

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

Petra Němcová

Studijní obor: Fyzioterapie 5342R004

EDUKACE K AKTIVNÍMU STÁŘÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Ladislava Matějková

PLZEŇ 2012

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji paní Ladislavě Matějkové za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Němcová Petra

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Edukace k aktivnímu stáří

Vedoucí práce: Ladislava Matějková

Počet stran: číslované 49, nečíslované 22

Počet příloh: 10

Počet titulů použité literatury: 25

Klíčová slova: stáří, staří lidé, senior, aktivity, edukace, rehabilitace, důchod, sociální zařízení, domov pro seniory.

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá stářím, starými lidmi a především kvalitou jejich života. Nahlédneme do života seniorů, kteří se musí starat sami o sebe a o své bydlení. Podíváme se, jak probíhá život seniorů ve zdravotním či sociálním zařízení. Porovnáme výhody a nevýhody obou způsobů bydlení. Nikdo z nás si zatím neumí představit, jak náročné je být starý. Dozvíme se to přímo od starých lidí. Jaké mají nebo nemají možnosti a jestli vůbec mají chuť být ve stáří aktivní a něco dělat.

Annotation

Surname and name: Němcová Petra

Department: Physiotherapy and Ergotherapy

Title of thesis: Education to active old

Consultant: Ladislava Matějková

Number of pages: 71

Number of appendices: 10

Number of literature items used: 25

Key words: age, old age, senior, old peoples, activities, education, rehabilitation, nursing home, old people's home.

Summary:

This dissertation deals with old age, old people and primarily with quality of their life. We are going to have a look at the life of seniors, who have to take care of themselves and their living. We are going to have a look how seniors' life is going in a medical or in a social facility. We are going to compare advantages and disadvantages of both ways of living. So far nobody of us can imagine, how difficult it is to be old. We are going to find it out directly from the old people. What options they have and if they actually want to be active and to do something in their old age.

Obsah

Úvod

TEORETICKÁ ČÁST

1. Změny způsobené stářím

- 1.1 Tělesné změny
- 1.2 Psychické změny
- 1.3 Sociální změny
- 1.4 Fyziologické změny
- 1.5 Změny kognitivních funkcí
- 1.6 Adaptace na stáří
 - 1.6.1 Konstruktivní přístup
 - 1.6.2 Závislost na okolí
 - 1.6.3 Nepřátelský postoj

2 Nejčastější choroby stáří

- 2.1 Defínice chorob
- 2.2 Průběh chorob
 - 2.2.1 Latentní
 - 2.2.2 Prodromální
 - 2.2.3 Manifestní
 - 2.2.4 Rekonvalescence
 - 2.2.5 Závěr nemoci
- 2.3 Nejčastější onemocnění
- 2.4 Cévní mozková příhoda
 - 2.4.1 Hemoragická CMP
 - 2.4.2 Ischemická CMP
 - 2.4.3 Rehabilitace po CMP
- 2.5 Demence
 - 2.5.1 Alzheimerova choroba
 - 2.5.2 Parkinsonova choroba
 - 2.5.3 Ischemicko-vaskulární demence
 - 2.5.4 Léčba a rehabilitace u demencí
- 2.6 Prevence nemocí

3 Aktivní život v seniorském věku

- 3.1 Pohybové aktivity
 - 3.1.1 Význam pohybových aktivit
 - 3.1.2 Rizika pohybových aktivit
 - 3.1.3 Nejvhodnější pohybové aktivity
- 3.2 Kulturní a společenské aktivity
 - 3.2.1 Senioři žijící v domácnostech
 - 3.2.2 Senioři žijící v zařízeních

4 Postoje mladších lidí ke stáří

- 4.1 Špatný přístup mladších generací
 - 4.1.1 Povinně pryč
 - 4.1.2 Agismus a týrání
- 4.2 Naše působení

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Cíle a úkoly

6 Hypotézy

7 Charakteristika sledovaných skupin

8 Vyšetření seniorů obecně

- 8.1 Způsob pohybu
- 8.2 Komunikace
- 8.3 Držení těla
- 8.4 Anamnézy
- 8.5 Cílené vyšetření
 - 8.5.1 Svalová síla
 - 8.5.2 Zkrácené a oslabené svaly
 - 8.5.3 Goniometrické vyšetření
 - 8.5.4 Palpace
 - 8.5.5 Neurologické vyšetření
 - 8.5.6 Jemná motorika
 - 8.5.7 Jizvy

9 Kazuistiky

- 9.1 V zařízení dobrovolně
 - 9.1.1 Průběh adaptace
 - 9.1.2 Anamnézy
 - 9.1.3 Vyšetření

9.1.4 Rehabilitační plán

9.1.5 Rozhovor

9.2 V zařízení nedobrovolně

9.2.1 Průběh adaptace

9.2.2 Anamnézy

9.2.3 Vyšetření

9.2.4 Rehabilitační plán

9.2.5 Rozhovor

9.3 Do zařízení nikdy

9.3.1 Anamnézy

9.3.2 Vyšetření

9.3.3 Rehabilitační plán

9.3.4 Rozhovor

9.4 Do zařízení klidně

9.4.1 Anamnézy

9.4.2 Vyšetření

9.4.3 Rehabilitační plán

9.4.4 Rozhovor

9.5 Dotazníky

10 Výsledky

11 Diskuze

Závěr

Seznam použité literatury

Seznam příloh

Seznam použitých zkratk

např.	.....	na příklad
atd./atp.	.....	a tak dále/a tak podobně
WHO	.....	Světová zdravotnická organizace
tzv.	.....	takzvaný
CMP	.....	cévní mozková příhoda
RHB	.....	rehabilitace
ICHS	.....	ischemická choroba srdeční
AŽS	.....	aktivní životní styl
PA	.....	pohybové aktivity
KSA	.....	kulturní/společenské akce
DK/HK	.....	dolní končetiny/horní končetiny
SS	.....	svalová síla
FH	.....	francouzské hole
PB	.....	podpažní berle

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 - goniometrické vyšetření 1. kazuistiky

Tabulka č. 2 - orientační vyšetření svalové síly u 1. kazuistiky

Tabulka č. 3 - goniometrické vyšetření 2. kazuistiky

Tabulka č. 4 - orientační vyšetření svalové síly u 2. kazuistiky

Tabulka č. 5 - goniometrické vyšetření 3. kazuistiky

Tabulka č. 6 - orientační vyšetření svalové síly u 3. kazuistiky

Tabulka č. 7 - goniometrické vyšetření 4. kazuistiky

Tabulka č. 8 - orientační vyšetření svalové síly u 4. kazuistiky

Seznam grafů

Graf č. 1 - Poměr mužů a žen

Graf č. 2 - Poměr dle věkové hranice 70 let

Graf č. 3 - Oblíbená činnost před penzí (3 nejčastější)

Graf č. 4 - Nejběžnější činnost nyní (3 nejčastější)

Graf č. 5 - Neoblíbená činnost (3 nejčastější)

Graf č. 6 - Výhody domácnosti (3 nejčastější)

Graf č. 7 - Výhody zařízení (3 nejčastější)

Graf č. 8 - Šli by do zařízení

Graf č. 9 - Šli by zpět do domácnosti

ÚVOD

Stárnutí, neboli senescence, je přirozený, nezastavitelný, biologický proces, který probíhá u každého jedince od narození do smrti. Projevuje se chátráním lidského těla, snižuje se výkonnost a fungování lidského organismu. Klesá produktivita žláz a tím i působení hormonů, avšak tělo musí být neustále funkční. Zvyšuje se koncentrace negativně působících látek získaných z okolního prostředí, nebo vzniklých činností vlastního metabolismu. V těle se během života hromadí různé vady, buňky odumírají a naše ústrojí je postupem let méně a méně schopné tyto nedostatky napravit. Ve vyšším věku jsou jedinci více náchylní k různým nemocem, a jak se s těmito chorobami vypořádají, to závisí především na obranyschopnosti a na dosavadním stavu ústrojí, ale také na možnostech medicínských a lékařských. Stáří se dá posuzovat podle věku, kdy tento pojem hodnotíme vzhledem k věkové hranici našich rodičů a prarodičů. Z biologického hlediska se však věk nehodnotí podle stáří, ale podle celkového fyzického stavu člověka. V tomto případě by byl věk nepřesný ukazatel stáří.

Stáří vidíme všude kolem sebe a nikoho z nás nemine. Možná i proto se o poslední etapu života tolik zajímáme, zkoumáme ji a snažíme se nad ní vyzrát. Vymýšlíme nové a moderní metody jak si závěr života co nejvíce zpříjemnit. Věda, která se zabývá tímto životním obdobím, se jmenuje gerontologie (z řeckého gerontos - starý člověk a logos - nauka). Snaží se přijít na to, proč a jak živé bytosti stárnou, zajímá se o zdravotní stav, choroby, léčbu a kvalitu života starých jedinců, i o vztah mezi stářím a společností. Každý člověk bude jednou potřebovat a oceňovat její poznatky.

V dětství se má jedinec věnovat učení, ve zralém věku získává majetek a prožívá naplnění lásky a ve stáří má dovršit své zásluhy a zbavit se pout, která váží člověka od narození do smrti. To znamená odpoutat se od dosavadního stylu života, být přístupný ke změnám, které přijdou stářím i odchodem do penze. Ideální stáří v relativním tělesném zdraví a při zachování duševní svěžesti, čilosti a radosti je ale dopřáno asi mnohem menšímu počtu jedinců, než je těch, kteří jsou obtěžováni různými tělesnými a duševními potížemi. Od menších, jako jsou například bolesti kloubů, až po velká trápení vážných tělesných nemocí a konečně i duševních poruch. Ke zlepšení kvality života stárnoucí populace jsou nutné dvě cesty. Jednak změna hodnotových postojů produktivní populace, což je orientace dlouhodobá, zdánlivě idealistická, ale není

vyložená. Druhou cestou je kvalita včasné zdravotní péče, preventivní, diagnostické i léčebné. (Pidrman, 2005, s. 9)

Americký psycholog Abraham H. Maslow seřadil lidské potřeby do 5stupňové pyramidy. Postupoval od těch nejzákladnějších po vyšší. Od potřeb fyziologických, potřeby bezpečí, potřeby sounáležitosti, po potřebu autonomie a potřebu seberealizace. Primární potřeby jsou nezbytné pro lidskou existenci. Sekundární se vyvíjí na podkladě primárních a jsou individuální, činí život bohatším a příjemnějším. Potřebu bychom mohli definovat jako určitou sílu, která člověkem hýbe a posunuje ho směrem k člověku, předmětu, nebo činnosti. Tyto potřeby nás provází celý život a právě jim svůj život podřizujeme. Člověk je naprogramovaný tak, aby uspokojoval své potřeby, je to naše přirozenost. Ani ve stáří tomu není jinak. Potřeby nás motivují, aktivizují a neopouští v žádném věku. Avšak čím jsme starší, tím pro nás může být obtížnější, či vzhledem k všemožným poruchám a postižením dokonce nemožné, některé potřeby uspokojit. I s tím si umí dnešní věda a technika poradit. Máme k dispozici nejrozličnější kompenzační pomůcky, moderní přístroje a mocnou farmakologii. Ale ani to se mnohdy nedá srovnat s empatickým chováním, ohleduplným slovem nebo pozorným jednáním. Jedinec, který ztrácí paměť a nepoznává okolí ani příbuzné, nebo imobilní jedinec, který se nedokáže sám najíst. To jsou případy, které nemůžeme přejít bez zamyšlení se nad kvalitou takového žití. Podobně postižení lidé se cítí zlomeně, přemoženě a zbytečně. Tady je na místě naše působení, naše edukace a empatie. Ani odborní pracovníci zdravotnické a sociální péče nenahradí plnohodnotné zdraví, ale mohou se pokusit zpříjemnit a zkvalitnit život handicapovaným jedincům. Existuje mnoho druhů zdravotnických a sociálních center, denních a týdenních stacionářů, dále tu jsou chráněné dílny a chráněná bydlení, hospice a léčebny dlouhodobě nemocných klientů. Ne každý o takovou pomoc stojí, ne každý ji potřebuje. Na řadě jsou otázky, zda je vůbec možné prožívat stáří aktivně? Zda staří lidé chtějí být aktivní? A v neposlední řadě porovnání života seniorů v domácnosti a v sociálním či zdravotnickém zařízení (dále jen zařízení). Odpovědi na dané otázky jsou předmětem této práce.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Změny způsobené stářím

I když každý jedinec žije svůj vlastní život zcela individuálně a osobitě, jedno máme všichni společné. Stárnutí a s ním související nevyhnutelné změny. Ty se odehrávají na úrovni tělesné, psychické i sociální. U někoho se projevují dříve či později, u někoho méně či více. Změny jsou velmi individuální a nedá se přesně stanovit, kdy nastane která obměna vzhledem k věku. Nemůžeme tvrdit ani to, že by dané změny byly striktně nezvratné. V některých případech není vyloučené, že může dojít ke zlepšení. V každém případě ale můžeme tvrdit, že všechny změny ovlivní dosavadní průběh a kvalitu života. Některé nás změní k lepšímu, jiné k horšímu. Lidem nezbyvá, než se s tím vypořádat.

Se stářím souvisí také pojem dlouhověkost. Pod tím si lze představit pozitivní odchylku v průběhu stárnutí a v délce života. Je dána kombinací genetických předpokladů a vlivů prostředí. Její vymezení je dohodové, v hospodářsky vyspělých zemích jde nejčastěji o věk 90 a více let. Za maximální délku lidského života je považován věk kolem 125 let. Podle prognózy OSN bude v roce 2050 v hospodářsky vyspělých zemích žít asi 2,2 miliónu stoletých lidí. (Kalvach, 2008,)

1.1 Tělesné změny

Některé tělesné změny mohou být patrné již od pohledu. Mimo patří do této kategorie změny vzhledu, úbytek svalové hmoty, změny činnosti smyslů, kardiopulmonální změny, degenerativní změny kloubů, změny termoregulace, trávicího systému, vylučování, sexuální aktivity. (Venglářová, 2007, s. 11-16). Výsledkem těchto změn je oslabení svalové síly, snížení mobility, změny životního stylu, zhoršená schopnost sebeobsluhy. Takto postižení jedinci se nedokáží postarat o domácnost, nemohou se nadále věnovat svým dosavadním koníčkům, ztrácejí sebedůvěru, pochybují o sobě. Jejich život chudne, ztrácí pestrost a oni vitalitu. Začínají se více pozorovat, hlídají svůj zdravotní stav a mnohdy si tím jen zhoršují psychický stav.

1.2 Psychické změny

Sem řadíme například zhoršení paměti, obtížnější osvojování nových informací a dovedností, nedůvěřivost a sníženou sebedůvěru, emoční labilitu, změny vnímání a

zhoršení úsudku. Psychické změny ve stáří bývají často nesprávně označovány jako zhoršení povahy. Staří lidé se špatně přizpůsobují a dochází k názoru, že už toho udělali dost, a proto už se nemusí snažit. Je nutné odlišit problematické chování způsobené změnami ve stáří od duševních či somatických poruch. Lze říci, že psychické změny v kombinaci se sociálními ztěžují těmto osobám adaptaci na nové prostředí. (Venglářová, 2007, s. 11-16)

1.3 Sociální změny

Odchod do penze, změna životního stylu, stěhování, ztráty blízkých lidí, osamělost, někdy i finanční potíže. (Venglářová, 2007, s. 11-16). To vše se velmi promítá na lidském chování i jednání. Manželské vztahy většinou v této životní etapě sílí. Ostatní sociální vztahy se omezují a páry si jsou bližší. Nezastupitelnou roli má vždy rodina a také lidé z předchozího zaměstnání. Udržení kontaktu nejen s vrstevníky, ale i s mladšími generacemi, je moc důležité. Jedinci by neměli propadat pocitu prázdnoty a zůstat pasivní. Měli by se věnovat oblíbeným zájmovým činnostem. Pokud to není z jakéhokoliv důvodu možné, měli by si najít nové zájmy. Protože jak řekl německý umělec J. Wolfgang Goethe: „*Mládí není období života, ale stav duše.*”

1.4 Fyziologické změny

Změny spánkového rytmu - staří lidé pospávají během dne, bývají podráždění, v noci jsou neklidní a ruší spolubydlící ve spánku. Poruchy soustředění a paměti - hledají své věci, jsou nepozorní, opakovaně žádají informace. Dále sem patří úbytek energie, nechut' k jídlu, snížený pocit žízně a s tím související problémy s dehydratací. (Venglářová, 2007, s. 11-16). Mnohé tyto projevy mladší společnost nechápe a vnímá je jako záporné vlastnosti.

1.5 Změny kognitivních funkcí

Mezi kognitivní funkce řadíme paměť, pozornost, soustředění, schopnost zpracování informací či řešení situací, vnímání, orientaci a komunikaci, což znamená porozumění i vyjadřování. Jsou to všechny myšlenkové procesy, které nám umožňují vnímat svět kolem nás, rozhodovat se a jednat, plnit všemožné úkoly. Každý den zažíváme nové případy a řešíme jiné problémy. Porucha kterékoli z těchto funkcí je pro člověka nepříjemná a omezující. Znemožňuje jedinci vnímat okolí, komunikovat se

společníky nebo i o něčem rozhodovat a něco vykonávat. Tito pak neumí zvládat nové situace, nedokáží se zorientovat, hledají slova a nevybavují si výrazy.

1.6 Adaptace na stáří

Změn přichází v životě mnoho. Každý jedinec má individuální schopnost přijmout nové věci, vyrovnat se s nimi a zařídit si nový život. Reakce na změny jsou ovlivněny osobností seniora, životními zkušenostmi, prostředím, ve kterém žije, reakcemi jeho okolí, a také možnostmi, jak získat pomoc v oblastech, které on sám nezvládne. Adaptace je základní lidská vlastnost a umožňuje lidem zvládat i velmi obtížné situace. Těch změn ale nesmí být více, než je naše únosná míra a ta je u každého člověka jiná. Člověk se učí myslet, jednat, rozhodovat určitým osobním způsobem, v určité době na určitém místě. (Venglářová, 2007, s. 11-16). Změny zdravotního stavu, změny psychické, sociální, fyziologické i kognitivní, i obyčejná změna prostředí (dále jen změny), mohou naprosto vykolejit myšlení, jednání a rozhodování dotyčného. Při vyrovnávání se změnami je zapotřebí pomoc okolí, tolerance a trpělivost. Můžeme pozorovat 3 modely adaptace seniorů na změny.

1.6.1 Konstruktivní přístup

Již během produktivního věku si člověk může připravovat aktivity, které později rozvine. Součástí přípravy na stáří je také snaha o udržení tělesného zdraví formou vhodného stravování a pohybových aktivit. Je důležité mít širší síť přátel a známých. Pokud máme jen jednu nebo dvě blízké osoby, můžeme se po jejím odchodu dostat do těžké sociální izolace. Pěstování dobrých vztahů s rodinou je úkol na celý život a jeho naplnění přijde právě ve formě podpory od dětí a vnoučat. (Venglářová, 2007, s. 11-16)

1.6.2 Závislost na okolí

Tělesné obtíže umocňují závislost na zdravotnících nebo na rodině, která tak mnohdy bývá manipulována obtížemi seniora k častějším kontaktům. Ať už se jedná o seniora v domácnosti nebo v zařízení. Namísto řešení sociální izolace se řeší příznaky chorob a postižení. V ústavní péči se také setkáváme s klienty, kteří mají větší potřebu přítomnosti personálu a pomoci, což není vždy podloženo objektivním stavem. (Venglářová, 2007, s. 11-16)

1.6.3 Nepřátelský postoj

Může se stát, že je situace komplikovanější a zvládací mechanismy jednice na ni zkrátka nestačí. V takových případech může senior zaujmout nepřátelský postoj. Nepřátelství neboli hostilitu, může projevovat rodině, ošetřujícímu personálu, lidem kolem, nebo ostatním klientům. Toto bývá příčinou mnoha problémových situací v péči o seniory v rodinách i v zařízeních. (Venglářová, 2007, s. 11-16)

2 Nejčastější choroby stáří

2.1 Definice chorob

Máme-li se zabývat chorobami, měli bychom nejdříve vědět, co je to zdraví. Podle WHO je zdraví definováno jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Kdybychom brali tento výraz doslova, bylo by na světě jen velmi málo skutečně zdravých jedinců. Jednodušeji bychom mohli nazvat zdravým takového člověka, kterého netrápí žádné zdravotní ani duševní problémy. Nemoc nebo choroba je potom patologický stav organismu - těla nebo mysli - který způsobuje dotyčnému jedinci nějaké potíže. Nemocný člověk se cítí zesláblý, není schopný vykonávat některé činnosti, nemůže se soustředit. Je nucen podrobit se nezbytným omezením, jednak kvůli zlepšení vlastního stavu, ale také kvůli ochraně ostatních. Vše samozřejmě závisí na závažnosti onemocnění.

2.2 Průběh chorob

Některé nemoci trvají pár dní, jiné několik týdnů či měsíců, další se táhnou s člověkem několik let. Nemoci, které před pár desítkami let zabíjely, se dají v dnešní době vyléčit užitím pár pilulek. I přesto, že medicína a zdravotnictví neuvěřitelně pokročily, existuje ještě i dnes řada nemocí, se kterými si nevíme rady a které končí exitem. Průběh nemocí je vždy individuální, symptomy jsou u každého trochu jiné, jinak závažné. To závisí na mnoha faktorech, jako je obranyschopnost nebo předchozí zdravotní stav dotyčného atd. Ze širšího hlediska se však dá průběh chorob zobecnit a strukturovat do několika stádií.

2.2.1 Latentní

Tzv. utajené období či inkubační doba. Je to čas mezi vstupem patogenu do organismu až do propuknutí nemoci. Nejsou přítomny žádné symptomy, nemoc se nijak neprojevuje, nemocní se cítí naprosto zdraví. Jeho trvání se liší podle typu nemoci. Např. chřipka má krátkou inkubační dobu - pár hodin až dní. Naproti tomu první příznaky např. vztekliny či AIDS se objeví až po několika měsících či letech.

2.2.2 Prodromální

Nazývané předchorobné stádium. Objevují se první symptomy, které naznačují propuknutí nemoci. Příznaky bývají často neurčité, např. únava, bolest hlavy, podrážděnost, náladovost, úzkost, nespavost.

2.2.3 Manifestní

V tomto stadiu se vykytují neurčité ale už i určité, konkrétní symptomy. Nemoc je diagnostikovaná a probíhá léčba. Toto období je různě dlouhé podle typu onemocnění.

2.2.4 Rekonvalescence

Uzdravování, čas do úplného vymizení hlavních symptomů, tzn. do zotavení. Postupně se vrací do normálu všechny funkce, které byly nemocí nějak ovlivněny. Ne po každé nemoci se ale napraví všechny funkce.

2.2.5 Závěr nemoci

Nemoci končí několika způsoby. Úplným uzdravením, kdy už jedince netrápí žádné obtíže a může se tak vrátit k dřívějším aktivitám a plnohodnotnému životu. Neúplným uzdravením, což znamená, že po nemoci zůstanou nějaké trvalé následky různého stupně. Dále může nemoc vyústit do chronicity, takže se stane dlouhodobá nebo se bude často opakovat. V posledním případě může nemoc skončit i exitem.

2.3 Nejčastější onemocnění

Existuje mnoho příčin, proč lidský organismus podléhá nemocem. Genetika, vlivy z okolí, vnitřní vlivy jako nesprávná výživa nebo nadměrné užívání medikamentů, sociální i psychické příčiny a nezapomeňme na vysoký věk. Tím vším je tělo oslabeno a není schopno správně fungovat. Co se děje s organismem při procesu stárnutí jsem zmiňovala již v předchozích kapitolách. Všechny nemoci, ať už se týkají nervové soustavy, kognitivních funkcí, pohybového aparátu, smyslových nebo interních orgánů, všechny zneprůjemňují bytí a snižují kvalitužití. O všech se bavit nemůžu, takže jsem vybrala ty diagnózy, se kterými jsem se během své dosavadní praxe setkávala nejčastěji. Byla to různá poranění pohybového aparátu od kontuzí a fraktur po částečné i totální endoprotézy kloubů. Dále se nejčastěji vyskytovala hypertenze, diabetes mellitus, infarkt myokardu cévní mozková příhoda a demence. Poslední dvě onemocnění

rozeberu podrobněji, protože právě takto postižení klienti tvořili většinu případů, které jsem pozorovala pro tuto práci.

2.4 Cévní mozková příhoda

Mozková porucha, která vzniká velmi rychle a je způsobená poruchou prokrvení. Je to stav akutní a vyžaduje okamžitý lékařský zásah. Při CMP pozorujeme vážné neurologické příznaky. Objeví se zeslábnutí, porucha citlivosti nebo dokonce ochrnutí poloviny těla. Může dojít k poruchám zraku - rozostření nebo jednostranná slepota, poruchám řeči i sluchu, vertigo, někdy bolesti hlavy nebo i bezvědomí. Vyšetření pomocí počítačové tomografie odhalí, jaká byla příčina vzniku. Mozková mrtvice může být následek buď krvácení do mozku, nebo ucpání některé cévy v mozku. Rozlišujeme dva typy CMP - hemoragickou a ischemickou. Mozkový iktus není hrozbou pouze pro jedince staršího věku, ale stále častěji se objevují případy i u lidí z produktivní populace. Je to záležitost měsíční, někdy několikaletá, to závisí na rozsáhlosti iktu a také na následné péči. Lehčí formy mrtvic nemusí zanechat žádné trvalé následky, těžší formy mohou upoutat nemocného na lůžko od konce života.

V ČR je ročně 40 000 případů CMP. Z toho asi 2/3 jedinců přežijí, 30% postižených je handicapováno těžce a 30% jen lehce. Více než 1/3 pacientů je mladší 60 let. (Horáček, Sanquis č.47/2006, s. 12)

2.4.1 Hemoragická cévní mozková příhoda

Tvoří asi 20% všech případů CMP. Vzniká protržením cévní stěny obvykle kvůli hypertenzi. Uvolněná krev se hromadí, utlačuje okolní struktury a zvyšuje nitrolební tlak. Symptomy se rozvíjí rychle a postižení bývá horší než u ICMP. Častěji propuká přes den, např. při rozčilení nebo při zátěži. Léčí se operací a farmakologicky, protože je nutné napravit nitrolební tlak.

2.4.2 Ischemická cévní mozková příhoda

Je častější typ, tvoří 80% případů. Vzniká ucpáním některé mozkové cévy embolem nebo trombem. Trombus vzniká na podkladě aterosklerózy neboli kornatění mozkových tepen. Embolus je uvolněný kus trombu z jiného místa na těle (často ze srdce), který byl krví přenesen do mozku. Léčba ischemické CMP spočívá v podání trombolitik, což jsou léky, které rozpustí krevní sraženinu. U tohoto typu je obzvláště důležitá doba od vzniku iktu do poskytnutí lékařského zásahu.

2.4.3 Rehabilitace po cévní mozkové příhodě

Rehabilitaci můžeme rozdělit na 3 stadia - časnou, subakutní a následnou.

Časná RHB má za úkol zamezit rozvoji sekundárních změn ve všech systémech a co možná nejvíce zmírnit následky dlouhotrvající imobilizace či nedostatku pohybu. Velký význam zde má polohování. Subakutní RHB se už nezaměřuje pouze na postiženou stranu, ale i na globální pohybové programy. Soustředí se na nápravu poruch tělesného vzorce, prohloubení soběstačnosti, zvládnání každodenních potřeb, zapojuje rodinu do rehabilitačního programu a pomáhá docílit co nejlepší kvality života. Často používané techniky jsou Vojtova reflexní lokomoce, Proprioeptivní neuromuskulární facilitace (PNF), Bobathův koncept, senzomotorická stimulace a další. Následná RHB může být buď ambulantní - je-li nemocný v takovém stavu, který dovoluje propuštění do domácí péče, nebo lůžková - v případě, že postižení je takových rozměrů, že kvůli tomu musí zůstat dotyčný na lůžku v zařízení. Tak jako tak, následná RHB řeší problémy, které člověku zůstaly po iktu. Může jít o poruchy inervace a hybnosti v některých segmentech, poruchy kognitivních funkcí apod. Provádí se polohování, pasivní pohyby, relaxace a měkké mobilizační techniky, nácvik otáčení, soběstačnosti, sedu, stoje chůze. Nezastupitelnou roli má i ergoterapie. Postižení se učí zacházet s kompenzačními pomůckami a s jejich pomocí zvládat běžné denní činnosti. Existuje mnoho spolků a sdružení, kde se scházejí lidé, kteří prodělali jednu nebo více mozkových mrtvic. Diskutují o problémech týkajících se tohoto onemocnění a o tom jak je zvládat. Asi nejznámější je obecně prospěšná společnost ICTUS, která byla založená v roce 2007 a která od té doby pomáhá lidem postiženým CMP s návratem do kvalitního života. Další známé společnosti jsou např. Sdružení CMP - sdružení pro rehabilitaci osob po CMP, Občanské sdružení Afázie, nebo CEREBERUM, což je sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin.

2.5 Demence

Je syndrom, charakterizovaný poruchou paměti, intelektových schopností a dalších kognitivních funkcí (pozornosti, myšlení emotivity, vůle, jednání a osobnosti), která vzniká v průběhu života a může se objevit až po úplném rozvinutí uvedených funkcí. Je to tedy vážné duševní onemocnění. Existuje mnoho definic demencí a všechny se shodnou na tom, že porucha kognitivních funkcí není vyvolaná poruchou vědomí a je tak výrazná, že narušuje výkon zaměstnání i každodenních činností a

omezuje samostatnost postiženého. (Kolibáš, 2005, s. 101-104). Většinou jsou demenci postižení osoby starší 60 let. Postižený jedinec zapomíná, bloudí, má poruchu prostorové orientace a také krátkodobé paměti, mohou se u něho objevit poruchy spánku nebo halucinace. Průběh nemoci rozdělujeme do 4 stádií: lehká, střední, těžká demence a terminální stádium.

Demence můžeme rozdělit podle intenzity poškození kognitivních funkcí na lehké, střední a těžké. Podle lokalizace patologického procesu v mozku se mohou dělit na kortikální a subkortikální. Další dělení je podle věku, ve kterém demence začínají a to na presenilní a senilní. Nejčastější a nejdůležitější je klasifikace, která se řídí poznatky o etiologii a patogenezi demencí. Podlé té se demence dělí na primární atroficko-degenerativní demence a sekundární demence. U primárních jsou příčinou choroby postihující především mozek a sekundární jsou způsobeny jinou extracerebrální poruchou. (Kolibáš, 2005, s. 133).

2.5.1 Alzheimerova choroba

Je to chronická progredující degenerativní choroba, která se projevuje difúzní atrofií mozku. Vždy vede k demenci a výrazně zkracuje život nemocného. (Kolibáš, 2005, s. 133).

Představuje 50-70% všech demencí. Rozvíjí se pozvolna a plynule, psychické funkce jsou postiženy rovnoměrně a úpadek je komplexní - zahrnuje i osobnost nemocného. Zprvu se projevuje nápadnou zapomnětlivostí, výpadky paměti si takto postižení jedinci kompenzují smyšlenkami. Neorientují se v čase ani v prostoru, přestávají být schopni logicky uvažovat a kontrolovat emoce, přestávají dodržovat společenské ohledy. (Vágnerová, 2004). Patogeneze vzniku "morbus Alzheimer" zatím není úplně známá. Důležité je, že jde o chronické onemocnění nervové soustavy, jehož podkladem je degenerativní zánik neuronů. Terapie "Alzheimer" musí být všestranná. Jednak farmakologická a také musí počítat s péčí o jedince, který je do jisté míry nesoběstačný. K dispozici jsou všelijaké kompenzační pomůcky, např. značení místností, kalendáře s vyznačeným datem apod. Ať už je jedinec v zařízení, nebo v péči rodiny, vždy je cílem resocializace jedince.

2.5.2 Parkinsonova choroba

Patří mezi neurodegenerativní choroby. Patologický proces - atrofie neuronů a výskyt Lewyho tělísek - postihuje bazální ganglia. Příznaky jsou tremor, bradykineze a rigidita a jsou způsobeny deficitem dopaminu (neurotransmitter). (Kolibáš, 2005, s. 143)

Větší riziko výskytu "Parkinsona" je u mužů a žen starších 50 let. Budoucí výskyt choroby nelze předpovědět. O etiologii onemocnění zatím nejsou žádné důkazy. Vědci se v současnosti kloní k teorii, že nemoc může být důsledkem genetických predispozic a vlivu vnějšího prostředí. Studie izraelských vědců prokázaly souvislost mezi Parkinsonovou nemocí a pesticidy. Léčba Parkinsonovy choroby není dodnes známá. Existují pouze prostředky, které umožňují zmírnit průběh a příznaky nemoci.(Wikipedie). Demencí je postiženo zhruba 10-20% nemocných Parkinsonovou chorobou. Psychické poškození je obvykle slabší a postupuje pomaleji.

2.5.3 Ischemicko-vaskulární demence

Jak už sám název napovídá, je tento typ demence následkem nějakého vaskulárního onemocnění, obvykle kardiovaskulárního. Jde tedy o situaci, kdy mozek nemá dostatečný přísun kyslíku. Takový stav nazýváme hypoxie. Ischemicko-vaskulární demence vzniká rychleji než demence Alzheimerova typu a má kolísavý průběh.

Zhoršování stavu má charakter skoků, někdy nastávají přechodná zlepšení. Typická je přítomnost neurologických poruch, např. ochrnutí poloviny těla. K rozpadu osobnosti dochází jen někdy a až v pozdějších stádiích onemocnění. (Vágnerová, 2004).

Osobnost postižených zůstává dlouho relativně slušně zachovalá. U takto nemocných jedinců se často vyskytuje hypertenze, cévní mozkové příhody, diabetes mellitus, příznaky aterosklerózy v mimomozkové lokalizaci - např. ischemická choroba srdeční (ICHS). Léčí se především ovlivněním vyvolávajících příčin, tedy léčbou hypertenze, hypercholesterolemie a ICHS. Dále se používají protistrážlivé přípravky bránící vzniku trombů atd. - léčba symptomatologická. (Jirák, 2010)

2.5.4 Léčba a rehabilitace u demencí

Léčba jako taková v podstatě neexistuje, zpravidla léčíme projevy choroby. Snažíme se zmírnit příznaky a zpomalit průběh nemoci. Při léčení demencí se věnujeme kognitivním symptomům, behaviorálním symptomům, dbáme na duševní i fyzickou stránku postiženého jedince. U těchto nemocí tedy míníme léčbou všestranný přístup.

Patří sem jednak farmakologická terapie, psychoterapie i socioterapie. Nezastupitelnou roli hraje pomoc okolí, rodiny či pečovatelů. Postižený by měl být co možná nejvíce začleňován do obvyklých aktivit, aby byl co nejvíce v kontaktu s realitou.

Tělo je hlavním prostředkem sebevnímání a interakce s okolím. Tělesná cvičení zesilují vnímání sebe sama. Nemocný je tak veden k uvědomování si vlastního těla, jeho částí a celistvosti. Společná cvičení vedou k pocitu sounáležitosti, spoluúčasti a potřebnosti pro druhé. Vhodné jsou například procházky, cvičení tanečních kroků, cvičení s lehkými předměty i nácvik jemné motoriky, řešení různých úkolů spojených s manipulací. Při jakémkoli druhu cvičení musíme mít na paměti některé zásady. Program musí být adekvátně obtížný, snadno pochopitelný a splnitelný. Činnost musí být variabilní, aby nemocného zaujala, a změny je důležité provádět postupně. Primární je navázání důvěry mezi nemocným a terapeutem. Cvičení probíhá v prostředí, ve kterém se nemocný cítí dobře. Terapie by měla být pravidelná v rámci denního a týdenního režimu. Postižené osoby žijící v zařízení mají v tomto směru jistou výhodu, neboť jejich režim je všemu výše zmíněnému přizpůsobený. Ale i postižení žijící v domácnostech mají možnost docházet do různých center a tam pracovat na zlepšení, nebo alespoň udržení, svého stavu. Je proto důležitá činnost veškerých společností a spolků, které pomáhají a podporují nejen osoby postižené demencí, ale také pečovatelům o tyto osoby.

2.6 Prevence nemocí

Existuje celá řada faktorů, které způsobují buď přímo jednotlivá onemocnění, nebo náchylnost k nemocem. Některé příčiny ovlivnit nemůžeme, například genetické predispozice, věk, pohlaví, prodělané nemoci, nebo úroveň našeho okolního prostředí. Existuje ale celá řada těch, které změnit můžeme. Mezi ně patří především náš životní styl. A ten rozhodně není v posledních letech vyhovující. Moderní život je obecně velmi chudý na pohyb, a přitom dostatek pohybových aktivit je jedním z hlavních principů, kterými lze preventivně působit proti zhoršení celkové kondice a obecně proti zhoršení stavu organismu. Dalšími "nešvary" dnešní doby jsou kouření, nezdravý způsob stravování, konzumace alkoholu apod. Prevencí můžeme nazvat vyvarování se, nebo při nejmenším omezení, zmíněných zlovyků. Dopřejme svému tělu zdravou, výživnou a lehce stravitelnou potravu, každou volnou chvíli věnujme byť jen minimální tělesné aktivitě a ucítíme rozdíl. Hned poznáme, že to je to, co tělo chce. Nejen svěžest a energii po tělesné stránce, ale i po stránce psychické. Dbejme také na svou duševní

hygienu, protože i když mnoho lidí na ni nevěří, je i ona jedním z determinantů našeho zdravotního stavu. Místo vzteku a hádek si běžme raději zaběhat. Dávkujme si místo kávy bylinný čaj a místo alkoholu zdravé nápoje s antioxidanty, vyměňme vepřové maso za rybí. Navštěvujme pravidelně všechny své lékaře a kontrolujme tak pravidelně, jak jsme na tom se zdravím. Budeme-li takto pečovat o své tělo, můžeme o sobě potom říci, že víme co je prevence a dbáme o ni.

3 Aktivní život v seniorském věku

Aktivní životní styl (AŽS) je formou životního stylu, který chápeme jako interakci mezi jedincem a okolím. Životní styl se mění v průběhu života u jedince i u různých sociálních skupin. Ovlivňuje tělesné, mentální i sociální chování a jednání. Je podmíněný jak vnitřními podmínkami (např. věk, pohlaví, zdraví), tak zároveň vnějšími podmínkami odrážejícími kulturní tradice, sociální, ekonomickou, politickou situaci ve společnosti atd. AŽS je chápán jako takový životní styl, v němž zaujímá své místo také přiměřená pravidelná pohybová aktivita. Rozhodujícím faktorem, který ovlivňuje kvalitu života v seniorském věku, jsou změny vyvolané stárnutím, hlavně pak změny, které limitují stav jedince. Tyto změny významně ovlivňují předpoklady stárnoucího organismu vykonávat činnosti, které byly pro daného jedince běžné v produktivním věku. (Bunc, 2006)

3.1 Pohybové aktivity (PA)

Veškeré tělesné aktivity mají kladný vliv na zdraví, ať už u mladých jedinců či u osob vyššího věku, u zdravých či nemocných lidí, bez ohledu na to, zda tráví život v zařízení nebo v domácnosti. A u všech zmíněných kategorií jsou PA stejně důležité. Obecně vedou PA ke zvyšování svalové výkonnosti, síly a hmoty a také ke zlepšení metabolických parametrů. Starší lidé jsou méně výkonní než lidé mladí, a to jak v důsledku snížení svalové síly a hmoty tak v důsledku snížení kardiovaskulární výkonnosti. Tyto procesy jsou různé u různých lidí vzhledem k věku, fyzickému a psychickému stavu. Existují také rozdíly mezi ženami a muži. (Holmerová, Veleta, Jurašková a Vaňková, 2006)

3.1.1 Význam pohybových aktivit

Pohybové činnosti sice nedokáží proces stárnutí zastavit, ale mohou významně zpomalit pokles fyzické kondice. Stav celkové kondice je natolik ovlivnitelný, že třeba dobře trénovaný "šedesátník" můžeme lepší kondici než netrénovaný "třicátník". Kromě již výše uvedených pozitivních vlivů můžeme dostatečnou PA docílit zlepšení mobility, zvýšení vytrvalosti, snížení rizika pádů a dalších příznivých efektů, včetně snížení rizika osteoporózy a dalších chorob. Dnešní způsob života nezahrnuje dostatečné množství pohybu, proto je důležité zlepšovat kondici cíleným pohybem a cvičením. (Holmerová, Veleta, Jurašková a Vaňková, 2006)

Další důležitý vliv můžeme pozorovat na psychice seniorů. Někteří si sportem kompenzují ztrátu zaměstnání. Aktivně žijící staří lidé si takto dokazují, že ještě "nejsou na odpis", že ještě leccos zvládnou. Dostatek pohybu může zlepšit zdravotní stav i kvalitu života všech jedinců.

3.1.2 Rizika pohybových aktivit

Pohybová aktivita je ideální prevence, je levná, účinná a má minimum nežádoucích účinků. Nicméně všeho moc škodí. I při tělesných aktivitách je důležité vyvarovat se nadměrné zátěže, kterou by provázela výrazná únava, dušnost nebo svalová bolest. Naopak mírné zadýchání, a mírné opocení jsou důkazem dostatečnosti a účinnosti zátěže. Zdraví lidé mohou cvičit kdykoli. Pokud někdo trpí chronickým onemocněním, je dobré se o dávkování PA poradit s lékařem. (Holmerová, Veleta, Jurašková a Vaňková, 2006)

Další riziko, které je nutné mít na zřeteli při dávkování jakékoli PA je nebezpečí úrazů a pádů. Leckdy stačí jen špatně došlápnout a už se válíme či v horším případě nás na několik měsíců zatěžká sádrová fixace. Při každé činnosti si zkrátka musíme dávat pozor.

3.1.3 Nejvhodnější pohybové aktivity

Jakýkoli pohyb je pro člověka důležitý. Dobrým zdrojem pohybu jsou také mnohé koníčky a volnočasové aktivity, práce v zahradě, hry s vnoučaty, různé pochůzky apod. Nejpřirozenější formou pohybu je chůze, a to půl hodiny středně rychlé chůze denně. Dále je vhodné do tréninkového programu zařadit posilovací cvičení, dovoluje-li to zdravotní stav jedince. Nejjednodušší metodou je organizování vycházek pro seniory. Dnes existuje mnoho značených vycházkových tras, které nabízejí pohodlný terén i luxus čerstvého vzduchu. Senioři by měli také využívat metodu "Nordic Walking" - chůzi s hůlkami, která umožňuje rozložení váhy těla a zatěžuje více velkých svalových skupin. Další vhodnou přirozenou aktivitou může být tanec. Ten je mezi seniory vítanou obměnou PA a je pro ně zároveň společenskou příležitostí. Za zmínku stojí také cyklistika jako další forma výhodného pohybu. (Holmerová, Veleta, Jurašková a Vaňková, 2006). Pravdou je, že tento způsob je poněkud rizikovější. Podobně jako při chůzi, i při jízdě na kole můžeme využít upravené cyklostezky, kde nás nebudou ohrožovat žádná auta, neupravený terén ani nic podobného. Další neopominutelnou vhodnou aktivitou je plavání. Plavání příznivě ovlivňuje souhru a

koordinaci horních a dolních končetin, trénujeme při tom správné břišní a hrudní dýchání. Odpor, který nám vodní masa udává, pomáhá zvyšovat svalovou sílu. Tlak vodního sloupce působí dobře na prokrvení a trofiku tkání. Navíc voda nás nadlehčuje a pohyby jsou tím pádem snazší. Pořád se bavíme o "pouhém" plavání.

3.2 Kulturní a společenské aktivity

Každý člověk kolem sebe potřebuje mít jiné lidi, ti dohromady tvoří společnost. Každou společnost charakterizuje specifická kultura, která organizuje každodenní život lidí a vymezuje mu bariéry. Kultura je určitý způsob života, pomáhá lidem přežít a společnosti přetrvat.

Pod pojmem kultura rozumíme už od 16. století vybrané lidské činnosti, zejména umělecké. Patří sem literatura umění, hudba případně i věda a filosofie. V širším smyslu sem můžeme počítat také oblečení, jídelní zvyky, dějiny, hospodářství, politiku, dokonce i dětské hry. V tomto obsáhlém významu je kultura nezbytnou podmínkou lidského života ve společnosti. (Wikipedie)

U starších lidí je společensko-kulturní život stejně důležitý, ne-li důležitější. Odchodem do penze, případným zhoršováním stavu vlivem přibývajících let a celkovým snižováním výkonnosti, tím vším jedinec postupně přichází o kontakty se svým okolím. V nejhorších případech se může dostat až do sociální izolace. Ať už jde o seniory v domácnostech či v zařízeních, všichni potřebují navazovat vztahy a pociťovat vzájemnou interakci s lidmi ve svém okolí.

3.2.1 Senioři žijící v domácnostech

Leckdo by řekl, že staří lidé žijící doma jsou čilí a aktivní. Ano, koneckonců, musí se o sebe postarat po všech stránkách. Existují i takoví senioři, kteří do konce života opečovávají svůj domek, zalévají záhonek, pomáhají s vnoučaty a ještě se stihnou starat o dobytek. Obvykle jsou to lidé, kteří jsou celý život zvyklí na takovou práci. Jestliže zvládají takové množství věcí, je zřejmé, že jim zdraví slouží minimálně v odpovídající míře. Tito nemají o aktivity nouzi. Na druhé straně je opačná skupina lidí. Jedinci nemocní či jakkoli nesoběstační, kteří se doposud z různých příčin nedostali do nějakého pomocného či pečovatelského zařízení. Oni jsou v domácím ošetřování. Za takto postiženými mohou docházet asistenti a pečovatelé, nicméně největší díl péče poskytují rodinní příslušníci. Pomoc rodiny by mohla být kapitola sama o sobě.

Nejdůležitější motivace k péči rodiny je emoční vztah láska a náklonnost k nemocné osobě. Následuje smysl pro povinnost a pocit zodpovědnosti. Nejběžnější služby, které senioři potřebují, jsou: péče a dohled v domácím prostředí - od péče poskytované během návštěv, nočního hlídání až po celodenní dohled. Osobní péče, zejména pomoc při hygieně a toaletě, při stravování, oblékání, vstávání apod. Sociální péče a pomoc, například společník pro seniory, telefonní služba, poradenství, sociální centrum a další. Služby v domácnosti, jako péče o prádlo, rozvoz jídel, péče o domácnost. Nezapomínejme na mobilitu, například transporty nebo úpravy domácího prostředí. Při domácí péči je nezbytné, aby byli pečující rodinní příslušníci poučeni a instruováni o správném poskytování veškeré péče od odborníků ve zdravotnictví. Také by měli mít k dispozici všemožná poradenství. (Holmerová, Kofahl, Doehner, 2006)

Senioři žijící v domácnosti v podstatě nejsou ve výběru denních aktivit limitováni ničím jiným, než jejich zdravotním stavem. Kdykoliv mohou vyjít ven na procházku, do obchodu či na návštěvu, setkávat se s rodinami a vrstevníky. Všechny jejich společenské kontakty v podstatě závisí na vlastním uvážení. Zda mají chuť zrovna teď zajít do divadla, poslouchat hudbu nebo jet na výlet s kolektivem seniorského klubu, který možná navštěvují. Mohou doma chovat zvířecí mazlíčky a pěstovat jakékoli koníčky nebo i sporty.

3.2.2 Senioři žijící v zařízeních

Celá řada lidí se jednoduše rozhodne, že stáří chtějí prožít v klidu, někde, kde se o sebe budou moci starat, ale v případě potřeby jim bude někdo k dispozici. Jiní zase nemají nikoho, kdo by se o ně postaral, nemohou si platit asistenty a pomocníky a jejich stav jim nedovoluje se o sebe postarat u jakýchkoli tělesných nebo duševních příčin. Pro takové lidi existuje celá řada zařízení od denních a týdenních stacionářů, přes domovy a penziony po hospice a lůžková zařízení, kde se o dotyčné nemocné po všech stránkách stará personál. Každé zařízení má svůj program a klienti mohou využít široké nabídky akcí a služeb. Obyvatelé tam nejsou v žádném případě drženi pod zámek, mají volný pohyb a kdykoli mohou jít ven, nebo odjet na víkend k příbuzným. Ve společných kuchyňkách si mohou sami vařit, v kantýnách si mohou nakupovat, na co jen mají chuť. Podle svých zájmů se účastní akcí a klubových činností, kterých bývá pestrá škála. Nejběžnější bývají výtvarné a aranžérské kluby, klub šikovných rukou, kde účastníci pletou, háčkují, malují a pracují s papírem - zkrátka se věnují všem typům drobných ručních prací. Dále existují umělecké kluby hudební, taneční i pěvecké. Můžeme se

domnívat, že k některým neobvyklým činnostem se mimo zařízení dostane jen minimum seniorů. Například košíkářské a keramické činnosti, teatroterapie apod. K dispozici bývá také rehabilitace, která dbá na dobrý stav všech uživatelů a poskytuje různé formy cvičení. Všechny tyto kluby a činnosti mají jediný cíl, a sice potěšení a spokojenost klientů. Jak je vidět, v zařízeních není život chudší.

V žádném z těchto zařízení by neměl chybět aktivizační personál. Aktivizace patří mezi služby a jde o cílenou činnost zvyšující kvalitu života seniorů tím, že je motivuje a podporuje k duševní i tělesné činnosti. Tím předchází jejich sociálnímu vyloučení a napomáhá sociálnímu začlenění. Aktivizace není cíl, ale prostředek. Hlavní úlohu při ní hraje uživatel, jeho vůle, pocity a prožívání. Její součástí je i stanovení cíle a plánování a to vždy individuálně. Některé aktivity by měly probíhat každý den, minimálně jsou to celkové rozhýbání a vzájemná komunikace. Je důležité střídat činnost s odpočinkem a poskytovat prostor pro spontánní projevy pečovaného jedince. Není dobré neustále jen aktivizovat, je na místě nechat občas dotyčného "jen tak", zcela přirozeně. Přepečování a přílišná pozornost mohou být na škodu stejně jako nedostatek péče. (Tlustá, 2006)

4 Postoje mladších lidí ke stáří

Aktuální demografické údaje odpovídají stárnutí obyvatelstva. Zhruba 66 milionů dnešních lidí nad 80 let by mělo vyšplhat na 370 milionů v roce 2050, přičemž 2,2 miliony budou století. Ve srovnání s porodností je zřejmý trend vymírání západní civilizace. Díky pokroku medicíny a dobré výživě se prodlužuje věk obyvatelstva. Ale být starý, o to se většinou už nestojí. Také proto, že starý člověk bývá stále bohužel na okraji zájmu společnosti. Zdá se, jakoby se nedařilo sejmout ze seniorů škodlivou ekonomickou nálepku - postproduktivní. Způsob, jakým se dokážeme postarat o své nejslabší spoluobčany, mezi které staří lidé bezesporu patří, je jedním z kritérií vyspělé společnosti. Staré lidi bychom tak mohli metaforicky nazvat proroky, protože na jejich existenciálním postavení je vidět jací jsme. (Sládek, 2006)

4.1 Špatný přístup mladších generací

Zatím se zdá, že moc dobří nejsme. O tom, jak se umíme o své staré příbuzné postarat, o tom jsem už mluvila, ale někteří z nás se umím chovat jinak. Co všechno seniorům provádíme? Necháváme je o samotě a leckdy si jich nevšímáme, protože nemáme čas. Nebereme je s sebou ven a nebavíme se s nimi, jak by bylo zapotřebí, aby nezdržovali. Odstrkujeme je od sebe, protože jejich myšlení je zastaralé. Nechceme je poslouchat, protože máme dost vlastních starostí. I takový může být přístup ke starším spoluobčanům. A přeci, když si nevíme rady, jdeme za nimi pro moudrá poučení. Když se potřebujeme vypovídat, jdeme za nimi, aby nás vyslechli, protože oni na nás mají vždy čas. Když se nám něco nepovede, jdeme za nimi pro povzbuzení, abychom si poslechli, že může být hůř. Když nás trápí zdraví, chceme znát "babské" recepty a byliny.

„Staří lidé napomáhají tomu, že se na pozemské události hledí s větší moudrostí, protože to, co prožili, je naplnilo jistou zkušeností a zralostí. Jsou strážci kolektivní paměti a tedy výsadní vykladaatelé souhrnu ideálů a obecních hodnot, které řídí a vedou společenské soužití." Tato slova napsal papež Jan Pavel II. pro staré lidi v jednom ze svých listů. Podle toho můžeme uvažovat dále. Pokud společnost ztratí ze zřetele zkušenost starých lidí, je více náchylná k opakování hrůz, které se kdy v minulosti udály. Když jim však necháme prostor, ukáží nám cestu k dobru a ke snům, které hledali a chtěli realizovat. Senioři nejsou sociálním problémem, ale žitou historií. Ke

starým lidem bychom se měli chovat tak, jak si přejeme, aby se druzí chovali v našem stáří k nám. (Sládek, 2006)

Jako by právě o tom mluvil americký romanopisec Thomas Clayton Wolfe, když říkal, že: „*Mladí je něco, co mají jen mladí lidé a čeho by jen staří dovedli moudře používat.*”

4.1.1 Povinně pryč

Staří lidé přenechávají ke konci života "žití" svým dětem a z povzdálí sledují, jak jejich životní zkušenosti uplatňují ti, kterým je předávali. Občas poradí, povzbudí, pomohou s výchovou vnoučat. Tento přirozený "model" soužití je dnes velmi řídkým jevem. Staří lidé jsou běžně z různých důvodů opouštěni a v horším případě záměrně odsouváni do domovů důchodců a jiných zařízení. Příbuzní se mnohdy ukáží jen v době vyplácení penze. Taková citová zranění často způsobí, že se jedinec uzavře sám do sebe. Snadno pak podléhá pokušení rezignace a zahořknutí vůči světu, když volba života v zařízení není jeho svobodná volba. A situaci může ještě zhoršit, pokud u sebe nesmí mít v novém domově své věci, nebo pokud musí být na pokoji se spolubydlícím, s nímž si nerozumí. (Sládek, 2006)

4.1.2 Agismus a týrání

Nejen nemoci a postupné chátrání ohrožují seniory. Další hrozba pro ně je stoupající riziko diskriminace.

Věková diskriminace, neboli agismus, nabývá mnoha podob. Může jít o hrubé podoby diskriminace, například odpírání nákladných léčebných postupů z důvodu věku, ale také o "pouhé" předsudky, myšlenkové stereotypy, nevhodné jednání. Jde například o zdětinšťování starých lidí, o nepřiměřené odebírání kompetencí (rozhodovacích možností), podceňování jejich schopností, nerespektování či ponižování důstojnosti. Bohužel existují i případy zanedbání či týrání seniorů. Mezi hlavní formy patří:

- a) tělesné násilí - bití, vystavování hladu či chladu i netlumení bolestí
- b) psychické týrání - ponižování, urážení, omezování lidských práv
- c) ekonomické zneužívání
- d) sexuální zneužívání
- e) nevhodné zacházení či zanedbávání

4.2 Naše působení

Už víme, že senioři mohou žít v domácnostech i v zařízeních, spokojeně i nespokojeně, kvalitně i nekvalitně, aktivně i neaktivně. Že existují staří lidé, kteří jsou aktivní sami od sebe. Dále ti, kteří chtějí být aktivní a potřebují k tomu naši větší či menší pomoc, ale ještě jsou tu tací, kteří nejsou a ani nechtějí být aktivní. S těmi je asi nejvíc práce. Samozřejmě nemůžeme nikoho do ničeho nutit, ale zkusit to musíme. Největší překážka, kterou musíme u pasivních jedinců překonat, je chybějící motivace.

Veškerá aktivita účastníků je vyvolána vnitřními motivy. Vnitřně motivovaný jedinec se rád učí, rád se účastní, cítí potřebu něco si vyzkoušet, dělá věci z vlastního zájmu. Mnohdy však člověk tuto potřebu necítí. Proto se pečovatelé a terapeuti snaží vzbudit zájem prostřednictvím vnější motivace. (Bastl, Švec, 1997, s. 31-32)

To může trvat dlouhou dobu, proto je zapotřebí trpělivosti, pochopení a laskavosti. Tyto vlastnosti by neměli chybět žádnému člověku, který pracuje s lidmi, obzvláště pak se starými lidmi. Jak nejlépe se staršími jedinci vycházet a jak nejefektivněji na ně působit, to je otázka. Otázka, jejímž řešením se zabývají některé instituce. Jednou z nich je vzdělávací a poradenský servis Gentura.

Gentura je vzdělávací instituce akreditovaná u Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstva vnitra. Pořádají vzdělávací akce, semináře, kurzy, školení i konzultace určené především pro zaměstnance, kteří pracují v pomáhajících profesích. Specializují se na výcvik a vzdělávání v následujících oborech: naplňování Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb; sociálně psychologické dovednosti; manažerské dovednosti; péče o klienty po stránce zdravotní a etické; péče o pracovníky v pomáhajících profesích. (Hronová, Gentura a.s.)

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Cíle a úkoly

Cílem této práce je zjistit, zda a za jakých podmínek je možné prožívat stáří aktivně. Zda vůbec ještě chtějí být staří lidé na konci života aktivní, jestli jim můžeme pomoci ovlivnit kvalitu a vitalitu jejich života ve stáří a pokud ano, tak jak. Dále se pokusím srovnat, jak žijí senioři v domácnostech a v různých zařízeních. Docílím toho pomocí výzkumných metod pozorování, dotazníkového šetření a rozhovorů. Abych mohla dosáhnout stanovených cílů, musela jsem splnit následující úkoly:

1. Získat z různých literárních a ústních zdrojů teoretické znalosti o tom, co je to vlastně stáří, co se děje s organismem během senescence a jaké existují možnosti zájmových aktivit a sportovního, společenského i kulturního vyžití pro seniory.
2. Osobně poznat chod některého zařízení pro seniory a navázat kontakt s tamními uživateli.
3. Vybrat nejvhodnější skupiny seniorů a provést mezi nimi průzkum.
4. Rozpoznat a nastudovat vyhovující metody pro výzkumnou studii.
5. U zvolených případových studií vypátrat anamnézy a stanovit léčebné plány. Tyto plány aplikovat a neustále v průběhu terapie kontrolovat vývoj mého působení.

Výsledky, ke kterým se dopracuji, budou zkompletovány, v závěru práce diskutovány a porovnány se stanovenými hypotézami.

6 Hypotézy

Předpokládám, že:

1. I přes všechny změny na lidském organismu způsobené stárnutím, je možné prožívat stáří aktivně.
2. Pokud to umožňuje zdravotní stav, pak chtějí i lidé v důchodovém věku žít aktivně.
3. Lidé žijící v zařízení pro seniory mají aktivity podřízené dennímu režimu a společensko-kulturnímu dění v daném zařízení a tím pádem mají život chudší.

7 Charakteristika sledovaných skupin

Objektem mého zájmu se pro tuto práci stalo několik skupin z kategorie seniorů. Pohlaví ani přesný věk pro mě nebyly důležitým měřítkem, hlavní byl fakt, že všichni byli důchodci. Důchodcem míním člověka, který už dosáhl důchodového či vyššího věku, nepracuje a pobírá starobní důchod. Doba, kdy odchází steří lidé do penze, je v každé zemi jiná. Muži obecně chodí do důchodu později než ženy. U žen je navíc významný ukazatel počet dětí, které vychovaly. Zpravidla čím více dětí ženy mají, tím dříve mají nárok na odchod do důchodu. Samozřejmě to nejsou pouze senioři, kdo potřebuje pomoc a péči. Mimo ně jsou to například různě postižení lidé jakéhokoli věku, lidé po úrazech a po nemocích. Jejich množství není zanedbatelné, stejně tak i starých lidí v důchodu nám přibývá a je potřeba se o ně postarat. Sledovala jsem jednak staré lidi v jejich přirozeném prostředí, tedy v domech či bytech, ve kterých strávili většinu svého života. A potom také staré lidi žijící v zařízení pro seniory. Lidí žijících v domácnostech jsem se ptala, zda si dovedou představit, že by jednou museli odejít ze svého prostředí a bydlet v zařízení pro seniory. U lidí žijících v zařízení, jsem bádała po okolnostech, které je tam přivedly. Zda to bylo jejich svobodné rozhodnutí, nebo jim nic jiného nezbylo. Šli tam se zájmem o něco nového a plní očekávání věcí budoucích? Nebo přišli z donucení a zahořklí předem, protože se o ně neměl nebo v horším případě nechtěl nikdo starat? Ve všech případech jsem se zajímala o to, jaký dopad na jejich život měl odchod do penze. Co je náplní života nyní, když už děti odrostly a pracovní proces skončil. Jak jsou na tom po zdravotní stránce? Mají možnost pokračovat ve svých koníčcích, nebo mají nové zájmy? Teď už mají všechn svůj čas jen pro sebe. Mohou si dělat, co je napadne a kdy je to napadne. Nebo už mají práce a koníčků plné zuby, cítí se vyčerpaní a nejraději by už nic nedělali? Občas to přijde na každého, únava, která nás povalí a napadne nás, jaké by to bylo už nekonat. Jen staří lidé si však mohou dovolit luxus nicnedělání. Necelého půl roku jsem docházela za klienty v zařízení pro seniory. Měla jsem možnost vmísit se také do klubu důchodců a onkologického klubu, do nichž patří mí známí. Pozorovala jsem, ptala jsem se a zkoumala. S čím jsem mohla, s tím jsem pomohla a musím uznat, že pro mě bylo velmi přínosné to zažít a na vlastní kůži okusit náročnost práce se seniory.

8 Vyšetření seniorů obecně

První kontakt s klientem již na dálku probíhá aspekci. Už na první pohled si můžeme u klientů všimnout některých anomálií. Tyto odlišnosti nám mohou napovědět mnoho o celkovém zdravotním stavu, nebo jen mohou směřovat naše podrobnější vyšetření správnou cestou.

8.1 Způsob pohybu

První, co na mobilním klientovi pozorujeme, je asi způsob pohybu. Může jít pěšky nebo jet na invalidním vozíku. Je-li na vozíku, je schopen se na něm pohybovat sám, nebo potřebuje druhou osobu? Nohy má natažené dopředu, nebo je má na podložkách? Je upoutaný na invalidní vozík trvale, nebo ho potřebuje jen na delší vzdálenosti? Pokud chodí, sledujeme, zda má správný stereotyp chůze, jestli potřebuje hůlku nebo jinou pomůcku, jestli nenapadá na jednu stranu, "netáhne" jednu nohu za sebou. Jde pomalu, vrávoravě, nebo jistě. Zapojuje při chůzi horní končetiny do souhybu s dolními? I u obyčejné chůze se může zadýchat. Nezpůsobuje mu pohyb bolesti, neulevuje si při chůzi či sedu? U klientů, kteří jsou upoutáni na lůžko, se díváme na jejich polohu. Mohou se po posteli pohybovat a otáčet nebo jsou napolohovaní. Leží na zádech, na boku, mají pokrčené nohy, Jak drží horní končetiny? Může se stát, že budou "zkroucení" do úlevové polohy. Mají oči otevřené či zavřené. Mají zavedenou cévku, musí používat inkontinentní pomůcky, nebo je u postele přistaven gramofon?

8.2 Komunikace

Když už klient dojde až k nám, nebo my k němu, dostáváme se do bližšího kontaktu. Další ukazatel ještě než dojde na samotné vyšetření, je způsob, jakým s námi klient komunikuje. Ovšem za předpokladu že komunikuje a není v komatu. I toho bychom si měli všimnout. Jestli nás dobře slyší nebo musíme přidat na hlasitosti, může mít naslouchátko. Když mluví on, tak nahlas, potichu, říká celé věty, jenom slova nebo pouze přikyvuje. Artikuluje dobře? Má vlastní zuby? Mluví jasně a výstižně k věci, nebo se ve větách ztrácí? Je orientovaný časem, místem, osobami? Udržuje s námi oční kontakt nebo se dívá jinam, dívá se vůbec? Má brýle? Používá při vyjadřování ruce - gestikuluje? A co jeho výraz a mimika, mění se mu tvář během rozhovoru? Podá si s

námi ruku při představení? Jakou v ní má sílu? Netřesou se mu ruce? Všimněme si také, jak vypadá jeho kůže, je suchá, papírová, hodně pigmentovaná.

8.3 Držení těla

Existují různé způsoby, jak člověk stojí nebo sedí, jak se drží nastavený. Držení těla nám může také prozradit mnohé vady, bolesti, ochablosti či spazmy. Každý kousek těla, kdekoli od hlavy až k patě, může mít nějakou chybičku. Hlava může být zakloněná, v předsmunu, v předkyvu, či nějak rotovaná. Krk může být tažený ke straně vlivem zvýšeného svalového napětí. Krční lordóza moc prohnutá. Ramena v protrakci nebo v elevaci, s tím souvisí zkrácení okolních svalových skupin. Lopatky mohou odstávat kvůli povoleným přitahovačům. Zvýšená hrudní kyfóza znamená kulatá záda. Na druhou stranu malá kyfóza rovná se plochá záda. Porovnáme také klíční kosti na obou stranách a postavení žeber. Dále sledujeme tvar a výšku tajlí. Ty se odvíjí od postavení pánve. Pánev šikmá, v anteverzii, v retroverzii, rotovaná. Podíváme se také na stav paravertebrálních svalů a na bederní lordózu. Na dolních končetinách se soustředíme na oblast podkolenních jamek, na tonus a tvar lýtkových svalů. Ty přecházejí v Achillovu šlachu, u níž hlídáme tvar, šířku, napětí. Paty a kotníky mohou být vbočené nebo vybočené. V souvislosti s tím také pozor na ploché klenby nohy. Uvědomme si také, jak si klient sedá, lehá, nebo jak se zvedá.

8.4 Anamnézy

Když už jsme se navzájem představili a vysvětlili si, proč jsme se tu dnes sešli, můžeme začít zjišťovat podrobnější informace o klientovi a jeho zdravotním stavu. Tyto informace nám pokud je to možné poskytne sám klient, pokud to z jakéhokoli důvodu není možné, dozvíme se je od příbuzných nebo doprovodu.

1. *osobní a.* - chronologicky seřazené informace o úrazech, prodělaných nemocích, hospitalizacích, operacích, alergiích. U žen gynekologické informace (porody, potraty, menopauza)
2. *rodinná a.* - údaje o zdravotním stavu rodičů, dětí, sourozenců
3. *sociální a.* - bydliště, prostory, schody, vana, možné bariéry
4. *pracovní a sportovní a.* - název a popis dřívější práce, dřívější sporty
5. *farmakologická a.* - zaznamenává léky, které klient užívá, dávkování
6. *nynejší onemocnění* - jaké jsou momentální potíže, jak dlouho trvají, možná souvislost s jinou nemocí

8.5 Cílené vyšetření

Po odebrání všech potřebných anamnéz se už přesuneme k cílenému vyšetření. Když už víme, jaké všechny větší i menší obtíže klienta trápí a na co si máme dávat pozor, můžeme se zaměřit na konkrétní údaje o jeho fyzickém stavu. Vyšetříme vše, co se jakýmkoli způsobem týká nynějšího onemocnění. Nejběžněji prováděné testy a vyšetření se týkají následujících oblastí.

8.5.1 Svalová síla

Vyšetřuje se orientačně nebo podle svalového testu například dle Jandy. Záleží na tom, zda je stěžejní pro náš následující postup znát přesné hodnoty svalového testu, nebo stačí orientační. Vyšetření dle svalového testu má přesně stanovená pravidla, která musíme dodržovat. Pro každý sval je vymezená poloha, ve které se testuje, místo pro fixaci i provedení pohybu. Svalový test hodnotíme stupnicí od 0 do 5 dle Jandy (0= bez záškubu, 1= mírný záškub, 2= s vyloučením gravitace, 3= proti gravitaci, 4= proti mírnému odporu, 5= proti většímu odporu).

8.5.2 Zkrácené a oslabené svaly

Vyšetření zkrácených a oslabených svalů má také své pevně dané pozice a fixace. Zkrácené svaly mají vyšší napětí, omezují rozsahy pohybů v kloubech a způsobují odchylky v držení těla (např. ramena v protrakci v důsledku zkrácení m. pectoralis major). Ochablé svaly mají snížené napětí, v klidovém stavu se zvětšuje jejich délka a nezapojují se do pohybových programů tak, jak by měly. Klinicky se tedy svalová dysbalance projevuje na držení těla a je zřetelná i při pohybu. Můžeme pozorovat horní zkřížený syndrom, dolní zkřížený syndrom nebo vrstvý syndrom.

8.5.3 Goniometrické vyšetření

Zjistit pomocí goniometrie, jaké jsou rozsahy pohybů v jednotlivých kloubech, rozhodně patří k věci. Při zjištění nějakého omezení je dále nutné rozpoznat jeho příčinu. Ta může být různá. Omezení rozsahu pohybu vzniká v důsledku zkrácení svalů, kvůli otokům, kontaktu měkkých tkání, nebo kvůli kloubním příčinám. Podle původu omezení je potom různá terapie.

8.5.4 Palpace

Máme-li s lidmi pracovat, nesmíme se bát na ně sáhnout. Vyšetření palpací je nezbytně nutné. Zjistíme důležité informace o stavu tkání. Teplotu, hrubost, průsak, tonus, spazmy, případné Trigger pointy (bolestivá místa), můžeme cítit drásoty při provádění pohybu. Při palpaci různých bodů na těle si uvědomíme třeba stranovou nesouměrnost, nebo různé odchylky v postavení či naklopení některých struktur.

8.5.5 Neurologické vyšetření

U neurologických pacientů je celá škála oblastí, které nesmíme opomenout vyšetřit. Mimo jiných, výše zmíněných ukazatelů si všímáme držení, trofiky, tonu, stavu vědomí, orientace. Vyzkoušíme hybnost, tonus, cití povrchové i hluboké, reflexy fyziologické i patologické, jemnou motoriku. Vyšetříme hlavové nervy, mozečkové funkce a samostatnost. Zvážíme možnost kompenzačních pomůcek.

8.5.6 Jemná motorika

Drobné funkce ruky nevyšetřujeme jen u neurologických klientů. Jemná motorika může být narušená u mnoha onemocnění nebo úrazů. Ruce a prsty potřebujeme téměř při všech činnostech. Jednak nám jde o možnost pohybů, rozsahy a přesnost pohybů a také o sílu.

8.5.7 Jizvy

Drobné i větší řezy zanechávají na kůži a ve tkáních jizvy, na které si musíme dávat pozor. Měli bychom zjistit důvod jizvy (operace a podobně.), stáří a alespoň přibližný stav zhojení okolních tkání. Palpací zjistíme pohyblivost a tuhost šrámu a v případě nutnosti jej ošetříme a instruuje klienta.

9 Kazuistiky

Pro kazuistiky jsem vybrala celkem 4 klienty. První případ je senior ze zařízení, který byl smířený s tím, že půjde bydlet do domova a šel tedy dobrovolně. Druhý případ je senior, který do zařízení nechtěl, byl k tomu donucen okolnostmi a nelíbilo se mu tam. Do třetice senior žijící v domácnosti, který nechce do zařízení za žádnou cenu. A nakonec senior v domácnosti, kterému by nevadilo, kdyby jednou šel bydlet do nějakého zařízení. U všech jsem odebrala anamnézy, vyšetřila nejvíce postižené oblasti, a sestavila rehabilitační plány, které jsem se snažila aplikovat. Rehabilitační plány nejsou rozdělené na krátkodobý a dlouhodobý, protože uvádění klienti nemají žádnou akutní diagnózu. Měření (goniometrické a svalové síly) jsem provedla celkem 3x, v přílohách uvádím ke každé kazuistice první a poslední měření. Svalovou sílu hodnotím orientačně na 3 stupně, kdy 1 = provede pohyb pouze proti gravitaci, 2 = provede proti menšímu odporu a 3 = provede i proti většímu odporu. Pohyb, který klient/ka nedokáže provést je značen písmenem N.

9.1 V zařízení dobrovolně

Muž, 90 let, do zařízení přišel před 2 lety, kdy mu zemřela manželka a on už se nemohl a nezvládl sám starat o sebe ani o dům. Je upoutaný na invalidní vozík. Vždy měl rád společnost a odchod do zařízení pro seniory vítal. 1x týdně dojíždí na skupinové cvičení do tělocvičny. Navštěvuje košíkářský klub, jezdí se dívat na divadelní i hudební vystoupení, na muzikoterapii a na canisterapii. Život a péče v domově splnila jeho očekávání, je tam spokojený, nenapadá ho nic, co by měnil.

9.1.1 Průběh adaptace

Klient žil v rodinném domku, je tělesně postižený, upoutaný na invalidní vozík, který samostatně ovládá, v zařízení je 2 roky. Na nové prostředí se těšil, přestože si život v sociálním zařízení neuměl představit. Ošetřující personál mu pomáhal s ubytováním, seznámením se se spolubydlícím a režimem dne. Ukázal mu oddělení (jidelnu, koupelnu, denní místnosti), vysvětlil používání výtahu, možnosti výběru a dobu vydávání stravy. Ve spolupráci s aktivizačním pracovníkem na oddělení byl klient seznámen s celým zařízením a se všemi poskytovanými službami - kantýna, holič, pedikúra, pošta, knihovna, pokladna, společenský sál, i s okolím nového domova. Dále mu aktivizační pracovník nabídl možnosti využití zájmových klubů (hudebních,

debatních, rukodělných) a podle přání zabezpečil prohlídku či ukázkou práce. Tak měl klient možnost výběru zájmové činnosti. Zdravotní personál uživateli poskytl informace týkající se ordinačních hodin lékařů dojíždějících do zařízení, zajistil vstupní prohlídku a ukázal ordinaci. Vzhledem k postižení uživatele se mu věnovali i rehabilitační pracovníci. Provedly ho tělocvičnami a ostatními rehabilitačními prostory, nabídly skupinové cvičení 1 - 3 x týdně, možnost využití vodoléčby, elektroléčby, magnetu a masáže. Uživatel neměl s adaptací žádné problémy, byl přístupný informacím, zvědavý, ochotný přizpůsobit se režimu dne i chodu celého oddělení. Jeho adaptace trvala méně než 1 měsíc. Je společenský, tolerantní, využívá možnosti RHB cvičení, práce v zájmovém klubu, účastní se společensko-kulturních i sportovních akcí pořádaných v rámci domova. Se životem v zařízení je spokojený. "Aktivizovat" ho je radost.

9.1.2 Anamnézy

- **osobní** - alergie a cigarety nekuře, alkohol a káva příležitostně. Nemoci v dětství nevýznamné. Operace levého kolene kvůli menisku v 50 letech a od té doby koleno oslabené, rozsah pohybu omezený. Dále operativně řešená fraktura pravé kyčle v 55 letech, v 70 letech operace prostaty. Koníčky - dříve sport, do dneška mu přetrval zájem o myslivost, hudbu a zpěv, rád chodí do společnosti.

- **rodinná** - je vdovec, matka zemřela stářím v 92 letech a otec v 65 na rakovinu plic (kuřák), má jednu sestru a ta je zdravá, žije v zařízení pro seniory. Žádné významné nemoci v rodině nebyly. Má syna (zdráv).

- **sociální** - manželka zemřela před 2 lety, od té doby je klient v zařízení. Dříve žil v domku. Synova rodina ho navštěvuje pravidelně minimálně 1x týdně, denně si telefonují, občas k nim jezdí na víkendy.

- **pracovní a sportovní** - dříve pracoval jako soustružník a později kontrolor ve výrobě. Ve starobním důchodu je od 60 let.

- **farmakologická** - léky na povzbuzení činnosti srdce a proti otokům DK.

- **nyňější onemocnění** - asi jediným problémem je levá noha, která od operace nefunguje tak jak má. Při sebemenším traumatu tam hrozí neurologické poškození, proto nesmí končetinu zatěžovat.

9.1.3 Vyšetření

Klient se sám oblékne, přesune z postele na invalidní vozík a s vozíkem se sám pohybuje po zařízení. S hygienou ani s toaletou pomoc nepotřebuje. Na jídlo jezdí do

jídely. Trénuje chůzi o podpažních berlích. Nyní se mu naskytla příležitost využít občas motorový invalidní vozík, na delší vzdálenosti. Potřebuje brýle na dálku i do blízka, sluch je trochu zhoršený, ale naslouchátko není nutné, stačí zvýšit hlas. Mluví srozumitelně a k věci. Goniometrické vyšetření u většiny kloubních skupin odpovídá věku klienta. Tabulka goniometrického vyšetření je podrobně zobrazena v příloze č. 1. Svalová síla (vyšetřená orientačně) je dobrá, hlavně horní končetiny jsou posilované jízdou na invalidním vozíku. Pravá dolní končetina si také zachovává sílu, protože je na ní kladena větší zátěž. Levá dolní končetina ochabuje, protože nesmí být zatěžovaná. Tabulka orientačního vyšetření svalové je příloha č. 2. První měření proběhlo 2. prosince 2011 a 3. (poslední) měření 21. března 2012.

9.1.4 Rehabilitační plán

- Skupinové kondiční cvičení zaměřené na udržení svalové síly a rozsahu pohybů pro horní i dolní končetiny
- Individuální cvičení - pasivní cvičení levé DK
- Cvičení na posílení hlubokého stabilizačního systému, nácvik chůze s podpažními berlemi
- Senzomotorické cvičení
- Vodoléčba - perlička na DK
- Edukace k ovládání motorového invalidního vozíku

9.1.5 Rozhovor

1. Pohlaví a věk?

- *Jsem, muž, je mi 90 let.*

2. Jak dlouho žijete v zařízení?

- *2 roky, od března 2010.*

3. Čím jste se dříve živil?

- *Vyučil jsem se soustružníkem kovů a po vyučení jsem nastoupil v oboru ve fabrice v Hořovicích. Tam jsme dělali 12 hodin denně a dojížděl jsem 16 km na kole každý den.*

4. Potřebujete při nějakých činnostech pomoc druhé osoby? V čem a do jaké míry?

- *Nepotřebuji, všechno zvládnu sám. Jen ten úklid potřebuji. Na jídlo jezdím na vozíčku do kuchyňky. O berlích se bojím, abych si něco nezlomil, kdyby bylo mokro.*

5. Chodíte s podpažními berlemi? Kde všude je používáte?
- *S berlemi chodím jen občas po pokoji nebo po chodbě jenom na krátké vzdálenosti. Jinak nemám jistotu a bojím se pádu, přece jenom už jsem starý člověk.*
6. Co jste dělal nejrady ve volném čase před penzí? Jaké jste měl koníčky?
- *Koníčků bylo moc, nejrady jsem měl myslivost, zemědělství. Protože moje matka pochází ze zemědělské rodiny. Dříve jsme měli pole tak jsem se o to musel starat.*
7. Věnujete se těm činnostem i nyní? Pokud ne proč? Co Vás omezuje?
- *Myslivosti se věnuji dodnes. Tu už dělám od 20 let. Pořád jsem členem mysliveckého spolku v Kařeze, je tam i můj syn a můj vnuk.*
8. Scházíte se se svými vrstevníky? Jak často? Kde? Co nejběžněji děláte?
- *Jo, tady mám několik kamarádů. Scházíme se každý den u jídla, ale potom už máme každý jiné zájmy. Já chodím do haly na kafe, tam se nás také většinou sejde víc. Navštěvuji košíkářský klub, kde se vidáme s ostatními uživateli. Naučil jsem se tam plést různé ošatky a oplétat různé výrobky, ale teď na to moc nevidím, tak pojedu k očnímu lékaři. Také rád chodím na muziku, to je každých 14 dní. Když tu hraje harmonika, tak chodím poslouchat a zpívat.*
9. Jezdíte na výlety s rodinou, přáteli nebo s pečovateli?
- *Každý týden jezdím k synovi, o víkendu. Strávíme tam neděli a zase mě přivezou. Syn tam vede naši rodinnou firmu tak mu fandím. Když je hezky tak jedu ven sám, když prší tak jsem doma. Jezdím na výlety s pečovateli vždy, když je možnost. Teď se také učím ovládat elektrický invalidní vozík. Ten je sice pohodlnější, ale je také dost nepraktický, protože má malé rozpětí mezi koly a motá se tam tráva.*
10. Podporuje Vás rodina či pečovatelé ve vašich zájmech a činnostech?
- *Podporuje mě syn a vnuk. A pečovatelé vlastně také.*
11. Jste spokojený s nynějším životem v zařízení? Co se vám u nás nejvíce líbí?
- *Jsem spokojený na 100%. Nejvíce jsem spokojený s personálem, protože jsou ochotní a mají úctu ke starým lidem. Já bych je i politoval, protože jinde by si vydělali víc.*
12. Co Vám nejvíce vadí a chybí v našem zařízení?
- *Nejvíce mi vadí, že ten čas plyne jako voda a každý den jsme pořád starší. Jenže to je život. To je tak, že jsme se narodili s pláčem a s pláčem také opouštíme tento svět. Nic mě nenapadá, co bych změnil.*
13. Přistoupil byste na možnost vrátit se zpět do domácnosti? Proč?
- *Ano, kdybych tam měl svou manželku a rodinu. Jenže syn se oženil a bydlí pryč, žena umřela. A sám bych tam být nemohl, bylo by mi líto, že jsem tam sám.*

14. Považujete se za aktivního člověka? Proč?

- Když to tu takhle rozeberete, tak je na to těžké odpovědět, protože mládí se nevrátí. Dříve jsem hrál fotbal, až jsem si poranil koleno, že jsem musel 2x na operaci. Jezdívám na kole. Teď už to nejde, že. Vzhledem ke svým možnostem se považuji za aktivního člověka, ale už to není jako dřív.

9.2 V zařízení nedobrovolně

Muž, 83 let, v zařízení žije 4 roky. Kvůli snížené pohyblivosti navrhoval obvodní lékař jemu i jeho ženě umístění v zařízení pro seniory už několik let, ale klient odmítal. Po smrti manželky žil 4 roky sám a pomáhala mu sousedka. Potom ale, z důvodu bourání jeho dosavadního bytu v prostorách bývalého JZD, neměl kde bydlet a neměl se o něho kdo postarat tak mu nezbylo nic jiného než přistoupit na odchod do domova. Přišel proti své vůli a nechtěl se účastnit žádných aktivit, byl pasivní. Nyní navštěvuje rybářský klub, chodí se dívat na promítání filmů a různá divadelní vystoupení a na canisterapii, účastní se sportovních aktivit a sám chodí na výlety po okolí. Nyní už je smířený a tvrdí o sobě, že mu nic nechybí.

9.2.1 Průběh adaptace

V zařízení je 4 roky, není tělesně postižený, je samostatný v sebeobslužných činnostech a ze života v domově měl velké obavy. Ošetřující personál mu pomohl při ubytování, podal informace týkající se chodu celého oddělení a režimu dne. Ukázal společné prostory (jídelnu, koupelnu, denní místnosti, kuchyňku) a vysvětlil možnosti jejich využívání. Upozornil na možnost výběru stravy. S aktivizačním pracovníkem na oddělení se uživatel postupně seznámil s možnostmi využívání poštovních služeb, knihovny, holiče, pedikúry, kantýny. O zájmové kluby a společensko-kulturní či sportovní akce pořádané v rámci domova uživatel neměl zájem. Byl samotářský, těžko přístupný novému způsobu života. Nabídku RHB odmítl a nevyužívá ji. Zdravotní personál poskytl klientovi informace o umístění ordinace v prostorách domova, o ordinačních hodinách dojíždějících lékařů a zabezpečil vstupní prohlídku. Adaptační proces u uživatele trval déle než 3 měsíce, klient si těžko zvykal na režim dne i na ostatní uživatele. V současné době je plně adaptován, zvykl si na nový způsob života, našel přátele, dochází do přírodovědného klubu, a rybářského kroužku, příležitostně navštěvuje společensko-kulturní i sportovní akce. Využívá možnost samostatně si

organizovat svůj volný čas, a se životem v domově je spokojený. "Aktivizovat" ho dalo práci, ale úspěšně se to povedlo.

9.2.2 Anamnézy

- **osobní** - alergie nemá, denně kouří 8 cigaret, pije 2 piva a 3 kávy. V dětství neprodělal žádné vážné nemoci. Prodělal operaci obou kolenních kloubů, má umělé náhrady oboustranně, jiné hospitalizace neměl. Jeho záliby jsou vycházky do přírody, rybaření, sbírání hub a borůvek, poslech hudby, tyto mu zůstaly dodnes.

- **rodinná** - je vdovec. Matka i otec zemřeli, ale nevzpomíná si v kolika letech, ani na příčiny. Sourozence nemá. Děti má nevlastní. O žádných chorobách v jeho rodině neví.

- **sociální** - manželka zemřela před 9 lety. Dříve bydleli v bytě pod správou JZD, starali se o dobytek. Jeho nevlastní děti bydlí daleko, takže se nevidají tak často, jezdí na návštěvy přibližně 1x měsíčně. Na víkendy klient nikam nejezdí.

- **pracovní a sportovní** - byl zaměstnancem JZD. I po odchodu do důchodu tam pomáhal. Ve starobním důchodu je přibližně od 60 let. Sportu se moc nevěnoval, bavila ho turistika a cestování.

- **farmakologická** - léky na kosti

- **nynější onemocnění** - klient v podstatě nemá žádné vážnější či akutní zdravotní problémy, dokonce ani totální endoprotézy kolenních kloubů mu nezpůsobují žádná omezení.

9.2.3 Vyšetření

Klient se sám oblékne, sám se pohybuje, nepotřebuje žádné kompenzační pomůcky. Nepotřebuje pomoc druhé osoby při žádných sebe-obslužných činnostech. V zařízení je hlavně proto, aby měl uvařeno, uklizeno a vypráno. A v případě potřeby aby měl pomoc na dosah. Žádnou konkrétní denní péči nepotřebuje, chodí si nakoupit, občas si připraví jídlo dle chuti. Ale bydlet sám by bylo riskantní, klient by nezvládl péči o domácnost. Brýle nepotřebuje, sluch má trochu zhoršený, mluví logicky a srozumitelně. Goniometrické vyšetření dopadlo poměrně dobře, ukázalo mírné omezení pohybů u některých kloubních skupin. Podrobnější záznam vyšetření je v příloze č. 3. Svalová síla přiměřená věku, nevyšlo žádné výrazné omezení či oslabení. Tabulka orientační svalové

síly je příloha č. 4. První měření proběhlo 2. prosince 2011 a 3. (poslední) měření 21. března 2012.

9.2.4 Rehabilitační plán

- Podobné jako u 1. kazuistiky - skupinové kondiční cvičení na udržení či zlepšení stávajícího stavu
- Individuální cvičení na posílení svalů dolních končetin a udržení či zlepšení rozsahů pohybů po totálních endoprotézách kolen

9.2.5 Rozhovor

1. Pohlaví a věk?

- *Muž, 83 let.*

2. Čím jste se živil před penzí?

- *Pracoval jsem jako krmič prasat v JZD. Práce mě bavila, ale když jsem vařil brambory, pro 380 prasat, tak to mě nebavilo, s tím mi pomáhala manželka. Tam jsme také se ženou bydleli v družstevním bytě, než žena zemřela. Ten už teď nestojí, vše je zbourané.*

3. Jak dlouho žijete v zařízení pro seniory?

- *Tady jsem 5 let. Potom co zemřela moje paní, jsem žil 4 roky sám. Sousedka mi pomáhala, prala mi prádlo. Jídlo jsem si připravoval sám. Ale potom chtěli ty byty zbourat, tak jsem musel pryč. A neměl jsem kam jít, tak mi paní doktorka zařídila, že půjdu sem. Ona nám to se ženou nabízela už dříve, ale my jsme nechtěli.*

4. Potřebujete při nějakých činnostech pomoc druhé osoby? V čem a do jaké míry?

- *Já s ničím pomoc nepotřebuji, já si klidně i sám uvařím. Jenom to prádlo vyprat, jinak jsem samostatný.*

5. Co jste dělal nejraději ve volném čase před penzí? Jaké jste měl koníčky?

- *Hlavně rybaření. To jsem jezdil na ryby ještě vlakem, brzy ráno ve 4 hodiny a ve 14:00 jsem byl doma. Žížaly jsem si vždycky vykopal na hnoji. Nebo jsem chodil i pěšky a rybníky co byly poblíž. Také jsem rád chodil do lesa.*

6. Věnujete se těmto činnostem i nyní? Pokud ne, proč?

- *Dneska už to nejde. Povolanka je drahá, pěšky už takový kus nedojdu, autem také nejezdím. Ale tady v zařízení navštěvuji alespoň rybářský kroužek. To je jediné zajímavé. O to víc chodím do lesa, jak to dovolí počasí tak na houby a na borůvky. Když jich mám dost, tak třeba i něco prodám. Hlavně, že nesedím celý den jako pařez.*

7. Scházíte se se svými vrstevníky? Jak často? Kde? Co nejčastěji děláte?
- *S vrstevníky z obce vůbec ne a z JZD také vůbec ne. No a tady jsem si nakonec našel kamarády, tak s těmi se sejdeme každý den. Sedáváme v hale, posloucháme dechovky a hovory v rádiu. Třeba hraje karty, chodíme ven kouřit.*
8. Jezdíte na výlety s rodinou nebo s pečovateli?
- *Děti jsem vyženil, kluka a holku. Holka už nežije a kluk bydlí daleko, tak tam nejezdím. Spíš oni přijedou za mnou, ale jen po domluvě, tak 2x za čtvrt roku. Byl jsem nedávno na dovolené. Vnučka si pro mě přijela a celý týden jsem u ní zůstal pravnoučaty. Jinak jsme v telefonickém kontaktu.*
9. A co výlety v okolí zařízení nebo s pečovateli?
- *Tady se chodí jenom do sousední vesničky, která je kilometr daleko, a do městečka do cukrárny. To s nimi nechodím, tam si mohu jít i sám. Ale líbily by se mi výlety třeba do zoologické zahrady nebo tak. Na celé dopoledne pryč a odpoledne se vrátit. To bych si klidně platil.*
10. Podporuje vás rodina či pečovatelé ve Vašich zájmech a činnostech?
- *Rodina bydlí daleko, takže ani neví, co kdy dělám. Pečovatelé souhlasí s tím, když chodím ven. Jen se vždycky nahlásím, aby věděli, kam jdu, kdyby se mi něco stalo. Nosím s sebou mobil a tam mám číslo na zařízení.*
11. Jste spokojený se svým nynějším životem v zařízení? Co se Vám zde nejvíce líbí?
- *Ano, protože tu mám svůj vlastní pokoj, takže mě tam žádný neotravuje. Můžu si zamknout a to je důležité. Líbí se mi, že jsem spokojený, to jsem si nemyslel, když jsem sem nastupoval. Jídlo je tu dobré jak kdy, protože nemám rád pomazánky a sýry, ty máme často. Tak si raději něco kopím v kantýně.*
12. Co Vám nejvíce vadí a chybí v zařízení?
- *Vadí někteří konkrétní obyvatelé domova, kteří bývají pořád opilí a jen člověka otravují nebo dokonce berou věci. V zimě mi vadí, když nemůžu ven. A chybí mi rybaření, protože dřív, jakmile jsem měl volnou chvíli, tak jsem se sebral a jel na ryby. To už teď nemůžu. I když mám pořád výbavu u sebe, je to škoda.*
13. Přistoupil byste na možnost vrátit se zpět do domácnosti? Proč?
- *Ne. Já už bych se o sebe sám nepostaral. A mám strach z toho, že kdyby se mi něco stalo tak, bych musel do nemocnice.*
14. Považujete se za aktivního člověka? Proč?
- *Jsem rád na světě, hraji karty, chodím do města, na houby - považuji se za aktivního člověka - pokud nohy chodí. Hlavní je, aby sloužilo zdraví.*

9.3 Do zařízení nikdy

Žena, 69 let, od smrti manžela před 9 lety zůstala sama v bytě panelového domu, ve 4. patře s výtahem. Ob den za ní dojíždí dcera, ob den chodí pečovatelka. Denně ji navštěvují kamarádky, aby nebyla sama. Dříve navštěvovala onkologický klub, účastnila se s nimi výletů a sama chodila na procházky. Dnes už ani to nezvládá. Její stav se zhoršil na tolik, že při obyčejné chůzi (se 2 FH) musí po zhruba 20 metrech odpočívat. Klientka si nechává dovážet jídlo, nechává si uklízet. Hygienu a WC zvládá díky úpravě prostor sama. Celé dny je zavřená v bytě a její sociální kontakty jsou dost omezené. Dřívějším koníčkům se už také nemůže věnovat, kvůli zhoršenému zraku a tremoru a mírné ataxii v horních končetinách. Jediné co dělá je sledování televize a počítač. Kvůli špatnému zdravotnímu stavu už několikrát navrhoval lékař i rodina umístění do zařízení pro seniory, ale to klientka striktně odmítá. Její slova jsou, že chce umřít doma, ve svém prostředí. Co se týká cvičení či pohybových aktivit, její stav jí denně dovoluje maximálně krátkou, pomalou procházku s doprovodem.

9.3.1 Anamnézy

- **osobní** - alergie na pyl, prach, některé léky, roztoče, plísně. Alkohol nepije kvůli lékům skoro vůbec, jen při oslavách si dá skleničku vína. Kávu pije párkrát do týdne, nikdy nekouřila. V dětství trpěla na opakované záněty močových cest a močového měchýře a měla problémy s kostmi. Od mala kvůli tomu docházela na kompenzační cvičení. Během života se jí nakupilo dost značné množství prodělaných i trvalých nemocí. Několikrát byla hospitalizovaná, poprvé ve 30 letech na operaci žlučníku, 32 let operace močového měchýře, 42 let hospitalizace na plicní léčebně kvůli průduškám, v 60 letech prodělala mozkovou mrtvic, ještě téhož roku infarkt myokardu. V 63 letech operace rakoviny prsu (ablace prsu), 68 let prasklé žaludeční vředy a oboustranná plicní embolie toho roku ještě DNA a selhání levé srdeční komory, 69 let chronické selhání ledvin. Další potíže má klientka s páteří (zvýšená hrudní kyfóza a skolióza), se žaludkem, se srdíčkem, s ledvinami, má polyartrózu, kolísavý tlak, diabetes mellitus, obezitu, astma bronchiale a CHOPN.

- **rodinná** - je vdova. Rodiče jí zemřeli, matka na infarkt myokardu a u otce příčinu nezná. Klientka je nejstarší z 5 dětí, sama měla 4 děti, jedna dcera zemřela pár dní po porodu. Nemoci, které se vyskytly v rodě, jsou: infarkt

myokardu, diabetes mellitus, hypertenze, varixy, cévní onemocnění, astma bronchiale.

- **sociální** - žije sama v bytě, dochází za ní pečovatelka a pomáhá jí s péčí o byt. Ob den dojíždí dcera. Kamarádky vídá denně.

- **pracovní a sportovní** - dříve pracovala jako telefonistka, uklízečka, kuchařka, švadlena, dělnice a v domě pionýrů. Od 42 let byla v invalidním důchodu, tehdy pro onemocnění průdušek, CHOPN. Nyní už starobní důchod. Sportování se moc nevěnovala.

- **farmakologická** - 18 prášků na den, užívá léky na všechna zmiňovaná onemocnění a potíže a Warfarin na ředění krve.

- **nynější onemocnění** - nyní jí nejvíce trápí potíže s dýcháním, tedy dušnost, srdeční slabost, koxartróza IV. stupně a gonartróza III. stupně, otoky a křeče dolních končetin.

9.3.2 Vyšetření

Klientka oblékne téměř sama, potřebuje pomoci s ponožkami či s obouváním. Po bytě se pohybuje s jednou či dvěma francouzskými holemi. Venku se stále snaží s hůlkami, ale je to náročné, občas je potřeba invalidní vozík. Což klientka psychicky špatně snáší. S hygienou ani s toaletou pomoc nepotřebuje, protože vlastní některé usnadňující pomůcky. Brýle potřebuje do blízka i do dálky, sluch má v pořádku. Výslovnost je dobrá, ale občas hledá výrazy. Svalová síla je poměrně dost oslabená, ale není překvapující. Rozsahy pohybů v kloubech jsou také omezené, nejvíce kyčelní a kolenní klouby vzhledem k rozsáhlému stupni artrózy. Tabulka goniometrického vyšetření je příloha č. 5 a tabulka svalové síly příloha č. 6. První měření proběhlo 21. listopadu 2011 a 3. (poslední) měření 19. března 2012.

9.3.3 Rehabilitační plán

- Individuální cvičení zaměřené na cévní gymnastiku hlavně pro DK
- Cvičení pro vertebropaty - přímivé cviky na skoliózu a kyfózu
- Dechové cvičení se zapojením horních končetin
- Cvičení v bazénu
- Měkké techniky a masáže na oblast krční a hrudní páteře
- Trénink chůze se 2 FH a nácvik správného držení těla

9.3.4 Rozhovor

1. Pohlaví a věk?
- *Žena, 69 let.*
2. Žijete v bytě nebo v rodinném domku?
- *V bytě, ve 4. poschodí.*
3. Máte v bytovce výtah?
- *Ano máme, bez něho bych se nikam nedostala.*
4. Potřebujete při nějakých činnostech pomoc druhé osoby? V čem a do jaké míry?
- *Skoro při všem - vaření, úklid, nákupy, obouvání, někdy i při hygienických úkonech, když chci jít ven na procházku, tak musím mít doprovod. S tím mi pomáhá pečovatelka, nebo dcera, která za mnou jezdí. Také mě někdo musí doprovodit a odvézt, když potřebuji na úřad, nebo k lékaři.*
5. Jak často za Vámi dochází pečovatelka?
- *Pečovatelka jezdí ob den a dcera také od den, takže tu mám každý den někoho. Také za mnou chodí každý den některá z kamarádek.*
6. Čím jste se živila?
- *Vystřídala jsem různá zaměstnání, protože jsme se hodně stěhovali. Dělala jsem telefonistku na poště, uklízečku, kuchařku ve školce, vyráběla jsem plyšové hračky, působila jsem i v domě pionýrů, kde jsem vedla pracovní činnosti. Mé poslední zaměstnání bylo dělnice ve fabrice. Potom jsem už šla do invalidního důchodu.*
7. V kolika letech jste šla do invalidního důchodu a proč?
- *Bylo mi 42 let a měla jsem nemocné průdušky a vlastně je mám nemocné dodnes. To bylo poprvé, co jsem byla ve špitále. Od té doby mám psanou CHOPN. Dnes už jsem ale ve starobním důchodu.*
8. Co jste dělala nejraději ve volném čase před penzí?
- *Ruční práce všeho druhu. Malování, pletení, háčkování, vyšívání, dekorativní a aranžérské práce. Čtení a luštění křížovek, rébusů a podobně, to byly mé oblíbené činnosti. Jinak jsem se ale hlavně starala o 3 děti.*
9. Věnujete se těmto činnostem i nyní? Pokud ne proč? Co Vás omezuje?
- *Většinu toho už nedělám, pro zhoršení zdravotního stavu. Nyní jsou mé nejběžnější činnosti povídání s kamarádkami, rádio, televize, křížovky a počítač.*
10. Co děláte na počítači?
- *Na počítači se ráda vzdělávám, vyhledávám různé informace, navštěvuji odborné stránky, trénuji paměť. Také ráda hraji logické a úvahové hry, při kterých se cvičí*

mozek, myšlení a rychlé reakce. Počítač mi také slouží jako komunikační prostředek. Díky němu jsem ve spojení s příbuznými, kteří bydlí daleko.

11. Scházíte se se svými vrstevníky? Jak často? Kde? Co nejběžněji děláte?

- Scházíme se často, téměř denně mě navštěvují kamarádky. Sedíme a povídáme si, posloucháme hudbu, díváme se na televizi, vykládáme si karty, děláme si horoskopy. S kamarádkami máme společný zájem v okultních vědách. Také společně zkoušíme vařit nové recepty a potom je hodnotíme.

12. Jezdíte na výlety s rodinou nebo s přáteli?

- Jezdila jsem i s rodinou i s přáteli. Jezdili jsme po zámcích a hradech, navštěvovali jsme kulturně významná města, ale dnes už to můj zdravotní stav nedovoluje. Takže se omezujeme na kulturní akce pořádané ve městě, jako například vystoupení známých osobností, divadla, esoterické přednášky, cestopisná promítání, koncerty a podobně.

13. Podporuje Vás rodina, či pečující osoby ve Vašich zájmech a činnostech?

- Většinou ano. Když potřebuji pomoci, vždy se najde někdo ochotný, kdo mi poradí nebo pomůže. Ať už v rodině nebo v blízkém okolí.

14. Jste spokojená s nynějším životem v penzi? Co se Vám na důchodu nejvíce líbí?

- Pokud mě netrápí moje tělo tak jsem spokojená. Moji spokojenost ovlivňuje zdravotní stav, takže je to proměnlivé. Na důchodu se mi asi nejvíce líbí, že bych relativně mohla jít, kdy chci, kam chci, ovšem opět je to podmíněné zdravotním stavem. Takže u mě je to skoro většinou nemožné.

15. Co Vám nejvíce vadí a chybí v důchodu?

- Nejvíce mi chybí partner. Vadí mi, když na mě rodina nemá čas. Nejvíce se mě to dotýká, když jsem v nemocnici, kde poslední dobou bývám často, a vnoučata se neobjevují tak často, jak by si je člověk přál vidět a pobýt s nimi.

16. Přistoupila byste na možnost jít žít do zařízení pro seniory? Za jakých podmínek?

- Ne. Už mi to mnohokrát nabízeli a doporučovali, ale já tam nechci. I když vím, že by se o mě sestřičky postaraly. Já chci být doma, mám tady kamarádky. Jediné co by mě k tomu donutilo je taková nemoc, kdy bych se už o sebe nedokázala vůbec postarat.

17. Můžete to upřesnit? Co by se muselo stát?

- Muselo by to být tak špatné, že bych se nemohla hýbat nebo bych nepoznávala své známé a okolí a nic bych si nepamatovala. A to bych šla raději do nemocnice.

18. Považujete se za aktivního člověka? Proč?

- Já nevím. Jak kdy a jak v čem. Když se zrovna cítím lépe a mohu třeba luštit složité křížovky, nebo mohu jít na procházku, tak to pro mě znamená být aktivní.

9.4 Do zařízení klidně

Žena, 60 let, ve starobním důchodu. Žije s manželem v bytě panelového domu, ve 3. patře s výtahem. Je to přesně ten typ člověka, kterého, kromě pár drobných potíží, netrápí vůbec nic. I v důchodu zůstala aktivním člověkem, věnuje se rodině a vnoučatům, bylinkářství, reiky, cvičí jógu, ráda plave a jezdí na kole. Na otázku, zda by přistoupila na možnost bydlet v zařízení pro seniory, odpověděla, že až na tom bude zdravotně špatně, tak klidně ano.

9.4.1 Anamnézy

- **osobní** - alergie: chladová alergie, alergie na tetracyklin a pankreolan forte. Alkohol pije příležitostně, kávu pije 1 až 2 denně. Kouřila asi 18 let, ve 48 letech přestala. V dětství prodělala černý kašel, jinak běžná nachlazení. Ve 32 letech operace slepého střeva a žlučníku, ve 49 letech hospitalizace kvůli plastice močového měchýře, v r. 2007 totální hysterektomie. Dále v letech 2006, 2007 a 2011 hospitalizace kvůli chronickému zánětu tlustého střeva. Po operacích musela omezit stravování, jinak nemá žádné následky. Nyní má hypertenzi, diabetes mellitus (léčený jen dietou) a astma. Permanentní potíže s krční páteří (s tím i ztuhlost trapézů) a občas s bederní páteří. Mírně ztuhlé kolenní klouby při podřepu.

- **rodinná** - je vdaná. Rodiče zemřeli, matka na infarkt, otec na rakovinu. Pochází z 5 sourozenců, má dvě děti. Nemoci, které se vyskytly v rodu: infarkt myokardu, diabetes mellitus, hypertenze, varixy, cévní onemocnění, astma bronchiale, rakovina.

- **sociální** - žije s manželem v bytě, nemá problémy postarat se o sebe, o manžela ani o byt. Stará se i o vnouče. Syn s rodinou ji navštěvují každý týden.

- **pracovní a sportovní** - pracovala v kanceláři, nyní ve starobním důchodu. Celý život ráda plave a jezdí na kole, sleduje historické a cestopisné filmy, to jí vydrželo i nyní, k tomu cvičí doma jógu. Stále se věnuje turistice, sběru bylinek a hub, malování, luštění křížovek, četbě, fotografování a vzdělávání se v duchovní oblasti života. Má 1. stupeň reiky.

- **farmakologická** - léky na hypertenzi, na chladovou alergii, na žaludeční reflux, hormony (po hysterektomii) a občas analgetika při bolesti zad.

- **nynější onemocnění** - v současné době ji trápí především bolesti krční a bederní páteře.

9.4.2 Vyšetření

Klientka je naprosto samostatná, v sebeobsluze ani v péči o domácnost nepotřebuje pomoc druhé osoby. Brýle má na blízko. Jediné, na co jsem přišla je ochablé břišní svalstvo, hypertonus trapézových svalů, ztuhlé kolenní klouby. Goniometrické vyšetření je výborné, většina kloubů je bez omezení rozsahu a svalová síla je také dobrá. Což odpovídá sportovnímu založení klientky. Goniometrické vyšetření je vypsáno v tabulce v příloze č. 7 a orientační svalová síla v příloze č. 8. První měření proběhlo 21. listopadu 2011 a 3. (poslední) měření 19. března 2012.

9.4.3 Rehabilitační plán

- Skupinové kondiční cvičení na udržení stávajícího stavu se zaměřením na aktivní cvičení kolenních kloubů, rotoped
- Individuální cvičení pro vertebropaty, cvičení na velkém míči
- Aktivní cvičení na uvolnění krční páteře
- Měkké a mobilizační techniky na šíjové svalstvo
- Cvičení v bazénu

9.4.4 Rozhovor

1. Pohlaví a věk?
 - *Žena, je mi 60 let.*
2. Žijete v domku nebo v bytě?
 - *V bytě panelového domu.*
3. V kolikátém poschodí? Máte tam výtah?
 - *Ve 3. patře, výtah máme, je to bezbariérové.*
4. Čím jste se živila, než jste šla do penze?
 - *Pracovala jsem většinu let u Vaku v kanceláři, jako úřednice.*
5. Potřebujete při nějakých činnostech pomoc druhé osoby? V čem a do jaké míry?
 - *Nepotřebuji, zatím si vystačím sama.*
6. Co jste dělala nejraději ve volném čase před penzí?
 - *Od jara do podzimu jsem podle počasí nejraději trávila čas v přírodě. I v důchodu se tomu věnuji. Chodím na houby a bylinky. Do roku 2006 jsem hrála rekreačně, ale pravidelně jednou týdně volejbal.*
7. Věnujete se té činnosti i nyní? Pokud ne proč?

- *Procházky v přírodě a výlety podnikám pořád bez omezení, volejbal už ale nemohu hrát, kvůli bolestem v zádech.*
8. Scházíte se se svými vrstevníky? Jak často? Co nejběžněji děláte?
- *Scházím se nepravidelně s mladšími kolegyněmi z práce. Buď jdeme na pivo, nebo na kávu si někam posedět, nebo jedeme na výlet na celý den. Většinou trávím čas v přírodě sama, ale nevadí mi to. Mohu se tak alespoň více soustředit a vstřebávat krásu a dokonalost přírody. V přírodě se cítím více svobodná duchem i tělem. Jsem sama se sebou a svými myšlenkami. Častokrát se mi ani nechce domů.*
9. Jezdíte na výlety s rodinou nebo s přáteli?
- *S rodinou velmi omezeně, s přáteli občas, ale většinou jezdím sama.*
10. Podporuje Vás rodina ve Vašich zájmech a činnostech?
- *Podporuje mě manžel a ten je velmi rád, že se mnou nemusí šlapat kopečky. Nemáme společné zájmy a ani ho k tomu nenutím. Nerad chodí, raději jezdí na kole i v horkém létě. To si jedu raději někam lehnout k vodě, slunit se a plavat. Přitom si čtu, nebo jen tak koukám do nebe a pozoruji mraky, jak mění tvary, když se mi něco líbí a zaujme, tak si to vyfotím, pak seberu bylinky a večer jedu autem domů. Takové dny si vryji do paměti tak silně, že ze vzpomínek na letní dny a večery pak žiji i v zimě, kdy nemohu tak dlouho pobývat v přírodě.*
11. Jste spokojená s nynějším životem v penzi? Co se Vám na důchodu nejvíce líbí?
- *Jsem jednoznačně nezávislá, mohu si dělat, co chci a co mi dovolí především můj zdravotní stav. Mohu říct, že jsem opravdu spokojená. Nemám povinnost jít za každou cenu do práce, a když je mi mizerně, tak si den a svůj čas přizpůsobím okolnostem. Kromě lepšího zdraví, mi nic nechybí.*
12. Co Vám nejvíce vadí a chybí v důchodu?
- *Nevadí mi vůbec nic v důchodu. Jsem spokojená a klidnější, než když jsem chodila do zaměstnání. Nic mi nechybí.*
13. Přistoupila byste na možnost jít žít do zařízení pro seniory? Za jakých podmínek?
- *Přistoupila bych v krajním případě, pokud bych se už nestačila postarat sama o sebe. Žiji s myšlenkou, že bych nikoho nechtěla zatěžovat svými nemocemi a nemohoucností. Nemyslím si, že se zlepší něco v této zemi natolik, aby si mohly děti seniorů dovolit nechodit do práce a starat se o rodiče, i když existují i takové děti, které by pomoc rodičům ve stáří neodmítly. Bohužel většina dětí seniorů nemá ekonomické zázemí natolik dostatečně zajištěné, aby si to mohly dovolit. Pokud bych musela volit penzion pro seniory, každopádně bych chtěla jednolůžkový pokoj, abych si mohla zachovat své*

soukromí. To by byla jediná podmínka. Na toto téma by se dalo dlouze diskutovat, ale zhruba jsem vyjádřila svůj názor.

14. Považujete se za aktivního člověka? Proč?

- Je těžké posuzovat sama sebe. Myslím si, že by se nějaká rezerva našla, ale jednak se nerada do něčeho nutím za každou cenu a pak nejsem v důchodu proto, abych byla stále aktivní. Máme jako důchodci nárok na klid, když ho potřebujeme a také nám mnohdy zdravotní stav nedovolí, abychom si mohli užívat všeho, co bychom chtěli. Myslím si, že zatím zvládám bez cizí pomoci dost věcí (domácnost a veškeré práce s ní spojené), toulky přírodou, jízdu na kole, plavání, hlídání malého vnuka, nákupy, jízdu autem atd. Jestli jsem aktivní nebo ne, nechám na posouzení jiným.

9.5 Dotazníky

Abych získala přehled o kvalitě a vitalitě důchodového života většího počtu seniorů, použila jsem dotazníkové šetření. O vyplnění otázek jsem požádala i ty seniory, se kterými nepřicházím běžně do styku. Všichni jsou v důchodovém věku. Ptala jsem se na jejich oblíbené, neoblíbené a nejběžnější činnosti, zda jsou v důchodu spokojení, zda se schází se svými vrstevníky, navštěvují nějaký klub či spolek pro seniory. Chtěla jsem znát výhody života v domácnosti a výhody života v zařízení. Na závěr, po zodpovězení těchto a dalších otázek, mě zajímalo, zda se oni sami považují za aktivního člověka. Výsledky jsou vypsány v kapitole č. 10 - Výsledky dotazníkového šetření. Příklad dotazníku je uvedený v příloze č. 9.

10 Výsledky

10.1 Výsledky rehabilitačního působení u kazuistik

Žádný ze 4 uvedených klientů neměl a nemá akutní diagnózu, u které by se dal vlivem rehabilitačního působení předpokládat nějaký postup kupředu. Rehabilitační plány u uváděných kazuistik mají dlouhodobý výhled a zaměřují se především na udržení dosavadního stavu, ve kterém byli klienti již před začátkem mého působení. Nedá se tedy předpokládat nějaké výrazné zlepšení ani v rozsahu pohybu ani ve svalové síle. K nějakým mírným zlepšením ale přeci jen došlo u všech čtyř klientů hlavně v plynulosti a v provedení pohybů. Zlepšení jsem pozorovala i v náladě a psychickém stavu. Klientům lichotil můj zájem a skutečnost, že jsou předmětem vysokoškolské práce, pro ně byla lákavá. Naše cvičení pro ně byla zajímavá a dobře spolupracovali.

10.2 Výsledky dotazníkového šetření

Celkem jsem hodnotila 50 dotazníků. 25 od seniorů ze zařízení a 25 od seniorů žijících ve vlastních domácnostech. Některé výsledky mě nepřekvapily, ale některé ano. Graficky zpracované výsledky jsou zobrazeny v příloze č. 10.

- 32 žen, 18 mužů
- 20 lidí bylo pod 70 let a 30 lidí nad 70 let
- nejčastější odpověď na oblíbenou činnost před penzí byla zahrada (17x), na druhém místě bylo čtení (12x) a na třetím místě sport a vycházky (9x)
- nejběžnější činností nyní bylo pěstitelství (13x), na druhé místo se vyhouply vycházky (12x) a na třetí místo propadlo čtení (9x)
- nejčastěji odpovídaná výhoda domácnosti byla volnost pohybu (13x), blízkost rodiny a přátel byla na druhém místě (7x) a soukromí bylo třetí nejčastější (6x)
- na žebříčku výhod zařízení se na prvním místě umístila jednoznačně možnost stravování (17x), potom praní a žehlení (13x) a úklid (10x)
- při zjišťování neoblíbené činnosti nejvíce lidí řeklo, že takovou činnost nemají (12x), na druhém místě bylo žehlení (6x) a čekání u lékaře bylo třetí (5x)
- na bydlení v zařízení by přistoupilo 12 lidí pouze z nutnosti kvůli zdravotnímu stavu, 10 lidí by to přijalo bez váhání a 3 lidé by nechtěli do zařízení nikdy
- ze zařízení zpět do domácnosti by 13 lidí nechtělo, 10 lidí chtělo a 2 by chtěli, ale nemohou kvůli zdravotnímu stavu

11 Diskuze

Všechna práce na pozorování, vyšetřování a vyhodnocování je u konce, už jsme dosáhli vlastních výsledků. Zjistili jsme mnohé věci, třeba že i přes všechny změny na lidském organismu způsobené stárnutím, je možné prožívat stáří aktivně (viz. 1. hypotéza). Někdo je stářím postižený více, někdo méně. I člověk, kterého život potrápil všemožnými nemocemi a ve finále ho upoutal na lůžko, může zůstat aktivní. Vše záleží na tom, jak vnímá svůj stav a jak chce nadále cítit a vnímat sebe a své okolí. I když už nemůže být aktivní po fyzické stránce, stále může zůstat aktivní po psychické a rozumové stránce. Ačkoli je to těžké a je k tomu potřeba mnoho sil, lze zachovat v neaktivním těle aktivního ducha. Stáří nemusí být "chmurným a sychravým podzimem života, nýbrž podzimem vitálním, plným barev a tónů."

Také jsme zjistili, že pokud to umožňuje zdravotní stav, pak chtějí i lidé v důchodovém věku žít aktivně (viz 2. hypotéza). Každý člověk má své potřeby, které nepotlačí a nesmaže. Tyto potřeby neustoupí ani před nemocí ani před postižením. Nikomu neslouží zdraví úplně na 100%, za to lidské potřeby ty nás na 100% neopustí. Staří lidé si sami nejlépe uvědomují, jaké mají omezení a jak jsou oproti zdravým jedincům znevýhodněni. Že jsou slabší, pomalejší a méně výkonní, to ještě neznamená, že musí být odstraněni "na vejminku" nebo v zařízení pro seniory. I pro staré jedince existuje mnoho činností, zábavy i užitečné práce. Všichni stárneme a není jiná možnost, než se s tím smířit. I my jednou budeme chtít dělat alespoň to něco málo, co nám ještě náš zdravotní stav dovolí.

Měla jsem možnost působit několik měsíců v sociálním zařízení a seznámila jsem se s jeho chodem a režimem tamějších obyvatel. Když jsem viděla, kolik a jaké mají možnosti, uvědomila jsem si, že nejsou ve stáří vůbec o nic ochuzeni. Možná že je to dokonce naopak. Vyškolení nejen aktivizační pracovníci (také sociální, rehabilitační a zdravotní pracovníci) pro ně namýšlí na každý měsíc a na každý týden co nejvíc společensko-kulturních akcí, sportovních dnů, výletů a zajímavých zábav a besed. S některými rukodělnými činnostmi, které oni dělají běžně, my ani nepřijdeme v běžném životě do kontaktu. Kolik našich babiček a dědečků, kteří s námi žijí doma, se věnuje košíkářství, výrobě keramických ozdob a nádob, nebo aranžérským a dekorativním pracím? Takže teorie, že lidé žijící v zařízení pro seniory mají aktivity podřízené dennímu režimu a společensko-kulturnímu dění v daném zařízení a tím pádem mají život chudší (viz. 3. hypotéza), se zdá být nepravdivá. Nejsou vůbec nijak omezeni ani v

pohybu, ani v činnostech, ve skutečnosti si mohou dělat v podstatě, co chtějí. Možná i my jednou budeme bydlet v zařízení pro seniory a budeme závislí na druhých osobách. Budeme očekávat, že se o nás postarají, jak se patří. To bychom si měli uvědomit už teď a chovat se ke starým lidem tak, jak jednou budeme chtít, aby se ostatní chovali k nám.

I z uvedených rozhovorů, se dá vyvodit mnohé o životě v domácnosti/zařízení. Vždy záleží pouze na jedinci, jestli zůstane žít doma či půjde bydlet do zařízení. Někteří lidé jsou vyrovnaní a smíření se životem, zdraví je zatím moc netrápí, ještě se dovedou postarat o sebe i o domácnost a přesto už mají jasno v tom, že kdyby se jejich zdravotní stav zhoršil, nedělalo by jim problém žít v zařízení pro seniory (viz 4. kazuistika).

Pravým opakem je klientka (viz 3. kazuistika), která od svých 42 let prožívá jedno "peklo" za druhým. Postupně jí život přikládá těžší a těžší nemoci a s nimi spojené trvalé následky. Sama zvládá jen minimum úkonů sebeobslužných i úklidových atp. a přesto se ze svého bytu nehne. Nenechá se přemluvit ani od rodiny, ani od lékařů, raději bude platit pečovatelské službě, nechá si pomáhat od lidí z okolí, ale do zařízení nepůjde. Nepřesvědčí ji nabídka služeb ani vyhlídka na bezstarostnější bytí.

I mezi lidmi žijícími v zařízení se najdou takoví, kteří si nikdy nemysleli, že by takhle "dopadli" a když to hrozilo, bránili se tomu ze všech sil (viz. 2. kazuistika). Nakonec ale dotyčnému klientovi nic jiného nezbylo, protože zbourali jeho družstevní byt, na který byl zvyklý celý život. Jiní klienti byli třeba donuceni rodinnými příslušníky, nebo finančními okolnostmi, takových důvodů je celá řada. Zkrátka museli se přestěhovat někam, kam nechtěli, ke spolubydlícímu, kterého neznali. Není divu, že byli, nebo pořád jsou, tito klienti zamlklí, nepříjemní, podráždění a pasivní. Nechtějí nic dělat, odmítají všechny kontakty nebo dokonce provádějí různé nepříjemnosti ostatním uživatelům. Většinou ale dojde k tomu, že si uživatel zvykne, jako tomu bylo i u mého klienta. Zjistil, že není jediný, kdo potřebuje s něčím pomoci, že někteří lidé jsou na tom se zdravím i hůře. Našel mezi ostatními obyvateli několik kamarádů, se kterými mají společné zájmy a nyní je naprosto spokojený.

A v neposlední řadě žijí v zařízení lidé, kteří o domově pro seniory nikdy neuvažovali, okolnosti je tam přivedli a oni se tomu jednoduše nebránili (viz 1. kazuistika). Možná by se dalo říci, že byli napjatí a kromě obav byli také plni očekávání. Měli různé představy o tom, jak bude vypadat jejich život v zařízení. Některé představy se splnily, jiné ne. Klient, který mi vyprávěl o svém příchodu do zařízení, rozhodně patří do skupiny lidí, kteří nebyli zklamaní. Vybral si z nabízených činností a aktivit ty, které jsou pro něho nejlákavější, a těm se věnuje. I on je spokojený.

Závěr

Cílem této práce bylo, zjistit jak prožívají a jak různě mohou staří lidé prožívat stáří. Vše, co bylo potřeba udělat, se povedlo. Závěry, které lze vyvodit, jsou následující. Nezáleží na tom, zda žijeme doma či v zařízení, ale na tom, jaké je naše zdravotní omezení a jak se s tím umíme poprat. Nelze říci jednoznačně, jestli je lepší žít v zařízení či v domácnosti, obojí má své výhody i nevýhody. Pro každého z nás je lepší něco jiného, protože každý má své potíže a své potřeby.

Všichni neustále stárneme a jednou budeme staří, ale to neznamená, že budeme odepsaní. I stáří můžeme prožívat příjemně a aktivně. Někdo to zvládá sám, jiný s tím potřebuje pomoci. Nyní jsme na řadě s tím, abychom pomáhali. Práce s lidmi obecně není jednoduchá, natož práce se starými, bolestí trápenými lidmi. Vlastnosti, jako jsou trpělivost a tolerance jsou v našem oboru nutností. Snad jich máme dost pro seniory nyní i budoucí.

Seznam použité literatury

BASTL, Pavel a ŠVEC, Vlastimil. *Zdravotník lektorem*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1997, 122s. ISBN 80-7013-251-5

BUNC, Václav a ŠTILEC, Miroslav. Aktivní životní styl a jeho determinanty u seniorů. In: *10. pražské gerontologické dny 2006*. Vydala Česká alzheimerská společnost, Praha, 2006, 96s. ISBN80-86541-17-7

DOLEŽALOVÁ, Ivana. *Stáří není nemoc* [online]. 28. září 2010 [cit. 20. března 2012]. Dostupné z <http://www.geriatr.cz/home>

DOLEŽALOVÁ, Ivana. *Kognitivní porucha ztráta soběstačnosti prvním signálem nemoci u seniora* [online]. 28. září 2010 [cit. 20. března 2012]. Dostupné z <http://www.geriatr.cz/home>

DOLEŽALOVÁ, Ivana. *Základy geriatry* [online]. 28. září 2010 [cit. 20. března 2012]. Dostupné z <http://www.geriatr.cz/home>

HASTRMANOVÁ, Šárka. *50+ aktivně: fakta, inspirace a rady do druhé poloviny života*. 1. vyd. Praha: Rerspekt institut, 2011, 95s. ISBN 978-80-904153-2-4

HÁTLOVÁ, Běla. Kinezioterapie v péči o klienty s demencí. In: *10. pražské gerontologické dny 2006*. Vydala Česká alzheimerská společnost, Praha, 2006, 96s. ISBN80-86541-17-7

HOLMEROVÁ, Iva, KOFAHL, Ch a DOEHNER, H. Rodinní pečující v Evropě. In: *10. pražské gerontologické dny 2006*. Vydala Česká alzheimerská společnost, Praha, 2006, 96s. ISBN80-86541-17-7

HOLMEROVÁ, Iva, JURAŠKOVÁ, Božena a KARMELITOVÁ, Pavla. Rodinní pečující v České republice. In: *10. pražské gerontologické dny 2006*. Vydala Česká alzheimerská společnost, Praha, 2006, 96s. ISBN80-86541-17-7

HOLMEROVÁ, Iva, VELETA, Petr, JURAŠKOVÁ, Božena a VAŇKOVÁ, Hana. Fyzická aktivita a zdraví ve vyšším věku. In: *10. pražské gerontologické dny 2006*. Vydala Česká alzheimerská společnost, Praha, 2006, 96s. ISBN80-86541-17-7

HORÁČEK, Ondřej. Rehabilitace u cévní mozkové příhody. *Sanquis*. 2006/47 [online]. [cit. 2. března 2012]. Dostupné z: <http://www.sanquis.cz/>

HRONOVÁ, Marie. Gentura: *Vzdělávací instituce akreditovaná u MPSV a u MV* [online]. Dostupné z: <http://www.gentura.cz/>

JANDA, Vladimír a kolektiv. *Svalové funkční testy*. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2004, 328s. ISBN 80-247-0722-5

JIRÁK, Roman. *Organicky podmíněné psychické poruchy* [online]. 5. října 2010 [cit. 5. března 2012]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz>

KALVACH, Zdeněk a ONDERKOVÁ, Alice. Stáří - Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-455-5

KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2008, 336s. ISBN 978-80-247-2490-4

PIDRMAN, Vladimír a KOLIBÁŠ, Eduard. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, 189 s. ISBN 80-7262-363-X

PROKOPOVÁ, J. *Život seniorů v domovech důchodců a v domácím prostředí*. Plzeň, 2006. Bakalářská práce. ZČU Plzeň

PŘIB, Jan a VOŘÍŠEK, Vladimír. *Zaměstnávání důchodců*. 1. vyd. Praha: C.H. Beck, 1998, 60.s. ISBN 80-7179-160-1

SLÁDEK, Karel. Stáří lidé - zrcadlo společnosti a strážci kolektivní paměti. In: *10. pražské gerontologické dny 2006*. Vydala Česká alzheimerovská společnost, Praha, 2006, 96s. ISBN80-86541-17-7

TLUSTÁ, Kateřina. Aktivizace seniorů v denním centru. In: *10. pražské gerontologické dny 2006*. Vydala Česká alzheimerovská společnost, Praha, 2006, 96s. ISBN80-86541-17-7

TULLE Emmanuelle. *Old age and agency*. Editor: Hauppauge, 2004, 200s. ISBN 1-59033-884-7

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2004, 870s. ISBN 80-7367-414-9

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vyd. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2007, 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5

Wikipedie, otevřená encyklopedie [online]. Cit. 10. března 2012. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/>

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Tabulka č. 1 - goniometrické vyšetření 1. kazuistiky

Příloha č. 2 - Tabulka č. 2 - orientační vyšetření svalové síly u 1. kazuistiky

Příloha č. 3 - Tabulka č. 3 - goniometrické vyšetření 2. kazuistiky

Příloha č. 4 - Tabulka č. 4 - orientační vyšetření svalové síly u 2. kazuistiky

Příloha č. 5 - Tabulka č. 5 - goniometrické vyšetření 3. kazuistiky

Příloha č. 6 - Tabulka č. 6 - orientační vyšetření svalové síly u 3. kazuistiky

Příloha č. 7 - Tabulka č. 7 - goniometrické vyšetření 4. kazuistiky

Příloha č. 8 - Tabulka č. 8 - orientační vyšetření svalové síly u 4. kazuistiky

Příloha č. 9 - Dotazník

Příloha č. 10 - Grafické vyhodnocení dotazníků

PŘÍLOHY

Příloha č. 1

Tabulka č. 1 - goniometrické vyšetření 1. kazuistiky

1. měření - sinister	3. měření - sinister	vyšetřovaná oblast	1. měření - dexter	3. měření - dexter
110°	110°	kyčelní kl. - flexe	110°	110°
10°	10°	- extenze	10°	10°
30°	30°	- abdukce	30°	35°
10°	10°	- addukce	15°	15°
120°	120°	kolenní kl. - flexe	130°	130°
-10°	-10°	- extenze	-5°	-5°
30°	35°	kotník - flexe	35°	40°
10°	10°	- extenze	10°	10°
25°	25°	- inverze	25°	30°
15°	15°	- everze	20°	20°
120°	120°	ramenní kl. - elevace	120°	120°
40°	40°	- extenze	40°	40°
20°	20°	- horiz. abdukce	20°	20°
100°	100°	- horiz. addukce	100°	110°
60°	60°	- zevní rotace	60°	60°
40°	50°	- vnitřní rotace	50°	50°
140°	140°	loket - flexe	140°	140°
-5°	0°	- extenze	0°	0°
70°	75°	zápěstí - flexe	75°	75°
75°	75°	- extenze	75°	80°
15°	15°	- radiální dukce	15°	15°
30°	30°	- ulnární dukce	30°	35°

Příloha č. 2

Tabulka č. 2 - orientační vyšetření svalové síly u 1. kazuistiky

1. měření - sinister	3. měření - sinister	vyšetřovaná oblast	1. měření - dexter	3. měření - dexter
2	2	rameno - flexe	2	2
3	3	loket - flexe	3	3
3	3	loket - extenze	3	3
3	3	zápěstí - flexe	3	3
3	3	zápěstí - extenze	3	3
3	3	ruka - stisk	3	3
2	2	kyčel - flexe	2	2
2	2	koleno - flexe	2	2
1	1	koleno - extenze	3	3
2	2	kotník - flexe	2	2
1	1	kotník - extenze	2	2

N = neprovede

1 = proti gravitaci

2 = proti menšímu odporu

3 = proti většímu odporu

Příloha č. 3

Tabulka č. 3 - goniometrické vyšetření 2. kazuistiky

1. měření - sinister	3. měření - sinister	vyšetřovaná oblast	1. měření - dexter	3. měření - dexter
115°	115°	kyčelní kl. - flexe	115°	115°
5°	10°	- extenze	5°	10°
25°	30°	- abdukce	25°	30°
10°	10°	- addukce	10°	10°
125°	130°	kolenní kl. - flexe	125°	130°
-5°	0°	- extenze	-5°	0°
40°	40°	kotník - flexe	40°	40°
10°	10°	- extenze	10°	10°
30°	30°	- inverze	30°	30°
15°	20°	- everze	15°	15°
140°	145°	ramenní kl. - elevace	145°	145°
40°	40°	- extenze	40°	40°
25°	25°	- horiz. abdukce	25°	30°
110°	110°	- horiz. addukce	110°	110°
65°	65°	- zevní rotace	70°	70°
50°	50°	- vnitřní rotace	50°	50°
140°	145°	loket - flexe	145°	145°
0°	0°	- extenze	0°	0°
70°	70°	zápěstí - flexe	70°	70°
75°	75°	- extenze	75°	75°
15°	15°	- radiální dukce	15°	15°
25°	25°	- ulnární dukce	25°	25°

Příloha č. 4

Tabulka č. 4 - orientační vyšetření svalové síly u 2. kazuistiky

1. měření - sinister	3. měření - sinister	vyšetřovaná oblast	1. měření - dexter	3. měření - dexter
2	2	rameno - flexe	2	2
3	3	loket - flexe	3	3
2	2	loket - extenze	2	2
2	2	zápěstí - flexe	2	2
3	3	zápěstí - extenze	3	3
2	2	ruka - stisk	3	3
2	2	kyčel - flexe	2	2
3	3	koleno - flexe	3	3
3	3	koleno - extenze	3	3
3	3	kotník - flexe	2	3
2	2	kotník - extenze	2	2

N = neprovede

1 = proti gravitaci

2 = proti menšímu odporu

3 = proti většímu odporu

Příloha č. 5

Tabulka č. 5 - goniometrické vyšetření 3. kazuistiky

1. měření - sinister	3. měření - sinister	vyšetřovaná oblast	1. měření - dexter	3. měření - dexter
90°	90°	kyčelní kl. - flexe	90°	90°
5°	5°	- extenze	5°	5°
25°	25°	- abdukce	25°	25°
5°	5°	- addukce	5°	5°
100°	100°	kolenní kl. - flexe	100°	100°
-5°	-5°	- extenze	-5°	-5°
30°	30	kotník - flexe	30°	30°
5°	10°	- extenze	5°	10°
20°	20°	- inverze	20°	20°
10°	10°	- everze	15°	15°
90°	90°	ramenní kl. - elevace	100°	100°
20°	20°	- extenze	30°	30°
15°	15°	- horiz. abdukce	15°	20°
90°	90°	- horiz. addukce	95°	95°
45°	50°	- zevní rotace	50°	55°
40°	40°	- vnitřní rotace	45°	45°
135°	135°	loket - flexe	135°	135°
-5°	-5°	- extenze	-5°	0°
70°	70°	zápěstí - flexe	70°	70°
75°	75°	- extenze	75°	75°
15°	15°	- radiální dukce	15°	15°
25°	25°	- ulnární dukce	25°	25°

Příloha č. 6

Tabulka č. 6 - orientační vyšetření svalové síly u 3. kazuistiky

1. měření - sinister	3. měření - sinister	vyšetřovaná oblast	1. měření - dexter	3. měření - dexter
1	1	rameno - flexe	2	2
2	2	loket - flexe	2	2
2	2	loket - extenze	2	2
2	2	zápěstí - flexe	2	2
2	2	zápěstí - extenze	2	2
2	2	ruka - stisk	3	3
1	1	kyčel - flexe	2	2
2	2	koleno - flexe	2	2
2	2	koleno - extenze	2	2
2	2	kotník - flexe	2	2
2	2	kotník - extenze	2	2

N= neprovede

1 = proti gravitaci

2 = proti menšímu odporu

3 = proti většímu odporu

Příloha č. 7

Tabulka č. 7 - goniometrické vyšetření 4. kazuistiky

1. měření - sinister	3. měření - sinister	vyšetřovaná oblast	1. měření - dexter	3. měření - dexter
120°	120°	kyčelní kl. - flexe	120°	120°
10°	10°	- extenze	10°	10°
45°	45°	- abdukce	45°	45°
15°	15°	- addukce	15°	15°
135°	135°	kolenní kl. - flexe	135°	135°
0°	0°	- extenze	0°	0°
45°	45°	kotník - flexe	45°	45°
15°	15°	- extenze	15°	15°
35°	35°	- inverze	35°	35°
20°	25°	- everze	20°	25°
180°	180°	ramenní kl. - elevace	180°	180°
50°	50°	- extenze	50°	50°
30°	30°	- horiz. abdukce	30°	30°
110°	115°	- horiz. addukce	115°	115°
80°	80°	- zevní rotace	80°	80°
60°	60°	- vnitřní rotace	60°	60°
145°	145°	loket - flexe	145°	145°
0°	5°	- extenze	5°	5°
80°	80°	zápěstí - flexe	80°	80°
85°	85°	- extenze	85°	85°
20°	20°	- radiální dukce	20°	20°
35°	35°	- ulnární dukce	35°	35°

Příloha č. 8

Tabulka č. 8 - orientační vyšetření svalové síly u 4. kazuistiky

1. měření - sinister	3. měření - sinister	vyšetřovaná oblast	1. měření - dexter	3. měření - dexter
2	3	rameno - flexe	3	3
3	3	loket - flexe	3	3
3	3	loket - extenze	3	3
3	3	zápěstí - flexe	3	3
3	3	zápěstí - extenze	3	3
3	3	ruka - stisk	3	3
3	3	kyčel - flexe	3	3
2	2	koleno - flexe	2	2
3	3	koleno - extenze	3	3
3	3	kotník - flexe	3	3
3	3	kotník - extenze	3	3

N= neprovede

1 = proti gravitaci

2 = proti menšímu odporu

3 = proti většímu odporu

Příloha č. 9

DOTAZNÍK 1

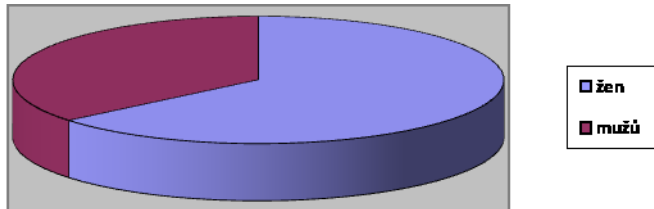
1. Věk?
2. Pohlaví?
3. Oblíbená činnost před penzí?
4. Vaše nejběžnější činnost nyní?
5. Neoblíbená činnost?
6. Přistoupil/a byste na možnost žít v domácnosti? Odpověď zdůvodněte.
7. Napište 3 výhody života v zařízení:
8. Znáte nějaký společenský klub či spolek pro seniory? Navštěvujete některý z nich?
9. Považujete se za aktivního člověka?

DOTAZNÍK 2

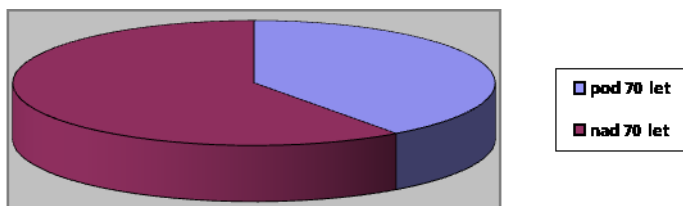
1. Věk?
2. Pohlaví?
3. Oblíbená činnost před penzí?
4. Vaše nejběžnější činnost nyní?
5. Neoblíbená činnost?
6. Přistoupil/a byste na možnost žít v zařízení? Odpověď zdůvodněte.
7. Napište 3 výhody života v domácnosti:
8. Znáte nějaký společenský klub či spolek pro seniory? Navštěvujete některý z nich?
9. Považujete se za aktivního člověka?

Příloha č. 10

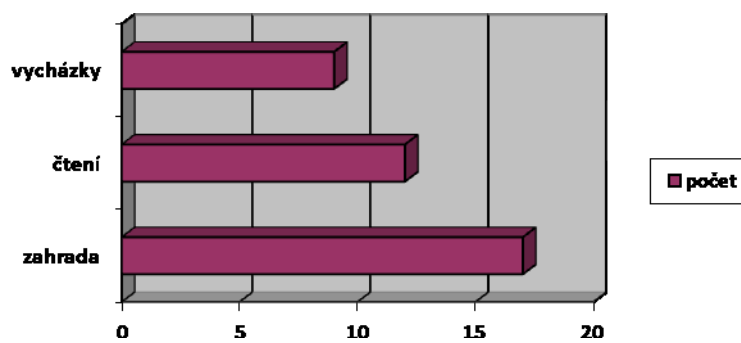
Grafické vyhodnocení dotazníků



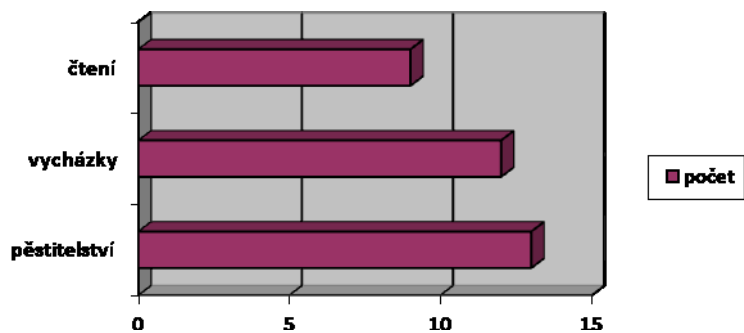
Graf č. 1 - Poměr mužů a žen



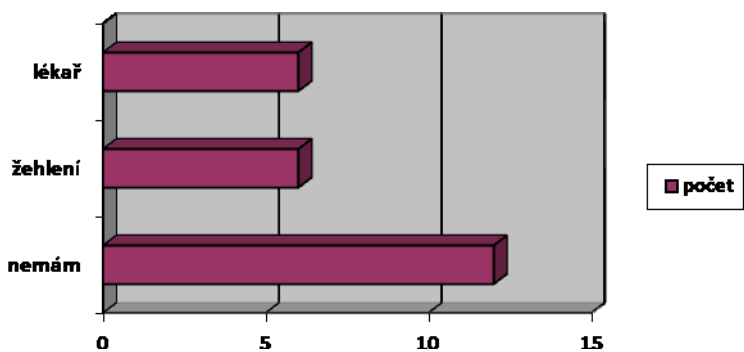
Graf č. 2 - Poměr dle věkové hranice 70 let



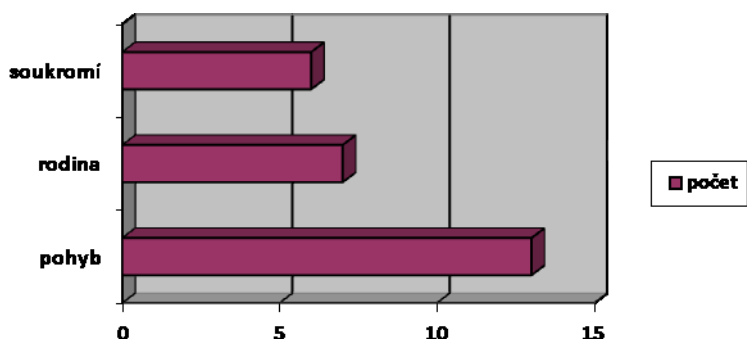
Graf č. 3 - Oblíbená činnost před penzí (3 nejčastější)



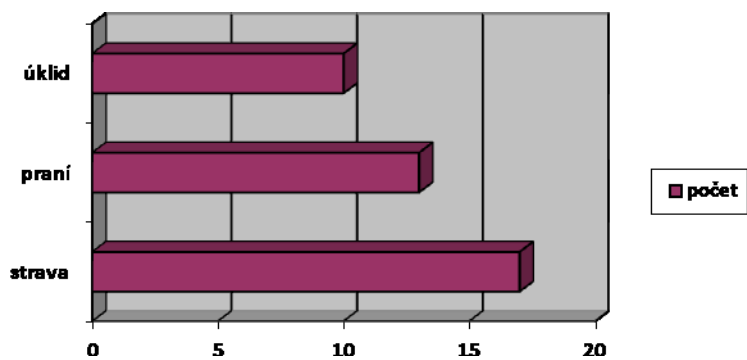
Graf č. 4 - Nejběžnější činnost nyní (3 nejčastější)



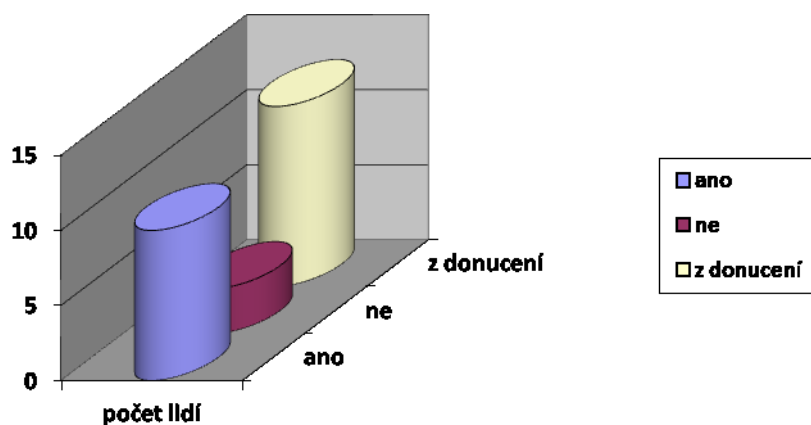
Graf č. 5 - Neoblíbená činnost (3 nejčastější)



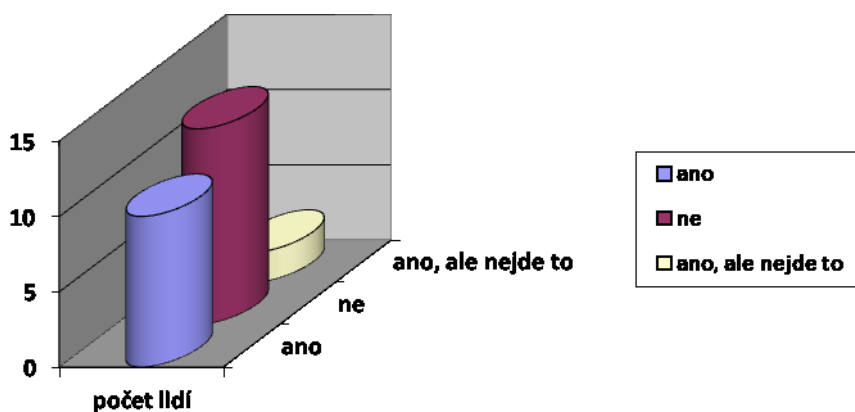
Graf č. 6 - Výhody domácnosti (3 nejčastější)



Graf č. 7 - Výhody zařízení (3 nejčastější)



Graf č. 8 - Šli by do zařízení



Graf č. 9 - Šli by zpět do domácnosti