám umožňuje udržet informaci po dobu cca 20 minut (Vostrý, Veteška, 2021).

S pamětí úzce souvisí pozornost, která je také součástí důležitých kognitivních funkcí. Během dne na nás působí nespočetné množství podnětů a ty je občas těžké nějakým způsobem roztřídit. Například když jdeme v centru města po ulici a slyšíme zvuky aut, potkáváme osoby, cítíme různé pachy a působí na nás aktuální stav počasí. Není tedy možné, abychom se zabývali vším, co na nás v danou chvíli působí.

Dle Vostrého a Vetešky nám v tomto pomáhá ochranná funkce pozornosti, díky které můžeme pro nás nepodstatné podněty ignorovat a selektovat pouze ty, co jsou pro nás důležité. S tím také souvisí jedna z klíčových vlastností pozornosti a tou je distribuce. Díky té dokážeme současně vnímat více podnětů. Další z významných schopností pozornosti je přenášení pozornosti z podnětu na podnět, které také nepochybně využíváme denně (Vostrý, Veteška, 2021).

Ke kognitivním funkcím též patří zrakově-prostorové schopnosti a řečové schopnosti. Zrakově-prostorové schopnosti bývají velmi ovlivněny procesem stárnutí a nemocemi. V případě poškození mají jedinci problémy s rozpoznáváním objektů, špatně se jim manipuluje s předměty a často neumí určovat polohu a směr. U seniorů se tyto problémy projevují zejména špatnou orientací v místě, čase a také ztrátou soběstačnosti při běžných každodenních úkonech (Vostrý, Veteška, 2021).

Jazyk a řečové schopnosti představují základní prostředek komunikace. Díky jazyku jsme schopni poznávat okolní svět, můžeme rozvíjet své myšlení a vyjadřovat pocity. Řeč je chápána jako jazyková dovednost, která vyžaduje koordinaci pohybu rtů, jazyka, vnitřní části úst a hlasivek. Komunikace je složitý proces, ve kterém se vyskytuje několik složek. Tyto složky se při výměně informací ovlivňují. Patří mezi ně komunikátor, komunikant, komuniké a komunikační kanál. Jedinec, který sděluje informace, je definován jako komunikátor. Jedinec, co informaci přijímá, je považován za komunikanta. Komuniké jsou informace, které se v rozhovoru předávají, a komunikační kanál je způsob, kterým se komuniké předává (Vostrý, Veteška, 2021).

Za nejsložitější kognitivní proces je považováno myšlení. Uskutečňuje se pomocí myšlenkových postupů, kterými jsou například analýza, syntéza, indukce, dedukce a podobně. Zajišťuje nám možnost zpracovávat informace, interpretovat, vymyslet, vypočítat, řešit problémy a mnoho dalších činností.

U seniorů s postupným narůstáním věku dochází ke kognitivním deficitům. Tyto myšlenkové procesy a schopnosti pro ně tedy začínají být složité, až nemožné. S pomocí odborníků tyto kognitivní funkce můžeme ale trénovat, a tak seniorům napomoci zpět ke zkvalitnění života.

2.1 Kognitivní změny ve stáří

Neustálý růst úrovně ve zdravotnictví s sebou mimo jiné přináší i narůstající délku života osob. Kognitivní poruchy jsou tedy u seniorů stále častější. Stárnutí mozku je proces, který je ovlivňován mnoha faktory, a je velmi složité stanovit, který z nich se nejvíce podílí na kognitivních změnách v průběhu přibývajících věku. Se stárnutím navíc roste i pravděpodobnost vzniku neurologických onemocnění, z nichž nejznámější je nepochybně Alzheimerova choroba. Neurologické onemocnění však nelze považovat za podmínku výskytu kognitivního deficitu.

Klevetová ve své knize uvádí, že lidský mozek má více než 10 miliard neuronů, které přenášejí informace pomocí elektrických impulzů. Přenos těchto informací ovlivňuje funkčnost mozkových aktivit. Dle autorky tělesný i duševní trénink přispívá k vytvoření husté nervové sítě a zdokonaluje tak fungování celého nervového systému. Zároveň píše, že v 90 letech se počet neuronů sníží o 10–20 %. Výzkumy však odhalují, že pokud bude mít jedinec pravidelnou fyzickou aktivitu, mohou se tyto nervové buňky obnovovat (Klevetová, 2017).

Neurony v mozkových částech neubývají symetricky. Nejvíce je údajně zasažený čelní lalok, kde je ukotveno pohybové centrum a paměť. Následně ztrácejí své funkce zraková a sluchová centra (Klevetová, 2017). To vysvětluje, že s přibývajícím věkem u seniorů pozorujeme zhoršení zraku, sluchu, celkové koordinace pohybů a také zhoršení paměti. S věkem je vedení nervových vláken zpomaleno a smyslové orgány tak ztrácejí svou funkčnost.

Petr Kulišťák (2011) se v knize Neuropsychologie věnuje také stárnutí kognitivních funkcí a probíhající změny u každé z nich zde popisuje. Dle autora je pozornost kognitivní funkcí, která v případě normálního stavu centrální nervové soustavy zůstává s věkem stabilní. Poukazuje na výsledky studie tenacity pozornosti, do které byli vybráni respondenti ve věkovém rozpětí 20–70 let. Ty poukazují pouze na malé změny s rostoucím věkem. Nezdá se být ovlivněna narůstajícím věkem ani selektivita pozornosti. Na zhoršení výkonu se spíše podílejí percepční potíže (Kulišťák, 2011).

Jak už jsem uvedla v předchozí kapitole a jak uváděla autorka Klevetová, pozornost a paměť spolu úzce spolupracují. Na to odkazuje i Kulišťák (2011). Zároveň popisuje, že pacienti si často stěžují na problémy s pamětí. Neuropsychologické vyšetření poté ale odhalí, že dotyčná osoba trpí určitým typem poruchy pozornosti. Autor obecně usuzuje, že věk má na paměť velmi malý vliv (Kulišťák, 2011).

Jak je tedy možné, že senioři vykazují v paměťových testech deficit? V převážné většině případů jsou tyto problémy objasňovány nedostatkem zpracování informací (ukládáním, uchováním a vyhledáváním), omezením rozpoznání a úbytkem kognitivní kapacity. Důležité je při paměťových testech vzít v úvahu i sensorické změny, které s přibývajícím věkem u seniorů ztrácí svou funkčnost. Ve své knize Kulišťák hovoří především o delší latenci reakce a o úbytku kognitivní kapacity. U explicitní paměti byl zaznamenán pokles od 50 let (Kulišťák, 2011).

Výrazné zpomalení u starších osob pozorujeme u zrakově-prostorových schopností. Zhoršení se vyskytuje například při určování neúplných obrazců, prostorového nakreslení krychle a v úlohách určování polohy. Naopak řečové funkce bývají jedny z těch, které jsou za normálních okolností zachovány do vysokého věku. Slovní zásobu mají zdraví senioři často i vyšší, než je tomu u mladistvých a dospívajících. Pokles sledujeme především ve slovní plynulosti. U seniorů, kteří prodělali centrální mozkovou příhodu, nebo mají obecně narušenou centrální nervovou soustavu, se pak setkáváme například s poruchami výslovnosti.

Ve stáří se setkáváme s proměnou většiny kognitivních funkcí. K té nedochází ale rovnoměrně. Nejtypičtějším signálem stárnutí jsou dle Vágnerové zpomalení psychických funkcí, snižování kvality vnímání, zhoršování paměti a pozornosti. Dochází k úbytku rozumových funkcí, zejména v oblasti fluidní inteligence. Pro seniory je dle autorky důležitá míra kognitivní resilience, která má vliv na prožívání různých potíží. Kognitivní změny nejsou totiž podmíněny pouze biologicky, ale ovlivňují je i psychosociální faktory (Vágnerová, 2007).

2.2 Kognitivní trénink v průběhu hospitalizace

Trénování paměti je typickou edukační aktivitou pro seniory. Realizuje se v různých institucích poskytujících sociální služby, ale může být i součástí komunitní péče o seniory či jiných edukačních aktivit. Cílem je snaha o zmenšení pocíťovaného úbytku v oblasti mentálního výkonu a komunikace, který se projevuje úbytkem kognitivních funkcí. Základní metodou trénování paměti je kognitivní trénink, který je dle Špatenkové a Smékalové: „*systematickým programem navazujících cvičení vedoucích ke zlepšení toho kterého kognitivního procesu či dovednosti, zejména z hlediska zpracování informací.*“ (Špatenková, Smékalová, 2015, s. 102). Kognitivní trénink může probíhat jak záměrně, tak i nezáměrně. Je však jasné, že lepších výsledků

se dočkáme při záměrném trénování kognitivních funkcí. Trénink je možné realizovat individuálně nebo ve skupině. Je důležité při něm zajistit vhodné podmínky. Měl by probíhat v klidném, dobře osvětleném prostředí, měl by mít nějaký řád, který se bude dodržovat a doporučuje se ho provádět minimálně jednu až dvě hodiny týdně (Špatenková, Smékalová, 2015).

Jelikož se má bakalářská práce zaměřuje na klienty léčebny pro dlouhodobě nemocné, chtěla bych se zmínit o důležitosti jakékoliv aktivizace v průběhu hospitalizace pacientů. Dle mého názoru je pro klienty velmi přínosné, když jsou vytrženi ze stereotypního dění v takovémto zdravotnickém zařízení. Zapojení do jakýchkoliv aktivit zpříjemní nejen jejich psychické prožívání pobytu, ale vede i k posílení kognitivních schopností. Kognitivní trénink v léčebně pro dlouhodobě nemocné zároveň probíhá v malých skupinkách, které jsou rozděleny dle výsledků kognitivních testů. Vždy je sestavena skupinka okolo deseti jedinců se stejnou kognitivní úrovní a pracovníci kognitivní rehabilitace jim přizpůsobují aktivity. Tyto skupiny v seniorech zároveň budují pocit komunity. Také si díky nim uvědomují, že nejsou jediní, kteří se s kognitivními problémy potýkají, mohou si navzájem pomoci a podpořit se.

O důležitosti aktivizace v průběhu hospitalizace hovoří ve své publikaci Wehner a Schwinghammer (2013). Popisují ji jako cílené a pozorné zaměření se na osoby a skupiny s určitými potřebami v různých směrech. Aktivizace má za úkol naplnit potřeby, které mají velký vliv na pocit pohody a kvalitu života ve stáří. Jak autorky uvádí, dotyky, setkávání se s lidmi a komunikace patří k základním lidským potřebám. Touha po tělesném doteku, citových vztazích a sociální integraci nás provází po celý život. U seniorů se často setkáváme s psychickou deprivací v důsledku úmrtí partnera. Osoba, která tyto potřeby naplňovala, se z jejich života vytratí. Je pak v rukách ošetřovatelů, aby při zdravotním pobytu tyto potřeby alespoň nějakým způsobem naplnily. Pokud se personál seniorům věnuje i po citové stránce, vyvolává v nich pocit bezpečí a spokojenosti. Jestliže zmiňované základní potřeby nejsou naplněny, senioři jsou podráždění, nespokojení, nevyrovnaní, stáhnou se do sebe, propadají smutku a sociálnímu osamocení. To může mít za dopad výskyt agresivního chování vůči personálu, křik, verbální nadávky, kopání apod. Jakákoliv aktivizace s sebou nese možnost se tomuto chování ubránit, protože vychází seniorům vstříc. Zahrnuje v sobě rovinu sociální, emoční a neverbální. Dodává pocit sociální jistoty a sounáležitosti. Tyto projevy spokojenosti vedou k pocitu pohody, klidu a vyrovnaní (Wehner, Schwinghammer, 2013).

2.3 Další edukační aktivity pro seniory

Při práci se seniory se využívá několik typů terapie. Ty se jednotlivě prolínají mezi obory, neboť jich využívají různí odborníci. Mezi nejčastější patří muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie, zooterapie, pohybová a taneční terapie, reminiscenční terapie a rehabilitace kognitivních funkcí.

Muzikoterapie

Muzikoterapie je řazena k uměleckému typu terapie. Využívá se ve školství, v sociální i zdravotní oblasti. Konfederace, která sdružuje všechny pracoviště, odborníky, studenty a zájemce o muzikoterapii, se nazývá Mezinárodní asociace uměleckých terapií MAUT. Asociace zároveň pro tento druh terapie přijala následující definici od Beníčkové, která ji poprvé uvedla v roce 2012 na mezinárodní konferenci: *„Muzikoterapie je samostatný a svébytný uměleckoterapeutický obor, který prostřednictvím cíleného působení zvuků a hudby podporuje, rozvíjí a integruje kompetence člověka s cílem obnovy zdraví a naplnění bio-psycho-sociálně-spirituálních potřeb“* (Beníčková, 2017, s. 24-25).

V praxi to probíhá takto: hudební nástroje produkují tóny, které jsou harmonické a přenášejí se na lidské tělo. Zvukové vlny mají určité vibrace a naše těla mají tendenci se s těmito vlnami synchronizovat. Harmonie v těle pak představuje stav, kdy na metabolismus nepůsobí žádné energetické nároky. Tento stav má za efekt aktivaci léčebných procesů a regeneruje životní funkce v těle přirozenou cestou. Podobný efekt má i zpěv (Dučaiová a kol., 2018).

Prostředí, ve kterém se terapie odehrává, by mělo být klidné. Nejlépe by mělo sloužit pouze k účelům terapie či nějakým jiným druhům příjemných sezení. Podmínkou je zajistit nerušené a bezpečné prostředí. Efektivní je, když terapie probíhá buď individuálně nebo v malých skupinách do 10 lidí. U seniorů se často využívá skupinové muzikoterapie, kdy společně zpívají či hrají na vybrané nástroje. Pokud se však jedná o imobilní seniory, zvolené techniky se upravují. Může se zvolit způsob, kdy terapeut hraje na nástroj a ostatní klienti poslouchají na podložce, vozíku nebo v lůžku. Vhodné je k terapii zhasnout umělé osvětlení a eliminovat hluk z okolí (Dučaiová a kol., 2018).

Já osobně mohu kladný vliv muzikoterapie určitě podpořit. Ze své praxe vím, že společné posezení se zpěvem, menší koncert nebo hra na bubny se setkávají s pozitivním ohlasem. Senioři jsou v důsledku vlivu hudby usměvaví, radostní a při starších lidových

písniích zavzpomínají rádi na své mládí, o kterém si následně s ostatními v kolektivu povypráví. Hra na bubny pro ně zase představuje například trénink motoriky rukou a soustředěnost na správné rytmické úhozy do bubnu.

Canisterapie

Canisterapie je jedním z typů zooterapie, při které se spolupracuje se zvířaty. Obecně se využívá kladný vliv zvířat na psychiku jedinců. U klientů navozuje pocit štěstí a psychickou pohodu. K tomuto typu terapie se mohou využívat jakákoliv zvířata: psi, kočky, koně, králíci, delfíni, dokonce i hmyz. Záleží na konkrétní preferenci klientů. Nejznámějším typem zooterapie je dle mého názoru canisterapie, která využívá k terapii psy.

Canisterapie je považována za podpůrnou formu rehabilitace. Využívá prvků sociální terapie, vede k aktivaci, rozvádí komunikaci a vzbuzuje v lidech motivaci. Obsahuje psycho-rehabilitační, sociálně-terapeutické, výchovné, vzdělávací a aktivační činnosti (Tvrdá, 2020).

Terapie je vedena kompetentním pracovníkem, který má na starost speciálně připraveného psa. Setkáme se s ním v mnoha typech zařízeních: ve školských, ve zdravotnických, v sociálních nebo v denních centrech. Co se týče cílové skupiny, terapie je poskytována dětem, dospělým i seniorům. Obecně jsou primární skupinou krátkodobě i dlouhodobě nemocní jedinci, lidé s mentálním postižením a osoby, kterým terapie poskytuje podporu při léčbě psychických či fyzických poruch. Cílem canisterapie je poskytnout pomocí terapeutického psa specifickou komplexní rehabilitaci v rámci sociální služby, fyzioterapie, edukace a krizové intervence.

Podstatné je zmínit, že i v tomto typu terapie je důležitá komunikace. Dá se ale zcela určitě označit za jednu z těch složitějších. Pes totiž neumí mluvit, a tak je v kompetenci terapeuta, aby z chování psa vyvodil, co se zrovna děje. Zvířata reagují mnohem více na intonaci hlasu a řeč těla, než na slova. To, že psi dokážou reagovat i na jemnou neverbální lidskou komunikaci, je přínosem, ale zároveň to může být komplikací. Citlivě reagují na stavy a změny ve stavu klienta, terapeuta, tak i na své vlastní. Terapeut musí tedy umět vyčíst z chování mazlíčka, s čím jeho momentální chování souvisí. Pes může být už unavený, potřebuje změnu a nebo odpočinek (Tvrdá, 2020).

Průběh canisterapie se odvíjí od cílů, kterých je požadováno dosáhnout. Důležitá je počáteční část. Vede k navození pocitu bezpečí, důvěry a probíhá první vzájemné

seznámení. Následuje relaxační část, kdy u klienta vzniká emocionální prožitek. Pes si ke klientovi například lehne. Poté by se měl klient zaměřit na nějaký úkol, pokud je to vyžadováno. Přichází tedy aktivní část, která se zaměřuje například na rozvoj motoriky. Na konci je terapie ukončena a dochází k uklidnění a vyhodnocení ze strany terapeuta (Vostrý, Veteška, 2021).

Reminiscenční terapie

Hartl s Hartlovou definují termín „reminiscence“ následovně: *„vzpomínka, vybavení si minulých zážitků, zejména příjemných; úvaha vycházející ze vzpomínky“* (Hartl, Hartlová, 2010, s. 496).

Jednou z vlastností lidské psychiky je aktivně si vybavovat vzpomínky. Vzpomínání má v duševním životě člověka nezastupitelné místo. Má důležitou funkci při vytváření duševní rovnováhy v poslední fázi lidského života.

„Při vzpomínání vstupují staré paměťové stopy do vědomí člověka, a ten má tak možnost znovuprožívat události svého života, přehodnocovat je, opět je začleňovat do svého životního příběhu a do obrazu sebe sama.“ (Janečková, Vacková, 2010, s.14). Vzpomínky ovlivňují seniory a vedou je k začlenění do společnosti. Spojuje je předávání zkušeností, moudrostí a pomáhají jim překonávat samotu.

Pod pojmem „reminiscenční terapie“ je chápán rozhovor terapeuta se seniorem nebo skupinou seniorů. Většinou si povídají o životě, oblíbených aktivitách, zkušenostech a prožitých událostech. Toto sezení se stává více efektivním, když terapeut nebo pracovník, který vede terapii, doplní vzpomínání o staré fotografie, ikonické předměty, nářadí, nástroje, domácí potřeby, které se dříve používaly, hudbu, módní doplňky a další. Důležitým prvkem je při této terapii navození dobrého pocitu, pohody, radosti a potěšení (Janečková, Vacková, 2010).

Autorky ve své knize zároveň popisují, že reminiscenční terapie má velmi pozitivní vliv na osoby s kognitivní poruchou. Odkazují na výzkum, kde byl prováděn kognitivní test před terapií a po terapii. Výsledky ukázaly, že čím má jedinec vyšší kognitivní deficit, tím je dopad terapie výraznější a došlo k většímu zlepšení v kognitivním testu. Zároveň ale uvádí, že výsledky mohly být ovlivněny různými faktory, například atmosférou ve skupině seniorů, emocionálními prožitky, kognitivní aktivitou, začleněním se do diskuse (Janečková, Vacková, 2010).

Vliv prostředí instituce na náladu a celkové prožívání této cílové skupiny je bezpochybně záporný, až se může někomu zdát depresivní. Mohu tedy podpořit zjištění, že k takovým výsledkům může dojít. Z toho plyne závěr, že by se reminiscenční terapie měla určitě uplatňovat ve všech pobytových zařízeních pro seniory. Má velmi pozitivní výsledky, zpříjemní seniorům pobyt v zařízeních, a i zaměstnanci se jistě mohou dozvědět zajímavé poznatky, nehledě na to, že si rozšíří rozsah svých znalostí.

Rehabilitace kognitivních funkcí

U pacientů trpících demencí je rehabilitace kognitivních funkcí stěžejní. Dle autora Vostrého i přes to, že Alzheimerova choroba má svou plynulou progresi, lze stav do jisté míry ovlivnit. Vostrý a Veteška se ve svém výzkumu zaměřili na efektivitu edukační intervence u osob s touto nemocí. Výsledky ukázaly, že pravidelná aktivizace pomocí této metody měla pozitivní vliv. Autoři v publikaci uvádí, že se kognitivní trénink skládá z různých typů cvičení. Ty pomáhají zlepšit fungování jednotlivých poznávacích funkcí. (Vostrý, Veteška, 2021).

Cílem je samozřejmě procvičit jednotlivé schopnosti a snížit tak kognitivní deficit, jenž se s nemocí vyskytl, a předejít komplikacím, které mohou s demencí nastat. K velmi častým formám kognitivního tréninku patří například luštění křížovek, hádanek a sudoku. To mohou senioři praktikovat ve svých domácnostech.

Důležitým prvkem procesu je navázání kontaktu s klientem. V praxi se už v tomto kroku potýkáme s problémy, neboť je složité získat si důvěru seniora. Ke spolupráci patří zároveň vhodně zvolená motivace. Pokud takovou nalezneme, klient s námi bude chtít spolupracovat a budeme schopni mu poskytnout vhodnou formu terapie.

K oblíbeným aktivitám, které jsou v kognitivní rehabilitaci často používané, řadíme čtení textu, po kterém následuje pokus o zopakování výkladu toho, co se jedinec dočetl. V návaznosti na to je třeba volit takové prvky diskuse, které směřují ke správnému porozumění (Vostrý, Veteška, 2021).

Nejprve se zaměříme na procvičování krátkodobé paměti. Dlouhodobá paměť zůstává u osob s demencí do jisté doby nenarušena, ale i tak na její procvičení nesmíme zapomenout. Taktéž se zaměříme na sluchové a zrakové schopnosti. Aktuální stav kognitivní oblasti seniora zjistíme pomocí speciálních kognitivních testů.

2.4 Mini-Mental State Examination

Mini-Mental State Examination, zkráceně MMSE, je druh testu kognitivních funkcí, který slouží ke zjištění a určení stupně demence v praxi. Používá se již od roku 1975, kdy ho publikovali v článku američtí psychiatři Folsteinovi a McHugh (Folstein, Folstein, McHugh, online). Používá se ve zdravotnických zařízeních a dle jeho výsledků se nastavuje následná péče a vzdělávací aktivity pro seniory, které mají za cíl jejich kognitivní úroveň zlepšit a snížit tak kognitivní deficit jedinců. Test se ujal, neboť je stručný, objektivní a jednoduše se vyhodnocuje.

Výše zmínění američtí autoři vidí jako benefit, že tento test je oproti ostatním rychlejší. Starší pacienti, zejména pacienti s demencí, se často nevydrží soustředit dlouhou dobu. Proto američtí psychiatři vymysleli zjednodušenou formu vyšetření kognitivního stavu, která zahrnuje deset otázek a vyžaduje pouze 5–10 minut na vyhodnocení. Test je praktický a lze jej využívat v praxi každý den. Autoři ho označili za „mini“, protože se soustředí pouze na kognitivní aspekty mentálních funkcí a vylučuje otázky týkající se nálady, duševních zkušeností a forem myšlení (Folstein, Folstein, McHugh, online).

Pracovník, který provádí test, by měl s pacientem nejprve navázat kontakt a chvíli si s ním popovídat, senior se tak uklidní a zamezí se tak nežádoucí reakci z jeho strany. MMSE test se dělí na dvě části. V první se tazatel pouze ptá a dotazující odpovídá na testové otázky. Tato část je zaměřena na pozornost, paměť a orientaci. V druhé je po pacientovi vyžadováno plnit nějaké příkazy: napsat větu, správně překreslit obrazce, přeložit papír. Test není nijak časově omezen.

Maximum bodů, které lze v testu dosáhnout, činí 30. Pokud má jedinec výsledek mezi 27–30 body, žádnou kognitivní poruchu to neznáčí. Za hraniční počet bodů se považuje 25–26. Ten udává suspektní kognitivní poruchu. 18–24 bodů je klasifikováno jako úroveň lehké demence, 6–17 bodů značí středně těžkou demenci a méně než 6 bodů udává těžkou demenci. Toto rozdělení je přejato ze zahraničních doporučení (Štěpánková a kol., 2015).

V Léčebně dlouhodobě nemocných Rybitví, kde bylo realizováno empirické šetření, však pracujeme s rozdílným bodováním – viz příloha A, B.

3 Léčebny dlouhodobě nemocných v České republice

Léčebna dlouhodobě nemocných, zkráceně LDN, je zdravotnické zařízení, ve kterém se poskytuje následná péče. Přichází sem pacienti primárně z nemocnic, tedy z místa, kde jim byla poskytnuta akutní léčba. Nejčastěji do LDN míří senioři s chronickým onemocněním, po úrazech s cílem získání opětovné soběstačnosti a k zrehabilitování. Také bohužel ale k dožití, kdy jsou pacienti v terminálním stádiu nemoci. Zjednodušeně řešeno se tu setkáme s pacienty ve vyšším věku, kteří jsou odkázáni na pomoc zdravotnického a ošetrovatelského personálu. V každém zařízení LDN je zastoupený lékař se specializací v geriatrii, který nastavuje péči přesně dle potřeb seniora.

Jak Haškovcová uvádí ve své publikaci, léčebny pro dlouhodobě nemocné se staly zázemím pro geriatrii od 1.1.1974. Postupem let jejich počet v České republice stoupal. Také poznamenává, že jsou určeny pro osoby bez ohledu na věk. Z převážné většiny to jsou ale právě senioři, kteří potřebují ten typ péče, který se zde poskytuje. Proto se s touto cílovou skupinou v těchto zařízeních setkáme nejčastěji (Haškovcová, 2010).

Zdravotní péče je zde poskytována dle Zákona č. 372/2011 Sb. zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Ve znění pozdějších předpisů jsou upraveny zdravotní služby a podmínky jejich poskytnutí. S tím se dále pojí druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a příbuzných, zdravotnických pracovníků a poskytovatelů zdravotních služeb (Čevela a kol., 2014).

Po ukončení hospitalizace v léčebně pro dlouhodobě nemocné jsou pacienti propuštěni do sociálních pobytových zařízení, jako jsou domovy pro seniory, dále do rehabilitačních center k dalšímu zlepšení soběstačnosti, zpět do svých domácností, do azylových domů a podobně. Otázku následného umístění po hospitalizaci v LDN mají na starost zdravotně-sociální pracovnice.

3.1 Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví

Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví je příspěvková organizace, jejímž zřizovatelem je Pardubický kraj. Jedná se o zdravotnické zařízení následné péče, které je určeno pro pacienty s chronickými a onkologickými onemocněními, interními či neurologickými problémy, pro pacienty po traumatech, po mozkových a srdečních infarktech a dekompenzované pacienty z domácího prostředí. Cílem poskytované péče je celková rehabilitace a zlepšení zdravotního stavu pacienta, návrat k soběstačnosti, aby se

jedinec mohl navrátit do domácího prostředí nebo aby byl zajištěn přechod do sociálních pobytových center. U závažných onemocnění je cílem zároveň doprovodit klienty na konec jejich životní cesty a současně zajistit potřebnou zdravotní pomoc, kterou rodina v domácím prostředí nezvládne poskytnout (LDN Rybitví, 2023, online).

V léčebně se nachází 105 lůžek pro pacienty, která jsou rozdělena na čtyřech ošetrovacích jednotkách. Na jednotlivých ošetrovacích jednotkách jsou samostatné stanice, kde se nachází staniční sestra, skupina rehabilitačních pracovníků, zdravotních sester, ošetrovatelek, sanitářů a taktéž ošetřující lékař. Každá stanice má také přidělenou zdravotně-sociální pracovníci, která obecně řeší sociální situaci pacientů, komunikuje s rodinou, poskytuje sociální poradenství a má na starost následné umístění pacientů do domovů pro seniory nebo zpět do domácího prostředí. V případě omezení soběstačnosti pacienta zdravotně-sociální pracovníci zajišťují možnost dojíždění terénní služby, a tak seniorům zajistí potřebnou péči.

Do LDN Rybitví přichází k doléčení pacienti buď z nemocnice či od praktického lékaře. Pokud se jedná o pacienta, který je hospitalizovaný v nemocnici, doporučení k následné léčbě vypisuje ošetřující lékař a zároveň sociální sestra. Pokud pacient přichází z domácího prostředí, doporučení vypisuje obvodní lékař. K umístění je tedy vždy nutné doporučení lékaře a dané doporučení musí být ze zdravotních důvodů. Nelze přijímat pacienty ze sociálních důvodů, neboť se jedná o zdravotnické zařízení, ve kterém je poskytovaná péče hrazena zdravotní pojišťovnou. K sociální hospitalizaci pak slouží domovy pro seniory, kam z LDN Rybitví velká část pacientů odchází.

Vedle zdravotních lůžek poskytuje zařízení od roku 2007 sociální pobytové lůžko, které je určeno pro pacienty LDN Rybitví, jejichž zdravotní stav už nevyžaduje každodenní zdravotní pomoc a mohou být propuštěni. Klienti, kteří se na toto lůžko umístí, mají podané žádosti do sociálních zařízení a jen čekají, až se v nich uvolní místo. Jedná se většinou o imobilní, nesoběstačné pacienty, kteří nemohou být propuštěni do domácího prostředí, neboť jsou odkázáni na pomoc druhých při běžných denních činnostech, avšak ze zdravotního hlediska jsou zaléčeni. Péče je poskytována dle Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Sociální lůžko je hrazeno samotným klientem, který platí za hotelové služby a celodenní zajištění stravy. Klient pobyt hradí ze svého důchodu a příspěvku na péči. Co se týče zdravotních výkonů, ty jsou stále hrazeny ze zdravotního pojištění klienta.

Krom následné péče a sociálních pobytových služeb Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví nabízí možnost sociálního poradenství široké veřejnosti. To je

poskytováno ze strany odborně vzdělaných zdravotně-sociálních pracovníků, které mají mnohaletou praxi.

Jelikož je cílem LDN Rybitví seniorům co nejvíce zpříjemnit pobyt, nabízí také možnost dobrovolnictví, kdy poptává dobrovolníky, kteří by pacientům a klientům mohli vyplnit dlouhé chvíle. Není to ovšem tak, že by tato úloha byla pouze na dobrovolnících. Součástí pobytu v léčebně je i každodenní zapojení seniorů v rámci kognitivní rehabilitace, kdy s jednotlivými skupinami pracovníci trénují kognitivní funkce, povídají si s nimi, zpívají, hrají hry, vyrábí různé výtvary s cílem procvičit motoriku a celkově vyplňují a zpříjemňují seniorům strávený čas v této instituci. Většina pacientů se na tyto aktivity vždy těší, protože v nich setkání probouzí pocit spokojenosti a duševní pohody. Výsledky kognitivní rehabilitace jsou v průběhu hospitalizace u každého jedince pravidelně vyhodnocovány.

3.2 Komunikace se seniory v ošetrovatelské péči

Efektivní komunikace v poskytované péči je velmi důležitým prvkem. Adekvátní komunikační dovednosti a interakce vedoucí k motivaci seniorů a podpoře zdraví by měly být klíčovou schopností pracovníků v zařízení typu LDN. Pokud například seniora budeme podporovat v rehabilitačních cvičeních a oceníme jeho snahu, bude to vést nepochybně k lepším výsledkům.

Autorka Pokorná uvádí, že obecně je komunikace mezi poskytovateli péče a pacienty na špatné úrovni. Poznává, že průměrná délka komunikace mezi zdravotní sestrou a pacientem je 1,4 minuty. To je opravdu málo. Především se údajně jedná o citovou problematiku, kdy jeden druhému o sobě nechtějí podávat soukromé informace. Pečující personál je tedy velice strohý a s pacientem si nepovídá. Musíme ale také vzít v úvahu pracovní vyčerpání zdravotníků, problémy, se kterými se denně setkávají při poskytování péče, různé otázky ze strany rodin nebo pacientů, náročnou komunikaci s příbuznými a další aspekty (Pokorná, 2010).

Častěji ale dochází k neochotě ze strany pacienta. Mělo by však být ve schopnostech personálu, aby poznal, z jakého důvodu tomu tak je. Senior může být unavený, nemusí se cítit dobře, vyžaduje klid, měl nepříjemnou návštěvu, nepříjemný telefonát od příbuzného nebo mu je zkrátka smutno. Není zde tedy řešením, že dotyčného bude ošetřovatel ignorovat. Pokud projeví zájem o jeho aktuální stav a daný problém,

může mu lépe pomoci, poradit mu, rozveselit ho a motivovat ho. Obecně se dle Pokorné málo vyskytuje, že je komunikace odmítána ze strany personálu (Pokorná, 2010).

Jedním ze skvělých způsobů spolupráce v péči o seniory je využití biografie. Každý z nás má nějaký životní příběh, a pokud ho od klientů známe, poskytovaná péče a komunikace se stane dle mého názoru mnohem efektivnější. Biografie je skvělým pomocníkem nejen pro zdravotníky a pečovatele, ale také například pro pracovníky kognitivní rehabilitace. Nehledě na to, že většina seniorů je velice ráda, když někdo o jejich životní příběh projeví zájem.

Znalost biografie se odrazí v individuálním plánování péče. Procházková hovoří o tom, že díky biografii se soustředíme na jedince jako na osobnost a díky tomu je mu tato péče poskytnuta. Díky ní lékaři mohou nastavit konkrétní léčebný plán a pracovníci klienty zapojit do různých zábavných aktivit. Pokud seniora dobře známe, jsme schopni lépe vnímat jeho potřeby. V neposlední řadě to personálu napomáhá k pochopení lidí trpících demencí. Senioři s tímto onemocněním se vracejí do minulých let, a pokud známe jejich biografii, spolupráce s nimi bude snazší a jejich psychické rozpoložení pozitivní (Procházková, 2019).

Uvedu to na příkladu. Setkala jsem se se seniorkou, která byla advokátka a svou práci velmi milovala. Onemocněla Alzheimerovou demencí, a když u ní byl ošetřující personál, projevovала znaky agrese. Jakmile ji ale zdravotníci oslovili „paní doktorko“, což odkazovalo na její vysokoškolské vzdělání a zaměstnání, hned z ní byl jiný člověk.

Biografie představuje ze strany personálu projevení zájmu o seniora. Ve většině zdravotnických zařízení tomu bývá tak, že zaměstnanci řeší pouze zdravotní stav, onemocnění a o seniora jako o člověka se nezajímají. Se zmiňovanou biografii ale vstupují do vzájemné komunikace i emoce a to tvoří základ pro nastavení důvěry. Je to možnost pro lepší navázání vztahu se seniorem a nastavení komunikace. Představuje individuální pečovatelské doprovázení seniora za doby jeho pobytu v jakémkoliv zařízení (Procházková, 2019).

4 Efektivita poskytované kognitivní rehabilitace v konkrétní léčebně pro dlouhodobě nemocné

Tato kapitola se zabývá výzkumným šetřením, které navazuje na teoretické poznatky, jež jsou uvedené v předchozích kapitolách bakalářské práce. Jejím cílem je představit empirické šetření menšího rozsahu, analyzovat jeho výsledky a vyvodit závěr. Zároveň umožní získat reálný pohled na problematiku.

4.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření je zjistit, zda kognitivní rehabilitace v Léčebně pro dlouhodobě nemocné Rybitví vede ke snížení kognitivního deficitu u hospitalizovaných pacientů. K šetření bylo vybráno 16 náhodných seniorů, kteří se účastnili aktivizačních aktivit v tomto zařízení. V teoretické části je zmíněno, že kognitivní úroveň souvisí se zdravotním stavem seniora a také že ji může nějakým způsobem ovlivňovat. U každého jedince je tedy popsána zdravotní anamnéza a důvod, kvůli kterému do LDN přišel, jeho fyzická zdatnost a psychická orientace při přijetí na lůžko. Speciální pozornost je pak věnována výsledkům kognitivního testu MMSE, který ve výzkumu hraje klíčovou roli.

Cílem je zjistit, zda za doby hospitalizace v Léčebně dlouhodobě nemocných Rybitví výsledky tohoto kognitivního testu u seniorů vzrostly nebo poklesly. Zároveň je zde popsáno, jak se s každým jedincem pracovalo, jakých aktivit se senior účastnil a zda se snažil začlenit do společných aktivit a do kolektivu.

Zmíněný test kognitivních funkcí je prováděn u seniorů nejdéle do tří dnů po přijetí na zdravotní lůžko a těsně před propuštěním do následné péče, či do domácího prostředí. U všech vybraných zkoumaných osob byl kognitivní test splněn den po nástupu do LDN Rybitví. Mým záměrem je tyto dva výsledky porovnat a popsat, jaké všechny aktivity byly při práci se seniory zvoleny a jaká byla jejich zpětná vazba.

4.2 Charakteristika cílové skupiny

Cílovou skupinu výzkumného šetření tvoří senioři, kteří byli v roce 2023 hospitalizováni v Léčebně dlouhodobě nemocných Rybitví a účastnili se zde kognitivní rehabilitace. K empirické části bylo vybráno 16 náhodných pacientů, kteří byli rozděleni do čtyř skupin podle toho, odkud do LDN přišli. Každou skupinu tvoří čtyři jedinci. Těmito skupinami jsou pacienti: z interního oddělení nemocnice, z oddělení neurologie,

z úrazové chirurgie a pacienti z domácího prostředí. Senioři byli takto rozděleni, protože každý pacient z vyjmenovaných skupin je specifický svým zdravotním stavem. Záměrem při vytváření kvalitativního výzkumu tedy bylo zkoumané osoby takto rozdělit, aby byli pacienti se stejným předpokladem ke kognitivnímu deficitu posuzováni stejně. Jak totiž můžu poznamenat z vlastní praxe, u seniorů, kteří přijdou do léčebny pro dlouhodobě nemocné, jejich zdravotní stránka tu kognitivní z velké části ovlivňuje.

Pacienti z interního oddělení

Interní oddělení ve zdravotnictví představuje všeobecnou diagnostiku. Pro tuto skupinu pacientů je charakteristické onemocnění ledvin, jater, trávicí soustavy, močového ústrojí, minerálové rozvraty, komplikace při diabetu, hematologické problémy a další. Co se týče kognitivní stránky, tak ta je zdravotním stavem seniora určitě ovlivněna, ale záleží na individuálním onemocnění každého jedince. Nelze tedy obecně říct, jestli jsou pacienti přijatí z tohoto oddělení spíše orientovaní, nebo dezorientovaní a zda se u nich vyskytuje kognitivní deficit. Z této skupiny byli k šetření vybráni dva muži a dvě ženy.

Pacienti z oddělení neurologie

Pacienti z oddělení neurologie nejčastěji trpí jakýmkoliv neurologickými problémy a celkově onemocněními centrálního nervového systému. Nejběžnějším příkladem jedinců, kteří jsou do léčebny pro dlouhodobě nemocné z tohoto nemocničního oddělení přijati, jsou senioři, kteří prodělali centrální mozkovou příhodu. Následkem toho mohou mít částečně nebo i zcela ochrnuté části těla. U této skupiny je velká pravděpodobnost výskytu kognitivního deficitu. Patří sem pacienti s Alzheimerovou chorobou nebo jiným typem demence. Je předpokládáno, že tito senioři budou mít ze všech čtyř skupin nejnižší výsledky. Pro kvalitativní šetření byli z této skupiny vybráni dva muži a dvě ženy.

Pacienti z oddělení úrazové chirurgie

Do této cílové skupiny patří jedinci, kteří utrpěli zranění v důsledku nehody, nebo pádu. Nejčastěji se jedná o fraktury kostí nebo jiná poranění pohybového aparátu, povrchová poranění a tržné rány. Z této skupiny se v léčebně pro dlouhodobě nemocné nejvíce setkáváme s frakturami dolních nebo horních částí končetin. Lze předpokládat,

že tato skupina zkoumaných osob by mohla mít v kognitivním testu vcelku dobré výsledky, ale opět záleží na dalších nemocech a celkové zdravotní anamnéze seniora. K šetření byly vybrány tři ženy a jeden muž.

Pacienti z domácí péče

U pacientů přijatých na lůžko následné péče do léčebny pro dlouhodobě nemocné z domácího prostředí je zdravotní stav velmi zhoršený a není v jejich silách se o sebe už postarat. Většinou se jedná o pasivní jedince, kteří mají špatnou mobilitu, jsou převážně ležící, a tak péči o ně nezvládá už ani rodina. Ti do LDN přicházejí nejčastěji kvůli zlepšení rehabilitace a návratu k soběstačnosti, aby se o sebe byli schopni doma opět postarat. V anamnéze se u nich vyskytují v důsledku omezení soběstačnosti pády, imobilita nebo hypomobilita a inkontinence. Kognitivní stránka je u této skupiny různá. Do výzkumu byly vybrány tři ženy a jeden muž.

4.3 Výzkumný postup a jeho zdůvodnění

Pro výzkumné šetření byl použit kvalitativní způsob zkoumání realizovaný formou analýzy dokumentů od pracovníků kognitivní rehabilitace a z lékařské propouštěcí zprávy Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví. Tyto zprávy byly následně zpracovány formou kazuistiky.

Cílem kvalitativního výzkumu je získat detailní informace o zkoumaném jevu. K realizaci tohoto typu výzkumu mohou být použity zejména tři typy dat: data z pozorování, z rozhovorů nebo z dokumentů. Kvalitativní výzkum pak spočívá ve velké práci s textem (Švaříček, Šedřová, 2014). V mém případě jsem čerpala data z dokumentů, které mi byly poskytnuty z Léčebny dlouhodobě nemocných Rybitví.

Analýza dokumentů patří v kvalitativním výzkumu ke standartnímu typu vyhodnocování informací. Jak uvádí Jan Hendl, v dokumentech lze dohledat osobní nebo skupinové postoje a hodnoty (Hendl, 2012). To byl také důvod, proč jsem tento způsob zkoumání zvolila, neboť mi umožní zjistit odpověď na jednu z dílčích výzkumných otázek. Zároveň autor v publikaci uvádí jako výhodu této formy analýzy, že přítomnost výzkumníka neovlivňuje různé faktory v důsledku výzkumných aktivit (Hendl, 2012). V mém případě výzkum vychází ze zápisů pracovníků, kteří mají v kognitivní rehabilitaci mnohaletou praxi a ze zápisů lékařů. V obou případech je pohled na zkoumané osoby z jejich strany objektivní a profesionální.

Jedním ze základů kvalitativního výzkumu je podrobný zápis (Gavora, 2000). Proto jsem k vyhotovení šetření ve své bakalářské práci zvolila metodu případové studie, která mi to umožnila. U všech seniorů je popsána jejich aktuální zdravotní anamnéza a stav, kvůli kterému byli v léčebně hospitalizováni. Následně jsou vypsány všechny aktivity, do kterých byl pacient zapojen, jeho psychické prožívání a zpětná vazba na sezení. Taktéž jsou u každého porovnány výsledky kognitivního testu MMSE.

Výzkumné otázky

Pro dosažení cíle empirického šetření byly formulovány následující výzkumné otázky:

HVO: Pomáhá kognitivní rehabilitace seniorům v Léčebně dlouhodobě nemocných Rybitví?

DVO 1: Vede kognitivní rehabilitace v LDN Rybitví ke zlepšení výsledků v MMSE?

DVO 2: Dosáhnou senioři s jakýmkoliv stupněm demence v kognitivním testu nejméně příznivých výsledků?

DVO 3: Účastní se senioři v LDN Rybitví rádi kognitivní rehabilitace?

4.4 Interpretace výsledků výzkumného šetření

Tato podkapitola je věnována vyhodnocení dat z dokumentů, která mi byla poskytnuta k šetření v rámci bakalářské práce. Jak už je zmíněno dříve, senioři jsou rozděleni do čtyř skupin a následně jsou popsáni vždy čtyři zkoumané osoby. U každého je zmíněno pouze křestní jméno a rok narození a poté je napsaná kazuistika.

Pacienti z interního oddělení

Jméno: Zdeňka

Rok narození: 1931

Pacientka byla do LDN Rybitví přeložena z interního oddělení nemocnice, kam byla přijata pro zhoršení celkového stavu, ztrátu soběstačnosti a infekci močových cest. Do léčebny přichází za účelem zlepšení celkové mobility a soběstačnosti. Při přijetí na lůžko se pacientka jevila lehce zmatená s patrnou poruchou paměti, její mobilita byla omezená. Diagnostikována u ní byla demence neurčeného typu, kognitivní deficit a celková dekompenzace v důsledku uroinfektu.

Pracovnice kognitivní rehabilitace u pacientky provedly kognitivní test MMSE druhý den po přijetí. Pacientka získala 15 bodů, čímž se zařadila do skupiny s demencí mírného až středně těžkého typu. V zápisu uvádějí, že pacientka se snažila spolupracovat a komunikovat. Její psychomotorické tempo bylo zpomalené a působila smutným, unaveným dojmem. Byla prý velmi nešťastná ze své situace, kvůli špatné mobilitě a kvůli špatnému vybavení si některých slov. Zrak a sluch byl zhoršený přiměřeně k jejímu věku. Rozuměla pouze lehkým otázkám, těžší byly potřeba dovysvětlit. Koncentrace pozornosti byla zhoršená, výbavnost krátkodobé paměti též. Nezvládla odečíst číslo, vyhláskovat slovo „POKRM“, nevzpomněla si na čtyři po sobě jdoucí slova. Třístupňový příkaz provedla z části správně, větu nepřečetla kvůli zhoršenému zraku, novou větu nevládla napsat, obrazce překreslit nevládla.

Pacientka se po dobu své hospitalizace v LDN Rybitví aktivně účastnila skupinové kognitivní rehabilitace, která probíhala každý týden. Ta začínala vždy časovou orientací a připomenutím si významných událostí daného dne. Dalšími zvolenými aktivitami byly tyto: tvoření protikladů, doplňování slov, rčení, rébusy, aktivity zaměřené na prostorové vnímání, matematická cvičení, procvičování krátkodobé i dlouhodobé paměti, procvičování jemné motoriky s kaštany – skládání písmen a tvarů dle pokynu, poslouchání písní na přání a zpívání, pečení cukroví a zdobení stromečku. Pacientka při kognitivní rehabilitaci komunikovala a odpovídala na otázky přiléhavě, byla vždy spokojená a zapojovala se.

Před propuštěním paní Zdeňka opět absolvovala kognitivní test, kde dosáhla lehkého zlepšení z 15 na 19 bodů. Stále ale zapadá do skupiny s lehkým až středně těžkým stupněm demence. Pacientka zde pobývala dva měsíce.

Jméno: Božena

Rok narození: 1935

Tato pacientka byla z nemocnice do LDN umístěna v důsledku pádu v domácnosti, následné dehydratace a minerálového rozvratu. Též trpěla onemocněním ledvin, které se při jejím stavu zhoršilo. Při přijetí na lůžko následné péče byla imobilní, nesoběstačná a měla kognitivní deficit.

V rámci vstupního kognitivního testu paní Božena získala 13 bodů. Tím se umístila do kategorie značící demenci mírného až středně těžkého typu. Pacientka měla velmi zpomalené psychomotorické tempo a verbální projev. Měla zhoršený sluch a používala brýle na čtení. Koncentraci pozornosti pracovnice kognitivní rehabilitace zhodnotily jako

zhoršenou a kognitivní flexibilita byla s deficitem. Jednodušší úkoly zkoumaná osoba prováděla pomalu, ve složitých se ztrácela i po vysvětlení. Byla orientovaná pouze osobou, v čase i místě byla zcela dezorientovaná. Odečíst číslo nezvládla, výbavnost krátkodobé paměti byla poškozená. Předměty pojmenovat zvládla a třístupňový motorický úkol se jí nepovedlo dokončit. Napsat větu ani překreslit obrazce nedovedla, neboť měla velmi zhoršenou mobilitu ruky.

Pacientka se v rámci hospitalizace účastnila skupinové i individuální kognitivní rehabilitace každý týden. Individuální kognitivní rehabilitace probíhá u lůžka pacienta. Sezení má vždy stejný začátek a tím je časová orientace, připomenutí událostí dne, kdo má v daný den svátek a s tím spojené významné osobnosti. V následných rehabilitacích paní Božena procvičovala krátkodobou a dlouhodobou paměť, účastnila se několikrát muzikoterapie a společného zpěvu, mše svaté, kvízu, poznávacích cvičení, doplňování slov a rčení a motorických cvičení. Zprvu s ní byla spolupráce omezená a pacientka byla zmatená. Proto byla nejprve pracovníky zvolena individuální kognitivní rehabilitace. Po pár sezeních začala být komunikativní, usměvavá a zapojovala se do aktivit.

Při druhém kognitivním testu měla pacientka psychomotorické tempo stále zpomalené, ale požadované úkoly chápala. Místem i časem byla částečně orientovaná, osobou zcela orientovaná. Při odečítání zvládla tři odečty, hláskovala bezchybně. Čtyři po sobě jdoucí slově nezvládla zopakovat. Třístupňový motorický úkol provedla celý správně. Novou větu zvládla napsat, ale je špatně čitelná, obrazce překreslit nezvládla. Ve výstupním testu získala 19 bodů. Klientka v LDN Rybitví byla hospitalizovaná dva měsíce.

Jméno: Josef

Rok narození: 1943

Senior byl přijat do nemocnice kvůli akutnímu renálnímu selhání, nechutenství, neschopnosti přijímat per os a dehydrataci. V důsledku dekompenzačního onemocnění ledvin lékaři pacientovi doporučili pravidelnou hemodialýzu 3x týdně. Do LDN Rybitví byl pacient umístěn k pokračování ve stávající léčbě, zlepšení rehabilitace a návratu k soběstačnosti.

Ve vstupním kognitivním testu pacient získal 18 bodů, což značí demenci mírného až středně těžkého typu. Při testu komunikoval a odpovídal. Pacient měl lehce zpomalené psychomotorické tempo a byl mírně dezorientovaný, v čase uváděl občas nepřesnosti, nemohl si někdy vzpomenout na slova. Zadané úkoly chápal, složitější bylo potřeba

dovysvětlit. Výbavnost krátkodobé paměti byla s deficitem, vybavil si jedno slovo ze tří. Při odečítání odečetl pouze první číslo, pak úkol vzdal, protože mu to nešlo. Při hláskování udělal tři chyby. Slova zopakoval správně, třístupňový úkol provedl částečně, v půlce úkolu zapomněl, co má udělat. Větu přečetl správně a pokyn provedl, obrazec správně nepřekreslil. Novou větu napsal, ale byla hůře čitelná.

Pacient byl hospitalizovaný v tomto zařízení tři měsíce, během kterých se účastnil rehabilitace každý týden. Zpočátku byla provedena rehabilitace pouze u lůžka, poté se účastnil už skupinových sezení. S pacientem byla procvičeno: časová orientace, doplňování písmen a slov, poznávání míst z fotografií, luštil rébusy, kvízy, plnil logopedická cvičení, účastnil se muzikoterapie, doplnil a vysvětloval významy českých přísloví, připomenutí si významných osobností. Pan Josef nejprve působil lítostivým dojmem, poté ale začal být komunikativní, milý, aktivně spolupracoval a zapojoval se do aktivit i do kolektivu. Celkově byl dle pracovníků spokojený.

Výstupní test zvládl splnit na 26 bodů, ochotně spolupracoval, komunikoval, ale chvílemi hledal správná slova. Zadané úkoly chápal dobře, už mu je nebylo třeba vysvětlovat. Pacient byl orientovaný, spletl pouze datum a poschodí, ve kterém se nacházel. Všechna tři slova si vybavil, při počítání provedl všechny odečty, ale ve dvou chyboval. Hláskování zvládl celé bez chyb. Tři po sobě jdoucí slova zopakoval, třístupňový motorický úkol zvládl celý správně. Větu přečetl a pokyn provedl, novou větu napsal, obrazce překreslil chybně.

Jméno: Ladislav

Rok narození: 1950

Tento senior byl v nemocnici opakovaně hospitalizován kvůli krvácení do trávicí soustavy a z toho vzniklé anémii. Už za pobytu v nemocnici byl u něj diagnostikován znatelný kognitivní deficit a demence. Do LDN Rybitví byl přeložen kvůli doléčení, pokusu o návrat k soběstačnosti, zlepšení mobility a celkového stavu.

Pacient byl v LDN hospitalizovaný dva měsíce. Při vstupním testu získal 9 bodů a při výstupním pouze 4 body. Zde tedy nedošlo ke zlepšení. Pacient trpěl již těžkou demencí a i když se účastnil kognitivní rehabilitace, tak se jeho kognitivní deficit zhoršil. Jeho psychomotorické tempo bylo výrazně zpomalené, byl orientovaný pouze osobou. Z úkolů v testu skoro žádný nezvládl splnit.

V průběhu skupinových setkání se nezapojoval, byl zmatený, jeho odpovědi nebyly adekvátní. Pracovnice u pana Ladislava po pár skupinových sezeních zvolily individuální

návštěvy u lůžka, kde s nimi komunikoval, ale stále zmateně. Byl ale rád, že ho někdo poslouchá a že si s ním pracovníce kognitivní rehabilitace popovídaly.

Pacienti z oddělení neurologie

Jméno: Vladimír

Rok narození: 1957

Tento klient prodělal náhlou centrální mozkovou příhodou, důsledkem které má lehkou pravostrannou hemiparézu a trpí fatickou poruchou. Do LDN Rybitví byl přeložen s cílem zlepšení rehabilitace a sebeobsluhy. Při přijetí byl dezorientovaný.

Ve vstupním testu získal 4 body a při výstupním 14 bodů. Tento pacient se účastnil kognitivní rehabilitace pouze jednou, pak ji už odmítal, což je samozřejmě povoleno. Pracovníci žádného klienta do kognitivní rehabilitace nenuť a ani nutit nesmí. Účastnil se však canisterapie, která probíhala vždy u lůžka, a také poslechu písni. Bodové zlepšení se u pana Vladimíra projevilo v prvních úkolech, které se zaměřují na orientaci. V zařízení byl jeden měsíc.

Jméno: Jaroslav

Rok narození: 1934

Pacient byl přijat do nemocnice kvůli prodělané lehké centrální mozkové příhodě, narušené rovnováze, opakovaným pádům, špatné mobilitě a počínajícímu kognitivnímu deficitu. Kvůli tomu byl též přeložen do LDN. Měl lehce zpomalené psychomotorické tempo, a byl lehce dezorientovaný.

Kognitivní test splnil na 22 bodů. Byl komunikativní, ale často se ztrácel ve větách. Zadané úkoly chápal dobře, nebylo potřeba žádné vysvětlovat. Nedokázal si vybavit ani jedno ze tří slov, které si měl zapamatovat. Při počítání zvládl vše správně odečíst a v hláskování udělal pár chyb. Motorický úkol splnil s jednou chybou. Větu přečetl, ale pokyn neprovedl. Novou větu zvládl napsat, ale obrazec správně nepřekreslil.

Pan Jaroslav byl v LDN hospitalizován po dobu tří měsíců a kognitivní rehabilitace se účastnil každý týden. Aktivity, kterých se zúčastnil, byly následující: procvičení časové orientace, doplňování slov a písmen, muzikoterapie, opětovná účast na mši svaté, procvičování krátkodobé a dlouhodobé paměti, vánoční tematika a s ní spojené různé aktivity, vzpomínání na dětství a vyprávění si příběhů ze života, povídání o slavných osobnostech.

Ve výstupním testu klient získal 18 bodů. Nejprve aktivně spolupracoval, znal odpovědi na položené otázky, byl hovorný, rozuměl si s ostatními seniory ve skupině, ale později u něj začala převládat pasivita a působil unaveným dojmem.

Jméno: Lenka

Rok narození: 1950

Tato zkoumaná osoba byla v nemocnici hospitalizována pro zhoršení při Parkinsonově nemoci a schizoafektivní poruše. Do LDN Rybitví byla přijata s cílem zlepšení mobility, sebeobsluhy a k celkové rehabilitaci. Při přijetí znatelný kognitivní deficit nevykazovala.

Vstupní MMSE u pacientky odhalil lehkou úroveň demence, získala 20 bodů. Všechny úkoly chápala, nebylo nutné žádné zadání opakovat. Pracovnice uvedla, že klientka měla zhoršenou koncentraci pozornosti a byla lehce dezorientovaná. Ze tří slov, které si měla zapamatovat, si vybavila pouze jedno. Při počítání zvládla odečíst pouze první číslo a dále sdělila, že se nemůže soustředit a v úkolu nepokračovala. Při hláskování slova řekla správně pouze dvě písmena. Úkol na motoriku provedla, větu přečetla a pokyn splnila. Větu napsala dobře a obrazce překreslila i přes výrazný třes ruky.

Pacientka v zařízení byla hospitalizovaná tři měsíce. V průběhu se účastnila individuální i skupinové kognitivní rehabilitace, při kterých procvičovala paměť a časovou orientaci, luštila křížovky, procvičovala mnoho úloh z matematiky a z českého jazyka, účastnila se muzikoterapie a zpívání ve skupině, pekla cukroví a účastnila se skupinového batikování. Během skupinové kognitivní rehabilitace zapojovala aktivně, komunikovala a po sezení byla vždy spokojená. Při individuální návštěvě u lůžka s ní dle pracovnic byla komunikace obtížnější a byla značně pasivnější. Ve výstupním testu získala 28 bodů, což již neznačí kognitivní deficit.

Jméno: Milada

Rok narození: 1946

Pacientka byla do LDN Rybitví přeložena z neurologie kvůli zlepšení rehabilitace v důsledku poranění páteře, demenci a lehkému stupni Parkinsonova syndromu. Při přijetí se pacientka jevila zcela dezorientovaná s kognitivním poškozením a měla špatnou mobilitu.

Ve vstupním testu získala 9 bodů a při výstupním 14 bodů. Tato pacientka byla na kognitivní rehabilitaci jen jednou a pak to odmítala. Byla velmi pasivní a účastnila se

pouze poslechu hudby a velmi si užila canisterapii, která probíhala na pokoji. Lehké zlepšení se u pacientky promítlo v třístupňovém motorickém úkolu a ve vybavení si dvou slov ze tří, díky kterým získala rozdílných 5 bodů.

Pacienti z oddělení úrazové chirurgie

Jméno: Anna

Rok narození: 1939

Tato zkoumaná osoba ve své domácnosti upadla a následkem toho si zlomila raménko stydké kosti. Do LDN Rybitví byla přeložena kvůli potřebě rehabilitace. Zároveň byl u paní Anny diagnostikován lehký kognitivní deficit.

Vstupním MMSE se pacientka zařadila do skupiny s demencí mírného typu, získala totiž 22 bodů. Chápala pouze lehké úkoly, ty složitější musely pracovnice provádějící test dovysvětlit. Klientka chybovala především v úkolu na odečítání čísla, nedokázala vyhláskovat slovo o pěti písmenech, dokázala si zapamatovat pouze jedno ze tří slov. Ostatní úkoly vcelku zvládla, až na malé drobnosti.

V zařízení pobývala necelé tři měsíce, kdy se účastnila skupinové kognitivní rehabilitace. I přes nedoslýchavost se vždy snažila zapojovat do aktivit, spolupracovala a na tázané otázky odpovídala. Kvůli zmiňovanému problému se sluchem byla paní vždy umístěna do předních míst, aby slyšela, co se na sezení probírá za témata. Velice si ve skupině rozuměla s další pacientkou, se kterou měla i sdílený pokoj. Za dobu pobytu si vyžádala knížku, kterou také zvládla sama přečíst. Při kognitivní rehabilitaci se účastnila následujících aktivit a témat: časová orientace, významné osobnosti, kvízy, logopedická cvičení, písňe na přání, procvičování významů slov a tvoření opaků, různé rébusy, canisterapie.

Ve výstupním testu získala 28 bodů. V úkolu na odečítání opět chybovala, ale už zvládla vyhláskovat celé pětímístné slovo, zapamatovala si dvě slova ze tří a splnila správně třístupňový motorický úkol.

Jméno: Marie

Rok narození: 1943

Paní Marie se do zařízení následné péče přijala z důvodu fraktury obou bérceových kostí, které utrpěla, když byla sražena na kole osobním automobilem. Kromě zlomenin

byla také celkově potlučena v oblasti hlavy v důsledku zmíněného pádu. Při přijetí lékař neshledal projevy dezorientace.

Vzhledem k výsledku vstupního MMSE byl pacientce objeven mírný kognitivní deficit, protože získala 22 bodů. Pacientka měla velmi zhoršený sluch, tudíž se na ni muselo mluvit zřetelně a hlasitě. Komunikovala bez problému a ochotně spolupracovala. Jednoduché úkoly chápala, ty složitější bylo třeba dovysvětlit a občas je odmítla provést. Dokázala si vybavit dvě slova ze tří a při počítání udělala dvě chyby, odečítala velmi pomalu. Hláskování odmítla plnit se slovy, že to nezvládne. Třístupňový motorický úkol neprovedla celý správně, uchopila papír do druhé ruky a poté pokračovala už dobře. Větu přečetla a pokyn neprovedla, novou větu napsala a obrazec nepřekreslila.

V zařízení byla zkoumaná osoba hospitalizovaná tři měsíce a účastnila se různých aktivit. Při kognitivní rehabilitaci procvičovala: časovou orientaci, několik kvízů, logické dvojice, doplňování přísloví, tvoření měst dle počátečních písmen a jemnou motoriku. Dále se při společném sezení diskutovalo o významných hudebních skladatelích a poslouchaly se jejich písně a bylo probíráno téma sportu. Také se účastnila muzikoterapie a na jejím pokoji probíhala canisterapie. Aktivně se zapojovala, byla usměvavá, odpovídala adekvátně, komunikovala s kolektivem při skupinové rehabilitaci a celkově působila spokojeným dojmem.

Ve výstupním testu získala 27 bodů. Zlepšila se v otázkách na orientaci a v odečítání, kdy provedla oba úkoly celé správně. Hláskování stále splnit nezvládla, ale pokusila se o to. Provedla dobře celý motorický úkol, novou větu napsala a i překreslila obrazec.

Jméno: Hana

Rok narození: 1939

Klientka byla do LDN Rybitví přijata kvůli fraktuře stehenní a vřetenní kosti. Cílem bylo tedy zhojit zlomeniny a především zajistit rehabilitaci, aby se po propuštění mohla vrátit do domácího prostředí.

Při vstupním testu získala 25 bodů a ve výstupním 28 bodů. Nepatřila tedy k pacientům trpícím výrazným kognitivním deficitem. Kognitivní rehabilitace se účastnila pravidelně i víckrát do týdne. Také byla několikrát na muzikoterapii, mši svaté a na pokoji probíhala canisterapie, ze které měla velikou radost. Navštěvovala rukodělné činnosti, kde vždy něco vyráběla. Ráda četla, a tak si vyžádala několik knížek, které jí zpestřily čas trávený na pokoji. Také procvičovala časovou orientaci, témata

z matematiky a českého jazyka, luštila rébusy a zpívala písně. Celkově si kognitivní rehabilitaci velice užívala, proto ji navštěvovala i víckrát do týdne a aktivity jí zpříjemnily čas strávený v tomto zařízení.

Jméno: Bohuslav

Rok narození: 1932

Pacient z nemocnice do LDN Rybitví přichází kvůli zhojení fraktury raménka stydné kosti a potřebě rehabilitace. V domácnosti upadl a následkem toho si způsobil úraz. Při přijetí se pacient jevil plně orientovaný.

Ve vstupním MMSE získal 19 bodů, které značí mírnou demenci. Při plnění testu spolupracoval a komunikoval. Měl lehce zhoršený sluch, ale při zřetelné komunikaci rozuměl dobře. Jednoduché úkoly chápal, složitější musely pracovnice provádějící test občas dovysvětlit. Pacient chyboval v některých otázkách zaměřených na orientaci, nezládl odečíst číslo, ani vyhláskovat slovo. Vybavil si pouze jedno slovo ze tří a v motorickém úkole zvládl jen jeden pokyn. Větu přečetl a pokyn provedl, novou větu napsal a obrazec překreslil.

Senior se účastnil několika aktivit: skupinové kognitivní rehabilitace, muzikoterapie, mše svaté a canisterapie. Při společném sezení procvičoval časovou orientaci, připomněl si významné osobnosti a výročí, procvičoval a správně seřazoval svátky, plnil úkoly z českého jazyka, účastnil se kvízu, poznával památky a města na fotografiích a poslouchal písně na přání. Během společných aktivit se zapojoval, komunikoval a byl celkově spokojený.

Ve výstupním kognitivním testu získal 23 bodů. Zlepšení se promítlo jak v počítání, tak ve hláskování slova. Také se zlepšil v některých otázkách zaměřených na orientaci a v třístupňovém příkazu, kde zvládl provést dva pokyny. Naopak se zhoršil v posledních třech úkolech, které při prvním testu zvládl splnit. V LDN Rybitví byl hospitalizovaný dva měsíce.

Pacienti z domácího prostředí

Jméno: Jana

Rok narození: 1938

Tato zkoumaná osoba byla do LDN Rybitví umístěna na doporučení praktického lékaře z důvodu opakovaných pádů, imobility a inkontinence. Při přijetí na lůžko

komunikovala pouze jednoslovně. Cílem hospitalizace bylo navrátit pacientku k soběstačnosti a zlepšit její mobilitu.

Vstupní MMSE u pacientky odhalilo demenci středně těžkého typu, získala totiž 16 bodů. Při testu spolupracovala a komunikovala, její psychomotorické tempo bylo ale lehce zpomalené a odpovídala až po chvíli. Položené otázky jí dělaly problém, nemohla si někdy vzpomenout na odpověď a to ji trápilo. Jednoduché úkoly chápala, složitější bylo nutné vysvětlovat a mluvit při tom pomalu. Byla orientovaná pouze částečně. Výbavnost krátkodobé paměti se jevila s poruchou, slova si vybavila s velkou dopomocí. Počítání jí vůbec nešlo a v hláskování udělala dvě chyby. Čtyři slova po sobě nezopakovala, motorický úkol udělala správně pouze částečně. Větu přečetla a pokyn provedla, novou větu napsala, ale obrazce se jí překreslit nepovedlo.

Paní Jana byla v LDN Rybitví hospitalizovaná dva měsíce. Při kognitivní rehabilitaci se účastnila těchto aktivit: procvičování časové orientace, vysvětlování významu pojmů, zpívání a muzikoterapie, výročí slavných osobností a prohlížení fotek a vzpomínání na významné osoby, paměťové hry a canisterapie. Pracovnice ve svých zápisech uvádí, že pacientka měla velký problém se při setkání soustředit, vracela se k jiným tématům a odpovídala s velkou dopomocí. Během individuálního posezení na zahradě pacientka vzpomínala, jak napsala knihu, o které s nadšením vyprávěla. Byla ale posmutnělá, že už si nevzpomíná na tolik detailů. Ve výstupním MMSE získala jen 11 bodů. Zhoršení se promítlo v úkolu na hláskování a v motorickém úkolu.

Jméno: Jindřiška

Rok narození: 1943

Klientka v domácím prostředí opakovaně padala a následkem toho se u ní rozvinul imobilizační syndrom, začala být nesoběstačná, lehce dezorientovaná a inkontinentní. Na doporučení praktického lékaře se přijala do LDN Rybitví s cílem zlepšit mobilitu a soběstačnost.

Ve vstupním kognitivním testu získala 19 bodů. Při nástupu do zařízení měla lehce zpomalené psychomotorické tempo, ale ochotně komunikovala a spolupracovala. Koncentrace pozornosti se jevila dobrá. Zadané úkoly chápala dobře, ale ve složitějších se ztrácela. Krátkodobá paměť byla poškozená, nezapamatovala si ani jedno ze tří slov. V úkolu na počítání a hláskování nezískala žádný bod. Předměty pojmenovala správně, čtyři slova správně nezopakovala. Motorický úkol splnila celý, větu přečetla, ale pokyn neprovedla. Novou větu napsala, ale překreslení obrazce jí dělalo problém.

Pacientka se za dobu pobytu v LDN aktivně účastnila různých aktivit. Několikrát se účastnila muzikoterapie, mše svaté, canisterapie, tvoření i kognitivní rehabilitace. Při kognitivní rehabilitaci byla probírána následující témata: časová orientace, významné osobnosti, písně na přání a různé úlohy z českého jazyka. Jak už jsem zmínila, paní Jindřiška se aktivně účastnila tvoření, kde batikovala, malovala, barvila šišky, vyráběla květiny a misky z papírů a také pracovala s kreativní hmotou, ze které si mohl každý vyrobit, co si přál. Celkově byla vždy spokojená, a zapojovala se ráda do různých činností. Spolupracovala a měla velkou radost z poslouchání písní. V kolektivu byla velmi vnímavá a milá.

Ve výstupním MMSE získala 26 bodů. Matematická úloha jí dělala stále problém, ale už zvládla vyhláskovat celé slovo, vybavila si dvě slova ze tří a zvládla zopakovat čtyři po sobě jdoucí slova. Obrazec překreslit zvládla také. V LDN Rybitví byla hospitalizovaná necelé dva měsíce.

Jméno: Čeněk

Rok narození: 1942

Pacient byl do LDN Rybitví přijat na žádost praktického lékaře, neboť u pacienta došlo ke zhoršení celkového stavu, začal být nesoběstačný, nechtěl jíst, hodně zhubl a zeslábl. Bylo tedy potřeba obnovit jeho soběstačnost a zaměřit se na rehabilitační cvičení.

Ve vstupním testu získal 23 bodů, které značily demenci mírného stupně. Měl mírně zpomalené psychomotorické tempo, ale komunikoval a spolupracoval dobře. Zadáání lehkých úkolů chápal dobře, složitější bylo třeba dovysvětlit. Byl plně orientovaný, jen nevěděl název zařízení a aktuální datum. Nevzpomněl si ani na jedno ze tří slov, které si měl zapamatovat. Při odečítání dvakrát chyboval a při hláskování řekl správně pouze první písmeno. Předměty pojmenoval, čtyři po sobě jdoucí slova zopakoval, třístupňový motorický úkol provedl celý a zbývající úkoly provedl také správně.

V zařízení byl dva měsíce, během kterých se aktivně účastnil kognitivní rehabilitace a muzikoterapie. Při kognitivní rehabilitaci byla probírána následující témata a procvičeny tyto aktivity: časová orientace, připomenutí významných událostí, téma ZOO, zpívání a poslech písní na přání, poznávání herců, hereček a jiných významných osobností, kvízy, poznávání filmů a pohádek a tvoření logických dvojic. Klient znal odpovědi, ale bylo třeba ho občas vyzvat, aby se do aktivit zapojil. S ostatními ve skupině spíše nekomunikoval, ale dle pracovníků působil spokojeně.

Výstupní MMSE zvládl na 27 bodů, což je hraniční výsledek, který neznačí kognitivní deficit. Již správně provedl celý úkol na odečítání čísla a i hláskování. Body ztratil v úkolu na výbavnost, kdy si vzpomněl jen na jedno slovo a neprovedl úkol č.8.

Jméno: Věra

Rok narození:1941

Zkoumaná osoba byla do zařízení přijata na doporučení obvodního lékaře. Jednalo se o dva roky ležící imobilní obézní pacientku, která se nebyla schopna sama o sebe postarat a lékař u ní doporučil intenzivní rehabilitaci, kterou zařízení poskytuje.

Vstupní MMSE bylo pracovníci kognitivní rehabilitace vyhodnoceno na 18 bodů, které značí mírný, až středně těžký kognitivní deficit. Pacientka komunikovala a spolupracovala. Koncentrace pozornosti byla zhoršená, sama říkala, že se nemůže soustředit. Jednoduchým úkolům rozuměla, složitější musela pracovnice více vysvětlit. Klientka byla zcela orientovaná, nevěděla pouze název zařízení a poschodí, ve kterém se nachází. V počítání udělala tři chyby, hláskování jí bohužel vůbec nešlo, nemohla se prý soustředit. Nevzpomněla si ani na jedno ze tří slov. Předměty pojmenovala, čtyři po sobě jdoucí slova nezopakovala. V motorickém úkolu udělala jednu chybu. Větu přečetla a pokyn provedla, novou větu však napsat nezvládla a obrazec správně nepřekreslila.

Paní Věra v byla v LDN Rybitví hospitalizovaná dva měsíce. Vzhledem k imobilitě a obezitě se nemohla účastnit skupinové kognitivní rehabilitace. Pracovnice ji však navštěvovaly a povídaly si s ní u lůžka. Procvičovala časovou orientaci, plnila úkoly na porozumění textu, aktivity na procvičení českého jazyka, doplňovala přísloví a pořekadla, vysvětlovala významy slov a plnila různé slovní aktivity s vánoční tematikou. Při individuálním sezení byla usměvavá, zapojovala se, komunikovala a celkově byla spokojená. Na pokoji probíhala canisterapie a často se zde také poslouchala hudba.

V testu před ukončením rehabilitace získala 27 bodů. Zlepšila se v otázkách ohledně orientace a v matematickém úkolu. Hláskování zvládla jen z části, vybavila si všechny tři slova, zvládla zopakovat čtyři slova, ale napsat větu a překreslit obrazce stále nezvládla.

4.5 Shrnutí výsledků výzkumného šetření

U vybraných zkoumaných osob jsme se setkali s různými přístupy a výsledky. Dvě z nich dokonce odmítly účastnit se kognitivní rehabilitace, ale do šetření byly i přesto zařazeny, protože sezení navštívily alespoň jednou a aktivizace u nich proběhla formou muzikoterapie a canisterapie. Ukázalo se, že i to mohlo mít na jejich zlepšení v MMSE testu vliv. Zároveň si ale myslím, že zdravotní stav seniorů v LDN jejich kognitivní úroveň značně ovlivňuje. Jelikož pracovníce vstupní test pořizovaly hned druhý den po nástupu na lůžko následné péče, pacienti neměli tolik času zvyknout si na nové na prostředí, nový kolektiv na pokoji a především jejich léčba nebyla ještě ukončena. Proto je tedy možné, že zlepšení dosáhli i ti, kteří se skupinového kognitivního cvičení tolik neúčastnili.

Z kazuistik jsme se dozvěděli mnoho informací, díky kterým nyní mohou být zodpovězené výzkumné otázky, a následně z nich může být vyvozen závěr.

DVO 1: *Vede kognitivní rehabilitace v LDN Rybitví ke zlepšení výsledků v MMSE?*

Ne u všech zkoumaných osob došlo ke zlepšení. Celkem dosáhlo zlepšení výsledků v MMSE třináct z šestnácti vybraných osob. U zbylých tří seniorů došlo ke zhoršení. Tím byli: jeden pacient, který byl do LDN Rybitví přijat z interního oddělení, jeden pacient z oddělení neurologie a jeden pacient, který přišel z domácího prostředí.

Zároveň může být udivující, že u dvou pacientů, kteří se účastnili kognitivní rehabilitace pouze jednou, došlo ke snížení kognitivního deficitu. Zlepšení se projevilo v motorice a v orientaci. Se všemi pacienty se po dobu hospitalizace rehabilituje za pomoci různých technik a speciálních přístrojů. To může tudíž být vysvětlením, proč došlo k bodovému nárůstu v úkolech zaměřených na motoriku. Co se týče úkolů na orientaci jedince, zde můžeme zlepšení v MMSE vysvětlit tak, že pacienti měli čas si na zařízení zvyknout, a hlavně před propuštěním z LDN byli zaléčení a jejich léčba byla lékařem ukončena. Tím se jejich orientace mohla zlepšit, neboť při nástupu do LDN byli oslabeni v důsledku aktuálního onemocnění.

DVO 2: *Dosáhnou seniori s jakýmkoliv stupněm demence v kognitivním testu nejméně příznivých výsledků?*

Výzkumné šetření ukázalo, že z šestnácti vybraných seniorů kognitivní test odhalil jakýkoliv stupeň demence u všech zkoumaných osob. Ke zlepšení došlo u třinácti z nich, což je dle mého názoru skvělý výsledek. Pouze tři tedy zlepšení nedosáhly. Případovou studii bylo zjištěno, že bodový nárůst nebyl vždy rapidní. Také bylo odhaleno, že zde byli

senioři, kteří byli při vstupním MMSE zařazeni mezi osoby vykazující určitý stupeň demence a při výstupním testu získaly takový počet bodů, který už žádný stupeň demence neznačí. Těchto osob bylo šest a další dvě dosáhly hraničního výsledku, tj. že obdržely 26 bodů. Zároveň výzkumné šetření odhalilo, že nejmenší kognitivní deficit měli senioři přijatí z oddělení úrazové chirurgie.

DVO 3: *Účastní se senioři v LDN Rybitví rádi kognitivní rehabilitace?*

U pacientů, kteří se kognitivní rehabilitace opakovaně účastnili, se pracovnice setkaly s pozitivní zpětnou vazbou. Senioři byli spokojení, že byli zapojeni do nějakých aktivit, a tak vytrženi ze stereotypu v tomto zařízení. Někteří z nich se dokonce chtěli účastnit kognitivní rehabilitace a vybraných aktivit i víckrát do týdne.

Test má jistě nevýhody, které mohou zkreslit výsledky jedinců. Jednou z nich může být, že ti bystřejší pacienti si otázky v testu mohli zapamatovat. Při dalším plnění testu už tedy vědí, co je bude čekat, a to může vést k dosažení lepších výsledků. Pracovník, který plní se seniorem před propuštěním test, pacienta už zná. Může tedy otázky lehce pozměnit, a tak tomuto zamezit, například namísto odečítání čísla sedm zvolí číslo osm nebo ukáže na jiný předmět v úkolu na pojmenování.

Závěr

Bakalářská práce byla zaměřena na vzdělávací potřeby seniorů v léčebně pro dlouhodobě nemocné, kdy zmiňovanými vzdělávacími potřebami jsou v tomto zařízení chápány aktivity cílené na kognitivní úroveň seniorů, a vedou tak ke zlepšení nebo zmírnění demence u pacientů. Zároveň je díky těmto aktivitám alespoň z části obnovena soběstačnost seniorů, kteří se stali v důsledku onemocnění nesoběstační. Cílem bylo nejprve pohovořit o tématu teoreticky a poté realizovat šetření v konkrétní léčebně dlouhodobě nemocných, které bylo zaměřené na kognitivní rehabilitaci a její vliv na pacienty v praxi.

Teoretická část je dělena do tří kapitol. První kapitola hovoří o charakteristice stáří a o jeho periodizaci z pohledu vývojové psychologie, poté popisuje změny, se kterými se stárnoucí jedinec setkává, následuje téma adaptace na stáří a poslední podkapitola se zabývá vzdělávacími potřebami seniorů.

Na toto téma navazuje kapitola o kognitivních funkcích a změnách, které se ve stáří v této oblasti mohou promítnout. Jedna z podkapitol je věnována kognitivnímu tréninku a dalším formám terapie, které se používají v praxi a vedou ke zlepšení kognitivní úrovně. V návaznosti na dané téma je v této části charakterizován kognitivní test Mini-Mental State Examination. Ten se jednak používá k zjištění kognitivní úrovně a s tím spojené demence, a je také důležitým prvkem ve výzkumném šetření.

Poslední kapitola teoretické části se věnuje cílovému zařízení, kterým je léčebna dlouhodobě nemocných. Nejprve je toto zařízení charakterizováno obecně a následně je popsána Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví, ve které je realizováno výzkumné šetření. K tomu je připojeno téma týkající se komunikace se seniory v ošetrovatelské péči.

Na teoretickou část navazuje čtvrtá kapitola, která se věnovala kvalitativnímu šetření. To bylo realizováno formou analýzy dokumentů a následným vypracováním případových studií. Do praktické části bakalářské práce bylo vybráno šestnáct zkoumaných osob, které byly rozděleny do čtyř skupin po čtyřech jednotlivcích dle toho, z jakého oddělení byly do LDN Rybitví přijaty.

K empirickému šetření byla stanovena jedna hlavní výzkumná otázka a tři dílčí, které byly vyhodnocením výzkumu zodpovězeny. Ukázalo se, že kognitivní rehabilitace v Léčebně dlouhodobě nemocných Rybitví vede ke zlepšení výsledků v kognitivním testu MMSE a tím ke snížení kognitivního deficitu u většiny pacientů a celkově se setkává s pozitivním ohlasem.

Seznam použitých zdrojů

Tištěné zdroje

BENÍČKOVÁ, Marie. *Muzikoterapie a edukace*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-4238-0.

ČEVELA, Rostislav, ČELEDOVÁ, Libuše, KALVACH, Zdeněk, HOLČÍK, Jan, KUBŮ, Pavel. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4544-2.

DUČAIOVÁ, Jarmila, MOTYČKOVÁ, Eva, NOVOTNÁ, Aneta, NENTVICOVÁ NOVOTNÁ, Renáta a ONDRIOVÁ, Iveta. *Aktivizace seniorů – tělesné a duševní aktivizační programy včetně pracovních listů*. Praha: Verlag Dashöfer, 2018. ISBN 978-80-87963-75-3.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.

JANEČKOVÁ, Hana a VACKOVÁ, Marie. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.

KLEVETOVÁ, Dana. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0102-3.

KUČERA, Dalibor. *Moderní psychologie: hlavní obory a témata současné psychologické vědy*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4621-0.

KULIŠŤÁK, Petr. *Neuropsychologie*. 2., aktualiz. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-891-3.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.

PROCHÁZKOVÁ, Eva. *Biografie v péči o seniory*. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-1008-7.

PTÁČKOVÁ, Hana a PTÁČEK, Radek. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-0876-3.

ŠERÁK, Michal. *Zájmové vzdělávání dospělých*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-551-6.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a SMÉKALOVÁ, Lucie. *Edukace seniorů: geragogika a gerontodidaktika*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5446-8.

ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

TVRDÁ, Andrea. *Canisterapie: zvíře v sociálních službách*. Praha: Plot, 2020. ISBN 978-80-7428-366-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VÁLKOVÁ, Lenka. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5571-7.

VOSTRÝ, Michal a VETEŠKA, Jaroslav. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-2866-2.

WEHNER, Lore a SCHWINGHAMMER, Ylva. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4423-0.

Elektronické zdroje

FOLSTEIN, Marshal F., FOLSTEIN, Susan E. a McHUGH, Paul R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. [online]. *Journal of Psychiatric Research*. 1975, roč. 12, č. 3, s. 189-198. ISSN 0022-3956. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022395675900266>. [cit. 2024-03-10].

LDN Rybitví – léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví [online]. Rybitví LDN, 2023 [cit. 2024-01-20]. Dostupné z: <https://www.ldn-rybitvi.cz/>.

ŠTĚPÁNKOVÁ, Hana, NIKOLAI, Tomáš, LUKAVSKÝ Jiří, BEZDÍČEK, Ondřej, VRAJOVÁ, Monika, KOPEČEK, Miloslav. Mini-Mental State Examination – česká normativní studie. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 2015, roč. 78, č. 1, s. 57–63 [cit. 2023-12-20]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2015-1/mini-mental-state-examination-ceska-normativni-studie-50969>.

Přílohy

Příloha A:

Mini-Mental State Examination

Jméno: Datum 1. vyšetření: Datum 2. vyšetření: Datum 3. vyšetření:

Za každý správně provedený úkol je posuzovaný hodnocen jedním bodem (=1), za každý špatně provedený úkol nula body (=0).

1. Orientace

Kolikátého je dnes?
 Který je den v týdnu?
 Který je nyní měsíc?
 Který je nyní rok?
 Které je roční období?
 Jak se jmenuje země, ve které jsme?
 Ve kterém jsme okrese?
 Ve kterém jsme městě?
 Jak se jmenuje nemocnice, v níž jsme?
 Ve kterém jsme poschodí?

vyšetření		
1.	2.	3.

5. Pojmenování

Ukažte náramkové hodinky: Co je to?
 Ukažte propisovací tužku: Co je to?

vyšetření		
1.	2.	3.

2. Zapamatování

Nyní vám vyjmenuji tři předměty. Zopakujte je po mně a zapamatujte si je, za chvíli se vás na tato slova zeptám znovu.

Lopata

 Šátek

 Váza

3. Pozornost a počítání

Odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Skončete, až odečtete pětkrát za sebou.

93

 86

 79

 72

 65

Pokud testovaná osoba úkol nezvládá nebo jej nechce provádět, vyzveme ji, aby hláskovala pozpátku slovo o pěti písmenech, např. POKRM.

M

 R

 K

 O

 P

4. Výbavnost

Vyzvěte testovanou osobu, aby zopakovala 3 slova, která si měla zapamatovat.

Lopata

 Šátek

 Váza

6. Opakování

Opakujte po mně:
 „Žádná kdyby, nebo, ale.“

--	--	--

7. Třístupňový příkaz

Před testovanou osobu položíme list papíru a vyzveme ji, aby vzala papír do pravé ruky, přeložila jej na polovinu a položila na zem.

Uchopení papíru

 Přeložení na polovinu

 Položení na zem

8. Čtení a splnění příkazu

Testovanou osobu vyzveme, aby přečetla a provedla úkol napsaný na druhé straně tohoto listu (úkol – „zavřete oči“).

--	--	--

9. Psaní

Vyzveme testovanou osobu, aby napsala libovolnou větu. Věta musí dávat smysl, musí mít podmět a přísudek (podmět může být nevyjádřený).

--	--	--

10. Obkreslení obrazce

Testovaná osoba musí správně obkreslit 2 stejné pravidelné pětiúhelníky, protínající se jako čtyřúhelník.

--	--	--

	1. vyšetření	2. vyšetření	3. vyšetření
Celkem bodů			

HODNOCENÍ:
 max. počet - 30 bodů
 27 - 30 normální stav
 25 - 26 hraniční nález, možnost demence
 10 - 24 demence mírného až středně těžkého stupně
 6 - 9 demence středně těžkého až těžkého stupně
 6 a méně demence těžkého stupně

Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví
 Činžovních domů 140
 533 54 Rybitví
 IČ 00190560

Zavřete oči

