

Aktivizační přístupy k pacientům na geriatrickém oddělení

Lucie Řepková

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav ošetrovatelství
akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie ŘEPKOVÁ**
Osobní číslo: **H08223**
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Aktivizační přístupy k pacientům na geriatrickém oddělení**

Zásady pro vypracování:

Teoretická část

- 1. Vymežit pojem stáří a jeho změny.**
- 2. Specifikovat zásady komunikace se seniorem.**
- 3. Vymežit motivační prvky při práci se seniorem.**
- 4. Definovat aktivizační metody.**

Praktická část

- 1. Zjistit na základě strukturovaného rozhovoru zájem pacientů hospitalizovaných na geritrii o aktivizaci.**
- 2. Analyzovat výzkumné šetření.**
- 3. Interpretovat výsledky.**
- 4. Vytvořit a realizovat aktivizační činnosti pro pacienty na geriatrickém oddělení.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

[1]KALVACH,Z.;ZADÁK,Z.;JIRÁK,R.;ZAVÁZALOVÁ,H.;SUCHARDA,P. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada. 2004. s 864. ISBN 80-247-0548-6

[2]POLEDNÍKOVÁ,L', kolektiv. Geriatrické a gerontologické ošetrovatel'stvo.Martin: Vydavatel'stvo Osveta. 2006. s 216. ISBN 80-8063-208-1

[3]WALSH, D. Skupinové hry a činnosti pro seniory. Praha: Portál. 2005. s 203. ISBN 80-7178-970-

[4]LIEBMANN,M.Skupinová arteterapie. Praha: Portál. 2005. s 279. ISBN 80-7178-86-43

[5]JANEČKOVÁ,H.,VACKOVÁ,M. Reminiscence. Využití vzpomínek při práci se seniory. Praha: Portál. 2010. S 152. ISBN 978-80-7367-581-3

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Silvie Treterová**

Ústav ošetrovatelství

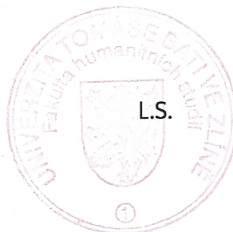
Datum zadání bakalářské práce: **10. února 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **3. června 2011**

Ve Zlíně dne 10. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Anna Krátká, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně26.2011.....



.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

Motto:

„Způsob života je mnohem důležitější než počet prožitých let.“

Seneca

Poděkování

Na prvním místě bych chtěla vyjádřit velké poděkování své vedoucí práce Mgr. Silvii Trettové za ochotu, obětavý přístup při vedení a především cenné rady a připomínky, kterými mi byla nápomocna v celém průběhu zpracování mé bakalářské práce.

Dále děkuji všem klientům, kteří projevili souhlas při spolupráci na praktické části práce.

V neposlední řadě chci vyslovit zcela mimořádný dík mamince a příteli za nesmírnou dávku trpělivosti a psychické podpory.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Aktivizační přístupy k pacientům na geriatrickém oddělení vypracovala samostatně s použitím pramenů a literatury uvedené v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně dne 3.6.2011

Lucie Řepková

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá aktivizací seniorů v nemocniční péči. V teoretické části se zaměřuje na vysvětlení pojmů stáří, stárnutí, seznamuje s problematikou komunikace se seniory. Zabývá se aktivizací seniorů, jejím významem a vlivem aktivizace na kvalitu stáří, představuje jednotlivé aktivizační metody, které lze využívat u geriatrických pacientů v nemocnici

Podklady k výzkumnému šetření jsou získávány pomocí nestandardizovaného polostrukturovaného rozhovoru s pacienty na geriatrickém oddělení v nemocnici krajského typu. Otázky v rozhovoru jsou zaměřeny na zájmy a oblíbené volnočasové aktivity seniorů, na zkušenosti pacientů s předchozí aktivizací v nemocničním prostředí a na jejich vlastní představě o aktivizaci v nemocnici. Výsledky ukazují na skutečnost, že senioři mají o volnočasové aktivity v nemocnici zájem, ale zároveň velmi citelně udávají, že tyto aktivity nesmějí narušit jejich léčebný režim. Ze všech nabízených činností by senioři nejvíce uvítali četbu knih, procházky po areálu nemocnice a prosté povídání, na které ošetřující zdravotnický personál nemá dostatek času. Zajištění aktivizace u geriatrických pacientů v nemocnici je velmi náročné, užívá se vždy specifických metod.

Klíčová slova: Geriatrický pacient, senior, stáří, aktivizace, aktivizační metody

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the activation of elder people in the hospital care. The theoretical part focuses on the notion of old age, familiar with the problems of communication with old people. Deals with the activation of seniors, its significance and influence of activation to quality of age, represents the activation methods that can be used in geriatric patients in hospital.

The supporting documents to the research investigation is generated by means of unstandardized semistructured interview with patients on a geriatric ward in regional type of hospital. The questions in interview is focused on the interests and favorite leisure activities of seniors, on the experience of patients with a previous activation in the hospital and on their own idea of activation in the hospital. Results show that older people have the leisure activities in the interest of the hospital, but very noticeably indicate that these activities mustn't compromise their therapeutic regimen. The seniors most welcome reading books, walks on the hospital premises and simply talk to the attending medical personal don't have enough time. Ensuring of activation in geriatric patients in hospital is very challenging, always is used specific methods.

Keywords: geriatric patient, senior, old age, activation, activation methods

OBSAH

ÚVOD	12
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 GERIATRIE	14
1.1 GERIATRICKÁ KŘEHKOST.....	14
1.2 GERIATRICKÝ PACIENT	14
1.3 TESTY A ŠKÁLY VYUŽÍVANÉ V GERIATRII	15
2 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	17
2.1 DEMOGRAFIE.....	17
2.2 ZMĚNY VE STÁŘÍ	17
2.2.1 Tělesné změny.....	18
2.2.2 Psychické změny	20
2.2.3 Sociální změny	21
3 AKTIVIZACE	23
3.1 FORMY AKTIVIZACE	24
3.1.1 Arteterapie	25
3.1.2 Muzikoterapie	25
3.1.3 Biblioterapie	26
3.1.4 Ergoterapie	26
3.1.5 Pohyb ve stáří	27
3.1.6 Kognitivní rehabilitace a stimulace.....	27
3.1.7 Reminiscence	28
3.1.8 Canisterapie	28
3.2 SPECIFIKA AKTIVIZACE PACIENTA S DEMENCÍ.....	28
4 KOMUNIKACE SE SENIORY	30
4.1 SPECIFIKA KOMUNIKACE SE SENIORY	30
4.2 „ELDERSPEAK“	30
4.3 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE	31
4.4 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE	32
PRAKTICKÁ ČÁST	34
5 METODIKA PRÁCE	35
5.1 CÍLE PRÁCE	35
5.2 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU	35
5.3 TECHNIKA PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	35
5.3.1 Formy položek rozhovoru	36
5.3.2 Charakteristika položek rozhovoru	36

5.4	ORGANIZACE ŠETŘENÍ	36
5.5	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT	37
6	VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	38
7	DISKUZE	56
	ZÁVĚR	60
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	61
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	66
	SEZNAM TABULEK.....	67
	SEZNAM GRAFŮ	68
	SEZNAM PŘÍLOH.....	69

ÚVOD

Předmětem bakalářské práce je aktivizace pacientů v nemocničním prostředí. Dle mého názoru tematika péče o seniory je a do budoucna bude velmi aktuální. Nejčerstvější demografické studie dokazují, že trend stárnutí nezadržitelně stoupá nejenom v České Republice, ale i v dalších zemích Evropy, proto je potřeba věnovat problematice seniorského věku dostatek pozornosti.

V bakalářské práci jsem se zaměřila na pacienty geriatrického oddělení v nemocnici krajského typu, kde již třetím rokem pracuji na pozici všeobecné sestry. Práce se seniory mě naplňuje a těší, proto jsem si vybrala téma mně velmi blízké.

V důsledku inaktivity geriatrických pacientů dochází ke zvýšené únavě, výraznému omezení pohybové aktivity, apatii, ztrátě zájmu, nechutenství a hmotnostnímu úbytku. Aktivizace v nemocnici může napomoci prevenci těchto a také dalších změn, které vznikají jako následek nečinnosti geriatrických pacientů.

Aktivita je důležitá pro udržení a posílení fyzického i psychického zdraví. Při zapojení do aktivizačního programu má senior pozitivní dojem ze seberealizace, sociální interakce. Má možnost poznat nové přátele z řad vrstevníků a získat další cenné zkušenosti. Nejednou aktivizace slouží jako pomůcka k odreagování při separaci od rodiny a blízkých. Aktivizace v nemocnici je proto velmi důležitá, ale bohužel často opomíjená. V praxi se setkáváme s pacienty, kteří po celou dobu hospitalizace odpočívají na lůžku bez jakéhokoli podnětu, což vede k postupnému zhoršování soběstačnosti a případnému prohlubování depresivních stavů. Je nezbytné pacienty geriatrického oddělení neustále stimulovat, pobízet k činnosti a motivovat k určitým úkonům v rámci jejich možností. Protože jen tak neztratí v nemocnici chuť do života a schopnost péče o sebe samého.

Ve své bakalářské práci jsem se snažila zjistit, zda mají senioři hospitalizovaní na geriatrické oddělení zájem o aktivizaci a pokud ano, o jaký typ aktivizace by stáli.

Dále jsem se zaměřila na vytvoření a realizování aktivizačních setkání s geriatrickými pacienty.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 GERIATRIE

Geriatric je samostatný lékařský obor interdisciplinárního typu [12]. Jedním z předních cílů geriatric je optimalizace zdravotního a funkčního stavu seniorů. Dále se snaží o snižování chronické disability, oddálení ztráty soběstačnosti a vylepšení prognózy akutních dekompenzací. V poslední době se geriatric zaměřuje na rozvoj a kvalitu následné a dlouhodobé péče, která zahrnuje i rehabilitační ošetřovatelství [56]. Předmětem je stárnoucí člověk ve zdraví a nemoci. Úzce spolupracuje s ostatními lékařskými obory.

1.1 Geriatrická křehkost

„Geriatrická křehkost je věkově podmíněný pokles potenciálu zdraví s kumulací funkčně závažných deficitů a změn zvláště mentálních, pohybových a nutričních. Obecně je vnímána jako opak vitality“ [45, s. 66]. Na vzniku geriatrické křehkosti se podílí biologické omezování, polymorbidita, způsob života, genetické předpoklady a psychosociální faktory. Pro stanovení geriatrické křehkosti je třeba přítomnost alespoň tří z pěti základních znaků [11]. *„Mezi základní znaky patří nechtěný úbytek tělesné hmotnosti alespoň o 4,5 kg za rok, subjektivně vnímaná únava, vyčerpanost, svalová slabost, nízká hodnota stisku ruky, pomalá chůze, nízká úroveň pohybové aktivity“* [45, s. 67]. Kauzální léčba neexistuje. V praxi se pracovníci zaměřují na postupné zkvalitňování stavu. V první řadě je důležité, aby pacient dostatečně přijímal jídlo, byl dostatečně hydratovaný a pravidelně rehabilitoval. Nic z toho by nebylo možné bez dostatečné motivace. Po splnění těchto základních intervencí je možné přistoupit k dalším opatřením [12].

1.2 Geriatrický pacient

V širším slova smyslu se o geriatrickém pacientovi hovoří jako o člověku ve věku nad 75 let [11]. Je ale vhodnější vnímat geriatrického pacienta jako seniora, který má specifické zdravotní či zdravotně sociální potřeby a vykazuje v souvislosti se svým zdravotním stavem zvýšené riziko. Ve většině případů se jedná o pacienty multimorbidní, ohrožené poruchou soběstačnosti a s vysokým rizikem dlouhodobé či trvalé ústavní péče. U geriatrických pacientů se setkáváme s atypickými projevy a průběhem onemocnění [12].

„Často se vzhledem k multimorbiditě, involuční křehkosti a potřebě multidisciplinárního přístupu ocitají v „území nikoho“. Bez náležité péče cirkulují mezi pracovišti různých od-

borností, proto jsou ohroženi geriatrickým hospitalizmem, který je následkem přístupů nepřiměřených jejich stavu“ [11, s. 25]. Geriatrický hospitalizmus bývá charakterizován nadměrným množstvím komplikací, zhoršením soběstačnosti a v konečném důsledku také indikací k následné dlouhodobé péči [13].

V praxi se můžeme setkat s pojmem hospitalizovaný senior, který se od geriatrického pacienta liší tím, že netrpí polymorbiditou a nemá vysoké riziko vzniku geriatrického hospitalizmu.

1.3 Testy a škály využívané v geriatrii

Při plánování a následné realizaci aktivizace bychom měli znát výsledky některých testů a škál, které mohou být nápomocny v sestavování individuálního plánu volnočasových aktivit pro seniora. V geriatrii slouží k posouzení soběstačnosti níže uvedené škály.

Test základních denních činností dle Barthelové, Activities of Daily Living

Jedná se o v současné době nejpoužívanější testování hodnotící základní denní činnosti. Ukazuje informace o základní sebeobsluze. Obsahuje deset položek. Jedná se o najedení, napití, oblékání, osobní hygienu, koupání, kontinence moči, kontinence stolice, použití WC, chůze po schodech, přesun z lůžka na židli či vozík a chůze po rovině [44]. V praxi se užívá zkratka ADL. Škála je uvedena v příloze PIII.

Test instrumentálních aktivit denního života, Instrumental Activities of Daily Living

Vypovídá o schopnosti jedince samostatně fungovat v běžném životě. Hodnotí telefonování, nakupování, příprava jídla, vedení domácnosti, praní, samostatnou dopravu, samostatné užívání léků, nakládání s penězi [44]. Pro škálu se používá zkratka IADL. Známa je modifikace podle Lawtona, která je přiložena v příloze PIV.

Katzův index nezávislosti

Tvoří základ pro ADL. Obsahuje hodnocení koupání, oblékání, používání toalety, přemisťování, kontinence, jezení. Je umístěn v příloze PV.

Důležitý je také stav psychických a kognitivních funkcí a úroveň depresivity. K posouzení slouží následující škály.

Geriatrická škála deprese dle Yesavage

Tato praktická škála má velmi dobrou výpovědní hodnotu. V původní formě obsahovala třicet otázek. Nyní se více využívá verze, která má otázek patnáct [41]. Nachází se v příloze PIV.

Mini Mental State Examination

Je jednoduchý, spolehlivý a často užívaný. Slouží ke zhodnocení kognitivních funkcí. Body se udělují za různorodé úkoly z oblasti orientace, paměti a její výbavnosti, pozornosti, počítání, psaní a obkreslování obrazce. Maximální hodnota, které lze dosáhnout, je 30 bodů [44]. Test je k nahlédnutí v příloze PII.

Functional dementia scale

Hodnotí stupeň postižení instrumentálních aktivit denního života v důsledku kognitivního postižení [44].

„Není podstatné, kterou z metod použijeme, každá z nich napomůže získat lepší a ucelenější pohled na pacienta, než nám jej může poskytnout pouhý soubor diagnóz“ [41, s. 180].

2 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

O stárnutí a stáří se v poslední době mluví i píše čím dál více a to zejména proto, že se mění struktura společnosti. Stárnutí je proces, který začíná již od početí. Za skutečné projevy stárnutí jsou však považovány poklesy některých funkcí, které nastávají až po dosažení sexuální dospělosti [22]. Z pohledu vývojové psychologie je stáří životní období nad 60 let. Stáří lze dělit pomocí kalendářního neboli chronologického věku:

- rané stáří, vyšší věk (senescence): 60 - 74 let,
- pokročilý věk, vlastní stáří (senium): 75 - 89 let,
- dlouhověkost (patriarchium): 90 let a více [12].

Další aspekt, podle kterého můžeme dělit stáří, je funkční věk. Funkční (biologický) věk je daný souhrnem biologických, psychologických a sociálních charakteristik [25]. Tento věk nemusí být v souladu s věkem kalendářním. Odpovídá stavu organismu po stránce biologické, psychické a sociální. Při posuzování seniora bychom měli brát v potaz spíše věk biologický než věk chronologický.

2.1 Demografie

Ve všech hospodářsky vyspělých zemích se stává zdravotnickou prioritou stárnutí populace. Dochází a do budoucna bude docházet k narůstání počtu osob seniorského věku. Přírůstek jedinců na 60 let můžeme rozdělit na relativní a absolutní. Relativní je v případě, když se objevuje nízká porodnost s klesajícím podílem dětí a mladých. Absolutní přírůstek nastává v době, kdy klesá úmrtnost ve středním věku a ve stáří, tzn., že více lidí se dožívá stáří a staří lidé žijí déle a dožívají se vyššího věku.

K typickým rysům seniorské populace patří převaha žen. Poměr žen k mužům činí v ČR ve věkové skupině 60 - 64 let asi 1,2:1. Ve skupině 75 - 79 let je to asi 1,8:1. Ve skupině lidí ve věku 90 a více let je tento poměr asi 3:1. Předpokládaná délka života žen je 78,5 let, u mužů 72 let [13].

2.2 Změny ve stáří

Proces stárnutí je charakterizován fyzickými, psychickými a sociálními změnami.

2.2.1 Tělesné změny

Změny na kůži

Výrazné změny můžeme pozorovat především na kůži, nehtech a vlasech. Kůže bývá suchá a svědí, což je následek snížené produktivity mazových a potních žláz. Na rukou, ramenou a někdy i ve tváři se objevují stařecké skvrny. Bariérová funkce kůže výrazně klesá. Mění se krevní zásobením kůže. Nervová zakončení a receptory reagují jinak. Výsledkem těchto biologických změn je mnohem větší náchylnost ke kožním infekcím, k tvorbě kožních defektů a následně také déle trvající hojení ran [10].

Snižuje se kvalita vlasů, ubývají vlasové folikuly, vlasy řidnou, ztrácejí svůj lesk, šediví díky snížení počtu melanocytů a jejich dysfunkci. Nehty rostou pomaleji a stejně jako vlasy ztrácejí na kvalitě [34].

Změny nervového systému

S přibývajícím věkem úměrně klesá počet buněk centrálního a autonomního nervového systému, stejně tak jako produkce látek, díky kterým mezi sebou buňky komunikují. Dále je důležité zdůraznit, že se prodlužují reakce na vnější podněty, protože je zpomalena rychlost vedení nervového vzruchu. Velmi důležitým aspektem je, že se zvyšuje riziko nežádoucích účinků některých léků [29].

Změny pohybového systému

Pohybový systém je významnou oblastí změn. Dochází k zániku svalových buněk, které jsou nahrazeny vazivem. S tím souvisí klesající rychlost a síla kontrakcí kosterního svalstva. Často se setkáváme s úbytkem kostní denzity. Kostí mění svůj tvar a strukturu, což vede k častějším zlomeninám. V kloubech probíhají degenerativní změny, které způsobují bolestivost, ztuhlost a omezení rozsahu pohybu. Ve stáří se mění také postava člověka. Můžeme říci, že tělesná výška se zmenšuje, protože atrofují meziobratlové ploténky [25].

Změny v činnosti dýchacího systému

Ve stáří se setkáváme s poklesem inspiračního a expiračního tlaku, s poklesem vitální kapacity plic a to v důsledku ochabnutí mezižeberních svalů a bránice a změn skeletu v hrudníku. Senioři mají větší náchylnost k respiračním infekcím, jelikož vlivem ochablého výdechového svalstva nejsou schopni vykašlávat hlen, který stagnuje v dýchacích cestách. Nižší výkonnost dýchacího systému může být vyvolávající příčinou dušnosti [12].

Změny v činnosti kardiovaskulárního systému

Ubývání elastinu a přibývání kolagenu ve stěně cév vede ke snížení elasticity a průtoku krve cévami, což zapříčiňuje nedostatečné prokrvení některých částí těla. Klesá pracovní kapacita srdce. To se projevuje především při zvýšené tělesné námaze nebo při zvýšeném psychickém stresu [25]. Krevní tlak stoupá z důvodu menší poddajnosti, vyšší rigidity cév. Výrazně se zvyšuje systolický tlak, diastolický pouze mírně. Často se setkáváme s fibrilacemi síní [40].

Změny v činnosti trávicího systému

V trávicím systému dochází k snižování tvorby trávicích enzymů, tím se zpomaluje trávení a vstřebávání živin. Významnou změnou je ztráta dentice. Senioři mají také často vlivem léků snížené množství slin. Celkově dochází k zhoršení motility orgánů trávicího traktu. Dále se setkáváme s atrofií pankreatu a snížením jeho exkretční a sekreční funkce, s tím související vznik poruchy glukózové tolerance nebo diabetu mellitu II. typu. Snížený svalový tonus ovlivňuje peristaltiku střev a zpomaluje vylučování stolice, načež nasedá nechutenství a zácpa [29].

Změny v činnosti vylučovacího systému

Ve stáří je nižší koncentrační a filtrační schopnost ledvin. Klesá množství správně fungujících nefronů. Tuto skutečnost nelze opomíjet především v případě, že jsou seniorům podávány léky, které se vylučují ledvinami, protože je velmi vysoké riziko hromadění a toxického působení na organismus. Pro udržení funkce ledvin na určité úrovni je nezbytný dostatečný denní příjem tekutin, protože staří lidé ztrácejí pocit žízně a hrozí dehydratace [12]. Výrazné změny se nevyhnou ani močovému měchýři, kde vzniká atrofie sliznic. Kapacita močového měchýře klesá (250 - 400ml). U žen dochází k povolání svalů pánevního dna, u mužů jsou velmi časté potíže s prostatou. Kombinací těchto skutečností se setkáváme se vznikem inkontinence moči [25].

Změny smyslového vnímání

K změnám zrakovým můžeme zařadit ztrátu zrakové ostrosti, sníženou adaptabilitu na tmou a šero, sníženou akomodační schopnost čočky a ztrátu periferního vidění.

Další smyslový orgán je ucho. Zhoršení sluchu vlivem degenerace buněk ve vnitřním uchu se nazývá stařecká nedoslýchavost (presbyakuze).

Zrakové a sluchové deficity jsou pro starého člověka ohromnou bariérou v komunikaci, protože jeho adaptabilita je mnohem těžší než u mladších jedinců [34].

U seniorů je také oslabena chuť a čich. Příčinou je snížení počtu chuťových papil na jazyku a degenerace buněk šedé kůry mozkové zodpovědné za tyto smysly.

Je sníženo i vnímání polohy a pohybu těla. To vysvětluje fakt, že staří lidé jsou rizikovou skupinou v otázce pádů [29].

Změny v řízení termoregulace

V důsledku pomalejšího metabolismu se snižuje tělesná teplota. Je důležité, abychom seniory nevystavovali tepelnými extrémům, protože funkce jejich kompenzačních mechanismů termoregulace je nedokonalá [25].

Změny v pohlavním a reprodukčním systému

U žen dochází ke snížené produkci estrogenů. Sliznice a kůže v oblasti vagíny atrofuje. U většiny mužů klesá hladina testosteronu. Pokles hladiny testosteronu vyvolává únavu, pocení, depresi, potíže se soustředěním. Pohlavní pud přetrvává do vysokého věku. Podmínkou je dobré zdraví a partner, který má o sexuální aktivitu zájem [12].

2.2.2 Psychické změny

Během stárnutí se setkáváme s psychickými změnami, které považujeme za přirozenou součást stárnutí. Pro kvalitu psychiky ve stáří má zřejmě větší význam osobnost člověka v dospělosti. Typické povahové rysy, které člověk měl v dospělosti, se ve stáří stupňují nebo ubírají na intenzitě [19].

Percepce

Změny nastávají především v oblasti percepce. U 90 % starých lidí se objevuje zhoršení zrakové percepce, u 30 % starých lidí se projevuje zhoršení sluchové percepce [29].

Paměť a učení

„U seniorů se zhoršuje především krátkodobá paměť. Lidé si pamatují spíše starší zážitky, které ale mohou být časem zkresleny emocemi nebo pocity. Ve srovnání s mladší skupinou potřebují starší lidé 4x více doby na naučení úkolu, 2,5x více opakování k úplnému naučení se úkolu a dělají 4x více chyb“ [19, s. 9].

Intelligence

Při použití běžných testů na měření inteligenčního kvocientu lze zjistit, že průměrná inteligence seniorů klesá. Tento fakt je ovlivněn především proto, že tyto testy nejsou přizpůsobeny pro osoby seniorského věku. Vzestup intelektových schopností také není vyloučen, ale je závislý na povaze seniora a na povaze činnosti, kterou senior dělá [3].

Citové prožívání

Ve stáří se snižuje intenzita emocí. Emoce jsou labilnějšího rázu, senioři snadno podléhají dojetí. Někdy může dojít k tomu, že se senior začne stahovat sám do sebe, začne se uzavírat a hrozí sociální izolace [5].

2.2.3 Sociální změny

Pro spokojené stáří má nesmírný vliv vztah společnosti a rodiny vůči seniorovi. Velkým životním mezníkem je odchod do důchodu. Senior ztrácí kontakty, které díky práci udržoval. V důchodovém věku již není všechen čas a oblíbené aktivity řízeny prací, ale organizace je jen na samotném seniorovi, což se může někdy jevit jako problém. Je však nutné zdůraznit, že právě v tomto období je prostor k realizaci plánů, na které v produktivním věku nebyl čas nebo prostředky [19].

Ráda bych prezentovala nejčastější reakce na stáří, resp. na odchod do penze. Jako první je strategie konstruktivnosti. *„Je to ideální forma na stáří a akceptace stáří. Reprezentant tohoto způsobu vyrovnání se stářím se i nadále těší ze svého života, je otevřený, přizpůsobivý a tolerantní“* [5, s. 83].

Druhým nejčastějším způsobem vyrovnávání se je strategie závislosti. Jedinec vyznávající tuto strategii se chová pasivně, spoléhá na druhé a věří, že se o něho postarají jako po stránce finanční, tak citové [5]. *„Takový člověk je poměrně vyrovnaný, ale není ctižádostivý, rád se vzdal své práce a odešel do důchodu“* [35, s. 20].

Dále je to strategie obranného postoje. *„Lidé, kteří se zapojovali do společenského dění, dobře zvládali různé funkce v společenských či politických organizacích, se odmítají podrobit diktátu stáří. Nechtějí být v penzi, bojí se závislosti“* [5, s. 83].

Nelze opomenout strategii nepřátelství. Tato reakce je typická především pro muže, kteří v předchozím životě odmítali nést odpovědnost za své neúspěchy. Nebyli schopni přiznat svou vlastní vinu, a proto jsou v důchodovém věku neústupní a žijí většinou v ústraní [30].

Poslední nejčastější reakcí na odchod do důchodu je sebenávist. Postihuje podobnou skupinu starých lidí jako u reakce předchozí. Jediné, v čem se od strategie nepřátelství liší, je skutečnost, že tito lidé obracejí nepřátelství vůči sobě samým [29].

3 AKTIVIZACE

Aktivizací se rozumí podněcování, stimulace k činnosti [12]. Pojem aktivizace v nás však v žádném případě nesmí vyvolávat představu seniora jako pasivního příjemce předem připravených aktivizačních programů a činností.

„Aktivizace by se měla týkat psychické a fyzické stránky jedince, ale je třeba brát zřetel na individuální rozdíly“ [39, s. 54]. U aktivizace seniorů je nezbytné, aby byly splněny 3 podmínky. Senior musí chtít, umět a moci tuto činnost provádět. Často se v praxi setkáváme se seniory, kteří jsou pasivní a mají k tomu své důvody. Jedná se o problémy finanční, psychické, vztahové a v neposlední řadě také zdravotní. Aktivizaci lze obecně rozdělit na fyzickou a psychickou. Největší přínos fyzické aktivizace je u jedinců s poruchami hybnosti, kteří mohou být vysoce ohroženi imobilizačním syndromem. Psychická aktivizace je nutná především u jedinců, kteří mají sklony k depresivním stavům, sociální izolaci a u apatických osob. Zvláštní kategorií jsou dementní senioři. Jsou uvězněni ve světě, kterému přestávají rozumět, v němž se přestávají orientovat [39].

V obecné rovině je aktivizačním pracovníkem každý, kdo aktivizuje. Katalog Národní soustavy povolání definuje aktivizačního pracovníka takto: *„Aktivizační pracovník je kvalifikovaný pracovník, který vykonává základní výchovnou činnost, rozvíjí manuální zručnost, vyhledává, organizuje a provádí volnočasové aktivity u osob se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického duševního onemocnění nebo zdravotního postižení, závislosti na návykových látkách, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby“* [50].

Náplní pracovní činnosti aktivizačního pracovníka je práce při tvorbě a fixaci základních společenských a hygienických návyků klientů. Dále spolupráce s klientem při vytváření pozitivních sociálních a společenských kontaktů, rozvíjení pracovní aktivity klientů, vyhledávání, plánování a organizace volnočasových aktivit, které jsou zaměřeny na rozvoj osobnosti klientů, podporu zájmů, znalostí a kreativních schopností klientů formou výtvarné, hudební, dramatické nebo tělesné výchovy. Aktivizační pracovník také dále zabezpečuje zájmové a kulturní činnosti klientů [51].

Od aktivizačního pracovníka se očekává, že bude organizovat zájmové činnosti klientů podle jejich přání a možností, bude udělovat klientům psychickou podporu, vhodně zvoleně

nými aktivitami přispěje k udržení soběstačnosti klienta. V současné době je aktivizační pracovník pokládán za „pedagoga volného času“ [50].

Pro dosažení úspěšné a pozitivně působící aktivizace je zapotřebí dodržet určité podmínky. Jednou z hlavních a nejdůležitějších podmínek je respektování individuality a pocitů seniora. Činnosti by měly probíhat přirozeně a kopírovat běžný denní režim, měly by osobám vracet jejich zapomenuté dovednosti či znalosti. Na druhou stranu však nesmí přílišná snaha o jejich realizace zasahovat do důstojnosti jedince [10]. V nemocničním prostředí je realizace aktivizačních činností mnohem náročnější než aktivizace v oblasti sociálních služeb. Aktivizační činnosti v nemocnici jsou ovlivněny zdravotním a psychickým stavem seniora, organizační strukturou oddělení, celkovým chodem oddělení. To je mnohdy velmi obtížné skloubit tak, aby byla možná aktivizace, která bude působit pozitivně a bude individuální. Zdravý aktivní člověk je schopen uspořádat si své aktivity sám, zvažovat priority, rozlišovat práci, zábavu a odpočinek. Čím větší je fyzické nebo psychické omezení v důsledku zdravotního stavu, tím důležitější je podpůrná funkce prostředí [13].

Aktivizaci lze provádět individuální nebo skupinovou formou. Velmi vhodné je i zapojení rodiny pacienta. Náročnější na přípravu a spolupráci klienta s personálem nebo rodinou jsou aktivity individuální. Podporují soustředěnost, vnitřní aktivitu, kreativitu a prožitek sebe sama. Pro skupinovou aktivizaci se záměrně tvoří menší skupinky seniorů. Výhodou skupinové aktivizace je pocit jedince, že někam patří a přitom si zachovává vlastní identitu. V každé aktivitě hraje svou roli, kontroluje situaci, má možnost ovlivnit dění. Ve skupině pak nachází přátele a jejich podporu, porozumění [10]. Členům skupiny by měla být vždy poskytnuta zpětná vazba. Mezi skupinové aktivity se řadí hry, soutěže, tělovýchovné a kulturní akce, společný zpěv a tanec, společná četba.

Cíle aktivizace jsou společné hledání a nacházení toho, co dává člověku smysl, přináší mu radost, uspokojení, příjemné pocity. Aktivizace je přínosná pro upevnění fyzických i psychických sil. Dále pro zachování či zlepšení soběstačnosti, uvědomění si vlastní ceny a potřebnosti pro společnost, upevnění schopnosti vyjádřit vlastní názor [58].

3.1 Formy aktivizace

Aktivizační činnosti můžeme dělit podle stránky rozvoje na somatickou a mentální. Somatická může zahrnovat kuželky, turistické výlety a procházky, kondiční cvičení, plavání a

cvičení ve vodě, léčbu uměním, vyšívání, zahradničení. Mentální stránku lze rozvíjet pomocí společenských her, křížovek, počítače včetně internetu, společnou četbou, hudbou, trénováním paměti, promítáním filmů, prací se zvířaty, bohoslužbami.

3.1.1 Arteterapie

Arteterapie je léčebný postup využívající výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Dle České arteterapeutické asociace se arteterapie dělí na dva základní typy. Prvním z nich je terapie uměním, kde se klade důraz především na léčebnou schopnost činnosti. Druhým typem je artpsychoterapie, kdy jsou práce klientů dále psychoterapeuticky zpracovávány [55].

Arteterapie pro seniory je aplikovaná při cvičení krátkodobé paměti, pro posílení vlastních hodnot, jako pomůcka jemné motoriky. Pomáhá seniorům ve vyrovnávání se s novými životními situacemi, poklesem fyzických sil, ztrátou zdraví, specifickými důchodového věku a se změnami ve společenské a hospodářské oblasti [16]. Mimo jiné se snaží seniory stimulovat ke kreativě. Techniky používané v arteterapii musí být přizpůsobeny věku klientů, jejich schopnostem a celkovému zdravotnímu stavu. Techniky, které jsou využívány při sezeních, umožňují sebevyjádření, usnadňují komunikaci, pomáhají při ventilaci emocí a mohou být prostředkem psychického uvolnění [27].

3.1.2 Muzikoterapie

„Muzikoterapie je terapeutický přístup z oblasti tzv. expresivních terapií, které jsou také nazývány neverbální, umělecké nebo art kreativní terapie“ [20, s. 169]. Je pro ni charakteristické využívání zvuků, hudby a hudebních elementů. Její základní dělení je aktivní a receptivní. Při aktivní muzikoterapii se jedinec sám zapojuje do činnosti vlastním zpěvem nebo hrou na hudební nástroje. Základ receptivní muzikoterapie, která byla dříve označována jako pasivní, tvoří poslech a relaxace při hudbě [14].

Velká část lidí vnímá hudbu v přírodě zcela přirozeně jako hlasy ptáků, šumění stromů, bzučení hmyzu, bublání potůčku. Působení hudby mění rytmus dýchání, krevní tlak, velikost zornic apod. Působení hudby na neurovegetativní systém však závisí na okamžitém rozpoložení, na temperamentu, na spolupráci účastníka aktivizace, na vzdělání a také na sociokulturním prostředí [37].

V současné době se používá kombinace výtvarného vyjádření společně s hudební dovedností. Je třeba dbát na časový rozvrh a vhodnou náročnost, protože starší lidé se přirozeně rychleji unaví [14].

3.1.3 Biblioterapie

Biblioterapie znamená použití knih, literatury k léčebným účelům [49].

Biblioterapie nemá mezi bibliologickými vědami dlouhého trvání. Vznikala na základě poznatků z psychiatrie a psychologie. Původně sloužila při léčbě duševních poruch, ale v polovině 20. století byl objeven její léčebný charakter [49]. Hlavní náplní biblioterapie je dosažení změny u klienta. Změna obnáší vlastní pohled na sebe sama a získání nových dovedností, které mu pomohou při překonávání životních problémy [20]. Nelze podléhat mylné představě, že k biblioterapii patří pouze knihy. Můžeme použít i příručky, multimédia nebo film.

Pro biblioterapii v praxi je nezbytné mít dostatek hodnotné literatury pro staré lidi. Tato literatura by se měla týkat problémů tohoto věku. Materiály mohou být v podobě informační i beletristické [19]. Oblíbenou formou biblioterapie u seniorů je předčítání. Při předčítání senioři zachovávají svůj pasivně-receptivní postoj [49].

3.1.4 Ergoterapie

Ergoterapie prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedinců, které jsou nezbytné pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností. Ergoterapie probíhá u osob s různým typem postižení [57].

Cílem ergoterapie je zachovat si maximální soběstačnost v běžných denních činnostech a aktivitách volného času, podporovat péči o vlastní zdraví a duševní pohodu osoby prostřednictvím smysluplné a důstojné aktivity [33].

Ergoterapie patří do rehabilitace. V rámci ergoterapeutických činností je možné udržovat kloubní rozsah, svalovou sílu a v neposlední řadě také dobrý psychický stav. Používá kreativní metody jako například šití, háčkování, vaření, práce na zahradě.

Ergoterapeutický program by měl být sestaven tak, aby byl blízký způsobu života seniora.

3.1.5 Pohyb ve stáří

Pohybová aktivita by měla být součástí běžného dne staršího člověka. Aktivní pohyb ovlivňuje člověka z psychického, fyzického i sociálního hlediska. Pohybová aktivita má prospěšný vliv na stáří, zpomalení tempa stárnutí a také zlepšení kvality života [12].

Výběr pohybových činností musí být podřízen zdravotnímu stavu, věku, pohlaví, pohybovým zkušenostem a výkonnosti organismu. Co se týče zdravotního stavu je třeba při stanovení pohybového programu brát zřetel na to, zda je pohybová aktivita prováděna pro seniory bez závažného onemocnění nebo pro seniory se závažným onemocněním [28]. Před zahájením pohybového programu se doporučuje podrobit jedince internímu vyšetření s vyšetřením metabolismu tuků v krvi, funkce jater, funkce ledvin, glukózová tolerance, základních biochemické vyšetření se stanovením rizika pro rozvoj aterosklerózy, zátěžovým testem se záznamem elektrokardiogramu a krevního tlaku, se stanovením individuální běžné tepové frekvence pro trénink a základnímu vyšetření hybnosti [17].

Mezi žádoucí pohybové aktivity patří procházky, pěší turistika, jízda na kole, plavání a cvičení ve vodě, Nordic Walking, pohybové a psychomotorické hry, tanec vyrovnávací a uvolňovací cvičení, vybraná cvičení jógy [28].

Do cvičebního programu pro seniory by neměly být zařazovány přeskoky, seskoky, záklopy hlavy s rotací, prudké změny poloh a pohybů, náročnější hry vyžadující rychlost a obratnost [12].

3.1.6 Kognitivní rehabilitace a stimulace

Kognitivní rehabilitace představuje obnovování či udržování porušených kognitivních funkcí a posilování těch funkcí, které zůstaly zachovány [2]. Jedná se o zásah, kterým je možné zlepšit klientovu každodenní výkonnost. Je nutné rozlišovat mezi pojmy kognitivní rehabilitace, což je pojem více obecného rázu, a kognitivní trénink. Kognitivní trénink můžeme označit jako opakovaný nácvik a úsilí o vylepšení kognitivních funkcí [26].

Hlavním cílem kognitivní rehabilitace je především respektovat individualitu klienta, dosáhnout uvolnění napětí a stresu. Primárním záměr tréninku paměti a poznávacích procesů by mělo být rozvoj komunikace, nenásilná snaha o orientaci v realitě a také podpora iniciativy a aktivity klienta [1]. Terapeut by se měl při těchto cvičeních vyhnout korigování a opravování. Her a aktivit pro kognitivní rehabilitaci je nesčetné množství. Většinou se jed-

ná o jednoduché slovní hry, skládání obrazců, doplňování říkanek, zjednodušené puzzle. Aby tyto techniky byly v praxi prospěšné, musí se užívat vnímavě a s profesionálním přístupem [6].

3.1.7 Reminiscence

„Reminiscence je definována jako vybavování událostí ze života člověka, které probíhá buď o samotě nebo spolu s jinou osobou či skupinou lidí“ [43, s. 18]. Reminiscenční terapie může probíhat formou rozhovoru terapeuta s klientem nebo se skupinou klientů. Náplní rozhovoru je seniorův dosavadní život, předchozí aktivity, životní zkušenosti a příhody ze života. Vynikajícím podnětem bývají fotografie, předměty, nástroje a různé pomůcky, které dříve senior běžně užíval [43]. Používané metody jsou verbální i neverbální. K verbálním technikám patří recitace básní naučených ve škole, hlasité čtení z literatury pro pamětníky nebo z dobových novin a společný zpěv známých písní. Mezi neverbální techniky patří vzpomínkové boxy, kresby, žehlení, šití, pantomima, vaření, pečení. Význačný efekt má reminiscence pro osoby s demencí [8].

3.1.8 Canisterapie

Canisterapie je léčebný kontakt psa a člověka [54]. Canisterapie je součástí zooterapie, což je léčba za pomoci zvířat. Je to forma psychoterapie, která se opírá o kontakt člověka se psem a jejich vzájemné kladné interakci. Funguje jako individuální i skupinová terapie. Mezi hlavní přínosy canisterapie se uvádí rozvoj jemné i hrubé motoriky, orientace v prostoru, zlepšení interakce klienta s pečovateli a rodinnými příslušníky [21]. Klient má při terapii výrazné podněty k verbální i neverbální komunikaci. Pomocí canisterapie se nacvičuje koncentrace a zvýšení pozornosti, sociálního citění, dochází ke zlepšení kvality života a v některých případech i snížení agresivity pacienta [55].

3.2 Specifika aktivizace pacienta s demencí

V případě, že je aktivita užívaná dobře, může povzbudit člověka po duševní stránce a zažnat přicházející příznaky deprese. Program aktivity znamená celkový proces, kdy je každému klientovi udělena příležitost existovat pro něj nejpříjemnějším způsobem [38]. Aktivity zvolené pro pacienty s demencí by měly především zachovávat důstojnost starého člověka a podporovat jeho silné stránky [31].

Při aktivizaci seniorů s demencí je potřebné mít na paměti snížení psychomotorického tempa, zhoršení prostorového a smyslového vnímání, často zhoršení kvality řeči nebo afázie, nejistotu, úzkost, apatii, pasivitu a poruchy koncentrace nemocného [23].

Nezanedbatelný přínos má práce ve skupině. Poskytne nemocnému příležitost sdílet s někým své potíže, zprostředkuje výměnu prožitků a zkušeností, dokáže zvyšovat sebevědomí a pocit bezpečí [31].

4 KOMUNIKACE SE SENIORY

„Komunikace je nezbytná k efektivnímu sebevyjadřování, je přenosem a výměnou informací v mluvené, psané, obrazové nebo činnosti formě, která se realizuje mezi lidmi“ [4, s. 59].

Komunikace je základní podmínkou fungování mezilidských vztahů. Výjimkou není ani vztah mezi zdravotníkem a geriatrickým pacientem. Komunikace v profesi nelékařských zdravotnických pracovníků má svoji nezastupitelnou funkci, a proto je nutné budoucí profesionály vzdělávat v oblasti komunikačních dovedností po celou dobu jejich přípravy na povolání [42]. Předpokladem kvalitní péče o seniory je komunikace s ním. Ta ovšem vyžaduje dávku trpělivosti, dostatečnou profesionální způsobilost, komunikační zručnost, empatii a schopnost naslouchat. Osoby v pomáhajících profesích musí umět naslouchat seniorům nejen sluchem, ale i zrakem tzn. pozorování neverbálních projevů komunikace seniora, a srdcem, což znamená empatický přístup. Mezi 3 nezbytné podmínky ke splnění produktivní interakce mezi zdravotníkem a seniorem patří chtít, umět a moci komunikovat [24].

4.1 Specifika komunikace se seniory

V komunikaci se seniory existují bariéry, které lze rozdělit na interní a externí. Interní bariéry vyplývají ze schopností a dovedností jedince, jeho prožívání a zdravotního stavu. Do této skupiny můžeme zařadit obavu z neúspěchu, negativní emoce, nepřipravenost, fyzické nepohodlí nebo nemoc. Externí bariéry jsou dány zevním prostředím. Patří sem vyrušení další osobou, hluk, šum, vizuální rozptylování, neschopnost naslouchat, velké množství informací [18].

Jako další bariéry se uvádějí činitelé ovlivňující schopnost přijímat sdělovaný obsah, jako jsou fyzické změny, psychické změny, kognitivní změny a změny sociální. Dále jsou to činitelé ovlivňující schopnost produkovat nová sdělení či reakci na původní informaci, jako je aktuální psychický a fyzický stav, schopnost slovní produkce, subjektivní vnímání obsahu pojmu [24].

4.2 „Elderspeak“

„Profesionální pečovatelé běžně užívají v rozhovorech se seniory řečové vzorce, které zahrnují přílišné zjednodušování, nadměrné objasňování situací, zjednodušení větné vazby,

ponižující tón, povrchnost komunikace či dětskou řeč“ [24, s. 61]. Velká část pečujících o seniora tak bezděčně užívá „elderspeak“, který je definován jako styl řeči a komunikace nepodporující plnění cílů klientů a mající negativní dopad na pacienta z důvodu eticky nevhodného hovoření o starých lidech [18].

Elderspeak pramení ze zažitých stereotypů neobjektivního hodnocení seniorů a jejich schopností. Hlavní formy jsou potupné oslovování starých lidí jako „babi, dědo“ projevy opovržení vůči jim, verbální projevy ageismu a fenomén zvěčnění, kdy pečující mluví o pacientech jako o věci, jako o tom [11].

„Hlavní charakteristiky elderspeaku dle Caporaela jsou zpomalení řečového tempa, zvýšený tón hlasu, zdůrazněnou intonaci, častější opakování, jednodušší slovník a gramatika než v normální řeči dospělých“ [24, s. 63].

Dle dosažitelných odborných zdrojů je důležité varovat před užitím tohoto komunikačního způsobu, protože ve finálním dopadu může zapříčinit snížení sebehodnocení seniorů, snížení pocitu ručení za sebe sama a také depresi a izolaci [24].

4.3 Neverbální komunikace

„Neverbální komunikace tvoří velkou část sociální interakce a vzájemného polemizování. Hovoříme o bohaté a rozmanité řeči těla, kterou tvoří mimika, proxemika, haptika, posturika, gestikulace, vzhled a celková úprava zevnějšku“ [77, s. 588].

Mimika

Tvář je nejdůležitějším komunikačním orgánem. Vyjadřuje nejen právě prožívané pocity, ale také životní postoje, názory, myšlení a způsob života dané osoby. Při komunikaci je důležitý přímý zrakový kontakt, při němž vidí pacient do tváře terapeuta a naopak. Terapeut staršího člověka úsměvem pochválí, povzbudí, podpoří, uklidní a pozitivně naladí. Centrální roli v mimice hraje mnohovýznamová „řeč očí“ [18].

Proxemika

Označuje vzdálenost při komunikaci. Potřeba prostoru je individuální a mnohdy se liší s ohledem na kulturu. Obecně muži mají tendenci zdržovat se v menší vzdálenosti než ženy [18]. *„Při ošetřování geriatrického pacienta využívá aktivizační pracovník osobní zónu (vzdálenost 46 - 120 cm), případně společenskou zónu (120 - 360 cm)“ [77, s. 588].* Pokud

terapeut komunikuje s větším počtem pacientů, je dobré být ve vzdálenosti větší než 360 cm [77].

Haptika

Nejběžnějším projevem haptické komunikace je podání ruky. Senior podání ruky ocení zejména v případě, pokud se mu osoba, s níž komunikuje, představí [18].

Posturika

„Pod pojmem posturika rozumíme držení těla, napětí nebo uvolnění, náklon, poloha rukou, nohou, hlavy“ [18, s. 127]. Terapeut by měl vnímat a hodnotit polohu těla pacienta, zda je vzpřímená, schoulená, shrbená nebo například předkloněná [24].

Gestikulace

Gestika zahrnuje pohyby rukou a hlavy [18]. Gesta jsou v komunikaci nesmírně důležitá, protože mohou více upozornit na důležitost sdělované informace [24].

Vzhled a celková úprava zevnějšku

Vzhled a celková úprava mohou terapeutovi napomoci získat určité informace o seniorovi. Důležitý je oděv jako takový, jeho stav a čistota [77].

Pokorná [24] uvádí několik doporučení pro neverbální komunikaci. „Je vhodné se snažit o efektivní posouzení potřeby neverbální komunikace např. respektování teritoriality, určit si míru neverbálních projevů, např. nadměrná gestikulace může druhou osobu zastrašit a působit agresivně“ [24, s. 31].

4.4 Verbální komunikace

Komunikace pomocí slov je důležitá nejenom u geriatrických pacientů. Verbální komunikace s geriatrickým pacientem se neobjede bez zřetelné formulace uzavřených i otevřených otázek v rozhovoru. Senior dokáže ocenit, když ho při příchodu i odchodu pozdravíme a přiměřeně oslovíme. Při oslabení sluchového aparátu je třeba pomalejší a hlasitější řeč, zřetelná artikulace, častější opakování informací a získání zpětné vazby od pacienta. Při komunikaci s pacientem bychom neměli užívat cizí slova a odborné výrazy. Je rovněž důležité dát seniorovi dostatek času na reakci [25]. Aktivizační pracovník nesmí dávat najevo nedostatek času. Nelze zapomínat ani na emocionální rozpoložení a citovou labilitu seniora, který může během krátké chvíle projevovat pozitivní city např. smích, radost, otevřenost

a vzápětí negativní emoce jako jsou pláč, hněv, agresivita, uzavřenost, apatie. Proto je důležité, aby pracovník při rozhovoru myslel i na zachování intimity a respektoval soukromí pacienta [11]. Je nezbytné všimnout si paralingvistických projevů jako jsou hlasitost, plynulost, rychlost, kvalita a přízvuk řeči, síla a výška hlasu, rychlost odpovědi na otázku, délka projevu, výslovnost a případné chyby v řeči [24].

U pacienta s afázií se doporučuje hledat nové, alternativní způsoby komunikace podle jeho schopností, a to používání neverbálních projevů, obrázků, případně psaní informací. U demenčního klienta je důležité zjistit jeho orientaci v čase, prostoru a situaci [77].

Komunikace se starším pacientem musí být vždy důstojná, trpělivá, etická a musí respektovat jeho individualitu [24].

Je nezbytné zdůraznit principy vycházející z Evropské charty pacientů seniorů, která je přiložena v příloze PVII. Senior by měl zaujímat pozici partnera aktivizačního pracovníka, který musí umožnit klientovi podílet se na všech rozhodnutích. Terapeut je povinen zajistit dostatek pomůcek pro usnadnění komunikace a trpělivě naslouchat. Senior má právo na podrobné informace o dostupnosti zdravotních a sociálních služeb, proto by měl být aktivizační pracovník schopen mu tyto informace pravdivě sdělit [52].

Komunikace se seniorem není vždy jednoduchá. „*Cílem otevřené komunikace by mělo být uspokojování bio-psycho-sociálních a spirituálních potřeb pacientů v holistickém pojetí*“ [77, s. 589].

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

5.1 Cíle práce

Ve své bakalářské práci jsem si vytyčila níže uvedené cíle.

Cíl č. 1 Zjistit, zda pacienti na daném geriatrickém oddělení nemocnice krajského typu mají zájem o aktivizaci v průběhu jejich hospitalizace.

Cíl č. 2 Zjistit, o jaký typ aktivizace by měli pacienti hospitalizovaní na daném geriatrickém oddělení zájem.

Cíl č. 3 Naplánovat a realizovat aktivizační setkání s pacienty na daném geriatrickém oddělení.

5.2 Charakteristika průzkumného vzorku

Průzkumný vzorek mé práce tvořili pacienti hospitalizovaní na geriatrickém oddělení v nemocnici krajského typu. Počet respondentů byl 75. Věk respondentů se pohyboval mezi 60 a 98 lety. Do průzkumného šetření byli zařazeni respondenti s hodnotou testu Mini Mental State Exam nad 11 bodů včetně, bez ohledu na pohlaví, věk a vzdělání. K hodnocení bylo potřeba získat relevantní informace, proto do průzkumného šetření nebyli zařazeni respondenti s těžkou kognitivní poruchou.

5.3 Technika průzkumného šetření

Průzkumnou metodou byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Jedná se o metodu shromažďování dat, která se zakládá na verbální komunikaci průzkumného pracovníka a respondenta. Velkou výhodou rozhovoru je navázání osobního kontaktu, který umožňuje důkladnější rozbor položky. Při rozhovoru průzkumník sleduje reakce respondenta na položky a podle nich řídí jeho další průběh. Úspěšnost rozhovoru je dána z větší části schopností průzkumníka navázat vřelý vztah k respondentovi. Respondentům se v polostrukturovaném rozhovoru nabízí několik alternativ ke každé položce. Průzkumník od respondenta požaduje dodatečné vysvětlení nebo zdůvodnění dané odpovědi [8].

5.3.1 Formy položek rozhovoru

Polostrukturovaný rozhovor obsahoval soubor 13 položek, jež byly předem připraveny. Při rozhovoru bylo použito několik typů položek. Filtrační položky slouží k eliminaci průzkumného vzorku. Tyto položky nebyly součástí rozhovoru, ale byly zjišťovány ze zdravotnické dokumentace jednotlivých respondentů. Za filtrační položku je možné považovat v tomto konkrétním rozhovoru hodnotu MMSE. Otevřené položky nenavrhují respondentovi žádné přichystané odpovědi, v rozhovoru se jedná o položky č. 9, 10. Polozavřené položky vznikají z položek uzavřených přidáním možnosti „jiné“, v rozhovoru jsou to položky č. 1, 2, 3, 6, 8, 13. Uzavřené položky se vyznačují určitým počtem předem připravených odpovědí, v rozhovoru je uzavřená položka č. 12. O položkách uzavřených dichotomických mluvíme tehdy, je-li možné dát jen dvě vzájemně se vylučující odpovědi, v rozhovoru se tato charakteristika týká položky č. 7, 11. Uzavřené polytomické položky nabízejí více odpovědí než dvě, jedná se o položky č. 5, 4.

5.3.2 Charakteristika položek rozhovoru

Položky č. 7, 8, 11, 12 jsou zaměřeny na zjištění, zda geriatrictí pacienti mají zájem o aktivizaci v průběhu jejich hospitalizace.

Položky č. 9, 10, 13 posloužily k zjištění konkrétní představy respondentů o aktivizaci. K plánování a realizaci aktivizačních setkání byly za potřebí položky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 13.

5.4 Organizace šetření

Rozhovory probíhaly na geriatrickém oddělení v nemocnici krajského typu. V průměru trval jeden rozhovor 15 minut. Práce byla rozdělena do několika etap. V období září až říjen 2010 jsem shromažďovala materiály a probíhalo důkladné studium odborné literatury k tématu. Rozhovory probíhaly od poloviny měsíce prosince 2010 do začátku měsíce března 2011. V časovém rozmezí duben 2011 až květen 2011 jsem analyzovala a vyhodnocovala získaná data. Aktivizační setkání s pacienty geriatrického oddělení se konala v prosinci 2010, únoru, březnu a dubnu 2011.

5.5 Zpracování získaných dat

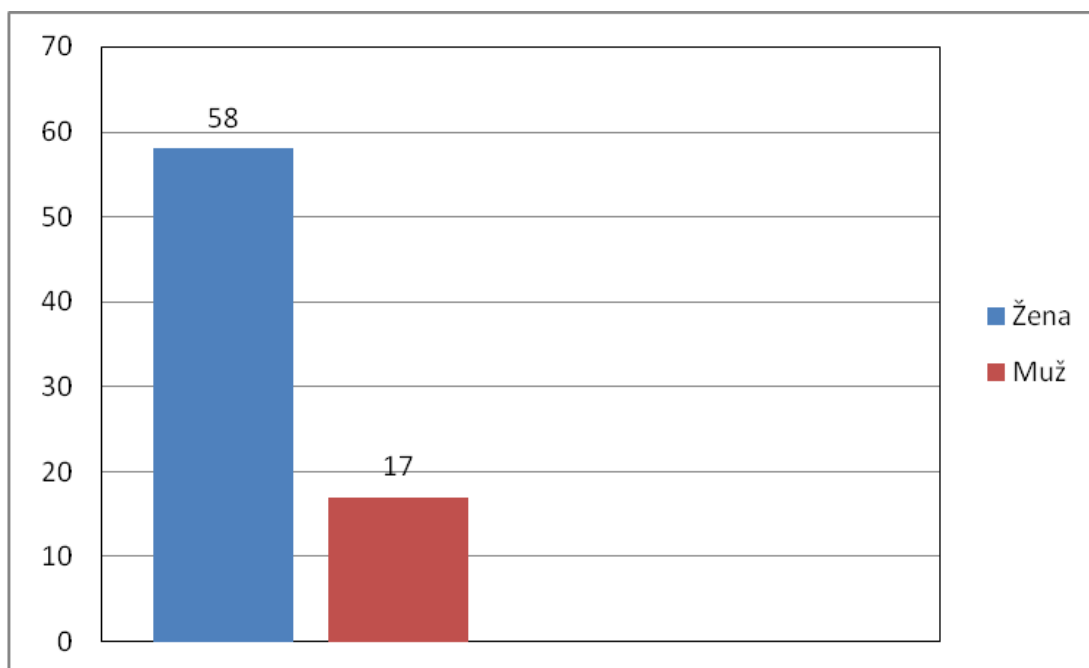
Jednotlivé položky v rozhovoru jsem zpracovala tak, aby byli přehledné a srozumitelné. Informace jsou zpracovány do tabulek četností a grafů. Absolutní četnost (n) vyjadřuje počet jednotek ze souboru, které mají společný znak, tj. vyjadřuje počet respondentů, kteří odpovídali v jedné položce stejnou odpovědí. Relativní četnost je vyjádřena v procentech a udává, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou hodnotu. Údaje jsou zaokrouhleny na celá čísla. Odpovědi na otevřené položky byly dodatečně kategorizovány a obsahově analyzovány.

6 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Pohlaví respondentů

Tabulka 1 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost (n)	relativní četnost v %
Žena	58	77
Muž	17	23
Celkem	75	100



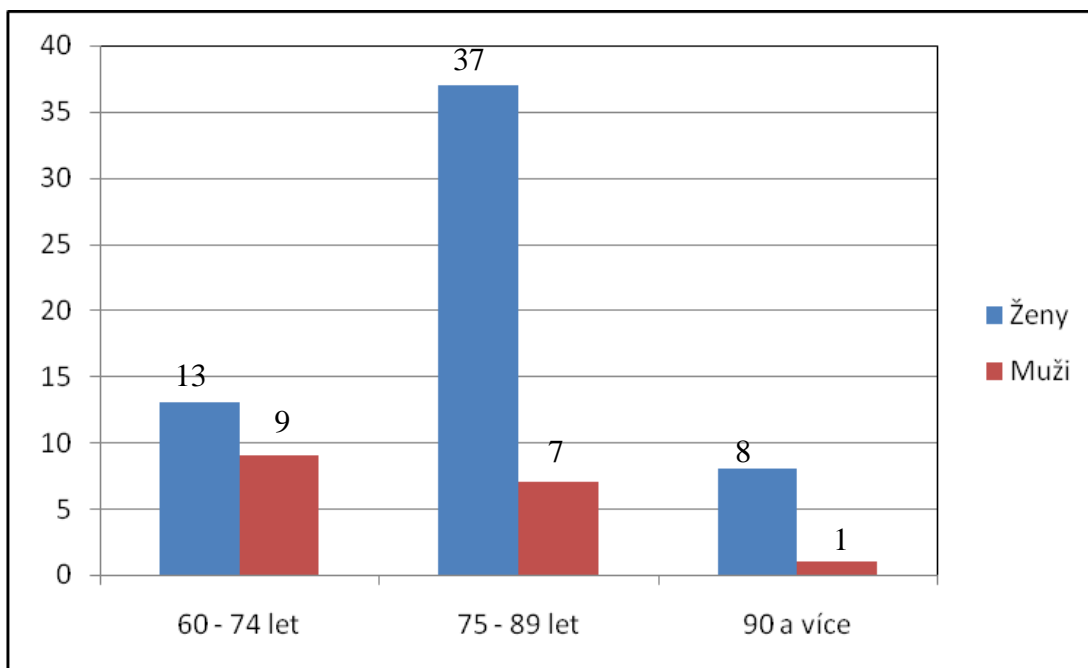
Graf 1 Pohlaví respondentů

Průzkumného šetření se zúčastnilo 58 žen (77 %) a 17 mužů (23 %).

Věk respondentů

Tabulka 2 Věkové složení respondentů

Věk	Ženy		Muži		Celkem	
	n	v %	n	v %	n	v %
60 - 74 let	13	17	9	12	22	29
75 - 89 let	37	49	7	10	44	59
90 a více	8	11	1	1	9	12
Celkem	58	77	17	23	75	100



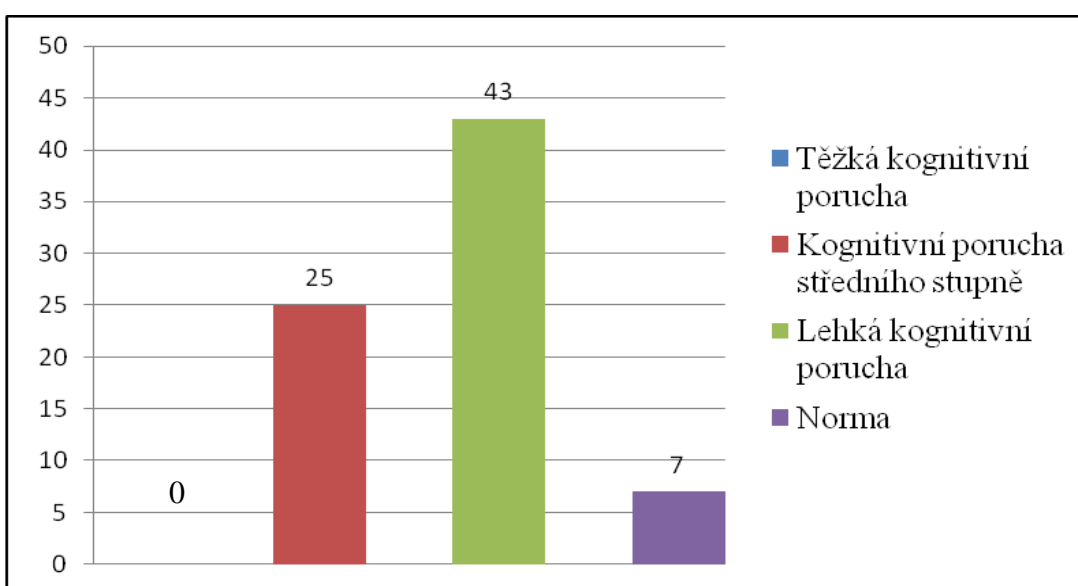
Graf 2 Věkové složení respondentů

Tabulka 2 a graf 2 znázorňují věkové rozložení respondentů a jejich pohlaví. 37 respondentů (49 %) bylo pohlaví ženského ve věkovém rozmezí 75 – 89 let. Druhou nejpočetnější skupinu tvořili ženy ve věkovém rozmezí 60 – 74 let, kterých bylo 13 (17 %). 9 mužů ve věku 60 – 74 let se rovnalo 12 % z celkového počtu respondentů. Průzkumného šetření se zúčastnilo 7 mužů (10 %) ve věku 75 – 89 let. Věková kategorie 90 a více let zahrnovala 8 žen (11 %) a 1 muže (1 %).

Hodnota Mini Mental State Examination

Tabulka 3 Hodnota MMSE

Hodnota MMSE	n	v %
Těžká kognitivní porucha	0	0
Kognitivní porucha středního	25	33
Lehká kognitivní porucha	43	57
Norma	7	10
Celkem	75	100



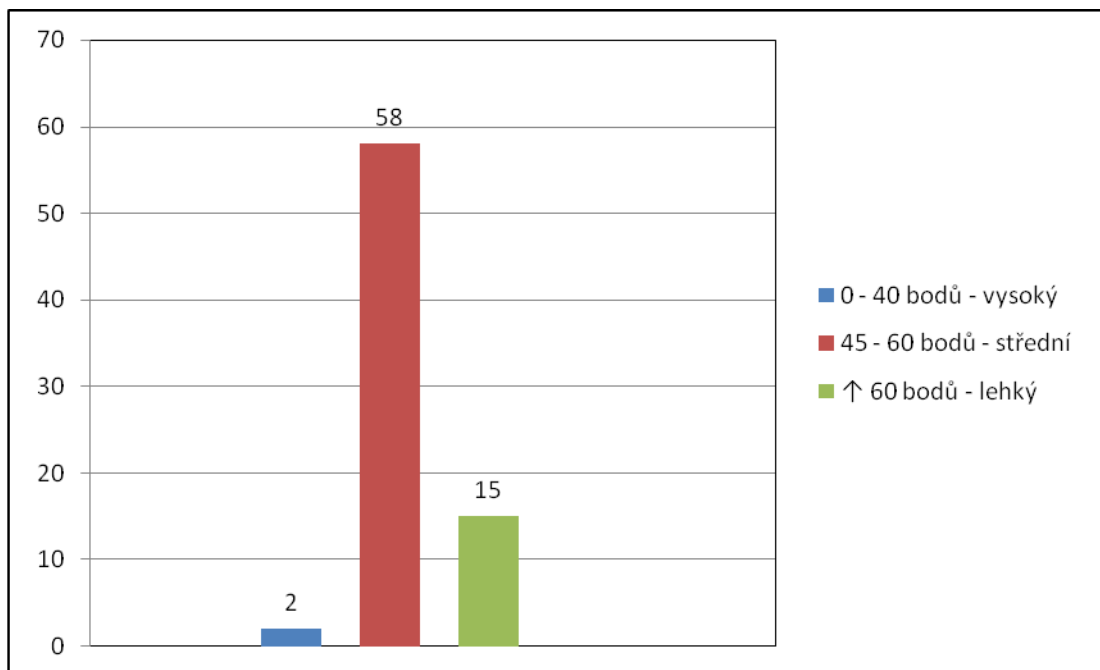
Graf 3 Hodnota MMSE

Tabulka 3 a graf 3 zobrazují výsledky MMSE pacientů hospitalizovaných na geriatrickém oddělení. Analýzou výsledků bylo zjištěno, že 43 respondentů (57 %) trpí lehkou kognitivní poruchou. Kognitivní porucha středního stupně byla stanovena u 25 respondentů (33 %). Do průzkumného šetření nebyli zařazeni žádní respondenti s těžkou kognitivní poruchou, protože nebyli schopni relevantních odpovědí na položky rozhovoru. 7 respondentů (10 %) mělo normální hodnoty MMSE. Skóre je převzato z lékařské dokumentace a je ze dne přijetí respondenta na oddělení.

Hodnota Activities of Daily Living

Tabulka 4 Hodnota ADL

Hodnota ADL - stupeň závislosti	n	v %
0 - 40 bodů - vysoký	2	3
45 - 60 bodů - střední	58	77
↑ 60 bodů - lehký	15	20
Celkem	75	100



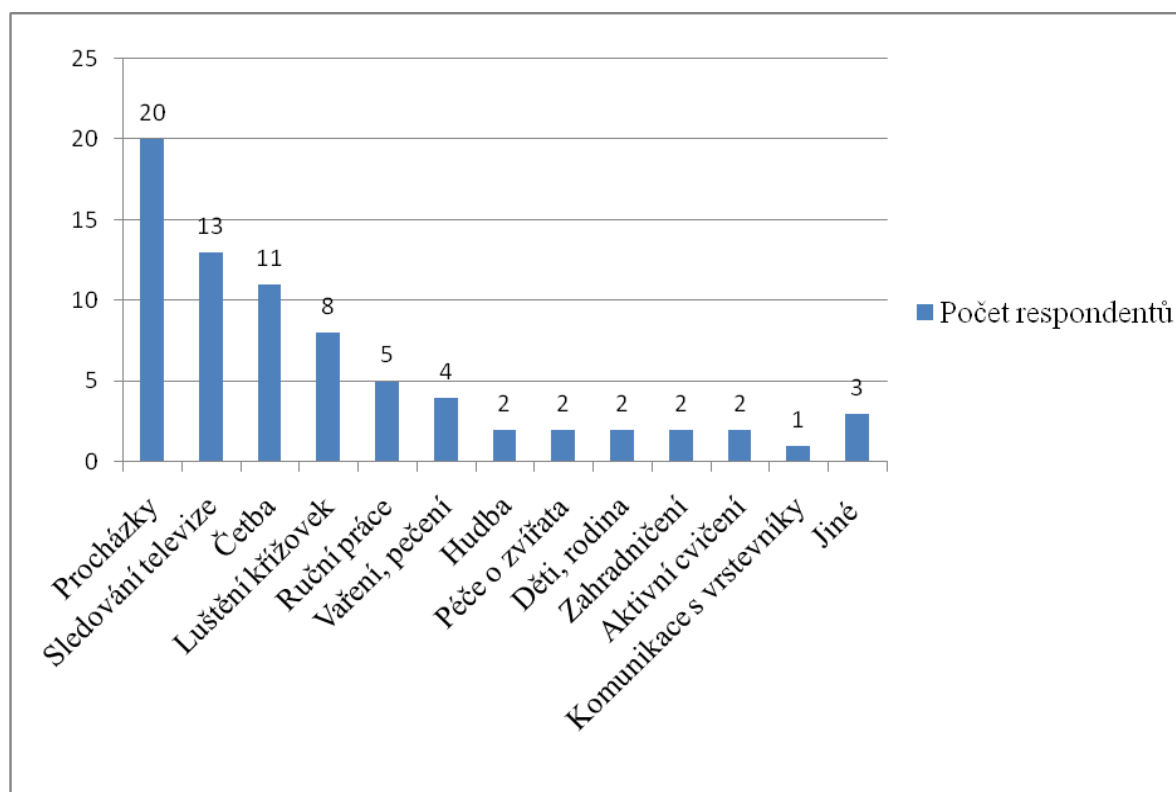
Graf 4 Hodnota ADL

Tabulka 4 a graf 4 znázorňují hodnoty ADL testu. Největší podíl má hodnota 45-60 bodů, což je střední závislost, a to 58 respondentů (77 %). Lehkou závislost vykazuje 15 respondentů (20 %). U 2 respondentů (3 %) byla stanovena vysoká závislost.

Položka č. 1 Zájmy respondentů

Tabulka 5 Zájmy respondentů

Zájmy respondentů	n	v %
Procházky	20	26
Sledování televize	13	17
Četba	11	15
Luštění křížovek	8	10
Ruční práce	5	7
Vaření, pečení	4	5
Hudba	2	3
Péče o zvířata	2	3
Děti, rodina	2	3
Zahradničení	2	3
Aktivní cvičení	2	3
Komunikace s vrstevníky	2	2
Jiné	3	4
Celkem	75	100



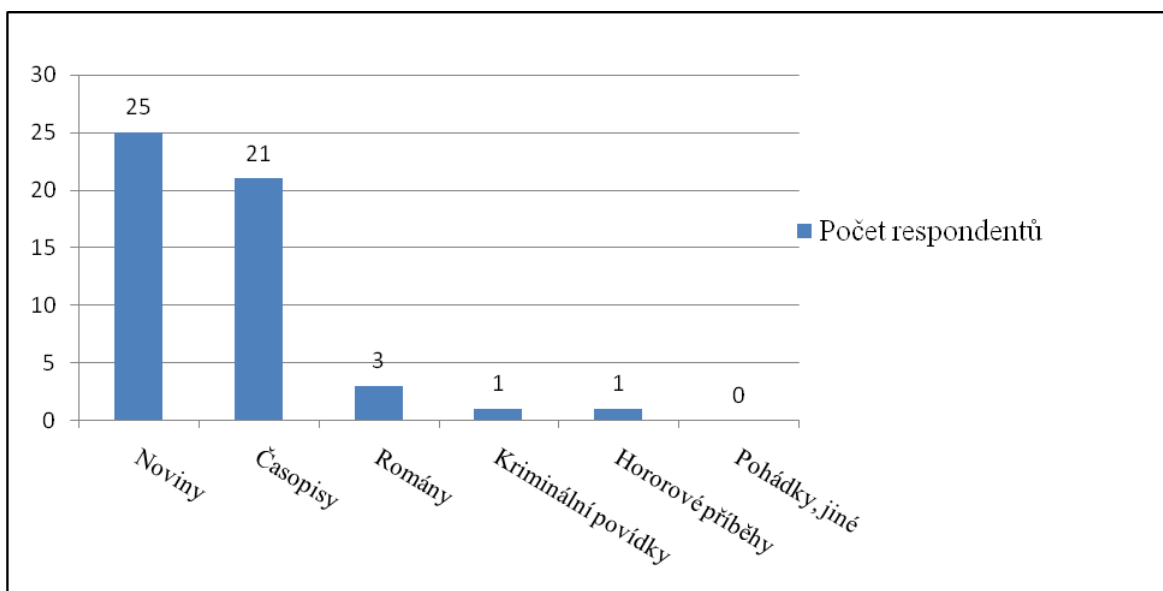
Graf 5 Zájmy respondentů

Nejoblíbenější činností respondentů jsou ve 20 případech procházky (26 %), sledování televize ve 13 případech (17 %) a četba v 11 případech (15 %), také luštění křížovek u 8 respondentů (10 %) a ruční práce (7 %). Dalšími zájmy respondentů jsou práce na zahrádce, vaření, pečení, hudba, komunikace s vrstevníky, péče o zvířata, trávení volných chvil s dětmi a rodinou a aktivní cvičení. Pod pojmem aktivní cvičení se rozumí pravidelná tělesná aktivity minimálně 1x týdně (např. jóga, pilates). Volné odpovědi využili 3 respondenti, kteří jako své největší zájmy udávali stavbu modelů letadel, péče o auto a sběratelská činnost, kdy respondent sbírá 40 let pivní tácky. Ani jeden respondent nemá rád malování, poslech rádia a práci s internetem.

Položka č. 2 Oblíbená četba respondentů

Tabulka 6 Oblíbená četba respondentů

Oblíbená četba	n	v %
Noviny	25	34
Časopisy	21	28
Romány	3	4
Kriminální povídky	1	1
Hororové příběhy	1	1
Pohádky, jiné	0	0
Žádná	24	32
Celkem	75	100



Graf 6 Oblíbená četba respondentů

Překvapující je informace, že 24 respondentů (32 %) vůbec nic nečetlo. 25 respondentů (33 %) si nejraději přečetlo noviny, kde z větší části vybíralo rubriku ekonomickou, kulturní a události ze světa. Nejméně respondenty zajímaly bulvární zprávy. 21 respondentů (28 %) pročetlo nejraději časopisy. Články, na které se respondenti zaměřovali, byly především na téma jídlo, péče o zahradu, kultura, ruční práce. Časopisy většinou upřednostňovaly ženy. 3 respondenti (4 %) uvedli jako odpověď romány. Odpověď hororové příběhy a kriminální povídky získali po 1 respondentovi (po 1 %). Možnost pohádky ne zvolil ani jeden respondent.

Položka č. 3 Oblíbené ruční práce respondentů

Tabulka 7 Oblíbené ruční práce respondentů

Oblíbené ruční práce	n	v %
Pletení	4	5
Háčkování	1	1
Paličkování, vyšívání, jiné	0	0
Žádné	70	93
Celkem	75	100

Zájem o ruční práce projevilo pouze 5 respondentů (6 %), z toho 4 respondenti (5 %) mají v oblibě ruční práce a 1 respondent (1 %) háčkování. Všichni respondenti, kteří uvedli oblíbené ruční práce, byli ženského pohlaví. 70 respondentů (94 %) uvedlo, že ruční práce nemají rádi. Vyšívání, paličkování ani jiné ruční práce neřekl žádný respondent.

Položka č. 4 Oblíbená hudba respondentů

Tabulka 8 Oblíbená hudba respondentů

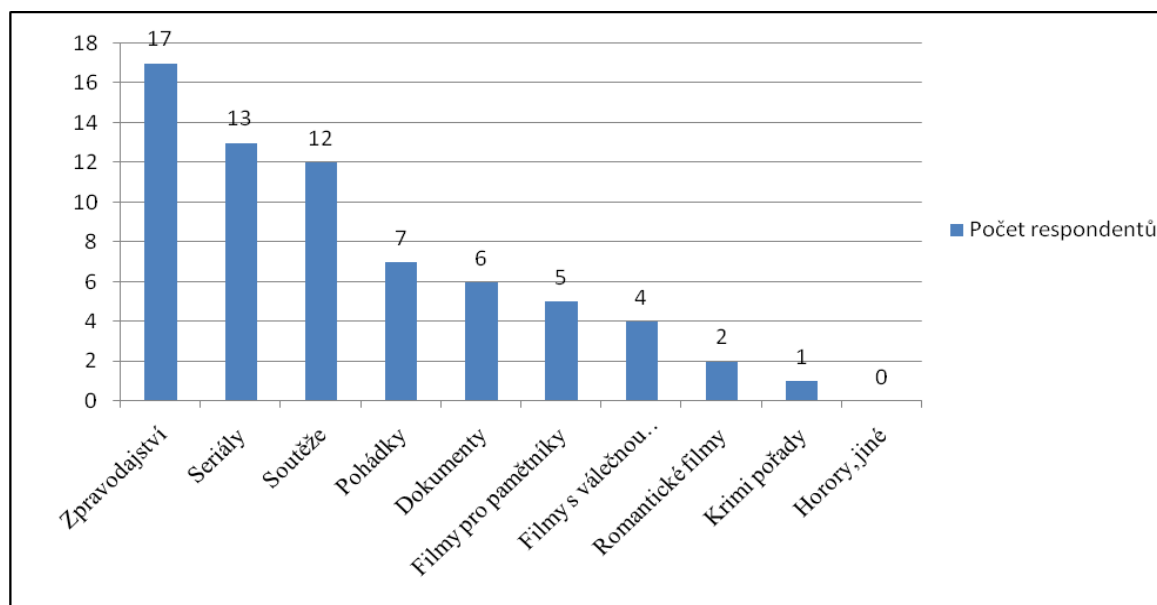
Oblíbená hudba	n	v %
Lidová	10	13
Dechová	8	12
Vážná	1	1
Folk a country	1	1
Moderní, Jazz, Jiná	0	0
Žádná	55	73
Celkem	75	100

Na otázku týkající se oblíbené hudby mělo 10 respondentů (13 %) jasno, líbí se jim lidová hudba. Oblibu v dechové hudbě udává 8 pacientů (12 %). 2 respondenti (2 %) uvedli jako oblíbenou hudbu folk, country a vážnou hudbu. 55 respondentů (73 %) neposlouchá žádný hudební styl. Moderní styl hudby, jazz a volnou odpověď nezvolil žádný respondent.

Položka č. 5 Oblíbené televizní pořady respondentů

Tabulka 9 Oblíbené televizní pořady respondentů

Oblíbené televizní pořady	n	v %
Zpravodajství	17	23
Seriály	13	17
Soutěže	12	16
Pohádky	7	9
Dokumenty	6	8
Filmy pro pamětníky	5	7
Filmy s válečnou tematikou	4	5
Romantické filmy	2	3
Krimi pořady	1	1
Horory, jiné	0	0
Žádné	8	11
Celkem	75	100



Graf 7 Oblíbené televizní pořady respondentů

17 respondentů (23%) nejvíce sleduje zpravodajství, 13 respondentů (17 %) má rádo seriály, soutěže vyhledává 12 respondentů (16 %). Při vyhodnocení nelze opomenout další téměř vyrovnané skupiny oblíbených pořadů, a to pohádky, dokumenty, filmy pro pamětníky, filmy s válečnou tematikou. 8 respondentů (11 %) televizi nesleduje vůbec. Možnost horory a volné vyjádření ne zvolil žádný respondent.

Položka č. 6 Další oblíbené aktivity respondentů

Tabulka 10 Další oblíbené aktivity respondentů

Další oblíbené aktivity	n	v %
Křížovky	4	5
Osmisměrky	2	3
Sudoku	2	3
Kruhové křížovky, Kris-kros, Jiné	0	0
Žádné	67	89
Celkem	75	100

Tabulka 10 shrnuje oblíbené aktivity na procvičení paměti. 8 respondentů (11 %) uvádí luštění klasických křížovek, osmisměrek a stále oblíbenějšího sudoku (3%). 67 respondentů si paměť neprocvičuje. Možnost kruhové křížovky, kris – kros a volnou odpověď nezvolil žádný z respondentů.

Položka č. 7 Co si respondent/ka představuje pod pojmem „aktivizace“?

Tato položka byla ponechána bez nabídnutých možností formou volné odpovědi. 37 respondentů (49 %) se vyjádřilo, že si pod pojmem aktivizace představují cvičení s rehabilitačním pracovníkem. Výroky respondentů, které byly zařazeny pod tuto skupinu zněly: „...nějaké cvičení...“, „...cvičení, které mi zlepší pohyb nohou...“, „léčebná kúra, kterou mi předepíše pan doktor...“, „...to je to, když mě vezme rodina ven na procházku...“, „...cvičení s rehabilitační sestřičkou...“.

Dále uvádím zajímavá vyjádření respondentů.

„...jsou to hry, které se hrají v nemocnici, když je čas...“, „...to je to, když za vámi někdo přijde a povídá si...“

Zvláště bych ráda uvedla výrok respondenta, který již pátým rokem pobýval v sociálním zařízení, kde je aktivizace legislativně upravena zákonem č. 108/2005 Sb.

„...to je taková situace, když vás pořád někdo nutí něco dělat a nenechá vás odpočinout...“

Pouze 2 odpovědi ze 75 dotazovaných vystihly podstatu aktivizace.

„...aktivita, díky které nám to tady rychleji uteče...“, „...myslím, že jsem to už někde četla, to jsou takové hry na paměť...“

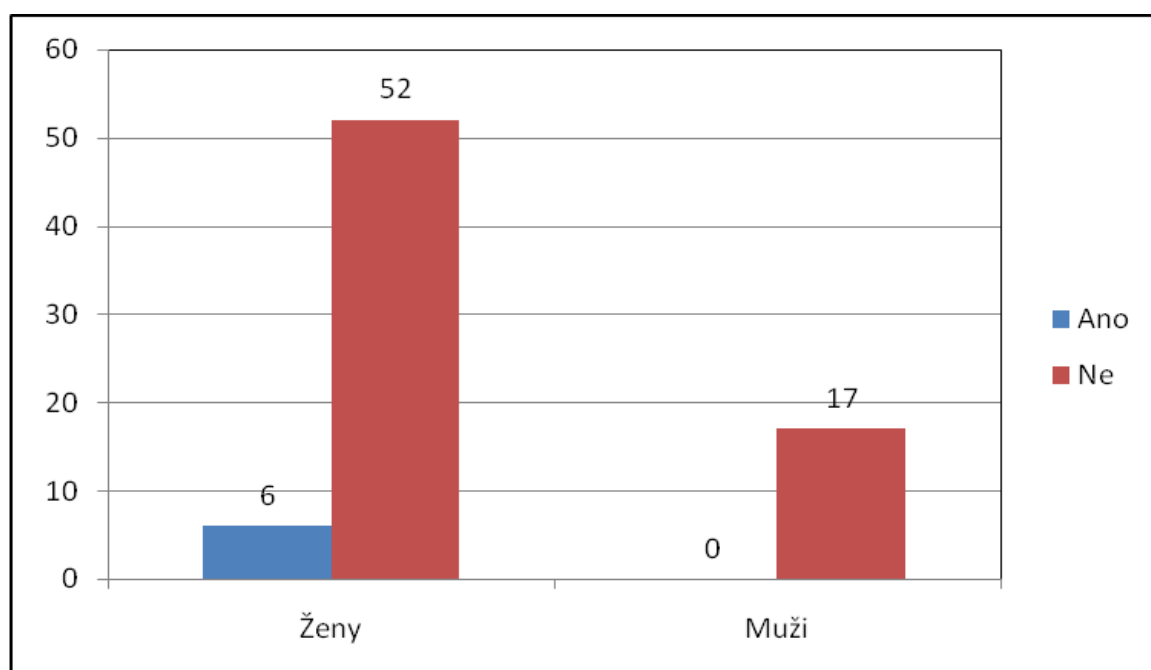
Ze získaných odpovědí vyplývá, že geriatrickí pacienti si představují pod pojmem aktivizace formu rehabilitace, cvičení, které jim zlepší jejich pohyblivost. Samozřejmě je možné v rámci aktivizačních setkání využít aktivizačních pohybových programů, ale ty určitě nemohou suplovat rehabilitační cvičení.

Je potřeba objasnit pacientům geriatrického oddělení pojem aktivizace. Vysvětlit jim přínos aktivizace. Nemělo by dojít k situaci, že klient bude vnímat volnočasové aktivity jako něco „co musí“.

Položka č. 8 Setkal/a se respondent/ka s volnočasovými aktivitami v nemocnici?

Tabulka 11 Předchozí zkušenosti respondentů s aktivizací

Předchozí zkušenosti s aktivizací	Ženy		Muži		Celkem	
	n	v %	n	v %	n	v %
Ano	6	8	0	0	6	8
Ne	52	69	17	23	69	92
Celkem	58	77	17	23	75	100



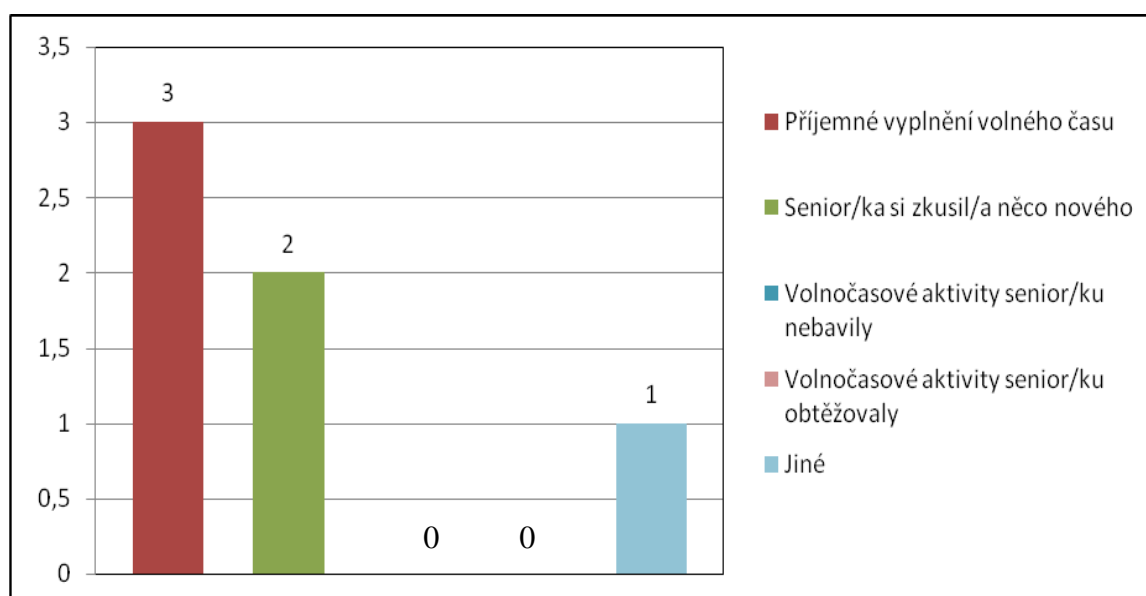
Graf 8 Předchozí zkušenosti respondentů s aktivizací

Po předchozím upřesnění pojmu aktivizace jsou výsledky zřejmé. 66 respondentů (92 %) se nikdy nesetkalo s aktivizací v nemocnici. 6 respondentů (8 %), kteří byli pohlaví ženského, uvedlo předchozí zkušenost s aktivizací. Byla zajišťována prostřednictvím dobrovolnické činnosti, tento typ aktivizace nebyl prováděn v dané nemocnici.

Položka č. 9 Pokud ano, jak volnočasové aktivity respondent/ka vnímal/a?

Tabulka 12 Pocity respondentů z aktivizace

Pocity respondentů z aktivizace	n	v %
Příjemné vyplnění volného času	3	50
Nové zkušenosti	2	33
Aktivity seniora/ku nebavily	0	0
Aktivity seniora/ku obtěžovaly	0	0
Jiné	1	17
Celkem	0	100



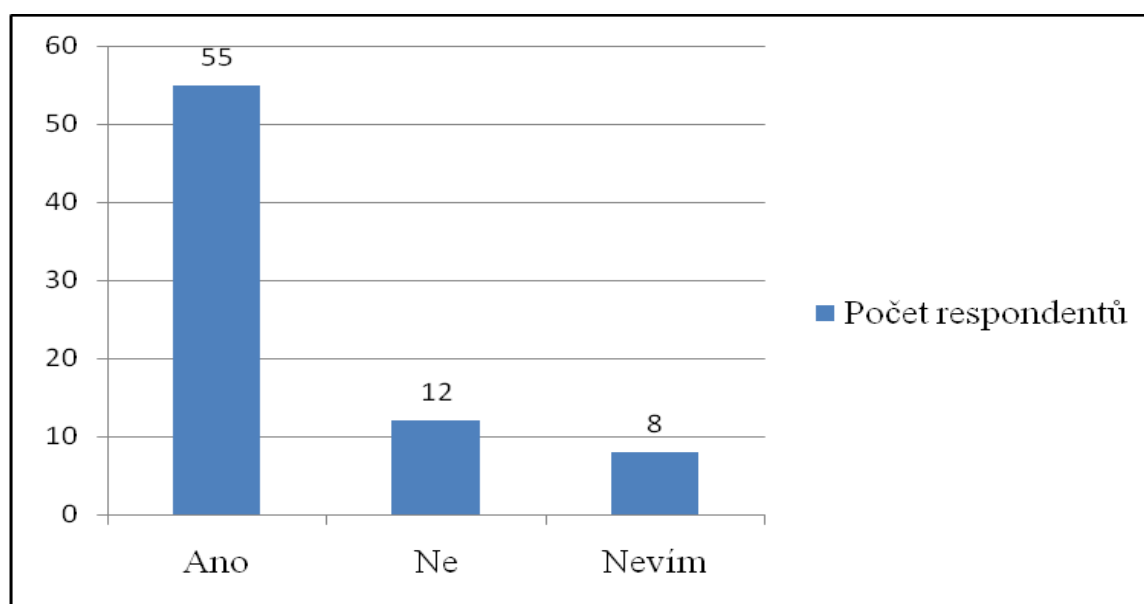
Graf 9 Pocity respondentů z aktivizace

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří se již s aktivizací v nemocničním prostředí setkali. 3 respondenti (50 %) vnímali aktivizaci jako příjemné vyplnění času, udávali, že v nemocnici čas utíká pomalu, proto jsou rádi za každou maličkost. 2 respondenti (33 %) uvedli jako největší výhodu aktivizaci skutečnost, že si mohli zkusit něco nového a obohatit se tak. Volnou odpověď využil 1 respondent (1 %), který řekl: „... aktivizace se mi líbila, ale slečna mě k činnosti musela trošku pobízet a mi moc nevyhovovalo, ale zase potom jsem byl ráda, že jsem se nechal přemluvit...“

Položka č. 10 Měl/a by respondent/ka zájem o aktivizaci?

Tabulka 13 Zájem o aktivizaci

Zájem respondentů o aktivizaci	n	v %
Ano	55	73
Ne	12	16
Nevím	8	11
Celkem	75	100



Graf 10 Zájem respondentů o aktivizaci

55 respondentů (73 %) mělo zájem o aktivizaci v nemocnici, ale pouze za určitých podmínek. 12 respondentů (16 %) by se žádné volnočasové aktivity neúčastnilo, nejčastěji z důvodu, že se přišli do nemocnice léčit a také si tady potřebují odpočinout a „mít svůj klid“. 8 respondentů (11 %) si není úplně jistých, jestli by se do takové aktivity zapojili. Záleželo by na jejich stavu, náladě apod.

Položka č. 11 Jak by si respondent/ka představoval/a aktivizaci?

Položka č. 12 byla opět ponechána s možností volné odpovědi.

45 respondentů (60 %) uvedlo, že by se do aktivizace rádi zapojili. Zároveň dodávali, že aktivizace nesmí narušit jejich léčebný plán. Vyjádření respondentů:

„... ráda bych zkusila něco, co mě zabaví, ale musím se zeptat pana doktora, jestli to nebude vadit...“, „...zapojila bych se, ale musela bych být na pokoji na vizitu...“

Další z vyjádření respondentů se týkaly náplně aktivizace.

„...stačilo by, kdyby si se mnou jen někdo přišel popovídat...“, „...mohli bychom jít třeba na procházku, jsme tady pořád zavření...“, „...já mám moc ráda knihy, ale čtení mi už nejde, tak kdyby mi někdo četl, ale nechci nikoho obtěžovat...“

Další zajímavé odpovědi respondentů uvádím zde.

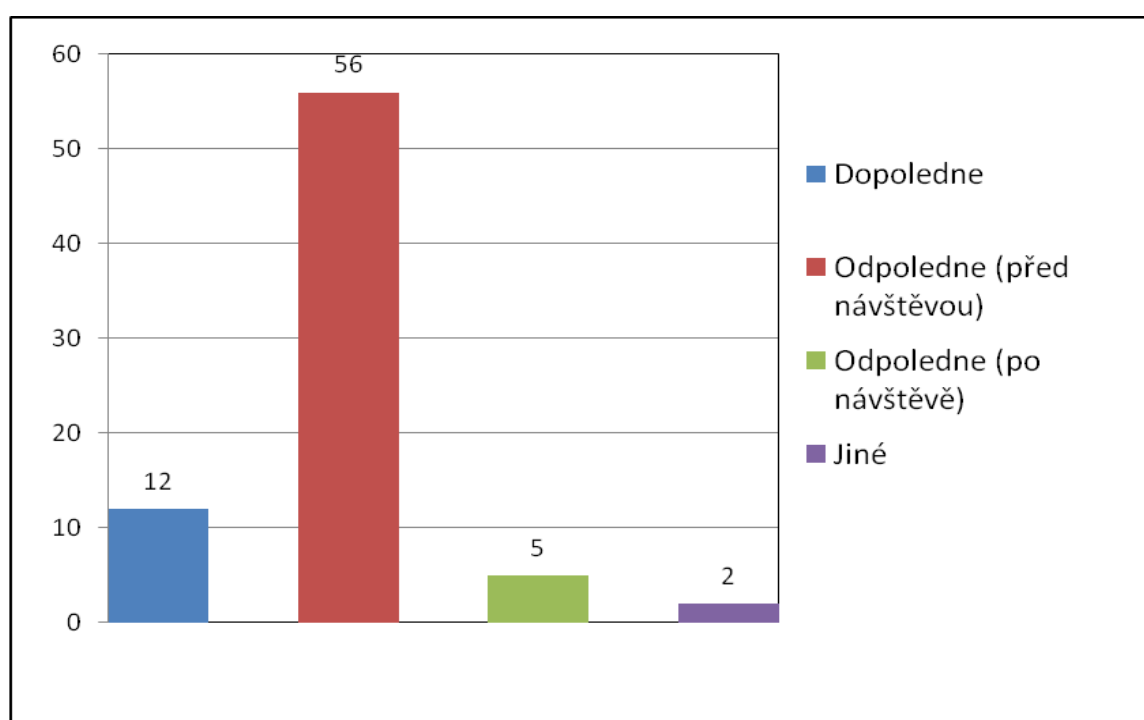
„...nechtěla bych, aby ty činnosti probíhaly v době návštěv...“, „...co když to bude sestřičkám vadit nebo přidělovat práci...“, „...nechtěl bych, aby mě někdo do činností nutil...“, „...moc se mi líbily děti, co jsem viděla v jiné nemocnici, hrály nám divadlo a zpívaly, to bylo krásné...“, „...klidně bych vám pomohla vyzdobit to tady, je to takové smutné...“

Z uvedených odpovědí plyne, že respondenti by byli rádi, kdyby s nimi někdo trávil volný čas. Je velmi důležité, aby aktivizace nenarušila diagnosticko-léčebný režim. Někteří dodávali, že by si přáli, aby jejich rozhodnutí bylo vždy respektováno. Odpovědi, které jsou naplněny obavami a nejistotou, jsou dány především tím, že respondenti mají s aktivizací minimální nebo žádnou zkušenost.

Položka č. 12 Do které denní doby by respondent/ka zařadil/a volnočasové aktivity?

Tabulka 14 Vhodná denní doba volnočasových aktivit

Vhodná denní doba volnočasových aktivit	n	v %
Dopoledne	12	16
Odpoledne (před návštěvou)	56	75
Odpoledne (po návštěvě)	5	7
Jiné	2	2
Celkem	75	100



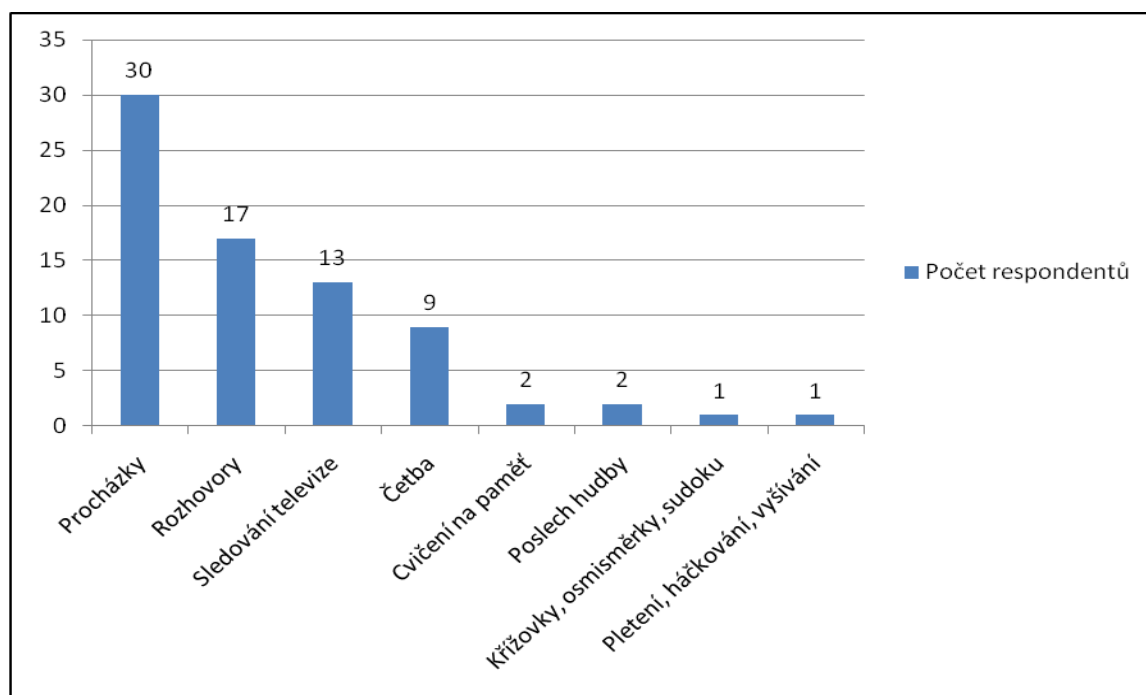
Graf 11 Vhodná denní doba volnočasových aktivit

51 respondentů (81 %) by si přálo volnočasové aktivity zařadit až odpoledne, nejlépe před návštěvní dobou. Dopolední aktivity by vyhovovaly 9 respondentům (14 %). 2 respondentům (2 %) nezáleželo na denní době volnočasových aktivit, eventuelně by si přáli aktivity odložit až po večeri „... líbila by se mi procházka areálem nemocnice před spaním...“.

Položka č. 13 Respondent/ka by si přál/a do volnočasového programu v nemocnici zařadit?

Tabulka 15 Aktivity na volnočasový program

Aktivity na volnočasový program	n	v %
Procházky	30	40
Rozhovory	17	23
Sledování televize	13	17
Četba	9	12
Cvičení na paměť	2	3
Poslech hudby	2	3
Křížovky, osmisměrky, sudoku	1	1
Pletení, háčkování, vyšívání	1	1
Celkem	75	100



Graf 12 Aktivity na volnočasový program

30 respondentů (40 %) by si přálo zařadit do aktivizačního programu procházky. 17 respondentů (23 %) by si ve volném čase nejráději povídalo. 13 respondentů (17 %) by mělo zájem o sledování televize. U 9 respondentů (11 %) měla ohlas četba. O poslech hudby, ruční práce, luštění křížovek a cvičení na paměť by mělo zájem malé množství respondentů.

7 DISKUZE

Cíl č. 1 Zjistit, zda pacienti na daném geriatrickém oddělení nemocnice krajského typu mají zájem o aktivizaci v průběhu jejich hospitalizace.

Tři čtvrtiny z celkového počtu respondentů by se rády zapojily do aktivizačních činností. 55 respondentů mělo o aktivizaci zájem. 12 respondentů zájem neprojevalo. Z výsledků je patrné, že pacienti hospitalizovaní na geriatrickém oddělení mají zájem zapojit se do volnočasových aktivit.

Je nutné podotknout, že téměř všichni pacienti by měli k realizaci aktivizace určité podmínky. Přáli by si, aby volnočasové aktivity probíhaly z větší části odpoledne před návštěvní dobou, což je v době mezi 13. a 14. hodinou. Každé oddělení v nemocnici má svá specifika v organizačním chodu, proto by měla aktivizaci vždy předcházet vzájemná dohoda ošetřujícího personálu, aktivizačního pracovníka a účastníků aktivizace. Další podmínkou byla skutečnost, že volnočasové aktivity nesmí v žádném případě zasáhnout narušit diagnosticko léčebný plán.

Cíl č. 2 Zjistit, o jaký typ aktivizace by měli pacienti hospitalizovaní na daném geriatrickém oddělení zájem.

Z výsledků plyne, že přání pacientů se odvíjí od jejich zálib a od jejich oblíbených činností v domácím prostředí. 38 % respondentů by do volnočasových aktivit zařadilo procházky po areálu nemocnice. Tento fakt si vysvětlují jako snahu aktivnějších seniorů o kompenzaci nedostatku pohybu v době hospitalizace. Ve skupině se objevili i pacienti, kteří byli zcela upoutáni na lůžko. Tato forma aktivizace u imobilních pacientů je v nemocničních podmínkách téměř nerealizovatelná, z důvodů časových a prostorových.

Druhé nejčastější přání respondentů k aktivizaci byly rozhovory a povídání. Tento výsledek mě nepřekvapuje. Pacientovi geriatrického oddělení chybí v době hospitalizace člověk, kterému by se mohli svěřit s trápením nebo pochlubit svými pokroky, člověk, s kterým by se mohl podělit o nové zážitky a zkušenosti. Bohužel dnešní uspěchaná doba se podepsala i na sestřích, které jsou zahlceny a vyčerpány výkony, administrativní činností a hektickým průběhem pracovní doby. Často pod návaľem povinností zapomínají na toho, kdo má být ve středu péče, na pacienta. V oblasti komunikace s geriatrickým pacientem je naneštěstí ještě mnoho příležitostí ke zlepšení. Ve volnočasovém programu by respondenti uvítali i sledování televize. Tento typ aktivity je na dobře proveditelný. Téměř na každém oddělení

je společenská místnost nebo jídelna s televizí. Pokud by si pacient takovou aktivitu přál, měl by ho terapeut respektovat. Je ovšem třeba uvědomit si, že sledování televize je ve větší míře záležitostí pasivní. To rozhodně neznamená, že by terapeut měl rozhodovat o aktivitě pro pacienta samostatně a nezohlednit jeho přání.

Cíl č. 3 Naplánovat a realizovat aktivizační setkání s pacienty na geriatrickém oddělení.

V období prosinec 2010 až duben 2011 proběhly celkem čtyři tato setkání. První v prosinci 2010 bylo organizováno skupinovou formou a zbylé tři formou individuální.

Prosinec 2010

Měsíc prosinec se nese v duchu vánočních svátků. Bohužel pacienti geriatrického oddělení, kteří nebyli na Vánoce propuštěni, neměli štěstí trávit svátky s rodinou. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla ve spolupráci s mými dlouholetými přáteli uspořádat vánoční besídku. Besídky se zúčastnilo dvanáct pacientů geriatrického oddělení. Společně s přáteli jsme připravili asi půl hodinový program. Prezentovali jsme jednotlivé vánoční zvyky, které se dodržují v našich končinách a přiblížili, jak se slaví Vánoce v jiných zemích. Aby se vánoční besídka nezvrhla pouze v přednášku, nacvičili jsme také třináct známých i méně známých vánočních koled. V průběhu posezení se podával vánoční ovocný punč a domácí medové perníčky. Na památku dostal každý účastník ručně vyrobené vánoční přání. Setkání mělo podle ohlasů pacientů veliký úspěch.

Únor 2011

Únorové setkání probíhalo individuální formou. Pacientka XX, 68 let, ADL 40, MMSE 23. Pacientka byla pesimistická, především díky její soběstačnosti. Měla velkou zálibu ve zvířatech. Péče o domácí zvířata a drobné hlodavce jí celý život naplňovala. Srdcovou záležitostí pro ni byli křečci a morčata. Na přání dcery ve svém produktivním věku založila chovnou stanici pro morčata. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla realizovat zooterapii. Využila jsem k volnočasovému setkání své vlastní zvířecí mazlíčky. Přítomnost dvou ochočených šlechtěných potkanů ji velmi rozzářila. S přibývajícím časem stráveným s potkany, kdy je pacientka hladila nejprve hřbetem a poté pak celou rukou, se postupně uvolňovala a její nálada se rapidně zlepšovala. Ten výraz štěstí a radosti, který jsem viděla v její tváři, byl nepopsatelný. Pacientka byla hospitalizována šestnáct dní, proto naše setkání v době hospitalizace proběhlo celkem dvakrát.

Březen 2011

Shledání v březnu 2011 se konalo opět individuální formou. Pacientka XX, 71 let, ADL 55, MMSE 21. Pacientka měla velmi ráda zahradičení, procházky a svých šest vnoučat. Bydlela v malém domku se zahrádkou, kde toho času rostly pouze květiny, protože se na přestování vlastní zeleniny se už necítila dostatečně fit. Na základě zájmů jsem navrhla aktivitu. Ve specializovaném obchodě jsem pořídila pomůcky na sázení bylinek. Pacientka měla možnost si do dvou květináčů nasadit mátu a bazalku. Aktivita se jí opravdu zalíbila. Květináče s nasazenými semínky jsme uložili na slunné místo na jídelní kout oddělení. Pacientka si sama sobě dala úkol, že na ně bude dohlížet a pečlivě zalévat. Tato aktivita nebyla nijak časově náročná, přesto trvala nejdéle, protože účastnice měla potřebu sdělit mi spoustu cenných rad a informací. Všechny ostatní dny hospitalizace chodila v chodítku minimálně dvakrát denně kontrolovat a opatrovat květináče se semínky. Když odcházela za jedenáct dní domů, vzala si je s sebou.

Duben 2011

Individuálního typu aktivizace jsem se držela i v dubnu 2011. Pacientka XX, 83 let, ADL 35, MMSE 15. Pacientka byla orientovaná pouze osobou. Většinu času v době hospitalizace působila pesimisticky. Velmi špatně v nemocnici usínala. Komunikativní příliš nebyla, na otázky odpovídala jednoslovně. Díky teplému počasí aktivizace proběhla formou procházky a posezení v areálu nemocnice. Během pobytu na čerstvém vzduchu se pacientka rozpovídala. Přestože její slovní projev nedával příliš smysl, bylo úspěchem, že se snažila navázat kontakt a sdělit mi řadu věcí. Na otázku, zda se jí procházka líbila, odpověděla širokým úsměvem. Večer po našem setkání pacientka poprvé za hospitalizaci bez problémů usnula. Při posezení jsem využila soubor her vlastní výroby, který sloužil k procvičení kognitivních funkcí. Sbíрка obsahovala hry typu puzzle, logické přiřazování ve formě obrázků a ve formě vět, poznávání geometrických tvarů po hmatu. Soubor her byl přiložen k práci. Podrobný návod ke každé hře je uveden v příloze PIX. Pravidla nejsou striktní, lze je upravit na základě schopností pacienta. Fotografie souboru her jsou přiloženy v příloze PX.

Během časového úseku, kdy jsem sbírala a zpracovávala výsledky průzkumného šetření, jsem usoudila, že aktivizace skupinového typu je v nemocničních podmínkách velmi špatně realizovatelná. Každý pacient je jiný, je nezbytné k němu přistupovat individuálním

způsobem a to při skupinové aktivizaci není reálné. V práci byly uvedeny některé testovací škály, které nám pomohly při sestavování aktivizačních činností. Jako základní při plánování aktivizace jsem uvedla testy MMSE a ADL. Tyto škály jsou dle mého názoru nejvhodnější jako pomůcka při navrhování volnočasových činností. Ráda bych podotkla, že tento výběr nepodléhá žádnému standardnímu postupu a je zvolen pouze na základě mého osobního pohledu. ADL je podává informace o aktuálním stavu soběstačnosti a pohyblivosti. Díky těmto informacím se můžeme rozhodnout, jak pohybově náročnou aktivitu zvolit. Kombinace obou testů nám napoví, v jakém rozpoložení se pacient momentálně nachází. Je to pouze mé hledisko, snaha nebo řekněme pokus naše pacienty určitým standardním postupem vyhodnotit a připravit pro ně konkrétní formu aktivizace. Obě hodnoty lze snadno standardními testy za poměrně krátkou dobu získat. Jsou dostupné ve zdravotnické dokumentaci každého geriatrického pacienta, protože obě škály se hodnotí na daném oddělení při příjmu.

Výčet praktických výstupů bakalářské práce si dovoluji ukončit aktivní účastí na konferenci. Výsledky své práce jsem prezentovala na VI. Celostátní studentské vědecké konferenci bakalářských a magisterských studijních oborů Všeobecná sestra, Porodní asistentka, Zdravotnický záchranář, Ošetrovatelství. Konference se konala v Pardubicích pod záštitou Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice dne 7. dubna 2011. Účast na sjezdu studentů byla bezesporu velmi obohacující. Získala jsem díky ní cenné zkušenosti, které mohu zúročit v nadcházejícím profesním i osobním životě.

ZÁVĚR

Pro člověka ve stáří je občas nesnadným úkolem vyrovnat se svým dosavadním životem. Starému člověku klesá fyzická výkonnost, zhoršuje se soběstačnost a kognitivní funkce. Aktivizace je jednou z možností, jak všechny tyto změny oddálit, zmírnit a dosáhnout tak udržení nebo dokonce zlepšení stávající úrovně.

Opravdu pozitivní pocity mám z praktické části. Troufám si tvrdit, že aktivizační setkání měla u pacientů velký úspěch. Získala jsem vynikající možnost vykouzlit na tváři seniorů úsměv, napomoci jim vyrovnat se s odloučením od rodiny, naplnit jejich volný čas a také přispět ke zlepšení jejich zdravotního stavu. Průzkumné šetření ukázalo, že téměř tři čtvrtiny respondentů by se zapojily do volnočasových aktivit, v případě, že by nemocnice tuto možnost nabízela. Ovšem je nutné zmínit i ty respondenty, kteří o žádné metody neměli zájem. Odmítavý postoj jedné třetiny může být vyvolán komplikovaným zdravotním stavem, obavou z nového a neznámého a u mnohých také jistou dávkou pohodlnosti.

Z průzkumného šetření vyplynulo, že nejvíce respondentům chybí procházky po čerstvém vzduchu, které by jim dodali energii a zlepšili náladu a dále by respondenti ocenili prosté povídání. Rozhovory s pacienty jsou prevencí sociální izolace a depresivních stavů. Pacienti potřebují svěřovat se se svými potížemi a myšlenky. Zdravotnický personál nemá dostatek časového prostoru a mnohdy ani chuť k rozhovorům a další komunikaci.

Podle dostupné odborné literatury je zřejmé, že v sociálních službách je aktivizace seniorů naprosto běžným a legislativně upraveným pojmem. V nemocniční péči tomu tak bohužel není. Pozitivní je, že snaha o zavedení aktivizace i na oddělení zdravotnických zařízení má vzestupnou tendenci. Možností k rozšíření aktivizace v nemocnici by mohlo být zapojení studentů a dobrovolníků, kteří by museli projít základním školením.

Aktivizace v nemocničním prostředí se v současné době nachází ve stádiu plánování a k úspěšné realizaci ji čeká dlouhá a trnitá cesta, protože ne každý vedoucí pracovník je této myšlence nakloněn. V případě, že by bylo možné zaměstnávat v nemocnicích aktivizační pracovníky, zajisté by měli plné ruce práce. Troufám si tvrdit, že našim pacientům by to bylo jenom ku prospěchu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografie

- [1] BRAGDON, Allen; GAMON, David. *Nedovolte mozku stárnout*. Praha: Portál, 2002. 190 s. ISBN 80-7178-567-9.
- [2] CARTER, Philip; RUSSELL, Ken. *Trénink paměti a kreativity*. Brno: Computer Press, 2002. 120 s. ISBN 80-7226-704-3.
- [3] GRUSS, Peter. *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Portál, 2009. 222 s. ISBN 978-80-7367-605-6.
- [4] HARTL, Pavel. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. 311 s. ISBN 80-7178-803-1.
- [5] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 364 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [6] HOLMEROVÁ, Iva; JAROLÍMOVÁ, Eva; SUCHÁ, Jitka a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Public Relations, 2007. 301 s. ISBN 978-80-254-0177-4.
- [7] HOLMEROVÁ, Iva; JURAŠKOVÁ, Božena; ZIKMUNDOVÁ, Květa a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vydání. Praha: EV public relations, 2007. 145 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
- [8] CHRÁSEK, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 272 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [9] JANEČKOVÁ, Hana; VACKOVÁ, Marie. *Reminiscence*. Praha: Portál, 2010. 152 s. ISBN 978-80-7367-581-3.
- [10] JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita Zdravotně sociální fakulta, 2006. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
- [11] KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490.
- [12] KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548.

- [13] KALVACH, Zdeněk; ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-246-0326-8.
- [14] KANTOR, Jiří; LISPKÝ, Matěj; WEBER, Jana. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. 296 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
- [15] KLUCKÁ, Jana; VOLFOVÁ, Pavla. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada, 2009. 160 s. ISBN 978-80-247-2608-3.
- [16] LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou práci*. 2. vydání. Praha: Portál, 2010. 279 s. ISBN 978-80-7367-729-9.
- [17] MATOUŠ, Miloš a kol. *Pohyb ve stáří je šancí*. Praha: Grada, 2002. 112 s. ISBN 80-247-0331-9.
- [18] MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada, 2003. 368 s. ISBN 80-247-0650-4.
- [19] MINIBERGEROVÁ, Lenka; DUŠEK, Jiří. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.
- [20] MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
- [21] NERANDŽIČ, Zoran. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. Praha: Albatros, 2006. 160 s. ISBN 80-00-01809-8.
- [22] OTOVÁ, Berta; MIHALOVÁ, Romana; VYMLÁTIL, Jiří. *Základy biologie a genetiky*. 2. Vydání. Praha: Karolinum, 2006. 181 s. ISBN 80-246-1100-7.
- [23] PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. 192 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
- [24] POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
- [25] POLEDNÍKOVÁ, Lubica. *Geriatrické a gerontologické ošetrovatelství*. Martin: Osveta, 2006. 216 s. ISBN 80-8063-208-1.
- [26] PREISS, Marek; KUČEROVÁ, Hana a kol. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1460-4.

- [27] ŠIČKOVÁ FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. 2. vydání. Praha: Portál, 2008. 167 s. ISBN 80-7367-408-4.
- [28] ŠTIKAR, Jiří; HOSKOVEC, Jiří; ŠMOLÍKOVÁ, Hana. *Bezpečná mobilita ve stáří*. Praha: Karolinum, 2007. 133 s. ISBN 978-80-246-1339-0.
- [29] TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
- [30] VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [31] VEXIAUOVÁ, Anne-Marguerite. *Dej mi ruku, ať mohu mluvit: vrátit slovo těm, kteří jsou odříznuti od světa*. Praha: ISV nakladatelství, 2003. 171 s. ISBN 80-8664-2283.
- [32] VOKURKA, Martin; HUGO, Jan. *Velký lékařský slovník*. 8. vydání. Praha: Maxdorf, 2009. 1144 s. ISBN 978-80-7345-166-0.
- [33] WALSH, Danny. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha: Portál, 2005. 203 s. ISBN 80-7178-970-4.
- [34] WEBER, Pavel. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.
- [35] ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. Praha: Karolinum, 2001. 97 s. ISBN 80-246-0326-8.
- [36] ZBÍRAL, Robert. *Příručka psaní seminárních a jiných vysokoškolských odborných prací*. Praha: Linde Praha, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7201-779-9.
- [37] ZELEIOVÁ, Jaroslava. *Muzikoterapie*. Praha: Portál, 2007. 366 s. ISBN 978-80-7367-237-9.
- [38] ZGOLA, M. Jitka. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. 232 s. ISBN 80-247-0183-0.

Články z časopisů

- [39] DUŠOVÁ, Bohdana. Aktivizace ve stáří. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 7/8, s. 54 – 55. ISSN 1210 - 0404.

- [40] GREGOR, Pavel. Hypertenze u seniorů. *Practicus*. 2006, roč. 5, č. 7, s. 290. ISSN 1213 -8711.
- [41] HOLMEROVÁ, Eva; VAŇKOVÁ, Hana. Demence a deprese ve vyšším věku. *Medicína pro praxi*. 2009, roč. 6, č. 2, s. 111 – 114. ISSN 1214 – 8687.
- [42] HOLMEROVÁ, Iva; ROKOSOVÁ, Martina; VAŇKOVÁ, Helena. Pohled na pacienta vyššího věku. *Medicína pro praxi*. 2006, č. 4, s. 180 – 183. ISSN 1214 – 8687.
- [43] JANEČKOVÁ, Hana; HOLMEROVÁ, Iva; VAŇKOVÁ, Hana; KAŠLÍKOVÁ, Tatjana. Úloha vzpomínek a možnosti jejich praktického využití v práci se seniory. *Rezi- denční péče*. 2008, roč. 4, č. 1, s. 18 – 19. ISSN 1801 - 8718.
- [44] JURAŠKOVÁ, Božena; HOLMEROVÁ, Iva. Pohled na geriatrického pacienta. *Practicus*. 2010, roč. 9, č. 2, s. 8 - 11. ISSN 1213 - 8711.
- [45] KALVACH, Zdeněk; HOLMEROVÁ, Iva. Geriatrická křehkost. *Interní medicíny pro praxi*. 2008, roč. 5, č. 2, s. 66 – 69. ISSN 1212 – 7299.
- [46] KUBÍNEK, Radim; PIDRMAN, Vladimír. Deprese u seniorů. *Psychiatrie pro praxi*. 2008, roč. 11, č. 1, s. 8 - 11. ISSN 1213 – 0508.
- [47] ZACHAROVÁ, Eva. Komunikace s geriatrickým pacientem. *Interní medicína pro praxi*. 2008, roč. 12, č. 10, s. 588 – 589. ISSN 1212 – 7299.

Elektronické články

- [48] KALVACH, Zdeněk. Geriatrický pacient a praktický lékař. *Edukafarm* [online]. 2005, 2, [cit. 2011-05-30]. Dostupný z WWW: [□ http://www.edukafarm.cz/clanek.php?id=549](http://www.edukafarm.cz/clanek.php?id=549) □
- [49] KRUSZSEWSKI, Tomasz. Biblioterapie- léčba četbou. *Čtenář: měsíčník pro knihovny* [online]. 2008, roč. 60, [cit. 2011-05-15]. Dostupný z WWW: [□ http://ctenar.svkk1.cz/clanky/ročník-2008/0708-2008/tema-biblioterapie-lecba-cetbou-43-196.htm](http://ctenar.svkk1.cz/clanky/ročník-2008/0708-2008/tema-biblioterapie-lecba-cetbou-43-196.htm) □.

Internetové zdroje

- [50] *Národní soustava povolání* [online]. 2010 [cit. 2011-05-20]. Pracovník volnočasových aktivit v sociálních službách. Dostupné z WWW: [□ http://katalog.nsp.cz/karta_tp.aspx?id_jp=101421&kod_sml=13](http://katalog.nsp.cz/karta_tp.aspx?id_jp=101421&kod_sml=13) □ .

- [51] *Kartotéka tipových pozic* [online]. 2011 [2011-05-20]. Aktivizační pracovník v sociálních službách. Dostupné z WWW: <http://ktp.istp.cz/charlie/expert2/act/h1-karta.act?id=101420&lh=0> .
- [52] HOLMEROVÁ, Iva. *Bulletiny* [online]. 2009 [cit. 2011-05-13]. Evropská charta pacientů seniorů. Dostupné z WWW: http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/06_1999/evropska_charta.html .
- [53] *Česká arteterapeutická asociace* [online]. 2005 [cit. 2011-05-12]. Arteterapie v České republice. Dostupné z WWW: <http://www.arteterapie.cz/> .
- [54] *Pomocné tlapky* [online]. 2009 [cit. 2011-05-12]. Canisterapie aneb terapie za pomoci psů. Dostupné z WWW: <http://www.canisterapie.cz/cz/> .
- [55] *Výcvikové canisterapeutické sdružení Hafík* [online]. 2007 [cit. 2011-05-12]. Canisterapie. Dostupné z WWW: <http://www.canisterapie.org/index.php:categoryid=53> .
- [56] *Česká gerontologická a geriatrická společnost* [online]. 2006 [cit. 2011-05-15]. Koncepce oboru geriatry. Dostupné z WWW: <http://www.cggs.cz/cz/KoncepceGeriatry> .
- [57] *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. 2008 [cit. 2011-05-15]. Co je ergoterapie. Dostupné z WWW: <http://www.ergoterapie.cz/Page.aspx?PageID=1> .
- [58] MICHALCOVÁ, Pavlína. *Charitní ošetrovatelská a sociální domácí péče na Holicku* [online]. 2007 [cit. 2011-05-15]. Co je přínosem aktivizace?. Dostupné z WWW: <http://www.sestra.webgarden.cz/prinosaktivizace> .

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ADL	Activities Of Daily Living
Aj.	A jiné
Apod.	A podobně
ČR	Česká Republika
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
FDS	Functional Dementia Scale
MMSE	Mini Mental State Examination
Např.	Například
Tj.	To je
Tzv.	Tak zvaně

SEZNAM TABULEK

TABULKA 1 POHLAVÍ RESPONDENTŮ	38
TABULKA 2 VĚKOVÉ SLOŽENÍ RESPONDENTŮ.....	39
TABULKA 3 HODNOTA MMSE	40
TABULKA 4 HODNOTA ADL.....	41
TABULKA 5 ZÁJMY RESPONDENTŮ	42
TABULKA 6 OBLÍBENÁ ČETBA RESPONDENTŮ.....	44
TABULKA 7 OBLÍBENÉ RUČNÍ PRÁCE RESPONDENTŮ.....	45
TABULKA 8 OBLÍBENÁ HUDBA RESPONDENTŮ	46
TABULKA 9 OBLÍBENÉ TELEVIZNÍ POŘADY RESPONDENTŮ	47
TABULKA 10 DALŠÍ OBLÍBENÉ AKTIVITY RESPONDENTŮ.....	48
TABULKA 11 PŘEDCHOZÍ ZKUŠENOSTI RESPONDENTŮ S AKTIVIZACÍ.....	50
TABULKA 12 POCITY RESPONDENTŮ Z AKTIVIZACE.....	51
TABULKA 12 ZÁJEM RESPONDENTŮ O AKTIVIZACI.....	52
TABULKA 14 VHODNÁ DENNÍ DOBA VOLNOČASOVÝCH AKTIVIT.....	54
TABULKA 15 AKTIVITY NA VOLNOČASOVÝ PROGRAM.....	55

SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1 POHLAVÍ RESPONDENTŮ.....	38
GRAF 2 VĚKOVÉ SLOŽENÍ RESPONDENTŮ	39
GRAF 3 HODNOTA MMSE	40
GRAF 4 HODNOTA ADL.....	41
GRAF 5 ZÁJMY RESPONDENTŮ.....	42
GRAF 6 OBLÍBENÁ ČETBA RESPONDENTŮ	44
GRAF 7 OBLÍBENÉ TELEVIZNÍ POŘADY RESPONDENTŮ.....	47
GRAF 8 PŘEDCHOZÍ ZKUŠENOSTI RESPONDENTŮ S AKTIVIZACÍ.....	50
GRAF 9 POCITY RESPONDENTŮ Z AKTIVIZACE	51
GRAF 10 ZÁJEM RESPONDENTŮ O AKTIVIZACI	52
GRAF 11 VHODNÁ DENNÍ DOBA VOLNOČASOVÝCH AKTIVIT	54
GRAF 12 AKTIVITY NA VOLNOČASOVÝ PROGRAM.....	55

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA PI PODKLAD K POLOSTRUKTUROVANÉMU ROZHOVORU	70
PŘÍLOHA PII MINI MENTAL STATE EXAMINATION	73
PŘÍLOHA PIII TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ	74
PŘÍLOHA PIV TEST INSTRUMENTÁLNÍ DENNÍCH AKTIVIT	75
PŘÍLOHA PV KATZŮV INDEX NEZÁVISLOSTI	76
PŘÍLOHA PVI ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY	77
PŘÍLOHA PVII EVROPSKÁ CHARTA PACIENTŮ SENIORŮ	78
PŘÍLOHA PVIII FOTOGRAFIE Z AKTIVIZAČNÍCH SETKÁNÍ.....	83
PŘÍLOHA PIX NÁVOD K SOUBORU HER K PROCVIČENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ.....	85
PŘÍLOHA PX FOTOGRAFIE SOUBORU HER K PROCVIČENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ.....	86
PŘÍLOHA PXI PŘEPIS ROZHOVORU S RESPONDENTKOU	87

PŘÍLOHA P I: PODKLAD K POLOSTRUKTUROVANÉMU ROZHOVORU

Věk:

Pohlaví:

Skóre testu základních všedních činností ADL dle Barthelové:

Skóre mini mental testu:

Skóre testu základních všedních činností ADL dle Barthelové je převzato z ošetrovatelské dokumentace, skóre testu je stanoveno při přijetí pacienta na oddělení. Skóre mini mental testu je převzato z lékařské dokumentace a je stanovena v den přijetí klienta.

Pro zařazení do skupiny pro aktivizaci je nutné provést ADL i MMSE opakovaně, aby byl výsledek aktuální.

1. Zájmy respondentů

- a) Četba
- b) Ruční práce
- c) Hudba
- d) Malba
- e) Komunikace s vrstevníky
- f) Luštění křížovek
- g) Aktivní cvičení min. 1x týdně- jóga, pillates..
- h) Procházky
- i) Sledování televize
- j) Poslech rádia
- k) Práce s internetem
- l) Zahradničení
- m) Vaření, pečení
- n) Péče o zvířata
- o) Děti, rodina
- p) Jiné

2. Oblíbená četba respondentů

- a) Noviny (jaká rubrika- všechno, sport, politika, ekonomika, zprávy ze světa, kultura)
- b) Romány (historické, romantické, válečné)
- c) Kriminální povídky
- d) Horové příběhy
- e) Pohádky
- f) Časopisy (jaké články- jídlo, sport, kultura, péče o domácnost, péče o zahradu, ruční práce, móda)

- g) Jiná
- h) Žádná

3. Oblíbené ruční práce respondentů

- a) Pletení
- b) Vyšívání
- c) Paličkování
- d) Háčkování
- e) jiné
- f) Žádné

4. Oblíbená hudba respondentů

- a) Vážná
- b) Dechová
- c) Lidová
- d) Moderní
- e) Folk a country
- f) Jazz
- g) Žádná

5. Oblíbené televizní pořady respondentů

- a) Soutěže
- b) Seriály
- c) Kriminální pořady
- d) Zpravodajství
- e) Pohádky
- f) Filmy s válečnou tematikou
- g) Romantické filmy
- h) Horory
- i) Dokumenty
- j) Filmy pro pamětníky
- k) Žádné

6. Další oblíbené aktivity respondentů

- a) Křížovky
- b) Osmisměrky
- c) Sudoku
- d) Kruhové křížovky
- e) Hřebenovka
- f) Kris-kros
- g) Jiné
- h) Žádné

7. Co si respondent/ka představuje pod pojmem aktivizace?

8. Setkal/a se respondent/ka volnočasovými aktivitami v nemocnici?

- a) Ano
- b) Ne

9. Pokud ano, jak volnočasové aktivity respondent/ka vnímal/a?

- a) Příjemné vyplnění volného času v nemocnici, aktivity, se kterými se setkala jemu/jí vyhovovaly
- b) Senior/ka si zkusil/a něco nového
- c) Volnočasové aktivity seniora/ku nebavily
- d) Volnočasové aktivity seniora/ku obtěžovaly
- e) Jiné

10. Měl/a by respondent/ka zájem o volnočasové aktivity v nemocnici?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

11. Jak by si respondent/ka představoval/a aktivizaci?**12. Do které denní doby by respondent/ka zařadil/a volnočasové aktivity?**

- a) Dopolední hodiny
- b) Odpolední hodiny (před návštěvní dobou)
- c) Odpolední hodiny (po návštěvní době)

13. Respondent/ka by si přál/a do volnočasového programu v nemocnici zařadit:

- a) Procházky
- b) Malování
- c) Poslech hudby
- d) Pletení, háčkování, vyšívání
- e) Práce s keramickou hlinou
- f) Sledování televize
- g) Poslech rádia, poslech audio nahrávek knih
- h) Křížovky, osmisměrky, sudoku
- i) Rozhovory
- j) Cvičení na paměť
- k) Četba
- l) Jiné

PŘÍLOHA PII: MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Oddělení klinické gerontologie

**TEST KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ
MINIMENTAL STATE EXAM /MMSE/
UPRAVENO PODLE FOLSTEINA ET AL 1975**

	Hodnocení, počet bodů
1. Orientace	
Jaký je rok, období, město, den v týdnu, datum	0 - 5
Kde jste nyní? (země, oblast, město, ulice, číslo domu - ev. podlaží v budově).	0 - 5
Za každou správnou odpověď získá nemocný po 1 bodu	
2. Opakování a paměť	
Upozorněte nemocného, že budete vyšetřovat paměť. Pak vyjmenujte pomalu a zřetelně 3 předměty (strom, okno, kniha) a vyzvěte ho, aby je opakoval. Počet správně jmenovaných určuje bodové skóre. Pokud si nemocný předměty nezapamatoval, opakujte je tak dlouho (max. 5x), dokud si je nezapamatuje.	0 - 3
3. Pozornost a počítání	
Vyzvěte pacienta, aby odečítal sedmičku od čísla 100. Ukončete po 5 odpovědích. Každá správná odpověď 1 bod.	0 - 5
4. Krátkodobá paměť	
Vyzvěte nemocného, aby si vybavil 3 dříve jmenované předměty. Za správnou odpověď po 1 bodu.	0 - 3
5. Poznání předmětů	
Ukažte nemocnému 2 předměty (hodinky a tužku) a vyzvěte ho, aby je pomalu pojmenovat.	0 - 2
6. Opakování	
Vyzvěte nemocného, aby po Vás opakoval následující větu: "Žádá, ale jestliže a kdyby".	
7. Třístupňový pokyn	
Informujte pacienta, aby postupně po sobě provedl tyto úkony: (vezměte papír do ruky, přeložte ho napůl a položte na stůl). Každý správně provedený úkon 1 bod.	0 - 3
8. Reakce na psaný pokyn	
Nemocný dostane do ruky lístek s napsaným pokynem (zavřete oči). Požádejte ho, aby pokyn přečetl a provedl. Bod je započítán pouze za zavření očí.	0 - 1
9. Psaní	
Požádejte nemocného, aby na čistý papír zapsal větu obsahující podmět a přísudek. Věta musí být smysluplná, napsaná spontánně, gramatické chyby jsou povoleny.	0 - 1
10. Malování podle předlohy	
Požádejte nemocného, aby podle předlohy nakreslil následující obrazec. Pro započítání bodu musí být zachováno všech 10 úhlů a dva musí být v překřížení, tremor a rotace obrazce nerozhodují.	0 - 1
Hodnocení:	
0 - 10 těžká kognitivní porucha	Celkové skóre max. 30 bodů.
11 - 20 kognit. porucha středního stupně	
21 - 23 lehká porucha	
24 a více norma	

PŘÍLOHA PIII: TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

Oddělení klinické gerontologie

TEST BASÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ /ADL/

UPRAVENO PODLE BARTHELA

Položka	Hodnocení, počet bodů		
1. Najedení, napití	sám...10,	s pomocí...5,	neprovede...0
2. Oblékání	sám...10,	s pomocí...5,	neprovede...0
3. Osobní hygiena	sám...10,	s pomocí...5,	neprovede...0
4. Koupání	sám nebo s pomocí...5,		neprovede...0
5. Kontinence moči	kontinentní...10,	občas kontinentní...5, trvale inkontinentní...0	
6. Kontinence stolice	kontinentní...10,	občas inkontinentní...5, trvale inkontinentní...0	
7. Použití WC	sám...10,	s pomocí...5,	neprovede...0
8. Chůze po schodech	sám...10,	s pomocí...5,	neprovede...0
9. Přesun lůžka - židle	sám...15,	s malou pomocí...10, s dopomocí, vydrží sedět...5,	neprovede...0
10. Chůze po rovině	více než 50m...15,	s pomocí 10, na vozíku...5,	neprovede...0

Hodnocení:

0 - 40 bodů vysoce závislý v bazálních všedních činnostech
 45 - 60 bodů závislý
 nad 60 bodů závislost lehčího stupně

PŘÍLOHA PIV: TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ

Lawtonova škála hodnocení IADL - Philadelphia Geriatric Center IADL Scale (Lawton aj., 1969); v každé kategorii zakroužkujte jedinou položku, která nejvíce odpovídá pacientově současné výkonnosti (fungování - functioning)

činnost	body	činnost	body
telefonování		praní	
ovládá telefon samostatně, vyhledá a vytočí číslo	1	zcela zajistí praní osobních věcí	1
vytočí několik dobře známých čísel	1	přepere drobné věci jako ponožky či punčochy	1
zvedne při zazvonění sluchátko, ale nevytáčí čísla	1	veškeré praní musí zajistit jiní	0
není schopen telefon užívat	0	způsob dopravy, cestování	
nakupování		cestuje samostatně veřejnou dopravou či řídí automobil	1
postará se samostatně o všechny potřebné nákupy	1	zajišťuje si vlastní dopravu taxíkem, ale jinak veřejnou dopravu neužívá	1
zvládá samostatně jen drobné nákupy	0	cestuje veřejnou dopravou s asistencí či s doprovodem	1
potřebuje doprovod na každý nákup	0	doprava je omezena na taxi či automobil s doprovodem	0
není schopen (a) nakupovat	0	necestuje vůbec	0
příprava jídla, vaření		užívání léků	
plánuje, připravuje a servíruje přiměřená jídla samostatně	1	zodpovědně užívá léky ve správný čas a ve správných dávkách	1
připravuje přiměřená jídla, pokud jsou zajištěny ingredience	0	sám užívá léky, pokud jsou předem připraveny v oddělených dávkách	0
ohřeje a servíruje připravené pokrmy či připravuje jídla, ale nezachovává přiměřenou stravu	0	není schopen užívat vlastní medikaci	0
vyžaduje uvaření a servírování jídla	0	nakládání s penězi	
vedení domácnosti		obstarává finanční záležitosti nezávisle (rozpočet, placení nájmu a účtů, docházení do banky)	1
vede domácnost sám(a) či s občasnou pomocí (např. těžké domácí práce)	1	zvládá drobné denní výdaje, ale potřebuje pomoc s bankovními operacemi, většími výdaji apod.	1
provádí lehké denní úkoly jako stlaní, mytí nádobí	1	není schopen (a) nakládat s penězi	0
provádí lehké denní úkoly, ale není schopen (a) zachovat přijatelnou úroveň čistoty	1		
potřebuje pomoc se všemi domácími pracemi	1		
nepodílí se vůbec na domácích pracích	0		

PŘÍLOHA PV: KATZŮV INDEX NEZÁVISLOSTI

Katzův index nezávislosti v aktivitách každodenního života (Katz ADL)

aktivita	nezávislost (žádná osobní asistence, vedení ani supervize) - 1 bod	závislost (úplná péče, osobní asistence, vedení či supervize) - 0 bodů
koupání (bathing)	myje se sám či dopomoc jen s 1 částí těla (např. záda či ochrnutá končetina)	dopomoc s mytím více částí těla at' ve vaně, ve sprše či na lůžku, nebo kompletní mytí
oblékání (dressing)	vyndá oblečení ze skříní a zásuvek, obleče se kompletně včetně kabátu a zapínání; možná výpomoc s ponožkami či punčochami	pomoc při oblékání či pasivní oblečení
používání toalety (toileting)	dojde na toaletu, dokáže se posadit i vstát, upravit oblečení, event. očistit genitál	pomoc s přemístěním na toaletu, s očištěním nebo užíváním podložní mísy či „gramofonu“
přemísťování (transferring)	přesun z lůžka a do něj či do křesla bez asistence; mechanické pomůcky jsou možné	potřeba pomoci k přesunu z lůžka do křesla či kompletní přemísťování
kontinence (continence)	kompletní kontrola vyměšování; možná je stresová inkontinence žen	úplná či částečná inkontinence moči nebo stolice
jezení (feeding)	vkládání stravy z talíře do úst bez dopomoci; přípravu jídla může zajistit jiná osoba	částečná či kompletní pomoc s jezením či pasivní krmení

PŘÍLOHA PVI: ŠKÁLA DEPRESE PRO GERIATRICKÉ PACIENTY

Škála deprese pro geriatrické pacienty-Geriatric depression scale.

(podle Sheik,J.I.,Yesavage,J.A..Clin.Gerontol.,5,1986 s.165-172)

Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtnete!

01.	Jste v zásadě spokojen se svým životem?	ano	ne	
02.	Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ano	ne	
03.	Máte pocit,že váš život je prázdný?	ano	ne	
04.	Cítíte se často sklíčený a smutný?	ano	ne	
05.	Máte vesměs dobrou náladu?	ano	ne	
06.	Obáváte se že se Vám přihodí něco zlého?	ano	ne	
07.	Cítíte se převážně šťastný?	ano	ne	
08.	Cítíte se často bezmocný?	ano	ne	
09.	Vysedáváte raději doma,než by jste šel mezi lidi a seznamoval se s novými věcmi?	ano	ne	
10.	Myslíte si,že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	ano	ne	
11.	Myslíte si že je krásné býti na živu?	ano	ne	
12.	Napadá Vás někdy,že život nestojí za nic?	ano	ne	
13.	Cítíte se plný elánu a energie?	ano	ne	
14.	Myslíte si,že vaše situace je beznadějná?	ano	ne	
15.	Myslíte si že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ano	ne	

Hodnocení:

1 bod za každou odpověď „ano“ u otázek		2	3	4		6		8	9	10		12		14	15
1 bod za každou odpověď „ne“ u otázek	1				5		7				11		13		
Bez deprese	00 – 05 bodů														
Mírná deprese	06 – 10 bodů														
Manifestní deprese vyžadující odborníka	Nad 10 bodů														

PŘÍLOHA PVII: EVROPSKÁ CHARTA PACIENTŮ SENIORŮ

Doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z roku 1997 ve znění, které bylo v roce 1998 schváleno výbory České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP a České alzheimerovské společnosti

Obsah

Úvod

1. Obecné zásady
2. Informace a komunikace
3. Podpora zdraví
4. Léky
5. Transport
6. Zdravotní problémy
 - paměť
 - pády a zhoršení hybnosti
 - inkontinence
7. Nemoc
8. Rekonvalescence a rehabilitace
9. Propuštění z nemocnice
10. Denní centra
11. Respitní péče
12. Komunitní a sociální služby
13. Změna domova

Úvod

Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím důležitější se stane kvalitní a dostupná zdravotní a sociální péče.

Tato výsadní listina se týká starších pacientů. Je všeobecně uznáváno, že některé funkce, například zrak či sluch, se mohou ve stáří zhoršovat. Další známou skutečností je, že starému člověku zpravidla trvá déle, než se zotaví po nemocech či operacích. V žádném případě ale nelze považovat vyšší věk za příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci. Také množství služeb, které starý člověk potřebuje, se velmi různí. Někteří senioři nepotřebují prakticky žádné služby, někteří křehcí staří pacienti jsou závislí na poskytování trvalé komplexní péče.

Úkoly zdravotní a sociální péče o starší občany jsou následující:

- posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat
- léčit pacienta v případě onemocnění
- pomáhat starším lidem vést plný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství
- zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými
- garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije.

1. Obecné zásady

Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoli dle schopnosti si takovou péči zaplatit, prostředím, ze kterého pocházejí, či s ohledem na životní styl.

Většinu zdravotních problémů by měl vyřešit tým primární péče. V případě vzniku složitějších či závažnějších problémů je na místě odeslání na příslušné oddělení nemocnice.

2. Komunikace a informace

Starší občan může jako pacient očekávat:

- že bude považován zdravotníky za partnera a bude se podílet na všech rozhodováních, která se budou týkat jeho zdraví a péče o ně
- že mu všichni členové ošetřujícího týmu budou naslouchat způsobem trpělivým, terapeutickým a vstřícným
- že bude moci být zastupován, bude-li si to přát, příbuzným, přítelem či jiným člověkem, který mu bude nápomocen v případě, že bude mít potíže v komunikaci či porozumění tomu, s čím se na něj zdravotníci obrazejí
- že bude mít pomůcky, které budou ulehčovat komunikaci v případě poškození zraku či sluchu
- že bude informován jasně a šetrně o svých zdravotních problémech
- že mu bude vydána písemná zpráva o zdravotním stavu a diagnóze, bude-li si tak přát
- že bude plně informován o možnostech léčby včetně jejich možných rizik
- že bude informován o svém stavu dříve než jeho příbuzní, pokud tomu nebude bránit nemoc sama
- že bude moci nahlížet do svých zdravotních záznamů a bude informován o tom, že všichni ošetřující jsou zákonně vázáni zachovat důvěrnost.
- že jeho stížnosti budou řádně šetřeny a obdrží rychlou písemnou odpověď
- že obdrží podrobnou a úplnou informaci o tom, jaké jsou v dané oblasti dostupné zdravotnické a sociální služby a jaké jsou další možnosti podpory a pomoci
- že mu bude dostupná pomoc a vysvětlení v případech, kdy bude potřebovat informace o svém onemocnění pro další rozhodnutí.

3. Podpora zdraví

Starší občan může očekávat, že bude informován:

- o zdravém způsobu života
- o zdravé výživě
- o pohybovém režimu a cvičení

a že bude mít nárok na celkové preventivní lékařské vyšetření ve věku 65 a 75 let eventuelně častěji dle zdravotního stavu či potřeb.

4. Léky

Starší pacienti mají právo očekávat, že jim budou předepsány léky vhodné k léčení jejich nemoci

Dále je žádoucí:

- aby nápisy na lékovkách byly dostatečně čitelné
- aby se lékovky daly bez obtíží otevírat
- aby byly léky poskytovány způsobem, který pomůže staršímu pacientovi či tomu, kdo mu lék podává, lék správně dávkovat a bude minimalizovat omyly a opomenutí.

5. Transport

Starší občan může očekávat:

- že mu bude zajištěna přiměřená doprava v případech, že si ji nebude moci zajistit sám, aby se dostal do zdravotnického zařízení
- že ve zdravotnických zařízeních budou všechny prostory a směry vyznačeny jasným a srozumitelným způsobem
- že bude fungovat dopravní spojení mezi nemocnicemi, které bude co nejjednodušší a nejdostupnější

6. Zdravotní problémy

Je žádoucí, aby nemocnice měly oddělení, která jsou specializována na medicínskou a psychiatrickou problematiku starších pacientů. Tato oddělení mohou mít různé názvy, například oddělení medicíny stáří, oddělení geriatrické medicíny atd. Důležitá je týmová spolupráce s pracovníky ostatních oborů včetně rehabilitace a sociální práce.

Poruchy paměti

Samotné stáří nezpůsobuje zhoršování paměti. Někdy může mít zhoršování paměti léčitelnou příčinu. Jestliže se paměť výrazně zhoršuje:

- je vhodné vyšetření psychiatrem, geriatrem či jiným odborným lékařem, který se věnuje problematice poruch paměti.
- v těch případech, kdy se jedná o onemocnění progredující a neléčitelné, mohou pacienti i ti, kteří se o ně starají, očekávat, že jim bude poskytnuta podpora a rada, a to takovým způsobem, který bude užitečný a přijatelný jak pro pacienta, tak pro jeho blízkého

Pády a zhoršující se hybnost

S přibývajícím věkem narůstá riziko pádů a zvyšuje se pravděpodobnost, že samostatný pohyb bude obtížnější. Pokud tomu tak je, je třeba hledat příčinu, která může být např. v cévním onemocnění či jiné nemoci. Mnoho příčin pádů je léčitelných. Proto v případě zhoršování hybnosti či pádů, může starší pacient očekávat:

- vyšetření specializovaným týmem odborníků
- že mu budou zapůjčeny kompenzační pomůcky, pokud je bude potřebovat, a bude poučen o jejich správném užívání
- že budou učiněna taková opatření, aby mu byla poskytnuta pomoc v nenadálých situacích
- např. nouzové volání s čidlem na těle k přivolání pomoci.

Inkontinence

Situace, kdy není pacient schopen udržet moč či stolicí, nastává v důsledku různých onemocnění. Je třeba využít všechny možnosti léčení včetně ev. chirurgického řešení. V případě inkontinence, ať je z jakékoli příčiny, může pacient očekávat:

- specializované vyšetření k objasnění příčiny inkontinence a posouzení možností léčení
- v případech, kdy je tento stav neovlivnitelný, odbornou radu, pomoc a takové pomůcky, které mu pomohou tuto situaci zvládnout.

7. Nemoc

Starší nemocní mají nárok na neodkladnou lékařskou péči v případě, že ji potřebují. Může jim ji poskytnout buď jejich praktický lékař, pohotovostní služba či jiný lékař.

V případě, že zdravotní stav staršího pacienta vyžaduje hospitalizaci, může pacient očekávat:

- že prostředí zdravotnického zařízení i složení týmu budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu
- že bude ošetřován zkušeným a zaškoleným týmem znalým komplexní problematiky starších pacientů

- že budou správně diagnostikovány a léčeny tělesné i psychické problémy
- že multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta
- že všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči, budou účelně komunikovat v zájmu hladkého průběhu léčeni
- že zůstane v nemocnici právě tak dlouho, jak dlouhou hospitalizaci bude vyžadovat jeho zdravotní stav

8. Zotavení a rehabilitace

Starší pacienti potřebují často delší dobu k uzdravení a navrácení původního funkčního stavu

Proto je důležité:

- aby zůstali v péči zdravotnického zařízení do doby, než se budou moci bezpečně vrátit domů či než bude nalezeno jiné vyhovující řešení
- v případě, že zdravotní stav staršího pacienta neumožňuje úplně nezávislý život, během dvou týdnů od komplexního posouzení potřeb by měl být zajištěn takový soubor zdravotnických a sociálních služeb, který umožní pacientovi návrat domů
- aby pacienti senioři byli léčeni a ošetřováni multidisciplinárním týmem, který bude identifikovat a podporovat reziduální schopnosti a zajistí rehabilitaci k návratu či zlepšení soběstačnosti a možnosti nezávislého života
- aby se také rodinní příslušníci a jiní, kteří pacientovi pomáhají, mohli podílet na rehabilitaci.

9. Propuštění z nemocnice

Je žádoucí a nutné:

- aby před propuštěním ze zdravotnického zařízení bylo rozhodnuto o optimálním způsobu další péče, která bude odpovídat potřebám staršího pacienta. Nemocnice domluví další domácí péči s poskytovateli v místě bydliště. Pacient má právo podílet se na tomto rozhodování sám, či prostřednictvím rodinných příslušníků nebo jiných osob, které si sám zvolí.
- aby při propuštění byl pacient informován a poučen o všech důležitých skutečnostech tak, aby mu bylo známo, jak dále pokračovat v rehabilitaci a rekonvalescenci.
- umožnit staršímu pacientovi, který potřebuje komplexní zdravotnické a sociální služby objektivizované multidisciplinárním vyšetřením v nemocnici, domácí péči dle jeho potřeb v případě, že si přeje setrvat doma.

10. Denní centra

Nepotřebuje-li starší pacient hospitalizaci v nemocnici, či byl -li právě propuštěn a je-li vhodná denní péče, je zapotřebí:

- aby mu praktický lékař doporučil pobyt v denním centru pro další rehabilitaci
- aby se v denním centru o jeho zdravotní stav staral multidisciplinární tým,
- aby mu byla zajištěna doprava do denního centra, není-li si schopen zajistit dopravu sám

11. Respirní péče

Jestliže se o staršího pacienta starají dlouhodobě rodinní příslušníci, profesionálové či jiní pečující, mohou po čase všichni (pacient i ošetřující) cítit potřebu tuto péči a kontakt na chvíli přerušit. Může se také stát, že pečující bude mít zdravotní problémy, které mu přechodně znemožní tuto činnost.

Proto by měl mít starší pacient a jeho ošetřovatel nárok

- na pomoc při zhoršení zdravotního stavu, kterou mu zprostředkuje buď praktický lékař

nebo tým domácí péče

- na dva až tři týdny respitní péče - pobytu v domově důchodců, ošetrovatelském ústavu či nemocnici podle pacientova zdravotního stavu. Tento pobyt může být předem domluven tak, aby časově vyhovoval pacientovi i pečujícím.

12. Komunitní a sociální služby

Mají-li být služby pro seniory funkční a úplné, je zapotřebí dobré komunikace mezi praktickým lékařem, pracovníky domácí péče a sociálních služeb. V rámci komunitní péče může pacient vyššího věku očekávat, že mu budou v případě potřeby poskytovány tyto služby:

- pobyt v denním centru
- domácí péče
- noční "hlídání" a večerní návštěvy (ukládání ke spánku)
- pomůcky pro inkontinentní
- přiměřené pomůcky napomáhající při denních sebeobslužných činnostech
- praní prádla
- fyzioterapie
- hygienické služby (vykoupání), péče o nohy
- systém monitorující bezpečnost v případech, že pacient žije sám, prostředky pro prevenci úrazů.

Pravidelně je třeba přezkoumávat účelnost těchto služeb a prostředků a přizpůsobovat je aktuálním potřebám pacienta.

13. Změna domova

Není-li starý občan již schopen zůstat doma, je třeba mu umožnit pobyt v instituci.

Než k tomu dojde, je třeba provést komplexní multidisciplinární šetření v komunitě a v případě potřeby doporučit další specializované vyšetření či léčení zdravotních problémů a rehabilitaci ve zdravotnickém zařízení. Pacient a jeho rodina musejí být seznámeni s týmem, který pacienta vyšetřuje.

V instituci má starší občan právo očekávat:

- že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám
- že bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti
- že jeho pohyb mimo instituci nesmí být omezován, stejně tak i jakékoli jiné kontakty včetně pošty, telefonu či návštěv
- pokud žije v ošetrovatelském domě, že tato instituce bude pravidelně a zevrubně kontrolována tak, aby byla zajištěna kvalitní péče
- že bude péče o něj odborně vedena specialistou geriatrem, bude-li jeho stav vyžadovat složitější lékařskou péči a ošetřování

PŘÍLOHA PVIII: FOTOGALERIE Z AKTIVIZAČNÍCH SETKÁNÍ



Fotografie 1 Účinkující vánoční besídky



Fotografie 2 Účastníci vánoční besídky



Fotografie 3 Zooterapie



Fotografie 3 Sázání bylinek

PŘÍLOHA PIX: NÁVOD K SOUBORU HER K PROCVIČENÍ KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ

Soubor her obsahuje čtyři typy her k procvičení kognitivních funkcí. Překládám možný návod na použití. Není nutné striktně se držet návodu. Postup a variace her záleží na schopnostech a stavu hráče.

Hra č. 1 Puzzle

V souboru se nachází tři obrázky, které jsou rozděleny do několika dílků. Květina a kůň jsou rozčleněny do čtyř a hodiny do osmi díl. Úkolem hráče je složit jednotlivé části obrázku k sobě tak, aby všechny na sebe navazovaly. Ke každému puzzle jsou přiloženy i předlohy. Po složení obrázku je možné slovní rozbor, kdy hráč řekne, co vidí, k čemu to slouží apod.

Hra č. 2 Připojování obrázků řemesel a jejich typických pomůcek

Hra obsahuje deset dvojic. Hráč přiřazuje obrázky povolání a jejich charakteristické nástroje. Např. policista - policejní vůz, kuchař - jídlo, letuška – letadlo a další. V případě, že hráč není schopen logicky kartičky připojit k sobě, můžeme se snažit pobízet ho k pojmenování obrázků.

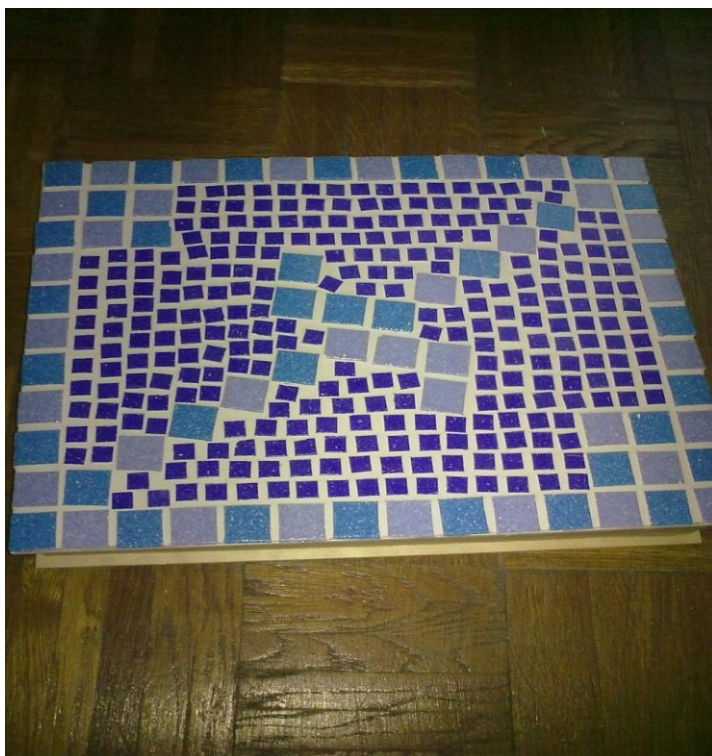
Hra č. 3 Skládání vět

Hra obsahuje osm známých českých přísloví rozdělených do dvou karet, které jsou označeny stejnou barvou. Cílem je, aby hráč dokázal slova na kartě přečíst a správně připojit k druhé polovině věty. Např. co je šeptem – to je čertem, jak se do lesa volá – tak se z lesa ozývá.

Hra č. 4 Poznávání tvarů

Poslední hra spočívá v poznávání tvarů se zavřenýma očima pomocí hmatu. K dispozici je obdélník, šipka, srdce, hvězda, kruh, trojúhelník. Tvary jsou také rozlišeny barevně. Je možné poznávat tvary i pomocí zraku. Záleží na schopnostech jedince.

PŘÍLOHA PX: FOTOGRAFIE SOUBORU HER K PROCVIČENÍ KONGITIVNÍCH FUNKCÍ



Fotografie 5 Soubor her (vnější pohled)



Fotografie 6 Soubor her (vnitřní pohled)

PŘÍLOHA PXI: PŘEPIS ROZHOVORU S RESPONDENTKOU

V této příloze bych ráda pro ukázkou uvedla jeden přepsaný rozhovor s respondentkou. Rozhovor probíhal ve společenské místnosti mezi čtyřma očima. Je přepsán doslovně.

Průzkumník (P): Dobrý den, paní XX, jak se Vám dnes daří?

Respondentka (R): Dobrý, sestřičko. A tak je to dobře. Vás už jsem tu aspoň týden neviděla, měla jste dovolenou?

P: Ne, neměla, dokončuji svoji bakalářskou práci, proto jsem tady teď méně než obvykle. A kvůli tomu za Vámi vlastně jdu. Potřebuji od vás pacientů nějaké informace, byla byste tak laskavá a popovídala si se mnou? Nezdržím Vás déle jak 15 minut

R: Ale co by ne.. dyť já nikam nespěchám a budu ráda, dyž si s vama povykladam, budeme tady nebo musíme nekam jít?

P: Můžeme zůstat tady, pokud chcete, ale ve společenské místnosti by to bylo lepší.

R: Tož dobře, enom se obleču.

P: Ráda bych Vám předem řekla, že tento rozhovor poslouží k té mojí závěrečné práci do školy. Bude to zcela anonymní a já si tady do toho papíru napíšu, co mi budete říkat. Může to tak být? Souhlasíte?

R: Tož ano, sůhlasím, tož sa ptajte, snad to budu vědět.

P: Paní XX, povězte mi, jaké máte zájmy, co ráda děláte, co Vás baví.

R: Jéé no já ani nevím, aj si ráda něco přečtu, teď dyž su tady, tak čtu hodně, ale už na to málo vidím.

P: A co tak ráda čtete?

R: Bar co, noviny a časopisy, naši ně kupujou aj takové ty ženské a tam je takových vám zajímavých věcí.

P: A co Vás tam nejvíce zaujme?

R: Mám tam ráda články o hercích a zpěvačkách a co se tak děje v tom, jak se tomu říká, šoubyznysu, aj o vaření si ráda přečtu, idyž už dávno nevařím, bydlím s cerou a vnůčaty, tož ti se o mě starajů. Akorát jim do toho reptám.

P: Máte ráda ruční práce?

R: Děvenko moja milá, už ani ne. Ruky mě neslužijú tak jak bych chtěla a ta jedna je aj nevládná a s tů nic neudělám. Ale dřív za mlada sem si háčkovala sukně a haleny ale ted už ne. Ale dybyste chtěla, tož bych Vám to klidně vysvětlila.

P: Děkuju, jste hodná. Posloucháte ráda hudbu?

R: Tož poslechnu si tady to rádio, ono to nekdy hraje nekdy ne, tak obcas ale mam rada aj dechovku, to si rada poslechnu, za mlada sem aj zpivala, ted už bych to asi nedelala, asi bych se haňbila.

P: A co sledování televize? To Vás baví?

R: Tož také se podívám, ted sů tam dobré seriály, o tej chudej, co si ju vezme ten podnikatel. No a pak spolu žijú, ale nevěřte tomu ono to tak v životě vůbec nefunguje. Chodí to dycky dopoledne, ale tu se ted nedívám , tož mě to doma utíká (směje se).

P: Luštíte křížovky?

R: Málo, moc málo, já už su hlúpá na takovéto věci a aj špatně vidím, tož to de blbě. A ani dřív ně to moc nebavilo, málokedy sem vyluštila celů křížovku sama. Eště tak ty osmisměrky, ty mě šly.

P: Co si představíte, když Vám řeknu slovo „aktivizace“?

R: aktivizace? Tož to bude nějaké to cvičení, ne? Jak tady chodijú ty sestřičky a cvičijú s pacientka. Inak nevím.

P: To jsou takové činnosti, které Vám pomáhají k udržení soběstačnosti, pomáhá zmírnit důsledky některých nemocí, tady v nemocnici Vám krátí čas a vychází z Vašich zájmů a přání. Cvičení tam může být zahrnuto taky, ale není to pravá podstata.

R: Aha, tož zní tak zajímavě a to dělá sestřička nebo pan doktor?

P: Takové činnosti může provádět i sestřička, ale specializuje se na to aktivizační pracovník.

R: A ten tady ale není, že? Tady ste všechny sestřičky. Nebo ne?

P: Máte pravdu, tady žádný takový pracovník není. Když jsem Vám to ted' upřesnila, můžete mi říct, jestli jste se už setkala v nemocnici s takovými činnostmi?

R: Ne, já ne. Ale mám kamarádku, ona teda bydlí v domově důchodců tam u nás, protože se o ňu nemá kdo starat a ta dyž mohla eště na nohy, tak dycky jak byla u mě na kafičku, tak mě povídala co oni tam všechno majou. Chodili na různé výlety, dycky když byly nějaké svátky, tož si to tam vyzdobili a chodila aj chvílu do nějakého čtenářského kroužku, ale to ju nebavilo. Já Vám to tady vykládám a ani nevím estli je to ono (směje se).

P: Ano, je to přesně ono. Jen s tím rozdílem, že tato aktivizace probíhá v domovech pro seniory a já se snažím zjistit, jestli se někdo setkal s aktivizací, když byl v nemocnici.

R: Aha, tož to nevím. Neznám nikoho takového.

P: Řekněte mi, vy osobně byste měla zájem o takovéto aktivity?

R: A aj možná jo. Víte tady to tak pomalu utíká, dyž máte furt hledět do tech bílých stěn. A ted už bývá venku aj hezky, sice furt zima, ale sluněčko občas vysvitne, tož bych se aj prošla ven. Naši se mnů nechců chodit, že aby jim sestřičky nebrblaly.

P: Tak až za Vámi příště přijdou, tak jim vyřid'te, že klidně můžete jít na procházku. Jen je potřeba to nahlásit, aby Vás potom sestřičky nehledaly.

R: To tak opravdu ide? Tož to já jim aj řeknu.

P: Řekněte. Když by byla taková možnost nějaké tyto činnosti provádět, do které části dne byste si je chtěla zařadit? Spíš dopoledne nebo odpoledne?

R: No, před obědem sů vizity a kapačky a chodíme s rehabilitační sestřičkou, tam toho času moc není, ale to odpoledne, to se vleče jak sopel (směje se). A hlavně já musím byt na pok-ji dyž chodí pan doktor, kolikrát tak dlůho myslím na to, abych mu nezapomněla všecko říct, nekdy si to aj na papír musím napsat a dybych dělala nějaké aktivni věci, tož by ně utékl. Tož asi nejak odpoledne.

P: A spíš před návštěvou nebo po návštěvě?

R: Za mnů naši chodijou málo, protože nemajou čas, ale každý den volajů.

P: Aha, takže chápu to dobře, že by Vám nezáleželo, jestli by tyto činnosti probíhaly před nebo návštěvě?

R: Ano, bylo by ně to asi jedno.

P: Dobře a jak byste si ty činnosti to představovala?

R: no to já nevim, co tym myslíte?

P: Třeba jaké činnosti byste tady chtěla dělat, co by Vás bavilo.

R: Mě by asi stačilo, dyby se se mnů někdo popovídal. Tak jak třeba teď vy, vy ani nevíte jaké je to dobré, dyž si tak možu s nekým povykládat. Víte, tož já su stara ukecaná baba a dyž možu, tak su moc rada ze si povykládám. Aj se sestřičkama si povykládám, ale šak sama víte jaké to je. Furt majou moc práce, lítajou jak hadr na holi a tož toho času taky moc néni, aby tady seděly a plkaly se starů babů.

P: Paní XX, já Vám moc děkuji za informace. Jsou pro mě opravdu cenné a pomohla jste mi, jsem zase o krok blíž cíli. Přeju hezký zbytek dne.

R: No a za co jako děkujete? To já Vám děkuju, a ať sa vám ta práca podaří.