

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

## **Bakalářská práce**

Monika Malůšová

# **Možnosti aktivizace osob seniorského věku ve zdravotnických zařízeních**

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem uvedenou bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen zdroje, které jsou citovány a uvedeny v seznamu literatury bakalářské práce.

V Olomouci dne 15. července 2020

.....

Monika Malušová

### **Poděkování**

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za odborné vedení práce a poskytnutí cenných rad. Dále bych ráda poděkovala všem respondentům za jejich ochotu a čas, který mi věnovali.

## Obsah

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Základní terminologie.....	6
1.1 Vymezení stárnutí .....	6
1.1.1 Teorie stárnutí .....	6
1.2 Vymezení stáří.....	7
1.3 Periodizace stáří .....	8
1.4 Změny ve stáří .....	9
1.4.1 Biologické změny.....	9
1.4.2 Psychické změny .....	11
1.4.3 Sociální změny .....	12
2 Aktivizace.....	13
2.1 Ergoterapie.....	14
2.2 Canisterapie.....	16
2.3 Kognitivní rehabilitace.....	17
2.3.1 Trénování jednotlivých kognitivních schopností .....	19
3 Zdravotnická zařízení.....	21
PRAKTICKÁ ČÁST.....	23
4 Charakteristika zařízení .....	23
5 Cíl a výzkumné otázky .....	24
6 Metodologie .....	25
6.1 Kvalitativní výzkum.....	25
6.2 Výzkumný soubor .....	25
6.3 Metoda sběru dat.....	26
6.4 Metoda zpracování kvalitativních dat .....	26
6.5 Analýza kvalitativních dat.....	27
7 Zpracování výzkumných dat .....	28
8 Výsledky a diskuse.....	35
ZÁVĚR .....	37
Seznam bibliografických citací .....	38
Seznam příloh.....	42

## ÚVOD

Má závěrečná práce bakalářského studia se zabývá tématem „*Možnosti aktivizace osob seniorského věku ve zdravotnických zařízeních*“. Pro toto téma jsem se rozhodla z důvodu mého osobního zájmu a pozitivního vztahu k seniorům. Celý život žiji ve společné domácnosti s babičkou, a tak jsem měla k seniorům vždy blízko. Výběr tohoto tématu ovlivnila také má zkušenost se seniory ve zdravotnickém zařízení, kam docházím jako dobrovolník a v němž jsem realizovala výzkumné šetření pro tuto práci.

Dlouhodobý pobyt v nemocnici je pro mnoho lidí velkou zátěží, ale díky terapiím se přece jen může stát o něco snesitelnějším. Přináší změnu, něco nového a velmi prospěšného. Pomáhají lidem překonat těžké období a snaží se přispívat ke zlepšení ať už fyzického, tak psychického stavu.

Tato bakalářská práce se skládá ze dvou částí. První je část teoretická a tou druhou je část praktická. V teoretické části je první kapitola věnována stáří, jeho vymezení, periodizaci a změnám, které s sebou stáří přináší. Poté vymezím jednotlivé terapie, které budou následně hlavním tématem praktické části. Poslední kapitola se zabývá charakteristikou zdravotnických zařízení.

V praktické části stručně charakterizuji Uherskohradištskou nemocnici, přičemž se nejvíce zaměřím na popis neurologického oddělení, oddělení následné péče a oddělení rehabilitace. Za výzkumnou metodu jsem zvolila polostrukturované rozhovory se třemi respondenty. Ve dvou případech se jedná o zaměstnance UHN, konkrétně o ergoterapeutku a kognitivní terapeutku. Třetím dotazovaným je dobrovolnice docházející do zařízení – canisterapeutka.

Cílem mé bakalářské práce je analyzovat stav vybraných terapeutických přístupů v Uherskohradištské nemocnici.

Touto prací bych chtěla seznámit širokou veřejnost s terapiemi, které jsou v Uherskohradištské nemocnici dostupné. V případě, že by se jejich příbuzní či oni sami ocitli v nemocnici na déletrvajícím pobyt, aby věděli, že i přes obtížnou situaci mají možnost si jej ulehčit. V neposlední řadě bych ráda motivovala ty, kteří uvažují stát se canisterapeutem. Doufám, že po přečtení práce bude jejich rozhodování snazší.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Základní terminologie

Pokusů o definování stáří a stárnutí již bylo uskutečněno mnoho, žádná z definic ale není absolutní a definitivní. (Pacovský, 1990) Následuje přehled několika z nich, jež slouží pro vysvětlení základních pojmů tak, jak se objevují v pracích různých autorů.

### 1.1 Vymezení stárnutí

Stuart-Hamilton (1999) hovoří o tom, že lze definovat stárnutí podle charakteristik vyzorovaných u starého člověka. Tyto charakteristiky se dále dělí na znaky, konkrétně se jedná o vzdálené efekty stárnutí a časově blízké efekty stárnutí. Vzdálené (distální) efekty stárnutí jsou například důsledkem ztráty pohyblivosti způsobené obrnou v dětství. Časově blízké (proximální) efekty stárnutí jsou pak důsledkem aktuálnějších dějů. Dle Stuarta-Hamiltona však existují i další způsoby měření stárnutí, jedná se třeba o metodu sledování, spočívající v pozorování způsobu a doby transformace znaků mladé dospělosti v dospělost pozdní.

Dle Špatkové (2013) je stárnutí cesta ke stáří. Jedná se o přirozenou a v pořadí poslední etapu životní cesty.

Langmeier a Krejčířová (2006, s. 202) definují stárnutí takto: *Souhrn změn ve struktuře a funkcích organismu, které podmiňují jeho zvýšenou zranitelnost a pokles schopností a výkonnosti jedince a jež kulminují v terminálním stadiu a ve smrti.*“

#### 1.1.1 Teorie stárnutí

Teorie objasňující příčiny stárnutí jsou rozmanité, stejně jako jsou různorodé definice stáří. (Jarošová, 2006) Teorie stárnutí lze rozdělit do dvou hlavních skupin:

- Teorie stochastické (teorie opotřebování, náhodných změn) – s věkem přibývá opotřebování, poškození, poruch a tyto děje jsou převážně náhodné.
- Teorie nestochastické (teorie naprogramování) – tvrdí, že je stárnutí geneticky předurčeno. (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012)

Mlýnková (2011) dodává, že teorií stárnutí je nejen velké množství, ale některé z nich jsou i velmi komplikované. Pacovský a Heřmanová (1981) klasifikují teorie stárnutí do tří skupin:

- Teorie o působení zevních vlivů – četné vlivy zevního prostředí ovlivňují negativně nebo pozitivně zdravotní stav, na délku života má vliv působení chemických látek na organismus, životní styl, působení stresových faktorů.
  
- Teorie o působení vnitřních vlivů – obsahuje několik dalších teorií:
  - 1) Teorie genetického programu – tvrdí, že délka života je předem geneticky naprogramována.
  - 2) Teorie omylů – ke stáří dochází z důvodu nahromadění metabolických omylů, které se objevují při proteinové syntéze → hromadí se látky, které organismus nedokáže rozeznat, dochází k jejich zabudování do systému a to následně vede k sérii omylů.
  - 3) Teorie metabolických změn – obsahuje mnoho teorií, z nichž nejznámějšími jsou teorie volných radikálů (volné radikály poškozují membrány buněk a jejich další části, jedná se o škodlivé sloučeniny), teorie lipofuscinu (či stařeckého pigmentu) nebo teorie příčných vazeb.
  
- Teorie porušené integrace a organizace zmiňuje dílčí teorii s názvem imunologická teorie. Dle Mlýnkové (2011) tato teorie poukazuje na to, že při dělení buněk nastávají chyby, které organismus není schopen s narůstajícím věkem rozpoznávat a odstraňovat. Tímto způsobem dochází k hromadění imunologicky vadného materiálu, které zapříčiňuje ničení vlastních buněk.

## 1.2 Vymezení stáří

*„Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako stařecký fenotyp.“* (Kalvach, 2004, s. 47)

Čeledová, Kalvach a Čeleda (2016) rovněž charakterizují stáří jako pozdní fázi ontogeneze, poslední vývojovou etapu. Tato etapa uzavírá, završuje život osobnostně, duševně, spirituálně i tělesně.

Další definici uvádí Mühlpachr (2004), který označuje stáří jako pozdní fázi přirozeného průběhu života. Je to výsledek a projev geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory. Těmi mohou být choroby nebo způsob života.

### 1.3 Periodizace stáří

Stejně jako k výše zmíněným pojmům nelze poskytnout jednoznačnou a přesnou definici, tak i na periodizaci stáří panují u odborné veřejnosti různé názory. Například Kalvach (2004) člení stáří na kalendářní, sociální a biologické.

- Kalendářní (chronologické) stáří lze jednoznačně vymežit. Za počátek stáří je považován věk 65 let, o vlastním stáří se hovoří od věku 75 let. V dnešní době se používá orientační členění stáří na mladé seniory (65-74 let), staré seniory (75-84 let) a velmi staré seniory (85 a více let). Špatenková (2013) doplňuje, že kalendářní stáří je dáno datem narození a jeho výhodou je jednoznačnost a jednoduchost. Nevýhody spatřuje v tom, že nepostihuje interindividuální rozdíly.
- Biologické stáří označuje konkrétní míru involučních změn daného jedince. Nelze přesně vymežit, obvykle se hodnotí funkční stav, výkonnost, kondice a patologie jedince. (Kalvach, 2004) Hodnotí se např. zubní věk (prořezávání zubů u dětí) nebo kostní věk (především v dětství). Biologický věk se používá k vyjádření toho, zda se stav člověka shoduje s obvyklým stavem lidí daného věku. (Čeledová, Kalvach, Čeleda, 2016)
- Sociální stáří je definováno změnou sociálních rolí a potřeb, životního způsobu a stylu i ekonomického zajištění. Za počátek sociálního stáří je obvykle považován vznik nároku na starobní důchod či penzi, ztráta životního programu a společenské prestiže, osamělost, pokles životní úrovně, ageismus. (Kalvach, 2004)

V publikaci od Mlýnkové (2011) se podrobněji dočteme o klasifikaci kalendářního stáří dle Světové zdravotnické organizace (WHO). Ta člení stáří na tři období:

- 60-74 let: rané stáří
- 75-89 let: vlastní stáří
- 90 a více let: dlouhověkost

Další členění stáří uvádí Mühlpachr (2004):

- 65-74 let: mladí senioři (problémy s adaptací na odchod do penze, nadbytek volného času, potřeba se rozvíjet a účastnit se aktivit)
- 75-84 let: staří senioři (změna funkční zdatnosti, častější výskyt chorob)
- 85 a více let: velmi staří senioři (narůstání osamělosti, přibývajících potíže se soběstačností)

## 1.4 Změny ve stáří

U starších lidí dochází k mnoha biologickým, psychickým a sociálním změnám. Probíhají u každého člověka jinak a jejich nástup má souvislost s genetickými předpoklady nebo životním stylem. (Mlýnková, 2011) U starších osob se typicky setkáváme s polymorbiditou, neboli výskytem více chorob současně. (Dienstbier, Procházková, 2011)

### 1.4.1 Biologické změny

Involuční změny se týkají celého těla, ať už jde o změny viditelné nebo skryté, a to v kožním ústrojí, pohybové soustavě, kardiovaskulárním, dýchacím, trávicím, vylučovacím či v dalších systémech. (Mlýnková, 2011) Tělesná involuce se neodráží jen ve fyzické výkonnosti, ale také ovlivňuje celkové působení člověka na společnost. Např. přítomnost znaků jako jsou vrásky a shrbená postava, může u mladší generace při jejich rozpoznání navozovat odmítavé postoje a předsudky vůči starším lidem. (Müller, 2013)

Typickou změnou v kožním ústrojí je snížená aktivita mazových žláz, v důsledku toho dochází k vysušení či svědění kůže. Dále se objevují hnědé, tzv. „stařecké“ skvrny. Kůže ztrácí pružnost, objevují se první vrásky, řídnou a šediví vlasy. (Mlýnková, 2011)

Výška těla se stářím snižuje. Starý člověk se častěji hrbí a více ohýbá. Dochází k tomu z důvodu atrofie meziobratlových plotének a ochabování kosterních svalů. Starší člověk je náchylnější ke vzniku zlomenin a úrazů. (Klevetová, 2017) Také hmotnost se snižuje kvůli ubývání svalové hmoty a podkožního tuku. (Špatenková, 2013) Častý je výskyt kloubních potíží, artrózy nebo senilní osteoporózy. (Pacovský, Heřmanová, 1981)

Změny nastávají v kardiovaskulárním systému při zvýšené fyzické zátěži nebo při stresu. Výkonnost srdce se snižuje. Srdce také přečerpává menší množství krve, což může vést ke sníženému průtoku krve dalšími důležitými orgány. (Mlýnková, 2011) Může se vyskytnout pružnicková hypertenze a snížení elasticity cév. (Klevetová, 2017) Příkladem choroby kardiovaskulárního systému postihující nejen seniory je cévní mozková příhoda, která je způsobena přerušáním dodávky krve (a kyslíku) do mozku a vede k odumření

mozkové tkáně. Výjimkou není ani výskyt aterosklerózy, hypertenze nebo arytmie. (Dienstbier, Procházková, 2011)

S narůstajícím věkem klesá vitální kapacita plic a jejich funkce se snižuje. Staří lidé se častěji zadýchávají, protože přijímají z okolí méně kyslíku, neboť se zmenšuje objem hrudníku. Se stárnutím klesá čistící schopnost řasinkovitého epitelu, která zapříčiňuje častější výskyt infekcí dýchacích cest. (Mlýnková, 2011) Mezi onemocnění postihující osoby ve vyšším věku se řadí např. chronická bronchitida, plicní mykózy, karcinom plic nebo plicní embolie. Poslední dvě jmenované choroby jsou velmi častou příčinou smrti právě u starších lidí. (Pacovský, Heřmanová, 1981)

V trávicím traktu se snižuje výkonnost jater a slinivky břišní. (Klevetová, 2017) K poškození jater dochází nejen z důvodu výskytu virového zánětu jater, ale i nadměrného užívání léků. Především starší lidé, kteří užívají mnoho léků, by měli být obeznámeni s vlivem dlouhodobého užívání léků na játra. (Dienstbier, Procházková, 2011) Opatřovává a ztrácí se dentice, ale podle chybění zubů nebo úplné ztráty chrupu nelze přesně konstatovat skutečné stáří. (Pacovský, Heřmanová, 1981) Snižuje se tvorba slin a trávicích enzymů, což má za následek delší rozklad a vstřebávání stravy. Častější je výskyt zácpy a snížený pocit nutkání na stolici. (Klevetová, 2017)

Co se týká rozmnožovacího systému, u mužů i žen dochází ke snížené funkci pohlavní činnosti. U žen jsou degenerativní změny výraznější a objevují se po menopauze. Klesá přirozená zvlhčující schopnost pochvy, zmenšuje se mléčná žláza. U mužů klesá potence, ale přesto jsou varlata schopna tvorby menšího počtu spermií až do pozdního věku. (Mlýnková, 2011) Sexuální aktivita je utlumena, nedochází však k úplnému vyhasnutí. (Špatenková, 2013)

S přibývajícím věkem klesá schopnost ledvin tvořit a vylučovat moč. Snižuje se síla obou svěračů kolem uretry, klesá pružnost a kapacita močového měchýře. Tzv. postmikční reziduum stoupá, což znamená, že po vymočení zůstává určité množství moči v močovém měchýři. Močová inkontinence postihuje až 30 % osob starších 60 let, ale ne vždy je příznakem stáří. (Klevetová, 2017)

Postupně se snižuje rychlost vedení nervových vzruchů. (Mlýnková, 2011) Chůze starších lidí je pomalejší, objevuje se zhoršená schopnost udržet rovnováhu, prohlubuje se svalová atrofie a ochabuje motorika. (Dienstbier, Procházková, 2011) Starým lidem se nevyhýbají ani poruchy spánku, přičemž ve dne senioři spí, ale v noci se budí a špatně usínají. Celkové psychomotorické tempo je zpomalené. (Klevetová, 2017)

Smysly umožňují být v kontaktu s okolním prostředím, proto jejich zhoršování negativně ovlivňuje interakci s okolním děním. Úpadek smyslových orgánů nastává již mnohem dříve, než ve stáří, a to v rané dospělosti. (Stuart-Hamilton, 1999) Degenerativní změny smyslových orgánů nejvýrazněji postihují zrak a sluch. Zraková ostrost a schopnost akomodace se snižuje, zužuje se zorné pole. (Mlýnková, 2011) Pokles akomodační schopnosti se nazývá presbyopie a objevuje se po 40. roce života. (Pacovský, Heřmanová, 1981) Častým onemocněním oka u starších osob je šedý nebo zelený zákal. Poruchy sluchového receptoru vznikají následkem atrofických změn sluchové dráhy. Nedoslýchavost postihuje spíše muže a mezi rizikové faktory pro její vznik se řadí působení toxických vlivů, podvýživa nebo ateroskleróza. Lidé s postižením sluchu mají potíže komunikovat, to může mít za následek jejich sociální odloučení. (Mlýnková, 2011) V důsledku úbytku chuťových pohárků může být chuť změněna, to platí i pro čich. Hmat začíná být více otupený a práh bolesti se zvyšuje. (Kozáková, Müller, 2006)

#### 1.4.2 Psychické změny

*„Psychická involuce je (stejně jako tělesná involuce) naprosto běžným fyziologickým jevem. Jde o dlouhodobý, velmi složitý a variabilní proces, jenž přináší zákonité změny, zejména v inteligenci a paměti (ale i v dalších složkách psychiky), což zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života seniora.“* (Müller, 2013, s. 32)

U stárnoucích osob může docházet k rozmanitým psychickým změnám, není to však podmínkou. Obvykle dochází ke změnám v kognitivních funkcích. (Špatenková, 2013) Dle Mlýnkové (2011) nedochází ke změnám ve slovní zásobě, jazykových dovednostech, způsobu interpretace myšlenek nebo intelektu. Naopak Langmeier a Krejčířová (2006) upozorňují na fakt, že se postupně inteligence snižuje. Zmiňují její dělení na krystalickou a fluidní. Krystalická inteligence představuje množství získaných vědomostí a vloh v průběhu života a má vrůstovou tendenci. Naopak fluidní inteligence (kognitivní flexibilita) zkoumá schopnost řešit problémy a učit se novým věcem a snižuje se po 30. roce.

S přibývajícím věkem lze pozorovat změny nejvíce ve výkonnosti krátkodobé paměti. Na její výkon mají vliv genetické predispozice či aktuální zdravotní stav. (Špatenková, 2013) Senioři si lépe pamatují a vybavují to, co bylo dávno, než události z bližší doby. (Kozáková, Müller, 2006)

Psychické stáří přináší již zmíněné změny poznávacích schopností. Příkladem může být zpomalené psychomotorické tempo. (ibid) Rozsah pozornosti se zmenšuje a s tím i schopnost přenášení pozornosti z jednoho objektu na druhý. (Špatenková, 2013)

Zhoršuje se zraková a sluchová percepce, což má za následek pokles výkonu při některých pracovních činnostech. Potíže se mohou promítnout i do komunikace s druhými lidmi, kdy se senioři z důvodu obavy z komunikace chovají nejistě až podezřívavě. (Langmeier, Krejčířová, 2006)

Klvetová (2017) popisuje emocionální změny u seniorů. Většina z nich je citlivější, na situace reagují emotivně, proto od okolí očekávají ohleduplný přístup s porozuměním.

### 1.4.3 Sociální změny

Sociální změny souvisí se změnami biologickými a psychickými. Se stoupajícím věkem přibývá chronických onemocnění, senior ztrácí kontakt s vrstevníky. Mnohdy se přátelé nemohou potkat, ať už z důvodu nepříznivého zdravotního stavu nebo smrti. Proto se senior často stýká jen s nejbližší rodinou a ubývá tak jeho sociálních kontaktů, což se nepříznivě odráží na jeho psychickém stavu a následně může trpět pocitem osamělosti a izolace. Senior ztrácí nebo získává sociální role – např. ovdoví nebo se stane prarodičem, a očekává se, že se s nabytými rolemi vyrovná. (Špatenková, 2013)

Mlýnková (2011) doplňuje, že sociální změnou je také odchod do starobního důchodu a tento fakt člověka nějakým způsobem ovlivňuje, ať už pozitivně nebo negativně. Ekonomická situace se odchodem do penze mění, senior si musí zvyknout na nový životní standard. Nízká penze, přibývání různých poplatků (např. za léky) seniorovi neulehčuje adaptaci na penzi a musí se s touto situací vypořádat.

## 2 Aktivizace

*„Aktivizace je specifická intervence do života staršího, resp. starého člověka s cílem naplnit jeho fyzické, psychické i společenské potřeby a umožnit mu žít pokud možno plnohodnotný život.“ (Špatenková, 2013, s. 67)*

Samotný pojem aktivizace poukazuje na uvedení něčeho do pohybu nebo činnosti. (Wehner, Schwinghammer, 2013) Do aktivizace se řadí různé aktivity, které směřují ke zlepšení soběstačnosti seniora. (Špatenková, 2013)

Při poskytování sociálních služeb je dle zákona č. 108/2006 Sb., *o sociálních službách*, jednou ze základních činností poskytování aktivizačních činností. (Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>)

Stuart-Hamilton (1999) hovoří o tom, že aktivita a životní spokojenost spolu souvisí. Nejlepší strategií pro starší osoby je zůstat co nejméně neaktivní. Nejspokojenější jsou pak lidé, kteří se zapojují do společenských činností a vedou aktivní život.

Zjednodušeně řečeno je cílem aktivizace udržení nebo zdokonalení schopností klienta. Aktivizace seniorů probíhá například:

- v oblasti rehabilitační péče ve zdravotnictví,
- jako podpora rovnosti příležitostí na trhu práce,
- různými formami vzdělávání (kurzy, přednášky, akademie třetího věku a další),
- v oblasti společenského a kulturního života (kterou poskytují např. knihovny),
- jako možnost seberealizace – např. dobrovolnictví.

Existuje rovněž další typ aktivizace, kterým je aktivizace speciální. Ta je zaměřena na znevýhodněné osoby z pohledu speciální pedagogiky a provádí ji speciální pedagogové. (Müller, 2013)

Kozáková a Müller (2006) vnímají aktivitu jako jeden z nejdůležitějších nástrojů pro zlepšení kvality života. Přispívá k:

- udržení tělesné a duševní výkonnosti,
- smysluplnému zapojení do společnosti.

Dále autoři definují termín terapie, a to následovně: *„Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně.“ (Kozáková, Müller, 2006, s. 41)*

Pro aktivizaci se využívá několika druhů terapií. Müller (2013) uvádí členění do několika kategorií:

- pracovní a činnostní terapie,
- psychomotorická terapie,
- expresivní terapie,
- canisterapie.

Aktivizace se netýká pouze výše jmenovaných oblastí, ale i aktivit, které podporují mentální schopnosti. Nabízí se procvičování kognitivních funkcí u všech seniorů formou tréninku paměti, kognitivní rehabilitace, reminiscence nebo orientace v realitě. Cílem procvičování kognitivních funkcí je snaha zlepšit tyto schopnosti, udržet je na stávající úrovni a oddálit zapomínání. (Mlýnková, 2011)

Následující kapitoly jsou věnovány ergoterapii, canisterapii a činnostem podporující mentální schopnosti.

## 2.1 Ergoterapie

Česká asociace ergoterapeutů (2008) definuje ergoterapii následovně: „*Ergoterapie je profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení. Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti.*“ (Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>)

Výraz ergoterapie se skládá z řeckých slov *ergon* = práce a *therapia* = léčení, terapie. Původně se používal název pracovní terapie, ale v 60. letech minulého století byl nahrazen výstižnějším pojmem ergoterapie. Zaměstnávání (činnosti) nezahrnuje pouze práci, ale týká se především každodenních běžných činností. (Krivošíková, 2011)

Ergoterapie je tedy profese, která:

- cílí na provádění činností, jež považuje klient za užitečné nebo smysluplné,
- činnost chápe jako prostředek i cíl terapie,
- vychází z přístupu zaměřeného na klienta,
- v léčbě vychází ze sociálních rolí klienta,
- se zajímá o prostředí, v němž člověk žije a pracuje. (Jelínková, 2009)

Česká asociace ergoterapeutů (2007) blíže popisuje ergoterapeutické cíle v publikaci *Koncepce oboru ergoterapie*:

- podporovat zdraví a duševní pohody osoby prostřednictvím smysluplné aktivity/zaměstnávání,

- pomáhat zlepšovat schopnosti, které osoba potřebuje pro zvládnání běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času,
- umožnit osobě naplňovat její sociální role,
- napomáhat k plnému zapojení osoby do společenských aktivit v jejím okolí,
- uplatňovat terapii zacílenou na klienta, který je aktivním účastníkem terapie a podílí se na plánování a procesu terapie,
- posilovat osobu v udržení, obnovení či získání kompetenci potřebných pro plánování a realizaci jejích každodenních činností v interakci s prostředím,
- usilovat o zachování příležitosti účastnit se aktivit každodenního života všem osobám bez ohledu na jejich zdravotní postižení či znevýhodnění. (Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/ramcove-dokumenty/koncepce-oboru/>)

Müller (2014) rozlišuje čtyři základní oblasti ergoterapie:

- ergoterapie zaměřená na výchovu k soběstačnosti (běžné denní činnosti),
- ergoterapie cílená na postiženou oblast,
- ergoterapie zaměřená na pracovní začlenění,
- kondiční ergoterapie.

Krivošíková (2011) hovoří o tom, že jednou z oblastí práce ergoterapeuta je terapie orientovaná na všední denní činnosti (ADL). Ta se věnuje lidem, kteří mají omezenou schopnost být nezávislí a mají potíže s výkonem každodenních činností. Ergoterapeut se při intervenci zaměřuje na jednotlivé poruchy tělesných funkcí a struktur. (Jelínková, 2009) Věnuje se nacvičování schopností u klienta v oblasti osobní hygieny, koupání, oblékání, jedení, použití WC, přesunů a funkční mobility. Při nácviku se ergoterapeut snaží dosáhnout maximálně možné soběstačnosti klienta s využitím kompenzačních mechanismů, substitučních mechanismů nebo s pomocí kompenzačních pomůcek. (Krivošíková, 2011) Jelínková (2009) doplňuje, že intervence může směřovat také ke zvýšení rozsahu kloubní pohyblivosti, výdrže, krátkodobé paměti, orientace v prostoru nebo pozornosti.

Při ergoterapii cílené na postiženou oblast se ergoterapeut zaměřuje na nácvik jednotlivých funkcí, které jsou pro klienta problematické. U nácviku motorických funkcí může být využíváno např. nácviku úchopů, tréninku grafomotoriky nebo nácviku jemné a hrubé motoriky. (Müller, 2014) Kubínková a Křížová (1997) zmiňují, že se cvičení provádí pomocí různých nástrojů a pomůcek, které jsou pouze motivačním prvkem. Dle charakteru zdravotního problému rozlišují cíl v ergoterapii, kdy se může jednat o zvětšení svalové síly, zlepšení rozsahu hybnosti nebo zlepšení svalové koordinace a taxe.

Popisem ergoterapie zaměřené na nácvik pracovních dovedností se více zabývá Krivošíková (2011). Hlavním úkolem je ergodiagnostika, to znamená podrobné vyšetření pracovní činnosti klienta, hodnocení jeho zbytkového pracovního potenciálu a analýza jeho motivace k práci. Po diagnostice volí ergoterapeut vhodné zaměření nácviku pracovních dovedností, které směřují k pracovnímu začlenění.

Poslední oblastí, které se ergoterapie věnuje, je kondiční ergoterapie. Velký význam má snaha odpoutat pozornost jedince od nepříznivého vlivu onemocnění a udržet jeho dobrou duševní kondici. K dosažení výše zmíněného cíle se využívají především aktivity, které jedince zajímají. Využívají se ruční práce, pletení, vyšívání, práce s hlinou, společenské hry, práce na zahradě a mnoho dalších. (Kubínková, Křížová, 1997)

Protože ergoterapeuti pracují s osobami jakéhokoli věku, je i možnost pracovního uplatnění široká. Mohou působit ve zdravotnických zařízeních (významné jsou rehabilitační kliniky) nebo v zařízeních sociální sféry (např. denní stacionáře, domovy pro seniory, domovy s pečovatelskou službou, chráněné bydlení, raná péče). Pracovní možnost se naskýtá i v oblasti školství a vzdělávání nebo ve firmách s kompenzačními pomůckami pro osoby se zdravotním postižením. (Krivošíková, 2011)

## 2.2 Canisterapie

Tato terapie spadá pod zooterapii, která tvrdí, že rehabilitační a psychosociální metody prostřednictvím zvířat pozitivně působí na člověka. (Petrů, Karásková, 2008) Müller (2013, s. 84) popisuje canisterapii následovně: „*Canisterapie vychází ze skutečnosti, že pes patří mezi spolehlivé, jisté partnery člověka v jeho osamění i nemoci a že toto partnerství je dobrým stimulem pozitivních psychických a sociálních změn.*“

Pes patří mezi nejoblíbenější domácí zvířata. Pomáhá nevidomým lidem jako jejich asistent, hlídá, zachraňuje, rozvíjí sebedůvěru a přináší mnoho radosti. Pomáhá při vytváření a zlepšování vzájemných vztahů, má podíl na zlepšení jemné a hrubé motoriky a odráží se na celkové kvalitě života. (Nerandžič, 2006)

Přítomnost psa u starších lidí přináší pozitivní změny. Především klienty, kteří žijí dlouhodobě v pobytovém zařízení sociálních služeb, dokáže pes aktivizovat, poskytnout jim pocit blízkosti a radosti. Staří lidé často žijí osamocně, rodina je nenavštěvuje, v produktivním věku neměli čas starat se o mazlíčka, ale stále potřebují pocítit vzájemnost a soudržnost. Právě pes dokáže být věrným společníkem, který působí na zdraví jedince. (Galajdová, 2011)

Existuje celá řada léčebných účinků canisterapie. Zmiňuje se o nich organizace

Pomocné tlapky:

- Rozvíjí hrubou a jemnou motoriku,
- Podněcuje verbální i neverbální komunikaci,
- Rozvíjí časoprostorovou orientaci,
- Pomáhá při nácviku koncentrace a paměti,
- Rozvíjí sociální citění a má mnoho dalších benefitů. (Dostupné z: <http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/lecebne-ucinky-canisterapie-9.html>)

Interakce může probíhat různými formami. Ať už mazlením se psem, formou hry nebo výcvikem psa. (Müller, 2013)

Na konci 20. století byly zpracovány pracovní programy, které se rozlišují na AAA (*animal assisted activities*) – aktivity za asistence zvířat (psa), a AAT (*animal assisted therapy*) - terapie pomocí zvířat (psa). (Petrů, Karásková, 2008)

Aktivity za asistence zvířat (AAA) jsou charakterizovány spontánním průběhem, neomezenou délkou a odvíjí se od klientových požadavků. Aktivity probíhají např. formou návštěv v domovech pro seniory nebo v nemocnicích. Rozhodnutí, zda se zúčastnit dané aktivity, záleží na principu dobrovolnosti. Cílem je podpora zkvalitnění života klientů, pomoc při zaměření pozornosti na vnější svět. Naopak AAT je cíleně zaměřená intervence, jež je součástí léčebného procesu. (Galajdová, 2011) AAT podporuje rozvoj tělesných, sociálních, emocionálních a poznávacích schopností člověka. Celý proces je zaznamenáván, výsledky terapeutického působení jsou objektivně vyhodnocovány a výsledek je měřitelný (na rozdíl od AAA). Terapie je prováděna pouze profesionálem. (Petrů, Karásková, 2008) Terapeutické působení za použití psa může probíhat v rehabilitaci, kdy může větší pes sloužit jako vodič na malou procházku, nebo v logopedii, kdy klient může dávat psovi příkazy a trénovat tak mluvený projev. (Galajdová, 2011)

## 2.3 Kognitivní rehabilitace

Kognitivní funkce umožňují člověku zpracovávat informace, uvědomit si sám sebe a okolí a vytvořit si vlastní názor. (Preiss, Křivohlavý, 2009)

Kognitivní (poznávací) funkce patří mezi základní funkce mozku. Za základní kognitivní funkce se považují pozornost, paměť, zrakově-prostorové schopnosti, jazyk a

myšlení. (Klucká, Volfová, 2016) S kognitivními funkcemi souvisí exekutivní funkce, které koordinují všechny kognitivní funkce. Řadí se k nim plánování a organizace věcí, řešení problémů nebo jejich rozpoznání a schopnost jim předejít. (Suchá, 2013) Kognitivní schopnosti nám umožňují orientovat se v okolním světě a poznávat jej, orientovat se v nás samých, pomáhají při budování hodnot, řídí naše jednání. Je proto velmi důležité tyto schopnosti trénovat, aby nadále sloužily tak, jak mají. (Preiss, Křivohlavý, 2009) Při úrazech CNS, vlivem stáří nebo z jiného důvodu mohou být tyto funkce zeslabeny, což má za následek nejistotu, strach ze selhání, negativní myšlenky nebo obavy z běžného denního fungování. (Klucká, Volfová, 2016)

Z kognitivních funkcí prochází běžně změnou ve stáří paměť, která je celkově utlumena a zpomalují se všechny paměťové procesy – ukládání i vybavování. Vštípení a uchování nových informací je obtížnější, epizodická paměť prodělává znatelné změny s tendencí se zhoršovat. (Vágnerová, 2000) U stárnoucích osob se zhoršuje vigilita pozornosti (schopnost přenášet pozornost z jednoho podnětu na druhý), selektivita pozornosti zůstává na stejné úrovni. Porucha zrakově-prostorových schopností se projevuje v každodenním fungování člověka – např. při psaní, orientaci v prostoru, manipulaci s předměty nebo při řízení auta. Řečové funkce bývají obvykle zachovány, změny nastávají u slovní plynulosti. Senioři s nějakým typem zdravotního znevýhodnění mohou mít problémy s nalézáním a vybavováním slov, volí raději obecná označení a vyhýbají se používání konkrétních názvů. Narušení myšlení a exekutivních funkcí způsobuje potíže při řešení problémů, plánování, zahájení a ukončení aktivity, zvládání nároků běžného dne. (Klucká, Volfová, 2016)

Kognitivní rehabilitace je vhodným cvičením u seniorů s postižením kognitivních funkcí, protože se neměří, a senioři tak nemusí mít obavy, že by dopadli špatně, což by mohlo vést ke snížení jejich sebevědomí. (Mlýnková, 2011)

Kognitivní rehabilitace se tedy zabývá osobami, které již mají poškozeny kognitivní funkce a cílem je jejich náprava. Souběžně se používá termín kognitivní trénink, který cílí na procvičování kognitivních schopností u zdravých jedinců. S těmito termíny souvisí pojem neurorehabilitace. Představuje komplexní péči o osoby s těžkým poškozením mozku. (Klucká, Volfová, 2016)

Existuje široké spektrum titulů, které se zabývají trénováním paměti a poznávacích schopností. Této problematice se věnuje např. Mgr. Jitka Suchá. Je autorkou mnoha knih a pracovních sešitů, které se soustředí na trénink paměti, ale i procvičování pozornosti, zrakově-prostorových dovedností, exekutivních funkcí nebo trénink slovní zásoby. Následující publikace jsou pouze zlomkem autorčiných děl:

- *Hry a činnosti pro aktivní seniory*
- *Cvičení paměti pro každý věk*
- *Trénink paměti pro každý věk*
- *Trénujte si paměť*
- *Pracovní sešity Cvičte si svůj mozek* (rozděleny do několika kategorií dle závažnosti kognitivní poruchy) (Dostupné z: <http://jitkasucha.cz/public/publikace/>)

V knize *Hry a činnosti pro aktivní seniory* jsou jednotlivé činnosti rozděleny podle náročnosti do tří stupňů. U každé z nich je uvedena orientační doba trvání; funkce, které se při jejím hraní procvičují, seznam pomůcek a plán hry. Důležitá je motivace klientů, přičemž je občas náročné motivovat k aktivitě seniory v pobytovém zařízení. Důležitým aspektem při motivaci může být sdílená zkušenost s činností, např. když se spolubydlící aktivity již zúčastnil, předá svou zkušenost dále a motivuje ostatní. Aktivity jsou v publikaci členěny na procvičování kognitivních funkcí (např. zapamatování předmětů, dvojice), pohybové aktivity, stolní a zábavné hry, vzpomínkové aktivity, aktivity s hudbou a zpěvem a další kategorie. Obecně lze říci, že publikace je díky svému rozsahu vhodná ke komplexnímu procvičování schopností. (Suchá, 2013)

### 2.3.1 Trénování jednotlivých kognitivních schopností

#### Paměť

Velmi jednoduchým cvičením na paměť je přečtení určitého souboru slov nebo čísel a jejich následná reprodukce po určité době. Reprodukce může být volná (to znamená opakování slov v náhodném pořadí), nebo je nutné zachovat pořadí slov. Sleduje se, zda daná slova byla nebo nebyla uvedena v zadání. (Preiss, Křivohlavý, 2009)

Dlouhodobou paměť lze procvičovat pomocí odpovídání na zadané otázky. Otázky se mohou týkat různých oblastí a je vhodné si odpovědi zapsat. Příklad:

- „Co jste měli dnes k snídani?“
- „Jak se jmenovali vaši třídní učitelé na základní a střední škole?“
- „Kdy jste naposledy hráli nějakou hru?“
- „Kdy jste naposledy telefonovali?“ (Bílková, 2016)

#### Pozornost

Příkladem cvičení pozornosti je zpětné čtení nebo kreslení jedním tahem. Při zpětném čtení je předložen text a úkolem jedince je čtení slov zprava doleva následujícím způsobem: „*Tatínek šel do práce.*“ → „*Práce do šel tatínek.*“

Kreslení jedním tahem cvičí i motoriku. Předlohou je obrázek, který byl nakreslen jedním tahem a úkolem je tento obrázek co nejpřesněji překreslit. (Preiss, Křivohlavý, 2009)

Suchá (2013) popisuje méně náročnou aktivitu, při které se kartičky s mužskými a ženskými jmény rozloží na stůl a úkolem je jejich seřazení podle abecedy. Počáteční písmena jmen jsou různá z toho důvodu, aby hra nebyla příliš jednoduchá.

### Slovní zásoba

K procvičení slovní zásoby se často používají úkoly na hledání synonym, antonym, homonym. Dále skrývačky - zamaskovaná slova. Je dána věta, která je sestavena tak, že nedodržením mezer (spojením koncové části jednoho slova a začátku dalšího slova) se ukáže „nové slovo“. Úkolem je tedy najít skryté slovo. Příklad: „*Kromě ovce i jehně dává maso.*“ (hnědá) Dalším úkolem může být vytváření slov k zadanému písmenu (např. k písmenu P má osoba vyjmenovat názvy měst začínající tímto písmenem). (Preiss, Křivohlavý, 2009)

Bílková (2016) popisuje ve své obsáhlé publikaci další úkoly týkající se procvičování verbálních dovedností: přesmyčky (EHVADEL R → VELEHRAD), zkratky (MHD → Městská hromadná doprava), přiřazování významu slova (klaustrofobie → strach z uzavřených prostor, fotofobie → strach ze světla).

### Logické myšlení a myšlení v souvislostech

Příkladem je vyřazování nevhodného slova. Je dána skupina slov, která má určitý společný znak. Mezi nimi se nachází jedno slovo, které do této skupiny nepatří. Úkolem je identifikace tohoto slova. Např.: „*kvěťák, zeli, jabloň, petržel, mrkev*“ (Preiss, Křivohlavý, 2009)

### Znakově-prostorové dovednosti

Příkladem úlohy pro procvičení znakově-prostorových dovedností může být nalezení slova v řadě písmen. (Klucká, Volfová, 2016)

### Exekutivní dovednosti

Jednou z úloh na procvičení exekutivních funkcí může být vyjmenování sportovních potřeb nebo čehokoli, co se sportem souvisí a začíná na písmeno T. Dále také nalezení cesty ven z bludiště. (ibid)

### 3 Zdravotnická zařízení

Zdravotní péče se řídí především Ústavou ČR. Součástí ústavního pořádku je Listina základních práv a svobod. Listina stanovuje: „*Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*“ (Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>)

Zdravotní péče se dle zákona č. 372/2011 Sb., *o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*, dělí do čtyř forem:

- ambulantní péče,
- lůžková péče,
- jednodenní péče,
- zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Při ambulantní péči se nepožaduje hospitalizace pacienta.

K lůžkové zdravotní péči se přistupuje v případě, že nelze poskytnout zdravotní péči ambulantně a stav pacienta vyžaduje hospitalizaci. Lůžková zdravotní péče se poskytuje ve čtyřech formách:

- Akutní lůžková péče intenzivní – poskytuje se pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení na životě.
- Akutní lůžková péče standardní – poskytuje se při náhlém onemocnění nebo náhlém zhoršení chronické nemoci; za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně, ale i v jiných případech.
- Následná lůžková péče – poskytuje se pacientovi, který má stanovenou diagnózu a zároveň došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, ke zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení.
- Dlouhodobá lůžková péče – poskytuje se pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí velmi zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje.

Při poskytování jednodenní péče je vyžadována hospitalizace pacienta po dobu kratší než 24 hodin.

Zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta se myslí návštěvní služba a domácí péče. Domácí péče zahrnuje ošetrovatelskou péči, léčebně rehabilitační péči a paliativní péči. (Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>)

Síť zdravotnických služeb se dělí na zdravotnické služby prvního kontaktu (primární), sekundární (specializované ambulantní) a terciární (specializované lůžkové). Primární zdravotní péči poskytují praktičtí lékaři, zubní lékaři a gynekologové. Je zpřístupněna obyvatelstvu bez předchozího doporučení. Sekundární zdravotní péče je více specializovaná, poskytují ji odborní lékaři v privátních ordinacích nebo v ambulancích nemocnic. Terciární péče je poskytována formou lůžkové zdravotní péče a klade vysoké nároky na odbornost diagnostických a léčebných výkonů a také na odbornost lékařů. Zajišťuje akutní diagnostickou, terapeutickou, následnou, rehabilitační a dlouhodobou péči o chronicky nemocné pacienty. (Janečková, Hnilicová, 2009)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 Charakteristika zařízení

Výzkumné šetření je realizováno v Uherskohradištské nemocnici a.s., která se nachází ve Zlínském kraji.

Nemocnice je členěna na zdravotnická a nezdravotnická oddělení. Počet zdravotnických oddělení přesahuje číslo třicet, pro účely bakalářské práce jsou podstatné především tři z nich. Jedná se o:

- oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny,
- neurologické oddělení,
- oddělení následné péče. (Dostupné z: <https://www.nemuh.cz/>)

Oddělení rehabilitace a fyzikální medicíny vzniklo již v roce 1951. Na začátku jeho existence byla zřízena tělocvična, v roce 1958 pak pomocné místnosti. Do roku 2008 existovala pouze ambulantní část. Od roku 2008 byl provoz oddělení rozšířen o lůžkovou část. (Jančář, 2009) Lůžkové oddělení disponuje 25 lůžky. Mezi nejčastější pacienty tohoto oddělení patří osoby s onemocněním pohybového aparátu, po implantacích umělých kloubů, s těžkými poúrazovými stavy, s chronickými neurologickými onemocněními. Ambulantní část poskytuje rehabilitační a fyzioterapeutickou péči (zde se řadí ergoterapie) na základě rehabilitačního plánu. (Dostupné z: <https://www.nemuh.cz/>)

Neurologické oddělení vzniklo ve stejném roce jako oddělení rehabilitace. Péče se nejprve zaměřovala na léčbu neuroinfekcí. Od padesátých let se rozšířila o nemocné trpící chronickými nervovými chorobami v ústavech ve Vincentinu, později i o děti ve Stojanově na Velehradě. (Jančář, 2009) Péče probíhá na lůžkových odděleních nebo ambulantní formou. Kapacita lůžkového oddělení je 30 lůžek. Na tomto oddělení působí také logopedka nebo pracovnice provádějící kognitivní rehabilitaci. Nejčastější diagnózy řešené na tomto oddělení jsou mozkové příhody, onemocnění meziobratlových plotének, epilepsie nebo bolesti zad.

Oddělení následné péče je rozděleno na 2 ženské oddělení a 1 mužské oddělení. Celkem je vytvořeno 83 lůžek pro pacienty po proběhlém akutním onemocnění, při pokračování chronického onemocnění nebo v případě zhoršení psychických funkcí. Toto oddělení úzce spolupracuje s konziliárními lékaři jiných odborností, s logopedem, psychologem, pracovníky protetiky a dobrovolníky včetně canisterapeutů. (Dostupné z: <https://www.nemuh.cz/>)

## 5 Cíl a výzkumné otázky

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce je popsání možností terapií v Uherskohradištské nemocnici.

Hospitalizace v nemocnici je pro seniory mnohdy náročným obdobím. Tuto zátěž mohou částečně ulehčit terapeutické přístupy, které nemocnice poskytuje. Práce se bude zabývat jejich analýzou. Důraz bude kladen na odpovědi respondentů proto, abychom si udělali obraz o poskytovaných terapiích. Budeme se zajímat o jejich průběh, časovou a personální náročnost, ale i další faktory.

### Výzkumné otázky

*„Výzkumná otázka je v případě kvalitativního přístupu terminologickým ekvivalentem výzkumné hypotézy v případě výzkumu kvantitativního. Zatímco však výzkumné hypotézy testujeme, při aplikaci kvalitativního přístupu naproti tomu odpovídáme na výzkumné otázky, neboť žádné hypotézy testovat kvalitativními metodami samozřejmě nelze.“*  
(Miovský, 2006, s. 88)

Výzkumná otázka musí být všem dotazovaným kladena jasně tak, abychom byli schopni na ni odpovědět. Otázku lze měnit, zpřesnit nebo v případě nepřesného či příliš obecného položení zahodit a vytvořit novou. (Miovský, 2006)

Vzhledem k cíli práce byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- 1) Které terapie jsou účinné při aktivizaci seniorů ve zdravotnickém zařízení?
- 2) Jakou roli mají terapie ve zdravotnickém zařízení?

## 6 Metodologie

### 6.1 Kvalitativní výzkum

Výzkumné šetření probíhalo prostřednictvím kvalitativního výzkumu. Švaříček a Šed'ová a kol. (2007, s. 17) popisují kvalitativní výzkum takto: „*Kvalitativní přístup je proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomoci celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*“

Celý proces kvalitativního výzkumu začíná výběrem tématu a zvolením výzkumných otázek. Během výzkumu tazatel provádí rozbor informací, dotazuje se a vytváří závěry. Celý proces trvá dlouhou dobu, výzkumník se po delší dobu zabývá problémy v terénu, což mu umožňuje bezprostředně reagovat. Z vypořizovaných dat provede analýzu. Kvalitativnímu přístupu je vyčítána ztížená zobecnitelnost, neprůhlednost a časová náročnost analýzy dat a jejich sběru. Za přednosti lze považovat zachycení podrobného popisu zkoumaného objektu, zkoumání problému v přirozeném prostředí nebo jedinečnost a neopakovatelnost fenoménu. (Hendl, 2016)

### 6.2 Výzkumný soubor

Pro stanovení výzkumného vzorku byla zvolena metoda sněžové koule. Základním východiskem této metody je získání kontaktu s první vlnou účastníků, kteří doporučí potenciální účastníky pro první fázi a předají na ně kontakt. Tato metoda se dá dále kombinovat s jinými metodami. Výsledná podoba má rozmanitý charakter z důvodu možnosti mnoha variant kombinací. (Miovský, 2006)

Celé organizování spolupráce probíhalo velmi rychle. Komunikace probíhala telefonicky nebo e-mailem. Protože jako dobrovolník docházím do UHN, kontaktovala jsem koordinátorku dobrovolníků, Mgr. Mangl, kterou jsem informovala o výzkumu bakalářské práce. Ochotně mi zprostředkovala kontakt na potenciální respondenty (pracovnice a dobrovolníci).

Označení respondentů:

Respondentka č. 1 – ergoterapeutka

Respondentka č. 2 – kognitivní terapeutka

Respondentka č. 3 - canisterapeutka

### 6.3 Metoda sběru dat

Metody sběru dat jsou zvláštní postupy, které slouží k poznávání určitých fenoménů. Používá je výzkumník za účelem odhalení a popsání toho, jak lidé vykládají a tvoří sociální realitu. Mezi nejčastěji užívané metody sběru dat v kvalitativním výzkumu patří pozorování, rozhovor a ohniskové skupiny. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Vzhledem k zaměření výzkumu byla zvolena pravděpodobně nejrozšířenější metoda výzkumného šetření, a to polostrukturovaný rozhovor (interview). Polostrukturovaný rozhovor vychází z osnovy, která obsahuje minimální okruh otázek, na které jsou respondenti dotazováni. Výhodou představuje možnost zaměňování pořadí otázek a možnost klást doplňující otázky v případě nejasností. Zároveň má dotazující jistotu, že budou všechny otázky zodpovězeny. Polostrukturovaný rozhovor tak představuje metodu mající maximální pozitiva s minimem nevýhod. (Miovský, 2006)

Před realizací rozhovorů s pracovníky byla schválena písemná žádost o umožnění vykonání výzkumného šetření v zařízení. Samotnému zahájení rozhovorů předcházelo informování o výzkumném šetření a jeho následném zpracování. Respondenti byli upozorněni na nahrávání na mobilní zařízení a byli dotázáni, zda s tím souhlasí. Pro všechny byl vytvořen informovaný souhlas účastníků o poskytnutí rozhovoru a všichni byli seznámeni s anonymitou. Sběr výzkumných dat probíhal dvakrát v areálu UHN, jednou na domluveném místě v parku. Rozhovory probíhaly plynule, respondenti byli velmi sdílní a ochotní. Dopředu připravená osnova pomáhala držet se daných otázek, ale byl i prostor pro doptání se. Rozhovory trvaly přibližně 20-35 minut a byly strukturovány do čtyř oblastí.

### 6.4 Metoda zpracování kvalitativních dat

Ke zpracování kvalitativních dat byl vybrán audiozáznam se souhlasem zúčastněných. Záznamové zařízení bylo umístěno tak, aby na něj nebyla zaměřena pozornost respondentů a nenarušovalo tím průběh rozhovoru. Zvuková nahrávka byla posléze převedena do textové podoby.

Audiozáznam zachycuje vše tak, jak se odehrálo. Jeho nespornou výhodou je pohodlí při zachycování odpovědí a s tím související prostor ke všimání si jinak přehlédnutelných znaků. (Miovský, 2006)

## 6.5 Analýza kvalitativních dat

Analýza dat z rozhovorů se provádí v několika krocích. Nejprve je vhodné si přepis několikrát přečíst pro lepší pochopení získaných informací. V následujícím kroku probíhá hledání společných znaků, které se snažíme uspořádat do tematických celků. Při sestavení seznamu témat u každého tématu zvlášť vyznačíme, kde je možné nalézt příslušné příklady v textu. Identifikace podkladů pomocí očíslování stránky nebo klíčového slova usnadňuje jejich nalezení. (Hendl, 1999)

Pro analýzu kvalitativních dat byla zvolena metoda vytváření trsů.

Metoda vytváření trsů spočívá v uspořádání výroků do skupin na základě jejich podobnosti (překryvu). Rozlišuje se např. tematický, časový, prostorový nebo personální překryv. Tímto procesem vznikají obecnější kategorie, pro které jsou typické opakující se znaky. (Miovský, 2006)

## 7 Zpracování výzkumných dat

### Okruh č. 1 – Charakteristika a průběh terapie

Respondentky byly požádány, aby ve stručnosti popsaly náplň své práce/zájmové činnosti.

#### Respondentka č. 1

*„Ergoterapie má strašně širokou definici, ale je zaměřena hlavně na soběstačnost pacienta, což znamená, aby se dokázal sám najíst, sám dojít na záchod (což znamená, aby zvládal přesuny), obléct se, obout se, učesat, oholit, to se všechno trénuje skrz ergoterapii.“*

*„Potom se řeší i koníčky, sice tady v nemocnici moc ne, tady se řeší to, co se stane akutně (po nějakém úrazu nebo mrtvičce), ale aby pro něj byl smysluplný i sociální život. Když po úrazu nemůže vykonávat ten svůj oblíbený koníček, tak mu najít nějakou alternativu.“*

*„Řeší se úprava domácího prostředí, u mrtviček kompenzační pomůcky, madla, aby to měl člověk co nejjednodušší. Provádíme osvětovou činnost toho, co existuje a on si vybere pro sebe to nejlepší.“*

*„Se soběstačností souvisí u úchopy, protože jak nefunguje úchop, tak člověk není soběstačný. Proto cvičíme karpály, úrazy prstů, amputace prstů.“*

#### Respondentka č. 2

*„Trénuji mozek pacienta, procvičuji jeho funkce. Poznávací procesy patří mezi základní funkce našeho mozku, umožňují nám poznávat okolní svět a plánovat naše jednání.“*

*„Docházím za pacientem a vyšetřuji takzvaný mini mental, to je základní test, kdy zjišťuji současný stav pacienta. Je to orientační a momentální. Pokud je pacient schopný, tak mi odpoví. Podle vyhodnocení zjistím, v jaké oblasti dochází k nějakému poklesu. Na základě*

*toho potom cílím práci s ním. To znamená ze začátku do všech oblastí, jak exekuce, výbavnost, paměť (krátkodobá, dlouhodobá).“*

*„Pacient buď čte, doplňuje věty, přísloví, písničky, kreslí, doplňuje obrázky, tvary, puzzle. Rozpoznává, co je na obrázcích a popisuje je. Mám různé karty, obrázky, abecedu. Také maluje obrázky, rozpoznává osobnosti. Důležitá je orientace, například v politice, jestli si vybavuje prezidenta. Těch oblastí je hodně a samozřejmě se soustřeďuji na pacientovy zájmy. Snažím se, aby se rozpomněl na to, co dělal a co ho bavilo.“*

### **Respondentka č. 3**

*„Já bych neřekla, že je to léčebná metoda. Spousta lidí si myslí, že si nemusí vzít léky a místo toho stačí si pohladit pejska. Spíš je to podpůrná metoda na jejich psychiku, rozpochybování.“*

*„Canisterapii se věnují naši dva pejsci. Celkem máme tři. Nejmenší a nejstarší je havanský psík, je to flegmatik, s tím chodí syn. Druhý je český ořech z útulku, je taková umazlená. Myslím si, že se oba pejsci pro svou povahu na canisterapii hodí.“*

*„Chodíme pokoj po pokoji, řekneme, co tam chceme dělat a jestli má někdo zájem. Někdy se babičky tváří, že nám nerozumí, tak to zkusíme opatrně. Někdy řeknou, že jsou alergičtí, tak jdeme hned pryč. Pacienti si chtějí pejska pohladit, nebo se jen podívat. Je to různé. Někteří chtějí pejska k sobě do postele, mazlí se s ním a dávají mu dobrůtku. Ptají se, jestli umí dát pac, poprosit nebo si lehnout na povel. Musím přistupovat opatrně, mohou tam být lidé po operaci a nejde jim dát pejska třeba na břicho.“*

Vidíme shodu u všech odpovědí, a to, že všechny obory vychází z orientace na pacienta. Snaží se mu porozumět, zjistit jeho zájmy, aby věděly, jakým způsobem s ním pracovat.

Je důležité minimálně ze začátku přistupovat k neznámému pacientovi opatrně. Především u canisterapie, neboť každý člověk reaguje na přítomnost psa jinak. Je vhodné sledovat reakce pacienta na psa, aby se případně dalo včas zareagovat.

Rozsah poskytování péče je u ergoterapie a kognitivní rehabilitace pojat velmi široce. Terapeutky mají široké pole působnosti, dokážou pacientům nabídnout mnoho druhů aktivit a činností.

Účinek jednotlivých terapií je rozdílný. U kognitivní rehabilitace dochází ke zlepšení nebo udržení paměti, u ergoterapie je výsledek viditelný na těle. Canisterapie je forma terapie, která působí především na psychiku člověka.

## **Okruh č. 2 – Příprava na činnost a mezioborová spolupráce**

### **Respondentka č. 1**

*„Určitě je dobré vědět dopředu diagnózu, jak je mobilní, jak je psychicky srovnáný, na co se zaměřit. Kognitivní funkce se řeší skrz ergoterapii. Nejprve si přečtu zprávu. Pracuji s pacientem podle toho, co lékař řekne. Když se mi zdá, že bych mohla něco přidat, zeptám se lékaře a on mi to buď schválí nebo neschválí. Na lůžkovém oddělení spolupracuji ergoterapeut, fyzioterapeut, psycholog, logopedka a kognitivní terapeutka.“*

### **Respondentka č. 2**

*„Já pracuji na základě doporučení ošetřujícího lékaře. Také s psychologem, případně s logopedkou. Spolupracuji i s rodinou. Potřebuji vědět jaké má pacient zájmy, dosažené vzdělání je velmi důležité, protože když je to vysokoškolák, má daleko větší rozsah. Příprava trvá 5-10 minut na každého pacienta, hodinu čistého času mi dá jen příprava, protože každý pacient má jiné cvičení. Na každého tak přímo cílím, abych procvičila dané téma.“*

### **Respondentka č. 3**

*„Na návštěvu se nemusíme připravovat. Pokud se stane, že jsme nachlazení, tak nechodíme. Vždycky se zeptám, jestli je tam někdo, ke komu nemáme vůbec jít, nebo jestli je tam někdo, kdo by nás chtěl. Sestřičky někdy doporučí, ke komu jít.“*

Z rozhovoru jsme se dozvěděli, že terapeutky pracují s pacienty na základě doporučení lékaře. U canisterapeutky nastává jiná situace: navštěvuje pacienty v náhodném pořadí, občas s doporučením personálu. Terapeutky se shodly, že je týmová spolupráce zásadní pro výkon jejich práce a přikládají jí velký význam. Shoda nastává také v případě přípravy činnosti. Obě si předem připravují plán, co budou s kterým pacientem trénovat.

### **Okruh č. 3 – Docházení na oddělení a výběr pacientů**

#### **Respondentka č. 1**

*„Do ambulance dochází každou půl hodinu jiný pacient. Chodí sem lidé s prsty, zápěstím, po mrtvičkách po delší době. Není to akutní stádium, ale subakutní nebo chronické. Obsluhuji robotiku, kde pacient hraje hry, ale ovládá to rukou. Já nastavím, jestli chci, aby ovládal hru zápěstím, loktem nebo ramenem. Na robotiku chodí pacienti také ambulantně. Půl dne je pro pacienty z lůžkového, půl dne ambulantně. Za den maximálně 6 pacientů.“*

*„Na lůžkovém oddělení je 25 lidí. Většinou s pacientem cvičím dvakrát půl hodiny, jednou se s ním projdu nebo cvičím přesuny. Podruhé se věnuji ruce. Někdy chodím i třikrát denně, záleží podle závažnosti onemocnění. Na lůžkové se dochází každý den, pacienti tam jsou maximálně 21 dní.“*

*„Já pracuji hlavně s lidmi po mrtvici a s ramenářama. Používám třeba PANat dlahu, která je super v tom, když je ruka spastická nebo i paretická, tak nafouknu ruku do dlahy, že je narovnaná a můžu s ní hýbat. Vyloženě cílím na pohyb ramene a nechávám ruku opřenou. Potom trénujeme přesuny, vertikalizaci, oblékání, máme různé overbally, pěnové míčky, masážní prstýnek. Používám ještě mirror therapy.“*

*„Měli jsme tu i šestileté dítě, i devadesátileté pacienty. Nejčastěji kolem sedmdesátky, mrtvičky jsou tu nejčastěji.“*

#### **Respondentka č. 2**

*„Docházím na lůžkové oddělení rehabilitace a neurologie pravidelně každý pracovní den. Pracuji s pacientem asi tak 15-20 minut čistého času. První vyšetření je všeobecné ze*

*všech směrů, to znamená paměť, exekuce, zrakově-prostorové vnímání, orientace. Je to o tom, co pacient zvládne. Někdy je unavený, takže s ním jen mluvím, ukazuji mu obrázky, ale to vše je cílené a počítá se. Za 4 hodiny jsem schopna udělat 5-6 pacientů.“*

*„Cílová skupina je věkově neomezena, nejstarší pacient byl kolem devadesáti let. Péče probíhá po dobu léčení u nás v nemocnici. Nejdéle asi 3 měsíce, protože jsem měla pacienta na více odděleních. Stává se, že se mi pacient vrací. Standardní doba práce s klientem běžně trvá čtrnáct dní, někdy dokonce jen dva, tři dny. Občas dělám vyšetření na konci delšího období a vidím tam ten posun.“*

### **Respondentka č. 3**

*„Docházíme na následnou péči na dvě oddělení, kde jsou především ženy. Snažíme se chodit každý týden a oddělení střídáme. Většinou chodíme na hodinu, podle zájmu pacientů a podle toho, jak to zvládají pejsci. Nejmladšímu pacientovi mohlo být okolo 35 let, nejstarší přes devadesát.“*

Nejvíce informací nám k tomuto okruhu poskytla ergoterapeutka. Bylo znát, že ji práce velmi baví a má přehled.

Důležitá informace byla, že ať už se jedná o jakoukoliv terapii, všechny jsou věkově neomezené. Podle výpovědí první a druhá respondentka shodně působí na rehabilitačním oddělení, takže pacienti na tomto oddělení mají možnost využití obou terapií.

Respondentka č. 2 zdůrazňuje důležitost soustavnosti a návaznosti cvičení pro zlepšování kognitivních funkcí.

Významným rozdílem mezi terapiemi je časový rozsah. Ergoterapie a kognitivní rehabilitace probíhá pravidelně každý pracovní den, kdežto canisterapie se odvíjí od časových možností dobrovolníků.

## **Okruh č. 4 – Ohlasy na terapie**

### **Respondentka č. 1**

*„Vždy je tendence, aby se schopnost člověka nezhoršovala, aby se aspoň udržela vzhledem k diagnóze. Snažíme se o to, aby člověk nepotřeboval pomoc druhé osoby.“*

*„Někteří pacienti jsou velmi spokojeni, jiní dochází ambulantně jen proto, že jim to lékař napíše. Pacienti moc nerozlišují rozdíl mezi fyzioterapií a ergoterapií a sestřičkami vůbec.“*

*„Momentálně jsme dvě ergoterapeutky v nemocnici. Bylo by potřeba více. Ergoterapeutů není nikdy dost.“*

## **Respondentka č. 2**

*„Reakce pacientů jsou většinou velmi pozitivní. Někdy se stane, že pacient odmítne, ale pak se k tomu vrátí. Jedná se o to, že mu uvedu důvod, proč trénovat, že je to v rámci péče o něho v nemocnici. Je to pro jeho dobro, ale je to na něm. Většinou je ta spolupráce velmi dobrá, řekla bych výborná.“*

*„Moje práce je, že se pacient posouvá. Někdy to jde strašně pomalu, někdy skokově. Já vždycky říkám, když dovolí tělo a pacient chce, dějí se zázraky, což je fakt. To jsem se přesvědčila několikrát. Pokud skončí terapie v nemocnici, dávám všem odkazy na internetu na trénink, aby mohli pokračovat v domácím prostředí.“*

*„Zatím bohužel jenom já provádím kognitivní rehabilitaci. Nestáčí to, bylo by potřeba více pracovníků, nejenom na těchto dvou oddělení. Někdy se stane, že je moc pacientů najednou, takže jsem za nimi docházel obden. Ale musí tam být návaznost.“*

## **Respondentka č. 3**

*„Reakce pacientů jsou vesměs pozitivní. Setkala jsem se s reakcí, kdy pacient řekl, ať si jdeme hrát někam ven. Někdy se ptají, jestli to sestřičky dovolily, říkáme ano, máme to nahlášené, jsme zapsaní. Jednou pacientka nechtěla pejska do postele, ale on tam vyskočil. Paní se rozzářila a nechala si ho v posteli. Snažím se pacienty motivovat, ať si pejska aspoň pohladí pro štěstí.“*

*„U pacientů dochází ke zlepšení nálady, rozmluví se, při dlouhodobějším pobytu na pejsky vzpomínají, jsou nadšení. Pobaví se a děkují. Podle mě pes probourává bariéry*

*v komunikaci. Určitě spatřuji smysl v canisterapii. Kdybychom udělali radost jednomu jedinému člověku, tak si myslím, že to smysl má. Pro nás dvojnásob, nám se to vrací. Já si odpočínám, popovídám si, mám dobrý pocit.“*

Z rozhovorů jsme se dozvěděli, že převážná část reakcí na terapii je pozitivní. U pacientů dochází jak k funkčním změnám, tak psychickým. Pouhá přítomnost canisterapeutického psa působí uklidňujícím dojmem na seniory. Co se týče canisterapeutky, bylo vidět, že ji dobrovolnictví velmi baví a naplňuje. Kvůli koronaviru nebyla dlouhou dobu na oddělení a z jejího vyprávění jsme zaznamenali, jak jí docházení za pacienty chybí.

Bylo zjištěno, že pokud se respondentky setkaly s odmítnutím aktivity ze strany pacienta, bylo tomu mnohdy z důvodu neznalosti nebo strachu z terapie.

Z odpovědí lze vyvodit, že všechny tři respondentky spatřují smysl ve „svém“ oboru. Všechny tři působily po celou dobu uvolněným dojmem a při dotazování na reakce pacientů se potěšily, což se odrazilo především na odpovědi respondentek č. 2 a 3.

Respondentky č. 1 a 2 vylíčily, že by bylo dobré, kdyby měly další posily v oboru, protože je jejich práce potřebná i na jiných odděleních.

## 8 Výsledky a diskuse

Tato kapitola je věnována vyhodnocení výsledků šetření a diskusi. Cílem tohoto výzkumného šetření bylo popsat možnosti, jaké terapie se provádí v Uherskohradišťské nemocnici. Výzkumné otázky zněly následovně:

- Které terapie jsou účinné při aktivizaci seniorů ve zdravotnickém zařízení?
- Jakou roli mají terapie ve zdravotnickém zařízení?

Dotazovali jsme se tří respondentů, z nichž každý provádí jinou terapii. Nejdříve jsme se snažili zjistit charakteristiku a průběh terapie. Ze získaných dat nám vyšlo, že všechny tři terapie jsou zaměřeny na pacienta, každá ale jinou formou. Ergoterapie se zaměřuje na nácvik soběstačnosti, kognitivní rehabilitace zase na procvičování poznávacích funkcí. Canisterapie se trochu odlišuje, jejím hlavním přínosem je zlepšení psychického stavu prostřednictvím působení psa. Z šetření vyplynulo, že ergoterapie a kognitivní trénink mají víc společných znaků, než s canisterapií. Canisterapeutka dochází na oddělení následné péče, kdežto ergoterapie probíhá na rehabilitačním oddělení. Kognitivní rehabilitace probíhá na neurologickém a rehabilitačním oddělení.

Bylo pro nás důležité zjistit, jak terapie probíhají. Společným znakem u ergoterapie a kognitivní rehabilitace je, že je důležité znát diagnózu pacienta. Zda se bude s pacientem pracovat určuje ošetřující lékař. Výběr pacientů je u canisterapie oproti ergoterapii a kognitivní rehabilitaci náhodný.

Zajímala nás mezioborová spolupráce. Z výpovědí vyšlo najevo, že probíhá a funguje velmi dobře. Jak s ergoterapeutem, kognitivní terapeutkou, fyzioterapeutem, psychologem, tak s logopedkou a dalšími odborníky.

Také nás zajímalo, na jaká oddělení terapeutky dochází. Ergoterapeutka dochází do ambulance a na lůžková oddělení v rámci rehabilitačního oddělení. Kognitivní terapeutka dochází na lůžková oddělení rehabilitace a na neurologii. S pacienty cvičí přibližně 15-20 minut čistého času. Pro srovnání, ergoterapeutka cvičí s pacienty půl hodiny. Z rozhovoru vyplynulo, že se obě musí před samotnou terapií připravit s ohledem na zdravotní stav pacienta. Canisterapeutka dochází jen jednou týdně na jednu hodinu.

Z našeho šetření mimo jiné vyplynulo, že poskytování všech tří terapií není ohraničeno věkem. Výjimkou nejsou ani devadesátiletí pacienti.

Také bylo pro nás důležité zjistit, jaké jsou ohlasy pacientů na terapii. Bylo zjištěno, že reakce pacientů jsou vesměs pozitivní. Pokud se někdo odmítá účastnit terapie, je to nejčastěji z obavy z neznámého.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce pojednávala o možnostech aktivizace seniorů ve zdravotnických zařízeních. Cílem této práce bylo analyzovat stav vybraných terapeutických přístupů v UHN.

Bakalářská práce byla rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část byla rozpracována do tří kapitol, přičemž první se týká stárnutí a stáří. Byly nastíněny teorie stárnutí, periodizace a změny ve stáří. Ve druhé kapitole byl uveden základní vhled do problematiky aktivizace, a to s dělením terapií na ergoterapii, canisterapii a kognitivní rehabilitaci. Poslední kapitola se zabývá charakteristikou zdravotnických zařízení.

V praktické části práce byla popsána Uherskohradištská nemocnice, kde probíhalo výzkumné šetření. Následující kapitoly obsahují cíl práce, výzkumné otázky. Metodologie obsahuje charakteristiku kvalitativního výzkumu, výzkumný soubor, metodu sběru dat, metodu zpracování a analýzy dat. Výzkumný vzorek byl stanoven metodou sněhové koule. Za metodu sběru dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, analýza kvalitativních dat probíhala metodou vytváření trsů. Nakonec jsme provedli samotné šetření.

V závěru práce uvedeme odpovědi na výzkumné otázky:

- Které terapie jsou účinné při aktivizaci seniorů ve zdravotnickém zařízení?

Dle odpovědí respondentů jsou všechny tři terapie účinné. Každá se zaměřuje na jinou oblast, ale pro své charakteristiky jsou všechny prospěšné, a navíc spolupracují a vzájemně se doplňují. Záleží, jaké zdravotní obtíže má pacient a jakým způsobem ho chceme zapojit do aktivity. Reakce pacientů odpovídají tvrzením respondentek o užitečnosti terapií. Do aktivit se rádi zapojují i velmi staří senioři.

- Jakou roli mají terapie ve zdravotnickém zařízení?

Šetření potvrdilo nezpochybnitelnou roli terapií při péči o seniory ve zdravotnickém zařízení. Terapie napomáhají ke zlepšení zdravotního stavu, snaží se udržet pacienta aktivním a soběstačným, podporují jeho psychickou stránku.

## Seznam bibliografických citací

1. BÍLKOVÁ, Jana, 2016. *Kognitivní trénink pro třetí věk: 100 cvičení pro rozvoj koncentrace, kreativity, paměti a verbálních dovedností*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-271-0067-5.
2. ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
3. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČELEDOVÁ, 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.
4. DIENSTBIER, Zdeněk a Zdenka PROCHÁZKOVÁ, 2011. *Ó, sladké stáří*. Praha: Radix. ISBN 978-80-87573-00-6.
5. ERGOTERAPIE. Online [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>
6. GALAJDOVÁ, Lenka a Zdenka GALAJDOVÁ, 2011. *Canisterapie: pes lékařem lidské duše*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-879-1.
7. HENDL, Jan, 1999. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0030-7.
8. HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
9. JANČÁŘ, Josef, 2009. *Uherskohradištská nemocnice: její vznik a proměny*. Uherské Hradiště: Uherskohradištská nemocnice. ISBN 978-80-254-4198-5.
10. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ, 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-592-9.
11. JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7368-110-2.
12. JELÍNKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAROVÁ, 2009. *Ergoterapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-583-7.
13. KALVACH, Zdeněk, et al. 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0548-6.
14. KLEVETOVÁ, Dana, 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0102-3.
15. KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ, 2016. *Kognitivní trénink v praxi*. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing. Psyché. ISBN 978-80-247-5580-9.

16. KONCEPCE OBORU ERGOTERAPIE. Online [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/ramcove-dokumenty/koncepce-oboru/>
17. KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER, 2006. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-1552-6.
18. KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.
19. KUBÍNKOVÁ, Dagmar a Alena KŘÍŽOVÁ, 1997. *Ergoterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-7067-698-1.
20. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ, 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Psyché. ISBN 80-247-1284-9.
21. LÉČEBNÉ ÚČINKY CANISTERAPIE. Online [cit. 2020-03-07]. Dostupné z: <http://www.canisterapie.cz/cz/canisterapie-zakladni-informace/lecebne-ucinky-canisterapie-9.html>
22. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.
23. MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
24. MÜHLPACHR, Pavel, 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2.
25. MÜLLER, Oldřich, 2013. *Speciálněpedagogická gerontagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3688-3.
26. MÜLLER, Oldřich, ed. 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4172-7.
27. NERANDŽIČ, Zoran, 2006. *Animoterapie, aneb, Jak nás zvířata umí léčit: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a sociálních ústavů*. Praha: Albatros. ISBN 80-00-01809-8.
28. PACOVSKÝ, Vladimír, 1990. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0076-8.
29. PACOVSKÝ, Vladimír a Hana HEŘMANOVÁ, 1981. *Gerontologie*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství. ISBN 08-044-81.
30. PETRŮ, Gabriela a Vlasta KARÁSKOVÁ, 2008. *Edukační aspekty canisterapie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1957-2.
31. PREISS, Marek a Jaro KŘIVOHLAVÝ, 2009. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2738-7.

32. PUBLIKACE JITKY SUCHÉ. Online [cit. 2020-03-20]. Dostupné z:  
<http://jitkasucha.cz/public/publikace/>
33. STUART-HAMILTON, Ian, 1999. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2.
34. SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ, 2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0335-3.
35. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2013. *Gerontagogika: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3653-1.
36. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
37. UHERSKOHRADIŠŤSKÁ NEMOCNICE. Online [cit. 2020-03-28]. Dostupné z:  
<https://www.nemuh.cz/>
38. *Usnesení č. 2/1993 Sb., předsednictva České národní rady o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součástí ústavního pořádku České republiky*. [online] 1993 [cit. 2020-03-27] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2>
39. VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie: Dětství, dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.
40. WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER, 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4423-0.
41. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách* [online] 2006 [cit. 2020-02-26] Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
42. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)* [online] 2011 [cit. 2020-03-27] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

## **Seznam použitých zkratek**

UHN – Uherskohradištská nemocnice

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas ke zpracování a zpřístupnění osobních a citlivých údajů

Příloha č. 2 – Otázky pro ergoterapeutku

Příloha č. 3 – Ukázka přepisu rozhovoru s respondentkou

## **Příloha č. 1**

### **Informovaný souhlas ke zpracování a zpřístupnění osobních a citlivých údajů**

Já, níže podepsaný/á:

.....

podle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, a v souladu s nařízením (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (GDPR), tímto uděluji svůj výslovný a svobodný souhlas se zpracováním veškerých svých osobních a citlivých údajů, které jsem poskytl/a během rozhovorů pořizovaných ve zvukové podobě v rámci zpracování bakalářské práce na téma „Možnosti aktivizace osob seniorského věku ve zdravotnických zařízeních“ na Ústavu speciálněpedagogických studií Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, studentce:

Monice Malušové, bytem: Sadová 1884, Uherský Brod, 688 01

tel.: 733 275 012

email: monika.malusova01@upol.cz

Jsem si vědom/a skutečnosti, že správcem těchto údajů se podpisem tohoto souhlasu stává výše uvedená studentka, která může údaje použít pro potřebu doslovného přepisu. Tento bude anonymizován tak, aby byla zaručena ochrana všech zmíněných osob.

Souhlasím s tím, aby rozhovory a informace v nich obsažené byly poskytnuty v písemné či elektronické podobě také dalšímu subjektu, jímž je Ústav speciálněpedagogických studií, a to výhradně pro účely vědeckého výzkumu v oblasti humanitních věd, publikační a vzdělávací činnosti a archivaci ve veřejném zájmu.

V ..... dne .....

Podpis respondenta:

Podpis studentky:

## **Příloha č. 2**

### **Otázky pro ergoterapeutku**

1. Jak vnímáte ergoterapii?
2. Vyžaduje aktivita s pacientem přípravu? Jakým způsobem se připravujete?
3. Na jaká oddělení a jak často docházíte? Kolik času věnujete jednomu pacientovi?
4. Na základě čeho se rozhodujete, zda budete s pacientem pracovat?
5. Jak probíhá práce s pacienty? Jaké aktivity se s pacienty provádí a k čemu vedou?
6. Využíváte nějakých speciálních pomůcek?
7. Spolupracuje na péči o pacienty i jiný personál, než jen z rehabilitačního oddělení?
8. Prováděné činnosti směřují k zachování nebo zlepšení schopností, nebo můžeme do ergoterapie zařadit i aktivity cílené na vznik nových dovedností?
9. Jak byste charakterizovala výsledek práce?
10. Jaká věková skupina osob se účastní ergoterapie?
11. Popište mi, jaké změny nastávají u pacientů?
12. Kolik ergoterapeutů pracuje v UHN? Myslíte, že počet stačí?
13. Spatřujete smysl v ergoterapii?
14. Jaký je názor pacientů na ergoterapii? Setkala jste se někdy s odmítavým přístupem?

## Příloha č. 3

### Ukázka přepisu rozhovoru s respondentkou

Respondentka č. 2 – kognitivní terapeutka

#### Jak probíhá Vaše práce?

*„Já pracuji na základě doporučení ošetřujícího lékaře, také s psychologem, případně s logopedkou. Na základě toho docházím na lůžkové oddělení – na rehabilitaci a neurologické oddělení a moje práce spočívá v tom, že jdu za pacientem a vyšetřuji takzvaný mini mental, to je základní test, kdy já zjišťuji současný stav pacienta. Je to orientační a momentální. Musím se soustředit i na to, z jakých oborů jsou otázky. Pacient, pokud je schopný tak mi odpoví. Na základě toho vyhodnocení zjistím, v jaké oblasti má chyby nebo kde dochází k nějakému poklesu a na základě toho potom přímo cílím práci s ním. To znamená že začátku do všech oblastí, jak exekuce, výbavnost, paměť (krátkodobá, dlouhodobá).“*

*„Spolupracujeme i s rodinou. Protože já potřebuji vědět jaké má pacient zájmy, z jakých poměrů pochází (není to zvědavost), dosažené vzdělání je velmi důležité, protože pokud je to vysokoškolák, tak má (ikdyž třeba ztratil část paměti) daleko větší rozsah, takže je to opravdu orientační. Pacient má větší vzdělání, ale přitom nedokáže některé věci udělat, tam je to důležité porovnat.“*

#### Jak dlouho trvá práce s jedním pacientem?

*„Docházím pravidelně každý den a pracuji s ním asi tak 15-20 minut čistého času. Na každého pacienta se speciálně připravuji. První vyšetření je všeobecné ze všech směrů, to znamená paměť, exekuce zrakově-prostorové věci, orientace. Je to o tom, jestli to pacient zvládne. Někdy je unavený, takže s ním jen mluvím, ukazuji mu obrázky, ale to vše je cílené a počítá se to.“*

#### K jakým změnám dochází u pacientů, jaký vliv má terapie?

*„Moje práce je, že se pacient posouvá. Někdy to jde strašně pomalu, někdy skokově, ale já vždycky říkám, když dovolí tělo, pacient chce, tak se dějí zázraky, což je fakt. To jsem se přesvědčila několikrát.“*

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Monika Malušová
<b>Katedra:</b>	Ústav speciálněpedagogických studií
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2020

<b>Název práce:</b>	Možnosti aktivizace osob seniorského věku ve zdravotnických zařízeních
<b>Název v angličtině:</b>	Possibilities of the activation of the elderly in medical institutions
<b>Anotace práce:</b>	Bakalářská práce je věnována problematice terapií ve zdravotnickém zařízení. Teoretická část shrnuje základní poznatky z odborné literatury o stáří, terapiích, aktivizaci a zdravotnických zařízeních. Praktická část této bakalářské práce je realizována jako kvalitativní výzkum s cílem popsat terapie probíhající ve zdravotnickém zařízení.
<b>Klíčová slova:</b>	Stáří, změny ve stáří, ergoterapie, canisterapie, kognitivní rehabilitace, kognitivní schopnosti, aktivizace, zdravotnická zařízení
<b>Anotace v angličtině:</b>	This bachelor's thesis examines various therapies provided in a medical institution. The theoretical part summarizes scientific knowledge of old age, therapies, activation and medical institutions. The practical part is approached as a quantitative research whose goal is to describe the therapies provided in the particular medical institutions.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Old age, age-related changes, ergotherapy, canistherapy, cognitive rehabilitation, cognitive abilities, activation, medical institutions
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	Příloha č. 1 – Informovaný souhlas ke zpracování osobních údajů Příloha č. 2 – Otázky pro ergoterapeutku Příloha č. 3 – Ukázka přepisu rozhovoru

<b>Rozsah práce:</b>	42 s.
<b>Jazyk práce:</b>	Český