UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Téma: Vliv volnočasových aktivit na dlouhodobě hospitalizované pacienty trpící degenerativním onemocněním.

Obor: Řízení volnočasových aktivit

Olomouc 2019 Mgr. Nistorová Veronika

Čestné prohlášení

Tuto práci jsem vypracovala samostatně, veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Prohlašuji, že elektronická verze práce je shodná s verzí tištěnou. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním mé práce v knihovně UP v Olomouci.

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala zejména Městské nemocnici v Litoměřicích, která umožnila realizaci empirické části této práce.

Anotace

Autorka se ve své práci bude zabývat problematikou vlivu volnočasových aktivit na dlouhodobě hospitalizované seniory s demencí v nemocničním zařízení. Práce se bude skládat z teoretické a empirické části. V teoretické části se bude zabývat rozborem základních oblastí problematiky, dále otázkou vzniku demence jako degenerativního, symptomatologického či traumatického charakteru. Dále se bude zabývat problematikou péče o klienty s degenerativním onemocněním. Obsahem empirické části budou výsledky a závěry výzkumného šetření u skupin klientů s degenerativním onemocněním hospitalizovaných na odděleních LDN.

Anotation

The author will deal with the issue of the influence of leisure activities on long-term hospitalized seniors with demention in the hospital. The thesis will consist of a theoretical and empirical part. In the theoretical part, it will deal with the analysis of the basic areas of the problem, as well as with the issue of dementia as a degenerative, symptomatological or traumatic character. It will also deal with the care of clients with degenerative diseases. The content of the empirical part will be the results and conclusions of the research study in groups of clients with degenerative diseases hospitalized in LDN departments.

Klíčová slova

Demence, involuce, potřeba, hodnoty, volný čas, ergoterapie, aktivizace, stáří, nemocniční péče, senior.

Key words

Demention, involution, need, value, leisure time, ergotherapy, activation, old age, hospital care, senior.

Obsah

Úvod....8
1 Operacionalizace základní terminologie....12
1.1 Stáří jako fenomén....12
1.2 Involuční procesy....18
1.2.1 Tělesné změny....18
1.2.2 Psychické změny....19
1.3 Pojetí zdraví a nemoci....21
1.3.1 Zdraví....21
1.3.2 Nemoc....22
1.3.3 Postoj k nemoci....22
1.3.4 Změny v prožívání během nemoci....24
1.4 Psychosomatika....25
1.5 Potřeby a hodnoty člověka....26
1.5.1 Maslowa hiearichе potřeb....28
1.5.2 Životní hodnoty V. E. Frankla....30
1.6 Duševní životospráva ve stáří....32
1.7 Degenerativní onemocnění....33
1.7.1 Klasifikace demence....38
1.7.2 Terapie demence....41
1.8 Transformace psychických struktur....44
2 Komplexní péče o geriatrické osoby....46
2.1 Primární sociální skupina a její úloha....46
2.2 Současná péče o seniory....46
2.3 Hrozící rizika v péči o seniory....50
2.4 Interakce oblasti zdravotní a sociální....54
2.5 Komplexní geriatrické hodnocení CGA....55
3 Kvalita volného času a aktivizace hospitalizovaných seniorů....58
3.1 Volný čas během hospitalizace seniora....58
3.2 Aktivizace ve volném čase....59
3.3 Rozlišení pojmů....60
3.4 Faktory ovlivňující aktivizaci....61

3.5 Aktivizační činnosti ve volném čase 62
3.5.1 Ergoterapie 62
3.5.2 Aktivizace zaměřené na pohybové schopnosti 64
3.5.3 Aktivizace zaměřená na kognitivní procesy 66
3.5.4 Aktivity zaměřené na prožitek 70
3.6 Pozitivní psychologie 76
3.6.1 Teorie životních cílů 78
3.6.2 Teorie biologických základů pocitu pohody 78
4 Empirická část 80
4.1 Přípravná fáze výzkumu 80
4.2 Charakteristika šetřeného souboru 81
4.3 Aktivizace respondentů 84
4.4 Místo aktivizace 86
4.5 Cíl šetření 88
4.6 Metoda vyhodnocení získaných dat 88
4.7 Formulace hypotéz 89
4.8 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT 90
4.9 Zkoumaný okruh č. 1 – Kvalita trávení volného času u seniorů s demencí na odděleních LDN nemá výrazný vliv na celkový kognitivním funkcí. 92
4.10 Zkoumaný okruh č. 2 – Vhodná aktivizace ve volném čase u seniorů s demencí na odděleních LDN nemá výrazný vliv na tělesné zdraví pacientů. 95
4.11 Zkoumaný okruh č. 3 – V rozmanitosti forem trávení volného času a funkční výkonností seniorů s demencí hospitalizovaných na LDN není pozitivní vztah. 98
4.12 Zkoumaný okruh č. 4 –V četnosti aktivit v trávení volného času u pacientů hospitalizovaných na odd. LDN a kvalitně hodnoceným duševním stavem není pozitivní vztah. 101
5 Závěr 106

Úvod

V rámci uvedení rigorózní práce je v první řadě důležité zohlednit motivaci výběru tématu. Celkem sedm let byla autorka rigorózní práce zaměstnána v pozici všeobecná sestra a to na odděleních léčeben dlouhodobě nemocných, či v zařízení hospicového typu. Během této praxe osobně zažívala úskalí spojená s ošetřováním pacientů v pokročilém věku. Nekompletnost možností poskytnutí péče, která by zahrnovala i plnohodnotné a pravidelné volnočasové aktivity, se značně odrážely na psychickém stavu pacientů, u kterých bylo následkem psychosomatického působení patrné zhoršování zdravotního stavu. V rámci rozšíření pracovní kvalifikace, v pozici sociálně zdravotní pracovník v nemocničním zařízení, se naskytl nový úhel pohledu a prohloubení znalostí problematiky péče o seniory a to konkrétně v rámci zajišťování následné péče, prostřednictvím ústavů sociální péče. Na základě získaných informací bylo patrné, že hospitalizace se častokrát prodlužují v důsledku dlouhých čekacích lhůt v rámci umístění do ústavních zařízení. Principem problematiky je skutečnost cílových skupin žadatelů o umístění. Příkladem muže být fakt, že některá zařízení mohou přijímat pouze pacienty mobilní, kdy častokrát vzniká komplikace, zapříčiněná zhoršením stavu, resp. mobility pacienta a to především v důsledku pasivity samotného žadatele. Z toho vyplívá, že v rámci péče o pacienty se musí zohlednit psychické potřeby pacienta, tak aby docházelo k seberealizaci s ohledem na možnosti zdravotního stavu. Celý proces by se jevil efektivnější, zkracující dobu hospitalizace, kdy by se samotná hospitalizace nemusela jevit natolik negativně pro samotné pacienty i jejich rodinné příslušníky.

Rigorózní práce se bude zabývat problematikou dlouhodobě hospitalizovaných seniorů s demencí v nemocničních zařízeních a to konkrétně na oddělení léčeben dlouhodobě nemocných. Zastoupení těchto pacientů je, v převážné většině, charakteristické obdobím sénia a polymorbiditou. Zásadní problematikou je skutečnost, že řada pacientů, kteří v důsledku svého zdravotního stavu, nemohou být propuštěni do domácího prostředí a vyžadují dvaceti čtyř hodinovou péči pod odborným dohledem. Ovšem po ukončení léčebného procesu, nastává prostor pro překlad do ústavních zařízení, typu domov pro seniory, domov se zvláštním režimem, aj. Zde vzniká mezidobí, závislé na systému pořadníků čekatelů o umístění, na základě kterého se hospitalizace prodlužuje na neurčitě dlouhou dobu. V rámci tohoto mezidobí hrozí u pacientů vznik a rozvoj syndromu hospitalismu. Tento jev značně komplikuje péči o pacienty a v důsledku psychosomatického působení, častokrát dochází ke zhoršení zdravotního stavu, event. k úmrtí pacientů. Nemocniční zařízení a personální zastoupení zaměstnanců se v různé míře podílí na skutečnosti eliminace tohoto jevu. Jedná se o tým psychologa a specializovaných sester, dále o ergoterapeuty, kteří se společnými silami snaží o aktivizaci pacientů dlouhodobě hospitalizovaných na

oddělení léčeben dlouhodobě nemocných. Struktura práce se jeví jako neúplně propracovaná. Na základě těchto skutečností a osobních zkušeností v oblasti péče o seniory, nastal prostor pro výzkum efektivity působení volnočasových aktivit v nemocničním zařízení, na odděleních LDN.

Rigorózní práce se bude skládat z části teoretické a z části empirického výzkumu. Práce bude tedy tvořena teoretickou základnou, čerpána z odborné literatury, která bude reflektovat s empirickou částí práce.

První část bude věnována základní terminologii, která je pro celou práci klíčová. Jedná se konkrétně o specifikaci stáří jako procesu involuce, ve kterém dochází k řadě změn jak somatického, tak psychického rázu. Konkrétně budou popsány biologické, psychické, emocionální a sociální změny ve stáří. S tímto procesem souvisí i změny hodnotového systému a potřeb seniorů. V rigorózní práci bude tedy popsána hierarchie potřeb podle A. H. Maslowa a dále teorie životních hodnot podle V. E. Frankla, který považoval za nejvýznamnější potřebu smysl života, ve kterém spatřuje nalezení smyslu života jako nejvýznamnějšího životního úkolu, jehož prostřednictvím dochází k rozvoji osobnosti.

V teoretické části bude dále nutné uvést informace týkající se oblasti popisu specifika hospitalizace v nemocničních zařízeních, protože právě pobyt v nemocnici je značně specifický a uvedením informací o provozu či podoby hospitalizace pomáhá pochopit základ problematiky. Vždy je nutné si uvědomit, že každá diagnóza je specifická v určitém limitu, který brání aktivizaci. Proto je důležité vytvořit proces s ohledem na aktuální zdravotní stav tak, aby eliminoval možnost rozvoje hospitalismu. V tomto kontextu bude také uvedena efektivita pozitivní psychologie, která se zaměřuje právě na kladné psychologické jevy, kdy se vytvořila snaha doplnit celkový obraz lidské psychiky o jevy pozitivní, které jsou salutogenetické, tedy zdraví posilující a udržující.

Závěrečná kapitola bude věnována teorii volného času. Základním informacím a obsahu tohoto pojmu. To bude následně přecházet do oblasti volný čas a senioři a dále volnočasovým aktivitám, které jsou vhodné pro seniory v rámci aktivizace. Dále dojde ke vzájemnému srovnání pojmů: aktivizace, volnočasové aktivity, ergoterapie, fyzioterapie. Jedná se konkrétně o popis aktivit a technik, usilující o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti. Dojde k bližšímu popisu technik: kognitivně rozvíjející techniky, stimulační techniky zaměřené na prožitek, dále bazální stimulace či vysvětlení a popis ergoterapie a další.

Empirická část práce bude plnit základní principy výzkumu, které budou založeny na sběru dat u respondentů hospitalizovaných na odděleních léčeben dlouhodobě nemocných. Výzkum bude odpovídat principu empirického postupu sběru a vyhodnocování získaných údajů.

V prvé řadě bude stanoven deskriptivní výzkumný problém, který bude formulován takto: ,,Jaký vliv má aktivizace ve volném čase na rozvoj kognitivních schopností u seniorů trpících demencí hospitalizovaných na LDN?“ Dále budou stanoveny hypotézy, které budou v souladu s výzkumným problémem a budou reflektovat teoretickou část. Výzkumný vzorek bude složen z respondentů hospitalizovaných v Městské nemocnici v Litoměřicích na odd. LDN a to konkrétně na odd. LDN A, LDN B, NP, LDN D, LDN E, pomocí záměrného výběru. Empirický výzkum bude hodnocen jako kvantitativní. Dále se během výzkumu budou měnit intervenující proměnné a následně měřit závislé proměnné, proto se bude jednat o experimentální výzkum, který bude vyhodnocován explorační metodou a to konkrétně dotazníkem, ve kterém bude vždy stanovena skupina otázek, zjišťujících pravdivost každé hypotézy. Data budou zpracována v programu Statgraphics XVI a to konkrétně F-testem a T- testem. Získaná data budou sloužit pro výstup celého výzkumu.

Výzkumný vzorek budou tedy tvořit dvě skupiny pacientů (označovaných A, B), hospitalizovaných v Městské nemocnici v Litoměřicích na odd. léčeben dlouhodobě nemocných. Záměrný výběr vzorku bude tvořen s ohledem na stanovené diagnózy, prognózu a samozřejmě na aktuální zdravotní stav pacienta, tak aby byl získán vzorek se stejnými znaky. V počátku celého výzkumu bude zahájeno vstupní měření aktivity pacienta, což bude obsahovat schopnost spolupráce, sebeobsluhy, komunikace apod. Toto měření bude sloužit jako základní linie, se kterou budou následná měření srovnávána. Další měření bude v rozptylu šesti měsíců, tím získáme dvě skupiny dat – vstupní a výstupní u skupiny A, a u skupiny B. Charakter těchto skupin bude spočívat v náplni volného času. Experimentální skupinu (A) budou tvořit respondenti, aktivizování pomocí variabilní škály metod, v rámci jejich volného času. Vždy však s ohledem na možnosti samotného pacienta. Kontrolní skupinu (B) budou tvořit pacienti, u kterých k aktivizaci ve volném čase docházet nebude. Vstupní a výstupní data budou porovnána v statistickém programu. Tím získáme výstup v účinnosti volnočasových aktivit v rámci hospitalizace v nemocničním zařízení.

Cíle výzkumu:

Český statistický úřad uvádí, že počet osob starších 65 let bude v následujících letech stoupat. Na základě této skutečnosti lze předpokládat, že bude docházet k nárůstu počtu osob hospitalizovaných v nemocničních zařízeních. Pro zachování fungujícího systému poskytování sociálních služeb, po propuštění z nemocničních zařízení, je nutné, aby se hospitalizace neprodlužovaly v důsledku zhoršení zdravotního stavu na podkladě syndromu hospitalismu. Hlavním cílem této práce bude snaha o získání konkrétních dat, která budou reflektovat výzkumný problém o nedostatečné péči o seniory s demencí v jejich volném čase během hospitalizace a u kterých došlo v důsledku této skutečnosti ke značnému zhoršení kognitivních funkcí a tím celkové kondice.

Hlavní sledovaný cíl vyplývající ze zadaného tématu této práce:

- Zjistit, zda existují statisticky významné vztahy mezi zkoumanými proměnnými. A to konkretizováno, mezi dlouhodobě hospitalizovaným seniorem s demencí a kvalitou trávení volného času v nemocničním prostředí.

Další dílčí cíle související s realizovaným výzkumem:

- Zjistit, zda existují případné rozdíly v progresi onemocnění u seniorů s diagnostikovanou demencí v souvislosti na prováděný experiment.
- Zjistit, do jaké míry je možnost realizace zařazení aktivizačních technik do procesu režimu léčebny dlouhodobě nemocných.

Výstupem výzkumu bude tedy skutečnost efektivity volnočasových aktivit během hospitalizace seniora s demencí v nemocničním zařízení. Tyto výsledky kvantitativního výzkumu se dají zobecnit na širší vzorek respondentů. Záměrem bude ověření, zda-li fakt absence odborných pracovníků v nemocničních zařízení je podložen skutečností, že dochází ke změnám hodnotové orientace během nemoci a následným nezájmem samotných seniorů o volnočasové aktivity. Na základě získaných dat a výsledku bude tedy stanoven závěr a možná doporučení.

1 Operacionalizace základní terminologie

Cílem první kapitoly je seznámení se základními pojmy rigorózní práce s názvem *Vliv volnočasových aktivit na dlouhodobě hospitalizované pacienty, trpící degenerativním onemocněním,* tedy pojmy jako *senior, involuční procesy, pojetí zdraví a nemoci, psychosomatika, potřeby, hodnotový systém, degenerativní onemocnění, aktivizace v období stáří.* Popis a charakteristika jednotlivých oblastí je nedílnou součástí této práce, které vedou k pochopení celé problematiky, kterou se tato rigorózní práce zabývá.

1.1 Stáří jako fenomén

Ptal se jednou vnuk svého praotce: *„Dědo, co to znamená být blahoslavený?“*

Starý muž se zamyslel a pravil:

„Blahoslavení jste všichni, kteří máte pochopení pro mou pomalou chůzi a roztřesené ruce a nesykáte netrpělivě, když se belhám a neumím už hezky jíst.

Blahoslavení jste, kteří vidíte, že se mé ucho musí namáhat, abych porozuměl, a mluvíte se mnou pomalu a zřetelně.

Blahoslavení jste, kteří vidíte, že mé oči jsou zkaleny, mé myšlenky jsou smutné, a taktně mi pomůžete, v čem právě pomoci potřebuji.

Blahoslavení jste, kteří se u mne zastavíte s přívětivým úsměvem a máte trochu času si se mnou popovídat. A neděláte to se shovívavou ironií.

Blahoslavení jste, kteří neříkáte, že jsem starý popleta, protože pořád něco zapomínám a ztrácím.

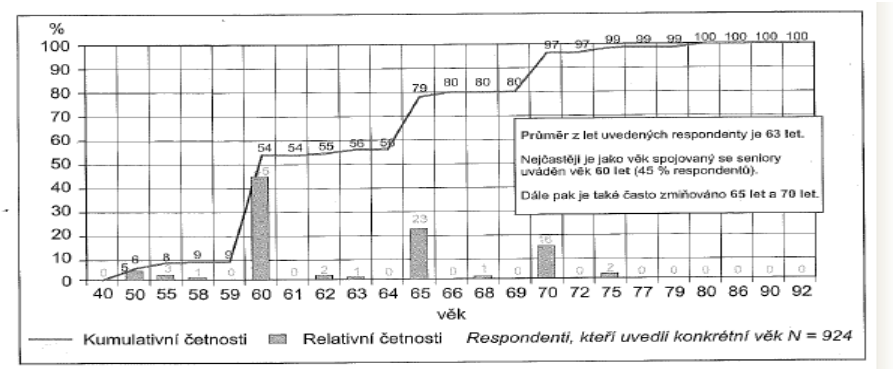
Blahoslavení jste, kteří umíte ve mně vzbudit vzpomínky na zašlé časy a trpělivě mne vyslechnete, když si zavzpomínám na to, jak jsem byl mlád.

Blahoslavení jste, kteří dáváte najevo, že nejsem ještě odepsán a nejsem tak docela sám.

Blahoslavení jste vy všichni, kteří mi nějak ulehčujete dny stáří, které mi ještě zbývají ujít po cestě do věčného domova. Až tam dojdu, budu o vás vyprávět (Klevetová, 2008, s.34).

Stárnutí, je přirozenou fází v životě, bylo předmětem zájmů myslitelů již v antice. Hlavní hypotézou byla domněnka, že stáří vzniká v důsledku ztráty nějaké substance. Hippokrates spekuloval o ztrátě vlhka, Aristoteles o ztrátě tepla. Galénos zase považoval stáří jako stav navozený změnami tělních šťáv – vlhko, teplo, krev. Existuje řada pojetí stárnutí, převážně však z medicínského pohledu (Kalvach, 2004). Stáří je však možné posuzovat z mnoha rozdílných hledisek. Je možné tuto fázi hodnotit dle věku člověka, dle jeho schopnosti se zapojit do pracovního procesu, či daného věkového stupně na nárok starobního důchodu, ale samozřejmě také na kvalitě jeho života obecně. Věková hranice důchodového věku je nejednotná a to v každé kultuře. Jejich obecná pojetí jsou rozdílná. Dle klasifikace WHO je vymezení starého člověka v mezích 60-74let (rané stáří), 75-84 let (stáří) a 85let a více (dlouhověkost). Dalším možným členěním je tzv. aktivní stáří, spojené pochopitelně s co nejnižším počtem zdravotních komplikací a dále fáze nemoci, limitující samotného člověka ve společnosti (Kutnohorská, 2011).

Stáří je vrcholná fáze lidského života, ve kterém se odráží podstata určité společnosti. Z toho vyplývá vzájemná interakce mezi společností a jedincem v období stáří. Aktuální podoba společnosti vnímá stáří jako něco nepatřičného, nehodící se do aktuálních trendů krásy, mládí a vitality. Krása člověka je nahrazována krásou jeho zevnějšku, které je velice často upravováno pomocí různých plastických technik. Současná politická a juvenilní reprezentace, včetně mediálního zastoupení, prezentuje stáří jako ekonomickou zátěž pro produktivní vrstvu společnosti. K tomu přispívají i tzv. ekonomické *indexy závislosti*, které popisují poměry osob „předproduktivních“ (0 - 14let – index závislosti 1), dále osob „produktivních“ (15 - 59let) a „neproduktivních“ (60 a více – index závislosti 2). Je stále opomíjeno, že stáří má potenciál znaků, jejichž souhrn vytváří zásobu životních zkušeností. Stáří a role seniora přináší do života člověka řadu změn a některé jsou hodnoceny i jako pozitivní. K nejvíce pozitivně hodnoceným skutečnostem patří volný čas (63%) a s ním spojená kvalita životního stylu (48%). Ovšem pochopitelné jsou i obavy společnosti nejčastěji spojené s nemocí (78%), dále z finanční a existenční nouze (54%) dále obavy spojené s osamělostí (49%) a ze smrti (43%). Problém je konkretizace pojmu stáří s ohledem na věk samotný, což dokazuje i grafické znázornění (obr.1). Lze předpokládat, že období stáří je spojováno s odchodem do důchodu. V jednotlivých evropských zemích je věk odchodu do důchodu v intervalech od padesáti sedmi do sedmdesáti let. V tomto období by měla společnost poskytnout co největší možnost a podmínky k naplnění potenciálu seniorů, protože naplnění potenciálu stáří je současně naplněním smyslu společnosti (Sak, Kolesárová, 2012).



Graf 1 *Věk seniora (pramen: Výzkum 13. Názory a postoje české populace k seniorům)*
Otázka: *„S jakým věkem si spojujete seniory? Od kolika let je podle vás člověk seniorem?“*

Obr.1 Věk seniora (Sak, Kolesárová, 2012).

index	1991	1995	2000	2010	2025	2050
Závislost 1	*34,6*	*29,8*	*25,5*	*22,8*	*25,3*	*28,1*
Závislost 2	*29,2*	*28,5*	*27,9*	*37,0*	*49,9*	*73,4*
Ekonomické zatížení	*63,8*	*58,3*	*53,4*	*59,8*	*75,2*	*101,5*

Tab. č.1 Index (Burcin, Kučera, 2003)

Stejně tak jak je složité vymezit přesně pojem stáří, tak obdobně tomu je i u samotného pojmu *senio*r. V naší společnosti se setkáváme s řadou obdobných označení pro jejich představitele: geront, důchodce, senior. Setkáváme se i s výrazy charakteristické eufemismem, jako babička, dědeček, které jsou často užívány širokou veřejností a ne pouze ve smyslu označení příbuzenského vztahu. A jak uvádí Pavel Říčan (2006), senium (potažmo senior), má v naší společnosti stále pejorativní nádech.

Kutnohorská Jana (2011), vymezuje pojem senior jako nejednoznačně definovatelný i z pohledu různých vědních disciplín. Z pohledu psychologie je definován senior jako ,,*označení občanů starších 60 let (Psychologický slovník, s. 530)“.* Z pohledu medicíny je senior vysvětlován jednoslovně jako stařec (Vokurka, 2004). A z pohledu gerontologie je senior označován jako osoba v pozdní fázi ontogeneze přirozeného průběhu života (Kalvach, 2004).

Obecně lze definovat seniora jako osobu s individuálními změnami komplexního a dynamického procesu v oblasti psychologické, biologické a sociální (Sýkorová, 2007). Identita obsahu kategorie senior a to, jak je vnímána českou populací bylo zkoumáno a prezentováno Sakem a Kolesárovou (2012) výsledky uváděny v obr.2.

Otázka: „Co se vám vybaví, když se řekne ‚senior'?"

39 %	**starý, starší člověk**
36 %	**důchodce** *(penzista)*, **důchod**, *pobírá důchod*
9 %	**babička a dědeček, rodiče, prarodiče**
7 %	**stáří, stařík, stařec**
6 %	**zdravotní problémy** – *zdraví podlomené, nemoci, nemocnice, LDN, stacionář, doktoři, spíše už na lůžku, zdravotní problémy*
4 %	**nepracuje** – *nepracuje kvůli věku, neproduktivní/neaktivní věk, po ukončení pracovního poměru, již si své odpracoval*
4 %	**aktivity, zájmy, záliby, koníčky** – *vitalita, tvořivost, cestování, sport, kultura, kulturní akce, jezdí na ryby, zahrádka, chata, zábava, turistika, studium/vzdělávání; četba, TV; užívá si všeho, na co neměli při zaměstnání čas; žití plným životem*
3 %	**důchodový věk**
3 %	**já a moji vrstevníci/kamarádi/okolí** – *už mezi ně patřím, sebe sama*
3 %	**věk – vyšší/zralý věk** – *už ne mladý člověk / má již mládí za sebou / za zenitem*
3 %	**čas, volný čas** – *více, dostatek, hodně; svoboda*
2 %	**zkušenosti, znalosti, rozum**, *moudrost, zodpovědnost; oproštění se od nepodstatného*
2 %	**ekonomicky slabší část obyvatel** – *nízký důchod, finančně ne nejlépe, bída, málo peněz / musí šetřit, chudoba; z bytu pod most*
2 %	**odpočinek, relaxace** – *zasloužený odpočinek*
2 %	**spokojenost, klid,** *pohoda, méně stresu*
2 %	**nespokojený** – *nervózní, nevrlý, nerudný, zatrpklý, protivný, špatně naladěný, stěžuje si, poučuje, nadává, bezohledný*
2 %	**rodina/vnoučata** – *hlídání vnoučat, láska k vnoučatům; více času na rodinu*
2 %	**vzhled** – *šedivé vlasy, vrásčití, brýle, protéza, důchodky, hůl, taška RVHP*
2 %	**negativní postoje** – *společnost se k němu staví, že je na obtíž; drahý pro společnost – čím dříve umře, tím lépe; příživník, který se živí i z mé výplaty; musíme na ně vydělávat; obtíž pro společnost a rodinu; společností vyhozený na vedlejší kolej, přehlížený, odstrčený, nepotřebný člověk, periferie/okraj zájmu společnosti; nemá žádná práva*
2 %	**další/poslední etapa/část života**, *podzim života, život / větší část života většinou za sebou, život bez budoucnosti; smrt, pohřeb, mrtvý člověk*
2 %	**závislost na jiných/druhých** – *starosti s jeho zaopatřením, pomoc okolí, bezmocnost, potřebuje péči, postarat se o něj*
2 %	**únava** — *unavený člověk, pomalý, nikam nespěchá; pasivní; opotřebovaný, odsloužilý, oddělaný člověk po fyzické stránce, na pokraji sil, neduživost*
Všichni respondenti N = 1 014	

Obr.2 Populace seniorů (Sak, Kolesárová, 2012).

Proces stárnutí je významným fenoménem života. Pátrání po příčinách stárnutí, snaha o oddálení tohoto stupně života provází lidstvo prakticky po celou dobu jeho existence, sice v různých obdobích, různě pojímán a akceptován, ale stále bylo stáří spojováno s úctou, životním moudrem se zájmem o zkušenosti. Vnímání stáří je tedy i dnes fenomén společenský a právě jeho akceptací je možné nahlížet do hodnotových postojů společenské vyspělosti zejména s přihlédnutím na schopnost vypořádat se s předsudky, které zde v současnosti jsou. Přístup ke stáří v dnešní době nabývá rozměru odlišného, než tomu bylo v minulých letech vývoje lidstva. Stáří bývá mnohdy bráno jako přítěž a proto je

nutné přehodnotit současný trend a znovuobnovit úctu ke stáří, jako k studnici moudra. V dnešní době se jedná o velmi rozsáhlou vědní disciplínu, která v sobě skrývá řadů oborů a podoborů. Zasahuje do společenského života a bytí. Je příčinou vzniku řady pracovišť, specializovaných na obsáhlou strukturu zdravotních komplikací (Kalvach, 2004).

Výzkumem byly stanoveny obecné rysy, určují jako seniora takového člověka, který je starší šedesáti let, je mu přiznán starobní důchod, většinou je dědečkem, babičkou a má zdravotní komplikace či chronická onemocnění. Na identitu seniora pohlížíme i z generačního rozměru. Každý člověk ve společnosti je součástí určité sociální skupiny. U seniora předpokládáme členství k určité generační skupině, která má své typické znaky. Zde nejde ani tak o znaky skupiny, nýbrž o věkové spektrum členů aktuální generace seniorů, které navzájem něco spojuje a zároveň diferencuje od generace mladších. Tento jev je patrný například na názoru dnešních dvaadvacetiletých mladých jedinců, kteří hovoří o mládeži ve věku 16-17let, kterým absolutně nerozumí a které často odsuzují (Sak, Kolesárová, 2012).

Společenské klima a přístup společnosti ke starým lidem by měl být směřován k touze po předání celoživotních zkušeností a respektu k životním moudrům a je třeba si uvědomit, že mnozí staří jedinci, kteří jsou stále produktivní, si zachovávají určitý společenský status. Ovšem starý člověk, kterému ubývají fyzické a psychické síly začíná být společností degradován ve smyslu ztráty určité hodnoty jeho osobnosti (Kutnohorská, 2011).

Stárnutí je v české společnosti aktuální fenomén. V každém roce dochází k nárůstu seniorů oproti dětské a dospívající populace a tím se neustále zvyšuje průměrný věk. Relativně zásadní civilizační změnou je prodloužení věku. Od počátku 20. století se délka života prodloužila zhruba o třicet let s tím, že je i statisticky pozorovatelný pokles porodnosti (Sak, Kolesárová, 2012).

S ohledem na prognózy demografů i OSN se může naše republika výhledově dostat na první příčky hodnocení počtu seniorů a to v globálním měřítku (obr.3). V následujících šedesáti letech se předpokládá významná změna v demografické struktuře obyvatel České republiky. S touto skutečností je spojena kvalita života a zdravotního stavu ve vysokém věku. Starší populace bude ve větší míře postižena řadou chronických a degenerativních chorob, které sice nepovedou přímo ke smrti, ale ke ztrátě soběstačnosti starého člověka. To se bude projevovat nárůstem nákladů veřejného zdravotnictví a sociálních služeb. Základním cílem zdravotní politiky musí být tedy zlepšování a udržení kvalitního zdravotního stavu. Pakliže nastane situace ztráty soběstačnosti člověka, nastává prostor institucionalizace prostřednictvím sociálních služeb, kterým často předchází pobyt ve zdravotnických zařízení (Dvořáčková, 2012). Pakliže se nemůže o svého člena rodiny postarat jeho vlastní rodina, je v důsledku zhoršení zdravotního stavu

hospitalizován v nemocničních zařízeních na odděleních léčeben dlouhodobě nemocných, kde zůstává do doby přijetí do jakékoli sociální služby (Malíková, 2011).

Tab. 1 *Podíl osob ve věku 60 a více let na území ČR (%)*

Rok	Česko	Poznámky
1950	12,6	
1998	18,1	ČR – 33. místo na světě
2025	27,2	
2050	39,6	ČR – 1. místo na světě (s Itálií a Řeckem)

Obr.3 Podíl osob (Dvořáčková, 2012).

,,Není-li starý občan již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci. Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotnických problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení (Charta práv seniorů, 1998, bod 13, 1998)*".*

Klasifikace stáří

Mnohočetné pohledy a klasifikace stáří, jeho příčin a projevů vede v rozpornost určité jednoty. Proto se obvykle stáří člení na základní kalendářní, sociální a biologické stáří.

- Kalendářní stáří je jednoznačně vymezitelné, avšak stále je ryze individuálně hodnoceno. Zdravotní kondice se obecně zlepšuje a věková hranice prodlužuje. V 18. století A. Haller vymezil lidský život na 9 fází, z nichž věk 25 – 62 let označil za mužský a 63 let a více za stáří. Senioři v té době tvořili méně jak 5% populace. V polovině 20. století došlo k dalšímu označení (E.B. Hurlocková) a to věku 40-59 let jako střední, 60 a více jako stáří a tuto hranici akceptovala i WHO a OSN. Pro další subkategorie došlo v 60. letech k dalšímu dělení stáří (B.L. Neugartenová) a to na „mladí senioři" (55 -74 let) a „staří senioři" (více jak 75 let).

- Sociální stáří je charakteristické transformací sociálních rolí a potřeb, životního stylu včetně ekonomické stránky. Tento pojem reflektuje rizika maladaptace na prostředí, osamělost, pokles životní úrovně, riziko ztráty soběstačnosti, věková segregace a ageismus. Za počátek sociálního staří považujeme zpravidla vznik nároku na starobní důchod. Sociální periodizace užívá subkategorie „první věk" (obd. dětství), „druhý věk" (obd. dospělosti, produktivní věk), a „třetí věk"

(postproduktivní věk) a eventuálně i „čtvrtý věk“ (období závislosti). Označením jako „produktivní – postproduktivní“ evokujeme ovšem období stáří jako obdobím neschopnosti či určité zátěže.

- Biologické stáří je souhrn určitých znaků tzv. involučního procesu a jeho změn u každého jedince (Kalvach, 2004).

1.2 Involuční procesy

Období stáří je charakteristické řadou změn, které způsobují zásadní změny v životě člověka. Jedná se o fyziologický proces involuce, doprovázený celkovým chřadnutím. Člověk prochází řadou fyzických a psychickým změn, které jsou doprovázeny nemoci a bolestí, které ovlivňují jinak stabilní hodnoty a potřeby. Autorka se v této části práce zabývá popisem jednotlivým jevů, tak aby bylo možné pochopit základní problematiku ovlivňující celé téma této rigorózní práce.

Involuci definujeme jako:

,,univerzální proces postihující živou hmotu. Probíhá kontinuálně od početí, ale za jeho skutečný projev je považován teprve pokles funkcí, který nastává po dosažení sexuální dospělosti. Morfologicky jde v učebnicích vágně o fyziologickou, věkově přiměřenou atrofii. Involuce není dosud jednoznačně definována a je převážně popisována jednotlivými vlastnostmi a projevy“ (Kalvach, Z. a spol. 2004, s. 67).

Výslednicí procesu involuce je tedy senium, kdy jeho *fenotyp* (označení odlišnosti starých osob od mladých), je složen z involučních změn a to především těch, které jsou věkově podmíněné, např. ateroskleroza. Celý proces je dále ovlivňován vlivem prostředí, který určuje, v jaké intenzitě se změny mohou rozvíjet.

1.2.1 Tělesné změny

Tělesné projevy stáří mají obecné rysy, ale jejich rozsah a intenzita je ryze individuální. Významný fakt je i z pohledu fylogeneze, kdy dlouhodobě nové generace stárnou v lepší zdravotní kondici, což vytváří tlak na vývoj a zkvalitňování sociálních služeb pro seniory (Kalvach, 2004).

Období stáří je charakteristické úbytkem sil jak psychických, tak fyzických. Dochází ke zhoršování zdravotního stavu člověka, kdy pojem zdraví je myšleno jako schopnost zachování soběstačnosti, nikoli jako existence choroby. Obecné změny postihují všechny oblasti, dochází k změně kvality samotného pohybu

člověka a s tím spojené změny na pohybovém aparátu, dochází k postupné atrofii svalové hmoty, průměr kostí se snižuje, stávají se porézními a tím se zvyšuje riziko fraktur. Páteř se zkracuje až o 5cm a hrudní koš ztrácí na objemu a tím se snižuje dechová kapacita.

Dochází ke snížení červených svalových vláken a tím i ke snížení obratnosti, rychlosti, síly i vytrvalosti. Změnám podléhají i klouby, které často podléhají artróze (Hátlová, 2010). *Tělesná výška* se s věkem snižuje a to převážně v oblasti trupu, což je zapříčiněno snížením výšky meziobratlových plotének, kompresí obratlů, hyperkyfózou apod. *Tělesná hmotnost* a body mass index s věkem obvykle stoupají, ale pak dochází k poklesům. Podstatnější je ovšem změna tělesného složení. Přibývá tuk a vazivo, ubývá svalová hmota. Tento poměr je ovšem přímo úměrný prostředí a životnímu stylu člověka. Díky involučním změnám klesá hmotnost i kostry a orgánů. *Změna výrazu obličeje* je typická virilizací u žen v důl. androgenů, šedivění vlasů, alopecie, prodloužení ušních lalůčků, pokles tváří, pokles horního víčka, zvětšování špičky nosu. Zorničky jsou užší. Ztráta zubů pak následně dává odlišný vzhled celé tváře. Ke změnám dále dochází i v *chůzi či postoji*. Typický je nahrbený postoj s cupitavou chůzí. Dochází ke zkrácení kroku a celkovému zpomalení tempa. Mimořádně významné jsou percepční změny postihující zrak, sluch, hmat, chuť, čich. Homeostáza se v procesu involuce projevuje především ztrátou vody což má značný vliv na rychlost rozvoje dehydratace organismu (Kalvach, 2004).

Tab. 2. – Involuční změny vyjádřené jako % průřezové studie u osob ve věku 75 let oproti věku 30 let (Kalvach, 2004).

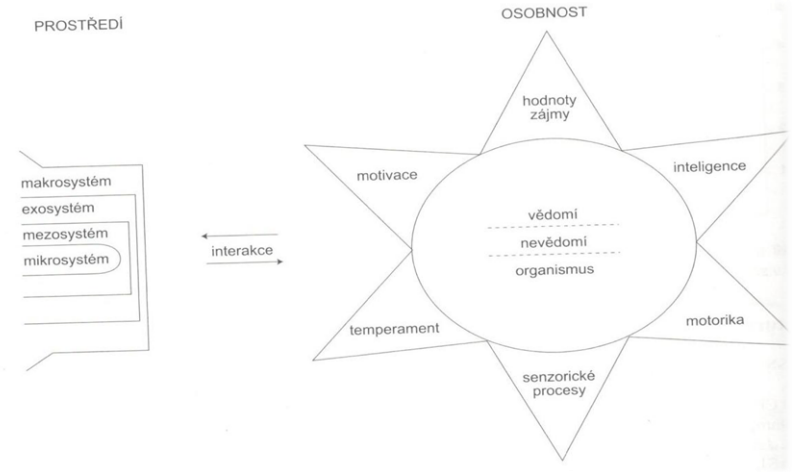
Ukazatel	**%**	**Ukazatel**	**%**
Rychlost nervového vedení	90	Vitální kapacita plic	56
Hmotnost těla (muži)	88	Svalová síla	55
Bazální metabolismus	84	Max.ventilační objem	53
Obsah celkové vody	82	Renální průtok	50
Průtok krve mozkem	80	Maximální dechová kapacita	43
Srdeční výdej klidový	70	Maximální aerobní kapacita	40
Maximální práce dlouhodobá	70	Maximální práce krátkodobá	40
Glomerulární filtrace	69	Počet hmatových tělísek	36
Počet nervových vláken	63	Rychlost vyrovnání acidózy	17
Hmotnost mozku	56		

1.2.2 Psychické změny

Pojem psychika pochází z řeckého slova "psyché" - duše a v různých pojetích psychologie. Biologická psychologie mluví o mysli, duchovní psychologie o duši, ve spirituálním pojetí se hovoří o duchovi. Psychika je souhrn duševních jevů

během celého lidského života. Je to funkce (respektive projev) činnosti nervové soustavy člověka, zejména CNS (CNS - centrální nervová soustava - mozek, mícha). Podmínkou psychické činnosti je aktivace (aktivita organismu, zejména CNS). Psychika reguluje a řídí prožívání a chování člověka (tj. jeho veškerou činnost) na základě přijímání, zpracovávání a vyhodnocování informací z jeho vnějšího a vnitřního prostředí. Můžeme tedy říci, že psychika má funkci informační a regulační (Kratochvíl, 1976).

V péči o geriatrické klienty značně uplatňujeme znalosti z vědecké psychologie a to jak z psychologie vývojové tak psychologie osobnosti. Přístup k seniorovi musí vyžadovat individuální hodnocení, vyžadující i znalost vývojových krizí, znalost vztahů seniora. Přístup řešící zdravotně sociální problematiku je znázorněn v obr.4.



Obr. č.4 - Schéma interakce dílčích systémů osobnosti s jednotlivými ekosystémy (Kalvach, 2004).

Psychické změny ve stáří jako fyziologický proces, je podmíněn jak biologicky tak psychosociálně. Dochází ke změnám kognitivních funkcí a zpomalení percepčních schopností. Člověk ztrácí schopnost adaptability na nové skutečnosti a trvá na stereotypech. Některé vlastnosti člověka se zvýrazňují více, než tomu bylo v průběhu života a to z důvodu ztráty schopnosti skrývat, tlumit či jinak regulovat jeho projev (starostlivost přechází v úzkostnost, spořivost v lakotu atp.). Dále dochází ke změně preference v žebříčku hodnot, dřívější zájmy ustupují do pozadí a dochází k posilování vazeb s blízkými osobami (Hátlová, 2010).

1.3 Pojetí zdraví a nemoci

Snaha o definici zdraví a nemoci je multidimenzionální problém. Mnozí autoři se domnívají, že jednoznačné označení nelze stanovit. Zdraví tvoří tradici v hodnotách společností, uznávanou prakticky ve všech dobách. Zdraví tvoří základní kámen pro naplňování a realizování všech tužeb, potřeb a přání člověka.

1.3.1 Zdraví

Pojetí zdraví se v průběhu dob měnilo a to vždy s ohledem na znalosti a vědomí společenstev. Dnes se setkáváme s velice pestrým pojetím, které v sobě zahrnuje úzce spjaté fyzické a psychické zdraví. Možné definovat:

„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“ (Zdravotnická psychologie, 2006, s. 15).

Dále velmi rozšířenou definicí, která je od roku 1947 obsažena v ústavě Světové zdravotnické organizaci (WHO):

„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (Zdravotnická psychologie, 2006, s. 15).

Lidské zdraví je tedy považováno za relativně složitý systém, který je charakteristický oblastmi fyzické, psychické a sociální, jenž tvoří dynamický celek. Díky kterému se pojem zdraví, a to s konečnou platností, vymanil z tradičního biologizujícího pojetí, které bylo v medicíně zakořeněno. V roce 1984 zveřejnila WHO upravenou definici zdraví:

„Zdraví je stav, které na jedné straně umožňuje jednotlivcům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat potřeby a na druhé straně reagovat na změny a vyrovnat se se svým prostředím. Zdraví se chápe jako zdroj každodenního života a ne jako cíl života. Jde o koncepci, zahrnující společenské a osobní zdroje stejně jako fyzické možnosti“ (Zdravotnická psychologie, 2006, s.16).

Aktuálně je tedy pozornost zaměřena na cíl rozvoje všech těchto dimenzí, které utváří jednotu, nikoli pouze na skutečnost zbavení člověka nemoci. Není možné na zdraví pohlížet jako na něco definitivního a měřitelného, nýbrž na proces, v němž je možný maximální rozvoj možností organismu, probíhající v interakci s přírodním a sociálním prostředím. Proto zdraví člověka nelze chápat jinak než jako dynamickou skutečnost (Zacharová a spol., 2006).

1.3.2 Nemoc

Tento pojem prošel dlouhým vývojem, reflektující vědomosti a informace z biologických oborů. Je nutné pohlížet na nemoc jako na dimenzi biologického, sociálního a psychologického přístupu. Nemoc lze vymezit jako poruchu systému člověk – prostředí, při které dochází ke ztrátě schopnosti organismu vyrovnat se s požadavky v prostředí, ve kterém člověk žije. Nemoc stejně jako zdraví, je charakteristický mnohofaktorovým bio-psycho-sociálním základem. Vzájemná interakce všech dílčích části v tomto systému má za důsledek rozvoj různých poruch, které vyvolávají nemoci a přispívají k jejich rozvoji. Nemoc lze definovat jako:

„stav organismu vznikající působením zevních či vnitřních okolností, které narušují jeho správné fungování a rovnováhu“ (Zdravotnická psychologie, 2006, s.17).

Nemoc tedy znamená určitou odchylku od normální sociální role. Toto pojetí je nastaveno především v důsledku společensky nežádoucího stavu, který oddaluje jedince od společnosti jako takové. Nemoc narušuje běžnou konzistenci stereotypu života člověka a jeho okolí, které se musí na nově vzniklou situaci adaptovat. Tato adaptace může přejít až do obranných mechanismů, které mohou narušovat mezilidské vztahy mezi jedincem a skupinou. Je důležité rozlišovat pojem choroba a nemoc a to vzhledem k tomu, že choroba zahrnuje dva komponenty, a to poškození škodlivinou a dále soubor obranných adaptačních reakcí. Je možné říci, že nemoc je soubor příznaků u konkrétního člověka, kdežto choroba je abstraktní výčet příznaků, vedoucí ke stanovení diagnózy (Zacharová a spol., 2006.)

1.3.3 Postoj k nemoci

Výraz pacient lze definovat jako *„osoba v lékařské péči, jako léčící se nemocný člověk“* (Zacharová a spol. 2006, s.34). Tento termín je odvozen od latinského „patiens“ (trpělivý, trpící) a od „patior“ (trpět). Obecným rysem jsou tedy příznaky určité nemoci, což ho umožní zařadit do určité kategorie dle WHO. Proces změn, které způsobují změnu přecházející od zdraví do nemoci má svoji stránku fyziologickou, patofyziologickou i psychologickou a sociální.

Změna sociální role je pro nemocného člověka velmi zatěžující. Činnost takového člověka je možné vymezit:

Zolův model pěti momentů

1. V jaké míře je nemocný člověk znepokojen symptomem, který je u něj patrný.

2. Jaký charakter tento symptom má.
3. Do jaké míry tento symptom ovlivňuje interakci s dalšími lidmi v jeho okolí.
4. V jaké míře dochází k limitování činností jedince (dovolená, výlet, sport atp.).
5. Jaké sociální sankce stojí v pozadí situace – např. zaměstnavatel hrozí propuštěním.

Nemoc způsobuje zbavení řady povinností. Na tuto skutečnost reaguje každý různě. Tyto pocity mohou být typické apatií, pocitem méněcennosti až deprese. Je popsána řada mechanismů, které mají svoji logiku a reálně či pouze domněle pacienta chrání. Většina z nich je nevědomá. Zaujatá hodnota nemocného k nemoci je typická stanovením určitého postoje, který můžeme členit do několika skupin:

1. Realistický postoj k nemoci – odpovídá reálnému stavu. Adaptace na vzniklou situaci je zcela přiměřená.
2. Bagatelizující postoj – nemocný člověk nepřistupuje ke vzniklé situaci adekvátně. Podceňuje ji, nedodržuje léčebný režim a doporučení. Příčinou může být strach z bolesti, z potíží, z následků, ze ztráty osobní prestiže apod.
3. Repudiační postoj – forma nevědomé disimulace. Nemocný člověk zcela potlačuje existenci nemoci.
4. Disimulační postoj – nemocný zkresluje symptomy. Lékaři podává nepřesné informace. Příčiny mohou být různé, např. snaha o znovunavrácení do pracovního procesu v důsledku finanční stránky.
5. Nozofóbní postoj – je stav, kdy člověk vyhledává, dramatizuje či zveličuje své obtíže, které mnohdy mají triviální charakter.
6. Hypochondrický postoj – je stav domnění existence vážného onemocnění.
7. Nozofilní postoj – osoba, která trpí určitým onemocněním „těží“ ze vzniklé situace a to v důsledku zvýšené pozornosti od okolí, snížení povinností. Častější u dětí, které nemusí do školy, mohou se dívat na TV atd.
8. Účelové postoje – vystupňované nozofilní stavy, které mohou být více či méně vědomé, vázány na lehčí i těžší onemocnění a mohou probíhat i u člověka zdravého (Zacharová a spol., 2006).

Rozlišujeme:

1. Agravace – zveličování symptomů na úrovni vědomé i nevědomé.
2. Simulace – vědomé předstírání nemoci.
3. Repudiace – označována též jako nevědomá disimulace.

Existenci různých postojů k nemoci a odlišné reakce na její průběh by měl mít na paměti každý, kdo pracuje s osobami trpícími určitým onemocněním. Správné

pochopení nemocného člověka vede ke správně stanovenému programu péče (Zacharová a spol., 2006).

1.3.4 Změny v prožívání během nemoci

Jakékoli onemocnění má vliv na prožívání člověka. Negativní projevy ovlivňují osobnost, která se začne projevovat v jiných rovinách, než tomu bylo před onemocněním. Mezi nejtypičtější projevy řadíme náladovost, mrzutost, plačtivost, poruchy spánku, neklid. V souhrnu se jedná o intenzivní emoční reakci. Fyziologickým signálem nemoci bývá bolest, u které je v rámci prožívání klíčové, jakou intenzitou a kvalitou (ve smyslu stupně bolesti a doby trvání) působí. Bolest je jev, který leží na pomezí fyziologie a psychologie. Bolest lze definovat jako:

„nepříjemným senzorickým a emocionálním zážitkem, který je spojen se skutečným či domnělým poškozením tkáně, případně který je popisován v termínech takovéhoto poškození“ (Zacharová a spol. 2006 s. 43).

U bolesti lze rozlišit tři vzájemně determinující stránky:

- Senzorickou – lokalizace místa bolesti, identifikace intenzity a kvality pacientem.
- Emoční – týká se především prožívání nemoci související s motivací bolest zmírnit nebo úplně odstranit.
- Hodnotící – v této rovině se nejvíce odráží myšlení. Jde o srovnání bolesti na základě předešlé zkušenosti.

Z hlediska odezvy lze vymezit bolest v rovinách:

- Subjektivní – typická prožíváním (hlasová/řečová).
- Pozorovatelný projev – posturologie.
- Fyziologické a biochemické – měřitelné.

Bolest nemocného seniora fyzicky i psychicky vyčerpává a deprimuje. Tím je značně ohrožen proces rekonvalescence. Proto je klíčové správně identifikovat bolest a účinně proti ní bojovat tak, aby došlo k jejímu odstranění (nebo alespoň zmírnění) a tím uzdravení (či stabilizaci) člověka.

U seniorů trpící chronickou bolestí v důsledku nevyléčitelných onemocnění je jedna z forem tišení bolesti (od farmakologické a chirurgické) také správný přístup psychologickými prostředky. Jedná se o specifické psychologické postupy zahrnující řadu technik významných pro redukci bolesti. Významnou úlohu hraje profesionální přístup všech osob, které pečují o seniora. To tvoří základ správně nastavené ošetřovatelské péče, která v sobě zahrnuje mimo jiné i přístup psychologický (psychohygiena, empatie, komunikační dovednosti). U chronicky

nemocných osob jsou patrné určité odchylky chování, týkající se jejich vnitřního prožívání projevující se v jejich sociálním životě, vztahu a interakci s druhými lidmi. To jakým způsobem nemocný člověk prožívá svoji situaci, je značně závislé na komplexnosti léčebného a ošetřovatelského režimu a za podpory sociálního okolí, skládajícího se z rodinných příslušníků, přátel, pracovníků podílejících se na péči (Zacharová a spol., 2006).

Každý jedinec je přímo ovlivňován přímo svým prožíváním, které ovlivňuje i následnou fyzickou stránku člověka. U polymorbidních seniorů, kteří trpí bolestí, smutkem ze ztráty blízkých, izolací v důsledku hospitalizace, dochází k interakci všech struktur. Hovoříme zde o pojmu *psychosomatika* (Kalvach, 2004).

1.4 Psychosomatika

Psychosomatika, jak je již patrné ze spojení slov, je interakce mezi psyché a sóma. Tyto součásti lidské integrity nestojí samostatně, ba naopak jsou maximálně propojeny (Poněšický, 2002). Tento pojem vznikl ve 20. – 30. letech 20. st. v souvislosti psychoanalýzou jako koncept psychogenních vlivů na vznik somatických chorob. Psychosomatický přístup představuje z hlediska teorie vědy zásadní paradigmatickou úlohu. Pozornost je zaměřena na interakci systémů uvnitř celku, tak i systémů mezi prvky navzájem vztahy s jeho okolím. Výstižným je výraz G. Batesona*: „rozdíl, který vytváří změnu*“(Kalvach a spol. 2004).

Vývoj psychosomatiky v České republice byl započat oficiálně až v 70. l., založením sekce pro studium psychosomatiky v rámci Psychiatrické společnosti ČLS v roce 1975. Tím můžeme považovat počátek systematické vědecké práce na poli psychosomatiky v České republice. Dále vznikala další pracoviště jako psychosomatická stanice při interním oddělení OÚNZ Třebotov či poliklinické oddělení komplexní terapie OÚNZ Liberec. V 80. letech byly zahájeny odborné přednášky v rámci psychosomatické a behaviorální medicíny postgraduální výuky lékařů a farmaceutů na půdě katedry psychiatrie. Tato odborná příprava probíhala i pro klinické psychology (Baštecký a kol., 1993). Dnes je možné jmenovat řadu odborných pracovišť, která se zabývají psychosomatickými pacienty: Psychosomatická klinika Patočkova, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, Centrum Komplexní Péče Sámova v Praze a Centrum Komplexní Péče Roseta, ISIDA – stacionář pro léčbu psychosomatických poruch v České Lípě, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Hradci Králové, Centrum komplexní péče Dobřichovice, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Jablonci nad Nisou (Psychosomatika, 2010).

Pokud chceme pomoci seniorům v jejich životní etapě, musíme pochopit zdraví a nemoc a nazírat na celou skutečnost komplexně, tedy bio-psycho-sociálně a tím se tedy zachová psychosomatický přístup k člověku a pomůže objasnit řadu

souvislostí (Javůrková, Raudenská, 2011). Tuto rovinu můžeme rozšířit i o složku bio-psychosociálně-spirituální, která počítá i s rovinou duchovní či rovinu ekologickou, myšleno faktory životního prostředí a kulturní vlivy (Mandincová, 2011).

Psychosomatická reakce může být jedna z forem sublimace se zátěžovou situací. Tento jev bývá spojen s negativním postojem k vlastnímu tělu, kdy je jednota těla brána jako přítěž, zdroj problému apod. (Poněšický, 2002).

Přítomnost somatických symptomů bez prokazatelné příčiny je označováno jako somatomorfní porucha. Senioři si často stěžují na řadu potíží typu nechutenství, bolesti, únavu, kdy opakovaná vyšetření neprokazují žádnou příčinu. Rozvoj těchto potíží je právě důsledek jak biologických, tak psychosociálních faktorů. Podle některých studií, mohou být tyto symptomy určitý způsob komunikace v případě vyjádření emocí, či deprivací některých potřeb (Höschl a kol., 2004). Řada autorů užívá pojem funkční porucha, což je stále označení stejného pojmu psychosomatického onemocnění (Asbjorn a kol., 2010).

Nicméně přístup v praxi ve zdravotnických zařízeních je čistě biomedicínský s tím, že pojetí psyché je selektováno v oborech psychologie, psychiatrie, zdravotně sociální péče (Chvála, Trapková 2009). I Freud (2005), ve svém díle uvádí, že je nutno brát zřetel na skutečnost, že se psychický stav člověka se odráží na řadě klinických obrazů, které mohou připomínat somatické onemocnění. Je důležité si uvědomit, že psychosomatický přístup by neměl být brán jako alternativa, nebo protipól EMB („evidence based mediciny“ – na důkazech založená medicína), ale nýbrž jako doplnění (Honzák a kol., 2005).

Vlivem jevů, jako je vliv nemoci, bolesti, ztráty blízkých osob apod., vzniká destrukturalizace v potřebách, který senior do té doby měl sestaveny v určitém pořadí. Jedná se o běžný jev, viditelný u každého jedince, který vstoupí do určité náročné životní situace.. Hovoříme zde např. o ztrátě zdraví, ztrátě blízkého aj., které následně dostanou do popředí určitou potřebu, jako je primární potřeba znovu osvojení zdraví, či potřeba sounáležitosti (Šamánková, 2012).

1.5 Potřeby a hodnoty člověka

„Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní“(Šamánková, M. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci 2012, s. 12).

- Biologický pohled na lidské potřeby je brán ve smyslu homeostázy. Pudy, reflexy, automatizované neuvědomělé činnosti, vycházející z

funkcí organismu. Potřeby jsou tak pojímány jako požadavky na prostředí, které vedou k udržení zdraví (Šamánková, 2012).

- Psychologický pohled lidských potřeb zahrnuje schémata pohnutek lidského chování ve spektru psychologických teorií řady myslitelů (Plháková, 2013).

- Sociologie pohlíží na lidské potřeby jako na požadavky společenských nároků a vztahů sociálních agregátů a celé společnosti (Bauman, 2004).

- Duchovní pohled potřeb zahrnuje smysluplnost bytí, podstaty odpuštění okolnímu světu i sám k sobě, hodnoty ke světu, přírodě, k bohu (Svatošová, 1995).

Hranice mezi jednotlivými oblastmi pojetí potřeb člověka nejsou jednoznačně vymezené. Vždy se jedná o určitý souhrn, který je typický mírou preference, typické pro každé vývojové období (Svatošová, 1995).

V období stáří dochází k určité změně hodnot a tím potažmo i samotných potřeb. Tyto změny probíhají individuálně a v různém rozsahu (Vágnerová, 2010). Potřeby člověka jsou determinovány sociokulturním prostředím, ve kterém člověk žije. Proces stárnutí je proces, který je typický změnou rovin v oblasti vztahů, vnímání, potřeb a forma jejich uspokojování. Saturace jedné potřeby může být na úkor frustrace potřeby jiné (Čevela, 2012).

Stáří je také typické úbytkem sil a změnami zdravotního stavu. A i v důsledku této skutečnosti dochází ke změně struktury hodnotové orientace a základních psychických potřeb. Dalším důležitým pojmem jsou v kontextu motivačních systémů potřeby. Murray pokládá potřebu za neviditelné spojení mezi pozorovatelným stimulem a následným chování. V rámci své teorie rozděluje potřeby na visceriogenní a psychogenní. Do první skupiny řadí např. potřebu vzduchu, sexu, potřebu vyhnout se bolesti a další, tyto potřeby považuje za vrozené. Oproti tomu potřeby psychogenní pokládá za kulturně podmíněné, neboť jsou podmíněny učením. Také v rámci teorie Abrahama H. Maslowa mají potřeby důležitou úlohu. V kontextu humanisticko-holistické teorie zasadil Maslow potřeby do určité hierarchie relativní nadvlády. Podle jeho názoru teprve uspokojení relativně nižších potřeb umožňuje přechod k potřebám vyšším. Od fyziologických potřeb, které stojí na nejnižším stupni hierarchie, dochází k posunu k potřebám vyšším, které jsou charakteristické silnějším sociálním zaměřením. Na fyziologické potřeby tak navazují potřeby bezpečí, dále potřeby sounáležitosti, potřeby uznání a konečně potřeby sebeaktualizační (Nakonečný, 2009).

Jednou z nejčastěji citovaných teorií v oblasti lidské motivace je hierarchie lidských potřeb, kdy tuto teorii vyslovil A.H. Maslow. Uvádí, že lidské potřeby jsou uspořádány od nejnižších k nejvyšším a vyšší motivy se objevují, až když byly uspokojeny potřeby nižší úrovně (Bařtipánová, 2014).

1.5.1 Maslowa hieariche potřeb

Americký psycholog, který stál v 60. letech v popředí humanistické teorie, popsal a rozpracoval nový pohled na lidské potřeby. Vycházel pouze ze skupiny respondentů, kteří byli typičtí vitálností a silou, což bývá mnohdy kritizováno (Plháková, 2003).

Maslow ve své teorii vycházel z pudové teorie S. Freuda, ovšem jeho teorii zcela změnil. Freud tvrdil, že lidská schopnost chovat se agresivně má stejný biologický základ jako silné lidské pudy, tíhnoucí k sebezáchově a sexuálnímu uspokojení. Maslow tedy věřil v opak, než byly myšlenky S. Freuda: Přestože člověk dokáže být agresivní, není takový ve své podstatě, jádrem lidské přirozenosti je dobrota. V okamžiku, kde dochází k projevům chování, které je typické agresivitou, vychází to z neuspokojení základních lidských potřeb (bezpečí, láska a sebeúcta). Maslowova teorie vychází z teorii lidské motivace. Dle této je člověk neustále hnán uspokojovat své motivační pohnutky. Jakmile dojde k uspokojení jedné, nahradí ji jiná. Klíčové je, že pořadí potřeb není zcela náhodné. Lidské motivy jsou hierarchicky uspořádané a jejich místo v hierarchii je definováno mírou naléhavosti. Pokud se současně dožadují uspokojení jakékoli 2 potřeby, do popředí se dostane ta, která je z biologického hlediska naléhavější. Následným projevem potřeby, do kterých je zahrnuta i potřeba fyziologického uspokojení hladu, žízně, je předpoklad, že byly již uspokojeny více prioritní potřeby. S tím souvisí Maslowowa teorie vyšších lidských motivů, jako je láska, spravedlnost, sebeúcta apod. Do té doby byly označované jako sekundární, protože se neprojevovaly u všech lidí. Maslow ale ukázal, že jsou člověku přirozeně vlastní a jejich uspokojení je opět závislé na tom, zda již byly uspokojeny jeho potřeby naléhavější. S teorií Maslowových potřeb souvisí i pojem deficit (stav, který výrazně ovlivňuje motivaci), Maslow rozlišuje dva jevy. Jedná se o D-motivaci, tzn. nedostatkovou, a růstovou B-motivaci, které mají silný dopad na to, jak vnímáme skutečnost. Jedinec, který nemá uspokojeny nedostatkové potřeby, bude hnán k jejich saturaci a to na úkor všemu ostatnímu. Ovšem jedinec, který má tyto nedostatkové potřeby uspokojeny, se bude projevovat pozitivněji. Tento stav Maslow nazývá sebeaktualizací (Bařtipánová, 2014).

V souvislosti s určitou mírou kvality v období stáří je tedy podstatné vycházet z i z této teorie lidských potřeb. Maslow zdůrazňoval skutečnost působení prostředí na naše potřeby. Mapoval pořadí a hierarchii lidských potřeb (Plamínek, 2007).

Tyto potřeby byly uspořádány do hierarchizované struktury, která vychází od nejnižších, které jsou převážně pudové a zaměřené na zajištění biologické existence až k potřebě nejvyšší, což je potřeba transcendentní, která je spojena s prožitkem sebe sama jako součástí většího celku (Vágnerová, 2010).

Autor této teorie také uváděl, že v případě neuspokojení jedné linie potřeby, nedojde k uspokojení ani potřeby seřazené vzestupně (Drapela, 1998).

Obecné dělení těchto potřeb dle Maslowa:

- Nižší deficitní potřeby (tzv. D-potřeby) – kam je možné přiřadit potřeby „nižší“, tedy základní fyziologické potřeby. V okamžiku uspokojení těchto potřeb, a to i částečně, vznikají potřeby další, a to:

- Vyšší potřeby (B-potřeby, metapotřeby) – sem je možné přiřadit potřeby sounáležitosti, lásky, které vyplývají z potřeby člověka k určitému přesahu. To znamená, že postupné uspokojování těchto potřeb nezpůsobuje tlumení, ale ba naopak růst potřeby uspokojování.

Pokud budeme nahlížet na proces uspokojování jako na vzájemný konflikt B-D potřeb, bude zřejmé, že D- potřeby budou uspokojovány primárně. Maslowova teorie ovšem poukazuje, že tomu tak být nemusí. Člověk je schopen zamítnout některou ze svých D-potřeb k dosažení vyššího cíle. Tato rovnice pokračuje i systémem opačného rázu a to systémem uspokojení všech D-potřeb, které ztrácí význam v případě absence saturace B-potřeb – lze vysvětlit na příkladech častých suicidálních pokusů osob, z vyšších vrstev, které nestrádají, ale chybí jim smysl života (Homola, 2003).

Obr. 5 Pyramida potřeb dle A. H. Maslowa (Vysekalová, 2011).

V souvislosti s teorií uspokojování potřeb u člověka, je nutné pamatovat i na skutečnost, že čím křehčí a nemocnější je člověk – senior, tím bývá ošetřujícími

osobami tendence redukovat (především v ústavním zařízení) jeho potřeby na bazální biologickou úroveň. Jedná se o mylnou představu, že veškeré potřeby se redukovaly pouze na zajištění stravy, hydratace, tepla a tišení bolesti. To je zcela mylná představa, protože i umírající či dementní senior, má své vyšší potřeby, které bývají přehlíženy a nahrazeny pouze bazální péčí. Tento přístup vede k odosobnění seniora a senior je následně ošetřován jako věc bez komunikace (Kalvach, 2004).

K významným nástrojům prevence negativních důsledků ústavní péče patří zájem o seniora jako o unikátní a jedinečnou bytost, která je čistě individuálně specifická svými potřebami, a to dle vypracované teorie A.H. Maslowa a také podle koncepce vrstevníků V.E.Frankla (Kalvach, 2004).

1.5.2 Životní hodnoty V. E. Frankla

Psychiatr V. E. Frankl považoval za nejvýznamnější potřebu „smysl života“, jakožto vysvětlení principu životního úkolu, díky kterému dochází k rozvoji osobnosti (Křivohlavý, 2006). Tento vídeňský psychiatr upozorňoval na skutečnost, že každá situace má svůj smysl a tím i konkrétní obsah. Na základě toho, má každá situace svoji hodnotu. V. E. Frankl rozdělil životní hodnoty do oblastí:

- Tvůrčí hodnoty – aktivita člověka směřující ve prospěch sebe či společnosti. Jsou-li však zaměřeny pouze na vlastní uspokojení, ztrácí svoji hodnotu.

- Zážitkové hodnoty – v této oblasti hraje významnou úlohu schopnost přijímat cenné zážitky ze světa, a které zároveň akceptují pozitivní postoj ke světu. Hovoříme zde o lásce, dobru, kráse apod.

- Postojové hodnoty – vyjadřují hodnotu člověka ke věcem, jevům, lidem. Hovoříme zde o nejvyšší hodnotě, která umožňuje identifikaci skutečností v životě na základě určité hodnoty (Vágnerová, 2004).

Pro V.E Frankla je svět objektivně smysluplný. V případě, kdy se člověku nepodaří najít smysl dění, nastupuje u něho noogenická neuróza se symptomy nudy, otrávenosti a apatie. Existuje totiž podvědomí o tom, že ve světě a v životě panuje určitý řád a pořádek. Tuto smysluplnost je možné členit:

- Smysluplnost drobných až triviálních událostí (vstát ze židle, jít na toaletu, atp.) Frakl uvádí, že v každém okamžiku, každý člověk stojí pod požadavkem najít a

chápat smysluplnost toho, co dělá a co se děje – i přes to, že smysluplnost pochopí třeba i s časovým rozestupem.

- Smysluplnost celého života – centrální bod existence každé lidské bytosti. I přes nelehkost uchopení, je si člověk stále vědom snahy, kterou musí vynaložit (Křivohlavý, 2006).

Již byly mnohokrát vyřknuty otázky, týkající se účelu a smysluplnosti života a naší činnosti. V tomto specifickém pojetí o smysluplnosti, se setkáváme s řadou výroků a odborných termínů. Obecně lze považovat, že smyslem života je aktivní, záměrné a úmyslné jednání, které směřuje k dosahování určitých cílů. Tento proces lze označit jako *intence*, což je důležitý pojem vyjadřující, že naše vědomí je vždycky vědomím něčeho a vztahem k nějakému předmětu, cíli, který lze definovat jako žádoucí, či vytoužený stav světa, kterého se člověk snaží dosáhnout nebo ho realizovat svou aktivitou. Tato skutečnost dává cílům jejich smysluplnost. Výchozím bodem snažení je skutečnost rozhodování, členěného do roviny dlouhodobých cílů, tak roviny krátkodobých až mimořádně krátkodobých cílů. Ke každému cíli je přiřazena určitá hodnota a to jak k cílům dlouhodobým (konečným) tak krátkodobým, vedoucím k dosažení konečného cíle. Člověk volí dále cestu k dosažení, kde hraje podstatnou úlohu reálnost kognitivních map, s nimiž při plánování cesty k cíli pracujeme a při které se i odráží vůle k dosažení cíle (Křivohlavý, 2006).

Cíle a motivace byla psychology považována za klíčový vstupní bod do problematiky osobnosti a porozumění jednání lidí. Dynamika jednání lidských bytostí vystihuje pojetí cílů a hodnost, strategie zaměření. Podstatné je zaměření na snahu člověka, která vyjadřuje životní smysl a směr. V průběhu posledních desetiletí, se v psychologii osobnosti pozornost přesouvá od kognitivního zaměření psychologie ke konativní revoluci, protože motivace je zdrojem koherence osobnosti člověka, je silou, která dává smysl v chování a jednání lidí. Mnohé studie potvrzují, že jednání lidí, které směřuje k naplnění jejich cíle, je závislé na pocitu účelnosti svého jednání a pocitu smysluplnosti jejich života. Naděje je jev, který je úzce spjatý s cíleným realizováním určitého úkolu. Dodává mu sílu především tam, kde se toto jednání setkává s překážkami, které blokují dosažení. Což je zdrojem negativních pocitů až pocitu marnosti, které může vést k řadě obranných mechanismů (Křivohlavý, 2006).

Z toho vyplývá, že každý člověk je hnán silou motivů, obsahující hnací sílu potřeb a jejich naplňování. Hodnot, které dávají věcem cenu, snahu o pochopení vlastního směru a smysluplné existence. Proto i v období stáří a umírání je nutné

zachovat celistvost lidské bytosti a poskytnout kompletní péči, zahrnující i péči o *duši* (Kalvach, 2004).

1.6 Duševní životospráva ve stáří

K udržení hodnotového způsobu života ve stáří je nutné dodržovat určité zásady, které pomáhají stabilizovat psychickou kondici. Nelze vyčlenit pouze část, ale je nutné o vzájemnou kompatibilitu, která ve svém celku dává šanci k realizaci cíle a to o poskytnutí kvalitní péče o seniory. Mezi zásady patří:

- Životní perspektiva – tato oblast nezahrnuje pouze pohled do budoucnosti, ale také pohled nazpět – do minulosti. Vyrovnání se a smíření se všemi událostmi, které se v životě seniora staly a které ho případně negativně ovlivňují, je klíčové k nalezení vnitřního klidu. Vzpomínky na jedné straně a očekávání na druhé straně výrazně reprezentují polaritu naší časové dynamiky. Způsob chápání smyslu života tedy může být rozhodujícím činitelem aktuální adaptace. V okamžiku, kdy dojde ke konfliktu z nenaplnění mezi potřebou a samotnou saturací potřeby, může docházet k tomu, že se senior uchyluje k různým obranným mechanismům. Oporou mohou být i kreativní schopnosti. Všechny aspekty vedou k přežití (Kalvach, 2004).

- Pružnost – V pokročilém věku je častá nastupující rigidita. Člověk ztrácí pružnost. Tento jev je čistě individuální, proto vidíme velké individuální rozdíly mezi lidmi téhož věku. Zachování pružnosti ve vysokém věku je mimo jiné zapříčiněné i kontinuálním tréninkem, projevující se udržením pružnosti chování a myšlení, zajišťující dobrou adaptaci na nové podněty. Významný je tělesný pohyb a jeho vliv na udržení pružné adaptace. Propojením motorické a duševní činnosti je velmi žádoucí pro plošné udržení kondice. Pohyb těla může zrychlovat vnímání, rozvoj představivosti a myšlení i rozhodování a dále proud představ nás může podněcovat k pohybu. Jakékoli cvičení v tomto směru je vnímáno jako taková činnost, která velmi pozitivně přispívá k udržení plastičnosti nervového systému a k plynulejší adaptaci v situacích, které nejsou obvyklé. K pohybovým aktivitám se doporučuje duševní gymnastika, přispívající k pružnosti myšlení (Kalvach, 2004).

- Prozíravost – definice pojmu prozíravost z psychologického hlediska, není zcela jednoznačné. Obtížné je odpovědět, zda-li jde o trvalejší schopnost nebo vlastnost, která s věkem přibývá. V souvislosti s obdobím stáří je tento pojem ovšem důležitý. Jde o otázku, zda-li senior je schopen vidět dále,

než jen v rozsahu dané situace. Hovoříme zde o schopnosti vidět a smířit se s budoucností (Kalvach, 2004).

- Porozumění – Schopnost porozumění (empatie) je v každém věku klíčový pro začlenění do sociální skupiny. Porozumění je zaměřeno i na hodnotovou orientaci. Starý člověk hodnotí věci, události, předměty apod. jiným způsobem. Mají pro něj vzpomínkovou hodnotu a pokud se snažíme se starými lidmi nějakým způsobem pracovat a efektivně jim pomáhat, musíme jim i opravdu porozumět (Kalvach, 2004).

- Potěšení – skutečností je, že stáří ubírá mnohá potěšení člověka. Bez radosti ,,vysychá míza“ duševního života a starému člověku chybí citové nasycení. Uspokojení své ,,duše“ nalézá starý člověk v pouhém jednoduchém kontaktu s lidmi, živou i neživou přírodou, umění, knihy, rukodělné činnosti. Lidé se ve stáří dovedou vzdát mnoha věcí, ale neměli by se dobrovolně vzdávat zdrojů radosti. Bohužel ve zdravotnictví a sociální péči není nouze o chmurné příběhy týkající se osamělých nemocných seniorů, kteří jsou opomíjeni rodinnými příslušníky, kteří se domnívají, že starý člověk již nic nepotřebuje (Kalvach, 2004).

Období stáří je tedy typické řadou jevů, které mohou značně ovlivňovat jakoukoli činnost seniora. Jednak zde hovoříme o specifickém zdravotním stavu, kdy klinický obraz je ryze individuální a specifický různými diagnózami. Dále je typický různorodým emočním prožíváním jako reakci na zdravotní komplikace a dále sociální podpora ze strany rodiny, přátel a dalších osob. Jednou z největších komplikací je diagnostika u degenerativního onemocnění o seniora. Tato diagnóza negativně ovlivní všechny pilíře v životě člověka, které se nevratně změní (Kalvach, 2004).

1.7 Degenerativní onemocnění

Degenerativní onemocnění lze definovat jako:

„nemoci charakterizované postupující destrukcí určitých skupin nebo systémů buněk. Příčiny vzniku nejsou známé, někdy mohou mít souvislost s geneticky podmíněnými změnami, metabolickými změnami apod.“ (Vokurka M., 2004, s. 75).

Z objektivního pohledu spatřujeme jen vnější výkonovou stránku osob trpící určitým degenerativním onemocněním a dle toho jejich stav hodnotíme. Pocity, které při tomto hodnocení máme, pramení ze strachu spatření sebe samotného

v této situaci. Jak se ovšem takovýto člověk cítí intrapsychicky, o tom víme vskutku málo (Vágnerová, 2008).

Během tohoto onemocnění dochází tedy ke ztrátě již rozvinutých intelektových schopností. Do tohoto stavu lze dojít až v určitém stupni rozumového vývoje. Z toho důvodu lze degenerativní onemocnění diagnostikovat až po druhém roce života. Do té doby se jedná o mentální retardaci. Charakteristickým rysem degenerativního onemocnění je poškození a zánik neuronů. Patří sem celá škála onemocnění, kterou mezinárodní klasifikace nemocí člení:

MKN- 10

F00*- Demence u Alzheimerovy nemoci .

.0*- Demence u Alzheimerovy nemoci s časným začátkem .

.1*- Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem .

.2*- Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu

.9*- Demence u Alzheimerovy nemoci NS

F01*- Vaskulární demence

.0*- Vaskulární demence s akutním začátkem

.1*- Multiinfarktová demence

.2*- Subkortikální vaskulární demence

.3*- Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence

.8*- Jiné vaskulární demence

.9*- Vaskulární demence NS

F02*- Demence u jiných nemocí zařazených jinde

.0*- Demence u Pickovy choroby

.1*- Demence u Creutzfeld- Jakobovy nemoci

.2*- Demence u Huntingtonovy nemoci

.3*- Demence u Parkinsonovy nemoci

.4*- Demence u onemocnění virem lidské imunodeficience (HIV)

.8*- Demence u jiných určených nemocí, zařazených jinde

F03- Neurčená demence (MKN- 10, Desátá revize, 2009, s.182).

Demence, jako degenerativní onemocnění, bylo v minulosti označení pro osoby trpící „paralýzou duše“ nebo „ ztráty všeho, co je lidské“. Demenci jako úpadek kognitivních schopností poprvé popsal 1838 francouzský psychiatr Esquirol a označil ji jako demence senile.

Syndrom demence lze definovat jako:

„syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se objevuje u Alzheimerovy choroby, cerebro vaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek“ (Koukolík F. 2004, s.19).

Důsledkem této poruchy dochází k narušení orientace místem, časem a osobou, v různých úrovních. Nemocný ztrácí orientaci v okolí, se kterým se běžně setkával. Tento jev může spouštět nepřiměřené reakce. Bloudí ve svém prostředí. Postižení se dále odráží i v narušení verbálního projevu. Úroveň komunikace může ovlivnit celkový úpadek myšlení. Dochází k narušení jak projevu, tak i k chápání toho, co postižený slyší. Mezi základní oblasti, které podléhají úpadku, řadíme:

- Poruchy emotivity – již v počátku onemocnění můžeme pozorovat změnu celkového ladění, emoční reaktivita je nápadná a méně přiměřená. Postižený může trpět zvýšenou lítostivostí, depresí, emoční labilitou. V pokročilejším stádiu dochází k emoční oploštělosti, otupělosti, apatii. Vágnerová dále uvádí, že u většiny osob postižených demencí dochází ke zúžení motivace a redukci zájmů. Zřejmá je preference stereotypní rutiny vedoucí až k rozvinutí apaticko – abulického syndromu.

- Nápadnost v chování – celkový projev je typický obsahově i formálně nepřiměřené dané situaci. Narušení bývá i v jeho dynamice. Postižený člověk je zpomalený, utlumený. Omezení postihuje i mimiku. Může se ovšem projevit neklid spojený s touhou po aktivitě. Výkyvy jsou i v biorytmu spánku a bdění. Pospávání přes den, bdělý stav v noci přináší řadu dalších komplikací. Dále se objevuje tzv. apraxie – úpadek naučených motorických dovedností.

- Úpadek osobnosti – dochází ke změně osobnosti nemocného. Dochází k celkové dezintegraci, která má různě rychlou progresi. Zpočátku může docházet k akceleraci některých osobnostních rysů, což znamená prohloubení určitých oblastí do extrémnější formy. Extrovert se stává až dotěrný, šetrný člověk zase lakotným apod. Vytrácí se schopnost empatie, stávají se bezohlednými někdy až agresivními. Při postižení frontálního laloku dochází ke ztrátě sebekontroly, projevující se například společensky nevhodným chováním (obnažování na veřejnosti, vyprazdňování na veřejnosti).

- Subjektivní význam demence – Jeden z prvních signálů pro nemocného je počínající těžkost zvládání sociální role. V tomto stupni demence si postižená osoba úbytek svých kompetencí uvědomuje. To ústí do různých reakcí na nově vzniklou situaci. V rámci obranného mechanismů může docházet k cílené izolovanosti od společnosti což je kontraproduktivní v důsledku nutnosti tréninku zachování kognitivních schopností.

Demence -*„náleží mezi nejzávažnější choroby vyššího věku. Jsou to spolu s delirii a depresemi nejčastější těžké psychické poruchy v preseniu a v seniu. I když nejsou specifické pro vyšší věk a vyskytují se dokonce i ve věku dětském, s vyšším věkem se procento demencí zvyšuje“* (Kalvach a kol. 2004, s. 546).

Tento typ onemocnění se vyznačuje tím, že k primárnímu rozvoji dochází až po vzniku kognitivních funkcí, kdy v důsledku chorobného procesu dochází ke snižování těchto funkcí. Mezi tyto funkce řadíme např. intelekt, paměť, motivace, výkonné funkce. Sekundárně dochází k poruše nekognitivních funkcí, mezi které řadíme emoce, chování. Při diagnóze demence se objevují tři okruhy poruch:

- narušení kognitivních funkcí
- behaviorální a psychologické příznaky
- porucha aktivit specifická pro běžný život

U syndromu demence se objevují i další symptomy, které jsou přidružené, například se objevují deliria, která jsou komorbidním onemocněním. Demenci můžeme členit do dvou skupin, jedná se spíše o didaktické dělení:

1. Atroficko- degenerativní původ (primárně degenerativní demence).
2. Symptomatické (sekundární) demence, představující příznak určitého systémového onemocnění CNS.

- Ischemicko- vaskulární demence.
- Ostatní symptomatické demence.

Průběh demence a úpadek jednotlivých funkcí probíhá v různém tempu a to s ohledem na příčinu vzniku tohoto procesu. Je vždy individuální a specifický a to i v případě, že se jedná o stejný typ demence. Příčinou těchto rozdílných průběhů je genetická dispozice, premorbidní osobnost, celkový stav nemocného, jak po stránce psychické, tak somatické. Ještě před plným rozvojem klinického obrazu se objevují tzv. komplex mild cognitive impairment (MCI), který je charakterizován poruchou paměti, zhoršení výkonnosti. Toto období se považuje za inkubační dobu demence. Rozvoj demence lze rozdělit do čtyř stádií:

- První stádium- hodnocené jako lehká forma demence, v tomto stádiu dochází k mírnějším poruchám paměti, převážně krátkodobé, obtíže při výbavnosti některých slov, výkyvy v prostorové a časové orientaci, uvažování je pomalé. Jedinci, v tomto stádiu, se snaží o kompenzaci svých nedostatků tím, že kladou důraz na staré vzpomínky a zafixované způsoby chování. Obtíže nastávají v nových situacích, ovšem stereotyp běžných činností je prozatím zachován. Mohou se dostavit některé nápadnosti v chování, zpomalení, apatie a nezájem o aktivity, které byly dříve dodržovány, a tím nastává problematika sociální izolace. Tento stupeň demence vyžaduje kontrolu a občasnou pomoc.

- Druhé stádium- hodnocené jako střední stupeň demence, je závažnější a projevuje se v oblasti dlouhodobé paměti. Jedinec je postižen dezorientací místem a časem. Stav je doprovázen obtížemi s řešením i zcela obvyklých problémů, nechápe ani běžné vztahy a souvislosti. Stav může být doprovázen bludy. Dochází k poruše porozumění verbálního sdělení a snížené schopnosti tvorby mluveného slova, řeč je obsahově chudá a dochází i k obtížím základních verbálních výrazů. Objevuje se apraxie a chování je doprovázeno nerespektováním sociálních norem, úbytkem návyků a nepřiměřenou apatií či agitovaností. Toto stádium je dále spojeno se ztrátou kontroly emocí, úpadkem hygieny a objevuje se inkontinence a tím jedince potřebuje dohled a trvalou pomoc a oporu potřebuje rodina nemocného, která o něj pečuje.

- Třetí stádium- hodnocené jako těžká demence je spojena se zcela rozvinutou dezorientací místem, časem a osobou. Ztrácí se schopnost myšlení. Komunikace je velice omezená, mluvenému slovu nerozumí a ani není schopen nic vyjádřit. Apraxie vysokého stupně způsobuje totální ztrátu běžných dovedností. Dochází ke ztrátě schopnosti sebeobsluhy spojené i s

totální inkontinencí. Jedinec je plně odkázán na péči okolí, ošetřovatelská péče je nezbytná a častokrát je doporučováno ústavní zařízení.

- Čtvrté stádium- je hodnoceno jako terminální. Tento stav je spojen s imobilitou. Kontakt je velmi limitován, jedince nekomunikuje, není schopen rozumět řeči, je zcela závislý na ošetřovatelské péči (Vágnerová, 2008).

Průběh demence v dětském věku je odlišný, než v dospělosti a to z toho důvodu, že inteligence se teprve rozvíjí. K poškození těchto schopností dochází na různé vývojové úrovni, což se projeví na klinickém obrazu. V rámci závislosti na příčině, dochází k zastavení vývoje, stagnaci, regresi. Tím, že k poruše dochází v období vývoje, není vyloučené mírné zlepšení, resp. úpravy stavu v důsledku léčby anebo zrání CNS. Závažnost může být ovšem i velmi variabilní. Klinický obraz může mít různý charakter:

- Narušení emočního prožívání je projev, který může být na počátku nejnápadnější. Jedná se o zvýšenou dráždivost, emoční labilitu, kolísavá nálada spíše charakteru negativního.

- Zhoršení celkové adaptability dítěte projevující se absolutní změnou v obvyklém způsobu chování a ignorováním dříve osvojených norem chování. Dochází k absenci pocitu viny, studu. Ubývá empatie a převládá zlomyslnost, bezohlednost, sobeckost. Tyto projevy mohou být neadekvátně hodnocené jako porucha chování.

- Zastavení psychického vývoje spojené se zhoršením pozornosti, paměti a schopnosti učení. Postižené dítě je vysoce unavitelné a nevýkonné. Dochází i k postižení paměti krátkodobé i střednědobé. Dříve osvojené vědomosti a dovednosti mají tendenci delšího uchovávání. V chování je znatelná regrese dítěte na nižší vývojový stupeň. Myšlení je ulpívavé a stereotypní, dochází k postupnému úbytku intelektových funkcí, rozpadá se schopnost řeči. V konečné fázi dochází k absenci dříve naučených návyků a dovedností, doprovázené nechutí s vykonáváním (Vágnerová, 2008).

1.7.1 Klasifikace demence

Demence atroficko- degenerativního původu

Do této skupiny můžeme zařadit Alzheimerovu chorobu, kórová nemoc s Lewyho tělísky, Parkinsonova nemoc, frontotemporální demence včetně Pickovy choroby, Huntingtonova choroba a progresivní supranukleární obrna (Kalvach a kol., 2004). Podstata je ve vzniku atrofie, která postihuje mozkovou tkáň a to velmi rozmanitým způsobem, protože nedochází k atrofii celého mozku, nýbrž jen

některých jeho částí, které v důsledku dávají předpoklad vzniku rozmanitého klinického obrazu (Bednář a kol., 1963).

Alzheimerova choroba

Alzheimerova choroba se klasifikuje jako demence, která se nejčetněji vyskytuje ve vyspělých zemích. Dle statistik je tento typ demence zastoupen až kolem 50%. K tomu minimálně 10 procent je smíšené etiologie. Dále se dá Alzheimerova choroba členit podle manifestace symptomů na presenilní (před 65 rokem věku) a senilní (po 65 roku věku). Pakliže se tato choroba vyskytuje u více členů rodiny, hovoříme o familiární formě Alzheimerovy choroby. Tato forma je vzácná a vyskytuje se častěji v mladším věku. Většina případů nemá genetické podmínění, hovoříme následně o sporadické formě choroby (Kalvach a kol., 2004). Alzheimerova choroba se tedy vyskytuje ve dvou podobách:

Epidemiologie- Různé statistiky a to i z různých zemí se shodují v tom, že v rámci věku 65let trpí 4- 5% populace formou demence. Z toho 50% jedinců s Alzheimerovou chorobou. Výskyt se každých 5 let zdvojnásobí.

Klinický obraz- Demence vzniká téměř ve všech případech nenápadně až plíživě. Manifestace je vždy předcházená lehkou poruchou poznávacích funkcí. Tato porucha se vyznačuje tím, že je testy měřitelná, porucha paměti, která zatím nedosahuje stupně demence. Diagnostika od doby prvních příznaků do doby exitus letalis je průměrně 7- 10 let. Deviantní hodnoty po obou pólech. Alzheimerova choroba se dělí na stupně poškození CNS:

- Lehké stádium je specifické poruchou paměti ve všech složkách. Četný příznak je porucha prostorové a časové orientace. Nejdříve jedinci bloudí v místech, která znají ale málo a následně i v místech dobře známých. Dochází ke snížení schopnosti logického myšlení, běžných denních aktivit. A velice brzy dochází (oproti ischemicko-vaskulární demenci) k degradaci osobnosti.

- Střední stádium je charakteristické k podstatnému zhoršení paměti, výrazná dezorientace intelektu. Stavy až k amnestické dezorientaci (v důsledku poruchy krátkodobé paměti nedochází k uložení informace, kde se momentálně nacházejí a díky tomu dochází k okamžité dezorientaci). Často v doprovodu s korovými jevy jako afázie, agnózie či apraxie. Jedinci již často nesoběstační, možné spojení již s inkontinencí, závislost na péči druhé osoby. Velmi často se objevují behaviorální a psychologické symptomy, kam řadíme poruchu chování, psychotické symptomy, afektivní poruchy, poruchy cyklu spánek a bdění.

- Těžké stadium je spojeno s těžkou dezorientací místem, časem, osobou. Plně nesoběstačnící a inkontinentní, odkázání na péči okolí. V důsledku hypertonicko- hypokinetického extrapyramidového syndromu, dochází k imobilitě jedince, která je zpravidla doprovázena kachektizací a atrofií svalového vlákna.

Diagnostika- hodnotí plynulost manifestací symptomů. Zhodnocení klinického obrazu, průběhu nemoci i objektivní anamnestické údaje, poskytnuté rodinou. Dále jsou podstatné výsledky pomocných vyšetření, kam spadá řada testových metod včetně výkonnostních testů, jako například Mini Mental test, test kreslení hodin a podobně. Dále zobrazovací metody jako magnetická resonance, počítačová tomografie zobrazují cévní atrofické změny. V rámci testování krve, které hodnotíme z pohledu biochemického, serologického (AIDS) a hematologického vyšetření. Pomáhá nám k vyloučení sekundární demence (př. Při hyperthyreoze, deficit vit.B, a další).

Terapie Alzheimerovy choroby- adekvátní léčba by měla být složená z biologických i psychosociálních faktorů. V rámci biologické (farmakologické) léčby dochází k zaměření na symptomy členěné na kognitivní (paměť, intelekt apod.) a na nekognitivní (chování, emoce apod.), s cílem oddálení nesoběstačnosti a následnou nutností umístění v ústavech sociální péče (Kalvach a kol., 2004). Mezi základními skupinami léků jsou antidepresiva, neuroleptika, anxiolytika, antiparkinsonika, trankvilizéry, barbituráty. Léky nové generace, které prošly již i závěrečnými klinickými zkouškami. Jedná se o inhibitory cholinesterázy a mají schopnost obnovit homeostázu v koncentraci neurotransmiteru acetylcholinu, která klesá. Acetylcholin je neurotransmiter, který přenáší nervové signály a podílí se na paměťových schopnostech (Holmerová, Jarolímová, Nováková, 2004). V rámci psychosociální terapie je nutná reedukace základních dovedností jedinců a jejich aktivizace (Kalvach a kol., 2004).

,,Aktivita, ať již v domácím prostředí, nebo institucí, má přirozeným způsobem navazovat na to, co bylo přerušeno nemocí či institucionalizací, nebo rozvinout to, co zůstalo skryto jako vnitřní možnost a příležitost k růstu. Prostředí, které pomáhá podpořit aktivitu člověka, má být co nejpřirozenější, má vyvolávat příjemné vzpomínky a přirozeným způsobem vzbuzovat potřebu aktivity, která je člověku milá“ (Kalvach a kol., 2004, s. 437). Zde je velice důležitá spolupráce s rodinou pacienta a s pečujícími osobami (pečovatelé) u kterých je nutná edukace v rámci péče o tyto jedince, zprostředkovávaná především Českou Alzheimerovskou společností (Kalvach a kol., 2004).

Smíšená alzheimerovsko- vaskulární demence

Přibližně 10- 15%všech demencí jsou smíšeného typu, to znamená jak neuropatologický podíl alzheimerovských, tak i vaskulárních změn. Tomu odpovídá i klinický obraz; v dlouhodobém časovém měřítku mají symptomy progresivní charakter, ale v krátkodobém měřítku jsou četné výkyvy. Častější jsou i přidružená deliria, deprese i fokální neurologické nálezy. Vyšetřovacími metodami diagnostikujeme jak subkortikální atrofii, tak vaskulární změny. Terapie je obdobná jako u výše popsaného typu demence s rozdílem nutnosti sanace přidružených chorob, jako je např. hypertenze a další (Kalvach a kol., 2004).

Symptomatické (sekundární) demence

Demence ischemicko- vaskulárního typu

Dříve byly tyto demence označovány jako arteriosklerotické. Po Alzheimerově chorobě jsou druhé nejčetnější. Procentuální zastoupení je mezi 15- 30 %. V rámci diagnostiky tohoto typu demence nám pomáhají zobrazovací metody jako počítačová tomografie, nukleární magnetická rezonance. Tyto metody zobrazují přítomnost mozkových infarktů, hemorágií nebo cévních abnormalit. Předpoklad vzniku demence je postižení 50- 100 ml mozkové tkáně. Ovšem pakliže došlo ke krvácení v důležitých lokalitách mozku, stačí i menší množství. Vaskulární demence mají odlišné příznaky. Jedná se o rychlou progresi onemocnění, ovšem s charakterem kolísání a rychlého, náhlého zhoršení (v důsledku nových krvácivých ložisek). Osobnost pacientů zůstává dlouho relativně zachovalá, často je přidružen depresivní syndrom, deliria, ischemické choroby srdce, dolních končetin, hypertenze apod.

Terapie a prevence ischemicko- vaskulárních demencí

I u těchto typů demencí se zjišťuje podíl acetylcholinu, ale rozhodně v menší míře než u Alzheimerovy choroby. V rámci farmakologické léčby se užívají takové skupiny léků, které snižují tvorbu trombů. A dále i léčba zaměřená na přidružená onemocnění. Dále stejně jako u jiných demencí je nutná reedukační a aktivizační péče a práce s odborníky.

1.7.2 Terapie demence

V současné době není dostupná kauzální léčba demence a proto hlavním cílem je oddálit postupné snižování kognitivních funkcí a snížit rychlost jejího postupu, léčit poruchy chování, deprese, anxietu, poruchy spánku, halucinace, paranoidní syndromy, řešit somatické potíže, které demenci provázejí

(inkontinenci, poruchy polykání, bolesti aj.). Komplexní léčba zahrnuje i psychosocioterapii, rehabilitaci a práci s rodinou. Hlavním praktickým úkolem je umožnit setrvání pacienta v domácí péči v kruhu rodiny a zachovat či zlepšit schopnost sebeobsluhy a kvalitu provádění běžných denních aktivit, ale též snížení (nebo nezvyšování) zátěže a stresu pečovatelů. Důležitou a zatím jedinou obecně přijímanou prevencí demence je udržování stálé duševní aktivity, která může zvýšit rezervy mozku. S dementními klienty je nutné procvičování běžných aktivit a to převážně těch, které jsou zatím uchovány. Doporučuje se působení prostřednictvím koníčků, zájmů. Na základě této problematiky byly vypracovány reedukační techniky a různé formy rehabilitací, zaměřené na dílčí části či celý komplex. Vznikají různé společnosti na podporu klientů a jejich rodin i pečovatelům, jako např. huntingtonská společnost nebo alzheimerovská společnost. Systém práce s dementními klienty vede i dalším činnostem jako je kontrola, trénink a vychovávání nemocného. Je důležité dosahovat i o důstojnost klienta. Jak v rodinném prostředí, tak v ústavní péči je nutné dbát o klienty takové, jací jsou (Kalvach a kol., 2004). Terapie u syndromu demence by měla být vedená odborníkem, vyplývá to z výzkumu determinace postoje terapeuta na klienta (Kratochvíl, 1976).

Odborník, který pracuje s dementním seniorem by měl mít na paměti, že hlavním úkolem celého procesu je zachování důstojnosti, spokojenosti a autonomie nemocného a jeho vlastní ochranu před zbytečným strachem, úzkostí a studem. Klinický obraz typický pro demenci je charakterizován ztrátou orientace v čase, místě a osobou. Proto přístup k takovému člověku musí být nastavený dle potřeb, který je typický zvýšenou potřebou vnímat dotek a lidský hlas, které takto nemocné jedince uklidňuje. Demence sice nemocnému brání si zcela sám a podle vlastní úvahy plánovat svoje činnosti, ale nebrání tomu, aby využíval svou dlouhodobou paměť, silně zafixované rutinní dovednosti a návyky, automatické reakce na známé podněty a osvojené vzorce chování. Nemocný si je i během demence schopen vztahovat ke svým hodnotám, rozlišit dobré a zlé, je schopen mít svůj názor, i když se okolí může zdát absurdní. I v pokročilém stádiu demence je schopen vnímat a prožívat a reagovat na příjemné podněty stejně jako dokáže vnímat a reagovat na negativní projevy či špatné zacházení. Při práci je důležité si uvědomit specifikum klinického obrazu demence. Porucha paměti a poruchy pozornosti vedou k plnění jen jednoduchých úkolů a zadání činnosti musí odpovídat stupni onemocnění. Senior s demencí se zaměří k jedné stránce úkolu a nesplní ji jako celek v případě, že by úkol byl složitějšího charakteru. Poruchy vhledu a úsudku či abstraktního myšlení způsobují, že nedokáže předvídat důsledky svého jednání a chápe věci doslovně. Dále i zkreslené vnímání způsobuje neschopnost rozpoznat předměty nebo osoby v neuspořádaném a málo kontrastním prostředí. V souvislosti s tím dochází i k nesprávné interpretaci gest, výrazů, či špatné užívání předmětů. Typická je i apraxie, způsobující nechuť

k účasti na různých aktivitách, kdy samotná nechuť je mylně pak považována za zatvrzelost. Takový typ neúspěchů způsobuje, že člověk s demencí žije ve velké nejistotě a činnostem se raději vyhýbá. Pocity člověka s demencí bývají negativně laděny. Nikdo je nepotřebuje, jsou bezcenní, závislý na druhých. To co skutečně potřebují je programování aktivit tak, aby „prostě něco dělali“. Je zde vysoká potřeba nabídky činností, které pomohou obnovit pocit hodnoty sebe. Plánování celé terapie musí být individuální. Potřeby člověka jsou uspokojeny tehdy, když je vyhověno celému spektru potřeb, které tvoří jeho život. Dementní nemocní patří k nejpodceňovanějším lidem ovšem i v pokročilém stádiu demence je možno zlepšit komunikaci výrazně nad obvyklou úroveň. Mezi uvedené činnosti zahrnujeme:

Volný čas

- Aromaterapie
- Muzikoterapie
- Třídění knoflíků
- Sledování filmů
- Poezie
- Výroba produktů
- Reminiscenční terapie
- Četba
- diskuze

Fyzická aktivita

- Tělesná cvičení
- Chůze
- Zalévání květin
- Prostírání

Každodenní aktivity

- Pletení
- uklízení
- oblékání
- péče o svoji osobu

Socializace

- oslava narozenin
- návštěva rodiny
- společné zpívání

K nejvhodnějším aktivitám patří ty, kde se objevují rytmické vzorce, které se opakují. Zajišťují, že se člověk přímo zapojí a tím mají okamžitou zpětnou vazbu. Mezi důležité skutečnosti dále patří fakt minimalizace nabízených činností, kde je nutná volba a rozhodnost. Pokud se některý ze seniorů nechce připojit k aktivitě, obvykle pomůže, rovnou udávat směr. Nejedná se o nerespektování přání člověka, ale o terapii, vycházející z typu onemocnění. Podstatou je začít danou aktivitu s tím, že senior se svobodně rozhodne k tomu, zda-li se připojí či nikoli (Kalvach, 2004).

1.8 Transformace psychických struktur

Každá somatická choroba působí na psychiku nemocného, protože se jedná o narušení určitých funkcí organismu, které ovlivňuje kvalitu života jedince. Může změnit prožívání a reagování jedince, ale i některé vlastnosti jeho osobnosti. Mezi tělesnou a psychickou složkou je reciproční vztah. Nemoc lze posuzovat objektivně dle lékařského nálezu. Pochopitelně subjektivní obraz samotného pacienta se vždy odvíjí od celkového reagování a je individuálně variabilní. Ovlivňující řadu oblastí včetně chování nemocného. Nemoc egocentrizuje a izoluje, stává se hlavním tématem a vše ostatní má sekundární charakter (Kalvach, 2004).

Obecně je důležitý aspekt symptomu bolesti, který definujeme jako *,,nepříjemná senzorická a emocionální zkušenost, spojená s akutním nebo potenciálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazy takového poškození“* (Rokyta, R. 1998, s. 103).

Na zpracovávání bolestivých podnětů se podílejí různé oblasti CNS. Akutní a chronická bolest se tedy trochu liší, nemá tedy totožnou psychickou odezvu. Akutní bolest vyvolává pocit ohrožení a strach. Chronická bolest nevyvolává tak bouřlivé reakce, ale pokud má charakter dlouhodobého působení, vyvolává zpravidla zhoršení emočního ladění, deprese, beznaděj, snížení tolerance k zátěži (Vágnerová, 2008).

V důsledku choroby samotné se mění sebepojetí člověka. Dochází ke zhoršení sebehodnocení a snížení sebeúcty. V dalším období se na této úrovni projeví i celkové zhoršení kvality života, které mohou zahrnovat oblasti míry soběstačnosti a nezávislosti člověka, především v oblasti osobní hygieny. Dále generalizované omezení možností, zvýšená unavitelnost, která zasahuje i do zájmových aktivit nemocného člověka. Omezení vzniká i v míře sociálního kontaktu, zahrnující i komunikační dovednosti a také zásah do úrovně zachovaného celkového pocitu pohody, jež odráží tělesnou a psychickou kondici (Kalvach, 2004).

V důsledku nemoci se mění základní psychické potřeby a hodnoty člověka. Může se měnit jejich posloupnost v preferenci, způsob uspokojování, motivace apod. Lze předpokládat, že dominantní potřebou je znovuzískání zdraví. Avšak změny se týkají více oblastí:

- Potřeba stimulace a nových zkušeností se spíše snižuje a to právě v důsledku úbytku sil člověka. Některé podněty mohou dokonce působit rušivě. Avšak dlouhodobě hospitalizovaní pacienti mohou být podnětně deprivovaní.

- Potřeba orientace v situaci, která je specifická změnou ve zdravotním stavu. Neznalost zdravotního stavu by mohla evokovat narůstající míru nejistoty a tím zvyšování míry rizika konfliktu.

- Potřeba citové jistoty a bezpečí se v důsledku nepříznivého zdravotního stavu zvyšuje. Onemocnění je obrovská zátěž, která vede ke zvýšenému úsilí získat podporu a tím ke zvýšení emocionální fixace na blízké osoby.

- Potřeba sociálního kontaktu je obtížně saturována v důsledku izolace, která je typická pouze omezenými sociálními kontakty.

- Stejně tak je obtížně saturována potřeba seberealizace a to právě v důsledku nedostupnosti nebo úplné ztráty hodnoty.

- Potřeba otevřené budoucnosti, tj. pozitivní prognózy. Zátěž vyplývající ze závažného onemocnění se vždy odráží v psychickém stavu pacienta. Příklad individuálního zpracování informace o nepříznivé diagnostice dle Kübler-Rossové:

1) Fáze nejistoty před stanovením diagnózy.
2) Fáze šoku a popření.
3) Fáze generalizace negativního hodnocení.
4) Fáze postupné adaptace.
5) Fáze smíření (Vágnerová, 2008).

2 Komplexní péče o geriatrické osoby

Cílem této části rigorózní práce je popis péče o geriatrické osoby, která probíhá v nemocničních zařízeních a to konkrétně v léčebnách dlouhodobě nemocných. Snaha autorky je zaměřena na popis rizik s tím spojených, protože hospitalizace křehkého seniora je velmi specifická. Dojde k popisu odborných termínů jako geriatrický hospitalismus, imobilizační syndrom či geriatrický režim. Dále dojde k popisu interakce oblasti zdravotní a sociální a vysvětlení standardně užívaných testů, určených k získání informací, týkající se somatického i psychického zdravotního stavu seniorů. Tyto skutečnosti by měly sloužit k orientaci všech dostupných možností, které jsou často velmi limitované a které se v důsledku celkového obrazu jeví nedostatečně propracované. Obecně platí, že nejlepší je pro seniora pobyt v domácím prostředí, kdy základní dopomoc je poskytována ze strany rodiny, či terénních sociálních služeb, s cílem zachovat soběstačnost seniora po co nejdelší dobu. V okamžiku, kdy dochází ke změnám zdravotního stavu, dochází k vyhledání zdravotní péče a následně k volbě pobytové sociální péče. Tento proces se takto jeví jasný a v celku jednoduchý, nicméně v reálném životě dochází k řadě komplikací, které znehodnocují život především samotným seniorům.

2.1 Primární sociální skupina a její úloha

Pokud bychom nahlíželi na historický obraz péče o seniory, zjistíme odlišnost kompetence rodiny, jako primárního poskytovatele péče. Péče o seniory byla plně v jejich zodpovědnosti a to prostřednictvím tzv. „vejminků“, které byly součástí rodinného obydlí a kde se tím pádem péče rozkládala na více osob. Modernizace společnosti sebou přinesla i strukturální změny, které postihly tuto primární sociální skupinu v celém spektru. Dochází k atomizaci rodiny, která se z původní podoby členitých rodin, dostává do podoby dvougeneračních typů rodiny, omezené na rodiče a jejich potomky. Dále je v současnosti patrný i jev značné mobility, kdy širší rodina častokrát nesdílí ani stejné město a tím se zvyšuje riziko i narušenějších vazeb. Pravidelná výpomoc je tedy obtížně realizovatelná, což tedy komplikuje možnost se o seniory adekvátně starat v jejich přirozeném prostředí (Singly, 1999).

2.2 Současná péče o seniory

V současné době úlohu rodiny přebírají jiné subjekty. Dochází často k poskytování péče ze strany zdravotnických a sociálních služeb, určené mimo jiné pro seniory. Nemocniční zařízení je specifické zařízení, které plní řadu úkolů. V prvé řadě se jedná o proces vyšetření a stanovení diagnózy. Dalším úkolem je pochopitelně léčba dané diagnózy, nebo alespoň snaha o zlepšení zdravotního stavu. Jiným úkolem je tzv. zdravotnická péče v odrazu s humanistickou stránkou zdravotnictví, která zahrnuje péči o oblasti psychické a emocionální stránky

pacienta. Nemocnice je složitá organizace, která musí dbát i na zajištění vlastního chodu, hospodaření a administrativu. Důležitým aspektem je pochopitelně i finanční stránka, zajišťující chod zařízení. Představa o nemocnici je z pohledu různých generací odlišná. Stále je patrný pohled na nemocnici jako na místo „posledního odpočinku“, především typické pro generaci dnešních seniorů. Nemocniční komplex disponuje řadou specializovaných oddělení, kdy četnost je pochopitelně úměrná velikostí nemocnice. Běžné jsou ambulance zaměřené na variabilní škálu zdravotních problémů, lůžková oddělení a léčebny dlouhodobě nemocných (Křivohlavý, 2002).

Léčebny dlouhodobě nemocných, také označované zkratkou LDN, jsou oddělení, která jsou součástí zdravotnických zařízení. Provozovatelem může být stát, obec, kraj, fyzická či právnická osoba. LDN mohou být součástí zdravotnického zařízení, nebo samostatným subjektem.

Zřizovatel	Počet zařízení	Přepočtený počet lékařů	Přepočtený počet ZPBD	Lůžka
MZ	5	47,75	235,13	931
kraj	14	80,46	386,14	1 351
město, obec	8	58,56	247,89	975
fyzická osoba, církev, jiná právnická osoba	44	215,68	1 103,56	3 892
ostatní centrální orgány	1	1,2	7	23
celkem	72	403,65	1 979,72	7 172

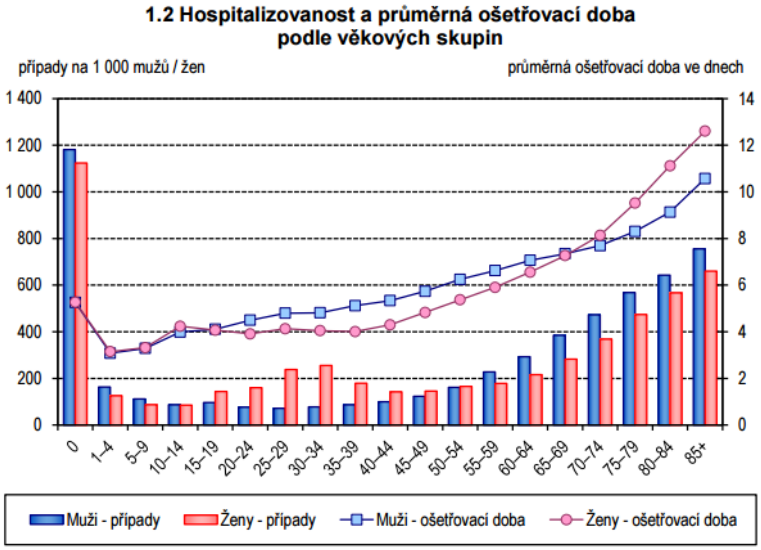
Obr.6 – Léčebny dlouhodobě nemocných v r. 2011 (data ÚZIS.ČR).

Tyto léčebny dlouhodobě nemocných tedy tvoří jakýsi mezistupeň před přijetím do sociální služby. Mnoho seniorů je zde umisťováno do doby, než se zajistí vhodná sociální služba, která zajistí péči o tuto osobu, kterou již rodina v domácím prostředí nezvládá zajistit. Pacient může být tedy z léčebny dlouhodobě nemocných propuštěn jen tehdy, dovoluje-li to jeho zdravotní stav. Propuštěn může být do domácího prostředí za předpokladu, že to jeho zdravotní stav dovolí nebo zda-li je zajištěna péče, která může být poskytována rodinnými příslušníky, nebo terénními sociálními službami. Pokud není možné zajistit péči v přirozeném prostředí seniora, nastává prostor pro výběr vhodné sociální služby (respitní zařízení, domovy seniorů, domovy se zvláštním režimem, stacionáře) aj. Léčebny dlouhodobě nemocných někdy podávají nepřesné informace o možnosti délky hospitalizace, zpravidla je uváděno, že je pobyt na oddělení možný pouze po dobu 3 měsíců s tím, že je následně nutný pobyt hradit. Taková praxe by představovala nejen porušování právních předpisů, ale především nedůstojné zacházení s dlouhodobě nemocnými pacienty. Léčebny jsou vedeny odborným personálem z oboru geriatrie. Mezi lékaři obvykle dominují specialisté z oblasti vnitřního lékařství, všeobecného lékařství a také geriatrie. Dále je péče zajištěna i externími odborníky. Ošetřovatelskou péči zajišťují všeobecné sestry a další pomocný personál. Dále je zde zajištěna sociální péče, rehabilitace a ergoterapie avšak

rozdílným způsobem. Léčebny mohou disponovat i odborníky z řad psychologů, psychoterapeutů, ale obvykle tyto funkce nejsou obsazeny a tím se eliminuje možnost psychologicko-terapeutické péče. Personálu je v léčebnách dlouhodobě nemocných zpravidla méně, než by tomu mělo být ve srovnání s požadavky, které jsou na něj kladeny. Vyhovující péče by měla v těchto léčebnách vždy odrážet individuální potřeby nemocného, které si častokrát není schopen ani z části sám zajistit. Spektrum činností a jejich rozsah, které pacienti v léčebnách vyžadují, je daleko rozsáhlejší, než v jiných ústavních zařízeních. Můžeme tedy konstatovat, že hybnou sílu tvoří právě zajištěný personál, jehož nedostatek zásadně ovlivňuje kvalitu úspěšné péče [JONES, J. Léčebna dlouhodobě nemocných. In: *Průvodce sociálními službami, cit.* 2015].

Délka hospitalizace se pochopitelně odvíjí od závažnosti zdravotního stavu. Oproti jiným oddělením se liší právě průměrnou délkou. K dispozici jsou údaje z r. 2012. Například nejvíce hospitalizací proběhlo na odd. interna, s průměrnou dobou 6,6 dne. Dále chirurgické oddělení, s průměrnou dobou 5,3 dne. Gynekologicko porodnická odd. vykazují pouze 3,8 dne. Ovšem léčebny dlouhodobě nemocných vykazují průměrnou dobu hospitalizace 44 dní (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2013).

Dle Meziresortní komise integrované péče je zásadním problém léčeben dlouhodobě nemocných fakt, že tyto léčebny často nahrazují pobytové sociální služby (v důsl. dlouhých čekacích lhůt) a tím dochází k neefektivnímu čerpání finančních prostředků ze strany pojišťoven, což například vyplývá z kontroly Všeobecné zdravotní pojišťovny na Českolipsku, kdy bylo zjištěno, že léčebny na Českolipsku suplovaly sociální péči v regionu a to až z 80%. Výrazný nárůst délky hospitalizace s ohledem na věk pacienta je patrný v obr. 7 (Sociálně zdravotní péče o seniory, 2009).



Obr.7 – Hospitalizace a průměrná ošetřovací doba (Sociálně zdravotní péče, 2009).

Geriatrická nemocniční oddělení se poprvé objevila ve Velké Británii ve 40. Letech 20. Století, jako reakce na skutečnost, že seniorům byla poskytována jen bazální ošetřovatelská péče, bez zajištění adekvátní rehabilitace a obnovy soběstačnosti. M. Warnerová se zasloužila o založení prvních geriatrických diagnosticko-rehabilitačních zařízení a tím přispěla ke zvýšení účelnosti celé péče a umožnila propouštění některých seniorů zpět do domácí péče (Means, 1985).

V našich podmínkách vzniká síť oddělení, specifických péčí o seniory. Jedná se o oddělení léčeben dlouhodobě nemocných, známe pod zkratkou (LDN). Hlavními úkoly těchto oddělení je včasná diagnostika, komplexní geriatrické hodnocení zajišťující objasnění jejich imitací a zhodnocení zbytkového funkčního potenciálu, prevence geriatrického hospitalismu, zabránění zhoršení zdravotního stavu včetně zabránění vzniku imobilizačního syndromu a eliminace dlouhodobě neúčelné hospitalizace, důsledná fyzioterapie a ergoterapie přesahující rozsah standardních odděleních. Tento specifický druh rehabilitačně geriatrických oddělení by měl tedy naplňovat řadu cílů, kterými se dosahuje rehabilitační a rekondiční činností. Skladba pacientů těchto oddělení je tedy tvořena různorodou škálou diagnóz. Jedná se o stavy po úrazech a operacích, po amputacích, svalové atrofie, či celkového zhoršení zdravotního stavu. Problémem seniorů je ovšem schopnost zvládat rehabilitaci u multimorbidních nemocných, kteří jsou následně označování jako kontraindikované z důvodu např. diagnostiky demence. Značnou úlohu zde hraje i posilování účelnosti provozních nákladů nemocnic, kdy se část rehabilitačních kapacit rozkládá i mezi pacienty na jiných oddělení nebo

ambulantním pacientům. Proto v současné době plní podstatu rehabilitačně geriatrických oddělení pouze částečně léčebny dlouhodobě nemocných, které nejsou zcela v kompetenci zajistit geriatrický režim (Kalvach, 2004).

Geriatrický režim – definujeme jako *„souhrn geriatricky modifikovaných, individualizovaných a provázaných postojů a přístupů, které zvyšují bezpečnost a účelnost hospitalizace křehkých geriatrických pacientů. Jde především o rychlejší, komplexnější a funkčně orientovanou diagnostiku, o včasnější terapeutickou intervenci a o prevenci geriatrického hospitalismu, včetně snižování potřeby překladu do následné ústavní péče se zkrácením ošetřovatelské doby“* (Kalvach, 2004, s. 480).

Mezi klíčové cíle geriatrického režimu zařazujeme postupy, týkající se cílené prevence očekávaných komplikací a tím rozvoji nežádoucích změn. Včasná a důsledná prevence imobilizačního syndromu, definovaného jako: *,,soubor negativních důsledků inaktivity na lidský organismus, postihující nejčastěji seniory“* (Vokurka, M., Praktický slovník medicíny, 2004, s. 195), je úprava farmakoterapie k eliminaci substituce léků, ovlivňující aktivitu seniora, individuální přístup, zajišťující prevenci, stanovení multidisciplinárního programu, který svou podstatou přesahuje příčinu hospitalizace. Klíčovým je časný a intenzivní program fyzioterapeutický, ergoterapeutický a rekondiční a celková podpora seniora, vedoucí k celkové aktivizaci. Zásadní problematika hospitalizace seniora je, že ze standardní hospitalizace se může stát neúčelná dlouhá hospitalizace geriatrických pacientů, přesahující objektivní potřebu nemocniční péče. Tento jev je dán řadou faktorů. Jedná se o soustavu oblastí, které nepřispívají k funkčnosti včasného propuštění seniora do domácího prostředí. Od mnohdy špatně dostupné terénní péče, či sociálních služeb, po nefunkčnost základní podpory rodinných příslušníků. Jednou ze zásadních příčin je také nadměrná ztráta soběstačnosti během hospitalizace, zapříčiněná ztrátou zájmu o jeho funkční zdatnost. Klíčový je zde těsný kontakt rehabilitačních složek, protože během hospitalizace dochází k poklesu kvality života, doprovázený stresem ze změny režimu (Kalvach, 2004).

2.3 Hrozící rizika v péči o seniory

Specifickým jevem je tzv. geriatrizace nemocničních služeb, která je typická zvyšováním podílu seniorů na spotřebě nemocniční péče. Senioři tvoří stále narůstající část pacientů a vykazují křehčí stav a četnější komplikace, které vyžadují i krátkodobou hospitalizaci. Tyto hospitalizace se velmi často komplikují ovlivnitelnými jevy a tím dochází i k prodloužení hospitalizace, které má negativní dopad na seniora samotného. Nejčastěji dochází ke geriatrickému hosptalismu se vznikem imobilizačního syndromu (Kalvach, 2004).

Hlavním důvodem rozvoje geriatrického hospitalismu a imobilizačního syndromu je problematika čekací doby do propuštění seniora do domácí či sociální péče a také hospitalizace jako forma neúčelného řešení sociální situace, kdy tak hovoříme o tzv. sociální hospitalizaci. Je obvyklé, že senior je často rehospitalizován a často překládán z oddělení na oddělení s nedostatečnou identifikací rizik a specifických potřeb v širokém spektru bio-psycho-sociálním. Opomíjeným problémem je ztráta tělesné kondice u zdatných seniorů, ke kterému dojde právě během hospitalizace (Kalvach, 2004).

Hospitalizace

Je stav, zaručující dodržení léčebného režimu. Při adekvátně nastaveném terapeuticko-léčebném procesu je i předpoklad, že se pacient sám zapojí do vlastního léčebného procesu. Hospitalizace v nemocničním zařízení, je bez ohledu na nemoc, vždy vážnou změnou v životě člověka. Schopnost adaptace na nové prostředí se značně liší dle individuality jedince (Zacharová, Šrámková, Hermanová, 2006).

Geriatrický hospitalismus

Jedná se o souhrn nespecifických negativních důsledků, vznikajících během hospitalizace seniora a to nad rámec nezávislých komplikací. Tento stav komplikuje úspěšnost péče a léčby jako takové, ale dále zvyšuje i nákladnost hospitalizace v nemocničním zařízení. Je nutné zdůraznit, že hospitalizace netvoří jen kladnou cestu k léčbě a eliminaci zdravotních problémů, ale mnohdy u křehkých pacientů, jde o mimořádně závažnou a nebezpečnou událost. Tuto skutečnost by si měli hlavně uvědomit zdravotníci, kteří se o takové křehké pacienty starají. Jedná se zde o komplexní péči, zahrnující záchranu života, zmírnění utrpení a vyřešení diagnosticko-terapeutického úkolu ale také obnova sociální role a uchování nebo znovuzískání potenciálu pro rychlý návrat do jejich přirozeného prostředí (Kalvach, 2004).

K základním projevům hospitalismu patří špatná adaptace na změnu prostředí, nástup úzkostných stavů až po depresivní syndrom, vycházející z otřesení ze ztráty důstojnosti, sebedůvěry a s nástupem apatického stavu specifického rezignací. Jde o zcela významnou negativní změnu sociální role, významný pokles výkonnosti ve smyslu denního režimu a specifické náplně denních aktivit a způsobu trávení volného času. Nebezpečí rozvoje hospitalismu lze zmírnit, či zcela eliminovat jednáním ošetřovatelského týmu. Jde v podstatě stále o přímý vliv nemocničního prostředí na seniora. Tím by se měl cíl zdravotníků rozvinout

z přímého zvládnutí konkrétní zdravotní problematiky také na ochranu osobnosti v celé své rovině (Kalvach, 2004).

Hospitalismus je tedy důsledek sdružení více faktorů, působících na dlouhodobě hospitalizovaného pacienta. K této skutečnosti přispívá i nucená nečinnost a nepodnětné prostředí, které je typické omezenými sociálními kontakty a rutinními činnostmi, na podkladě kterém může vznikat i psychosociální trauma. Syndrom hospitalismu postihuje všechny věkové kategorie, ovšem nejčastěji postiženou skupinou jsou děti a staří lidé, právě díky omezené možnosti orientace v novém prostředí. Riziko vzniku je přímo úměrné době hospitalizace (Zacharová a spol., 2007).

Významnou úlohu ve vzniku hospitalismu se dále podílí i skutečnost již získané minulé zkušenosti, která je ne vždy spojená s pozitivním prožitkem (Wirthová, 2011). Rozvoji syndromu hospitalismu může jednoznačně zabránit ošetřující personál. Hospitalismus u seniorů je typický uzavření se do sebe a upřednostňování krátkodobých cílů, před dlouhodobými (Šafránková, Nejedlá, 2006). Do komplexního obrazu hospitalismu můžeme přiřadit i další typické aspekty, jak např. imobilizační syndrom, vysoké riziko pádů, dekubity, infekce i nozokomiálního charakteru. Z toho jasně vyplývá závažnost syndromu, který nepostihuje jen psychickou stránku člověka, ale působí komplexně (Kalvach a spol., 2004).

U seniorů je tedy vysoké riziko rozvoje infantility – závislost na okolí, pasivita, emoční labilita, zájem o uspokojení pouze základních fyziologických úkonů (příjem, výdej). Skutečnost návyku, na zprostředkované péči ze stran druhých, také významně posiluje vznik tohoto syndromu, který následně zapříčiní i odmítání dimise do domácího prostředí. Je jednoznačné, že pobyt v nemocničních zařízeních sebou nese množství úskalí, proto by zdravotní personál měl dbát na eliminaci všech rizik vedoucí k rozvoji hospitalismu (Šafránková, Nejedlá, 2006).

Je nutné, aby si zdravotní personál dále uvědomil, že tělo i mysl člověka je možno trénovat a to tak, aby i ve vyšším věku byla zachována relativní kondice. Pokud k tréninku nedochází, nastává tzv. proces atrofie či stagnace. Skutečnost přibývání nemocí s ohledem na zvyšující se věk není nevyhnutelný úděl, ale výsledek toho, co jsme do života vložili. Životní styl, návyky, stres, pohybová aktivita, dostatek spánku, to vše se odráží ve vysokém věku. K dispozici je řada výzkumů, zjišťující efektivitu celkové aktivity u osob ve vyšším věku, vždy s prokazatelným výsledkem účinnosti. Nicméně aktuální otázkou zůstává, jak zajistit kvalitní a komplexní péči o osoby, které mají sníženou soběstačnost a které tím pádem vyžadují pobyt ve speciálním zařízení, které by mělo nahradit domov, zajistit kvalitní zdravotní a sociální péči a zabránit patologickému chátrání a to jak fyzického tak psychického. Bohužel mnohdy je kladen důraz na pouze péči

zdravotní, kdy starý člověk pasivně leží a je odevzdaný svému osudu. To dokazuje i řada přesvědčení mnoha odporníků, jako například výklad nejmenované lékařky – specialistky: „U starých lidí nad 75 let dochází k určitým změnám v životních potřebách oproti mladší a střední generaci…potřeby seberealizace, a sebeaktualizace jsou převážně saturovány… Z fyziologických potřeb preferují jídlo, dále mají problémy s vyměšováním, chtějí více spánku a odpočinku, být bez bolesti a mít teplo a pohodlí“ (Rheinwaldová, E., 1999, s. 11).

Tento přístup je pochopitelně špatný a je typický potřebou třídění, seřazování lidí dle kategorií. Opomíná se v něm, že každý člověk je jedinečná individualita. V jakémkoli stavu má být o člověka pečováno tak, aby se cítil spokojený a klidný a zároveň aby byla zachována jeho lidská důstojnost. Nejjednodušším řešením by byla transformace přístupu u všech zařízení pečujících o starší občany, a to tak, aby byl brán jako biologicko – fyziologicko – socio – psychologický celek. Obyvatelé zařízení pro starší občany jsou často vystaveni podmětově chudému prostředí, deprivaci některých potřeb, jako například seberealizace apod. U každého pacienta/ klienta by mělo být nutné sledování cíle, pokud není možné stav zlepšit, tak je tu prostor pro to, zmírnit jeho celkové zhoršování (Rheinwaldová E., 1999).

Pokud by mělo dojít v stávajících podmínkách ke změnám tak, aby každý pacient/ klient měl svůj pokoj, tím zachované soukromí či vybavené dílny, bylo by to pochopitelně nerealizovatelné. Změna by primárně měla dojít v myšlení zúčastněných osob, pečujících o staré občany. Uvedené změny by se měly především týkat odklonu od lékařského pojetí k humanistickému modelu péče. Vedle tradičních zaměstnanců, jako ředitelů, vrchních, staničních, řadových sester, ošetřovatelek, by měly být v každém zařízení i pracovnice terapeuticko – aktivizační, která by se aktivně věnovala potřebám i těch klientů, kteří jsou upoutáni na lůžko. V našich zařízeních vedou tyto aktivity většinou sociální pracovníci, nebo sestry, které mají v náplni práce řadu dalších činností a k aktivizaci geriatrických osob nejsou řádně školeny v obl. vzdělání volného času. Zajištění volnočasových programů v nemocničních zařízeních pečujících o seniory, by mělo efekt na zvýšení kvality psychického stavu samotných klientů a tím docílení nejvíce možné stabilizaci zdravotního stavu v souvislosti s psychosomatickými nemocemi (Rheinwaldová E., 1999).

2.4 Interakce oblasti zdravotní a sociální

Vzájemná propojenost obou oblastí je nezpochybnitelná, je zde ovšem patrný ne zcela odpovídající stav, který může pramenit i v nedostatečném propojení resortů dvou systémů Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva zdravotnictví.

Díky skutečnosti nízké propojenosti všech oblastí péče, počínající domácí, zdravotní i sociální dochází k tomu, že na nemocničním lůžku mnohdy končí lidé, kteří ho nepotřebují, tím je myšleno, že by mu mohla být poskytnuta péče prostřednictvím rodiny, nebo pobytového ústavního zařízení. Situace je následně komplikována i skutečností dlouhých čekacích lhůt v případě zájmu o umístění do domova pro seniory. ČSÚ uvádí r. 2007 celkem 48 131 neumístěných žadatelů o domov seniorů. Celková kapacita domovů je 41 618 míst. Během hospitalizace pak není poskytnut dostatečný individuální přístup k pacientům, který se vyznačuje níže popsanou absencí principů geriatrické medicíny (Sociálně zdravotní péče o seniory, 2009).

Během hospitalizace se setkáváme s problematikou geriatrické medicíny, typické nízkým zdravotnickým podvědomím o podstatě tohoto oboru. Projevující se poskytováním výhradně zdravotní péče bez propojenosti uspokojování všech potřeb křehkého geriatrického pacienta, nerespektování propojenosti sociální péče. Je nutno mít na paměti, že tato zdravotně sociální péče je determinována řadou skutečností, ať už společenským statusem, tak i způsobem života. Modulují obraz a závažnost choroby. Klíčovým faktorem hraje otázka soběstačnosti v průběhu onemocnění, ale i po skončení léčby. V klinickém pojetí chorob zde sociální faktory sehrávají důležitou úlohu ve smyslu rizikových faktorů při vzniku psychosomatického onemocnění, kdy se celý tento proces odehrává vně zdravotnického systému. Jejich hodnocení a ovlivňování je proto také náplní práce sociálně zdravotní činnosti. Hospitalizovaní senioři trpí širokým spektrem obav, vyplývající už jen z přítomnosti stáří jako takového. Jedná se především o strach z prodlužování nekvalitního života, typického odkazem na péči druhé osoby, označované od starověku jako stáří bolestné. Dnes již máme mnoho trendů, týkající se této problematiky. Těžištěm je ovšem považována myšlenka podporující aktivní rehabilitaci, vytváření podmínek pro smysluplnost a seberealizaci života ve stáří. Podceněním této skutečnosti docílíme pouze k pasivitě samotných pacientů, tedy k terapeuticko - rehabilitační zanedbanosti, zvyšující potřebu dlouhodobé ošetřovatelské péče. Tento koncept vychází z představy určitého fenotypu stáří, kdy k jeho hlavním faktorům patří:

- Zákonitá biologická involuce somatická i psychická, determinována jak programově tak i působením vnějších vlivů. Reálná možnost jejího ovlivnění je doposud stále sporná.

- Projevy a důsledky chorob, které zahrnují nutnost rozlišení symptomů fyziologické involuce od chorobné změny. Tím je myšlena skutečnost, že choroba jako taková nepřichází zákonitě s věkem a zároveň choroba vzniklá v průběhu života neznačí proces involuce.

- Důsledky inaktivity jak somatického rázu tak po stránce psychické způsobené řídnutím synapsí v mozku, často mohou být zaměněny za projev involuce, nicméně longituální studie dokazují, že aktivita člověka je přímo úměrná vitalitě.

- Vlivy prostředí jsou bezpodmínečně prokazatelné po stránce fyzikální i sociální. Stav prostředí ovlivňuje seniora přímo. Je zde prostor k možnosti aktivnímu způsobu života, ale zároveň je tu možnost zatlačení do role pasivního příjemce. Jedná se o široký prostor, který je naší společností stále podceňován.

- Vlastní individuální pojetí stáří vycházející z osobnosti, přesvědčení, životních vzorců, schopnosti adaptace na stáří. Všechny tyto oblasti se však dají ovlivnit a docílit změnou postoje z pasivního příjemce na aktivní subjekt.

Tyto jmenované faktory ovlivňují úspěšnost celého procesu, nicméně i přes existenci zdravotních obtíží, či limitování ze strany psychosociálních faktorů, je stále možné reálně pozitivním způsobem situaci ovlivňovat a tím docílit možného zlepšení tělesné i psychické kondice vedoucí k seberealizaci, autonomii a participaci seniorů. Řada postupů může pozitivně ovlivnit fenotyp stáří, jako například tělesná aktivita obecně, která má blahodárně účinky na metabolismus člověka. U starého člověka obzvlášť. Pravidelný pohyb působí na funkci kardiovaskulárního systému. Úbytek svalové hmoty, typické pro involuční proces je možné zmírnit pravidelnou aktivitou, která následně vede ke snížení rizika srdečních příhod, k akutním poškozením svalů či chronickým zánětům (Kalvach a spol., 2004).

2.5 Komplexní geriatrické hodnocení CGA

Pro možnost individuálního přístupu, který je nutný stanovit ke každému seniorovi, slouží baterie hodnocení známá jako komplexní geriatrické hodnocení CGA (comprehensive geriatric assessment), která umožňuje zahájit multidimenzionální diagnostický proces, vedoucí k celkovému obnovení zdravotní, funkční a psychosociální kompetenci křehkých seniorů. CGA rozvíjí zájem o funkční souvislosti ve vztahu ke konkrétním podmínkám a ke konkrétním seniorům. To umožňuje snadnou identifikaci, do té doby opomíjených příčin komplikací, či různých obtíží a tím může značně dopomoci k obnově soběstačnosti

a znovuzískání kvality života a zlepšení zdravotního stavu a celkové prognózy. CGA je možné realizovat ze strany zdravotnického personálu a to v celém rozsahu. Ovšem optimální se jeví tvorba multidisciplinárních geriatrických týmů, jenž složení tohoto typu odborné skupiny by mělo zajišťovat spektrum kompetencí, které není standardní na běžných lůžkových odděleních. Jedná se o interkaci oblastí ošetřovatelství, ergoterapie, fyzioterapie a další (Kalvach, 2004).

Koncept CGA je modifikován od původních intervenčních přístupů, které byly aplikovány na geriatrických odděleních, které byly prosazovány ve 30. a 40. letech 20.století M.Warrenovou. Jejím hlavním cílem bylo, zajištění nejdříve vhodného a komplexního posouzení zdravotního stavu a následně stanovený postup s ohledem na specifikum individuality. Od počátku 70. Let se CGA začal prosazovat i v USA v geriatrických klinických center. V roce 1992 přišel v platnost zákon o vzniku geriatrických oddělení se zajištěnými CGA metodami, který byl následně důsledně uplatněn v kurzech vzdělávacího Mezinárodního gerontologického institutu OSN na Maltě.

Oblasti zájmu komplexního geriatrického hodnocení v rámci CGA jsou především:

- Osobnost pacienta
- Tělesné zdraví
- Funkční výkonnost
- Duševní zdraví
- Sociální souvislosti
- Základní postupy CGA – klinické vyšetření, posouzení duševního stavu, hodnocení výkonnosti

Tyto oblasti jsou dále rozpracovány do soustavy dotazníku, který je kombinovaný s funkčním vyšetřením seniora. Probíhá v několika rozvíjejících se úrovních, které zahrnují seniora a vliv prostředí, ve kterém se vyskytuje, ale také odráží jeho aktuální zdravotní stav. Vedle klasických diagnostických postupů, prostřednictvím široké škály vyšetřovacích metod, zde máme k dispozici pomocné vyšetřovací metody. V rámci CGA je jedním z pomocných vyšetřovacích metod tzv. vyšetření kognitivních funkcí pomocí mini mental state examinitation (MMSE), zjišťující přítomnost degenerativních poruch (Kalvach, 2004).

Kognitivní funkce definujeme jako *,,rozpoznávací funkce, týkající se vnímání a myšlení. Řadíme myšlení, paměť, orientace, jazykové dovednosti, úsudek“* (Vokurka, 2007, s.231)

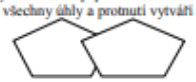
Jsou to tedy funkce, které zajišťují zpracování informací, které jsou čerpány z okolí. Poruchou těchto funkcí dochází k narušení výkonných funkcí, mezi které řadíme motivace, vůle, plánování činností, jednání apod. (Kalvach, 2004).

Mini Mental State Examination (MMSE)

MMSE je tzv. Folsteinův test, a tvoří neužívanější testovou baterii ke zjištění demence či počínajícího narušení kognitivních funkcí. Skládá se ze 30 bodů, které hodnotí 10 funkcí: orientaci, zapamatování, pozornost a počítání, výbavnost paměti, pojmenování předmětů, opakování věty, třístupňový příkaz, čtení a vyhovění příkazu, psaní, obkreslování podle předlohy. Za každé správně provedené cvičení dostává testovaný určitý počet bodů. Plný počet bodů, které lze získat je 30. Výkon v pásmu 27-30 neznamená organické mozkové postižení (Kalvach, 2004).

Pro nastavení optimální péče, určené seniorům, je důležité znát potřeby seniora. Proto by péče měla být sestavena dle individuálních zvláštností, které nám pomůže upřesnit proces pozorování a znalost v odborné teoretické základně. Nicméně celkový obraz somatického a psychického stavu nám umožní až přesné testování pomocí CGA a MMSE testu, které přesně stanoví míru a četnost potřeb seniora a jeho možností (Kalvach, 2004).

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max.skóre:
1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod. - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?)	 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta-například židle, okno, tužka)a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod	3
3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.	5
4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)	3
5. Řeč,komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př.tužka,hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval: - Žádná ale - Jestliže - Kdyby Dejte nemocnému třístupňový příkaz: *„**Vezměte** papír do pravé ruky, **přeložte** ho na půl a **položte** jej na podlahu.“* Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl) Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník. 	 2 1 3 1 1 1
Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu	

Obr. 8 Mini mental test (Kalvach, 2004, str. 324)

3 Kvalita volného času a aktivizace hospitalizovaných seniorů

Autorka se v této části práce zabývá problematikou pojetím volného času u seniorů a tím relativně problematickým definováním tohoto pojmu. Popsána je i problematika volného času seniorů ve specifickém prostředí jako je nemocniční zařízení. Autorka dále uvádí faktory, ovlivňující průběh a podobu trávení volného času u seniorů a dále bude uveden výčet možných činností, realizovatelné v tomto specifickém prostředí a v neposlední řadě i výčet konkrétních činností. V této kapitole budou dále rozlišeny termíny jako je ergoterapie, fyzioterapie, aktivizace a kognitivní rehabilitace. V této kapitole autorka dále popisuje aktuální legislativní oporu dané problematiky.

3.1 Volný čas během hospitalizace seniora

Především u pojmu *volný čas* se často setkáváme s bagatelizací ze strany široké veřejnosti. Na tuto skutečnost upozorňuje i Jan Průcha (2009). Volný čas je fenomén, který přímo ovlivňuje samotnou kvalitu života. Proměňující se s ohledem na životní etapu, prorůstající do všech fází života (Němec, 2003). Volný čas je tedy typický v každém věku, nicméně řada autorů definuje volný čas pouze ve vztahu k dětem a dopívajícím, tím se senioři dostávají do stinné pozice. Dalším problémem je samotná definice volného času, která častokrát nevystihuje všechny aspekty s tím spojené. Nejvýstižnější definicí volného času seniorů lze považovat:

„Volný čas seniorů je takový čas, kdy jsou provozovány zájmové aktivity na základě fyzických, psychických, sociálních a zájmových aspektů jednotlivých osob, které jsou vykonávané mimo čas věnovaný péči o vlastní osobu, domácnost, rodinu a uspokojování základních potřeb jedince v seniorském věku. Jedná se o takové aktivity, které přinášejí radost, zábavu, spokojenost, potěšení a uspokojení.“(Janiš ml., 2011, s. 694).

Období stáří je označení období fáze života, který je hodnocen jako důsledek involučních změn, probíhající v individuálním tempu a projevu, který je ovlivňován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, vlivy sociálně ekonomickými a psychickými včetně aspirací, sebehodnocení, adaptací a přijetí určité role. Tato mnohočetnost a individuálnost příčin a projevů a jejich vzájemná interakce, způsobuje obtížné vymezení a členění stáří. Obecně je typické, že v určité fázi života, kdy dojde ke kombinaci nepříznivých vlivů, dochází ke stavu, kdy senior, potřebuje pomoci v různých činnostech. Od běžných denních činností po zásadní činnosti, zahrnující vlastní sebepéči, které jsou poskytovány ze strany rodiny, či specializovaných organizací (Kalvach, 2004). Aktuálně je mnoho zařízení jak zdravotnických, tak sociálních, které poskytují seniorům ubytování a lékařskou péči. Bohužel stále je možno konstatovat, že většina z těchto zařízení neposkytuje ani zdaleka péči komplexní a tím je myšleno péči, která by zahrnovala

uspokojování všech potřeb seniorů. Saturace potřeb fyziologických nezaručuje pocit plnohodnotného života a nezamezí strádání seniorů. Tuto skutečnost ale řada zařízení absolutně nereflektuje (Rheinwaldová, 1999).

3.2 Aktivizace ve volném čase

V odborné literatuře, zabývající se péčí o seniory, se setkáváme s řadou termínů. Obvykle často se setkáváme se s termínem *aktivizace*, kdy termínem aktivizace rozumíme určitý přístup s cílem obohatit život člověka v rovině bio-psycho-sociální. Podporuje růst a udržení řady dovedností. Primárním a hlavním záměrem je aktivizací pomoci seniorům žít plnohodnotný život dle jejich možností. Aktivizace se přímo pojí s volným časem, kdy je vykonávaná aktivita přínosem pro zachování soběstačnosti, a přínosem pro posílení fyzické a psychické kondice (Klimeš, 1983).

Aktivizace je pojem, který lze definovat jako *,,uvedení do intenzivnější činnosti, rozvinutí intenzivnější činnosti/ aktivity, učinit aktivnější“* (Akademický slovník cizích slov,1999, s.35).

Tento termín je zanesen v zákonu o sociálních službách a určuje aktivizační činnosti jako základní činnosti při poskytování sociálních služeb. Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanovuje vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Srovnáním úkonů poskytovaných v rámci základní činnosti ,,aktivizační činnosti“ lze dovodit, že zákonodárce zahrnuje pod aktivizační činnosti zejména tyto úkony:

- Nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností .
- Pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím.
- Volnočasové a zájmové aktivity (srov. Vyhláška þ. 505/2006 Sb., § 5 až 35).

Aktivizace může zahrnovat i pohled, spočívající na aktivním vytváření podmínek, které mají za cíl podporovat člověka v činnostech, které pomáhají k udržení určitých dovedností, nabízející varianty smysluplného trávení volného času. Proces aktivizace u seniorů musí vždy respektovat jejich možnosti. Snahou je motivování seniorů k aktivitě, která je bude naplňovat (Langmaier, 1998).

Před zahájením samotné aktivizace, je nutné v první řadě zhodnotit stupeň určité pasivity, či tímto způsobem zvolit směr, kterým se bude aktivizace zaměřovat. K tomu se v dnešní době využívá řada komplexních hodnotících

kritérií. V nichž by měla být zahrnuta hodnotící oblast, týkající se samotné aktivity seniorů, kdy aktivitu je možno chápat jako určitý proces, během kterého reagujeme na vnější či vnitřní podněty. Pokud mají být senioři aktivní, nesmí dojít k absenci těchto podnětů. Neoddělitelnou součástí úspěšného stárnutí je důsledná a pravidelná aktivizace, která přispívá k harmonii a rovnováze mezi stránkou tělesnou a duševní. Za velmi prospěšnou, ale doposud opomíjenou se považuje příprava na období stáří, a tím i na změny duševní, fyzické a sociální. Stáří by mělo být především důstojné a kvalitní a to tak, aby žádný starý člověk nebyl diskriminován a neměl by stát na okraji společnosti, doprovázeno pocity šťastného a spokojeného stáří (Pacovský, 1994).

S ohledem na znění zákona 108/2006 Sb. a stanoveným standardům kvality, jsou vytvářeny individuální programy, které obsahují aktivizaci cílové skupiny s ohledem na potřebu klienta:

- Preventivní – které jsou orientované na zdravou stárnoucí populaci.

- Léčebné – probíhající konkrétní terapií zaměřenou na eliminaci potíží. Příkladem je léčebná aktivizace u osob postižených demencí, kdy je výzkumy prokázáno, že trénink kognitivních funkcí zpomalují progresi tohoto onemocnění (Langmaier, 1998).

Požadavek aktivity člověka vychází z funkčních předpokladů. Pokud je člověk schopen byť jen minimální aktivity, je jeho právem tuto aktivitu vykonávat tak, aby si po co nejdelší dobu zachoval svoji roli či status lidské bytosti (Pacovský, 1997).

3.3 Rozlišení pojmů

Dále se v odborné literatuře setkáváme i s jinými termíny, které vychází z principu určitého pohybu či aktivity tak, aby jeho vykonávání přinesl určitý pozitivní efekt. Jedná se o termíny ergoterapie a fyzioterapie, kognitivní rehabilitace (Pacovský, 1997).

Egoterapie je označení zdravotnické disciplíny, která efektivním způsobem využívá specifické léčebné postupy, rehabilitačních metod s různým typem postižení. Hlavním cílem je dosažení maximální soběstačnosti a znovu začlenění do přirozeného prostředí a tím zvýšení kvality života. Ergoterapeut tímto přijímá roli organizátora volného času svěřených osob.

Na rozdíl od **fyzioterapie**, jejíž hlavním cílem je zachování, obnova a posílení funkčního potenciálu tělesné zdatnosti, je hlavním cílem ergoterapie především zaměření těchto předpokladů do oblasti aktivit denního života. Fyzioterapií tedy myslíme klasickou součást geriatrické medicíny zaměřené na svalovou sílu, rozsah pohybů, pohyblivosti a motoriky, zatímco ergoterapii považujeme jako

prostředek k zachování aktivit denního života a to jak v rovině bazální tak instrumentální.

Vedle specifických činností je velmi účinná i metoda **kognitivní rehabilitace**, která spočívá stimulaci poznávacích procesů a mozkový trénink, využívající různé techniky, jako např. kostkové hry, hlavolamy, stavebnice. V rámci terapie se přistupuje k technikám např. reminiscenčních terapií s využitím vzpomínkových knih. Další aktivity k rozvoji kulturního a společenského života (Kalvach, 2004).

Lze tedy uvést, že adekvátně vyvážené trávení volného času, je u seniorů specifické tím, že dochází k vedení ze strany druhé osoby, která seniora podmiňuje a dopomáhá k realizaci různých činností (Janiš, Skopalová 2016).

3.4 Faktory ovlivňující aktivizaci

Samotnou aktivizaci značně ovlivňuje samotný přístup seniora, který vyplývá z jeho životní strategie. Během života všichni potřebujeme životní energii ke zvládání životních situací. Každý ji čerpá individuálním způsobem, nicméně obecně vzato, jsou zdrojem vztahy k lidem, vztah k prostředí a vztah k sobě samému. Lidská tendence se může vyvíjet různými směry. Může směřovat k touze po sociálních kontaktech a spektru vztahů, nebo se může odvíjet k dobrovolné sociální izolaci. Ovšem skutečností je, že lidstvo má tendenci utvářet skupiny v touze žít v určitém společenství, nikoliv v izolaci. Samotná existence dobrovolné izolace pramení z předchozího vývoje v životě člověka. Nesporný vliv na ni má samotná primární skupina, způsob života, životní zkušenosti i schopnost adaptace. V souvislosti s postojem starého člověka ke svému okolí a k sobě samému rozlišujeme několik strategií, které značně ovlivňují možnost aktivizace seniora:

- Konstruktivní strategie – Je nejžádanějším přístupem, který je charakteristický adaptabilitou, která pomáhá s vyrovnáním se různých omezení, které sebou přináší stáří. Tito senioři se snaží být aktivní, stanovují si přiměřené cíle, navazují sociální vztahy, udržují vztahy dosavadní.

- Strategie závislosti – Senior se jeví pasivně, bez snahy samostatného rozhodování či aktivity. Spoléhá na pomoc druhých osob. Je zde prokazatelný vliv role vztahové – jedinci byli, či stále jsou pod vedením svého partnera a tento stav je pro ně vyhovující. Velmi snadno ovlivnitelný, což může někdy způsobovat komplikaci v důsledku rozptylu požadavků např. jeho potomků a reálnou potřebou samotného seniora.

- Strategie obranná – Senior přímo odmítá změny, které stáří doprovází. Svoji soběstačnost dokazuje svému okolí přílišnou aktivitou a odmítáním pomoci. Typologie člověka s touto strategií často pramení z míry úspěšnosti v životě, kdy odchod do důchodu je vnímán, jako odchod ze společnosti ve které byl úspěšný. Tento člověk lpí na zvyklostech a odmítá se přizpůsobovat. Často bývá díky tomuto přístupu v konfliktu s druhými.

- Strategie hostility – tento typ strategie je silně nežádoucí. Člověk je silně nepřátelský vůči svému okolí a vůči všem skutečnostem, se kterými se setkává. Je obětí a žádá neustálé litování. Permanentně vyhledává viníky všeho zla ve svém životě. Je agresivní, vyhledávajíc konflikty. Odmítá mladou generaci.

- Strategie sebenenávisti – tento typ strategie je typický nenávisti k sobě samému. Kritičnost ke své vlastní osobě je často doprovázená přístupem ke smrti, jako k vysvobození. V životě těchto osob je patrný rozvrat vztahů počínající již ve vlastní rodině, po přátele, na pracovišti. Trpí osamělostí a životem víceméně pohrdají. Nemají motivaci k žádné aktivitě, proto je u této skupiny osob velmi obtížné nějakou motivaci vzbudit (Dvořáčková, 2012).

3.5 Aktivizační činnosti ve volném čase

V následujících kapitolách autorka uvádí skupiny aktivizačních metod, členěných podle zaměření svého působení. Jedná se o skupiny, zaměřené na pohybové schopnosti, oblast rozvoje kognitivních procesů a aktivizace zaměřená na prožitek. V jednotlivých kapitolách budou uvedeny základní metody obecně, ze kterých následně autorka čerpala pro realizaci práce, uvedené v empirické části.

Různé spektrum aktivit, které lze aplikovat u skupiny seniorů, zahrnujeme pod jednotné označení ergoterapie. Jedná se o souhrn všech metod, rozvíjející oblasti fyzické aktivity, psychické kondice a nácvik sociálních dovedností.

3.5.1 Ergoterapie

Lze definovat jako *„zdravotnická disciplína, která využívá specifické diagnostické a léčebné postupy, event. činnosti při rehabilitaci jedinců každého věku, s různým typem postižení, kteří jsou trvale nebo dočasně fyzicky, psychicky, smyslově nebo mentálně postiženi. Cílem ergoterapie je dosáhnout (cestou další reedukace funkční schopnosti) maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí a tím zvýšení kvality jejich života“* (Kalvach, 2004, s. 423.).

V České republice byla ergoterapie dlouho považována za nepotřebnou s tím, že celková náplň této oblasti nebyla též zcela jasná. Prvopočáteční uplatnění nacházela v oblasti zdravotnictví. V roce 1992 se vyčlenila z fyzioterapie a bylo zřízeno její samostatné studium. Dalším mezníkem bylo založení České asociace ergoterapeutů v roce 1994 v Ostravě. V dnešní době je již ergoterapie považována za samostatnou disciplínu, využívající specifické léčebné postupy při rehabilitaci jedinců každého věku a různého stupně postižení. Hlavním cílem je dosažení maximální soběstačnosti klienta v jeho přirozeném prostředí. Významnou součástí též tvoří při komplexní práci s pacienty s diagnostikovaným syndromem demence, což je rozsáhlá oblast činností zaměřená na pohybovou koordinaci i jemnou motoriku, stimulace, trénink kognitivních funkcí aj. Hlavním prostředkem této oblasti je smysluplná činnost nebo zaměstnání, pomáhající k dosažení určitého cíle (Dvořáčková, Holczerová, 2013).

K hlavním aktivitám ergoterapie řadíme:

- Hodnotící testy funkční zdatnosti, která využívá i možnosti pouhého pozorování klienta. Tato oblast zahrnuje aktivity bazální (ADL), instrumentální (IADL) a výkonové testy.

- Přehodnocování úrovně bezpečnosti v domácím prostředí samotného klienta s možností návrhů k úpravě.

- Nácvik běžných činností v rámci ADL a IADL.

- Nácvik a ověřování adjuvantik v rámci denního užití a to ve spolupráci s fyzioterapií.

- Vedení ergoterapeutických oddělení zaměřených na různé spektrum chorob či stupně postižení.

- Kognitivní rehabilitace využívající různých technik, včetně i počítačových programů.

- Strukturování času v komunitních centrech i ústavních zařízeních s důrazem na smysluplnost využití volného času seniorů.

- Využití konkrétních technik arteterapie, muzikoterapie, canisterapie, aj.

- U těžších stupňů demence je potvrzena pozitivní reakce při manuální stimulace modelářské hmoty či kontakt se srstí, ovčím rounem.

- Reminiscenční aktivity (Kalvach, 2004).

Česká asociace ergoterapeutů převzala skandinávské testy k celkovému zhodnocení pacienta po stránce schopnostní. Principem je pozorování při plnění zadaných úkolů, při kterém jsou hodnoceny oblasti motoriky, kognitivní funkce, emoční stránka, motivace aj. Jedná se o tzv. funkční hodnocení nezávislosti. Na základě výsledku je následně stanoven individuální plán práce s pacientem. Tento výstup by měl být zahrnut do dokumentace při samotném propouštění pacienta ze zdravotnického zařízení (Kalvach, 2004).

Je nesmírně podstatné, aby odborný personál v rámci ergoterapie nepracoval pouze s nejzdatnějšími pacienty, ale aby intenzivně pracoval i s těmi, kteří jsou upoutáni na lůžko. Zde je vhodné upozornit na velký rozdíl mezi zahraničními zařízeními a těmi v České republice. U nás je bohužel patrná pasivita pacientů, kteří na pokojích pasivně leží. V jiných zemích je viděna rozlišnost v aktivitě, i ti pacienti, kteří mají vážnou disabilitu jsou zaměstnáni na chodbách či přímo prostorech pro ergoterapii. V roce 2001 byla přijata členskými státy WHO Mezinárodní klasifikace funkčních schopností disability a zdraví (International Classifikation od Functioning, Disability and Health, ICF). Ovšem již v předešlém roce se EU dohodla s WHO o přijetí této klasifikace jako základu k politice rehabilitace v Evropské unii. Tyto rehabilitační programy, s cílem eliminace disability, vyžadující týmovou práci by měly být v každé nemocnici. Tím by byla zajištěna plynulá rehabilitace, která by podporovala participaci soběstačnosti pacienta (Kalvach, 2004).

V rámci ergoterapie je možné vymezit zaměření působení. Jedná se o skupiny členění, které jsou zaměřené na konkrétní oblasti.

3.5.2 Aktivizace zaměřené na pohybové schopnosti

Pohyb je nejtypičtější jev pro všechny organismy, pro celý svět. Díky pohybu nestagnujeme na místě a to nám přináší radost. Pohyb považujeme za podstatu našeho bytí, kterou musíme rozvíjet a udržovat, neb bez pohybu dochází k chátrání těla i ducha. Pokud se budeme zabývat pohybem organismu z nejširšího pohledu, zjistíme, že je základním projevem života a to včetně našeho lidského. Tvoří východisko pro všechny činnosti a lze ji v jistém smyslu nazvat pohybem. Biologický vývoj je svázán společně s pohybem a ten se na něm aktivně spolupodílí. Pohybová aktivita ovlivňuje fyzickou výkonnost, proces růstu, vývoj

myšlení i schopnost podávat další výkony. Tímto se vysvětluje základní význam pohybu obecně. Totiž, že pohyb je nejen významný v životě člověka, ale dokonce život člověka podmiňuje. Pohyb tvoří základní jednotku pohybových aktivit a úzce souvisí s prožitkem. Je výrazovým prostředkem člověka, jazykem jeho pocitů a nálad. To vše je vyjadřováno především nevědomě, čili otevírá cestu do vnitřního světa člověka. Pohyb je nositelem informace o stavu vnitřního prostředí, jednotlivých orgánů, ale především o stavu mysli (Klevetová, Dlabalová, 2008).

3.5.2.1 Kinezioterapie

Pohyb tvoří základní projev života. Poskytuje člověku primární potřebu podstatnou pro jeho existenci. Podstatnou úlohu hraje v každém kalendářním věku a při jeho nedostatku se vždy objeví jistá patologie. Pohyb nám umožňuje adekvátně trávit volný čas a napomáhá formovat osobnost i fyzickou zdatnost jedince. Pohyb je řízen CNS a s její činností úzce souvisí. Pohybové aktivity mají mnohonásobný význam. Kromě funkce společenské, motivační a volnočasové mají funkci rehabilitační a rekondiční (Dvořáčková, Holczerová, 2013).

Kinezioterapie je typ léčebné metody patřící do podpůrných programů, využívající aktivní pohyb mimopracovní povahy. Považujeme ji za samoterapeutický přístup, který pomáhá stimulovat psychiku pacienta, podporuje uvědomění si svých možností a svého psychosomatického „JÁ“ (Weber, 2000). Kinezioterapie je tedy jedna z možností fyzikální terapie, která nevyužívá jen sílu pohybu, ale i dalších fyzikálních podnětů k prevenci, diagnostice a terapii. Tato forma může být aplikována jak skupinově tak individuálně. Nicméně faktem zůstává, že u osob staršího věku je vždy nutné zohlednit individuální možnosti, s jasným vymezením intenzity zátěže, dobou jejího trvání včetně frekvence opakování. Je nutné si uvědomit, že i když terapie nepovede k znovu osvojení si schopnosti mobility, subjektivní spokojenost a kvalita života samotných pacientů bude zajištěna. Komplexnost rehabilitace spočívá i v bezpečnosti práce, která by měla být zajištěna řádným vyšetřením pacientů, k odhalení případných limitů či eventuálně kontraindikací tak, aby byl celý proces bezpečný a především prospěšný. Na základě výsledků zařazujeme pacienta do systému pohybových aktivit, včetně rehabilitace a léčebné tělesné výchovy:

- Léčebná tělesná výchova – je považována za základ léčby, která je poskytována pacientům. Převážně pod lékařským dohledem v lůžkových, ambulantních či lázeňských zařízeních a to jak individuálně tak i skupinově, využívající jak pasivní tak aktivní pohyby. Příkladem je možno uvést dechovou gymnastiku, kondiční cvičení.

- Zdravotní tělesná výchova – tento typ je určen pacientům s určitými zdravotními limitacemi. Vedena odborníky, vyškolenými k ZTV. Podstatou je skupinová forma – rekondiční pobyty apod. Sekundárně vznikají i zájmová sdružení postižených osob.

- Habituální pohybová aktivita – zahrnuje široké spektrum činností z běžného života včetně aktivit ve volném čase (Kalvach, 2004).

3.5.3 Aktivizace zaměřená na kognitivní procesy

Pojem kognice vychází z řeckého gnósis (znalost), gnósko (vím, znám) a pojem sahá až k Tomáši Akvinskému 1225 – 1274) a Aristotelovi. Dle těchto myslitelů se lidské jednání dělilo na dva typy –založené na poznání, znalostech tedy kognici, a druhého založeného na pocitech, tedy afektu. Kognitivními funkcemi myslíme určité psychické procesy a operace, odehrávající se v nervovém systému, na které slouží k poznávání okolního světa a sebe sama. Dochází díky nim k interakci s okolním světem[E-learningová podpora ÚP Olomouc, cit. 12.5.2015].

Kognitivním tréninkem pak rozumíme obnovování či udržování kognitivních schopností, které zůstaly zachovány. Základ je tvořen stimulací mozkových činností (Kalvach, 2004).

Zapomínání je stav vytrácení se určité vzpomínky. Otázkou zůstává, jsou nadobro ztraceny nebo si jen dočasně nejsme schopni danou věc vybavit? Paměť si lze představit jako mozaiku vzájemně propojených částí, které ve svém výsledku utváří konkrétní obraz, náš život. Termín paměť je obecným názvem pro řadu systémů, které jsou za normálních okolností ve vzájemné interakci. Paměť je pojem velmi obecný, proto je vhodnější hovořit konkrétně o jejích druzích. Na dvou základních druzích lze vhodně vysvětlit proces zapamatování. Jedná se o paměť krátkodobou a dlouhodobou kdy paměť krátkodobá umožňuje okamžité využití všech vjemů a informací a pomocí dlouhodobé paměti si vybavujeme všechno potřebné po několika minutách, hodinách nebo letech. Jen část obsahů krátkodobé paměti se ukládá dlouhodobě. V procesu ukládání se mozek rozhoduje, zda je určitá informace natolik důležitá, aby mohla být uchována. Následně syntetizuje bílkoviny, ze kterých vytváří nové dendrity a axonové dráhy. Lze tedy říci, že dlouhodobé vzpomínky jsou determinovány na strukturálních změnách v mozku. V mozku se nachází dvě oblasti, které může postihnout úpadek I u zdravých starších lidí. Jedna se o frontální lalok a hipokampus. Hipokampus zpracovává nové informace a přetváří je na dlouhodobé vzpomínky. Dále se podílí na vybavování si informací z tzv. Úložišť. Frontální laloky navrhují

strategii, jak nové informace zorganizovat, zapamatovat a vybavit si z paměti a také se podílí na zapamatování si zdroje informace, což nazýváme jako zdrojová paměť. Selhání zdrojové paměti se projeví v okamžiku, kdy si nevybavíme zdroj získání informace, kdo, kde, nebo kdy nám určitou informaci sdělil. Klíčovým způsobem tréninku celého mozku je stimulace, kterou nám poskytují prožitky, které získáváme po celý den a v okamžiku klidu je zpracováváme. Posilování paměti je možné realizovat různými způsoby a to jak v běžném každodenním kontaktu, tak prostřednictvím řízených aktivit (Dvořáčková, Holczerová, 2013).

Nejvhodnější je samotná kombinace jak kineziologických metod, tak kognitivního cvičení a to v důsledku vyššího prokrvení mozku, který je následně schopen kvalitněji zpracovávat podněty. Cvičení má několik zásad, které je nutno respektovat. Jedná se především o dobrovolnost samotných účastníků, leč aktivní pobízení hraje důležitou úlohu. Dále principy malých skupin, které nevedou k traumatizaci pacienta, přiměřenost aj. (Holmerová, 2007).

3.5.3.1 Reminiscenční terapie

Vzpomínky starších osob jsou často přehlíženy, ale vzpomínání na události předchozí jsou klíčové pro adaptaci na stáří a hledání smyslu života. Díky tomu, je reminiscenční terapie uznávaná jako speciální metoda při práci se seniory (Dvořáčková, Holczerová, 2013).

Geriatr Robert Woods definuje reminiscenční terapii jako hlasité nebo tiché vybavení si událostí v životě starého člověka. Forma terapie může probíhat individuálně nebo ve skupinových sezeních. Hlavní podstatou této terapie je vyvolat příjemné vzpomínky ze života, které mají pro člověka hluboký význam a díky tomu zkvalitnit míru života. Tato terapie je efektivní i pro poznání a pochopení osobnosti člověka a tím pomáhá k vytvoření adekvátního přístupu v rámci aktivizace pacienta. Princip této metody je předpoklad, že v dlouhodobé paměti jsou uloženy vzpomínky, dovednosti, návyky a reminiscencí – „rozpomenutí“ se tyto informace obnovují (Janečková, Vacková, 2010).

Reminiscenční terapie využívá vzpomínání jako terapeutický prostředek, využívající nejdéle uchované vzpomínky uložené v dlouhotrvající paměti. Tento přístup je tedy vhodný brát jako soubor technik ale také jako přístup k samotným uživatelům, které pomáhajícím profesím umožní kvalitnější a smysluplnější cestu k cíli (Dvořáčková, Holczerová, 2013).

Reminiscenční terapie se zrodila ve Velké Británii, kdy v 80.letech 20.st. vznikaly projekty ke tvorbě pomůcek sérií diapozitivů s názvem Vzpomínka. Ve Velké Británii má tato metoda velký ohlas ve zdravotnických zařízeních i charitativních organizacích (Bolomská, Špatensková, 2011).

Reminiscenční techniku rozlišujeme na:

- Narativní přístup – podstatou je volné přednášení vzpomínek, sloužící převážně k navození pohody či zajištění primárně navázání kontaktu.

- Reflektující přístup – pod tímto se skrývá životní rekapitulace, kdy účastníci zkoumají, rekapitulují svůj život a konflikty, které je limitují. Doporučené vedení odborným personálem.
  - Kognitivně reminiscenční terapie – určená osobám trpícím depresemi, kteří tvoří homogenní skupinu a každý má svůj prostor pro zhodnocení témat předem určených.

- Expresivní přístup – je přístup typický prací s negativně hodnocenými vzpomínkami, traumaty, osobními dilematy. Využívá se mnohočetný pohled na konkrétní situaci a to právě ze stran ostatních spoluúčastníků terapie. Rozdílná skutečnost je ta, že v tomto přístupu se pracuje i s budoucností člověka.

- Informační přístup – předávání poznatků a informací prostřednictvím autobiografického příběhu v popisu historických souvislostí, které slouží jako nezaměnitelný zdroj informací pro další generace (Janečková, 2010).

Zásady při využití reminiscenční terapie:

- Vícezdrojové využití prostředků (pomůcky, komunitní zdroje, lidské zdroje)
- Vhodné množství materiálu předkládaného seniorovi
- Zaměření terapie s ohledem na věk a sociokulturní prostředí
- Základ terapie ve vlastních zážitcích samotných klientů
- Časový prostor všem účastníkům k možnosti uspořádání si získaných vjemů
- Aktivní naslouchání účastníků
- Flexibilita tématu zaměření dle individuálních přání účastníků

Konkrétní aktivity:

- Uspořádání vzpomínkové výstavy – tato aktivita může být zaměřená plošně na minulost nebo konkrétně na určitou událost, skutečnost či téma. Vhodné je pomoc samotných klientů a jejich rodin s vytvořením. Přínosem je následně jak samotná aktivita k přípravě výstavy tak prožitek vzpomínek, které vzbudí.

- Diskuze zamřená na otázky: dětství, škola, rodina, svatba.
- Kniha vzpomínek – tato aktivita může být pojata jak individuálně, tak skupinově. Kniha vzpomínek obsahuje příběhy, vzpomínky, ale i kuchařské recepty či básně. Vlastní hodnota vstoupne v případě, kdy je možné vzniklou knihu někomu darovat.
- Kniha života – zaznamenává skutečný příběh jednoho člověka, kterou vytvoří klient sám nebo za dopomoci rodinných příslušníků, terapeutů či jiných lidských zdrojů. Kniha zahrnuje vše, co si sám klient přeje. Finální podoba může být skutečná svázaná kniha života s názvem a jménem autora.
- Reminiscenční krabice – metoda, při které účastníci ukládají do krabiček určité předměty, které pro ně mají hodnotu. Prostřednictví těchto předmětů mohou ostatní členy informovat o svém životě.
- Reminiscenční vycházky – jedná se o aktivní formu obsahující návštěv konkrétních míst, které vyvolávají vzpomínky na minulost (Dvořáčková, Holczerová, 2013).

3.5.3.2 Biblioterapie

Bilbioterapie je metoda využívající léčebné a terapeutické účinky četby. Podstatou terapie je četbou reflektovat zátěžovou situaci s cílem uvolnění nahromaděného napětí – katarzi. Tato metoda pochopitelně slouží k rozvoji osobnosti, zaměřené na racionální a emoční složku k podpoře rozvoje fantazie, kreativity, kritického myšlení a komunikačních dovedností. Snaha směřuje k pozitivnímu ovlivnění psychosomatického stavu a posilování psychické odolnosti. Forma této metody je opět individuální či skupinové terapie. Volné dělení biblioterapie:

- Hagioterapie – léčba prostřednictvím náboženských textů
- Imagoterapie – zapojení představivosti a schopnosti empatie do hrdinů uvedené v publikaci.
- Poetoterapie – terapie prostřednictvím poezie
- Pohádkoterapie – terapie prostřednictvím dětské literatury (Vášová, Černá, 1989).

3.5.3.3 Kognitivní aktivizace

Tato aktivizační metoda je určená osobám s úbytkem kognitivních schopností v důsledku pokročilého věku. Jedná se o tzv. kognitivní trénink, který má velký význam pro zachování a trénování kognitivních funkcí (Holmerová, 2007). Je to tedy odborně vedený proces procvičování mozkových schopností zábavnou formou možné i během hospitalizace. Tato technika je velmi důležitá i během hospitalizace, protože senioři během hospitalizace snadno ztrácejí v monotónním

a podnětně chudém prostředí mentální schopnosti. Kognitivní trénink využívá zájmů a zálib samotných seniorů k sestavení adekvátního programu. Jedná se nejčastěji o různé formy her, křížovek, hlavolamů. Tyto programy jsou vždy řádně připravené a individualizovatelné. Pod odborným vedením kognitivní trenérky pacienti pracují a zábavnou formou dochází k rozvoji verbálních dovedností, pozornosti, paměti. Současně se jedná o rozvoj společensko – racionalizačního procesu s cílem plnohodnotného návratu propuštěných pacientů do jejich sociálního prostředí.*"* [Thomayerova nemocnice, cit. 22.1.16].

3.5.4 Aktivity zaměřené na prožitek

Prožitek definujeme jako „přítomně prováděná aktivita zasahující osobnost svojí intenzitou a hloubkou; základní nástroj *výchovy prožitkem"* [Gymnasion, cit. 10.10.15]. Prožitek, tedy rozvijí osobnost prostřednictvím procesu získávání zkušeností, která intervenuje člověka s okolím. Člověku, deprimovanému po stránce prožitkové, stoupá touha po saturaci této oblasti v jeho volném čase [Kirchner, cit. 12.10.2015].

Cíl výchovy prožitkem není zaměřen výhradně na učení se dovednostem či na dosahování výkonnostních cílů. Jedná se o překonání určité překážky či hranice, která je doprovázená strachem, překonávají hranice vlastní nedokonalosti. Dochází k rozvoji spolupráce s druhými v hraničních situacích, rozhodovat i radovat se. Je to prostor pro získávání cenných sociálních zkušeností i příspěvek k rozvoji celé osobnosti. Intenzivní, krátkodobý a prožitky naplněný čas je vynikající příležitost pro překonávání dosavadních hranic a získávání velkého množství unikátních zkušeností. Tento proces potvrzují poznatky psychologa A. Maslowa. Zde je klíčovým pojmem seberealizace i "hraniční zkušenost" či "vrcholný prožitek" jako plné užití a prozkoumání lidských schopností. Každá osoba je po uspokojení základních potřeb motivována k seberealizaci. K tomuto procesu dochází v určité epizodě, v intenzivním okamžiku, ve kterém se spojí všechny síly efektivním, intenzivním a radostným způsobem. Tato "hraniční zkušenost" člověka uchopí a zaměří ho k řešení úkolu. Intenzivně prožívaný okamžik, podílející se na osobnostním růstu, je často výsledkem překonávání výzvy spojené s rizikem. Z Maslowovy teorie vyplývá, že nejvíce se dovíme o svých silách a limitech právě při překonávání obtíží, které hraničí s našimi možnostmi. To je jeden z mechanismů, jak mohou výzvové situace působit jako určité katalyzátory osobnostního růstu. Zvládnutí nových přístupů v překonávání výzev znamená zkoušení, hledání, riskování i přesahování dosavadních hranic možností (Drapella, 1998).

K dispozici je řada teorií o psychologii prožitku, které jsou v současné době stále více rozvíjeny. Nejčastěji je rozvíjena teorie komfortní zóny:

Teorie komfortní zóny

Tato teorie pohlíží na prožitek jako na systém určitých zón, se kterými se člověk během života opakovaně setkává. Zóna komfortu, bezpečí, nudy – tuto zónu lze charakterizovat jako oblast určitého stereotypu, ve kterém se denně nacházíme. Tato zóna je sice určitým způsobem stabilní, nicméně nepřináší podněty, které by rozvíjely naši osobnost. Přináší pouze tedy nízkou úroveň prožitku. Pokud bychom tuto zónu převedli do problematiky této práce, jednalo by se o typickou rutinní část hospitalizace, která je podmětově chudá a pacient prožitkově strádá (Kirchner, 2009).

- Zóna stresu a učební diskonfort – tuto oblast považujeme za nejpřínosnější k rozvoji osobnosti a to z důvodu určité rozmanitosti nových činností, které jsou díky tomu doprovázeny emočním prožitkem a to ať už pozitivní, tak I negativní. Pokud vykročíme z komfortní zóny přiměřeně daleko, překonáme-li stres, se kterým se v zóně setkáme, cítíme se příjemně a získáváme tím určité sebepotvrzení a nabité vědomí, že můžeme vykonat vice (Kirchner, 2009).Jak je patrné, tato zóna by mohla pro účely této práce představovat systém aktivizačních metod aplikovaných ve volném čase hospitalizovaných pacientů (Kirchner, 2009).

- Zóna ohrožení – představuje nežádoucí stav překročení přijatelné vzdálenosti od zóny komfortní, což může způsobit obavy I z činností, které se dříve zvládaly bez potíží.

Obr.9 - Teorie komfortní zóny (Kirchner, 2012).

Do této skupiny metod zaměřených na prožitek, autorka zahrnuje i velmi specifickou činnost bazální stimulace, která je poskytována specifické cílové skupině pacientů a která je opět zaměřená na prožívání (počitek) seniora, který je hodnocen jako nesoběstačný/ imobilní a který by v důsledku svého zdravotního stavu nebyl schopen se účastnit terapií, které jsou uvedeny v předchozí části této rigorózní práce.

3.5.4.1 Bazální stimulace

Tento koncept vypracoval profesor Andreas Frőhlich, který působil jako jeden z předních odborníků speciální pedagogiky. Pracoval s cílovou skupinou dětí s vrozenou vývojovou vadou těžkého psychosomatického postižení. Během své praxe rozpracoval tento koncept tak, aby umožnil podpořit vnímání, rozvoj osobnosti a výrazné zlepšení komunikace se svým okolím. Do ošetřovatelské péče přenesla koncept profesorka Christel Bienstein, původně zdravotní sestra. Karolína Friedlová jako jediná certifi kovaná lektorka uvedla koncept Bazální stimulace do praxe v České republice. Od roku 2000 pak u nás o konceptu Bazální stimulace přednáší a publikuje. Ve Frýdku-Místku v roce 2005 založila Institut Bazální stimulace.

Bazální stimulace je vědecký pedagogicko-ošetřovatelský koncept, který je zaměřen na podporu základního lidského vnímání, pohybu a komunikaci. Tento koncept využívá lidského vnímání pomocí smyslů, které se rozvíjí již v prenatálním období. Systém péče vytvořený z konceptu bazální stimulace podporuje na základě sestaveného individuálního plánu péče o klienta jeho vnímání, komunikační, kognitivní a pohybové schopnosti s cílem pochopení potřeb pečované osoby. Porozumění stylu jeho komunikace a na základě toho mu poskytnout prostor pro orientaci, jistotu a další rozvoj jeho osobnosti. Ve společnosti bohužel převládá názor, že poškození mozku je stálý trvalý neměnný stav. Ovšem lidský mozek disponuje schopností plasticity, což lze vysvětlit jako stav propojení síťe neuronů umožňujících přenášet informace na vícero míst. Proto, pokud dojde k postižení mozku, je vhodnou stimulací poškozená část schopna obnovit svoji funkci, nebo tuto funkci může převzít i okolní část. Tento typ péče je vhodný pro všechny věkové kategorie a to v různých úrovních péče. Princip této péče je založen v intenzivní péči na standardních odděleních, v domovech pro seniory a jiná pracoviště, zaměřená na dlouhodobou péči. Při sestavování terapeutického plánu se vychází z analýzy klientova mentálního a somatického stavu, jeho zachovaných schopností a potřeb. Na základě vývoje stavu klienta a jeho reakcí se pak adekvátně přepracovává terapeutický ošetřovatelský plán.

Základní prvky stimulace

- somatická stimulace (zaměřená na vjemy)
- vestibulární stimulace (podpora a vnímání pohybu)
- vibrační stimulace (zprostředkování vnímání těla jako celku)

Nástavbové prvky stimulace

- optická stimulace (zrakové vjemy)
- auditivní stimulace (sluchové vjemy)
- orální stimulace (vjemy z oblasti dutiny ústní, podpora příjmu potravy)
- olfaktorická stimulace (čichové vjemy)
- taktilně-haptická stimulace (hmatové vjemy)

Somatická stimulace

Využívá somatického vnímání, které zprostředkovává vjemy z povrchu těla a tím umožňuje vnímání vlastního těla. Vnímání kontaktu a doteků, které nejsou traumatizující umožnují klientovi zmírnit strach a nejistotu, které bohužel zažívá během standardní péče (hygiena, polohování, zdravotnické úkony, aj.).

Možnosti somatické stimulace:

1. Iniciální dotek – dotek pro sdělení začátku a konec naší přítomnosti či činnosti

2. Koupele – zklidňující nebo osvěžující

3. Masáže

4. Polohování s ohraničením těla (kuličkovými polštáři)

Vestibulární stimulace

Každý zdravý jedinec se stabilně pohybuje, dochází ke změnám polohy v důsledku činnosti, kterou zrovna vykonává. Vnitřní sluchový orgán s rovnovážným ústrojím tak získává stálý přísun podnětů, které může zpracovávat. Cílem tohoto typu stimulace je podpora vnímání pohybu a polohy těla.

Možnosti stimulace:

1. Houpací pohyby v lůžku

2. Otáčivé pohyby hlavy

3. Nácvik tzv. pohybu ovesného klasu v ovesném poli

Vibrační stimulace

Tento typ stimulace umožňuje zaměřit svoji pozornost na vnímání vibrace od periferie do hloubky těla.

Možnosti stimulace:

1. Hlas

2. Ruce

3. Elektrické přístroje

Optická stimulace

Zrakové percepce nám poskytuje orientaci v prostoru a vnímání prostředí, což nám zajišťuje pocit jistoty.

Možnosti stimulace:

1. Fotografie nejbližší rodiny a přátel

2. Výzdoba prostředí

3. Televize

4. Barevné povlečení

Auditivní stimulace

Hlavním cílem této stimulace je působení na sluch a tím stimulace schopnosti rozlišovat jednotlivé zvuky. Sluch je klíčový k navazování kontaktu.

Možnosti stimulace:

1. Zpěv

2. Hudba

3. Vyprávění

4. Nástroje

Orální stimulace

Orální stimulace má zásadní význam pro koncept bazální stimulace. Zprostředkovává člověku řadu prožitků a vnímání chuťě má blízký vztak k vnímání čichovému.

Možnosti stimulace:

1. Oblíbené nápoje

2. „Cucací“ váčky (chipsy, gumoví medvídci, čokoláda)

Čichová stimulace

Čichové vnímání je pro člověka hlavní zdroj asociací vzpomínek, ať už roční období, situace i osoby. Tento typ stimulace je nastaven v kontinuálním tempu, aby nedošlo ke stereotypu.

Možnosti stimulace:

1. Vůně

2. Pachy

Taktilně haptická stimulace

Dotykem můžeme rozpoznávat různé předměty a tím se rozvijí životní zkušenosti, které memorujeme. V rámci této stimulace využíváme a volíme takové předměty, které klient používal často a se kterými pracoval.

Možnosti stimulace:

1. Hračky

2. Hrníčky

3. Ručníky

4. Teplo a chlad

5. Předměty z denního života i práce

6. Kožešina (Borýsková H. a spol., 2010).

Desatero bazální stimulace

1. Přivítejte a rozlučte se s klientem pokud možno vždy stejnými slovy.

2. Při oslovení se ho vždy dotkněte na stejném místě.

3. Hovořte zřetelně, jasně a ne příliš rychle.

4. Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.

5. Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu.

6. Při rozhovoru s klientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý.

7. Nepoužívejte v řeči zdrobněliny.

8. Nehovořte s více osobami najednou.

9. Při komunikaci s klientem se pokuste redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.

10. Umožněte klientovi reagovat na vaše slova (Borýsková, 2010, s.17).

3.6 Pozitivní psychologie

Autorka se ve své poslední části rigorózní práce zaměřila na pozitivní psychologii, která dle jejího názoru zahrnuje všechny přístupy vedoucí k duševnímu zdraví. Současná doba je velmi náročná a vyžaduje více pozornosti k udržení duševního zdraví a to ve všech věkových skupinách, oborech, směrech. Proto byla kapitola o pozitivní psychologii zahrnuta do této práce, tvořící pomyslný základní kámen myšlení a přístupu k životu, ať již obsahuje jakoukoli činnost.

Pozitivní psychologie jako pohled soudobé psychologie v sobě zahrnující přístupy vedoucí k duševnímu zdraví. Pokud budeme považovat nemoc jako negativní protipól, je v tomto případě zdraví pozitivní úhel. Pozitivní psychologie se zaměřuje na kladné psychologické jevy. Doposud byly předmětem psychologie negativní jevy případně až psychopatologické jevy. Nyní se pozornost převádí na jevy prospěšné, jako je právě pozitivní prožitek, duševní pohoda a svěžest. Tak, aby se vyrovnala intenzita zájmu psychologů. Hlavním cílem pozitivní psychologie

je celková psychická pohoda “well being” ať už jedince samotného, nebo celé skupiny. Termín “well being”se odráží I v definici Světové zdravotnické organizace (WHO), spočívající v tom, že zdráv je ten, kdo je “v pohodě”. Základní dimenze pozitivní psychologie jsou uvedeny v tab č. 3.

Tab.3 – Dimenze psychické pohody (Kirchner, 2012).

SEBEPŘIJÍMÁNÍ
• Má kladný postoj k sobě samému (k vlastnímu životu a existenci)
• Přijímá pastry soubor různých aspektů vlastního života
• Cítí kladný emocionální vztah k tomu, čeho bylo dosud v životě dosaženo
OSOBNÍ RŮST
• Má pocit, že se neustále nadějně vyvíjí
• Je otevřen novým zkušenostem
• Cítí se výkonný
ÚČEL ŽIVOTA
• Má určitější životní cíle – směřování života
• Vidí svůj vlastní životní příběh jako smysluplný
• Osvojil si životní přesvědčení, které dává jeho životu dobrý účel
ZAČLENĚNÍ DO ŽIVOTA
• Cítí se schopen řídit svůj život ve složitém prostředí, v němž žije
• Je schopen zařadit se v životě tam, kde může dobře využívat svých schopností
• Je schopen zdokonalovat své schopnosti a dovednosti podle potřeb životního dění
SAMOSTATNOST
• Je schopen sám řídit své jednání
• Je schopen postavit se proti požadavkům myslet a jednat podle nařízení, s nímž nesouhlasí
• Je schopen hodnotit sám sebe svými morálními hodnotami
VZTAH K DRUHÝM LIDEM
• Má uspokojivé vztahy k lidem
• Je schopen empatie
• Fungující interakce v sociální rovině
SOCIÁLNÍ PŘIJETÍ
• Má kladné vztahy k druhým lidem
• Uznává druhé lidi a má k nim úctu
• Přijímá druhé lidi I přesto, že vidí, jak se k sobě nepochopitelně chovají
SOCIÁLNÍ AKTUALIZACE
• Domnívá se, že společnost jako taková má v sobě něco kladného
• Domnívá se, že společnost uskutečňuje něco dobrého
• Domnívá se, že společnost je schopna růst a roste
SPOLUÚČAST NA SPOL. DĚNÍ
• Cití, že může přispět společnosti
• Cití, že aktivně přispívá do společnosti
• Cití, že vytváří hodnoty

3.6.1 Teorie životních cílů

Podstatou této teorie je účelné zaměření vlastního jednání, hledání a stavění cílů a přibližování se k nim. Jedná se realizaci cílů, které vede k uspokojení. Otázkou je, co nastává v případě, kdy dojde k odchylce od plánovaného postupu. Projevem je nárůst negativních emocí. Velmi důležitou otázkou je vliv momentálních změn v prostředí, ve kterém se člověk momentálně nachází. Pro stanovení a směřování k cílům, které si člověk stanovil, je nerozdělitelná úloha motivační struktury osobnosti. Motivace je tedy vnitřní stav organismu, vedoucí k zahájení, udržování, dodávání energie a zaměření určitého chování. Motivační systémy, které stojí v pozadí lidského chování, se vyvíjejí v průběhu lidského života a to zejména vlivem zkušenosti. Vliv různých motivačních systémů se v průběhu života jedince, ale například i v průběhu jediného dne, mění. V systému motivačních sil je nutné zařadit pojem hodnota, který lze vysvětlit jako obecné přesvědčení o tom, co je a není žádoucí. Stejně tak jako potřeby, také hodnoty dynamicky vyvolávají a usměrňují určité chování, avšak hodnoty jsou vázány na normativní bázi, je pro ně relevantní hodnocení v dimenzích dobra a zla. Můžeme tak tvrdit, že hodnoty a cíle se vzájemně ovlivňují. Individuálně preferované hodnoty ovlivňují, jaké cíle si daný jedinec vybere. Jsou to ovšem cíle, které dávají všemu, co vede k jejich dosažení, kladnou hodnotu. Společnou vlastností různých teoretických koncepcí životních cílů je důraz kladený na účelné, cíl sledující chování. Jedincovo chování je tedy formováno určitým obecným zaměřením, jež směřuje k dosažení žádoucího stavu (Křivohlavý, 2004).

3.6.2 Teorie biologických základů pocitu pohody

Biologicky orientovaní psychologové (Tellegen) zaměřili svůj zájem hypotézu týkající se genetického vkladu. Tzv. existenci vitálního základu pocitu pohody se pokoušeli prokázat studiem jednovaječných dvojčat. Pokusy potvrzují, že existuje vztah mezi genetickou základnou a obecným pocitem pohody. Podstata spočívá ke sklonu k vyšší míře pohody u osob s výraznější temperamentovou charakteristikou extroverze. Na druhé straně se zjistilo, že charakteristika neuroticismu je v negativním vztahu k subjektivní pohodě. Tuto teorie nelze ovšem brát jako dogma. Podstatným stále zůstává celkový postoj daného člověka. Tento přístup muže být patrný u jednotlivých tvrzení osob na základní otázku o svém životě. Řada z nich se zaměří na negativní situace a skutečnosti v jejich životě. Na druhé straně je zde ovšem další faktor, a to faktor naděje jako životní postoj (Křivohlavý, 2004).

3.6.2.1 Individuální směřování

Tato teorie se zaměřuje na sílu směřování jedince, individuality, která je specifická svoji jedinečností. Toto směřování představuje určité charakteristické typy cílů, kterých se určitá osoba snaží dosáhnout prostřednictvím svého každodenního jednání. Každý člověk tak může být charakterizován unikátní skupinou cílů, o jejichž dosažení usiluje. Tomuto jevu se přiklání teorie

teleonomického směřování. V této teorii jde o odklon od zkoumání rysů osobnosti, které hypoteticky stojí za konkrétním chováním člověka, ke zkoumání směřování takového chování. Místo hledání osobnostního rysu, který je příčinou určitého chování, hledá účel daného chování – čeho chce daná osoba prostřednictvím tohoto chování dosáhnout. Informace o účelu konkrétního chování poskytuje přesnější a dynamičtější popis osobnosti. Z uvedeného konstruktu vycházejí některé podstatné předpoklady týkající se lidské motivace. Lidé v rámci tohoto pojetí hledají smysl stanovením a následným dosahováním určitých cílů, které mohou být variabilně pestré. Cíle mají kognitivní, emocionální a behaviorální význam a jejich obsah (konkrétní cíl toho, co chce jedinec dosáhnout), struktura (jakým způsobem toho chce dosáhnout) a jejich směr (proč chci tohoto cíle dosáhnout) predikují některé důležité aspekty života, jakými jsou osobní pohoda a výkonnost (Schnitker & Emmons, 2013).

4 Empirická část

4.1 Přípravná fáze výzkumu

Samotné realizaci výzkumu předcházela přípravná fáze, která se realizovala v nemocničním zařízení, které k danému výzkumu poskytlo písemný souhlas. Následně bylo nutné zajistit skupinu homogenních respondentů, kteří budou odpovídat stanoveným požadavkům výzkumu. Bylo nutné nahlížet a zpracovat zdravotní dokumentaci pacientů na pěti odd. LDN. Na základě stanovených diagnóz, a celkovému obrazu pacienta, vybrat skupinu pro výzkum. Vybranému vzorku byl předložen písemný souhlas s plánovaným výzkumem a na základě jejich souhlasu bylo možné postoupit k dalšímu kroku a to přípravě výzkumu samotného, který obsahoval stanovení programu práce, příprava výzkumné baterie a praktické aplikace do prostředí oddělení léčeben dlouhodobě nemocných. Celá přípravná fáze výzkumu korespondovala s teoretickou základnou odborné literatury, použité v této rigorózní práci.

Analýza respondentů

K výběru vhodné skupiny respondentů byla nutná analýza respondentů, hospitalizovaných na odděleních LDN. Autorka provedla šetření, zaměřené na stanovené diagnózy a celkový zdravotní stav pacientů, příklad šetření v obr.č. 10:

ODD.	PACIENT	DEMENCE	MOBILITA	RODINA
A	1	NE	ANO	ANO
	2	NE	ANO	ANO
	3	NE	ANO	ANO
	4	ANO	ANO	ANO
	5	ANO	ANO	ANO
	6	ANO	NE	ANO
	7	ANO	ANO	ANO
	8	ANO	ANO	ANO
	9	NE	ANO	ANO
	10	ANO	ANO	ANO
	11	ANO	ANO	ANO
	12	ANO	ANO	ANO
	13	NE	ANO	ANO
	14	ANO	ANO	ANO
	15	ANO	NE	ANO
	16	NE	ANO	ANO

Obr.č. 10 – náhled záznamového archu analýzy respondentů

Na základě tohoto šetření bylo zjištěno, že z celkového počtu 146 hospitalizovaných pacientů je stanovena diagnóza demence u 76 počtu hospitalizovaných. Dle vybraných znaků bylo dále zjištěno, že z uvedených 76 osob, trpících diagnózou demence je 31 osob imobilních (upoutaných na lůžko a tím plně odkázaných na péči zdravotnického personálu). Této skupině byl předložen vstupní test MMSE +CGA (blíže popsaný v následujících kapitolách). Při následném rozboru vzorku imobilních pacientů trpících demencí (v zjištěném pásmu bodové hodnoty od 21 bodů do 30 bodů), byla pozornost zaměřena na kvalitu rodinného zázemí a sociálních vazeb. Kdy pro účely výzkumu bylo vhodné zajistit homogenní skupinu respondentů, kteří se jednotně nachází v podnětně chudém prostředí, bez podpory rodinných příslušníků, či přátel. Či s podporou velice minimální. Zmíněná podpora rodinných příslušníků či přítomnost jiných sociálních kontaktů bylo zjišťováno ve spolupráci s ošetřujícím personálem, který zaznamenává během péče danou skutečnost, zda se rodina podílí na péči, zda chodí na návštěvy a v jaké frekvenci a zda podporuje hospitalizovaného jedince v nepříznivé situaci. Frekvence návštěv 1x měsíčně je hodnoceno jako nekvalitní rodinná podpora, což pro účely výzkumu je zcela realisticky stanoveno, protože jakákoli činnost směřující k rozvoji dílčího úkolu, vyžaduje pravidelnost a soustavnost, kterou návštěva 1x měsíčně nemůže pokrýt. Ke zjištění a zhodnocení kvality sociálních kontaktů bylo zvoleno předložení testu CGA ošetřujícímu personálu, zaměřený na oblast otázek 13, 14, 15, zjišťující:

- Návštěvy rodiny v týdenní frekvenci (oblast zaměřená na skutečnost, zdali rodina či jiní blízcí navštěvují respondenta min. 1x týdně)
- Spolupráce rodiny na poskytované péči (oblast zaměřená na aktivitě rodiny, př. poskytovaná bazální stimulace respondentovi)
- Kvalita rodinných vazeb (hodnoceno subjektivně ošetřujícím personálem dle vlastního pozorování)

Výchozí data byla získána z pohledu ošetřujícího personálu. Dotazování se neúčastnily rodiny respondentů. Záznamový arch analýzy respondentů je přiložen v příloze práce.

4.2 Charakteristika šetřeného souboru

Zkoumaný soubor tvoří celkem 20 respondentů z Městské nemocnice v Litoměřicích, Žitenická 1365/18, Litoměřice předměstí. V procesu šetření jsme museli nejdříve rozlišit zkoumaný vzorek na specifické skupiny, které byly vytvořeny. Na odd. LDN byla vybrána skupina respondentů, dle určitých znaků, týkající se aktuálního zdravotního stavu a předběžného mapování sociálního zázemí a to prostřednictvím zdravotní dokumentace pacientů. Tímto byla vybrána skupina 20 pacientů, kteří měli obdobné vyžadující znaky. Ke zmapování zkoumaných údajů jsme zvolili dotazníkovou metodu, která byla kombinovaně předložena ošetřujícímu personálu a pacientům samotným, jedná se o konkrétně

běžně užívaný test Komplexního geriatrického hodnocení (CGA), které se opírá o teoretickou část této práce. CGA je interdisciplinární diagnostický test zaměřený na stanovení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností a problémů geriatrických pacientů s cílem vypracovat celkový plán pro dlouhodobou práci s touto cílovou skupinou. Právě samotná propojenost zdravotně sociální oblasti zajišťuje efektivitu výstupů a celkové péče. Tato metoda byla upravena s ohledem na stanovenou skupinu a doplněna požadovaným hodnocením duševního stavu respondentů pomocí testu MMSE – Mini mental state exam test, což je doplňkový test, běžně užívaný v rámci diagnostiky odchylek kognitivních schopností. Mezi testovanými oblastmi jsou orientace, paměť, pozornost a počítání, vybavování, pojmenování, opakovaní vět, třístupňový příkaz, čtení a vykonávání písemného příkazu, psaní a obkreslování. Na základě získaných bodů je určeno orientační pásmo demence: 00 – 10 bodů: těžká kognitivní porucha, 11 – 20 bodů: středně těžká kognitivní porucha, 21 – 23 bodů: lehká kognitivní porucha, 24 – 30 bodů: pásmo normálu. Výstupem je bodová hodnota, vyjadřující stupeň degenerativního onemocnění demence, který bude porovnáván v kontrolní a experimentální skupině.

Dále byla dotazníková metoda CGA vybavena odpověďmi formou Likertových škál. K otázkám byly přiřazeny číselné hodnoty, které obsahují 5 možností odpovědí, kterým je přiřazena hodnota 1,2,3,4,5, přičemž odpovědi 1 a 2 jsou brány jako shodná odpověď stejně jako u odpovědí 4 a 5. Jedná se o 17 otázek, které byly sestaveny tak, aby jeden zkoumaný okruh tvořily 3 otázky. Data okruhů budou zprůměrována ve výslednou hodnotu. Například při zjišťování oblasti osobnosti pacienta vzniknou po sloučení tří možností odpovědí ano – nelze – ne, hodnoty 1 – 2 – 3. Poté co byly k jednotlivým otázkám hodnoty přiřazeny, byl u každého respondenta vypočítán průměr hodnot ze všech tří otázek, které tvoří číselnou hodnotu zkoumaného okruhu.

Respondent	Osobnost pacienta	Tělesné zdraví	Funkční výkonnost	Duševní zdraví
2	3	3	3	3
4	1	1	1	1

Tab. 4 – Příklad průměrování

Kontrolní a experimentální skupině byl předložen test CGA + MMSE. Oblasti otázek, které nebylo možné zodpovědět přímo ze strany pacienta, byla doplněna ze strany ošetřujícího personálu. Tato forma byla volena v důsledku soustavného pozorování seniorů ze strany ošetřujícího personálu, který se o uvedené respondenty stará 24 hodin denně, proto lze předpokládat, že dané oblasti zodpoví dle aktuálního stavu.

Na základě získaných vstupních údajů testování byl vybrán homogenní vzorek 20 respondentů, rozdělený na 2 skupiny o 10 respondentech a označených jako skupina A) a skupina B). Tyto skupiny byly selektovány pro potřeby následného šetření, které spočívá v plánované aktivizaci po dobu následujících 6 kalendářních měsíců a která bude probíhat pouze u skupiny A) a to nad rámec běžně poskytované péče na příslušném odd. Po uplynutí stanovené doby dojde k porovnání aktuálních dat skupiny A) a skupiny B) prostřednictvím výstupního testu CGA + MMSE (otázka č. 16 – výsledek testování MMSE/ zhodnocení stupně demence). Tímto testováním získáme vstupní a výstupní data kontrolní skupiny (B) a experimentální skupiny (A).

Pro potřeby ověření stanovených hypotéz bude nutné vytvořit další podskupiny, které budou podléhat testování. Na základě získaných hodnot bude vytvořena podskupina A1) a skupina B1), které tvoří zastoupení respondentů s hodnoceným tělesným zdravím, které budou zkoumány pomocí výstupů z testové baterie CGA+ MMSE, otázka č. 4,5,6:

- Přítomnost psychosomatické diagnózy (př.v důsledku deprese nastává nechutenství, tím se zvyšuje riziko hypoglykémie)
- Funkční závažnost chorob (klinický obraz chorob)
- Syndromologické diagnózy (zaměřeno na imobilitu, inkontinenci)

Dále podskupina A2) a B2), tvořená s hodnocenou funkční výkonností respondentů, hodnocené pomocí výstupů z testové baterie CGA+MMSE, otázka č. 7,8,9:

- Sebeobsluha (tato oblast zahrnuje schopnost sebeobsluhy i u imobilních seniorů, jedná se o činnosti př. v případě žízně si sám bez pokynu vezme láhev s vodou).
- Soběstačnost seniora (mobilní senior nemusí být soběstačný v důsledku demence, zde dochází k hodnocení určité samostatnosti př. provedení osobní hygieny)
- Výživa (v oblasti výživy je možné hodnotit řadu faktorů, zda-li se senior nají sám bez dohledu, zda se nají sám ale s dohledem, dále nutnost podávání stravy pevné/tekuté, atp.)

Následně bude stanovena podskupina A3) a B3), tvořená s hodnoceným duševním zdravým, které bude zkoumané na základě hodnot získaných z testové baterie CGA+MMSE, otázka č. 10,11,12:

- Afektivní poruchy (hodnocení výskytu deprese)
- Projevy maladaptace (projev nežádoucího stavu, př. útěk z oddělení jako únik ze situace)
- Neurotické projevy (př. automutilace).

4.3 Aktivizace respondentů

Během výzkumu popsaného v této rigorózní práci, byl stanoven plán realizace, která zahrnovala plánovanou činnost s experimentální skupinou respondentů (A), trvající 6 měsíců. Této činnosti předcházelo měření, které nám poskytlo vstupní údaje, týkající se kvality kognitivních schopností a celkové kondici respondenta, trpící demencí. Dle již konkrétně vytyčené skupině respondentů byla naplánována individuální péče, dle potřeb jednotlivých seniorů.

Příklad plánování

Seniorka E.Š, 82 let – hospitalizována 8 měsíců. Při přijetí byla mobilní s dopomocí a částečně soběstačná. Respondentka trpící demencí, dle MMSE 21 bodů – lehká kognitivní porucha, nyní imobilní ale soběstačná v rámci lůžka, nutný dohled nad stravováním, aktivní podávání tekuté stravy. Inkontinence a stabilní dezorientace časová a místní. Osoby poznává. Respondentka spolupracuje částečně, výskyt apatie a pasivity, kdy dochází i k omezení pohybu v lůžku, v důsledku toho vznik dekubitu v sakrální oblasti II. stupeň (narušení integrity kůže). Rodina dochází průměrně 1x měsíčně a respondentka bývá po návštěvách smutná a odmítá jíst. Tím se zvyšuje riziko dalších zdravotních komplikací. Respondentka je na pokoji s dalšími 2 osobami, které netvoří experimentální skupinu a nejsou zahrnuty do výzkumného šetření.

Dle specifikace a individuality respondentky byl stanoven plán činností, tak aby byla respondentka schopná se těchto činností účastnit. V následujících 6 měsících byly plánovány aktivity:

- ***Reminiscenční terapie*** – ve spolupráci s rodinnými příslušníky byly zajištěny fotografie respondentky, které byly následně předkládány a blíže popisovány vzpomínky, které zachycovaly. Ve spolupráci se samotnou pacientkou bylo vytvořeno dekorační album, pomocí barevných papírů a doplňků, do které byly fotografie zasazeny a následně vyzdobeno okolí lůžka, tak aby respondentka dohlédla na uvedené fotografie.

  - Tato činnost byla rozložena do několika fází, tak aby respektovala volbu pacientky účastnit se na činnosti. Dále byly zohledněny plánované zdravotnické úkony, které nebyly prováděny v očekávaných intervalech.

  - Respondentka přistupovala k nabízeným činnostem velmi otevřeně a s nadšením. Činnosti zvládala bez větších komplikací, problematika byla zaznamenána během činnosti zaměřené na jemnou motoriku. Vybavování bylo spontální.

- ***Bazální somatická stimulace*** – s hledem na možnosti samotné respondentky byly naplánovány činnosti, které je možné provádět v rámci lůžka. V důsledku vzniklého dekubitu v sakrální oblasti byla zvolena stimulace somatická – masáže zad mentolovými gely, které přináší úlevu a osvěžení svalů. Oblast dekubitu byla vynechána. Tímto bylo stimulováno vnímání vlastního těla a to především v oblasti zad.

  - Tato činnost byla rozložena do několika fází, tak aby respektovala volbu pacientky účastnit se na činnosti. Dále byly zohledněny plánované zdravotnické úkony, které nebyly prováděny v očekávaných intervalech.

  - Respondentka vždy k nabízené činnosti přistupovala s nadšením. Zpočátku se uvedená stimulace prováděna v leže a v pravidelných intervalech 1x týdně. Následně byla respondentka schopná udržet se v sedu na lůžku.

- ***Bazální auditivní stimulace*** - s hledem na možnosti samotné respondentky byly naplánovány činnosti, které je možné provádět v rámci lůžka. Během hovoru s respondentkou byla zjištěna obliba v mluveném slovu umělce Jana Wericha. Proto následné činnosti zahrnovaly i stimulaci auditivní v poslechu řady příběhů uvedeného umělce. Dále byly zajištěny auditivní CD s poslechovou tradiční hudbou umělců Karel Gott, Helena Vondráčková aj.

  -Tato činnost byla rozložena do několika fází, tak aby respektovala volbu pacientky účastnit se na činnosti. Dále byly zohledněny plánované zdravotnické úkony, které nebyly prováděny v očekávaných intervalech.

  - Respondentka vždy přistupovala k nabízené činnosti s nadšením.

- ***Erogterapeutické činnosti*** - s hledem na možnosti samotné respondentky byly naplánovány činnosti, které je možné provádět v rámci lůžka. Byly zvoleny činnosti zaměřené na jemnou motoriku: třídění knoflíků, kresba na papír s pevnou podložkou, pletení, háčkování.

  - Tato činnost byla rozložena do několika fází, tak aby respektovala volbu pacientky účastnit se na činnosti. Dále byly zohledněny plánované zdravotnické úkony, které nebyly prováděny v očekávaných intervalech.

  - Respondentka vždy přistupovala k nabízené činnosti s nadšením.

- ***Prostá komunikace*** - s hledem na možnosti samotné respondentky byly naplánovány činnosti, které je možné provádět v rámci lůžka. Nejběžnější a nejzákladnější činnost a to prostá verbální komunikace, týkající se volených témat, o které si respondentka sama často volila a díky, které bylo možné přizpůsobit plánované aktivitě samotné potřebě respondentky.

  - Tato činnost byla rozložena do několika fází, tak aby respektovala volbu pacientky účastnit se na činnosti. Dále byly zohledněny plánované zdravotnické úkony, které nebyly prováděny v očekávaných intervalech.

  - Respondentka vždy přistupovala k nabízené činnosti s nadšením.

Prováděné činnosti u všech respondentů z experimentální skupiny byly voleny ve frekvenci min. 3x týdně po dobu trvání 1 hodiny. S ohledem na časovou dotaci byly frekvence příležitostně navýšeny o další vstupy.

4.4 Místo aktivizace

Pro potřeby realizace výzkumu bylo nutné určit místo, kde bude docházet k plánovaným aktivizačním technikám. S ohledem na prostory všech pracovišť, nebyly možnosti příliš rozmanité. Každé pracoviště léčebny dlouhodobě nemocných disponuje jídelnou, kde je možné prostory využít i pro jiné účely, než primárně stravování. Ovšem bylo nutné vždy zohlednit aktuální stav seniora, který byl zahrnut do experimentální skupiny respondentů. A díky velmi úzké specifikaci profilu respondentů, byl zdravotní stav charakteristický imobilitou, který nedovoloval vzdálenější přesuny. Proto místo aktivizace bylo určeno lůžko, na kterém se senior stabilně nachází během hospitalizace.

Nemocniční pokoje je charakteristické specifickým vzhledem. Maximalizovat počet lůžek v jedné místnosti, eliminace nábytku či výzdoby. Z praktického hlediska je skutečnost minimalizace jiného nábytku v nemocničním pokoji zcela pochopitelná. Faktem zůstává, že přesuny celých lůžek s ležícími pacienty např. po operačním výkonu, je naprosto běžná. Proto je důležitý adekvátní přístup. Nicméně reálná podoba nemocničním pokojů je ovšem tak strohá, že i u krátkodobých hospitalizací, vyvolává nelibé pocity. Především, když si uvědomíme, že hospitalizace sama o sobě je dost náročná a bývá spojená i se strachem z budoucnosti.

Tato podoba a koncept nemocničních pokojů (viz. obr. č. 11), sebou přináší i další nepříznivé skutečnosti. Lůžka jsou od sebe velmi málo vzdálena a tím se snižuje i pocit soukromí. Další velmi kritizovanou skutečností je fakt, že ošetřování imobilních seniorů je zajišťováno díky inkontinenčním pomůckám, které jsou samy o sobě v pořádku, ale následná hygiena s tím spojená, se provádí bez absolutního

respektu k osobě. Senior je odhalen a manipulován, ta aby bylo možné hygienu provést. Nicméně uvedená vzdálenost lůžek je minimální a neodpovídá potřebě prováděných ošetření. Další fakt je, že senioři, kteří se udrží v sedu, jsou tzv. „vysazováni“ do toaletních židlí, též označované jako „gramofon“ a následně ponecháni u jednoho stolu v pokoji, kde jim je servírována strava během vylučování. Důležité je ale zmínit, že uvedený systém je velmi obtížné měnit z důvodu žalostně nízkého počtu ošetřujícího personálu, který se zpravidla skládá ze 3 zdravotních sester či v kombinaci zdravotních asistentek či ošetřovatelek. V tomto počtu ošetřujícího personálu poskytují péči průměrně 30 osobám, kteří potřebují dopomoc s různými činnostmi a v různém stupni (podávání stravy, podávání tekutin, hygiena apod.), jenže k těmto činnostem jsou navíc i další odborné činnosti (převazy, plnění vizity, podávání léků, náročná ordinace u pacientů u náhle zhoršeného zdravotního stavu). Proto lze říci, že v současném systému poskytování péče jsou značné nedostatky. Péče poskytována v této formě je velmi specifická, postrádající přímý respekt k člověku a jeho potřebám. Proto aktivizace, o které pojednává tato rigorózní práce, je hodnocena jako nadstandard, který není z důvodu personálního složení možné realizovat.

Obr. č. 11 – standardní nemocniční pokoj na LDN.

4.5 Cíl šetření

Cílem této rigorózní práce je získání odpovědi na vymezený výzkumný problém:,,Jaký vliv má aktivizace ve volném čase na rozvoj kognitivních schopností u seniorů trpících demencí hospitalizovaných na LDN?“

Princip spočívá v identifikaci hlavních důvodů a dále zjišťování, do jaké míry je proces ovlivněn zkoumanými proměnnými. Hlavním cílem výzkumu je poukázání na nedostatky v péči o geriatrické pacienty, hospitalizované na odd. LDN a tím možné využití východisek práce, jako námět pro zkvalitnění péče ve zdravotnických zařízeních.

4.6 Metoda vyhodnocení získaných dat

Po předložení vstupního a výstupního testu CGA +MMSE byly získány číselné hodnoty (body), které bylo následně nutné vzájemně porovnat. Pro tyto účely byl zvolen software Statgraphics Centurion XVI, kterým bylo možné získat přesné statistické vyhodnocení získaných dat. Tento software obsahuje řadu testů, které lze využít pro mnohá statistická srovnání, dle konkretizace vhodného vyhodnocení.

Pro vyhodnocení výzkumu této rigorózní práce byla jako první využita metoda mnohonásobného porovnání Fisherovým LSD testem (Least Significant Difference – nejméně významný rozdíl), kterým jsme získali informace o tom, mezi kterými dvojicemi skupin jsou statisticky významné rozdíly. Tato analýza porovnává aritmetické průměry a intervaly spolehlivosti jednotlivých výběrů dat na hladině významnosti α =5 %.

Jako druhou kontrolní metodu jsme použili Studentům T-test, který je nejčastěji používaným parametrickým testem – používá se pro testování rozdílu 2 středních hodnot *m*. Podle statistické významnosti testovaného rozdílu středních hodnot mezi skupinami, usuzujeme na účinnost aplikovaného pokusného zásahu ve sledovaném výzkumu. Výpočet testovacího kritéria *t* vychází z odhadů parametrů *m* a *s2* u výběrových souborů *x* a *s2.* Vypočtené testovací kriterium porovnáme s tabulkovou kritickou hodnotou (1 – a/2 kvantil Studentova t-rozdělení pro dané *n* a zvolené *a*).

Dále bylo využito funkci Microsoft Exel, který byl využit v rámci vizuálního přehledu získaných hodnot v rámci výzkumu, který byl předem vyhodnocen v softwaru Statgraphics Centrurion XVI.

4.7 Formulace hypotéz

V souladu s cíli verifikovány 4 hypotézy. Při jejich formulaci bylo přihlédnuto také ke zjištěním, které vyplývají z teoretické části práce. Níže uvedené hypotézy byly formulovány jako nulové. V případě zamítnutí nulové hypotézy H0 statistickým testem je prokázán její opak. Jestliže však testovaná hypotéza H0 zamítnuta není, neznamená to ještě její důkaz, ale pouze tvrzení, že výsledky pozorované na základě kritéria výběru ještě nedovolují hypotézu H0 zamítnout.

H01.

Kvalita trávení volného času u seniorů s demencí na odděleních LDN nemá výrazný vliv na celkový rozvoj kognitivních funkcí (tato hypotéza bude ověřována pomocí výstupního testu CGA+MMSE, otázka č. 16 u skupin A a B).

H02.

Vhodná aktivizace ve volném čase u seniorů s demencí na odděleních LDN má pozitivní vliv na tělesné zdraví pacientů (tato hypotéza bude ověřována pomocí výstupního testu CGA+MMSE, otázka č. 4,5,6 a to u podskupiny A1 a B1).

H03

V rozmanitosti forem trávení volného času a funkční výkonností seniorů s demencí hospitalizovaných na odděleních LDN je pozitivní vztah (tato hypotéza bude ověřována pomocí výstupního testu CGA+MMSE, otázka č. 7,8,9 a to u podskupiny A2 a B2).

H04

V četnosti aktivit v trávení volného času u pacientů hospitalizovaných na odd. LDN a kvalitně hodnoceným duševním stavem není pozitivní vztah (tato hypotéza bude ověřována pomocí výstupního testu CGA+MMSE, otázka č. 10,11,12 a to u podskupiny A3 a B3).

4.8 INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

K zaznamenání dat realizovaného výzkumu sloužil záznamový arch, který byl vyplněn ke každému respondentovi. Způsob zaznamenávání a následného hodnocení je uvedený v tab. 5 a v tab. 6.

Tab. 5 - Statistická data členění do zkoumaných skupin respondentů

SKUPINA	POČET RESPONDENTŮ	PRŮMĚR	HOMOGENNÍ SKUPINA
A	10	3	X
B	10	2,1	X
A1	10	2	X
B1	10	2	X
A2	10	3	X
B2	10	1	X
A3	10	1,1	X
B3	10	3	X
A4	10	2	X
B4	10	1	X

Tab. 6 - Statistická data členění do zkoumaných skupin respondentů dle vstupního a výstupního CGA+MMSE testu.

SKUPINA	POČET RESPONDENTŮ	PRŮMĚR	HOMOGENNÍ SKUPINA
Vstupní CGA+MMSE	20	23,75	X
Výstupní CGA+MMSE	20	22.63	X

Skupina A (experimentální) a B (kontrolní) se členila pomocí bodového hodnocení testu kognitivních schopností a následné probíhající aktivizační činnosti během výzkumu. Tyto aktivizační činnosti byly plánovány individuálně podle specifikace možností respondenta.

Systém konkretizace skupin je uvedeno v následující části rigorózní práce:

Skupina A1 a B1 se členila na základě výsledků CGA+MMSE testu a to pomocí zkoumaných oblastí:

- Přítomnost psychosomatických diagnóz
- Přítomnost funkčně závažných chorob
- Přítomnost syndromologických diagnóz

Skupina A2 a B2 se členila na základě výsledků CGA+MMSE testu a to pomocí zkoumaných oblastí:

- Sebeobsluha v lůžku
- Soběstačnosti respondentů
- Kvality výživy respondentů

Skupina A3 a B3 se členila na základě výsledků CGA+MMSE testu a to pomocí zkoumaných oblastí:

- Přítomnost afektivních poruch
- Přítomnosti projevů maladaptace
- Přítomnost neurotických projevů

Skupina A4 a B4 se členila na základě výsledků CGA+MMSE testu a to pomocí zkoumaných oblastí:

- Pravidelného kontaktu rodinných příslušníků na odd., minimálně 1x týdně
- Spolupráce rodinných příslušníků na péči
- Kvalita rodinných vazeb

4.9 Zkoumaný okruh č. 1 – Kvalita trávení volného času u seniorů s demencí na odděleních LDN nemá výrazný vliv na celkový kognitivním funkcí.

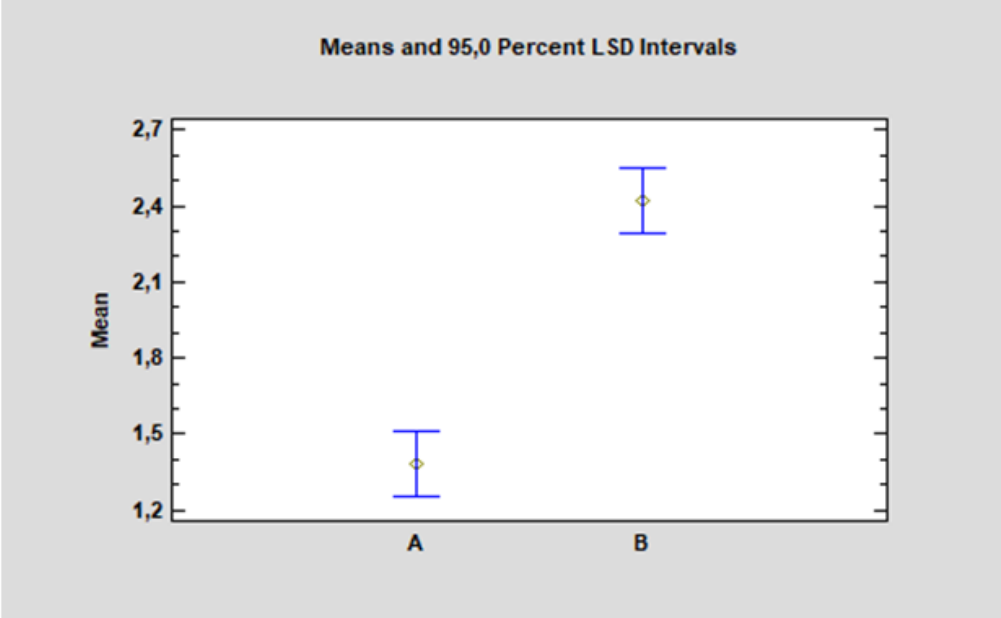
Tab. 7 - Statistická data zkoumaného okruhu č.1

SKUPINA	POČET RESPONDENTŮ	PRŮMĚR	HOMOGENNÍ SKUPINA
A	10	1.382	X
B	10	2.422	X

Tab. 8 - Vzájemné statistické srovnání skupin u zkoumaného okruhu č.1

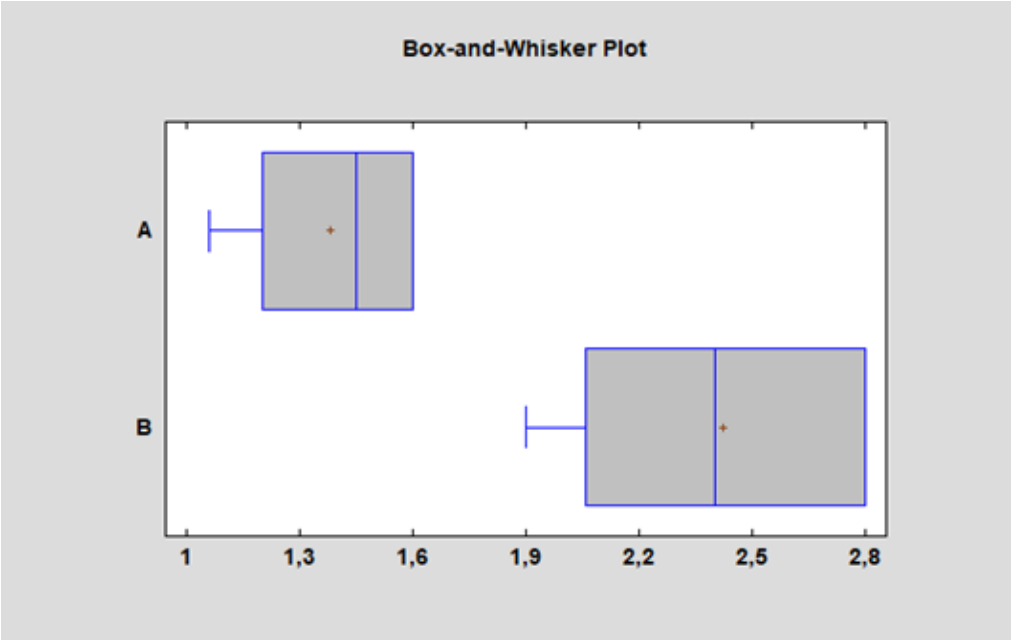
POROVNÁNÍ SKUPIN	ODCHYLKA	+/- LIMIT
A-B	-1.04	0.263368

Obr. 12 - Graf u zkoumaného okruhu č.1 pomocí F-testu



Tento graf se vztahuje ke srovnávacímu postupu pro určení, která skupina je výrazně odlišná od druhé. Spodní polovina výstupu ukazuje odhad rozdílu mezi každým párem skupin. Tato dvojice ukazuje statisticky významný rozdíl na hladině spolehlivosti 95,0%. Metoda v současné době používá k diskriminaci mezi prostředky. Fisherův nejméně významný rozdíl (LSD) postup. Při použití této metody je 5,0% riziko odlišnosti.

Obr. 13 - Graf u zkoumaného okruhu č.1 pomocí T-testu



Porovnání výsledků:

- 95.0 % interval spolehlivosti pro průměr A:1,382 +/- 0.154159 [1.22784; 1.53616]
- 95.0 % interval spolehlivosti pro průměr B:2.422 +/- 0.238018 [2.18398; 2.66002]
- 95.0 % interval spolehlivosti pro rozdíl mezi prostředky za předpokladu, že s rovností rozptylů: -1.04 **+/- 0.263368**

T-test pro porovnání skupin:

- Nulová hypotéza: mean1 = mean2
- Alt. Hypotéza: mean 1 NE mean2
- Za předpokladu stejné odchylky: t= 8.29623 P-value= 1,45459E-7 lze odmítnout nulovou hypotézu pro alfa= 0.05.

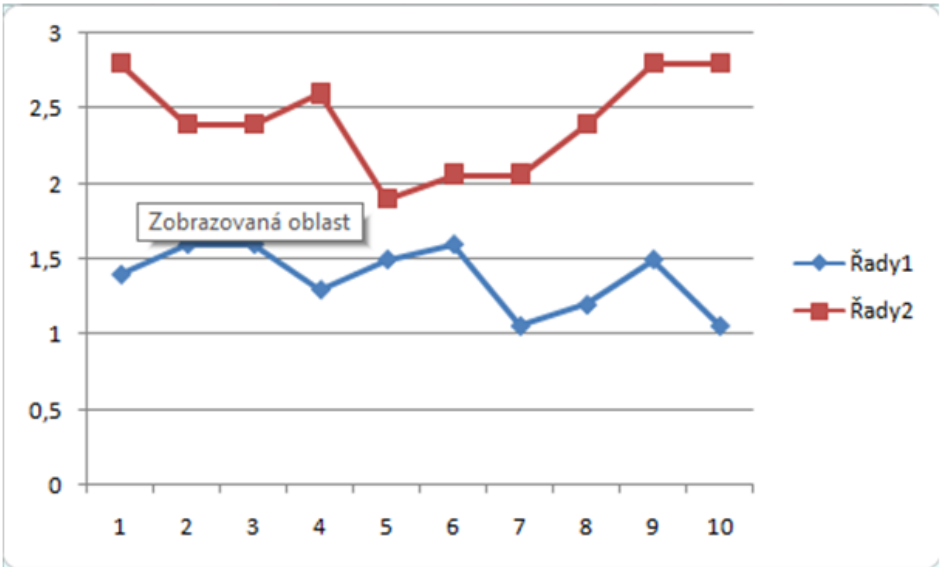
T-test porovnává prostředky obou vzorků. To také vytváří intervaly spolehlivosti nebo hranice pro každý průměr a rozdíl mezi prostředky. Zvláštní zájem je interval spolehlivosti pro rozdíl mezi prostředky, které se rozprostírá od -1.30337 do 0.776632. Vzhledem k tomu, že interval neobsahuje hodnotu 0, je statisticky významný rozdíl mezi prostředky obou vzorků na hladině spolehlivosti 95.0 %. Vzhledem k vypočítanému P- je hodnota menší než 0.05, můžeme zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativy.

Směrodatná odchylka výsledku F-testu a T-testu jsou shodné.

Z výsledků je patrné, že statisticky významná odchylka byla zjištěna mezi skupinou A a B a to ve vztahu celkového rozvoje kognitivních funkcí, s ohledem ke kvalitě trávení volného času na odděleních LDN. U skupiny A je patrné kvalitněji hodnocený rozvoj kognitivním funkcí oproti skupině B, u které došlo k propadu hodnot a tím negativněji hodnocenou proměnnou. Jedná se o výzkumný vzorek respondentů hospitalizovaných na odděleních LDN v nemocničním zařízení, hodnocený v časovém rozptylu 6 kalendářních měsíců. Měření bylo zjišťováno pomocí CGA +MMSE testu, zaměřené na celkové hodnocení psychického i funkčně somatického zdravotního stavu, selektováno do dílčích oblastí testování.

Obr. 14 - Srovnání výsledků výstupních hodnot CGA+MMSE testu u skupiny A a B

- SKUPINA △
- SKUPINA ▭



H1.

Kvalita trávení volného času u seniorů s demencí na odděleních LDN nemá výrazný vliv na celkový rozvoj kognitivních funkcí (tato hypotéza byla ověřena pomocí výstupního testu CGA+MMSE, otázka č. 16 u skupin A a B a následně vyhodnocena statistickým Fisherovým LSD testem a T-testem).

- **Hypotézu lze zamítnout**

Na základě výsledků a grafického znázornění je patrné, že je zde prokazatelný vztah mezi kvalitou trávení volného času a celkovým rozvojem kognitivních funkcí. Předpokládá se, že pravidelné působení na klienta, v rámci terapie, má pozitivní vztah na rozvoj a zachovávání kognitivních funkcí. Proto lze říci, že u klientů, u kterých je způsob trávení volného času, během hospitalizace v nemocničním zařízení, podnětnější a u kterých jsou aplikovány volnočasové aktivity, je celková progrese onemocnění pomalejší spíše, než u klientů, u kterých aktivizace prováděná není.

4.10 Zkoumaný okruh č. 2 – Vhodná aktivizace ve volném čase u seniorů s demencí na odděleních LDN nemá výrazný vliv na tělesné zdraví pacientů.

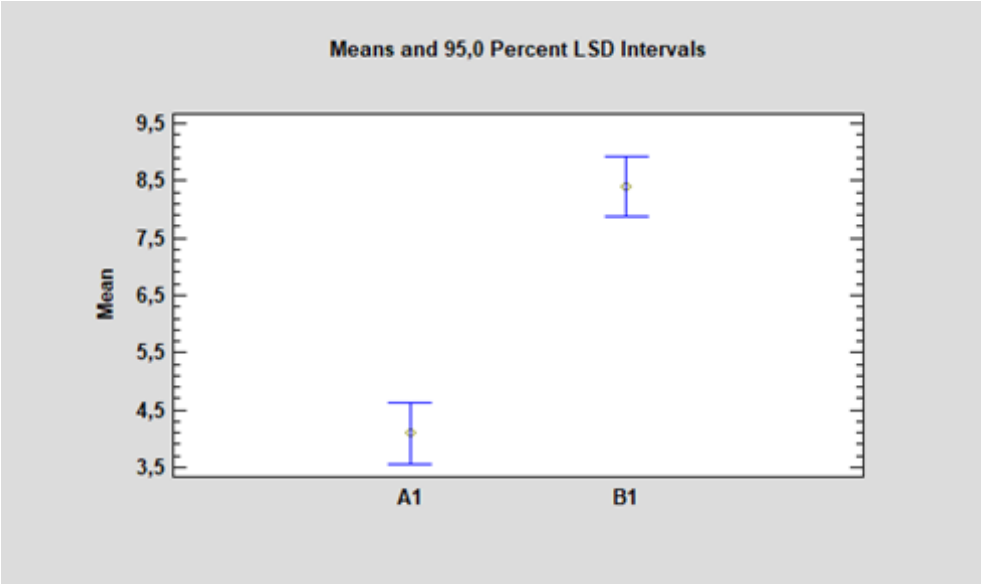
Tab. 9 - Statistická data zkoumaného okruhu č.2

SKUPINA	POČET RESPONDENTŮ	PRŮMĚR	HOMOGENNÍ SKUPINA
A1	10	4,1	X
B1	10	8,4	X

Tab. 10 - Vzájemné statistické srovnání skupin u zkoumaného okruhu č.2

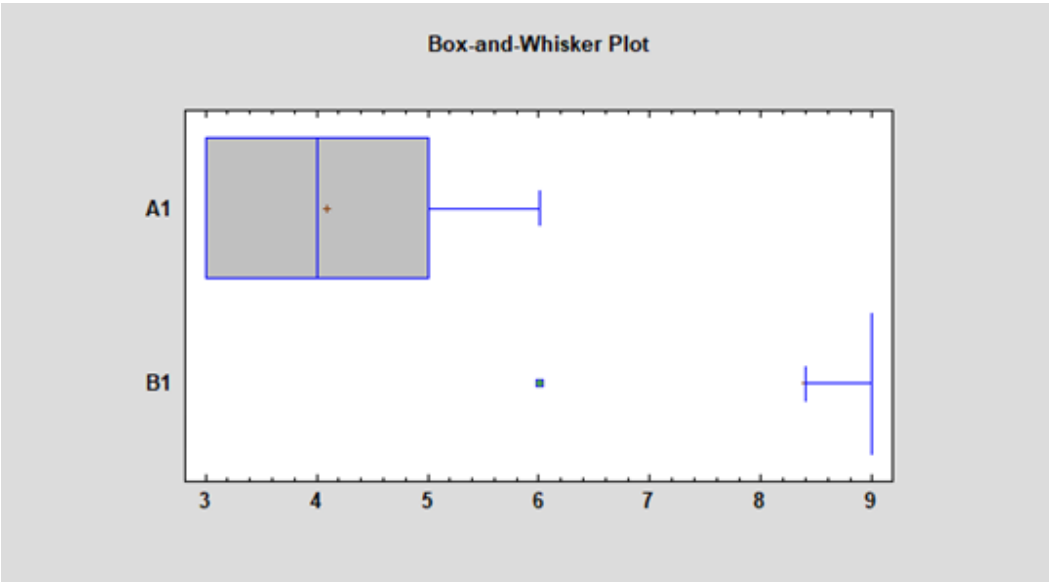
POROVNÁNÍ SKUPIN	ODCHYLKA	+/- LIMIT
A1-B1	-4,3	1,06898

Obr. 15. - Graf u zkoumaného okruhu č.2 pomocí F-testu



Tento graf se vztahuje ke srovnávacímu postupu pro určení, která skupina je výrazně odlišná od druhé. Spodní polovina výstupu ukazuje odhad rozdílu mezi každým párem skupin. Tato dvojice ukazuje statisticky významný rozdíl na hladině spolehlivosti 95,0%. Metoda v současné době používá k diskriminaci mezi prostředky. Fisherův nejméně významný rozdíl (LSD) postup. Při použití této metody je 5,0% riziko odlišnosti.

Obr. 16 - Graf u zkoumaného okruhu č. 2 pomocí T-testu



Porovnání výsledků:

- 95.0 % interval spolehlivosti pro průměr A1: 4,1 +/- 0,711373 [3,38863;4,81137]
- 95.0 % interval spolehlivosti pro průměr B1: 8,4 +/- 0,904865 [7,49513;9,30487]
- 95.0 % interval spolehlivosti pro rozdíl mezi prostředky za předpokladu, že s rovností rozptylů: -4,3**+/- 1,06898**

T-test pro porovnání skupin:

- Nulová hypotéza: mean1 = mean2
- Alt. Hypotéza: mean 1 NE mean2
- Za předpokladu stejné odchylky: t= 8,45107 P-value= 1,11242E-7 lze odmítnout nulovou hypotézu pro alfa= 0.05.

T-test porovnává prostředky obou vzorků. To také vytváří intervaly spolehlivosti nebo hranice pro každý průměr a rozdíl mezi prostředky. Zvláštní zájem je interval spolehlivosti pro rozdíl mezi prostředky, které se rozprostírá od -5,36898 do 3,23102. Vzhledem k tomu, že interval neobsahuje hodnotu 0, je statisticky významný rozdíl mezi prostředky obou vzorků na hladině spolehlivosti 95.0 %. Vzhledem k vypočítanému P- hodnota je menší než 0.05, můžeme zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativy.

Směrodatná odchylka výsledku F-testu a T-testu jsou shodné.

Z výsledků je patrné, že statisticky významná odchylka byla zjištěna mezi skupinou A1 a B1 a to ve vztahu kvality tělesného zdraví s ohledem k vhodné aktivizaci ve volném čase na odděleních LDN. U skupiny A1 je patrné kvalitněji hodnocené tělesné zdraví, oproti skupině B1, u které došlo k propadu hodnot a tím negativněji hodnocené proměnné. Jedná se o výzkumný vzorek respondentů hospitalizovaných na odděleních LDN v nemocničním zařízení, hodnocený v časovém rozptylu 6 kalendářních měsíců. Měření bylo zjišťováno pomocí CGA +MMSE testu, zaměřené na celkové hodnocení funkčně somatického zdravotního stavu, selektováno do dílčích oblastí testování.

H2.

Vhodná aktivizace ve volném čase u seniorů s demencí na odděleních LDN má pozitivní vliv na tělesné zdraví pacientů (tato hypotéza byla ověřena pomocí

výstupního testu CGA+MMSE, otázka č. 4,5,6 a to u podskupiny A1 a B1 a následně vyhodnocena statistickým Fisherovým LSD testem a T-testem).

- **Hypotézu lze zamítnout**

Na základě výsledků a grafického znázornění je patrné, že je zde prokazatelný vztah mezi vhodnou aktivizací ve volném čase a tělesným zdravím pacientů. Předpokládá se, že pravidelné působení na klienta, v rámci volného času, má pozitivní vztah na rozvoj a zachovávání tělesného zdraví. Proto lze říci, že u klientů, u kterých je prováděná vhodná aktivizace, je znovuobnovení či zachování tělesného zdraví reálnější, než u klientů, u kterých vhodná aktivizace prováděná není.

4.11 Zkoumaný okruh č. 3 – V rozmanitosti forem trávení volného času a funkční výkonností seniorů s demencí hospitalizovaných na LDN není pozitivní vztah.

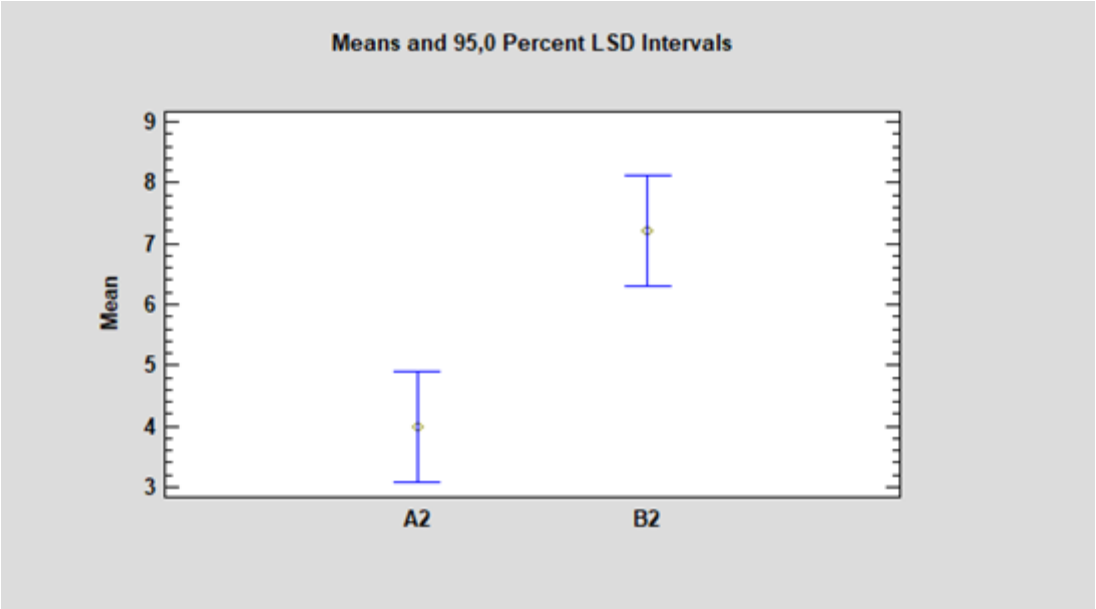
Tab. 11 - Statistická data zkoumaného okruhu č. 3

SKUPINA	POČET RESPONDENTŮ	PRŮMĚR	HOMOGENNÍ SKUPINA
A2	10	4,0	X
B2	10	7,2	X

Tab. 12 - Vzájemné statistické srovnání skupin u zkoumaného okruhu č. 3

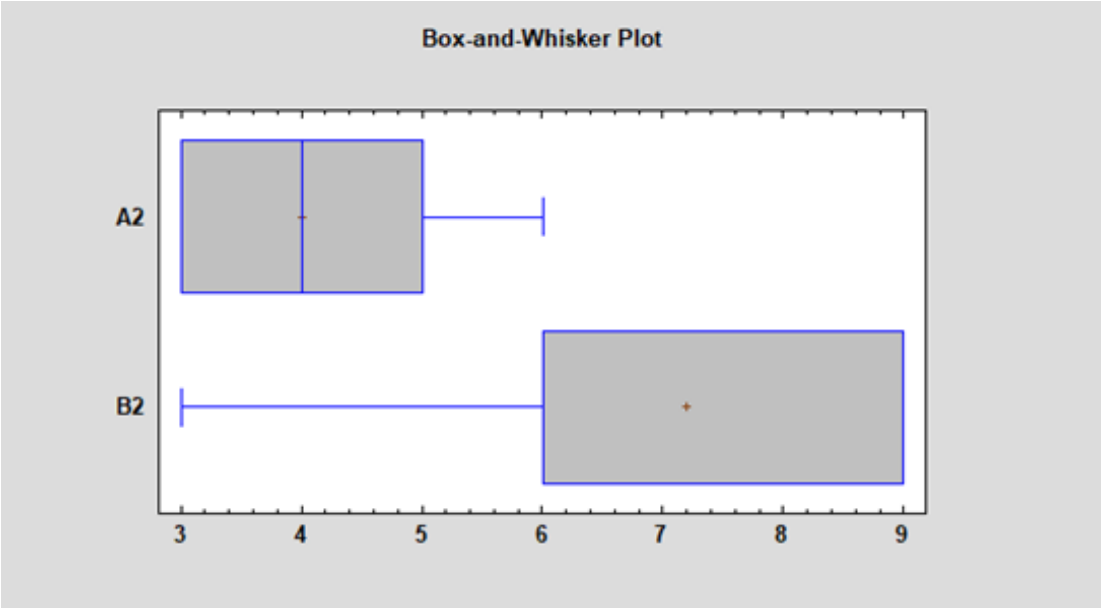
POROVNÁNÍ SKUPIN	ODCHYLKA	+/- LIMIT
A2-B2	-3,2	1,8208

Obr. 17 - Graf u zkoumaného okruhu č.3 pomocí F-testu



Tento graf se vztahuje ke srovnávacímu postupu pro určení, která skupina je výrazně odlišná od druhé. Spodní polovina výstupu ukazuje odhad rozdílu mezi každým párem skupin. Tato dvojice ukazuje statisticky významný rozdíl na hladině spolehlivosti 95,0%. Metoda v současné době používá k diskriminaci mezi prostředky. Fisherův nejméně významný rozdíl (LSD) postup. Při použití této metody je 5,0% riziko odlišnosti.

Obr. 18 - Graf u zkoumaného okruhu č.3 pomocí T-testu



Porovnání výsledků:

- 95.0 % interval spolehlivosti pro průměr A2: 4,0 +/- 0,754054 [3,24595;4,75404]
- 95.0 % interval spolehlivosti pro průměr B2: 7,2 +/- 1,80973 [5,39027;9,00973]
- 95.0 % interval spolehlivosti pro rozdíl mezi prostředky za předpokladu, že s rovností rozptylů: -3,2**+/- 1,8208**

T-test pro porovnání skupin:

- nulová hypotéza: mean1 = mean2
- Alt. Hypotéza: mean 1 NE mean2
- Za předpokladu stejné odchylky: t= 3,69231 P-value= 0,00166697 lze odmítnout nulovou hypotézu pro alfa= 0.05.

T-test porovnává prostředky obou vzorků. To také vytváří intervaly spolehlivosti nebo hranice pro každý průměr a rozdíl mezi prostředky. Zvláštní zájem je interval spolehlivosti pro rozdíl mezi prostředky, které se rozprostírá od -5,0208 do -1,3792. Vzhledem k tomu, že interval neobsahuje hodnotu 0, je statisticky významný rozdíl mezi prostředky obou vzorků na hladině spolehlivosti 95.0 %. Vzhledem k vypočítanému P- je hodnota menší než 0.05, můžeme zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativy.

Směrodatná odchylka výsledku F-testu a T-testu jsou shodné.

Z výsledků je patrné, že statisticky významná odchylka byla zjištěna mezi skupinou A2 a B2 a to ve vztahu funkční výkonnosti respondentů s ohledem k rozmanitosti forem trávení volného času na odděleních LDN. U skupiny A2 je patrné kvalitněji hodnocená funkční výkonnost oproti skupině B2, u které došlo k propadu hodnot a tím negativněji hodnocená proměnná. Jedná se o výzkumný vzorek respondentů hospitalizovaných na odděleních LDN v nemocničním zařízení, hodnocený v časovém rozptylu 6 kalendářních měsíců. Měření bylo zjišťováno pomocí CGA +MMSE testu, zaměřené na celkové hodnocení psychického i funkčně somatického zdravotního stavu, selektováno do dílčích oblastí testování.

H03

V rozmanitosti forem trávení volného času a funkční výkonností pacientů hospitalizovaných na odděleních LDN není pozitivní vztah (tato hypotéza byla ověřena pomocí výstupního testu CGA+MMSE, otázka č. 7,8,9 a to u podskupiny

A2 a B2 a následně vyhodnocena statistickým Fisherovým LSD testem a T-testem).

- **Hypotézu lze zamítnout**

Na základě výsledků a grafického znázornění je patrné, že je zde prokazatelný vztah mezi rozmanitosti forem trávení ve volném čase a funkční výkonností pacientů. Předpokládá se, že pravidelné působení na klienta, v rámci volného času, má pozitivní vztah na rozvoj a zachovávání funkční výkonnosti pacientů. Proto lze říci, že u klientů, u kterých se dbá na rozmanitost forem trávení ve volném čase, je znovuobnovení či zachování funkční výkonnosti reálnější, než u klientů, u kterých aktivity ve volném čase prováděné nejsou.

4.12 Zkoumaný okruh č. 4 –V četnosti aktivit v trávení volného času u pacientů hospitalizovaných na odd. LDN a kvalitně hodnoceným duševním stavem není pozitivní vztah.

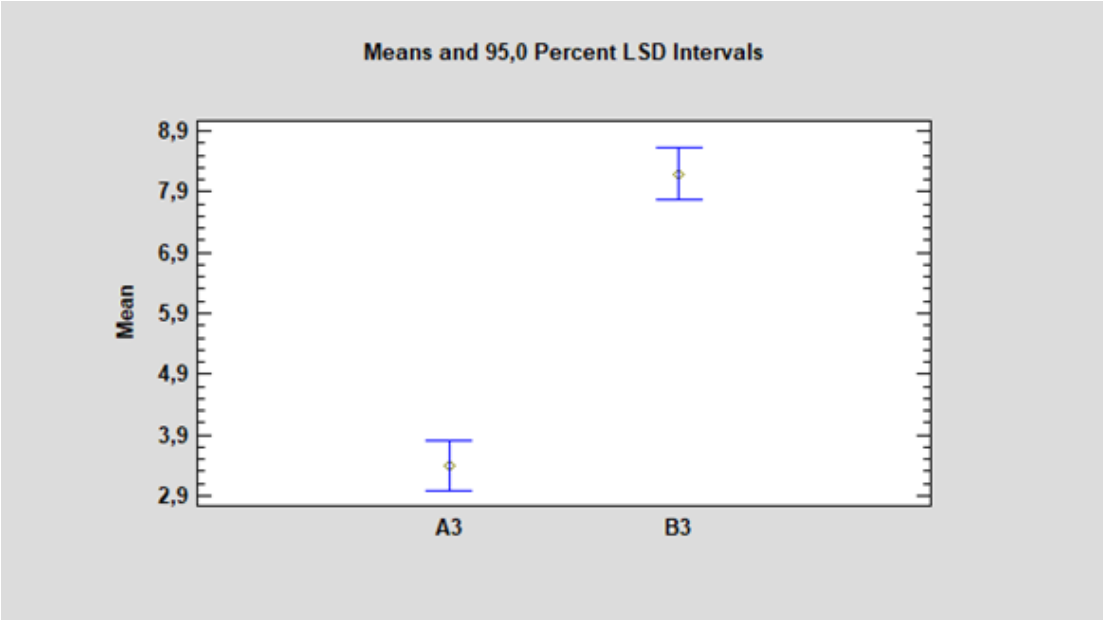
Tab. 13 - Statistická data zkoumaného okruhu č. 4

SKUPINA	POČET RESPONDENTŮ	PRŮMĚR	HOMOGENNÍ SKUPINA
A3	10	3,4	X
B3	10	8,2	X

Tab. 14 - Vzájemné statistické srovnání skupin u zkoumaného okruhu č. 4

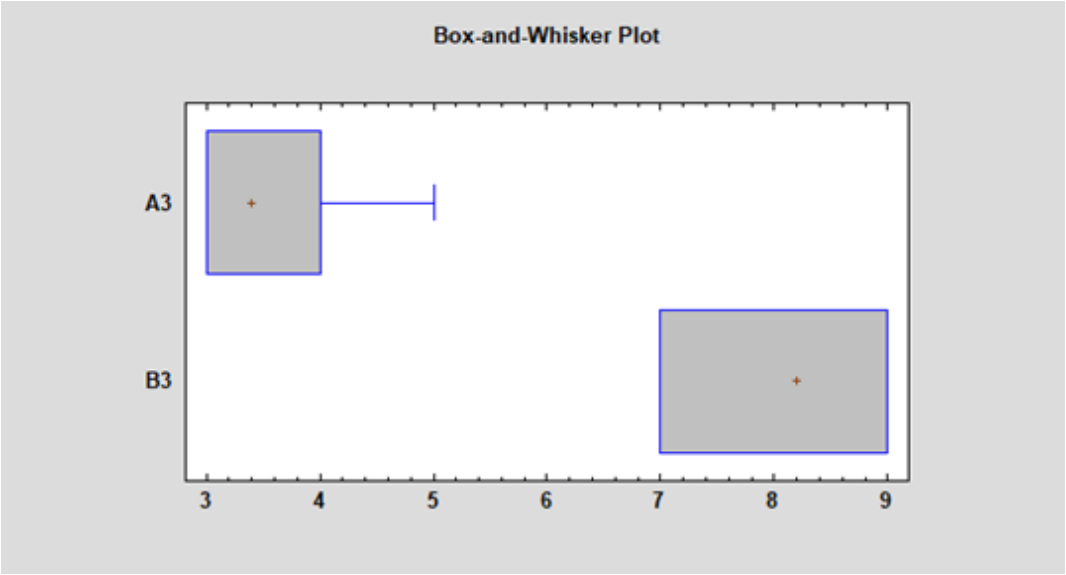
POROVNÁNÍ SKUPIN	ODCHYLKA	+/- LIMIT
A3-B3	-4,8	0,828617

Obr. 19 - Graf u zkoumaného okruhu č.4 pomocí F-testu



Tento graf se vztahuje ke srovnávacímu postupu pro určení, která skupina je výrazně odlišná od druhé. Spodní polovina výstupu ukazuje odhad rozdílu mezi každým párem skupin. Tato dvojice ukazuje statisticky významný rozdíl na hladině spolehlivosti 95,0%. Metoda v současné době používá k diskriminaci mezi prostředky. Fisherův nejméně významný rozdíl (LSD) postup. Při použití této metody je 5,0% riziko odlišnosti.

Obr. 20 - Graf u zkoumaného okruhu č. 4 pomocí T-testu



Porovnání výsledků:

- 95.0 % interval spolehlivosti pro průměr A3: 3,4 +/-0,500183 [2,89982;3,90018]
- 95.0 % interval spolehlivosti pro průměr B3: 8,2 +/-0,738819 [7,46118;8,93882]
- 95.0 % interval spolehlivosti pro rozdíl mezi prostředky za předpokladu, že s rovností rozptylů: -4,8 **+/- 0,828617**

T-test pro porovnání skupin:

- Nulová hypotéza: mean1 = mean2
- Alt. Hypotéza: mean 1 NE mean2
- Za předpokladu stejné odchylky: t= -12,1702 P-value= 4,02129E-10 lze odmítnout nulovou hypotézu pro alfa= 0.05.

T-test porovnává prostředky obou vzorků. To také vytváří intervaly spolehlivosti nebo hranice pro každý průměr a rozdíl mezi prostředky. Zvláštní zájem je interval spolehlivosti pro rozdíl mezi prostředky, které se rozprostírá od -5,62862 do -3,97138. Vzhledem k tomu, že interval neobsahuje hodnotu 0, je statisticky významný rozdíl mezi prostředky obou vzorků na hladině spolehlivosti 95.0 %. Vzhledem k vypočítanému P- je hodnota menší než 0.05, můžeme zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativy.

Směrodatná odchylka výsledku F-testu a T-testu jsou shodné.

Z výsledků je patrné, že statisticky významná odchylka byla zjištěna mezi skupinou A3 a B3 a to ve vztahu kvalitně hodnoceným duševním stavem respondentů s ohledem k četnosti aktivit ve volném čase na odděleních LDN. U skupiny A3 je patrné kvalitněji hodnocený duševní stav oproti skupině B3, u které došlo k propadu hodnot a tím negativněji hodnocená proměnná. Jedná se o výzkumný vzorek respondentů hospitalizovaných na odděleních LDN v nemocničním zařízení, hodnocený v časovém rozptylu 6 kalendářních měsíců. Měření bylo zjišťováno pomocí CGA +MMSE testu, zaměřené na celkové hodnocení psychického i funkčně somatického zdravotního stavu, selektováno do dílčích oblastí testování.

H04

V četnosti aktivit v trávení volného času u pacientů hospitalizovaných na odd. LDN a kvalitně hodnoceným duševním stavem není pozitivní vztah (tato hypotéza byla ověřena pomocí výstupního testu CGA+MMSE, otázka č. 10,11,12 a to u

podskupiny A3 a B3 a následně vyhodnocena statistickým Fisherovým LSD testem a T-testem).

- **Hypotézu lze zamítnout**

Na základě výsledků a grafického znázornění je patrné, že je zde prokazatelný vztah mezi četností aktivit ve volném čase a hodnocením duševního zdraví u pacientů. Předpokládá se, že pravidelné aktivity, v rámci způsobu trávení ve volném čase, má pozitivní vztah na duševní zdraví u pacientů. Proto lze říci, že u klientů, u kterých je četnější aktivizační program, je duševní zdraví hodnoceno pozitivněji, než u klientů, u kterých aktivizace prováděná není.

Shrnutí výzkumu

V úvodu empirické části této práce byl stanoven deskriptivní výzkumný problém, formulován takto:

,,Jaký vliv má aktivizace ve volném čase na rozvoj kognitivních schopností u seniorů trpících demencí hospitalizovaných na LDN?“

V souladu s výzkumným problémem byly dále stanoveny nulové hypotézy, které reflektují teoretickou část práce. Výzkumný vzorek byl složen z respondentů, hospitalizovaných v Městské nemocnici v Litoměřicích na odd. LDN a to konkrétně na odd. LDN A, LDN B, NP, LDN D, LDN E, pomocí záměrného výběru. Výzkumný vzorek plnil shodné znaky: osoba v období seniorském se stanovenou diagnózou demence, závislý na pomoci druhé osoby, bez dostatečně podnětného prostředí.

Celý empirický výzkum byl hodnocen jako kvantitativní. Dále se během výzkumu měnily intervenující proměnné a následně se měřily závislé proměnné, proto se jednalo o experimentální výzkum, který byl vyhodnocen explorační metodou a to konkrétně dotazníkem, ve kterém byla vždy stanovena skupina otázek, zjišťujících pravdivost každé hypotézy. Data byla zpracována v programu Statgraphics XVI a to konkrétně F-testem a T- testem. Získaná data slouží pro výstup celého výzkumu. Statgraphics je statistický program od společnosti StatPoint, Inc., který je velmi oblíbený na vysokých školách. Momentálně dostupné na oficiálních stránkách www.statgraphics.com.

Aplikovaný výzkum byl prováděn po dobu 6 měsíců a byla zahájena vstupním testováním celé skupiny vybraných respondentů, hodnocených jako homogenní skupina, která se pro účely testování rozčlenila na 2 skupiny, označované jako experimentální skupina (A) a kontrolní skupina (B). Následně byl stanoven plán realizace, který byl vypracován individuálně dle specifika zkoumaného respondenta a který byl vždy realizován s ohledem na samotnou volbu respondenta v okamžiku jeho volného času. Mezi Internující proměnné byly

zahrnuty aktivizační činnosti, které byly poskytovány pravidelně, po celou dobu výzkumu. Následně po uplynutí stanovené doby byla celá skupina znovu testována shodnou testovou bateriií, kdy byla získána data, která se následně vyhodnotila ve statistickém programu (pro eliminaci možných chyb). Vyhodnocením byly stanovené hypotézy zamítnuty ve prospěch alternativních hypotéz.

Na realizaci výzkumu se podílela výhradně autorka této rigorózní práce, která sama prováděla aktivizační činnosti s danou skupinou respondentů. V době realizace výzkumu byla autorka zaměstnána v nemocničním zařízení, kde byl výzkum prováděn. Proto byly možnosti realizace flexibilnější a snadněji plánovatelné. Ošetřující personál spolupracoval a vycházel vstříc, stejně jako rodiny respondentů, kteří pomáhali plnit pojetí výzkumu samotné autorky (např. donesli fotografie či polštářky).

Veškeré aktivizační činnosti byly seniorům nabízeny v okamžiku jejich volného času (po provedení hygieny, stravování, podávání léků či plnění ordinací lékaře). A vždy byla realizace odvíjena od jejich volby účastnit se.

Realizované aktivizační činnosti

Mezi realizované aktivizační činnosti byly zahrnuty činnosti zaměřené na pohybové schopnosti, dále činnosti zaměřené na rozvoj kognitivních funkcí a aktivizace zaměřené na prožitek. Všechny tyto činnosti se ve svém účinku prolínají, např. poslech hudby stimuluje sluchové smysly, rozvíjí fantazii, vyvolává vzpomínky a tím podněcuje kognitivní procesy. Během poslechu hudby dochází k projevům libosti, prostřednictvím tleskání dlaní a rytmickému pohybu chodidel a tím se rozvíjí pohybové schopnosti, kdy dochází k eliminaci atrofie svalstva. Proto jednotlivé činnosti, které byly prakticky realizovány, nebyly zařazeny podle konkrétních skupin:

- Kostkové hry, stolní kry, stavebnice
- Třídění knoflíků, malování různými technikami (pastelky, vodovky)
- Pohybové aktivity: posazování na lůžku, mačkání balónu chodidly
- Reminiscenční terapie
- Poetoterapie – poslech veršů
- Stimulace sluchová: poslech hudby, poslech mluveného slova, zpěv
- Imagoterapie – dětské knihy
- Masáže, polohování s ohraničením těla
- Výzdoba prostředí: fotografie, barevné polštářky
- Využití předmětů: balónky, masážní desky

5 Závěr

Snahou této rigorózní práce, která se věnuje tématu: *„Vliv volnočasových aktivit na dlouhodobě hospitalizované pacienty trpící degenerativním onemocněním“* bylo zjištění, do jaké míry a v jakém rozsahu se přímo podílí vliv volnočasových aktivit u seniorů trpících demencí a dlouhodobě hospitalizovaných, u kterých se dá důvodně předpokládat změna hierarchie potřeb v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Tento předpoklad změny hiearchie potřeb je uváděn v mnoha odborných textech a bohužel zdravotní personál nebo rodinný příslušníci se domnívají, že člověk v důsledku nemoci, nepotřebuje mnoho, jen tišení bolesti, léčbu potíží a plnění základních fyziologických potřeb. Tento předpoklad, který se opírá o odbornou literaturu, autorka následně testovala, tak aby výsledek práce bylo možné následně zohlednit pro tvorbu kvalitnějšího programu péče o seniory.

Oblast péče o seniory je rozpracována jen částečně. Stále jsou patrné nedostatky, které jsou znatelné i v legislativní úpravě platných zákonů.

Autorka této rigorózní práce se zaměřila i na legislativní stránku poskytované péče na odděleních dlouhodobě nemocných s tím, že oslovila Ministerstvo zdravotnictví s dotazem, týkající se poskytované péče na odděleních dlouhodobě nemocných, zaměřené na aktivizaci a ergoterapii, přičemž se Ministerstvo zdravotnictví písemně vyjádřilo k poskytované péči na uvedených odděleních. Tímto byl zajištěn náhled do problematiky, která má podporu v platných zákonech a vyhláškách jen rámcově. Povinnost poskytovat aktivizační programy pacientům ukládá vyhláška č. 99/2011 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve které je odborný pracovník (označován jako ergoterapeut), uveden v rámci mj. následné lůžkové péče a dlouhodobé lůžkové péče dle jednotlivých druhů zdravotní péče. V legislativní úpravě je zcela opomíjeno podrobnější rozpracování tohoto tématu a k celé věci je pouze možné dohledat znění:

NÁSLEDNÁ LŮŽKOVÁ PÉČE

- lékař se specializovanou způsobilostí se základním kmenem interním, chirurgickým, urologickým, neurologickým, ortopedickým, pediatrickým nebo základním kmenem všeobecného praktického lékařství podle zaměření zdravotní péče 0,3 úvazku,
- lékař s odbornou způsobilostí 1,0, z toho 0,3 úvazku s certifikátem14),
- všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí 1,0 úvazku,

- všeobecná sestra bez dohledu a všeobecná sestra nebo zdravotnický asistent celkem 7,0 úvazku,
- sanitář nebo ošetřovatel 3,5 úvazku,
- fyzioterapeut nebo ergoterapeut 1,0 úvazku, z toho alespoň 0,5 úvazku fyzioterapeut,
- klinický psycholog - dostupnost a
- klinický logoped, pokud je poskytována péče pacientům s poruchou řeči – dostupnost (vyhláška č. 99/2011 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb).

Z tohoto je patrné, že aktivizační péče je poskytována fyzioterapeutem nebo ergoterapeutem, kdy z hlediska náplně práce není možné pokrýt všechny požadavky, které oba obory pokrývají, tak jak je blíže specifikováno v teoretické části této rigorózní práce. Zcela opomíjeni v platném znění zákona a vyhlášek, jsou vychovatelé, s odbornou způsobilostí, kteří by umožnili optimální tvorbu programu, určené specifické cílové skupině.

Na základě toho byly autorkou této práce osloveny nemocnice ve všech krajích České republiky s žádostí o informace, týkající se poskytované péče na odděleních dlouhodobě nemocných. A to zaměření na poskytování aktivizačních programů seniorů. Ze 100% oslovených nemocnic odpovědělo 82% a to s negativním výstupem, tedy, že na jejich pracovištích je poskytována výhradně fyzioterapie a ergoterapie pouze příležitostně u vybraných soběstačných seniorů.

Z toho vyplývá, že systém péče o seniory, není propracována dostatečně a je zde prostor pro mnohá zlepšení.

V úvodu zahájení celého experimentu, se autorka chtěla inspirovat činností a doporučení v odborné literatuře a dále aktivně vyhledat již realizované experimenty, které by pojednávaly o problematice, která je rozebrána v této rigorózní práci. Tomuto tématu se pozornost věnuje velice málo. A v této oblasti chybí hlubší zkoumání celé problematiky.

S ohledem na nižší zájem o tuto problematiku, se autorka zaměřila na zodpovězení řady otázek s tím spojených. Stanovila v úvodu práce výzkumný problém a hypotézy, které jsem chtěla ověřovat během experimentálního výzkumu. Byly zkoumány stanovené proměnné a zjištění vzájemného působení proměnných i mezi sebou. Rigorózní práce se tedy zabývala problematikou dlouhodobě hospitalizovaných seniorů, trpících demencí v nemocničních zařízeních a to konkrétně na oddělení léčeben dlouhodobě nemocných.

Zkoumaný soubor tvořil celkem 20 respondentů z Městské nemocnice v Litoměřicích. U tohoto vzorku došlo ke členění na 2 skupiny: experimentální skupinu a kontrolní skupinu, kdy u experimentální skupiny docházelo k aktivizaci nad rámce péče a dle individuálně stanoveného plánu. Tato skupina reagovala na podněty velmi otevřeně a se zájmem. I přes to, že zdravotní stav respondentů v experimentální skupině byl mnohdy komplikován zhoršením stavu, v žádné fázi nedošlo k odmítnutí nabízených činností. Proto se lze domnívat, že byť je hierarchie potřeb pozměněna v důsledku nemoci, je zde stále klíčová touha po určité seberealizaci a po zachování lidskosti.

Zdravotnické zařízení, ve kterém byl prováděn výzkum, je charakteristické určitou funkcí, ke kterému bylo zřízeno. Primární funkcí je tedy poskytovat terapii, jež vychází z řeckého therapia, což znamená ošetřování, léčení, starání se, pomáhání. Zde nastává prostor pro zamyšlení, do jaké míry je hlavní cíl nemocnic naplňováno. Hraje zde úlohu mnoho proměnných. Od nedostatečného personálního zastoupení, které v jeden okamžik (v jednu službu) ošetřuje mnoho pacientů na ráz, až po čistém lidském přístupu. Každý se někdy ve svém životě setkal, nebo přímo osobně zažil nemocniční péči. Každý má tedy svoji rámcovou představu o možnostech terapie zde poskytované. Dle mého názoru i sebeobsáhlejší touha jednotlivců o poskytování komplexní péče je narušována systémem péče a již uvedeným nedostatečným zastoupením personálu na jednotlivých odděleních. V přístupu managmentu nemocnic je zde opět otázka, do jaké míry jsou seznámeni se všemi stránkami komplexní péče a do jaké role jí staví ku ekonomickému stavu zařízení.

V rámci péče o geriatrické pacienty v nemocničních zařízeních je specifikum primární diagnostiky, která je častokrát velice zdlouhavá. Po stanovení diagnózy, popřípadě její kompenzace, nastává vidina dimise do domácího prostředí. Zde se ovšem objevuje zásadní problém v rámci diagnostiky degenerativního onemocnění. Jsou kladeny otázky, zda-li je rodina schopná se o svého člena adekvátně postarat, zda-li je stupeň demence natolik hluboký a tím i indikovaný k následné péči v pobytových zařízeních, apod. Ve spolupráci se sociálně zdravotnickým pracovníkem je následně rozhodováno o možnostech řešení. Pakliže pacientův zdravotní stav vyžaduje permanentní dohled a péči, je nutné podání žádosti do pobytového spádového zařízení. Aktuální problém je v míře žadatelů, od kterých se odvíjí čekací lhůta. Aktuálně jsou čekací doby kolem jednoho roku minimálně. A to značně komplikuje celý proces péče o pacienta s degenerativním onemocněním. Pobyty v zařízeních se na úkor této komplikace stávají i několikaleté. Zde je prostor pro kladení otázky:*„Je nemocniční zařízení schopno věnovat pozornost psychickému stavu svých pacientů?“* Tyto dlouhodobé pobyty v nemocničních zařízeních je velmi podnětně chudé. Dochází zde k eliminaci sociálního kontaktu pouze na personál, který zprostředkovává podání léčiv, stravy a provedení hygieny ze strany ošetřujícího personálu.

Je ovšem nutné si uvědomit, že ošetřující zdravotní personál, na denní směně, je složen z 3 pracovníků na přibližně 32 pacientů. Je vázán náplní práce vztahující se k plnění ordinačních pokynů, zajištění veškeré dokumentace, provádění ošetřovatelských procedur, podávání stravy, apod. Autorka zde hovoří z vlastní zkušenosti v rámci praxe na oddělení LDN v pozici všeobecné sestry. Plnění pacientových fyziologických potřeb, jde častokrát na úkor plnění potřeb vlastních. Z toho vyplývá skutečnost časové tísně a neschopnosti zajistit plnění i potřeb psychické u pacientů. Dalším problémem je skutečnost omezených návštěv. Rodinám je doporučeno dodržování přibližně tříhodinového rozpětí možností návštěvy. A není tedy možné, aby se aktivně spolupodíleli na psychické péči o svého člena. V těchto situacích jsou zde ještě další pracovníci, kteří by měli poskytovat rozšířenou péči a to ve formě ergoterapie, která je prováděná jen nárazově v rozmezí několika měsíců a je především prováděná u schopných pacientů. Tudíž dochází naprosto k opomíjení potřeb pacientů, kteří především potřebují tento typ péče. Na základě těchto informací autorka práce provedla výzkum, ke zjištění statistických dat v rámci zjištění, co ovlivňuje zdravotní stav u seniorů, trpících demencí v nemocničním zařízení a v pobytových zařízeních, na základě kterého byl předložen návrh Městské nemocnici v Litoměřicích, který spočívá v rozšíření služeb v rámci dlouhodobé péče o pacienty s demencí. Principem bude vytvoření pracovní pozice vychovatel pro speciální instituce, který má profesní kompetence, které by umožňovaly pedagogicko-psychologické působení na pacienty s diagnózou demence a to právě v té míře, aby se eliminoval rychlý úpadek pacientů, který je častokrát doprovázen předčasným exitem letalis. Na základě zjištění z této rigorózní práce, bude připravován metodický návrh k rozšíření služeb péče o pacienty dlouhodobě hospitalizované. Především doporučuji celkovou legislativní úpravu, která by brala ohled na zjištění, vyplývající z empirické části tak, aby se pozice vychovatele pro speciální instituce zakomponovala do standardního personálního složení ve všech zařízeních, poskytujících péči o dementní osoby. Je nutné si uvědomit, že leč se v pobytových zařízeních běžně zaměřují na aktivizaci osob, stále se dle mého názoru nejedná o personál, který by disponoval profesními kompetencemi, (nezapočítávám zde externí pracovníky z psychologických pracovišť). Například pracovník v sociálních službách se zaměřením na ergoterepii, má standardně vzdělání v jiném oboru, než je vykonávaná činnost. A zde vidím zásadní problém. Vychovatel pro speciální instituce má profesní kompetence, které se skládají i ze znalostí anatomie a fyziologie a z toho důvodu je možné připravit aktivity, které cíleně aktivizují osobu s diagnózou demence.

Přestože vzorek respondentů není rozsáhlý, přinesl nám určité poznatky, naznačující působení aktivizačních činností na psychický stav u osob postižených degenerativním onemocněním. Suma informací, kterou nám empirická část přinesla je využitelná pro další výzkum a případné rozšíření této práce.

Obsah:

ASBJORN F., EYOLF F., LILLEBA L. Vliv psychiky na zdraví. Praha: Grada publishing 2010. ISBN 978-80-247-2864-3.

BAUMAN, Z. *Myslet sociologicky*. SLON Praha 2004. ISBN 80-86429-28-8.

BORÝSKOVÁ, H. *Bazální stimulace.* Neurochirurgická klinika Brno 2010.

BURCIN B., KUČERA T. *Současné perspektivy populačního vývoje České republiky.* Praha: Katedra demografie ageodemografie UK 2001.

ČEVELA, R. a spol. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada publishing 2012. ISBN 978-80-247-4544-2.

DIENSTBIER, Z., PROCHÁZKOVÁ, Z. *Ó sladké stáří*. Praha: Radix 2011. ISBN 978-80-87573-00-6.

DRAPELA, V., J. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál 1998. ISBN 80-7178-251-3.

DVOŘÁČKOVÁ D., Kvalita života seniorů. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

DVOŘÁČKOVÁ D., HOLCZEROVÁ V. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.

FREUD, S. *Za princípom slasti ainé eseje*. Kalligram Bratislava: 2005. ISBN 80-7149-679-0.

Hospitalizovaní v nemocnicích Čr v r. 2012. Zdravotnická statistika Čr – Ústav zdravotnických informací a statistiky Čr. Praha 2013. ISBN 1803-0130-1210-8731.

HARTL, P. HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HOMOLA, M. *Motivace lidského chování*. Praha: SPN.

HÖSCHL C., LIBIGER J., ŠVESTKA J. *Psychiatrie*. Praha: Tigis 2004. ISBN 82-900130-1-5.

HONZÁK R. a kol., *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada 2005. *ISBN* 80-247-1473-6.

HÁTLOVÁ, B. *Psychologie seniorského věku*, Skripta UJEP: 2010. ISBN 978-80-7414-318-2.

Charta práv seniorů. Mezinárodní gerontologická asociace, schváleno Českou gerontologickou a geriatrickou společností a Českou alzheimerovskou společností, 1998.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. Praha: HBT, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

CHVÁLA V., TRAPKOVÁ L. *Rodinná terapie psychosomatických poruch: Rodina jako sociální děloha.* Praha: Portál 2009. ISBN 978-80-7367-561-5.

JAVŮRKOVÁ A., RAUDENSKÁ J.*Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing 2011. *ISBN*: 978-80-247-2223-8.

JANEČKOVÁ, H. VACKOVÁ, M. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.

JANIŠ, Kamil ml. Volný čas seniorů. In POLÁCHOVÁ VAŠŤATKOVÁ, J., BAČÍKOVÁ, A. (eds.) *Aktuální problémy pedagogiky ve výzkumech studentů doktorských studijních programů VIII.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN 978-80-244-2815-4.

KOPŘIVA K., *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál 2013. ISBN 978-80-262-0528-9.

KALVACH, Z.a spol. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2011. ISBN 978-80-247-4026-3.

KIRCHNER J., Psychologie prožitku a dobrodružství. CPress 2009. ISBN 978-80-251-2562-5.

KLEVETOVÁ D., DLABALOVÁ I., Motivační prvky při práci se seniory. Grada Publishing 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

KŘIVOHLAVÝ J., Pozitivní psychologie. Portál: Praha 2004. ISBN 80-7178-835-X.

KLIMEŠ L. *Slovník cizích slov*. Praha: Stání pedagogické nakladatelství: 1983. ISBN 14-545-83.

KUTNOHORSKÁ, J. a spol. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Grada publishing. Praha: 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky vrcholu života.* Grada publishing. Praha: 2006. ISBN 80-247-1370-5.

KRÁLOVÁ Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči.* Olomouc: Anag, 2012. ISBN 978-80-7263-748-5.

LANGMEIER J., KREJČÍŘOVÁ D., *Vývojová psychologie.*. Praha: Grada Pulishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9.

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

MANDINCOVÁ P. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Praha: Grada Publishing 2011.ISBN 978-80-247-7174-8.

MICHALÍK, Jan. *Smluvní vztahy v sociálních službách.* Praha: VCIZP - sekce vzdělávání, 2008. ISBN 80-903658-1-7.

MKN – 10 – desátá revize. World health org. 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.

MATOUŠEK Oldřich, Libor MUSIL, Pavel NAVRÁTIL a kol. *Enycyklopedie sociální práce.* Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Grada publishing. Praha: 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie.* Praha Academia:2009. ISBN 978-80-200-1679-9.

NĚMEC, Jiří. *Od prožívání k požitkářství*. Brno: Paido, 2003. ISBN 978-80-7315-006-8.0

PACOVSKÝ V. *Geriatrická diagnostika.* Praha: Scientia Medica, 1994. ISBN 80-85526-32-8.

PRŮCHA, J. *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru.* Praha: Portál 2009. ISBN 978-80-7367-567-7.

PONĚŠICKÝ J., *Léčebný potenciál vztahu v psychoterapii*. Psychosom 1/2013.

PONĚŠICKÝ J. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton 2002. ISBN 80-7254-216-8.

PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie.* Academia: 2003. ISBN 978-80-200-1499-3.

PLAMÍNEK, J. *Tajemství motivace*. Grada Publishing: 2007. ISBN 978-80-246-1832-6.

ROKYTA, R. *Bolest a její patofyziologie*. Psychiatrie. 1998.

RHEINWALDOVÁ E.*Novodobá péče o seniory*. Grada publishing 1999. ISBN 80-7169-828-8.

ŘÍČAN, P*. Cesta životem.* Vyd. 2. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-124-7.

SINGLY F. *Sociologie současné rodiny*. Praha: Portál 1999. ISBN 80-7178-24-91.

SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. *Sociologie stáří a seniorů.* Grada publishing. Praha: 2012. ISBN 978-80-247-3850-5.

SCHNITKER, S. A., EMMONS, R. A. (2013). Spiritual Striving and Seeking the Sacred: Religion as Meaningful Goal-Directed Behavior. International Journal For The Psychology Of Religion, 23(4), 315-324.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: ECCE HOMO: 1995. ISBN 80-902049-0-92.

SÝKOROVÁ, D. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie.* Praha: SLON, 2007. ISBN 978-80-86429-62-5.

ŠPATÉNKOVÁ, N., BOLOMSKÁ, B. *Reminiscenční terapie.* 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0.

ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJEDLÁ, M. *Interní ošetřovatelství 1. 1. vyd*. Praha: Grada Publishing 2006. ISBN 80-247-1148-6.

ULRYCHOVÁ, L. *Stáří Gerontologie*, *Výukový materiál Evropské unie, státního rozpočtu ČR a Středočeského kraje.* 2011.

ÚZIS ČR. *Síť zdravotnických zařízení 2011*., Praha 2012. ISBN 978-80-7472-061-1.

VYSEKALOVÁ, J. *Chování zákazníka*. Grada Publishing: 2011. ISBN 978-80-247-3528-3.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha Portál: 2008. ISBN 978-82-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie osobnosti*. Praha Karolinum: 2010. ISBN 978-80-246-1832-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. Praha Karolinum: 2004. ISBN 80-246-0841-3.

VÁŠOVÁ, L., ČERNÁ, M. *Bibliopedagogika*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. ISBN 80-0424-50-3X.

VOKURKA, M. HUGO, Jan a kol. *Praktický slovník medicíny*. Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-009-7.

VYTEJČKOVÁ, R. *Ošetřovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada Publishing 2011. ISBN 978-80-247-3419-4.

WEBER, P. a kol. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

ZACHAROVÁ, E. a spol.*Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

Elektronické zdroje

1)JONES, J. Léčebna dlouhodobě nemocných. In: *Průvodce sociálními službami pro seniory*[online], [cit. 27-05-2015]. Dostupné z: <http://www.dsepurkynove.cz/pruvodce/ldn.html>

2) ZACHAROVÁ, Eva. *Základy zdravotnické psychologie* [online]. 1. vyd. Ostrava, 2013 [cit. 2014-04-07]. ISBN 978-80-7464-275-3. Dostupné z: <http://projekty.osu.cz/svp/opory/LF_Zacharova_Zaklady-zdravotnicke psychologie_adaptace.pdf>

3) Psychosomatika. [online]. [cit.26-05-2015].Dostupné z: https://psychosomatika.cz/?s=kliniky.

4) Sociálně zdravotní péče o seniory. [online]. [cit. 10.10.2015]. Dostupné z: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/u%C5%BEivatel/Dokumenty/Downloads/seniori%20(1).pdf>

5) Odbor analýz a statistik MPSV. *Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení ve vývojových řadách a grafech.* [online]. Praha: MPSV ČR, 2012. ISBN 978-80-7421-050-1. [cit.15.10.2015]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/16801/final_press_zakladni_ukazatele_CZ.pdf

6) Zákon o sociálních službách. 108/2006 Sb. [online].[cit. 5.7.2015]. Dostupné z: https://sluzbyprevence.mpsv.cz/dok/zakon-108_2006.pdf

5) Kdo patří do domovů pro seniory. [online]. [cit. 7.9.2015]. Dostupné z:

<http://www.horecky.cz/images/1329978514_kdo-patri-do-domovu-pro-seniory.pdf>

6) Statistická ročenka MPSV. 2012. [onilne]. [cit. 9.9.2015]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/16366/rocenka_2012.pdf>
7) E-learningová podpora mezioborové integrace výuky tématu vědomí na ÚP Olomouc. 2013. [online]. [cit. 12.5.2015]. Dostupné z: <http://pfyziollfup.upol.cz/castwiki/?p=3262>
8) Gymnasion. 2010. [onilne]. [cit. 10.10.15] Dostupné z: <http://www.gymnasion.org/vykladovy-slovnicek-zakladnich-pojmu>
9) KIRCHNER J., *Psychologie dobrodružství.*[online].[cit. 12.10.2015] Dostupné z: <http://cmps.ecn.cz/pd/2008/pdf/kirchner.pdf>
10) ČESKÝ HELSINSKÝ VÝBOR. Organizace zabývající se problematikou seniorů [online]. Praha. Posl. úpravy 10.9.2010 [cit. 2011-28-11]. Dostupné z: http://www.helcom.cz/
11) THOMAYEROVA NEMOCNICE. Kognitivní trénink pacientů [online].].[cit. 22.1.2016] Dostupné z: http://www.ftn.cz/pacientum-a-verejnosti/oddeleni-a-kliniky/oddeleni-geriatrie-a-nasledne-pece/specializovane-zdravotnicke-sluzby/kognitivni-trenink/

Seznam tabulek

1. – Index (Burcin, Kučera, 2003).

2. - Involuční změny vyjádřené jako % průřezové st. u osob ve věku 75 let oproti věku 30 let (Kalvach, 2004).

3. – Dimenze psychické pohody (Kirchner, 2012).

4. – Příklad průměrování

5. – Statistická data členění do zkoumání

6. – Statistická data členění do zkoumaných skupin resp. dle vstupního a výstupního testu CGA + MMSE

7. – Statistická data zkoumaného okruhu č. 1

8. – Vzájemné statistické srovnání skupin u zkoumaného okruhu č. 1

9. – Statistická data zkoumaného okruhu č. 2

10. – Vzájemné statistické srovnání skupin u zkoumaného okruhu č. 2

11. – Statistická data zkoumaného okruhu č. 3

12. – Vzájemné srovnání skupin u zkoumaného okruhu š. 3

13. – Statistická data zkoumaného okruhu č. 4

14. – Vzájemné srovnání skupin u zkoumaného okruhu č. 4

15. - Statistická data zkoumaného okruhu č. 5

16. – Vzájemné statistické srovnání skupin u zkoumaného vzorku č. 5

Seznam obrázků

1. - Věk seniora (Sak, Kolesárová, 2012)

2. - Populace seniorů (Sak, Kolesárová, 2012)

3. - Podíl osob (Dvořáčková, 2012)

4. - Schéma interakce dílčích sys. osobnosti s jednotlivými ekosystémy (Karvach, 2004)

5. - Přehled Murrayho psychogenních potřeb (Plháková, 2013)

6. – Pyramida potřeb A.H. Maslow (Vysekalová, 2011)

7. – Léčebny dlouhodobě nemocných v r. 2011

8. – Hospitalizace či průměrná ošetřovatelská doba (Sociálně zdravotní péče, 2009)

9. – Standardizovaný vývoj příčin hospitalizace (Sociálně zdravotní péče, 2009)

10. –Vývoj četnosti domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem v letech 2007 – 2011 (data MPSV, 2012)

11. – Vývoj počtu uživatelů v domovech pro seniory a DZR v letech 2007 – 2011 (data MPSV, 2012)

12. – Teorie konformní zóny (Kirchner, 2012)

13. – Graf u zkoumaného okruhu č. 1 pomocí F- testu

14. – Graf u zkoumaného okruhu č. 1 pomocí T- testu

15. – Srovnání výsledků výstupních hodnot CGA +MMSE testu u skupin A a B

16. – Graf u zkoumaného okruhu č. 2 pomocí F-testu

17. – Graf u zkoumaného okruhu č. 2 pomocí T-testu

18. – Graf u zkoumaného okruhu č. 3 pomocí F-testu

19. – Graf u zkoumaného okruhu č. 3 pomocí T-testu

20. – Graf u zkoumaného okruhu č. 4 pomocí F-testu

21. – Graf u zkoumaného okruhu č. 4 pomocí T-testu

22. – Graf u zkoumaného okruhu č. 5 pomocí F-testu

23. – Graf u zkoumaného okruhu č. 5 pomocí T-testu