

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav pedagogiky a sociálních studií

KATEřINA KRAMPOLOVÁ

Obor: řízení volno časových aktivit

AKTIVIZACE ČINNOSTI U OSOB
SENIORSKÉHO VĚKU
Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Vladimíra Kocourková, PhD.

Olomouc 2012

Prohlašuji tímto, že jsem zadanou diplomovou práci vypracovala sama pod odborným vedením paní PhDr. Vladimírou Kocourkovou, Ph.D. a uvedla jsem všechny literární prameny a odborné zdroje v seznamu použité literatury.

V Olomouci 5.dubna 2012

í í í í í í í í í í
Podpis autora

Děkuji vedoucí diplomové práce PhDr. Vladimíře Kocourkové, Ph.D. za odbornou pomoc a cenné rady. Také děkuji panu primáři MUDr. Petru Konečnému, Ph.D. a jeho týmu zdravotníků v nemocnici Milosrdných bratří v Brně za rady a další užitečné informace. V neposlední řadě děkuji pacientům za ochotu spolupráce na našem výzkumu.

Děkuji RNDr. Milanu Elfmarkovi za pomoc při statistickém zpracování dat.

Obsah:

Úvod.....	7
1 Stáří a stárnutí.....	8
1.1 Vymezení pojmu stárnutí.....	8
1.2 Vymezení pojmu stáří.....	8
1.2.1 Psychické změny.....	10
1.2.2 Fyzické změny.....	12
1.2.3 Sociální stárnutí.....	13
2 Systém péče o seniory.....	16
2.1 Rodinná péče.....	16
2.2 Terénní péče.....	18
2.2.1 Pečovatelská služba.....	18
2.2.2 Domovinky.....	19
2.2.3 Domácí péče.....	19
2.3 Ústavní péče.....	20
2.3.1 Domovy důchodců.....	20
2.3.2 Domovy - penziony pro důchodce.....	21
2.3.3 Domovy s pečovatelskou službou.....	21
2.3.4 Léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN).....	21
2.3.5 Hospic.....	22
2.3.6 Důsledky pobytu v dlouhodobé ústavní péči.....	22
3 Aktivizace.....	23
3.1 Sociálně terapeutické činnosti.....	25
3.2 Aktivizační činnosti.....	26
3.2.1 Rehabilitace.....	26
3.2.1.1 Definice rehabilitace.....	26
3.2.1.2 Dělení rehabilitace.....	27
3.2.1.2.1 Léčebná rehabilitace.....	27
3.2.1.2.2 Sociální rehabilitace.....	27
3.2.1.2.3 Pedagogická rehabilitace.....	28
3.2.1.2.4 Pracovní rehabilitace.....	28
3.2.2 Moderní rehabilitace seniorů.....	28
3.2.2.1 Fyzioterapie.....	29

3.2.2.2	Ergoterapie	30
3.2.2.3	Psychoterapie	31
3.2.2.4	Psychomotorická terapie.....	32
3.2.2.5	Arteterapie	32
3.2.3	Muzikoterapie.....	32
3.2.3.1	Expresivní terapie.....	33
3.2.3.2	Hiporehabilitace a hipoterapie	33
3.2.3.3	Canisterapie	34
3.2.4	Rehabilitační ošetřování klientů	36
4	Výzkumná část	39
4.1	Cíle práce.....	39
4.2	Vědecké otázky a hypotézy	39
5	METODOLOGIE	41
5.1	Metodika práce a klinická sestava.....	41
5.1.1	Charakteristika souboru	41
5.1.2	Měření.....	47
5.1.2.1	Měření kvality života	47
5.1.2.2	Měření soběstačnosti.....	47
5.1.2.3	Zjišťování psychického stavu	48
5.1.2.4	Měření celkového fyzického stavu.....	48
5.1.3	Statistika	49
6	VÝSLEDKY	50
6.1	Výsledky měření kvality života	50
6.2	Výsledky měření soběstačnosti	52
6.3	Výsledky měření psychického stavu	54
6.4	Výsledky měření fyzického stavu.....	58
7	Diskuze	61
7.1	Diskuze ke kvalitě života.	61
7.2	Diskuze k soběstačnosti	62
7.3	Diskuze k psychickému stavu	63
7.4	Diskuze k fyzickému stavu.....	63
ZÁVĚR		65
POUŽITÉ PRAMENY A LITERATURY		66

SEZNAM ZKRATEK	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	74

Úvod

Problematika aktivizace seniorů v dnešní době nabývá na aktuálnosti. Stárnoucí populace a zvyšující se počet seniorů je trendem posledních let. S přibývajícím věkem se objevují různé nemoci, které ovlivňují následně kvalitu života, soběstačnost, psychický i fyzický stav člověka. Jedním z nejčastějších zdravotních problémů stáří je onemocnění cév mozku, které mohou vyústit do cévní mozkové příhody. Cévní mozková příhoda je vážné onemocnění, které ve většině případů zanechává trvalé následky v oblasti motoriky, komunikace, psychiky, orientace, citlivosti a podobně. Tyto následky významně ovlivňují soběstačnost, nezávislost seniorů a následně celkovou kvalitu života. V naší společnosti se lidem seniorského věku se zdravotními potřebami věnují především na odděleních dlouhodobé rehabilitační péče a odděleních dlouhodobé ošetrovatelské péče v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN). Všeobecně je doporučována lidem dlouhodobě nemocným vedle medicínské léčby (farmakoterapie) také aktivizace. Tato aktivizace je v současné době realizována pomocí rehabilitace, logopedie, psychoterapie, ergoterapie a ve vzácnějších případech i pomocí jiné aktivizační terapie.

Tato práce si dala za cíl objektivně zvýhodnit význam těchto aktivizačních činností u seniorů dlouhodobě nemocných na těchto odděleních. Vzhledem ke komplexnosti potřeb zasahující všechny aspekty lidského života (od fyzických problémů, přes psychické problémy, až po kvalitu života), jsme problematiku zaměřili na seniory po cévních mozkových příhodách (CMP). O této problematice se hodně hovoří a píše, bohužel v praxi je nedostatečně uplatňovaná, což potvrzuje i nový program ministerstva zdravotnictví od roku 2011 zaměřený na komplexní diagnostiku a léčbu mozkového cévního onemocnění a s tím souvisejícím programem s budováním komplexních cerebrovaskulárních center a jednotek.

Danou problematikou jsem se začala zabývat z důvodu hospitalizace mého rodinného příslušníka, kdy jsem mohla porovnat jednotlivé postupy v péči o seniory na těchto odděleních.

1 Stáří a stárnutí

Stárnutí a stáří není záležitostí pouze seniorů. Dalo by se říci, že je to proces, který vzniká narozením a končí smrtí. Takže tato problematika se týká každého z nás. Na základě daných faktů, se v této kapitole zaměříme na objasnění pojmu stáří a stárnutí, jak se projevují a k jakým změnám během stárnutí dochází.

1.1 Vymezení pojmu stárnutí.

Stárnutí je specifický, nevratný a neopakovatelný biologický proces, univerzální pro celou přírodu (Topinková, E., Neuwirth, J., 1995, s. 18).

Stárnutí je charakterizováno posloupností nezvratných změn, které nastávají v živém organismu a které postupně omezují a zeslabují jeho jednotlivé funkce. Lze ho označit jako šůstupů po dosažení vrcholu anatomického i funkčního stavu v širokém slova smyslu. Stárnutí je specifický proces, který má svou časovou dynamiku, je geneticky naprogramován, řídí se druhově specifickým časovým zákonem a podléhá modulujícím vlivům prostředí (Pacovský, V., 1997).

Je zřejmé, že nestárneme všichni stejně rychle. Stárnutí je tudíž proces individuální. Každý má svůj šůoriginální plán stárnutí. Stárnutí postihuje všechny roviny jeho rovínách a to v rovině biologické, psychologické a sociální.

Dalším významným rysem projevu stárnutí je nerovnováha a nesouměrnost degenerace jednotlivých funkcí a anatomických struktur. Lze konstatovat, že změny anatomických struktur a funkčních systémů je v cí individuální a u každého jedince stárnutí postupuje různou rychlostí.

Stárnutí je proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní. Jednotlivé orgány nestárnou stejně rychle a dokonce není shoda ani v dynamice stárnutí různých funkcí téhož orgánu (Pacovský, V., 1990).

1.2 Vymezení pojmu stáří.

Stáří lze označit jako pozdní fázi ontogeneze přirozeného průběhu života. Stáří je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, modifikovaných dalšími faktory jako jsou choroby, způsob života nebo životní

podmínky. Stárnutí je spojeno mimo jiné i s řadou významných sociálních změn a to: osamostatnění, důchodování a jiné změny sociálních rolí. Všechny příčiny a následné změny stárnutí se vzájemně prolínají a mnohé jsou i protichůdné. Z toho vyplývá, že vymezení a periodizace stárnutí je velmi obtížné a nejednoznačné (Kalvach, Z., 2004).

Ha-kovcová, H., (1990) definuje stárnutí jako prodloužené období života, kde klade důraz na fakt, že stárnutí není nemoc, ale jde o prodloužený proces změn, které procházejí postupně v průběhu celého života, ale více patrné jsou až v pozdějším věku.

Mühlpachr, P., (2009) dělí stárnutí dle věkového rozmezí na mladé seniory ve věku 65-74 let, staré seniory ve věku 75-84 let a velmi staré seniory ve věku 85let.

Jako další si můžeme uvést dělení stárnutí podle světové zdravotnické organizace (WHO) - na věkovou skupinu 60-74 let senescence (počínající, částečné stárnutí), další věkovou skupinu 75-89 let kmetství (vlastní stárnutí) a skupinu 90 let a více patriarchum (dlouhověkost).

Podle Pacovského, V., Heimanové, H., (1981, s. 57) *„Stárnutí a stárnutí je specifický biologický proces, který je charakterizován tím, že je dlouhodobě nastaven, je nevratný, neopakuje se, jeho povaha je různá, zanechává trvalé stopy. Jeho rozvoj se řídí druhově specifickým dělovým zákonem. Podléhá formativním vlivům prostředí.“*

Na základě této definice lze konstatovat, že stárnutí má multifaktoriální příčiny, na kterých se podílí, jak vnitřní (genetické) tak i zevní (prostředí) vlivy.

Gerontopedagogika neboli gerontogogika pojednává o teorii výchovy a vzdělávání starých osob, je to pedagogická disciplína zabývající se výchovou a vzděláváním ke stárnutí, ve stárnutí a možnostmi a způsoby učení a vzdělávání ve stárnutí (Hartl, P., Hartlová, H., 2010).

Gerontologie se zabývá procesy stárnutí, kterým dochází v buňkách, tkáních, orgánech a organismech i ve skupinách jedinců od dospělosti až po jejich smrt (Hartl, P., Hartlová, H., 2010). Jde o medicínský vědní obor zabývající se problematikou stárnutí a stáří. Pod gerontologii spadají i podobory. Prvním je teoretická gerontologie, která je východiskem pro praktickou aplikaci v dnešních

poznatk do odborné praxe, zabývá se např. teoriemi stárnutí, vývojem oboru, předpoklady stárnutí další populace. Druhým podoborem je klinická gerontologie je v podstatě geriatric, která se zabývá léčením chorob seniorů. Třetím a poslední podoborem je sociální gerontologie, která se zaměřuje na vztahy seniorů a rodiny, sociálních skupin, společnosti, diskriminací seniorů, komunikaci se seniory apod. (Mlýnková, J., 2010).

lov k je tvor bio-psycho-sociální. Na základě toho faktu pozorujeme b hem stárnutí změny v těchto základních oblastech.

1.2.1 Psychické změny

Pacovský, V., (1994) popisuje psychické změny v průběhu zdravého (normálního) stárnutí následovně. Jde především o zpomalení psychomotorického tempa, sníženou výbavnost a vztřípivost paměti. Gerontologové řeší problémy, nerad se rozhoduje, obtížně řeší komplikované věci. Je emocionálně labilnější, často jí podléhá dojetí, má sklon k úzkostem, depresím a podezřavosti. Dává přednost soukromí a pohodlí, takže se raději vzdává dříve oblíbeným činnostem, jsou-li spojené s nepohodlím a narušením soukromí. Při pirozeně probíhajícím stárnutí se u jedince zvyšuje stupeň soudnosti, trpělivosti a pochopení. Dále dochází ke zvýšení vytrvalosti a zlepšení rozvahy, stálosti za svými názory a ve svých vztazích. Praktická a sociální inteligence s věkem neklesá, ale zůstává zachována (Vágnerová, M., 2007, Petrášková, A., Šorňanová, R., 2004).

Bezpochybně velmi záleží na povaze osoby a rysech osobnosti. Schopnost celkové adaptace na stárnutí je závislá na mnoha faktorech. Důležitá je integrace jedince s prostředím, vitalita, zdravotní stav jedince, ekonomická jistota a v neposlední řadě otevírání společnosti (Pacovský, V., Hejmanová, H., 1981).

Psychické aspekty stárnutí významně neovlivní kvalitu života stárnoucího jedince. Souvisejí více se změnami tělesnými (biologickými), což znamená, že senior rostoucí tělesné změny prožívá negativně, obtížně ji se s nimi vyrovnává a to se následně odráží i na jeho psychice (Malíková, E., 2011).

Pacovský, V., Hejmanová, H., (1981) uvádí pět strategií podle Bromleyho, jak se adaptovat na stárnutí:

Konstruktivnost

Jde o ideální adaptaci jedince na stáří. Jedinec má smysl pro humor, těší se ze flivota, zastává optimistický postoj flivotu, navazuje nové vztahy s lidmi. Je přizpůsobivý, je smířlivý a přiznává si své nedostatky a chyby.

Závislost

Na místo toho, aby jedinec zaujal aktivní postoj, směřuje k pasivitě a závislosti. Jedinec se tedy spoléhá na druhé a čeká, že se o něj postará okolí. Chybí mu důvěra, je lehce unavitelný a dává přednost soukromí. Je podezřívavý k novým lidem kolem něj, nerad navazuje nové kontakty, které by mohly narušit jeho klid, pohodlí a bezpečnost.

Obranný postoj

Jedinec, který zastává tento postoj, je sobotářský, ovšem i zastává postoj, kdy odmítá pomoc druhých, jen aby jim dokázal, že není závislý. Má obavy z případné závislosti a nečinnosti ve stáří, proto neustále vykonává různé činnosti, aby nemyslel na fakt stáří. Postoj tohoto jedince ke stáří je pesimistický.

Nepřátelství

Jedinci spadající do této kategorie mají sklon svalovat vinu za své neúspěchy na ostatní lidi. Jejich jednání s jinými lidmi má agresivní a podezřívavý charakter. Jsou neústupní ve svých postojích i hodnocení. Drhají se v ústraní a izolaci. Jedinci se dají odchodu do důchodu a k samotné představenosti stáří cítí odpor. Nejsou schopni reálné a konstruktivně řešit problémy spojené se stářím. Jejich reakce na veškeré okolí je mrzutá a podrážděná.

Sebenávist

Chování jedinců spadajících do této kategorie se od předchozí kategorie liší jen tím, že své nepřátelské jednání obrazejí vůči sobě samotným. Na svůj předchozí flivot hledí kriticky a pohrdavě. Smíjí se sice s faktem stáří, ale nejsou schopni k němu zaujmout pozitivní, konstruktivní a optimistický postoj. I když přiznají svoji tělesnou a duševní neschopnost, považují se za oběť okolností. Jsou osamělí,

nenavazují společenské styky s okolím, cítí se být zbyteční. Zastávají názor, že oni už život užili a teď jsou na začátku mladí. Bývají líní a depresivní.

Typické změny v psychické oblasti a intelektových schopnostech podle Jarošové, D., (2006):

- Dochází ke snížení kognitivních a funkcí, mezi které patří: ztráta paměti, snížená schopnost koncentrace, horší schopnost zapamatovat si nové informace, zhoršená schopnost poznat viděné předměty, rozeznat zvuky
- Pokles funkce řeči, schopnosti porozumět řeči a snížení schopnosti cokoliv pojmenovat
- Pokles výkonosti intelektových funkcí
- Zvýšená emoční nestabilita, výkyvy nálad, proměnlivost v postojích a rozhodování
- Pokles a ztráta citových prožitků a citová oploštělost
- Povahové změny - přechod od pozitivních do neutrálních nebo až do silně negativních vlastností (například dříve laskavý, dnes neochotný a nevstřícný - reaguje tak, jak nikdy v minulosti nereagoval)
- Zdeznění povahových vlastností, většinou těch negativních
- Pokles zájmu u seniora ve věcech nebo v oblastech (rezignace, sociální izolace, apatie, neochota zapojit se do činností, apod.)
- Změny životních hodnot a postojů seniora (zaměření na rodinu, duchovní hodnoty)
- Sklon k bilancování ohledně svého života, posuzování životních situací s časovým odstupem a nadhledem na věci
- Změna zájmu a jejich potřeby uspokojení má spojitost se změnou životních hodnot (orientace více na uspokojení lásky, duchovních hodnot, spirituality)
- Pokles schopnosti přizpůsobit se přicházejícím změnám a novým situacím

1.2.2 Fyzické změny

Biologické neboli fyzické změny jsou změny probíhající na fyziologické úrovni. Jedná se o změny tělesné tkáně a orgánů. To se zaznamenává zpomalením a oslabením, poklesem biologických adaptačních mechanismů, dochází k funkčním změnám na úrovni molekulární, tkáňové, orgánové, systémové, dále dochází k vyerpání

buných rezerv, projevující se zejména při reakci na zátlavou situaci. (Klevetová, D., Dlabalová, I., 2008).

Biologické stárnutí zasahuje i pohybový systém. Snižuje se výkonnost, dochází k úbytku kostní hmoty, kosti jsou křehčí a tím přibývá i riziko úrazu. Vazivo je méně pružné, pohyby jsou pomalejší a méně koordinované, dochází k úbytku svalové hmoty a tím i k poklesu svalové síly, zpomaluje se rychlost nervových vzruchů. Přichází poruchy chůze a rovnováhy, poruchy spánku, kdy se mění o délka a kvalita spánku. Páteř staršího člověka se více ohýbá, což je příčinou toho, že se jedinec více hrbí. Do cév se ukládají tukové látky a vápník, dochází k zúžení cév s následkem nedokrevnosti. Nejčastěji jsou zasaženy vnitřní tepny srdce, dolních končetin a mozkové tepny.

Stárnutí zasahuje také kožní systém, kdy člověk ztrácí svoji pružnost, zvyšuje se pigmentace, nahradí pigment tvořící se z tuků způsobuje stařecké skvrny, vlasy zedívají a vytvářejí se vrásky. Trávicí systém jedince je pomalejší, déle se potrava rozkládá a vstřebává, dochází k poklesu kapacity a pružnosti močového měchýře. Funkce plic staršího člověka se snižuje, dochází k poklesu vitální kapacity plic, snížení elasticity tkání a cév, ztvrdnou a prodlužují se tepny, ale klesá jejich pružnost. Narůstá riziko častějšího výskytu infekcí dýchacích cest, jejichž příčinou bývá pokles asinkového epitelu v plicích. Ochabují srdeční chlopy, které se nedokážou přizpůsobit zvýšené zátlavě a tím dochází k dušnosti při zvýšené námaze jedince. Stárnutí postihuje v neposlední řadě i smyslové orgány. Nejedná se pouze o zhoršení zraku a sluchu, ale nastává i snížení chuťových, čichových a hmatových buněk. Dále se snižují funkce receptorů umožňující vnímat pohyb, pocit tepla, chladu a síly nátlaku (Mühlbacher, P., 2004).

1.2.3 Sociální stárnutí

Definice je připravenost se na stárnutí jít v mladším věku. Smířit se s faktem, že jsem nahraditelný a naučit se efektivně využívat více volného času, který jsme získali odchodem z naší pracovní role. Stanovit si priority, cíle, co je třeba chci a musím zvládnout a udělat.

Přede vším se snižuje schopnost seniora adaptovat se na nové životní podmínky a situace, které u něj mohou vyvolávat strach, úzkost a nejistotu, což může být

příčinou toho, že se jedinec nechce vydat ven a setkávat se druhými lidmi. Spíívajícími léty p íbývá chronických onemocnění, která vedou ke zhoršení sob stá nosti. Zm na sociální role a sníílená sob stá nost jedince se projeví i na jeho společenském životě. Jedinec je tak sociálně izolován, ztrácí svoji identitu a v t ínou si nedokáže íct o pomoc. Nerad m ní sv j zab hlý styl života. Velké zm ny nastávají u starého lov ka v oblasti citového života. Stává se citliv j ím, jedná emotivně, ast jí podléhá dojetí. Pokud dojde o partnera, t fko se vyrovnává s p íjetím nové sociální role a ztrácí chu dál íít. Nastává samota a osam ní, se kterou se starý lov k velmi obtííln srovnává. Od okolí o ekává v t í porozum ní, pocit náklonnosti a v t í míru úcty. Vy í v k p íná í zm ny psychomotorického tempa. Jedinec pot ebuje p í zvládní b ílných denních ínností více asu, je opatrn j í, nerozhodn j í, nicmén tyto nedokonalosti nahrazuje svoji d sledností, systematickostí a d kladností v jednání. Také m fle dojít ke zvýšení vytrvalosti u fyzických a du evních aktivit (Ha kovcová, H., 1990).

Sociálních aspektů je celá řada. Nejd leíit j ím p edpokladem zvládnutí t chto zm n je, aby senior p íjal globálně celý sv j život a jeho smysl. Musí p íjmout své stá í, nespln ná p íání, nedosaílené cíle a smí ít se se svými životními chybami a omyly. Akceptovat sebe samého takového jaký je, um t si odpustit a neodsuzovat se. Jedin tak je schopen svobodně a d stojně doíít. Pokud to nedokáže, dochází u jedince k psychickým zm nám a zm nám rys osobnosti. Zm ny psychických funkcí a projev chování umohl ují p eíívat období stá í, ale nejedná se o jeho d stojně proíít. (Mühpachr, P., 2004)

Nejvýznamn j í nep íznivé sociální aspekty (Malíková, E., 2011):

- Odchod do d chodu ó h e se s ním vyrovnávají muíi, kte í nemají íládné zájmy a koní ky, neí svoji práci
- Zhor ené sociální za len ní ve společenských, kulturních a jiných aktivitách
- Zm na ekonomických podmínkách seniorů - zhor ení finan ního zabezpe ení, limitace vy í penze apod.
- Osam lost ó úmrtí partnera, stárnutí osam lého seniora
- Sociální izolace z hlediska rodinných kontaktů, úbytek nebo ztráta p ítel z d vodu nemoci í úmrtí

- Zhoršená možnost úasti na dříve vykonávaných oblíbených činnostech
- Zhoršená možnost kontakt s přáteli i jinými osobami
- Nezbytná a nevyhovující změna životního stylu
- Strach z nesobsta nosti a osamlosti
- Fyzická závislost na druhých osobách o z d vod nemoci
- Strach ze stá í, St hování
- Vliv ageismu

Pro srovnání si uvedeme nejvýznamn í pozitivní sociální aspekty podle Jaroové, D., (2006):

- Dobré rodinné zázemí, funk ní rodina, pevná citová vazba
- Ekonomické zabezpe ení stá í o penzijní p ipoji-t ní, vhodné bydlení apod.
- p íprava na efektivní nakládání s volným ásem (vytvo ení a udržení si zájm , koní k , dohodnuté ob asné výpomoci, apod.)
- Možnost uspokojení pot eb seniora

Tabulka 1. P ehled zm n ve stá í podle (Venglová, M., 2007)

T lesné zm ny	Psychické zm ny	Sociální zm ny
zm ny vzhledu	zhoršení pam ti	odchod do penze
úbytek svalové hmoty	obtíln í osvojování nového	zm na životního stylu
zm ny termoregulace	Ned v ivost	st hování
zm ny innosti smysl	snížená sebed v ra	ztráta blízkých lidí
degenerativní zm ny smysl	Sugestibilita	osam lost
kardiopulmonální zm ny	emo ní labilita	finan ní obtíle
zm ny v trávicím systému (trávení)	zm ny vnímání	
zm ny vylučování mo i	zhoršení úsudku	
zm ny sexuální aktivity		

2 Systém péče o seniory

Problematické péče o seniory je v poslední době přikládán velký význam. Rozvoj služeb pro starší osoby je reakcí na neustále se zvyšující počet osob vyřazených v důchodu, dále prodloužením délky života ve stáří, kdy postupem času člověk potřebuje určitou pomoc a péči. Z toho důvodu by se služby měly přizpůsobovat individuálním potřebám staršího člověka. Cílem je péči a hledání jiných forem péče by měla být kombinace péče ústavní a terénní - ambulantní. Celková informovanost populace o typech zařízení pro starší osoby je nedostatečná. Jediné, co je v současnosti povětšinou dostupné jsou domovy důchodců. Je logické, že většina starších osob nerada opouští své domovy, kde se cítí bezpečně a bezpečně, a proto očekává a doufá, že pomoc a péči poskytne rodina. Kalvach, Z., (2004) zdrazňuje, že není možné od sebe oddělovat zdravotní a sociální péči o starší osoby, jelikož zdravotní problémy jsou často doprovázeny problémy sociálními a naopak.

V současné době je rozdělena péče o seniory mezi rodinu a formální organizace. Bohužel z větší části péči o seniory v současnosti zajišťuje ústavní sociální nebo zdravotnická péče. Za velký problém to, že zařízení je považována jejich velikost. V takovém zařízení je těžké realizovat skutečnou individuální péči a podporovat a zaměřovat se na konkrétního seniora. V takových velkých zařízeních ztrácí jedinec autonomii a motivaci k různým činnostem. Tato zařízení získávají v posledních letech spíše podobu šnečích dómů a tím ztrácejí rozměr sociální (Kalvach, Z., 2004).

Bariérou pro život seniora v běžných podmínkách je nedostatečně dostupná síť terénních a ambulantních sociálních služeb. Účinnější osoby a rodina bývají nedostatečně informováni o vhodných alternativách řešení nepříznivé sociální a zdravotní situace. Prioritou politiky sociálních služeb pro seniory je zkvalitnění a integrace sociálních služeb pro seniory a to zejména v oblasti sociálně zdravotní (www.mpvs.cz).

2.1 Rodinná péče

Jeábek, H., (2005) definuje rodinnou péči o starší lidi jako opatrovnickou a podporující pomoc nebo službu vykonávanou pro těžití a blahobyt starších osob. Tuto péči potřebují osoby z důvodu chronické či dlouhodobé nemoci nebo nezpůsobilosti výše

uvedené činnosti provádět. Ve většině případů, se o tyto starší osoby starají jejich rodinní poskytlitelé, nejčastěji manželský partner, partnerka nebo děti a jejich partneři. V rodinné péči je zdůrazněno pevné pouto a především závislost mezi pečovanou osobou a pečujícím jedincem. Nejčastěji slovkou péče o starého člověka je bezpochyby emocionální péče, která je v rodinné péči neustále přítomna, což je nesmírnou výhodou této péče. Rozlišíme tři úrovně péče o staré lidi z hlediska intenzity a naléhavosti potřeb. Jedná se podporou péči, která je časově, fyzicky i psychicky méně obtížná, není rodinná péče. Do podporované péče přidáme finanční podporu, zajištění oprav v domácnosti, dopravu k lékaři, zaizolování na ústředních apod. Tato péče je určena v podstatě všem seniorům, které bychom z nějakého hlediska považovali za ne zcela soběstačné. Výhodou této péče je, že nevyžaduje společné bydlení ani přeměnu vyloučeného času. Neosobní péče je druhou úrovní péče poskytovanou seniorům. Jde o činnosti spojené s péčí o domácnost, nejčastěji činnosti jako: uvařit, uklidit a vyprat. Činnosti se stávají časově náročnějšími pokud jsou vyřizovány pravidelně, dokonce každodenně. Nelze je odkládat, protože jsou pro pečovanou osobu postradatelné. Neosobní péče je druhem péče, kterou by mohl zajišťovat někdo jiný, nejen člen rodiny (např. pečovatelská služba). Tímto a neobtěžnější úrovní je osobní péče. Tato péče je časově, fyzicky i psychicky velice náročná, spojená s intimní péčí o starého člověka. Činnosti spojené s touto péčí si vyřizují nepřetržitou přítomnost pečující osoby, jedná se o péči probíhající 24 hodin denně a 365 dní v roce. Aktivita spojené s touto péčí se každý den monotónně opakují. Jedná se o osobní hygienu, včetně toalety, nakrmění, podávání léků, zvedání, polohování, posazování, přeměnění nebo převážení starého člověka po bytě apod. Pokud je senior natolik závislý na jiné osobě a vyřizuje tento druh péče, jsou možné dvě varianty. První variantou je rodinná péče, kdy bude péče zajišťována rodinnými poskytliteli nebo je zde druhá varianta institucionální péče, což je umístění seniora do sanatoria, nemocnice, do hospiců a léčebny pro dlouhodobě nemocné a nebo do domova důchodců.

Pozitiva a negativa rodinné péče

Na pozitiva a negativa rodinné péče je nutné nahlížet z pohledu jak pečovaného, tak z pohledu pečujícího. Z pohledu pečovaného má rodinná péče pozitivní vliv

na psychiku ope ovávaného, pozitivně též působí domácí prostředí a v neposlední řadě i přítomnost blízkých osob. Všechny tyto vlivy hrají nezastupitelnou roli při uzdravování nebo ve zmírnění negativních vlivů psychických symptomů přítomných téměř ve všech formách onemocnění. Mezi další pozitivní rodinné péči patří eliminaci virových nákaz, které může jedince snadno získat pobytem ve zdravotnických zařízeních. Důležitý je také vztah mezi pečujícími a ope ovávaným v minulost tohoto vztahu. Je nutné uvést, že jak ope ovávání vnímají pečující o jejich osobu a jak ji vnímají sami pečující. Některé ope ovávání povafují tuto starost za vyjádření lásky, náklonnosti, vstřícnosti, vděčnosti a duchovního růstu oproti tomu jiní zaujímají k pečující o jejich osobu negativní postoj. Jsou na své pečovatelské velmi nároční, nevlídní dokonce psychicky nebo emocionálně urážliví. Z hlediska pečujícího, jde o to, jak tuto domácí péči vnímá, jak ovlivňuje jeho psychiku a život celkově. Je důležité uvědomit si, že pečovatel v tuto chvíli v životě ope ovávanému a nemá čas na sebe samého a činnosti spojené s vlastní rodinou (péče o děti a domácnost, apod.) (Bartošová, J., 2005).

Nepřetržitá péče o nesobstavného rodinného příslušníka může vést až k závislosti a to může způsobit, že se pečovatel ocitne v sociální izolaci. Míra závislosti vede k psychickému a fyzickému vyčerpání a může to vyústit až ve zjevnou nebo skrytou formu násilí vůči ope ovávanému (Dvořáková, D., 2009).

2.2 Terénní péče

Zajištění zdravého a pokojného stáří svým seniorům je přirozenou snahou každé rodiny. Pokud členové rodiny nejsou schopni zajistit péči seniorům osobně, mohou využít terénních služeb. Cílem této péče je zajištění kvalitního a dlouhodobého života v domácím prostředí, tedy v prostředí, které dobře zná. Mezi formy terénní péče o seniory patří pečovatelskou službu, domácí péči, domovinky.

2.2.1 Pečovatelská služba

Jedná se o službu terénního charakteru, která je zajišťována obecními úřady prostřednictvím dobrovolných pečovatelek a pečovatelek z povolání. O tuto službu si může zažádat sám občan, jeho rodina, jeho zdravotníci nebo sociální pracovníci. Jednotlivé návrhy jsou posuzovány individuálně odborem sociálních věcí s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu jedince, k jeho potřebám a k sociální

potřebnosti občanů. Pečovatelská služba je postavena na terénních pečovatelkách, které dochází do domácnosti jednou až dvakrát denně od 7 do 17 v pracovní dny. Součástí pečovatelských služeb jsou i prádelny, dopravní služby, která rozváří občany a sledují osobní hygienu, kde je možné poskytnout koupele, sprchování, mytí vlasů apod. (Kalvach, Z., 2004).

Také Malíková, E., (2011) přidává pečovatelskou službu do terénních určené pro seniory, osoby se zdravotním postižením a někdy také i rodinám s dětmi. Tato služba spočívá v tom, že pečovatelé dochází ke klientům doma a pomáhají jim s péčí o sebe a o domácnost.

Tento druh péče je rozumným kompromisem mezi ústavní péčí a závislostí seniorů na rodinném prostředí event. okolí. Přiklání se proto k této formě služeb co nejvíce podporovat.

2.2.2 Domovinky

Jde o denní i týdenní stacionáře zřízené v domovech důchodců, domech-penzionářech nebo v charitativních zařízeních. Jejich cílem je pomoci rodinám pečující o starého člověka v domácím prostředí, kteří nejsou schopni tuto péči zajistit ve svobodné dny, kdy mají své pracovní povinnosti. Péči Domovinky poskytují celodenně, nabízejí i dopravu starých lidí do zařízení. Pobyty v tomto zařízení hradí rodina starého člověka (Kalvach, Z., 2004).

2.2.3 Domácí péče

Jde o terénní zdravotnickou péči, která je zajišťována různými agenturami, státními, městskými charitativními nebo soukromými, zajišťující akutní péči o nemocné, péči po propuštění i dlouhodobou péči o chronicky nemocné. Poskytování této péče je podmíněno stabilizovaným klinickým stavem jedince, domácím prostředím umožňující poskytovat péči, do které se během dne zapojí i rodina nebo jiný laický pečovatel a v neposlední řadě dostupnost zdravotních a sociálních služeb (Kalvach, Z., 2004). Tato forma péče by měla přispívat ke snížení potřeb dlouhodobé ústavní péče, ve smyslu důležitějšího propuštění, ale především k oddálení trvalé ústavní péče (Mlýnková, J., 2010).

2.3 Ústavní péče

Kalvach, Z., (2004) uvádí několik důvodů pro umístění klienta do dlouhodobé ústavní péče. K hlavním patří špatný zdravotní stav, ztráta soběstačnosti v domácím prostředí a imobilita dále pak nedostatek finančních prostředků (např. k úhradě nájmů) a v neposlední řadě převládající obavy, hodnocení a vlastní zájmy členů rodiny nad právními zájmy klienta. Také Kubínová, D., Křížová, A. (1997) uvádí zhoršený zdravotní stav a nesoběstačnost, jako důvod umístění starého člověka buď do ústavní nebo natrvalo do zdravotnického (léčebny dlouhodobě nemocných) či sociálního (domovy důchodců) zařízení. Tato skutečnost je velmi stresující situací pro starého člověka, proto je důležité mu s adaptací pomoci. Tato změna může u jedince vyvolat změny nálad, postoje, poruchy spánku, nespokojenost s personálem a nevládnost vůči pacientem. Adaptaci jedince může snáze snášet i zhoršený zdravotní stav, nezáměr rodiny, nesoběstačnost i chování personálu. Z toho důvodu je důležité se jedinci vnovat, spolupracovat s ním a zapojovat ho mezi ostatní nemocné nebo obyvatele domova důchodců, zachovat a rozvíjet důležitá činná aktivity a posilovat vzájemné vztahy s rodinou a známými.

Dlouhodobá ústavní péče se vyznačuje chronicitou, pokročilým stupněm zdravotního postižení, nesoběstačností, závislostí na péči druhé osoby, spoluprací zdravotníků se sociálními pracovníky i laiky (rodina, dobrovolníci apod.). Cílem dlouhodobé péče je stabilizovat zdravotní stav jedince a pozitivně ovlivnit kvalitu života. Převládá zde ošetřovatelská a rehabilitační péče (Malíková, E., 2011)

2.3.1 Domovy důchodců

Mají plně ústavní charakter, řídí se stanoveným provozním řádem a jsou řízeni na základě vlastní činnosti. Jsou zde seniory, kteří díky trvalým změnám jejich zdravotního stavu potřebují komplexní péči, která jim nemůže být poskytována ve vlastním prostředí za pomoci rodiny ani pečovatelské služby a dále pro seniory, kteří tyto služby potřebují z jiných závažných důvodů. Zdravotnická péče je zde zajišťována sestrami a ve volné dny i lékaři. V těchto zařízeních klienti nemají dostatek soukromí (jednotlivé pokoje jsou ojedinelou výjimkou) a těží ze tiché izolace od rodiny a přátel. Mohou být státní, církevní i soukromé. Domovy důchodců představují asi 75% kapacity zařízení sociální péče určených pro dlouhodobou péči o seniory (Kalvach, Z., 2004).

2.3.2 Domovy - penziony pro důchodce

Jedná se volněji formou zařízení ve srovnání s domovy důchodců. Jsou zde osoby, jejichž zdravotní stav jim umožní vést poměrně samostatný život ve vhodných podmínkách. Tyto zařízení poskytují ubytování a základní péči a současně i vytvářejí podmínky pro kulturní a společenský život.

2.3.3 Domovy s pečovatelskou službou

Nejedná se o ústavní zařízení sociální péče, jde o podobu individuálního bydlení starších lidí. Jde o individuální bydlení starších lidí v malometrážních bytech pro jednotlivce nebo dvojici a platí nájemné běžným způsobem. Tyto byty jsou zřízeny městskými úřady. Součástí zařízení bývají střediska osobní hygieny, prádelna, ordinace praktického lékaře, jídelna, klub důchodců i poskytování pečovatelských služeb. Nesmírnou výhodou těchto zařízení je soukromí a možnost zapojení se do kolektivního života.

Mezi další zařízení určená seniorům patří i kluby důchodců, denní centra a kavárny pro seniory (Kavach, Z., 2004).

2.3.4 Léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN)

Jde o specializovaná lůžková zdravotnická zařízení, sloužící převážně k léčbě starších a dlouhodobě nemocných s vysokým průměrným věkem. Jde většinou o osoby nesobstavné. Je zřejmé, že pobyty na LDN nejsou nijak frekventované, jsou tedy málo časté, ale zato dlouhodobé. Pevládá zde většinou péče ošetřovatelská a služby sociální (Pacovský, V., Hejmanová, H., 1981).

Trendy ve vývoji dlouhodobé ústavní péči

Lze předpokládat, že se vzhledem k zahraničním zkušenostem a politické sociální situaci bude u nás dlouhodobá ústavní péče vyvíjet.

Mohlo by dojít k nahrazení velkých ošetřovatelských zařízení pro několikaset klientů malými komunitními plány pro zhruba 10 osob, jejich péči by měl zajišťovat vyškolený personál. Rozvíjet využití moderních technologií a kompenzačních pomůcek pro obyvatelé komunitních zařízení nebo pro osoby žijící v domácím prostředí. Rozvoj individualizovaných služeb podle potřeb konkrétního klienta. Zapojení více dobrovolníků k ovlivnění velkých zařízení a jejich otevření do místní

komunity, aby tak došlo propojení služeb. Rozvíjení denních center a zvyování nárok na domácí péči (Kalvach, Z., 2004).

2.3.5 Hospic

Je novým typem ústavního zdravotnického zařízení s převážnou paliativní péčí. Většinou se jedná o větší stavbu typu rodinného domu, kde je umísteno 20 až 40 lůžek. V denní i noční dobu může být společně s klientem na pokoji i rodinný poskytovatel, který tam má své bydlo. Toto zařízení není vhodné pro dlouhodobou hospitalizaci (Mlýnková, J., 2010). Klade důraz na zajištění důstojnosti, soukromí a kontakt s rodinou. Bývá označována jako umění doprovázet a naslouchat. (Svatošová, M., 1999). Některé z hospic zajišťují i respitní péči stejně jako LDN. Jde o formu pomoci rodinným pečovatelským, kdy zdravotnické nebo sociální zařízení převeze na určitou dobu do péče staršího člověka, o kterého se rodina stará (Kalvach, Z., 2004).

2.3.6 Důsledky pobytu v dlouhodobé ústavní péči

Jeden z negativních důsledků ústavní péče je ztráta nebo změna sociální role, životních perspektiv, soukromí autonomie. Jako zátěž na jedince působí změna prostředí, která je ve stáří závažný stresor a adaptace trvá delší dobu, neznalost nových prostor i nových lidí, dále ztráta nebo omezení kontaktů s vnějším světem, někdy bohužel i nevhodné jednání ošetřujícího personálu (Kalvach, Z., 2004).

Ztrátou životní perspektivy a pocitem škrtené stanice se jedinec stává anonymním řádkovým chovancem. Ztráta zájmu o okolí o sebe samého. V prostředí léčených dlouhodobě nemocných se mění psychika a stírá se osobnost klient, klesá sebejistota, sebevědomí (Malíková, J., 2011).

3 Aktivizace

Aktivizace je jeden z procesů zlepšující kvalitu života seniorů. Hartl, P., Hartlová, H., (2010) definují aktivizaci jako proces uvedení do činnosti, rozvinutí nebo zesílení činnosti.

Mlýnková, J., (2010) charakterizuje psychosociální aktivizaci, jako činnosti, které děláme po celý náš život, ale následkem nemoci nebo úrazu se nám zhoršuje nebo mizí schopnost tyto činnosti vykonávat, proto je třeba je opět naučit. U seniorů musíme trénovat poznávací funkce, paměť, zapojovat do činnosti smysly apod.

Holmerová, I., (2007) uvádí následující cíle aktivizace:

- Důležitě je udržet nebo zlepšit stávající dovednosti například pokusit se obnovit chůzi po úraze nebo v oblasti jemné motoriky. U seniorů budeme usilovat o zlepšení, zachování paměti, myšlení a pozornosti.
- Činnosti spojené s aktivizací například volný čas seniorů a jsou vhodné jako prevence hospitalizmu, nudy a zhoršení nálady.
- Dané aktivizační činnosti jsou velmi náročné, a proto brání nevhodným formám chování jako je například zlostnému chování, zbytečný pobyt na lůžku, bezcílné blouhání po chodbách apod.
- Mají bezpochyby velice pozitivní vliv na emoční rozpoložení klienta, zvyšují sebevědomí, uspokojují vyčerpané, potěšují a uplatní se.
- Prostřednictvím aktivizačních činností klient získá nebo znovunabude činnosti, které zlepšují jeho soběstačnost a snižují jeho závislost na jiné osobě.
- Aktivizace podporuje běžný reflexivně zábavnější v cíli musejí být vykonané dopoledne, oproti tomu odpolední činnosti mohou být zábavnější. Takto napomáhají pocitu odpovědnosti.
- Skupinová aktivizační činnosti upevní vzájemný vztah mezi pečovatelem a mezi účastníky aktivity.

Efektivitu a úspěšnost aktivizace seniora ovlivní některé faktory jako je například věk klienta, druh a stupeň postižení nebo nemoci, kompenzační pomůcky, které je senior nucen používat. Úspěšnost dále ovlivňuje míra přijetí postižení, schopnost spolupracovat s pečovatelem a dalšími odborníky i rodinné zázemí a sociální

podpora nejbližších. Nejdlefitější je ovšem motivace seniora k tomu, aby si udržel nebo získal zpět svoji ztracenou funkci (Mlýnková, J., 2010).

Aktivizace seniorů může probíhat v několika oblastech. Může jít například o rehabilitační péči ve zdravotnictví (fyzioterapeutické a ergoterapeutické postupy) o podporu rovnosti příležitostí na trhu práce a podpora zaměstnávání jako prodloužení aktivní fáze jejich života, zajištění dostatečné nabídky různých forem institucionálně vedeného vzdělávání seniorů (akademie těchto věd apod.), dostatečná nabídka možností uplatnění zájmových aktivit (ruční práce, knihovnictví atd.), dostatečná nabídka možností společenského života (mluvíme o možnosti seberealizace) (Kozáková, Z., Müller, O., 2006).

Jestliže mluvíme o aktivitě ve spojitosti se seniory, potom se jedná o nejdlefitější nástroj naplnění kvalitního života seniorů. Přispívá k jejich větší životní spokojenosti související za dobře vykonanou práci, spokojenou rodinou, dobře stráveného času apod., ale těmto neposlední řadě přispívá k udržování potěšitelné a duševní výkonnosti a tím ke smysluplnému zapojení do společnosti. Kvalitou života máme na mysli subjektivní pohled člověka na jednotlivé stránky jeho života. Posuzujeme zdravotní stav, věk, vlastní práci, životní cíle a očekávání, duchovní úroveň, rodinné zázemí ekonomické zajištění, možnosti seberealizace, úroveň poskytovaných služeb, postoj ostatních lidí apod. Subjektivní pohled je mnohdy odlišný od toho objektivního pohledu z okolí (Malíková, E., 2011).

Speciální aktivizace seniorů se zaměřuje na osoby sociálně znevýhodněné, na osoby znevýhodněné z důvodu zdravotního postižení (např. po cévní mozkové příhodě - CMP) a z důvodu psychosociálního nedostatku (specifika související se stárnutím) by měla být prováděna odborníky různými formami za pomoci vhodných prostředků. Na základě toho například u osob po CMP, nebudou mít akvizitivní techniky za cíl zvrátit stav nemocného, ale půjde o udržení jeho dosud zachovaných schopností jako je posilování paměti, komunikace, soběstačnost apod.

Kozáková, Z., Müller, O., (2006) uvádí následující formy aktivizace seniorů realizovaná odborníky z řad speciálních pedagogů :

- Speciální péče v oblasti zdravotnictví navazující na akutní léčebné intervence lékaře (logopedická péče)
- Institucionalizovaného vzdělávání (spíše edukace, reedukace, kompenzace, terapie, sociální rehabilitace) zajišťovanými státními i nestátními institucemi (domovy důchodců, denní stacionáře)
- Institucionalizovaných volnočasových a zájmových aktivit organizovaných ve státním sektoru i prostřednictvím nestátních neziskových organizací
- Specifické podpory pracovních a dalších společenských přítomností

Malíková, E., (2011) dle různých druhů aktivizačních činností do tří skupin a to podle toho, na kterou oblast se zaměří. Jedná se o činnosti podporující mentální schopnosti. Tyto činnosti by neměly chybět v denním režimu seniorů a to bez ohledu na to zda jsou nebo nejsou postiženi demencí. Mezi tyto činnosti řadíme například cvičení paměti, kognitivní trénink apod. Dále jsou to činnosti podporující fyzické schopnosti. Řadíme sem rehabilitační činnosti (kondiční cvičení), sebeobslužné činnosti a činnosti v průběhu dne (zajištění hygienické péče, příjem potravy, oblékání a svlékání oděvu, vyprázdnění), výchovné činnosti (práce s materiálem, výtvarné techniky apod.) V neposlední řadě jde o činnosti podporující sensorické schopnosti. Aktivizace se týká hmatové, sluchové, vizuální a zrakové stimulace. Ke stimulaci těchto schopností využíváme různé materiály a pomůcky, záleží na tom, jaký smysl chceme aktivizovat. U seniorů musíme zvážit, jak často tyto činnosti zavádět, jelikož mohou působit nudně a tím i vést k devalvaci osobnosti.

3.1 Sociálně terapeutické činnosti

Jde metody a postupy socioterapie, pomocí kterých pracovníci usilují o rozvoj i udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporující sociální začlenění klientů (Kolář et al, 2009). Socioterapie je založena na spolupráci s klientem a terapii se zaměřuje více na přítomnost a silné stránky klienta (přítomné možnosti), což bývá základní podmínkou navázání dobré spolupráce a získání zájmu klienta. Ve většině sociálních začlenění je spíše realizována socioterapie oproti psychoterapii, jelikož většina začlenění má omezené nebo žádné možnosti spolupráce s psychologem, který psychoterapii vykonává. Do socioterapeutických činností je zapojen sociální pracovník, aktivizační sestra, pracovník pro volnočasové aktivity, ergoterapeut,

fyzioterapeut. Společným cílem socioterapeutických činností je podpora aktivity klientů a prevence poklesu fyzických, duševních i sociálních funkcí směrem k minimalizaci závislosti. Při socioterapii používáme individuálních a skupinových činností zaměřujících se na nácvik a upevnění psychických, motorických a sociálních schopností, ale především na udržení soběstačnosti seniorů. Prolíná se a doplňuje s aktivizačními činnostmi a dalšími podpůrnými stimulačními metodami. (koncepte bazální stimulace) (Malíková, E., 2011).

3.2 Aktivizační činnosti

Aktivity mobilizující seniory jsou velice úzce spjaty a navazují na socioterapeutické činnosti. Smyslem aktivizačních činností je objevení vhodných stimulačních a aktivizačních podnětů, které pomohou klientovi mobilizovat své síly, uvědomit si své potřeby, probudit zájem o sebe a iniciativně se zapojovat do sebepečení. Ve kterých tyto činnosti napomáhají k udržení pocitu vlastní důstojnosti, radosti, uspokojení a naplnění důstojného prožívání stáří. Nedílnou součástí aktivizačních činností je i vhodně zvolená komunikace a přístup ke klientovi, správné vedení, přiměřená míra poskytované pomoci, zapojování do činností a uplatnění podpůrných metod (Malíková, E., 2011).

My se v rámci aktivizačních činností prvotně a především nejpodrobněji budeme zabývat aktivizační formou rehabilitace.

3.2.1 Rehabilitace

Rehabilitace seniorů je velice důležitou součástí komplexní péče. V této kapitole se budeme zabývat definicí, rozdělením rehabilitace a popíšeme moderní přístup v rehabilitaci seniorů.

3.2.1.1 Definice rehabilitace

Jde o historicky používaný pojem rozsáhlého významu. Jedná se o koordinované a plynulé úsilí společností s cílem sociální integrace jedince. Rehabilitace zahrnuje zdravotnickou, vzdělávací, pracovní, sociální, technickou, kulturní, legislativní, ekonomickou, organizační a politickou problematiku (Pfeiffer, J., Vestková, 2008).

Nejastji používaná definice rehabilitace je podle Světové zdravotnické organizace (WHO). Podle WHO je rehabilitace označena jako kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo znovuzískání co možná nejvyššího stupně funkční schopnosti. V roce 1981 WHO tuto definici rozšířila: *Rehabilitace obsahuje všechny prostředky směřující ke změně tlaku, který působí disabilita, následný handicap a usiluje o společenské začlenění postiženého* (Kolář, P., et al., 2009, s. 2).

3.2.1.2 Dělení rehabilitace

Rehabilitaci dělíme podle charakteru využívaných prostředků a rehabilitačních opatření na několik oblastí (Votava, J., et al., 1997).

Komplexní rehabilitaci dělíme do čtyř podskupin a to na léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou.

3.2.1.2.1 Léčebná rehabilitace

Je označována jako medicínská rehabilitace. Jedná se o soubor rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních opatření směřujících k maximální funkční zdatnosti jedince a vytvoření podmínek pro její dosažení. Je zajišťována v nemocniční lůžkové péči, ambulantní péči a péči v odborných léčebných ústavech včetně lázeňských (Votava, J., et al., 1997).

Tento typ rehabilitace je zajišťován především fyzioterapeuty, kteří používají speciální rehabilitační metodiky. Tyto metodiky jsou zaměřeny na zlepšení celkové funkce a zdravotního stavu nemocných. (Kolář, P., et al., 2009)

Jedná se o rehabilitaci ve vlastním slova smyslu, tak jak ji známe při doléčování nemocných na rehabilitačních ambulancích nebo v nemocnicích.

3.2.1.2.2 Sociální rehabilitace

Jde o proces, ve kterém pacient s dlouhodobým i trvalým zdravotním postižením absolvuje nácvik potřebných dovedností směřujících k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v maximální možné míře s ohledem na jeho zdravotní postižení, a to za účelem co nejvyšší úrovně jeho sociálního začlenění (Votava, J., et al., 1997).

Tento typ rehabilitace v naší republice zajišťují především ergoterapeuti a sociální pracovníci ve spolupráci s neziskovými organizacemi (Pfeiffer, J., 1990).

3.2.1.2.3 Pedagogická rehabilitace

Jedná se o vzdělávání flák, student a dítí se zdravotním postífením. Uskutekuje se prost ednictvím podp rných opat ení, která jsou odli-ná nebo jsou poskytována nad rámec pedagogických a organiza ních opat ení spojených se vzdáváním dítí, flák nebo student bez zdravotního postífení. Napomáhají odstranit znevýhodn ní osob se zdravotním postífením v p ístupu a uskute ování vzdávání (Votava, J., et al., 1997).

Pedagogickou rehabilitaci zaji- ují speciální pedagogové. U senior tento typ rehabilitace je spí-e v pozadí, uplat uje se z ídka.

3.2.1.2.4 Pracovní rehabilitace

Zam ují se na získání a udržení vhodného zam stnání postífených osob, které na základ jejich fládostí zabezpe ují ú ady práce. Jde o opat ení aktivní politiky (Votava, J., et al., 1997).

Tato rehabilitace zahrnuje poradenské innosti, teoretickou a praktickou p ípravu pro zam stnání a práci, specializované rekvalifika ní kurzy, zprost edkování zm ny povolání, vytvá ení vhodných podmínek pro výkon zam stnání nebo jinou výd le nou innost (Kolá , P., et al., 2009).

3.2.2 Moderní rehabilitace seniorů

U pacient vy- ího v ku, kte í mají chronické nemoci í trvalé postífení, jde obvykle o problém nejen zdravotní, ale také psychosociální. D sledky zdravotní poruchy omezují mnohé oblasti flivota postífeného. U senior je nutné rehabilitovat komplexn , mnohostrann a proto tuto rehabilitaci ozna ujeme jako ucelenou neboli komprehenzivní. U osob v seniorském v ku hraje nejvýznamn j-í roli rehabilitace sociální a medicínská (lé ebná). Komprehenzivní rehabilitace nutn zahrnuje í spolupráci s dal-ími odborníky v etn logopeda, psychologa nebo protetika. P edpokladem aktivní rehabilitace je spolupráce pacienta, kterou zlep-uje psychoterapeutická podpora a spolupráce s rodinou (Kalvach, Z., 2004).

Cílem rehabilitace senior je zachování, obnova í zlep-ení sob sta nosti, zlep-ení kvality a d stojnosti flivota seniora s t flkým zdravotním postífením, pokud

možno v jeho domácím prostredí s využitím kompenzačných pomôcok (napr. vychádzkových holí, mechanického vozíku, polohovateľného lôžka, atď.) i s pomocou druhej osoby (Kolář, P., et al., 2009).

Prostredkami smerujúcimi k špeciálnej aktivizácii je celá sada. Následujúce terapie sa vyznačujú motivačným, aktivizačným a socializačným potenciálom (Kozáková, Z., Müller, O., 2006).

3.2.2.1 Fyzioterapie

Je podporou súčasťou rehabilitácie s cieľom dosiahnuť vyššieho efektu liečby, ktorou provádí odborný výkonný personál tzv. fyzioterapeuti. Fyzioterapie je založená na posúdení stavu a funkcie jednotlivých častí pohybového systému a poté jejich zapojení do funkčných pohybových vzorců a stereotypů. Dominantním pracovním nástrojem fyzioterapeuta z pohledu diagnostiky i léčby jsou terapeutovy ruce. (lov k, jeho smysly a sv t). Fyzikální terapií často dosahujeme stejných výsledků jako u jiných rehabilitačních forem léčby. Při fyzioterapeutických postupech je zvládnutí spolupráce s klientem s fyzioterapeutem (Malíková, E., 2011).

Malíková, E., (2011, s. 108) charakterizuje fyzioterapeuta a jeho činnosti následovně :
„Je nelékařským zdravotnickým pracovníkem s vyšší kvalifikací, provádí diagnostickou, preventivní a léčebnou péči i v oblasti poruch pohybového aparátu na úseku léčebně preventivních zdravotnických zařízení, v lázeňských zařízeních, ústavech sociální péče a v rehabilitačních ústavech. Spolupracuje s ergoterapeutem a aktivizačními sestrami nebo jinými aktivizačními pracovníky.“

Mezi metody používané v rehabilitaci řadíme fyzikální terapii jako je elektroterapie, která využívá elektrického proudu pro léčbu, magnetoterapie využívající magnetická pole k léčbě pohybového aparátu, terapii ultrazvukem, která využívá intenzity a energie zvukových vln při rehabilitaci, fototerapie využívá k léčbě světla, termoterapie obléba teplem, která se dále dělí na kryoterapii, což je léčba chladem a hypertermii, která naopak při léčbě využívá vysokých teplot. Dalšími způsoby fyzikální léčby jsou hydroterapie, pístrojovou mechanoterapie a radioterapie (Dylevský, I., Kubálková, L., Navrátil, L., 2001).

3.2.2.2 Ergoterapie

Je také součástí léčebné rehabilitace. Ergoterapie obsahuje praktickou diagnostiku a léčbu jednotlivých pohybových stereotypů. (Dylevský, I., Kubálková, L., Navrátil, L., 2001).

Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a vyvíjení schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Podporuje maximální možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Pojmem zaměstnávání jsou myšleny veškeré činnosti, které člověk vykonává v průběhu života a jsou vnímány jako součást jeho identity. (Česká asociace ergoterapeutů, 2008)

Cílem ergoterapie je získání a udržení maximální soběstačnosti a nezávislosti jedince potřebných v běžných pracovních a zájmových činnostech. V souvislosti se seniory se ergoterapie speciálně zaměřuje na zachování co nejvyšší míry soběstačnosti, výběr kompenzačních pomůcek, podporu zachování stávajících fyzických, kognitivních a psychických funkcí a sociálních rolí za pomoci daných aktivit a poskytování cílených poradenství v oblasti prevence pádů a úrazů (Kolář, P., et al., 2009).

Zaměřuje se na udržování a podporu tvrdých schopností a dovedností klientů, zejména v oblasti jemné motoriky. Začínáme sem i oddechové aktivity jako je relaxace, pohybové aktivity, reminiscenční terapie a společenské aktivity. Volba aktivit musí odpovídat dovednostem a schopnostem klienta a brát zřetel na jeho celkový stav. Činnosti ergoterapie začínáme do dopoledních hodin, jelikož jsou klienti aktivnější. Činnosti ergoterapie určené pro seniory musejí být naplánovány tak, aby se v nich prolínalo co nejvíce podnět, metoda činností, proto je vhodné například manuálních činnostech použít klientům jejich oblíbenou hudbu a doplnit atmosféru vonnými tyčinkami, z kterých klienti inhalují vybraný olej. Pro udržení pozornosti a zájmu klientů začínáme aktivní činností s oddechovou relaxací a prvky volnočasových aktivit. K aktivizaci seniorů dále používáme prvky pohybových aktivit formou krátkých skupinových cvičení a jednoduchá dechová cvičení. Pokud klient není schopen se těmto aktivitám účastnit skupinově, dochází ergoterapeut za klientem do

pokoje a provádí s ním vhodné činnosti přímo na pokojích buď v klesle, nebo přímo na chodbách (Malíková, E., 2011).

Kozáková, Z., Müller, O., (2006) uvádí činnostní a pracovní terapie, jako dva terapeutické postupy, jenž se vzájemně doplňují. Obě tyto terapie můžeme považovat jako odborné, zaměřené a cílevědomě vyvíjené manipulace s materiálním prostředím, za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce i osobní strukturu společenskou i individuálně přijatelným směrem. Hlavní rozdíl mezi činnostní a pracovní terapií (ergoterapií) je skutečnost, že ergoterapie směřuje k jistému konkrétnímu výsledku či výrobku práce. Pracovní-terapeutických cílů u seniorů dosahuje především prostřednictvím rukodělných prací a nácvikem v oblasti praktického života.

V mnoha pobytových zařízeních fungují různé dílničky a kuchyňky, v nichž se klienti scházejí a vykonávají činnosti, které je baví a přináší jim potěšení a uspokojení. Psychologický význam těchto aktivizačních činností pro seniory je nezpochybnitelný, přináší jim pocit užitečnosti, schopnosti výkonu, soběstačnosti, napomáhá jim v jejich vlastním přijetí a akceptaci sebe sama (Malíková, e., 2011).

3.2.2.3 Psychoterapie

Je léčba pomocí psychologických prostředků. Jde o souhrn léčebných metod ve kterém druhu, jak fyzických tak psychických, které můžeme použít k léčbě tělesných i duševních chorob. Předmětem psychoterapeutického působení jsou poruchy a choroby (Hartl, P., Hartlová, H., 2010).

Psychoterapie je tedy léčebný postup, který vede k odstranění poruch a obnovení zdraví, které definujeme jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody. (Kondáček, O., Kratochvíl, S., Šířová, E., 1970).

Podle Kratochvíla psychoterapie působením psychologických prostředků má léčebný vliv na nemoc, poruchu nebo anomálii u jedince. Podle rozsahu pojetí psychologických prostředků rozlišíme psychoterapii v užším slova smyslu, kdy mluvíme o zaměřeném a cílevědomě působením psychoterapeuta na klienta v terapeutickém vztahu nebo v širším slova smyslu, kam zahrnujeme rozsáhlé možnosti působení zevního prostředí. Na klienta v dlouhodobé ústavní péči má velký

vliv prostředí daného zařízení. Istota, výzdoba, barva a podoba místnosti. Psychoterapii dále můžeme dělit na individuální nebo kolektivní. Výhodou kolektivní psychoterapie je, že při ní využíváme dynamiky vztahů vznikající mezi členy. Psychoterapii zaměřenou na seniory využíváme jako prostředek k obnovení pracovní schopnosti, schopnosti prožitku, naději, radovat se ze života. Směřovat jedince správným směrem - pěstovat jeho osobnost ve směru správné adaptace (Kratochvíl, S., 1970).

3.2.2.4 Psychomotorická terapie

Psychomotorickou terapii definujeme jako psychoterapeutický postup, jehož prioritou je ovlivnění duševních procesů člověka za pomoci tělesné stimulace a proto ji lze definovat jako odbornou, zaměřenou a cílevědomou aplikaci pohybu použitého za pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce, i osobní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem. Mezi psychomotorické metody řadíme pantomimu, tanec, relaxace, pohybové hry, improvizace s pohybem atp. (Kozáková, Z., Müller, O., 2006).

3.2.2.5 Arteterapie

Využívá velkého výtvarného potenciálu výtvarných činností, především kresby. Kresba je významným komunikačním a diagnostickým prostředkem vyjadřující znalosti o sobě. Arteterapie může být použita samostatně nebo i v kombinaci s ostatními expresivními teoriemi. Metody arteterapie dělíme do následujících skupin: volný výtvarný projev a tematický výtvarný projev. Výtvarný projev patří k hudbě, skupinové výtvarné činnosti, řízený výtvarný projev (Campellová, J., 1998).

Vytváření spontánních obrazů je považováno za klíčovou součást arteterapie. V preventivních a léčebných zařízeních slouží arteterapie jako odpočinková a tvůrčí činnost, ale také může starším lidem pomáhat ke zlepšení jejich pohybových schopností. Jednotlivé postupy arteterapie při spolupráci se seniory je nutné upravit. (Kondálová, O., Kratochvíl, S., Syčáková, E., 1970).

3.2.3 Muzikoterapie

Muzikoterapie využívá melodie, harmonie, rytmu, zvukové barvy, dynamiky, tempa, druhu taktu. Dělíme ji na aktivní a pasivní. Pasivní projektivní muzikoterapie je založena na poslechu daných úryvků z hudební tvorby, většinou komorního nebo

symfonické, doplnované někdy zadáváním tematických okruhů k představám. Jedinec se pohodlně usadí a při poslechu hudby si evokuje některé úseky svého života nebo dění ve skupině. Aktivní muzikoterapie je více směřována k pohybové psychogymnastice, než k fantazijním technikám. Při aktivní muzikoterapii skupina tančí, zpívá a vyukává rytmus a měří přitom využití libovolných předmětů nebo přímou Orffovu instrumentální s drobnými nástroji (bubínky, paličky, triangl apod.). Tímto zvuky a rytmy jedinec naznačuje své vnitřní rozpoložení, to jak se celkově cítí (Kondáť, O., Kratochvíl, S., Syřivá, E., 1970).

Podobně Kozáková, Z., Müller, O., (2006) muzikoterapii dělí na aktivní (vyvíjení hudební aktivity), při které v tiché pracujeme s vokálním a instrumentálním projevem. A na receptivní (vnímání hudby), což poslech živě hrané nebo reprodukováné hudby.

3.2.3.1 *Expresivní terapie*

Jde o odbornou a závažnou aplikaci uměleckých prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce, či osobu individuálně nebo společensky přijatelným směrem. Použité prostředky se vztahují k jednotlivým druhům terapie – dramatické, hudební, literární a výtvarné umění. Podle vybraného umění poté rozlišíme druhy expresivních terapií jako je dramaterapie, teatroterapie, psychodrama (používají prostředky dramatického umění), muzikoterapie, biblioterapie a arteterapie – u všech slova smyslu (Kozáková, Z., Müller O., 2006).

Specifickou oblastí terapie je využití zvířat k aktivizaci seniorů nebo nemocných.

3.2.3.2 *Hiporehabilitace a hipoterapie*

Hiporehabilitace je komplexní rehabilitace, která využívá koně pro léčebné účely (Mařková, A., 2005). Zde se využívá pozitivního vlivu působení koně na člověka (Kozáková, Müller, 2006). V roce 1991 vznikla česká hiporehabilitační společnost, sdružující zájemce o hiporehabilitaci z celé české republiky. Cílem této společnosti je šíření rehabilitace za pomoci využití koně, společně s využitím psychologického přístupu, integrace a sportovního vyžití osob se zdravotním znevýhodněním i specifickými potřebami (česká hiporehabilitační společnost, 2009). Hiporehabilitace je poskytována rehabilitačními lékaři a fyzioterapeuty, kteří

využívají specifický pohyb kon . Specifickým pohybem máme na mysli tzv. trojí pohyb h betu kon a to ze p edu dozadu, z boku na bok a nahoru a dol . Tento druh terapie využívá i t lesné teploty kon , která p sobí na jedince jako relaxa ní faktor pro jeho ztuhlé svaly, cofl p ispívá i k du-ovnímu uvoln ní jedince (Ma-ková, A., 2005).

Hipoterapie také rehabilita ní metodou a zároveň je i disciplínou hiporehabilitace. Tento druh terapie se specializuje na terapii pohybových poruch a stejn jako hiporehabilitace využívá trojrozm rný pohyb ko ského h betu. Je vykonávána pod dohledem speciáln vy-koleného terapeuta (Lantelme, V., 2008).

3.2.3.3 Canisterapie

Vychází z toho, že pes je nejlep-í partner a p ítel lov ka. Partnerství mezi psem a lov kem je dobrým stimulátorem psychických a sociálních zm n. M že probíhat v r zných formách - mazlení se psem, hra se psem a výcvik psa. Z jednoho pohledu m že jít o uflití, kdy pes je zdrojem motivace, výchovných moment , odpo inkou a obohacení kvality flivota nebo o situaci kdy je pes p ímo cílenou sou ástí odborn vedeného terapeutického procesu, jehofl výsledky jsou objektizovatelné (Kozáková, Z., Müller, O., 2006).

V roce 1993 byl poprvé pouflit termín canisterapie v eské republice. Kolem tohoto roku se za aly rozvíjet organizované aktivity se psy a tvo il se systémový p ístup a metodika terapeutického využívání ps . Asociace zastánc odpov dného vztahu k malým zví at m vznikla v roce 1995. Cílem této asociace je í ení a prohlubování zásad pozitivního p sobení souflití lidí se zví aty. V roce 1997 vznikla Canisterapeutická spole nost, která se inspirovala zahrani ními zku-enostmi. Bohufl se v roce 2001 Canisterapeutická spole nost rozpadla a tak do-lo k dal-ímu nejednotnému vývoji (Kalinová, V., 2003).

Galajadová, L., (1999) defluje canisterapii jako zp sob terapie využívající pozitivního vlivu psa na zdraví lov ka, kdy pod pojmem zdraví, je my-eno zdraví podle WHO (sv tové zdravotnické organizace) a to stav psychické, fyzické a sociální pohody. Canisterapii m že být pouflita p i r zných nemocech, postifleních a poruch. Tento druh pouflíváme nap . p i poruchách srde ního rytmu a vysokého krevního tlaku, p i depresích a poruchách úzkosti, dále jako rehabilitaci po mozkové mrtvici a

po úrazech mozku v kombinaci s e ovými vadami, po infarktu myokardu, p i Alzheimerov , Parkinsonov a sta ecké demenci, u d tí s d tskou mozkovou obrnou a s poruchami chování a v neposlední ad u osob po t flkých úrazech a u onkologicky nemocných. Ov-em ze v-eho nej ast ji je canisterapie uplat ována ve -kolách, v psychiatrických lé ebnách a v ústavech sociální pé e pro d ti a seniory (Nerandfi , Z., 2005).

Formy a metody canisterapie

Tichá, V., (2007) adí mezi formy a metody canisterapie náv-t vní program, rezidentní formu, formu, krizovou intervenci nebo jednorázové aktivity. Z pohledu intenzity kontaktu a místa setkávání d lí canisterapii na individuální a skupinovou.

Náv-t vní program

Jedná se o nejroz-í en j-í formu canisterapie v R. Je založen na pravidelném kontaktu klienta s canisterapeutickým týmem na domluveném míst . Tým dochází do -kolských, zdravotnických a sociálních za ízení, ale i do domácnosti rodiny. Canisterapii m fleme také vyuffít i ve volno asových aktivitách, v sociální rehabilitaci, psychoterapii i ve výuce.

Rezidentní forma

Je formou pobytu vycvi eného psa p ímo v za ízení, ov-em tato forma je odborníky kritizována z dvodu toho, fle pes má pot ebu náleflet jednomu pánovi.

Krizová intervence

Krizová intervence je ur ená osobám, které se ocitly v krizi. Tato metoda je velmi náro ná pro canisterapeuta. Ú elem metody je zmírn ní dopadu krize na psychiku cílové skupiny.

Jednorázové aktivity

Do těchto aktivit řadíme i kynologické aktivity, což jsou programy vykonávané ve školách a v ústavních zařízeních s cílem seznámit klienty s canisterapií a kynologií, ale také zpestřit svou návštěvou klientů každý den v zařízení.

Individuální canisterapie

Je založena na opakovaném setkávání klienta s canisterapeutickým týmem. Velkou výhodou je zaměření se na individuální potřeby klienta, čímž se terapie stává intenzivnější.

Skupinová canisterapie

Jde o canisterapii probíhající ve skupině, kde je dle potřeb vhodně zvolený počet klientů a psů v terapii. Kladem skupinové canisterapie je, že si klient může vybrat zvíře a další výhodou je, že dochází k uspokojení zájmu více lidí najednou.

Canisterapie u seniorů

Prispívá k rozvoji a udržení kognitivních funkcí (pozornosti, paměti a vizuální percepce), vede k procvičování jemné motoriky, výrazně prispívá k ovlivnění emocí, zlepšuje náladu a v neposlední řadě psi u seniorů vzbuzují zájem a umožňují jim pocit úspěchu. Při práci se psem klienti zjistí, co všechno je to dokázat, do jaké míry jsou ještě schopni. Všechny výše uvedené aktivity předeví přispívají ke zlepšení kvality života seniora (Hanolová, S., 2007).

3.2.4 Rehabilitační ošetřování klientů

Součástí aktivizačních terapeutických postupů jsou i ošetřovatelské postupy, zvláště pak u těch nemocných a plně závislých starých lidí.

Cílem tohoto ošetřování je podpora a zachování stávající schopnosti a funkčních schopností klientů. Dále pak zabránění rozvoji neschopnosti a prevence vzniku imobilizačního syndromu. Zachování schopnosti přispívá k udržení pocitu vlastní důstojnosti a spokojenosti u klienta. Klient i rodina jsou seznámeni s významem, úkoly a potřebou provádění rehabilitačního ošetřování. Základní rehabilitační

ošetřování provádějí pracovníci v sociálních službách, všeobecné sestry a speciální rehabilitační postupy a činnosti provádí pouze fyzioterapeut. Rehabilitační ošetřování má mobilizující a stimulační charakter, nesmí ovlivňovat schopnosti klienta. Z toho důvodu musejí být cíle pro klienta reálné, dosažitelné a také motivující. Rehabilitaci můžeme provádět aktivní i pasivní formou, individuálně nebo skupinově a můžeme též aplikovat i masáže. Při rehabilitaci je možné používat rehabilitační, kompenzační, protetické a polohovací pomůcky a jiné potřebné vybavení, které prováděné úkony ulehčí. Tyto pomůcky usnadní mobilitu klientů a zlepšují nácvik sebeobsluhy. Mezi základní rehabilitační ošetřování patří činnosti týkající se poskytování pomoci při běžných denních činnostech v oblasti pohybové aktivity jako je například pomoc při uléhání, vstávání, sedu, přesunu, polohování imobilního klienta na lůžku, posazování do křesla, použití polohovacích pomůcek.

Ošetřovatelská péče

Ošetřovatelskou péči poskytují především všeobecné sestry a pracovníci v sociálních službách. Ošetřovatelská péče je poskytována osobám s vysokým stupněm nesoběstačnosti, tedy závislosti klienta na jiné osobě. Platí zde, čím vyšší je nesoběstačnost klienta, tím náročnější je ošetřovatelská péče. Tento druh péče je obzvláště zaměřen na péči o základní biologické potřeby klienta (příjem potravy, zajištění pitného režimu, apod.) dále pak na péči o imobilní osoby na lůžku (polohování) a na komplexní hygienickou péči. Součástí poskytované ošetřovatelské péče je i soustavné sledování a vyhodnocování celkového stavu jedince, zjištění změn v jeho psychice, emocích a projevech chování. Důvodem evidence změn je možné vznik dalších komplikací a jejich včasné zjištění a řešení minimalizuje rozvoj možných následků a dopad nejen na zdravotní stav, ale především na soběstačnost klienta.

Zdravotní péče

Na základní úrovni v sociálně pobytových zařízeních poskytují základní zdravotní péči lékaři a nelékařští zdravotníci (všeobecné sestry a fyzioterapeuti). Pobytová zařízení zajišťují podle zákona o sociálních službách pouze ošetřovatelskou a rehabilitační péči prostřednictvím vlastních zaměstnanců. Skladba klientů v mnoha pobytových zařízeních vzhledem ke svému zdravotnímu stavu,

náro nosti a jinými souvisejícími problémy by si jist zaslouffila statut zdravotnického za ízení. Ov-em v t-ina jich je registrována jako poskytovatel sociálních slufieb a zdravotní pé i mají nasmlouvanou s praktickými a vybranými odbornými léka i, pop ípad klinickými odborníky nap . logopedem, ergoterapeutem, i psychologem. Dále v t-ina za ízení spolupracuje s psychiatrem, stomatologem a s neurologem (Malíková, E., 2011).

4 Výzkumná část

4.1 Cíle práce

Cílem diplomové práce je zjistit, zda existují statisticky významné rozdíly v aktivizaci seniorů v oblasti kvality života, společenské participace (soběstačnosti a nezávislosti) a aktivity psychické i fyzické mezi seniory hospitalizovanými v léčebně dlouhodobě nemocných (LDN) a seniory hospitalizovanými na dlouhodobém rehabilitačním oddělení nemocnice Milosrdných Bratří Brno. Mění aktivizace seniorů jsme uskutečnili pomocí klinických dotazníků a mezinárodně uznávaných standardizovaných škál. Podkladem pro hodnocení kvality života u seniorů v našem dotazníku byl test SF-12, pro hodnocení soběstačnosti byl použit test podle Barthelové, k hodnocení psychiky byl použit test podle Becka (BDI) a pro zhodnocení fyzického stavu byl aplikován mezinárodní test NIHSS.

4.2 Vědecké otázky a hypotézy

Z teoretické části práce byly formulovány teoretické a pracovní hypotézy a následně byly stanoveny vědecké otázky, které byly statisticky ověřeny.

Teoretická hypotéza: Senioři hospitalizovaní na oddělení dlouhodobé rehabilitace mají v větší míře aktivizace během léčby a pobytu na tomto oddělení, zatímco senioři hospitalizovaní na LDN mají spíše ošetřovatelskou péči.

Pracovní hypotéza: Čím větší bude aktivizace seniorů, tím očekáváme lepší kvalitu života, soběstačnost, lepší psychický a fyzický stav.

V práci je vědecky testován a hodnocen předpoklad, že po 3 měsících komplexní rehabilitaci s ergoterapií dojde k významnému zlepšení celkového stavu u seniorů.

Na základě cíle diplomové práce byly formulovány vědecké otázky (OT) - formulace problému, nulové (H_0) a alternativní (H_A) hypotézy, které jsme pak ověřovali.

OT 1: Jak významný vliv má aktivizace seniorů na kvalitu života?

H₀1: Aktivizační innosti nemají statisticky významný vliv na rozdíl v kvalitě života mezi seniory léčených na rehabilitačním oddělení a léčených na LDN.

H_A1: Aktivizační innosti mají statisticky významný vliv na rozdíl v kvalitě života mezi seniory léčených na rehabilitačním oddělení a léčených na LDN.

OT 2: Ovlivňuje aktivizace seniorů soběstačnost při běžných denníchinnostech?

H₀2: Aktivizační innosti nemají statisticky významný vliv na rozdíl v soběstačnosti mezi seniory léčených na rehabilitačním oddělení a léčených na LDN.

H_A2: Aktivizační innosti mají statisticky významný vliv na rozdíl v soběstačnosti mezi seniory léčených na rehabilitačním oddělení a léčených na LDN.

OT 3: Má aktivizace seniorů vliv na psychický stav?

H₀3: Aktivizační innosti nemají statisticky významný vliv na rozdíl v psychickém stavu mezi seniory léčených na rehabilitačním oddělení a léčených na LDN.

H_A3: Aktivizační innosti mají statisticky významný vliv na rozdíl v psychickém stavu mezi seniory léčených na rehabilitačním oddělení a léčených na LDN.

OT 4: Jak významný vliv má aktivizace seniorů na fyzický stav?

H₀4: Aktivizační innosti nemají statisticky významný vliv na rozdíl ve fyzickém stavu mezi seniory léčených na rehabilitačním oddělení a léčených na LDN.

H_A4: Aktivizační innosti mají statisticky významný vliv na rozdíl ve fyzickém stavu mezi seniory léčených na rehabilitačním oddělení a léčených na LDN.

5 METODOLOGIE

5.1 Metodika práce a klinická sestava

Zhodnocení efektu aktivizace seniorů jsme prováděli porovnáním změn, kterýmž došlo po těchto m sících terapie v experimentální (dlouhodobá rehabilitace) a kontrolní (LDN) skupině. Ze vzájemného porovnání rozdíl mezi skupinami se pak usuzovalo, zda aktivizace má nebo nemá významný vliv na kvalitu života, sobsta nost (společná participace), psychický a fyzický stav. Ke zhodnocení stavu seniorů jsme vytvořili dotazníky pro seniory (sebeposuzovací test hodnotící kvalitu života) a pro ošetřující personál (hodnotící sobsta nost, psychiku a fyzický stav seniora) s využitím mezinárodních klinických škál a testů (viz příloha 1). Práce byla provedena jako prospektivní srovnávací studie realizovaná od ledna do prosince roku 2011 na oddělení dlouhodobé rehabilitace, kde je prováděna komplexní rehabilitace (2x denně 30min.fyzioterapie, 1x denně 30-60min. ergoterapie, 1x psychoterapie eventuálně logopedie) a ošetřovatelském oddělení v léčebně dlouhodobě nemocných (LDN) nemocnice Milosrdných Bratří Brno, kde je prováděna převážně ošetřovatelská péče a 1xdenní fyzioterapie.

5.1.1 Charakteristika souboru

Do naší studie bylo zahrnuto celkově 198 seniorů s onemocněním cév mozku a srdce (diagnóza: stav po cévní mozkové příhodě mrtvici (CMP), synonymum: iktus). Kritériem pro zahrnutí do naší práce byl písemný souhlas a spolupráce pacienta při výzkumu. Byly vytvořeny dvě srovnatelné skupiny probandů - experimentální a kontrolní skupina.

Experimentální skupinu tvořilo 101 seniorů z oddělení dlouhodobé rehabilitace. Z toho bylo 47 žen průměrného věku 76 let a 56 mužů průměrného věku 74 let. Všichni měli onemocnění cév mozku s různou tíží postižení.

Kontrolní soubor byl tvořen 97 seniory z ošetřovatelského oddělení léčebně dlouhodobě nemocných (LDN). Z toho 64 žen průměrného věku 83 let a 33 mužů průměrného věku 76 let. U všech bylo diagnostikováno onemocnění cév mozku s různým stupněm postižení.

Tabulka 2. Charakteristika kontrolní skupiny

.p.	pohl.	v k	NIHSS-Z	NIHSS-K	BDI-Z	BDI-K	BI-Z	BI-K	SF12
1	ž	97	28	26	31	30	5	10	14
2	ž	93	25	22	25	22	25	30	17
3	ž	85	29	28	20	19	15	25	15
4	ž	85	27	27	30	25	5	10	12
5	ž	84	25	24	26	25	5	5	13
6	ž	82	27	25	27	25	30	40	20
7	ž	81	20	19	20	16	35	40	17
8	ž	80	22	21	30	27	20	30	15
9	ž	80	19	19	26	24	25	25	14
10	ž	79	21	10	17	12	50	85	25
11	ž	78	28	25	28	25	5	5	16
12	ž	78	25	22	30	26	15	25	15
13	ž	77	10	5	20	17	55	80	22
14	ž	71	20	21	19	17	10	20	14
15	ž	91	15	14	27	25	5	20	15
16	ž	90	21	20	22	20	10	45	17
17	ž	90	7	5	15	12	60	75	24
18	ž	86	15	13	26	26	15	50	17
19	ž	85	18	16	27	25	5	25	16
20	ž	83	8	6	21	17	50	90	23
21	ž	83	10	7	19	15	55	80	27
22	ž	82	26	21	19	18	25	40	18
23	ž	82	6	4	14	10	60	85	26
24	ž	79	21	19	22	20	10	15	14
25	ž	70	30	29	30	27	5	5	14
26	ž	62	24	21	25	24	5	5	15
27	ž	65	11	7	18	15	50	80	29
28	M	89	25	24	26	25	5	20	15
29	M	88	26	24	19	17	45	50	17
30	M	86	12	8	20	16	60	75	25
31	M	86	24	22	24	21	20	25	14
32	M	84	20	20	30	27	15	20	15
33	M	83	19	18	28	26	5	10	14
34	M	74	26	25	19	18	15	20	15
35	M	72	29	28	24	22	5	5	15
36	M	69	17	16	30	26	30	35	16
37	M	68	14	12	27	26	15	25	15
38	M	61	27	25	24	21	5	5	15
39	ž	91	16	13	29	28	5	5	14
40	ž	90	9	5	17	11	45	75	24
41	ž	90	8	6	15	12	50	90	27
42	ž	90	24	22	30	25	10	20	14
43	ž	87	11	8	17	14	45	85	26
44	ž	87	20	17	19	17	10	25	15
45	ž	86	14	12	27	21	5	10	14
46	ž	85	16	13	30	27	10	30	15
47	ž	84	21	18	31	27	15	20	13

48	ž	81	14	14	25	24	40	45	14
49	ž	77	21	20	30	28	30	30	15
50	M	75	7	5	20	17	55	90	27
51	M	68	17	16	19	17	10	25	16
52	ž	98	9	5	26	25	10	10	15
53	ž	82	17	15	13	10	65	85	26
54	ž	82	14	14	22	20	10	30	17
55	ž	80	17	15	20	19	5	15	14
56	ž	80	21	20	15	14	25	25	15
57	M	77	10	7	17	14	80	85	24
58	ž	75	23	20	19	18	30	45	15
59	M	73	27	26	20	18	25	30	14
60	ž	72	11	7	12	9	60	80	27
61	M	71	25	22	29	27	25	50	17
62	M	69	21	20	24	20	20	20	14
63	ž	69	16	15	22	28	10	25	15
64	M	65	17	16	27	26	5	25	14
65	M	65	26	24	19	16	5	5	12
66	M	71	9	7	17	16	55	85	24
67	M	92	20	19	24	23	20	35	15
68	ž	91	27	25	17	16	15	25	14
69	ž	89	29	24	29	28	5	20	15
70	ž	89	23	20	27	25	5	10	16
71	ž	87	9	5	14	11	35	75	22
72	ž	87	11	7	13	10	50	90	26
73	M	84	25	20	23	20	5	15	14
74	M	84	28	27	26	25	10	10	14
75	M	83	18	15	22	22	5	5	13
76	ž	82	19	15	17	16	5	15	14
77	M	81	20	16	16	14	15	25	15
78	ž	81	17	16	21	20	20	20	14
79	ž	81	21	20	29	28	15	25	16
80	ž	81	22	22	20	19	5	10	14
81	M	69	24	22	22	22	5	15	15
82	M	60	20	17	26	24	10	15	14
83	ž	94	15	14	24	20	15	35	16
84	M	92	18	17	18	16	10	25	15
85	ž	91	23	20	27	21	5	5	12
86	ž	90	26	21	28	26	5	25	14
87	ž	89	9	5	20	17	35	85	27
88	M	87	26	24	24	23	30	45	15
89	ž	87	19	16	16	14	50	50	17
90	M	85	27	26	28	25	10	15	13
91	ž	85	21	20	24	23	5	15	14
92	ž	83	23	21	17	15	5	40	15
93	ž	80	17	15	20	19	10	65	17
94	M	79	14	11	24	22	5	30	16
95	ž	78	15	14	25	23	10	20	14
96	M	68	11	7	15	11	45	85	25
97	M	65	9	6	17	14	80	90	29

Tabulka 3. Charakteristika experimentální skupiny

.p.	Pohl.	V k	NIHSS-Z	NIHSS-K	BDI-Z	BDI-K	BI-Z	BI-K	SF12
1	M	91	20	17	20	18	35	45	22
2	M	89	28	25	29	25	5	20	15
3	M	89	29	24	26	22	5	15	14
4	ž	88	17	12	22	17	30	50	23
5	ž	88	26	20	29	26	10	15	14
6	ž	87	27	14	20	17	35	55	24
7	ž	86	19	10	22	20	30	45	22
8	M	83	6	3	17	12	75	95	31
9	M	83	19	16	27	24	5	10	13
10	ž	83	17	8	20	15	40	55	21
11	M	82	19	14	18	14	30	55	22
12	M	82	27	20	27	24	5	20	12
13	ž	82	20	11	22	17	30	60	22
14	ž	82	27	15	21	18	35	55	21
15	M	80	7	4	18	10	60	90	29
16	ž	80	14	10	20	16	30	55	20
17	M	79	27	20	25	22	10	20	13
18	M	79	19	11	21	18	25	60	22
19	ž	79	18	12	23	21	35	65	21
20	M	77	10	4	18	15	50	90	28
21	M	77	8	3	14	10	65	100	30
22	ž	76	24	15	22	18	35	65	23
23	M	73	8	3	17	14	55	95	30
24	ž	72	9	5	16	14	40	85	28
25	ž	71	13	4	18	11	40	90	29
26	ž	71	18	6	17	15	55	95	31
27	ž	69	21	14	20	18	35	55	22
28	M	68	17	10	21	17	30	55	20
29	M	68	29	20	25	22	5	10	12
30	M	68	9	3	18	11	60	95	29
31	ž	68	15	6	16	12	50	85	28
32	M	67	13	5	17	11	45	80	26
33	M	67	21	13	22	17	35	70	25
34	ž	65	8	5	16	13	50	95	29
35	M	60	19	10	19	17	30	55	24
36	M	60	22	14	21	18	30	65	23
37	M	60	10	5	16	14	50	90	29
38	ž	69	18	12	20	19	30	55	21
39	M	68	10	4	16	12	65	95	30
40	M	67	29	24	30	27	10	40	15
41	M	67	20	13	18	15	40	75	19
42	M	65	28	22	28	23	5	15	12
43	M	62	9	3	18	11	75	100	30
44	ž	61	28	25	28	25	10	20	14
45	M	80	11	6	17	14	55	85	28
46	M	76	17	14	20	16	30	50	21
47	M	69	19	14	18	15	25	55	22

48	M	69	10	4	16	13	65	90	28
49	ž	69	8	3	17	13	60	95	30
50	M	65	18	13	20	18	35	60	20
51	ž	64	9	2	16	12	60	100	30
52	ž	62	26	23	25	22	10	25	12
53	M	61	17	11	22	18	40	65	22
54	ž	60	10	4	15	11	60	95	30
55	ž	66	27	22	27	24	5	20	14
56	M	65	7	3	16	13	65	100	30
57	M	69	10	5	17	12	60	85	28
58	M	88	27	21	31	27	10	20	14
59	ž	88	30	24	28	25	10	25	15
60	ž	86	29	22	27	26	5	30	13
61	ž	86	19	11	17	15	45	70	22
62	ž	86	20	14	16	13	35	55	20
63	M	85	17	10	18	14	30	60	21
64	ž	84	11	5	10	6	60	90	29
65	M	83	19	13	21	18	30	55	19
66	M	83	21	14	20	19	35	60	22
67	ž	82	28	22	29	24	5	20	12
68	ž	81	17	9	19	13	55	95	29
69	M	79	19	13	20	16	50	75	27
70	ž	79	15	10	19	14	45	80	29
71	ž	79	11	4	17	12	60	95	30
72	M	78	27	24	28	24	10	30	13
73	ž	77	18	13	20	16	45	75	25
74	ž	77	9	4	16	13	60	90	29
75	ž	76	11	5	17	15	55	95	28
76	ž	76	17	11	19	17	35	65	24
77	ž	72	28	23	28	25	10	25	14
78	ž	72	16	10	22	16	40	75	19
79	M	70	20	14	21	17	30	65	18
80	M	69	10	4	16	12	60	95	27
81	M	67	28	24	27	23	5	35	15
82	M	67	17	11	17	15	40	65	20
83	ž	64	18	13	18	14	35	65	21
84	M	62	10	4	16	11	65	90	28
85	M	61	7	3	14	10	70	100	30
86	ž	60	12	10	19	15	40	75	27
87	M	60	21	17	20	16	30	60	24
88	M	69	29	24	27	22	10	25	16
89	M	86	20	15	20	17	45	75	26
90	M	85	17	12	19	16	50	80	29
91	ž	82	27	22	28	26	10	35	14
92	M	78	20	13	18	16	35	60	20
93	ž	78	10	4	17	13	65	90	29
94	ž	77	8	4	16	12	70	95	30
95	ž	77	18	11	20	18	35	70	25
96	ž	76	29	25	27	25	10	35	13
97	ž	75	21	13	20	17	45	70	25

98	ž	75	10	5	16	11	55	90	27
99	M	65	19	14	21	16	45	70	24
100	M	62	17	12	18	15	35	75	25
101	M	60	16	10	19	17	40	75	27

Legenda k tabulce 2. a 3.:

.p. ó íslo probanda

Pohl ó pohlaví probanda (M ó mužské pohlaví, fi ó ženské pohlaví)

V k ó v k probanda (roky)

NIHSS ó Z ó po áte ní hodnoty skóre po CMP podle testu NIHSS

NIHSS ó K ó koncové hodnoty skóre po CMP podle testu NIHSS

BDI ó Z ó po áte ní hodnoty skóre deprese podle Beckova testu BDI

BDI ó K ó koncové hodnoty skóre deprese podle Beckova testu BDI

BI ó Z ó po áte ní hodnoty skóre Barthel Indexu

BI ó K ó koncové hodnoty skóre Barthel Indexu

SF-12 ó hodnoty skóre kvality života podle testu SF - 12

5.1.2 Měření

Vzhledem k velkému množství probandů, jsme si za výzkumnou metodu zvolili dotazník. Dotazníky byly sestaveny z využitím standardizovaných mezinárodních testů, které hodnotí kvalitu života - Test SF-12, soběstačnost - test podle Barthelové, psychické funkce - BDI test (Beck Depression Inventory) a fyzické funkce- NIHSS test (National Institute of Health Stroke Scale).

Všichni probandi byli hodnoceni ve stabilizovaném stavu na začátku (vstupní) a po třech měsících hospitalizace na odděleních dlouhodobé rehabilitace a LDN.

Každý z probandů byl ošetřujícím personálem vyšetřen a otestován z hlediska fyzického stavu, psychického stavu, soběstačnosti a v denních činnostech a jeho naměřený stav byl zaznamenán do sestaveného dotazníku. Po třech měsících aktivizačních činností vyplnili navíc sami probandi dotazník hodnotící celkovou kvalitu života.

5.1.2.1 Měření kvality života

Kvalitu života jsme hodnotili pomocí dotazníku SF-12, což je zkrácená verze testu SF-36. Dotazník SF-12 vyplňovali sami probandi po 3 měsících hospitalizace hodnotící celkový stav a kvalitu života jedince. Test obsahuje dvanáct otázek hodnotící celkové zdraví, mobilitu, vitalitu, bolest, sociální vlivy působící na jedince a fyzické funkce vyskytující se momentálně a vyplňování a během posledních týdnů. Každá otázka je bodově ohodnocena v rozmezí 1-6 bodů (od nejhoršího stavu až po nejlepší stav). Na které otázky jsou typu ano/ne (ano=1 body, ne= 2 body). Součet bodů jednotlivých otázek dostaneme výsledné skóre v rozmezí 12-48bodů (viz příloha . 2).

5.1.2.2 Měření soběstačnosti

Soběstačnost a nezávislost (participaci) jsme zjišťovali pomocí námi upraveného dotazníku soběstačnosti podle Barthelové ve stanoveném tzv. Barthel Indexu (BI). Test Barthelové (Barthel Index, BI) vznikl v roce 1955 a zaměřuje se na zvládnutí základních činností denního života. Je často využíván v mezinárodních studiích.

Uflitím tohoto testu m flème sou tem v–ech vy–et ovacích poloflek dosáhnout maximáln 100 bod , je-li klient pokládán za sob sta ného (Kolá et al., 2009). P i hodnocení sob sta nosti se zam ujeme na to, zda testovaný proband je schopen provést b flné denní aktivity samostatn , s dopomocí nebo je není schopen provést v bec. Hodnotili jsme jednotlivé konkrétní aktivity, jako jsou: stravování, koupání, mobilita, úprava vzhledu, oblékání, vyprazd ování, pouflití WC. Pouflitím BI získáme hodnoty od 0 do 100.

5.1.2.3 Zjišťování psychického stavu

Pro zji– ování psychických funkcí respektive míry deprese u testovaného jedince jsme pouflili Beckova dotazníku deprese (Beck Depression Inventory - BDI). Hodnotí se 13 poloflek (viz. P íloha . 2) v rozmezí od 0 do 3 bod , kdy 0 bod vyjad uje normu a 3 body vyjad ují t flké postiflení. Celkovým sou tem bod získáme skóre deprese.

5.1.2.4 Měření celkového fyzického stavu

Celkový fyzický stav jsme hodnotili podle eské verze –kály NIHSS (National Institute of Healt Stroke Scale). Jedná se o zhodnocení fyzických funkcí testovaných jedinc jako je: v domí, orientace, motorika, citlivost, komunikace, vnímání. Pacienta hodnotí o–et ující personál a to pouze, co jedinec opravdu v danou chvíli dokáfle.

Existují ty i základní zásady hodnocení NIHSS. První zásadou je, fle vfldy hodnotíme pouze první odpov , pokud se ov–em pacient splete a následn se opraví, povaflujeme tuto odpov za –patnou. Druhou zásadou je, abychom pacientovi za fládnou cenu neradili a nepomáhali p i e–ení. T etí zásada upozor uje na to, abychom hodnotili pouze p ítomné poloflky (jestlifle má pacient amputovanou kon etinu, t flko zm íme její hybnost). Poslední tvrtá zásada uvádí, abychom hodnotili u pacienta pouze to, co v dané chvíli dokáfle, nikoli co si myslí, fle dokáfle (Mikulík a spol., 2003). Bodov se hodnotí od nejlep–ího k nejhor–ímu. Sou tem v–ech bod se získá celkové skóre zdravotního fyzického stavu jedince od nejlep–ího k nejhor–ímu, v rozmezí od 0 do 34 bod (viz p íloha . 2).

5.1.3 Statistika

Z naměřených výsledků jsme nejduvšeobecněji vypočetli základní statistické veličiny pro každý parametr uvedené v tabulkách.

Vzhledem k dostatečnému počtu sledovaných probandů jsme použili parametrické metody pro testování jednotlivých hypotéz. Pro porovnání mezi prvním a druhým měření ve vztahu ke sledované skupině jsme použili jednofaktorovou analýzu rozptylu pro opakovaná měření. Touto analýzou sledujeme rozdíly průměrných hodnot mezi jednotlivými skupinami (experimentální a kontrolní) a to při opakovaných měřeních. Výsledky naší analýzy byly testovány na hladině statistické významnosti $p < 0,05$. Pro testování rozdílu kvality flivota po těchto měřeních mezi dvěma skupinami jsme použili Studentův nepárový t-test. Jeho výsledek nám udává statistickou významnost rozdílu průměru mezi dvěma skupinami u sledovaného parametru.

6 VÝSLEDKY

Naměřené výsledky jsme popsali a vyjádřili pomocí tabulek, grafů a slovním komentářem. Jednotlivé hypotézy byly na základě statistického testování přijaty nebo zamítnuty.

6.1 Výsledky měření kvality života

Tabulka 4. Popisná statistika experimentální skupiny pro parametr kvality života

	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.
SF-12	101	22,74257	23	12	31	5,93406

Tabulka 5. Popisná statistika kontrolní skupiny pro parametr kvality života

	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.
SF-12	97	17,18557	15	12	29	4,63755

Tabulka 6. Statistické zhodnocení parametru rozdíl hodnot kvality života mezi experimentálním a kontrolním souborem probandů

t-testy; grupováno: skup (DP- kon-exp.sta)					
Podskupina	Průměr	Sm.odch.	Průměr	Sm.odch.	p
K	K	K	E	E	
97	17,18557	4,63755	22,74257	5,93406	<0,05

Legenda k tabulkám 4., 5. a 6. :

SF-12 – hodnoty parametrů kvality života

Medián – střední hodnota,

K – kontrolní skupina

Minimum – minimální hodnota,

E – experimentální skupina

Maximum – maximální hodnota,

N platných – počet testovaných probandů,

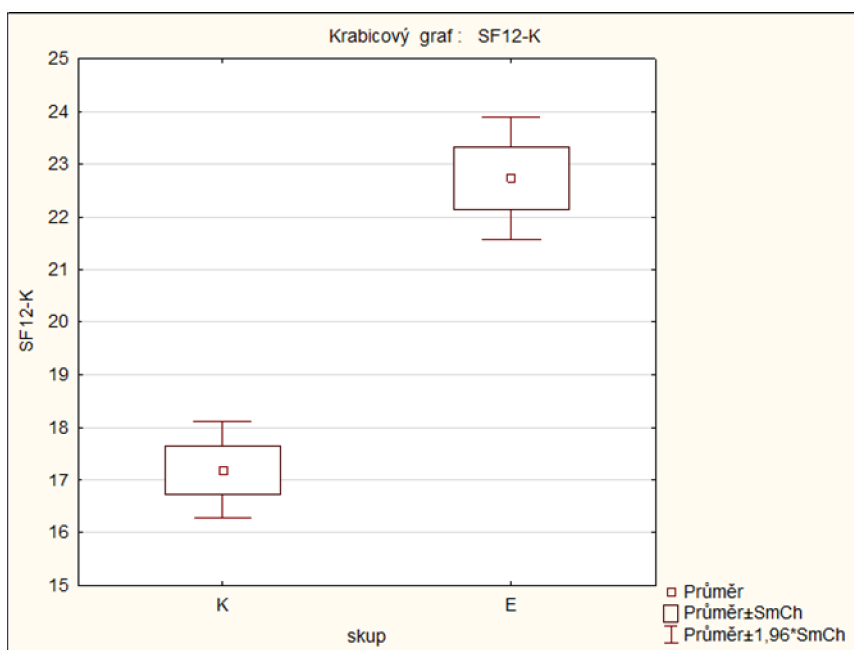
Sm.odch. – směrodatná odchylka

Průměr – průměrná hodnota,

p – hladina statistické významnosti

Kvalita života u všech probandů byla zhodnocena pomocí testu SF-12 (viz příloha 1). Naměřené hodnoty byly popsány pomocí metod popisné statistiky (tab. 2 a tab. 3). Průměrná hodnota parametru SF-12 u experimentální skupiny byla 22,74257, směrodatná odchylka (sm.odch.) 5,93406, u kontrolní skupiny byla průměrná hodnota 17,18557, Sm.odch.4,63755. Rozdíl průměrných hodnot mezi experimentální a kontrolní skupinou byl po zhodnocení t-testu statisticky významný ($p < 0,05$). Na základě toho zamítáme nulovou hypotézu (H_0 : Aktivizační intervence nemá statisticky významný vliv na rozdíl v kvalitě života mezi seniory léčenými na rehabilitačním oddělení a léčenými na LDN) a přijímáme alternativní hypotézu H_A : Aktivizační intervence má statisticky významný vliv na rozdíl v kvalitě života mezi seniory léčenými na rehabilitačním oddělení a léčenými na LDN.

Graf 1. Krabicový graf kvality života hodnocený podle testu SF-12



Legenda ke grafu 1. :

K - kontrolní skupina

E - experimentální skupina

SF-12 - hodnoty parametrů kvality života

6.2 Výsledky měření soběstačnosti

Výsledky soběstačnosti jsou vyjádřeny pomocí tabulek, grafů a příslušného komentáře.

Tabulka 7. Popisná statistika experimentální skupiny pro parametr soběstačnost

	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.
BI-Z	101	37,12871	35	5	75	19,63857
BI-K	101	64,0099	65	10	100	26,40095

Legenda k tabulce 7.:

BI-Z ó průměrné hodnoty Barthel indexu naměřené před aktivizačnímiinnostmi u experimentální skupiny,

BI-K ó průměrné hodnoty Barthel indexu naměřené po aktivizačníchinnostech u experimentální skupiny,

N platných ó počet testovaných probandů,

Průměr ó průměrná hodnota,

Medián ó střední hodnota,

Minimum ó minimální hodnota,

Maximum ó maximální hodnota,

Sm.odch. ó směrodatná odchylka

Tabulka 8. Popisná statistika kontrolní skupiny pro parametr soběstačnost

	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.
BI-Z	97	22,47423	15	5	80	19,88409
BI-K	97	36,49485	25	5	90	27,60553

Legenda k tabulce 8.:

BI-Z ó průměrné hodnoty Barthel indexu naměřené před aktivizačnímiinnostmi u kontrolní skupiny,

BI-K ó průměrné hodnoty Barthel indexu naměřené po aktivizačníchinnostech u kontrolní skupiny,

N platných ó počet testovaných probandů,

Průměrná hodnota,

Maximum a maximální hodnota,

Medián a střední hodnota,

Sm. odch. a směrodatná odchylka

Minimum a minimální hodnota,

Tabulka 9. Statistické zhodnocení parametru rozdílu hodnot BI mezi experimentálním a kontrolním souborem

Jednofaktorová analýza rozptylu pro opakovaná měření		
	F	Úroveň p
R1*skup	63,08868	< 0,05

Legenda k tabulce 9.:

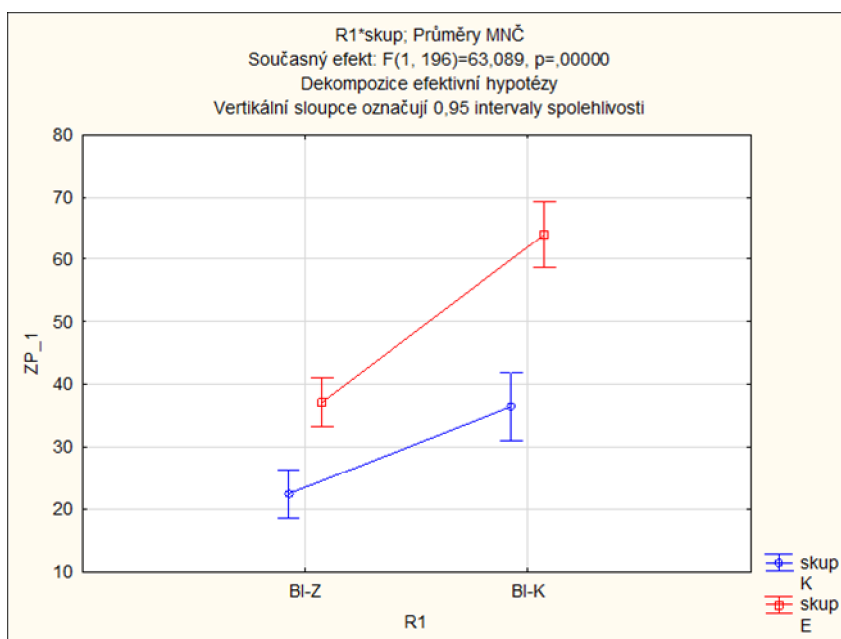
R1 a faktor opakování

F - hodnota testovaného kritéria

Skup - experimentální a kontrolní skupina

p a hladina statistické významnosti

Graf 2. Změna soběstačnosti při běžných denních aktivitách podle Barthel indexu mezi experimentální a kontrolní skupinou



Legenda ke grafu 2.:

BI-Z ó průměrné hodnoty Barthel indexu naměřené před aktivizačnímiinnostmi	ZP_1 ó hodnoty Barthel indexu podle testu Barthelové
BI-K ó průměrné hodnoty Barthel indexu naměřené po aktivizačníchinnostech	Skup K - kontrolní skupina proband
	Skup E ó experimentální skupina proband

U experimentálního souboru i kontrolního souboru bylo provedeno u všech proband zhodnocení sobsta nosti pomocí Barthel testu se stanovením BI na začátku a po těchto měsících hospitalizace. Statistická analýza byla provedena pomocí testu jednofaktorové analýzy rozptylu pro opakovaně měření $p < 0,05$. Porovnáním rozdílů změny před a po aktivizačníchinnostech v obou skupinách lze pozorovat statisticky významný rozdíl. Na základě tohoto výsledku zamítáme nulovou hypotézu (H_0 : *Aktivizačníinnosti nemají statisticky významný vliv na rozdíl v sobsta nosti mezi seniory léčených na rehabilitačním oddělení a léčených na LDN*) a přijímáme alternativní hypotézu H_A : *Aktivizačníinnosti mají statisticky významný vliv na rozdíl v sobsta nosti mezi seniory léčených na rehabilitačním oddělení a léčených na LDN*. Aktivizace experimentální skupiny má statisticky významný vliv na rozdíl mezi testovanými soubory ve změně sobsta nosti při denních aktivitách a společenské participaci.

6.3 Výsledky měření psychického stavu

Na základě tabulek, grafů a slovního hodnocení jsou popsány výsledky změny psychického stavu mezi experimentální a kontrolní skupinou.

Tabulka 10. Popisná statistika experimentální skupiny pro parametr psychického stavu

	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.
BDI-Z	101	20,39604	20	10	31	4,37511
BDI-K	101	16,81188	16	6	27	4,704706

Legenda k tabulce 10. :

BDI-Z ó pr m rné hodnoty Beckovi stupnice deprese nam ené p ed aktiviza ními innostmi u experimentální skupiny,

BDI-K ó pr m rné hodnoty Beckovi stupnice deprese nam ené po aktiviza ních innostech u experimentální skupiny,

N platných ó po et testovaných proband ,

Pr m r ó pr m rná hodnota,

Medián ó st ední hodnota,

Minimum ó minimální hodnota,

Maximum ó maximální hodnota,

Sm.odch. ó sm rodatná odchylka

Tabulka 11. Popisná statistika kontrolní skupiny pro parametr psychického stavu

	N platných	Pr m r	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.
BDI-Z	97	22,56701	22	12	31	5,072202
BDI-K	97	20,29897	20	9	30	5,334957

Legenda k tabulce 11. :

BDI-Z ó pr m rné hodnoty Beckovi stupnice deprese nam ené p ed aktiviza ními innostmi u kontrolní skupiny,

BDI-K ó pr m rné hodnoty Beckovi stupnice deprese nam ené po aktiviza ních innostech u kontrolní skupiny,

N platných ó po et testovaných proband ,

Pr m r ó pr m rná hodnota,

Medián ó st ední hodnota,

Minimum ó minimální hodnota,

Maximum ó maximální hodnota,

Sm.odch. ó sm rodatná odchylka

Tabulka 12. Statistické zhodnocení parametru rozdílu hodnot BDI mezi experimentálním a kontrolním souborem

Jednofaktorová analýza rozptylu pro opakovaná měření		
	F	Úroveň p
R1*skup	40,03808	< 0,05

Legenda k tabulce 12.:

R1 - faktor opakování

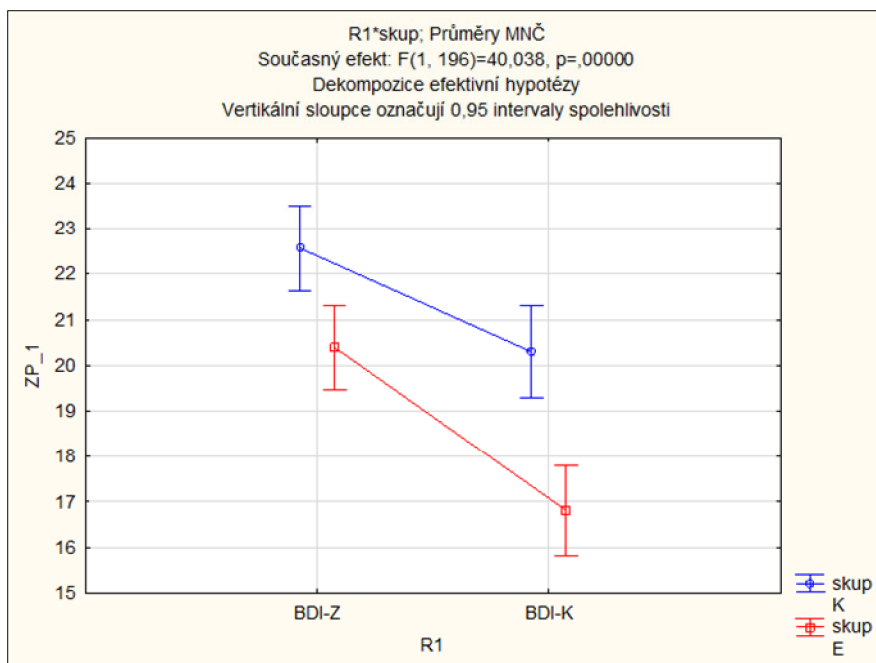
Skup - experimentální a kontrolní skupina

F - hodnota testovaného kritéria

p - hladina statistické významnosti

Na základě výsledků Beckovy posuzovací stupnice deprese (BDI) provedené u všech probandů experimentální i kontrolní skupiny v intervalu na začátku hospitalizace a po těchto měsících hospitalizace jsme zjistili, že aktivizační intervence v obou skupinách mají vliv na psychiku všech probandů. Statistická analýza byla provedena pomocí testu jednofaktorové analýzy rozptylu pro opakovaná měření a $p < 0,05$. Porovnáním rozdílů mezi před a po aktivizačních intervencích v obou skupinách lze pozorovat statisticky významný rozdíl. Na základě tohoto zjištění přijímáme alternativní hypotézu H_{A3} : *Aktivizační intervence mají statisticky významný vliv na rozdíl v psychickém stavu mezi seniory léčenými na rehabilitačním oddělení a léčenými na LDN* a vyvracíme H_03 (*Aktivizační intervence nemají statisticky významný vliv na rozdíl v psychickém stavu mezi seniory léčenými na rehabilitačním oddělení a léčenými na LDN*).

Graf 3. Hodnocení změn psychického stavu podle Beckovy škály deprese (BDI) před a po rehabilitaci mezi experimentální a kontrolní skupinou



Legenda ke grafu 3.:

BDI-Z ó průměrné hodnoty podle Beckovy škály deprese naměřené před aktivizačními činnostmi

BDI-K ó průměrné hodnoty podle Beckovy škály deprese naměřené po aktivizačních činnostech

ZP_1 ó hodnoty podle Beckovy škály deprese

Skup K - kontrolní skupina proband

Skup E ó experimentální skupina proband

6.4 Výsledky měření fyzického stavu

Výsledné hodnoty jsou vyjádřeny tabulkou, grafem a slovním komentářem.

Tabulka 13. Popisná statistika experimentální skupiny pro parametr fyzického stavu

	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.
NIHSS-Z	101	17,86139	18	6	30	6,903665
NIHSS-K	101	11,92079	12	2	25	6,837665

Legenda k tabulce 13.:

NIHSS-Z ó průměrné hodnoty naměřené před aktivizačními intervencemi u experimentální skupiny

NIHSS-K ó průměrné hodnoty naměřené po aktivizačních intervencích u experimentální skupiny

N platných ó počet testovaných probandů

Průměr ó průměrná hodnota

Medián ó střední hodnota

Minimum ó minimální hodnota

Maximum ó maximální hodnota

Tabulka 14. Popisná statistika kontrolní skupiny pro parametr fyzického stavu

	N platných	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm.odch.
NIHSS-Z	97	19,01031	20	6	30	6,407182
NIHSS-K	97	16,7732	18	4	29	6,836643

Legenda k tabulce 14.:

NHISS-Z ó průměrné hodnoty naměřené před
aktivizačními intervencemi u kontrolní skupiny

Průměrná hodnota

Medián ó střední hodnota

NHISS-K ó průměrné hodnoty naměřené po
aktivizačních intervencích u kontrolní skupiny

Minimum ó minimální hodnota

Maximum ó maximální hodnota

N platných ó počet testovaných proband

Sm.odch. ó směrodatná odchylka

Tabulka 15. Statistické zhodnocení parametru rozdílu hodnot NHISS mezi experimentálním a kontrolním souborem

Jednofaktorová analýza rozptylu pro opakovaná měření		
	F	Úroveň p
R1*skup	207,4519	< 0,05

Legenda k tabulce 15.:

R1 ó faktor opakování

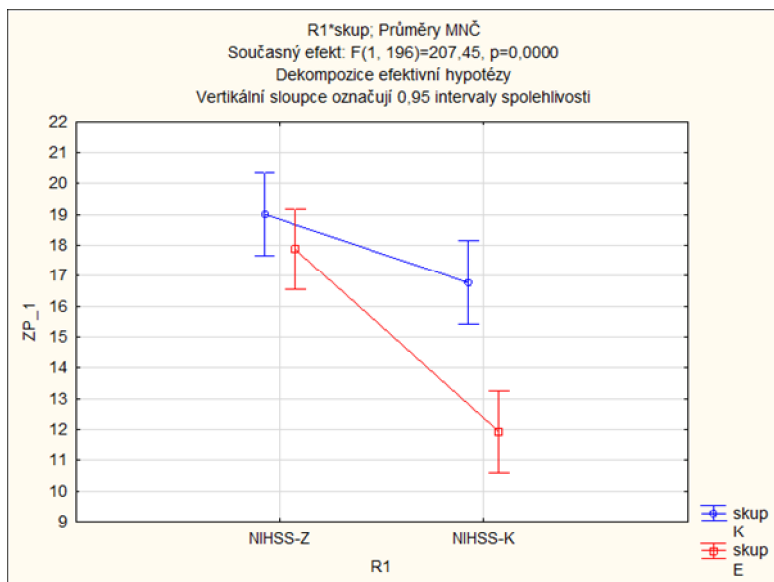
Skup- experimentální a kontrolní skupina

F- hodnota testovaného kritéria

p ó hladina statistické významnosti

Změny fyzického stavu jsme zjišťovali pomocí dotazníku NHISS před a po těchto intervencích. Tyto změny jsme prováděli u experimentální a kontrolní skupiny. Zjistili jsme, že aktivizační intervence mají vliv na fyzický stav probandů experimentální i kontrolní skupiny. Statistická analýza byla provedena pomocí testu jednofaktorové analýzy rozptylu pro opakovaná měření při $p < 0,05$. Na základě porovnání změny mezi experimentální a kontrolní skupinou přijímáme alternativní hypotézu H_A4 : *Aktivizační intervence mají statisticky významný vliv na rozdíl ve fyzickém stavu mezi seniory léčenými na rehabilitačním oddělení a léčenými na LDN* a vyvracíme nulovou H_04 : *Aktivizační intervence nemají statisticky významný vliv na rozdíl ve fyzickém stavu mezi seniory léčenými na rehabilitačním oddělení a léčenými na LDN*

Graf 4. Zm na fyzického stavu podle testu NIHSS mezi experimentální a kontrolní skupinou



Legenda ke grafu 4.:

NIHSS-Z ó průměrné hodnoty skóre podle testu NIHSS naměřené před aktivizačními činnostmi

NIHSS-K ó průměrné hodnoty skóre podle testu NIHSS naměřené po aktivizačních činnostech

ZP_1 ó hodnoty skóre podle testu NIHSS

Skup K - kontrolní skupina proband

Skup E ó experimentální skupina proband

7 Diskuze

7.1 Diskuze ke kvalitě života.

V naší studii po letech m sících hospitalizace jsme pozorovali významný rozdíl v kvalitě života mezi seniory lé ených na rehabilitačním odd lení a lé ených na LDN. Na tomto rozdílu velkou měrou se podílejí aktivizační innosti. V našem případě k aktivizaci senior docházelo během ergoterapie, která byla zam ena na nácvik běžných denních inností, sob sta nosti a nezávislosti. Podobných výsledků hodnotící kvalitu života pozorujeme i v jiných studiích. Ve studii Ahlsia a spol. (1984) byla hodnocena kvalita života po CMP u 96 pacientů po dobu dvou let. V záv ru této studie byla pozorována změna kvality života v závislosti na sob sta nosti v běžných denních innostech. Významnými faktory ovlivňující kvalitu života byly deprese a úzkost, kteří p evařovali ve významnosti nad fyzickým postižením. Na základ tohoto zjištění bylo doporučováno v této zam ení na psychologickou aktivizaci pacientů po mrtvici. Ke stejným výsledkům dospěl ve své studii Patel a spol. (2007), kteří zjistili pomocí test SF-36, řek rok po mrtvici jsou nejvýznamnějšími faktory ovlivňující kvalitu života pro skupinu seniorů ve věku 65 až 75 kognitivní funkce, mo ová inkontinence, pohyblivost, vysoký krevní tlak, cukrovka, postižení dominantní hemisféry, řenské pohlaví. Tato studie poskytuje cenné informace o prediktivních (p edpov dních) faktorech p edpovídající kvalitu života pacientů po CMP. Naše studie se shoduje s danými studiemi ve významnosti psychických a fyzických funkcí mající vliv na kvalitu života. Nepozorovali jsme závislost na vysokém krevním tlaku, cukrovce, lateralizaci mozkového postižení, ani závislost na pohlaví, protože to nebylo cílem naší studie.

Linda Williems a spol. (1999) hodnotili ve studii pacienty po CMP, kteří byli testováni první a tetím síc po vzniku CMP pomocí dotazníku SF-36, BDI, NIHSS a BI. Byla provedena vzájemná korelace kvality života s fyzickou, psychickou poruchou a poruchou sob sta nosti. Na základ této studie byly zjišeny povzbudivé výsledky, potvrzující významné faktory mající vliv na kvalitu života. Nicmén byly doporučeny studie v různých populacích podle celkové říle onemocnění CMP. V naší studii jsme podobně sledovali významné závislosti mezi fyzickým stavem, psychickým stavem, sob sta ností a kvalitou života.

Studie autor Kwok a spol. (2011) hodnotila u 433 osob po CMP v 3 a 12 m síci od vzniku iktu (mrtvice) vliv jednotlivých faktorů na kvalitu života. V multivariální analýze bylo zjištěno, že faktory jako je šnezavislost a šsociální integrace měly významný vliv na kvalitu života v tětím i dvanáctém m síci po mrtvici. Faktor šzam stnání byl významný v kvalitě života ve dvanáctém m síci, ale ne v m síci tětím po iktu (mrtvici). ŠEkonomická sob stnost měla v tětí vliv na kvalitu života ve tětím m síci neř za dvanáct m síci od vzniku iktu (mrtvice). Faktory šhybnost a šorientace neměly v této studii významný negativní vliv na kvalitu života. Na rozdíl od této studie v naší studii faktory šhybnost a šsob stnost p i denních aktivitách hrají významnou roli v kvalitě života v asné fázi po CMP.

7.2 Diskuze k soběstačnosti

Významný rozdíl mezi skupinou rehabilitovaných (experimentální skupina), a ošetřovaných na LDN (kontrolní skupina) jsme pozorovali v sob stnosti. Op t m fme konstatovat, že aktivizace seniorů má velký vliv na nezávislost p i b řlných denních innostech. Podobné výsledky lze pozorovat v studii Granger a spol. (1979), kte í ve své studii hodnotili funk ní schopnosti pacientů po CMP na rehabilitačním odd lení kařdē dva týdny od vzniku, pomocí Barthel Indexu. Na základ jejich zjiřt ní se zdá být rozhodující skóre 60, kdy se pacienti pohybovali od závislosti k asistované závislosti v základních dovednostech, jako je krmení, mobilita a ovládání sv ra . Pacienti s Barthel skóre pod 40 nebyli nezávislí v základních denních innostech. U této skupiny p etřvávala v t-inou áste ná závislost v mobilit . Podobn í v naší studii jsme pozorovali významnou závislost celkové sob stnosti na mobilit a kontinenci.

Ve studii Kalra a spol. (1993) bylo hodnoceno 96 pacientů po CMP s v kem více neř 75 let, hospitalizovaných na geriatrici. Na základ test sob stnosti, jako je Barthel index a Orpington prognostické skóre, zahrnující testování motoriky, citlivosti, vitality a m ení kognitivních funkcí, byly stanoveny prediktivní ukazatelé pro seniory po dvou a ty ech m sících od vzniku CMP. Pomocí t chto test (ukazatel) lze s nejv t-í pravd podobností stanovit pacienty po CMP vhodné k rehabilitaci a vhodné k o-et ovatelské pé i. V naší studii probíhala rehabilitace (fyzioterapie) v obou skupinách, av-ak v t-í aktivizace ó komprehenzivní rehabilitace s ergoterapií probíhala na odd lení rehabilitace (v

experimentální skupin). Skupiny byly v naší studii srovnatelné a –anci na komplexní rehabilitaci by m li dostat v–ichni senio i po CMP bez ohledu na výchozí skóre Barthel Indexu.

7.3 Diskuze k psychickému stavu

Deprese je stále opomíjený faktor ovliv ůjící celkový stav pacient ů po CMP. V naší studii lze pozorovat vzájemnou závislost snížení deprese a aktivizace senior ů. Podobn poukazují na význam psychického stavu i studie Pohjasvaara a kol. (2001), kte í ve své studii potvrdili depresi jako nezávislý faktor –patného výsledku po terapii pacient ů po CMP. Ve studii 486 pacient ů po CMP po t ech m sících byli pacienti hodnoceni neurologickým vy–et ením, radiologickým vy–et ením pomocí BDI na emoce a zdravotní postílení pomocí Rankinova skóre a Barthelova indexu. Pomocí BDI, byla identifikována deprese ve 171 p ípadech (44%). V této studii byla diagnostikována t fl–í deprese u 26% . Klinicky významná deprese je ast j–í po ischemické (z nedokrvení) mozkové p íhod . Tito pacienti m li –patné funk ní výsledky po t ech m sících lé by. Nebyl nalezen významný korelát (závislost) deprese na pohlaví, v ku, vzd lání, lokalizaci mrtvice. V této studii je apelováno na pe livou diagnostiku a lé bu deprese u pacient ů po CMP.

V naší studii lze pozorovat zlep–ování celkového stavu v korelaci se zlep–ováním psychického stavu u obou testovaných skupin. Významn j–í zlep–ování psychiky resp. snížení tífle deprese lze pozorovat v experimentální skupin ů.

7.4 Diskuze k fyzickému stavu

Pomocí testu NIHSS pozorujeme významný rozdíl ve zlep–ení fyzických funkcí u aktivizované skupiny rehabilitovaných senior ů. Testu NIHSS ke zhodnocení fyzického stavu pouffívá i Olavarria a spol. (2010), ve své studii hodnotící závařnost CMP. Vysoké hodnoty NIHSS jsou spojeny s t fl–ím po–kozením mozku spojené s uzáv rem nebo po–kozením (prasknutí s krvácením) mozkových cév. Podobn Adams a spol. (1999) ve své studii hodnotil vý–í NIHSS skóre vzhledem k v ku, pohlaví, rase a historii p edchozích mrtvic. NIHSS skóre siln p edpovídá pravd podobnost uzdravení pacienta po CMP. Skóre 16 a více p edpovídá vysokou pravd podobnost t flkého zdravotního postílení nebo

úmrtí, zatímco skóre 10 a mén má prognózu dobrého uzdravení. V naší studii jsme také, jako ve výše uvedených studiích, pozorovali tělejší fyzické postižení spojené s vyšším skóre NIHSS.

ZÁVĚR

Cílem práce bylo zhodnotit efekt aktivizace seniorů. Pomocí srovnávací studie zkoumané a kontrolní skupiny jsme porovnali výsledky po těchto měsících léčby. Byly splněny všechny cíle diplomové práce. Zhodnocení za pomocí testu SF-12 jsme zjistili významný vliv aktivizace na kvalitu života seniorů. Významné pozitivní změny jsme pozorovali v soběstačnosti při denních aktivitách (společenské participaci) pomocí testování podle Barthelové. Zlepšení psychického, na základě zhodnocení Beckovým testem deprese, a fyzického zdraví, pomocí NIHSS skórování, po aktivizačních intervencích jsme viděli lepší výsledky u experimentální (aktivizované) skupiny.

Během studie jsme se potýkali s problémy při sběru dat a spolupráci seniorů. Pacienti ne vždy pochopili, jak vyplnit dotazník, proto mnohdy potřebovali asistenci. Vzhledem k možnému výskytu demence nebo výskytu mírného psychoorganického syndromu (poruchy chování po CMP), musel při vyplňování sebehodnotovacích dotazníků seniorům pomáhat ošetřovací personál.

Výběr do naší studie byl náhodný z obou oddělení, avšak na ošetřovatelském oddělení se do studie vybírali jen senioři schopní aktivní spolupráce na rehabilitačním oddělení prakticky včasně senioři s cévním onemocněním mozku (po CMP).

Význam pro praxi a teorii:

Naše studie potvrzuje význam aktivizace seniorů ve zdravotnických zařízeních, zvláště na odděleních dlouhodobé péče. Tyto závěry mají praktický dopad při lepší resocializaci, soběstačnosti seniorů při návratu domů nebo do ústavního zařízení sociální péče.

Umístění pacientů na rehabilitační oddělení je vstupně dáno fyzickým a psychickým stavem, kde je předpoklad aktivní spolupráce a doléčení. Nicméně i na ošetřovatelských odděleních LDN jsou hospitalizováni senioři, kteří mají dobrý potenciál k zlepšení svého celkového stavu. Tento argument vhodnosti aktivizace na odděleních LDN by bylo vhodné rozpracovat, ověřit a zhodnotit v dalších vědeckých studiích.

POUŽITÉ PRAMENY A LITERATURY

CAMPBELLOVÁ, Jean. *Techniky arteterapie ve výchov , sociální práci a klinické praxi: skupinové výtvarn terapeutické innosti pro d ti a dosp lé.* 1. vyd. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-428-1.

DYLEVSKÝ, Ivan, KUBÁLKOVÁ. Libu-e, NAVRÁTIL, Leo-. *Kineziologie, kinezioterapie a fyzioterapie.* 1. vyd. Praha: Manus, 2001. ISBN 80-902318-8-8.

GALAJDOVÁ, Lenka. *Pes léka em lidské du-e.* 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-789-3.

HAN KOVÁ, Svatava. *Canisterapii u senior fljících v domov pro seniory.* In *Zooterapie ve sv tle objektivních poznatk .* 1. vyd. eské Bud jovice : Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Velký psychologický slovník.* 1. vyd. Praha: Portál 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

HATKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stá í.* 1. vyd. Praha : Panorama, 1990. ISBN 80-7038-158-2.

HERMANOVÁ, M., HERMAN, J., PROKOP, P., HOLMEROROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J., a kol. *Pé e o pacienty s kognitivní poruchou.* Praha: EV public relatios, 2007

HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie.* 3. p epracované a dopln né vydání. Praha: EV public relations, spol.s.r.o., 2007. ISBN 978-80-254-0179-8

JAROVÁ, Darja. *Pé e o seniory.* 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.

KALINOVÁ, Vra. *Souasná situace v oblasti canisterapie*. In Pravda o zooterapii. Sborník. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita, 2003. ISBN 80-7040-608-9.

KALVACH, Zdenek. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada 2004, ISBN 80-247-0548-6

KLEVETOVÁ, Dana, Dlabalová Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, ISBN 978-80-247-2169-9.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka, MÜLLER, Oldřich. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1552-6.

KONDÁČEK, Ondřej, KRATOCHVÍL, Stanislav, SYŠTĚLOVÁ, Eva. *Psychoterapie a reedukácia*. 1. vyd. Martin: Osvěta 1989, ISBN 80-217-0014-9.

KOLÁŘ, Pavel, et. al. *Rehabilitace v klinické praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-657-1.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Psychoterapie*. 1. Vyd. Praha: Avicenum 1970, ISBN

KUBÍNKOVÁ, Dagmar, KŘÍŽOVÁ, Alena. *Ergoterapie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1997, ISBN 80-7067-698-1.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Pečovatelství 2. DÍL. Učebnice pro obor sociální péče o pečovatelskáinnost*. 1. vyd. Praha: Grada 2010. ISBN 978-80-247-3185-8.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2009. 203 s. ISBN 978-80-210-5029-7.

NERAĎI , Zoran *Canisterapie a možnosti*. In c. Sborník. 1. vyd. Brno: Sdruffení Hestia, 2005.

PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stá í*. 1. vyd. Praha: Avicenum 1990, ISBN 80-201-0076-8.

PACOVSKÝ, Vladimír. *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha : Scienta Medica, 1994. ISBN 890-855526-32-8..

PACOVSKÝ, Vladimír. *Proti v ku není léku*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997, ISBN 80-7184-486-1.

PACOVSKÝ, Vladimír, HE MANOVÁ, Hana. *Gerontologie*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1981.

PET ÍKOVÁ, Alexandra, OR ANI OVÁ, Rozália. *Gerontagogika. Úvod do teorie a praxe edukace senior* . 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2004. ISBN 88-244-0879-1.

PFEIFFER, Jan. *Ergoterapie II. U ebnice pro zdravotnické koly*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0004-0.

TECLOVÁ, Simona. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. 1. vyd. Praha : Grada, 2004. ISBN 80-247-0592-3.

TICHÁ, Věra. *Metodika canisterapie*. In *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. 1. vyd. České Budějovice : Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.

TOPINKOVÁ, Eva, NEUWIRTH, Jiří. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada, 1995, ISBN 80-7169-099-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II. : Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova : Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁKOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

VOTAVA, Jiří, et.al. *Základy rehabilitace*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1997. ISBN 80-718-4385-7

Internetové zdroje

ADAMS, HP Jr., et. al. *Baseline NIH Stroke Scale score strongly predicts outcome after stroke*. [on-line]. 1999 [cit. 2012-03-06]. Dostupné z : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10408548>

AHLSIÖ, Berit, et. al. *Disablement and quality of life after stroke*. [on-line]. 1984 [cit. 2012-03-5]. Dostupné z : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6236588>

BARTOŠOVÁ, Jitka. *Modely rodinné péče o starého člověka* In: JEŘÁBEK, H. *Rodinná péče o staré lidi* [on-line]. Praha 2005 [cit. 2012-03-06]. Dostupné z: http://ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf

DVOŘÁKOVÁ, Dagmar. Rodinná péče o nesobstavného seniora [on-line]. 2009 [cit. 2012-03-12]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/rodinna-pece-o-nesobstacneho-seniora-448185>

GRANGER, et. al. *Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel index measures*. [on-line]. 1979 [cit. 2012-03-12]. Dostupné z : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/420565>

ESKÁ ASOCIACE ERGOTERAPEUTŮ. *Co je ergoterapie* [on-line]. © 2008 [cit. 2012-02-26]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.cz/page.aspx?pageid=1>

ESKÁ HYPOREHABILITAČNÍ SPOLEČNOST. *Kdo jsme* [on-line]. © 2009 [cit. 2012-03-12]. Dostupné z: <http://www.hiporehabilitace-cr.cz/index.php/component/content/article/1-kdo-jsme>

JEŘÁBEK, Hynek a kol. *Rodinná péče o staré lidi* [on-line]. Praha 2005 [cit. 2012-03-06]. Dostupné z: http://ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf

KWOK, Timothy, et. al. *The influence of participation on health-related quality of life in stroke patients*. [on-line]. 2011 [cit. 2012-03-01]. Dostupné z: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09638288.2011.553709>

LANTELME, Václav. *Hipoterapie* [on-line]. [cit. 2012-03-20]. Dostupné z: <http://www.ossvitani.cz/Hipoterapie.php>

LANTELME, Václav. Léčba konmi. *Hipoterapie- praktická aplikace* [on-line]. 2009, . 6 [cit. 2012-03-13]. ISSN 1213-0737. Dostupné z: <http://www.equichannel.cz/lecba-konmi-6-hipoterapie-prakticka-aplikace>

MAŤKOVÁ, Andrea. *Co je hiporehabilitace* [on-line]. © 2012 [cit. 2012-03-09]. Dostupné z: http://www.soft-os.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=85%3Aco-je-hiporehabilitace&catid=18%3Acislo-2-2011&Itemid=35

MINISTESTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH V CÍ. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních slufieb v jiné typy sociálních slufieb, poskytovaných v p irozené komunit uřivatele a podporující sociální za len ní uřivatele do spole nosti* [on-line]. [cit. 2012-03-08]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf

PATEL, et.al. *Clinical determinants of long-term quality of life after stroke*. [on-line]. 2007 [cit. 2012-03-02]. Dostupné z : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17374601>

WILLIAMS, Linda, et. al. *Development of a Stroke-Specific Quality of Life Scale*. [on-line]. 1999 [cit. 2012-02-06]. Dostupné z : <http://stroke.ahajournals.org/content/30/7/1362.long>

OLAVARRIA, V., et. al. *Validity of the NIHSS in predicting arterial occlusion in cerebral infarction is time-dependent*. [on-line]. 2010 [cit. 2012-03-17]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Validity%20of%20the%20NIHSS%20in%20predicting%20arterial%20occlusion%20in%20cerebral%20infarction%20is%20time-dependent>

POHJASVAARA, T., et. al. *Depression is an independent predictor of poor long-term functional outcome post-stroke*. [on-line]. 2001 [cit. 2012-03-09]. Dostupné z : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Depression%20is%20an%20independent%20predictor%20of%20poor%20long-term%20functional%20outcome%20post-stroke>

KALRA, L., et. al. *The role of prognostic scores in targeting stroke rehabilitation in elderly patients*. [on-line]. 1993 [cit. 2012-03-12]. Dostupné z :
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=The%20role%20of%20prognostic%20scores%20in%20targeting%20stroke%20rehabilitation%20in%20elderly%20patients>.

SEZNAM ZKRATEK

BI	Barthel Index
BDI	Beck Depression Inventory
CMP	cévní mozková p řihoda
LDN	lé ebna dlouhodob ě nemocných
NIHSS	National Institute of Health Stroke Scale
SF 6 12	Even Shorter Health Survey

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha . 1 Dotazník určený pro klienty

Příloha . 2 Dotazník určený pro ošetřující personál

Příloha . 1
Dotazník pro klienty

Vážená paní, vážený pane

Mé jméno je Kateřina Krámpolová a studuji Pedagogickou Fakultu Univerzity Palackého v Olomouci obor řízení volnočasových aktivit.

Dotazník, který máte v ruce, je důležitou součástí mé diplomové práce. Jeho cílem je ohodnotit vaši celkovou aktivitu pomocí testu kvality života SF-12. Dotazník je anonymní a je sestaven tak aby Vás jeho vyplnění zdrželo jen krátce. Při nejasnostech požádejte o pomoc s vyplněním ošetřující personál, který je s dotazníkem seznámen.

Instrukce k vyplnění dotazníku:

U každé otázky zakroužkujte pouze jednu odpověď.

Děkujeme za spolupráci.

Kvalita života podle testu SF-12		
1. Obecně lze říci, že vaše zdraví je momentálně :		
	–patné	1
	horší	2
	dobré	3
	velmi dobré	4
	výborné	5
2. Váš zdravotní stav Vás omezuje při běžných činnostech (jako je pesunutí židle, vysávání, sportování).		
	ano-hodně	1
	ano-trochu	2
	neomezuje.	3
3. Váš zdravotní stav Vás omezuje při chůzi do schodů		
	ano-hodně	1

	ano-trochu	2
	neomezuje.	3
4. B hem posledních 4 týdn mne fyzický stav asov omezoval v innostech (zam stnání nebo p i domácí práce)		
	ano	1
	ne.	2
5. B hem posledních 4 týdn mne fyzický stav omezoval ve v-ech innostech (v zam stnání nebo p i domácí práce)		
	ano	1
	ne	2
6. B hem posledních 4 týdn mne psychický stav asov omezoval v innostech (zam stnání nebo p i domácí práce)		
	ano	1
	ne	2
7. B hem posledních 4 týdn mne psychický stav omezoval ve v-ech innostech (v zam stnání nebo p i domácí práce)		
	ano	1
	ne	2
8. Cítil jste Bolest(která Vás limitovala p i denních innostech) b hem posledních 4 týdn		
	extremn	1
	docela dost	2
	st edn	3
	trochu	4
	v bec ne	5
9. B hem posledních 4 týdn jsem se cítil klidný a vyrovnaný		

	v bec ne	1
	málo času do 10%	2
	n jakou dobu (30%)	3
	velkou část doby 50%	4
	v t-ínu času 50-90%	5
	po celou dobu 90-100%	6
10. M l jste hodn energie - B hem posledních 4 týdn		
	v bec ne	1
	málo času do 10%	2
	n jakou dobu (30%)	3
	velkou část doby 50%	4
	v t-ínu času 50-90%	5
	po celou dobu 90-100%	6
11. Cítil jste se skleslý a unavený B hem posledních 4 týdn		
	po celou dobu 90-100%	1
	v t-ínu času 50-90%	2
	velkou část doby 50%	3
	n jakou dobu (30%)	4
	málo času do 10%	5
	v bec ne	6
12. B hem posledních 4 týdn Vás fyzický nebo psychický stav omezoval ve společenských akcích (návt va přátel, p íbuznýchí)		
	po celou dobu 90-	1

	100%	
	v t-ínu asu 50-90%	2
	velkou část doby 50%	3
	n jakou dobu (30%)	4
	málo asu do10%	5
	v bec ne	6

Příloha .2

Dotazník hodnotící fyzický stav, psychický stav a soběstačnost.

(vyplňuje ošetřující personál)

Mé jméno je Kateřina Krámpolová a studuji Pedagogickou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci obor řízení volnočasových aktivit.

Tento dotazník je součástí mé diplomové práce s cílem je ohodnotit celkový fyzický a psychický stav a participaci (soběstačnost) Vašich klientů v procesu aktivizace a resocializace seniorů na vaší oddělení pomocí testů.

Dotazník je anonymní a je sestaven tak aby Vás jeho vyplnění zdrželo jen krátce.

Instrukce k vyplnění dotazníku:

U každé otázky uvedete počet získaných bodů.

Součtem jednotlivých bodů dostaneme celkové skóre.

Děkujeme za spolupráci.

Podpis: _____

Věk: _____

Pohlaví: muž/žena

NIHSS: National Institute of Health Stroke Scale		vstup. dat.:	výstup. dat.:
		body	body
1a úroveň v domě	0 bd lůžko		
	1 spavý		
	2 soporózní		
	3 koma		
1b časová orientace (m síc, v k)	0 ob odpovědi korektní		

	1 jedna odpověď korektní		
	2 obě odpovědi nekorektní		
1c vyhovuje výzvě (otevření, zavření očí)	0 vykoná obě korektně		
	1 vykoná jedno korektně		
	2 oboje vykoná nekorektně		
2 okulomotorika (horizontální pohyb)	0 normální		
	1 částečná paréza		
	2 zvýšená odchylka		
3 zorné pole	0 bez postižení		
	1 částečná hemianopsie		
	2 kompletní hemianopsie		
	3 oboustranná hemianopsie (slepý)		
4 faciální paréza	0 symetrický pohyb		
	1 lehká paréza		
	2 částečná paréza		
	3 kompletní paralýza		
5 motorika HK	0 normální pohyb		
	1 kolísání		
	2 schopen pohybu proti gravitaci		
	3 pohyb po podložce		
	4 plégie bez pohybu		
	9 amputovaná končetina, netestovaná		
6 motorika DK	0 normální pohyb		
	1 kolísání		

	2 schopen pohybu proti gravitaci		
	3 pohyb po podlofke		
	4 plegie bez pohybu		
	9 amputovaná kon etina, netestovaná		
7 ataxie kon etin	0 fládná ataxie		
	1 p ítomna na jedné kon etin		
	2 p ítomna na více kon etinách		
8 senzitivita	0 normální		
	1 snížené vnímání		
	2 úplná ztráta citlivosti		
9 afázie	0 bez afázie		
	1 mírná afázie		
	2 t flká afázie		
	3 globální afázie, n mota		
10 dysartrie	0 normální e		
	1 set elá e , je rozum t		
	2 nesrozumitelná e		
	9 intubace, jiná bariéra		
11 vnímání (neglect)	0 nep ítomen		
	1 neglectuje jednu kvalitu		
	2 neglectuje více jak jednu kvalitu, koma		
Celkové skóre NHISS			

BDI II: Beck Depression Inventory II (Beckova sebeuposuzovací stupnice deprese)	vstup. dat.:	výstup.dat:
	body	body
01. Nálada		
0 - nemám smutnou náladu		
1 - cítím se pon kud posmutn lý, sklí ený		
2 - jsem stále smutný nebo sklí ený a nemohu se z toho dostat		
3 - jsem tak smutný nebo ne- astný, fle to nemohu ufl snést		
02. Pesimismus		
0 - do budoucnosti nepohlíím nijak pesimisticky nebo beznad jn		
1 - pon kud se obávám budoucnosti		
2 - vidím, fle se ufl nemám na co t -it		
3 - vidím, fle budoucnost je zcela beznad jná a nem fle se zlep-it		
03. Pocit neúsp chu		
0 - nemám pocit n jakého flivotního neúsp chu		
1 - mám pocit, fle jsem m l v flivot více sm ly a neúsp chu, nefl obvykle lidé mívají		
2 - podívám-li se zp t na sv j flivot, vidím, fle je to jen ada neúsp ch		
3 - vidím, fle jsem jako lov k (otec, manfel apod.) v flivot zcela zklamal		
04. Neuspokojení z innosti		
0 - nejsem nijak zvlá- nespokojený		
1 - nemám z v cí takové pot -ení, jako jsem míval		
2 - ufl mne net -í skoro v bec nic		

3 - a d lám cokoliv, nevzbudí to ve mn sebemen-í pot -ení		
05. Vina		
0 - necítím se nijak provinile		
1 - ob as cítím, fle jsem mén cenný, hor-í neřl ostatní		
2 - mám trvalý pocit viny		
3 - ovládá m pocit, fle jsem zcela bezcenný, zlý, provinilý lov k		
06. Nenávist k sob samému		
0 - necítím se zklamán sám sebou		
1 - zklamal jsem se sám v sob		
2 - jsem dost znechucen sám sebou		
3 - nenávidím se		
07. My-lenky na sebevrařdu		
0 - v bec m nenapadne , fle bych si m l n co ud lat		
1 - mám n kdy pocit, fle by bylo lépe neřlít		
2 - asto p emý-lím, jak spáchat sebevrařdu		
3 - kdybych m l p íleřlitost, tak bych si vzal řivot		
08. Sociální izolace		
0 - neztratil jsem zájem o lidi a okolí		
1 - mám pon kud men-í zájem o spole nost lidí neřl d íve		
2 - ztratil jsem v t-ínu zájmu o lidi a jsou mi lhostejní		
3 - ztratil jsem ve-kerý zájem o lidi a nechci s nikým nic mít		
09. Nerozhodnost		
0 - dokářfu se rozhodnout v b řných situacích		
1 - n kdy mám sklon odkládat svá rozhodnutí		

2 - rozhodování v běžných věcech mi dává obtíže		
3 - vůbec v nich se nedokážu rozhodnout		
10. Vlastní vzhled		
0 - vypadám stejně jako dříve		
1 - mám starosti, ale vyhlížím stále nebo neatraktivně		
2 - mám pocit, že se můj zevnějšek trvale zhoršil, takže vypadám dosti nepěkně		
3 - mám pocit, že vypadám hnusně a odpuzivě		
11. Potíže s prací		
0 - práce mi jde od ruky jako dříve		
1 - musím se nutit, když chci něco dělat		
2 - dá mi velké potíže, abych cokoli udělal		
3 - nejsem schopen jakékoli práce		
12. Únavnost		
0 - necítím se více unaven než obvykle		
1 - unavím se snáze než dříve		
2 - všechno mě unavuje		
3 - únava mě zabírá cokoli udělat		
13. Nechutenství		
0 - mám svou obvyklou chuť k jídlu		
1 - nemám takovou chuť k jídlu, jak jsem míval		
2 - mnohem méně mi to chutná jíst		
3 - zcela jsem ztratil chuť k jídlu		
Celkové skóre BDI		

Test sob sta nosti podle Bartelové se stanovením Bartel Indexu

Aktivita	Popis	Skóre	vstup. dat.:	výstup.dat.:
			body	body
Stravování	Není schopen	0		
	Pot eba pomoci	5		
	Samostatný	10		
Koupání	Nesamostatný	0		
	Samostatný	5		
Úprava vzhledu	Pot eba pomoci	0		
	Samostatný	5		
Oblékání	Není schopen	0		
	Pot eba pomoci	5		
	Samostatný	10		
Stolice	Inkontinentní	0		
	Ob asná inkontinence	5		
	Kontinentní	10		
Mo	Inkontinentní	0		
	Ob asná inkontinence	5		
	Kontinentní	10		
Použití WC	Není schopen	0		

	Potřeba pomoci	5		
	Samostatný	10		
P esun	Neschopen, neudrží stabilitu	0		
	Potřeba pomoci, udrží stabilitu	5		
	Mírná pomoc	10		
	Sob sta nost	15		
Mobilita	Imobilní	0		
	Ujde více jak 50m	5		
	Ch ze za asistence jedné osoby	10		
	Samostatná ch ze	15		
Schody	Nesvede	0		
	áste ná pomoc	5		
	Sob sta nost	10		
Celkové skóre (Bartel index)				