

Vliv pracovní terapie, volnočasových aktivit, rehabilitačního ošetřování na seniory v domově se zvláštním režimem

Vladimíra Vajová

Bakalářská práce
2010



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Vladimíra VAJOVÁ**

Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Vliv pracovní terapie, volnočasových aktivit,
rehabilitačního ošetřování na seniory v domově se
zvláštním režimem**

Zásady pro vypracování:

Zpracování teoretických východisek na základě analýzy literárních pramenů a odborné literatury.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace výzkumu dané problematiky.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, výsledků výzkumu, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Gruss,P.,Perspektivy stárnutí.Praha:portál,s.r.o.,2009.ISBN 978-80-7367-605-6

Kalvach, Z."et al".Geriatric a gerontologie. Praha: Grada Publishing,a.s.,2004.ISBN 80 247-0548-6

Klevetová,D.,Dlabalová. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada Publishing, a.s.,2008 ISBN 978-80-247-2169-9

Štílec, M.,Program aktivního stylu pro seniory. Praha:Portál, s.r.o.,2004 ISBN 80-7178-920-8

Vágnerová,M.,Vývojová psychologie II.,Dospělost a stáří. Praha:Karolinum 2008 ISBN 978-80-246-1318-5

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. Pavel Konečný

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

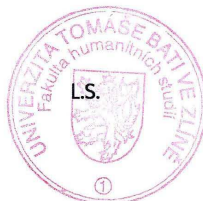
15. února 2010

Termín odevzdání bakalářské práce:

7. května 2010

Ve Zlíně dne 15. února 2010

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSoc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, 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 užit 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 Zlíně 3.5.2010



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 nevydělečně 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

(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 výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit vliv pracovní terapie, volnočasových aktivit a rehabilitačního ošetřování na seniory v domovech se zvláštním režimem. Teoretická část práce se zabývá obdobím stáří - především změn a poruch v oblasti duševních a tělesných funkcí u seniorů. Dále obecně charakterizuje ústavy sociální péče a popisuje problematiku odborných terapií a rehabilitačního ošetřování. V analytické části je vypracována analýza vlivu pracovní terapie, volnočasových aktivit a rehabilitačního ošetřování na seniory prostřednictvím dotazníkové šetření určeného pracovníkům v domovech se zvláštním režimem. Na základě pravidelných pracovních terapií se seniory s duševními a tělesnými onemocněními, které probíhaly jeden měsíc, jsem vypracovala Barthelův test základních všedních činností (ADL) hodnotící závislost klienta v základních všedních činnostech a dále také test Mini-mental state examination (MMSE).

Klíčová slova: stáří, senior, duševní poruchy ve stáří, ústav sociální péče, odborné terapie, rehabilitační ošetřování

ABSTRACT

The main target of the Bachelor thesis is to determine the influence of work therapy, leisure activities and rehabilitative care for elderly people in homes with special conditions. The theoretical part deals with the period of old age - particularly of changes and disturbances in the mental and physical functions of elderly people. Furthermore, generally characterizes retirement homes and describes the problems of professional therapy and rehabilitation nursing. The analytical part is developed to analyze the influence of work therapy, leisure activities and rehabilitative care to seniors through a questionnaire for staff members in the retirement homes. On the basis of regular occupational therapy with older people with mental and physical illness, which lasted one month, I worked up Barthel test of basic activities of daily living (ADL) that evaluates an dependence of clients in daily living activities and also a test called Mini-Mental State Examination (MMSE).

Keywords: old age, senior, mental disorders in old age, retirement homes, professional therapies, rehabilitation nursing

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucímu mé bakalářské práce MUDr. Pavlovi Konečnému za cenné rady a pomoc při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za trpělivost a také všem respondentům za jejich ochotu při vyplňování dotazníků.

Motto:

„Stáří nemá být koncem života, ale jeho korunou.“

A. Repond

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ.....	13
1.1 OBDOBÍ PRAVÉHO STÁŘÍ	13
1.1.1 Tělesné změny.....	15
1.1.2 Psychické aspekty stáří	15
1.1.3 Proměna kognitivních funkcí	16
1.1.4 Změny v oblasti socializace	16
2 Hlavní medicínské problémy u seniorů.....	17
2.1 SPECIFIKA CHOROB VE STÁŘÍ	17
2.2 NEJFREKVENTOVANĚJŠÍ DIAGNÓZY GERIATRICKÝCH PACIENTŮ.....	17
3 DUŠEVNÍ PORUCHY VE STÁŘÍ.....	18
3.1 DEPRESIVNÍ SYNDROM	18
3.2 ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY	18
3.3 DEMENCE	19
3.3.1 Rozdělení a rozpoznání demence.....	20
3.3.2 Komunikace se seniory s diagnózou demence.....	20
4 ÚSTAVY SOCIÁLNÍ PÉČE	22
4.1 CHARAKTERISTIKA ÚSTAVŮ SOCIÁLNÍ PÉČE.....	22
4.2 AKTIVIZACE A PROGRAMOVÁNÍ AKTIVIT.....	22
4.3 MOTIVACE K ČINNOSTEM	23
4.4 ZÁSADY KOMUNIKACE SE SENIORY	24
4.5 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE V GERIATRII	25
5 ODBORNÉ TERAPIE A VOLNOČASOVÉ AKTIVITY.....	26
5.1 FYZIOTERAPIE	27
5.1.1 Kondiční cvičení	27
5.1.2 Léčebná tělesná výchova.....	28
5.2 REHABILITAČNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ	28
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
6 CÍL VÝZKUMU.....	31
6.1 DRUH VÝZKUMU	31
6.2 METODY VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ VZOREK.....	31
7 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	32
7.1 VYHODNOCENÍ OTÁZEK Z DOTAZNÍKU	32
7.2 VYHODNOCENÍ BARTHELOVA TESTU ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ ADL	41
7.3 VYHODNOCENÍ MINI – MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)	43
7.4 VERIFIKACE HYPOTÉZ	46
ZÁVĚR	48
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	49

SEZNAM TABULEK.....	51
SEZNAM GRAFŮ	52
SEZNAM PŘÍLOH.....	53

ÚVOD

Stáří a stárnutí je v současnosti velmi aktuálním tématem. V posledním desetiletí můžeme pozorovat, že se prodlužuje délka lidského života, rapidně klesá porodnost a naopak přibývá seniorů, kteří se dožívají stále více vyššího věku. Společně s tímto posledním faktorem vzrůstá také potřeba pobytových sociálních zařízení, které se zabývají poskytováním sociální péče o seniory. Paradoxem je, že přestože došlo k navýšení finančních částek příspěvků na péči, tak dochází k zániku terénních sociálních služeb, které měly zajistit setrvání seniorů ve vlastním sociálním prostředí. Zde proto můžeme pozorovat vzrůstající potřebu budování ústavů sociální péče. Bohužel čekací doba na umístění do těchto domovů je stále velmi dlouhá a tento fakt zapříčiňuje, že spousta starých lidí se svého umístění v domově ani nedožije.

Je důležité si uvědomit, že senior s duševním nebo tělesným postižením, u kterého je snížena soběstačnost v oblasti péče o vlastní osobu a zajištění chodu domácnosti, je závislý na pomoci druhých. A je potřeba mu takovouto pomoc při uspokojování jeho základních a i sekundárních potřeb poskytnout. Obecně lze říct, že tato zařízení ve své podstatě poskytují stejné služby – ubytovací, stravovací a sociální služby, dále také sociální poradenství, lékařskou, zdravotní a ošetrovatelskou péči, rehabilitační ošetřování, edukační služby, odborné terapie a duchovní podporu.

Toto téma jsem si vybrala na základě mých celoživotních zkušeností v oblasti sociální péče o seniory v pobytových i terénních službách. Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit vliv pracovní terapie, volnočasových aktivit a rehabilitačního ošetřování na seniory v domovech se zvláštním režimem.

V teoretické části popisuji obecnou charakteristiku stáří se zaměřením na období pravého stáří – 75 a více let, protože v této věkové skupině nejvíce dochází ke kumulaci několika onemocnění tzv. polymorbiditě. Stěžejním bodem celé teoretické části jsou kapitoly s názvem Hlavní medicínské problémy u seniorů a Duševní poruchy ve stáří. O poznatky získané z těchto kapitol se budu opírat i ve své praktické části, kde zpracuji analýzu vlivu pracovní terapie, volnočasových aktivit a rehabilitačního ošetřování na seniory v domovech se zvláštním režimem.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 OBECNÁ CHARAKTERISTIKA STÁŘÍ

Na stáří je možné pohlížet z různých pohledů. Je však jisté, že jde o přirozený celoživotní proces, který se projevuje tělesnými, psychickými, funkčními, biochemickými změnami. Stárnutí ovlivňuje také životní styl, okolní prostředí člověka, sociálně ekonomickými vlivy a částečně jej mohou ovlivnit genetické předpoklady.

Jak uvádí Kalvach a kol. (2004), individuálnost a mnohočetnost příčin a projevů, jejich nástup v různém věku, vzájemná podmíněnost i rozpornost jsou příčinou obtížného vymezení a členění stáří. V této souvislosti se dá hovořit o stáří:

- *kalendářní stáří* – které je jednoznačně vymežitelné, ale zcela nepostihuje interindividuální rozdíly, protože se prodlužuje očekávaná doba dožití a zlepšuje se zdravotní a funkční stav nově stárnoucích generací. V 60. letech minulého století v kontextu demografického vývoje navrhla B. L. Neugartenová pojmy „mladí senioři“ pro věk 55 – 74 let a „staří senioři“ pro 75 a více let. Z jejího pojetí je odvozeno současné orientační členění stáří 65 – 74 let: mladí senioři - problematika penzionování, volného času, aktivit, seberealizace, 75 – 84 let: staří senioři – problematika adaptace, tolerance zátěže, specifického stonání, osamělosti, 85 a více let: velmi staří senioři – problematika soběstačnosti a zabezpečení.

- *sociální stáří* – kdy dochází k proměně sociálních rolí a potřeb, ekonomického zajištění a životního stylu. Jako začátek sociálního stáří je považován vznik nároku na starobní důchod a skutečné penzionování. K rizikům patří maladaptace na penzionování, ztráta společenské prestiže, osamělost, snížení příjmů a z toho vyplývající pokles životní úrovně, hrozba ztráty soběstačnosti, věková segregace a diskriminace.

- *biologické stáří* – je označení pro konkrétní míru involučních změn u daného jedince. Jedná se spíše o hodnocení funkčního stavu, a to konkrétně jako funkční způsobilost k určité aktivitě, nebo k určitému zdravotnickému výkonu.

1.1 Období pravého stáří

Jako pravé stáří je označováno období po 75. roce života člověka. Dožitím 80-ti let dosáhne senior tzv. čtvrtého věku. V tomto období dochází k nárůstu problémů daných mentálním a tělesným úpadkem, kumulací různých zátěžových situací. Jako příklad můžeme uvést umístění do ústavní péče, kdy jsou kladeny značné nároky na adaptaci s danou změnou v životě seniora a jsou pro něj subjektivně obtížně zvladatelné. Zvládnutí konkrétní zátěže závisí na osobnosti seniora, hodnotovém systému, zkušenostech a na aktuálním psy-

chickém i tělesném stavu. Z hlediska zachovaných schopností se senioři mohou významně lišit - na jedné straně jsou oceňováni pro svoji moudrost a nadhled, na druhé straně je relativně početná skupina těch, u kterých dochází k značným psychickým i somatickým změnám, jejichž příčiny bývají obvykle patologické. Nejedná se o důsledek pokročilého stáří, ale spíše o projev onemocnění ovlivňující funkci centrálního nervového systému nebo celého organismu.

(Vágnerová, 2008)

Subjektivní pocit pohody a kvalita života ve stáří může být individuálně rozdílná. Závisí na udržení přijatelného životního stylu, jehož podmínky lze podle Vágnerové (2008) shrnout do několika bodů: udržení soběstačnosti a nezbytné autonomie proti bezmocnosti a s ní související závislosti, udržení potřebných sociálních kontaktů a vztahů, nebo jejich vytvoření, zabránit sociální izolaci, pocitu osamělosti a nechtěnosti a udržení sebeúcty a přijatelného osobního významu proti pocitu vlastní nepotřebnosti.

Zátěžové situace, které ovlivňují pocit subjektivní pohody ve stáří, jsou nemoc a úmrtí partnera, blízkých osob, vrstevníků, což vede k postupné redukci sociální sítě, pocitu osamění a větší sociální izolovanosti. „Odhaduje se, že v populaci starších seniorů žije v sociální izolaci minimálně 20 – 25 % lidí. (Vágnerová, 2008, s. 399)

V tomto období dochází ke zhoršení zdravotního stavu, k úbytku tělesných a duševních schopností vedoucích k postupné ztrátě soběstačnosti, která klesá přímo úměrně věku.

„Do 74 let žije samostatně a nezávisle na cizí pomoci 84% seniorů, zatímco starší 75 let jsou soběstační jen v 51%.“ (Vágnerová, 2008, s. 400)

Vynucená změna životního stylu vede ke ztrátě jistoty soukromí a je spojena s častou hospitalizací nebo umístěním do ústavní péče. Tato změna představuje velkou zátěž adaptačních kompetencí seniorů.

„Ústavní péči, ať už zdravotní či sociální potřebuje ve vyšším věku minimálně 5% populace, většinou jde o ženy nad 70 let.“ (Vágnerová, 2008, s. 400)

Všechny subjektivní problémy signalizují nejenom větší náročnost této životní fáze, ale i omezenější schopnost reagovat přiměřenými obrannými mechanismy. Většina změn v jejich životě představuje ztrátu a zhoršení kvality života, méně důvodů k prožívání radosti, ale i omezenější kompetence. Adaptace na změny má odlišný charakter, než by měla za podobných okolností v mládí či ve středním věku, užívají jiných strategických zvládnání - je

více pasivní a redukována na obranu aktuálních pocitů. Senior musí řešit jiné problémy než dřív, je více zaměstnáván obtížnějším zvládnutím vlastního života. (Vágnerová, 2008)

1.1.1 Tělesné změny

Typickým projevem stáří je zhoršení zdravotního stavu. Zvýšení nemocnosti má specifický charakter, senioři obvykle trpí současným výskytem několika chorob, tzv. polymorbiditou. Organismus už nemá dostatečné rezervy, aby zvládnul i běžná onemocnění, dochází ke komplikacím a chronickému průběhu nemoci.

„Ve věku 70 let trpí nějakým chronickým onemocněním až 87% seniorů, v 85 letech jsou takto postižení prakticky všichni“ (Vágnerová, 2008, s. 402).

Pro kvalitu života seniora není rozhodující přítomnost nemoci, ale spíše stupeň funkčního postižení, který vede k celkovému snížení jejich mobility a soběstačnosti. Snížení soběstačnosti se projevuje neschopností vykonávat běžné činnosti a postarat se adekvátním způsobem o sebe a svou domácnost. Často vede k závislosti na pomoci jiných lidí a k následnému umístění do zdravotnického zařízení nebo ústavu sociální péče.

1.1.2 Psychické aspekty stáří

Zahrnujeme zde všechny změny psychiky, které se s přibývajícím věkem vyskytují stále častěji a jsou ovlivňovány biologickou involucí.

Pacovský (1994) uvádí, že změny ve stáří nemají jen sestupný charakter ve smyslu zhoršení (pokles vitality, omezování tvůrčích schopností, vzrůst úzkosti a nejistoty, pokles sebehodnocení). Některé funkce zůstávají nezměněny (intelekt, slovní zásoba, jazykové dovednosti), jiné naopak vykazují zlepšení (vytrvalost, trpělivost, životní stereotypie, schopnost úsudku).

Změny můžeme pozorovat také v oblasti citového života, kdy dochází k oslabení v oblasti vyšších citů a snížení citů sociálních a estetických. Senioři jsou citově snadno zranitelní, hůře zvládají své emoční projevy, častěji se u nich vyskytují deprese a pocity úzkosti. Snížení schopnosti psychické adaptability se projevuje při pobytu v neznámém prostředí, při setkání s cizím člověkem, kdy senioři projevují nedůvěru a odmítají vše co je pro ně nové a neznámé. Snížená adaptabilita je spojena s klesající fyzickou a psychickou soběstačností ve stáří. (Vágnerová, 2008).

1.1.3 Proměna kognitivních funkcí

V tomto období pokračuje proces zpomalování a přesnosti při zapamatování, využívání a ukládání všech informací. Volba odpovídající reakce a zpracování informací trvá delší dobu a v důsledku dochází jak k eliminaci některých informací, tak k zúžení počtu výchozích poznatků vedoucích ke zhodnocení situace. Tento proces může dosáhnout takového stupně, že bude významně ztěžovat, nebo znemožňovat uchování získaných informací a i jejich následné zpracování. Pokud se jedná o závažnější poruchu paměti, může dojít k obtížím i v běžném stereotypním životě seniora, kdy nejsou schopni naplánovat si běžné činnosti a zapamatovat si jejich pořadí. (Vágnerová, 2008).

1.1.4 Změny v oblasti socializace

S přibývajícím věkem dochází k redukci životního prostoru v rámci domova nebo ústavní péče a s tím související zúžení sociální sítě z důvodu ztráty partnera, sourozenců, blízkých vrstevníků. Senior tak ztrácí lidi, s kterými jej pojila citová vazba, nebo vzpomínky na uplynulý život. Ztrátou sociálních kontaktů dochází u seniora k pocitu osamělosti (Vágnerová, 2008).

„Čím dál větší počet starších seniorů musí změnit způsob života, na který byli zvyklí, a dožít v ústavním zařízení. Zde získávají roli obyvatele domova důchodců či pacienta léčebny dlouhodobě nemocných, která má nižší sociální status než role, které měli dřív. Umístění do instituce ještě více zužuje životní teritorium, sociální síť i komplex rolí a vede k větší anonymizaci a ztrátě individuálně specifických psychosociálních charakteristik.“ (Vágnerová, 2008, s. 416)

2 HLAVNÍ MEDICÍNSKÉ PROBLÉMY U SENIORŮ

Mezi typické znaky chorob ve stáří je jejich odlišnost v průběhu nemoci, kdy bývá postiženo několik orgánů současně, nebo onemocnění probíhá skrytě (latentně). Tento stav vyvolává řetězovou reakci a často způsobuje vznik komplikací při léčbě, nemoci trvají déle a ve většině případů se nevyhují zcela úplně a přechází do chronické formy onemocnění.

2.1 Specifika chorob ve stáří

„Diagnostika, léčba a rehabilitace seniora má svá specifika, proto i akutní geriatrická medicína má své zvláštnosti. U starších nemocných se symptomatologie onemocnění jeví jinak, než u mladší a střední generace. Liší se i biochemické nálezy. Pro stáří je typická změněná spotřeba kyslíku, jsou změny v hormonální regulaci, je snižená intenzita syntézy bílkovin (proteosyntézy) a celkově menší výkonnost orgánů. Téměř pravidelně se vyskytuje nedostatečný příjem potravy (malnutrice) a chybění (karence) nezbytných složek výživy (vitamíny, stopové prvky), což může způsobit odlišnou reakci organismu na léky.“ (Minibergová, Dušek, 2006. s. 21)

2.2 Nejfrekventovanější diagnózy geriatrických pacientů

Jak uvádí Minibergová, Dušek (2006), z pohledu geriatrické problematiky patří mezi nejčastější onemocnění nervového systému, kardiovaskulárního systému, pohybového aparátu, endokrinního systému se všemi specifiky a možnostmi léčby.

„Cukrovka (diabetes mellitus) má ve vyšším věku některé zvláštnosti a projevy, které jsou odlišné od mladého jedince. Postupně se rozvíjející porucha metabolismu může určitou dobu zůstat bezpříznaková (asymptomatická) a činit diagnostické potíže. Významné jsou ve stáří též onemocnění zažívacího (gastrointestinálního) ústrojí, postižení dýchacího (respiračního) systému, zubní péče ve stáří (gerontostomatologie), včetně funkčního stavu chrupu a orálního zdraví. Imunitní systém ve stáří má rovněž své zvláštnosti (atypie), proto je horší průběh i banálních infekcí s následným větším výskytem komplikací. Degenerace na očním pozadí (makuly), zvýšený nitrooční tlak (glaukom), ischemický edém papily očního nervu patří k významným postižením smyslových orgánů. Snižování sluchu až hluchota patří k významným postižením smyslových orgánů.“ (Minibergová, Dušek, 2006, s. 20).

3 DUŠEVNÍ PORUCHY VE STÁŘÍ

Ve stáří se duševní poruchy vyskytují stejně jako u běžné populace, s tím rozdílem, že příznaky bývají ukryté za fyziologické změny ve stáří a proto jsou méně nápadné. Ve většině případů se vyskytují jak organické změny, tak poruchy paměti.

3.1 Depresivní syndrom

Deprese patří mezi závažné onemocnění, které vede k narušení běžných životních funkcí, kdy dochází ke zhoršení kvality života a způsobují zhoršení stávajících somatických onemocnění. Podmínkou léčby je včasné odhalení příznaků. U seniorů dochází ke změně v prožívání a chování, které může být způsobeno závažnými změnami nebo traumatizujícími událostmi (zhoršení zdravotního stavu, úmrtí blízkého člověka, umístění v ústavní péči). Deprese senioři často bagatelizují, proto se diagnostika zaměřuje na sledování příznaků - zhoršení soustředění a pozornosti, snížení sebedůvěry, pocit viny, smutek, poruchy spánku, poruchy chuti k jídlu, myšlenky na sebevraždu nebo sebepoškozování. Statisticky je prokázáno, že 50% seniorů v ústavní péči trpí příznaky deprese (Venglářová, 2007).

3.2 Organické duševní poruchy

Venglářová (2007), uvádí dělení organických duševních poruch podle 10. Decentní revize mezinárodní klasifikace nemocí takto:

F 00 demence u Alzheimerovy choroby

F 01 vaskulární demence

F 02 demence u chorob klasifikovaných jinde:

- demence u Pickovy choroby,
- demence u Creutzfeldovy – Jakobovy choroby,
- demence u Huntingtonovy choroby,
- demence u Parkinsonovy choroby,
- demence u infekce HIV,
- demence u ostatních chorob klasifikovaných jinde.

F 03 nespecifické demence

- F 04 organický amnestický syndrom, jiný než vyvolaný alkoholem a jinými drogami
- F 05 delirium jiné než vyvolané alkoholem a jinými drogami
- F 06 jiné duševní poruchy vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkcemi mozku nebo následkem somatického onemocnění
- F 07 poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku
- F 09 nespecifické organické nebo symptomatické duševní poruchy

Mezi faktory ovlivňující obraz duševních poruch u seniorů můžeme zařadit:

- fyzikální vlivy – somatický stav seniora, rychlost, s jakou je mozek poškozen a osobnost seniora,
- osobnost a psychické vlivy - intelektová úroveň, dosažené vzdělání, obranné mechanismy osobnosti, přizpůsobivost v psychické přizpůsobivosti, probíhající psychický stres, konfliktní situace,
- sociální vlivy – změna prostředí, stupeň sociální izolace, nedostatek podnětů nebo nadměrnost podnětů, které mohou způsobit zmatenost.

3.3 Demence

„Slovo demence pochází z latinského slova „mens“, což znamená „mysl“, a také z předpony „de-“, která značí „od-“. Slovo „demens“ tedy znamená „šléný“, tedy něco, co myslí pozbylo, odchylku od rozumového jednání. (Kučerová, 2006, s. 9)

Definice demence podle 10. Decentní revize mezinárodní klasifikace nemocí:

„Demence (F 00 – F 03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počínání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy nemoci, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“ (Kučerová, 2006, s. 9)

3.3.1 Rozdělení a rozpoznání demence

Rozlišujeme dva nejčastější druhy demencí, a to demence Alzheimerova typu a demence vaskulární. U Alzheimerova typu dochází k atroficko-degenerativním změnám, průběh onemocnění je pomalý, plíživý, rovnoměrný, probíhá bez velkých výkyvů, nemusí mít žádné změny na cévách a tepnách. U vaskulárního typu dochází ke změnám na mozkových cévách a tepnách, u nemocných se setkáváme s těmito změnami i na jiných částech těla. V průběhu onemocnění dochází k opakovaným malým mozkovým infarktům, nebo mozkové mrtvici. To zapříčiňuje zhoršování demence skokovitě – období stabilizace střídá období prudkého zhoršení.

Psychiatrické vyšetření má stejnou strukturu jako každé jiné, je nutné věnovat větší pozornost paměti, kdy dochází k poruše paměťových funkcí, změnám v orientaci – osobou, časem, místem, situací, úsudku a dalším příznakům, které bývají s demencí spojeny - emoční labilitou, napětím, smutkem, plačtivostí, úzkostí, poruchám chování, poruchám spánku – nespavosti, až inverzí spánkového cyklu, zhoršení péče o vlastní osobu (Kučerová, 2006).

Ke zjištění číselně vyjádřeného stupně demence se používá dotazník MMSE (Mini Mental State Examination), pomocí kterého poznáme i hloubku demence. K dalším metodám patří vyšetření pomocí CT, magnetická rezonance, což jsou metody zobrazovací.

3.3.2 Komunikace se seniory s diagnózou demence

Pro komunikaci se seniorem s diagnózou demence (Alzheimerova, jiného typu) platí stejné postupy, jak je uvedeno v předchozí podkapitole, přesto je nutné doplnit specifický postup a některé zásady.

„Preterapie je specifický postup, který umožňuje navázat kontakt a budovat vztah i u osob, které obtížně komunikují, nebo nemohou komunikovat vůbec. Našli bychom zde prvky validačních postupů (zrcadlení, kladení otázek, blízkost, dotek), kontakt je však mnohem intenzivněji propracován a prohubován tak, aby člověk mohl co nejvíce projevit svoje pocity a přání a tím i kontrolu nad svým životem.“ (Kalvach a kol., 2004, s. 449)

Jak uvádí Klevetová, Dlabačová (2008), můžeme shrnout zásady komunikace do několika bodů:

- získání informací o typu demence,
- správně oslovovat, respektovat dosaženého pracovního i společenského postavení,

- pokyny podávat postupně,
- vždy sdělovat, co děláme, poskytovat informace o čase a prostoru,
- nevysmívat se nepochopitelnému způsobu vyjadřování, každé chování a řeč mají svůj skrytý význam,
- nedávat otázky typu – co děláte, kam jdete,
- vše, co říká, tak skutečně myslí – věřte jeho světu,
- naučit se citlivě vést nesmyslné rozhovory,
- využít významné situace a zážitky k navázání kontaktu.

4 ÚSTAVY SOCIÁLNÍ PÉČE

Ústavy sociální péče nahrazují seniorům jejich předchozí domov, vytváří vhodné prostředí a optimální podmínky ke zvládnání nové náročné situace a umožňují tak co nejplynulejší přechod na změnu, kterou si jejich zdravotní a sociální handicap vyžaduje. Zabezpečují seniorům v potřebném rozsahu trvalé poskytování komplexní péče.

4.1 Charakteristika ústavů sociální péče

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím ústavů sociální péče musí zachovávat lidskou důstojnost seniorů. Pomoc vychází z individuálně určených potřeb seniorů, musí na ně působit aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Všechny sociální služby a péče jsou poskytovány v zájmu seniorů a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod seniorů.

Domovy důchodců jsou pobytová zařízení, která se řídí Zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách, sociálními standardy, vnitroorganizačními normami, metodickými pokyny, provozním řádem. Žadatel o sociální služby v pobytovém zařízení je přijímán na základě žádosti, kterou eviduje sociální pracovník podle rozhodnutí sociální komise. Zdravotnická péče je zajištěna všeobecnými registrovanými sestrami, zdravotnickými asistenty a přes den i praktickým lékařem. Ve většině domovů důchodců je smluvně zajištěna i péče odborného lékaře psychiatra a odborného lékaře pro vnitřní lékařství. Komplexní ošetrovatelskou péči poskytují sociální pracovníci v přímé obslužné péči, všeobecní sanitáři, pracovníci rehabilitačního ošetřování. Odborní terapeuti a pracovníci volnočasových aktivit plánují a realizují denní činnosti seniorů.

4.2 Aktivizace a programování aktivit

Pod pojmem „aktivizace“ můžeme zahrnout veškeré denní činnosti, které jsou v rámci vyplnění volného času v ústavních zařízeních realizovány.

Aktivizace znamená společné hledání takových činností, které seniora naplňují radostí, smysluplností, pomáhají mu vytvořit si příjemné prožitky, jak je to obvyklé v životě kaž-

děho člověka. V ústavní péči by měly tyto aktivity navazovat na zájmy, které byly jeho součástí v průběhu života. Je potřeba respektovat jeho osobnost, zachovat volbu na utváření vlastního denního programu. Ve většině případů je umístění v ústavní péči podmíněno změnou zdravotního nebo duševního onemocnění, nesoběstačnosti a jejich reakce bývá spojena s rezignací, apatií a ztrátou smyslu života. Přístup kvalifikovaného odborného terapeuta musí být ke každému individuální, měl by být obeznámen se sociální anamnézou, zdravotními omezeními seniora. Na základě těchto informací, osobním kontaktem, získat ucelený přehled o jeho zájmech, zálibách a nabídnout mu takové aktivity, o které projeví zájem. Důležité je zajištění příjemného prostředí, jeho bezbariérovost, materiální vybavení pro přípravu a jejich plánování. U skupinové terapie, které se mohou účastnit i senioři zcela imobilní, dochází k navázání nových sociálních kontaktů, což je důležité ke zkrácení adaptačního procesu. Bez povšimnutí nesmí zůstat ani senioři, kteří se nechtějí skupinových aktivit účastnit, tyto jsou prováděny na jeho přání individuálně přímo na pokoji. Do plánování a vytváření aktivizačních programů by měli být zapojeni i senioři. Dát jim prostor a možnosti k jejich spoluvytváření.

„Z francouzského prostředí k nám proniká výraz animace ve smyslu oživení, naplnění programem. Ve Francii se běžně užívá pro všechny aktivity v zařízení sociální péče. Animuje se celkový přístup ke klientům a klima zařízení. Základní rysy animace jsou nedirektivnost a otevřenost. Sociální animátor se zabývá zaměstnáním klientů a celkovým oživením prostředí v institucích. Životní aktivita a sociální angažovanost snižuje v dlouhodobé péči úmrtnost.“ (Kalvach a kol., 2004, s. 438)

4.3 Motivace k činnosti

Motivace je v životě každého člověka velmi důležitá, jejím prostřednictvím uspokojujeme své vlastní potřeby, nejenom v oblasti biologické, ale také sociální.

Se změnami zdravotního stavu, který je příčinou funkčního omezení, dochází k úpadku dosažených schopností a dovedností, senior se stává závislým na pomoci jiných, sociální kontakty se zužují. V takových situacích je důležité seniora přesvědčit o důležitosti vlastní snahy, která vede ke zlepšení nebo návratu schopnosti uspokojovat své vlastní potřeby sám a úspěšně zvládnout tyto náhlé životní změny. Jak uvádí Dlabalová, Klevetová (2008), můžeme rozlišit tři motivační okruhy vedoucí ke konkrétním aktivitám:

- snaha dosáhnout cíle – stanovení reálného cíle, posouzení možností a schopností k jeho dosažení,
- přesvědčení o vlastních schopnostech – podpora okolí a víra v sebe samu,
- vlastní představa změny, které chce dosáhnout – schopnost představit si sebe s touto změnou.

U seniorů v ústavní péči motivace podporuje **praktickou každodennost**- zachování každodenních, stereotypních činností, které dělají spontánně, **smysluplnost** prováděných aktivit, **dobrovolnost**, kdy má senior možnost si vybrat a účastnit se činností, **příjemnost** založená na principu potěšení z konané aktivity, **sociální přiměřenost** – chovat se a přistupovat k seniorovi jako k dospělému, zachovat **důstojnost** hlavně u seniora s onemocněním demence, **úspěšnost**, kdy je vidět výsledek vlastní činnosti přinášející prožitek úspěchu, **pomoc a podmiňování**, podporovat jej v aktivitách. (Kalvach a kol., 2004)

4.4 Zásady komunikace se seniory

„Pojem komunikace je používán pro označení velkého množství dějů, které probíhají mezi lidmi při vzájemném kontaktu a výměně informací.“ (Minibergerová, Dušek, 2006, s. 41)

Komunikace podle Minibergerové, Duška (2006) probíhá ve dvou úrovních – slovní (verbální), která přináší informace vyjádřeny slovy a každé sdělení má obsahovou úroveň, a mimoslovní (neverbální) tvořenou řečí těla (pohyby těla, postoje, výrazy obličeje, pohledy očí, doteky), dále neobsahovou stránku řeči (tón a barva hlasu, jeho intenzita, rychlost mluvy).

Komunikace se seniorem bývá ovlivněna zhoršováním sluchu, zraku, poruchou způsobenou neurologickým onemocněním s následnou fatickou poruchou, psychickými poruchami, neschopností využití slovní zásoby. Při komunikaci přistupujeme k seniorovi tak, aby byl zachován oční kontakt a viděl nám do tváře, dodržujeme osobní zónu (vymezení prostoru mezi komunikujícími), mluvíme dostatečně hlasitě, ale senior nesmí mít pocit, že na něj křičíme, správnou artikulací usnadníme nedoslýchavým odezírání z úst a tím lepší pochopení toho, co mu chceme sdělit. Nepoužíváme složitá souvětí, ale jednoduché věty, které jasně vyjadřují to, co chceme sdělit. Nesmíme zapomenout na zpětnou vazbu, zda nám senior rozuměl. Velmi důležitá je doteková komunikace, kdy jde o osobní kontakt – podržení ruky, pohlazení nebo objetí navodí pocit důvěry.

4.5 Ošetrovatelská péče v geriatрии

Ošetrovatelství tvoří jednu ze stěžejních oblastí v péči o seniory v ústavní péči. Tato činnost je orientována na základní biologické potřeby, což je často vzhledem k jejich zdravotnímu stavu a omezené mobilitě nezbytné. Poskytovaná ošetrovatelská péče vzhledem k uvedené závislosti seniorů zahrnuje úkony a činnosti související s jejich pohybovou aktivitou, s péčí o tělo, s příjmem potravy, s péčí o spánek a odpočinek, se zprostředkováním kontaktu seniora se společenským prostředím a s vytvářením jeho optimálního prostředí.

5 ODBORNÉ TERAPIE A VOLNOČASOVÉ AKTIVITY

Ergoterapie - spektrum prováděných činností v ergoterapii zaměřujeme zejména na udržování zachování a podporu tvůrčích schopností a dovedností seniorů, v oblasti jemné motoriky. Současně zde zahrnujeme a využíváme prvky oddechových aktivit, relaxace, společenské aktivity. Výběr jednotlivých činností vždy odpovídá skladbě seniorů s ohledem na jejich schopnosti a celkový stav a řídí se předem stanoveným týdenním plánem. Tato činnost v zařízení probíhá v dopoledních, odpoledních hodinách a víkendech. Dopolední program zahrnuje více aktivních prvků než odpolední. V odpoledním programu jsou zařazeny převážně nenáročné aktivity, které nezatěžují seniory a nezpůsobují jejich únavu.

Muzikoterapie patří mezi oblíbené terapie. Probíhá s klienty skupinově i individuálně. Vždy je nutné zvolit příjemné prostředí, místnost by měla být osvětlená tlumeným světlem. Senioři si vybírají oblíbený druh hudby nebo různých léčivých zvuků z nabídky muzikoterapie. Skupinové muzikoterapie se mohou zúčastnit i příbuzní klientů. Za velmi přínosný považujeme především psychorelaxační účinek.

Aromaterapie je používána hlavně v případech, kdy chceme u klientů vyvolat příjemné prožitky, eventuálně doplňkově působit na snížení či odstranění drobných potíží. Metoda využívá příjemného i léčivého působení při inhalaci olejů a silic. Nejčastěji jsou používány metody inhalace pomocí aromalampy, vonné tyčinky, ale i aplikace olejů do koupele nebo jako součást masáží.

Kognitivní rehabilitace je obnovování či udržování porušených kognitivních funkcí a posilování těch funkcí, které zůstaly zachovány (po mozkových úrazech, operacích, po cévních mozkových příhodách, při syndromu demence). Příklady postupů kognitivní rehabilitace: řešení různých skládaček (puzzle, křížovky, hlavolamy), procvičování pozornosti, třídění geometrických tvarů, cvičení krátkodobé i dlouhodobé paměti, procvičování prostorové orientace, početních schopností, rozvíjení slovní zásoby, speciální počítačové programy, řízený rozhovor, tělesný kontakt, pohybové aktivity, tělesná cvičení, tanec, chůze, relaxační techniky.

Zooterapie - živé zvíře je často nejspolehlivějším a někdy jediným přítelem člověka. Nahrazuje často chybějící rodinné vztahy, pomáhá při řešení rodinných krizí, při osamělosti. Navozování těchto kladných emocí výrazně přispívá k úspěchu ostatních léčebných postupů, může dojít ke snížení krevního tlaku a ke zvolnění srdeční činnosti. Kontakt se zvířaty napomáhá regeneraci sil, psychickému uvolnění, projevení citů a navozuje pozitivní emo-

ce. Klientům s Alzheimerovou chorobou napomáhají zvířata k opětovnému navrácení vztahu k životu a přírodě. Navozuje sociální a psychickou podporu u seniorů, kladně ovlivňuje stresové reakce.

Volnočasové aktivity

Zahrnují řadu kulturních akcí, jako jsou pěvecká, hudební a divadelní vystoupení, přednášky, výlety, půjčování knih, audiokazet a CD, společenské hry. K oblíbeným volnočasovým aktivitám seniorů patří společné vycházky s doprovodem, rozhovory, společná posezení s četbou nebo poslechem hudby, posezení u čaje nebo kávy. Je třeba se zaměřit na společné oslavy významných životních jubileí, jejich narozenin, jmenin, společný program při příležitosti státních svátků. Řada těchto oslav se koná ve spolupráci s rodinou a pracovníky zařízení.

5.1 Fyzioterapie

K základním složkám fyzioterapie patří:

- **fyzioterapie diagnostická**, která zhodnocuje funkční změny pohybového aparátu,
- **terapeutická**, která zahrnuje cílenou nápravu změn funkčních poruch pohybového aparátu.

K cílům fyzioterapie patří také zabránění vzniku imobilizačního syndromu a následných komplikací, prevence dekubitů, dechová cvičení, aktivní cvičení, pasivní cvičení, které provádí se seniorem odborný terapeut.

Fyzioterapie patří ke komplexní ošetrovatelské péči o seniora, provádí se na základě funkčního vyšetření, kdy po zhodnocení celkového stavu lékař ordinuje jednotlivé postupy terapeutické fyzioterapie. Odborný pracovník následně sestaví Rehabilitační individuální plán, kterým se řídí do dalšího vyšetření lékařem.

5.1.1 Kondiční cvičení

Je zaměřeno na aktivizaci seniora a jeho cílem je zvýšení a udržení stávajícího tělesného výkonu, prevence imobilizačního syndromu, prevence kontraktur, které vznikají při onemocněních, které brání pohybu klienta, podporu v rekonvalescenci po prodělaném onemocnění, procvičení a udržení funkčnosti nepostižených končetin. Důležitou složkou fyzioterapie u seniorů jsou dechová cvičení, která jsou zaměřena na oblast hrudníku a břišní

stěny, spojená s pohyby končetin, které jsou voleny tak, aby odpovídaly pohybovým schopnostem seniora. Kalvach a kol. (2004)

5.1.2 Léčebná tělesná výchova

Léčebnou tělesnou výchovu můžeme rozdělit do dvou oblastí:

- individuální cvičení – kdy se zaměřujeme na nápravu tělesných změn způsobených nesprávným držením těla (skolióza), jako prevence bolestí zad, po operacích pohybového aparátu, po prodělaných mozkových příhodách, po prodělaných horečnatých onemocněních,
- skupinové cvičení - probíhá formou cvičení ve skupině, cviky jsou přizpůsobeny tělesným schopnostem a možnostem seniorů, jsou prováděny vsedě na židli. Tato cvičení jsou vhodná i pro seniory s onemocněním demence, jejich zapojení při cvičení není vždy optimální a efekt není vždy výrazně viditelný, ale má význam v oblasti emotivního prožitku.

5.2 Rehabilitační ošetřovatelství

Jedná se o obor, jehož cílem při provádění rehabilitačního ošetřování je:

- zajištění zachování alespoň částečné soběstačnosti klienta při každodenních činnostech,
- klient by měl dosáhnout co nejvyššího stupně soběstačnosti.

Vlastní rehabilitační ošetřování klientů je prováděno ošetřujícím personálem, a to jak individuálně, tak skupinově. Důraz je kladen na program prevence imobilizačního syndromu jako závažného vyústění reakce organismu na mobilitu. V maximální míře využíváme základní i speciální rehabilitační pomůcky pro mobilní, částečně imobilní i zcela imobilní seniory a to nejen při vlastním rehabilitačním ošetřování, ale i v průběhu všech základních denních činností a aktivit.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍL VÝZKUMU

Celý svůj profesní život se problematikou práce se seniory zabývám, takže vím, že pracovní terapie, volnočasové aktivity a rehabilitační ošetřování mají na seniory velký vliv. Pomocí tohoto výzkumu jsem chtěla tuto skutečnost dokázat.

Cílem mého výzkumu bylo ověření, že aktivizace seniorů a práce s nimi mají význam jak pro pracovníky poskytující sociální péče, tak pro seniory samotné. Proto jsem tento výzkum rozdělila do dvou částí.

6.1 Druh výzkumu

V rámci první části svého výzkumu jsem použila kvantitativní výzkum.

V druhé části v rámci kvalitativního výzkumu, jsem si stanovila dvě hypotézy:

První hypotéza

Rehabilitační ošetřování vede ke zlepšení fyzického stavu seniorů.

Druhá hypotéza

Volnočasové aktivity a pracovní terapie ke zlepšení duševního onemocnění seniorů.

6.2 Metody výzkumu a výzkumný vzorek

Ve strukturovaném dotazníku jsem použila otázky uzavřené, polootevřené. Protože jsem potřebovala získat data od většího počtu respondentů. Dotazníky byly rozdány v dubnu 2010, ve třech ústavech sociální péče: HVĚZDA - občanské sdružení "Domov seniorů" – domov se zvláštním režimem, Domov se zvláštním režimem Kvasice, Domov důchodců Burešov, p.o., jejich počet byl 100, návratnost byla 76% z poskytnutých dotazníků.

V kvalitativním výzkumu jsem si stanovila výzkumný vzorek 5 seniorů, a to na základě zařazení do cílové skupiny seniorů s duševním onemocněním (u kterých v léčbě nebyla nasazena kognitiva - inhibitory acetylcholinesterázy) a s funkčním tělesným onemocněním. Na začátku výzkumu 1.3.2010 byly s vybranými seniory vyplněny dva testy, a to Barthleův test základních denních činností (ADL) a Mini – Mental State Examination (MMSE). Po dobu jednoho měsíce bylo s těmito seniory pracováno podle stanoveného týdenního harmonogramu uvedeného v Příloze IV. S odstupem jednoho měsíce - 1.4.2010 byly opakovaně tyto dva testy se seniory vyplněny. Výsledkem je porovnání obou testů na začátku a konci měsíce, po dobu kterého se s nimi pracovalo.

7 VÝSLEDKY VÝZKUMU

7.1 Vyhodnocení otázek z dotazníku

Vyhodnocení otázky č. 1

Tato otázka ověřovala pracovní pozici respondentů.

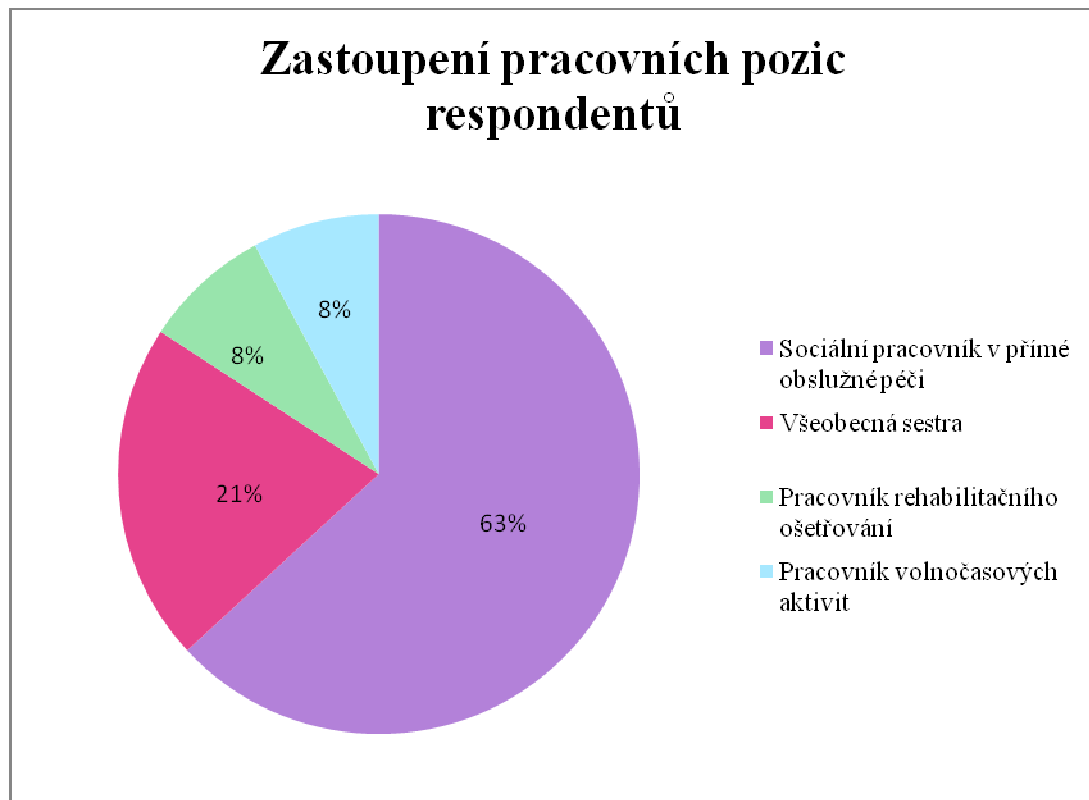
Tab. 1 Zastoupení pracovních pozic respondentů

Zdroj: vlastní

Pracovní pozice	Počet respondentů	Podíl respondentů v %
Sociální pracovník v přímé obslužné péči	48	63 %
Všeobecná sestra	16	21 %
Pracovník rehabilitačního ošetřování	6	8 %
Pracovník volnočasových aktivit	6	8 %
Celkový počet respondentů	76	100 %

Graf 1 Zastoupení pracovních pozic respondentů

Zdroj: vlastní



Vyhodnocení otázky č. 2

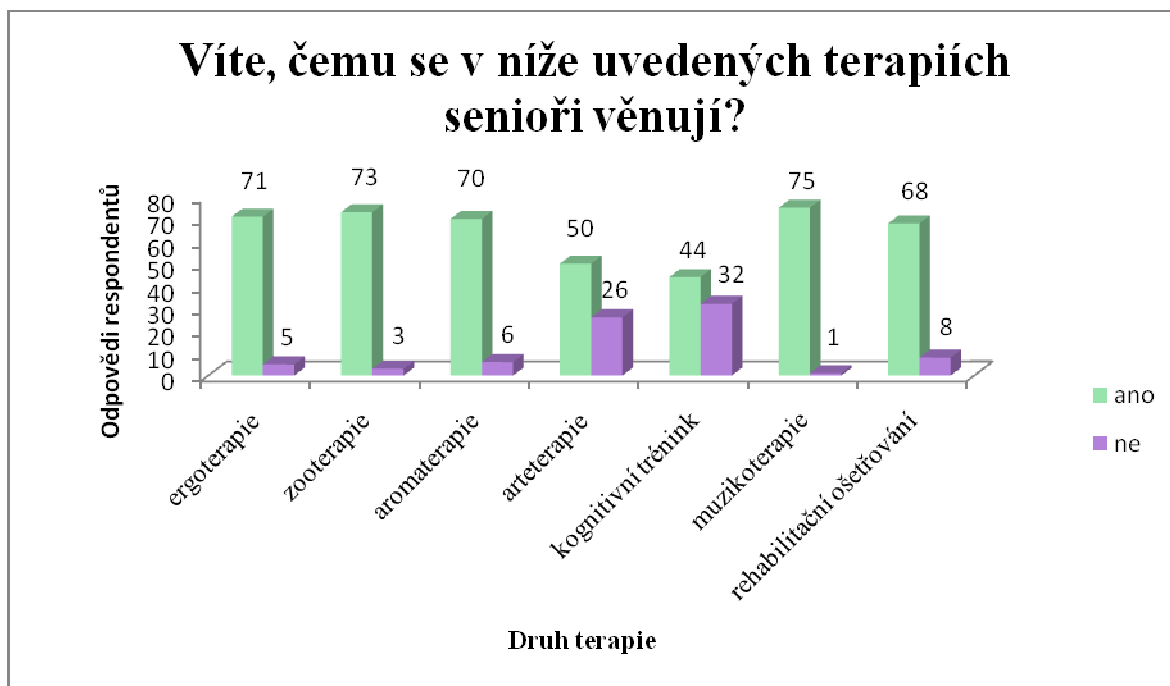
Druhá otázka ukazuje, kolik respondentů již pracovalo v jiném zařízení se stejnou cílovou skupinou. Přes 49 respondentů (64 %) uvedlo, že již mají zkušenosti z takového zařízení, 27 respondentů (36 %) tyto zkušenosti nemá.

Vyhodnocení otázky č. 3

V této otázce měli pracovníci dokázat, jestli ví, čemu se věnují senioři v různých druzích terapie. Na výběr měli ze 7 druhů terapií a sice: ergoterapie, zooterapie, aromaterapie, arteterapie, kognitivního tréninku, muzikoterapie a rehabilitačního ošetřování. Převážná většina pracovníků dokázala uvést aspoň jednu činnost, které se senioři věnují v ergoterapii, zooterapii, aromaterapii, muzikoterapii a v rehabilitačním ošetřování. Zhruba polovina dotázaných si neuměla vybavit žádnou činnost spojenou s kognitivním tréninkem a arteterapií.

Graf 2 Víte, čemu se v níže uvedených terapiích seniory věnují?

Zdroj: vlastní

**Vyhodnocení otázky č. 4**

Ve čtvrté otázce respondenti odpovídali na otázku, kterou část dne preferují pro práci se seniory v denním centru. Na výběr měli ze dvou možností – dopoledne nebo odpoledne. Zde jde vidět, že více jak polovina respondentů preferuje dopoledne, protože se mohou věnovat klientům, kteří se těchto skupinových terapií nemohou účastnit.

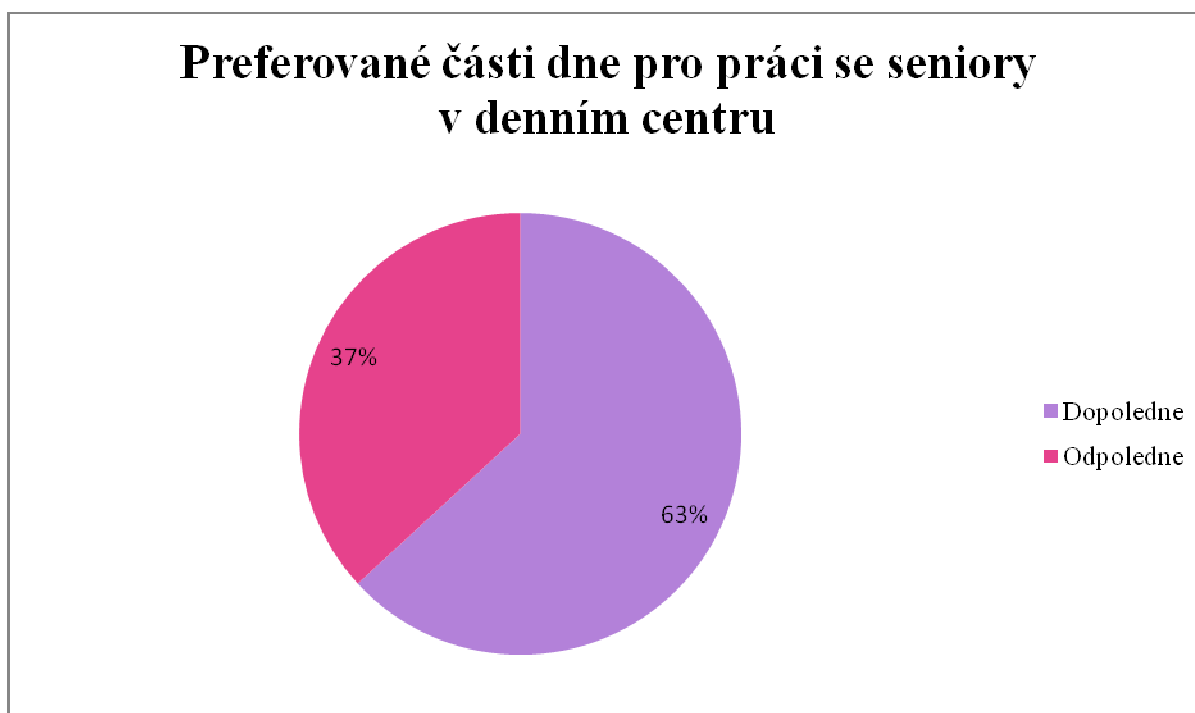
Tab. 2. Preferované části dne pro práci se seniory v denním centru

Zdroj: vlastní

Část dne	Počet respondentů	Podíl respondentů v %
Dopoledne	48	63 %
Odpoledne	28	37 %
Celkový počet respondentů	76	100 %

Graf 3 Preferované části dne pro práci se seniory v denním centru

Zdroj: vlastní

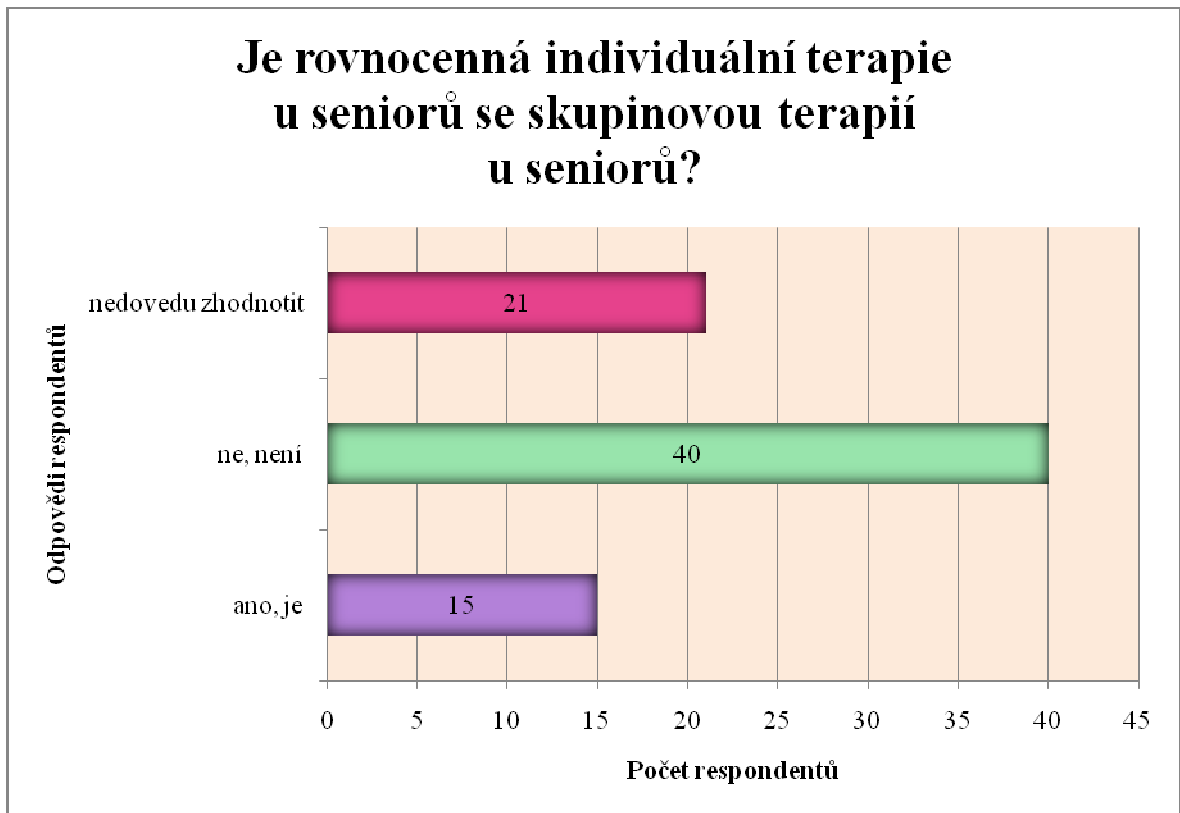


Vyhodnocení otázky č. 5

V této otázce měli respondenti posoudit, jestli je individuální terapie u seniorů rovnocenná se skupinovou terapií u seniorů. 40 respondentů si myslí, že rovnocenná určitě není a 15 respondentů naopak posuzuje, že rovnocenné jsou. 21 respondentů nedokáže posoudit, zda má individuální terapie u seniorů stejný vliv jako ta skupinová.

Graf 4 Je rovnocenná individuální terapie u seniorů se skupinovou terapií u seniorů?

Zdroj: vlastní

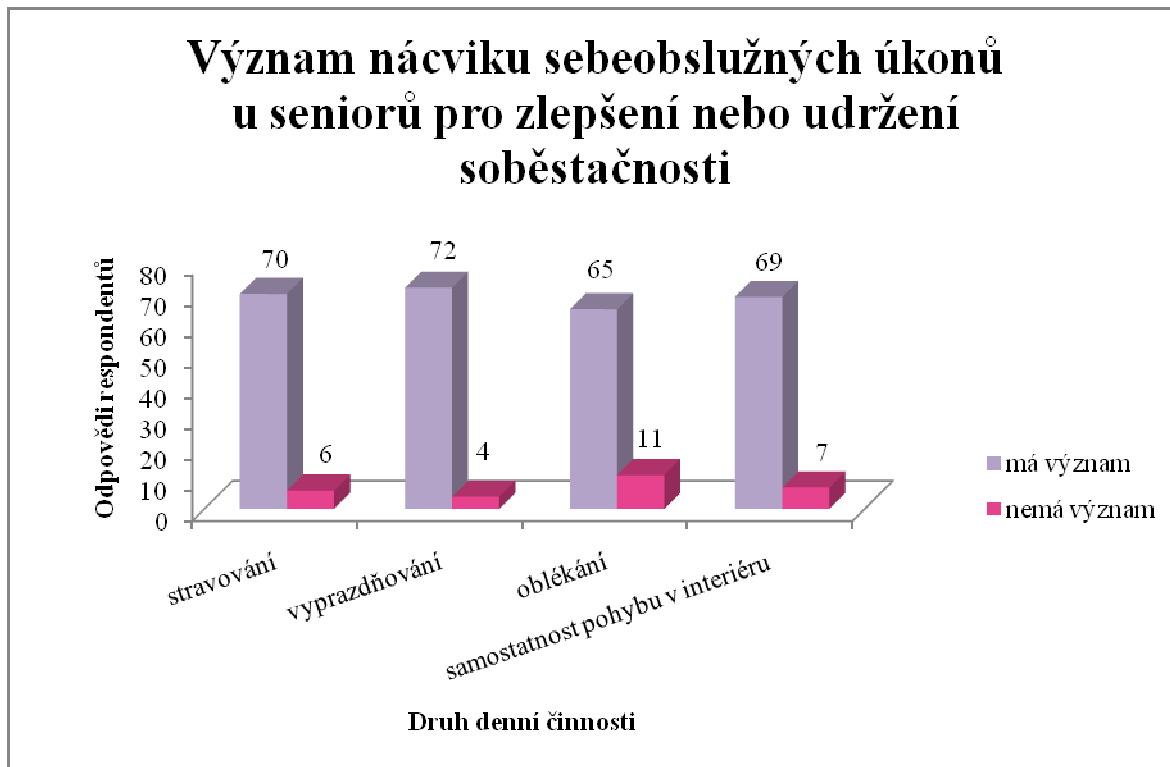


Vyhodnocení otázky č. 6

V této otázce se měli respondenti zamyslet nad tím, jestli má nácvik sebeobslužných úkonů u seniorů význam pro zlepšení nebo udržení soběstačnosti v oblastech těchto denních činností: stravování, vyprazdňování, oblékání a samostatnost pohybu v interiéru. Většina respondentů odpověděla, že tyto činnosti význam mají. Jen nepatrnému množství respondentů tyto činnosti připadají bezvýznamné.

Graf 5 Význam nácviku sebeobslužných úkonů u seniorů pro zlepšení nebo udržení soběstačnosti

Zdroj: vlastní

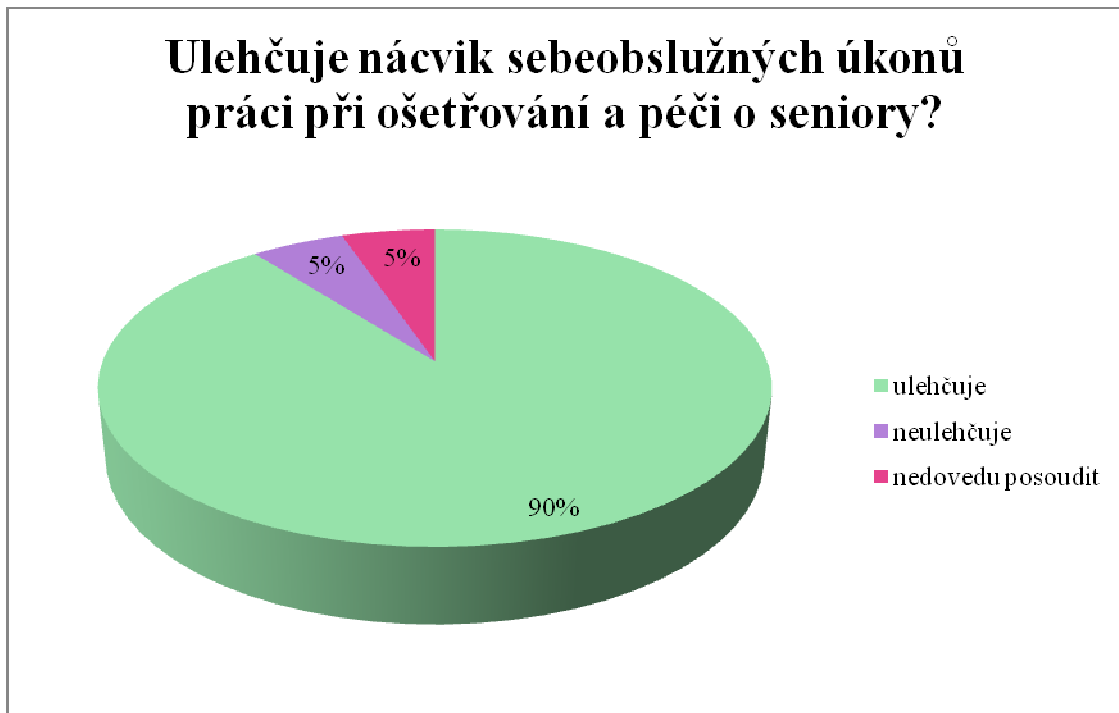


Vyhodnocení otázky č. 7

Účelem sedmé otázky bylo dozvědět se, jestli nácvik sebeobslužných úkonů ulehčuje práci při ošetřování a péči o seniory. 68 respondentů odpovědělo, že ulehčuje, pouze 8 respondentů si myslí, že k ulehčení nedochází nebo nemohou tuto skutečnost posoudit.

Graf 6 Ulehčuje nácvik sebeobslužných úkonů práci při ošetřování a péči o seniory?

Zdroj: vlastní



Vyhodnocení otázky č. 8

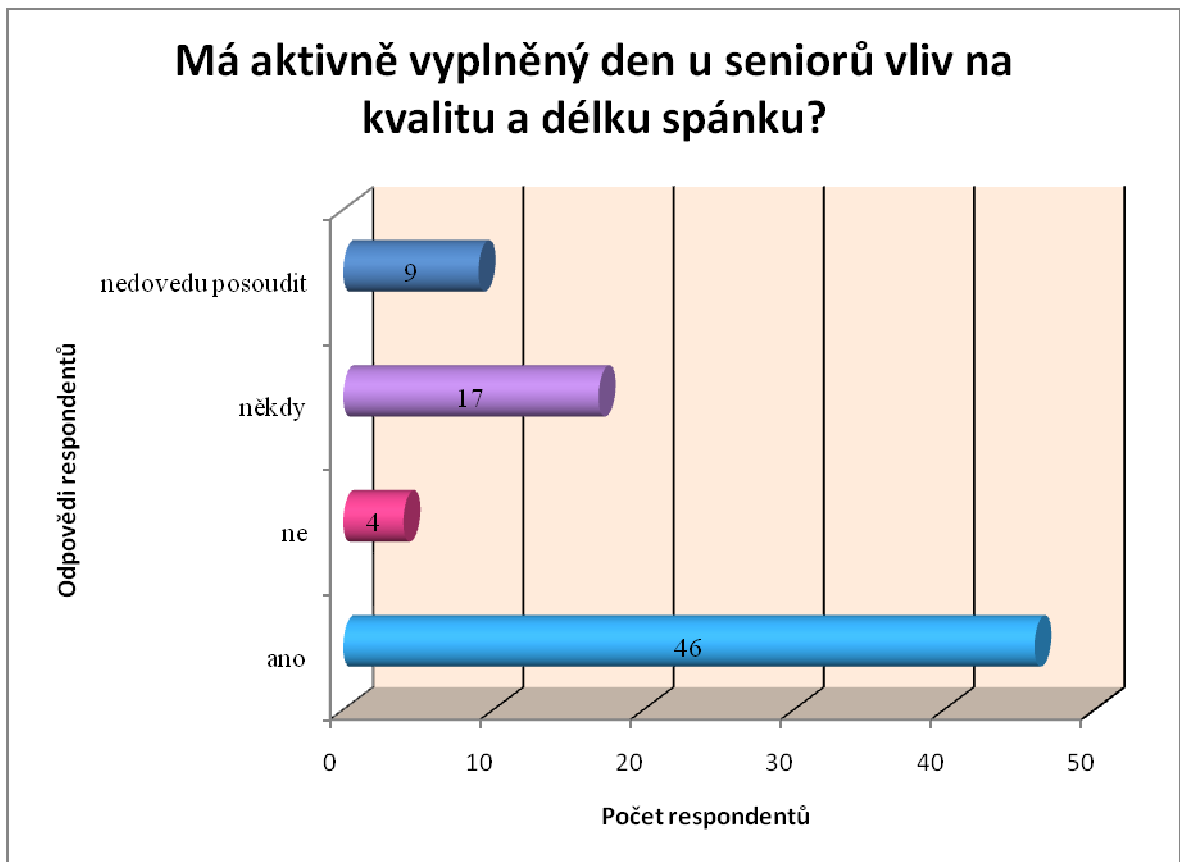
V této otázce respondenti zhodnotili, zda u seniorů s diagnózou demence (Alzheimerova, či jiného typu), dochází při pravidelném cvičení paměťových funkcí ke zlepšení v oblasti komunikace. 37 respondentů uvedlo, že ke zlepšení určitě dochází. 29 respondentů nedokáže posoudit a 10 dotazovaných si nemyslí, že by k nějakému zlepšení pomocí tohoto pravidelného cvičení docházelo.

Vyhodnocení otázky č. 9

V deváté otázce se respondenti zabývali vlivem aktivně vyplněného dne na kvalitu a délku spánku. Převažující počet respondentů si myslí, že aktivně vyplněný den pomáhá seniorům spát déle a kvalitněji.

Graf 7 Má aktivně vyplněný den u seniorů vliv na kvalitu a délku spánku?

Zdroj: vlastní

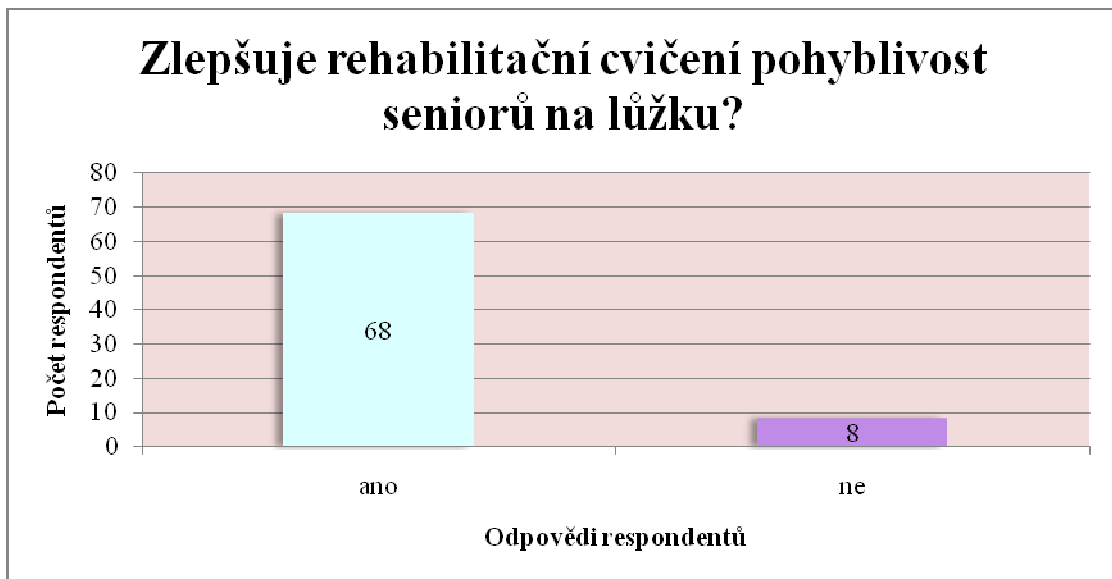


Vyhodnocení otázky č. 10

Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda pravidelné cvičení s imobilními seniory zlepšuje jejich tělesný stav a ulehčuje manipulaci při ošetřování. Většina respondentů si je jistá, že toto cvičení má efekt a zároveň jim pomáhá při ošetřování těchto imobilních seniorů. Jen 5 respondentů uvedlo, že jim pravidelné cvičení fyzický stav nijak nezlepšuje a práci s nimi nijak neulehčuje.

Vyhodnocení otázky č. 11

Tato otázka se ptala na to, zda rehabilitační cvičení zlepšuje pohyblivost seniorů na lůžku.

*Graf 8 Zlepšuje rehabilitační cvičení pohyblivost seniorů na lůžku?**Zdroj: vlastní*

Vyhodnocení otázky č. 12

Dvanáctá otázka měla za úkol zjistit, jestli má pravidelný pobyt seniorů v denním centru vliv na sociální vztahy mezi nimi. 64 dotazovaných pracovníků si myslí, že ano, ale 12 dotazovaných žádné změny v sociálních vztazích mezi seniory nepozorovalo.

Vyhodnocení otázky č. 13

V další otázce jsem se zabývala problémem materiálního zajištění při volnočasových aktivitách, pracovní terapie a rehabilitačního ošetřování. Respondentů jsem se ptala, jestli jsou tyto aktivity dle jejich názoru dostatečně materiálně zajištěny. Počet kladných odpovědí je 35, počet negativních názorů je 41.

Vyhodnocení otázky č. 14 a č. 15

Touto otázkou jsem zjišťovala, jestli je v současném zařízení mých respondentů dostatek pracovníků volnočasových aktivit a dostatek pracovníků rehabilitačního ošetřování. Souhrnná tabulka ukazuje, kolik respondentů je spokojeno se současným počtem těchto odborných pracovníků.

Tab. 3. Spokojenost s počtem určitých odborných pracovníků v současném zařízení respondentů

Zdroj: vlastní

Druh pracovníka	Odpověď respondenta		
	ano	ne	nevím
Pracovník volnočasových aktivit	28	33	15
Pracovník rehabilitačního ošetřování	20	42	14

7.2 Vyhodnocení Barthelova testu základních všedních činností ADL

Tab. 4. Barthelův test základních všedních činností ADL (údaje k 1. 3. 2010)

Zdroj: vlastní

Oblast		Rozsah činnosti	Body	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
1	Najedení, napití	a) samostatnost	10	10	10	5	5	10
		b) s pomocí	5					
		c) neprovede	0					
2	Oblékání	a) samostatnost	10	5	5	0	0	5
		b) s pomocí	5					
		c) neprovede	0					
3	Koupání	a) samostatnost	10	0	0	0	0	0
		b) s pomocí	5					
		c) neprovede	0					
4	Osobní hygiena	a) samostatně nebo s pomocí	5	0	5	0	0	0
		b) neprovede	0					
5	Kontinence moči	a) plně kontinent.	10	0	10	0	0	5
		b) občas kontinent.	5					
		c) inkontinentní	0					
6	Kontinence stolice	a) plně kontinent.	10	5	10	0	0	5
		b) občas kontinent.	5					
		c) inkontinentní	0					
7	Použití WC	a) samostatně	10	5	5	0	0	0
		b) s pomocí	5					

		c) neprovede	0					
8	Přesun na lůžko - židli	a) samostatně	15	10	10	5	0	10
		b) s malou pomocí	10					
		c) vydrží sedět	5					
		d) neprovede	0					
9	Chůze po rovině	a) samost. nad 50 m	15	10	10	5	0	5
		b) s pomocí 50 m	10					
		c) na vozíku 50 m	5					
		d) neprovede	0					
10	Chůze po schodech	a) samostatně	10	0	0	0	0	0
		b) s pomocí	5					
		c) neprovede	0					
Získaný počet bodů				45	65	15	5	45

Tab. 5. Barthelův test základních všedních činností ADL (údaje k 1. 4. 2010)

Zdroj: vlastní

Oblast	Rozsah činnosti	Body	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5	
1	Najedení, napití	a) samostatnost	10	10	5	5	10	
		b) s pomocí						5
		c) neprovede						0
2	Oblékání	a) samostatnost	5	5	5	0	5	
		b) s pomocí						5
		c) neprovede						0
3	Koupání	a) samostatnost	0	0	0	0	0	
		b) s pomocí						5
		c) neprovede						0
4	Osobní hygiena	a) samostatně nebo s pomocí	0	5	0	0	0	
		b) neprovede						0
5	Kontinence močí	a) plně kontinent.	0	10	0	0	5	
		b) občas kontinent.						5
		c) inkontinentní						0
6	Kontinence stolice	a) plně kontinent.	5	10	0	0	5	
		b) občas kontinent.						5
		c) inkontinentní						0
7	Použití WC	a) samostatně	10	10	5	0	5	
		b) s pomocí						5
		c) neprovede						0
8	Přesun na	a) samostatně	15	15	10	0	10	

	lůžko - židli	b) s malou pomocí	10					
		c) vydrží sedět	5					
		d) neprovede	0					
9	Chůze po rovině	a) samost. nad 50m	15	10	10	5	0	5
		b) s pomocí 50 m	10					
		c) na vozíku 50 m	5					
		d) neprovede	0					
10	Chůze po schodech	a) samostatně	10	0	5	0	0	0
		b) s pomocí	5					
		c) neprovede	0					
Získaný počet bodů				50	70	30	5	45

Z výše uvedených výsledků vyplývá, že rehabilitační ošetřování (ať už skupinové či individuální) má vliv na zlepšení mobility seniora a v některých případech i na zlepšení sebeobslužné péče o vlastní osobu seniora. U tří seniorů došlo ke zlepšení, u zbylých dvou seniorů zůstal výsledek stejný.

7.3 Vyhodnocení Mini – Mental State Examination (MMSE)

Tab. 6. Přehled MMSE jednotlivých seniorů

Zdroj: vlastní

Orientace					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
Otázka č. 1	ne	ne	ne	ne	<i>ano</i>
Otázka č. 2	ne	<i>ano</i>	ne	ne	ne
Otázka č. 3	ne	ne	ne	ne	ne
Otázka č. 4	ne	ne	ne	<i>ano</i>	ne
Otázka č. 5	ne	ne	ne	ne	<i>ano</i>
Otázka č. 6	ne	<i>ano</i>	ne	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Otázka č. 7	ne	ne	ne	ne	ne
Otázka č. 8	<i>ano</i>	<i>ano</i>	ne	ne	<i>ano</i>
Otázka č. 9	ne	ne	ne	ne	ne
Otázka č. 10	ne	ne	ne	ne	ne
Opakování a paměť					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5

Lopata	ne	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Šátek	ne	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Váza	ne	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Pozornost a počítání					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
Výsledek 93	ne	<i>ano</i>	ne	ne	<i>ano</i>
Výsledek 86	ne	<i>ano</i>	ne	ne	<i>ano</i>
Výsledek 79	ne	ne	ne	ne	ne
Výsledek 72	ne	ne	ne	ne	ne
Výsledek 65	ne	ne	ne	ne	ne
Vybavování					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
Lopata	ne	ne	ne	ne	<i>ano</i>
Šátek	ne	ne	ne	ne	ne
Váza	ne	ne	ne	ne	ne
Poznání předmětů					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
Hodinky	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Tužka	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Opakování					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
Věta	ne	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Stupňovaný příkaz					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
1. stupeň	ne	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
2. stupeň	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
3. stupeň	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Reakce na psaný pokyn					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
Úkol	ne	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Psaní					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
Úkol	ne	ne	ne	ne	<i>ano</i>
Malování podle předlohy					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
Obrazec	ne	<i>ano</i>	ne	ne	ne
Celkem	5	16	10	14	18

Tab. 7. Přehled výsledků MMSE jednotlivých seniorů (údaje k 1. 4. 2010)

Zdroj: vlastní

Orientace					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
Otázka č. 1	ne	<i>ano</i>	ne	ne	<i>ano</i>
Otázka č. 2	ne	<i>ano</i>	ne	ne	ne
Otázka č. 3	ne	ne	ne	ne	ne
Otázka č. 4	ne	ne	ne	ne	ne
Otázka č. 5	ne	<i>ano</i>	ne	ne	<i>ano</i>
Otázka č. 6	ne	<i>ano</i>	ne	ne	<i>ano</i>
Otázka č. 7	ne	ne	ne	ne	ne
Otázka č. 8	ne	<i>ano</i>	ne	ne	<i>ano</i>
Otázka č. 9	ne	ne	ne	ne	ne
Otázka č. 10	ne	ne	ne	ne	ne
Opakování a paměť					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
Lopata	ne	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Šátek	ne	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Váza	ne	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Pozornost a počítání					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
Výsledek 93	ne	<i>ano</i>	ne	ne	<i>ano</i>
Výsledek 86	ne	<i>ano</i>	ne	ne	<i>ano</i>
Výsledek 79	ne	ne	ne	ne	<i>ano</i>
Výsledek 72	ne	ne	ne	ne	ne
Výsledek 65	ne	ne	ne	ne	ne
Vybavování					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
Lopata	ne	ne	ne	ne	<i>ano</i>
Šátek	ne	ne	ne	ne	<i>ano</i>
Váza	ne	ne	ne	ne	<i>ano</i>
Poznání předmětů					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
Hodinky	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
Tužka	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>

Opakování					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
Věta	ne	ano	ano	ano	ano
Stupňovaný příkaz					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
1. stupeň	ne	ano	ano	ano	ano
2. stupeň	ano	ano	ano	ano	ano
3. stupeň	ano	ano	ano	ano	ano
Reakce na psaný pokyn					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
Úkol	ne	ano	ano	ano	ano
Psaní					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
Úkol	ne	ne	ne	ne	ano
Malování podle předlohy					
	Senior č. 1	Senior č. 2	Senior č. 3	Senior č. 4	Senior č. 5
Obrazec	ne	ano	ne	ne	ne
Celkem	4	18	10	12	21

Při porovnání výsledků z obou tabulek vyplývá, že u dvou seniorů došlo ke zlepšení projevů demence. U dalších dvou seniorů došlo ke zhoršení těchto projevů a u jednoho seniora se stav nezměnil. Je třeba si uvědomit, že provádění tohoto testu MMSE by mělo probíhat v delším časovém úseku. Jen tak lze dosáhnout výraznějšího zlepšení.

7.4 Verifikace hypotéz

První hypotéza

H 1 : Rehabilitační ošetřování vede ke zlepšení fyzického stavu seniorů.

Z výzkumu vyplynulo, že pokud se seniory pravidelně cvičí pod dohledem odborného terapeuta, dochází ke zlepšení fyzického, funkčního stavu seniorů.

Druhá hypotéza

H 2: Volnočasové aktivity a pracovní terapie vedou ke zlepšení duševního onemocnění seniorů.

Test MMSE jednoznačně prokázal, že zlepšení projevů demence je přímo úměrně spojené s přípravou, prováděním a individuálním přístupem odborného terapeuta.

ZÁVĚR

Existuje spousta starých lidí, kteří jsou stále ještě schopni udržet si své fyzické, psychické i společenské aktivity. Bohužel ne všem jedincům je tato schopnost dána, a tak je někdy starý člověk přehlížen, odsouván a není mu poskytována dostatečná úcta a respekt. Mnozí senioři jsou přímo závislí na péči ze strany své rodiny, která jim ji ale v mnoha případech nechce nebo nemůže poskytnout a přesouvá ji tak na zdravotní a sociální instituce. Často se podceňuje i fakt, že mnoho dětí těchto seniorů jsou sami senioři.

Stále více dochází i k selhání profesionálů, kteří tyto seniory léčí a ochraňují v sociálních zařízeních. Přestávají chápat změněné potřeby starých lidí nebo jsou při své práci vyčerpáni fyzicky i psychicky a nedokáží pojmenovat svůj syndrom vyhoření. Na pracovníky je kladen velký nárok, protože poskytují péči nesmírně rozmanité skupině seniorů.

Práce se seniory v zařízeních se sociální péčí prochází v posledních letech mnoha změnami. Mění se jednak tradiční pojetí rolí těch, kteří pomáhají, a také se hledají nové cesty, které směřují k větší autonomii seniorů. Cílem práce bylo zjistit vliv pracovní terapie, volnočasových aktivit a rehabilitačního ošetřování na klienty těchto zařízení prostřednictvím provedených testů v časovém horizontu jednoho měsíce.

Provedenými analýzami (Barthelův test základních všedních činností ADL a testu MMSE) bylo potvrzeno, že ve většině případů došlo ke zlepšení jednotlivých výsledků v testech. Je třeba si uvědomit, že provádění tohoto testu MMSE by mělo probíhat v delším časovém úseku. Jen tak lze dosáhnout výraznějšího zlepšení.

V dotazníkovém šetření mne nejvíce zajímaly názory a postoje pracovníků ústavů se sociální péčí a na základě jejich vyhodnocení jsem došla k poznatku, že právě volnočasové aktivity jim nejvíce napomáhají v další práci se seniory ve všech oblastech. Na závěr bych chtěla podotknout, že nejvýznamnějším aspektem ke zlepšení kvality života seniorů v ústavní péči je smysluplné vyplnění volného času, posílení a motivace k dalším aktivitám.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] CAMBELLOVÁ, J. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. 1. vyd. Praha : Portál, s.r.o., 1998. ISBN 80-7178-204-1.
- [2] DAVISOVÁ, P. *Aromaterapie od A do Z*. 1. vyd. Praha : Alternativa, 2005. ISBN 80-85993-96-1.
- [3] FELBER, R., REINHOLD, S., STÜCKERT, A., *Muzikoterapie, terapie zpěvem*. 1. vyd. Hranice na Moravě : Fabula, 2005. ISBN 80-86600-24-6.
- [4] GRUSS, P. *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. 1. vyd. Praha : Portál, s.r.o., 2009.
- [5] HROMÁDKOVÁ, J. a kolektiv., *Fyzioterapie*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, a.s., 1999. ISBN 80-86022-45-5.
- [6] JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1.vyd. Ostrava : Universitas Ostraviensis, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
- [7] KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., ZAVÁZALOVÁ, H., SUCHARDA, P. a kolektiv. *Geriatric a gerontologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
- [8] KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, a.s., 2008. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- [9] KUČEROVÁ, H. *Demence v kasuistikách*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1491-4.
- [10] LAIROVÁ, S. *Trénink paměti*. 1.vyd. Praha : Portál, s.r.o., 1999. ISBN 80-7178-293-9.
- [11] MINIBERGOVÁ, L., DUŠEK, J. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno : Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-436-4.
- [12] ŠTILEC, M. *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha : Portál, s.r.o., 2004. 135. s. ISBN 80-7178-920-8.

- [13] VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. 1. vyd. Praha : nakladatelství Karolinum, 2008. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [14] VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, a.s., 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
- [15] WALS, D. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. 1. vyd. Praha : Portál, s.r.o., 2005. ISBN 80-7178-970-4.
- [16] *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě – průvodce nejen pro rehabilitační pracovníky*. 1. vyd. Praha : Grada publishing, a.s., 2004. 200. s. ISBN 80-247-0592-3.

SEZNAM TABULEK

<i>Tab. 1 Zastoupení pracovních pozic respondentů</i>	32
<i>Tab. 2. Preferované části dne pro práci se seniory v denním centru</i>	34
<i>Tab. 3. Spokojenost s počtem určitých odborných pracovníků v současném zařízení respondentů</i>	41
<i>Tab. 4. Barthelův test základních všedních činností ADL (údaje k 1. 3. 2010)</i>	41
<i>Tab. 5. Barthelův test základních všedních činností ADL (údaje k 1. 4. 2010)</i>	42
<i>Tab. 6. Přehled MMSE jednotlivých seniorů</i>	43
<i>Tab. 7. Přehled výsledků MMSE jednotlivých seniorů (údaje k 1. 4. 2010)</i>	45

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 Zastoupení pracovních pozic respondentů</i>	33
<i>Graf 2 Víte, čemu se v níže uvedených terapiích senioři věnují?</i>	34
<i>Graf 3 Preferované části dne pro práci se seniory v denním centru</i>	35
<i>Graf 4 Je rovnocenná individuální terapie u seniorů se skupinovou terapií u seniorů?.....</i>	36
<i>Graf 5 Význam nácviku sebeobslužných úkonů u seniorů pro zlepšení nebo udržení soběstačnosti</i>	37
<i>Graf 6 Ulehčuje nácvik sebeobslužných úkonů práci při ošetřování a péči o seniory?</i>	38
<i>Graf 7 Má aktivně vyplněný den u seniorů vliv na kvalitu a délku spánku?</i>	39
<i>Graf 8 Zlepšuje rehabilitační cvičení pohyblivost seniorů na lůžku?</i>	40

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Dotazníkové šetření
- P II Mental state examination (MMSE)
- P III Barthelův test základních všedních činností (ADL)
- P IV Týdenní harmonogram činností

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Dotazník pro pracovníky domovů seniorů

Jakého efektu je dosaženo pomocí pracovní terapie a rehabilitačního ošetřování v ošetrovatelské péči o seniory

Dobrý den,

Jmenuji se Vladimíra Vajová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Sociální pedagogiky na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Vzhledem k tématu mé bakalářské práce Vás prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mého výzkumu. Výzkum slouží jen k praktické části mé bakalářské práce a dotazník je anonymní. Správné odpovědi označte, nebo doplňte. Předem děkuji za Vaši spolupráci, ochotu a čas k vyplnění mého dotazníku.

Vladimíra Vajová

1. Na jaké pracovní pozici pracujete?

- sociální pracovník v přímé obslužné péči
- všeobecná sestra
- pracovník rehabilitačního ošetřování
- pracovník volnočasových aktivit
- jiné, uveďte prosím jaké:

2. Pracoval/la jste již v jiném zařízení pro seniory se stejnou cílovou skupinou?

- ano
- ne

3. Dovedete popsat, čím a čemu se v níže uvedených terapiích seniory věnují ?

- ergoterapie nevím
- zooterapie nevím

- aromaterapie nevím
- arteterapie: nevím
- kognitivní trénink nevím
- muzikoterapie nevím
- rehabilitační ošetřování..... nevím

4. Kterou část dne preferujete pro práci se seniory v denním centru ?

- dopoledne odpoledne

5. Je rovnocenná individuální terapie u seniorů se skupinovou terapií u seniorů?

- ano, je ne, není nedovedu zhodnotit

6. Myslíte si, že nácvik sebeobslužných úkonů u seniorů má význam pro zlepšení nebo udržení soběstačnosti v oblasti těchto denních činností:

- stravování vyprazdňování
- oblékání samostatnost pohybu v interiéru

7. Ulehčuje Vám nácvik výše uvedených sebeobslužných úkonů Vaši práci při ošetřování a péči, kterou u seniorů provádíte?

- ulehčuje neulehčuje
- nedovedu posoudit

8. Zhodnoťte, zda u seniorů s diagnózou demence (Alzheimerova, či jiného typu) dochází při pravidelném cvičení paměťových funkcí ke zlepšení v oblasti komunikace?

- ano ne nedovedu posoudit

9. Má aktivně vyplněný den u seniorů vliv na kvalitu a délku spánku?

- ano ne někdy nedovedu posou-

dit

10. Pravidelné rehabilitační cvičení s imobilními seniory zlepšuje jejich tělesný stav a ulehčuje Vám manipulaci při jejich ošetřování?

ano ne

11. Zlepšuje rehabilitační cvičení pohyblivost seniorů na lůžku?

ano ne

12. Má pravidelný pobyt seniorů v denním centru vliv na sociální vztahy mezi nimi?

ano ne

13. Jsou podle Vás volnočasové aktivity, pracovní terapie a rehabilitační ošetřování dostatečně zajištěny materiálně?

ano ne

14. Je podle Vašeho názoru dostatečný počet pracovníků volnočasových aktivit ve vašem zařízení?

ano ne nevím

15. Je dostatečný počet pracovníků rehabilitačního ošetřování ve vašem zařízení?

ano ne nevím

Děkuji za čas, který jste věnovali vyplnění mého dotazníku.

PŘÍLOHA P II: MINI – MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Orientace

(Nechte nemocnému 10 vteřin na odpověď na každou otázku.)

- ▶ Který je teď rok?
- ▶ Které je nyní roční období?

(V posledním nebo prvním týdnu ročního období hodnotte jako správnou odpověď obě období.)

- ▶ Můžete mi říci dnešní datum?
- ▶ Který je den v týdnu?
- ▶ Který je teď měsíc?

(V prvním dnu měsíce hodnotte jako správný i předchozí měsíc, v posledním dnu měsíce přijmete i předchozí měsíc.)

- ▶ Ve kterém jsme státě?
- ▶ Ve kterém jsme okrese (kraji)?
- ▶ Ve kterém jsme městě?
- ▶ Jak se jmenuje tato nemocnice (ústav, zařízení)?

(Název nemusí být přesný a úplný.)

- ▶ Na kterém jsme poschodí?

Opakování a paměť

Budu jmenovat tři předměty. Až je pojmenuji všechny tři, budu chtít, abyste je zopakoval(a). Zapamatujte si je, poněvadž se Vás na ně zeptám znovu za několik minut.

Vyslovujte pomalu s jednovteřinovou přestávkou mezi slovy.

- ▶ lopata
- ▶ šátek
- ▶ váza

Prosím, opakujte tato slova.

Nechte nemocnému 20 vteřin na odpověď. Dejte skóre za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí. Jestliže pacient nezopakuje všechny tři, opakujte nanejvýše pětkrát, nebo než se to nemocný naučí. Jinak nelze vyšetřovat smysluplně kapitolu "Výbavnost".

Pozornost a počítání

Začněte od 100 a odečítejte po 7. Skončete po 5-ti odečtech.

Jestliže se nemocný zmýlí a další výsledky jsou proto posunuty, skórujte jako jednu chybu.

- ▶ 93
- ▶ 86

- ▶ 79
- ▶ 72
- ▶ 65

Jestliže nemocný nemůže, nebo nechce počítat, požádejte ho:

Hláskujte nazpět slovo POKRM.

Opakujte nanejvýš třikrát, až nemocný rozumí. Skóre je počet písmen ve správném pořadí (tedy např. MRKOP=5, PKORM=3).

Vybavování

Teď, prosím, mi řekněte ta tři slova, která jste si měl(a) zapamatovat. (Na odpověď dejte 10 vteřin).

- ▶ lopata
- ▶ šátek
- ▶ váza

Poznání předmětů

- ▶ Jak se to jmenuje?

(Ukažte náramkové hodinky).

- ▶ Co je to?

(Ukažte tužku).

Opakování

Opakujte po mně větu:

- ▶ "Žádná kdyby nebo ale."

(Na odpověď nechejte 10 vteřin. Skórujte 1 jen za celou větu a jen na první pokus).

Stupňovaný příkaz

Přečtete nemocnému následující příkaz a dejte mu do ruky kus prázdného papíru.

- ▶ Vezměte do ruky tento papír, přeložte ho na polovinu a položte na podlahu.

(Ponechte nemocnému na provedení 30 vteřin. Za každý provedený stupeň skórujte jeden bod).

1. stupeň: pravá ruka
2. stupeň: složení na polovinu
3. stupeň: položení na podlahu

Reakce na psaný pokyn

Ukažte nemocnému kartu s nápisem: "Zavřete oči".

- ▶ Přečtete nápis na papíru a udělejte, co žádá.

(Nechte nemocnému 10 vteřin na provedení příkazu, instrukci můžete opakovat maximálně třikrát. Skóre je na místě jen tehdy, jestliže nemocný skutečně zavře oči).

Psaní

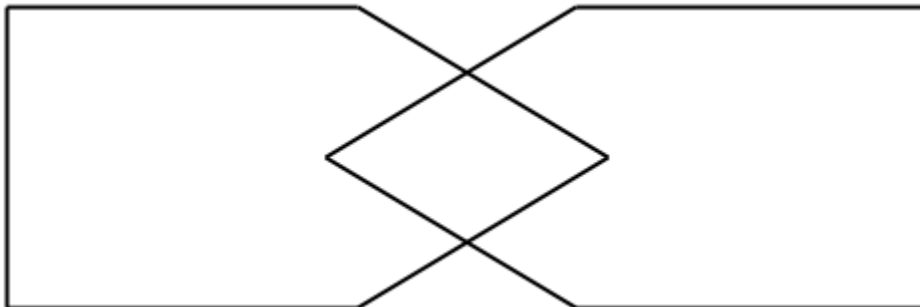
Dejte nemocnému tužku a papír.

- ▶ Napište jakoukoli větu.

(Nechte nemocnému na provedení 30 vteřin. Věta by měla mít podstatné jméno a sloveso a musí mít smysl. Pravopisné chyby nevaří).

Malování podle předlohy

- ▶ Dejte nemocnému papír, tužku a pryž. Ukažte mu obraz a požádejte ho, aby obraz obkreslil. Ponechte mu několik pokusů během 1 minuty.



(Skórujte jako 1, jestliže jsou zachovány všechny strany a úhly a jestliže protnutí vytváří čtyřúhelník. Tremor a rotace nevaří)

Hodnocení

30-27 bodů (Normální stav)

Stav kognitivních funkcí testovaného je normální. Alzheimerova choroba se jej s největší pravděpodobností netýká. Pokud byl výsledek hraniční, zkuste s odstupem opět testovat.

26-25 bodů (Hraniční stav, možnost demence)

Test prokázal poruchu kognitivních funkcí. Možná se jedná o počínající demenci. Tento stav se může vyvíjet a vyústit až do rozvoje Alzheimerovy choroby. Po čtvrt roce zopakujte MMSE!

24-10 bodů (Demence mírného až středně těžkého stupně)

Test prokázal vážnější poruchy kognitivních funkcí testovaného. Jedná se o nějaký typ demence. Neprodleně kontaktujte odborníka. Je čas zahájit intenzivní léčbu.

9-6 bodů (Demence středního až těžkého stupně)

Demence testovaného je velmi vážná, pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout. Přesto se obraťte na odborníka.

5-0 bodů (Demence těžkého stupně)

Demence testovaného je velmi vážná, pravděpodobně již ve stádiu, kdy není možné léčbou účinně zasáhnout. Přesto se obraťte na odborníka.

Hodnocení stupně závislosti klienta základních všedních činnostech:

0 - 40 bodů	vysoce závislý
45 - 60 bodů	závislost středního stupně
65 - 95 bodů	lehká závislost
100 bodů	nezávislý

Hodnocení - součet bodů celkem:.....

PŘÍLOHA P IV: TÝDENNÍ HARMONOGRAM ČINNOSTÍ

	Kognitivní trénink - rehabilitace	Procvičování jemné motoriky	Rehabilitační ošetřování
Pondělí	Procvičování pozornosti, kognitivní flexibilita, dlouhodobá paměť	Třídění luštěnin, korálků, knoflíků dle velikosti, barvy, druhu	Isometrická cvičení, posilování svalstva svěračů, posilování čtyřhlavého svalu
Úterý	Procvičování krátkodobé paměti, prostorové schopnosti, výbavnost	Práce s vlnou- namotávání vlny na předlohu, motání vlny na předlohu	Cviky na uvolnění kloubů, cvičení v sedě, kyčelní klouby –flexe, extenze, abdukce, zevní rotace, vnitřní rotace
Středa	Zrakové vyhledávání, početní schopnosti, verbální fluence	Práce s plastelínou, tvoření tvarů, zvířat, válení plastelíny,	Dechová cvičení, léčebné dýchání, dynamické, statické dýchání
Čtvrtek	Dlouhodobá paměť, výbavnost, procvičování pozornosti	Práce s lepidlem – lepení obrázků dle daného tématu, tvorba koláží	Procvičování jemné motoriky, zápěstí, prsty, paže, specifická cvičení páteře vsedě
Pátek	Tvoření vět ze dvou slov, prostorové schopnosti, skládání obrázků formou puzzle	Práce s nůžkami – vystřihování květin, zvířat, vajíček	Kreativní pohyb na hudbu, rytmická cvičení při hudbě
Sobota	Kognitivní flexibilita, početní schopnosti, procvičování pozornosti	Práce s pastelkami, voskovkami, vymalovávání předloh, kresba na dané téma	Cvičení rovnováhy, hry s míčkem, protahovací cviky horních a dolních končetin