

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Vztah reminiscenčních aktivit a depresivity seniorů

Bc. Kamila Marková

Diplomová práce

2013

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kamila Marková**
Osobní číslo: **Z11224**
Studijní program: **N5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech**
Název tématu: **Vztah reminiscenčních aktivit a depresivity seniorů**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Sběr informací a studium literatury.
2. Stanovení cílů práce.
3. Stanovení výzkumných otázek a pracovních hypotéz.
4. Stanovení metodiky výzkumu.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza a interpretace získaných výsledků.
7. Kritické zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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

Seznam odborné literatury:

1. BUŽGOVÁ, R.; KLECHOVÁ, H. Měření postojů seniorů ke stáří. *Praktický lékař*. 2011, 91 (7), s. 396-401. ISSN 0032-6739.
2. DRAGOMIRECKÁ, E.; PRAJSOVÁ, J. WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku. Praha: Psychiatrické centrum, 2009, ISBN 978-80-87142-05-9.
3. JAROŠOVÁ, D. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
4. KALVACH, Z; ONDERKOVÁ, A. Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5.
5. SCHWEITZER, P.; BRUCE, E. Remembering yesterday, caring today: reminiscence in dementia care. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2008. ISBN 9781843106494.
6. TOPINKOVÁ, E. Geriatrie pro praxi. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Martina Jedlinská**


Katedra ošetrovatelství

Datum zadání diplomové práce: **1. října 2012**

Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2013**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Martina Jedlinská
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2013

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne

Bc. Kamila Marková

Poděkování

Upřímně děkuji všem, kteří mi byli při psaní této práce pomocníky a velkou oporou. Poděkování také patří zejména paní magistře Martině Jedlinské za zapůjčení odborných materiálů, poskytnutí cenných rad, připomínek a prostoru při zpracování této práce. Děkuji ji za hodnotné zkušenosti, poznatky a vstřícnost, se kterými se semnou podělila.

ANOTACE

Práce je zaměřena na zhodnocení vztahu mezi reminiscenčními aktivitami (RA) a mírou depresivity u seniorů žijících v institucionální péči. Hodnocena byla depresivita seniorů a stupeň závislosti ve všedních denních činnostech. Dále byly mapovány postoje seniorů ke stáří a význam RA pro život těchto seniorů. Pro sběr dat bylo zvoleno dotazníkové šetření, studium zdravotní a ošetrovatelské dokumentace a rozhovor podle návodu, který byl zaznamenáván pomocí diktafonu. Byl použit screeningový nástroj Škála deprese pro geriatrické pacienty, index Barthelové a standardizovaný dotazník postojů ke stárnutí a stáří. Prevalence depresivity v celém souboru respondentů byla alarmující. Bylo statisticky potvrzeno, že RA snižují míru depresivity u seniorů v institucionální péči. Největší význam RA vidí senioři v samotném zájmu personálu dozvědět se více o jejich minulosti.

KLÍČOVÁ SLOVA

Deprese, senior, postoje ke stáří, reminiscenční aktivity, institucionální péče

TITTLE

Mutual relation of Reminiscence Activities and Depression in elderly in institutional care

ANOTATION

This thesis is focused on the evaluation of the relationship between reminiscence activities (RA) and the rate of depression among elderly people living in institutional care. The rate of depression and the degree of dependence in daily living activities were surveyed. Furthermore, seniors' attitudes to old age and the importance of RA to their lives were mapped. For the data collection, a questionnaire survey was used, as was study of medical and nursing documentation and interview according to the instructions, which were recorded using a dictaphone. The screening tool, The Geriatric Depression Scale, Barthel's index and Attitudes to ageing questionnaire were used. The prevalence of depression in the whole area of respondents was alarming. In the examined group it was statistically proven that RA is lowering the scale of depression of seniors in institutional care. Seniors see the highest importance of RA in the interest of staff to find out more about their past.

KEY WORDS

Depression, senior, attitudes to old age, reminiscent activities, institutional care

OBSAH:

ÚVOD.....	9
CÍLE.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 Pojetí geriatrického pacienta	12
1.1 Křehký senior.....	12
1.2 Krajina stáří.....	14
1.3 Respektování lidské důstojnosti.....	15
2 Potřeby ve stáří.....	17
3 Změny způsobené stářím.....	19
3.1 Psychické změny.....	19
3.1.1 Deprese.....	20
3.1.2 Demence.....	21
3.2 Sociální změny ve stáří	22
4 Chápání vlastní role ve stáří.....	23
5 Institucionální péče	25
5.1 Intervence dlouhodobé péče	26
5.1.1 Taneční terapie	26
5.1.2 Validace.....	26
5.1.3 Reminiscence	27
II VÝZKUMNÁ ČÁST.....	31
6 Výzkumné otázky.....	31
7 Pracovní hypotézy.....	31
8 Metodika	32
8.1 Kvalitativní část	32
8.1.1 Metodika výzkumu.....	32
8.1.2 Výzkumný soubor	33

8.2	Kvantitativní část	34
8.2.1	Metodika výzkumu.....	34
8.2.2	Výzkumný soubor	35
9	Prezentace výsledků	37
9.1	Kvalitativní část	37
9.1.1	Doména psychosociální růst	37
9.1.2	Doména fyzické změny.....	37
9.1.3	Doména psychosociální ztráty	37
9.1.4	Doména hodnocení stáří.....	37
9.1.5	Doména hodnocení reminiscenčních aktivit	39
9.2	Kvantitativní část	40
9.2.1	Popisná statistika	40
9.2.2	Testování hypotéz a interpretace výsledků	48
10	Diskuse	57
10.1	Kvalitativní část	57
10.2	Kvantitativní část	59
11	Závěr	61
12	Biobliografické citace	63
	SEZNAM ILUSTRACÍ	67
	SEZNAM TABULEK	68
	SEZNAM PŘÍLOH.....	69

ÚVOD

Stáří lze definovat jako „*poslední fázi života, v níž se projevují involuční změny (zánikové, atrofické), se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu.*“ (Kalvach a Onderková, 2006, s. 7) Fenomén stáří je často viděn jako zvláštní a obávaná etapa lidského života. Většina mladých lidí je názoru, že stáří vlastně nestojí za nic. Tímto postojem se však odklánějí od všeho a od všech, kteří nějakým způsobem stáří připomínají (Haškovcová, 2010, s. 25). Ke dni 31. 12. 2010 bylo na území České republiky sečteno celkem 10 532 770 osob. Z tohoto celkového počtu bylo 2 379 696 osob ve věku 60 a více let (ÚZIS, 2012). Starých lidí v populaci významně přibývá a nadále bude přibývat. Hovoří se o geriatrizaci medicíny v procesu stárnutí populace a nástupu dlouhověké společnosti (Kalvach a kol., 2008, s. 21).

Deprese je jedna z nejrozšířenějších psychických poruch vyššího věku, projevující se skleslou náladou, lhostejností, útlumem myšlení či pesimismem. Tento závažný zdravotní problém se nejčastěji vykytuje u seniorů žijících v institucionální péči, přičemž prevalence deprese se zde pohybuje v rozmezí 15 – 30 % (Holmerová a kol., 2006, s. 175). Jiné výzkumy pak dokládají prevalenci ještě vyšší, kdy až 45 % seniorů hospitalizovaných v LDN trpí tímto onemocněním (Kubínek a Pidrman, 2008, s. 8). Demografické ukazatele předpokládají, že do roku 2020 se deprese pravděpodobně stane druhou nejvýznamnější příčinou ztracených let v důsledku disability (redukce psychosomatických schopností), hned za ischemickou chorobou srdeční (Holmerová a kol., 2006, s. 175). I přes svou závažnost, kterou představují epidemiologická a klinická data, se jedná o onemocnění, které je v mnohých případech buď neléčeno vůbec, nebo je léčeno nedostatečně. Základním důvodem tohoto stavu je nedostatečná a nepřesná diagnostika. Spotřeba předepsaných léků a průměrný počet užívaných léků v České republice stoupá s narůstajícím věkem. Seniori tvoří přibližně 15 % populace, ale spotřebují až 35 % všech předepsaných léků. S uvedenými nálezy bezprostředně souvisí i riziko polypragmzie. Ta je definována jako „*podávání více léčiv v rizikové kombinaci nebo více léčiv nadbytečně.*“ (Pidrman, 2007, s. 102) Kubínek a Pidrman (2008, s. 10) ve svých výzkumech odhadují výskyt neléčených depresí až na 80 %, ty jsou přitom podstatným rizikovým faktorem etiopatogenetického řetězce dalších chorob, které deprese provází, komplikuje a akceleruje jejich progresi.

Klinickým pozorováním bylo zjištěno, že u lidí vyššího věku, dochází často k tomu, že dlouhotrvající deprese postupně přechází do obrazu demence. Je známo, že syndrom deprese je poměrně frekventovaný doprovodný příznak demence (Jiráček, 2007, s. 200). Ztráta

soběstačnosti patří k dalším závažným důsledkům geriatrické deteriorace (zhoršování zdravotního a funkčního stavu) i různých chorob ve stáří. Soběstačnost je chápána jako „*schopnost uspokojovat běžné potřeby samostatně v daném prostředí.*“ (Kalvach a Onderková, 2006, s. 22) Jde zde o poměr mezi zdatností pacienta a náročností prostředí. Proto k zachování či obnově soběstačnosti vede nejen léčení a rehabilitace pacienta, ale také ovlivňování jeho prostředí, což je mnohdy účinnější (Kalvach a Onderková, 2006, s. 22).

Jednou z metod přijetí faktu stárnutí, dosažení integrity a prevence vzniku deprese, se všemi jejími negativními důsledky na zdraví jedince, jsou reminiscenční aktivity. Pojem reminiscence je používán jako synonymum českého výrazu vzpomínka či vzpomínání. Je to prostředek k znovunabytí prožitých událostí, které obohacují náš všední život. Reminiscenční aktivity jsou označovány jako rozhovor terapeuta (sestry) se seniorem o jeho dosavadním životě, jeho dřívějších aktivitách, událostech a zkušenostech, často s využitím náležitých pomůcek (staré fotografie, předměty, přístroje, pomůcky využívané v domácnostech, pracovní nářadí, filmy, hudba, atd.) Může to být aktivita více či méně strukturovaná, ale i zcela spontánní, nestrukturovaná. Hlavním smyslem reminiscenčních aktivit a vzpomínání je vyplnění volného času seniorů, sociální začlenění, přirozená kognitivní stimulace, nastolení psychické pohody, zformování představ člověka o sobě samém, posílení sebeúcty a sebevyjádření. To vše může mít významný preventivní účinek na vznik deprese a zlepšení kognitivních funkcí u pacientů s demencí (Schweitzer and Bruce, 2008, s. 24).

CÍLE

- I. Zhodnocení depresivity u seniorů žijících v domově pro seniory.
- II. Zhodnocení vztahu mezi reminiscenčními aktivitami a mírou depresivity u seniorů žijících v domově pro seniory.
- III. Zhodnocení závislosti ve všedních denních činnostech u seniorů žijících v domově pro seniory.
- IV. Popis subjektivního hodnocení postojů ke stáří seniory žijícími v institucionální péči.
- V. Zhodnocení významu reminiscenčních aktivit pro život seniorů.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Pojetí geriatrického pacienta

1.1 Křehký senior

Zavádějící, bohužel v Česku zakořeněné, je jednostranné ztotožnění geriatrického pacienta pouze s ošetrovatelskou a sociální problematikou, s následnou a dlouhodobou ústavní péčí. Z hlediska klinických oborových kompetencí by se geriatrické měla ujímat především těch seniorů, jejichž zdravotní problémy, přesahují praktické možnosti a zodpovědnost všeobecného lékaře a které nevyžadují v danou chvíli specializované služby jiného oboru. Bez existence geriatrických služeb a vzhledem k multimorbiditě, involuční křehkosti a potřebě multidisciplinárního přístupu se tito senioři často ocitají v „území nikoho“. Geriatrické péče o seniora je diferencovaná péče, která zahrnuje složku akutní, následnou, paliativní, preventivní, ambulantní a lůžkovou. Jádrem znalostí v oboru geriatrické je všeobecná interna s přesahy do dalších oborů, především do neurologie, gerontopsychiatrie, rehabilitace a ošetrovatelství (Kalvach a kol., 2008, s. 25).

Zde můžeme upozornit na biologický věk člověka. Z psychologického hlediska může být na tom tentýž člověk jinak, než je na tom z hlediska biologického. Proto se můžeme setkat i s termínem chronologického věku (věk podle kalendáře) i s termínem psychologického věku. V průběhu celého života procházíme určitými úseky, etapami či fázemi, který můžeme charakterizovat do čtyř stádií: Prvním stádiem je mládí (od narození do dosažení dospělosti zhruba 0 – 30 let), druhým je střední věk (doba dospělosti 30 – 65 let), třetím je život v době důchodu (bez ohledu na to, zda daný člověk důchod dostává, či ne 65 – 85 let) a čtvrtým stádiem je příprava na odchod či nástup dlouhověkosti (85 a více let) (Křivohlavý, 2011, s. 18 – 19).

Geriatrické křehkost (frailty) se v posledních letech stala jedním z nejpodstatnějších geriatrických témat koncepčně, klinicky i výzkumně. Křehkost může být zdravotníky chápána různým způsobem, například jako: nezdatnost a závislost ve smyslu nezvládnání náročnějších instrumentálních aktivit denního života s potřebou podpory zhruba v rozsahu pečovatelské služby, může být chápána jako vetchost či akumulace funkčních nedostatků seniora. Dlouhodobě destruktivním jevem je soustředění zájmu na rozdělení kompetencí na zdravotně sociální oblast místo ujasňování a řešení věcné podstaty. Důsledkem tohoto jednání je

stagnace znalostí a stereotypnost překonaných představ a postupů u odborné veřejnosti, politiků i u laiků (Kalvach a kol., 2008, s. 117 – 118).

K podpoře blahobytu ve stárnoucí společnosti a ke zvýšení kvality života ve stáří je nezbytné dát všem lidem v průběhu jejich života příležitost pro aktivní život. Starší lidé mají právo být hodnoceni jako jednotlivci na základě svých schopností a potřeb stejně jako všichni ostatní. Je nejvyšší čas popřemýšlet o tom, zda jsou jednotlivé instituce, prostředí, způsob našeho myšlení i života dostatečně připraveny na pozvolný, ale jistý příchod společnosti, ve které roste počet lidí v seniorském věku (Dvořáčková, 2012, s. 8).

Ve vyšším věku není nutností vzdát se aktivit, kterým se člověk věnoval v mladších letech, pokud zde není překážka, jako je nemoc či snížená soběstačnost. Koncept aktivního stárnutí může být do budoucna řešením nejen pro společnost, ale i samotného seniora. Je velice důležité, aby člověk vyššího věku nacházel smysluplnost svého života a byla mu co nejdéle zachována jeho autonomie (samostatnost, svébytnost). Zachování soběstačnosti a nezávislosti stárnoucí populace, by mělo být cílem veřejných činitelů a politiků. Soudržnost s přáteli, sousedy či rodinnými příslušníky jsou důležitými prvky aktivního stárnutí. Strategie aktivního stárnutí a stáří je výsledkem konsenzu mnoha odborníků a tyto strategie by měly být v popředí seniorské politiky obcí, regionů i celé země (Dvořáčková, 2012, s. 29 – 30).

Reakce na změny způsobené stářím jsou ovlivněny osobností seniora, reakcemi jeho okolí a také možnostmi, jak získat pomoc v oblastech, které senior nezvládne sám. Změn přichází v životě mnoho. Lidé se liší ve schopnosti změny přijmout, vyrovnat se s nimi a zařídit si nový život ke své spokojenosti. Adaptace patří mezi základní lidské vlastnosti a umožňuje lidem přežít i velmi obtížné situace. Avšak změn nesmí být nad únosnou míru, ta je pro každého z nás jiná. Změna musí mít pro svého nositele smysl, pak ji může lépe přijmout. Pro vyrovnání se je potřeba pomoc okolí, tolerance a trpělivosti s člověkem, který se potýká se změnou (Venglářová, 2007, s. 13).

V samém jádru modelu, který má naznačovat, jak funguje naše psychika ve starším věku, je klíčový pojem adaptace. Týká se toho, jak se člověk vyrovnává s tím, s čím se v životě setkává. A to jak s tím, co přichází z prostředí mimo něj, tak z nitra jeho vlastních problémů. Adaptivita se týká plasticity lidského jednání, tedy naší schopnosti měnit jednání (chování) v průběhu času s ohledem na změny životních podmínek. Adaptace je tak nejen velmi důležitým psychologickým jevem, s nímž se setkáváme dosti často ve vyšším věku. Je jevem, s nímž se setkáváme na každém kroku, od narození do odchodu (Křivohlavý, 2011, s. 55).

1.2 Krajina stáří

Hlavními prioritami života ve stáří i jeho podpory jsou dle principů OSN: autonomie (svébytnost), důstojnost, seberealizace (smysluplnost), participace (podílení se na něčem) a zabezpečení. Stejně hodnoty mají znevýhodnění lidé se zdravotním postižením v mladších obdobích života. Cíl a smysl života jsou i ve stáří variabilní, souvisí s hodnotovým systémem a životní situací každého člověka. K důležitým a často zdůrazňovaným prioritám vyššího věku patří: rekapitulace a urovnání vlastního života, každodenní práce na sobě jako nástroj proti osobnostnímu úpadku, přirozené plnění každodenních úkolů a povinností, podíl na výchově vnuků či pravnuků, výtvarná či tvůrčí činnost, podpora životního partnera, případně péče o něj a domácnost a v neposlední řadě zachování svébytnosti, autonomie a integrity (Čevela a kol., 2012, s. 30 – 31).

Podle psychoanalytického psychologa E. Eriksona (1999) má závěrečná fáze života významnou úlohu. Hovoří o této fázi jako o stadiu životní integrity a moudrosti proti beznaději, úzkosti, strachu ze smrti až zoufalství. Jde o přiměřenou adaptaci, zachování celoživotní identity, životního smyslu, hodnotového systému, osobnostního růstu a životní perspektivy. Podle českého psychologa J. Křivohlavého (2011, s. 27), který se mimo jiné zabýval i pozitivní a experimentální psychologií nás při vstupu do třetí fáze života, obvykle nečeká hudba a skupina přátel. Do nového života se probouzíme a jsme sami. Zdá se, že máme naprostou svobodu, ale toto zdání klame. Čeká nás důležitý krok: ujasnit si, co a jak bude dál. Začínáme pátrat po trvalých hodnotách a hledíme kriticky na své dosavadní počínání. Tento proces trvá s proměnlivou intenzitou po dobu celé třetí fáze života, která je definována jako věk mezi 65 a 85 lety.

Stárnutím se rozumí děj či proces. Stářím se rozumí stav, kdy lidé nabyli staršího věku. Stáří je součástí našeho života. Občas přemýšlíme, jak a s kým bychom ho chtěli strávit. Nebo spíše nechtěli. Medicína umožňuje prodloužit život mnoha lidem trpícím různými nemocemi. Teprve v posledních letech se u nás mluví o kvalitě života, nejen o jeho délce. Právě samostatnost, rozumná míra finančního zajištění a možnost spolurozhodovat o sobě je ve stáří vysokou hodnotou (Venglářová, 2007, s. 11).

V případě patologického stárnutí zahrnuje společenská podpora také péči sociální či zdravotnickou, monitoring a depistáž s dispenzarizací, těch seniorů, kteří neumějí nebo nechtějí zajišťovat nebo signalizovat své potřeby. V tomto případě nejdůležitější koordinační roli sehrává sociální pracovník, který získává potřebné informace o klientovi a jeho prostředí

a nakládá s nimi. Může doporučit, kdy stačí pomoc sociální (pečovatelská služba, osobní asistence) a kdy je vhodné požádat o službu zdravotnickou (domácí ošetrovatelská péče či rehabilitace). Rozhoduje o tom, zda je nezbytné přijetí do zařízení sociálních služeb. U křehkých seniorů s ohroženou či ztracenou soběstačností nelze rozlišovat hranici mezi zdravotní péčí a sociální pomocí. Spojení obou by mělo docházet jak ve zdravotnických zařízeních, tak v sociálních službách. Z toho vyplývá i nezbytnost multifunkčních týmů (Čevela a kol., 2012, s. 32 – 33).

Prostředí, které usnadňuje seniorům život, by mělo ulehčit život zejména seniorům s disabilitou. Disabilita je chápána jako „*dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav omezující pacientovy aktivity a sociální role.*“ (Kalvach a kol., 2008, s. 113 – 116) Světová zdravotnická organizace uvádí následující příklady opatření ve veřejném životě: vytvoření bezbariérových míst, modifikované pracovní prostředí ve veřejném i soukromém sektoru, částečné úvazky, flexibilní pracovní dobu pro seniory, bezpečné chodníky na ulicích, dostupné veřejné toalety, dobré dopravní značení, světelné značení na přechodech, které bude respektovat seniory, kteří potřebují delší čas na přejetí vozovky. Pohybové programy pro seniory, které pomohou zlepšit mobilitu, rekonvalescenci či zachovat svalovou sílu. Dále celoživotní vzdělávací programy, v případě smyslových poruch dostatečné zabezpečení kompenzačními pomůckami, bezbariérový přístup ve zdravotnických zařízeních a možnost účasti na rehabilitačních programech (Kalvach a kol., 2008, s. 113 – 116).

Jako jeden z nástrojů optimalizace a zdůvodňování přístupu ke zvláště křehkým seniorům (s handicapem, se zdravotním postižením, v dekompenzovaném stavu, se smrtelným onemocněním či v sociálním znejistění) se ukázal pojem a fenomén důstojnosti starého člověka. Jeho význam jen posiluje, že se týká nejen jednoho věkového období, ale že svou podstatou je univerzální a bezprostředně souvisí s humanizací či dehumanizací zdravotní a sociální péče i společenských služeb jako takových. Zamyšlení se nad posilováním či zraňováním důstojnosti křehkého člověka může prospět i rodinným vztahům a kultivaci soudobé společnosti jako takové (Cesta domů, 2004, s. 7).

1.3 Respektování lidské důstojnosti

Důstojnost obvykle spojujeme s pojmy jako úcta, autonomie, integrita a ovládání. Často bývá snazší popsat „nedůstojnost“. Rozlišujeme nejméně tři typy důstojnosti: zásluh, mravní síly, osobní identity. Důstojnost zásluh je odrazem skutečnosti, že statut člověka v mnohých společnostech závisí na jeho ekonomickém a sociálním postavení. Senioři mohou být

po odchodu do důchodu vyřazení jak z ekonomického, tak i širšího začlenění do společnosti a mohou prožívat ztrátu důstojnosti. Důstojnost mravní síly klade důraz na mravní autonomii či integritu jedince. Může se vyskytovat v různé míře stejně jako mravní standard, který může být vysoký, nízký nebo žádný. Tento typ důstojnosti trvá, podle toho, jak se daná osoba chová. Třetí typ je důstojnost osobní identity, která souvisí se sebeúctou a odráží osobitou identitu jednotlivce. Tuto důstojnost poškozují fyzické zásahy, ale také citové či psychologické újmy, například ponižování. Ústředními prvky této důstojnosti jsou integrita, pevné vědomí vlastního já, fyzická identita, začlenění do společnosti a schopnost nalézat smysl ve svém životě, svých činech a dění, na němž se člověk účastní (Cesta domů, 2004, s. 12 – 13).

Pojmy stáří, důstojnost a důstojná péče zdůrazňují význam jednotlivce. Někteří senioři mají pocit, že jsou ve společnosti odstrčení. Tento fakt významně souvisí s penzionováním. Ztrátou příjmu, umenšením možností k aktivnímu využití volného času a se ztrátou smysluplnosti (Cesta domů, 2004, s. 16). Práce s klienty v zařízeních sociální péče nebo ve zdravotnických zařízeních prochází mnoha změnami. Mění se tradiční pojetí pomáhajících rolí, hledají se nové, lepší cesty, které směřují k větší autonomii klientů. Na pracovníky je kladen velký nárok, jelikož poskytují péči nesmírně rozmanité skupině klientů. Počínaje plně samostatnými obyvateli domovů, konče klienty na specializovaných odděleních, např. pro pacienty s Alzheimerovou chorobou (Venglářová, 2007, s. 9).

2 Potřeby ve stáří

Potřeby jsou individuální a mění se v čase a ve vztahu k prostředí. V průběhu stárnutí se mohou potřeby a priority měnit při jejich uspokojování. Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí (Trachtová a kol., 2006, s. 10). Navíc saturace jedné z potřeb může frustrovat potřebu jinou, např. přestěhování do domu s pečovatelskou službou může zvýšit pocit bezpečí, ale narušit sociální vazby (Čevela a kol., 2012, s. 34). Senioři potřebují v životě uspokojovat všechny své potřeby stejně jako kdokoli jiný, přičemž jsou velmi často odkázáni na pomoc svého okolí. Potřeba péče ovšem není primárně spojena s věkem, ale je spojena s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti, které omezují člověka v jeho schopnosti uspokojovat své každodenní potřeby (Janečková, 2005, s. 163). Ve stáří mnozí lidé ztrácejí schopnost uspokojovat své každodenní potřeby a naplňovat plány. Ztrácejí kontrolu nad svým životem a tím se významně snižuje jejich kvalita života. Podpora těchto potřeb vyžaduje pochopení a znalost jiného způsobu jejich naplňování a uspokojování. Zásadní je, že ani ve stáří nejsou důležité jen potřeby fyziologické (biologické), ale na stejné úrovni jsou potřeby psychické a spirituální (Čevela a kol., 2012, s. 33).

Člověk je bio – psycho – sociální a spirituální bytost. V pojetí holismu je lidský organismus integrovaná, organizovaná jednotka. Porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popř. celého systému. Termíny holistický a holismus jsou odvozené z řeckého slova, které znamená celek (Trachtová a kol., 2006, s. 9). Kvalita života jednotlivých lidí je ovlivněna životními zkušenostmi i životními podmínkami a jejich subjektivním vnímáním. U seniorů se do popředí hodnotového systému obecně dostává zdraví a vnímání osobní i společenské pohody. Je patrné, že pohled na kvalitu života se může měnit s věkem, zdravotním stavem, sociálním postavením a mnoha dalšími okolnostmi, včetně transkulturních vlivů (Dvořáčková, 2012, s. 7). Pokud mluvíme o potřebách seniorů, tak bychom neměli zapomenout, že senior potřebuje mít pocit jistoty a bezpečí, touží po důvěře, stabilitě, jistotě a spolehlivosti. V souvislosti s potřebou bezpečí hovoříme o potřebě fyzického a psychického bezpečí a ekonomického zabezpečení. Často se snažíme seniorům pomáhat, ale naše snahy mohou vést k přílišnému ochraňování a k rozvoji závislosti seniora na okolí. Je potřeba si uvědomit, zda naše snaha ochraňovat neomezuje vůli seniora rozhodovat o sobě, svých činnostech a o svém životě (Motlová, 2007, s. 345).

Pro stáří je typické, že nelze oddělovat problematiku zdravotní a sociální. Každá změna zdravotního stavu seniora může výrazným způsobem ovlivnit jeho sociální vztahy a naopak. Změny v sociální oblasti mohou podmiňovat zhoršování zdravotního stavu. Ve stáří se vždy vyskytují somatické problémy současně s problémy psychickými i sociálními a všechny tyto problémy je třeba řešit ve vzájemné souvislosti a stejně naléhavě. V této souvislosti se hovoří o stanovení tzv. zdravotně sociální diagnózy. U osob vyššího věku spolu úzce souvisí zdravotní stav, sociální kontakty a finanční zajištění. Dobrý zdravotní stav je předpokladem, aby člověk v důchodu mohl vykonávat řadu aktivit, na které například v produktivním věku neměl čas, a k realizaci svých koníčků potřebuje finance. K nejdůležitějším potřebám ve stáří patří sociální kontakty (Motlová, 2007, s. 345).

Známí psychologové sestavují různé indexy potřeb. Americký psycholog Henry A. Murray třídí potřeby z rozličných hledisek. Nejznámější teorii týkající se lidských potřeb vytvořil ve 40. letech 20. st. americký psycholog A. H. Maslow. Jeho motivační teorie by se měla směřovat především k cílům a nikoliv k prostředkům vedoucím k dosažení potřeb. Prostředky bývají kulturně specifické, kdežto cíle jsou spíše univerzální. A. H. Maslow vypracoval hierarchii potřeb podle významu přežití, která bývá zobrazována ve formě pyramidy (viz příloha A). Potřeby rozdělil na nižší nedostatkové potřeby (potřeba nasycení a ukojení žízně, potřeba pohybu, potřeba vyměšování a osobní hygieny, potřeba dostatku spánku a odpočinku, potřeba vyhýbání se bolesti, potřeba sexuality), kam také patří potřeba jistoty a bezpečí a na vyšší rozvojové potřeby (potřeba vzájemné lásky, sounáležitosti a přijetí, náklonnosti, příslušnosti, uznání, respektu, úcty, sebeúcty, seberealizace, svobody, síly). K vyšším potřebám dále přiřadil tzv. růstové potřeby neboli metapotřeby (pseudohodnoty), pomocí kterých vysvětluje různé specifické tendence seberealizace osoby. K nimž řadí například poznávání, spravedlnost, harmonii, estetičnost, spontánnost, originalitu. Tyto potřeby existují souběžně, ale k naplnění potřeb vyšších je potřeba naplnit potřeby nižší. Pokud člověk již nedokáže uspokojit některé z těchto potřeb je na řadě okolí, především rodina či profesionální péče, aby mu pomohla naplnit tyto potřeby (Říčan, 2007, s. 232 – 233).

Každý senior má vlastní životní příběh, který je opředen bolestnými i radostnými událostmi. Celková péče o seniory by měla vycházet nejen z hodnocení tělesných změn, ale i z chápání člověka jako celistvé bytosti. V období stáří bychom neměli podceňovat význam psychosociálních potřeb, protože jejich naplňování hraje důležitou roli pro upevnění celkového tělesného zdraví i pro motivaci k dalšímu životu (Klvetová a Dlabalová, 2008, s. 57).

3 Změny způsobené stářím

Období stáří a stárnutí je provázáno řadou regresivních změn v různých oblastech života jedince. Tato životní etapa je mnohdy chápána jako čas nemoci, slabosti a samoty. V řadě oblastí je nezbytné přijmout opatření a změnit tak záporný přístup společnosti ke stárnutí populace a ke starším lidem, který bývá spojen se stereotypním až ageistickým pohledem. Pokud má dojít ke změně ustálených vzorců chování a myšlení, neobejde se to bez analýzy životních a potřeb a pochopení problémů současných seniorů (Dvořáčková, 2012, s. 7). Přestože každý člověk prožívá svůj život originálním způsobem, lze se shodnout na významných okamžicích, které přichází s vyšším věkem. Změny se odehrávají v rovině tělesné, psychické i sociální. Jedná se o propojené systémy (Venglářová, 2007, s. 11).

Mezi tělesné změny patří např. změna vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny termoregulace, činnosti smyslů, degenerativní změny kloubů, kardiopulmonální změny, změny trávicího a vylučovacího systému a v neposlední řadě sexuální aktivity. Mezi psychické změny řadíme: zhoršení paměti, obtížnější osvojování nového, nedůvěřivost, snížená sebedůvěra, sugestibilita, emoční labilita, změny vnímání či zhoršení úsudku. Sociální změny zahrnují odchod do penze, změna životního stylu, stěhování, ztráty blízkých lidí, osamělost či finanční obtíže (Venglářová, 2007, s. 12).

3.1 Psychické změny

Psychické involuční změny vedou často k poklesu schopnosti zapamatování, vybavování si a ke změně osobnosti. U seniorů se projevují záporné vlastnosti a do popředí se dostávají negativní rysy osobnosti. V kombinaci se sociálními změnami se snižuje schopnost adaptability seniorů. Pro stárnutí jsou charakteristické přirozené změny, které probíhají na biologické úrovni. Na základě těchto změn je podmíněn úbytek řady duševních funkcí. Úbytek nastává pozvolna, někdy už ve středním věku dospělosti. Je to důsledek řady změn v nervové soustavě, smyslových orgánech, pohybovém ústrojí, v činnosti žláz a látkové přeměně (Dvořáčková, 2012, s. 12 – 13).

Vždy je však nutné odlišit problematické chování způsobené změnami ve stáří od duševních či tělesných poruch. Duševní poruchy se ve stáří vyskytují podobně jako u jiných věkových kategorií. Patří mezi závažné choroby, nikoliv mezi součást stáří. Tyto poruchy zatěžují nejen nemocné, ale i jejich blízké a pečovatele. Vedou k narušení běžných životních funkcí

a dochází ke zhoršení stávajících tělesných onemocnění. Výrazně zhoršují kvalitu života a podmínkou úspěšné léčby je včasné odhalení příznaků (Venglářová, 2007, s. 18).

3.1.1 Deprese

Deprese je jednou z nejčastějších těžkostí stárnoucích lidí. Jedním z úkolů pozitivní psychologie je snaha pomoci lidem, aby se nedostávali do stavů, které by snižovaly kvalitu jejich života. To znamená, starat se o tzv. celkový pocit životní pohody (wellness). Jedním ze způsobů je vedení lidí k postojům podporujícím zdraví (Křivohlavý, 2011, str. 29). Deprese se projevuje méně viditelně, často se zamění za běžné známky stáří. Klinický obraz je povšechnější, symptomy nemusí být na první pohled patrné. Charakteristický je úbytek energie, chorobný smutek, skleslost, zvýšená citlivost k bolesti, ztráta zájmu o každodenní věci, vymizení pozitivních emocí, apatie, skleslost a zhoršení somatických projevů (Venglářová, 2007, s. 19).

Co dělá deprese, to výstižně vyjadřuje termín despirit – deprese bere člověku duchovní sílu k životu. Takovéto stavy deformují životní hodnoty a negativně ovlivňují jak pracovní, tak sociální život daného člověka. Součástí naší osobnosti jsou postoje, které předurčují poznání, chápání, myšlení a cítění člověka. Tyto postoje hrají v oblasti depresí a jejich prevence velice důležitou roli. Jiný pohled na postoje vychází z našich představ, které si vytváříme v průběhu života. Když svou představu spojíme s hodnotícím soudem, vyjádříme svůj názor na věc. Doplňme – li názor emocionální prožitkem, dostáváme postoj. (Hartl a Hartlová, 2010, s. 235).

Podle závažnosti projevů můžeme depresi dělit na mírnou, středně těžkou a těžkou. Kdy u těžkých forem deprese se lze setkat také s psychotickými příznaky (bludy, halucinace). Deprese je často přítomna v počátcích demence a její depresivní symptomy mohou změnit obraz demence. Rovněž je možné, že symptomy deprese vytvoří obraz podobný demenci (pseudodemence). Mylně pak může být poskytována péče, která je vhodná u lidí s demencí a je opomenuta léčba deprese (Venglářová, 2007, s. 19).

Podezření na depresi vyžaduje odborné psychiatrické vyšetření, kde se posoudí, zda je vhodné nasadit farmakologickou antidepresivní léčbu či jiné možnosti terapie. Častou chybou je jak nadměrné neuvážené podávání antidepresiv v marné snaze ovlivnit běžný smutek, tak ponechání depresivního člověka v bolestné prázdnotě jeho onemocnění (Čevela a kol., 2012, s. 135). Cílem léčby je odstranění nebo alespoň zmírnění symptomů deprese a to cestou

farmakologickou či nefarmakologickou. Je nutné mít na paměti, že deprese je velmi závažné onemocnění pro riziko sebevraždy nemocného. Také je velmi sužující a náročná i pro okolí nemocného, zejména pro rodinu. Základní podmínkou úspěšného přístupu k depresivním stavům je empatie ke stavu nemocného. Ztráta energie a oslabení vůle vede ke snižování denní aktivity. Člověk ztrácí důvody pro udržování hygieny, izoluje se, zanedbává výživu a hydrataci. Nenásilným zapojováním do každodenních činností ho postupně můžeme vrátit k běžnému stylu trávení dne a k sobě samému (Venglářová, 2007, s. 21 – 22).

3.1.2 Demence

Demence je „soubor příznaků souvisejících s úbytkem kognitivních schopností mozku (paměti, myšlení, orientace, uvažování, učení, řeči) při řadě různých chronických mozkových onemocnění a poškození.“ (Čevela a kol., 2012, s. 135) Demence jsou poruchy, u kterých dochází k podstatnému snížení úrovně paměti i dalších kognitivních (poznávacích) funkcí, které zajišťují adaptaci na zevní prostředí, komunikaci s prostředím a cílené chování (Jirák a kol., 2009, s. 11)

Demence je natolik závažná, že má zásadní vliv na další funkce a tím i život pacienta. Příznaky demence lze z hlediska praktického i didaktického rozdělit do tří základních skupin: narušení kognitivních funkcí, narušení aktivit denního života a poruchy chování. Výsledkem procesu demence je globální degradování duševních schopností nemocného, narušení jeho funkčních schopností a ztráta soběstačnosti. Demenci bychom měli nejprve správně diagnostikovat, a poté se pokusit určit její příčinu. Je možné ji rozdělit podle více způsobů: primární, sekundární, smíšené, ireverzibilní (nezvratné) a reverzibilní (zvratné) (Pidrman, 2007, s. 9 – 10). Ke vzniku demence nevede pouze Alzheimerova choroba, ale i více než 60 dalších chorob. Demence sama o sobě představuje určitý charakteristický soubor příznaků, který může mít různé příčiny. Některé choroby jsou vždy spojeny s rozvojem demence, u jiných se demence rozvíjí pouze někdy (Jirák a kol., 2009, s. 12).

Dnes je hlavním očekáváním v léčbě demence stabilizace nemocného, oddálení progresu, oddálení přechodu onemocnění do těžších stádií. V zemích, kde jsou k dispozici validní údaje o finančních nákladech, se ukazuje, že včasná léčba, která udrží nemocného v jeho původním prostředí, je minimálně o jeden řád lacinější než léčba institucionální (Pidrman, 2007, s. 93). V pokročilých stádiích demence ale i počínající či stávající deprese je potřebná podpora pečující rodiny, nebo zajištění kvalitní ústavní péče, podpora důstojnosti a bezpečnosti s vyloučením všech forem nevhodného zacházení. Aktivity zahrnují vycházky či vyjížděky

na vozíku, zajištění podmětů, komunikaci, validační terapii a reminiscenční aktivity (viz kapitola 5.1). Podpora důstojnosti zahrnuje i socializaci ve smyslu přiměřeného oblékání, úpravy vlasů, převlékání na denní a noční dobu, dodržování rytmu spánku a bdění, omezení psychofarmak a omezovacích postupů na nezbytnou úroveň, odstraňování bolesti a jiného tělesného dyskomfortu (Čevela a kol., 2012. s. 136 – 137).

3.2 Sociální změny ve stáří

Sociální situace seniorů je ovlivněna úrovní připravenosti společnosti na dynamický vývoj a změny ve všech oblastech za poslední desetiletí. Sociální struktura každé společnosti je vždy spojena se společenskými vztahy. Postoj dnešní společnosti ke stáří se neustále vyvíjí a mění, což do určité míry ovlivňuje společenskou roli seniorů a jejich společenský statut. V důsledku bio-psycho-sociálních změn často dochází k vyčleňování starších lidí ze společnosti. Problémy vznikají v oblasti navazování nových přátelských i partnerských vztahů. Ve stáří se zvyšuje strach z osamělosti a opuštěnosti (Dvořáčková, 2012, str. 13 – 14).

Dnešní společnost vede člověka celý život k nezávislosti, dokud je v pracovním procesu, má také jistou sociální roli. Její význam je čitelný jak pro jedince samotného, tak pro jeho okolí. Představa, že role pracujícího člověka skončí dnem odchodu do důchodu, zúzkostňuje. Náhle se o důchodu přestává hovořit a o důchodcích se už nepronášejí vtípky. V období dvou až pěti let před penzí začínají mít kandidáti na důchod pocit, že stojí na okraji propasti. Člověk se přece tím, že dosáhne právoplatného nároku na důchod, nijak nezmění. Penzionování je však aktem, který člověka „hází do starého železa“. V momentě kdy je penzionován, dochází ke změně společenské role. Pokud tuto roli již nemá, člověk se dostává do situace závislosti (Haškovcová, 2010, s. 15 – 16). Podle Eriksona (1999) chybí naší společnosti „*životaschopný ideál stáří*“, následkem toho nevíme, jak začlenit seniory do struktur společnosti, co očekávat a co nabízet.

4 Chápání vlastní role ve stáří

Stáří je obdobím bilancování předcházejícího života a jeho přijetí se vším kladným i záporným. U mnoha lidí se může objevit pocit zklamání, zbytečnosti, opuštěnosti a marnosti života. Tyto pocity pak mohou negativně ovlivňovat kvalitu jejich života. Mnozí se proto tomuto hodnocení uplynulého života vyhýbají, nebo ho nejsou z různých důvodů schopni učinit (Dvořáčková, 2012, s. 7). Klevetová (2008, s. 28) zdůrazňuje, že je důležité udržovat sociální vazby a získávat si nová přátelství v každém věku. Umožní nám to především láska k sobě samému, kdy se naučíme přijímat sami sebe. Důležité také je udržovat přátelské vztahy a mít někoho, kdo nás vyslechne, projeví nám lásku, a kdo nám dá najevo, jak mu na nás záleží. Každý se v určitých situacích může cítit nedostačující a přemožený těžkostmi života. Avšak společenský život nám může pomoci překonávat pocity nedostatečnosti a méněcennosti. Každý jedinec má dobrovolnou životní volbu a my bychom ji měli přijmout a respektovat (Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 28 – 30).

Osobnost seniora je utvářena celým jeho dosavadním životem. Hlavní roli zde hraje primární rodina, způsob života, ale také životní zkušenosti a schopnost adaptace na náročné situace. Klevetová (2008, str. 31 – 33) uvádí pět vyrovnávacích strategií o zvládnutí vlastního stáří:

Konstruktivní strategie

V této strategii se starší člověk umí vyrovnat s omezením, které mu stáří přináší. Vytváří nové vztahy, snadno navazuje kontakty, je snášenlivý a tolerantní vůči druhým. Stanovuje si přiměřené cíle, má smysl pro humor, je optimistický. Předpokladem je spokojené dětství a tvořivá dospělost.

Strategie závislosti

Člověk se zde spoléhá na pomoc druhých a nechce nic rozhodnout sám, je více pasivní. Má rád své soukromí, odpočinek, pohodlí a bezpečí. Neví, co je pro něj nejlepší a nechá se velmi dobře ovlivnit např. svými dětmi. Což často nemusí být ideální, pokud mají děti názory v rozporu s potřebami seniora.

Obranná strategie

Člověk se brání přijmout změny, které přináší stáří. Svému okolí dokazuje soběstačnost přehnanou aktivitou a odmítá pomoc druhých. Emočně se kontroluje, lpí na svých zvyklostech a nechce nic měnit. Bývá konfliktní a chce mít moc nad prostředím. Tento typ

seniora nerad přijímá myšlenku na odchod do důchodu a byl zpravidla společensky velmi úspěšný.

Strategie hostility

V této strategii je senior obětí svého života a chce být litován. Hledá viníky za své životní prohry a neustále obviňuje lidi kolem sebe. Je agresivní, nepřátelský, podezřavý, stále si na něco stěžuje a vyhledává konflikty. K mladým lidem se chová nepřátelsky, jako by jim záviděl jejich mládí.

Strategie sebenenávisti

Tento typ seniora je kritický vůči vlastní osobě a obrací svoji nenávist a zlobu proti sobě. Trpí pocitem osamělosti, častým tématem je smrt jako vysvobození. Život hodnotí kriticky a pohrdavě, netouží nic dělat a o něco se snažit. U těchto jedinců je těžké najít pozitivní přístupy, a proto nezbyvá než tyto postoje akceptovat. Ve svém životě měl neuspokojivé vztahy s rodiči, druhou polovičkou či na pracovišti.

5 Institucionální péče

V návaznosti na změny se zde objevuje nutnost hledat nový způsob života ve stáří. Moderní pohledy na stáří upřednostňují aktivní přípravu na dobu, kdy člověk potřebuje intenzivní pomoc a péči. Nejlepší a nejvítanější varianta z hlediska seniorů je pobyt v domácnosti za pomoci a podpory blízkých lidí či s Domácí péčí (Venglářová, 2007, s. 14). Pokud již senior nemůže žít v domácím prostředí nebo je to pro něj nebezpečné, je postaven před velmi náročný krok – strávit zbytek svého života v rezidenčním zařízení. Varianta institucionální péče nastupuje až při větších zdravotních obtížích, osamělosti a nemožnosti pomoci ze strany blízkých. Domovy pro seniory představují pouze jeden z článků v péči o seniory. Jsou určeny především pro osoby, které mají z důvodu věku či zdravotního postižení sníženou soběstačnost. Jedná se o osoby trpící chronickým duševním onemocněním či některým typem demence a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby (Dvořáčková, 2012, s. 8). Model kdy si aktivní senior, tedy i schopný adaptace na nové prostředí a jiný životní styl, vybere zařízení, ve kterém mu později mohou jiní poskytnout sociální a zdravotní péči je ideální (Venglářová, 2007, s. 14).

V tomto novém a neznámém prostředí se pak musí senior přizpůsobit tamním podmínkám a najít nové kontakty. Může být ohrožen adaptačním šokem, ztrátou intimity a tzv. syndromem poslední štace, takový člověk je vždy citlivě zasažen (Dvořáčková, 2012, s. 8). Mnohdy právě vstup do zařízení nabízející péči o seniory začíná velice neslavně. Je pak velkým úkolem personálu, aby pomohl klientovi překonat nové životní události a smířil se s nimi (Venglářová, 2007, s. 14). Institucionální péče je spojena s rizikem nezájmu personálu o minulost starého člověka, jehož důsledkem je pocit diskontinuity, ztráta pocitu vlastní hodnoty a identity (Janečková a kol., 2007, s. 150)

Vzhledem k prodlužující se střední délce života a ke stárnutí populace bude přibývat seniorů, kteří tento druh služeb potřebují. Prověřování kvality života seniorů v institucionální péči je velmi rozsáhlá a rychle se rozvíjející oblast. V současné době je na dodržování kvality poskytovaných služeb kladen velký důraz. Zaměstnanci by si měli uvědomovat důležitost subjektivního vnímání kvality života seniorů a měli by se snažit pochopit potřeby současných seniorů. Zvyšování kvality života seniorů v institucionální péči je podstatné pro jejich spokojený a důstojný život (Dvořáčková, 2012, s. 8).

5.1 Intervence dlouhodobé péče

Největší objem služeb tvořících dlouhodobou péči dnes poskytuje ošetrovatelský personál zejména ve zdravotnických zařízeních následné péče, v zařízeních paliativní péče a v domácí péči. V sociálních službách se na dlouhodobé péči podílí zdravotnický ošetrovatelský personál, pracovníci pro přímou obslužnou péči v zařízeních ambulantních i pobytových a v neposlední řadě i pracovníci pro pečovatelskou činnost sociálních služeb poskytovaných v domácím prostředí klientů (Čevela a kol., 2012, s. 179 – 180). Popis jednotlivých možných aktivit a přístupů institucionální péče je nad rámec možností a rozsahu této práce, a proto uvádím pouze některé. Je důležité podporovat zájem o rozvoj nových aktivizačních, podpůrných a terapeutických činností pro seniory a také usilovat o jejich zavádění do praxe. Mezi nefarmakologické intervence u seniorů s demencí či bez ní patří: programované či individualizované aktivity, multidisciplinární přístupy, orientace realitou, kognitivní trénink, úprava prostředí, kinezioterapie, taneční terapie, validace či reminiscenční aktivity.

5.1.1 Taneční terapie

K relativně mladým na tělo orientovaným terapeutickým postupům lze přiřadit terapii tancem, přestože tanec sám je spojen s historií lidstva od samého počátku. Tanec je fenomén kulturní, umělecký, antropologický, zjemňující, obohacující a povznášející lidskou duši i komunikaci. Má dar redukovat úzkost a pomáhá překonat to, co nejde překonat jinak. Tanec vstupuje do hlubších vrstev lidské psychiky (Dosedlová, 2012, s. 12). Tanec a hudba mají silný emoční náboj a jsou prostředkem snadnější nonverbální komunikace. Tyto aspekty je potřeba při práci se seniory, zvláště se seniory s demencí zdůraznit. Vnímání hudby a příjemné atmosféry, vyjádření emocí a pozitivní zpětná vazba ze strany terapeuta působí na psychiku seniora pozitivně. Pokud terapeut dokáže připravit atmosféru radosti, klidu, důvěry a empatie, může seniory motivovat nejen k vlastnímu pohybu, ale také k intenzivnějšímu a pozornějšímu vnímání, k pozvolnému získávání sebedůvěry, zájmu o život a dění kolem sebe i k překvapivým fyzickým výkonům (Jirák a kol., 2009, s. 100).

5.1.2 Validace

Tento pojem je spojován se jménem Naomi Feil, která byla jakožto sociální pracovnice nespokojená s tradičními přístupy k dezorientovaným starým lidem. Chování a emoce dezorientovaného starého člověka mohou podle Feilové souviset s jeho skrytou potřebou vyrovnat se s nevyřešenými problémy, konflikty, s nesplněnými úkoly. Taková potřeba se

u lidí s demencí projevuje především s emocionálním prožitkem dezorientovaného člověka a s jeho potřebou vést konečný životní zápas, je účinnější než snahy orientovat tyto lidi v aktuální realitě (Janečková a Vacková, 2010, s. 17)

Principem validace je úcta k člověku s demencí, přijetí a respektování jeho tématu. Jedná se o citlivé zobecnění zkušenosti pečujících o lidi s demencí. Pokud člověk s demencí stále hovoří o svém blízkém, čeká na něj a nechce se zapojit do potřebné aktivity, pečující jej v tomto případě neopravuje. Na druhou stranu ani jeho mylný názor nerozvíjí chybným a nepravdivým směrem, ale přijímá dané téma, hovoří s nemocným o jeho blízkém, o společných činnostech a příhodách a postupně dochází ke zklidnění a ke spolupráci i na aktivitě, kde se předtím nebylo možné dostat (Jirák a kol., 2009, s. 96).

K dalším validačním technikám patří blízký a upřímný oční kontakt, dotek, empatie, kladení jednoduchých neohrožujících otázek, opakování, parafrázování a zrcadlení, užívání jasného, ale hlubšího a tichého hlasu, používání hudby apod. Validace a reminiscence mají mnoho společného. Vycházejí z principu, že člověk se rozvíjí po celý svůj život, také reflektuje a hodnotí. Oba přístupy jsou také orientovány na člověka a na jeho bezpodmínečné empatické přijetí. Oproti reminiscenci lze některé validační techniky uplatnit až do pozdních stádií demence (Janečková a Vacková, 2010, s. 29)

5.1.3 Reminiscence

Paměť je schopnost přijímat, uchovávat a znovuvybavovat informace. Na rozdíl od počítačové paměti je lidská paměť propojena s dalšími psychickými funkcemi (vědomí, emoce, afekty, nálady, city, vnímání). Paměť je funkce, která nám umožňuje uvědomění si sama sebe, obsahuje všechny naše prožitky, vědomosti a dovednosti (Jirák a kol., 2009, s. 13) Schopnost aktivně si vybavovat vzpomínky patří k základním vlastnostem lidské psychiky. Jde o ožívování si minulosti v představách, při vyprávění nebo při kreativní činnosti. Vzpomínky a jejich přehodnocení mohou přispět k dosažení duševní rovnováhy, k sebezpřijetí, k rozvoji osobní identity, dosažení integrity a k udržení kontaktu se sebou samým i s okolním světem (Janečková a kol., 2007, s. 19)

Reminiscence (z lat. *reminiscere* – vzpomenout si) je jednou z důležitých validačních technik, která je definována jako „*hlasité či tiché vybavování událostí lidského života buď individuálně, o samotě nebo společně s jinou osobou či skupinou lidí*“ (Schweitzer and Bruce, 2008, s. 25). Zatímco demence vede k postupné ztrátě paměti i komunikačních dovedností,

reminiscence upozorní na původní, silné stránky člověka. Jako reminiscenční aktivity je obvykle považován rozhovor terapeuta se starším člověkem či skupinou seniorů o jeho dosavadním životě, často s využitím spouštěčů vzpomínek, jako jsou staré fotografie, předměty, nástroje, pomůcky, nářadí, módní doplňky, filmy, hudba, tanec či dobové prostředí (viz příloha B). Může to být aktivita strukturovaná, ale i nestrukturovaná, spontánní (Janečková a kol., 2007, s. 20).

Za celý život jsme něčeho dosáhli jak ve svém rodinném, tak pracovním a společenském životě. Lidé jsou na mnoho událostí a skutečností ze svého života právem pyšní a rádi se k nim vracejí. Znalost těchto událostí je důležitá pro profesionální pečující v jednotlivých zařízeních. Ti se setkávají s lidmi, kteří jsou do značné míry nesoběstační a s nimiž je mnohdy složitá komunikace. Pokud se o seniorech s demencí ale i bez ní dozvědí prostřednictvím znalosti jejich životního příběhu, budou s nimi moci lépe navazovat kontakt, zjistí, že se člověk s demencí celý rozzáří, při vzpomínce na město, kde strávil svá studia (Jirák a kol., 2009, s. 97).

Přístupy

Základním terapeutickým prvkem všech reminiscenčních přístupů je navození pohody, dobrého pocitu, sebeuspokojení, radosti a potěšení i kognitivní stimulace. Nelze však podcenit ani potřebu mnoha lidí vyrovnávat se v průběhu reminiscence s traumatickými zkušenostmi z války či osobního života. V tomto případě nejde o pouhou stimulaci vzpomínek anebo jednoduchou zábavu, ale reminiscenční setkání získávají charakter skutečného psychoterapeutického procesu. Můžeme rozlišit tři funkční úrovně reminiscenčních skupin: oddechovou, kde je cílem aktivizace starých lidí ve volném čase. Podpůrnou, kde se snažíme nastolit psychickou pohodu, obnovit sebeúctu a posílit vlastní identitu seniorů a poslední terapeutickou, která slouží jako prostředek životní rekapitulace, vyrovnání se s vlastním životem a blížící se smrtí (Janečková a Vacková, 2010, s. 23)

Reminiscenční aktivity lze aplikovat různými způsoby. Narativní přístup je založen na nestrukturované rozpravě členů skupiny. Jeho základem jsou volně, spontánně vyjadřované vzpomínky ze života, probíhá buď mezi dvěma lidmi, nebo ve skupině, může jít i o tiché individuální vzpomínání nebo psané vzpomínky, autobiografie, knihy života. Účastníci těchto skupin si tuto aktivitu užívají, reagují na podněty, začínají se spontánně obracet jeden k druhému, místo, aby komunikovali pouze s personálem (Janečková a Vacková, 2010, s. 24).

K reflektujícím přístupům patří především životní rekapitulace. Jde o vybavování vzpomínek v rozhovoru tváří v tvář mezi terapeutem a jedním účastníkem nebo malou skupinou za účelem celkové reflexe života, hledání jeho smyslu, porozumění vlastnímu životu i s jeho traumaty a konflikty a konečné přijetí vlastního života takového, jaký byl. Tento přístup pomáhá starým lidem v získání sebeúcty, psychologické rovnováhy a spokojenosti. Často vedou k odpuštění a usmíření mezi přáteli a blízkými členy rodiny (Janečková a Vacková, 2010, s. 25).

Expresivní přístupy dávají prostor pro vyjádření emocí a otevření minulosti. Jde o práci s těžkými vzpomínkami a odkrytí složitých témat, která člověk nosí dlouho v sobě, odhalení traumat, způsobených dávnými událostmi. Exprese emocí je sociálním adaptačním mechanismem, kdy člověk zapojí do své obtížné situace druhé lidi. Někdo naslouchá a reaguje, ocení jednání, vyjádří souhlas, projeví soucit, poskytne radu nebo jinou pomoc, na čas zbaví člověka jeho běžných povinností. Na rozdíl od narativních a hodnotících přístupů je při expresi vzpomínek kladen důraz také na přítomnost a na možnosti do budoucna (Janečková a Vacková, 2010, s. 29).

Podmínky života v instituci přináší řadu bariér pro uspokojení přirozené lidské potřeby vzpomínat. Je to prožívaná samota, izolace, ztráta minulosti a trvalý pocit „jsem sám mezi cizími“. Mezi další bariéry patří problémy s komunikací, ztráta paměti, dramatické přerušování kontinuity života umístěním do instituce ale i nedostatečně stimulující prostředí, chybějící podněty ke vzpomínání, života probíhá tady a teď. Reminiscenční intervence mohou výrazně zvýšit verbální produkci, bdělost, projevy humoru, reakci na podněty a interakci (Janečková a kol., 2007, s. 150). Tato metoda je využívána individuálně i ve skupinách s cílem zklidnění a zorientování klientů. Jde o širokou varietu technik a aktivit s reminiscenčními prvky užívaných pracovníky i laiky v domovech pro seniory. Práce se vzpomínkami je součástí programů těchto domovů (Janečková a Vacková, 2010, s. 12)

Kniha života a vzpomínková krabice

Tvorba vzpomínkových produktů může být velice prospěšná, ale musíme brát v úvahu, že se jedná o náročnější dlouhodobou práci. Životní knihy (biografie, portfolia) a vzpomínkové krabice jsou příkladem odlišných cest, jak můžeme zaznamenávat lidské vzpomínky. Je potřeba tvořit s určitou mírou opatrnosti, protože se mnohdy můžeme setkat nejen s pozitivními, ale i s negativními vzpomínkami. Životní příběh může poskytnout vazbu mezi

minulostí a přítomností seniora a umožňuje pečovateli nahlédnout do osoby, o kterou pečují (Schweitzer and Bruce, 2008, s. 78)

Knih života je dokument obsahující životní příběh člověka. Představuje individuální, intimní formu vzpomínání, i když může být i výsledkem spolupráce více lidí. Knihu může vytvořit starý člověk sám nebo mu s ní pomůže někdo z personálu. Vhodné je zapojit rodinu, která tak smysluplně vyplní čas svých návštěv. Proces tvorby knihy napomáhá adaptaci, slouží k propojení předchozího života a života v zařízení, podporuje zachování kontinuity života a osobní identity. Kniha může obsahovat staré i nové fotografie, originály či kopie různých dokumentů (svatební oznámení, doklady, dopisy, plány domu, vysvědčení) a jiné materiály (Janečková a Vacková, 2010 s. 121). Finální podobou knihy může být skutečná, do tvrdých desek svázaná kniha, doplněná fotografiemi nebo kresbami, literární a výtvarné dílo, jež se může stát součástí veřejné knihovny, domova nebo rodinným pokladem (viz příloha C).

Vzpomínkové krabice mohou mít podobu bedny, krabice, kufru, ale i koláže či vzpomínkového zátiší. Jde o uspořádání životních portrétů starších lidí v miniaturním prostoru krabice, jejichž prostřednictvím mohou lidé citlivým a zajímavým způsobem zveřejnit svůj životní příběh. Tento kufr je naplněn drobnými předměty, které připomínají mládí a předchozí život. Může tam být uložena oblíbená kniha, památník, vyznamenání, krabička, káča nebo jiná drobnost. Prostřednictvím těchto předmětů je možné naslouchat lidským příběhům, vytvářet příležitosti, kdy někdo může vyprávět a někdo naslouchá. Pomáhá podpořit vztah mezi starším člověkem a jeho pečovatelem, asistentem, dobrovolníkem, vrstevníkem apod. V neposlední řadě nabízí smysluplnou činnost v rámci terapeutických programů v institucích i se zapojením rodiny, která může být spoluvůrcem takového díla (viz příloha D) (Janečková a Vacková, 2010, s. 125).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

6 Výzkumné otázky

- I. Jak vysoká je míra depresivity u seniorů žijících v domově pro seniory?
- II.
 - a) Snižuje aplikace reminiscenčních aktivit míru depresivity u seniorů v domově pro seniory?
 - b) Je míra depresivity u kontrolní skupiny seniorů bez reminiscenčních aktivit vyšší po druhém měření GDS než po prvním?
 - c) Je míra depresivity u experimentální skupiny s reminiscenčními aktivitami nižší než u kontrolní skupiny seniorů bez reminiscenčních aktivit?
- III. Jak vysoký je stupeň závislosti u seniorů žijících v domově pro seniory?
- IV. Jaké postoje ke stáří mají senioři žijící v domově pro seniory?
- V. Jaký význam mají reminiscenční aktivity pro život seniorů v institucionální péči?

7 Pracovní hypotézy

- I. Míra depresivity u seniorů žijících v domově pro seniory je na škále GDS vyšší než 6 bodů.
- II.
 - a) Reminiscenční aktivity snižují míru depresivity seniorů v domově pro seniory.
 - b) U kontrolní skupiny seniorů bez reminiscenčních aktivit je míra depresivity po druhém měření GDS vyšší než po prvním měření
 - c) U experimentální skupiny seniorů s reminiscenčními aktivitami je míra depresivity nižší než u kontrolní skupiny seniorů bez reminiscenčních aktivit.
- III. Stupeň závislosti ve všedních denních činnostech dle indexu Barthelové dosahuje u seniorů žijících v domově pro seniory středního stupně.
- IV. Pozitivní postoje seniorů ke stáří, závisí na pohybové i duševní aktivitě.
- V. Reminiscenční aktivity mají pro život seniorů v institucionální péči značný význam.

8 Metodika

8.1 Kvalitativní část

8.1.1 Metodika výzkumu

Výzkumné šetření proběhlo krátkodobě během dvou měsíců (květen 2012 až červen 2012). Studie je průřezová, neexperimentální a má retrospektivní design. Ve výzkumu byla zvolena kvalitativní metoda šetření. Byl zvolen rozhovor pomocí návodu. Tento návod má zajistit, že se skutečně dostane na všechna pro tazatele zajímavá témata. Představuje seznam otázek nebo témat, jež je nutné v rámci interview probrat (Hendl, 2005, s. 175).

Rozhovor byl zaznamenán jednorázově pomocí diktafonu vždy stejnou osobou a následně přepsán do písemné podoby. Rozhovory probíhaly v soukromém a příjemném prostředí, v bytě seniora. Rozhovor trval průměrně 15 minut a skládal se, ze sedmi otázek. Tři otázky vycházely ze standardizovaného dotazníku postojů ke stárnutí a stáří (AAQ, Attitudes to ageing questionnaire) (viz příloha E). Další čtyři otázky byly vlastní konstrukce sestavené na základě osobních zkušeností a pilotního šetření, které proběhlo v únoru 2012 před samotným výzkumem. První tři otázky byly zaměřené na psychosociální růst, fyzické změny, psychosociální ztráty. Další čtyři otázky se vztahovaly k subjektivnímu hodnocení kladů či záporů stáří a významu reminiscenčních aktivit, pozitivním či negativním zkušenostem.

Strukturované reminiscenční aktivity (RA) jsou v našem šetření definovány jako pravidelná hodinová setkání zhruba osmičlenné reminiscenční skupiny jedenkrát za dva týdny po dobu čtyř měsíců (celkem 8 setkání). Cílem bylo vytvořit příjemnou atmosféru a společně vzpomínat na předem dohodnutá témata pomocí různých podnětů pro stimulaci vzpomínání. Důležitou roli v koordinaci skupinového dění měly vždy dvě facilitátorky, které usměřňovaly průběh setkání.

Získaná data byla zpracována kvalitativní analýzou, metodou otevřeného a axiálního kódování. Otevřené kódování odhaluje v datech určitá témata a přiřazuje jim označení (domény či kategorie). Analýza dat začíná otevřeným kódováním a postupuje v kódování axiální, které hledá spojení mezi vyvozenými kategoriemi (Hendl, 2005, s. 249).

Během zpracovávání kvalitativních dat bylo stanoveno 5 domén a 7 kategorií. Výsledky jsou zaznamenány v jednotlivých doménách a kategoriích. První doménou byla doména Psychosociální růst s kategorií Příjemné změny, které s sebou stáří přináší. Druhou doménou

byla doména Fyzické změny s kategorií Omezení fyzického zdraví. Třetí doménou byla doména Psychosociální ztráty s kategorií Ztráty v sociálních vztazích. Čtvrtou doménou byla doména Hodnocení stáří s kategoriemi Pozitivní hodnocení stáří a Negativní hodnocení stáří. Poslední pátou doménou byla doména Hodnocení reminiscenčních aktivit s kategoriemi Pozitiva a Negativa reminiscenčních aktivit.

Standardizovaný dotazník AAQ se používá pro screening afektivních funkcí u seniorů. Metodický postup při vytváření dotazníku postojů vycházel z doporučení skupiny WHOQOL, za spolupráce většiny výzkumných center, která se účastnila projektu WHOQOL-OLD. Postojový dotazník obsahuje 24 položek ve třech doménách nazvaných psychosociální ztráty, fyzické změny a psychologický růst (Dragomirecká a Prajsová, 2009, s. 16).

Koeficient vnitřní konzistence zjišťuje, jak dobře daný soubor položek měří jednotlivé skryté konstrukty. Dle výpočtů jednotlivé domény AAQ mají přijatelnou míru vnitřní konzistence. Obsahová validita je dána způsobem konstrukce položek a ověřením jejich vhodnosti během pilotního a terénního testování. Při konstrukci položek se vycházelo jednak z gerontologické literatury a existujících škál, jednak z materiálů získaných z řízených skupinových rozhovorů se seniory. Dotazník AAQ se vyhodnocuje na základě příručky pro uživatele české verze dotazníku. Jednotlivé položky a domény jsou vyhodnoceny aritmetickým průměrem. Tento průměr je porovnáván s populačním průměrem (Dragomirecká a Prajsová, 2009, s. 26).

8.1.2 Výzkumný soubor

Celkem bylo osloveno 15 seniorů. Výzkumný soubor tvořilo 10 záměrně vybraných respondentů žijících v institucionální péči. Výzkum probíhal ve dvou spolupracujících domovech pro seniory v Praze. Kritériem pro zařazení respondentů do výzkumu, byl věk nad 65 let, výsledky kognitivního testu Mini – mental state examination (MMSE) nad 18 bodů, podpis informovaného souhlasu o studii (viz příloha F) a účast na 8 lekcích strukturovaných RA. Tři pacienti se odmítli zúčastnit výzkumu z obavy podepsat informovaný souhlas. Dva pacienti nebyli zařazeni do výzkumu, jelikož se nezúčastnili všech osmi lekcí RA.

V úvodu byli respondenti seznámeni s problematikou výzkumu a byli ujištěni o anonymitě prováděného šetření autorem výzkumného šetření. Jelikož u tohoto typu studie nejsou fixní pravidla ohledně velikosti vzorku, domnívám se, že je velikost výzkumného vzorku adekvátní. U desátého respondenta došlo ke shromáždění potřebných dat k tzv. saturaci dat, jelikož u dalšího respondenta nebylo získáno nových údajů.

8.2 Kvantitativní část

8.2.1 Metodika výzkumu

Výzkumné šetření probíhalo během časového úseku od února 2012 do června 2012, přičemž data byla sbírána v několika rozdílných časových obdobích pouze autorem výzkumného šetření. Pilotního šetření proběhlo na začátku února 2012 a mapovalo domovy pro seniory, které využívají reminiscenční aktivity. Studie je longitudinální, experimentální (Hendl, 2009, s. 65).

Výzkum probíhal kvantitativní metodou šetření a studiem zdravotní a ošetrovatelské dokumentace. Pro sběr dat byl použit screeningový nástroj Škála deprese pro geriatrické pacienty GDS (Geriatric Depression Scale), který se skládá z 15 otázek (viz příloha G). Dále byl použit index Barthelové, který se skládá z 10 položek (viz příloha H). Studiem zdravotní a ošetrovatelské dokumentace byla sbírána data, jako je věk, výsledky MMSE a data z oblasti psychofarmakologické medikace. Hodnocení depresivity a soběstačnosti proběhlo ve dvou měřeních. U experimentální skupiny proběhla měření před a po absolvování strukturovaných RA. U kontrolní skupiny byla měření provedena ve stejném časovém období jako ve skupině experimentální.

Získaná data byla statisticky zpracována v aplikaci STATISTICA ©. Hodnocen byl statisticky významný vztah mezi vybranými proměnnými (výskyt míry depresivity, reminiscenční aktivity) na hladině významnosti 5 %. Pro výpočty byl využit parametrický závislý (párový) t – test a parametrický t – test pro nezávislé vzorky. Vypočtená hodnota (p) byla porovnána se stanovenou hladinou významnosti (α). Hodnota hladiny významnosti je dopředu zvolená hranice, určující, které pravděpodobnosti budou považovány za dostatečně malé pro zamítnutí hypotézy. Jestliže je vypočtená hodnota $p < \alpha$ (0,05), pak nulovou hypotézu zamítáme a považujeme test za statisticky významný (Zvářová, 2011, s. 177).

Škála GDS je screeningovým nástrojem s velmi dobrou výpovědní hodnotou. Dle MKN 10 pro diagnózu velké deprese/těžké depresivní epizody má dle studií škála GDS od skóre 5 a více bodů senzitivitu 93 % a specificku 65 %. Od 6 a více bodů je specificku 78 %. V případě dosaženého skóre GDS mezi 5 a 9 je diagnóza a eventuelní léčba věcí podrobného vyšetření a individuálního přístupu, avšak v případě skóre nad 10 je diagnóza deprese a vhodnosti indikace antidepresiv velmi pravděpodobná (WHO, 1992). Interpretace GDS škály: bez deprese 0 – 5 bodů, mírná deprese 6 – 10 bodů. Manifestní deprese vyžadující

odborníka nad 10 bodů (Shiekh a Yesavage, 1986, s. 165). Míra depresivity byla pro potřeby tohoto výzkumu vztažena k výsledkům škály GDS, přičemž deprese byla definována jako skóre rovno nebo vyšší 6 bodů.

Index Barthelové je jednou z mnoha modifikací testu základních všedních činností (**ADL**, activities of daily living) dle Katze. Index Barthelové je koncept hodnocení aktivit každodenního, běžného, všedního života. Vychází z přesvědčení, že u seniorů není rozhodující dílčí míra zlepšení tělesné zdatnosti ale funkční zdatnosti ve smyslu sebeobsluhy a soběstačnosti, aktivity a podílení se na něčem. Index Barthelové zahrnuje hodnocení 10 položek. Každá položka může být ohodnocena 0, 5 či 10 bodů. Interpretace indexu: nezávislost 100 bodů, závislost lehkého stupně 65-95 bodů, závislost středního stupně 45 – 60 bodů, vysoká závislost 0 – 40 bodů. Míra soběstačnosti byla pro potřeby tohoto výzkumu vztažena k výsledkům indexu Barthelové (Kalvach a kol., 2008, s. 94).

Ke zjištění celkových kognitivních funkcí byla užitá nejpoužívanější metoda, **test MMSE**, zahrnující celkově 10 subtestů, které hodnotí různé oblasti. Interpretace testu MMSE: těžká demence 0-6 bodů, středně těžká demence 6-17 bodů, lehká demence 18-24 bodů, hraniční nález s doporučením sledování 25-26 bodů, bez poruchy kognitivních funkcí 27-30 bodů (AD centrum, 2011).

Přehledová tabulka s informacemi o tom, jaké prvky byly ve výzkumném šetření sledovány a hodnoceny, je umístěna v příloze CH.

8.2.2 Výzkumný soubor

Celkem bylo osloveno 120 seniorů. Výzkumný soubor tvořilo 100 záměrně vybraných respondentů žijících v institucionální péči. Soubor byl záměrně rozdělen do dvou skupin – experimentální a kontrolní. Počet respondentů v experimentální skupině byl 50 seniorů, stejně jako ve skupině kontrolní. Senioři z experimentální skupiny absolvovali aktivní strukturované RA a senioři z kontrolní skupiny se RA nezúčastnili. Výzkum probíhal ve dvou spolupracujících domovech pro seniory ve středočeském kraji. Experimentální skupina seniorů byla složena ze dvou domovů, kde probíhaly RA, vždy 25 seniorů z jednoho domova. U kontrolní skupiny bylo početní rozdělení seniorů ze stejných dvou domovů totožné, tedy po 25 seniorech. Kritériem pro zařazení respondentů do výzkumu, byl věk nad 65 let, výsledky kognitivního testu Mini – mental state examination (MMSE) nad 18 bodů, podpis informovaného souhlasu o studii (viz příloha F) a u experimentální skupiny účast na 8 lekcích

strukturovaných RA. V úvodu byli respondenti seznámeni s problematikou výzkumu a byli ujištěni o anonymitě prováděného šetření autorem výzkumného šetření. Pět pacientů se odmítlo zúčastnit výzkumu z obavy podepsat informovaný souhlas. Osm pacientů nebylo zařazeno do výzkumu, jelikož se nezúčastnili všech osmi lekcí RA. Sedm pacientů nebylo zařazeno do výzkumu z důvodu nízkého počtu bodů v testu MMSE.

9 Prezentace výsledků

9.1 Kvalitativní část

9.1.1 Doména psychosociální růst

Mezi příjemné změny, které stáří přináší, senioři zařadili více volného času, bohatý kulturní program (koncerty, kino, zpěv atd.), komfort a spokojenost se službami domova pro seniory.

Paní Kateřina vypovídá: *„Nikdy jsem tak společensky a bohatě nežila, jako žiju tady, protože tady těch možností jít někam je hodně. Doma se mi tak nechtělo, tam jsem byla jen televize.“*

9.1.2 Doména fyzické změny

Fyzické změny, ke kterým ve stáří dochází, vnímají senioři jako omezení fyzického zdraví a kondice. Jako nejvíce omezující hodnotí bolesti kloubů, omezení rozsahu pohybu, zhoršení zraku, sluchu, chůzi s chodítkem, trvalou inkontinenci moče, třes rukou a necitlivost prstů. Většina seniorů se ale ztotožňuje s postojem, že pro zmírnění omezení fyzického zdraví a kondice je nutné pravidelně cvičit.

Paní Vlasta popisuje: *„Den uteče jako voda, takže na nějaké omezení moc nemyslím. To se člověk musí stále pohybovat, to jinak nejde, protože ležet to nemá cenu. Pohyb je potřeba, kdyby člověk furt ležel, tak se vůbec nehne.“*

9.1.3 Doména psychosociální ztráty

Psychosociální ztráty vnímají senioři především ve vztazích s nejbližšími. Nejvíce je ovlivňuje úmrtí partnera či snížení frekvence návštěv dětí, vnoučat, pravnoučat. Tyto ztráty v sociálních vztazích se projevují smutkem, stresem a depresemi. Senioři je kompenzují navázáním nových sociálních vztahů uvnitř uměle vytvořené skupiny lidí v domovech pro seniory či jinými způsoby seberealizace (např. procházky, účast na kulturních programech).

Paní Božena popisuje: *„Stáří mi přineslo přátelství, ale bohužel to je i špatné, protože člověk si na někoho zvykne, má pocit, že si s ním rozumí a najednou zjistíte, že je pryč, že umřel. To je to nejhorší.“*

9.1.4 Doména hodnocení stáří

V této doméně většina seniorů uvedla, že stáří nic příjemného nepřináší ani moudrost či zralost. Často jim chybí práce, rodina a společnost. Stáří s sebou nese i bolest ze ztráty

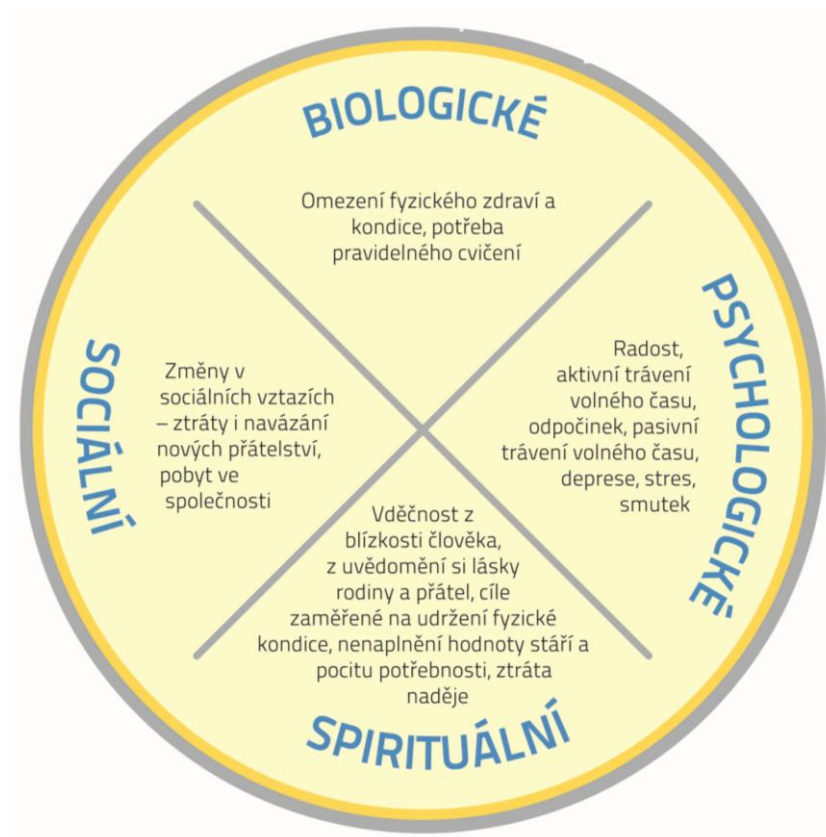
blízkých lidí, ať už rodinného příslušníka či nových přátel v institucionální péči. Negativní hodnocení stáří se objevuje především u seniorů, kteří tráví svůj čas pasivně. Stáří pak popisují jako nutné zlo, omezení, samotu, období ztrát, potíže.

Paní Marie vypovídá: „*Musím říct, že stáří není dvakrát příjemné. Jak člověk stárne, má fůru nemocí a těžkostí. Kdybych ho měla a mohla hodnotit tak ho vymažu, ale skutečnost, že je to všech, tak ho беру jako nutný zlo.*“

Pozitivně hodnotí stáří senioři, kteří tráví čas, i přes fyzické změny aktivně (účast na cvičeních, procházky, společenský kontakt). Pro tyto seniory je stáří obdobím štěstí, spokojenosti, možnosti relaxace, výzvou pro adaptaci na změněnou situaci.

Paní Kateřina vypovídá: „*Člověk to bere s nadhledem, nesmí se zaobírat sám sebou, to ho brzdí. Je potřeba všechno brát s nadhledem, jinak to nejde. Čím člověk méně o všem přemýšlí, tím lepší se žije. Já jsem měla, vám řeknu dost velký štěstí, že jsem se dostala do zařízení. Většinou se necítím sama, mám tu nové přátele, sem tady spokojená.*“

Na obr. 1 jsou znázorněny postoje seniorů ke stáří v kontextu potřeb.



Obr. 1 Subjektivní hodnocení postojů ke stáří v kontextu potřeb

9.1.5 Doména hodnocení reminiscenčních aktivit

V této doméně rozhovory ukázaly, že největší význam reminiscenčních aktivit vidí klienti v samotném zájmu personálu dozvědět se více o minulosti seniora. Paní Marie vypověděla: *„Já jsem byla překvapená hned zpočátku, jak jsem nastoupila do domova, že mají zájem člověka nějak blíže poznat.“*

Další význam vidí senioři ve smysluplném zhodnocení času. Paní Jarmila pronesla: *„Člověk musí být rád, že může vůbec jít mezi lidi, protože ležet sám na pokoji, to je potom špatný. Rád přijdu mezi lidi a dozvím se o nich více.“*

Velký význam byl zaznamenán také v komunikaci a navazování kontaktů. Paní Pavla pověděla: *„Bylo to dost zajímavý, člověk se seznámil s vrstevníky podobného stáří, vzpomínalo se na dřívější věci. Líbilo se mi, že každý řekl o sobě pár slov a pak tam byly různé staré předměty a my jsme vzpomínali, jak se to používalo.“*

Mezi pozitiva reminiscenčních aktivit senioři zařadili nejčastěji posílení vztahů mezi personálem a mezi vrstevníky, dále poznání životních příběhů a názorů vrstevníků ze skupiny, pochvalovali si také rodinnou atmosféru a příjemné prostředí. Na otázku, co jim reminiscenční terapie přinesla negativního, odpovídali často podobně a to, že nic negativního během setkání nezažili. Přesto se vyskytlo jedno negativní hodnocení. Paní Kateřina řekla: *„Ráda se zúčastňuju čehokoliv, je to užitečné. Pokoušela jsem se zapojit během sezení, ale nic jsem z toho neměla, protože nic neslyším a skoro nevidím.“* V tomto případě často facilitátor sezení tlumočí příběh nahlas a srozumitelně.

9.2 Kvantitativní část

9.2.1 Popisná statistika

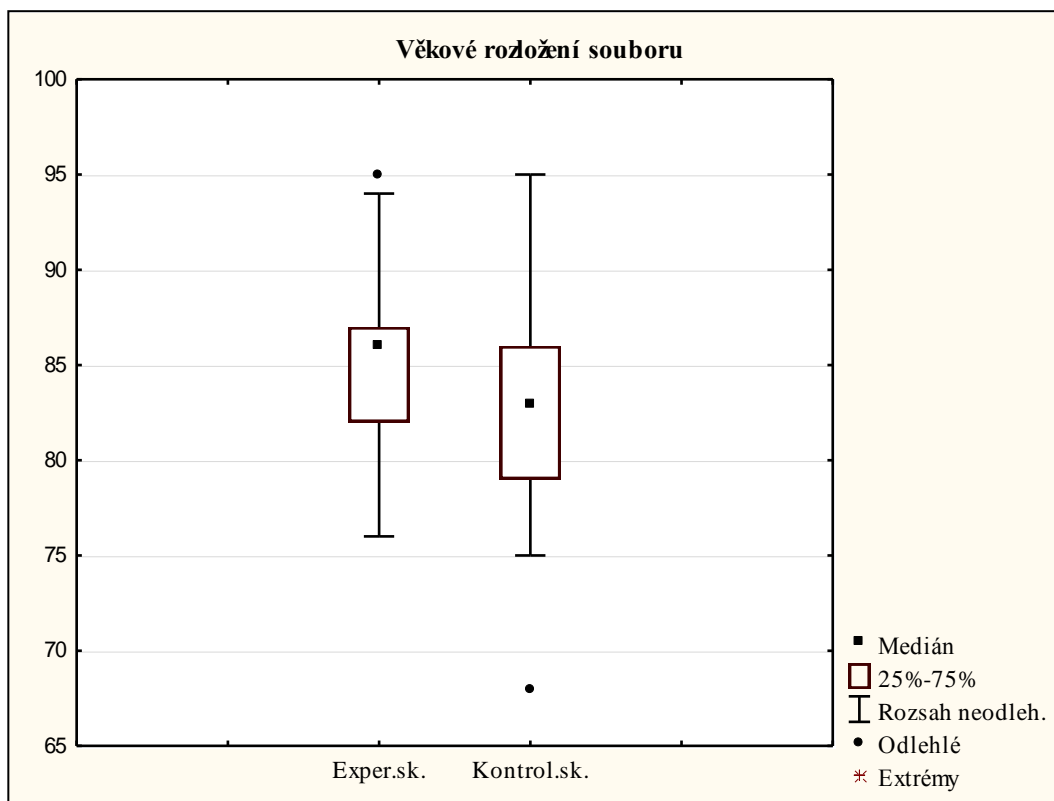
Proměnné byly sumarizovány do základní popisné statistiky, která byla vypočtena pro prezentaci absolutních četností. Tímto způsobem byla prezentována data vztahující se k věku, k testům MMSE, GDS, ADL a k užívání psychofarmakologické medikace (antidepresiva, anxiolytika, antipsychotika, hypnotika) u sledovaného souboru seniorů (n = 100).

Tabulka č. 1 prezentuje věkové rozložení celého výzkumného souboru. Průměrný věk seniorů (obě skupiny) ve studii byl 84 let s minimem 68 let a maximem 95 let. Modus ve zkoumaném vzorku byl 83 let a medián 84 let. U obou skupin respondentů bylo maximem věku 95 let. Minimem věku v experimentální skupině bylo 76 let a v kontrolní skupině 68 let.

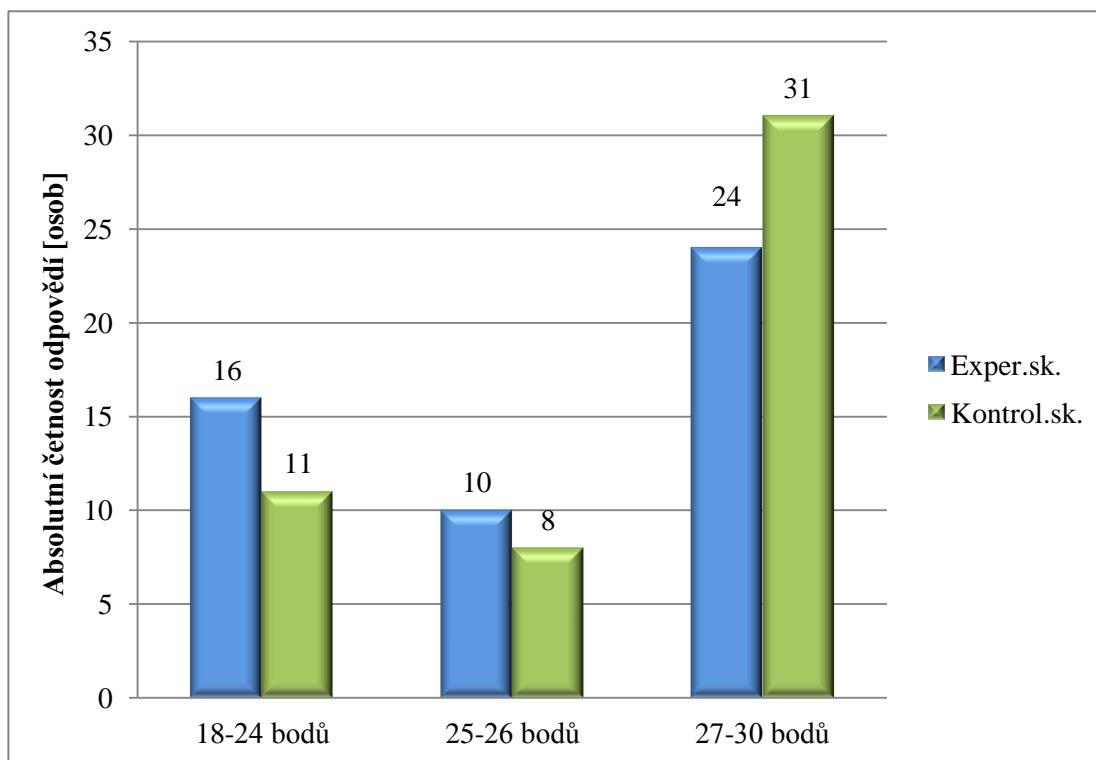
V krabicovém grafu na obr. 2 je znázorněn přehled o věkovém rozložení výzkumného souboru. Graf byl pro lepší vypovídající hodnotu vytvořen ze středních hodnot (mediánů) v programu STATISTICA ©. Dle znázornění krabicových grafů jsou patrné dva odlehle body v obou skupinách.

Tab. 1 Statistické ukazatele věkového rozložení souboru

	N platných	Průměr	Medián	Modus	Minimum	Maximum	Sm.odch.
Exper.sk.	50,00	85,06	86,00	82,00	76,00	95,00	4,34
Kontrol.sk.	50,00	82,80	83,00	83,00	68,00	95,00	4,96
Obě sk.	100,00	83,93	84,00	83,00	68,00	95,00	4,77



Obr. 2 Krabicový graf věkového rozložení souboru



Obr. 3 Absolutní četnost bodového hodnocení výsledků testu MMSE obou skupin výzkumného souboru

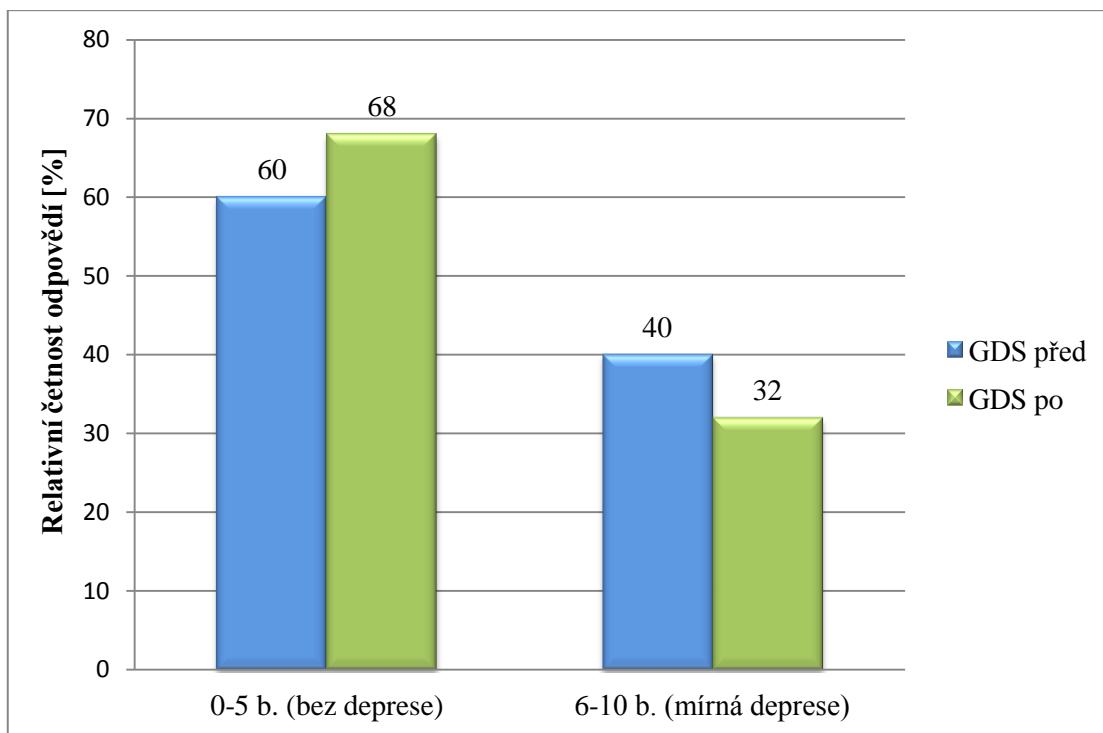
Díky celkovému počtu respondentů $n = 100$ relativní četnost v procentech dosahuje stejné hodnoty jako absolutní četnost. V prezentovaném výzkumném souboru seniorů ($n = 100$) dosáhlo v testu kognitivních funkcí 27 % respondentů rozmezí $> 18 < 24$ bodů, což značí, dle definice přijaté v tomto výzkumu pro lehkou demenci. Hraniční nález s doporučením dalšího sledování byl stanoven u 18 % respondentů, kteří dosáhli rozmezí $> 25 < 26$ bodů. Bez poruchy kognitivních funkcí bylo 55 % respondentů (viz obr. 3).

V experimentální skupině seniorů ($n_1 = 50$) dosáhlo v testu MMSE 32 % (16) respondentů kategorie lehká demence. Bez poruchy kognitivních funkcí bylo 48 % (24) respondentů. V kontrolní skupině seniorů ($n_2 = 50$) nabylo kategorie lehká demence 22 % (11) respondentů a 62 % (31) respondentů bylo bez poruchy kognitivních funkcí (viz obr. 3).

Tabulka č. 2 zaznamenává absolutní četnosti bodových hodnot experimentální a kontrolní skupiny dosažených na škále GDS, která je hodnocena v bodových intervalech. Prevalence depresivity v celém sledovaném souboru respondentů (n = 100) byla 43 %. U 37 % respondentů byla míra depresivity v rozmezí 6-10 bodů, což značí, dle definice přijaté v tomto výzkumu pro mírnou depresi. 6 % respondentů dosáhlo hodnocení > 11 bodů, což značí, podle GDS, pro manifestní depresi vyžadující pozornost odborníka. Po RA v experimentální skupině a ve stejném časovém období v kontrolní skupině byla prevalence depresivity celkově 39 %. U 32 % respondentů byla míra v rozmezí 6-10 bodů. 7 % respondentů dosáhlo hodnocení > 11 bodů. Celkově prevalence depresivity klesla o 4 %.

Tab. 2 Absolutní četnost bodového hodnocení výsledků škály GDS

Scóre GDS	Všichni respondenti		Experimetální skupina		Kontrolní skupina	
	před	po	před RA	po RA	před	po
0-5 bodů, n	57	61	30	34	27	27
6-10 bodů, n	37	32	20	16	17	16
11 a více, n	6	7	0	0	6	7
Celkem	100	100	50	50	50	50



Obr. 4 Relativní četnost odpovědí na škále GDS u experimentální skupiny před a po RA

Na obrázku č. 4 je zobrazena relativní četnost odpovědí dosažených na škále GDS v rozmezí 0 – 5 bodů a 6 – 10 bodů u experimentální skupiny. Výsledky měření na škále GDS v experimentální skupině ($n_1 = 50$) před absolvováním strukturovaných reminiscenčních aktivit (RA) prokázaly přítomnost deprese, dle definice přijaté v tomto výzkumu, u 40 % (20) respondentů. Ve stejném časovém období u skupiny kontrolní ($n_2 = 50$) byla depresivita prokázána u 46 % (23) respondentů. Po absolvování RA klesla depresivita u experimentální skupiny o 8 % (4), výsledný výskyt respondentů s depresivní symptomatologií byl 32 % (16). Ve stejném časovém období se v kontrolní skupině míra depresivity respondentů nezměnila.

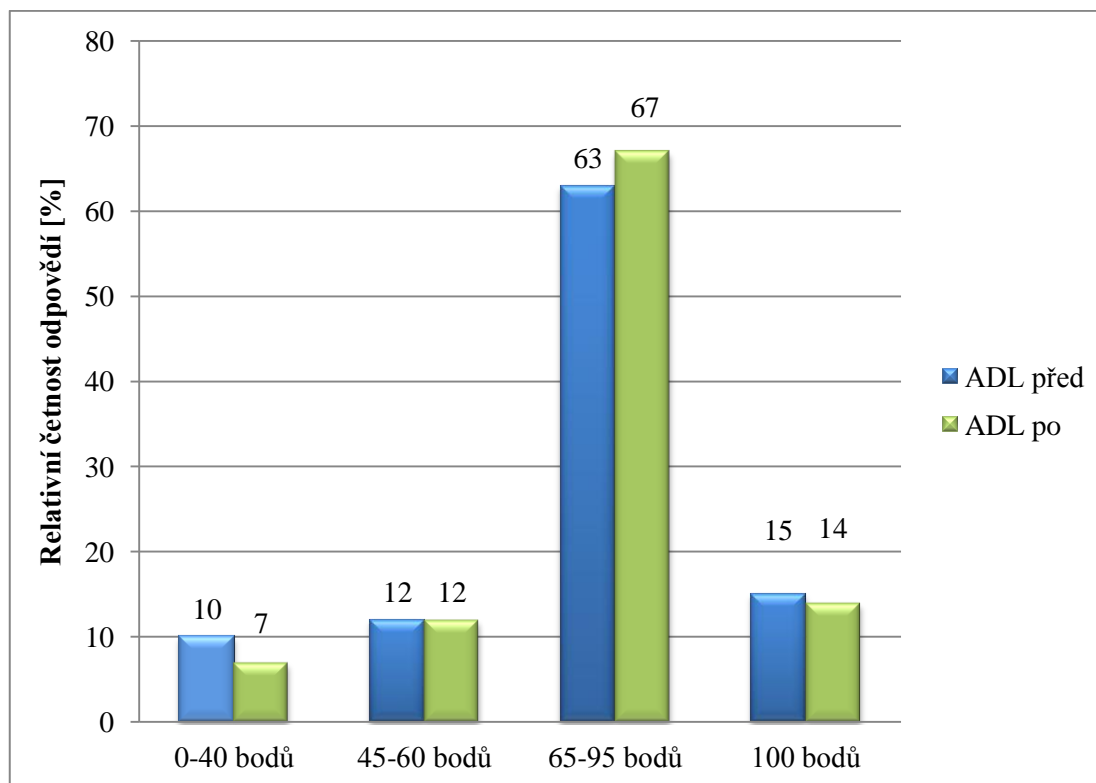
Tabulka č. 3 zobrazuje absolutní četnosti bodových hodnot experimentální a kontrolní skupiny dosažených v indexu Barthelové. Index Barthelové je hodnocen v bodových intervalech. Výsledky naměřených hodnot dosažených v experimentální skupině ($n_1 = 50$) před absolvováním strukturovaných reminiscenčních aktivit (RA) ukázaly vysokou závislost v indexu Barthelové u 6 respondentů. Ve stejném časovém období u skupiny kontrolní ($n_2 = 50$) byla vysoká závislost prokázána u 4 respondentů. Po absolvování RA byl výsledný výskyt v experimentální skupině s vysokou závislostí v denních činnostech prokázán u 4 respondentů. Míra vysoké závislosti se snížila u 2 respondentů.

Závislost středního stupně v denních činnostech byla v experimentální skupině ($n_1 = 50$) před RA prokázána u 7 respondentů. Ve stejném časovém období byla střední závislost prokázána u 5 respondentů v kontrolní skupině ($n_2 = 50$). Po absolvování RA byl výsledný výskyt v experimentální skupině se střední závislostí 6 respondentů. Míra závislosti se snížila u jednoho respondenta. Ve stejném časovém období v kontrolní skupině se stupeň střední závislosti zvýšil u jednoho respondenta. V experimentální skupině ($n_1 = 50$) před RA byla prokázána lehká závislost v indexu Barthelové u 32 respondentů. Ve stejném časovém období u skupiny kontrolní ($n_2 = 50$) byla lehká závislost prokázána u 31 respondentů. Po absolvování RA byl výsledný výskyt v experimentální skupině s lehkou závislostí v denních činnostech 35 respondentů. Míra závislosti se snížila u 3 respondentů, kteří před RA dosáhli vysokého a středně vysokého stupně závislosti v indexu Barthelové. Ve stejném časovém období se v kontrolní skupině stupně závislosti v indexu Barthelové výrazně nezměnily.

Tab. 3 Absolutní četnost bodového hodnocení indexu Barthelové

Scóre ADL	Experimetální skupina		Kontrolní skupina	
	před RA	po RA	před	po
0-40 bodů, n	6	4	4	3
45-60 bodů, n	7	6	5	6
65-95 bodů, n	32	35	31	32
100 bodů, n	5	5	10	9
Celkem	50	50	50	50

Na obrázku č. 5 je zobrazena relativní četnost bodových hodnot dosažených v indexu Barthelové před a po RA u experimentální skupiny a ve stejném časovém období u kontrolní skupiny. Výsledky jsou prezentovány z obou skupin respondentů společně. Díky celkovému počtu respondentů $n = 100$ relativní četnost v procentech dosahuje stejné hodnoty jako absolutní četnost. Prevalence závislosti v různých stupních v celém sledovaném souboru respondentů ($n = 100$) byla 85 %. V prezentovaném výzkumném souboru seniorů ($n = 100$) dosáhlo v hodnocení stupně závislosti v základních denních činnostech 10 % respondentů rozmezí 0 – 40 bodů, což značí, dle definice přijaté v tomto výzkumu pro vysokou závislost. Závislost středního stupně byla stanovena u 12 % respondentů, kteří dosáhli rozmezí 45 – 60 bodů. Lehká závislost byla prokázána u většiny respondentů (63 %), kteří dosáhli rozmezí 65 – 95 bodů. 15 % respondentů bylo zcela nezávislých. Po RA v experimentální skupině a ve stejném časovém období v kontrolní skupině byla prevalence závislosti v různých stupních celkově 86 %. 14 % respondentů bylo zcela nezávislých. Celkově prevalence závislosti v různých stupních neklesla.

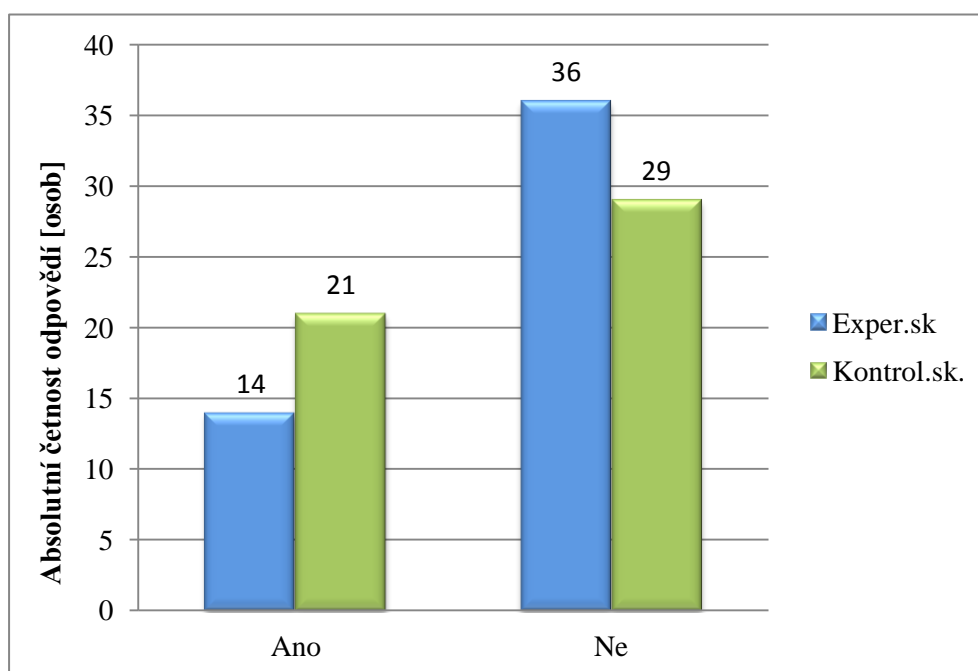


Obr. 5 Relativní četnost bodového hodnocení výsledků indexu Barthelové před a po RA u obou skupin respondentů

Psychofarmakologická medikace ve zkoumaném souboru byla různorodá. Bylo sledováno užívání hypnotik, antipsychotik, anxiolytik (benzodiazepinů) a antidepresiv skupiny SSRI (selective serotonin reuptake inhibitors) a antidepresiv 4. generace. Z celkového počtu respondentů (n = 100) užívalo sledovanou medikaci 35 seniorů (viz obr. 6). Respondenti užívali více léků než jeden. Hypnotika užívalo 9 respondentů, neuroleptika 20, anxiolytika 19. Antidepresiva ze skupiny SSRI a antidepresiva 4. generace užívalo 16 respondentů (viz tab. 4).

Tab. 4 Absolutní četnost užívané medikace ve zkoumaném vzorku

Druhy medikace	Všichni s medikací	Experimentální sk.	Kontrolní sk.
Hypnotika	9	0	9
Neuroleptika (antipsychotika)	20	14	6
Anxiolytika (benzodiazepiny)	19	12	7
Antidepresiva (SSRI)	15	10	5
Antidepresiva (4. generace)	1	0	1
Celkem	64	36	28



Obr. 6 Užívání psychofarmak ve zkoumaném souboru

9.2.2 Testování hypotéz a interpretace výsledků

Test normálního rozložení souboru S1

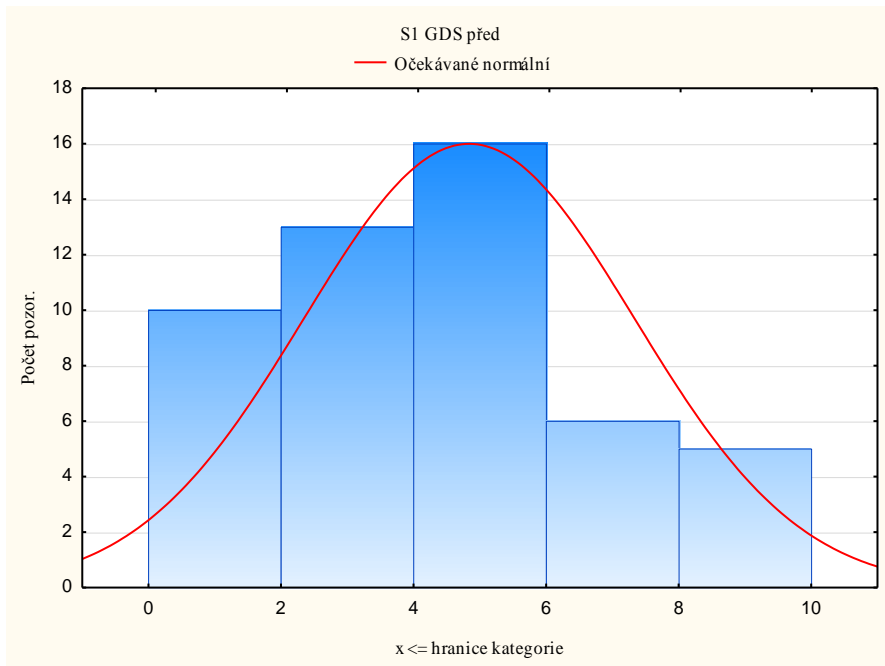
Test normálního rozložení experimentální skupiny seniorů s reminiscenčními aktivitami (S1) je nezbytný pro výběr testu. Tab. 5 reprezentuje testovaný soubor S1. Tabulka zobrazuje, směrodatnou odchylku, průměr, medián, modus či hodnoty minima, maxima naměřené v obou souborech před a po RA. Modus hodnot GDS naměřených u seniorů před RA a po RA se liší o 4 body.

Tab. 5 Statistické ukazatele testovaného souboru S1

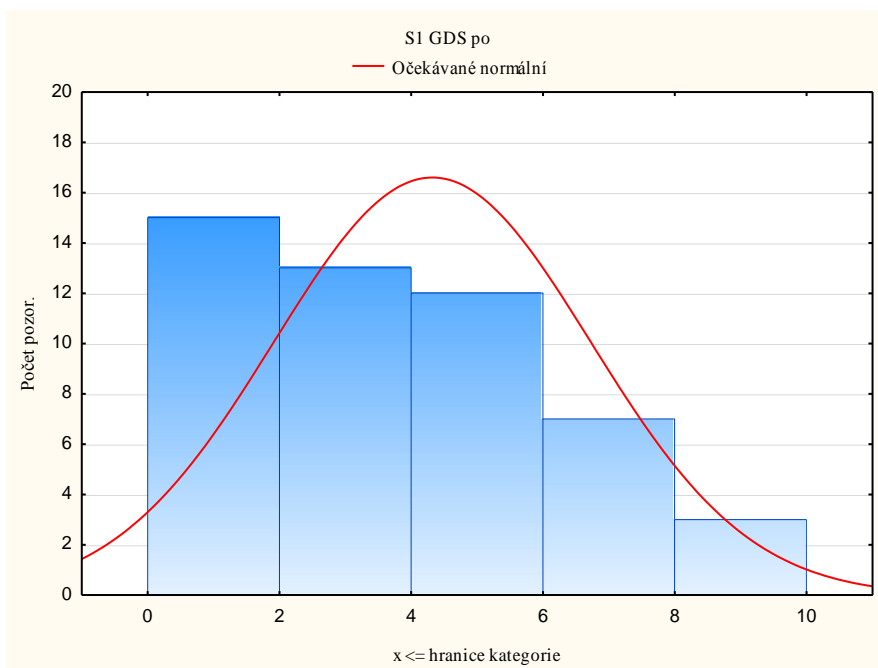
	N platných	Průměr	Medián	Modus	Součet	Minimum	Maximum	Sm.odch.
S1 GDS před RA	50,00	4,84	5,00	6,00	242,00	1,00	10,00	2,49
S1 GDS po RA	50,00	4,32	4,00	2,00	216,00	1,00	10,00	2,40

Parametrický párový t – test předpokládá data, která patří do normálního (Gaussova rozložení). Pokud by data nespĺňovala tuto podmínku, musel by být použit neparametrický test. Základní orientace podle histogramu na obr. 7 a obr. 8 napovídá, že se bude zřejmě jednat o normální rozložení dat. Test normálního rozdělení provedeme pro každou proměnnou zvlášť. Pro potvrzení použijeme Kolmogorův – Smirnovův test, který předpokládá H_0 : data patří do normálního rozložení (Holá, 2012, s. 73).

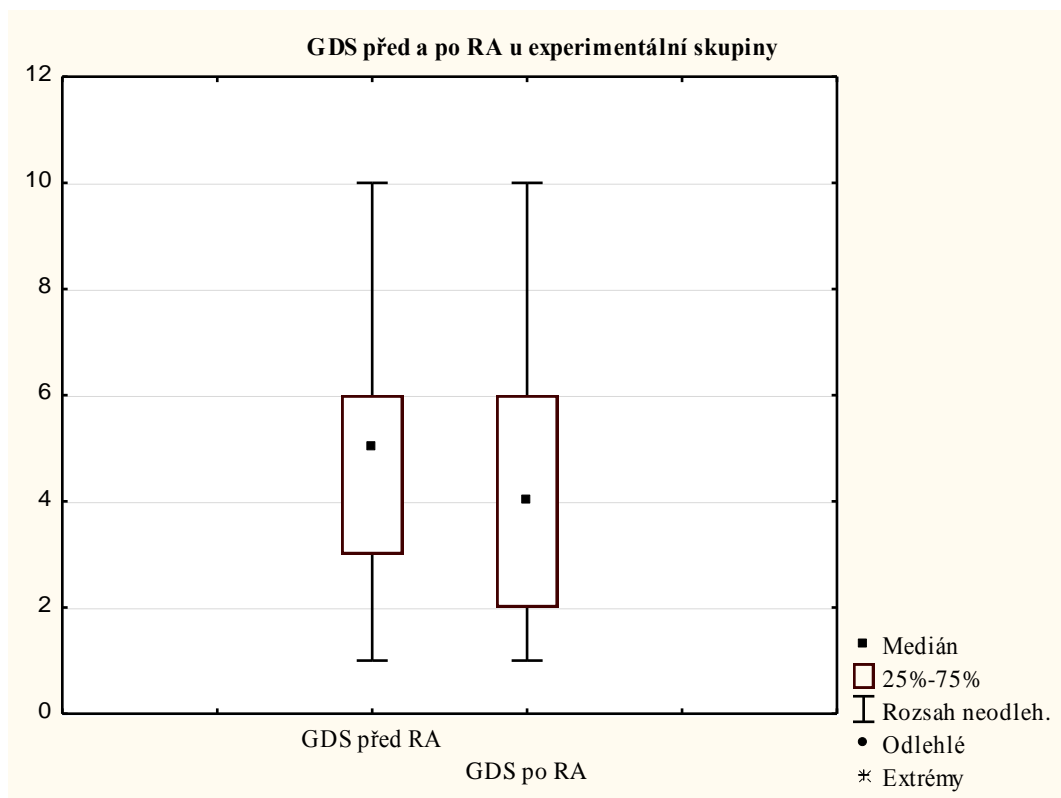
Test prokázal, že hodnoty naměřené v obou souborech před a po RA patří do normálního rozložení. Hodnota p u provedeného testu na normalitu naměřených hodnot GDS před RA $p = 0,54 > \alpha (0,05)$, tedy H_0 : data patří do normálního rozložení, nezamítáme. U druhého souboru naměřených hodnot GDS po RA je $p = 0,10 > \alpha (0,05)$, tedy H_0 : data patří do normálního rozložení, nezamítáme. Na základě tohoto zjištění byl pro testování hypotéz vybrán parametrický párový t – test. Pro tento test je nutný stejný počet proměnných pro obě měření.



Obr. 7 Histogram naměřených hodnot GDS před RA s Gausovou křivkou



Obr. 8 Histogram naměřených hodnot GDS po RA s Gausovou křivkou



Obr. 9 Krabicový graf naměřených hodnot GDS před a po RA u experimentální skupiny

Krabicový graf, který je znázorněn na obr. 9, přehledně zobrazuje rozložení naměřených hodnot GDS před RA a po RA. Graf byl pro lepší vypovídající hodnotu vytvořen ze středních hodnot (mediánů) v aplikaci STATISTICA ©. Dle znázornění krabicových grafů je patrné, že po RA se hodnoty GDS snížily. Medián hodnot GDS před absolvováním RA je 5 a po absolvování RA je 4. Modus hodnot GDS před absolvováním RA je 6 a po absolvování RA je 2. Je možné usuzovat, že reminiscenční aktivity snižují hodnoty GDS. Toto tvrzení je potřeba statisticky ověřit.

Testování hypotézy č. 1

Na základě stejného počtu závislých proměnných a normálního rozložení dat, byl pro testování nulové hypotézy vybrán parametrický párový t-test programu STATISTICA ©. Zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,05$ čili 5 %.

Pro statistické testování byla z hypotézy pracovní H_{P1} vytvořena hypotéza nulová H_0 a hypotéza alternativní H_A .

H_{P1} : Reminiscenční aktivity snižují míru depresivity seniorů v domově pro seniory.

H_0 : Mezi mírou depresivity před a po reminiscenčních aktivitách není žádný rozdíl.

H_A : Mezi mírou depresivity před a po reminiscenčních aktivitách je statisticky významný rozdíl.

Pravděpodobnost, že rozdíl mezi soubory bude nulový (nulová hypotéza), je mnohem menší než hladina významnosti, na které je testováno ($p < \alpha$, resp. $0,000014 < 0,05$). Na základě toho nulovou hypotézu zamítáme ve prospěch alternativní hypotézy. Můžeme tedy tvrdit, že rozdíl mezi naměřenými hodnotami GDS před a po RA je statisticky významný (viz tab. 6).

Tab. 6 Výsledné hodnoty závislého t – testu aplikace STATISTICA © u S1

	Průměr	Směrodatná odchylka	N	Rozdíl	Sm.odch.rozdílu	p	Interval spolehlivosti	Interval spolehlivosti
GDS před RA	4,84	2,49						
GDS po RA	4,32	2,40	50,00	0,52	0,76	0,000014	0,30	0,74

GDS – Geriatric Depression Scale, RA – reminiscenční aktivity, n – absolutní četnost, p – vypočítaná hodnota, S1 – experimentální skupina

Interpretace výsledků souboru S1

Na základě výsledků testu můžeme tvrdit, že rozdíl mezi naměřenými hodnotami GDS před a po RA je statisticky významný. Test byl proveden na hladině významnosti 5 %. V experimentální skupině seniorů (S1) bylo statisticky potvrzeno, že reminiscenční aktivity snižují míru depresivity ve vybraném domově pro seniory (viz tab. 2 a obr. 9).

Test normálního rozložení souboru S2

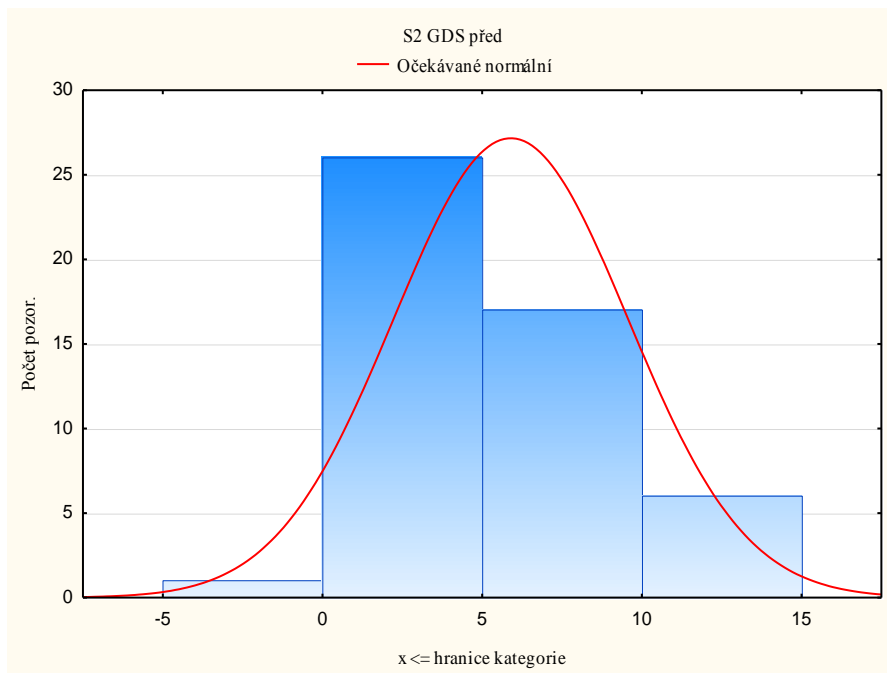
Test normálního rozložení kontrolní skupiny seniorů bez reminiscenčních aktivit (S2) je nezbytný pro výběr testu. Tab. 7 reprezentuje testovaný soubor S2. Tabulka zobrazuje, směrodatnou odchylku, průměr, medián, modus či hodnoty minima, maxima. Naměřené hodnoty kontrolní skupiny jsou téměř totožné, jelikož se skupina reminiscenčních aktivit nezúčastnila. Měření proběhla ve stejném časovém období, jako ve skupině experimentální (S1) před a po RA.

Tab. 7 Statistické ukazatele testovaného souboru S2

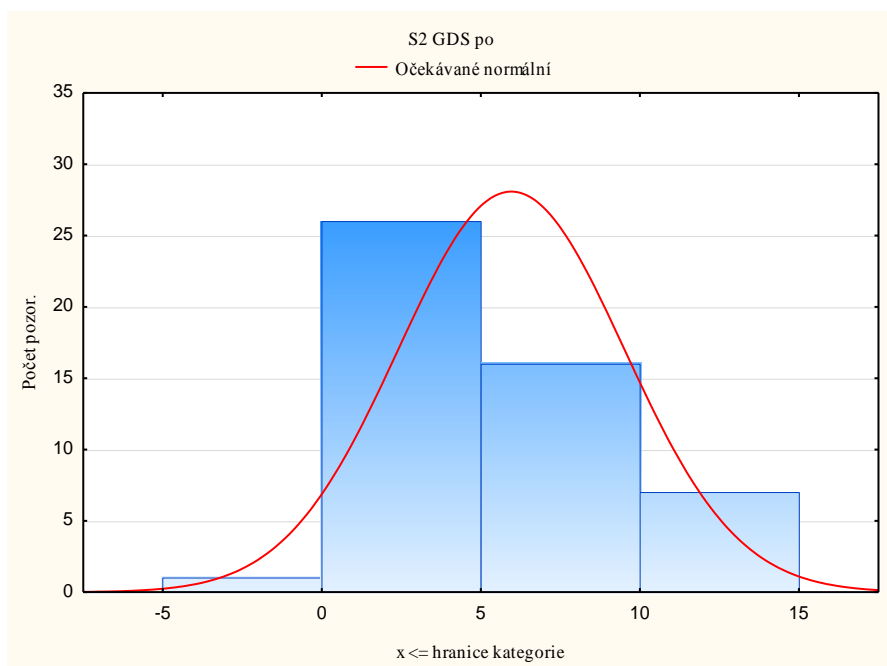
	N platných	Průměr	Medián	Modus	Součet	Minimum	Maximum	Sm.odch.
S2 GDS před	50	5,90	5,00	Vícenás.	295,00	0,00	15,00	3,67
S2 GDS po	50	5,96	5,00	5,00	298,00	0,00	14,00	3,55

Parametrický párový t – test předpokládá data, která patří do normálního (Gaussova rozložení). Pokud by data nespĺňovala tuto podmínku, musel by být použit neparametrický test. Základní orientace podle histogramu na obr. 10 a obr. 11 napovídá, že se bude zřejmě jednat o normální rozložení dat. Test normálního rozdělení provedeme pro každou proměnnou zvlášť. Pro potvrzení použijeme Kolmogorův – Smirnovův test, který předpokládá H_0 : data patří do normálního rozložení (Holá, 2012, s. 73).

Test prokázal, že hodnoty naměřené v kontrolní skupině ve stejném časovém období jako měření ve skupině experimentální patří do normálního rozložení. Hodnota p u provedeného testu na normalitu naměřených hodnot GDS před $p = 0,14 > \alpha (0,05)$, tedy H_0 : data patří do normálního rozložení, nezamítáme. U druhého souboru naměřených hodnot GDS po, je $p = 0,21 > \alpha (0,05)$, tedy H_0 : data patří do normálního rozložení, nezamítáme. Na základě tohoto zjištění byl pro testování hypotéz vybrán parametrický párový t – test. Pro tento test je nutný stejný počet proměnných pro obě měření.



Obr. 10 Histogram naměřených hodnot GDS před (stejně období jako S1) s Gausovou křivkou



Obr. 11 Histogram naměřených hodnot GDS po (stejně období jako S1) s Gausovou křivkou

Je možné usuzovat, že míra depresivity u kontrolní skupiny, která se reminiscenčních aktivit nezúčastnila, je po druhém měření vyšší než po prvním. Což by mohlo být způsobeno časovým odstupem mezi měřeními. Toto tvrzení je potřeba statisticky ověřit.

Testování hypotézy č. 2

Na základě stejného počtu závislých proměnných a normálního rozložení dat, byl pro testování nulové hypotézy vybrán parametrický párový t-test programu STATISTICA ©. Zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,05$ čili 5 %. Pro statistické testování byla z hypotézy pracovní H_{P2} vytvořena hypotéza nulová H_0 a hypotéza alternativní H_A .

H_{P2} : Míra depresivity u kontrolní skupiny seniorů bez reminiscenčních aktivit je po druhém měření GDS vyšší než po prvním měření.

H_0 : V míře depresivity po prvním a druhém měření u kontrolní skupiny seniorů není žádný rozdíl.

H_A : V míře depresivity po prvním a druhém měření u kontrolní skupiny seniorů je statisticky významný rozdíl.

Vypočítaná hodnota p je mnohem větší než hladina významnosti, na které je testováno ($p > \alpha$, resp. $0,553839 > 0,05$). Na základě toho nulovou hypotézu nezamítáme. Můžeme tedy tvrdit, že rozdíl mezi naměřenými hodnotami GDS v prvním a druhém měření není statisticky významný (viz tab. 8).

Tab. 8 Výsledné hodnoty závislého t – testu aplikace STATISTICA © u S2

	Průměr	Směrodatná odchylka	N	Rozdíl	Sm.odch.rozdílu	p	Interval spolehlivosti	Interval spolehlivosti
S2 GDS před	5,90	3,67						
S2 GDS po	5,96	3,55	50,00	-0,06	0,71	0,553839	-0,26	0,14

GDS – Geriatric Depression Scale, n – absolutní četnost, p – vypočítaná hodnota, S2 – kontrolní skupina

Interpretace výsledků souboru S2

Na základě výsledků testu můžeme tvrdit, že rozdíl mezi naměřenými hodnotami GDS v prvním a druhém měření není statisticky významný. Test byl proveden na hladině významnosti 5 %. V kontrolní skupině seniorů (S2) nebylo statisticky potvrzeno, že míra depresivity po druhém měření GDS je vyšší než po prvním měření.

Testování hypotézy č. 3

Data naměřená v experimentální (S1) a kontrolní (S2) skupině mají normální rozložení (viz testy normality výše). Na základě normálního rozložení a nezávislých proměnných, byl pro testování nulové hypotézy vybrán parametrický t – test pro nezávislé vzorky programu STATISTICA ©. Zvolená hladina významnosti $\alpha = 0,05$ čili 5 %.

Pro statistické testování byla z hypotézy pracovní H_{P3} vytvořena hypotéza nulová H_0 a hypotéza alternativní H_A .

H_{P3} : U experimentální skupiny seniorů s reminiscenčními aktivitami je míra depresivity nižší než u kontrolní skupiny seniorů bez reminiscenčních aktivit.

H_0 : Mezi mírou depresivity u experimentální a kontrolní skupiny seniorů není žádný rozdíl.

H_A : Mezi mírou depresivity u experimentální a kontrolní skupiny seniorů je statisticky významný rozdíl.

Pravděpodobnost, že rozdíl mezi soubory bude nulový (nulová hypotéza), je mnohem menší než hladina významnosti, na které je testováno ($p < \alpha$, resp. $0,00806 < 0,05$). Na základě toho nulovou hypotézu zamítáme ve prospěch alternativní hypotézy. Můžeme tedy tvrdit, že rozdíl mezi naměřenými hodnotami GDS po absolvování RA v případě experimentální skupiny a ve stejném časovém období u kontrolní skupiny respondentů je statisticky významný (viz tab. 9).

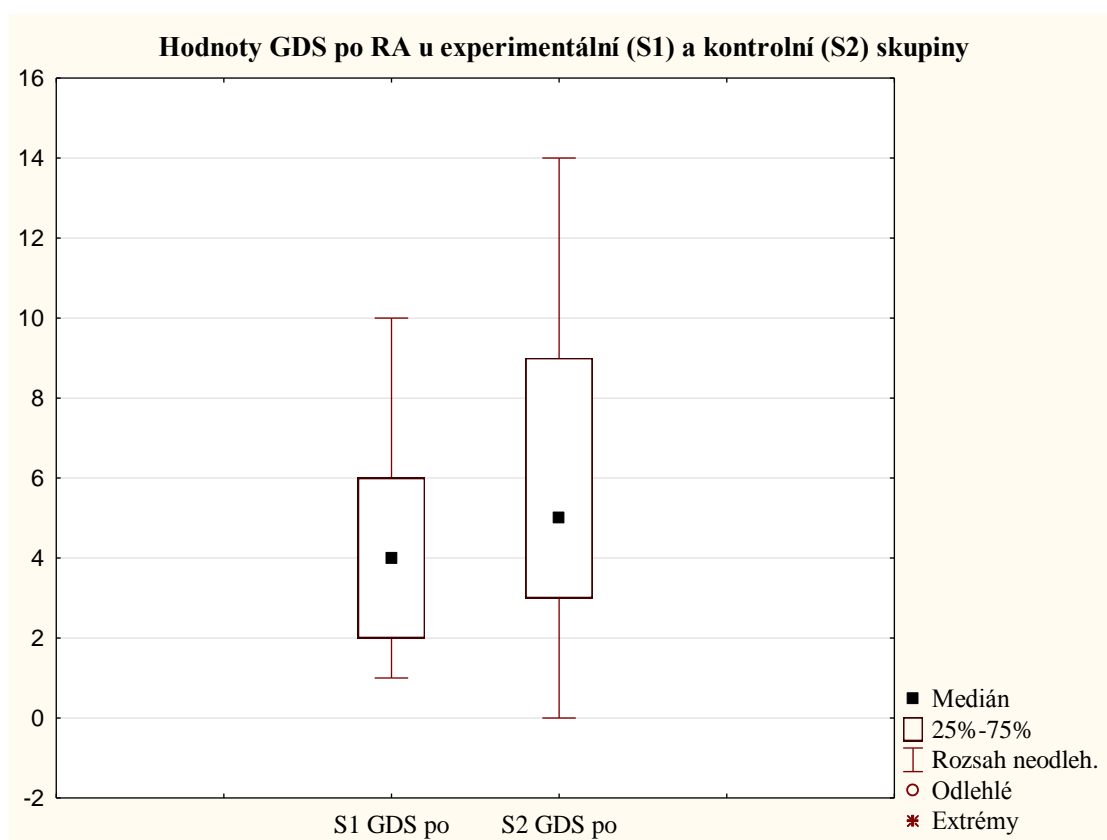
Tab. 9 Výsledné hodnoty t – testu pro nezávislé vzorky aplikace STATISTICA © u S1 a S2

	Průměr S1	Průměr S2	Hodnota t	sv	p	N1	N2	Směrodatná odchylka	Směrodatná odchylka
S1 GDS po vs. S2 GDS po	4,32	5,96	-2,70	98	0,008063	50	50	2,40	3,55

t – vypočítaná hodnota, n1 – absolutní četnost experimentální skupiny, n2 – absolutní četnost kontrolní skupiny, p – vypočítaná hodnota, S1 – experimentální skupina, S2 – kontrolní skupina

Interpretace výsledků souboru S1 a S2

Na základě výsledků testu můžeme tvrdit, že rozdíl mezi naměřenými hodnotami GDS po absolvování RA v případě experimentální skupiny a ve stejném časovém období u kontrolní skupiny respondentů je statisticky významný. Test byl proveden na hladině významnosti 5 %. Ve zkoumaném souboru bylo statisticky potvrzeno, že míra depresivity u experimentální skupiny seniorů s remi aktivitami je nižší než u kontrolní skupiny seniorů bez remi. Bylo tedy potvrzeno, že RA snižují u sledovaného souboru výskyt depresivní symptomatologie (viz obr. 12).



Obr. 12 Krabicový graf rozložení výsledků GDS po RA u experimentální a kontrolní skupiny

Krabicový graf, který je znázorněn na obr. 12 přehledně zobrazuje, rozložení naměřených hodnot GDS u experimentální a kontrolní skupiny. Odečtení výsledků proběhlo po absolvování RA v případě experimentální skupiny a ve stejném časovém období u kontrolní skupiny respondentů. Z grafů je patrné, že experimentální skupina respondentů má výrazně nižší míru depresivity než skupina kontrolní, u které nebyly provedeny reminiscenční aktivity. Medián hodnot GDS u experimentální skupiny je 4 a u kontrolní skupiny je 5. Modus hodnot GDS u experimentální skupiny je 2 a u kontrolní skupiny je 5.

10 Diskuse

10.1 Kvalitativní část

Postoj seniorů ke stáří a jeho samotné prožívání je velice individuální a závisí na různých okolnostech. Velký vliv na postoj má především osobnost, povahové rysy a vyrovnání se s náročnými životními situacemi, kterými musel člověk během života projít (Jarošová, 2006, s. 28).

V doméně **fyzické změny** se nejvíce seniorů ztotožňovalo s postojem, že cvičení je důležité v každém věku a že je potřeba pravidelně cvičit. Ve výzkumu Bužgové a Klechové (2011, s. 398) hodnotila skupina seniorů žijících v domácím prostředí tuto oblast dokonce hůře než senioři v institucionální péči. V doméně **psychosociální ztráty** hodnotili senioři stáří jako období samoty, ztrát, nesoběstačnosti a vyřazenosti stejně tak, jako ve výzkumu Bužgové a Klechové (2011, s. 398). Ve zkoumaném souboru seniorů žijících v institucionální péči byl zjištěn převážně **negativní postoj** ke stárnutí a stáří avšak individualizace programu a respektování omezení plynoucích z fyzických změn podpoří pohybovou aktivitu a zvyšování či udržení kondice seniorů. Aktivní senioři mají pak obecně **pozitivnější postoje** ke stáří, jsou si vědomi své autonomie a důstojnosti.

V rozsáhlém výzkumu Gerontologického centra Praha, který proběhl v letech 2005-2007 porovnávali postoje profesionálů a obyvatel domovů pro seniory. Dle Janečkové a Vackové (2010, s. 36) měli profesionálové celkově významně pozitivnější postoje ke stáří než senioři, což bylo ovlivněno především skutečností, že obyvatelé domovů vyjadřovali významně častěji souhlas s negativními tvrzeními o stáří. Nejvíce byl zmiňován pokles nadání a schopností, samota, deprese či nemoc. Výsledky výzkumu Gerontologického centra Praha (2005-2007) a to zejména jeho kvalitativní části, naznačily, že reminiscenční aktivity napomohly k adaptaci vybraných účastníků na přítomnost ve skupině. U respondentů se rozvinul pocit bezpečí a důvěry, projevíly se emoce, setkání proběhla v uvolněné, spontánní atmosféře a zvýšila se motivace k účasti na skupinovém setkání. Účastníci poté častěji navazovali sociální kontakty i mimo skupinová sezení (Janečková a kol., 2007, s. 153).

Každý člověk potřebuje neustále, vědomě či nevědomě, potvrzovat svoji identitu. K potvrzení identity potřebujeme být v interakci s druhými lidmi, žít ve společnosti, vztazích. Péče orientovaná na člověka, validující péče, péče založená na respektu k člověku, neustále

směřovaná k podpoře lidské důstojnosti, musí být založena na budování vztahu (Janečková a Vacková, 2010, s. 29).

Klasická institucionální péče je čím dál tím více spojena s rizikem nezájmu personálu o minulost starého člověka, jehož důsledkem je ztráta pocitu vlastní hodnoty a identity. Problémem sociálních služeb je, že rozhovory se seniory, vzpomínání, naslouchání a sdílení není považováno za kvalitní sociální práci. Často se v domovech pro seniory setkáváme s režimovým modelem péče, depersonalizací klientů, nedostatečnou a špatnou komunikací či rutinou. Měli bychom si uvědomit, že i každodenní rozhovory s uživateli sociálních služeb a provádění reminiscenčních aktivit jsou velmi významnou součástí sociální péče. Částečným řešením pro domovy bývá často pomoc dobrovolníků, kteří pomáhají při různých aktivitách a mohou realizovat některé z reminiscenčních metod např. tvorba biografie (viz příloha C) či vzpomínkový kufr (viz příloha D). Tato pomoc však není dostačující, je proto potřeba se více zajímat o rozvoj nových aktivizačních, podpůrných a terapeutických činností pro seniory a také usilovat o jejich zavádění (Janečková a kol., 2008, s. 26).

10.2 Kvantitativní část

Výskyt depresivity ve sledovaném souboru je vysoký (43 %) a celková prevalence deprese v institucionální péči je velmi pravděpodobně ještě vyšší. Vzhledem k tomu, že dle výsledků studie I. Holmerové (2006, s. 176), depresivita roste s klesající schopností provedení denních činností (ADL). Lze předpokládat, že prevalence deprese mezi obyvateli domovů pro seniory trvale upoutanými na lůžko bude ještě vyšší než ve sledovaném souboru. Vyšší prevalence depresivity byla zaznamenána v Korei na vzorku 295 seniorů. Dle výzkumu J. Kima (2009, s. 126) byla 63 %, z toho 21 % seniorů trpělo těžkou depresí.

Přinejmenším 75 % lidí nad 65 let trpí alespoň jednou tělesnou chorobou, $\frac{3}{4}$ z nich dvěma a více. Pokud se vyskytne v tomto věku deprese, musíme ve většině případů počítat také s výraznou komorbiditou. Komorbidita sebou přináší i nezbytnou další medikaci. Mezi onemocnění dávané do souvislosti s vyšším výskytem deprese se řadí zejména cerebro a kardiovaskulární onemocnění (depresivita u 47 % pacientů po centrální mozkové příhodě, u 45 % pacientů po infarktu myokardu), metabolické poruchy (depresivita u 50 % pacientů se sníženou funkcí štítné žlázy, u 8-28 % s diabetem mellitus, u malnutrice a hypovitaminózy), onkologická onemocnění (nejvyšší u karcinomu pankreatu až 50 %) (Pidrman, 2005, s. 50).

Dle výsledků studie I. Holmerové (2006, s. 176), osoby se zvýšenou depresivitou měly zároveň horší výsledky při vyšetření funkční způsobilosti a soběstačnosti. Je velmi důležité, že uspokojivá kvalita života, autonomie, smysluplnost i další priority souvisejí s vyššími úrovněmi výkonnosti. V ošetřovatelském procesu je proto třeba bránit poklesu pacienta na nižší úroveň funkční zdatnosti a naopak důsledně usilovat o její zachování či zlepšení rehabilitačními a rekondičními postupy (Kalvach a Onderková, 2006, s. 14).

Kubínek a Pidrman (2008, s. 8) se zabývají vztahem mezi depresí a demencí a popisují ho jako komplexní a to proto, že deprese může napodobovat obraz demence, dále proto, že deprese na demenci často nasedá, a také proto, že deprese v tomto věku do demence často přechází. Obecně lze říci, že každé chronické onemocnění, zejména je-li doprovázeno dlouhodobějším ústavním léčením, je bez ohledu na příčinu rizikovým faktorem depresivity. Cílem léčby deprese je zmírnění či odstranění depresivních příznaků, snížení rizika relapsů, zlepšení zdravotního stavu, snížení mortality a zvýšení kvality života nemocného. Součástí léčby deprese ve vyšším věku je nefarmakologická a psychofarmakologická komponenta (Kubínek a Pidrman, 2008, s. 10).

Antidepresiva jsou v předkládaném výzkumném souboru v terapii využívána u 16 respondentů. Za antidepresiva první volby v léčbě deprese u seniorů jsou považovány léky ze skupiny SSRI. Ve studii užívá 39 respondentů spíše anxiolytika či neuroleptika. Snížená frekvence užívání antidepresiv u seniorů vykazujících depresivní příznaky je zarážející. Souvisí to jistě s tím, že mnoho depresí ve vyšším věku zůstává nerozpoznaných a probíhajících subklinicky (Jirák, 2007, s. 200).

Vliv reminiscenčních aktivit na náladu, subjektivní zdraví, depresivitu a sociální integraci starých lidí žijících v instituci je opakovaně potvrzován. Například ve výzkumné studii J. J. Wanga (2004, s. 240). Ukazuje se, že účinek a jeho trvání závisí na konkrétním způsobu aplikace reminiscenčních aktivit a na způsobu, jakým se s lidmi vzpomíná, jak lidé své vzpomínky zpracovávají (Janečková, 2008, s. 20).

Výsledky kontrolovaných studií J. J. Wanga (2004, s. 240) a B. Woodse (2005, s. 206) nesou důkazy, že po aplikaci strukturovaných reminiscenčních aktivit, se zlepšují kognitivní funkce, některé behaviorální funkce (soběstačnost, komunikace, poruchy chování), nálada, depresivita a životní spokojenost. U lidí s demencí lze pozorovat, že dochází k navázání kontaktu s realitou, napojení na probíhající dění, dobře vnímají uvolněnou atmosféru, reagují na otázky, smějí se, vyzařují spokojenost, jsou aktivní (Janečková a Vacková, 2010, s. 32). Výsledky studie Gerontologického centra Praha (2005-2007) naznačují, že čím je demence hlubší, tím je dopad reminiscenčních aktivit výraznější a zlepšení kognitivních funkcí nápadnější. Byť je efekt zřejmě způsoben komplexem faktorů, nikoli pouze samotným faktem vzpomínání, ale také emocionálním prožitkem spojeným s atmosférou ve skupině, společenskou rolí, sociálním začleněním a kognitivní aktivitou, jde o pozoruhodné zjištění. Toto zjištění je třeba využít v praxi a zapojovat reminiscenční aktivity do práce s lidmi s demencí a bez ní v nejvyšší možné míře (Janečková a Vacková, 2010, s. 36).

11 Závěr

Stárnutí se v západním světě chápe spíše jako úpadek, postupná ztráta schopnosti a zchřadnutí než jako období moudrosti a zralosti. Podle Dragomirecké a Prajsové (2009, s. 14) výzkumy zaměřené na osobní výpověď starších osob ukazují, že prožitky ztrát a ubývání fyzických sil jsou vyváženy kladnými stránkami stárnutí. Mezi tyto stránky patří pozitivní změny v životním stylu a emoční stabilita. Deprese je však častým, vážným a život ohrožujícím onemocněním, které se podílí na snížení kvality života seniorů a jejich nejbližších příbuzných. Deprese ve stáří má různorodou a komplikovanou jak etiologii, tak symptomatologii, proto její včasná diagnostika a následná léčba není vždy úplně přesná a snadná. Správná diagnostika a léčba deprese vede ke zlepšení kvality života seniorů a jejich rodin. Ve svém důsledku znamená i nižší náklady na zdravotní péči (Pidrman, 2005, s. 45).

Cílem kvalitativní části výzkumného šetření bylo objasnit subjektivní hodnocení postojů ke stáří, u seniorů žijících v institucionální péči a popsat význam reminiscenčních aktivit pro život těchto seniorů. Cílem kvantitativní části výzkumného šetření bylo zmapovat míru depresivity u vybraných seniorů starších 65 let žijících v institucionální péči a zhodnotit vztah mezi reminiscenčními aktivitami a mírou depresivity těchto seniorů. Dílčím cílem vztahujícím se ke zmapování míry depresivity bylo popsat psychofarmakologickou medikaci respondentů, jakožto významný faktor ovlivňující depresivitu. Součástí šetření bylo zjistit, zda je mezi reminiscenčními aktivitami a mírou depresivity statisticky významný rozdíl a zda můžeme tyto aktivity využít v prevenci a ovlivnění depresivity.

Kvalitativní šetření ve vybraném souboru seniorů ukázalo převážně negativní postoj ke stárnutí a stáří. Negativní hodnocení stáří se projevilo především u seniorů trávících svůj čas pasivně. Stáří popisovali jako období omezení fyzického zdraví a kondice, osamocení, období ztrát a potíže. Pro seniory, kteří tráví čas, i přes fyzické změny aktivně je stáří obdobím spokojenosti, štěstí a odpočinku. Kladný postoj seniorů ke stáří je často ovlivněn pohybovou a duševní aktivitou. Výsledky kvalitativního šetření naznačují příznivý účinek reminiscenčních aktivit u klientů i personálu. Především v samotném zájmu personálu o seniora a posílení vztahů mezi personálem a mezi seniory. Umožňuje lépe navazovat sociální kontakty, smysluplně zhodnotit čas, poznat životní příběhy a názory vrstevníků ve skupině. Kvantitativní šetření ve vybraném souboru seniorů ukázalo alarmující míru depresivity (43 %). Ve zkoumaném souboru bylo statisticky potvrzeno, že míra depresivity u experimentální skupiny seniorů s RA je nižší než u kontrolní skupiny seniorů bez RA.

U experimentální skupiny po absolvování reminiscenčních aktivit klesla míra depresivity ze 40 % na 32 %. Bylo tedy statisticky potvrzeno, že reminiscenční aktivity snižují u sledovaného souboru výskyt depresivní symptomatologie. Z celkového počtu respondentů (n = 100) mělo sledovanou psychofarmakologickou medikaci 35 seniorů. Senioři užívali i více léků než jeden. Antidepressiva ze skupiny SSRI a antidepressiva 4. generace užívalo 16 respondentů, tedy téměř polovina respondentů, která užívala sledovanou medikaci. Avšak snížená frekvence užívání antidepressiv u seniorů vykazujících depresivní příznaky je zarážející. Souvisí to jistě s tím, že deprese ve vyšším věku probíhá zároveň s tělesnými změnami, a proto jsou symptomy deprese méně průkazné a viditelné.

Je velice podstatné zjišťovat u klientů postoje ke stárnutí a stáří, jelikož tyto postoje ovlivňují vnímání kvality života. Kladné postoje ke stáří jsou považovány za důležitý subjektivní indikátor úspěšného stárnutí. Reminiscenční aktivity jsou metodou volně dostupnou, prospěšnou, snadno aplikovatelnou avšak personálně náročnou na čas a přípravu. Pro toho kdo si uvědomí, že stojí za to dát příležitost starému člověku, aby vyprávěl svůj příběh, mohou být reminiscenční aktivity každodenním zdrojem radosti a potěšení. Jedním z výstupů mé práce byla právě tvorba dvou biografií klientek (viz příloha C) a vzpomínkové krabice (viz příloha D). Je nezbytné brát větší důraz na psychosociální intervence a možnost práce se vzpomínkami (skupinová sezení, tvůrčí činnost). Tyto intervence bychom měly považovat za odraz kvalitní péče každé instituce poskytující služby seniorům. A právě reminiscenční aktivity patří mezi významné psychosociální nefarmakologické intervence. Mohou výrazně přispět ke zlepšení kvality života seniorů v institucionální péči. Oslabují některé sociální důsledky změn spojených s fyziologickým procesem stárnutí a posilují lidskou důstojnost a místo člověka ve společnosti.

12 Bibliografické citace

1. AD CENTRUM. Centrum pro výzkum, diagnostiku a léčbu Alzheimerovy nemoci: Testy a dotazníky [online]. Poslední aktualizace 21.11.2012 [cit. 2012-11-29] Dostupné z: <http://www.pcp.lf3.cuni.cz/adcentrum/dotazniky.html>
2. BUŽGOVÁ, Radka a Helena KLECHOVÁ. Měření postojů seniorů ke stáří. *Praktický lékař*. 2011, 91 (7), s. 396-401. ISSN 0032-6739.
3. CESTA DOMŮ. *Respektování lidské důstojnosti: příručka pro odbornou výuku, výchovu a výcvik studentů lékařských, zdravotnických a zdravotně-sociálních oborů*. [PDF]. © 2004 [cit. 2013-03-05] 68 s.
4. ČEVELA, Rostislav, Zdeněk KALVACH a Libuše ČEVELOVÁ. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2012, 264 s. ISBN 978-80247-3901-4.
5. DOSEDLOVÁ, Jaroslava. *Terapie tancem: Role tance v dějinách lidstva a současné psychoterapii*. Praha: Grada, 2012, 184 s. ISBN 978-80-247-3711-9.
6. DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka PRAJSOVÁ. *WHOQOL-OLD: příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. 72 s. ISBN 978-80-87142-05-9.
7. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012, 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.
8. ERIKSON, Erik. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: nakladatelství Lidové noviny, 1999. 60 s. ISBN 80-7106-291-X.
9. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Přepřacované vydání. Praha: Portál, 2010, 800 s. ISBN: 978-80-7367-686-5.
10. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vyd., Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.
11. HENDL, J. *Přehled statistických metod zpracování dat: Analýza a metaanalýza dat*. Praha: Portál, 2009. 695 s. ISBN: 80-7367-123-9.
12. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
13. HOLÁ, J. *Úvod do statistické analýzy jednorozměrných dat: cvičebnice pro předmět zdravotnická statistika* [PDF]. © 2012 [cit. 2013-03-05] 90 s.
14. HOLMEROVÁ, Iva, Hana VAŇKOVÁ a Eva DRAGOMIRECKÁ a kol. Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém. *Psychiatria pre prax*. 2006, 7(4), 175-177. ISSN: 1213-0508.

15. JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: Využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. 152 s. ISBN 978-80-7367-581-3.
16. JANEČKOVÁ, Hana, Iva HOLMEROVÁ a Hana VAŇKOVÁ a kol. Reminiscenční terapie a výzkum jejího efektu na kvalitu života seniorů v institucionální péči. *Geriatrics*. 2008, 1, 19-27. ISSN 1335 – 1850.
17. JANEČKOVÁ, Hana, Iva HOLMEROVÁ a Hana VAŇKOVÁ a kol. Studium vlivu reminiscenční terapie na kvalitu života seniorů – využití kvantitativních a kvalitativních metod. *Česká geriatrická revue*. 2007, 5(3), 146-155. ISSN 1214-0732.
18. JANEČKOVÁ, Hana. Sociální práce se starými lidmi. In: Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005, 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
19. JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 96 s. ISBN 80-7368-110-2.
20. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ a kol. *Demence a jiné poruchy paměti: Komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2454-6.
21. JIRÁK, Roman. Deprese u seniorů – biologické a psychosociální vlivy, vztahy deprese a demence. *Psychiatria pre prax*. 2007, 8(5), 200-204. ISSN: 1213-0508.
22. KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.
23. KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK a Roman JIRÁK a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
24. KIM, Jeung-Im et al. Prevalence and Predictors of geriatric depression in community-dwelling elderly. *Asian Nursing Research*. In: Science Direct. [online] 2009, 3(3) [cit. 2013-03-05] 121-127 s. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2013.01.004>
25. KLEVETOVÁ, Dana a DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
26. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: Možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 2011, 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.
27. KUBÍNEK, Radim a Vladimír PIDRMAN. Deprese seniorů. *Psychiatria pre prax*. 2008, 9(1), 8-12. ISSN: 1213-0508.
28. LAIDLAW, K.; POWER, M.; SCHMIDT, S. The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): Development and Psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007, 22 (4), 367-379. ISSN 0885-6230.

29. MASARYKOVA UNIVERZITA. Filozofická fakulta. Centrum inovace výuky archeologie a muzeologie. Klíčová aktivita 03. [online]. 2009 [cit. 2013-04-1]. Dostupný z: <http://www.phil.muni.cz/waia/home/aktivita3/ka3f>
30. MOTLOVÁ, Lenka. Autonomie, nezávislost a uspokojování potřeb osob vyššího věku. *Kontakt*. 2007. 9(2). 343-346. ISSN 1212-4117.
31. PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007, 184 s. ISBN 978-80-247-1490-5.
32. PIDRMAN, Vladimír. Deprese seniorů. *Česká geriatrická revue*. 2005, 3(2), 45-52. ISSN: 1214-0732.
33. ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 2007, 326 s. ISBN 80-7667-312-6.
34. SHIEKH, Javaid and Jarome YESAVAGE. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shortversion. *Clinical Gerontologist: The Journal od aging and mental Health*. In: *PsycINFO*. [online] 1986, 5(1-2) [cit. 2013-03-05] 165-172. DOI: 10.1300/J018v05n01_09. Dostupné z: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1988-34658-001>
35. SCHWEITZER, Pam a Errollyn BRUCE. *Remembering yesterday, caring today: reminiscence in dementia care*. London and Philadelphia : Jessica Kingsley Publishers, 2008. 224 s. ISBN 9781843106494.
36. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
37. TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ a Dagmar MASTILIÁKOVÁ. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
38. ÚZIS. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [online]. 2012 [cit. 2012-01-26]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/>
39. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.
40. WANG, Jijuan. The Comparative Effectiveness Among Institutionalized and Non-Institutionalized Elderly People in Taiwan of Reminiscence Therapy as a Psychological Measure. *Journal of Nursing Research*. 2004, 12(3), 234-245. PMID: 15362015.
41. WHO. Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10. 3. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 1992.

42. WOODS, B. et al. Reminiscence Therapy for Dementia. *Cochrane database of systematic revue*. In: *Pubmed*. [online] 2005, 18(2) [cit. 2013-03-05] CD001120. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15846613>
43. ZVÁROVÁ, Jana. *Biomedicínská statistika I*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2011. 220 s. ISBN: 9788024619316.

SEZNAM ILUSTRACÍ

Obr. 1 Subjektivní hodnocení postojů ke stáří v kontextu potřeb	38
Obr. 2 Krabicový graf věkového rozložení souboru	41
Obr. 3 Absolutní četnost bodového hodnocení výsledků testu MMSE obou skupin výzkumného souboru	42
Obr. 4 Relativní četnost odpovědí na škále GDS u experimentální sk. před a po RA	44
Obr. 5 Relativní četnost výsledků indexu Barthelové před a po RA u obou skupin	46
Obr. 6 Užívání psychofarmak ve zkoumaném souboru	47
Obr. 7 Histogram naměřených hodnot GDS před RA s Gausovou křivkou u S1	49
Obr. 8 Histogram naměřených hodnot GDS po RA s Gausovou křivkou u S1	49
Obr. 9 Krabicový graf naměřených hodnot GDS před a po RA u experimentální sk.	50
Obr. 10 Histogram naměřených hodnot GDS před s Gausovou křivkou u S2	53
Obr. 11 Histogram naměřených hodnot GDS po s Gausovou křivkou u S2	53
Obr. 12 Krabicový graf rozložení výsledků GDS po RA u experimentální a kontrolní skupiny	56

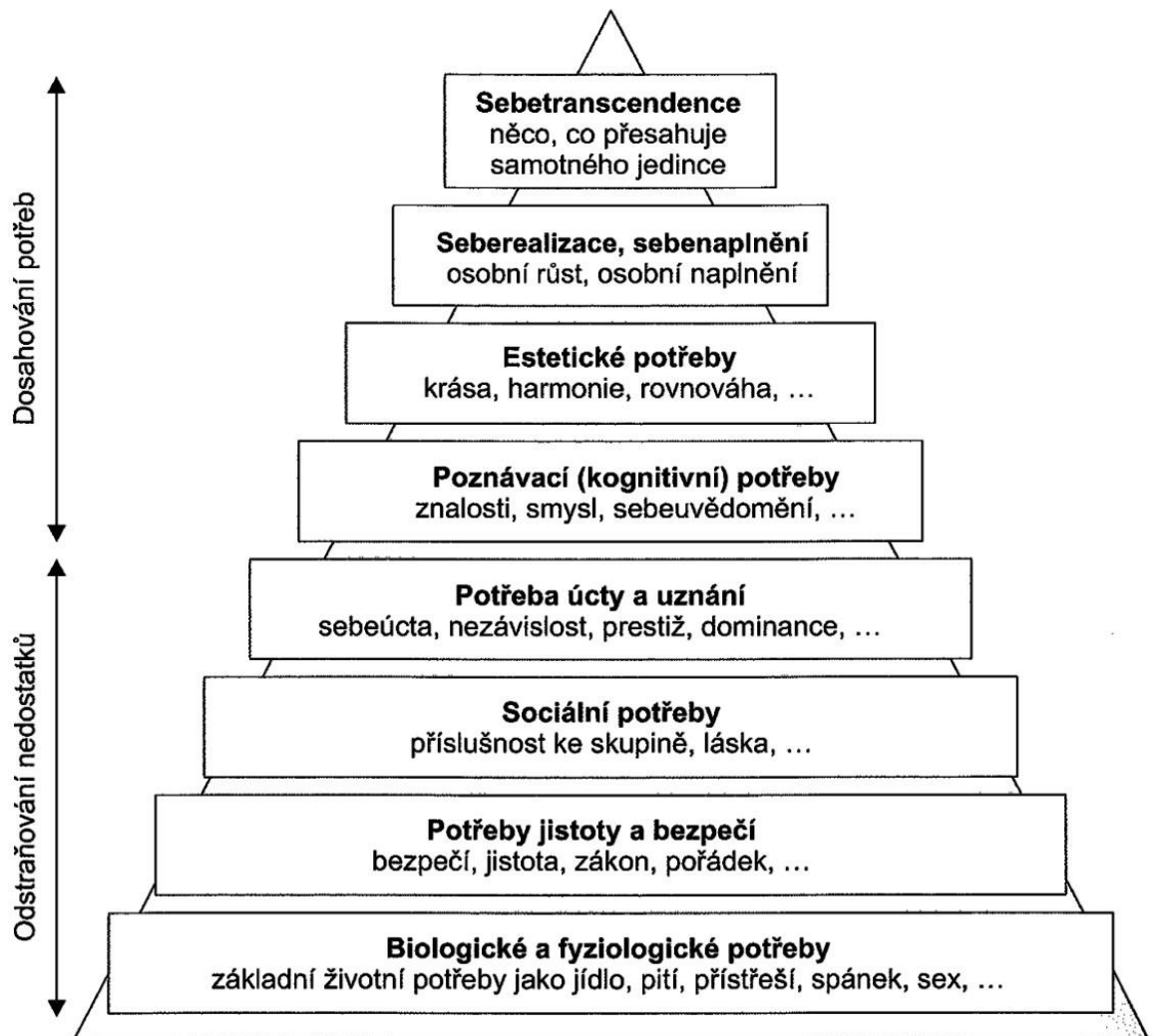
SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Statistické ukazatele věkového rozložení souboru	40
Tab. 2 Absolutní četnost bodového hodnocení výsledků testu MMSE obou skupin výzkumného souboru	43
Tab. 3 Absolutní četnost bodového hodnocení indexu Barthelové	45
Tab. 4 Absolutní četnost užívané medikace ve zkoumaném vzorku	47
Tab. 5 Statistické ukazatele testovaného souboru S1	48
Tab. 6 Výsledné hodnoty závislého t-testu aplikace STATISTICA © u S1	51
Tab. 7 Statistické ukazatele testovaného souboru S2	52
Tab. 8 Výsledné hodnoty závislého t-testu aplikace STATISTICA © u S2	54
Tab. 9 Výsledné hodnoty t – testu pro nezávislé vzorky u S1 a S2	55

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A Hierarchie lidských potřeb	70
Příloha B Reminiscenční obývací a vzpomínkové předměty	71 – 72
Příloha C Knihy života	73 – 74
Příloha D Vzpomínkový kufr	75
Příloha E Standardizovaný dotazník postojů ke stárnutí a stáří AAQ	76
Příloha F Informovaný souhlas s účastí na výzkumu	77
Příloha G Škála deprese pro geriatrické pacienty dle Sheik, J. I., Yesavage, J. A.	78
Příloha H Test základních denních činností dle Barthelové	79
Příloha CH Záznamový formulář diplomové práce	80

Příloha A *Hierarchy lidských potřeb*



Zdroj: Masarykova univerzita Filozofická fakulta. Centrum inovace výuky archeologie a muzeologie. Klíčová aktivita 03. [online]. 2009 [cit. 2013-04-1]. Dostupný z: <http://www.phil.muni.cz/waia/home/aktivita3/ka3f>

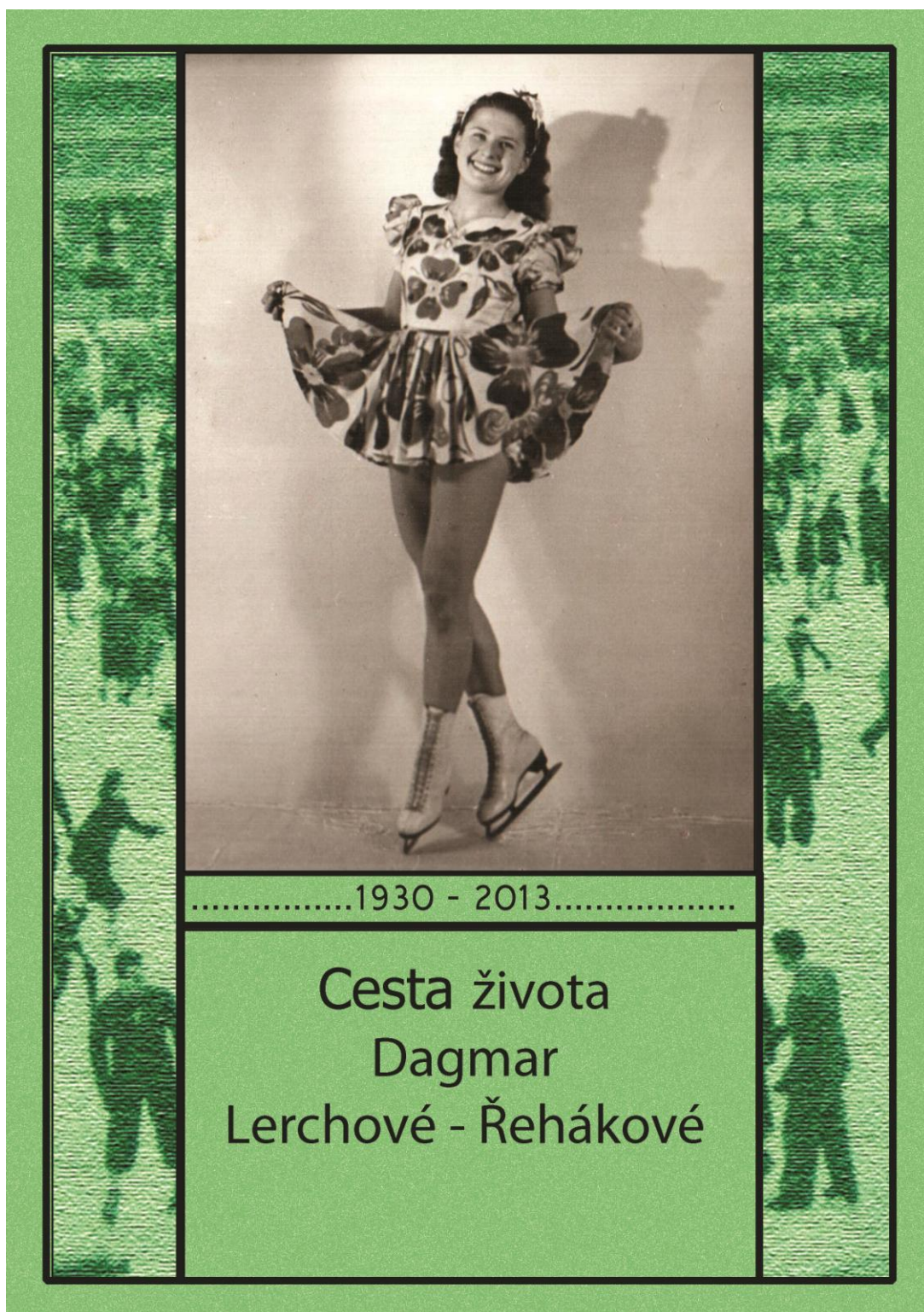
Příloha B *Reminiscenční obývací a vzpomínkové předměty*



Zdroj: Domov pro seniory Slunečnice Praha

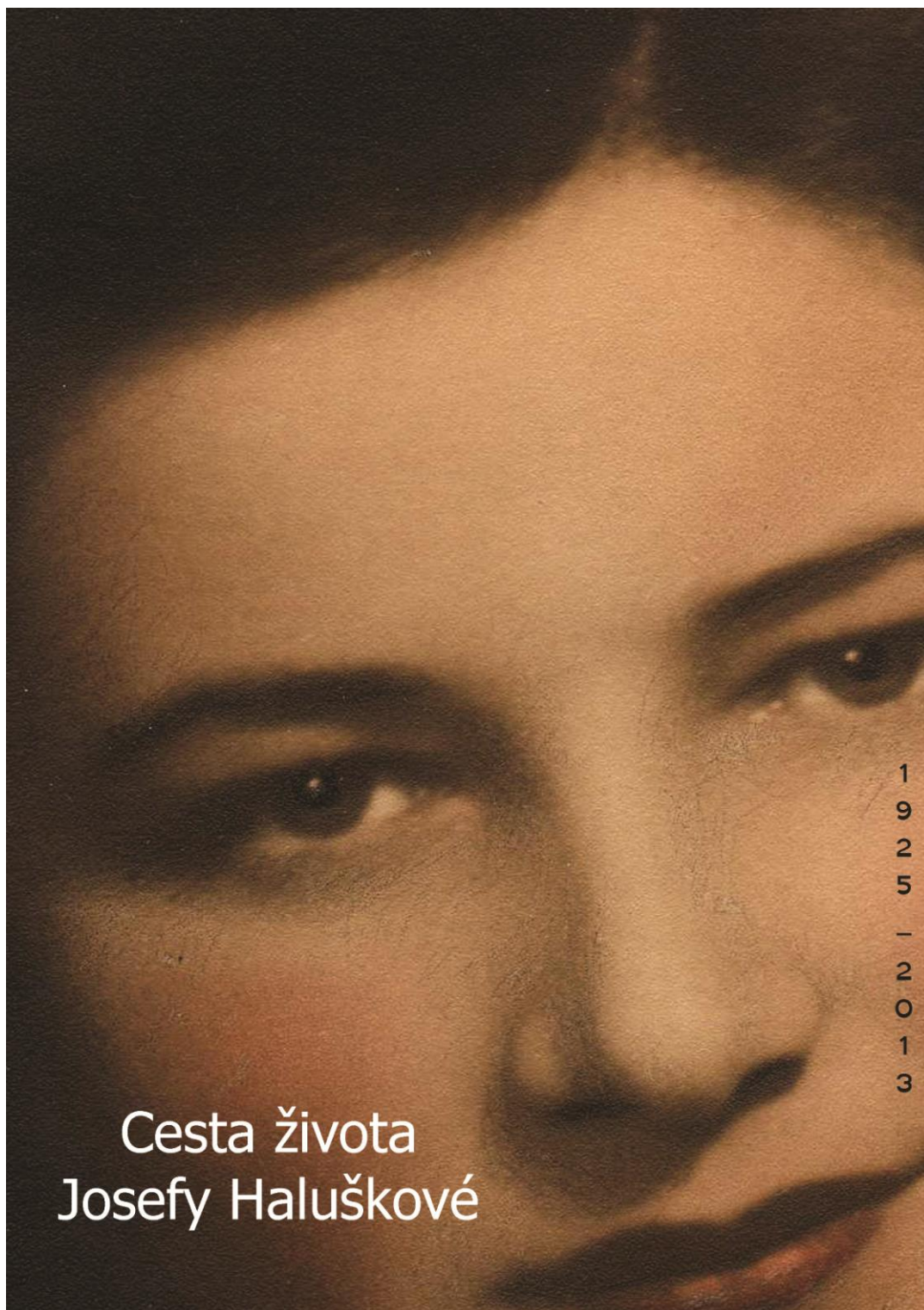


Zdroj: Domov pro seniory Slunečnice Praha



Zdroj: Vlastní tvorba

Dostupné na CD



Cesta života
Josefy Haluškové

1
9
2
5
-
2
0
1
3

Zdroj: Vlastní tvorba

Dostupné na CD

Příloha D *Vzpomínková krabice*



Zdroj: Vlastní tvorba

Příloha E Standardizovaný dotazník postojů ke stárnutí a stáří AAQ

Dimenze		Položky
Doména 1	Psychosociální ztráty	Stáří je čas samoty
		Stáří je čas deprese
		Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší mluvit o svých pocitech
		Stáří vidím hlavně jako období ztrát
		Jak stárnu, stávám se fyzicky méně soběstačný/á
		Jak stárnu, zjišťuji, že je pro mne těžší uzavírat nová přátelství.
		Nyní, když jsem starší, necítím se dost začleněný/á do společnosti
		Cítím se kvůli svému věku z mnoha věcí vyřazený/á
Doména 2	Fyzické změny	Cvičení je důležité v každém věku
		Stárnutí je snazší, než jsem si mysle/la
		Necítím se starý/á
		To, jak se uvnitř cítím, není dáno věkem
		Mám více energie, než bych vzhledem k věku očekával/a
		Zdravotní problémy mě nebrání dělat to, co chci
		Můj zdravotní stav je lepší, než jsem ve svém věku očekával/a
		Cvičením se udržuji aktivní a v dobré kondici, jak je to jen možné
Doména 3	Psychologický růst	Jak lidé stárnou, jsou schopni se lépe vyrovnávat se životem
		Je výsadou dožít se vysokého věku
		Moudrost přichází s věkem
		Stáří s sebou přináší mnoho příjemných věcí
		Jak stárnu, jsem vůči sobě tolerantnější
		Je velmi důležité předat své zkušenosti mladým lidem
		Věřím, že můj život má význam
		Chci dávat dobrý příklad mladým lidem

Zdroj: LAIDLAW, K.; POWER, M.; SCHMIDT, S. The attitudes to ageing questionnaire (AAQ): Development and Psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007, 22 (4), 367-379. ISSN 0885-6230.

Příloha F *Informovaný souhlas s účastí na výzkumu*

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Kamila Marková a v současné době provádím výzkum v rámci své diplomové práce s cílem zjistit stav duševního zdraví a míru soběstačnosti seniorů v závislosti na reminiscenčních aktivitách. Dalším cílem je zjistit jaký máte postoj ke stáří a zhodnotit význam reminiscenčních aktivit pro život seniorů. Vaše účast na výzkumu je zcela dobrovolná, není honorována, ani není pro Vás spojena s žádnými náklady.

Ochrana osobních dat

Ve výzkumu budou zaznamenávána a vyhodnocována všechna data anonymně. K zabezpečení nezaměnitelnosti údajů od jednotlivých klientů je nutné zaznamenat jméno, příjmení a rok narození do záznamového archu. Získané výsledky budou použity pouze k interpretaci výsledků výzkumu. Dle zákona č. 101/2000 Vám zaručuji, že s Vašimi osobními údaji bude po celou dobu nakládáno důvěrně a nebudou nikde zveřejněny pod Vaším jménem.

Souhlas a odmítnutí studie

Pokud se rozhodnete zúčastnit výzkumu, požádám Vás o Váš souhlas. Podepište prosím předložený informovaný souhlas poté, co Vám vysvětlím výše zmíněné. Máte právo svůj souhlas k účasti v této studii zrušit bez udání důvodu kdykoli v průběhu získávání dat. Případné odmítnutí nebude mít pro Vás žádné nevýhody nebo negativní následky. Na další lékařskou ani ošetrovatelskou péči o Vás to nebude mít žádný vliv.

Stvrzuji svým podpisem, že jsem byl(a) ústně srozumitelnou formou a písemně informacemi pro pacienta poučen(a) o cíli a průběhu výzkumu. Měl (a) jsem příležitost položit otázky.

Vdne.....

Jméno a příjmení:.....

Rok narození:.....

Podpis:.....

Příloha G Škála deprese pro geriatrické pacienty (GDS) dle Sheik, J.I., Yesavage, J.A.

Vyberte na každou z uvedených otázek odpověď „ano“ nebo „ne“ a odpověď zaškrtnete!				
01.	Jste v zásadě spokojen/a se svým životem?	ano	NE	
02.	Vzdal/a jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ANO	ne	
03.	Máte pocit, že váš život je prázdný?	ANO	ne	
04.	Nudíte se často?	ANO	ne	
05.	Máte vesměs dobrou náladu?	ano	NE	
06.	Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého?	ANO	ne	
07.	Cítíte se převážně šťastný/á?	ano	NE	
08.	Cítíte se často bezmocný/á?	ANO	ne	
09.	Vysedáváte raději doma, než byste šel/šla mezi lidi a seznamoval/a se s novými věcmi?	ANO	ne	
10.	Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaší vrstevníci?	ANO	ne	
11.	Myslíte si, že je krásné žít?	ano	NE	
12.	Napadá Vás někdy, že život nestojí za nic?	ANO	ne	
13.	Cítíte se plný/á elánu a energie?	ano	NE	
14.	Myslíte si, že vaše situace je beznadějná?	ANO	ne	
15.	Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy?	ANO	ne	

Hodnocení: každá tučně označená odpověď = 1 bod. 0-5 b. = norma, 6-10 b. = mírná deprese, 11 a více bodů = manifestní deprese

Zdroj: TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

Příloha H Test základních denních činností dle Barthelové

	Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1.	najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
2.	oblékání	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
3.	koupání	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
4.	osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
		neprovede	0
5.	kontinence stolice	plně kontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale kontinentní	0
6.	kontinence moči	plně kontinentní	10
		občas inkontinentní	5
		trvale kontinentní	0
7.	použití wc	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0
8.	přesun lůžko-židle	samostatně bez pomoci	15
		s malou pomocí	10
		vydrží sedět	5
		neprovede	0
9.	chůze po rovině	samostatně více než 50 m	15
		s pomocí 50 m	10
		na vozíku 50 m	5
		neprovede	0
10.	chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
		s pomocí	5
		neprovede	0

Hodnocení: 100 b. = nezávislost, 65-95 b. lehká závislost, 45-60 b. závislost středního stupně, 0-40 b. vysoká závislost

Zdroj: KALVACH, Zdeněk, Zdeněk ZADÁK a Roman JIRÁK a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

Příloha CH Záznamový formulář diplomové práce

Sledované faktory výzkumného šetření

Iniciály:

Ročník:

Pohlaví:

Věk:

Datum nástupu do domova:

Délka pobytu v domově pro seniory:

MMSE:

GDS před RA:

GDS po RA:

Psychofarmakologická medikace:

Index Barthelové před RA:

Index Barthelové po RA: