

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav ošetrovatelství

Veronika Dobešová

**Masáž stimulující dýchání a její vliv na spánek a dýchání u
seniorů v dlouhodobé péči**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Machálková, Ph. D.

Olomouc 2015

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické zdroje.

V Olomouci dne 7. 5. 2015

.....

Veronika Dobešová

Děkuji PhDr. Lence Machálkové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, její vstřícnost a všestrannou podporu. Dále děkuji respondentům za jejich ochotu zúčastnit se výzkumného šetření a v neposlední řadě celé mojí rodině, za trpělivost a podporu.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: DIPLOMOVÁ PRÁCE

Téma práce: Koncept Bazální stimulace

Název práce: Masáž stimulující dýchání a její vliv na spánek a dýchání u seniorů v dlouhodobé péči.

Název práce v anglickém jazyce: Massage stimulating breathing and its impact on sleeping and breathing in elderly patients in long-term care.

Datum zadání: 2014-01-20

Datum odevzdání: 2015-05-18

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav ošetrovatelství

Autor práce: Dobešová Veronika

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Machálková, Ph.D.

Oponent práce:

Abstrakt v českém jazyce: Cílem diplomové práce je sumarizace poznatků o spánku a dýchání u seniorů v dlouhodobé péči a o možnostech jejich ovlivnění prostřednictvím Masáže stimulující dýchání. Dále pak deskripce názorů seniorů v dlouhodobé péči na efekt poskytované Masáže stimulující dýchání, na oblast jejich spánku a dýchání. Masáž stimulující dýchání je jednou z technik konceptu Bazální stimulace. Je vhodná pro seniory s poruchou spánku, dýchání, s úzkostí, strachem nebo demencí. Zvolená problematika byla zkoumána metodou kvalitativního přístupu a polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumného šetření se zúčastnilo pět seniorů žijících v dlouhodobé péči. Provedeným výzkumným šetřením jsme zjistili, že Masáž stimulující dýchání byla seniory v dlouhodobé péči vnímána pozitivně, měla vliv na zlepšení kvality spánku, zklidnění dýchání a senioři považovali každodenní kontakt za příjemný. Masáž stimulující dýchání má kladný vliv spánek, dýchání a „dobrý pocit“ u seniorů v dlouhodobé péči a je tudíž důležitou ošetrovatelskou intervencí v péči o seniory.

Abstrakt v anglickém jazyce: The main aim of this diploma thesis is to summarize the findings about sleeping and breathing in elderly who are in long-term nurse care and also to analyze how can Massage stimulating breathing affects their sleeping and breathing. The opinions of the elderly in long-term nurse care on the effect of the Massage stimulating breathing on their own sleeping and breathing will be discussed. Massage stimulating

breathing is one of the techniques of the concept of Basal stimulation. It is suitable for the elderly who suffer from the sleep disorder, breathing disorder and anxiety or dementia. The chosen issues were examined with the qualitative method and half structured interview. There were five participants who live in long-term nurse care house. We have found that the Massage stimulating breathing was perceived positively and that it had an impact on improvement of the quality of sleeping, calming the breathing and the participants considered the contact to be pleasant. Massage stimulating breathing has positive impact on sleeping, breathing and well-being in elderly patients who are in long-term nurse care and thus it is an important nurse intervention in the elderly nurse care.

Klíčová slova: dlouhodobá péče, dotek, dýchání, koncept bazální stimulace, spánek, masáž stimulující dýchání, masáž, ošetrovatelství, potíže, senior, spánek, terapeutický dotek

Klíčová slova v anglickém jazyce: breathing, contact, difficulties, elderly, long-term nurse care, massage, nursing care, sleep, breath stimulating massage, the concept of basal stimulation, therapeutic contact

Počet stran a přílohy: 64, 3 přílohy

Obsah

ÚVOD.....	7
1 REŠERŠNÍ ČINNOST.....	9
2 SPÁNEK A DÝCHÁNÍ U SENIORŮ V DLOUHODOBÉ PÉČI V KONTEXTU MASÁŽE STIMULUJÍCÍ DÝCHÁNÍ.....	11
2.1 Senioři v dlouhodobé péči	11
2.2 Dýchání u seniorů	13
2.3 Spánek u seniorů.....	14
2.4 Masáž stimuluující dýchání v kontextu spánku a dýchání u seniorů v dlouhodobé péči 18	
2.5 Shrnutí teoretických východisek a tvorba výzkumných otázek.....	29
3 VÝZKUM NÁZORŮ SENIORŮ V DLOUHODOBÉ PÉČI NA MASÁŽ STIMULUJÍCÍ DÝCHÁNÍ VE VZTAHU K JEJICH SPÁNKU A DÝCHÁNÍ	31
3.1 Výzkumné cíle a výzkumné otázky	31
3.2 Charakteristika souboru	31
3.3 Metoda sběru dat.....	32
3.4 Realizace výzkumu	34
3.5 Metody zpracování dat.....	35
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU	37
5 DISKUZE.....	42
ZÁVĚR.....	47
REFERENČNÍ SEZNAM	49
SEZNAM ZKRATEK	57
SEZNAM PŘÍLOH	58

ÚVOD

V dnešní době je problematika seniorů umístěných v dlouhodobé péči a řešení jejich obtíží diskutovaným tématem. Potíže se spánkem a dýcháním netrápí pouze seniory, ale vzhledem ke zrychlujícímu se životnímu stylu a množství stresu, i osoby o generaci mladší. Stále vyšší požadavky a nároky na komplexní a kvalitní péči o seniory v dlouhodobé péči, by měly vést k hledání nových cest k řešení jejich potíží. Využití možnosti nefarmakologického ovlivnění spánku a dýchání u seniorů v dlouhodobé péči by se měly stát metodou první volby. Využití prvků konceptu Bazální stimulace jako celku a také techniky Masáže stimulující dýchání by bylo vhodné zařadit do standardní ošetrovatelské péče o seniory v dlouhodobé péči.

Cílem diplomové práce je sumarizace poznatků o spánku a dýchání u seniorů v dlouhodobé péči a možnosti jejich ovlivnění prostřednictvím Masáže stimulující dýchání. A dále deskripce názorů seniorů v dlouhodobé péči na vliv Masáže stimulující dýchání na oblast jejich spánku a dýchání.

Výzkumné šetření bylo realizováno v rámci Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci v roce 2014 a bylo schváleno Etickou komisí Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Diplomová práce je dedikována projektu IGA_FZV_2014_014 Využití masáže stimulující dýchání v ošetrovatelské péči u seniorů v sociálních institucích.

Vstupní studijní literaturou byly tyto zdroje:

BIENSTEIN, Christel a FRÖHLICH, Andreas. 2008. *Basale Stimulation in der Pflege: die Grundlagen*. 5. Aufl. Seelze-Velber: Kallmeyer, 2008. 256s. ISBN 978-378-0040-015.

BUCHHOLZ, Thomas a SCHÜRENBERG, Ansgar. 2003. *Lebensbegleitung alter Menschen: Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen*. 1. Aufl. Bern: Hans Huber, 2003. 283 s. ISBN 34-568-3296-6.

FRIEDLOVÁ, Karolína. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

NYDAHL, Peter a BARTOSZEK, Gabriele. 2003. *Basale Stimulation: neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*. 4. Aufl. München: Urban/Fischer, 2003. 334 s. ISBN 3-437-2-6501-6.

NYDAHL, Peter. 2004. Andedraetsstimulerende massage. *Klinisk sygepleje* [online]. **18**(4): 33-41 [cit. 2015-04-20]. ISSN 0902-2767. Dostupné z: <http://klinisksygepleje.munks.gyldendal-uddannelse.dk/klinisk-sygepleje-online/2004/2004-4/aandedraetsstimulerende-massage/>

1 REŠERŠNÍ ČINNOST

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

klíčová slova v ČJ: dlouhodobá péče, dotek, dýchání, koncept bazální stimulace, masáž stimulující dýchání, masáž, ošetřovatelství, potíže, senior, spánek, terapeutický dotek

klíčová slova v anglickém jazyce: breathing, contact, difficulties, elderly, long-term nurse care, massage, nursing care, sleep, breath stimulating massage, the concept of basal stimulation, therapeutic contact

jazyk: český, anglický, německý, dánský

období: 1989-2004; 2005-2015

další kritéria: věk nad 65 let, ošetřovatelská péče, odborná periodika, sborníky, stati, články, abstrakta

DATABÁZE:

BMČ, EBSCO Discovery Service, MEDLINE, GOOGLE scholar

Nalezeno 139 článků

Vyřazující kritéria:

Duplicitní články, články nespĺňující kritéria,
odlišná tématica

SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

EBSCO 22 článků

MEDLINE 19 článků

SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODIK A DOKUMENTŮ 29 různých periodik

Česká: Česká geriatrická revue (1), Medicína pro praxi (1), Neurologie pro praxi (1), Praktický lékař (2), Psychiatrie pro praxi (2).

Zahraniční: Age and Aging (2), American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine (1), Canadian Medical Association Journal (1), Clinical Interventions in Aging (1), Clinics in Geriatric Medicine(1), Complementary Therapies in Nursing (1), European Journal of Integrative Medicine (1), Der Pfleger (1), Gerontological care and Practice (1), Gerontology and Geriatrics (1), International Journal of Nursing Studies (1), Journal of the American Geriatric Society (2), Kliniks Sygepleje (1), Lazarus (1), Nursing Clinics of North America (1), Nursing in Critical Care (1), Nursing Older People (1), Pain Management Nursing (1), Pflege (2), Psychiatrische Pflege Heute (1), Sleep Medicine (2), The Australian Journal of Advanced Nursing (1), The Gerontologist (1), Visions (1)



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito **41** dohledaných článků.

2 SPÁNEK A DÝCHÁNÍ U SENIORŮ V DLOUHODOBÉ PÉČI V KONTEXTU MASÁŽE STIMULUJÍCÍ DÝCHÁNÍ

2.1 Seniori v dlouhodobé péči

V České republice je 15,5 % populace v seniorském věku. Dle Českého statistického úřadu (ČSÚ) patří pojem senior do sociologické kategorie, nelze jej považovat za kategorii ani právní ani čistě statistickou. ČSÚ zařazuje seniora do věkové skupiny 65 let a více, a to v souladu se zvyklostmi OSN, aby bylo možné statistické srovnání (Český statistický úřad, 2014, s. 5). Téměř shodně s počtem seniorů, jsou na tom i ostatní státy Evropy. Sousední Slovensko udává 12,4 % populace v seniorském věku, Německo dokonce 20,6 % populace. Nižší počet seniorů v populaci vykazuje pouze Irsko 11,6 % (Český statistický úřad, 2014, s. 5). Se stoupajícím věkem populace roste také výskyt chronických chorob. Jejich prevalence je tak vysoká, že bez přítomnosti choroby je jen malé procento seniorské populace (Český statistický úřad, 2014, s. 13).

Pod pojmem dlouhodobá péče rozumíme dle Ministerstva práce a sociálních věcí péči, která je poskytována lidem, kteří mají dlouhodobě omezenou soběstačnost. Tito lidé jsou tedy závislí a jejich schopnost sebeobsluhy je dlouhodobě či trvale snížena. Dlouhodobou péči lze dle Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) rozdělit na péči zdravotní (doléčení, rehabilitace) a sociální (dlouhodobá nesoběstačnost). Oba typy péče nejsou v praxi plně oddělitelné a jejich společným cílem je kompenzace trvajících nesoběstačností. Tato nesoběstačnost může být zapříčiněna chronickými chorobami, věkem či postižením (Válková, 2010, s. 22 - 23). Dle statistik ČSÚ z roku 2010 mohla být dlouhodobá ošetrovatelská péče poskytována až na 28 245 lůžkách. Celkový průměr v ČR na 1000 seniorů je 2,88 lůžka v dlouhodobé péči (Bareš, 2011, s. 54). Dlouhodobá péče je poskytována dle metodiky Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) v nemocnicích následné péče, léčebnách dlouhodobě nemocných, odborných léčebných ústavech, hospicích, na odděleních DIP, DIOP, na gerontopsychiatrických odděleních, v psychiatrických léčebnách a prostřednictvím agentur domácí péče. Tyto služby jsou zajišťovány systémem zdravotní péče (MZ). Domy s pečovatelskou službou, domovy pro seniory - ošetrovatelské domovy (dříve nazývány domovy důchodců), chráněné bydlení, týdenní stacionáře a domovy pro seniory se zvláštním režimem jsou zajišťovány systémem sociálních služeb (MPSV),

(Bareš, 2011, s. 11, 41). Příčiny vstupu seniorů do domovů pro seniory jsou různé ať už zdravotní či sociální. V průběhu posledních 20 let se však příliš nezměnily. Bartošovič ve své studii porovnává příčiny vstupu seniorů do domova důchodců v letech 1989 a 2000. Uvádí, že ke vstupu do domova důchodců vede seniory více než jeden důvod (průměrně 1, 3), avšak převládají sociální příčiny, nad příčinami zdravotními (Bartošovič a kol., 2006, s. 681).

Zdravotní potíže, seniorů v dlouhodobé péči spadají především do kategorie chronických onemocnění kardiovaskulárního, dýchacího systému a pohybového aparátu. Topinková uvádí, že více než 90 % seniorů ve věku nad 70 let trpí jednou nebo více chronickými chorobami. Dále pak uvádí, že seniory trápí potíže s inkontinencí a zažívací potíže (Topinková, 2006, s. 10 - 12). Autorka Kane se zamýšlela nad kvalitou života seniorů v dlouhodobé péči v USA. Sděluje, že senioři hodnotili kvalitu života v dlouhodobé péči negativně, udávali, že si připadají, jako by úplně nežili, že je jejich duševní život chudý, protože nemohou nikam jít. Upozorňuje proto na důležitost zachování individuality seniora v dlouhodobé péči a tím zlepšení kvality jeho života (Kane et al., 2001, s. 295).

Co opravdu trápí, naše seniory? Odpověď se snaží nalézt realizované studie, zabývající se kvalitou života seniorů. Ta je nejčastěji zjišťována pomocí dotazníků a strukturovaných rozhovorů. Z podmětu WHO vznikl zkrácený dotazník s názvem WHOQOL-BREF (Abbreviated version of the World Health Organization Quality of Life Assessment), který byl validizován i pro Českou republiku. Tento dotazník obsahuje šestadvacet položek rozdělených do čtyř domén (fyzické zdraví, prožívání, prostředí a sociální vztahy), (Ondrušová, 2009, s. 38). Pro seniorskou populaci byl tento dotazník upraven na verzi WHOQOL- OLD, kde senioři hodnotí šest pro ně důležitých oblastí (fungování smyslů, nezávislost, naplnění, sociální zapojení, intimitu a postoj ke smrti). Dragomirecká konstatuje, že senioři spojují kvalitu života s jejich zdravotním stavem, věkem, rodinnou situací a hmotným zabezpečením (Dragomirecká, 2004, s. 93). Mezi často uváděné obtíže seniorské populace patří dle Parschalla dušnost (Parschall et al., 2012, s. 436). Toto konstatování potvrzuje také mezinárodní studie věnující se kvalitě života seniorů. Na základě vyhodnocení dotazníku WHOQOL-OLD vyplývá, že 9,8 % dotazovaných žen a 3,1 % dotazovaných mužů uvádí dýchací potíže jako faktor ovlivňující kvalitu života (Dragomirecká, 2004, s. 93). Jako další a taktéž velmi časté jsou seniory zmiňované potíže se spánkem. V ČR si dle Pretla stýská na potíže se spánkem až 50 % populace starší 65 let (Pretl, 2010, s. 23).

2.2 Dýchání u seniorů

Dýchání je u seniora, stejně tak jako u každého člověka základní lidská potřeba poskytující povědomí o vlastním životě. Změna v dýchání nás může upozorňovat na změny tělesné nebo také psychické aktivity. Nedostatečné dýchání vede k pocitu nedostatku energie a k nemožnosti plně vnímat okolní svět (Trachtová, 2008, s. 113). Vzhledem ke zvyšujícímu se počtu seniorů v populaci, považují autoři za důležité, zamyslet se nad vlivem stárnutí na dýchací systém (Sharma, Goodwin, 2006, s. 253). Věk a s ním spojené přirozené involuční změny jsou jedním z hlavních faktorů ovlivňujících dýchání seniora. Dle autorů prodělává dýchací systém během stárnutí organismu přirozené anatomické, fyziologické a imunologické změny. Vlivem vyšší rigidity hrudního koše a oslabení svalové síly bránice se dýchání seniorů stává povrchnější a jeho frekvence se zrychluje (Sharma, Goodwin, 2006, s. 253 - 260). Ve stáří je dle Larsena fyziologické, že dochází ke snížení dechové rezervy. Není možné zvýšit dechovou kapacitu, tak jako tomu je u mladých lidí. To se projeví zejména v situacích, kdy má organismus vyšší nároky na dodávku kyslíku (u seniorů tím může být i běžná denní aktivita). Příčinou jsou morfologické změny jako tužší stěna hrudníku nebo kalcifikace kloubních spojení. Během stárnutí organismu postupně dochází ke ztrátě elasticity plic. Dochází k poklesu počtu alveolů, ty se zvětšují a zároveň se zmenšuje jejich celkový povrch. Prokrvení plic a počet plicních kapilár s věkem klesá. Z toho důvodu se zvyšuje difúzní dráha pro kyslík. Involuční změny se týkají také plicních objemů. Autor uvádí, že se zvyšuje reziduální objem vzduchu v plicích včetně funkční reziduální kapacity plic. Toto zvětšení je na úkor snížení vitální kapacity plic, kdy celková kapacita plic se nemění, což má za následek, že dýchací cesty kolabují při výdechu při větším objemu plic (vyšší uzávěrový objem plic). Z tohoto důvodu je zvýšen odpor při výdechu a tím klesá maximální rychlost výdechu (Larsen, 2004, s. 1067 - 1068). Kalvach popisuje involuční změny dýchacího systému ve stáří jako sníženou koordinaci a funkci ciliárních buněk. To může mít dle autora vliv na vyšší riziko respiračních infekcí ve stáří (Kalvach, 2004, s. 701). Během stárnutí se postupně uzavírají malé alveoly, což vede k poklesu parciálního tlaku kyslíku v arteriální krvi u seniorů. Zvýšená rigidita hrudníku a výskyt degenerativních změn hrudní páteře vede k horšímu zapojování dýchacích svalů a tím ke snížené ventilační odpovědi na hypoxémii (Kalvach, 2004 s. 701).

Trachtová poukazuje na fakt, že pokud není uspokojena potřeba dýchání, může být člověk ohrožen na životě. Pocit nedostatku vzduchu je spojen také s psychickou odezvou. U člověka se objeví pocit úzkosti, strach až hrůza ze smrti. Tento vztah funguje i obráceně. Vlivem

negativních emocí nebo úzkosti může mít člověk pocit nedostatku vzduchu (Trachtová, 2008, s. 110 - 114). Faktory ovlivňující dýchání jsou dle Krátké:

- fyziologicko-biologické (věk, pohlaví, tělesná konstituce, pohyb, anatomie dýchacího systému, kardiovaskulárního systému, volné dýchací cesty, kašel)
- psychicko-duchovní faktory (emoce, strach, stres, vnitřní klid, neklid)
- sociálně-kulturní faktory (sociální vztahy, atmosféra rodiny, pracovní prostředí, oděv, návyky)
- faktory životního prostředí (čistota vzduchu, vlhkost, nadmořská výška), (Krátká, 2007, s. 27)

Autorky Doubková a Skříčková potvrzují, že senioři sice přesně nespecifikují dušnost, ale velmi často uvádějí: „Zadýchávám se“, „Mám pocit nedostatku vzduchu“, „Nemohu popadnout dech“, „Nestačím s dechem“, „Nemám dost kyslíku nebo vzduchu“ (Doubková, Skříčková, 2010, s. 589). Popisované pocity seniorů jsou dle autorů způsobeny právě involučními změnami dýchacího systému (Sharma, Goodwin, 2006, s. 253 - 260). Dušnost projevující se u seniorů je subjektivně vnímaný nedostatek vzduchu. Může být způsobený plicními i mimoplicními příčinami. Vzniká v okamžiku, kdy nároky organismu na kyslík jsou větší, než schopnost respiračního systému bez námahy dodat kyslík zajistit (Doubková, Skříčková, 2010, s. 589). Polymorbidita seniorů zapříčiňuje dušnost podmíněnou více chorobami a vyžaduje komplexní přístup k léčbě. U seniorů se může objevovat i při běžném fyzickém zatížení námahová dušnost. Senioři ji vyjadřují jako potřebu si během činnosti častěji odpočinout, zastavit či vydýchat se. Klidová dušnost dle autorek vzniká bez tělesné námahy a vyžaduje změnu polohy. Senior nejčastěji vyhledává ortopedickou polohu. Negativně může senior vnímat psychogenní dušnost, která je však bez objektivního nálezu. Jako emoční dušnost popisují autorky stav, který nutí seniora k občasnému hlubšímu nadechnutí a bývá spojen s dalšími pocity jako např. píchání na hrudi, podobné stenokardii, avšak na neurovegetativním podkladě (Doubková, Skříčková, 2010, s. 591).

2.3 Spánek u seniorů

Jako dospělí a staří potřebujeme spánek stále méně a méně i přes to, že jako kojenci prospíme většinu denní doby (Ancoli-Israel, 1997, s. 83). Spánek je stav přirozeného bezvědomí, ze kterého můžeme být probuzeni stimulací. Dá se charakterizovat jako opak

bdělosti nebo také jako jedna z forem vědomí (Vašutová, 2009, s. 17). Obecně můžeme rozlišit tři typy funkčního stavu organismu (vědomí) a to REM spánek, NREM spánek a bdělost (Honzák, 2007, s. 20). Střídání jednotlivých typů spánku (REM a NREM) se označuje jako spánková architektura (Vašutová, 2009, s. 17). Autoři Morgan a Closs popisují NREM spánek jako pomalý a hluboký. NREM spánek je řízen serotoninem, pod jeho vlivem převažují procesy útlumové, které se projeví i ve fyziologických funkcích (snížení krevního tlaku a tepové frekvence, prohloubení a zpomalení dechu). Existují čtyři stádia NREM spánku a to: první stádium, dřímota, povrchní spánek a hluboký spánek (Morgan, Closs, 2000, s. 21). REM spánek byl poprvé klasifikován v roce 1953 a bývá označován za aktivní formu spánku (Vašutová, 2009, s. 18). Ganong uvádí, že tato fáze spánku je ovlivněná noradrenalinem a z toho také vyplývají následující reakce organismu a především výkyvy ve fyziologických funkcích, rychlé oční pohyby a svalové záškuby (Ganong, 2009, s. 203). Tento spánek je považovaný za důležitý pro paměť a relaxaci mozkové kůry (Fölsh, 2003, s. 544). Význam spánku pro organismus je zkoumán již dlouhou dobu, a je zřejmé, že spánek je v každém období života důležitý pro regeneraci tkání a restrukturalizaci energetických zdrojů (Vašutová, 2009, s. 19).

Ve stáří se náš spánek začne znova podobat spánku kojence (Kalvach, 2004, s. 265). Stejně jako všechny orgánové soustavy a procesy v těle i spánek prochází během celého života různými změnami. Vlivem života, působením vnějších faktorů a chorobami, které v jeho průběhu proděláme, dochází ve stáří ke změnám spánku. Vyšší věk vede ke zkrácení doby a potřeby spánku a také ke změně celistvosti spánkových cyklů (Kalvach, 2004, s. 263). Šonka uvádí, že navzdory celkově kratší době spánku se u seniorů vyskytuje více tzv. denních spánků. Floyd uvádí, že deficit spánku, který je způsobený pozdním usínáním a častým přerušením spánku během noci, zvyšuje u seniora potřebu zdřímnutí během dne či spánku po obědě (Floyd, 2002, s. 722). Ancoli-Israel upozorňuje, že i přes pocit dostatku spánku, je pro seniora vhodné si odpočinout i v průběhu dne (Ancoli-Israel, 2005, s. 266). Valenza ve své kohortové studii zabývající se spánkem seniorů v ošetrovatelských domovech potvrzuje, že většina obyvatel udávala špatnou kvalitu spánku. Studie byla rozsáhlá a hodnotila spánek 334 seniorů v ošetrovatelském domově. Hodnocení probíhalo pomocí rozhovorů, PQSI (Pittsburgh Quality Sleep Index) a dotazníku hodnotícího funkční stav seniora. Autorka uvádí, že příčinou špatné kvality spánku mohou být přirozené změny spánku ve stáří, prodloužená doba usínání a zvýšená denní spavost. Autorka poukazuje na potřebu přijetí opatření, ke zlepšení kvality spánku seniorů v ošetrovatelských domovech (Valenza, 2013, s. 432 - 436). Také cirkadiánní řízení spánku není u starých lidí, tak výrazné, jako u lidí

mladých, jak potvrzuje i nižší amplituda křivky tělesné teploty a sekrece melatoninu, kortizolu a růstového hormonu. Toto oslabení nepříznivě ovlivňuje kvalitu nočního spánku a denní bdělost (Šonka, 2003, s. 11). Spánek je ve své struktuře jednodušší, „lehčí a je častěji přerušován, dochází tedy k fragmentaci spánku. Staří lidé jsou také hůře probuditelní na oslovení, což může být způsobeno také involučními změnami sluchu (Morgan, Closs, 2000, s. 22). U seniorů trpících různým typem demence jsou fáze spánku také výrazně změněné. Čas potřebný k usnutí se prodlužuje, noční spánek je častěji přerušovaný fází bdění, REM fáze se zkracuje, hluboký spánek (NREM) je omezen nebo tato fáze vymizí úplně (Ancoli-Israel, 1997, s. 87). Dle Šonky u osob starších 80 let se NREM fáze spánku téměř nevyskytuje. Pravděpodobně to má za následek atrofii změněná mozková kůra (Šonka, 2003, s. 11). Kalvach poukazuje také na skutečnost, že spánek seniorů ovlivňuje výrazně i úzkost a strach z nespavosti a právě senior žijící v dlouhodobé péči je mnohem náchylnější k poruchám spánku. Přirozená náchylnost starého člověka k porušení časového schématu dne, denních aktivit a rituálů spánku je ještě více umocněna „domácím řádem“ instituce (Kalvach, 2004, s. 265). Autorka Ancoli-Israel upozorňuje na důležitost ohleduplné ošetrovatelské péče v noci, především bez použití umělého zdroje světla (Ancoli-Israel, 2005, s. 269). Autorka Garcia uvádí, že vlivem porušení spánkových vzorců, na které byl senior zvyklý, dochází k ovlivnění celkové pohody seniora (Garcia, 2008, s. 27 - 38). Spánek je ve stáří výrazně ovlivňován chorobami, kterými senior trpí, ať už jde o nykturii z kardiologické příčiny, bolesti zad či nastupující demenci (Šonka, 2003, s. 11). Mezi příčiny potíží se spánkem u seniorů můžeme dle Nevšimalové a Šonky zařadit insomnii nebo spíše pseudoinsomnii, kdy senior trpí představou, že nespí, protože nezaregistruje krátké, nebo i dlouhé usnutí (Nevšimalová, Šonka, 1997, s. 250). Další příčinou potíží se spánkem může být syndrom neklidných nohou a periodické pohyby končetin - stereotypní, reflexní a rytmicky opakované pohyby končetin ve spánku (Honzák, 2007, s. 20 - 22). Spánková apnoe a obstrukční spánková apnoe se ve stáří také vyskytují, na rozdíl od parasomnie, jejíž výskyt ve stáří klesá. Narkolepsie s katalepsií se ve starším věku vzhledem k běžným denním spánkům vyskytuje v mírnější formě a seniorovi také méně vadí (Šonka, 2003, s. 13). Vašutová stejně jako Smolík, poukazují na nutnost správné diagnostiky potíží se spánkem. Nejdůležitější je pečlivá anamnéza – získání informací od pacienta ohledně usínání, probouzení se během noci, ospalosti, spánku během dne (Smolík, 2011, s. 5). Vhodné je vytvoření spánkového kalendáře, 4 týdenní záznam, spánku, bdění a aktivit, které mohou mít vliv na spánek (Pretl, 2011, s. 26). Ancoli-Israel doporučuje alespoň 2 týdenní sledování spánku seniora a podrobný rozhovor, ke zjištění příčin potíží se spánkem (Ancoli-Israel, 2005, s. 269). Pittsburgh Quality

Sleep Index (PQSI), slouží k subjektivnímu zhodnocení kvantity spánku. Tento dotazník zohledňuje subjektivní pocity pacienta, dotazuje se například na kvalitu dýchání, výskyt snů, pocity chladu či horka, délku usínání, přítomnost bolesti a jiné (Buysse, 1989, s. 193-213). Metoda, která vypovídá o subjektivní kvantifikaci denní spavosti je Epworthská škála spavosti. Senior přiděluje body (0 – nikdy bych nedřímala až 3 - vysoce pravděpodobná dřímota) situacím, při nichž nejčastěji usíná (vsedě, po jídle, při četbě, jízdě autem, při hovoru atd.), (Vašutová, 2009, s. 19). Dalším užitečným vyšetřením může být polysomnografie zlatý standard k vyšetření poruch spánku či aktinografie. Ta validně vypovídá o poruchách cirkadiánní rytmicity. Obě tato vyšetření mohou být nápomocná při diagnostice poruch spánku (Pretl, 2010, s. 26).

Léčba poruch spánku je komplikovaná a mělo by na ni být pohlíženo z hlediska holistického. Obecná doporučení vycházejí z Doporučeného diagnostického a terapeutického postupu pro všeobecné praktické lékaře, které vydává Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství (Smolík, 2011, s. 1 - 12). Léčba farmakologická, je doménou lékařů, proto se jí nebudeme podrobněji zabývat. Pro úplnost pouze zmiňujeme nejnovější doporučení z farmakoterapie, které uvádí, že vhodné je použití chronohypnotik (léky působící na bázi ovlivnění amplitudy cirkadiánního rytmu) a chronobiotik (léky působící na posunutí cirkadiánních fází vpřed nebo vzad), nebo také přírodních preparátů (třezalka tečkovaná, meduňka) (Smolík, 2011, s. 8). Důležitou roli hrají také zevní podmínky, které ovlivňují spánek seniorů. Jde především o hluk, světlo a teplotu (Morgan, Closs, 2000, s. 59). Dle autora má nepříznivý vliv přetopená, ale i příliš studená místnost. Přílišné světlo může narušit rytmus dne a noci a tím pozměnit spánek (Morgan, Closs, 2000, s. 61). Ancoli-Israel považuje za vhodné zvážit možnost využití fototerapie a vystavení přirozenému dennímu světlu, jako prevenci nadměrných denních spánků. Také autor Ouslander popisoval ve své práci možnosti nefarmakologického ovlivnění spánku u seniorů v ošetrovatelských domovech. Šlo o kontrolovanou klinickou studii, kdy autoři pozorovali vliv nefarmakologických intervencí na spánek testovací a kontrolní skupiny seniorů. Z intervencí využívali především ovlivnění prostředí (světla a hluku) a jejich vliv na seniory. Ouslander dodává, že je vhodné více integrovat do péče o seniory právě tyto nefarmakologické metody ovlivnění potíží se spánkem i přes to, že se statisticky nepotvrdilo zlepšení spánku. Autor také upozorňuje, že po zavedení intervencí se snížil výskyt denních spánků (Ouslander et al, 2006, s. 42 - 46). Helbig et al. si položili otázku, zda existuje souvislost mezi poruchami spánku a výskytem pádů u seniorů. Šlo o rozsáhlou studii, které se zúčastnilo 4127 respondentů ve věku nad 65 let. Standardizovaný dotazník

byl pokládán telefonicky. Výsledkem studie bylo potvrzení příčinné souvislosti mezi poruchami spánku a výskytem pádů u seniorů. Největší výskyt potom pádů byl ve věkové skupině nad 75 let. Autoři proto považují za důležité vzít tento fakt v potaz při plánování a organizování péče o seniory (Helbig et al., 2013, s. 1356 - 1363). Tavel a Šandora, dospěli k názoru, že příčiny potíží se spánkem u seniorů je možné odstranit nefarmakologicky a to osvětou a zlepšením spánkové hygieny. K tomuto názoru dospěli na základě kvalitativního šetření sledujícího spánek u starších lidí. Dle autorů jsou příčiny nespavosti kognitivní nebo behaviorální (Tavel, Šandora, 2011, s. 18). Do jaké míry mohou všeobecné sestry zasáhnout do kvality spánku u seniora? Jednou z aktivit vhodných k ovlivnění spánku u seniorů v dlouhodobé péči je Masáž stimulující dýchání vycházející z konceptu Bazální stimulace (dále jen „koncept“) (Schiff, 2006, s. 29).

2.4 Masáž stimulující dýchání v kontextu spánku a dýchání u seniorů v dlouhodobé péči

Masáž stimulující dýchání je jedním z prvků konceptu Bazální stimulace. Koncept je komunikační, interakční a vývoj podporující pojetí ošetrovatelské péče zaměřené na všechny oblasti lidských potřeb (Friedlová, 2007, s. 19). Koncept se orientuje na vnímání lidí. Jednou z jeho hlavních zásad je zachovat individualitu, to znamená zaměřit ošetrovatelskou péči na opravdové potřeby klienta (Buchholz, Schürenberg, 2003, s. 29). Péče by měla být promyšlená, měla by respektovat zvláštnosti denního rytmu klienta a to obzvláště platí u seniorů, kteří jsou, jak již bylo zmíněno výše, velmi citliví na změny v rytmu života, péče či komunikace (Kalvach, 2004, s. 256). Pouze důslednost, logická návaznost, pořádek v dokumentaci a úzká spolupráce jak zdravotnických profesionálů, tak i rodiny klienta, má naději na úspěch (Friedlová, 2007, s. 19). Základní myšlenkou konceptu je vnímání člověka jako jedinečné bytosti s ohledem na jeho vlastní potřeby, přání a zvyklosti. Z pohledu konceptu je ošetrovatelská péče vnímána jako nabídka, kterou pacientovi poskytujeme, a pouze on sám se může rozhodnout, zda ji přijme či ne (Nydahl, Bartoszek, 2003, s. 13 - 14).

Všeobecně lze říci, že koncept je vhodný pro kohokoli, bez ohledu na věk, rasu či onemocnění (Nydahl, Bartoszek, 2003, s. 30 - 31). Fröhlich doporučuje používat prvky konceptu u pacientů starých, neklidných, s poruchami spánku, u pacientů v terminálním stádiu života, pacientů s poraněním mozku či v kómatu, u pacientů s hemiplegií, stejně jako v intenzivní a resuscitační péči, s Alzheimerovou demencí (Fröhlich, Bienstein, 2004,

s. 102). Základními prvky konceptu jsou pohyb, vnímání a komunikace. Pouze dokonalá souhra těchto tří prvků zajišťuje správné vnímání sebe sama. K pocitu jistoty a klidu je nutné skloubit všechny typy vnímání. Jak vnímání somatické (vnímání svého těla), vestibulární (vnímání vibrací a pohybu), tak i možnost pohybu a komunikace (Buchholz, Schürenberg, 2003, s. 29). Pokud dojde ke změně funkce některého z našich smyslů, což je u seniorů přirozené, nastává změna vnímání okolního světa i vlastní osoby. Autoři doporučují používat v péči o seniory celé spektrum prvků konceptu, za vhodnou považují především stimulaci somatickou. Za obzvláště vhodné považují využití celkové tělesné koupele (stimulující i zklidňující), asistovaného mytí, Masáže stimulující dýchání a polohování v souladu s konceptem (Buchholz, Schürenberg, 2003, s. 46).

Komunikace jako další prvek konceptu je pro seniory také velmi důležitá. Dle Ptáčka je správná komunikace klíčem k uspokojení potřeb seniora (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 193 - 194). Friedlová uvádí, že je nutné si uvědomit, že komunikace je možná v jakémkoli stavu, je jen otázkou, jak dalece jsme schopni daný způsob komunikace vnímat, pochopit a naladit se s klientem na stejný komunikační kanál (Friedlová, 2011, s. 6). Nydahl také upozorňuje, že komunikace je pro jakýkoli další rozvoj, či udržení stávajícího stavu seniora naprosto nezbytná, protože snížené množství podmětů vede k tzv. senzomotorické deprivaci, která způsobuje sekundární poškození intelektu (Nydahl, 2011, s. 2). Prostředky komunikace nebo také komunikačními kanály mohou být všechny smyslové orgány (Friedlová, 2007, s. 24). Komunikovat se seniory můžeme i prostřednictvím doteku, kontaktu, pouhou prací našich rukou (Friedlová, 2011, s. 7). Dotek je ta nejpřirozenější forma komunikace a základním nástrojem při poskytování Masáže stimulující dýchání jsou naše ruce. Nejen u lidí, ale i u zvířat, která se nedorozumívají verbálně, lze pozorovat doteky uklidňující, varovné, výstražné. Dotek je velmi důležitý při veškeré ošetrovatelské činnosti v péči o seniora. Mnohdy si ani neuvědomujeme důležitost vykonaných gest, pohybů, doteků. Pro klienta, který ztratil, ať už dočasně či trvale některý ze smyslů, jsou mnohdy naše ruce jedinou spojnici s okolním světem. Měli bychom proto našim dotekům přikládat adekvátní význam. Měly by být cílené, promyšlené, příjemné, vedené za určitým cílem (Friedlová, 2006, s. 20). Schiff uvádí, že pro seniory v dlouhodobé péči je dotek něco mimořádného, co má pro ně samotné velký význam, a proto bychom na něj neměli zapomínat (Schiff, 2006, s. 153). Autor Skogar se svým týmem zkoumal vliv doteku, jako terapeutického prostředku k ovlivnění bolesti, spánku a kvality života u seniorů s Parkinsonovou chorobou. Studie byla randomizovaná, prováděla se po dobu 34 týdnů a měla za cíl srovnat účinky terapeutického doteku a muzikoterapie na vnímání bolesti, spánek a kvalitu života u seniorů. Dle autora bylo

výsledkem studie pozitivní vnímání terapeutického dotyku seniory (Skogar, 2013, s. 147). Nečekané, zbrklé, neurčité doteky vyvolávají v seniorech pocit strachu, neklid, protože nejsou schopni takovéto signály dešifrovat. K tomu, abychom dali klientovi jasně najevo, co se bude dít, zda přicházíme, či odcházíme, slouží iniciální dotek (Friedlová, 2006, s. 15 - 21). Iniciální (počáteční, úvodní) dotek zvolíme na základě biografické anamnézy. Biografická anamnéza, se kterou koncept pracuje, je podrobné získání informace o všem, co klient má či nemá rád, o jeho zvycích, rituálech a celém dosavadním životě (Friedlová, 2006, s. 15 - 21). Z provedeného průzkumu Ižové a Drozdíkové, který byl prováděn na Slovensku u 296 sester, vyplývá, že iniciální dotek je nejčastěji používaným prvkem somatické stimulace. Autorky se domnívají, že iniciální dotek je základem konceptu Bazální stimulace, měl by se provádět u všech pacientů, u nichž chceme tento koncept využívat (Ižová, Drozdíková, 2011, s. 132). Autorka Vuová popisuje péči o pacienta po polytraumatu, se zvoleným uchopením za pravou ruku, jako místem iniciálního doteku (Vuová, 2006, s. 6 - 9). Dotek by měl být zřetelný, pevný ale bez násilného tlačení. Informuje klienta o naší přítomnosti, o tom co děláme. Podpoříme jej také verbálně. Je velmi důležité, jak již bylo zmíněno výše, aby tento iniciální dotek byl pečlivě zaznamenán jednak v dokumentaci klienta, tak i v jeho blízkosti. To proto, aby každý člen zdravotnického týmu i rodiny věděl, kde je nejvhodnější místo pro dotek (Friedlová, 2006, s. 20). V péči o seniory pomáhá iniciální dotek k navození pocitu jistoty, odbourání neklidu a je vhodné, aby byl zařazen při každém zahájení péče (Buchholz, Schürenberg, 2003, s. 56). Tuto skutečnost potvrzuje také průzkum Doherty. Autorka sledovala vliv terapeutického doteku na seniory s demencí. Ve své případové studii popisovala vliv každodenního kontaktu a terapeutického doteku ošetřujícího personálu na pět pacientek s demencí. U jedné pacientky došlo k výraznému snížení neklidu po zavedení terapeutického doteku do péče. Autorka uvádí, že průzkum sice neposkytl přesvědčivý důkaz o efektu terapeutického doteku, ale zlepšil komunikaci a vztahy mezi pacientkami a personálem (Doherty, 2006, s. 30).

Koncept se prostřednictvím somatické stimulace snaží cíleně a intenzivně pracovat s dechem klienta. Cílem je podpora jeho vnímání sebe sama. Masáž stimulující dýchání je v rytmu a s dostatečným kontinuálním tlakem našich rukou provedená masáž v oblasti zad nebo ventrální části hrudníku (Friedlová, 2007, s. 102). Cílem Masáže stimulující dýchání je navození pravidelného, klidného a prohloubeného dýchání, napomoci odkašlávání a zlepšit toleranci odsávání, stejně jako umožnění opětovného uvědomění si svého těla (Nydahl, 2011, s. 3). Masáž stimulující dýchání je varianta rytmické masáže, posilující vnímání sebe sama, podporující orientaci, uvádí Nydahl. Dalším cílem Masáže stimulující dýchání je dle Nydahla

podpora dýchání, snížení stresu a navození dechové pohody a klidného spánku (Nydahl, 2004, s. 34). Masáž stimulující dýchání je součástí dechové gymnastiky a může být u seniorů využívána jako prevence pneumonie (Klischies et al, 2008, s. 244). Masáž stimulující dýchání poskytuje klientovi uvolnění a pocit jistoty a terapeutovi možnost vyjádření empatie. Tím napomáhá redukovat stavy neklidu a zmatenosti u seniorů či psychicky nemocných (Nydahl, Bartoszek, 2012, s. 68). Uvolňuje také psychosomatické napětí a umožňuje zvýšit schopnost koncentrace a tím lépe reagovat na podměty z okolí. Během a po Masáži stimulující dýchání se sníží vyplavování stresových hormonů (Nydahl, Bartoszek, 2012, s. 68). Tato aktivita v sobě kombinuje prvky klasické švédské masáže, japonské Shiatsu masáže a rytmické masáže Ity Wegmann (Schiff, 2006, s. 43). Samotné provedení Masáže stimulující dýchání by mělo splňovat několik zásad, které taktéž vychází z konceptu. Dle autorů Buchholz a Schürenberg je důležité mít na paměti několik hlavních zásad. Jde především o spolupráci s pacientem, neboť nemasírujeme „na pacientovi“ nýbrž „pacienta a s pacientem“. Dále bychom neměli zapomínat na nepřerušovaný kontakt, který je započat nanesením krému (oleje, suspenze) na naše ruce a ukončen závěrečným „pohlazením“ celých zad. Dotek by měl být prováděn kontaktem co největší plochy dlaně, přiměřeným kontinuálním tlakem s tzv. uzavřenými rukama (palec přiléhá k ostatním prstům) a měli bychom také naslouchat pacientovu tělu (Buchholz, Schürenberg, 2003, s. 132). Poloha, v níž se senior nachází, při přijímání masáže stimulující dýchání vypovídá o jeho celkové situaci. Jiná je v případě použití masáže např. k prevenci pneumonie, jiná u klientů v umělém spánku či bezvědomí. V každém případě by poloha měla splňovat určitá kritéria. Těmi jsou v první řadě volná a přístupná záda klienta, pohodlí pro klienta i pro poskytovatele masáže. Mobilní senioři sedí na židli s hrudníkem opřeným o opěradlo židle či stůl. U seniorů respektujeme jejich pohybová omezení, zvyklosti a preference. Imobilní mohou ležet v poloze na boku. Vhodné je upravit tuto polohu mírně diagonálně, poskytovatel masáže má potom lepší přístup ke klientovým zadům. V této poloze je možné uložit klienta v rozmezí 45°, 90° a 135°. K zajištění co nejpohodlnější polohy použijeme vhodné polohovací pomůcky. Jen v případě, že to není možné, provádíme masáž na ventrální (přední) straně trupu. Rozdíl spočívá v tom, samotná masáž není tak rozsáhlá, protože hrudník nemá tak velkou plochu jako záda. U žen je potřeba respektovat anatomické rozdíly a možný stud. U mužů s hojnějším ochlupením hrudi nebo zad je vhodné použít větší množství tělového mléka nebo oleje. Provádění Masáže stimulující dýchání na ventrální straně hrudníku je obzvláště vhodné k weaningu, protože máme přímý vizuální kontakt s klientem a zároveň můžeme sledovat ventilátor a měnit se dechovou frekvencí či objem. Lze ji aplikovat i ve stoje, ale to jen velmi

zřídka (Nydahl, Bartoszek, 2008, s. 206). Délka trvání Masáže stimulující dýchání by měla být bez přerušení minimálně 3 - 5 minut. Během jejího provádění, jako i u jakékoli jiné stimulace, usilujeme o redukci rušivých faktorů – průvan, hluk, komunikaci s třetí osobou, naše ruce jsou přiměřeně teplé, bez šperků, rukavic nebo dlouhých nehtů (Friedlová, 2007, 104 - 105).

Zkušenosti s Masáží stimulující dýchání u seniorů

Autorky Karkulová a Klugarová ve svém příspěvku popisují začlenění prvků konceptu do péče v domově pro seniory v Bechyni. Autorky uvádí, že prvky konceptu prováděly u pacientů podle jejich aktuálního zdravotního stavu, nejčastěji u pacientů po cévní mozkové příhodě, u imobilních pacientů k podpoření jejich vnímání, komunikace a hybnosti. Nejvíce se jim osvědčily Masáž stimulující dýchání a poloha hnízdo. Masáž stimulující dýchání využívaly u klientů s poruchami dýchání, spánku. Klienti reagovali úsměvem, hlazením, uvolněním, snahou komunikovat a sdělovali příjemné pocity spojené s poskytovanou intervencí (Karkulová, Klugarová, 2011, s. 56 - 57). Autorka Urbanová považuje Masáž stimulující dýchání u hospicových pacientů, za jednu ze stěžejních technik konceptu. Autorka uvádí případ pacienta s onkologickým onemocněním, který byl velice neklidný, zmatený až hysterický. U tohoto klienta autorka používala Masáž stimulující dýchání. Klient se zklidnil, uvolnil a následně sděloval, že se těšil na další masáže (Urbanová, 2008, s. 48 - 49). Také autorka Hazuchová využila Masáž stimulující dýchání u pacientů v domově důchodců, kteří byli upoutáni na lůžko, trpěli demencí či prodělali CMP. Výhodu autorka spatřovala především v možnosti použití prvků konceptu prakticky vždy a všude, bez nároků na vybavení a přesunů do rehabilitačních místností (Hazuchová, 2007, s. 27). Techniku Masáže stimulující dýchání, která se velice osvědčila u seniorů s demencí, doporučuje Uhura zařadit po celkové tělesné koupeli zklidňující (Uhura, 2009, s. 60). Autorka Mechová využila tutéž techniku ke zklidnění agresivních klientů, k uvolnění spastických končetin klientů (Mechová, 2009, s. 124).

Slovenské autorky Zrubovcová a Schmidtová zjišťovaly přínos konceptu na zlepšení kvality spánku u gerontopsychiatrických pacientů s demencí a také postoj sester k používání prvků konceptu v péči o seniory s demencí. Účinnost konceptu na kvalitu spánku u pacientů s demencí, ověřovaly metodou kvaziexperimentu. Názory deseti sester zjišťovaly metodou standardizovaného rozhovoru. Výzkumný vzorek tvořilo dvacet respondentů (gerontopsychiatrických pacientů) s demencí. Věkový průměr respondentů byl 76,47 let.

Na základě zjištěného deficitu v potřebě spánku a odpočinku realizovaly autorky stimulaci v souladu s konceptem a muzikoterapii. Prvky konceptu poskytovaly denně po dobu 28 dní a po každé aplikaci hodnotily na stupnici jedna až pět (1 neprokázaný, 2 zřídka, prokázaný, 3 někdy, 4 často, 5 stále prokázaný problém) a sledovaly změny v kvalitě spánku. Záznamy vyhodnotily pomocí aritmetického průměru. U poruchy spánku byl zaznamenán posun z kategorie často prokazovaná porucha spánku na kategorii někdy prokazovaná porucha spánku u gerontopsychiatrických pacientů. Zrubovcová se Schmidtovou tímto sdělují, že poskytování péče s integrací prvků konceptu pozitivně ovlivnilo nejen kvalitu a délku spánku u pacientů, ale také zájem o spolupráci při ošetrovatelských činnostech (Zrubovcová, Schmidtová, 2007, s. 8 - 10). Autoři Buchholz a Schürenberg považují za vhodné použití Masáže stimulující dýchání u starých lidí, kteří trpí depresí, jsou neklidní až agresivní. Pokud u těchto pacientů navodili pomocí Masáže stimulující dýchání klidné a hluboké dýchání, docházelo k ovlivnění nálady a kvality spánku seniorů s depresí. Pravidelná aplikace měla podle autorů trvalý vliv na pacienta (Buchholz, Schürenberg, 2003, s. 130). Dokazuje to i studie Lehmannové, která prováděla studii u osmi velmi zmatených pacientů, kteří byli již dříve popsáni jako velmi neklidní. Šest z nich projevovalo svůj neklid motoricky, zbytek křikem nebo agresivitou. Porušené vnímání času a denního rytmu mělo šest z osmi pozorovaných pacientů. U dvou pacientů, kterým byla poskytnuta Masáž stimulující dýchání, bylo pozorováno dočasné krátkodobé zklidnění a zmírnění neklidu. U ostatních šesti pacientů byla pozorována úprava vnímání dne a noci a to nejpozději čtvrtou noc stimulace. Následně bylo možné omezit používání medikamentů ke zklidnění. Masáž stimulující dýchání byla poskytována minimálně pět dní po sobě jdoucích (Lehmann, 1994, s. 122). Dalším přínosem Masáže stimulující dýchání je dle Schürenberga také kratší čas nutný k uklidnění a usnutí, menší užití hypnotik (Schürenberg, 1993, s. 135-143). Lengauer zmiňuje vhodnost použití Masáže stimulující dýchání u pacientů před operací k redukci strachu a úzkosti. Jako její další pozitivní účinek, zmiňuje autor variabilitu použití u různých pacientů. A dodává, že sestry hodnotí její účinek průměrně (Lengauer 1994, in Buchholz, Schürenberg, 2003, s. 131).

Masáž stimulující dýchání má také zklidňující účinky a to především na staré lidi, popisuje Schiff ve své studii věnující se podpoře spánku prostřednictvím Masáže stimulující dýchání u starých lidí. Autorka prováděla výzkum u šestadvaceti probandů starších 65 let. Byly vytvořeny dvě skupiny, kdy jedné byla poskytována Masáž stimulující dýchání a druhé dechové cvičení. Studie měla dvě fáze, kdy se poskytovala Masáž stimulující dýchání šest dní po sobě jdoucích, poté byla dva týdny pauza a poté se té stejné skupině poskytovalo dechové cvičení (Schiff, 2006, s. 68 - 70). Schiff srovnává efekt poskytované Masáže stimulující

dýchání a dechového cvičení na uklidnění a spánek. Autorka uvádí, že obě poskytované intervence silně působí na ovlivnění vnímání seniora v oblasti kvality spánku. Masáž stimulující dýchání má, dle autorky výrazně pozitivní vliv na usínání seniorů, čímž se potvrdily výsledky předchozích studií Schürenberg (1993) a Bischoff (1998). Studie byla poměrně rozsáhlá a kombinovala kvalitativní výzkum a objektivní měření. Autorka vytypovala probandy dle prvotního rozhovoru. Každé ráno po intervenci prováděla ranní rozhovor týkající se spánku, měření fyziologických funkcí a následně i večerní rozhovor zaměřený na uvolnění, relaxaci a „dobrý pocit“ z poskytnuté intervence (Schiff, 2006, s. 75 - 80). Autorka dospěla k závěru, že spánek je různě ovlivněn prostřednictvím poskytnutých intervencí a to je různě vnímáno respondenty. Nápadné je, že respondenti, kteří považovali Masáž stimulující dýchání za účinnou, považovali i dechové cvičení za účinné pro ovlivnění spánku. Dále autorka sledovala parametry fyziologických funkcí (pulz, krevní tlak a dechová frekvence). Sledované parametry se po poskytnutí Masáže stimulující dýchání snížily. Dechové cvičení mělo, dle autorky, výraznější vliv na změnu dechové frekvence než Masáž stimulující dýchání. Ta totiž působí na snížení dechové frekvence nepřímo, to znamená kontaktem poskytovatele a seniora. Naproti tomu při dechovém cvičení je senior přímo vybízen k usilovnému, hlubokému a klidnému dýchání, což má poté výraznější vliv na dechovou frekvenci. Z dalších sledovaných parametrů vyplývá, že Masáž stimulující dýchání působí na respondenty více uklidňujícím a blahodárným dojmem než dechové cvičení. Dechové cvičení bylo některými respondenty negativně pojímáno jako namáhavé. Oproti tomu Masáž stimulující dýchání byla pocíťována téměř vždy jako blahodárná a byla spojena s pozitivními pojmy (zahřívací, příjemná, uvolňující, uklidňující). Dalším zajímavým zjištěním byl fakt pozitivního hodnocení tělesného kontaktu pacienta a poskytovatele. Součástí studie bylo také zhodnocení významu komunikace a věnování se druhému. Zdá se, že zavedení večerního rituálu a řečového a tělesného kontaktu mělo na seniory uklidňující účinek. Samotný kontakt byl pak seniory označován jako velmi důležitý pro spánek. Studie poukazuje také na fakt, že Masáž stimulující dýchání může podpořit komunikaci seniora s ošetrovatelským personálem, přičemž se v úzkém kontaktu seniorům lépe hovoří o tématech, které je trápí. Stejně jako obdobné studie (Bischof nebo Rössmann) upozorňuje Schiff na možnost ovlivnění bolesti prostřednictvím Masáže stimulující dýchání, ta se zde ovšem nepotvrdila. Nápadná v této studii je skutečnost, že působení Masáže stimulující dýchání na spánek není tak výrazné a silné, jak se předpokládalo dle předchozích studií (Schiff, 2006, s. 160 - 168).

Autor Schürenberg sledoval efekt Masáže stimulující dýchání na dvaadvaceti pacientech interního oddělení (9 mužů, 13 žen) ve věku 41 - 84 let. Masáž stimulující dýchání byla prováděna šest až deset minut, u některých pacientů jeden večer u ostatních tři až šest večerů. Sledovanými parametry byl pulz, pohyby hrudníku, dechová frekvence, čas nutný k usnutí dle výpovědí pacientů a spotřeba hypnotik. Schürenberg uvádí, že výsledkem působení Masáže stimulující dýchání bylo snížení dechové frekvence, snížení pulzu, zvýrazněný pohyb hrudníku, zkrácení doby usínání a snížení spotřeby hypnotik (Schürenberg, 1993, s. 135 - 143).

Peinsold sledoval působení Masáže stimulující dýchání po dobu jedenadvaceti dní v délce trvání pěti minut na šestnácti pacientech (8 mužů a 8 žen) ve věku 31 - 70 let, psychiatrického oddělení. Sledovanými parametry byly pulz, dechová frekvence v průběhu jednoho týdne, hodnocení Hamiltonovy škály úzkosti na začátku a konci studie, spotřeba hypnotik. Pozorovanými změnami bylo snížení pulzu, dechové frekvence, zlepšení spánku, omezení strachu a úzkosti, snížení hypnotik, zkrácení délky pobytu v zařízení (Peinsold, 2001, 194 - 204).

Bischof si položila otázku, zda poskytování Masáž stimulující dýchání může redukovat potíže s usínáním a se spánkem a ovlivnit bolest u seniorů. Testovanými osobami byli pacienti starší 60 let, převážně ženy. Autorka se svým týmem studentek prováděla Masáž stimulující dýchání trvající pět minut, deset po sobě jdoucích večerů u dvaceti pacientů (7 mužů, 13 žen) ve věku 31 - 76 let hospitalizovaných v nemocnici. Projekt (pozorování) byl zaměřen na subjektivní (kvalitativní) potíže týkající se délky usínání a problematiky spánku. Zmíněné potíže dávala většina dotazovaných do souvislosti se změnou prostředí (pobyt v nemocnici) a s výskytem hluku. Jako další a důležitou příčinu potíží se spánkem uváděli respondenti nedostatečný management bolesti. Autorka sděluje, že po aplikaci Masáže stimulující dýchání se zkrátila doba potřebná k usnutí u všech respondentů a to výrazně. Respondenti uváděli jako dobu potřebnou k usnutí, čas kratší než půl hodiny, někdy došlo k usnutí i během provádění Masáže stimulující dýchání. Autorka také pozorovala výrazné snížení množství užívaných hypnotik, během svého výzkumného projektu. Téměř všechny testované osoby snížily příjem těchto medikamentů po dobu trvání projektu. Na otázku: „Jak se vám po včerejší intervenci spalo?“ Odpověděly dvě třetiny respondentů: „dobře“. Autorka poukazuje na možnost snížení množství podávaných medikamentů na spaní (hypnotik nebo antidepresiv) výměnou za poskytování a integraci prvků konceptu do péče. Dalším sledovaným parametrem byl dobrý pocit (well-being), který uvádělo 98 % masírovaných, což autorka považuje za exkluzivní výsledek, potvrzující myšlenku, že má význam Masáž

stimulující dýchání poskytovat. Nesmíme však opomenout fakt, že tato intervence je také o vzájemném vztahu mezi pacientem a poskytovatelem. Z objektivních dat pozorovala Bischof především snížení pulzové frekvence a dechové frekvence. Bolest se u testované skupiny v jedné třetině zmírnila, u jedné třetiny již testovaní bolet nepociťovali a u poslední třetiny testovaných bohužel nedošlo k žádné změně ve vnímání bolesti (Bischof, 1998, s. 16 - 17).

Autor Nasterlack sledoval účinky Masáže stimulující dýchání u třiceti (6 mužů a 24 žen) pacientů průměrného věku 67 let hospitalizovaných v nemocnici. Masáž stimulující dýchání byla poskytována po dobu od pěti do deseti minut a to nejméně jedenkrát a nejvíce desetkrát po sobě. Pozorovanými změnami byly dle autora zlepšení nočního spánku a pocit uklidnění (ten byl méně výrazný u respondentů mužského pohlaví), a také redukce množství hypnotik (Nasterlack, 2001, s. 454 - 459).

Autorka Rössmann prováděla randomizovanou studii věnující se vlivu poskytované Masáže stimulující dýchání se dvěma kontrolovanými skupinami. Intervence byla poskytována jedenácti pacientům (4 muži a 7 žen), s diagnózou CHOPN, kteří byli hospitalizováni v nemocnici. Její poskytování trvalo od šesti do dvanácti minut. Autorka sledovala parametry fyziologických funkcí a také kvalitativní zkušenosti pacientů. Ti uváděli vnímání příjemných pocitů, ale také se projevíly změny objektivní v dimenzi psychosociální, vegetativní a psychologické. Rössmann poukazuje na vhodnost používání Masáže stimulující dýchání jako velmi ekonomického prostředku ke zklidnění a zlepšení subjektivních pocitů pacienta. Výsledky jsou dle autorky patrné za pouhých osm až devět minut poskytování této intervence (Rössmann, 2004, s. 128).

Conrad, prováděl randomizovanou studii se 135 pacienty průměrného věku 60 let, kteří byli hospitalizováni, měli astma bronchiale, anginu pectoris, pneumonii bez akutní dušnosti, pankreatitidu, meningitidu – mimo akutní stádium. Po detailním seznámení s průběhem procedury byli pacienti posazeni na kraj postele. U testovací skupiny byla poskytována Masáž stimulující dýchání trvajících pět až sedm minut. Pacientům v kontrolní skupině byla poskytnuta prostá masáž zad ve stejné délce trvání, ale bez zapojení prvků konceptu tj. bez kontinuálního kontaktu, bez krouživých pohybů, bez pozorování a sledování rytmu dýchání. Po skončení intervencí zůstali pacienti ještě asi dvě minuty sedět a poté se položili zpět do lůžka. Měřenými parametry byly dle Conrada saturace periferní krve kyslíkem, pulz, dechová frekvence, které se měřily 5-10 minut před Masáží stimulující dýchání, nebo prostou masáží. Pacienti byli kontinuálně monitorováni, využívalo se proto údajů z monitoru. S odstupem 2, 5, 10, 20, 30, 60 a 120 minut po masáži byly výše

zmíněné parametry opět dokumentovány. Byly také položeny otázky týkající se subjektivního vnímání a pocitů pacienta. Probandi zaznamenávali na Likertově škále např. pocit zlepšení, zhoršení, špatný pocit. Z výsledků této randomizované studie vyplývá, že ve „změně dýchání“ není žádný signifikantní rozdíl mezi skupinami. Na otázku „uvolnění“ jsou odpovědi skupin velmi rozdílné, což se odráží i v úrovni statistické významnosti. Pacienti z testované skupiny mnohem častěji uváděli pocit uvolnění než pacienti ze skupiny kontrolní. Téměř jedna čtvrtina testovaných označila uvolnění na škále +2 nebo vyšší stupeň, na rozdíl od kontrolní skupiny, ve které jedna třetina probandů zaznamenalo nějakou změnu. Conrad uvádí, že jedna třetina probandů srovnávací skupiny nezaznamenala žádné zlepšení. Masáž stimulující dýchání dle Conrada jasně vyvolává (zlepšuje) uvolnění a relaxaci (Conrad, 2004, s. 106). Změny v subjektivních pocitech probandů, jsou dle autora vysoce signifikantní i po ověření Chí kvadrát testem. Téměř 80 % probandů, kterým byla poskytnuta Masáž stimulující dýchání, uvedlo na škále změnu v dobrém pocitu (well being) +2 a více, na rozdíl od kontrolní skupiny (Conrad, 2004, s. 106). Masáž stimulující dýchání může být proto použita k ovlivnění „dobrého pocitu“ v pozitivním slova smyslu u všech pacientů. Objektivními výsledky dle autora byly signifikantní změna viditelná v parametrech pulz a dechová frekvence. Změna v hodnotách saturace byla u obou skupin relativně stejná. V oblasti dechové frekvence byla i přes velkou variabilitu výsledků patrná změna frekvence, v období od pěti do deseti minut po intervenci u kontrolní skupiny a tato změna přetrvává zhruba půl hodiny. U testované skupiny způsobila poskytnutá Masáž stimulující dýchání stabilizaci dechové frekvence. Z dalších kvalitativních aspektů, zda se změnilo dýchání pacientů, vyplývá dle autora následující: v obou skupinách se u téměř jedné čtvrtiny dýchání zlepšilo. Autor to přisuzuje i úpravě polohy. Na otázku, zda se pacienti cítí odpočinutí, poté odpověděla jedna čtvrtina probandů z testované skupiny pozitivně. Tento výsledek leží jednoznačně v signifikantním rozmezí ($p = 0,02$) a znamená tak uvolnění zprostředkované poskytovanou Masáží stimulující dýchání. Na otázku „dobrý pocit“ (well being) je více než jasně patrné, že poskytovaná Masáž stimulující dýchání má na tuto oblast výrazný vliv: celé čtyři pětiny probandů z testovací skupiny se cítí lépe ($p \leq 0,001$). Dle Conrada bylo zjištěno kvalitativní analýzou a kvantitativním zhodnocením zjištěných výsledků, že Masáž stimulující dýchání prokazatelně zvyšuje uvolnění a zlepšuje „dobrý pocit“ (well-being), zatím co změna v oblasti dýchání prokazatelná není. Autor však podotýká, že výsledky studie nejsou zcela reprezentativní z důvodu malého zkoumaného vzorku (Conrad, 2004, s. 107).

Büyükyılmaz et al. sledovali možnost ovlivnění bolesti a úzkosti u pacientů po operaci kyčelního nebo kolenního kloubu, prostřednictvím relaxačních technik a „měkké“ masáže zad

(varianta Masáže stimulující dýchání v anglicky mluvících zemích). Studie probíhala u šedesáti pacientů, ve věku od 24 do 83 let, rozdělených do dvou skupin, experimentální a kontrolní. Pacientům byly předloženy dotazníky ke zhodnocení stupně úzkosti a intenzity bolesti. Dále byly sledovány parametry fyziologických funkcí (krevní tlak, pulz, dechová frekvence). Dle sdělení autora byly nalezeny statisticky významné rozdíly v udávané intenzitě bolesti mezi experimentální a kontrolní skupinou. Masážní techniky stejně jako techniky relaxační měly příznivý vliv na snížení bolesti a parametrů fyziologických funkcí (Büyükyılmaz et al., 2010, s. 150).

Kopke položila ve své disertační práci výzkumnou otázku, zda je Masáž stimulující dýchání vhodná technika k redukci bolesti u starých a polymorbidních pacientů. Studie byla randomizovaná, dvojitě zaslepená. Na studii se účastnilo dvěstěpadesát pacientů, průměrného věku 81 let, v 83 % ženského pohlaví. Autorka sledovala bolest, uvolnění, relaxaci a kvalitu spánku. Vstupně byly tyto parametry na přibližně stejných hodnotách, jak u experimentální tak i kontrolní skupiny. Intenzita bolesti však byla nižší po aplikaci Masáže stimulující dýchání u experimentální skupiny, než u skupiny kontrolní. I když to není statistický významné, klinicky klesla hodnota bolesti, po Masáži stimulující dýchání u experimentální skupiny o 1,9 bodu, oproti 0,5 bodu u skupiny kontrolní. V celkovém pohledu vede aplikace Masáž stimulující dýchání k 25 % snížení bolesti. Kopke poukazuje také na snížení tepové frekvence (29 %) a dechové frekvence (30 %), systolického a diastolického tlaku. Dle autorky dochází také ke zlepšení spánku a odpočinku (Kopke, 2011, s. 143 - 150).

Wecht uvádí také možnost využití Masáže stimulující dýchání u onkologických pacientů jako intervence snižující bolest a navozující „dobrý pocit“ (well-being). Ve svém příspěvku se zmiňuje o výpovědích pacientů, jimž byla poskytována Masáž stimulující dýchání. Ti dle Wechta uváděli: „Po Masáži stimulující dýchání mám potřebu být masírován stále znova a znova.“, „Znova jsem toužila být masírována, hlavně večer.“, „Pokud mě večer nikdo nemasíroval, chybělo mi to.“, „Necítil jsem se tolik osamělý.“, „Po masírování se cítím lehčí a příjemněji.“, „Připadá mi, jako bych přes ni dostával sílu, psychickou sílu.“, „Bylo to velmi příjemné, hlavně ten lidský kontakt“ (Wecht, 2009, s. 11). Dle autora je potřeba, aby se pečovatelé zamysleli a nabízeli tuto ošetrovatelskou nabídku svým pacientům, ať už v onkologii, či kdekoli jinde. A také zdůrazňuje úkol pro vědce v oboru ošetrovatelství, kteří by měli vytvářet vědecké teorie a formulovat hypotézy, ale také provádět proveditelný klinický výzkum (Wecht, 2009, s. 15).

Buchholz a Schürenberg opakovaně poukazují na skutečnost, že nejen kvalitní, ale hlavně kontinuálně poskytovaná ošetrovatelská péče, využívající seniorovy předchozí

zvyky a rituály má skutečný význam. Autoři se snaží uplatňovat v péči vlastní rytmus seniora, ať už jde o péči hygienickou, polohování, či poskytování prvků konceptu (Buchholz, Schürenberg, 2003, s. 127 - 130). Schiff stejně jako zmiňovaní autoři se snaží o kvalitní poskytování Masáže stimulující dýchání v souladu s celým konceptem. Také Skogar upozorňuje na důležitost holistického (celostního) pojetí ošetrovatelské péče, která může výrazně ovlivnit kvalitu života seniorů v dlouhodobé péči (Skogar, 2013, s. 150).

2.5 Shrnutí teoretických východisek a tvorba výzkumných otázek

Seniory v dlouhodobé péči si můžeme představit jako osoby, ve věku nad 65 let vyžadující dopomoc při činnostech běžného dne (Válková, 2010, s. 23). Péče o tyto seniory je zajišťována, mimo jiné, prostřednictvím domovů pro seniory (Bareš, 2011, s. 41). Kvalitu jejich života, dle prováděných průzkumů, ovlivňují faktory zdravotní (potíže se spánkem, dýcháním, chronickými chorobami) a také sociální (hmotné zabezpečení a sociální kontakty) (Dragomirecká, 2004, s. 93). Výrazným faktorem, na který si stěžuje téměř polovina seniorské populace, jsou potíže se spánkem (Pretl, 2010, s. 53). Chronické potíže se spánkem, projevující se častěji než šestnáctkrát v měsíci udává 25 % seniorů (Ancoli-Israel, 2005, s. 264). Jednou z možností, jak ovlivnit spánek a dýchání u seniorů v dlouhodobé péči je využití konceptu, prostřednictvím techniky Masáže stimulující dýchání (Schiff, 2006, s. 152).

Masáž stimulující dýchání je v ošetrovatelské praxi německých a severských zemích považována za velmi důležitou a prospěšnou. Je využívána, stejně tak, jako celý koncept, především v péči o seniory, ležící pacienty či pacienty dezorientované. Autoři poukazují na fakt, že často pouhým lidským kontaktem můžeme u těchto pacientů navodit uvolnění, „dobrý pocit“ a zlepšení nálady (Buchholz, Schürenberg, 2003, s. 131). V anglicky mluvících zemích bohužel neexistuje klasické pojetí konceptu a Masáže stimulující dýchání, tak jako v Evropě. Anglicky mluvící země používají termíny terapeutický dotek - Therapeutic Touch (TT), měkká masáž - Soft massage či Slow-stroke back massage (SSBM). U těchto typů masáže není přesně specifikována provázanost s konceptem, ale po detailním prostudování techniky jsou prakticky totožné jako Masáž stimulující dýchání, nebo se jí velmi podobají. Autorka Doherty poukazuje na vhodnost využití terapeutického doteku k ovlivnění úzkosti u seniorů s demencí. Stejně tak poukazuje na dobrou dostupnost a možnost jeho zavedení do ošetrovatelské praxe (Doherty, 2006, s. 27 - 30). I když existuje malý počet vědeckých důkazů, které relevantně potvrzují význam MSD a její vliv na spánek a uklidnění

seniorů, je zapotřebí provádět další a další klinické studie a tím získávat zpětnou vazbu a zároveň rozšiřovat povědomí o KBS (Schiff, 2006, s. 44).

Na základě sumarizace získaných informací, chceme zjistit, jaký je názor seniorů v dlouhodobé péči na Masáž stimuluující dýchání, ve vztahu k jejich spánku a dýchání.

3 VÝZKUM NÁZORŮ SENIORŮ V DLOUHODOBÉ PÉČI NA MASÁŽ STIMULUJÍCÍ DÝCHÁNÍ VE VZTAHU K JEJICH SPÁNKU A DÝCHÁNÍ

3.1 Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zmapování názorů seniorů žijících v dlouhodobé péči na jejich spánek, dýchání a působení Masáže stimulující dýchání.

Pro získání informací, které se vztahují k cíli výzkumu, jsou formulovány výzkumné otázky:

1. Jak Masáž stimulující dýchání ovlivňuje spánek seniorů v dlouhodobé péči?
2. Jak Masáž stimulující dýchání ovlivňuje dýchání seniorů v dlouhodobé péči?
3. Jak senioři v dlouhodobé péči vnímají Masáž stimulující dýchání?

Na základě výzkumných otázek jsou stanoveny dílčí cíle:

1. Zjistit názory seniorů v dlouhodobé péči na vliv Masáže stimulující dýchání na jejich spánek.
2. Zjistit názory seniorů v dlouhodobé péči na Masáž stimulující dýchání jako faktor ovlivňující jejich dýchání.
3. Zjistit názory seniorů v dlouhodobé péči na vnímání Masáže stimulující dýchání.

3.2 Charakteristika souboru

Výzkumný soubor tvořili senioři v dlouhodobé péči. Senioři byli vybráni na základě následujících kritérií:

- pobyt v dlouhodobé péči (domov důchodců, ošetřovatelský domov, LDN)
- věk nad 65 let (senior)
- možnost verbální komunikace
- sdělované subjektivní potíže se spánkem nebo dýcháním
- souhlas s účastí vyjádřený souhlasem s realizací rozhovoru
- senior zařazen do výzkumného šetření v rámci projektu IGA UP (IGA_FZV_2014_014)

- bez rozdílu pohlaví

K výběru jsme využili výběr účelový, čili záměrný. Dle Miovského byli takto cíleně vybráni účastníci podle jejich určitých vlastností (Miovský, 2006, s. 136). Gavora potvrzuje, že při záměrném výběru je podstatné učinit skutečně kvalifikovaný výběr. Jde především o vyhledání respondentů, kteří skutečně vykazují určený znak a ne stylem „co je po ruce“ (Gavora, 2010, s. 79). Vybraní respondenti nám proto mohli podat pravdivé a bohaté informace o zkoumaném problému (Gavora, 2010, s. 79).

Výzkumný soubor byl vybírán ze seniorů žijících v dlouhodobé péči, v instituci Domov pro seniory - Ošetřovatelský domov Šternberk, na základě definovaných kritérií. V tomto zařízení bylo také realizováno výzkumné šetření projektu IGA UP, na které diplomová práce navazuje. K počátečnímu výběru výzkumného souboru byla nápomocna vedoucí ošetřovatelského domova, která svou znalostí seniorů umožnila vytipovat vhodné respondenty. Pomocí tohoto postupu byli nalezeni vhodní respondenti k výzkumnému šetření. Každý respondent byl následně osobně kontaktován a seznámen s účelem a průběhem výzkumu. Prvotním rozhovorem vytipovanými respondenty bylo ověřeno, zda respondenti splňují stanovená kritéria a zda jsou ochotni se šetření zúčastnit. Vstupní rozhovor byl tvořen otázkami zaměřenými na problematiku v oblasti spánku a dýchání u seniorů. Stanovení konečného počtu respondentů bylo dáno kritérii pro výběr respondentů a možnostmi ošetřovatelského domova.

Výzkumu se zúčastnilo pět seniorů, žijících v ošetřovatelském domově, kteří splnili požadovaná kritéria výběru. Z důvodů ochrany osobních údajů bylo nutné, jména účastníků nahradit velkými písmeny abecedy (A, B, C, D, E).

- respondent A muž, 79 let, ženatý, v ošetřovatelském domově žije 2 roky
- respondent B žena, 74 let, vdaná, v ošetřovatelském domově žije 2 roky
- respondent C žena, 85 let, vdova, v ošetřovatelském domově žije 5 let
- respondent D žena, 93 let, vdova, v ošetřovatelském domově žije 7let
- respondent E muž, 75 let, vdovec, v ošetřovatelském domově žije 6 let

3.3 Metoda sběru dat

K zodpovězení výzkumných otázek a splnění cíle výzkumu byla vybrána metoda kvalitativního přístupu a polostrukturovaný (semistrukturovaný) rozhovor. Tato metoda dle

Miovského umožňuje řešit mnoho nevýhod, které jsou problémem nestrukturovaného rozhovoru. Je ovšem náročnější na přípravu (Miovský, 2006, s. 159). Úkolem kvalitativního přístupu je dle Švaříčka, prozkoumat určitý jev, který je definovaný široce a přinést o něm co nejhlubší a nejvěrnější informace (Švaříček a kol., 2007, 24). Pro ošetřovatelství má dle autorek Gerish a Lacey kvalitativní výzkum důležitou úlohu a to zejména při hledání podmětů a informací z praxe (Gerish, Lacey, 2015, s. 19). Dle Miovského je pro výzkumníka velmi výhodná kombinace strukturovaného a nestrukturovaného interview, kterou považuje za téměř ideální výzkumný nástroj (Miovský, 2006, s. 159). Pro tazatele je však velmi důležitá znalost zkoumaného problému a také příprava schématu základních otázek (Švaříček a kol., 2007, s. 162). Schéma rozhovoru, které bylo vytvořeno pro naše výzkumné šetření, bylo pro tazatele závazné. Na počátku každého rozhovoru bylo také vhodné zařadit úvodní otázky (Švaříček a kol., 2007, s. 163). Výtěžnost rozhovorů je poté dle Miovského optimální, pokud je možné přizpůsobovat nebo zaměňovat pořadí dotazů. Zkoumané téma, je dle autora vhodné rozebírat tak dlouho, dokud nám respondent poskytuje relevantní a smysluplné odpovědi, vhodné pro výzkum (Miovský, 2006, s. 160). Vytvořením doplňujících otázek, vztahujících se k jednotlivým výzkumným otázkám a jejich použitím v rozhovorech, jsme docílili probrání všech témat. Získání názorů od osob vhodných na danou problematiku, (v našem šetření seniorů v dlouhodobé péči), vedlo odhalení jejich chápání zkoumaného problému (Reichel, 2009, s. 66). Tvorba výzkumných otázek probíhala na základě informací získaných rešeršní strategií, z literatury a ze studií zabývajících se zkoumaným tématem. Skupiny otázek vycházely ze zkoumané problematiky spánku u seniorů. Autoři Buchholz a Schürenberg poukazují na skutečnost, že potíže s uvědoměním si vlastního těla, vlastních prožitků a dýchání, mají vliv na kvalitu spánku u seniorské populace (Buchholz, Schürenberg, 2003, s. 101). Otázky zabývající se usínáním, probouzením se v průběhu noci, potížemi s dýcháním, byly zvoleny na základě prostudování Pittsburgh Quality Sleep Index, nástroje vhodného k testování kvality spánku subjektem (Buysse, 1989, s. 193 - 213). Dále se otázky opíraly také o Obecná doporučení vycházející z Doporučeného diagnostického a terapeutického postupu pro všeobecné praktické lékaře (Smolík, 2011, s. 1 - 12), a poznatků získaných z kvalitativního výzkumu Poruchy spánku u starších lidí (Tavel, Šandora, 2011, s. 18 - 25). Další sledovanou problematikou byla možnost nefarmakologického ovlivnění spánku u seniorů s využitím konkrétního prvku konceptu. Využití Masáže stimulující dýchání, jako možnosti nefarmakologického ovlivnění potíží se spánkem, u seniorů v dlouhodobé péči bylo zkoumáno ve studii Schiff (Schiff, 2006, s. 160). Tato studie nám poskytla další cenné informace.

3.4 Realizace výzkumu

Pilotní rozhovory

Náročnost vedení rozhovorů v kvalitativním šetření je velká a bylo proto nutné, aby byl výzkumník vyškolený a zkušený. Výzkumník by měl být nejen orientovaný ve zkoumané problematice, flexibilní, vstřícný a empatický, ale měl by mít také schopnost sebereflexe (Reichel, 2009, s. 116). K ověření, zda má výzkumník požadované vlastnosti, byly provedeny pilotní rozhovory. V rámci provedení pilotních rozhovorů byli osloveni dva respondenti, kteří splňovali požadovaná kritéria a souhlasili s provedením rozhovorů. Respondenti obdrželi osnovu rozhovorů, s hlavními výzkumnými otázkami. Jednotlivé rozhovory proběhly v délce 15 a 20 minut v klidném prostředí respondentům známém. Záznam byl proveden pomocí diktafonu. Při rozhovorech byla přítomna vedoucí práce. Na základě zkušeností získaných z pilotních rozhovorů byly upraveny jednotlivé otázky. Modifikované otázky byly následně použity při vlastních výzkumných rozhovorech.

Realizace rozhovorů v ošetrovatelském domově

Rozhovory byly realizovány v období od června 2014 do října 2014. Probíhaly dle jasně stanovených kritérií a osnovy (Příloha 1). Respondenti byli informováni osobně tazatelkou – vzhledem k věkové skupině respondentů bylo vhodné navázat osobní, přátelský kontakt a získat si jejich důvěru. Respondentům byla opakovaně podrobně popsána realizace rozhovoru a způsob záznamu samotných interview. Rozhovory byly provedeny s odstupem dvou týdnů, po skončení cyklu poskytování Masáže stimulující dýchání (Příloha 1). Masáž stimulující dýchání byla respondentům poskytována řešiteli v rámci výzkumného projektu IGA UP (IGA_FZV_2014_014). Pro výběr místa k realizaci rozhovorů bylo stanoveno jediné kritérium a to klid a nerušené prostředí. Rozhovory proběhly bez výjimky na pokojích respondentů. Prostředí bylo klidné a respondentům známé. Tím byla splněna podmínka pro správnou realizaci, vhodnost situace a prostředí (Chráška, 2007, s. 183). Rozhovory probíhaly během odpoledních a večerních hodin a byl pro mě vytvořen dostatečný časový prostor. Přítomni byli pouze respondent a tazatelka. Na začátku každého rozhovoru proběhlo představení, respondentům byl zopakován účel výzkumu, byl potvrzen souhlas s účastí ve výzkumném šetření, se záznamem rozhovoru na diktafon a s využitím získaných dat. Respondentům bylo poděkováno za ochotu zúčastnit se výzkumného šetření. Pro úplnost bylo zopakováno, že data budou zpracována v diplomové práci tazatelky. S těmito skutečnostmi byli respondenti seznámeni již při vstupním rozhovoru, ale přesto s ohledem na věk, bylo

vhodné informace zopakovat, případně upřesnit. Souhlas s provedením rozhovoru stejně tak jako s účastí na výzkumném šetření byl zachycen na zvukové nahrávce. Byla důsledně zachována mlčenlivost a ochrana osobních údajů. Audionahrávky zůstaly uschovány u tazatelky a byly použity pouze k přepisům provedených interview (Příloha 2). Samozřejmostí bylo dodržování etických pravidel, která chrání účastníky výzkumu, jejich osobní údaje i soukromí (Mioviský, 2006, s. 280 - 282). Všichni respondenti měli na rozhovor stanovený stejný maximální časový limit a to 60 minut. Jednotlivé rozhovory trvaly různě dlouhou dobu. K fixaci dat byly použity audiozáznamy. Audiozáznam znamená pro výzkumníka důležitou pomoc a podporu (Mioviský, 2006, s. 197). Před samotným spuštěním záznamového zařízení a pokládáním jednotlivých otázek vedla tazatelka s respondenty nezávaznou konverzaci, jako prostředek k uvolnění a navození přátelské atmosféry a eliminaci nejistoty a nervozity. V průběhu rozhovorů nebylo nutné si pořizovat žádné poznámky, protože audiozáznam zachytil kvalitu mluveného slova (síla hlasu, pomlky). Díky tomu jsou tedy záznamy nestranné a autentické. Tazatelka kladla důraz na to, aby diktafon co nejméně rušil, ale zároveň zvukový záznam byl co nejkvalitnější. Gavora uvádí, že pro úspěšnost rozhovoru je důležité navození raportu výzkumníkem. Raportem se dle Gavora, rozumí navázání přátelského vztahu a vytvoření otevřené atmosféry (Gavora, 2010, s. 110). Vytvoření přátelského vztahu se podařilo, jelikož respondenti byli s tazatelkou v kontaktu opakovaně (již při prvotním výběrovém rozhovoru) a odpadl tím přirozený ostych a nervozita. Respondenti byli vstřícní, přátelští, milí a rozhovory probíhaly v celkově příjemné atmosféře. Tazatelka také pečlivě sledovala situaci a odpovědi respondenta, udržovala oční kontakt, všímala si nonverbální komunikace. Tazatelka měla k dispozici osnovu rozhovoru, do které v případě potřeby nahlížela. Podle odpovědí respondentů, byly pokládány i doplňující otázky (Reichel, 2009, s. 112).

3.5 Metody zpracování dat

Audiozáznamy rozhovorů s respondenty byly v co nejkratším čase od jejich získání transkribovány. Transkripcí rozumíme přesný a doslovný přepis zvukového záznamu z audionahrávky do elektronické podoby. K tomuto účelu byl využíván textový editor MS Word. Metoda doslovného přepisu byla časově náročná, ale její předností bylo, jak uvádí, Skutil, možnost zvýraznění textu, porovnávání některých míst v textu, či přidávání komentářů

(Skutil a kol., 2011, s. 217). Pro přehlednost byla využívána osnova vytvořená pro transkribovaný text, kdy byla otázka označena bodem a odpověď novým řádkem. Kontrola opakovaným poslechem byla provedena vždy po dokončení přepisu za účelem zmenšení rizika ovlivnění přepisů samotným výzkumníkem např. opakování části rozhovorů, vynechání slov apod. (Miovský, 2006, s. 206 - 207). Analýza dat získaných při výzkumném šetření byla prováděna metodou tvorby kategorií - trsováním (Reichel, 2009, 166). Technika trsování umožňuje seskupení konkrétních výroků a sledování a zachycení jejich souvislostí. Trsy by měly dle Miovského vznikat na podkladě vzájemné podobnosti (překryvu) mezi identifikovanými jednotkami. Základní princip metody vytváření trsů je porovnávání a spojování dat. Proto byly do jednotlivých trsů vyhledány a zařazeny podobnosti ve vyjádřeních respondentů, které se týkaly jednotlivých vymezených oblastí zkoumané problematiky (Miovský, 2006, s. 220 - 221). Pomocí barvení textu, kdy byla místa v textu týkající se jednotlivých oblastí zaznačena stejnou barvou, byla data připravena pro analýzu. Shlukováním a srovnáváním dat od respondentů postupně docházelo k jejich propojení k tvorbě obecnějších kategorií, které se řídily potřebami analýzy (Miovský, 2006, s. 211, 220 - 221). V procesu kategorizace se vycházelo z již vytvořených výzkumných otázek. Následně uvádíme zdokumentované kategorie:

Výzkumná otázka č. 1:

Jak Masáž stimulující dýchání ovlivňuje spánek seniorů v dlouhodobé péči?

- Názory seniorů na vlastní spánek před zkušeností s Masáží stimulující dýchání
- Názory seniorů na vlastní spánek po zkušenosti s Masáží stimulující dýchání

Výzkumná otázka č. 2:

Jak Masáž stimulující dýchání ovlivňuje dýchání seniorů v dlouhodobé péči?

- Názory seniorů na vlastní dýchání před zkušeností s Masáží stimulující dýchání.
- Názory seniorů na dýchání po zkušenosti s Masáží stimulující dýchání.

Výzkumná otázka č. 3:

Jak senioři v dlouhodobé péči vnímají Masáž stimulující dýchání?

- Názory seniorů na techniku Masáže stimulující dýchání a její doprovodné aspekty (kontakt, komunikace, dotek)

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Výzkumná otázka č. 1:

Jak Masáž stimuluje dýchání ovlivňuje spánek seniorů v dlouhodobé péči?

Názory seniorů na vlastní spánek před zkušeností s Masáží stimuluje dýchání

Všichni oslovení respondenti sdělovali subjektivní potíže se spánkem a přisuzovali spánku velký význam. Čtyři respondenti uváděli, že je potíže se spánkem trápí. Jeden respondent sděloval opakované potíže s usínáním a jeden respondent časté probouzení v průběhu noci.

Respondent A: „*Když spím, tak je to dobrý, když ne, tak mě to hodně trápí. Budím se jak malé děcko co chvíli.*“

Respondent E: „*Ted' je to horší a horší, budím se co chvíli. Já nejsem za ty roky zvyklý spát, protože my museli být na místě brzo.*“

Respondent B: „*Do rána se budím ještě tak dvakrát, pak většinou nemůžu usnout, usínám dlouho. Mám celý život špatné spaní.*“

Za obtěžující považovali dva respondenti dlouhodobé až celoživotní potíže se spánkem a jeden respondent nespavost trvající již od dětství.

Respondent C: „*No se spánkem, mám trápení, už moje maminka říkávala, že jsem byla hrozný děcko, že jsem nespávala.*“

Za důležitý prvek považovali všichni respondenti kvalitu spánku, která dle jejich vyjádření má velký vliv na tělesnou i duševní aktivitu v následujícím dni. I přes sdělované potíže s častým probouzením v průběhu noci, považovali tři respondenti svůj spánek za kvalitní, ráno se cítili dobře, čilí a těšili se na další den.

Respondent B: „*Ráno se cítím dobře, čilá, těším se na další den.*“

Žádný z respondentů neužíval hypnotika. Antidepresiva užívali dva respondenti pouze na základě psychiatrické ordinace. Všichni respondenti udávali nechuť k užívání hypnotik.

Respondent E: „*Žádný tabletky neberu, tomu se furt bráním.*“

Respondent B: „*To asi ty nervy, užívám antidepresiva.*“

Respondent C: „*Nechci brát tabletky na spaní, ty jsem brala a stejně to nepomáhalo.*“

Dva respondenti sdělovali, že ranní únava, je omezuje a zpomaluje v prováděných činnostech, naštěstí během dne postupně odezní. Jednoho respondenta zatěžuje výrazná ranní bolest zad a omezuje jeho pohyb.

Respondent A: „*Ráno se cítím lehce unavený, ale jak začnu něco dělat je to lepší.*“

Respondent B: „*Po obědě bývám unavená, tak si chodím na hodinku, dvě lehnou, pravidelně, někdy i usnu.*“

Respondenti sdělovali, že jejich potřeba spánku je během dne vyšší. Zvýšenou potřebu spánku přičítali respondenti zejména vyššímu věku, prováděné aktivitě (pobyt venku) a přítomnosti přidružených chorob. Za podstatnou považovali všichni možnost, jít si během dne odpočinout dle aktuální potřeby. Všichni oslovení respondenti považovali za velmi důležitý faktor, ovlivňující jejich spánek, možnost dodržovat rituály, na které byli zvyklí po celý život. Vyjadřovali přání, co nejvíce připodobnit režim v ošetrovatelském domově režimu doma.

Respondent B: „*Nás ukládají brzo, tak stejně usnu až kolem půl jedenácté, aspoň že mám tu televizi.*“

Respondent A: „*Ted' nás ukládají brzo, takže usínám až kolem jedenácté hodiny, nebaví mě to. Doma bych si dal slivovici, to by se hned líp spalo, ted' mám smůlu. Někdy luštím křížovky.*“

Za podstatný faktor, negativně ovlivňující spánek, považovali čtyři respondenti brzké ukládání ke spánku a tím vzniklou dlouhou dobu mezi uložením ke spánku a vlastním usnutím.

Respondent E: „*Délka spaní, to spaní, je na mě noc dlouhý, jak nás tady brzo ukládají, stačilo by i míň spát tak maximálně šest hodin. Jak jsem byl zvyklej celou dobu, nebo i míň. Jo aspoň ta televize, číst už nemůžu.*“

Jako pozitivní označili možnost mít neomezeně zapnutou televizi.

Respondent C: „*Ukládají nás hodně brzo, víte, nechcu brát tabletky, takže já se dívám (na televizi – pozn. autora) do půlnoci a mně stačí spánek šest hodin.*“

Z dalších faktorů ovlivňujících spánek udávali tři respondenti únavu, jeden respondent vnitřní neklid. Dva respondenti nepozorovali žádné faktory ovlivňující jejich spánek.

Respondent A: „*No co mně ovlivňuje spánek, asi jestli jsem trochu unavený a taky počasí.*“

Respondent B: „*Tak bych řekla, že nejvíc asi nálada (ovlivňuje spánek – pozn. autora), jak mám ty své strašáky v hlavě a jsem neklidná, bojím se, co by se komu z rodiny mohlo stát, tak neusnu ani za nic. Já jsem taková neklidná večer.*“

Názory respondentů na spánek po zkušenosti s Masáží stimulující dýchání

Všichni oslovení respondenti vyslovili kladný názor na zkušenost s Masáží stimulující dýchání. Shodně všichni prohlašovali, že po Masáží stimulující dýchání se jim lépe a rychleji usínalo. Svůj spánek po zkušenosti s Masáží stimulující dýchání označovali tři respondenti jako „lepší“.

Respondent A: „*Cítím se fajn, osvěženě a pak líp usnu.*“

Respondent B: „*Líp usnu, moc mě toho netrápí. Lepší (usínání - pozn. autora) rychlejší, jsem taková uvolněná.*“

Respondent C: „*Spánek je lepší. Líp jsem usínala.*“

Respondent D: „*No to usnu ještě rychleji, usínám jako miminko*“

Respondent E: „*Lepší (spánek – pozn. autora), rychlejší usínání*“

Výzkumná otázka č. 2:

Jak Masáž stimulující dýchání ovlivňuje dýchání seniorů v dlouhodobé péči?

Názory seniorů na vlastní dýchání před zkušeností s Masáží stimulující dýchání

Všichni respondenti na vyzvání, aby popsali své dýchání, sdělovali, že se jim dýchá dobře. Při podrobné analýze rozhovorů, vyplynulo, že všichni respondenti vnímali potíže s dýcháním. Tři respondenti sdělovali „zadýchávám se“ při námaze. V klidu popisují své dýchání jako „v pořádku“ nebo „bez problémů“ všichni respondenti. Jeden respondent specifikoval své potíže jako nemožnost plně vydechnout. Nemožnost se pořádně nadechnout z důvodu strachu sděloval jeden respondent.

Respondent E: „*Dýchání je dobrý.*“

Respondent A: „*Děkuji, teď se mi dýchá dobře, nejsou mlhy. No, ale někdy nemůžu dovydýchnout.*“

Respondent B: „*Někdy se nemůžu nadechnout, to je z toho mého strachu. Zadýchávám se, když někam jdu.*“

Všichni respondenti považují dýchání za důležité především při námaze či pohybu. Zadýchávání se při námaze považují čtyři respondenti za běžný jev související s věkem. Tři respondenti uvedli, že se jim v klidu dech srovná. Za hlavní faktor ovlivňující dýchání považovali tři respondenti fyzickou aktivitu. Všichni respondenti spatřovali souvislost mezi změnou dýchání a prováděnou aktivitou.

Respondent D: „*Dýchá se mi dobře, ale jak jsem šla, tak jsem se zadýchala.*“

Respondent C: „*Dýchám dobře, někdy se zadýchávám, to víte, roky už jsou znát.*“

Pozitivně, dle čtyř oslovených respondentů ovlivňuje dýchání pobyt venku na čerstvém vzduchu. Dále tři respondenti sdělovali přání trávit venku více času než dosud. Za negativní faktor ovlivňující dýchání považuje jeden respondent pyl a prach. Umístění domova pro seniory u lesa, z důvodu větrání a čerstvého vzduchu, označovali dva respondenti jako pozitivní faktor ovlivňující dýchání. Nevlnost nebo zdravotní indispozice byla vnímaná respondenty jako negativní faktor.

Respondent C: „*Dneska mi není dobře od toho žaludku, tak se mi hůř dýchá.*“

Respondent A: „*Jak nic nekvete žádné pyly, nejsou mlhy, dýchá se dobře.*“

Respondent D: „*Čerstvý vzduch se mi líbí.*“

Respondent E: „*Venku je to dobrý, ten mokrej vzduch je dobrej.*“

Respondent A: „*Nejlíp se dýchá tady u lesa, to je fajn, že se aspoň dostaneme ven, nebo si na noc otevřeme okna.*“

Názory respondentů na dýchání po zkušenosti s Masáží stimulující dýchání

Všichni oslovení respondenti vyjadřovali kladný názor na zkušenost s Masáží stimulující dýchání. Všechny pět dotazovaných respondentů pozorovalo dle svého vyjádření zpomalení dechové frekvence. Respondenti tuto skutečnost vyjadřovali termíny: „méně splašený dech“, „srovnaný dech“, „zklidněné dýchání“, „uklidnění fyzické i psychické“. Všichni respondenti také shodně uváděli, že pro ně byla Masáž stimulující dýchání příjemná.

Respondent A: „*To (Masáž stimulující dýchání – pozn. autora) tak nějak zklidní to dýchání. Řekl bych, že se ten dech zpomalí nebo co.*“

Respondent B: „*Dýchání je normální, uklidňuje mě to, jako fyzicky, ale i psychicky.*“

Respondent C: „*Takový míň splašený (dýchání – pozn. autora).*“

Respondent D: „*Takový pomalý, klidný dýchání.*“

Respondent E: „*Dobrý, dech se mi srovná.*“

Výzkumná otázka č. 3:

Jak senioři v dlouhodobé péči vnímají Masáž stimulující dýchání?

Názor seniorů na vlastní techniku Masáže stimulující dýchání a její doprovodné aspekty (kontakt, komunikaci, dotek)

Respondenti se spontánně vyjadřovali k pocitům, které mají z Masáže stimulující dýchání. Čtyři respondenti uváděli, že je Masáž stimulující dýchání „osvěžující“, „příjemná“ a všichni se na ni „těší“.

Respondent A: „*Masáž, byla příjemná, osvěžující, řekl bych.*“

Respondent B: „*Příjemný to bylo, chtěla bych ještě.*“

Respondent C: „*Dobrý, příjemný to bylo.*“

Respondent D: „*To je příjemný, když se masírujou ty záda.*“

Respondent E: „*Dobrý, je to prima, těšil jsem se na to.*“

Jako další vjem zmiňovali dva respondenti „dobrý pocit“ po Masáží stimulující dýchání, který vede k navození příjemných vzpomínek. Jako příjemný označovali čtyři respondenti

každodenní kontakt prostřednictvím Masáže stimulující dýchání. Čtyřem respondentům také chybí „lidský kontakt“ a „doteky“ a uvítali by je.

Respondent B: „*Dobrej pocit z toho mám.*“

Respondent E: „*Kontakt mi moc chybí, příjemný mi to (masáž – pozn. autora) je, moc příjemný, doteky při masáži jsou v pořádku.*“

Respondent: A: „*Příjemný mi je ten dotek, a je fakt, že na nás nikdo moc nesahá, chybí mi dotek, s manželkou jsme se ještě jako staří vodili za ruce.*“

Respondent B: „*Je to jiný kontakt, než když na nás pořád někdo chytá, umývá a tak, příjemný to je.*“

V souvislosti s kontaktem vyjádřili čtyři respondenti přání být masírováni i nadále a to minimálně dvakrát v týdnu.

Respondent C: „*Člověk by to potřeboval aspoň dvakrát týdně, jak je to příjemný, osvěžující.*“

Respondent E: „*Pocity, to bylo fajn, člověk si připadal jak, na jiném světě, líbilo by se mi, když mě někdo takto chodil masírovat pořád.*“

Dále se respondenti zmiňovali o pozitivním vlivu masáže stimulující dýchání z hlediska pravidelného setkávání. Tři respondenti považovali za příjemné si pravidelně večer popovídat. Jeden respondent uvedl, že komunikace v souvislosti s masáží stimulující dýchání, působila pozitivně na odbourání neklidu a strachu a tím se výrazně zlepšil jeho spánek.

Respondent B: „*Je to tak příjemné si večer popovídat. Líp pak usnu, moc mě toho netrápí, když mě rozeberete, potěšíte. Jsem taková uvolněná bez toho mého neklidu a strachu. Daleko líp spím.*“

Jako další názor sdělovali dva respondenti pocit osvěžení po Masáží stimulující dýchání. Pocit uvolnění označovali dva respondenti jako pozitivní vjem.

Respondent A: „*Cítím se osvěženě, je to příjemný, osvěžující.*“

Respondent A: „*Dobrej pocit z toho mám.*“

5 DISKUZE

Kvalitativní šetření ukázalo, že názory seniorů v dlouhodobé péči na působení Masáže stimulující dýchání se neliší.

Při analýze názorů respondentů, které se zabývaly spánkem seniorů v institucionální péči, bylo zjištěno, že všichni oslovení respondenti přikládají svému spánku velký význam. Čtyři respondenti uváděli, že je potíže se spánkem trápit. Jeden respondent uváděl opakované potíže s usínáním a čtyři respondenti uváděli jako potíže časté probouzení se v průběhu noci. Dva z respondentů vyjadřovali dlouhodobé až celoživotní potíže se spánkem, z toho jeden respondent udával nespavost trvající již od dětství. S názory respondentů koresponduje kvalitativní výzkum Tavela a Šandory, při kterém bylo dotazováno deset respondentů ve věku nad 65 let. Respondenti uváděli shodné potíže se spánkem: „Nemůžu usnout.“, „Budím se často“, „v noci se probudím, cítím se vyspaný a nemohu pokračovat ve spánku“. Stejně tak se i v tomto kvalitativním výzkumu objevila netypická odpověď, a to problémy se spánkem trvající již od dětství (Tavel, Šandora, 2011, s. 21). Také šetření v rámci studie Daglar et al. odhalilo, u dvaapadesáti seniorů žijících v institucionální péči špatnou úroveň kvality spánku. Bylo zjištěno, že 55,8 % seniorů žijících v ošetrovatelských domovech má špatnou kvalitu spánku (Daglar et al., 2014, s. 9). Výsledky studie Babacan et al. potvrzují, že více než polovina seniorů žijících v institucionální péči má potíže se spánkem a to v oblasti usínání a častého probouzení (Babacan et al., 2009 in Daglar et al., 2014, s. 12). V našem kvalitativním výzkumu dva respondenti uváděli jako následek potíží se spánkem ranní únavu, která je omezuje v činnostech. Dále jeden respondent udával výraznou ranní bolest zad, která mu ztěžuje pohyb. Vyšší potřebu spánku během dne a tím i vyšší výskyt denního spánku, sdělovali všichni respondenti našeho šetření. Zvýšenou potřebu spánku přičítali respondenti zejména vyššímu věku, prováděné aktivitě a přítomnosti přidružených chorob. Shodná zjištění uvádí autor Li et al. ve své retrospektivní studii věnující se výskytu denního spánku u tří set seniorů v ošetrovatelských domovech. Autor poukazuje na fakt, že 71,3 % seniorů spí během dne více než 2 hodiny. Jako hlavní příčinu denního spánku autoři považují přítomnost komorbidit. Přičemž aktivitu, kognitivní funkce a sociální angažovanost považují autoři za nejvýznamnější prediktor výskytu denního spánku (Li et al., 2014). Faktory ovlivňující spánek seniorů v dlouhodobé péči definovali všichni naši respondenti obdobně. Jednalo se především o možnost využití svých vlastních rituálů, na které byli zvyklí

z domova. Důležitost rituálů v péči o seniory zmiňují i autoři Buchholz a Schürenberg ve svých případových studiích z praxe. Poukazují na fakt, že znalost a umožnění dodržení rituálů v péči o seniory má nezanedbatelný význam (Buchholz, Schürenberg, 2003, s. 55). Tuto skutečnost potvrzuje také Psychobiografický model péče Prof. Böhma, který využívá biografii seniora k naplnění jeho psychických potřeb. Cílem modelu je naučit ošetrovatelský personál rozumět seniorům a tím rozhýbat jejich psychiku i tělo (Psychobiografický model Prof. E. Böhma, 2015). Za podstatný faktor negativně ovlivňující spánek považovali čtyři respondenti účastníci se našeho šetření brzké ukládání ke spánku a tím vzniklou dlouhou dobu mezi uložením ke spánku a vlastním usnutím. S tímto názorem našich respondentů koresponduje také názor Ancoli-Israel, která považuje za vhodné uložení ke spánku maximálně půl hodiny před samotným usnutím (Ancoli-Israel, 2005, s. 265). V souladu s tímto názorem se vyslovili také odborníci při tvorbě pravidel spánkové hygieny. Autoři považují za vhodné uléhat do lůžka až těsně před spánkem, při nástupu ospalosti, ne příliš brzy (Smolík a kol., 2011, s. 11).

Ze zpracovaných výsledků mapujících názory seniorů na zkušenost s Masáží stimulující dýchání a jejím vlivu na spánek vyplynulo, že všichni oslovení respondenti vyjádřili pozitivní zkušenost s Masáží stimulující dýchání. Pět respondentů shodně prohlásilo, že po Masáží stimulující dýchání se jim lépe a rychleji usínalo. Tři respondenti označili celkově svůj spánek jako „lepší“. Schürenberg ve své studii prováděné s dvaadvaceti pacienty ve věku od 41 do 80 let popisuje taktéž zkrácení doby usínání a snížení spotřeby hypnotik (Schürenberg, 1993, s. 136). I Peinsold zaznamenal zlepšení spánku, omezení strachu, úzkosti a snížení hypnotik jako efekt poskytování Masáže stimulující dýchání u šestnácti pacientů ve věku od 31 do 70 let, hospitalizovaných na psychiatrickém oddělení (Peinsold, 2001, 194). Taktéž studie Skogar potvrzuje účinek terapeutického doteku (obdoba Masáže stimulující dýchání) na spánek seniorů. Ze skupiny, které byl poskytován terapeutický dotek, uvedlo 24 z 29 respondentů zlepšení spánku (Skogar, 2012, s. 145). Jako další názor sdělovali dva respondenti účastníci se našeho šetření pocit osvěžení po Masáží stimulující dýchání. Obdobné názory vyslovili také respondenti ve studii Schiff. Dle autorky působí Masáž stimulující dýchání uklidňujícím a blahodárným dojmem. Masáž stimulující dýchání byla pocíťována téměř vždy jako blahodárná a byla spojena s pozitivními pojmy (zahřívací, příjemná, uvolňující, uklidňující), (Schiff, 2006, s. 160 - 168). Naši respondenti také uváděli pocit uvolnění jako pozitivní vjem z Masáže stimulující dýchání. Také se zmiňovali o pozitivním vlivu Masáže stimulující dýchání z hlediska pravidelného setkávání se. Tři respondenti považovali za příjemné si pravidelně večer popovídat. Jeden respondent uvedl,

že komunikace v souvislosti s Masáží stimulující dýchání působila pozitivně na odbourání neklidu a strachu a tím se výrazně zlepšil jeho spánek. Možnost využití Masáže stimulující dýchání jako prostředku ke snížení úzkosti a strachu využila také Mok u starších pacientů hospitalizovaných po iktu. Ze studie je patrný pokles úzkosti u pacientů, kterým byla poskytována Masáž stimulující dýchání sedm dnů po sobě jdoucích (Mok, 2004, s. 213). Čtyři respondenti našeho šetření se shodně zmiňovali o celkovém „dobrém pocitu“ po Masáží stimulující dýchání. Obdobné zkušenosti vyjadřovali také účastníci studie Schiff. Součástí této kvalitativní studie bylo, mimo jiné, zhodnocení významu komunikace a věnování se druhému. Dle autorky respondenti uváděli, že během večerů, kdy byla poskytována Masáž stimulující dýchání nebo dechové cvičení, došlo ke zvláštní formě vzájemné náklonnosti. Autorka shrnula jejich výroky následovně: „Prostě najednou někdo přijde a mluví s vámi.“, „Spánek je lepší, když někdo večer přijde.“ (Schiff, 2006, s. 164). Zdá se, že zavedení večerního rituálu a řečového a tělesného kontaktu má uklidňující účinek. Samotný kontakt je pak našimi respondenty označován za velmi důležitý pro spánek. Studie Schiff poukazuje také na fakt, že Masáž stimulující dýchání může podpořit komunikaci, přičemž se v úzkém kontaktu respondentům lépe hovoří o tématech, které je trápí (Schiff, 2006, s. 163). Taktéž studie Conrada koresponduje s našimi výsledky. Masáž stimulující dýchání dle Conrada jasně zlepšuje uvolnění a relaxaci (Conrad, 2004, s. 106). Dýchání dle sdělení našich respondentů ovlivňuje jejich aktivitu. I přes prvotní sdělení, že se jim dýchá dobře, po hlubším zkoumání shodně sdělovali potíže s dýcháním. Tři respondenti uvedli zadýchávání se při námaze, jeden respondent nemožnost plně vydechnout a jeden respondent udával nemožnost se pořádně nadechnout z důvodu strachu. Zadýchávání se při námaze považují čtyři respondenti za běžný jev související s věkem. Podobné charakteristiky potíží s dýcháním u seniorů uvádí také autorky Doubková, Skříčková: „nemůžu popadnout dech“ nebo „zadýchávám se“ (Skříčková, 2010, s. 591). Také vyhodnocení dotazníku WHOQOL-OLD potvrzuje, že 9,8 % dotazovaných žen a 3,1 % dotazovaných mužů v seniorském věku uvádí dýchací potíže jako faktor ovlivňující kvalitu života (Dragomirecká, Šelepová, 2004, s. 98). Všichni respondenti účastníci se našeho šetření spatřovali souvislost mezi změnou dýchání a prováděnou denní aktivitou. Jako hlavní faktor ovlivňující jejich dýchání tři respondenti uvedli fyzickou aktivitu. Pozitivně dle čtyř respondentů ovlivňuje dýchání pobyt venku na čerstvém vzduchu. S touto informací pracují také Národní programy pro podporu zdraví seniorů, které doporučují přiměřenou fyzickou aktivitu, jako prevenci involuce dýchacího a kardiovaskulárního systému např. Národní akční plán podporující zdravé stárnutí (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2014, s. 34 - 38). Warburton popisuje ve své studii pozitivní vliv fyzické aktivity

na kardiovaskulární a dýchací systém (Warburton, 2006, s. 801-809). Změny ve vlastním dýchání po zkušenosti s Masáží stimulující dýchání pozorovali všichni respondenti našeho výzkumu. Všech pět respondentů pozorovalo, dle svého vyjádření zpomalení dechové frekvence. Respondenti tuto skutečnost vyjadřovali termíny: „méně splašený dech“, „srovnaný dech“, „zklidněné dýchání“, „uklidnění fyzické i psychické“. Tento názor našich dotazovaných respondentů koresponduje s názorem Peinsold, který zaznamenal ve výsledcích své studie prováděné u šestnácti pacientů ve věku od 31 do 70 let) snížení dechové frekvence po použití masáže stimulující dýchání (Peinsold, 2001 in Schiff, 2006, s. 56). Shodný výsledek poskytla také studie Bischofové. U respondentů bylo taktéž pozorováno snížení dechové frekvence po masáži stimulující dýchání (Bischof, 1998, s. 16-17). V oblasti dechové frekvence, je i přes velkou variabilitu výsledků patrná podle Conrada, změna frekvence, v období od pěti do deseti minut po Masáži stimulující dýchání (Conrad, 2004, s. 106). Dále se naši respondenti spontánně vyjadřovali k pocitům, které vnímali z Masáže stimulující dýchání. Čtyři respondenti opakovaně uváděli, že je Masáž stimulující dýchání „osvěžující“, „příjemná“. Všichni naši respondenti se na ni těšili. Jako další vjem zmiňovali respondenti „dobrý pocit“ po Masáži stimulující dýchání, který dle dvou respondentů vede k navození příjemných vzpomínek. Pro čtyři respondenty byl také příjemný každodenní kontakt prostřednictvím masáže stimulující dýchání. Čtyřem respondentům chybí „lidský kontakt“ a „doteky“ a uvítali by je. V souvislosti s kontaktem vyjádřili čtyři respondenti přání být masírováni i nadále a to minimálně dvakrát v týdnu. Dle autorky Schiff je třeba se hlouběji zamyslet nad potřebou komunikace a kontaktu v péči o seniory. Respondenti účastníci se studie Schiff uváděli pozitivní hodnocení tělesného kontaktu a to například: „Dotyk na kůži se mi osobně líbil.“ Tento fakt autorku znova upozorňuje na skutečnost, že starých lidí se málo kdy někdo dotýká (Schiff, 2006, s. 163 - 164). Stejně tak nás na tuto skutečnost upozorňuje starší studie Barnettové, zaměřená na využívání doteku zdravotnického personálu u hospitalizovaných pacientů. Studie upozorňuje na fakt, že tělesný kontakt především v dlouhodobé péči nesmí být podceňován (Barnett, 1972, s. 195-209).

Cíl výzkumu spočívající ve zmapování názorů seniorů v dlouhodobé péči na spánek, dýchání a působení masáže stimulující dýchání byl splněn.

Výzkumné otázky

Jak Masáž stimulující dýchání ovlivňuje spánek seniorů v dlouhodobé péči?

Jak Masáž stimulující dýchání ovlivňuje dýchání seniorů v dlouhodobé péči?

Jak senioři v dlouhodobé péči vnímají Masáž stimulující dýchání?

byly zodpovězeny.

Limity studie:

- malý počet respondentů
- senior – věkové vymezení
- verbální komunikace seniora
- záměrný výběr
- jedna instituce
- možnost odstoupení z výzkumného šetření

ZÁVĚR

Se stárnutím populace roste také počet seniorů žijících v dlouhodobé péči. Za faktory, které výrazně ovlivňují kvalitu jejich života, považují senioři zdravotní stav, zejména potíže se spánkem a dýcháním a hmotné zabezpečení. Cílem diplomové práce byla sumarizace poznatků o spánku a dýchání u seniorů v dlouhodobé péči a možnostech jejich ovlivnění prostřednictvím Masáže stimulující dýchání. V teoretické části práce byl popsán spánek seniorů, jeho změny v průběhu stárnutí, potíže seniorů v této oblasti a možnosti jejich ovlivnění. Dále pak dýchání seniorů, jeho změny v průběhu stárnutí, potíže a možnosti jeho ovlivnění. Shrnuty byly také poznatky o zkušenostech s využitím Masáže stimulující dýchání u seniorů v České republice i v zahraničí.

Kvalitativní výzkumné šetření s využitím polostrukturovaných rozhovorů bylo provedeno se seniory žijícími v dlouhodobé péči. Výzkumného šetření se zúčastnilo pět seniorů žijících v ošetrovatelském domově. Cílem bylo zjistit názory seniorů na zkušenost s Masáží stimulující dýchání. Dále pak názory na její vliv na oblast spánku a dýchání u seniorů. Diplomová práce byla dedikována projektu IGA_FZV_2014_014 Využití masáže stimulující dýchání v ošetrovatelské péči u seniorů v sociálních institucích. První oblastí, kterou se šetření zabývalo, byl spánek seniorů v dlouhodobé péči před a po zkušenosti s Masáží stimulující dýchání. Všichni respondenti uváděli potíže se spánkem, které je velmi trápily. Po zkušenosti s Masáží stimulující dýchání udávala většina respondentů (čtyři) zlepšení kvality spánku, rychlejší usínání a příjemný, osvěžující pocit po Masáží stimulující dýchání. Druhou oblastí, na kterou se výzkumné šetření zaměřilo, bylo dýchání seniorů v dlouhodobé péči. Názory na vlastní dýchání před a po zkušenosti s Masáží stimulující dýchání shrnuli respondenti následovně. Všichni respondenti uváděli, že se při fyzické aktivitě zadýchávají a dýchání je mnohdy omezuje v běžných denních činnostech. Po zkušenosti s Masáží stimulující dýchání uváděli všichni respondenti zklidnění dechu, zpomalení dechové frekvence či méně splašený dech. Třetí oblastí, kterou se šetření zabývalo, bylo vnímání Masáže stimulující dýchání seniory v dlouhodobé péči. Všichni respondenti našeho šetření vnímali Masáž stimulující dýchání pozitivně, udávali „dobrý pocit“ po Masáží stimulující dýchání, oceňovali kontakt a pravidelné setkávání prostřednictvím Masáže stimulující dýchání.

Stanovený cíl práce byl splněn.

I přes to, že je problematika spánku a dýchání u seniorů v dlouhodobé péči rozsáhlá a diplomová práce se zabývá pouze jednou z možností jejich ovlivnění, mohly by poznatky sloužit, jako zdroj informací pro další výzkumná šetření. Některé zjištěné výsledky, by mohly napomoci k zavedení Masáže stimulující dýchání do běžné péče o seniory v dlouhodobé péči.

REFERENČNÍ SEZNAM

- ACNOLI-ISRAEL, S. 1997. Variations in circadian rhythms of activity, sleep, and light exposure related to dementia in nursing-home patients. *Sleep* [online]. **20**(1) [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9130329>
- ANCOLI-ISRAEL, Sonia a Jana R. COOKE. 2005. Prevalence and Comorbidity of Insomnia and Effect on Functioning in Elderly Populations. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. **53**(S7): S264-S271 [cit. 2015-04-20]. ISSN 00028614. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.2005.53392.x>
- BAREŠ, Pavel a Šárka DAŇKOVÁ. 2011. Analýza kapacit a sítě poskytovatelů dlouhodobé péče. In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/11997/Analyza_kapacit_a_site_poskytovatelu_dlouhodob_e_pece.pdf.
- BARNETT, Kathryn. 1972. A survey of the current utilization of touch by health team personnel with hospitalized patients. *International Journal of Nursing Studies* [online]. **9**(4): 195-209 [cit. 2015-04-20]. ISSN 00207489. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0020748972900338>
- BARTOŠOVIČ, I., ŤAŽKÁ A a D. BARTOŠOVIČOVÁ. 2006. Příčiny vstupu do domova důchodců v letech 1989 a 2000. *Praktický lékař* [online]. **86**(12) [cit. 2015-04-20]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/prakticky-lekar-clanek/priciny-vstupu-do-domova-dochodcov-v-rokoch-1989-a-2000-5170>
- BIENSTEIN, Christel a Andreas FRÖHLICH. 2008. *Basale Stimulation in der Pflege: die Grundlagen*. 2. Aufl. Seelze-Velber: Kallmeyer, 2008. ISBN 978-378-0040-015.
- BISCHOFF, N. 1998. Kann ASE Einschlafstörungen und Schmerzen Redizieren? *Lazarus*. **16**(5/6): 16-17.
- BUCHHOLZ, Thomas a Ansgar SCHÜRENBERG. 2003. *Lebensbegleitung alter Menschen: Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen*. 1. Aufl. Bern: Hans Huber, 2003. 283 s. ISBN 34-568-3296-6.
- BUYSSE, Daniel J., Charles F. REYNOLDS, Timothy H. MONK, Susan R. BERMAN, David J. KUPFER, Leon LACK a Helen WRIGHT. 1989. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* [online]. **28**(2): 4814-4816 [cit. 2015-05-09]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2748771>

- BÜYÜKYILMAZ, Funda a Türkinaz AŞTI. 2013. The Effect of Relaxation Techniques and Back Massage on Pain and Anxiety in Turkish Total Hip or Knee Arthroplasty Patients. *Pain Management Nursing* [online]. **14**(3): 143-154 [cit. 2015-04-20]. ISSN 15249042. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1524904210002055>
- CONRAD, J. 2004. Atemstimulierende Einreibung fördert Entspannung und subjektives Wohlbefinden. *Die Schwester, der Pfleger: Fachzeitschrift für Krankenpflege*. (43): 104-107. ISSN 0340-5303.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. 2014. Senioři v ČR: Statistiky o seniorech. In: *Český statistický úřad* [online]. [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniorech-v-cr-2014-2gala5x0fg>
- DAĞLAR, Güüseren. 2014. Sleep quality in the elderly either living at home or. *The Australian journal of advanced nursing: a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation* [online]. **31**(4) [cit. 2015-05-06]. ISSN 0813-0531. Dostupné z: <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=654809692561530;res=IELAPA>
- DOHERTY, Donna. 2006. Therapeutic touch and dementia care: a tentative journey. *Nursing Older People* [online]. **18**(11): 27-30 [cit. 2015-04-20]. ISSN 1472-0795. Dostupné z: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=5a422ec4-3981-4425-bc7e-b5cf367eab47%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4108>
- DOUBKOVÁ, Martina a SKŘIČKOVÁ Jana. 2010. Dušnost ve stáří podmíněná onemocněním plic. *Praktický lékař* [online]. **90**(10): 589-592 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: www.prolekare.cz/./dusnost-ve-stari-podminena-onemocnenim-plic-33
- DRAGOMIRECKÁ, Eva a Pavla ŠELEPOVÁ. 2004. Kvalita života u seniorů - mezinárodní výzkum. In: *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, s. 91-101. ISBN 8086625206. Dostupné také z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/515-kvalita-zivota-sbornik-prispevku-z-konference-konane-25-10-2004vtreboni.pdf>.
- FLOYD, Judith A. 2002. Sleep and aging. *Nursing Clinics of North America* [online]. **37**(4): 719-731 [cit. 2015-04-20]. ISSN 00296465. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0029646502000348>
- FÖLSCH, Ulrich R, Kurt KOCHSIEK a Robert F SCHMIDT. 2003. *Patologická fyziologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2003. 586 s. ISBN 80-247-0319-X.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. 2006. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I., II. díl*. Vyd. 1. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2006, 50 s. ISBN 80-239-6132-2.

- FRIEDLOVÁ, Karolína. 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4713-144.
- FRIEDLOVÁ, Karolína. 2011. *Bazální stimulace: skriptum pro akreditovaný vzdělávací program. Základní kurz bazální stimulace. Základní modul*. 8. vydání. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2011. 31 s.
- GANONG, William F. 2009. *Přehled lékařské fyziologie*. 20. vyd. Praha: Galén, 2009. 890 s. ISBN 80-726-2311-7.
- GARCIA, Aimée Dinorah. 2008. The Effect of Chronic Disorders on Sleep in the Elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*. **24**(1). ISSN 07490690. Dostupné také z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0749069007000730>
- GAVORA, Peter. 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. 207 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-859-3179-6.
- GERRISH, Kate a Judith LATHLEAN. 2015. *The research process in nursing*. Seventh edition. West Sussex: John Wiley, 2015. p. ISBN 978-111-8522-585.
- HAZUCHOVÁ, A. 2007. Možnosti uplatnenie konceptu bazálnej stimulácie v ARCHA systéme opatery seniorov. In: *Cesta k humánnému ošetrovatelství: historicky II. národní konference bazální stimulace s mezinárodní účastí: sborník příspěvků*. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, s. 88. ISBN ISBN 978-80-254-0757-8.
- HELBIG, A. Katharina, Angela DÖRING, Margit HEIER, Rebecca T. EMENY, Anja-Kerstin ZIMMERMANN, Christine S. AUTENRIETH, Karl-Heinz LADWIG, Eva GRILL, Christa MEISINGER, et al. 2013. Association between sleep disturbances and falls among the elderly: results from the German Cooperative Health Research in the Region of Augsburg-Age study. *Sleep Medicine* [online]. **14**(12): 286-292 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24157099>
- HONZÁK, Radkin. 2007. Poruchy spánku a jejich léčení. *Practicus* [online]. **6**(9): 20-22 [cit. 2015-04-20]. ISSN 1213-8711. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Archive/practicus07-09.pdf>
- CHRÁSKA, Miroslav. 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vydání 1. Praha: Grada, 2007, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- IŽOVÁ, Marcela; DROZDÍKOVÁ Květoslava. *Využitie konceptu bazálnej stimulácie pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti*. In: Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve. 9. Medzinárodná konferencia. Martin : Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, 2011, s. 128-134. Dostupný z WWW:

<http://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/user_upload/editors/oset_files/tvav_ose_2011.pdf>

ISBN 978-80-89544-00-4.

KALVACH, Zdeněk. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.

KANE, R. A., Yuki MURAKAMI, Francesca COLOMBO, Yuki MURAKAMI, Francesca COLOMBO, Yuki MURAKAMI, Francesca COLOMBO, David STEVENSON a Jeffrey BRAMSON. 2001. Long-Term Care and a Good Quality of Life: Bringing Them Closer Together. *The Gerontologist*. **41**(3) Dostupné také z: <http://gerontologist.oxfordjournals.org>

KARKULOVÁ, R. a A. KLUGAROVÁ. 2011. Bazální stimulace v Domově pro seniory Bechyně. *Sestra*. **21**(10): 56-57. ISSN 1210-0404.

KLISCHIES, Rainer, Ursula PANTHER a Vera SINGBEIL-GRISCHKAT. 2008. *Hygiene und medizinische Mikrobiologie: Lehrbuch für Pflegeberufe ; mit 62 Tabellen*. 5., aktualisierte und überarb. Aufl. Stuttgart: Schattauer, 2008. ISBN 978-379-4525-423.

KOPKE, Kirsten. 2011. *Schmerzreduktion durch Atemstimulierende Einreibung bei älteren mehrfach erkrankten Menschen: eine pflegewissenschaftliche Interventionsstudie*. 1. Aufl. Bern: Huber, 2011. 200s. ISBN 978-345-6847-160.

KRÁTKÁ, Anna. 2007. *Potřeby nemocných v ošetrovatelském procesu*. Vyd. 1. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2007. 46 s. ISBN 978-80-7318-643-2.

LARSEN, Reinhard a Jarmila DRÁBKOVÁ. 2004. *Anestezie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2004. 1376 s. ISBN 80-247-0476-5.

LEHMANN, A. 1994. *Basale Stimulation in der Pflege verwirrter Patienten am Beispiel der atemstimulierende Einreibung*. München. Facharbeit. 150s. DBfK.

LI, J., Y.-P. CHANG a D. POROCK. 2014. Factors Associated With Daytime Sleep in Nursing Home Residents. *Research on Aging* [online]. **37**(1): 103-117 [cit. 2015-04-20].ISSN 0164-0275. Dostupné z: <http://roa.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0164027514537081>

MECHOVÁ, I. 2009. Bazální stimulace v městské nemocnici Ostrava. In: *Cesta k profesionálnímu ošetrovatelství IV. Sborník příspěvků IV. Slezské vědecké konference ošetrovatelství s mezinárodní účastí konané 5. - 6. května 2009*. Opava: Slezská Univerzita v Opavě., 124s. ISBN 97872485215.

MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MOK, Esther a Chin PANG WOO. 2004. The effects of slow-stroke back massage on anxiety and shoulder pain in elderly stroke patients. *Complementary Therapies in Nursing and*

- Midwifery* [online]. **10**(4): 209-216 [cit. 2015-04-20]. ISSN 13536117. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1353611704000423>
- MORGAN, Kevin a José CLOSS. 2000. *Schlaf - Schlafstörungen - Schlafförderung: ein Handbuch für die Pflegepraxis*. 1. Aufl. Bern: Huber, 2000. ISBN 34-568-3405-5.
- MASTERLACK, Barbara. 2001. Pflegeinterventionen bei Schlafstörungen: Die Wirkung der Atemstimulierende Einreibung spricht für sich. *Pflege Zeitschrift*. (54): 254-259. ISSN 0945-1129. Dostupné také z: <http://www.pflegezeitschrift.de/>
- NEVŠÍMALOVÁ, Soňa a Karel ŠONKA. 1997. *Poruchy spánku a bdění*. Praha: MAXDORF, 1997. 256 s. Jesenius. ISBN 80-858-0037-3.
- NYDAHL, Peter a Gabriele BARTOSZEK. 2003. *Basale Stimulation: neue Wege in der Pflege Schwerstkranker*. 4. Aufl. München: Urban/Fischer, 2003. 334 s. ISBN 3-437-2-6501-6.
- NYDAHL, Peter a Gabriele BARTOSZEK. 2012. *Basale Stimulation: Wege in der Pflege Schwerstkranker*. 6. Aufl. München: Elsevier, Urban, 2012. ISBN 978-343-7265-037.
- NYDAHL, Peter. 2004. Andedraetsstimulierende massage. *Klinisk sygepleje* [online]. **18**(4): 33-41 [cit. 2015-04-20]. ISSN 0902-2767. Dostupné z: <http://klinisksygepleje.munks.gyldendal-uddannelse.dk/klinisk-sygepleje-online/2004/2004-4/aandedraetsstimulierende-massage/>
- NYDAHL, Peter. 2011. Zentrale Ziele der Basalen Stimulation. *NYDAHL.DE* [online]. [cit. 2015-05-10]. Dostupné z: <http://nydahl.de/Nydahl/Skripte.html>
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina. 2009. Měření kvality života u seniorů. *Česká geriatrická revue* [online]. **7**(1) [cit. 2015-04-20]. ISSN 1801-8661. Dostupné z: www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_01_07.pdf
- OUSLANDER, Joseph G., Bettye Rose CONNELL, Donald L. BLIWISE, Yohannes ENDESHAW, Patricia GRIFFITHS a John F. SCHNELLE. 2006. A Nonpharmacological Intervention to Improve Sleep in Nursing Home Patients: Results of a Controlled Clinical Trial. *Journal of the American Geriatrics Society* [online]. **54**(1): 38-47 [cit. 2015-05-06]. ISSN 00028614. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.2005.00562.x>
- PARSHALL, Mark B., Richard M. SCHWARTZSTEIN, Lewis ADAMS, Robert B. BANZETT, Harold L. MANNING, Jean BOURBEAU, Peter M. CALVERLEY, Audrey G. GIFT, Andrew HARVER, et al. 2012. An Official American Thoracic Society Statement: Update on the Mechanisms, Assessment, and Management of Dyspnea. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* [online]. **185**(4): 435-452 [cit. 2015-04-20]. ISSN 1073-449x. Dostupné z: <http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.201111-2042ST>

- PEINSOLD, F. 2001. Basale Stimulation in der Pflege: Atemstimulierende Einreibung bei Angst und Schlafstörungen. *Psych. Pflege Heute*. (7): 194-204. ISSN 0949-1619.
- PRETL, Martin. 2007. Spánek a jeho nejčastější poruchy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. (3) [cit. 2015-04-20]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: www.psychiatriepropraxi.cz
- PRETL, Martin. 2008. Praktický lékař a nespavost. *Medicína pro praxi* [online]. Konice: Solen, 5(3): 123-126 [cit. 2015-04-20]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/magno/med/2008/mn3.php>
- PRETL, Martin. 2010. Diagnostika a diferenciální diagnostika nespavosti. *Practicus* [online]. 9(4): 23-26 [cit. 2015-04-20]. ISSN 1213-8711. Dostupné z: <http://web.practicus.eu/sites/cz/Documents/Practicus-2010-04/23-diagnostika-nespavost.pdf>.
- Psychobiografický model Prof. E. Böhma. 2015. *Erwin Böhm Institut* [online]. [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://ebin.cz/psychobiograficky-model-prof-e-bohma/>
- PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 p. ISBN 978-802-4739-762.
- REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. 184 s. ISBN 978-80-247-3006-6.
- RÖSSMANN, Elisabeth. 2004. *Erleben der atemstimulierenden Einreibung aus Sicht der Patienten*. Erstausg. Dorsten: Zimmermann, 2004, 182s. ISBN 39-285-6843-4.
- SHARMA, Gulshan a James GOODWIN. 2006. Effect of aging on respiratory system physiology and immunology. *Clinical Interventions in Aging* [online]. 1(3): 253-260 [cit. 2015-04-20]. DOI: 10.2147/ciia.2006.1.3.253. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695176/>
- SHARMA, Gulshan a James GOODWIN. 2006. Effect of aging on respiratory system physiology and immunology. *Clinical Interventions in Aging* [online]. 1(3): 253-260 [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2695176/>
- SCHIFF, Andrea. 2006. *Schlafförderung durch Atemstimulierende Einreibung bei Älteren Menschen*. Bern: Verlag Hans Huber, 2006. ISBN 978-3-456-84359-9.
- SCHÜRENBERG, A. 1993. Die Atemstimulierende Einreibung als einsschlafförderndes Mittel in der Klinik. *Pflege*. 6(2): 135-143.
- SKUTIL, Martin. 2011. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. 254 s. ISBN 978-807-3677-787.
- SMOLÍK, Petr, Martin PRETL a Stanislav KONŠTACKÝ. 2011. *Diagnostické a terapeutické postupy při insomniích pro praktické lékaře: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011 : [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného

- lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, 2011. 12 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-45-9.
- ŠONKA, Karel. 2003. Poruchy spánku ve stáří. *Neurologie pro praxi* [online]. **2003**(1) [cit. 2015-05-06]. ISSN 1803-5280. Dostupné z: www.neurologiepropraxi.cz/artkey/neu-200301-0004
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TAVEL, Peter a Ján ŠANDORA. 2004. *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku: sborník z konference* [online]. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 251 s. [cit. 2015-04-20]. Sborníky (Univerzita Palackého). ISBN 80-244-0909-7. Dostupné také z: www.diskurz.sk/QAK2012/ZbornikQAK2011
- TOPINKOVÁ, Eva. 2006. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 270 s. ISBN 80-726-2365-6.
- TRACHTOVÁ, Eva. 2008. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2008. 185 s. ISBN 80-701-3324-4.
- UHURA, M. 2009. Koncept bazální stimulace v péči o seniora s demencí. In: *Bazální stimulace v ošetrovatelské a pedagogické praxi.: Historicky III. mezinárodního kongresu bazální stimulace*. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, s. 60. ISBN 978-80-254-5815-0.
- URBANOVÁ, A. 2008. Masáž stimulující dýchání u hospicových pacientů. *Sestra*. **18**(12): 48-49. ISSN 1210.0404.
- VALENZA, Marie Carmen, Irene CABRERA-MARTOS, Lydia MARTÍN-MARTÍN, Víctor Manuel PÉREZ-GARZÓN, Carmen VELARDE a Gerald VALENZA-DEMET. 2013. Nursing homes: Impact of sleep disturbances on functionality. *Archives of Gerontology and Geriatrics* [online]. **56**(3): 432-436 [cit. 2015-04-20]. ISSN 01674943. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167494312002385>
- VÁLKOVÁ, Monika, KOJESOVÁ, Marie a Iva HOLMEROVÁ. 2010. *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2010. 77 s. ISBN 978-807-4210-211.
- VAŠUTOVÁ, Kateřina. 2009. Spánek a vybrané poruchy spánku a bdění. *Praktické lékařství* [online]. **5**(1) [cit. 2015-04-20]. ISSN 1803-5329. Dostupné z: www.praktickelekarenstvi.cz/artkey/lek-200901-0004.php
- VUOVÁ, M. 2006. *Bazální stimulace v praxi*. In *Multidisciplinární péče.*, 2006, roč. 1, č. 4, s. 6-9. ISSN 1802-0658

- WARBURTON, D. E.R. 2006. Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal* [online]. **174**(6): 801-809 [cit. 2015-04-20] ISSN 0820-3946. Dostupné z: <http://www.cmaj.ca/cgi/doi/10.1503/cmaj.051351>
- WECHT, Daniel. 2009. Atemstimulierende Einreibungen (ASE) in der Onkologie. In: *Brandenburger Krebsskongress* [online]. [cit. 2015-04-20]. Dostupné z: www.tumorzentrum-brandenburg.de
- ZRUBOVCOVÁ, D. a Z. SCHMIDTOVÁ. 2009. Vplyv konceptu bazálnej stimulácie na kvalitu spánku gerontopsychiatrických pacientov. *Ošetrovatel'stvo a porodná asistencia*. 2009, **7**(1): 8-10. ISSN 1336-183X.

SEZNAM ZKRATEK

ČSÚ - Český statistický úřad

DIOP - Dlouhodobá intenzivní ošetrovatelská péče

DIP - Dlouhodobá intenzivní péče

FZV – Fakulta zdravotnických věd

CHOPN - Chronická obstrukční bronchopulmonální choroba

IGA UP - Interní grantová agentura Univerzity Palackého

LDN - Léčebna dlouhodobě nemocných

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ - Ministerstvo zdravotnictví

NREM - non REM – spánek bez rychlých očních pohybů

NZIS - Národní zdravotnický informační systém

OECD - Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

OSN - Organizace spojených národů

PQSI – Pittsburgh Quality Sleep Index

REM - rychlé oční pohyby

SSBM - Slow-Stroke- Back Massage

TT - Terapeutický dotek

USA - Spojené státy Americké

WHO - Světová zdravotnická organizace

WHOQOL-BREF - Abbreviated version of the World Health Organization Quality of Life Assessment

WHOQOL-OLD - World Health Organization Quality of Life Assessment for Old Adults

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Provedení Masáže stimulující dýchání

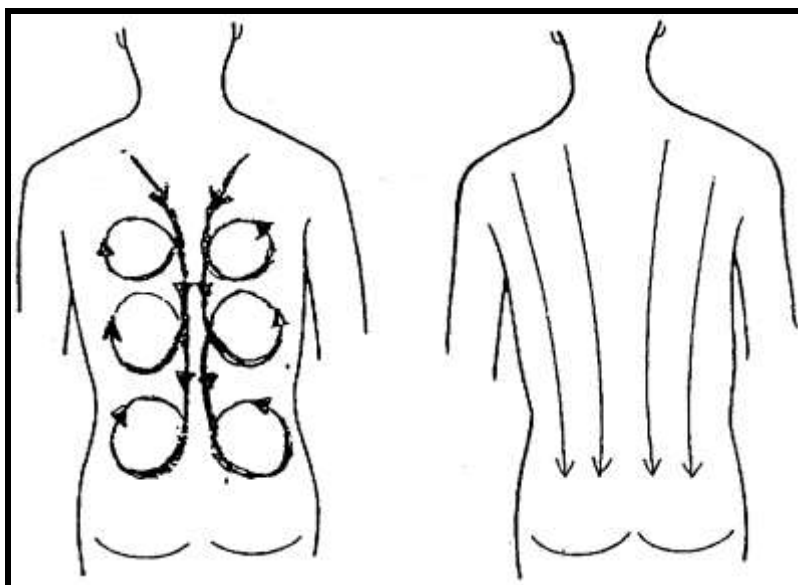
Příloha č. 2: Struktura rozhovoru

Příloha č. 3: Ukázka přepisu rozhovoru

Příloha 1

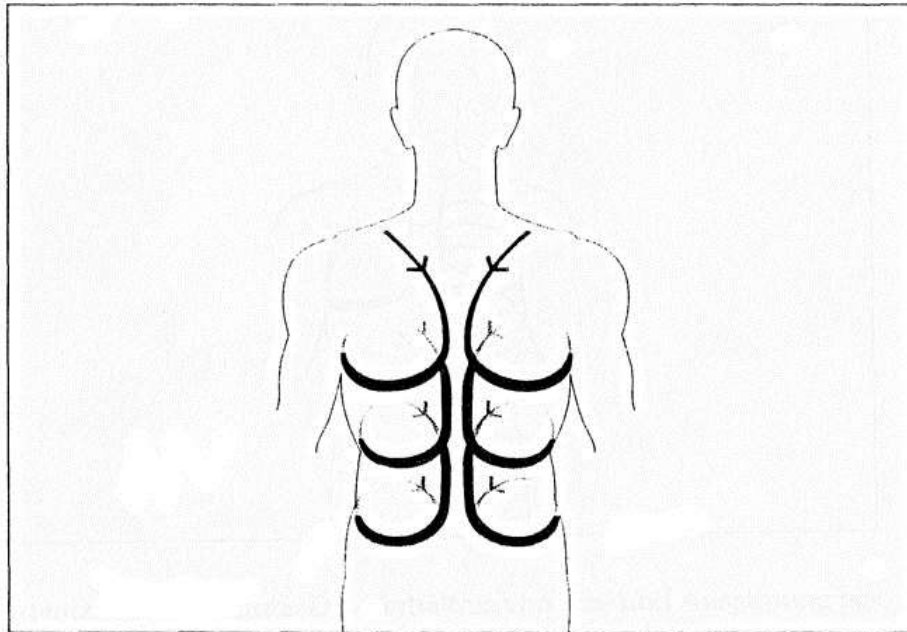
Provedení MSD

- začneme iniciálním dotykem (zvolíme dle biografické anamnézy)
- uvolníme oděv tak, abychom mohli pracovat po celé ploše zad
- na ruce si nanese a zahřejeme na naši tělesnou teplotu tělové mléko nebo olej (nejlépe klientovo oblíbené dle biografické anamnézy)



Zdroj: Friedlová, 2011 s. 25

- položíme obě své dlaně na zátylí klienta, zleva a zprava vedle páteře, prsty nejsou roztažené, ale zůstávají semknuté k sobě, ruce leží celou svou plochou na zádech
- pomalu, tlakem spouštíme ruce podél páteře dolů, až k sakrální oblasti, pohybujeme se pomalu a zprostředkujeme klientovi klid
- pohlázení celých zad provedeme nejméně třikrát a to tak, že nepřerušíme s pacientem kontakt ani při přehmátnutí rukou ze sakrální oblasti zpět k zátylku
- MSD začneme při výdechu, nádech střídáme s výdechem v pravidelném poměru 1:2
- během výdechu naše ruce působí jemným tlakem, směřují od páteře směrem k hranici žeber
- během nádechu kloužou naše ruce se zřetelně menším tlakem v symetrických kruzích zpět směrem k páteři
- kruh provedeme v oblasti lopatek
- kruh provedeme v oblasti střední části hrudníku
- kruh provedeme v oblasti bederní páteře



Zdroj: Friedlová, 2011, s. 25

- počet kruhů může být až 8, záleží na velikosti zad a také ploše rukou poskytovatele masáže
- celkový počet opakování krouživých pohybů je 5-8
- masáž provádíme bez přerušení minimálně 3-5 minut
- dýcháme klidně, zhluboka a pravidelně! Naše dechová frekvence je 16-20 dechů za minutu (dochází k automatickému přejímání naší dechové frekvence)
- kašle-li klient během masáže, přerušíme krátce masáž a poskytneme mu svými rukama oporu v kašlání formou kontaktního vibračního dýchání
- můžeme aplikovat i vibrační pohyby k podpoře vykašlávání sekretu
- masáž zakončíme pohlazením celých zad shora dolů podélnými tahy podél páteře, stejně jako na začátku masáže
- na závěr zřetelně zatlačíme v bederní oblasti a necháme klienta odpočívat (Nydahl, Bartoszek, 2003, s. 206 - 209)

Příloha 2

Osnova rozhovoru

Chtěla bych se Vás zeptat, jaký dlouho žijete v ošetrovatelském domově?

Zamyslete se prosím a obšírněji pohovořte o svém spánku. Buďte prosím konkrétní, ráda bych se dozvěděla o této problematice co nejvíc.

Popište mi prosím Váš spánek.

Jaké je to s usínáním?

Co Vás nejvíce ovlivňuje z hlediska usínání a spánku?

Máte nějaké rituály?

Můžete mi prosím popsat, jak se cítíte ráno po probuzení?

A jaké je to během dne?

Vnímáte nějakou změnu v oblasti spánku po pravidelných setkáních s Masáží stimulující dýchání?

Jaké je usínání a spánek po Masáží stimulující dýchání?

Zamyslete se prosím a obšírněji pohovořte o svém dýchání. Buďte prosím opět konkrétní, ráda bych se dozvěděla o této problematice co nejvíc.

Popište mi prosím, jak se Vám dýchá?

A jaké je to s nádechem?

Jaké je to při výdechu?

Jak byste popsal svoje dýchání?

Jaké je to při námaze?

Jaké je to v klidu?

Jaké je vaše dýchání po Masáží stimulující dýchání?

Zamyslete se prosím a obšírněji pohovořte o tom, jak na vás působila Masáž stimulující dýchání. Buďte prosím opět konkrétní, ráda bych se dozvěděla o této problematice co nejvíc.

Jaký máte pocit z Masáže stimulující dýchání?

Co se vám vybaví při vzpomínce na Masáž stimulující dýchání?

Jaký máte pocit z každodenního setkávání?

Jak vnímáte kontakt – dotek při Masáží stimulující dýchání?

Co kontakt ve vašem běžném životě?

Vnímáte nějakou změnu ve svém stavu, pocitech, po zkušenosti s Masáží stimulující dýchání?

Jak se celkově cítíte, jaký máte pocit?

Napadá Vás ještě něco, co byste mi chtěl sdělit?

Příloha 3

Ukázka přepisu rozhovoru

Respondent A

Dobrý den, Vítám Vás a chci Vám především poděkovat za ochotu zúčastnit se tohoto rozhovoru. Náš rozhovor se bude týkat, jak již jsme se domlouvali, faktorů, které ovlivňují Váš spánek, dýchání a pocity uvolnění a kontaktu. V průběhu rozhovoru Vám budu klást otázky, které souvisí s touto problematikou. Předpokládám, že když mi budete odpovídat na otázky, dáváte mi tím souhlas k tomu, že tento rozhovor přepíši a uvedu anonymně ve své diplomové práci.

Ano souhlasím.

Pokud se nechcete ještě na něco zeptat, přistoupíme k první otázce.

Můžete, se ptát.

Děkuji, nyní přistoupíme k první části otázek, týkajících se Vašeho spánku. Zamyslete se prosím a obšírněji pohovořte o svém spánku. Buďte prosím konkrétní, ráda bych se dozvěděla o této problematice co nejvíc.

Popište mi, prosím váš spánek.

No od čeho bych měl začít. Hm... Když spím tak je to dobrý, když ne, tak mě to trápí. No někdy spím celou noc a někdy se budím jako malé děcko co chvíli. Vždycky jsem býval dlouho vzhůru, když jsem si ještě mohl číst, to jako když mě ty oči tak nezlobily, tak jsem si někdy půlku noci četl. No ale teď nás ukládají dost brzo, takže usínám až kolen jedenácté hodiny. Doma jsem si dával panáčka slivovice před spaním, to se hned líp spalo. Teď mám smůlu. Tabletky jako neberu, ale mám cosi od toho psychiatra na ty moje deprese.

A jaké je to s usínáním?

No jak jsem řekl, dlouho ležím...dávaj nás do postele v 8 a než usnu je skorem jedenáct, takže usínám dlouho a někdy mě to nebaví. Někdy luštím křížovku ještě v posteli, abych se a to je fakt zvláštní s tou usnu tak do 10 minut.

Máte nějaké rituály?

No jak jsem řek, doma slivovicu tady ty osmisměrky, ale moc to nezabírá, sestřičko.

Co Vás nejvíce ovlivňuje z hlediska usínání a spánku?

No asi jestli su trochu unavený, takže počasí. Jestli jdeme ven tak je to lepší. Ale někdy mě štve celej svět, su neklidnej jak pes před bouřkou a nezaberu.

Můžete mi prosím popsát, jak se cítíte ráno po probuzení?

Budím se kolem 6 hodiny a někdy ještě usnu, tak to 7 to už pak stejně vstáváme, pomáhaj nám se umýt, je snídaně... Vstávám pomalu, ta moje hlava už potřebuje čas na rozjezd. Někdy se cítím lehce unavený, ale jak začnu něco dělat je to lepší.

A jaké je to během dne?

Jak su unavený, tak si sednu do křesla, vezmu noviny a usnu. Někdy aj hodinu spát vydržím. Sice su pak jak praštěnej, ale co se dá dělat, to víte, roky jsou roky.

Vnímáte nějakou změnu po cyklu těch masáží (MSD)?

Vždycky po masáži se cítím fajn tak jako svěže, osvěženě. Rád si povídám, su rád, že za mnou někdo zaskočí a není to tady pořád dokola.

Jaké je usínání a spánek po masáži (MSD)?

Jak říkám sestřičko, dobrý, cítím se osvěženě a pak líp usnu, no možná je to tím, že mě tak pěkně naklepete a upravíte mi postel a tak. Líbí se mi to, klidně bych se nechal masírovat každý den a těšil se na to.

Jak se celkově cítíte, jaký z toho (MSD) máte pocit?

Je to příjemný osvěžující, chtěl bych to pořád každý den, hlavně od vás. Prostě dobrej pocit.

Děkuji za odpovědi, chtěl byste ještě něco dodat? Tak přistoupíme k druhé skupině otázek, kde se zaměříme na Vaše dýchání.

Nevím nic mě zatím nenapadá, ale třeba mě ještě napadne.

Dobře, budeme tedy pokračovat.

Zamyslete se prosím a obšírněji pohovořte o svém dýchání. Buďte prosím konkrétní, ráda bych se dozvěděla o této problematice co nejvíc.

Popište mi, jak se Vám dýchá.

Děkuju, teď se mi dýchá dobře, nejsou mlhy, ani nic nekvete, žádný pyly a tak. Konečně jsem se zbavil rýmy a nachlazení takže už dobrý. Nejlíp se ale dýchá u lesa. To je fajn, že se aspoň dostaneme ven nebo si na noc otevřeme okna.

Jak je to s nádechem?

Nádech je v pořádku nevím nic zvláštního.

A jaké je to při výdechu?

Někdy jakoby nemůžu dovydýchnout ale to jak mám tu sennou rýmu, zvlášť ve žních.

Jak byste popsal svoje dýchání?

No asi dobrý, ještě dejchám, trochu se obstarám, tak asi dobrý.

Jaké je to při námaze?

No já už toho moc neudělám, námahu ani nemám, ale někdy nemůžu popadnout dech. Jak se koupeme a holky mě přesouvají na lehátko do vany tak jim pomáhám a nemůžu popadnout dech.

Jaké je to v klidu?

Lepší, jak si lehnu tak se to uklidní, žádný léky na dýchání jako neberu, to se spraví samo.

Jaké je vaše dýchání po masáži (MSD)?

To tak nějak zklidní to dýchání, asi tím jak mě masírujete, chytáte na mě a tak. Řek bych, že se ten dech zpomalí nebo co.

Zamyslete se prosím a obšírněji pohovořte o tom, jak na vás působila Masáž stimulující dýchání. Buďte prosím opět konkrétní, ráda bych se dozvěděla o této problematice co nejvíc.

Jaký máte pocit z masírování?

Dobřej pocit, těšil jsem se na vás, líbí se mi to. Je to takový dobrý před tím spaním. Zabavím se, aspoň to uteče, spravíte mi postel a ještě si popovídáme.

Co se Vám vybaví při vzpomínce na masírování (MSD), jaká ta masáž byla?

Příjemná, osvěžující by tak řekl.

Jaký máte pocit z našeho každodenního setkávání?

Dobřej to už jsem vám říkal, kdo by se netěšil na takovou pěknou sestřičku, co ještě dobře masíruje. Já vás, sestři zlobím, ale opravdu se mi to líbilo, těšil jsem se. Kdyby to šlo, nechal bych se masírovat klidně každé večer. Nechcete to říct paní vedoucí? Ale já vím, že by vám to asi nezaplatili...

Jak jste vnímal kontakt při masáži (MSD)?

Dobře, příjemný to bylo, hlavně nemáte studený ruce. A je fakt, že na nás nikdo moc nesahá, teda když nás zrovna holky nemyjou.

Chybí vám v běžném životě kontakt?

No to chybí, my jsme s manželkou byli pořád spolu, ještě jako staří jsme se vodili za ruce. Hm to mi chybí.

Vnímáte nějakou změnu po zkušenosti s masáží (MSD) ve svých pocitech nebo stavu?

No zdá se mi, že jsem jako líp usínal, a hlavně jsem se na vás těšil. No dobrý to bylo, škoda že už to máte vyzkoumaný a už nebudete chodit...

Chtěl byste ještě něco dalšího sdělit?

Jo, ať vám ten výzkum vyjde a pak vás třeba paní vedoucí zaměstná a budete nás masírovat každý den, to by se mi líbilo.