

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta pedagogická

Katedra psychologie

Diplomová práce

**Psychohygienické aspekty života v domovech pro
seniory**

Bc. Hana Drahozalová

Učitelství pro střední školy

Německý jazyk - Psychologie

(2010-2012)

Vedoucí práce: PhDr. Alexandra Aišmanová

Plzeň, 28. 6. 2012

Prohlašuji na svou čest, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých pramenů.

V Plzni dne 28. 6. 2012

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji PhDr. Alexandře Aišmanové za odborné vedení této diplomové práce.
Děkuji celé své rodině a všem blízkým, kteří mě po celou dobu studia podporovali.
Práci bych ráda věnovala svým prarodičům, paní Jiřině Janotové a panu Jaroslavu
Janotovi.

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 STÁRNUTÍ.....	9
1.1 VÝZKUMY PROCESU STÁRNUTÍ.....	11
1.2 PŘEDPOKLADY ÚSPĚŠNÉHO STÁRNUTÍ.....	13
1.3 GERONTOLOGIE.....	19
1.4 PSYCHICKÉ A FYZICKÉ ZMĚNY V OBDOBÍ STÁRNUTÍ.....	19
1.5 CHOROBY VE STÁŘÍ.....	22
2 PSYCHOHYGIENA.....	27
2.1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A DUŠEVNÍ HYGIENA.....	27
2.2 NÁROČNÉ ŽIVOTNÍ SITUACE A DUŠEVNÍ ZDRAVÍ.....	28
2.3 PSYCHOHYGIENA JAKO PROSTŘEDEK K UDRŽENÍ PSYCHICKÉHO ZDRAVÍ.....	34
3 PSYCHOHYGIENA V ŽIVOTĚ SENIORA.....	35
3.1 STRAVOVÁNÍ, PITNÝ REŽIM.....	35
3.2 REŽIM PRÁCE – VOLNÝ ČAS.....	37
3.3 ÚNAVA A ODPOČINEK.....	38
3.4 POHYB.....	39
3.5 RELAXAČNÍ TECHNIKY.....	39
4 ERGOTERAPIE.....	41
4.1 CÍLOVÁ SKUPINA, CÍLE ERGOTERAPIE.....	41
4.2 HISTORIE ERGOTERAPIE V ČR.....	43
4.3 KDO JE ERGOTERAPEUT.....	43
4.4 ČINNOSTI ERGOTERAPIE.....	44
5 DOMOVY PRO SENIORY.....	47
5.1 CÍLE ZAŘÍZENÍ.....	47
5.2 ZAMĚSTNANCI A JEJICH NÁPLŇ PRÁCE.....	47
5.3 PROSTŘEDÍ.....	48
PRAKTICKÁ ČÁST	51
1 CÍL VÝZKUMU.....	52
2 METODIKA VÝZKUMU.....	52
2.1 DOTAZNÍKOVÁ METODA.....	52
2.1.1 Charakteristika vzorku respondentů.....	54
2.1.2 Interpretace výsledků výzkumu pomocí dotazníkové metody.....	58
2.2 METODA ROZHOVORU.....	90
2.2.1 Vyhodnocení metody rozhovoru.....	90
2.3 METODA POZOROVÁNÍ.....	91
2.3.1 Vyhodnocení metody pozorování.....	92
3 SHRNU TÍ VÝZKUMU.....	93
ZÁVĚR.....	95
RESUMÉ	96
SUMMARY	96
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	98
SEZNAM PŘÍLOH.....	100

ÚVOD

Rysem všeho živého je změna. I lidský život se mění, a to v každém okamžiku. Od početí plodu lidský organismus stárne. Stárneme všichni, aniž si tento proces uvědomujeme.

Proč však člověk vlastně stárne? Proč nejsme úplně nesmrtelní? První odpověď, která nás může napadnout, je snížení rizika přelidnění a následného nedostatku potravy a jiných zdrojů. Již v roce 1980 bylo odhadováno, že v příštích dvaceti letech dojde ke snižování porodnosti a k výraznějšímu zvyšování počtu lidí, kteří překročí věk 80 let. Dnes demografické odhady hovoří o podobném trendu. Dnes a denně nás média zpravují o klesajícím počtu obyvatel. Počty obyvatel v České republice uměle navyšují v posledních letech spíše jen cizinci. Proto je zde na místě otázka, jak se společnost vyrovná s nepoměrem mezi věkovými skupinami. Jakým způsobem se bude život staršího člověka vyvíjet? Jak bude vypadat péče o něj, aby byl život do posledního okamžiku důstojný? Tyto otázky nejsou jen sociální, ale i politické.

Lék na nesmrtelnost se objevit zřejmě nepodaří, ale může se podařit najít způsob, jak udržet přijatelnou kvalitu života i ve vyšším věku. Změna ve způsobu života s ohledem na modernizaci společnosti zapříčinila vznik tzv. civilizačních chorob. Projevy těchto nemocí mají negativní vliv na fyzické i psychické zdraví. V období stáří je člověk vůči všem chorobám čím dál tím méně odolný, proto je třeba dbát na léčbu a také prevenci. V posledních letech nabývá významu nejen léčba těla, ale také i léčba psychiky člověka. Uvědomění si provázanosti mezi tělem a psychikou je zásadní pro celkové zdraví člověka. Abychom si tělesné a duševní zdraví dokázali udržet, je nutné o sebe pečovat. Péči o fyzické zdraví je věnována velká pozornost, o duševní zdraví se stále staráme málo. O psychické zdraví se zajímá duševní hygiena. Mladá vědecká disciplína, která má spíše preventivní charakter, avšak dokáže velké věci. Zasahuje do většiny oblastí běžného života člověka a neměla by být opomíjena u žádné věkové kategorie. Tato práce se snaží nalézt návod na udržení důstojné kvality života starších lidí.

Čím dál tím větší počet lidí ve vyšším věku odchází svůj život dožít do domovů s pečovatelskou službou. Může na to mít vliv pracovní vytíženost mladších generací, které nezvládnou zajistit dostatečnou péči o své starší příbuzné svépomocí. Problematika péče o stárnoucí rodiče a prarodiče by jistě zasloužila také velkou pozornost. Tato práce se však zabývá pouze variantou, kdy je tato péče prováděna pomocí zařízení s pečovatelskou službou.

Teoretická část této práce je věnována kapitolám o stáří, psychohygieně a ergoterapii. Praktická část se věnuje výzkumu, který byl prováděn v zařízeních, kde starší lidé žijí a kde je ergoterapie pro zlepšení kvality jejich života využívána.

Téma mé diplomové práce mi je osobně velmi blízké. Má sestra pracuje již 6 let jako ergoterapeutka v domově pro seniory v Plzni a při výběru tématu jsem měla dva dosud žijící prarodiče. Během psaní této práce bohužel moje babička zemřela. Její úmrtí mne velmi zasáhlo, ale zároveň přivedlo k myšlence, že tato tematika by zasloužila mnohem větší pozornost z pohledu například srovnání života člověka žijícího ve vlastním domácím prostředí a právě v domově pro seniory. I přes veškerou rodinnou péči totiž člověk žijící v domácnosti v okamžiku, kdy jeho sebeobslužná výkonnost klesá, kognitivně upadá, neboť péče ze strany rodiny s ohledem na pracovní nasazení jejích členů, nemůže konkurovat péči odborníků v některých zařízeních.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Stárnutí

Proces stárnutí probíhá u každého individuálně, jiným způsobem a jinou rychlostí na základě genetických faktorů, životních podmínkách a životního stylu. Nakonečný (1977) vidí největší význam v tom, že důležitým činitelem života starého člověka je smysl, který hledá a následně se ho snaží uskutečnit.

Jednotlivé působení času za přímé stárnutí nepovažujeme, samotné stárnutí se totiž odehrává v delších časových úsecích, které v přímé souvislosti člověk nevnímá.

Stárnutí je nejčastěji chápáno jako období ztráty či úbytku tělesných a duševních sil či možností, otupování smyslů, zpomalení reakčního času a myšlení a období vyššího rizika nemocnosti. Již od 25. roku vědci evidují klesající hmotnost mozku a okolo 30. roku se objevuje stárnutí kostí. Tuto část života můžeme chápat také jako přirozený biologický proces, který se vyznačuje zvyšováním rizika úmrtí s věkem a postupným snižováním až úplnou ztrátou schopnosti reprodukce.

Stárí se na člověku projevuje různými způsoby. Znaky stárnutí, které sdílejí všichni staří lidé, nazýváme univerzálními znaky stárnutí (jedná se např. o vrásčitou kůži, stařecké skvrny atd.). Pravděpodobné, nikoliv však univerzální, znaky stárnutí nazýváme probabilistické (např. artróza).

Nejčastějším měřítkem stárnutí je kalendářní (chronologický) věk. Toto měřítko je však na další informace velice chudé. V důsledku se jedná pouze o bezvýznamnou informaci o počtu oběhů Země kolem Slunce. Chronologický věk totiž nemusí vždy nutně korelovat s fyzickým stavem jedince. Stereotypem je, že sedmdesátiletý člověk má vrásčitou kůži a prošedivělé vlasy. Existují však jedinci, kteří tyto znaky i v tomto věku postrádají. Zde hovoříme o jevu agerázie. Naopak se můžeme setkat s jedinci, kteří tyto znaky nesou již v mnohem dřívějším chronologickém věku. Tento jev nazýváme progerií.

Dalším měřítkem stárnutí je věk sociální. Sociální věk odpovídá chování člověka v určitém věku podle očekávání dané společností. V západní společnosti se očekává, že člověk okolo 60. roku věku se bude chovat spíše klidným, usedlým a vyrovnaným způsobem.

Většina gerontologů definuje začátek stárnutí také právě okolo 60. roku. V tomto věku začíná většina lidí vykazovat příznaky stárnutí. Někteří badatelé ve svých vědeckých pracích hovoří o mladším stáří (vymezují ho roky 65 – 75 let) a pokročilé stáří (od 75 let). Gerontologové se v mezních letech dost často liší. Jiné známé dělení rozlišuje kategorie „mladé stáří“ (60 – 69 let), „zralé stáří“ (70 – 79 let), „pokročilé stáří“ (80 – 89 let) a „velmi pokročilé stáří“ (90 – 99 let). Další variantou dělení tohoto věkového období zahrnuje kategorie třetího a čtvrtého věku. Aktivní a nezávislý život během stáří definuje „třetí věk“. „Čtvrtý věk“ již zahrnuje období, kdy se již soběstačnost člověka v základních každodenních činnostech značně snižuje a jedinec je odkázán na pomoc druhých. Klasifikace je tedy založena na míře soběstačnosti jedince.

Hlavní vývojové periody života člověka definujeme ve 3 základních obdobích:

1. integrační období (od početí do cca 20 let)
2. kulminační období (20-60 let)
3. involuční období (60- výše)

V involučním období lidského života definuje V. Příhoda¹ tyto etapy stáří (sénia):

1. senescence (60-74 let)
2. kmetství (75-89 let)
3. patriarchum (od 90 let až po smrt)

V. Pacovský rozlišuje etapy stáří tímto způsobem:

1. rané stáří (60-74 let)
2. vlastní stáří (75-89 let)
3. vysoký věk (od 90 let)

¹ Václav Příhoda (1889-1979) český pedagog, didaktik a psycholog

1.1 Výzkumy procesu stárnutí

Lidstvo se neustále zabývá hledáním „elixíru mládí“. Dlouhověkost si lidé od pradávna snažili zajistit nejrůznějšími způsoby. Nesmrtelnost považovali za svůj největší cíl již taoisté. Nesmrtelnosti je prý možné dosáhnout pomocí duchovního a tělesného cvičení (tai-či). Dnes se zdravým životním stylem podporujícím dlouhověkost věnuje anti-aging medicína, která doporučuje nejrůznější makrobiotické diety. Fenomémem dlouhověkosti se zabývají i jiné náboženské skupiny, které připisují velký význam pohlavním hormonům například ve formě rozemletých varlat zvířat, až po testosteronové náplasti. První experimenty s užíváním hormonů jako pramenu věčného mládí prováděl britský fyziolog Charles Eduard Brown-Séquard, který sám sobě aplikoval injekčně výtažky z varlat morčete. Tento injekční výtažek měl zajistit sílu a životní vitalitu. S podobnými snahami je spojován i Sigmund Freud, zakladatel psychoanalýzy, který se snažil zachránit svůj chátrající zdravotní stav tím, že podstoupil tzv. Steinachovu operaci. Tento zákrok spočíval v přerušení chámovodů, které mělo způsobit obnovení pubertálních žláz.

V souvislosti s vědeckými výzkumy procesu stárnutí vzniklo několik teorií o tom, jak je možné proces stárnutí ovlivnit a zpomalit. Jedním z poznatků je, že samotné stárnutí není přímou příčinou vyššího rizika úmrtí. Vědci řadí mezi hlavní příčiny úmrtí ve stáří právě opotřebení organismu bez pravidelné regenerace.

Vědecké výzkumy na lidech mají však etické hranice. Největší vědecký zájem vzbuzují v současné době choroby, které jasně ukazují konečné symptomy procesu stárnutí. Do popředí by se však měly zařadit hlavně příčiny těchto chorob. S procesem stárnutí souvisí mnoho chorob. Jedná se o onemocnění krevního oběhu, neurodegenerativní poruchy, šedý zákal, osteoporózu, rakovinu atd. Níže uvedený nástin teorií, které se procesem stárnutí a možnostmi jeho ovlivnění zabývají, dokazuje, že je možné snížit riziko nástupu těchto onemocnění kupříkladu snížením příjmu kalorií.

Tato teorie, která potvrzuje ideu, že je možné ovlivnit délku života, se zabývá studií o vlivu snížení příjmu kalorií na projevy stárnutí (caloric restriction).

„Například výzkumy na myších ukazují, že snížení příjmu kalorií o 20-50 % vede k prodloužení života o 10-50 %. Rovněž je zajímavé, že vlivem omezeného příjmu

kalorií dochází u hlodavců k omezení vzniku stařeckých chorob, jako jsou rakovina, odbourávání kostí nebo poruchy funkce ledvin. I právě probíhající studie na primátech naznačují lepší zdravotní profil u jedinců se sníženým příjmem kalorií. Nicméně bude trvat ještě desetiletí, než se prokáže, zda budou žít skutečně déle než primáti bez sníženého příjmu kalorií. V současné době rovněž není známo, zda na snížení příjmu kalorií reagují i lidé.“ (Gruss, 2009, s. 78)

Stravovací zvyklosti jsou jedním z příkladů vnějších faktorů, které ovlivňují naše zdraví. Ve vyspělých průmyslových zemích se v posledních letech čím dál častěji objevuje až patologická obezita. Tento jev zaznamenávají vědci převážně v USA a to hlavně u mladých lidí. Výsledky výzkumů zaměřených na konzumaci nízkokalorických jídel jsou již dlouho známé. Konzumace těchto jídel pomáhá redukovat mnoho stařeckých onemocnění (diabetes, rakovina, onemocnění mozku). Omezením kalorického příjmu dochází k procesu indukce jednoho z enzymu ze skupiny sirtuinů. Sirtuiny například pomáhají zabránit tzv. buněčné smrti. Tyto enzymy pomáhá aktivovat látka resveratrol, která je obsažená v červeném vínu. Podle vědců může být právě tento fakt vysvětlením, proč je ve Francii, kde je větší spotřeba červeného vína i přes konzumaci tučných jídel výskyt onemocnění srdce a diabetu nižší než v jiných evropských zemích.

Další teorie, která se zabývá prodloužením života, je teorie o vlivu genů na průměrnou délku života. Pro tyto výzkumy byli používáni různí živočichové, na nichž bylo možné provádět různé genetické manipulace a o nichž mají vědci dostatečné informace, co se týče fungování organismu z genetického pohledu. Jednalo se převážně o myši, octomilky, nebo jednobuněčné kvasinky. Tito živočichové jsou pro výzkum výhodní z několika důvodů. Je možné je chovat ve velkých počtech a žijí relativně krátce. Efekt různých pokusů je tedy v krátké době viditelný.

Další skupina vědců se zabývala otázkou, do jaké míry ovlivňuje délku lidského života a průběh stárnutí stres. Vycházeli z předpokladu, že dlouhověkost velmi úzce souvisí s odolností právě vůči stresu. Schopnost bránit se úspěšně následkům negativního stresu je jedním z úkolů psychohygieny.

Oblast reprodukce byla vědeckými skupinami rovněž zkoumána. Na základě experimentů, které byly prováděny, je více než zřejmé, že plodnost délku života ovlivňuje. Varianty živočichů, které se rozmnožují dříve, žijí kratším životem.

Cílem této práce není odhalit nejúčinnější lék na dlouhověkost, či dokonce nesmrtelnost. Důležitějším cílem je pouze zkusit se umět zamyslet nad podstatou zázraku dokázat si uchovat i v pokročilém věku duševní svěžest, zdravý úsudek a schopnost žít naplno.

1.2 Předpoklady úspěšného stárnutí

Známé lidové rčení říká: „Člověk je pouze tak starý, jak se cítí.“. Toto lidové rčení je v podstatě banální, přesto v něm však můžeme cítit, nebo vidět skutečné biologické zásady.

V případě srovnání dvou jedinců stejného věku zjistíme, že právě prožívaný věk nemusí korespondovat se skutečným biologickým věkem. Člověk se od druhého může někdy velmi výrazným způsobem odlišovat mentální a fyzickou kondicí ve vyšším věku. Následující citovaný článek z knihy Stárnout, to je kumšt profesora Oty Gregora nastiňuje příčiny rozdílného stavu.

„Nejprve k našemu tělu. Jak s ním zacházíme? Ráno vyjdeme z domova – několik desítek metrů k nejbližšímu dopravnímu prostředku. Nastoupíme do autobusu, auta, tramvaje, metra, vlaku a tam nečinně sedíme nebo stojíme. Pak jdeme opět jen několik desítek metrů do zaměstnání. Tam se, alespoň většina z nás, rovněž hýbeme minimálně. Bud' máme vůbec sedavé zaměstnání, nebo nás automatizace a mechanizace od tělesné práce „osvobozují“. Schody „přeskočíme“ stisknutím tlačítka ve výtahu nebo dokonce se sneseme výtahem dolů.“ (Gregor, 1999 s. 3)

Způsob života lze ovlivnit od samého začátku. V případě dítěte, je nutné, aby ho ke zdravému stylu života vedli rodiče, v dospělosti je již zodpovědnost na něm samém. Civilizační choroby, kam řadíme např. v textu zmiňovanou hypodynamii², průběh stáří určitě zlepšit nepodaří. Automatizace a modernizace současného

² Hypodynamie = nedostatek pohybu

každodenního života člověku umožňuje nevydávat příliš energii. Tím, že začne klesat aktivita, začíná automaticky růst pasivita člověka. Pasivita, fyzická i duševní, je pro každého člověka a obzvláště pak pro staršího velmi nebezpečná a někdy dokonce i smrtelná. Člověk byl stvořen k činnosti a je proti přírodě nutit ho k pasivitě. Nečinnost a pasivita vede zejména u stárnoucích jedinců k rychlému ochabnutí svalů a někdy přímo k atrofii orgánů. Ochabnutí se netýká bohužel pouze kosterního svalstva, ale také svalstva útrobního. Důsledky nečinnosti se velmi rychle projevují i na fungování mozku. Rychlý úpadek zaznamenáváme nejen po fyzické stránce organismu, ale také u duševních rozumových schopností člověka.

Podmínkou úspěšného stárnutí je bez diskuse zdravý duševní stav, pozitivní myšlení a celková psychická vyrovnanost člověka. „Elixír života“ je možné hledat v antickém úsloví o umírněnosti (český národ tuto myšlenku zná ve formě úsloví „Pij do polopita, jez do polosyta“). Rovněž je zřejmá genetická podmíněnost stárnutí, neboť se můžeme setkat s tím, že dlouhověkost je v některých rodinách velmi častá a v jiných ne. Může to však také souviset s tím, že se v rodině pouze předává zdravý životní styl.

Ve 40. letech 20. století prováděl kanadský psycholog Donald Olding Hebb³ výzkumy na zvířatech, konkrétně na krysách. Výsledkem jeho výzkumu byl fakt, že krysy, které dosahují lepších výsledků v testech jednání, žijí v podnětnějším prostředí. Mozek je sval, který je nutné pro správné fungování trénovat. Vědecké výzkumy dodnes dokazují, jak velký vliv má podnětné prostředí na biochemii a anatomii mozku (činnost). Lidský mozek je stále aktivní, dokonce i během spánku.

Latinské rčení „Mens sana in corpore sano.“ (česky „Ve zdravém těle zdravý duch.“) může znít opět banálně, ale nese v sobě důležitou podstatu kvalitního života a zdravého stárnutí. Není možné si však myslet, že pokud budeme pěstovat sport a udržovat se ve vynikající fyzické kondici, vše tím spasíme. Důležité je rovněž pečovat o kondici duševní. Stejně tak, jak můžeme pravidelně trénovat svaly, je zapotřebí trénovat i mozek. Vědecké výzkumy poslední doby dokazují, že riziko

³ Donald Olding Hebb (1904- 1985) kanadský psycholog, prováděl výzkumy chování, myšlení, učení, tvořivosti a imaginativních aktivit, zabýval se teorií percepčního učení, zastáncem názoru, že vývoj inteligence a celé osobnosti je závislý na vnější stimulaci z okolí

vzniku Alzheimerovy choroby je možné snížit již velmi nízkou mozkovou duševní aktivitou.

Otázku, co je možné udělat pro své zdraví ve stáří, by si měl umět položit každý. Způsob života, který vedeme ve středním věku i v mládí, ovlivní i následné prožití života ve stáří. Nejde o to, abychom se dožili co nejvyššího věku. Důležitější je kvalita života v tomto období. Stěžejní je uvědomění si faktu, že každý člověk může přispět k tomu, že své poslední roky dožije důstojně a ve spokojenosti se sebou samým. Pomocí medicíny se nám daří život prodlužovat, je proto žádoucí naučit se těmto letům „navíc“ přidat hodnotu kvalitního života třeba pomocí dodržování správných zásad psychohygieny.

Myšlenka toho, že by se člověk měl nějakým způsobem připravovat na stáří je poměrně nová. V minulosti nebylo žádné přípravy potřeba a to z toho důvodu, že většina lidí se tak vysokého věku, ve kterém by mohla svou přípravu zúročit, ani nedožila. Tento směr uvažování je nicméně s ohledem na budoucnost a demografické studie, které hovoří o prodlužování délky života, nutné rozvíjet.

Je nutné se zbavit stereotypů, které se stárnutí týkají. Mezi nejběžnější předsudek patří, že staršímu člověku už to tzv. nemyslí. Výzkumy inteligence dokazují, že psychicky zdravý člověk nevykazuje před osmdesátým rokem výrazný pokles inteligence. Tento předsudek je částečně založen na tom, že většina starších lidí má o něco pomalejší reakce, které však nemají co do činění s poklesem samotné inteligence. Dále je zapotřebí přehodnotit formulace, které používáme u příležitosti něčího odchodu do důchodu. Dost často se setkáváme s tím, že člověk odchází na odpočinek. Tento odpočinek by však vždy měl být odpočinkem aktivním a příjem podnětů, které člověka aktivizují, by neměl výrazně klesat.

Fenomén současnosti je dlouhověkost. Nejčastěji se vyššího věku dožívají lidé ve vyspělých průmyslových zemích. Šance na dožití se vyššího věku se neustále zvyšuje. Prognózy uvádí, že současní třicátníci se dle předpokladů dožijí s největší pravděpodobností věku 90 let bez větších obtíží. S ohledem na tento jev je proto důležité přemýšlet o tom, jak žijí svůj život a jakým způsobem se může vyvíjet.

Střední délka⁴ života se stále prodlužuje. Lidé však zatím výrazně nezměnili přístup ke stárnutí, i přesto však můžeme tvrdit, že populace není pouze starší, ale dokonce i ve stáří zdravější a aktivnější. Člověk se dožívá vyššího věku díky lepším životním podmínkám a hlavně díky stále lepší zdravotní péči. Vitalizace stáří ještě nedosáhla vrcholu, i přesto dnešní sedmdesátníci jsou častěji vitálnější než pětadesátníci před 30 lety. Ve společnosti se stále častěji objevuje otázka, jak se chovat, abychom mohli sami přispět k vytvoření lepšího stáří. Různé studie dokazují, že dlouhověkost je geneticky podmíněna pouze z jedné čtvrtiny. Ostatní čtvrtiny zahrnují právě životní styl jedince a prostředí, v němž žije. Tuto vědeckou domněnku dokazují výzkumy na dvojčatech, která vyrůstala odděleně v odlišném prostředí s odlišným životním stylem. Na základě některých výzkumů lze tvrdit, že o délce života rozhodují podmínky života v dospělosti. V souvislosti s tímto zjištěním odpadají obavy některých rodičů, kteří těžce snášejí pocit odpovědnosti za celoživotní zdraví svých potomků. Každý jedinec má v dospělosti vlastní zodpovědnost za způsob svého života. Odborné výzkumy ukazují, že genetické dispozice ovlivňují délku života 25 % podílem. 10 % je připočítáváno prostředí, v němž jedinec žije během prvních 10 let. Zbývajících 65 % zahrnuje způsob života a životní podmínky v dospělosti.

Před rokem 1800 by bylo pravděpodobně těžké najít člověka staršího sta let, důvodem mohla být i složitější prokazatelnost s ohledem na nespoehlivost podkladů (matrik). Badatelé se vždy zabývali hledáním tzv. elixíru života. Někteří dokonce došli tak daleko, že obhajovali absurdní tvrzení o vzdálených vesnických populacích. Jedním z případů dlouhověké populace mělo být obyvatelstvo v části Gruzie. *„Vznikla celá řada vysvětlení (většinou se týkala zdravého jídla a abstinence), ale pravda byla prozaická: žádní století v této skupině nebyli. Staří lidé využívali rodných listů svých rodičů, aby se vyhnuli povolání ke službě v Sovětské armádě, čímž si ke svému skutečnému věku přidali dvacet či třicet let. Tento způsob, jak se vyhnout vojenské službě, však selhal, neboť sovětské úřady těchto zachovalých starých lidí využívali jako turistické atrakce a nástroje propagandy. Celou pravdu odhalila následně provedená komplexní lékařská vyšetření. Další případy*

⁴ Střední délka života je věk, v němž zemřelo 50% příslušné věkové skupiny

zachovalých lidí v Pákistánu a Ekvádoru jsou vysvětlovány jednoduše tak, že dotyčné společnosti byly negramotné anebo měly chatrné matriční záznamy, a proto jsou údaje o věku obyvatel nanejvýš pochybné.“ (Stuart-Hamilton, 1999, s. 17)

Ve vyspělých průmyslových zemích je dnes situace taková, že počet stoletých roste ročně zhruba o 6 %. V případě srovnání pohlaví vítězí v dlouhověkosti rozhodně ženy. Zhruba do věku 45 let tvoří ženy i muži přibližně stejný podíl populace. Po dosažení toho věku umírají mnohem častěji muži. *„K vysvětlení této skutečnosti byla shromážděna řada důvodů. V západních společnostech je poměrně populární představa, že život mužů je tradičně mnohem tělesně náročnější. Toto zdůvodnění může však mít pouze okrajový význam, neboť ve společnosti, kde má většina žen fyzicky náročná zaměstnání, rozdíl ve střední délce života přetrvává. Tento rozdíl lze rovněž vysledovat u řady živočišných druhů, což naznačuje, že zmíněný fakt lze vysvětlit spíše rozdíly ve stavbě chromozomů a v tělesné konstituci než environmentálními faktory (tedy faktory životního prostředí).“ (Stuart-Hamilton, 1999, s. 14)*

Ve společnosti se však za poslední desetiletí začíná zásadně měnit věkové složení. Ve většině vyspělých zemí klesá postupně porodnost, vyjma několika málo ročníků, u nichž jsme byli svědky tzv. baby boomu. Nízká porodnost urychluje stárnutí celé společnosti. Přitom je velice důležité, aby generace dětí nahradila generaci svých rodičů. Jedná se o demografickou⁵ změnu, kterou se zabývá politika, média a obecně celá společnost. Stále se zvyšující počet starších lidí totiž může narušit funkčnost zdravotních a sociálních systémů státu. Čím více bude ve státě starších lidí, tím menší bude populace, která je v produktivním věku, pracuje a platí daň z příjmu, aby pomáhala zajistit důchody právě pro starší občany. Důsledkem nevyváženého stavu mladší a starší populace nastane situace, kdy se stále více mladých lidí bude muset naučit pečovat o starší občany. Péče o starší občany bude náročná nejen ekonomicky pro jednotlivce, ale i pro stát. O stárnoucí společnosti ve vyspělých zemích se proto dnes vedou nekonečné diskuse.

⁵ Demografie (*démos* – lid, *graféin* – psát, popisovat) předmětem této vědecké disciplíny je lidská populace, studuje proces reprodukce lidských populací (úmrtí, nemocnost, porodnost, potratovost, sňatečnost a rozvodovost)

Demografické prognózy hovoří o konkrétních výpočtech očekávané průměrné délky života. Některé výpočty se však liší až o sedm let, což je velká překážka pro to, aby byla přijata konkrétní opatření pro udržení dobře fungujícího sociálního systému zabezpečení seniorů i lidí v produktivním věku

Nárůst průměrné délky života člověka za poslední dvě století lze vysvětlit následovně. V průběhu lidských dějin se velice často vyskytovala dětská úmrtnost, mnoho lidí, i mladých, se stávalo obětmi nepřízně a tvrdosti životních podmínek. Mezi podstatné důvody nárůstu dlouhověkosti je možné řadit určité změny v hygienických podmínkách, zavedení kanalizace a zásobování pitné vody. Lidé v minulých dvou století nejčastěji zaplatili životem kvůli banální infekci, která vznikla v důsledku právě nesprávných hygienických podmínek. Banální infekce přestaly zabíjet s příchodem penicilinu, očkování a obecně lékařského pokroku.

Příčinami toho, že se dnes dožívá vyššího věku stále více lidí, může být několik variant. Jednou z nich je však určitě stále lepší zdravotní stav člověka i v pozdějším věku, který se daří udržet díky stále lepší lékařské péči.

Délka života se však nezvyšuje všude na světě stejně rychle, nejvýrazněji se prodlužuje v průmyslových zemích, šance na delší život mají však dnes lidé i v méně vyvinutých zemích v Asii a Latinské Americe.

S ohledem na fakt, že se střední délka života bude neustále prodlužovat, je nutné zajistit kvalitní život i ve vysokém věku. Určitě není cílem prožít tyto roky v nemoci a v celkovém tělesném a psychickém chřadnutí.

„Budeme stále starší a ve stáří stále zdravější. Jaké důsledky z toho můžeme vyvodit pro utváření průběhu našeho života? Je zcela zjevné, že staré klasické dělení na tři životní fáze, kdy na první fázi je přiřazeno učení, střednímu období života práce a poslední fázi volný čas, již dnes neobstojí. A vzhledem k tomu, jak se bude lidský život prodlužovat, působí takové dělení až absurdně.“ (Gruss, 2009, s. 55)

1.3 Gerontologie

Proces stárnutí studuje gerontologie (z řeckého slova *gerón*, 2. p. *gerontos* = starý člověk a *logos* = slovo, nauka). Předmětem této vědy jsou poznatky o průběhu stárnutí a také stáří. Jako věda se tento obor začínal profilovat na přelomu 19. a 20. století. Experimentální gerontologie se snaží na molekulární úrovni najít odpovědi na otázky, proč vůbec lidský organismus stárne. Pro tuto práci je vzhledem k tématu podstatná hlavně gerontologie sociální a klinická.

Sociální gerontologie řeší vztah starého člověka a společnosti včetně pohledu na celkové stárnutí populace – zabývá se demografickou, ekonomickou, politickou, sociologickou, psychologickou, etickou, právní a urbanistickou stránkou. Vztah ke starým lidem se u jednotlivých národů odlišuje. Těmito rozdíly se zabývá etnogerontologie. Obecně lze říci, že větší úctu ke stáří pozorujeme u relativně primitivních národů či v rozvojových zemích. Příčiny mohou být různé. Jedna z hypotéz pracuje s myšlenkou, že tyto kultury mohou postrádat psanou podobu jazyka a lidé těchto národů si stárnoucích více váží pro jejich velké množství vzpomínek a zkušeností.

Klinická gerontologie, synonymně geriatrie - *gerón* (starý člověk) a *iatró* (léčím), zkoumá zdravotní stav, kvalitu života a diagnostiku a léčení chorob v pokročilém věku. Tato věda čerpá informace z oboru vnitřního lékařství, které obohacuje především poznatky z neurologie, psychiatrie, fyzioterapie a ergoterapie.

Gerontologie je mladá vědní disciplína, jejíž význam se bude neustále prohlubovat z důvodu stále zvyšujícího se počtu starších lidí ve společnosti.

1.4 Psychické a fyzické změny v období stárnutí

V involučním období jsou výraznější tělesné změny. Psychické změny jsou méně zřetelné vzhledem ke svému pomalejšímu a skrytějšímu projevu.

Obecné charakterové rysy člověka se v průběhu lidského života mění. V období stáří u většiny jedinců nezaznamenáváme sklony k výraznějším výkyvům nálad. Jedná se však spíše o projev lhostejnosti ke svému okolí, než o klidový stav psychiky. Obecně lze říci, že starší člověk inklinuje k introverzi. Může se jednat o spojitost s tím, že si připadá pro společnost nepřínosný, a proto se raději uzavírá do

sebe, aby na svou osobu příliš neupozorňoval. Vnímání je ve stáří pomalejší a méně přesné. Starší člověk tak může být postupně izolován od okolí, neboť získává čím dál tím méně přesných informací.

V důsledku hormonálních změn dochází u žen k maskulinizaci, která se projevuje vlastnostmi jako je autoritativnost či větší rozhodnost. U mužů naopak nastupuje feminizace, kdy se projevuje mírnost a laskavost.

Společnost většinou očekává, že každý člověk své chování přizpůsobí svému věku. Nejčastějším stereotypem v případě staršího člověka je jeho umírněné a pomalé jednání. V západní kultuře je starý člověk považován za méně hodnotného člena společnosti. Tyto stereotypy mohou mít velký vliv na sebedůvěru starších lidí. Role staršího člověka žijícího v západním světě není lehká. Sociální prestiž s věkem rapidně klesá a toto vše má vliv na osobnost stárnoucích.

Období stáří je plné fyzických, psychických, ale hlavně životních změn. Všechny tyto změny se prolínají do sebepojetí osobnosti. Erikson sebepojetí v období stáří definuje větou „Jsem to, co po mně zůstane“. Mezi nejvýznamnější příčiny změny sebeobrazu osobnosti ve stáří patří odchod ze zaměstnání a případné odovzdání či ztráta sourozenců a přátel. Ztráta životního partnera bývá těžkou zkouškou v každém věku. S ohledem na rozdílnou střední délku života u obou pohlaví se s touto ztrátou častěji setkávají ženy. Různé studie ukazují, že lépe se člověk s touto bolestí vyrovnává v okamžiku, kdy smrt partnera byla očekávaná, ať už je to z důvodu dlouhodobé nemoci, či vyššího věku. O tom, zda se s úmrtím životního partnera lépe vyrovnávají ženy nebo muži, se vedou spory. Sebeobraz člověka však nemění pouze smrt manžela či manželky. Velký význam zde má i úmrtí přátel a známých stejného věku. Frustrační tolerance vůči náročným životním situacím obecně klesá, stejně je tomu tak i u adaptace na nové situace. Příčiny stresu se s postupujícím stářím mění.

Míra pocitu neužitečnosti v okamžiku odchodu ze zaměstnání závisí na okolních faktorech, jako je rodinné zázemí člověka, typ zaměstnání, které zastával apod. Tak, jak pro někoho, kdo dokázal být aktivní i mimo pracovní svět, může být odchod do důchodu příjemným okamžikem, může být pro druhého tato chvíle noční můrou, s níž se těžko a dlouho vyrovnává. Psychický stav se v důsledku těchto

pocitů horší. V zařízeních pro seniory proti tomuto stavu úspěšně bojuje ergoterapie. O psychohygienických účincích této terapie bude pojednáno v samostatné kapitole.

Všechny jmenované náročné životní situace překonává každý s ohledem na své osobnostní rysy. Důkazem toho, že období stáří může být velmi psychicky náročné, je vysoký počet sebevražd u lidí staršího věku. Vyrovnat se se ztrátou sociální prestiže, svých nejbližších přátel a nakonec i životního partnera je pro staršího člověka někdy nepřekonatelnou překážkou v dalším životě. V takovém případě má důležitou úlohu ostatní rodina. Z výzkumů vyplývá, že staří lidé preferují samostatný život. Od svých potomků však nechtějí být příliš vzdáleni a častějšímu kontaktu a vzájemné interakci se zpravidla příliš nebrání. Zařízení s pečovatelskou službou umožňují klientovi zachovat oboje – jistou míru pocitu samostatnosti a pravidelný kontakt s blízkými.

Projevy tělesných změn jsou výraznější než projevy změn psychických. Orgány a tkáně se z důvodu ubývání vody zmenšují, následně se zmenšuje i celková výška postavy. V obličejové části dochází ke zvětšení nosu, poklesu brady. Kostí jsou křehčí, svaly ochabují, objevují se časté zlomeniny a poruchy rovnováhy a koordinace. Kůže je vrásčitá a na pokožce se objevují pigmentové skvrny. Vlasy řídnou a šedivějí. Funkce receptorů smyslových orgánů se rovněž oslabují. Ubývá nervových buněk v mozku.

Všechny fyzické změny ovlivňují psychický stav člověka v období stáří. Období stáří je rovněž typické období častých onemocnění. Příznaky některých chorob se objevují v různých fázích života. Pro mnohá onemocnění je, co se týče projevení příznaků, typické období vyššího věku. Jedná se například o cukrovku (diabetes mellitus), onemocnění krevního oběhu, poruchy spánku, duševní poruchy. U některých chorob hraje významnou roli dědičnost. Významný vliv má zejména u nádorových onemocnění. Genetická dispozice má na stav organismu rozhodující vliv pouze v okamžiku, kdy působí i určité vnější faktory. Znamená to, že pokud člověk, který má genetickou dispozici onemocnět diabetem, bude po celý život až do stáří vést zdravý životní styl, pravděpodobnost nástupu této nemoci výrazně sníží. V souvislosti s tímto poznatkem lze tvrdit, že kvalitu života, stáří a výskyt chorob dokáže ovlivnit jednotlivec sám způsobem svého života a dodržováním zásad správné životosprávy. Stejně tak jak mohou genetické dispozice k různým chorobám

předurčovat výskyt konkrétního onemocnění, může také věk rodičů naznačovat očekávanou délku života jejich potomka. Výzkumy však dokazují, že riziko onemocnění lze skutečně výrazně ovlivnit způsobem života. Ne nadarmo se v čekárnách ordinací praktických lékařů objevují nápisy „Prevence půl zdraví.“

„Důležitým úkolem budoucího výzkumu je identifikovat právě tato rizika ohrožující každého jednotlivce a zjistit, jaké vnější faktory přispívají ke vzniku onemocnění a jaká preventivní opatření by mohla individuální riziko onemocnění snížit. Střední délka života se prodlužuje, takže se zvyšuje i celkové riziko onemocnění souvisejících s věkem, což má zcela zjevný sociální dopad na průměrný zdravotní stav celé populace. Jedinou smysluplnou zdravotní a sociální politiku budoucnosti tedy představuje investice do výzkumu takových mechanismů onemocnění, jejichž objasnění nám snad pomůže zabránit vzniku většiny stařeckých onemocnění. Cílená intervence na základě identifikace individuálních rizikových faktorů, jinými slovy – zhotovení přehledu osobních rizik a následné možné prevence, je zahájením změny paradigmatu, kde již nebude cílem dnes téměř výhradně používaná reparativní medicína, ale osobní preventivní medicína.“ (Gruss, 2009, s. 96)

1.5 Choroby ve stáří

Celkový úpadek psychiky a kognitivních funkcí je nejčastějším projevem stáří. Výraz demence je laickou společností považován za synonymum slova senilita a stáří obecně. Tento výklad, se kterým se můžeme dost často setkat i v učebnicích, je však zcela nesprávný, demence nemusí být totiž vždy spojena s obdobím stáří. S věkem se pouze zvyšuje pravděpodobnost výskytu onemocnění. Se stoupajícím počtem starších lidí, stoupá i počet nemocných demencí. Některé demografické studie hovoří o epidemii demence. Toto označení může působit možná až příliš silným dojmem. Nejedná se o žádné onemocnění, které by se šířilo nekontrolovatelnou rychlostí. Jedná se pouze o logické uvažování s ohledem na stárnutí celé populace. V souvislosti s nárůstem počtu těchto pacientů je nutné přemýšlet nad tím, jakým způsobem bude nutné o tyto pacienty na sklonku jejich života pečovat. Člověk trpící demencí v počátečních fázích nemoci je ve většině denních situací téměř soběstačný. V dalších fázích nemoci se však jeho soběstačnost

snižuje a vyžaduje téměř stálý dohled, který musí zajišťovat rodina, nejbližší okolí, nebo zařízení s pečovatelskou službou. V případě rodinné péče se často o takového člena rodiny stará přímo jeho životní partner, který je sám pravděpodobně již v pokročilém věku. Péče je velmi psychicky i fyzicky náročná, neboť pečující má za úkol obstarat veškeré potřeby. „*Mají za úkol zajišťovat potřeby člověka, který ztratil paměť, nezřídka trpí inkontinencí (neudrží moč či stolici) a dostává záchvaty vzteku a nepřiměřeného, nelogického chování. Navíc dementní pacienti nepoznávají někdy ani vlastní partnery, děti či blízké přátele. Odměnou za celoživotní lásku, starost a důvěru je péče o bizarní karikaturu lidské bytosti, která má sice vnější podobu milované osoby, v jejímž nitru však jakákoli podobnost s oním důvěrně známým vnímavým člověkem vymizela, či přinejlepším jen tu a tam probleskuje.*“ (Stuart-Hamilton, 1999, s. 178)

Jak již bylo v předchozím textu zmíněno, očekávaná délka dnešního třicátáctníka je mezi 80-90 lety. Hlavním projevem stáří je úbytek kognitivních schopností a patologické změny v mozku. Nejčastějším neurodegenerativním onemocněním je Parkinsonova a Alzheimerova choroba. Ve stáří se dále velmi zhoršuje krátkodobá paměť. Z výsledků různých výzkumů již víme, že rizika různých onemocnění jako je například onemocnění krevního tlaku, můžeme snížit zdravou stravou a pohybovou aktivitou. Důležité je však věnovat se i prevenci ubývání duševní výkonnosti. Opět vědecky je podložen fakt, že starší lidé věnující se intenzivně volnočasovým aktivitám nemají tak výrazné úbytky psychických schopností. Tito lidé se podle výzkumů svými aktivitami nepřímo chrání proti rychlému nástupu demence. Šance na co nejmírnější nástup úpadku kognitivních funkcí se zvyšují i dodržováním správné životosprávy obecně.

Alzheimerova choroba je nejčastějším onemocněním mozku, které způsobuje velké duševní ztráty a demenci. Onemocnění, jehož příčiny nejsou dosud přesně známé, poprvé popsal německý psychiatr Alois Alzheimer⁶ v roce 1906.

Demencí trpí v současné době jedna čtvrtina lidí starších 85 let. Ve věku 65 let je touto neurodegenerativní chorobou postižen každý 20. člověk. Výskyt této nemoci se neustále zvyšuje. V roce 2000 bylo evidováno na světě zhruba 17-25

⁶ Alois Alzheimer (1864 – 1915) německý psychiatr a neuropatolog

milionů lidí trpících touto chorobou. V roce 2008 je již odhad okolo 35 milionů. V České republice bylo v roce 2000 evidováno onemocnění u zhruba 50 000-70 000 osob. V roce 2008 již v souvislosti s Alzheimerovou chorobou hovoříme o počtu 120 000 osob. Potřeba nalézt účinnou léčbu je stále vyšší, odborné výpočty odhadují, že v roce 2050 se počet nemocných čtyřnásobně zvýší. V současné medicíně jsou používány pouze léky, které dovedou průběh nemoci zmírnit a zpomalit.

Diagnostika nemoci probíhá na základě několika vyšetření. Jednou z diagnostických metod je vyšetření pomocí magnetické rezonance mozku nebo vyšetření mozkomíšního moku. Důležité je také vyšetření kognitivních funkcí a následně se ověřuje průběh denních aktivit při rozhovoru s blízkými osobami.

Alzheimerova choroba se projevuje nenápadně, ale v případě, že známe příznaky detailně, lze si je všimnout již v počátečním stádiu nemoci. Mezi nejčastější příznaky nemoci patří ztráta zejména krátkodobé paměti, potíže s vykonáváním běžných domácích činností (např. ukládání věcí na jiná místa), problémy při sebeobsluze (hygiena, oblékání atd.), poruchy řeči a plynulého vyjadřování, zhoršená orientace v prostoru i čase, zhoršující se schopnost úsudku, obtížnější rozhodování, problémy s abstraktním myšlením, poruchy řeči, nesouvislá řeč, opakování a „hledání“ slov, změny nálad, chování a ztráta zájmu o dosavadní koníčky a zaměstnání

Věk je největším rizikovým faktorem tohoto onemocnění, zřídka se s ním setkáváme u člověka mladšího 60 let. U lidí starších 85 let trpí touto nemocí každých pátý. U ženského pohlaví se choroba vyskytuje častěji. V případě, že se choroba vyskytla u rodičů a sourozenců, je výskyt u jedince 3-4x pravděpodobnější. Riziko vzniku demencí obecně zvyšuje kouření tabáku, dlouhodobá konzumace nadměrného množství alkoholu. Konzumace menšího množství těchto látek má podle některých vědců projektivní účinky a je řazena mezi preventivní prvky různých onemocnění jako je například Alzheimerova choroba, či kardiovaskulární choroby, kde pití vína pomáhá rozšiřovat cévy. Některé studie pracují s hypotézou, že více vzdělaný člověk více trénuje svůj mozek, tudíž snižuje riziko rozvoje demencí. Faktem však zůstává, že samotné vzdělání rozhodující samozřejmě není, rozhodující je přímá kognitivní činnost mozku spjatá s jakýmkoli procesem, ať už učení, práce apod.

Nemoc lze rozdělit do tří základních stádií s následujícími příznaky:

- Lehká demence – obtížnější dorozumívání, zapomnětlivost, dezorientace v čase, bloudění na známých místech, nerozhodnost, známky deprese, úzkosti a agresivity, nezájem o své dosavadní koníčky, změna osobnosti – sobeckost a egocentričnost, podezíravost, vztahovačnost
- Střední stadium demence - prohlubování změn osobnosti, neschopnost vykonávat běžné denní činnosti (vaření, nákup...), nesamostatnost při vykonávání osobní hygieny, zhoršená komunikace, dezorientace v prostoru, halucinace, časté stavy zmatenosti.
- Těžké stadium demence - poruchy příjmu potravy, nerozpoznání blízkých osob, zmatenost z okolního dění, ztráta schopnosti souvislé řeči, silné stavy zmatenosti, poruchy vylučování, úplná ztráta soběstačnosti a schopnosti pohybu, tělesné i duševní chátrání, smrt.

Daší chorobou, která značně ovlivňuje fyzický i psychický stav člověka v involučním období je Parkinsonova choroba. Jedná se o onemocnění centrální nervové soustavy, při němž dochází k úbytku nervových buněk, který způsobuje postupně neschopnost pohybu.

Nemoci v současné době u nás trpí zhruba 10 000 – 15 000 lidí, větší výskyt je zaznamenávám v mužské populaci nad 50 let. Jsou však známy i případy čtyřicetiletých pacientů. Vědecké výzkumy pracují nejčastěji s teorií o dědičnosti tohoto onemocnění.

Nejvážnějším projevem této nemoci jsou pohybové obtíže. Během dne se pacientův stav střídá. V jednu chvíli člověk působí téměř zdravým dojmem a ve chvíli druhé s vypětím sil dosahuje byť minimálního pohybu. Stavy ztuhlosti střídají samovolné pohyby, které se projevují třesem. Tyto pohybové obtíže působí velké problémy při běžných každodenních činnostech. Příznaky se netýkají pouze pohybu samotného, častým projevem je i špatná artikulace. S tím souvisí problémy s běžnou komunikací. Pacient na své okolí působí jako osoba bez výrazu, obličej bez mimiky budí dojem masky. Jako největší negativum této choroby je vnímán fakt, že pacient si svůj stav plně uvědomuje. Doprovodným onemocněním jsou následně stavy těžké

deprese. Dodržování zásad psychohygieny je u této choroby důležité již od samého začátku, neboť se psychika člověka v dalších stádiích může progresivně zhoršovat.

2 Psychohygienu

Psychohygienu, též duševní hygienu, je u nás stále ještě méně známým pojmem, než je hygienu tělesná. Tělesnou hygienou se rozumí péče o tělo, hygienou duševní pečujeme o naši mysl. Duševní hygieně se věnují vědecké práce J. Doležala, L. Kubičky a L. Míčka.

2.1 Duševní zdraví a duševní hygienu

O duševní zdraví se zajímaly již filosofické směry ve staré Číně a Indii. I antičtí filosofové kladli na zdraví těla a ducha velký důraz. Ve středověku bylo tělo a duše chápáno jako oddělená část, ale v období humanismu nastal opět obrat k propojenosti mezi tělem a duší. S rozvojem věd obecně se na začátku 19. století objevuje i pojem duševní hygienu.

Pomocí dodržování zásad psychohygieny je možné docílit duševního zdraví. Duševní zdraví lze definovat jako absenci příznaků duševní nerovnováhy nebo nemoci. Podrobnější definici duševního zdraví uvádí Engelsmann: „*Duševní zdraví je stav, kdy duševní pochody probíhají optimálním způsobem, člověk je schopen správně vnímat skutečnost, reagovat pohotově a přiměřeně na podněty, řešit běžné i nenadálé úkoly a přitom mít převážně pocit spokojenosti a radosti z činnosti.*“ (in Vašina, 1999, s. 13)

Mezi hlavní znaky duševního zdraví patří samozřejmě také pocit nespokojenosti, který potvrzuje adekvátní vnímání reality a podněcuje k úsilí o realizaci cílů jednotlivce.

Duševní zdraví je některými psychology považováno za synonymum pro duševní rovnováhu. Převládá však názor, že duševní zdraví představuje mnohem širší pojetí než duševní rovnováha - psychická homeostáza. Termín homeostáza v biologii označuje schopnost udržet vnitřní rovnováhu v organismu. V psychohygieně tento pojem označuje stabilitu mezi chováním a prožíváním.

Libor Míček v roce 1969 definuje duševní hygienu takto: „*Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení,*

prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.“ (Míček, 1969, s. 5)

Duševní hygiena je vědou, která se přibližuje jak psychologii a sociologii, tak lékařským oborům. Psychohygiena čerpá zejména z obecné a vývojové psychologie, kde získává poznatky o osobnosti a zákonitostech její adaptace v různých vývojových fázích života. Souvislosti jsou znatelné ale také s pedagogickou a klinickou psychologií, kde psychohygiena získává nejvíce informací o etiologii maladaptivního chování.

Původní cíl psychohygieny spočíval v odstraňování negativních projevů při psychiatrické léčbě. Až později bylo zjištěno, že mnohem efektivnější je těmto jevům předcházet. Lze tedy o ní hovořit jako o prevenci výskytu duševních nemocí. Předmětem psychohygieny jsou dnes především duševně zdraví lidé. Odolnost duševně zdravých lidí vůči psychické zátěži je různá. U některých lidí je práh snesitelnosti vůči této zátěži výrazně nižší než u ostatních, pomocí psychohygieny mohou tito jedinci duševní zdraví upevňovat a posilovat. Tento vědní obor se však zabývá i lidmi, u nichž se již nějakým způsobem projeví vážnější symptomy narušení duševního zdraví. Především u těchto jedinců je velmi důležité psychohygienické zásady dodržovat, neboť se jejich duševní stav může v mnohých ohledech zlepšit, či alespoň stabilizovat. Pomocí duševní hygieny mohou poté také lépe pochopit příčiny onemocnění, snadněji se pak těmto rizikům vyhnou a nedochází k recidivě. U lidí, kteří již však mají duševní zdraví podlomené, k uzdravení dodržování zásad psychohygieny nestačí, vždy je zapotřebí, aby hlavní úlohu sehrála psychoterapie pod vedením odborníka. Psychohygiena je tudíž založena na preventivních opatřeních. Odstraňováním duševních poruch se zabývá následně psychoterapie.

2.2 Náročné životní situace a duševní zdraví

Duševní normalitu a duševní zdraví osobnosti lze posuzovat podle mnoha kritérií. Podle E. Syřišťové je nutné sledovat tato kritéria (Křivohlavý, 2001, s. 145)

- přiměřené vnímání reality
- schopnost adekvátního sebehodnocení

- rezistence ke stresu a tolerance úzkosti
- sociální adaptace, schopnost změny
- schopnost seberealizace
- integrace osobnosti

Podobná kritéria duševního zdraví jsou i kritéria podle americké psychologičky Marie Jahodové. Nejčastěji je citováno její dílo „*Current concepts of positive mental health*“ (Běžné pojetí pozitivního duševního zdraví, New York 1958), v němž uvádí šest základních kritérií duševního zdraví (Míček, 1969, s. 13):

1. Postoj vůči sobě samému – čím objektivnější je vnímání sebe sama, tím pevnější je duševní zdraví, schopnost vidět svá pozitiva i nedostatky a dokázat mobilizovat síly k jejich odstranění
2. Růst, vývoj a sebeuskutečňování – čím více je jedinec motivován k růstu, tím je duševní zdraví lepší
3. Integrace osobnosti – celistvost osobnosti, rovnováha mezi ego, id a superego
4. Nezávislost, sebeurčení – schopnost řídit a kontrolovat své činy
5. Adekvátní percepce reality – reálné, nezávislé a objektivní vnímání svého okolí a světa
6. Zvládnutí svého prostředí – schopnost udržet sociální vztahy a řešit problémy

V oblasti duševní hygieny hraje důležitou roli proces adaptace. Člověk žije v prostředí, jehož podmínky není možné vždy změnit. Nezbývá nic jiného, než se svému okolí přizpůsobit. V této oblasti hovoříme o zvládnání problémů, které jsou před člověka stavěny. Adaptaci lze vnímat jako fyziologický proces (např. přizpůsobení zrakového receptoru vidění ve tmě atd.). Mezi fyziologickou a psychologickou adaptací mohou být někdy neznatelné rozdíly. Jedná se o situaci, kdy je organismus např. ve fyzicky náročné situaci. Míru přizpůsobení se okolí ovlivňuje tzv. frustrační tolerance. V případě, že je tato tolerance nízká, dochází k maladaptaci.

Přizpůsobování osobnosti je v některé literatuře označené pod pojmem *adjustace* (z anglického *adjustment* = přizpůsobení). Většina autorů se však drží pouze termínu *adaptace*.

Úrovně adaptace osobnosti:

- *Akomodace* – osobnost se pasivně přizpůsobuje svému okolnímu prostředí
- *Asimilace* – osobnost si aktivně přizpůsobuje své okolí

Procesem adaptace se realizuje stav duševního zdraví. V případě, že je adaptace nesprávná, hovoříme o *maladaptaci*, která je znakem neúplného duševního zdraví. Podle projevů maladaptace můžeme odhadnout míru neuroticismu a duševní nerovnováhy. Duševně nezdravý jedinec potřebuje i v běžných životních situacích mnohem více energie k tomu, aby danou překážku překonal. Adaptace vůči stresoru probíhá v těchto fázích:

1. *Poplachová reakce* – stresorem může být jak fyzikálně působící podnět (nedostatek vody), tak i psychologicky působící podnět (ztráta životního partnera)
2. *Stadium rezistence* – organismus vzdoruje vůči stresoru, rezistence vůči jednomu stresoru snižuje odolnost vůči ostatním stresorům
3. *Stadium vyčerpání* – organismus ztrácí schopnost rezistence, mohou se opakovat příznaky poplachové reakce

V procesu adaptace se mohou vyskytnout různé překážky, které brání uspokojení potřeb jedince. Psychický stav, který následuje poté, co v uspokojení potřeby brání jakákoli překážka, nazýváme *frustrace*. I v této situaci se člověk snaží nalézt svou duševní rovnováhu a aktivovat své síly, aby tento okamžik psychicky zvládl. Rozdíly ve schopnostech zvládnout náročnou životní situaci jsou značné. Každý člověk reaguje na zátěžové situace jiným způsobem a potřebuje k jejímu překonání různé množství energie. Náročné životní situace mohou však osobnost ovlivnit i pozitivně. V těchto situacích může člověk dosáhnout nadprůměrných svalových, nervových, emočních a intelektuálních výkonů. Tyto situace mohou tedy

jedince motivovat stejně jako eustres. Náročné životní situace jsou nejčastěji definovány jako frustrace, deprivace, stres a konflikt.

Překážky bránící uspokojení potřeb mohou být vnější (sociální – zákaz, fyzikální – zamčené dveře) a vnitřní (vlastnost osobnosti – lenost, stydlivost). Pokud tyto překážky brání uspokojení potřeb dlouhodobě, hovoříme o deprivaci. Druhy frustrace rozlišuje J. Čáp a Z. Dytrych. Vynucené odložení uspokojení potřeby nazývají tito autoři oddálení. Při neúspěšném pokusu o překonání překážky dochází ke zmaření. Poslední druh frustrace autoři popisují jako střetnutí (konflikt) dvou nebo více protichůdných sil.

Míru přizpůsobení se okolí ovlivňuje tzv. frustrační tolerance. Frustrační toleranci stručně vystihuje Holeček, Miňhová, Prunner (2007, s. 174): „*Frustrační tolerance je stupeň odolnosti vůči frustraci, tj. doba, po kterou jedinec zvládá frustrační situace, neprojevuje typické frustrační chování (nerozčiluje se, nehrouť se).*“ Míra tolerance je velmi individuální. Frustrační toleranci ovlivňují vrozené vlastnosti osobnosti, prostředí, v němž žije, věk a zdravotní stav jedince. Nízká tolerance je typická pro dětský věk. V dospělosti se tolerance zvyšuje a snižuje se opět v některých obdobích života, jako je např. věk okolo 50 let, kdy jedinec pociťuje příznaky počínajícího stáří. Frustrační toleranci zlepšíme psychoterapií, ale také i správnou životosprávou a výchovou.

Jedinec nacházející se ve frustrační situaci brání své duševní i tělesné zdraví pomocí obranných frustračních mechanismů:

1. Útok - může se jednat o verbální či neverbální agresi vůči skutečné nebo symbolické překážce za účelem dosažení vytýčeného cíle, časté je i sebepoškození, útok se vyskytuje ve formě projekce (pocit vlastní viny přenášíme na druhé), introjekce (opak projekce), šikana (agresi soustředíme na tzv. obětního beránka), egocentrismus
2. Únik – bázlivost vedoucí k úniku od překážky a zároveň od těžko dosažitelného cíle
3. Obejití překážky – cíle je dosaženo s vynaložením většího množství úsilí

4. Volba náhradního cíle – z důvodu nedosažitelnosti původního cíle, dochází ke kompenzaci, náhradního cíle je dosaženo, ačkoli není tak přitažlivý jako původní
5. Fixace - překážku, která brání uspokojení našich potřeb, může jedinec přestat vnímat a zároveň přestane vnímat i daný cíl. Situace je zdánlivě vyřešena, ale potřeba není stále uspokojena.

Frustrace je nejčastější příčinou stresu. Stres nemusí sám o sobě škodit. Stejně jako náročné životní situace obecně pomáhá i zdravý stres (= eustres) dosahovat lepších výkonů. Škodlivému stresu (= distresu) je však nutné se vyhýbat. Distres produktivitu jedince ovlivňuje negativně, výkony se zpravidla výrazně snižují a navíc hrozí riziko poškození organismu ve stádiu vyčerpání. Prevenci stresu je věnovaná v posledních letech velká pozornost a duševní hygiena a duševní zdraví v ní hraje hlavní roli. Odolnost vůči stresu je stejně jako u frustrační tolerance velmi individuální a závislá na mnoha faktorech, jedním z nich je samozřejmě i zde věk člověka.

Mezi další příčiny stresu patří tyto stresory:

1. Vnější – působící na jedince z jeho okolí
 - a) Fyzikální – hluk, hlad, žízeň, chlad, teplo
 - b) Sociální – náročné životní situace (úmrtí blízkého člověka, nepříznivá finanční situace)
2. Vnitřní – působící na jedince z jeho nitra
 - a) Fyzické – tělesná frustrace a deprivace (neuspokojení biologických potřeb)
 - b) Psychické – negativní emoce (strach ze smrti)

Projevy stresu mají různou podobu. Pomocí vůle je možné tyto projevy zmírnit, nikoli však plně odstranit. Ke zmírnění stresového napětí se nejčastěji doporučuje protistresové dýchání (pomalé nádechy a výdechy), uvolnění obličeje (krátkou masáží, omytím), protistresová masáž trapézu, šíje a lýtek, nebo pohybová činnost. K uvolnění psychického napětí je dobré využít např. poslechu hudby, nebo

ventilace v komunikaci. Pro udržení duševního zdraví je zapotřebí umět se naučit relaxovat. Nepovažovat čas pro relaxaci a odpočinek za čas ztracený.

I v období stáří se může člověk dostat do stavu, kdy stojí uprostřed dvou protichůdných motivů. Tento psychický stav nazýváme konfliktem. Rovněž srozumitelné vymezení konfliktu uvádí Holeček, Miňhová, Prunner (2007, s. 186): „*Konflikt (z lat. conflictio = střetnout se, utkat se v boji) je psychický stav, kdy se jedinec ocitá ve střetu dvou nebo více protichůdných sil (vzájemně se vylučujících motivů, potřeb, zájmů, názorů atd.).*“

Názor, že veškeré konflikty jsou negativní, je špatný. Tím, že se dostáváme do konfliktu, dáváme určitým způsobem najevo, že okolní svět vnímáme a reagujeme. Proto i v období stáří je nutné nebát se projevit své chování, které může vést ke konfliktu s ostatními. S přibývajícím věkem člověk sám na sobě pozoruje, že k vyvolání konfliktu dochází za jiných okolností a mění se zároveň průběh i způsob řešení jednotlivých konfliktů. V tomto případě se jedná o vnější (interpersonální) konflikt.

Mnohem častější než vnější konflikty, jsou konflikty vnitřní (intrapersonální), které probíhají v člověku samém. Míček (1969, s. 47) popisuje, že „*konflikt je známkou toho, že člověk má jakousi možnost volby, ale nedovede ji unést.*“ Dále uvádí, že „*konflikty jsou tedy jakousi daní svobodné volby.*“ Jako příklad této teorie zmiňuje, že „*mnoho lidí nenávidí neděli, jež přináší relativní svobodu, s níž nevědí, co si počít.*“

Vnitřní konflikty mají většinou sociální povahu. Staří lidé mohou jako nejčastější vnitřní konflikt pocítovat situaci, kdy přestávají zvládat svou sebeobsluhu a začnou zvažovat, že dosavadní domov opustí a rozhodnou se odejít k rodině, či do zařízení s pečovatelskou službou. Toto rozhodnutí je pro ně samé velmi náročné, neboť ke svému domovu mají zpravidla značně silné vazby. Svůj odchod ze své domácnosti navíc nepřimo považují za selhání a za známku své neschopnosti. Opak je ale pravdou. Už samotné rozhodnutí je velkým vítězstvím.

2.3 Psychohygienu jako prostředek k udržení psychického zdraví

Zdraví, fyzické i duševní, je zapotřebí k tomu, aby člověk mohl dělat to, co dělat chce. Zdraví je prostředkem k dosažení našich cílů. Cíle v různé podobě mají lidé všech věkových kategorií. Zdraví je tedy žádoucí i v období stáří.

„Definice zdraví, která je dnes velice rozšířená, definuje zdraví jako schopnost dobrého fungování (fitness). V populaci je známá svým logem „Bud' fit“. V literatuře toto pojetí vyjádřil nejpregnantněji T. Parsons: „Zdraví je stav optimálního fungování člověka (individua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolům, k nimž byl socializován.“ (Křivohlavý, 2001, s. 35)

Základem této myšlenky je schopnost být v dobré kondici v každém věku. Na toto pojetí je v dnešní době kladen velký důraz. Bývá však spojováno převážně s lidmi produktivního věku. V dobré kondici je však žádoucí být v každém věku. Schopnost realizovat své cíle a potřeby souvisí s plněním sociálních rolí každého věku člověka.

Stáří je typickým obdobím fyzických onemocnění, které omezují naplňování sociálních rolí typických pro tento věk. Negativní vlivy se samozřejmě odrážejí v duševním stavu člověka. Tento fakt potvrzuje tvrzení, že zdraví označuje stav fyzické, psychické a sociální pohody.

Změna fyzického stavu související s věkem závisí převážně na tom, do jaké míry je organismus vystaven opotřebení. V případě, že člověk věnuje energii regeneraci organismu, může být dobrá kondice zachována i v pokročilejším věku. Pokud však proces regenerace nenastupuje, či nastupuje pouze zřídka, čas se na stavu organismu projeví znatelně. Riziko úmrtí se poté zvyšuje. Tato teorie tedy hovoří o tom, že lze vytvářet takové životní strategie, které pomáhají stav organismu zachovávat. Tyto strategie pomáhá vytvářet právě psychohygienu.

3 Psychohygienu v životě seniora

Ve stáří se musíme vyrovnat se situacemi, které jsou náročné na naše fyzické i duševní zdraví. Odolnost vůči náročným životním situacím obecně klesá. Je proto nutné hledat prostředek k udržení psychického a následně i fyzického zdraví. Psychohygienu poskytuje návod na jistou ochranu našeho těla i duše. Stáří se projevuje různými chorobami, které jsou více či méně důsledkem nesprávné životosprávy a životního stylu celkově.

3.1 Stravování, pitný režim

Jak již bylo zmíněno, období involuce je příznačné pro mnoho onemocnění. Většina těchto onemocnění vzniká důsledkem nesprávné životosprávy, kterou člověk během celého života podceňuje. Hovoříme např. o cukrovce, kornatění tepen, hypertenzi, rakovině. Většina těchto chorob je zapříčiněna nesprávným životním stylem, kde hraje velkou roli stravování a dodržování pitného režimu. Důkazem toho je, že většina výše zmíněných onemocnění doprovází obezitu.

Zdravému stravování je v posledních letech věnována velká pozornost. Ve společnosti je již určité povědomí o tom, co je z hlediska stravování zdravé a co ne. Dokonce toto povědomí mohou mít i lidé, kteří se i přesto stravují nezdravě. Starší generace však v období, kdy se o stravování vedou nekonečné debaty, nežila. Většina starších lidí si do seniorského věku tedy přináší, co se týče stravování a pitného režimu, nesprávné návyky.

Aby byla zajištěna správná funkčnost všech důležitých orgánů, je důležité přijímat potravu bohatou na všechny nezbytné nutriční látky včetně vitamínů a minerálů. Nedostatek některých vitamínů ve stravě, může zvyšovat riziko vzniku onemocnění, jehož projevy se objevují právě v období stárnutí. Příkladem jsou vitamíny B, E, A, C, jejichž nedostatek patří mezi faktory, jež zvyšují riziko vzniku Alzheimerovy choroby. Důležitá je nejen vyváženost stravy, ale také množství a pravidelnost v přijímání potravy. Pro udržení optimální hladiny cukru v krvi odborníci doporučují stravovat se zhruba 5x denně. Tímto doporučením by se měli řídit zejména lidé trpící cukrovkou. Přejídání je rovněž řazeno mezi rizikové chování, které život člověka rozhodně neprodlužuje. To, že se vyplatí stravovat se s mírou,

potvrzuje i jedna z teorií, která se zabývá dlouhověkostí. Ve stáří se navíc zpomalují metabolické procesy, energetický příjem by se měl tedy úměrně snižovat. Obecné podvědomí hovoří o snižování chuti k jídlu v průběhu stárnutí. Jsou však i jedinci, kteří chuť k jídlu během stárnutí neztrácejí. Riziko vzniku obezity a následných doprovodných onemocnění je u těchto jedinců s ohledem na snížení energetického výdeje vyšší.

Lidé v pokročilejším věku se nejčastěji dopouštějí při stravování následujících prohřešků. S ohledem na finanční situaci v důchodovém věku vybírají v obchodech potraviny podle ceny, nikoli kvality. Kupují spíše základní potraviny, ovoce a zeleninu málokdy. V jídlu se většinou odbývají i s ohledem na vařenou stravu. Pokud žijí osaměle, přestávají vidět význam v přípravě vařených domácích pokrmů. Strava je následně založená na polotovarech, které jsou chudé na potřebné vitamíny a minerály. Stravování je celkově nepravidelné i z hlediska rozložení příjmu potravy během celého dne. Pidrman (2007, s. 157) hovoří o zanedbávání i při vlastním způsobu stolování, *„přitom okolí, prostředí, rituály stolování, tedy rozumné a běžné stereotypy v čase a způsobu stolování, hrají významnou roli v zachování chuti a potřeby jídla.“*

Neméně důležité je dodržování pitného režimu. Lidské tělo je z větší části tvořeno vodou, kterou je nutné pravidelně doplňovat. Doporučován je denní příjem 2-2,5 litru. Pocit žízně se u starších lidí postupně ztrácí. Je proto velmi důležité dbát na pravidelnost při doplňování tekutin hlavně ve vyšším věku, kdy se tělo samo o vodu nepřihlásí. U starších lidí, převážně u žen, se mnohdy objevují potíže s inkontinencí, které člověka negativně psychicky ovlivňují. U těchto jedinců se můžeme setkat s tím, že raději omezí přísun tekutin ve snaze zachránit se od společenského znemožnění. Tento přístup je však zcela chybný.

Obecná doporučení zdravého stravování zahrnují příjem pestré vyvážené stravy v přiměřeném množství, příjem čerstvého ovoce a zeleniny, omezení příjmu tuků, soli, cukru a alkoholu. Pestrou stravu si můžeme lépe představit pomocí potravinové pyramidy, která graficky znázorňuje, které potraviny je možné jíst častěji a které naopak méně často. V základně této pyramidy je samozřejmě zelenina a potraviny s vysokým obsahem tuku ve vyšších patrech.

3.2 Režim práce – volný čas

V produktivním věku se náš život dělí na pracovní a nepracovní dobu. Snažíme se skloubit tyto dvě části dohromady, což nás někdy stojí velké úsilí. Stáří bývá synonymem pro důchodový věk. Odcházíme ze zaměstnání, které jsme dosud vykonávali, a náš život se tudíž skládá laicky řečeno jen z mimopracovní doby. Času na odpočinek, relaxaci a vykonávání volnočasových aktivit je tedy dostatečné množství. Tato myšlenka však není příliš přesná. Zaměstnání jako takové není jediným zdrojem činnosti člověka. A tak i v období stáří vykonáváme různé činnosti, které neřadíme ani mezi odpočinek, ani mezi volnočasové aktivity. Jedná se například o činnosti spojené s údržbou domácnosti, pomocí ostatním členům rodiny atd.

V souvislosti s těmito aktivitami je nutné umět i v neproduktivním věku nadále dodržovat správného režimu práce. Jedná se o plánování všech činností včetně odpočinku, tak aby nedocházelo k fyzickému a psychickému vyčerpání. I v tomto období je dobré pamatovat, že největší výkonnosti je dosahováno v čase mezi 9. – 11. hodinou dopoledne. V tomto čase je tedy výhodné vykonávat úkony, které jsou pro nás náročné a vyčerpávající. Vyhybat bychom se jim měli naopak v odpoledních hodinách. Obecně je možné říci, že doba po jídle je co do výkonnosti nejméně prospěšná. Křivky výkonnosti, které odborníci uvádí v literatuře, jsou však pouze univerzálním popisem a určitě neodpovídají skutečnosti u všech jedinců. Každý sám by měl umět poznat, kdy se cítí nejsilnějším pro dané úkoly. Navyknutí na pravidelný režim má výhodu v tom, že nutí staršího člověka k neustálé aktivitě, která ho pozitivně ovlivňuje ve všech směrech.

V produktivním věku se v moderních společnostech většinou lidé nevyhnou tzv. časovému stresu. Souvislost mezi důchodovým věkem a časovým stresem bychom možná na první pohled nehledali, ale i v tomto období se s ním můžeme běžně setkat. Častou příčinou je fakt, že člověk před odchodem do důchodu odkládal různé záležitosti a po odchodu ze zaměstnání zjišťuje, že i přesto na ně má nedostatek času. K tomuto pocitu se navíc může přidávat strach z toho, že s přibývajícím věkem již nebude člověk vůbec schopen své cíle realizovat. K tomu abychom mohli uskutečnit své cíle, může pomoci technika určování priorit podle

Eisenhowera, který rozlišuje dané úkoly podle dvou hledisek, a sice naléhavost a důležitost. Výkonnost ve stáří klesá, člověk zjistí uje, že již nezvládá vše, co zvládal dříve. Zde je nezbytné umět zhodnotit, co pro nás důležité je a co není. Vyloučením nedůležitého získáme čas na realizaci našich snů a cílů.

3.3 Únava a odpočinek

S přibývajícím věkem člověk obecně pocítuje úbytek sil při různých činnostech. Pocit únavy má člověk v každém věku, ve stáří je tento pocit však mnohem častější. Starší člověk se musí dokázat vyrovnat se snížením výkonnosti v činnostech, které dosud bezproblémově vykonával. Proti únavě lze bojovat aktivním a pasivním odpočinkem. Pasivním odpočinkem je spánek. Spánková potřeba s přibývajícím věkem klesá. Člověk může trpět nespavostí, ačkoli se cítí velmi unaven. Proto je nutné dodržovat určité zásady tzv. spánkové hygieny. Jednou ze zásad je vyhýbat se kofeinovým nápojům a těžkým jídlům, náročné fyzické a duševní aktivity ve večerních hodinách. Důležité je rovněž samotné prostředí, kde člověk spí. Kvalitní postel, vhodná teplota, minimalizace hluku a světla jsou také součástí spánkové hygieny. Pravidelnost uléhání a vstávání má samozřejmě také svou nezastupitelnou funkci.

Starší lidé většinou pocítují největší potřebu spánku během dne, obzvláště pak u činností, při nichž není nutná jejich plná pozornost a aktivita. Vzhledem ke krátkým spánkovým odpočinkům během dne, pak mají problémy se spánkem v noci. Večer nemohou usnout, nebo se budí v brzkých ranních hodinách. Lidé s těmito problémy často sahají po lécích na spaní, které mohou dočasně problémy se spánkem vyřešit, ale ke dlouhodobému užívání jsou zcela nevhodné, neboť narušují fyziologický mechanismus spánku. V případech, kde není tento typ nespavosti zapříčiněn onemocněním, postačí upravit režim dne tak, aby měl člověk přes den dostatek podnětné aktivity, která by ho přiměla k pozornosti a nedocházelo tak ke spánku v průběhu celého dne. Pravidelnost je u spánkové hygieny velmi důležitá, tělo si navvykne na určitý režim a automaticky se o spánek přihlásí.

3.4 Pohyb

Většina tzv. civilizačních chorob je způsobena nesprávným způsobem stravování ale celkovým životním stylem, do něhož řadíme i pohybovou aktivitu. Moderní společnost nám pomáhá se pohybu úspěšně vyhýbat. Pohybová aktivita je však velmi důležitá pro správné fungování celého organismu a můžeme pomocí ní aktivně odpočívat.

Pohyb může mít různou formu. Může se jednat o sport v rekreační nebo vrcholové podobě, fyzickou práci, či jinou činnost, při níž se člověk pohybuje.

Pokud se během života člověk sportu nějakým způsobem věnoval, je šance, že potřebu pohybu bude mít i ve vyšším věku. Období stáří je však typické pro bolestivost kloubů a pohybového aparátu vůbec. Tyto negativní projevy stáří pohyb negativně ovlivňují. Starší lidé tak většinou snaží pohybové aktivity omezit. Tento přístup však není příliš správný, neboť svalová hmota velmi rychle u starších lidí ochabuje. Omezení pohybové aktivity je navíc často doprovázeno izolací od společnosti, a tak nedochází jen ke svalovému úpadku, ale také i ke snížení podnětů pro mozkovou činnost. Z těchto důvodů je pro staršího člověka vždy velmi nebezpečná např. i pouhá zlomenina nohy, která ho byt' dočasně v pohybu limituje. Návrat do předchozí kondice je totiž náročný u člověka každého věku. S přibývajícím věkem je tento návrat mnohem těžší a někdy už i nemožný.

Ve stáří je důležité z hlediska pohybu trénovat vytrvalost, pomocí které lze zlepšit oběhový systém organismu. Poslouží k tomu jakákoli aerobní činnost, jako je např. rychlejší chůze a turistika obecně. Neméně důležitý je strečink, díky němuž udržíme potřebnou pohyblivost kloubů.

Pohybem neléčíme však pouze tělo, ale i duši. Při fyzické aktivitě se do těla uvolňují endorfiny, které pomáhají člověku cítit se příjemně.

3.5 Relaxační techniky

V předchozí kapitole byly zmíněny vědecké teorie o tom, že mezi hlavní příčiny úmrtí ve stáří patří opotřebení organismu bez pravidelné regenerace. Naše tělo je možné regenerovat pomocí spánku, aktivního odpočinku a také relaxačních technik.

Každý den jsme vystavováni situacím, které způsobují tělesné i duševní napětí. Aby se toto napětí nesomatizovalo do nějaké choroby, která by staršího člověka mohla ohrozit na zdraví, je nutné za pomoci různých technik napětí snižovat. Psychické napětí je zajisté způsobeno vnějšími i vnitřními vlivy, jedná se právě o již zmiňované konflikty. Při odstraňování psychického napětí můžeme využít tzv. frustračních obranných mechanismů jako je racionalizace, nebo bagatelizace. Míček (1969, s. 83) pojmenovává racionalizaci jako mechanismus „kyselých hroznů“, kdy se vzdáváme úspěchu „*přijetím myšlenky, že cíl nestál v žádném případě za to.*“ Nejjednodušší metodou odstranění psychického napětí je obyčejný rozhovor s jiným člověkem. Většina osaměle žijících lidí tuto možnost však využít v případě potřeby nemůže. Pozitivem je, že v poslední době přibývají bezplatné linky důvěry určené právě pro seniory. Je však nutné podotknout, že člověk ve vyšším věku může mít problémy se sluchem a telefonováním obecně, osobní rozhovor tak hraje stále prim.

Fyzické i psychické napětí můžeme uvolnit pomocí jednoduchých relaxačních metod. Postačí k tomu klidné a příjemné prostředí. Není ani nutné znát nějakou konkrétní standardizovanou metodu jako je např. Schultzův trénink, Jacobsonova relaxace nebo jóga. Většina technik je založena na podobném principu správného dýchání a imaginace. Nejdůležitější pro všechny tyto metody je však stále pocit příjemna. Metody jsou tedy voleny s ohledem na individualitu člověka. Stále platí pravidlo, že čas pro relaxaci a meditaci není čas ztracený.

4 Ergoterapie

Význam stimulace psychických i tělesných složek je z pohledu psychohygieny jednoznačný. Jakákoli činnost má ve své podstatě psychohygienickou hodnotu. V konkrétní činnosti nacházíme určitý způsob realizace. Nástrojem či prostředkem psychohygieny se může stát právě činnost a práce v jakékoli podobě. Činnost je jednou z determinant duševního zdraví. Nečinností člověk negativně ovlivňuje svou tělesnou i duševní kondici. Činností a prací můžeme navazovat mezilidské vztahy, získat pocit hrdosti z dobrého výkonu a uznání okolí. V období stáří bývá nejčastější příčinou frustrace pocit neužitečnosti a zbytečnosti a postupná ztráta schopnosti v základní sebeobsluze. Činnost dává životu smysl i v tomto věkovém období. Tzv. „léčbou prací“ byla dříve nazývána ergoterapie.

Ergoterapie, z řeckého *ergon* (práce) a *therapia* (léčení), je moderní léčebná metoda, již je v posledních letech věnována čím dál tím větší pozornost. Její uplatnění se týká všech věkových skupin. Tato práce upírá pozornost na uplatnění ergoterapie u starších lidí. Metoda vychází z myšlenky, že člověk, který se aktivně zapojuje do činností, zaměstnání, v nichž nalézá smysl a význam, může výrazně zlepšit svůj zdravotní stav a kvalitu života vůbec. Prostředkem této metody je právě činnost, aktivita a práce. Aktivita či zaměstnávání není jen prostředkem léčby, ale také cílem.

4.1 Cílová skupina, cíle ergoterapie

Aktivitou člověk podporuje totiž nejen fyzické, ale i psychické funkce. U starších lidí tak napomáhá zmírnit projevy stáří, jimiž jsou zejména úbytek sil a ztráta kognitivních schopností. Metoda usiluje o zachování schopností člověka, které jsou potřebné pro zvládnutí běžných denních činností. Může se jednat o pracovní, zájmové, nebo rekreační činnosti u osob všech věkových kategorií s různým druhem postižení.

Ergoterapie se zabývá terapií motoricko-intelektuelních funkcí. Úkoly této léčby jsou tedy zřejmé – senzomotorický trénink, trénink kognitivních funkcí, trénink soběstačnosti v domácím i neznámém prostředí. Terapie se velmi často vztahuje i na práci s rodinnými příslušníky.

Primárně je metoda určena pro osoby s postižením, v posledních letech se však využívá i v jiných oblastech. Ergoterapie se provádí v různých rehabilitačních, zdravotnických, sociálních, terapeutických, školských zařízeních a stacionářích. Vždy je prováděna pod dohledem školených ergoterapeutů. Tato metoda je součástí ucelené rehabilitace. Ergoterapeut dokáže pracovat s pacienty všech věkových kategorií a se všemi postiženími.

Péče ergoterapeutů je hrazena ve zdravotnických zařízeních pojišťovnou. V případě, že ergoterapeut provozuje svou činnost samostatně a dochází do bydliště pacienta, hradí jeho služby klient sám.

Jedním z cílů ergoterapie je dosažení maximální soběstačnosti v sebeobsluze, aktivní zapojení do života a zvýšení kvality života, schopnost plnit sociální role ve společnosti. Obecným cílem je spokojený pacient s potřebou být stále aktivní.

Cíle terapie jsou v roce 2007 definovány Českou asociací ergoterapeutů následovně (Jelínková, 2009, s. 17):

- Podporovat zdraví a duševní pohodu osoby prostřednictvím smysluplné aktivity/zaměstnávání
- Pomáhat zlepšovat schopnosti, které osoba potřebuje pro zvládání běžných denních činností, pracovních činností a aktivit volného času
- Umožnit osobě naplňovat její sociální role
- Napomáhat k plnému zapojení osoby do aktivit jejího sociálního prostředí a komunity
- Uplatňovat terapii zacílenou na klienta/pacienta, který je aktivním účastníkem terapie a podílí se na plánování a procesu terapie
- Posilovat osobu v udržení, obnovení či získání kompetencí potřebných pro plánování a realizaci jejích každodenních činností v interakci s prostředím (zvládání nároků jak sociálního, tak fyzického prostředí)
- Usilovat o zachování příležitosti účastnit se aktivit každodenního života všem osobám bez ohledu na jejich zdravotní postižení či znevýhodnění

Ergoterapeutické činnosti se vždy přizpůsobují klientům/pacientům. Rozhodující pro volbu činnosti je zdravotní stav, věk, pohlaví a zájmy skupiny či jednotlivce. Může se jednat o každodenní činnosti (hygienická sebeobsluha), nebo také o různé pracovní, herní, či rekreační aktivity.

4.2 Historie ergoterapie v ČR

Ergoterapie byla stejně jako ve světě využívána zprvu v psychiatrických léčebnách. Jednalo se z velké části o zahradnické, krejčovské a truhlářské činnosti. V zemích, kde bylo větší množství lidí postižených válečnými zraněními, byla potřeba komplexní rehabilitace výraznější. V souvislosti s touto potřebou je možné sledovat i rychlejší rozvoj profese. Ve 40. letech 20. století můžeme vidět snahu o rozvoj této terapie i u nás. Pod vedením amerických odborníků probíhaly kurzy ergoterapie např. v Rehabilitačním ústavu Kladruby. Samostatný obor ergoterapie bojoval s českým stereotypem, který rehabilitaci jako takovou definoval pouze jako fyzikální cvičení. Význam ergoterapie byl poněkud nedoceněn. Tento typ terapie byl považován za nadstandard, či pouhý doplněk klasické rehabilitace a léčby. Posun v postavení terapie můžeme vidět v devadesátých letech, kdy byl otevřen samostatný studijní obor ergoterapie na lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Ergoterapie postupně nabývá významu i v naší zemi. Oproti jiným státům jsme však stále pozadu. *“Počet praktikujících ergoterapeutů na 100 000 obyvatel je podle dostupné evidence přibližně 6, což je pod evropským průměrem, který činí asi 30 ergoterapeutů na 100 000 obyvatel.”* (Jelínková, 2009, s. 28) S ohledem na demografické předpoklady týkající se zvyšování počtu seniorů ve společnosti je tento fakt více než znepokojující.

4.3 Kdo je ergoterapeut

K vykonávání ergoterapeutické činnosti je nutná odborná způsobilost pracovníka. V České republice je možné odbornost získat při studiu akreditovaného bakalářského studijního programu. Magisterský studijní program dosud otevřen nebyl, což je např. oproti skandinávským zemím stále znak jakéhosi zpožděného vývoje této terapeutické metody. Ergoterapeut studiem získá potřebné znalosti

z oboru anatomie, fyziologie, neurologie a také psychologie, sociologie a etiky. Díky teoretické přípravě může odhalit příčiny fyzické i duševní nerovnováhy člověka.

Ergoterapeutem by se měla stát ideálně osobnost s výbornými charakterovými vlastnostmi. Důležité pro vykonávání této profese je nejen vyrovnaný vztah k sobě samému, ale také především vztah k druhým lidem a k hodnotám. Důležité je rovněž sebeovládání z hlediska dynamických vlastností prožívání a chování. Nežádoucí jsou rozhodně negativní projevy cholerického, nebo melancholického typu temperamentu.

Stejně jako u jiných profesí, kde se pracuje s lidmi, je i u ergoterapeutů vyšší riziko syndromu vyhoření. Proto je více než žádoucí, aby sám ergoterapeut dodržoval správné zásady psychohygieny pro udržení psychického i fyzického zdraví. Především terapie u lidí vyššího věku je psychicky náročná, neboť většina klientů nakonec umírá. Jako určitá satisfakce pro terapeuta je však důstojná a přijatelná kvalita života, kterou si klient udržel do poslední možné chvíle.

4.4 Činnosti ergoterapie

Výkon činnosti člověka zahrnuje senzomotorickou, kognitivní a psychosociální složku. Výkon se stává úspěšným vždy s ohledem na kulturní a sociální podmínky jedince se zřetelem na jeho věk a zdravotní stav. Ergoterapie zohledňuje individualitu jedince. Aktivity jsou vybírány s ohledem na jeho aktuální potřeby, zájmy a psychické či fyzické možnosti. Cílem je volit aktivity a činnosti tak, aby jedinec neupadal do svých myšlenkových stereotypů. Z tohoto důvodu jsou činnosti jistým způsobem obměňovány.

V domovech pro seniory je ergoterapeutická činnost prováděna v rámci tzv. aktivizačních programů pro seniory. Činnosti jsou voleny podle zájmu jednotlivců i skupiny. Využívány jsou i techniky arteterapie, muzikoterapie či canisterapie. Činnosti jsou krátkodobého i dlouhodobého charakteru. Zohledňují aktuální společenské dění, roční období včetně vánočních, velikonočních a dalších svátků v roce.

Mezi pravidelné aktivity patří mimo jiné předčítání denního tisku a následná diskuze s uživateli ve skupině. Tato činnost je velmi oblíbená u uživatelů, kteří kvůli

svému zrakovému handicapu nemohou sami číst. Přidanou hodnotou této aktivity je právě i následná diskuze. Další neméně oblíbenou skupinovou aktivitou je „filmový klub“. Mezi uživateli je nejprve zjištěn zájem o konkrétní filmy či dokumenty, které jsou poté skupinově zhlédnuty a případně i poté zhodnoceny opět v diskuzi.

Vzhledem k převažujícímu počtu žen mezi uživateli jsou voleny aktivity týkající se vaření, pečení, pletení, vyšívání, háčkování apod. Těchto aktivit se však často účastní i muži. Výjimkou nejsou ani moderní alternativní techniky výroby šperků z nejrůznějších umělých i přírodních materiálů. Uživatelé se velkou částí podílí na výzdobě celého zařízení. Výzdoba je obměňována podle ročního období a svátků v roce.

Ergoterapeut usiluje o propojení činností a aktivit. Vhodnou variantou může být organizovaná vycházka do lesa či parku, při níž se uživatelé snaží najít různé přírodní materiály, kterých by využili při plánované výtvarné činnosti.

Příkladem dlouhodobých či mimořádných aktivit mohou být přípravy různých zahradních slavností a setkání s rodinami. Při těchto setkáních jsou často nabízeny třeba právě produkty ruční práce. Tyto výrobky slouží i jako dárky pro rodinné příslušníky uživatelů. Vzhledem k většinou ne příliš dobré finanční situaci uživatelé tuto možnost velmi vítají, neboť někdy psychicky nelibě nesou fakt, že svým dětem a vnoučatům nemohou nic dát. Tento způsob využití výrobků je pro ně zároveň motivací pro činnost, při které produkty vznikají. Přípravy se týkají kupříkladu i nácvičku různých vystoupení většinou s hudebním doprovodem.

Program v zařízení je dále obohacen o besedy se zajímavými osobnostmi, či o vystoupení dětských i dospělých pěveckých sborů.

Do domovů pro seniory se snaží rovněž pravidelně docházet i canisterapeut. Velké množství uživatelů totiž chovalo před příchodem do zařízení domácí zvíře a psychicky těžko snáší odloučení od domácích zvířat, jako jsou psi a kočky. Canisterapie pomáhá tyto negativní projevy alespoň trochu zmírnit.

Pozitivně jsou vnímané i výlety do přírody, zoologických zahrad, či návštěvy různých kulturních zařízení, výjimkou nejsou ani bezbariérová divadla a kina, kavárny a restaurace.

Všechny aktivity, činnosti, výlety a slavnosti jsou dokumentovány fotografiemi a videozáznamy. Tento materiál je následně využíván při skupinovém promítání. Využití záznamů je velmi výhodné např. pro trénování paměti, kdy se ve skupině promítají fotografie a ergoterapeut s uživateli diskutuje o tom, kde byly záznamy pořízeny apod. Diskuze může následně plynule směřovat i k zjišťování zájmu uživatelů o opakování podobné akce.

5 Domovy pro seniory

S narůstajícím počtem lidí dožívajících se vyššího věku paralelně narůstá i počet nesoběstačných seniorů, kteří již nemohou z nejrůznějších důvodů žít v domácím prostředí. Následné péče je buď zajišťována rodinou, nebo zařízením s pečovatelskou službou. K tomuto účelu je často využíváno služeb domova pro seniory, který poskytuje ubytování a stravování. Zároveň je zajištěna péče zdravotní a sociální. Uživatelům jsou nabízeny nejrůznější volnočasové aktivity, které jsou prováděny pod záštitou ergoterapie. Domovy jsou určeny pro seniory ve starobním důchodu a pro dospělé osoby nad 50 let, kterým byl přiznán plný invalidní důchod s příspěvkem na péči pro stupeň závislosti II.

5.1 Cíle zařízení

Domovy pro seniory se snaží maximálně podporovat důstojnost lidského života. Snahou je udržet soběstačnost uživatele v co největší možné míře. Uživatelé jsou motivováni k aktivitě, která pomáhá rozvíjet a stabilizovat schopnosti pro vykonávání každodenních činností. Péče v tomto zařízení napomáhá udržovat fyzické i psychické zdraví. Jako nežádoucí jev je označována izolovanost uživatele od společnosti a naprostá závislost na péči personálu.

5.2 Zaměstnanci a jejich náplň práce

V domovech pro seniory se na péči o uživatele podílí kvalifikovaní zaměstnanci v následujícím pracovním zařazení:

- **Sociální pracovníci** – poskytují uživatelům sociální poradenství a pomoc při vyřizování osobních záležitostí
- **Pracovníci sociální péče** – poskytují přímou pomoc při vykonávání běžných denních činností (osobní hygiena, oblékání, pohyb po zařízení), pomoc je zaměřena na podporu maximální možné míry soběstačnosti, napomáhají při vytváření a udržování sociálních kontaktů

- **Zdravotnický personál** – náplní práce těchto pracovníků je přímá zdravotnická péče (podávání léků, aplikace inzulínu, pravidelné odběry krve a moči, polohování ležících pacientů atd.) a vedení zdravotní dokumentace uživatelů v zařízení
- **Nepedagogičtí pracovníci** – pomáhají rozvíjet a udržovat hygienické a společenské návyky, zajišťují aktivizaci a rozvoj osobnosti pomocí různých činností (tvořivá, pohybová, zájmová a kulturní činnost), motivují a podněcují k výkonům, organizují volnočasové aktivity

Zaměstnanci spolupracují napříč pracovního zařazení. Ergoterapeutický pracovník mnohdy napomáhá při poskytování pomoci během běžných denních činností uživatele, které jinak přímo zajišťuje pracovník sociální péče.

5.3 Prostředí

Psychiku člověka ovlivňuje do jisté míry i prostředí, v němž žije. Je žádoucí, aby člověk odchod do zařízení nepocíťoval jako snížení životního komfortu a úrovně obecně. Zařízení, v nichž byl prováděn výzkum, proti této obavě bojují velice úspěšně.

Domovy pro seniory usilují o domácí prostředí s příjemnou atmosférou. Uživatelé jsou ubytováni obvykle v jednolůžkových, dvoulůžkových, nebo trojlůžkových pokojích. Každý uživatel si pokoj může dovybavit vlastním zařízením. Častá jsou vlastní křesla, komody, obrázky, lampy apod. Ostatní vybavení je standardní včetně moderních televizorů a svým vzhledem připomíná nábytek běžné domácnosti. Samozřejmostí pokojů je signalizační zařízení pro případ nouze. Sociální zařízení jsou společná a oddělená zvláště pro muže a ženy. Prostor celého zařízení je bezbariérový, uživatelé mohou využívat ve volném čase teras, zahrady a společenských místností, které připomínají téměř obývací pokoje v domácnostech.

Pokoje, chodby a společenské místnosti jsou vymalovány teplými barvami, které pomáhají navodit pocit klidu. Hojné jsou obrázky a dekorace vytvořené při společných ergoterapeutických aktivitách. Živé květiny jsou časté na pokojích uživatelů, ale i na chodbách. V rámci terapie o ně pečují sami uživatelé. Cílem domovů pro seniory je přiblížit prostředí zařízení domácímu prostředí, z něhož

uživatelé přicházejí. Příjemné prostředí, které nepůsobí ústavním dojmem, tak napomáhá dosáhnout příznivého psychického stavu uživatelů.

Na fotografii č. 1, 2 (Rečo, 1996) a č. 3, 4 (vlastní výzkum) je možné porovnat prostředí zařízení pro seniory z 50. let 20. století a ze současnosti.



Fotografie č. 1



Fotografie č. 2



Fotografie č. 3



Fotografie č. 4

PRAKTICKÁ ČÁST

1 Cíl výzkumu

V praktické části diplomové práce jsou interpretovány výsledky výzkumu, které byly prováděny mezi pracovníky domovů pro seniory v Plzni, Klatovech a Újezdci u Klatov.

Cílem výzkumu této práce bylo dokázat na základě teoretických poznatků provázanost mezi ergoterapeutickou činností s psychohygienou a jejich společný pozitivní vliv na kvalitu života člověka žijícího v domově pro seniory. Zmapovány byly oblasti stravování, pohybových aktivit, trávení volného času a zvládání náročných životních situací.

2 Metodika výzkumu

Při výzkumu byly využity tři výzkumné metody – dotazník, rozhovor a pozorování.

Dotazníková metoda výzkumu byla zvolena pro možnost oslovit větší množství respondentů a oslovit i ty, kteří by např. neměli čas a chuť sdělovat informace během rozhovoru. Rozhovor byl veden s pracovníci ergoterapie. Během rozhovoru bylo možné získat detailnější informace k odpovědím z dotazníků. Metoda pozorování byla prováděna jako poslední a sloužila jako verifikační faktor předchozích metod.

2.1 Dotazníková metoda

Výzkum pomocí dotazníkové metody byl prováděn na začátku měsíce června 2012. Dotazníkem byli osloveni pracovníci, kteří v domovech pro seniory přicházejí pravidelně do přímého kontaktu s uživateli a jsou tudíž kompetentní posoudit jednotlivé skutečnosti. Od dotazování u samotných uživatelů domovů pro seniory bylo po dohodě s vedoucí diplomové práce upuštěno. Toto rozhodnutí souviselo s obavou o neobjektivní vnímání psychohygienických aspektů u některých jedinců, kteří jsou již vzhledem k věku v celkově zhoršeném zdravotním stavu. Dotazníky byly anonymní, aby byla zajištěna co největší míra pravdivosti. O respondentech byly zjišťovány pouze informace týkající se věku, délky praxe, pracovní pozice,

případné péče o seniora ve vlastní rodině a místo výkonu práce. Před samotným výzkumem byl uskutečněn za účelem korekce tzv. předvýzkum u tří respondentů. Dotazník (předloha a ukázka vyplněného dotazníku) je přiložen na konci této diplomové práce.

Dotazník obsahoval 32 uzavřených tvrzení, která byla respondenty posuzována pomocí čtyř škálových odpovědí:

- 1 – Rozhodně ano (téměř vždy)*
- 2 – Spíše ano (většinou/občas ano)*
- 3 – Spíše ne (málokdy, někdy)*
- 4 – Rozhodně ne (téměř nikdy)*

Odpověď byla volena podle toho, do jaké míry se blížilo tvrzení pravdivé skutečnosti.

Vzhledem k sudému počtu odpovědí nebylo možné volit neutrálně zbarvené odpovědi. Odpovědi číslo 1 a 2 vyjadřovaly pozitivní stav, přičemž odpověď číslo 1 vyjadřovala optimální stav, odpověď číslo 2 již nebyla tak jednoznačná. Odpověď číslo 3 a 4 vyjadřovaly obdobným způsobem stav negativní.

Dotazník obsahoval i prostor na sdělení bližších připomínek k jednotlivým otázkám, ale i k oblastem, které v dotazníku uvedené nebyly. Této možnosti vyjádření žádný z respondentů nevyužil.

Pomocí dotazníku byly zjišťovány poznatky o psychohygienických aspektech a vlivu ergoterapeutické činnosti na psychický a fyzický stav klientů v zařízeních.

Okruh tvrzení	Číslo tvrzení
1. Stravování, pitný režim	1. – 6.
2. Pohybová aktivita, pasivní odpočinek, režim dne	7. – 14.
3. Životní postoje, soc. vztahy	15. – 17.
4. Stres, náročné životní situace	18. – 22.
5. Ergoterapie	23. – 32.

Tabulka č. 1 – Struktura dotazníku

2.1.1 Charakteristika vzorku respondentů

Výzkumu se účastnili pracovníci domovů pro seniory v Plzni, Klatovech a v Újezdci u Klatov.

V každém zařízení byly rozdány dotazníky v počtu, který odpovídal přibližně počtu zaměstnanců. Návratnost vyplněných dotazníků byla zhruba 50 %. Celkem se výzkumu účastnilo 75 respondentů. Výzkum byl ze strany pracovníků zařízení vnímán vesměs pozitivně, nižší návratnost výzkumného materiálu byla zapříčiněna spíše vytížeností pracovníků, než neochotou odpovídat.

Vzhledem k tomu, že v profesích, které byly dotazovány, pracují většinou ženy, zúčastnil se výzkumu pouze jeden muž. Dotazované pracovní pozice nejsou zpravidla moc dobře finančně ohodnocovány. Tento fakt pravděpodobně hraje v genderovém zastoupení velkou roli.

I přes nepříznivé platové podmínky zájem o povolání v sociální oblasti v posledních letech narůstá u mladých lidí. Důkazem toho je i věkové rozložení respondentů. Ve věku do 30 let se pohybovalo zhruba stejné množství respondentů jako v ostatním věkovém rozmezí.

VĚK	Domov pro seniory v Plzni	Domov pro seniory v Klatovech	Domov pro seniory v Újezdci	SOUČET (počet/ %)	
pod 30 let	13	5	2	20	27%
31 – 40 let	7	2	5	14	19%
41 – 50 let	13	6	3	22	29%
nad 51 let	8	4	7	19	25%

Tabulka č. 2 – Věková struktura respondentů



Diagram č. 1 – Věkové zastoupení respondentů

V souvislosti s věkem byla dále sledována délka praxe. Věk nad 50 let však neznamenal nutně ve všech případech zároveň nejdelší praxi. Nejdelší praxe byla zastoupena u respondentů, kteří pracují jako všeobecná sestra. Nejkratší dobu praxe vykazovali nejčastěji pracovníci sociální péče. Toto zjištění může souviset s tím, že je náplň této pracovní pozice někdy velmi psychicky náročná.

DÉLKA PRAXE	Domov pro seniory v Plzni	Domov pro seniory v Klatovech	Domov pro seniory v Újezdci	SOUČET (počet/ %)	
				počet	%
Do 5 let	15	5	7	27	36%
6 - 10 let	14	6	5	25	33%
11 - 20 let	5	3	0	8	11%
nad 21 let	7	3	5	15	20%

Tabulka č. 3 – Délka praxe respondentů



Diagram č. 2 – Délka praxe respondentů

Mezi respondenty měla největší zastoupení pozice pracovníka sociální péče. Tato pozice je obecně ve všech zařízeních nejpočetnější i mimo respondenty. Naopak nejméně početné jsou profese ergoterapeuta a fyzioterapeuta.

PRACOVNÍ ZAŘAZENÍ	Domov pro seniory v Plzni	Domov pro seniory v Klatovech	Domov pro seniory v Újezdci	SOUČET (počet/ %)	
				počet	%
Pracovník sociálních služeb	24	9	11	44	59%
Zdravotní sestra	10	5	2	17	23%
Sociální pracovník	3	2	2	7	9%
Ergoterapeut	2	1	1	4	5%
Fyzioterapeut	2	0	1	3	4%

Tabulka č. 4 – Pracovní zařazení



Diagram č. 3 – Pracovní zařazení

Samotný výzkum byl prováděn v domovech pro seniory v Plzni, Klatovech a Újezdci u Klatov. Nejpočetnější účast ve výzkumu byla v Plzni, což souvisí s velikostí zařízení a počtem zaměstnanců. Ostatní dvě zařízení měla stejný počet respondentů.

Místo výzkumu	Počet respondentů (počet/ %)	
Domov pro seniory v Plzni	41	55%
Domov pro seniory v Klatovech	17	22,5%
Domov pro seniory v Újezdci u Klatov	17	22,5%

Tabulka č. 5 – Místo výkonu zaměstnání



Diagram č. 4 – Místo výkonu zaměstnání respondentů

Vlastní zkušenost ovlivňuje člověka v názoru v každém ohledu.

O respondentech byla proto zjišťována informace, zda oni sami pečují ve své rodině o člověka seniorského věku. Péče o staršího člena rodiny může do jisté míry souviset i s věkem respondentů. Není to však zcela jisté z důvodu, že nebylo ověřováno, zda je péčí o seniora myšlena péče o vlastní rodiče, nebo prarodiče.

Péče o seniora ve vlastní rodině	Počet respondentů (počet/ %)	
ANO	28	27%
NE	47	63%

Tabulka č. 6 – Péče o seniora ve vlastní rodině



Diagram č. 5 – Péče o seniora ve vlastní rodině

2.1.2 Interpretace výsledků výzkumu pomocí dotazníkové metody

Interpretace výsledků dotazníkové metody proběhla pomocí analýzy jednotlivých zodpovězených tvrzení. Údaje jsou rozlišené dle jednotlivých zařízení, kde výzkum probíhal, následně jsou zaznamenány do tabulek. V diagramech, které byly zvolené pro větší a rychlejší přehlednost, je poté interpretován výsledek celkový. U procentuálních výsledků došlo k zaokrouhlování na celá desetinná čísla. Grafické znázornění výsledků je dále doplněno slovním komentářem.

1. Klienti v zařízení, kde pracují, se stravují pravidelně v častých intervalech.

Otázka č. 1	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	27	66%	15	88%	14	82%	56	75%
Spíše ano (většinou ano)	14	34%	2	12%	3	17%	19	25%
Spíše ne (málokdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 7 – otázka č. 1

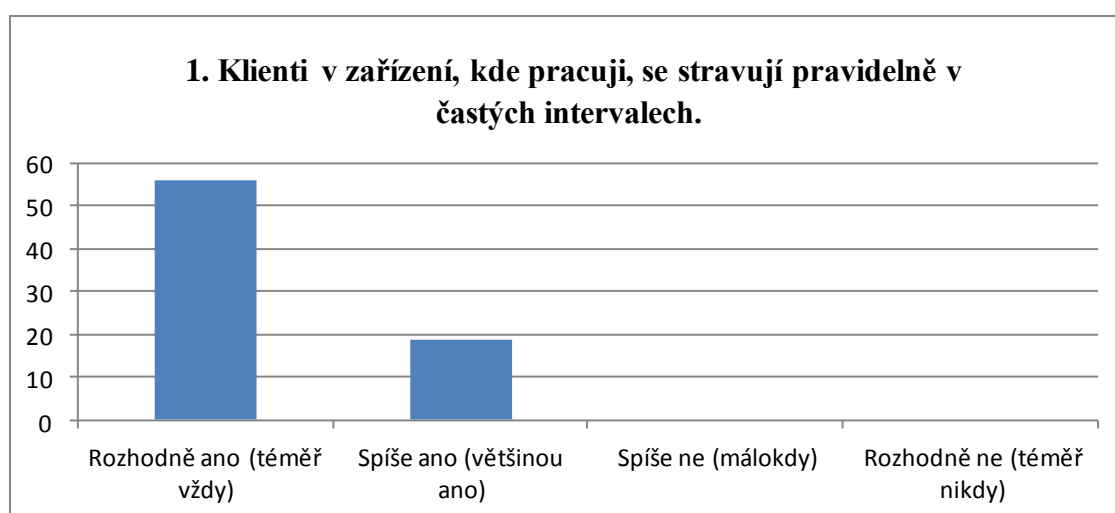


Diagram č. 6 – otázka č. 1

Výsledek první otázky týkající se pravidelnosti ve stravování je jednoznačný. Tři čtvrtiny respondentů se shodly, že uživatelé se v domovech pro seniory stravují v pravidelných intervalech.

V domově pro seniory v Plzni bylo největší zastoupení odpovědi „spíše ano“. Odpověď ovlivnila skutečnost, že ještě v nedávné době byly uživatelům podávány kromě snídaní, obědů a večeří dopolední a odpolední svačiny. Stravování 3x denně proto většina respondentů nepovažuje za naprosto pravidelné stravování, jelikož si je vědoma, že porce rozložené do 5 částí pozitivně ovlivňují metabolismus.

2. Klientům je předkládána pestrá strava obsahující potřebné vitamíny a minerály.

Otázka č. 2	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	9	22%	10	59%	7	41%	26	35%
Spíše ano (většinou ano)	13	32%	6	35%	7	41%	26	35%
Spíše ne (málokdy)	13	32%	1	6%	3	18%	17	23%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	6	15%	0	0%	0	0%	6	8%

Tabulka č. 8 – otázka č. 2

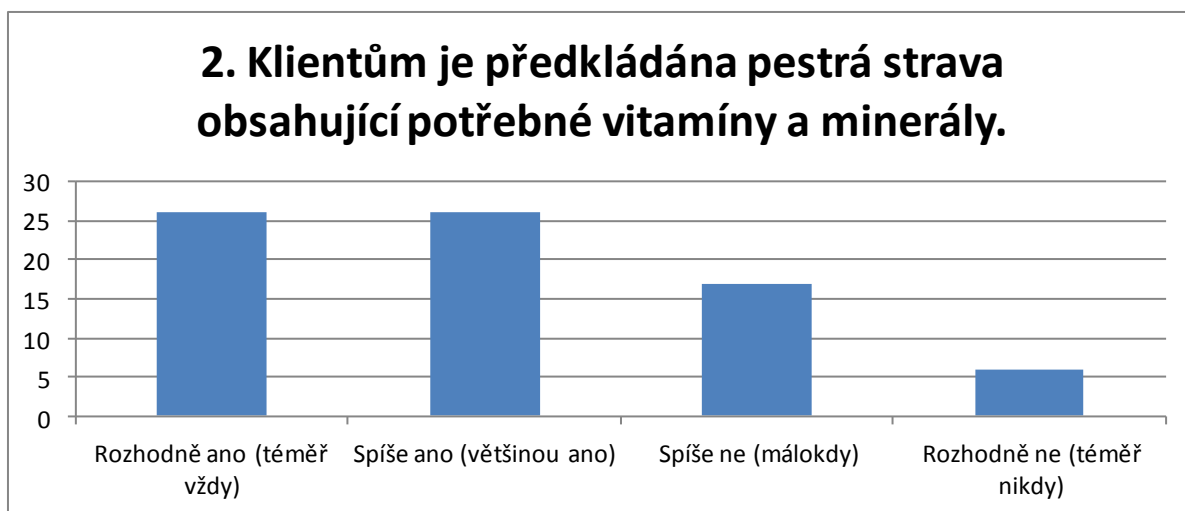


Diagram č. 7 – otázka č. 2

Druhou otázkou byla zjišťována kvalita poskytované stravy v jednotlivých domovech pro seniory. Odpověď „rozhodně ne“ byla opět nejčastěji zmiňována v zařízení v Plzni. Tento fakt do jisté míry souvisí s výsledky první otázky. Ve všech

zařízeních se s ohledem na ekonomickou krizi v ČR přistupuje na opatření, která vedou ke snížení nákladů na celkový provoz. V souvislosti se zrušením dopoledních a odpoledních svačín je pracovníky v Plzni vnímána častěji negativně i celková kvalita stravy. Celkově lze však stále říci, že je ve všech zařízeních předkládána víceméně strava kvalitní.

3. Strava je spíše méně tučná a vyhovuje většině klientů s nejrůznějšími dietologickými omezeními.

Otázka č. 3	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	12	29%	8	47%	6	35%	26	35%
Spíše ano (většinou ano)	13	31%	8	47%	8	47%	29	39%
Spíše ne (málokdy)	11	26%	1	6%	3	18%	15	20%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	5	12%	0	0%	0	0%	5	6%

Tabulka č. 9 – otázka č. 3



Diagram č. 8 – otázka č. 3

Změna ve stravování v zařízení v Plzni opět způsobila nejfrekventovanější odpověď „rozhodně ne“ u plzeňských respondentů. S ohledem na odbornost této otázky mohou být výsledky nepatrně zkresleny, neboť vhodnost diety může posoudit z odborného hlediska pouze všeobecná sestra. Povědomí o správném stravování i s ohledem na určité speciální dietní potřeby uživatelů mají však všichni dotazovaní pracovníci, proto i v tomto případě lze výsledky považovat za relevantní.

4. Klienti se stravují v příjemném prostředí a beze spěchu.

Otázka č. 4	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	30	22%	14	59%	15	41%	59	78%
Spíše ano (většinou ano)	10	32%	3	35%	2	41%	15	20%
Spíše ne (málokdy)	1	32%	0	0%	0	0%	1	10%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 10 – otázka č. 4



Diagram č. 9 – otázka č. 4

Výsledky další otázky ověřující stravovací zvyklosti uživatelů jsou opět jednoznačné. Téměř 80 % respondentů odpovědělo, že se uživatelé stravují v příjemném prostředí a beze spěchu. Celkové příjemné prostředí domovů pro seniory ovlivňuje i kulturu stravování uživatelů. Stravování je nedílnou součástí pravidelného denního režimu. Výjimkami mohou být mimořádné celodenní společenské a kulturní akce, které se konají mimo zařízení. I v těchto případech je však dbáno na dodržování příjmu potravy vzhledem k vyššímu počtu diabetiků mezi uživateli.

5. U klientů je dbáno na dodržování správného pitného režimu.

Otázka č. 5	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	20	48%	10	59%	11	65%	41	55%
Spíše ano (většinou ano)	15	36%	6	35%	6	35%	27	36%
Spíše ne (málokdy)	6	15%	1	6%	0	0%	7	9%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 11 – otázka č. 5



Diagram č. 10 – otázka č. 5

Vzhledem k ubývání pocitu žízně u starších lidí je zapotřebí uživatelům tuto potřebu připomínat a aktivně je vést k pravidelnému doplňování tekutin. Dle výsledků otázky týkající se dodržování pitného režimu vidíme, že většina pracovníků se snaží dbát na to, aby uživatelé přijímali tekutiny v dostatečném množství. Většina uživatelů reaguje na výzvy k příjmu tekutin pozitivně. Výjimkou jsou však výlety, či návštěvy lékařů, kdy senioři z obavy z nedostupnosti WC většinou příjem tekutin odmítají.

6. U klientů je podporována abstinence kouření a požívání alkoholu.

Otázka č. 6	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	20	27%	8	47%	7	41%	35	46%
Spíše ano (většinou ano)	14	24%	2	12%	4	23%	20	27%
Spíše ne (málokdy)	3	7%	1	6%	2	12%	6	8%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	4	9%	2	12%	4	23%	10	13%

Tabulka č. 12 – otázka č. 6

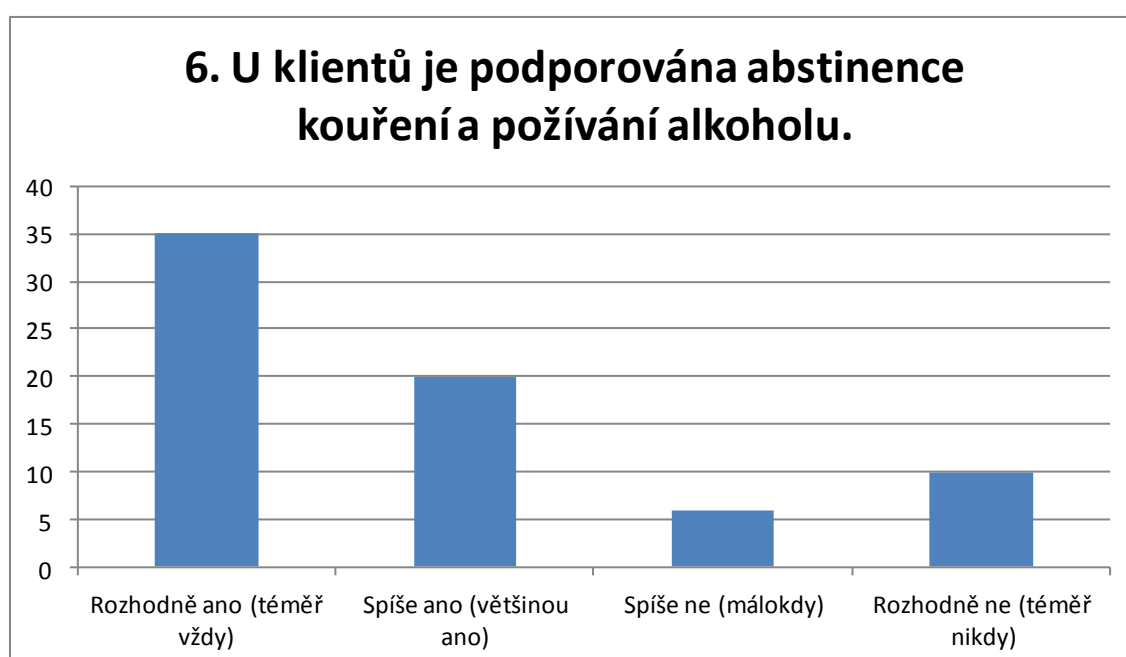


Diagram č. 11 – otázka č. 6

Většina klientů se řadí mezi nekuřáky či odnaučené kuřáky. U některých jedinců jsou však snahy personálu o omezení kouření spíše neúspěšné. Tito uživatelé mají ke kouření vyhrazen prostor v budově zařízení. U některých seniorů je po dohodě s rodinou a s nimi samotnými příjem tabáku kontrolován přiděleným počtem kusů kuřiva. Většina uživatelů si je vědoma škodlivosti kouření, avšak jejich návyk je příliš silný, jelikož se dost často jedná o mnoholeté či téměř celoživotní kuřáky. Pracovníci areálu se sami snaží jít uživatelům příkladem. Největší zastoupení kuřáků v řadách uživatelů je dle respondentů v DPS Újezdec. Závislost na alkoholu se v zařízení dosud u žádného uživatele neobjevila.

7. U klientů je dbáno na pravidelnou a přiměřenou pohybovou aktivitu s ohledem na jejich případné pohybové omezení.

Otázka č. 7	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	19	46%	14	82%	13	76%	46	61%
Spíše ano (většinou ano)	22	54%	3	18%	4	24%	29	39%
Spíše ne (málokdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 13 – otázka č. 7

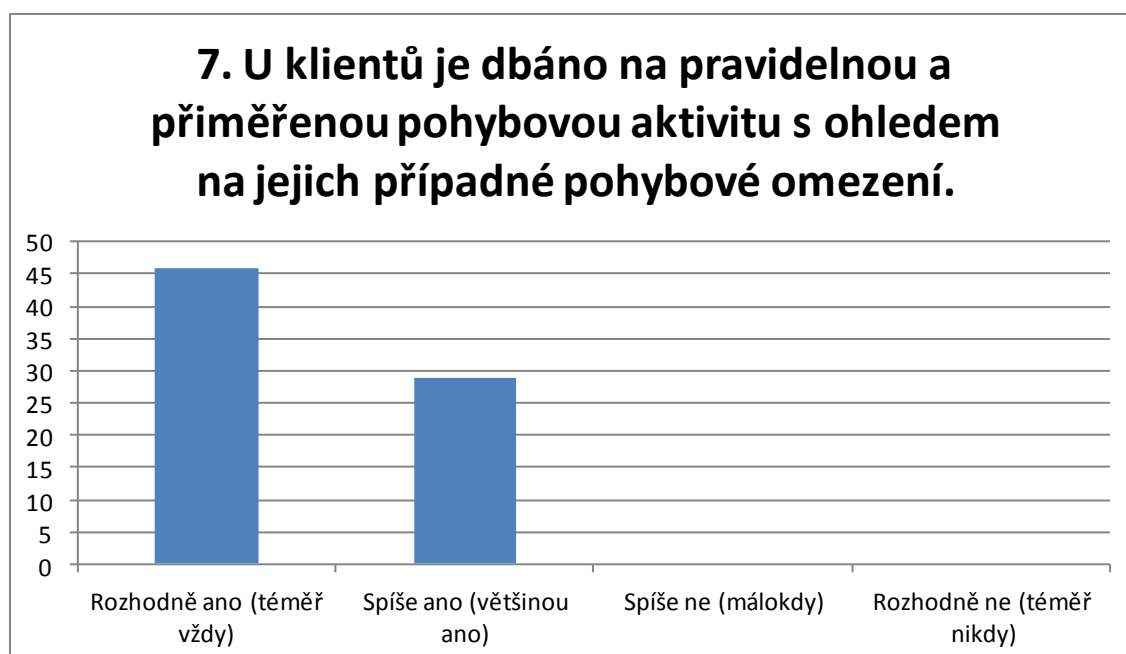


Diagram č. 12 – otázka č. 7

V areálu zařízení jsou umístěny speciální cvičební stroje pro seniory, které uživatelé mohou využívat celoročně. Jedná se o různá šlapadla a otočné mechanismy, které umožňují bezbolestnou pohybovou aktivitu pro všechny seniory. Cvičební pomůcky mohou využívat i handicapovaní jedinci (vozičkáři). Ve společenských místnostech jsou dále k dispozici rotopedy, činky, overbally, cvičební gummy apod. Uživatelé mohou dle svých schopností cvičit sami, či pod dohledem pracovníce fyzioterapie. Většina uživatelů vnímá pohyb jako pozitivum, někteří však potřebují více motivovat ze strany personálu. Nejčastěji se obávají zranění, nebo pouhého

pádu. Cvičební stroje jsou však vyrobené speciálně pro seniory, a tak vyhovují přísným bezpečnostním normám, proto obavy uživatelů nejsou opodstatněné.

Výsledky odpovědí respondentů dokazují, že pohybová aktivita je podporovaná ve všech zařízeních stejně. Vyšší počet odpovědí „spíše ano“ v domově pro seniory v Plzni je ovlivněn větším množstvím starších a více handicapovaných uživatelů v tomto zařízení. Jejich fyzická kondice je vzhledem k věku a zdravotnímu stavu nižší než u ostatních uživatelů.

8. Klienti často pobývají na čerstvém vzduchu.

Otázka č. 8	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	14	34%	14	82%	10	59%	38	51%
Spíše ano (většinou ano)	25	61%	2	12%	4	10%	31	41%
Spíše ne (málokdy)	2	5%	1	6%	2	12%	5	7%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	1	6%	1	1%

Tabulka č. 14 – otázka č. 8

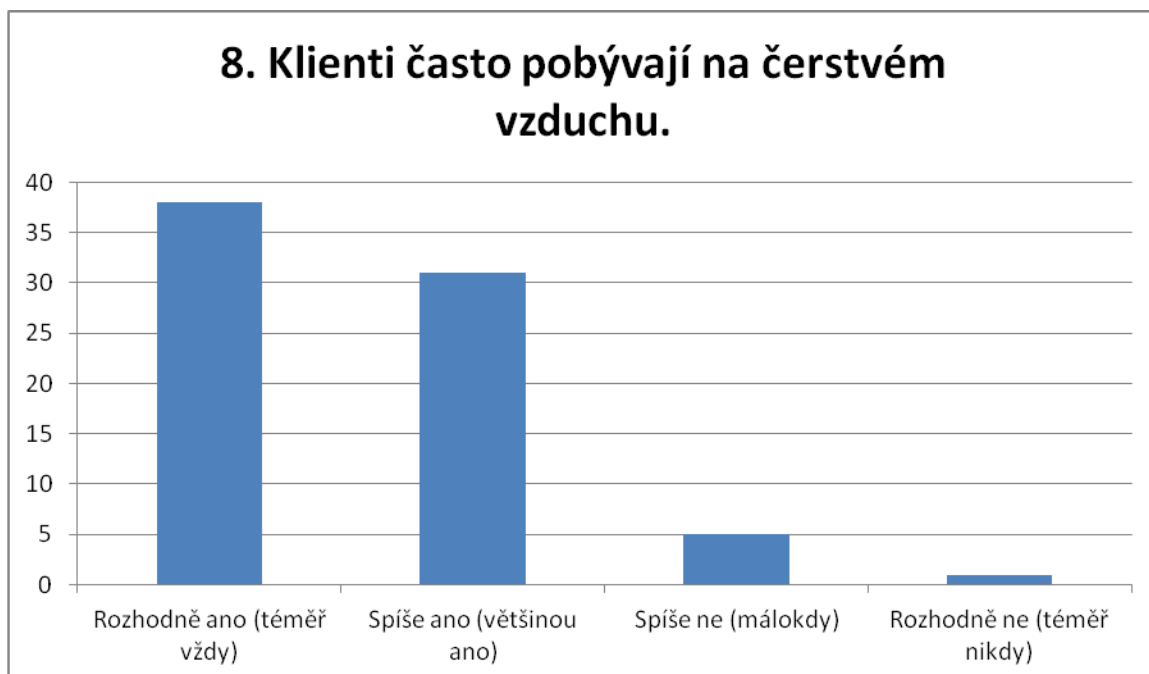


Diagram č. 13 – otázka č. 8

K pobytu venku uživatelé v hojně míře využívají zahrady v areálu zařízení, teras, či balkonů svých pokojů. Pobyt venku je ze strany některých uživatelů pravidelně vyžadován. Někteří imobilní uživatelé však k pobytu na čerstvém vzduchu musí být vyzváni např. pracovníci sociální péče, či ostatním personálem. Pobyt venku je oblíben vždy vzhledem k počasí, někteří uživatelé však pobytu venku využívají i v zimních měsících. V rámci ergoterapeutické intervence jsou pravidelně organizovány výlety do přírody, zoologických zahrad apod.

Nejčastěji pobytu venku využívají dle respondentů uživatelé DPS Klatovy a Újezdec, což je ovlivněno tím, že většina uživatelů pochází z venkova, a tak je na pobyt venku zvyklá.

9. Během dne mají klienti dostatek času na načerpání dalších sil.

Otázka č. 9	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	30	22%	17	59%	14	41%	61	79%
Spíše ano (většinou ano)	11	32%	0	35%	3	41%	14	20%
Spíše ne (málokdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 15 – otázka č. 9

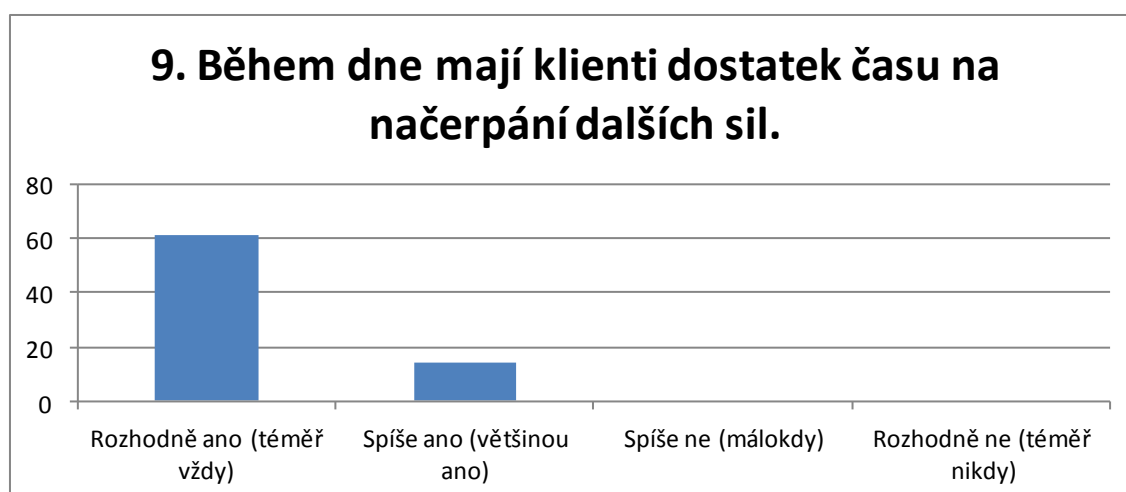


Diagram č. 14 – otázka č. 9

Většina respondentů zodpověděla otázku týkající se odpočinku jednotně. Denní režim zařízení umožňuje dle 80 % dotázaných všem uživatelům pravidelný individuální odpočinek. Ergoterapeutické činnosti jsou plánované tak, aby měl uživatel mezi jednotlivými aktivitami dostatek času na vlastní odpočinek a zájmy. Aktivity probíhají většinou v dopoledních hodinách, kdy je zájem vzhledem ke křivce pozornosti nejvyšší. V odpoledních hodinách se aktivit účastní většinou méně početná skupina, právě z důvodu únavy některých jednotlivců. Aktivity, o které má velký zájem většina klientů, se proto konají zejména v dopoledním čase.

10. Většina klientů dokáže definovat svou oblíbenou činnost (kultura, literatura, hudba, manuální činnost atd.)

Otázka č. 10	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	28	68%	9	52%	9	52%	46	61%
Spíše ano (většinou ano)	8	20%	4	23%	5	29%	17	22%
Spíše ne (málokdy)	5	12%	4	23%	3	18%	12	16%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 16 – otázka č. 10



Diagram č. 15 – otázka č. 10

Více než polovina respondentů se shoduje, že uživatelé mají svou oblíbenou činnost, kterou umí jasně specifikovat a následně i vyžadovat. Tento fakt vždy souvisí se způsobem života, který uživatel před příchodem do zařízení vedl. Výjimkou však nejsou ani jednotlivci, kteří se dle anamnézy např. nikdy nevěnovali výtvarné činnosti. S příchodem do zařízení se však pro ně tento druh činnosti stal velmi oblíbeným a stěžejním pro pobyt v domově pro seniory. 0 % zastoupení odpovědi „rozhodně ne“ je opět pozitivem.

11. Odborný pracovník dokáže využít při práci s klienty některé z relaxačních technik.

Otázka č. 11	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	10	24%	9	53%	9	53%	28	37%
Spíše ano (většinou ano)	30	73%	6	35%	5	29%	41	55%
Spíše ne (málokdy)	1	2%	2	11%	3	18%	6	8%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 17 – otázka č. 11

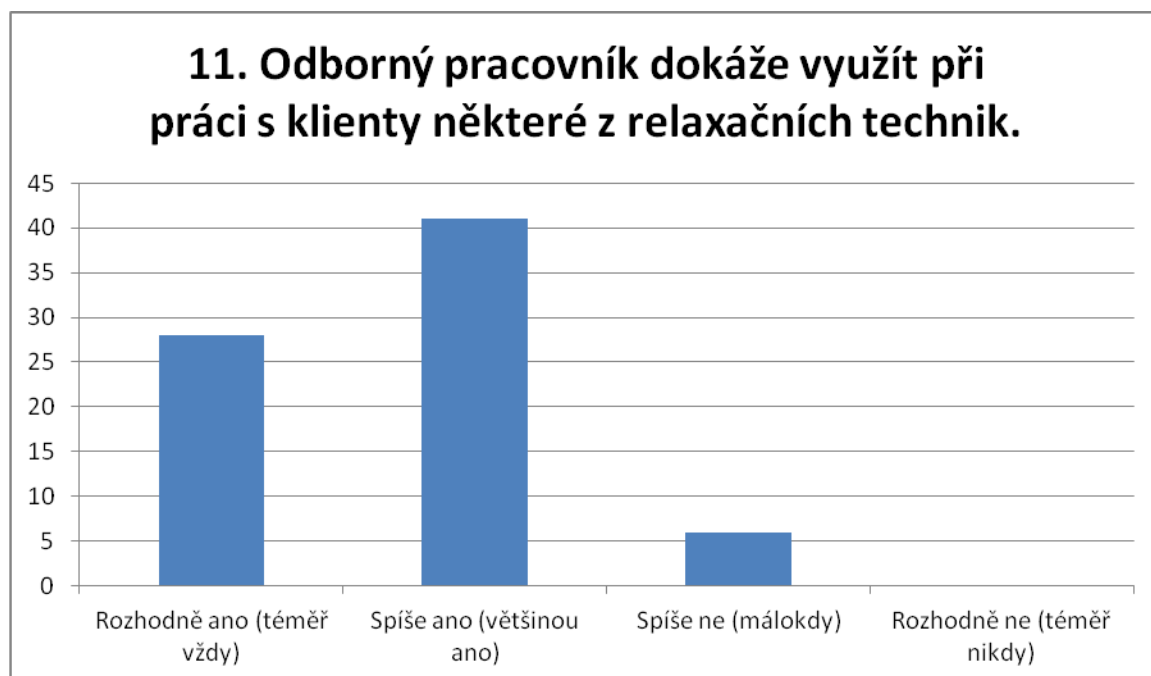


Diagram č. 16 – otázka č. 11

Na otázku týkající se využívání relaxačních technik odpovědělo 55 % respondentů „spíše ano“. Nejistá odpověď je způsobena pravděpodobně tím, že konkrétní relaxační techniky zná jen určitá profese daného personálu. V domovech pro seniory je nejčastěji relaxace prováděna pomocí aromaterapie či muzikoterapie.

12. Většina klientů dodržuje pravidelný spánkový režim.

Otázka č. 12	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	28	68%	12	71%	14	82%	54	72%
Spíše ano (většinou ano)	12	29%	3	17%	2	12%	17	23%
Spíše ne (málokdy)	1	3%	2	12%	1	6%	4	5%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 18 – otázka č. 12

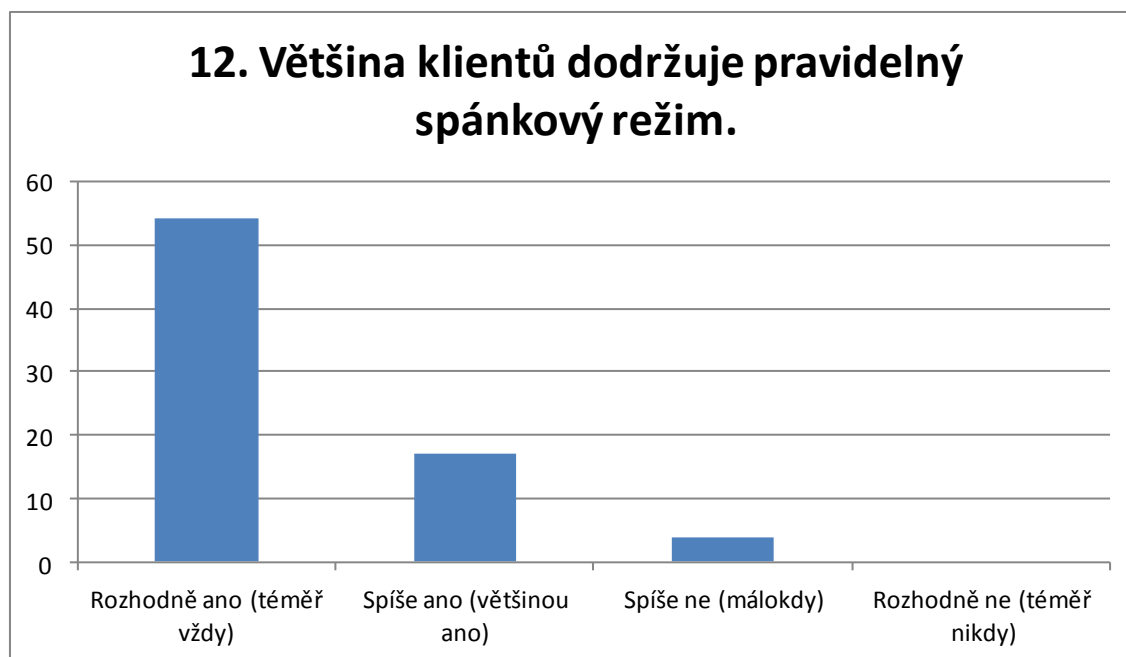


Diagram č. 17 – otázka č. 12

Pravidelný spánkový režim je dle 72 % respondentů u většiny uživatelů dodržován. Určitou míru nepravidelnosti však způsobuje víkendový režim, kdy se nekoná ve většině případů žádná ergoterapeutická činnost a uživatelé tento čas využívají zejména k pasivnímu odpočinku. Ten má za následek potíže při usínání ve

večerních hodinách. V zařízení probíhají dále také návštěvy příbuzných a celkově je režim oproti všednímu dni narušen.

13. Ranní vstávání probíhá s pocitem odpočatosti.

Otázka č. 13	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	34	83%	12	71%	12	71%	58	77%
Spíše ano (většinou ano)	3	7%	3	17%	2	12%	8	11%
Spíše ne (málokdy)	4	10%	2	12%	3	17%	9	12%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 19 – otázka č. 13

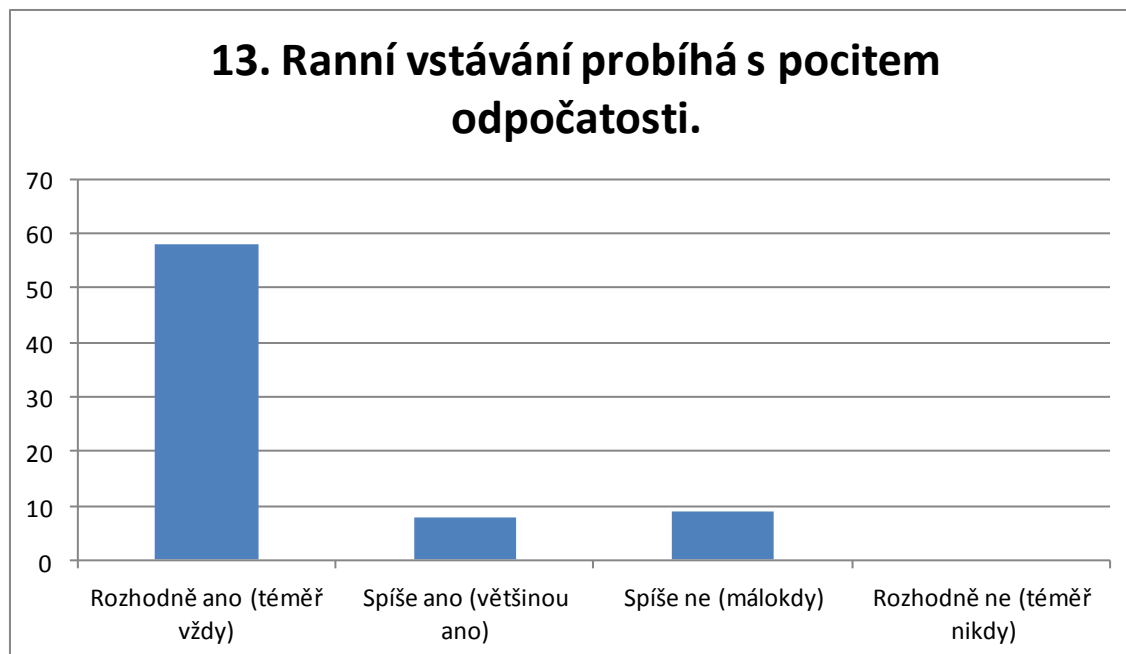


Diagram č. 18 – otázka č. 13

Probuzení u uživatelů probíhá dle 77 % respondentů s pocitem odpočatosti. Výjimky odpovědí „spíše ano“ a „spíše ne“ mohou být způsobeny tím, že u uživatelů může dojít ke zhoršením zdravotního stavu, který je následně příčinou únavy.

14. Případné poruchy spánku se s příchodem do zařízení u klientů nezhoršily.

Otázka č. 14	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	10	24%	9	53%	12	71%	31	41%
Spíše ano (většinou ano)	12	29%	3	18%	2	12%	17	23%
Spíše ne (málokdy)	11	27%	2	12%	3	17%	16	21%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	8	20%	3	17%	0	0%	11	15%

Tabulka č. 20 – otázka č. 14

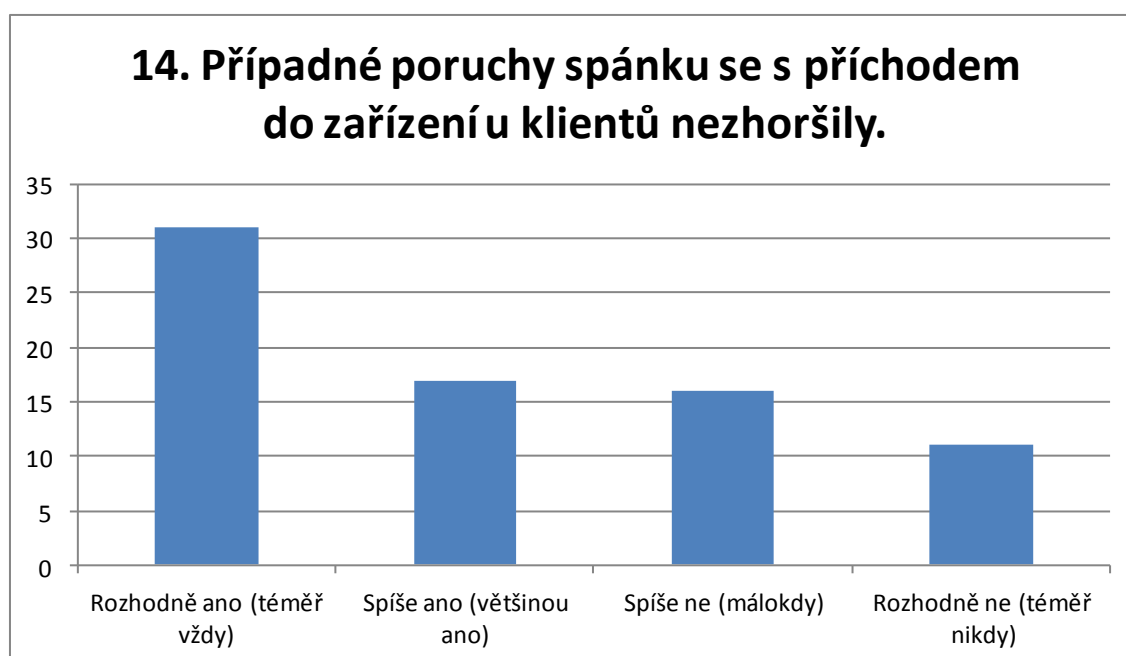


Diagram č. 19 – otázka č. 14

Téměř polovina respondentů je přesvědčena o tom, že se u uživatelů po příchodu do zařízení nezhoršily problémy se spánkem. Menší zastoupení ostatních odpovědí zohledňuje fakt, že u některých uživatelů se mohou problémy se spánkem po příchodu do zařízení objevit. Děje se tak s ohledem na změnu prostředí. Tyto dočasné spánkové poruchy však ve většině případů po čase odeznívají, aniž by způsobily jakékoli následky ve zdravotním stavu seniorů.

20 % zastoupení odpovědí „rozhodně ne“ je ovlivněno vyšším počtem nově přichozích uživatelů, kteří mohou dočasně trpět výše uvedenými problémy.

15. Volný čas klienti dokážou trávit ve společnosti ostatních.

Otázka č. 15	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	17	41%	9	53%	10	59%	36	48%
Spíše ano (většinou ano)	20	49%	5	29%	5	29%	30	40%
Spíše ne (málokdy)	2	5%	2	12%	1	6%	5	7%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	2	5%	1	6%	1	6%	4	5%

Tabulka č. 21 – otázka č. 15

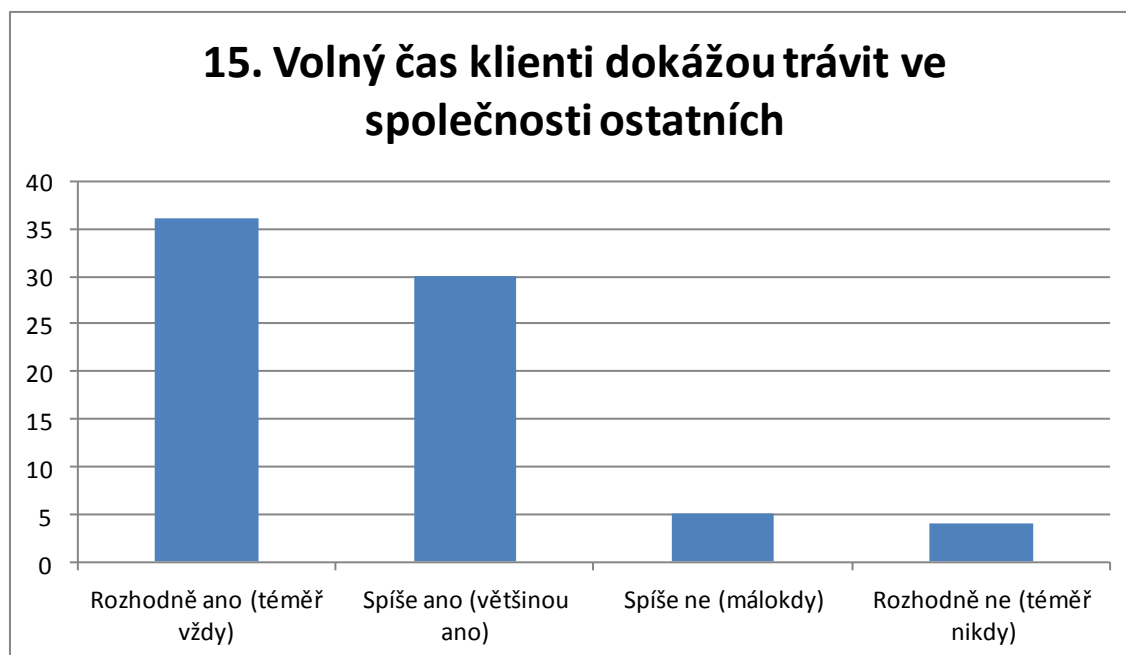


Diagram č. 20 – otázka č. 15

Opět téměř polovina respondentů uvádí, že sociální kontakty nedělají uživatelům problémy. Pouhých 5 % respondentů v dotazníku uvedlo, že uživatelé nedokážou trávit volný čas s ostatními. Může se jednat o introvertní jedince s konfliktní povahou, nebo pouze o jednotlivce s odlišnou povahou, než má většina ostatních uživatelů.

16. Mezi klienty vznikají přátelské vztahy.

Otázka č. 16	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	18	44%	7	41%	10	59%	35	47%
Spíše ano (většinou ano)	15	37%	8	47%	4	24%	27	36%
Spíše ne (málokdy)	7	17%	1	6%	3	17%	11	15%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	1	2%	1	6%	0	0%	2	3%

Tabulka č. 22 – otázka č. 16

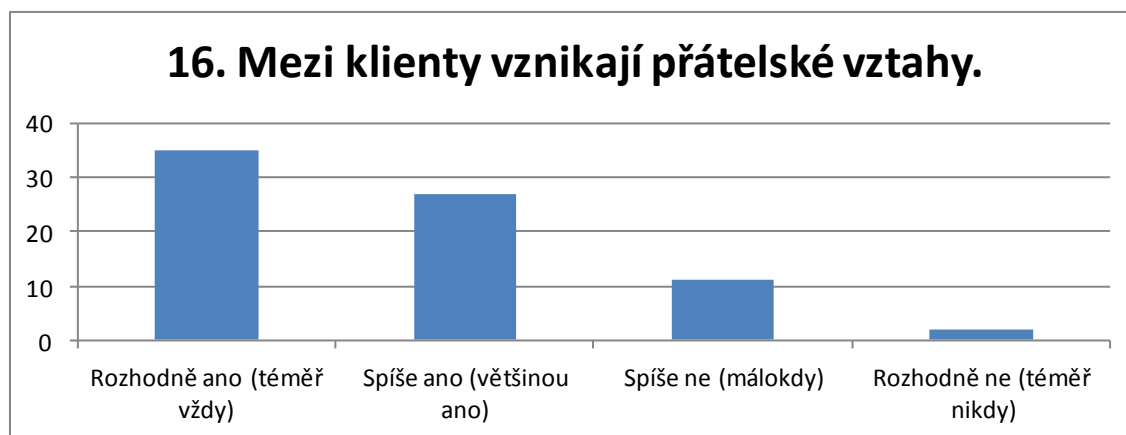


Diagram č. 21 – otázka č. 16

Přátelské vztahy vznikají podle respondentů nejčastěji v zařízení v Újezdci u Klatov. Pozitivní zjištění je, že tyto vztahy nevznikají pouze podle 3 % dotázaných. Ke kontaktu mezi uživateli dochází nejčastěji během ergoterapeutických aktivit, při kterých panuje většinou přátelská atmosféra.

17. Klienti se snaží udržovat pozitivní vztahy se svou rodinou.

Otázka č. 17	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	35	85%	15	88%	17	100%	67	89%
Spíše ano (většinou ano)	6	15%	2	12%	0	0%	8	11%
Spíše ne (málokdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 23 – otázka č. 17

17. Klienti se snaží udržovat pozitivní vztahy se svou rodinou.

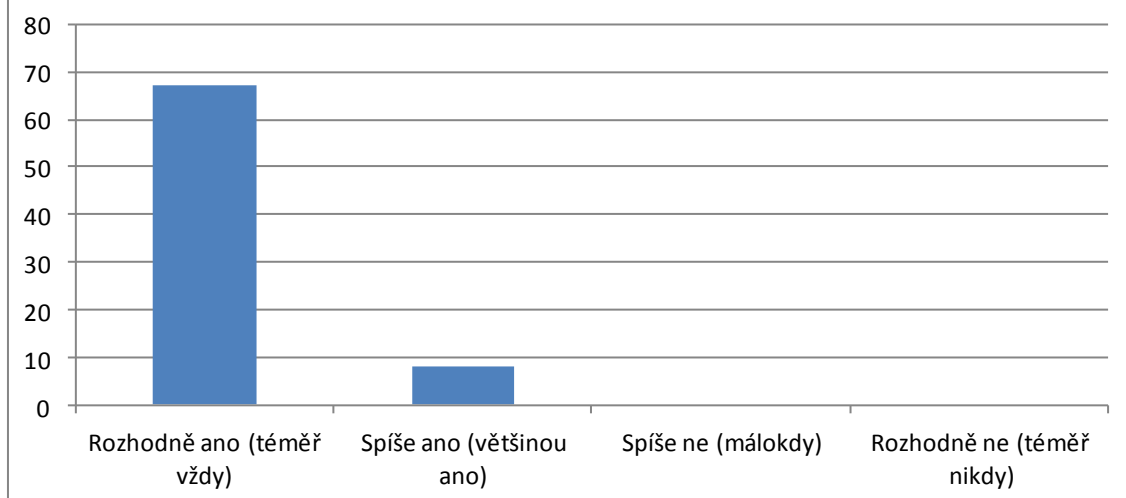


Diagram č. 22 – otázka č. 17

Uživatelé ve všech zařízeních se dle respondentů snaží stále udržovat pozitivní vztahy s rodinami. V zařízení v Újezdci se v tomto tvrzení shodlo 100 % respondentů. Celkový výsledek za všechna zařízení je nad očekávání pozitivní. Navíc se dle respondentů nevyskytuje mezi uživateli nikdo, kdo by nechtěl vztah s rodinou udržovat.

18. V zařízení vládne přátelská atmosféra jak mezi klienty, tak mezi personálem.

Otázka č. 18	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	Count	%	Count	%	Count	%	Count	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	33	81%	12	70%	17	100%	62	83%
Spíše ano (většinou ano)	5	12%	4	24%	0	0%	9	12%
Spíše ne (málokdy)	3	7%	1	6%	0	0%	4	5%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 24 – otázka č. 18

18. V zařízení vládne přátelská atmosféra jak mezi klienty, tak mezi personálem.

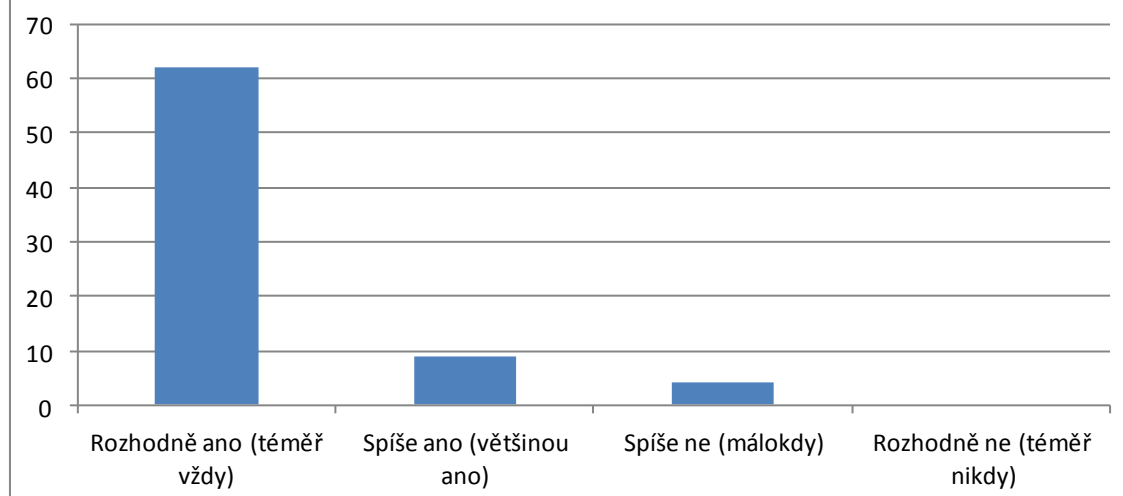


Diagram č. 23 – otázka č. 18

100 % shoda se opět dle výsledků vyskytuje u respondentů v Újezdci. Celkový výsledek 83 % odpovědí „rozhodně ano“ říká, že v zařízení panuje skutečně příjemná atmosféra bez vážnějších konfliktů jak mezi personálem, tak mezi klienty. Případné neshody mezi personálem by se jistě projeví i při styku s uživateli. Prostředí bez konfliktů ovlivňuje pozitivně stav psychiky celé skupiny i jednotlivců.

19. V případě změny časového harmonogramu v zařízení nedochází ze strany klientů k negativním psychickým reakcím.

Otázka č. 19	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	15	37%	10	59%	8	47%	33	44%
Spíše ano (většinou ano)	9	22%	2	12%	5	29%	16	21%
Spíše ne (málokdy)	12	29%	1	6%	2	12%	15	20%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	5	12%	4	23%	2	12%	11	15%

Tabulka č. 25 – otázka č. 19

19. V případě změny časového harmonogramu v zařízení nedochází ze strany klientů k negativním psychickým reakcím.

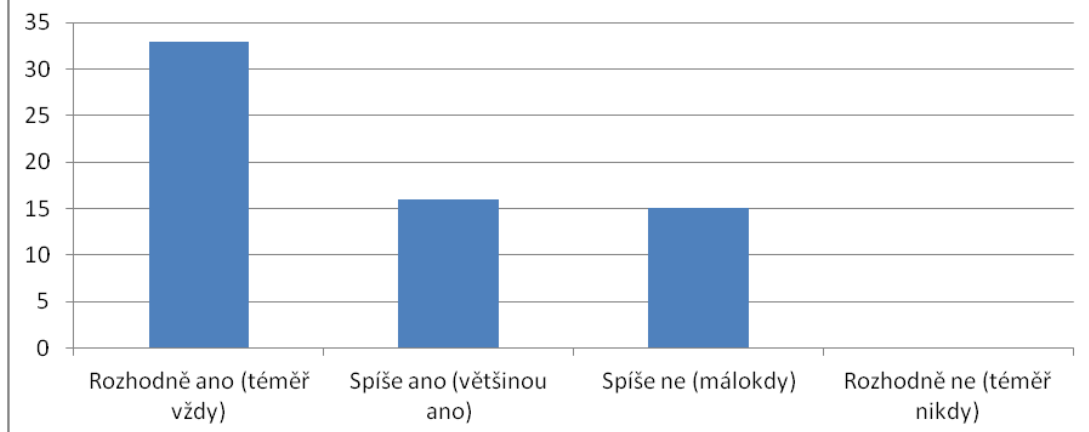


Diagram č. 24 – otázka č. 19

Necelá třetina respondentů uvádí, že u některých jedinců může docházet k negativním reakcím s ohledem na změnu denního harmonogramu. Starší lidé obecně nemají rádi změny. Výsledky tohoto tvrzení souvisí rovněž s tím, že některé aktivity a činnosti jsou ze strany uživatelů velmi oblíbené. Proto se můžeme setkat s tím, že nesou klienti nelibě změny v plánu. Změny časového harmonogramu se mohou rovněž týkat např. posunutí času stravování, odpočinku apod. Zde jsou tyto změny pro některé jedince, kteří jsou na daný režim stravování a odpočinku navyklí několik let, opravdu náročné. Personál by proto měl ke změnám přistupovat výjimečně.

20. Většina klientů dokáže i přes své handicap a osudy pohlížet na svět pozitivně.

Otázka č. 20	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	Count	%	Count	%	Count	%	Count	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	8	20%	5	29%	8	47%	21	28%
Spíše ano (většinou ano)	30	73%	10	59%	8	47%	48	64%
Spíše ne (málokdy)	2	5%	1	6%	1	6%	4	5%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	1	2%	1	6%	0	0%	2	3%

Tabulka č. 26 – otázka č. 20

20. Většina klientů dokáže i přes své handicapy a osudy pohlížet na svět pozitivně.

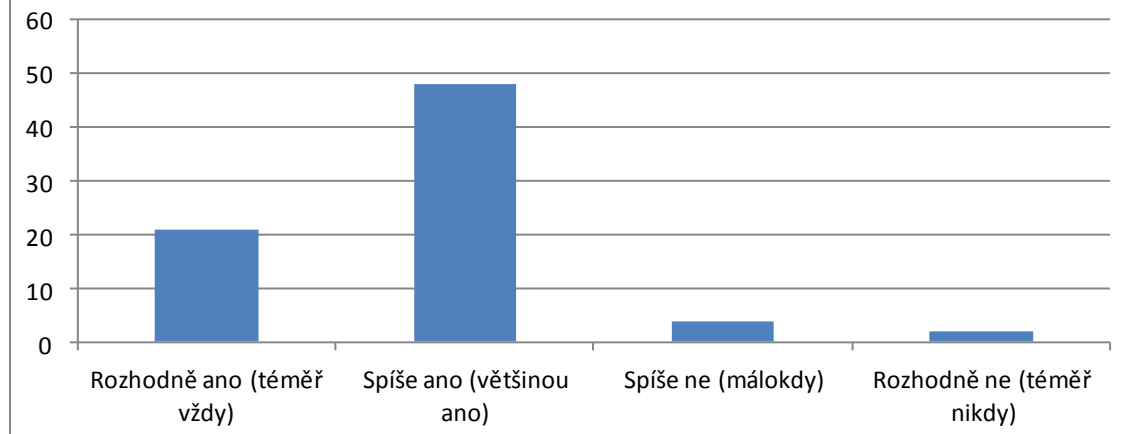


Diagram č. 25 – otázka č. 20

Mezi uživateli zařízení se vyskytují nejrůznější handicapy. Jedná se o imobilitu z důvodu amputací dolních končetin při komplikacích u diabetu, částečnou nedoslýchavost, nebo šedý a zelený zákal způsobující téměř úplnou, nebo částečnou nevidomost. Osudy některých uživatelů nebyly jednoduché, i přesto však 64 % respondentů tvrdí, že uživatelé dokážou na svět hledět stále pozitivně. Umět se radovat ze života i přes nepřízeň osudu je důležité v každém věku. Pokud je jedinec ze své podstaty optimista, jeho frustrační tolerance nebude vzhledem k věku klesat tak výrazně, jako u pesimisticky založených lidí.

21. Většina klientů dokáže své názory v případě potřeby sdělit i přesto, že mohou být pro ostatní negativní.

Otázka č. 21	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	Count	%	Count	%	Count	%	Count	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	3	7%	2	12%	0	0%	5	7%
Spíše ano (většinou ano)	5	13%	2	12%	0	0%	7	9%
Spíše ne (málokdy)	30	73%	10	59%	13	76%	53	71%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	3	7%	3	17%	4	24%	10	13%

Tabulka č. 27 – otázka č. 21

21. Většina klientů dokáže své názory v případě potřeby sdělit i přesto, že mohou být pro ostatní negativní. pohlížet na svět pozitivně.

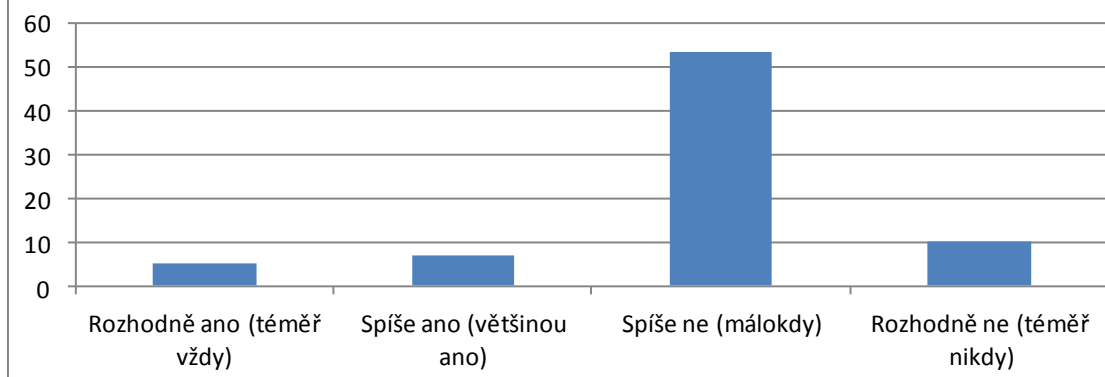


Diagram č. 26 – otázka č. 21

S věkem se mění i řešení konfliktních situací. Mění se jejich příčiny a také průběh řešení těchto situací. Téměř ¼ respondentů uvádí, že uživatelé spíše nesdělují svůj názor v okamžiku, kdy ví, že se odlišuje od názoru většiny. Souvisí to jistě s tím, že uživatelé si nechtějí ve většině případů znepříjemňovat život v domově.

7 % zastoupení odpovědi „rozhodně ano“ však opět poukazuje na výskyt možných konfliktních osobností v každém kolektivu.

22. Klienti se aktivně zajímají o další možnosti trávení volného času v zařízení.

Otázka č. 22	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	Count	%	Count	%	Count	%	Count	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	8	20%	7	41%	7	41%	22	29%
Spíše ano (většinou ano)	18	44%	8	47%	9	53%	35	47%
Spíše ne (málokdy)	15	36%	2	12%	1	6%	18	24%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 28 – otázka č. 22

22. Klienti se aktivně zajímají o další možnosti trávení volného času v zařízení.

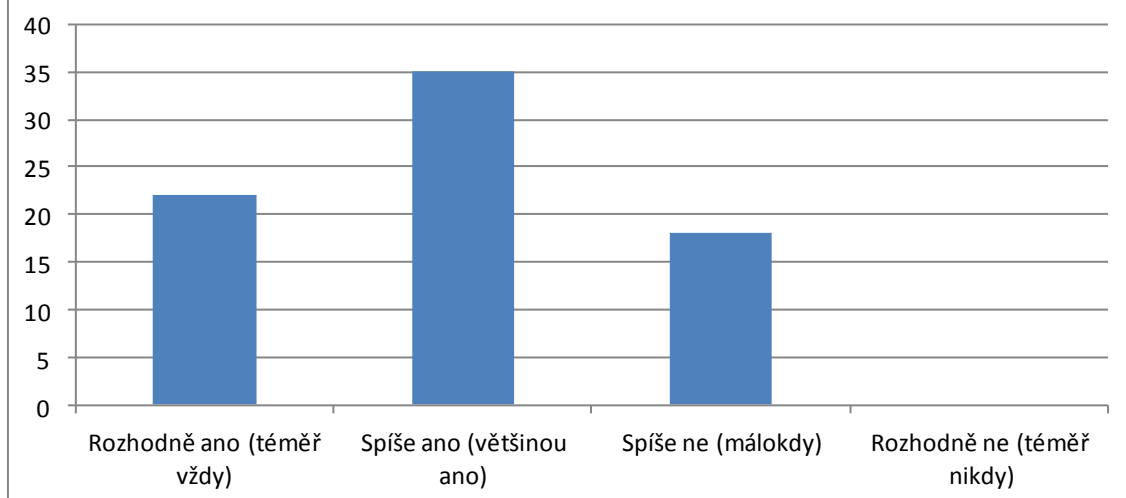


Diagram č. 27 – otázka č. 22

Podle respondentů klientům není jedno, jakým způsobem mohou trávit v zařízení volný čas. Skoro 80 % respondentů uvádí, že se klienti téměř vždy, nebo většinou zajímají o další nové aktivity, kterými by mohli trávit volný čas v zařízení. Vzhledem k tomu, že cílem ergoterapie je aktivizace jedince s ohledem na vzbuzení zájmu o jeho okolí, je pozitivní výsledek 0 % u odpovědi „rozhodně ne“.

23. Spolupráce s rodinou ve většině případů probíhá bezproblémově.

Otázka č. 23	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	33	81%	14	82%	14	82%	61	82%
Spíše ano (většinou ano)	2	5%	2	12%	2	12%	6	8%
Spíše ne (málokdy)	3	7%	1	6%	0	0%	4	5%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	3	7%	0	0%	1	6%	4	5%

Tabulka č. 29 – otázka č. 23

23. Spolupráce s rodinou ve většině případů probíhá bezproblémově.

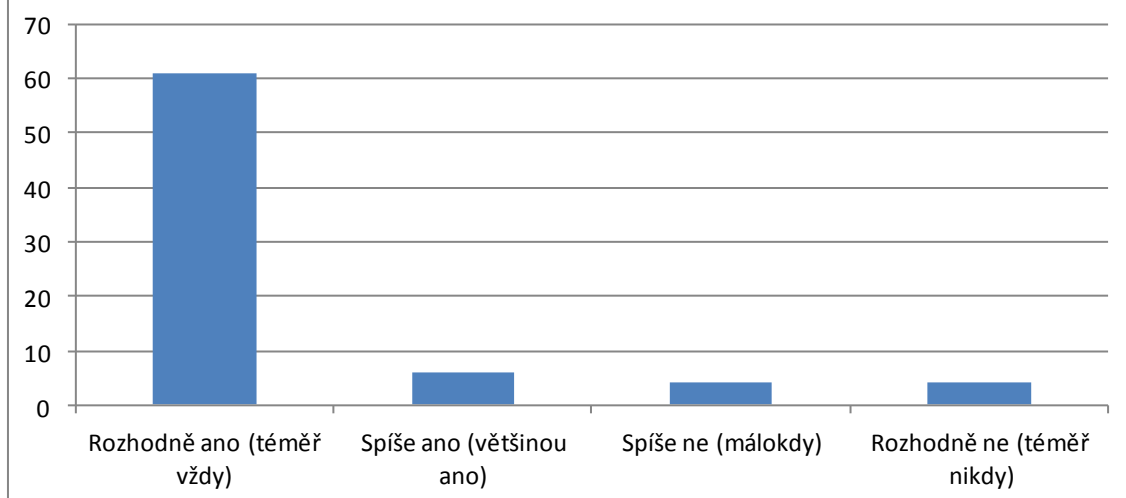


Diagram č. 28 – otázka č. 23

Ke každému uživateli domova je nutný individuální přístup celého personálu. Aby byly zohledněny veškeré potřeby daného uživatele, je někdy nutné spolupracovat přímo s rodinou klienta. Podle 82 % všech respondentů je uváděno, že pokud nastane situace, kdy je spolupráce s rodinou nutná, je možné jí využít v plném rozsahu. 5 % zastoupení negativních odpovědí může být ovlivněno tím, že rodina klienta nebydlí v blízkém okolí domova apod.

24. Moje pracovní pozice je ze strany klientů vnímána pozitivně.

Otázka č. 24	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	38	93%	17	100%	16	94%	71	95%
Spíše ano (většinou ano)	3	7%	0	0%	1	6%	4	5%
Spíše ne (málokdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 30 – otázka č. 24

24. Moje pracovní pozice je ze strany klientů vnímána pozitivně.

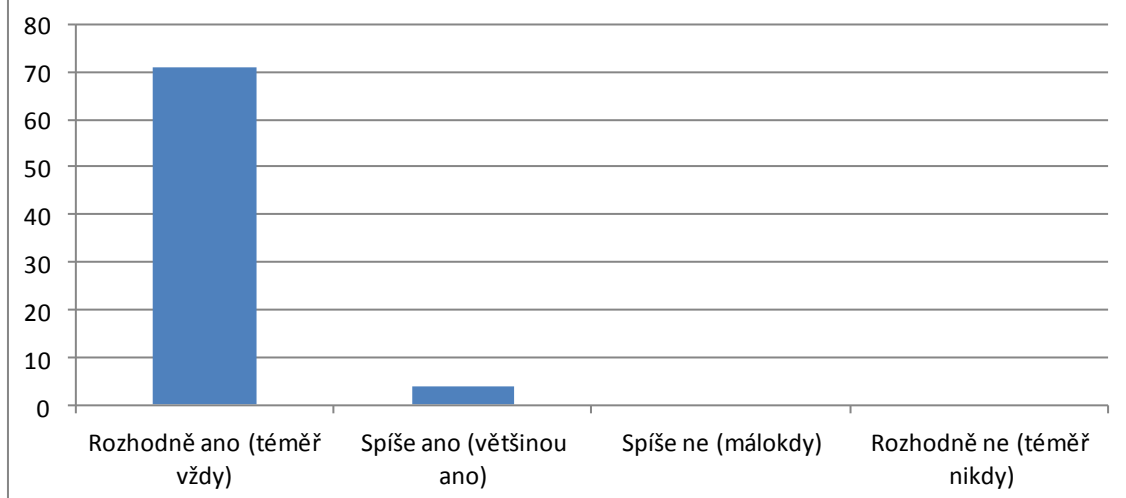


Diagram č. 29 – otázka č. 24

Kladně je z 95 % hodnocena otázka týkající se vnímání pracovní pozice ze strany uživatelů. Aby mohl člověk vykonávat své povolání dobře, je zapotřebí, aby cítil podporu ze svého okolí. Obzvláště důležité je to u profesí, kde hrozí syndrom vyhoření.

25. Většina klientů hodnotí sama své přemístění do zařízení pozitivně.

Otázka č. 25	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	Count	%	Count	%	Count	%	Count	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	35	85%	13	76%	14	82%	62	83%
Spíše ano (většinou ano)	5	12%	4	24%	1	6%	10	13%
Spíše ne (málokdy)	0	0%	0	0%	2	12%	2	3%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	1	3%	0	0%	0	0%	1	1%

Tabulka č. 31 – otázka č. 25

25. Většina klientů hodnotí sama své přemístění do zařízení pozitivně.

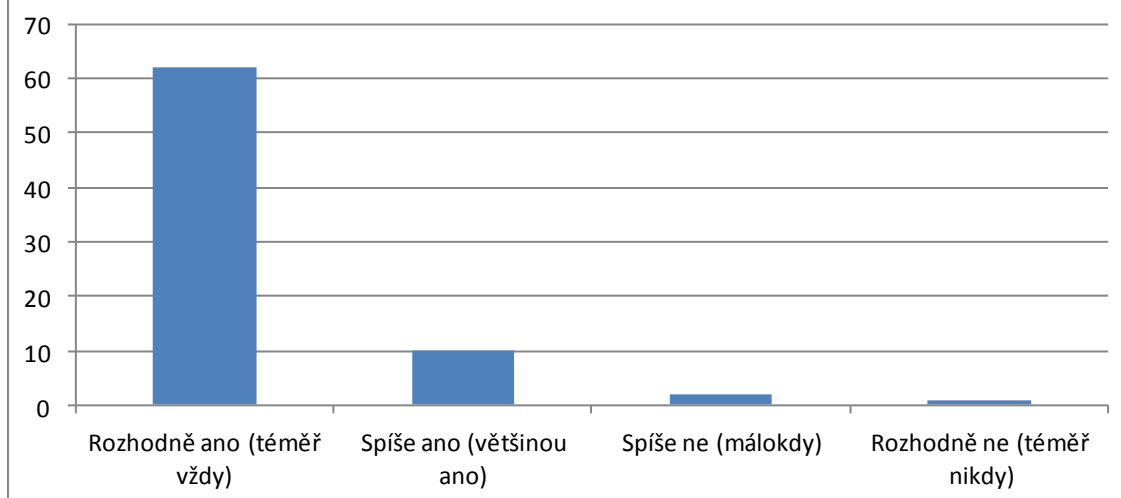


Diagram č. 30 – otázka č. 25

Někteří uživatelé se pro odchod do domova pro seniory rozhodují sami, jiní jsou však nepřímo donuceni okolnostmi. Druhá skupina uživatelů, která zvolila odchod do zařízení jako tzv. nejmenší zlo, však zpravidla nakonec své přestěhování za negativum nepovažuje. Shodují se na tom respondenti, kteří odpověď „rozhodně ne“ a „spíše ne“ hodnotí dohromady pouhými 4%. Plných 83 % se shoduje na pozitivním hodnocení.

26. Rodinní příslušníci hodnotí stav klienta jako zlepšující se, případně nezhoršující se.

Otázka č. 26	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	34	83%	9	53%	13	76%	56	75%
Spíše ano (většinou ano)	7	17%	8	47%	4	24%	19	25%
Spíše ne (málokdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 32 – otázka č. 26

26. Rodinní příslušníci hodnotí stav klienta jako zlepšující se, případně nezhoršující se.

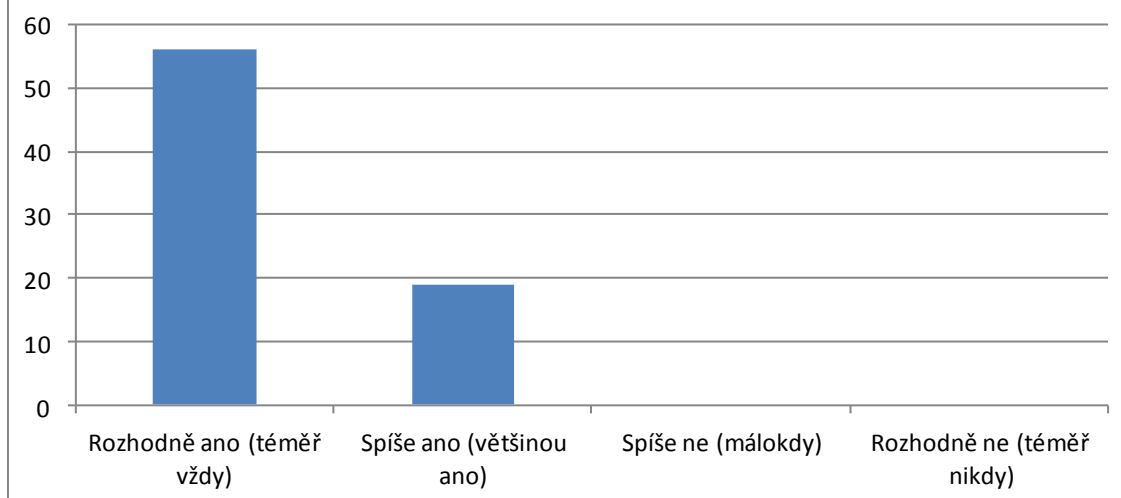


Diagram č. 31 – otázka č. 26

Rodina uživatele může sama posoudit, jak se změnil stav ve všech aspektech u uživatele po příchodu do zařízení. U některých klientů je vidět větší či menší zlepšení, u těch zbývajících se stav případně alespoň nezhoršuje. Nikdo z respondentů neuvádí, že by rodina hodnotila stav uživatele jako zhoršující se.

27. U klientů je po určitém čase vidět znatelné zlepšení ve všech ohledech (pohybové, poznávací schopnosti).

Otázka č. 27	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	Číslo	Podíl (%)	Číslo	Podíl (%)	Číslo	Podíl (%)	Číslo	Podíl (%)
Rozhodně ano (téměř vždy)	4	10%	5	29%	2	12%	11	15%
Spíše ano (většinou ano)	22	54%	10	59%	11	64%	43	57%
Spíše ne (málokdy)	15	36%	2	12%	4	24%	21	28%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 33 – otázka č. 27

**27. U klientů je po určitém čase vidět
znatelné zlepšení ve všech ohledech
(pohybové, poznávací schopnosti).**

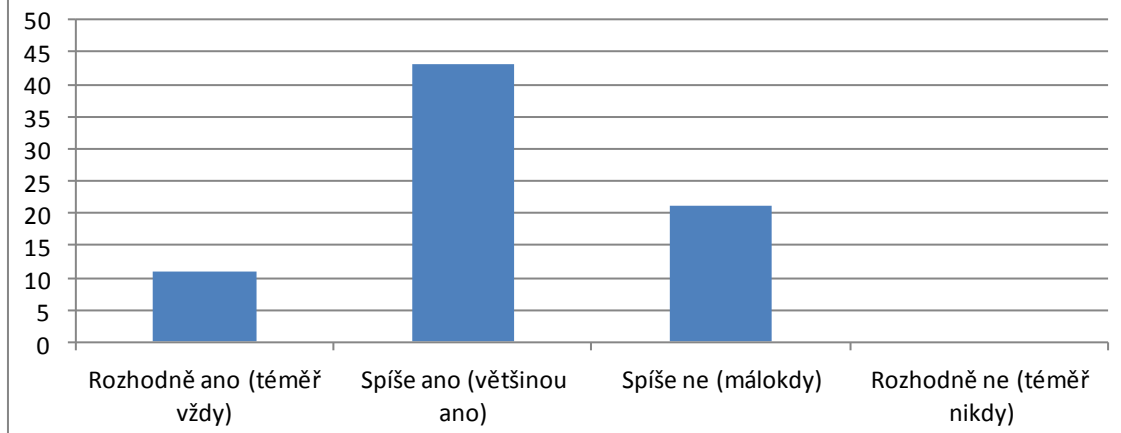


Diagram č. 32 – otázka č. 27

S otázkou číslo 26 souvisí i otázka, zda je dané zlepšení evidentní ve všech směrech. Jak po stránce fyzické, duševní, tak po stránce sociální. Skoro $\frac{3}{4}$ respondentů uvádějí odpovědi buď „rozhodně ano“, nebo „spíše ano“. Zlepšení nemusí být vždy v jednotlivých směrech stejné. Vše je velmi individuální.

**28. Ergoterapeutická činnost pomáhá u většiny klientů zlepšovat
pohybovou aktivitu, kognitivní funkce a celkový zájem o
okolní dění.**

Otázka č. 28	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	Count	%	Count	%	Count	%	Count	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	33	80%	14	82%	13	76%	60	80%
Spíše ano (většinou ano)	8	20%	3	18%	4	24%	15	20%
Spíše ne (málokdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 34 – otázka č. 28

28. Ergoterapeutická činnost pomáhá u většiny klientů zlepšovat pohybovou aktivitu, kognitivní funkce a celkový zájem o okolní dění.

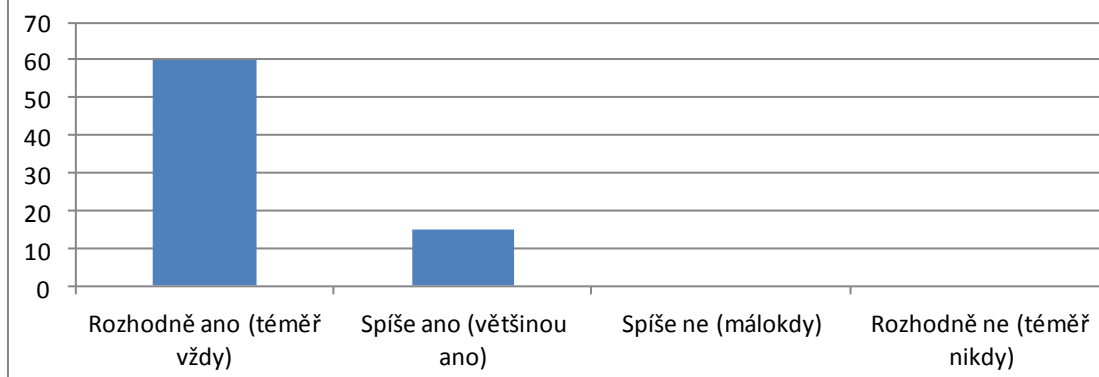


Diagram č. 33 – otázka č. 28

Pomocí ergoterapie je možné aktivovat člověka a stimulovat ho k činnosti, která zabraňuje úpadku všech jeho schopností. Shodují se na tom respondenti 80 %. Hodnocení je téměř vyrovnané, co se týče zařízení.

29. Jakékoli nové aktivity, činnosti jsou ze strany klientů vítané.

Otázka č. 29	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	Count	%	Count	%	Count	%	Count	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	19	46%	10	59%	7	41%	36	48%
Spíše ano (většinou ano)	16	39%	5	29%	9	53%	30	40%
Spíše ne (málokdy)	6	15%	2	12%	1	6%	9	12%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 35 – otázka č. 29

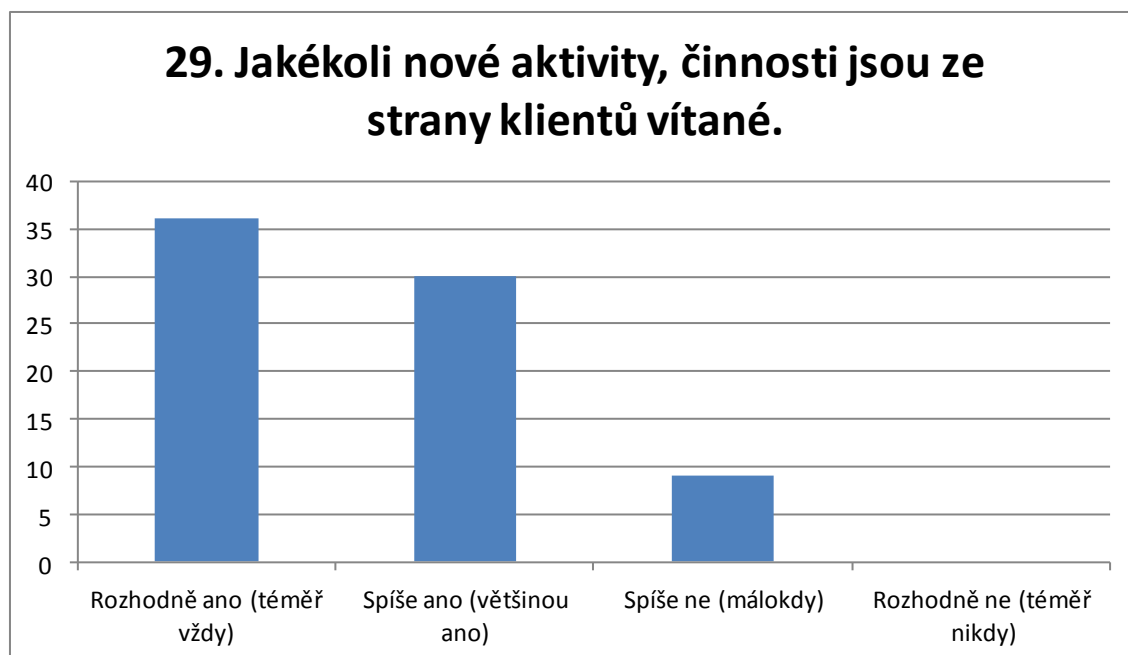


Diagram č. 34 – otázka č. 29

Jak již bylo zmiňováno ve slovní interpretaci výsledků otázky č. 19, starší lidé nemusí vždy pozitivně přijímat změny jakéhokoli charakteru. V otázce č. 29 byl ověřován zájem o nové činnosti, které dosud neznají. Necelá polovina dotázaných uvádí, že klienti vítají nové aktivity.

30. U některých klientů je znatelné, že dlouhou dobu před umístěním do zařízení žili osaměle bez jakýchkoli podnětů z okolí.

Otázka č. 30	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	počet	%	počet	%	počet	%	počet	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	3	7%	2	12%	2	12%	7	10%
Spíše ano (většinou ano)	28	68%	5	29%	7	41%	40	53%
Spíše ne (málokdy)	10	25%	10	59%	8	47%	28	37%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 36 – otázka č. 30

30. U některých klientů je znatelné, že dlouhou dobu před umístěním do zařízení žili osaměle bez jakýchkoli podnětů z okolí.

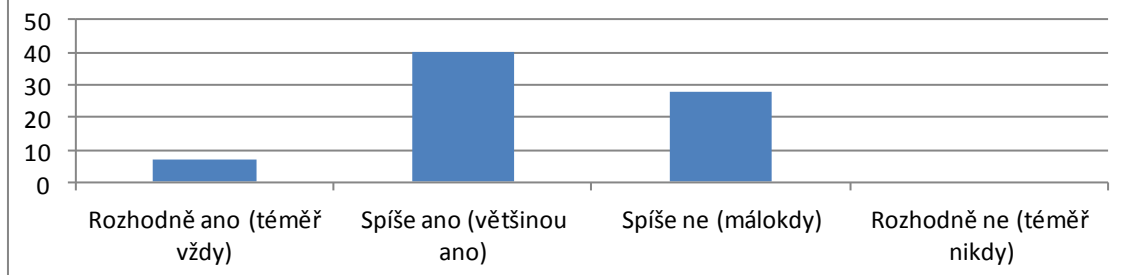


Diagram č. 35 – otázka č. 30

Starší člověk se rozhoduje pro odchod do zařízení s pečovatelskou službou často s ohledem na klesající soběstačnost a také osamělost. Mnoho lidí ve vyšším věku žije v domácnosti osaměle, neboť ovdověli. Samota má za následek vzrůstající pasivitu vzhledem k malému množství podnětů např. ze sociálních interakcí s jinými lidmi. Pokud je člověk ve vyšším věku méně pohyblivý, je ve své domácnosti uvězněn a odkázán pouze na příbuzné, kteří ho přijdou navštívit. Z důvodu velké časové vytíženosti lidí v produktivním věku jsou pak návštěvy málo časté na to, aby člověk získával dostatečné množství podnětů z okolí. Tento nedostatek má za následek celkový psychický a následně i fyzický úpadek.

Tato úvaha je výzkumem podložena, neboť 53 % respondentů uvádí, že výše uvedený způsob života seniora ovlivňuje.

31. U výše zmíněných klientů je následný pokrok po umístění vzhledem k ergoterapeutické činnosti nejvýraznější.

Otázka č. 31	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	Count	%	Count	%	Count	%	Count	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	27	66%	10	59%	11	64%	48	64%
Spíše ano (většinou ano)	8	19%	3	17%	4	24%	15	20%
Spíše ne (málokdy)	6	15%	4	24%	2	12%	12	16%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabulka č. 37 – otázka č. 31

31. U výše zmíněných klientů je následný pokrok po umístění vzhledem k ergoterapeutické činnosti nejvýraznější.

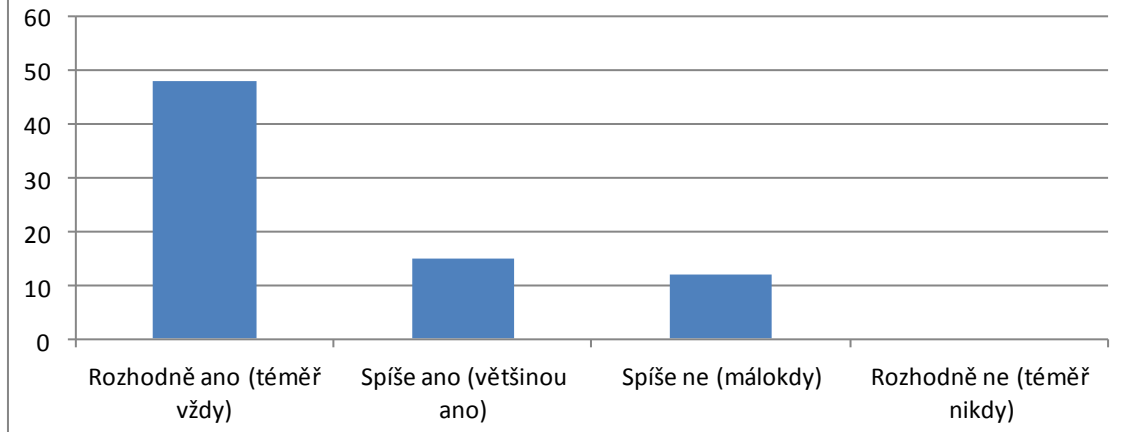


Diagram č. 36 – otázka č. 31

Teoretický předpoklad výzkumu, že ergoterapie pomáhá aktivizovat člověka jako celek, potvrzuje rovněž tato výzkumná otázka č. 31. Ptá se, zda je u klientů, kteří vedli osamoceny život bez podnětné stimulace z okolí, znatelný díky ergoterapeutické činnosti výraznější pokrok. 64 % respondentů se shoduje, že ano. 16 % uvádí odpověď „spíše ne“. Důvodem může být to, že výše popsany způsob života způsobil u uživatele nevratné změny.

32. U některých klientů je projevován po příchodu do zařízení odmítavý postoj vůči ergoterapeutickým činnostem.

Otázka č. 32	DPS v Plzni		DPS v Klatovech		DPS v Újezdci		SOUČET (počet/ %)	
	Count	%	Count	%	Count	%	Count	%
Rozhodně ano (téměř vždy)	0	0%	1	6%	0	0%	1	1%
Spíše ano (většinou ano)	5	12%	2	12%	0	0%	7	9%
Spíše ne (málokdy)	20	49%	7	41%	4	24%	31	42%
Rozhodně ne (téměř nikdy)	16	39%	7	41%	13	76%	36	48%

Tabulka č. 38 – otázka č. 32

32. U některých klientů je projevován po příchodu do zařízení odmítavý postoj vůči ergoterapeutickým činnostem.

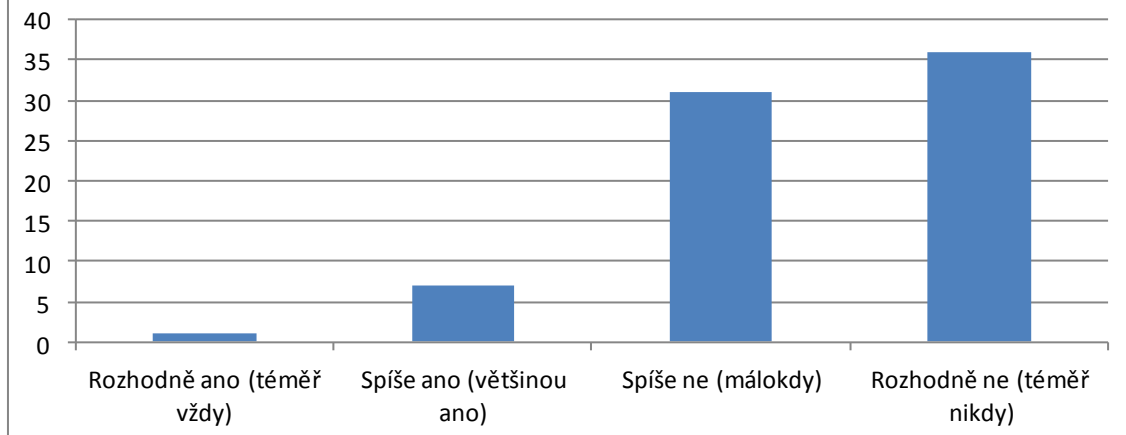


Diagram č. 37 – otázka č. 32

Pouhých 10 % respondentů uvádí, že je u některých klientů zpočátku projevován odmítavý postoj vůči aktivitám ergoterapie. Většina uživatelů se rozhodla pro odchod ze své domácnosti do zařízení dobrovolně. Starší lidé již mají alespoň nějaké povědomí o fungování zařízení domova pro seniory, a tak ví, že jsou tyto služby často nabízeny. Důležité je vždy uživateli zdůraznit, že účast na aktivitách není z žádného důvodu povinná. Výhodné je pokusit se mu vysvětlit, co získá tím, když se aktivit alespoň jednou za čas účastní.

2.2 Metoda rozhovoru

Kvalitativní část výzkumu byla provedena pomocí metody rozhovoru, při němž jsme mohli zjistit a ověřit bližší informace potřebné pro výzkum. Během rozhovoru byly získány detailnější a konkrétnější popisy o tom, jakým způsobem jsou či nejsou dodržovány psychohygienické zásady u uživatelů v domově pro seniory v Plzni a jak probíhá ergoterapeutická činnost.

Polostandardizovaný rozhovor dával prostor na přeformulování následujících otázek. Při rozhovoru byl průběžně prováděn písemný záznam, který následně prošel korekcí ze strany respondenta. Rozhovor byl veden s pracovnící ergoterapie domova pro seniory v Plzni. Rozhovor byl s respondentkou veden přímo na jejím pracovišti. Pod jejím dohledem proběhlo také seznámení s prostory zařízení.

Záznam rozhovoru je součástí příloh této práce.

2.2.1 Vyhodnocení metody rozhovoru

Respondentka je v zařízení zaměstnána již 6 let. Je plně kvalifikovaným pracovníkem v oboru ergoterapie. Kvalifikaci získala studiem na Vysoké škole v Plzni, o.p.s. obor Ergoterapie. Pracovní náplní respondentky je organizace a plánování volnočasové aktivizační činnosti pro uživatele domova pro seniory.

Největší přínos své práce spatřuje v aktivizaci klientů, která vede ke zlepšení kvality jejich života. Pravidelnými činnostmi uživatelé dodržují správný režim dne, který má velmi pozitivní vliv na jejich fyzický a také hlavně psychický stav. Odměnou je pro ni fakt, že klienti mají o dané aktivity zájem a aktivně se podílejí na plánování činností, mnohdy přicházejí sami s nejrůznějšími nápady. Některé uskutečnit lze, některé nikoli např. z prostorových nebo časových důvodů. Omezení ve své práci pociťuje právě s ohledem na někdy stísněné podmínky ve společenských místnostech, kde probíhají skupinové aktivity, kterých se účastní imobilní uživatelé na invalidních vozících. Vedení zařízení je s tímto problémem seznámeno, asi jako všude jsou však překážkou finance.

O činnostech jsou uživatelé informováni v denním či týdenním harmonogramu. Ergoterapeutka se však snaží jednotlivé činnosti uživatelům několikrát připomínat. Některé před aktivitami navštěvuje na pokojích a osobně je

zve, neboť vzhledem k problémům s pamětí mnohdy zapomínají. Aktivity jsou vzhledem k vyšší únavě klientů zařazovány do dvou bloků, přičemž dopoledního bloku se zúčastňuje pravidelně více uživatelů. Pracovnice proto žádanější aktivity plánuje na dopolední čas. Uživatelé mají pravidelný program, který se samozřejmě upravuje dle jejich aktuálního zdravotního stavu.

S klienty respondentka vede činnosti zpravidla skupinově, ale i individuálně. Příprava je na některé aktivity mnohdy časově náročná. Velmi často tuto přípravu vykonává i mimo pracovní dobu, jelikož se na pracovišti raději věnuje přímému kontaktu s klienty. V případech, kdy to je možné, se snaží zapojit klienty do organizace příprav apod. Během skupinových aktivit lze pozorovat vzájemné vztahy mezi jednotlivými uživateli zařízení. Vesměs jsou pozitivní, ale jsou zde i případy, kdy si jednotlivci nepadli tzv. do noty. I tento fakt respondentka zohledňuje a snaží se vzájemné vztahy mezi klienty respektovat.

O klientech si respondentka vede záznamy, které jsou založené vždy na vstupní anamnéze, při které zjišťuje co největší možné množství informací o životě seniora před příchodem do zařízení. Právě s ohledem na předchozí způsob života volí nabídku činností. Záznamy postupně doplňuje.

U většiny klientů dotazovaná pracovnice ergoterapie vidí zlepšení psychického stavu. Klient se sám snaží více se zapojit a aktivizovat. Zlepšení psychiky se většinou pozitivně odrazí i ve zlepšení fyzického stavu.

2.3 Metoda pozorování

Třetí metodou výzkumu byla zvolena metoda přímého krátkodobého pozorování. Tato metoda byla volena jako poslední ze dvou důvodů. Prvním z nich byla již určitá představa o fungování ergoterapie a dodržování zásad psychohygieny v zařízení pro seniory. Během pozorování jsme se tedy mohli zaměřit na konkrétní prvky, které nás z pohledu výzkumu zajímaly a které jsme nemohli ověřit předchozími metodami. Druhým důvodem výběru této metody a následného časového zařazení byl i fakt, že tato metoda může fungovat i jako verifikační prvek.

2.3.1 Vyhodnocení metody pozorování

Samotné pozorování proběhlo v domově pro seniory v Plzni během skupinové aktivity, při níž pracovnice ergoterapie klientům promítala fotografie z výletů a slavností z předchozích týdnů.

Při příchodu do společenské místnosti byl ze strany uživatelů vidět zřetelný zájem o daný program. Uživatelé projevovali radost ze setkání s ostatními uživateli, se kterými mají na první pohled velmi přátelský vztah. Uživatelé do společenské místnosti docházeli postupně buď sami, nebo pod dohledem a za pomoci pracovnic sociální péče, či přímo ergoterapeutky.

Při promítání fotografií se ergoterapeutka snažila aktivizovat a zapojit do diskuse o proběhlých událostech zachycených na fotografiích nenásilnou formou všechny zúčastněné klienty. Někteří se v průběhu tohoto hodinového setkání dokázali soustředit na plno po celou dobu, na jiných byl vidět ke konci mírný úpadek zájmu, který byl způsoben pravděpodobně únavou. Tato únava však nebyla příliš výrazná. Uživatelé mají možnost si promítané fotografie, na nichž jsou třeba i oni sami, objednat u ergoterapeutky, která následně zajistí vyvolání. Této služby uživatelé prý hodně využívají. Během mého pozorování se aktivně o vyvolání fotografií hlásilo hned několik uživatelů.

Po skončení promítání se odebrala část uživatelů zpět na své pokoje a část využila možnosti pobytu na terase. S přesunem opět pomáhaly jak pracovnice sociální péče, tak sama ergoterapeutka, která doprovázela jednu z částečně imobilních klientek na pokoj. I během tohoto doprovodu se snažila rozhovorem klientku psychicky povzbudit.

Během pozorování nebyly zjištěny žádné skutečnosti, které by vyvracely dosud získané údaje z předchozích metod výzkumu. Výsledky předchozích částí výzkumu byly touto metodou zcela potvrzeny.

3 Shrnutí výzkumu

Provedený výzkum měl za cíl ověřit pozitivní dopad dodržování psychohygienických zásad na kvalitu života lidí žijících v domově pro seniory. Prostředkem dodržování zásad psychohygieny měla být podle teoretických poznatků ergoterapie. Ve shrnutí provedeného výzkumu zhodnotíme, zda se setkala teorie s praxí.

Výzkum byl prováděn prostřednictvím tří metod, aby byl zajištěn dostatek podkladů v různých formách. Každá z metod měla své opodstatnění a jejich pořadí nebylo voleno náhodně. Dotazník byl vybrán pro svou časovou ekonomičnost, kdy v jednu chvíli můžeme oslovit velké množství respondentů. Metoda má však i svou nevýhodu, která se týká hloubky získaných informací. Proto byl dále zvolen rozhovor, kde jsme se mohli zaměřit na hlubší šetření jednotlivé oblasti. Poslední metodou pozorování bylo umožněno verifikování výzkumného materiálu získaného dvěma předchozími metodami.

Dotazníky byly zodpovídaný pracovníky domovů pro seniory v Plzni, Klatovech a Újezdci u Klatov. Všichni pracovníci svou profesi vykonávají v přímém kontaktu s uživateli zařízení. Dotazník obsahoval 32 uzavřených tvrzení, která byla respondenty zhodnocována pomocí čtyř škálových stupňů. Tvrzení se týkala oblasti stravování, pitného režimu, pohybové aktivity a odpočinku, režimu dne, životních hodnot a postojů, sociálních vztahů, zvládání náročných životních situací a také oblasti ergoterapie. Údaje získané pomocí dotazníků byly nejprve vyhodnoceny kvantitativně, následně po využití dalších dvou metod i kvalitativně.

Výsledky první metody hovoří jednoznačně kladně. V domovech pro seniory je obecně dbáno na dodržování psychohygienických zásad. Pracovníci vnímají podstatu psychohygieny jako důležitého faktoru ovlivňující kvalitu života.

Uživatelé se v zařízeních stravují pravidelně a ve většině případů jim je předkládána minimálně průměrně kvalitní strava. Důraz je kladen na dodržování pitného režimu, jelikož s věkem člověk postupně ztrácí pocit žízně. Pohybová aktivita je podporována a částečně zajištěna během ergoterapeutických činností. Na významu není ubíráno ani pasivnímu odpočinku a relaxaci. Zařízení poskytuje

sociální stimulaci. Uživatelé navazují přátelské vztahy, díky nimž se cítí obecně psychicky v lepším stavu. Pozitivní vztahy s okolím i vlastní rodinou jim pak pomáhají překonat náročné životní situace, které jsou často zapříčiněné vážným onemocněním. Své přestěhování do zařízení hodnotí převážně jako správné rozhodnutí. Ergoterapeutické aktivity jsou pro ně nejen zajímavým zpestřením volného času. Mnozí v těchto činnostech hledají vlastní seberealizaci.

Druhou metodou rozhovoru jsme detailněji zkoumali ergoterapeutickou činnost a snažili jsme se ověřit původní hypotézu, že ergoterapie může být prostředkem psychohygieny. Činnost je jednou z determinant psychického zdraví. Nečinností člověk strádá nejen fyzicky, ale i duševně. Rozhovor byl veden s plně kvalifikovaným pracovníkem ergoterapie. Během rozhovoru jsme získali informace o tom, jaké druhy činností jsou v zařízení prováděné a z jakého důvodu. Dotazovali jsme se na režim dne uživatelů. Zajímalo nás přístupu uživatelů k aktivitám, které ergoterapeut vede. Uživatelé mají možnost ovlivnit charakter a cíl činností. Limitem jsou většinou pouze finance a prostorové možnosti zařízení.

I výsledky této metody byly pozitivní. Ergoterapie příznivě působí na psychické zdraví staršího člověka a pomáhá mu bránit se aktivně upadnutí do myšlenkových stereotypů.

Poslední metodou pozorování nebyly zjištěny již žádné konkrétní nové informace. Metoda se osvědčila jako způsob verifikace získaných výzkumných údajů z předchozích metod. Pozorování probíhalo přímo v zařízení během ergoterapeutické činnosti. Pracovnice ergoterapie se během promítání fotografií z předešlých aktivit snažila motivovat všechny zúčastněné klienty. Vzájemnou interakcí se uživatelé sami podněcovali k aktivitě.

Možnosti propojení psychohygieny s ergoterapií jsou zřejmé. Nutno však říci, že jejich úspěšné propojení si žádá individuálního přístupu v každém ohledu.

Závěr

Diplomová práce mi umožnila zamyslet se do hloubky nad možnostmi, jak ovlivnit kvalitu života ve stáří. Populace v České republice stárne, je tedy více než pravděpodobné, že se touto otázkou začne zabývat čím dál tím více lidí. Mnoho lidí si již ale uvědomuje, že způsob jejich života se odrazí právě v kvalitě prožívaného stáří.

Práce hledá na základě dostupných teoretických poznatků souvislost mezi psychohygienou a ergoterapií, která by mohla pomoci zkvalitnit život starších lidí žijících v domovech pro seniory.

V teoretické části je charakterizováno období stáří včetně fyzických a psychických změn typických pro tuto část života člověka. Zmiňovány jsou vědecké či pouze filosofické studie, které se snaží najít „lék na dlouhověkost“, gerontologie, a choroby ve stáří. V druhé kapitole je představena psychohygienu jako věda, která zahrnuje pojem duševní zdraví. V kontextu s náročnými životními situacemi, které se nevyhýbají ani lidem ve vyšším věku, je dále zpracována i část o vlivu psychohygieny na duševní zdraví člověka. Každé období života má svá specifika a zvláštnosti, proto je další kapitola věnována psychohygieně v životě seniora. Poslední dvě kapitoly zpracovávají teoretický základ o ergoterapii prováděné v domovech pro seniory.

V praktické části byl stanoven a pomocí výzkumných metod naplňován cíl výzkumu. Práce měla za úkol dokázat na základě teoretických poznatků pro vázanost mezi ergoterapeutickou činností s psychohygienou a jejich společný pozitivní vliv na kvalitu života člověka žijícího v domově pro seniory.

K výzkumu bylo využito tří metod – dotazníku, rozhovoru a pozorování. Dotazníky byly zodpovídaný pracovníky domovů pro seniory. Rozhovor byl veden s pracovníci ergoterapie. Přímé pozorování proběhlo během ergoterapeutické činnosti.

Výzkumem byly zjištěny pozitivní výsledky týkající se kvality života lidí žijících v domovech pro seniory. Jejich celkový zdravotní stav se po příchodu do zařízení zpravidla zlepšuje, či alespoň stabilizuje. Dle zjištěných údajů, lze s jistotou tvrdit, že nemalý vliv na tom má právě psychohygienu a ergoterapeutická činnost.

Resumé

Předložená diplomová práce se zabývá psychohygienickými aspekty u lidí žijících v domovech pro seniory. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V první části práce jsou shrnuty teoretické poznatky charakterizující období involuce, psychohygienu s jejími specifiky pro období stáří, ergoterapii jako prostředek psychohygieny prováděné v domovech pro seniory.

Praktická část zohledňuje výzkum, který byl prováděn mezi pracovníky domovů pro seniory v Plzni, Klatovech a Újezdcích u Klatov. Výzkumu se zúčastnilo 75 respondentů, kteří odpovídali na otázky týkající se vlivu psychohygieny a ergoterapie na kvalitu života uživatelů v domovech pro seniory.

Pro výzkum byly zvoleny tři metody. Metoda dotazníku, rozhovoru a pozorování. Vyhodnocení dotazníků bylo provedeno z kvantitativního i kvalitativního pohledu jako celek i s rozlišením na jednotlivá zařízení, kde byl výzkum prováděn. Pro větší přehlednost jsou výsledné údaje znázorněny graficky. Rozhovor byl veden s pracovníky ergoterapie pro získání detailních informací. Metoda pozorování byla prováděna jako poslední se záměrem ověřit skutečnosti získané výzkumem dvou předchozích metod.

Summary

The submitted diploma thesis deals with psychohygienic aspects of the people living in retirement houses. The thesis is divided into two parts: theoretical and practical.

The first part summarizes a theoretical knowledge describing the involution period, the psychohygiene with its specifics for the old age stage and the ergotherapy as a means of the psychohygiene carried out in retirement houses.

The practical part focuses on the survey that was performed by the workers of retirement houses in Pilsen, Klatovy and Klatovy-Ujezd. The survey covered 75 respondents who answered the questions on the influence of the psychohygiene and the ergotherapy on the quality of life of people living in those retirement houses.

The survey was based on three methods: the method of questionnaire, the method of interview and the method of observation. The questionnaires were

evaluated in the quantitative and qualitative way as a whole and also with the respect to the individual institutions where the survey was done. To achieve a good clarity the results are also presented in a graphical form. The interview was arranged with the ergotherapist to obtain detail information. The method of observation was carried out as the last with the goal to verify the results obtained by the two former methods.

Seznam použité literatury

1. **Bartko, Daniel.** *Moderná psychohygienu.* Bratislava: Obzor, 1990.
2. **Capponi, V.; Novák, T.** *Sám sobě psychologem.* Praha: Grada, 1992. ISBN 80-85424-88-6.
3. **Čáp, J.; Dytrych, Z.** *Utváření osobnosti v náročných životních situacích.* Praha: SPN, 1968.
4. **Friedlová, Karolína.** *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči.* Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1314-4.
5. **Galajdová, Lenka.** *Pes lékařem lidské duše. Aneb canisterapie.* Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-789-3.
6. **Gregor, Ota.** *Stárnout, to je kumšt.* Praha: Dům medicíny, 1999. ISBN 80-238-4791.
7. **Gruss, Peter.** *Perspektivy stárnutí.* Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-605-6.
8. **Hartl, P.; Hartlová, H.** *Psychologický slovník.* Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.
9. **Hennig, Claudius.** *Antistresový program pro učitele: Projevy, příčiny a způsoby překonání stresu z povolání.* Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-093-6.
10. **Helus, Zdeněk.** *Psychologie.* Praha: Fortuna, 1995. ISBN 80-7168-245-4.
11. **Holeček, V.; Miňhová, J.; Prunner, P.** *Psychologie pro právníky.* Plzeň: Aleš Čeněk, 2007. ISBN 978-80-7380-065-9.
12. **Holmerová, I.; Jarolímová, E.; Nováková, H.** *Alzheimerova choroba v rodině.* Praha: Pfizer, 2008.
13. **Jelínková, J.; Krivošíková, M.; Šajtarová, L.** *Ergoterapie.* Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.
14. **Jiřincová, B.; Holeček, V.; Miňhová J.** *Vybrané kapitoly z psychologie zdraví.* Plzeň: Západočeská univerzita, 1997. ISBN 80-7082-308-9.
15. **Klusoňová, E.; Špičková, J.** *Ergoterapia I.* Martin: Osveta, 1985.
16. **Klusoňová, E.; Špičková, J.** *Ergoterapie I.* Praha: Avicenum, 1988. ISBN 80-201-0030-x.
17. **Křivohlavý, Jaro.** *Psychologie zdraví.* Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-

18. **Křivohlavý, Jaro.** *Jak neztratit nadšení.* Praha: Grada, 1997.
19. **Křivohlavý, Jaro.** *Jak zvládat stres.* Praha: Grada, 1994.
20. **Matějček, Zdeněk; Dytrych, Zdeněk.** *Radosti a strasti prarodičů.* Praha: Grada, 1997.
21. **Míček, Libor.** *Základní pojmy duševní hygieny.* Praha: SPN, 1969.
22. **Nakonečný, Milan.** *Lexikon psychologie.* Praha: Vodnář, 1995. ISBN 80-85255-74-X.
23. **Nakonečný, Milan.** *Základy psychologie osobnosti.* Praha: Management Press, 1993. ISBN 80-85603-34-9.
24. **Novák, Tomáš.** *Péče o pečující. Jak být pečovatelem také sám sobě.* Brno: Moravskoslezský kruh, 2011. ISBN 978-80-254-9149-2.
25. **Novotná, Lenka; Hříchová, Miloslava; Miňhová Jana.** *Vývojová psychologie.* Plzeň: ZČU, 2004. ISBN 80-7043-281-0.
26. **Pidrman, Vladimír.** *Demence.* Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.
27. **Pfeiffer, Jan.** *Ergoterapie II.* Brno: IDV SZP, 1989. ISBN 80-7013-020-2.
28. **Prunner, Pavel.** *Psychologie gamblersství.* Plzeň: Aleš Čeněk, 2008. ISBN 978-80-7380-074-1.
29. **Příhoda, Václav.** *Ontogeneze lidské psychiky.* Praha: SPN, 1981.
30. **Rečo, Jano.** *Domov důchodců.* Praha: Köcher, 1996. ISBN 80-902102-0-1.
31. **Stuart-Hamilton, Ian.** *Psychologie stárnutí.* Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.
32. **Vašina, Bohumil.** *Psychologie zdraví.* Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, Filozofická fakulta, 1999. ISBN 80-7042-546-6

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Dotazník – předloha

DOTAZNÍK

Dobrý den,

dovoľte, abych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který slouží k získání podkladů pro výzkum v diplomové práci, kterou zpracovávám na téma Psychohygienické aspekty života v domovech pro seniory. Získané údaje budou použity pouze pro potřeby výzkumu mé diplomové práce. Dotazník je anonymní. Vyplnění dotazníku Vám zabere 5 – 10 minut Vašeho času a přispěje ke zmapování životního stylu a životosprávy u lidí žijících v domovech pro seniory.

Předem děkuji za Váš čas, ochotu a pravdivé zodpovězení otázek.

Bc. Hana Drahozalová, Pedagogická fakulta ZČU v Plzni, katedra Psychologie

Pohlaví: žena/muž

Věk:

Pracovní zařazení:

Délka praxe:

Místo zaměstnání (město):

Pečují o seniora ve vlastní rodině: ano / ne

***Pokyny:** U každé výpovědi zakroužkujte prosím vždy jednu možnost, která nejvíce odpovídá skutečnosti. Odpovídejte prosím pomocí těchto možností:*

1 – Rozhodně ano (téměř vždy)

2 – Spíše ano (většinou ano)

3 – Spíše ne (málokdy)

4 – Rozhodně ne (téměř nikdy)

1. Klienti v zařízení, kde pracuji, se stravují pravidelně v častých intervalech. 1 2 3 4
2. Klientům je předkládána pestrá strava obsahující potřebné vitamíny a minerály. 1 2 3 4
3. Strava je spíše méně tučná a vyhovuje většině klientů s nejrůznějšími dietologickými omezeními. 1 2 3 4
4. Klienti se stravují v příjemném prostředí a beze spěchu. 1 2 3 4
5. U klientů je dbáno na dodržování správného pitného režimu. 1 2 3 4
6. U klientů je podporována abstinence kouření a požívání alkoholu. 1 2 3 4
7. U klientů je dbáno na pravidelnou a přiměřenou pohybovou aktivitu s ohledem na jejich případné pohybové omezení. 1 2 3 4
8. Klienti často pobývají na čerstvém vzduchu. 1 2 3 4

- | | |
|--|---------|
| 9. Během dne mají klienti dostatek času na načerpání dalších sil | 1 2 3 4 |
| 10. Většina klientů dokáže definovat svou oblíbenou činnost (kultura, literatura, hudba, manuální činnost atd.) | 1 2 3 4 |
| 11. Odborný pracovník dokáže využít při práci s klienty některé z relaxačních technik. | 1 2 3 4 |
| 12. Většina klientů dodržuje pravidelný spánkový režim. | 1 2 3 4 |
| 13. Ranní vstávání probíhá s pocitem odpočatosti. | 1 2 3 4 |
| 14. Případné poruchy spánku se s příchodem do zařízení u klientů nezhoršily. | 1 2 3 4 |
| 15. Volný čas klienti dokážou trávit ve společnosti ostatních. | 1 2 3 4 |
| 16. Mezi klienty vznikají přátelské vztahy. | 1 2 3 4 |
| 17. Klienti se snaží udržovat pozitivní vztahy se svou rodinou. | 1 2 3 4 |
| 18. V zařízení vládne přátelská atmosféra jak mezi klienty, tak mezi personálem. | 1 2 3 4 |
| 19. V případě změny časového harmonogramu v zařízení nedochází ze strany klientů k negativním psychickým reakcím. | 1 2 3 4 |
| 20. Většina klientů dokáže i přes své handicapy a osudy pohlížet na svět pozitivně. | 1 2 3 4 |
| 21. Většina klientů dokáže své názory v případě potřeby sdělit i přesto, že mohou být pro ostatní negativní. | 1 2 3 4 |
| 22. Klienti se aktivně zajímají o další možnosti trávení volného času v zařízení. | 1 2 3 4 |
| 23. Spolupráce s rodinou ve většině případů probíhá bezproblémově. | 1 2 3 4 |
| 24. Moje pracovní pozice je ze strany klientů vnímána pozitivně. | 1 2 3 4 |
| 25. Většina klientů hodnotí sama své přemístění do zařízení pozitivně. | 1 2 3 4 |
| 26. Rodinní příslušníci hodnotí stav klienta jako zlepšující se, případně nezhoršující se. | 1 2 3 4 |
| 27. U klientů je po určitém čase vidět znatelné zlepšení ve všech ohledech (pohybové, poznávací schopnosti). | 1 2 3 4 |
| 28. Ergoterapeutická činnost pomáhá u většiny klientů zlepšovat pohybovou aktivitu, kognitivní funkce a celkový zájem o okolní dění. | 1 2 3 4 |
| 29. Jakékoli nové aktivity, činnosti jsou ze strany klientů vítané. | 1 2 3 4 |
| 30. U některých klientů je znatelné, že dlouhou dobu před umístěním do zařízení žili osaměle bez jakýchkoli podnětů z okolí. | 1 2 3 4 |
| 31. U výše zmíněných klientů je následný pokrok po umístění vzhledem k ergoterapeutické činnosti nejvýraznější. | 1 2 3 4 |
| 32. U některých klientů je projevován po příchodu do zařízení odmítavý postoj vůči ergoterapeutickým činnostem. | 1 2 3 4 |
-

Zde je místo pro Vaše připomínky a názory. V případě, že se chcete vyjádřit k jakémukoli tvrzení či sdělit jakoukoli informaci, která by se vztahovala k otázce psychohygieny ve Vašem zařízení.

Příloha č. 2 - Záznam rozhovoru s pracovnící ergoterapie

Záznam rozhovoru s pracovnící ergoterapie v domově pro seniory v Plzni

1. Proč jste se rozhodla pro povolání ergoterapeuta

Vystudovala jsem Střední zdravotnickou školu – obor Všeobecná sestra. Profese ergoterapeuta mě zaujala hlavně vzhledem k tomu, že se jednalo o nový obor ve zdravotnické péči.

2. Co Vás na této práci naplňuje ze všeho nejvíc?

Nejednotvárnost a kontakt s lidmi.

3. V čem vidíte největší přínos Vaší práce pro klienty?

Největším přínosem je umožnění aktivního trávení volného času a života celkově, dále pak obnovení, prohloubení a udržování soběstačnosti klientů v běžných denních aktivitách. Udržení vzhledem k věku optimálního fyzického a mentálního stavu.

4. Je něco, co Vám překáží v práci s klienty?

Nedostatečné prostory pro skupinové aktivity a časové limity pro vybrané aktivity.

5. Kolik klientů Vaše aktivity navštěvuje a kolik ne?

Během dopoledních hodin se programu účastní téměř většina klientů ze zařízení. Většinou jsou rozděleni do dvou skupin po sobě v počtu okolo 15-20 osob. V odpoledních hodinách je vzhledem k návštěvám rodinných příslušníků, nebo únavě klientů účast přibližně poloviční.

6. Jací klienti se aktivit zúčastňují? Mají např. handicap (invalidní vozík, nedoslýchají, nevidí...) Jsou tyto handicapy překážkou?

Aktivít se účastní všichni klienti, kteří mají chuť a zájem. Případný handicap např. vozíček není překážkou, protože aktivity probíhají převážně vsedě, vždy je také zajištěn doprovod takového klienta na vozíku na aktivitu i zpět na pokoj. Nedoslýchavost a problémy se zrakem patří k základním problémům seniorského věku, při programu jednotlivých aktivit je s nimi počítáno, snažím se dopředu zajistit optimální individuální přístup pro každého klienta.

7. Jakým způsobem jsou klienti informováni, že se nějaká činnost bude provádět? Jsou tyto činnosti povinné např. z hlediska řádu domova, nebo jsou čistě dobrovolné?

Všichni klienti při příchodu do domova dostanou rozpis každodenních aktivit s časovými údaji, aby si mohli vybrat z nabídky aktivit a udělat případně vlastní plán dne či týdne. Každý den je však nutné některým z klientů začátky aktivit připomenout a také případně doprovodit do místa konání. Činnosti jsou samozřejmě dobrovolné, účast klientům je pouze doporučována. Všichni

mají možnost zúčastnit se jakékoliv aktivity.

8. Jak vypadá váš běžný pracovní den?

*6.00–6.30 příprava na aktuální aktivity
6.30-8.00 nácvik samostatnosti a soběstačnosti při hygieně a oblékání, snídani
8.00-8.30 příprava na aktuální aktivity
8.30-9.00 doprovod a pozvání klientů na aktivity, příprava prostorů pro konání aktivity – židle, stoly, donáška pomůcek
9.00-10.00 aktivita (na prvním oddělení)
10.15-11.15 aktivita (na druhém oddělení)
11.30-12.00 oběd personál
12.00-12.30 doprovod klientů na oběd
12.30-13.00 úklid pomůcek po aktivitách
13.00- 13.30 příprava, pozvání a doprovod na aktivitu
13.30-14.30 odpolední aktivita
14.30-15.00 úklid pomůcek a doprovod klientů*

9. Jak vypadá běžný den klienta?

*6.30-8.00 probíhá individuálně ranní hygiena a oblékání (většinou za pomoci pracovníka PSP)
Od 8.00-9.00 snídane a doprovody do jídelny
Od 9.00- 10.00 nebo od 10.00-11.00 skupinové aktivity (případně návštěva lékaře 1x týdně v domově, individuální cvičební program s fyzioterapeutkou, nebo individuální program dle zájmu každého klienta)
Od 12.00-13.00 společný oběd v jídelnách nebo na pokojích klientů, doprovody do jídelny
13.00-15.00 odpolední klid
13.00-16.00 odpolední skupinové aktivity – zpívání, muzikoterapie, tance vsedě, společenské hry, nebo individuální návštěvy klientů s programem dle jejich zájmu – např. procházka po zahradě, doprovod na nákup v blízkém okolí, podpora a pomoc při různých činnostech
16.00-17.00 odpočinek
17.00-18.00 večere
18.00-19.00 pomoc a podpora při večerní hygieně*

10. Jaké aktivity s klienty nejčastěji provádíte?

Nejčastěji to jsou skupinové aktivity všeho druhu. Zaměřené většinou na udržení a znovuoobnovení biopsychosociálního rozvoje klientů. Např. skupinové kondiční cvičení, trénink paměti a kognitivních funkcí, ruční práce, filmový klub, společné pečení např. vánočního cukroví, muzikoterapie, cvičení s hudbou, apod.

11. Co hraje při vymýšlení aktivit největší roli?

Největší roli hraje především zájem a potřeba většiny klientů při skupinových aktivitách. Při individuálních aktivitách a návštěvách kladu důraz především

na předchozí zkušenosti, zájmy a nápady každého klienta. Příprava na tyto individuální aktivity je někdy dost časově náročná.

12. Při různých činnostech jsou aktivní všichni klienti?

Při různých činnostech je většina klientů aktivní, někteří se však zapojují také méně aktivně i pasivně.

13. Podporují se klienti vzájemně? Při činnostech navazují přátelské vztahy, nebo vznikají i konflikty?

Při jednotlivých činnostech je patrná vzájemná důvěra a kooperace mezi jednotlivými klienty, objevuje se však samozřejmě i rivalita, boj o pozornost nebo vyřizování si předchozích sporů a neshod, které vznikly v minulosti z nejrůznějších důvodů. Většinou se jedná o menší spory mezi klienty, kteří pocházejí z odlišného prostředí a mají zcela rozdílné povahy. Obecně můžu ale tvrdit, že při aktivitách panuje příjemná a přátelská atmosféra, díky níž vím, že klienti přijdou příště znovu.

14. Podílí se nějakým způsobem klienti na tom, jaké činnosti budete společně provádět? Mohou sami navrhnout, co chtějí a nechťejí dělat? V případě, že ano, děje se tak?

Většina klientů má potřebu, aby měl den a případně i týden nějaký pravidelný režim. Mají tak možnost si naplánovat svoje vlastní činnosti, návštěvy rodiny apod. Program je tedy předem stanoven, k úpravám ale také dochází např. dle počasí atd. Náplň jednotlivých aktivit se často mění. Klienti mají možnost se podle svého aktuálního stavu a možnosti podílet na členění a vedení každé činnosti. Záleží samozřejmě na tom, která aktivita právě probíhá.

15. Jak dlouho činnosti trvají a v jaké denní době se konají?

Skupinové činnosti trvají většinou v rozmezí 1-1,5 hodiny převážně v dopoledních hodinách, kdy je převážná část klientů více aktivní a cítí se lépe. V odpoledních hodinách není účast klientů tak velká – mají většinou svůj osobní program, návštěvy rodinných příslušníků nebo jsou více unaveni.

16. Je během činností přítomný i jiný pracovník (zdravotní sestra, ošetřovatelka...?)

Z personálních a časových důvodů bohužel většinou ne, pracovnice sociální péče většinou pouze přivádí imobilní klienty. Pro případ nouze mám ale vždy k dispozici signalizační zařízení.

17. Dbáte tedy Vy sama během aktivit na dodržování pitného režimu u klientů?

Klienty samozřejmě vnímám jako celek těla a duše a snažím, aby i během mého programu dodržovali zásady, na které vzhledem na náplň práce dohlížení většinou kolegyně všeobecné sestry, či pracovnice sociální péče. V tomto smyslu víceméně spolupracujeme, neboť i já v přípravách aktivit pro

jednotlivé klienty musím zohledňovat zdravotní stav uživatelů domova. Co se týče právě pitného režimu, snažím se jít sama příkladem.

18. Vedete si nějaké záznamy o jednotlivých klientech? Pokud ano, zapisujete si tam např. informace o tom, jaké činnosti má daný klient nejraději a jestli na něm evidujete po čase svého působení celkové zlepšení stavu?

Ano, samozřejmě. Zdravotní sestra, pracovnice sociální péče, fyzioterapeutka, sociální pracovnice a ergoterapeutka vede samozřejmě ze svého pohledu záznam o každém klientovi. Já jako ergoterapeut si vedu záznam o klientovi hned při příchodu do domova. Zhodnotím a otestuji orientačně jeho zdravotní stav – fyzický a psychický. Používám k tomu také standardizované testy: Mini Mental State Examination a Funkční test horních končetin. Rozhovorem s klientem zjišťuji pomocí anamnézy jeho zájmy, oblíbené činnosti, dřívější povolání, hodnoty a také očekávání od pobytu v domově. Tyto záznamy postupně doplňuji. U většiny klientů pozoruji zlepšení v percepci okolí a reakci na něj. Se zlepšením psychiky se v některých případech rychle zlepšuje i fyzický stav. Klient se více snaží i sám aktivizovat se, snaží se využívat kompenzačních pomůcek (chodítka) jen v nejnnutnějších případech apod. Řekla bych, že je pak sebevědomější a v celkově lepší náladě.

19. Mohou se aktivit zúčastnit příbuzní klienta? Pokud ano, děje se tak?

Účast příbuzných a rodinných příslušníků při aktivitách je samozřejmě vítána. Z důvodu pracovní vytíženosti rodin je to však méně časté. Většinou se rodiny zúčastňují mimořádných programů, jako jsou slavnosti s různými vystoupeními klientů, které při aktivitách nacvičujeme, pořádáme však i úplně obyčejná setkání na zahradě domova ve formě společného grilování, posezení s hudbou, nebo při různých vystoupeních, koncertech a besedách konaných v domově.

20. Setkala jste se během Vaší šestileté praxe např. s klientem, který odmítal jakékoli aktivity? Pokud ano, jaké k tomu měl případně důvody?

Ano, během svého působení v domově jsem se samozřejmě s takovýmto postojem setkala. Jednalo se o klienta, který byl celý život spíše samotář, nevyhledával společnost ostatních lidí. Každopádně měl své aktivity, kterým se dokázal věnovat sám. Individuálním přístupem mě a ostatního personálu tak bylo poté docíleno podobného efektu jako u ostatních klientů, kteří se zúčastnili aktivit ve skupině

Příloha č. 3 – Ukázka vyplněného dotazníku

