

UNIVERZITA KARLOVA
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav ošetrovatelství



Lada Benáková

**Možnosti aktivizace pacientů
na Oddělení dlouhodobé péče
Ústřední vojenské nemocnice -
Vojenské fakultní nemocnice Praha**

**Possibilities of patient activation in the Long Term Care Department of the
Central Military Hospital - Military University Hospital Prague**

Bakalářská práce

Praha, květen 2019

Autor práce: Lada Benáková

Studijní program: Ošetřovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: PhDr. Zvoníčková Marie

Pracoviště vedoucího práce: **Ústav ošetřovatelství, 3. LF UK**

Předpokládaný termín obhajoby: 26. 6. 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracoval/a samostatně a použil/a výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má diplomová/ bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze ve Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 18. 6. 2019

Lada Benáková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí práce PhDr. Marii Zvoníčkové za odborné vedení práce, cenné rady a trpělivost. Dále děkuji Ústřední vojenské nemocnici - Vojenské fakultní nemocnici Praha a vrchní sestře Oddělení dlouhodobé péče Bc. Ivaně Chánové za to, že mi zde umožnili provést výzkumné šetření a za vstřícný přístup. A nakonec Anně Funkové za pomoc se sběrem dat pro empirickou část práce.

Abstrakt

Cílem této práce bylo zmapovat proces aktivizace, trávení volného času pacientů na Oddělení dlouhodobé péče v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici v Praze. Dílčím úkolem bylo identifikovat aktivity, které by mohly mít spirituální přesah. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část uvádí téma, vymezuje některé důležité pojmy týkající se potřeb, stárí, kvality života, spirituální péče a nabízí výčet dostupných aktivit v době hospitalizace. Praktická část je zaměřena na zjištění probíhajícího šetření na Oddělení dlouhodobé péče, součástí praktické části je také popis oddělení, na kterém výzkum probíhal. V praktické části jsou popsány vybrané volnočasové aktivity, které oddělení nabízí, a výstupy z rozhovorů s pacienty na dané téma. Výsledky šetření prokázaly, že pacienti vidí význam a přínos nabízených aktivit. Ukazuje se, že aktivity pacienty pozitivně ovlivňují a odvádějí je od myšlenek na nemoc. Pacienti se na aktivity těší, považují je za zpestření dne a vítají možnost popovídat si. Potvrdilo se, že na oddělení je dostatečně velké množství nabízených aktivit. Prokázalo se však také to, že se pacienti i přes velké množství společenských akcí, které jsou jim nabízeny, mezi sebou blíže neznají. V šetření se dále poukazuje na to, že pacienti často nevědí, co si pod pojmem spirituální péče představit.

Abstract

The aim of this work was to research the effects of activities provided during the free time of patients at the Department of Long-term Care in the Central Military Hospital - Military Faculty Hospital in Prague. Part of the task was to identify activities that could have a spiritual overlap. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part introduces the topic, defines some important terms concerning needs, old age, quality of life and spiritual care, and offers a list of available activities at the time of hospitalization. The practical part is focused on the investigation, which took place at the Department of long-term care and also includes a description of the department where the research was conducted. The practical part describes selected leisure activities offered by the department and outputs from interviews with patients on the topic. The results of the investigation showed that patients see the importance and benefits of the activities offered. It turns out that the activities have a positive influence on the patients and divert them from thoughts of illness. Patients look forward to the activities, seeing them as a purposeful part of the day and a chance to talk. It has been highlighted that there is a sufficiently large number of activities offered at the department, but also that patients, despite the large number of social activities offered to them, are not familiar with each other. The survey also points out that patients often do not know what under the term 'spiritual care' refers to.

Obsah

OBSAH	7
ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. HOLISTICKÉ POJETÍ ČLOVĚKA	9
1.1 POTŘEBY SENIORŮ.....	9
1.1.1 <i>Potřeby dle A. Maslowa</i>	10
1.1.2 <i>Potřeby podle Virginie Hendersonové</i>	11
1.2 ROLE SESTRY	12
2. STÁŘÍ	12
2.1 GERIATRIE.....	13
2.2 SOCIÁLNÍ IZOLACE.....	13
2.3 KONCEPT AKTIVNÍHO STÁRNUTÍ.....	13
2.3.1 <i>Zásady OSN pro seniory</i>	14
2.4 KVALITA ŽIVOTA	15
2.4.1 <i>Faktory ovlivňující kvalitu života</i>	15
2.4.2 <i>Kvalita života v době dlouhodobé hospitalizace</i>	16
3. TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU V DOBĚ HOSPITALIZACE	17
3.1 SPOLEČENSKÉ INTERAKCE	18
3.2 SPIRITUÁLNÍ PÉČE.....	18
3.3 AKTIVITY.....	19
3.3.1 <i>Ergoterapie</i>	19
3.3.2 <i>Nácvik kognitivních funkcí</i>	20
3.3.3 <i>Reminiscenční terapie</i>	21
3.3.4 <i>Arteterapie v širším slova smyslu</i>	22
PRAKTICKÁ ČÁST	25
4. POPIS ZAŘÍZENÍ, KDE VÝZKUM PROBÍHAL	25
4.1 ODDĚLENÍ DLOUHODOBÉ PÉČE	25
4.1.1 <i>Dostupné aktivity na oddělení</i>	25
5. CÍL VÝZKUMU	29
6. HYPOTÉZY	29
7. METODOLOGIE VÝZKUMU	30
7.1 POPIS AKTIVIZAČNÍHO PROGRAMU Z POHLEDU SESTRY	30
7.2 ROZHOVOR S PACIENTY	34
7.2.1 <i>Výchozí otázky</i>	34
7.2.2 <i>Respondenti</i>	34
7.2.3 <i>Vyhodnocení okruhů otázek</i>	35
8. DISKUSE	46
9. SHRUTÍ	51
10. ZÁVĚR	53
11. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	54
12. SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	57

Úvod

Ve své bakalářské práci se zabývám aktivizací pacientů na oddělení dlouhodobé péče ve smyslu trávení volného času a souvislostí těchto volnočasových aktivit se spirituální péčí. Cílem výzkumu je zmapovat proces aktivizace, trávení volného času pacientů v dlouhodobé péči a identifikovat aktivity, které by mohly mít spirituální přesah.

Téma práce jsem si zvolila, protože ho považuji za důležité – aktivizace, potažmo volnočasové aktivity mohou výrazně ovlivnit pacientův stav. To považuji za důležité obzvláště v případech, kdy pacienti jsou hospitalizováni delší dobu a zdravotnický personál může velmi ovlivnit, jak bude pacient neproduktivní čas v nemocnici trávit. Zároveň se domnívám, že volnočasové aktivity určitým způsobem, mimo jiné, uspokojují spirituální potřeby pacientů, které mnohdy ve zdravotnictví bývají opomíjeny.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část slouží jako úvod do problematiky a vymezuje některé důležité související pojmy týkající se potřeb, stáří, kvality života, spirituální péče a dostupných aktivit v době hospitalizace. Praktická část je zaměřena na výzkum, ten byl proveden v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici v Praze na Oddělení dlouhodobé péče. Výzkumnou část tvoří popis oddělení, na kterém výzkum probíhal, popis vybraných volnočasových aktivit, které na oddělení v danou dobu probíhaly, a rozhovory s pacienty na dané téma. Výsledky šetření jsou interpretovány v diskusi.

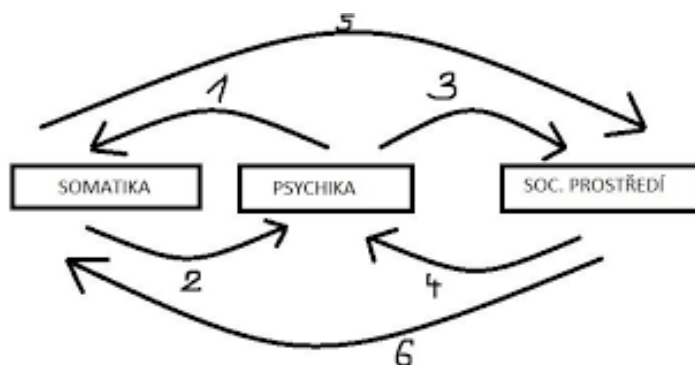
Teoretická část

1. Holistické pojetí člověka

Organismus je dle holistické teorie jednotný celek, který je utvořen z několika částí, které jsou ve vzájemném vztahu. Zároveň teorie říká, že tento celek je víc než jen součet svých částí. Pokud tedy dojde k porušení jedné z částí, vede to k poruše celého systému (Trachtová, 2001).

Holistická péče v ošetrovatelství zahrnuje bio–psycho–sociální stránku člověka, vnímá člověka jako celek a zároveň každého jako jedinečnou individuální bytost. Pokud budeme brát holismus jako filozofii moderního ošetrovatelství, tak se sestra musí zajímat o fyzické, psychické i sociální potřeby pacienta a uspokojovat je (Plevelová, 2011).

Dle Mastiliakové je holismus klíčový při vytváření hodnotového systému, zásad a teorií v ošetrovatelství (Mastiliaková in Plevelová, 2011).



Obr. č. 1 *Bio – psycho – sociální model nemoci*

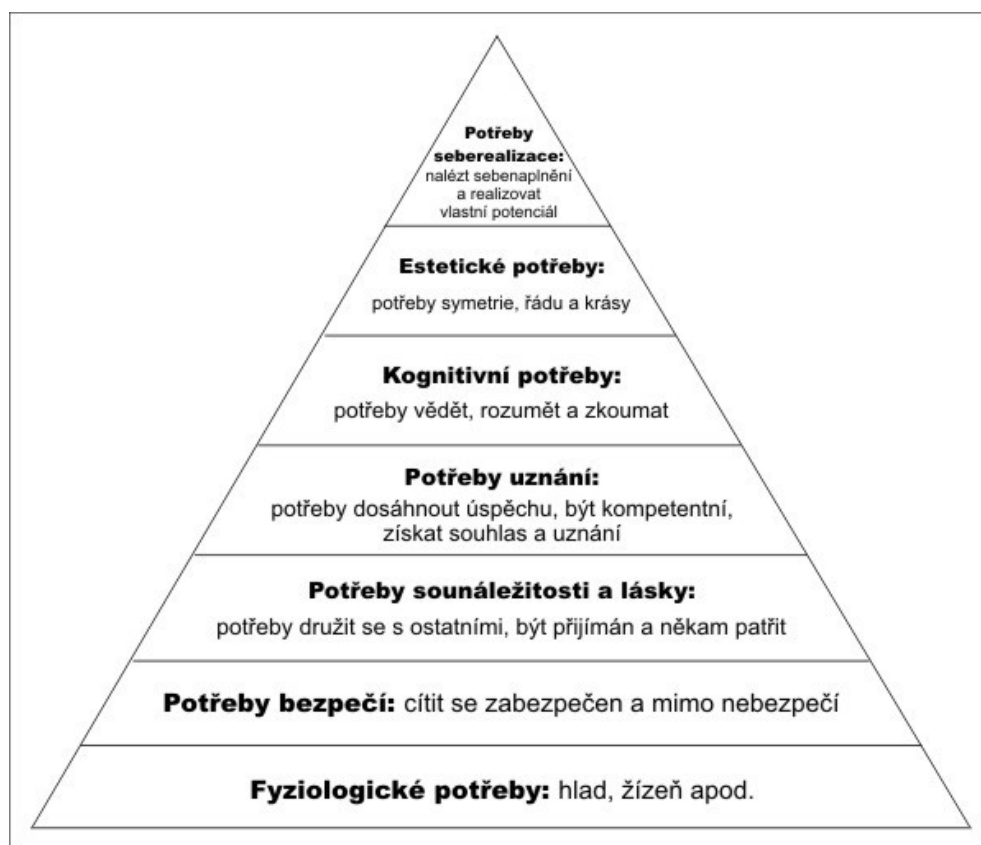
1.1 Potřeby seniorů

S věkem přichází kvalitativní a kvantitativní změny. Seniori, stejně jako všichni ostatní své potřeby mají a je důležité je uspokojovat. Rozdíl je v tom, že při uspokojování potřeb často potřebují dopomoc. Tato potřeba péče není primárně dána věkem, ale vytváří se v důsledku snížené soběstačnosti a snížených schopností (Dvořáčková, 2011).

Dle Trachtové „je potřeba projevem nedostatku, jehož odstranění je žádoucí.“ (Trachtová, 2001, s. 10) Zároveň uvádí, že potřeba je něco nezbytné pro život a vývoj. Neuspokojená potřeba ovlivňuje naši psychiku tím, že působí na naši pozornost, myšlení, emoce i rozhodovací procesy. Je důležité si uvědomit, že i když lidé mají stejné potřeby, každý v jejich uspokojování postupuje naprosto odlišně. Naše potřeby se také v průběhu života mění a vyvíjí se (Trachtová, 2001).

1.1.1 Potřeby dle A. Maslowa

Nejznámější dělení potřeb je hierarchické a vychází z teorie potřeb Maslowa, která vychází z humanistické psychologie. Potřeby dělíme na vyšší a nižší. K uspokojování potřeb dochází redukcí nedostatků (s výjimkou potřeby seberealizace). Některé potřeby se mohou vzájemně propojovat (Plevelová, 2011).



Obr. č. 2 Maslowova pyramida potřeb

1.1.2 Potřeby podle Virginie Hendersonové

Hendersonová zastávala názor, že pacient by měl být středem pozornosti zdravotníků. Kladla si otázky ohledně ošetrovatelské praxe, jedinečné funkce sester, specifika úloh, činností ošetrovatelství. Své myšlenky publikovala v roce 1960 v knize Základní principy ošetrovatelské péče. V této publikaci najdeme 14 základních potřeb, ze kterých odvodila komponenty základní ošetrovatelské péče (Hendersonová in Pavlíková, 2006).

Tyto potřeby jsou (Pavlíková, 2006, s. 46):

1. Normální dýchání
2. Dostatečný příjem potravy a tekutin
3. Vylučování
4. Pohyb a udržování vhodné polohy
5. Spánek a odpočinek
6. Vhodné oblečení, oblékání, svlékání
7. Udržování fyziologické tělesné teploty
8. Udržování upravenosti a čistoty těla
9. Odstraňování rizik z životního prostředí a zabraňování vzniku poškození sebe i druhých
10. Komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, obav, potřeb, názorů
11. Vyznání vlastní víry
12. Smysluplná práce
13. Hry a účast na různých formách odpočinku a rekreace
14. Učení, objevování nového, zvědavost, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení

Všechny potřeby jsou ovlivněny individualitou a kulturními aspekty v oblastech biologických (1-9), psychických (10-14), sociálních (12,13) a spirituálních (11). Uspokojování těchto potřeb je individuální a u každého jedinečné.

1.2 Role sestry

Podle V. Handersonové je „jedinečnou funkcí sestry pomoc (asistence) zdravému nebo nemocnému jedinci vykonávat činnost přispívající k jeho zdraví, uzdravení či klidné smrti, které by jedinec vykonával sám, bez pomoci, kdyby měl na to dostatek sil, vůle a vědomostí. A sestra vykonává tuto funkci tak, aby jedinec dosáhl nezávislosti co nejdříve.“ (Handersonová in Pavlíková, 2006, s. 49).

Barbara Kozierová identifikovala 10 rolí profesionální sestry. Role sestry dle Kozierové jsou následující: ošetrovatelka, komunikátorka, poradkyně, edukátorka, manažerka, advokátka, nositelka změn, lídr, výzkumnice, politička. Jednotlivé role sestry se vzájemně prolínají (Kozierová, 1995).

2. Stáří

Počátek stáří je dán v dnešní době od 65 let a výše a to z pohledu lékařského i demografického. Stárnutí je individuální, u každého probíhá jinak, to je dáno vlivem involučních změn a původním funkčním stavem a životním stylem.

Stáří se dále dělí na jednotlivé etapy (Holmerová, 2007):

- 65 – 74 let mladí senioři
- 75 – 84 let staří senioři
- 85 let a více velmi staří senioři

Stáří je nedílnou součástí života a je potřeba si uvědomit, že stáří není konec života. Konec života je smrt. Stáří je pouze další etapou života, která trvá 30-40 let, tedy je stejně dlouhá jako mládí a dospělost (Klevertová, Dlabalová, 2008).

Se změnami a ztrátami se potýkáme a jsme jimi ovlivňováni v průběhu celého života, nicméně lze říci, že ve stáří je v relativně krátkém časovém období těchto změn více. K těmto změnám řadíme odchod do důchodu, změnu sociální role, biologické změny, změny psychologického charakteru, smrt partnera, blízkých, vrstevníků, předzvěst vlastní smrti a další (Špatenková, N., Bolomská, 2011).

2.1 Geriatrie

Geriatrie se zabývá péčí o pacienty, u kterých se projevují somatické či psychické změny typické pro stáří. Zabývá se tedy většinou pacienty staršími 70 let. U prevence se nicméně moderní geriatrie zaměřuje zejména na „mladé seniory“, u kterých může mít velký vliv na zdraví úprava životního stylu (Holmerová, 2007).

2.2 Sociální izolace

Člověk je tvor společenský, a proto je pro kvalitní stáří důležité udržování a navazování nových kontaktů, účast na společenských setkáních. Vytvoření programu pro volný čas je důležitý aspekt kvality života a zároveň je prevencí pro rozvoj nesoběstačnosti. Bio – psycho – sociálních změny ve stáří umocňují vyčleňování seniorů a ze společnosti. V důsledku toho můžeme říci, že se ve stáří zvyšuje strach z opuštění a osamělosti. Přestože vnější indikátory (sociální kontakty v lokalitě bydliště, žijící příbuzní aj.) ukazují, že se osamělost týká jen nejstarší skupiny obyvatel, podle subjektivního vnímání jde o mnohem více rozšířený fenomén. Pocity osamělosti se týkají až ¾ seniorů, kteří žijí v jednočlenné domácnosti. Ovlivňuje je tedy i rodinný stav (Dvořáčková, 2012).

2.3 Koncept aktivního stárnutí

Koncept aktivního stárnutí vychází ze zásad pro seniory přijatých na Valném shromáždění Organizace spojených národů (OSN). V 90. letech byl termín aktivní stárnutí přijat světovou zdravotnickou organizací (WHO). Na rozdíl od termínu zdravé stárnutí, které zahrnuje především zdraví a péči o něj, se aktivní stárnutí soustřeďuje na otázky nezávislosti, účasti na společenském životě, důstojnosti, péče, seberealizace, respektování práva pro rovnost příležitostí, účasti na veřejném rozhodování a komunitním životě. Koncept zároveň bere v úvahu, že senioři jsou rozmanitá skupina, které je potřeba zajistit vyhovující prostředí podporující jejich samostatnost. Cílem konceptu je tedy co nejdéle zachovaná autonomie a to, aby i člověk vyššího věku viděl smysluplnost života.

Koncept aktivního stárnutí podporuje myšlenku, že i ve vyšším věku není nutné se vzdávat aktivit, kterým se člověk věnoval (Dvořáčková, 2012).

2.3.1 Zásady OSN pro seniory

Zásady pro seniory přijala OSN na Valném shromáždění (rezoluce 46/91) dne 16. prosince 1991. OSN dále vyzývá vlády členských států, aby tyto zásady do svých programů zařadily. Mezi zásady pro seniory patří (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2005):

Nezávislost

V tomto bodě se řeší, že každý senior by měl mít přístup k odpovídajícím životním podmínkám (strava, voda, obydlí, zdravotnická péče...), pracovním příležitostem, vzdělávacím programům, měl by rozhodovat o svém odchodu do důchodu. Měl by žít v bezpečném prostředí, které je přizpůsobeno jeho možnostem, a v neposlední řadě by měl zůstat žít co nejdéle ve svém domově.

Zařazení do společnosti

Tento bod se zabývá možnostmi zapojení do veřejného dění, zapojení do politiky, dobrovolnické činnosti a možností vytváření hnutí, asociací atd. Mimo jiné se zde zmiňuje i to, že by senior měl možnost sdílet své znalosti, zkušenosti.

Péče

Součástí tohoto bodu je možnost dostupné zdravotní, sociální a právní služby pro všechny seniory. Tyto služby by měly hájit zájmy seniora, podporovat jejich zdraví a autonomii. Pro seniory by měla být dostupná institucionální péče, která nabízí ochranu, rehabilitaci, sociální a duševní stimulaci. Zároveň by prostředí institucionální péče mělo být humánní a bezpečné. Senioři, žijící doma či v sociálním nebo léčebném zařízení, mají mít, v souladu s listinou lidských práv a základních svobod, právo na respektování důstojnosti, víry, soukromí, rozhodování a potřeb.

Seberealizace

Senior by měl mít možnost rozvíjet své schopnosti, dále by měl mít možnost se vzdělávat, čehož součástí by měl být přístup ke kulturním, duchovním a rekreačním zdrojům.

Důstojnost

Každý senior by měl mít důstojný a bezpečný život, který neovlivňuje jeho případná tělesná, duševní závislost. Samozřejmostí by mělo být, že péče o seniory není nijak ovlivněna jejich věkem, rasou, etnickou příslušností, postižením a dalšími stavy nebo jejich sociální, ekonomickou situací (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2005).

2.4 Kvalita života

Gurková uvádí, že *„koncept kvality života doposud nemá všeobecně akceptovatelnou definici, metodologii a stává se předmětem mnohých interpretací, interdisciplinárních rozprav bez jednoznačného, výsledného, všeobecně přijatelného kosenzu v jeho koncepci.“* (Gurková, 2011, s. 23).

Dle Dvořáčkové hodnocení kvality života můžeme chápat jako subjektivní hodnocení pacienta, který hodnotí jednotlivé aspekty svého života (Dvořáčková, 2012).

Jako *„vnímání svojí pozice v životě, v kontextu kultury, hodnotového systému, v němž žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, zájmům, požadavkům. Zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy – a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí,“* vymezila kvalitu života v roce 1993 Světová zdravotnická organizace - WHO (Dvořáčková, 2012, s. 58).

2.4.1 Faktory ovlivňující kvalitu života

Vzhledem k tomu, že každý člověk vnímá subjektivně, faktory jako takové není možné vymezit. Mluvme tedy spíše o skupině faktorů, které kvalitu života

přímo i nepřímo ovlivňují. Kvalitu života samozřejmě ovlivňují i další okolnosti. V dnešní době je stále větší důraz kladen na subjektivní spokojenost.

Faktory lze rozdělit na:

1. Faktory nespecifické: zdravotní, sociální, ekonomické, environmentální
2. Faktory specifické: věk, pohlaví, rodinná situace, polymorbidita, dosažené vzdělání, hodnotový žebříček jednotlivce, ekonomická situace, kultura apod.

Zdraví je nejčastěji skloňovaný faktor ovlivňující kvalitu života. Pod samotným pojmem zdraví si musíme představit mnoho dalších faktorů, které vzájemnou interakcí tento pojem utvářejí. Jedná se o faktory jako je prostředí, emoce, smysl života, postoj ke smrti, stárnutí a stáří. Zdravotní stav ovlivňuje každodenní činnosti, ty zase mají vliv na subjektivní pocity. S vyšším věkem se zvyšuje výskyt chronických chorob a multimorbidity. Ve věku 70 let trpí chronickou chorobou až 87% osob. Pro kvalitu života není důležitá přítomnost nemoci jako taková, ale způsob, jak moc člověka omezuje a snižuje soběstačnost. Právě snížení soběstačnosti může vést k pocitům bezmoci, depresím. Deficit soběstačnosti často vede k dlouhodobé institucionalizaci, to vše se na kvalitě života podepisuje (Dvořáčková, 2012).

2.4.2 Kvalita života v době dlouhodobé hospitalizace

Norris uvádí, že vlivem depersonalizace, která v instituci často probíhá, může dojít až ke vzniku deprese. V procesu depersonalizace lidé postupně přicházejí o osobní identitu, což vede k tomu, že pacienti odmítají komunikovat, a to může vést až k depresi. To vše kvůli tomu, že si pacienti v institucích připadají „ztraceni v davu“. Tomu může být zabráněno tím, že se pracovníci instituce blíže seznámí se situací daného klienta, jeho historií a tyto informace vhodně využijí při péči. Právě s tímto principem pracuje reminiscence (*Andrew Norris in Špatenková, Bolomská, 2011*).

Při dlouhodobé hospitalizaci některé potřeby začnou mít mnohem větší význam. Konkrétně je potřeba věnovat pozornost potřebám jako jsou

(Staňková, 2005, s127):

- potřeba být nezávislý – tato potřeba zcela zásadně ovlivňuje kvalitu života
- potřeba autonomie – „*chci mít možnost rozhodovat o svém způsobu života*“
- potřeba sebepojetí – „*chci vypadat důstojně, být upravený*“
- potřeba tělesného komfortu – „*chci být bez bolesti, nepříjemných příznaků*“
- potřeba seberealizace – „*chci životní program, mít smysl života*“
- potřeba lásky – „*chci, aby mi dal někdo najevo, že mě má rád, chci mít někoho rád*“

3. Trávení volného času v době hospitalizace

Fyzická i psychická aktivita nemocného má pozitivní vliv na pocit duševní, tělesné pohody a řadí se mezi základní principy ošetrovatelské péče. Aktivita za správné indikace a ve správném množství má na jedince vždy pozitivní dopad. Aktivita podporuje obranyschopnost organismu, vytváří fyziologické stereotypy, které pomáhají utlumit patologické stránky stavu nemocného.

Nemocnému může přinést jak rozptýlení od bolesti, úzkosti, obav, příznaků choroby, tak i uspokojení z vhodně využitého volného času a může přinášet i radost nad vykonanou činností. Aktivita zároveň může být prostředkem, jak nemocného zapojit do kolektivu a tím předejít pocitu izolace, samoty. Pacient se aktivitami může dále rozvíjet, učit se novým schopnostem, dovednostem. Staňková uvádí, že psychickou a fyzickou aktivizací, která by měla probíhat systematicky, bychom měli chtít zkrátit pacientův neproduktivní čas v nemocnici, rozptýlit pacienta, ale zároveň by naším cílem mělo být, aby se pacient aktivně zapojoval, podílel na svém terapeutickém procesu, spolupracoval se sestrami, lékaři, a to jak v době hospitalizace, tak i v domácí péči (Staňková, 2005).

V gerontologii je hlavním cílem terapeutů a sociálních pracovníků předcházet předčasnému, nezdravému stárnutí, podpora soběstačnosti, zlepšení kvality života, dalším neméně důležitým cílem je zapojení seniorů do aktivního života (Gerlichová, 2014).

3.1 Společenské interakce

Jako společenská interakce by se dalo označit působení jedné osoby na druhou, může probíhat kdekoliv a je součástí procesu socializace. Řadíme ji k základním potřebám, to tedy znamená, že každý z nás i podvědomě vyhledává kontakt s lidmi (Štěpař, 2014).

V zájmu sestry by mělo být tyto společenské interakce pro pacienty vyhledávat. Pro pacienty jsou tyto interakce možností navazovat a vytvářet nové vztahy, které by mohly mít pozitivní vliv na průběh hospitalizace. Mezi takovéto interakce bychom mohli řadit společné stolování, společné sledování například hokeje, aktivní nabízení volnočasových programů atd.

3.2 Spirituální péče

Ve zdravotnictví byla dlouho spiritualita opomíjena, nicméně spirituální potřeby se v různé míře, formách vyskytují u každého. Mezi spirituální potřeby bychom mohli řadit potřebu lásky, bezpečí, naděje, víry, jistoty, smyslu života a další. Jsou ale životní situace, kdy se pro nás spirituální potřeby stávají důležitější a vystupují do popředí. Mezi takové situace patří ztráta blízké osoby, vážná nemoc, utrpení, bolest (Plevelová, 2011).

Plevelová definuje spiritualitu člověka jako schopnost „sebepřesahování“ k tomu, co je důvodem, podmínkou lidského života. Spiritualita se tedy zaměřuje na věci, co nás přesahují, a často se dává do souvislosti se smyslem života (Plevelová, 2011).

V dnešní době se zvyšuje povědomí o takzvané přirozené (skryté) spiritualitě, která je přítomna i v případech přímého odmítání náboženství. Hranice mezi spiritualitou a náboženstvím jsou často nejasné. Jedinec obvykle tíhne k takové formě spirituality, která nejlépe uspokojuje jeho potřeby (Mandicová, 2011).

Je známo, že ve stáří bývá větší inklinace ke spiritualitě, ale i religiozitě. Tyto pojmy bývají často zaměňovány a je potřeba je odlišovat. Náboženství v sobě sice zahrnuje spirituální aspekt, ale patří k němu i vztah k posvátnu, aktivity s ním spojené. Právě aktivity a nové podněty mohou jedince motivovat k členství v církvi. I víra se během života mění a je poměrně běžné, že ve stáří člověk zažívá krizi. Ta bývá často způsobena prožitím mnoha bolestných zkušeností, které vedou k otázkám ohledně jejich přínosu. Na druhou stranu víra může mít pozitivní vliv na vyrovnaný postoj ke stáří a zvládání problémů, překážek, zároveň je oporou v obtížných situacích, pocitech osamělosti, bezmoci, ztrátách. Víra jedinci dává sociální roli, může pomoci v hledání smyslu života a má psychotherapeutický a psychohygienický význam (Ondrušková, 2011).

3.3 Aktivity

3.3.1 Ergoterapie

Česká asociace ergoterapeutů definuje ergoterapii jako profesi, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním). Podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti.

Konkrétně ergoterapeut provádí vyšetření kognitivních funkcí, hodnocení a nácvik denních činností. Spolupracuje s ostatními odborníky při nácviku komunikačních, sociálních dovedností a společně s nimi provádí rehabilitaci kognitivních funkcí. Dále hodnotí pracovní a zájmové aktivity ve vztahu k fyzickému a sociálnímu prostředí. Hodnotí schopnosti pacienta, podle kterých

sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán terapie. Doporučuje kompenzační pomůcky a učí je používat pacienti a jejich rodiny. Provádí poradenství pacientům v oblasti prevence vzniku komplikací, adaptace, kompenzace onemocnění, ale i v otázkách vhodných úprav domácího prostředí. Podílí se na ergodiagnostickém vyšetření a předpracovní rehabilitaci, která pomáhá pacientům se začlenit. Ergoterapie může být vedena individuálně nebo ve skupinové formě (Česká asociace ergoterapeutů, 2008).

3.3.2 Nácvik kognitivních funkcí

Mezi kognitivní funkce patří (Válková, 2015, s. 13):

- paměť
- pozornost
- rychlost myšlení
- porozumění informacím
- schopnost náhledu, úsudku

Díky kognitivním funkcím jsme schopni rozpoznávat, pamatovat si, učit se měnícím se podmínkám prostředí. Každou z kognitivních funkcí ovlivňuje jiná část mozku, proto při jeho poranění může dojít k narušení jen některých kognitivních funkcí nebo všech, v závislosti na umístění a rozsahu poškození mozku (Válková, 2015).

Cílem rehabilitace kognitivních funkcí je náprava, kompenzace deficitu nebo jeho udržení u nemocí s progredující prognózou (např. demence). Při stanovování cílů musíme brát ohled na stav, možnosti, schopnosti pacienta a stanovit cíle tak, aby byly reálné a pacienta nepřeceňovat (Válková, 2015).

Cíle rehabilitace kognitivních funkcí (Válková, 2015, s. 31):

- podpořit kognitivní funkce mozku
- získat důvěru pacienta a zájem pacienta
- zachovat stav vědomí
- zachovat úroveň poškozených kognitivních funkcí
- prevence prohloubení deficitu kognitivních funkcí
- podpora soběstačnosti, readaptace

- prevence delirantního stavu neboli deliria
- readaptace po ukončení akutní fáze delirantního stavu

Kognitivní deficit se identifikuje za pomoci testů, díky kterým určíme oblast, která je zasažena a které se bude potřeba při rehabilitaci věnovat. Návuk kognitivních funkcí ve zdravotnictví bývá součástí rehabilitačního ošetřování (Válková, 2015):

Možné příčiny vzniku kognitivního deficitu: (Válková, 2015, S. 16):

- traumatické poškození mozku
- CMP
- subarachnoideální krvácení
- toxické, infekční poškození mozku
- neurodegenerativní onemocnění
 - Alzheimerova nemoc
 - Parkinsonova nemoc
 - Huntingtonova nemoc
 - Specifický kognitivní deficit se objevuje např. u roztroušené sklerózy, epilepsie
- psychiatrické onemocnění

3.3.3 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapií bývá označen strukturovaný či nestrukturovaný rozhovor terapeuta s jedincem nebo skupinou seniorů o zkušenostech, jejich životě, dřívějších aktivitách a prožitcích. Často se k terapii využívají staré fotografie, nářadí, předměty využívané v domácnostech atd. (Janečková, Vacková 2010).

Mezi reminiscenční aktivity například patří uspořádání vzpomínkových výstav, kniha vzpomínek, kniha životního příběhu, archiv vzpomínek, vyprávění příběhů, předčítání, poezie, fotografování, dramatizace vzpomínek, hudba, tanec, reminiscenční procházky...

Reminiscenční terapie má pozitivní vliv na kvalitu života v institucionální péči, ale i na pracovníky, dobrovolníky, kteří se na ní podílejí. Tím, že zmenšuje

propast mezi pacienty a pečujícími, může nám také pomoci pochopit chování některých pacientů. Dalo by se tedy říci, že v institucích, kde považují reminiscenční terapii za důležitou, by naslouchání mělo být nedílnou součástí péče, která se tak stává více humánní. Mění se zde totiž postavení rolí, kdy pacienti už nejsou pouze příjemci pasivní péče, ale svým způsobem se ujímají role učitele, což přispívá k rovnováze vztahů sestra-pacient, a díky reminiscenci se na péči můžou určitým způsobem aktivně podílet. Reminiscenční terapie pro ně může být nástrojem pro osobní rozvoj, ale může být i způsob jak pro pacienta narušit stereotypnost chodu oddělení (Špatenková, Bolomská, 2011).

3.3.4 Arteterapie v širším slova smyslu

Arteterapie v širším slova smyslu zahrnuje hned několik podskupin, jako je muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie, biblioterapie, poetoterapie...

3.3.4.1 Muzikoterapie

„Síla hudby je sjednocovat a léčit...je obrovská. Je to ta nehlubší nechemická léčba.“ (Oliver Sacks, Awakenings in Gerlichová, 2014, s. 10)

Hudba je spjatá s člověkem od nepaměti. V sílu hudby věřili i naši předci, kteří ji používali při rituálech a obřadech. Biblický příběh o vojevůdci a pozdějším králi Davidovi, který hrou na harfu léčil deprese krále Saula, je jedním z nejstarších propojení hudby s medicínou. Je známo, že hudba umí povznést, potěšit, pomoci prožít smutek, aktivovat i zklidnit, zprostředkovat nám nejrůznější sdělení a často dokáže mít větší vliv na lidskou psychiku než mluvené slovo. Poslech hudby má také vliv na naše fyziologické funkce. Rychlá, dynamická hudba má stimulující účinek, dokáže nám zrychlit srdeční frekvenci, rozproudí krev, rozšíří kapiláry a zornice. Oproti tomu poslouchání klidné hudby má za následek zpomalení srdeční činnosti, dechu, zúžení zornic. Hudba má několik složek – rytmickou, melodickou, harmonickou. Muzikoterapií lze také přispívat k tréninku kognitivních funkcí, jejím prostřednictvím lze trénovat koncentraci a paměť (Gerlichová, 2014).

Muzikoterapií se rozumí použití hudby pro profesionální terapeutickou intervenci ve zdravotnictví, vzdělávání, v každodenním prostředí. Muzikoterapie může být prováděna individuálně, skupinově, v kruhu rodiny či komunity. Jejím cílem je zlepšení kvality života, psychického, sociálního, komunikačního, emočního, duševního zdraví a pohody (World Federation of Music Therapy, 2008).

Muzikoterapie nejčastěji nachází uplatnění v oborech: rehabilitace, neurologie, pediatrie, psychiatrie, interní lékařství, geriatrické a dalších.

Cíle muzikoterapie v gerontologii dle Gerlichové (Gerlichová, 2014, s. 76):

- prevence udržení soběstačnosti
 - trénink paměti
 - trénink pozornosti
 - nácvik kognitivních funkcí
- rozvíjení sociálních vztahů
- rozvíjení motivace

3.3.4.2 Arteterapie v užším slova smyslu

V užším slova smyslu arteterapii chápeme jako léčbu výtvarným uměním. U seniorů se arteterapie používá jako pomůcka při cvičení paměti, nácviku jemné motoriky, ale i k posílení uvědomění vlastní hodnoty, při stimulaci kreativity (Šicková- Fabrici, 2002).

3.3.4.3 Dramaterapie

North American Drama Therapy Association (NADTA) na svých stránkách uvádějí, že dramaterapie je aktivní a zážitková. Tento přístup dává účastníkům možnost vyprávět svůj vlastní příběh, stanovit si cíle, řešit problémy, vyjádřit pocity nebo dosáhnout katarze (vnitřní duševní očisty). Prostřednictvím dramatu můžeme prozkoumat hloubku a šíři vnitřních zkušeností, prohloubit dovednosti v oblasti mezilidských vztahů. Rozšiřování rolí o ty dramatické

mnohdy vede účastníky k zjištění, že jejich vlastní životní role byly posíleny (North American drama therapy association, 2019).

Dramaterapie se využívá u širokého spektra pacientů, jako jsou například mentálně postižení pacienti, autističtí pacienti, psychiatričtí pacienti, gerontologičtí pacienti...(Valenta, 2001).

Praktická část

4. Popis zařízení, kde výzkum probíhal

Výzkumná část bakalářské práce probíhala v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici Praha. Tuto nemocnici jsem si pro svůj výzkum vybrala z toho důvodu, že jsem předpokládala, že Oddělení dlouhodobé péče bude nabízet rozmanité množství aktivit pro své klienty.

4.1 Oddělení dlouhodobé péče

Oddělení dlouhodobé péče řídí vrchní sestra, která úzce spolupracuje se zdravotně sociální pracovníci a lékaři. Péče na oddělení je poskytována nepřetržitě lékařským i nelékařským zdravotnickým týmem v rozsahu hrazeném zdravotní pojišťovnou. Oddělení na svých stránkách uvádí, že cílem péče je zlepšení soběstačnosti, sebeobsluhy, stabilizace zdravotního stavu a v neposlední řadě zapojení klienta do každodenního života. Na oddělení jsou hospitalizováni klienti, u kterých prozatím není možná ambulantní léčba, nebo klienti se zhoršujícím stavem. Na oddělení jsou přednostně přijímáni váleční veteráni. Provádí se zde léčebná, ošetrovatelská, rehabilitační péče, ale provádí se zde i nácvik denních dovedností, aktivizační činnosti, psychosociální rehabilitace spojená s ergoterapií. Na péči se mimo jiné podílejí i studenti, dobrovolníci, oddělení navštěvuje pravidelně canisterapeutka. Také je zde dostupné poradenství pro klienty i jejich rodiny (Ústřední vojenská nemocnice, 2018).

4.1.1 Dostupné aktivity na oddělení

Na aktivitách na Oddělení dlouhodobé péče se podílí hned několik členů zdravotnického týmu Ústřední vojenské nemocnice (dále jen ÚVN). Všeobecné sestry, sestra pro aktivizaci, sociální pracovník, ergoterapeut, fyzioterapeuti, nemocniční kaplan, dobrovolníci, canisterapeut. Vedení oddělení se snaží, aby byl denně zdravotnický tým co nejrozmanitější. Každý den musí být přítomný někdo, kdo bude klientům plně k dispozici. Aktivity na oddělení bychom mohli rozdělit

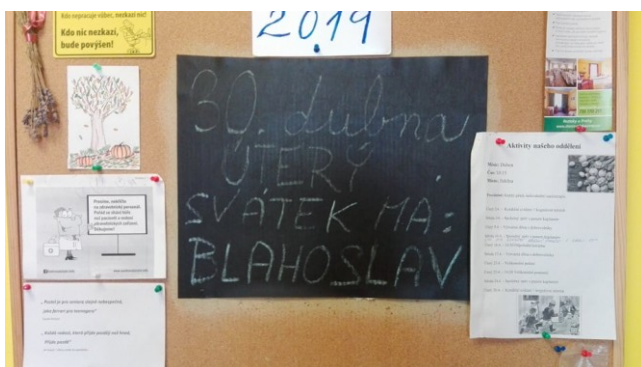
na pravidelné, které se konají denně, a nepravidelné, které jsou naplánované několikrát do měsíce.

Denní aktivity

Tyto aktivity se provozují denně bez ohledu na měsíční program, samozřejmě podle aktuálního stavu klienta. Jedná se převážně o rehabilitační ošetřovatelství, vertikalizaci, individuální trénink paměti, nácvik denních činností. Tento typ aktivit pro klienty zajišťuje sestra pro aktivizaci, sociální pracovníce, ergoterapeutka. Podporují navazování kontaktů mezi klienty například tím, že klienty motivují ke společnému luštění křížovek. Zintenzivnění tréninku poté přichází u klientů, u kterých se plánuje jejich propuštění do domácí péče. Mimo to na oddělení také mají svého domácího mazlíčka – morče Ferdu, kterého pacienti mohou, za dohledu sestry, chovat.

Týdenní aktivity

Tyto aktivity jsou vždy sepsány do „měsíčního programu“, který je vytištěn a dán veřejně k dispozici na chodbu na nástěnku. Klienti se tak mohou, během procházky, sami podívat, jaké aktivity jsou na daný měsíc naplánované. Kromě toho na nástěnce najdeme aktuální datum a kdo má svátek. Mezi pravidelně se opakující aktivity patří: kondiční cvičení, kognitivní trénink, odpolední kavárna, zpěv s panem kaplanem, canisterapie, dílny a další. Aktivity jsou také tematicky zaměřeny dle ročního období. V rámci dílen například pacienti zdobí tematicky jídelnu, vyrábějí tematické dekorace. Klientům, kteří se neradi účastní hromadných aktivit, se snaží hledat alternativy v podobě individuálního cvičení (Ústřední vojenská nemocnice, 2018).



Obr. č. 3 Nástěnka akcí



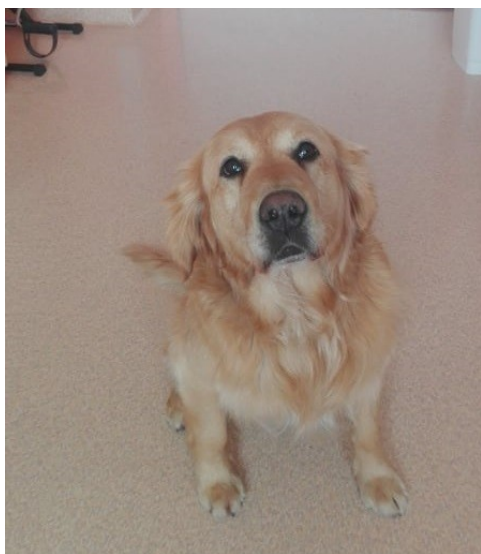
Obr. č. 4 Výtvarné práce klientů



Obr. č. 5 Domácí zvíře



Obr. č. 6 Ergoterapeutická tabule



Obr. č. 7 Canisterapeutický pes



Obr. č. 8 Nástěnka s možnostmi pro seniory



Aktivity našeho oddělení

Měsíc: Duben
Čas: 10:15
Místo: Jidelna



Pravidelně: Každý pátek individuální canisterapie

Úterý 2.4. – Kondiční cvičení + kognitivní trénink

Středa 3.4. – Společný zpěv s panem kaplanem

Úterý 9.4. – Výtvarná dílna s dobrovolníky

Středa 10.4. – Společný zpěv s panem kaplanem

Úterý 16.4. – 14:30 Odpolední káva

Středa 17.4. – Výtvarná dílna s dobrovolníky

Úterý 23.4. – Velikonoční pečeni

Úterý 23.4. – 14:30 Velikonoční posezení

Středa 24.4. – Společný zpěv s panem kaplanem

Úterý 30.4. – Kondiční cvičení + kognitivní trénink



Obr. č. 9, 10, 11 Plakáty na akce konající se na oddělení

4.1.1.1 Duchovní péče v ÚVN

Motto duchovní péče v ÚVN je citát Viktora E. Frankla: „*Člověk je ve svém podvědomí daleko náboženštější, než ve svém vědomí tuší.*“ (Ústřední vojenská nemocnice, 2016).

Duchovní péče v ÚVN je dostupná pro pacienty, jejich příbuzné, ale i pro zaměstnance. Pacientům se obvykle nabízí při vstupním pohovoru s ošetřovatelským personálem. Na základě rozhovoru sestra v osobní anamnéze pacienta vyplní „Potřeba duchovních služeb“ ano/ne. V ústřední vojenské nemocnici má duchovní službu na starost nemocniční kaplan mjr. Mgr. Jan Blažek (Ústřední vojenská nemocnice, 2016).

Ve výroční zprávě ÚVN z roku 2017 se uvádí, že v roce 2017 kaplan vykonal 960 edukačních návštěv pacientů a jejich rodin. Edukační návštěvou se rozumí vyžádaná návštěva pacienta kaplanem. Mimo to kaplan pravidelně zpívá s válečnými veterány a pacienty Oddělení dlouhodobé péče. Kaplan je v ÚVN součástí multidisciplinárního týmu (Výroční zpráva 2017, Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha, 2018).

4.1.1.2 Dobrovolnické centrum ÚVN

Jak už bylo řečeno výše, do aktivizačních činností v ÚVN se zapojují dobrovolníci. Ti spolupracují s ÚVN od roku 2002. Na svých stránkách uvádějí, že jejich posláním je vytvoření radostnějšího prostředí. A to tím, že s pacienty tráví volný čas, povídají si s nimi, čtou jim, doprovázejí je na procházku, podílejí se na dílnách, hudebních vystoupení. Těmito činnostmi pomáhají pacientům udržovat kontakt s běžným životem a zlidšťují atmosféru prostředí. Zároveň zdůrazňují, že nesuplují práci zdravotnického personálu. Dobrovolníci spolupracují s lůžkovými odděleními a s Domovem Vlčí mák (Dobrovolník ÚVN).

5. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo zmapovat proces aktivizace a trávení volného času pacientů v dlouhodobé péči a zjistit, jestli se tyto aktivity dotýkají spirituální péče.

V rámci své práce:

- jsem se podílela na aktivizačních činnostech, které dělají aktivizační pracovníci a kaplan,
- jsem provedla rozhovory s klienty,
- jsem se pokusila identifikovat aktivity, které by mohly mít spirituální přesah.

6. Hypotézy

Ve své práci vycházím z několika hypotéz, které zároveň můžou souviset s cílem práce.

Hypotéza č. 1

V Ústřední vojenské nemocnici je nabízeno dostatečné množství volnočasových aktivit.

Hypotéza č. 2

K účasti na aktivitách motivují převážně pracovníci, kteří je mají na starost.

Hypotéza č. 3

Pacienti se znají pouze od vidění.

Hypotéza č. 4

Většina z dotazovaných pacientů nebude vědět, co si představit pod pojmem spirituální péče.

7. Metodologie výzkumu

Pro sběr dat jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru a zúčastněného pozorování průběhu aktivit. Sběr dat byl proveden v Ústřední vojenské nemocnici v Praze na Oddělení dlouhodobé péče. Rozhovory byly odebrány ve dnech 26. 4., 28. 4., 30. 4. 2019 v době volného času pacientů, tedy odpoledne; po domluvě s vrchní sestrou oddělení, která mi pomohla vybrat vhodné respondenty pro moji práci. Pacientům jsem se vždy nejprve představila a popsala svoji práci. Poté jsem jim dala k dispozici informovaný souhlas s vedením rozhovoru, souhlas s pořizováním audiozáznamu a nechala jsem jim čas na rozmyšlenou. Teprve po podepsání souhlasů jsem začala odebírat rozhovory. K rozhovorům jsem měla předem připravené okruhy otázek, které mi byly schváleny vedoucí práce a vrchní sestrou oddělení. Dle vývoje rozhovoru byly některé otázky přidány, doplněny podle potřeby. Rozhovory s pacienty trvaly v průměru okolo 30 minut. Nejdelší rozhovor trval 60 minut. Pořízený audiozáznam byl po přepsání rozhovorů smazán. Přepsané anonymizované rozhovory byly poskytnuty vedení nemocnice.

7.1 Popis aktivizačního programu z pohledu sestry

Po domluvě s vrchní sestrou jsem oslovila aktivizační sestru, jestli bych se mohla zúčastnit některých aktivit s pacienty, abych do své práce mohla zahrnout i osobní zkušenost s těmito programy. Nakonec jsem se rozhodla pro aktivity: Kognitivní trénink, Odpolední kavárna, Zpěv s kaplanem.

Na následujících stránkách stručně popíšu průběh těchto aktivit; jejich přípravu, styl pozvání, motivování klientů, průběh sezení, reakce klientů. Těchto aktivit jsem se zúčastnila společně se studentkou Annou Funkovou, která mi pomáhala zapisovat průběh aktivit, abych se já do nich mohla aktivně zapojovat.

Kondiční cvičení + Kognitivní trénink

Dne 21. 5. jsem se zúčastnila programu „*Kondiční cvičení + Kognitivní trénink*“. Aktivitu toho dne vedla sestra pro aktivizaci společně se sociální pracovnící.

Celkem se této aktivitě zúčastnilo 10 pacientů - 7 žen a 3 muži. Dopolední program se odehrával v jídelně, kam pacientům pomohly sestry. V jídelně byly připravené židle do kruhu, aby na sebe všichni pacienti viděli a měli přehled. Pacienti byli zváni na program v dostatečném předstihu (15 minut) a při pozvání byli pacienti upozorněni na to, aby si s sebou vzali kompenzační pomůcky (brýle, naslouchadlo), přes to někteří pacienti přišli bez nich. Program začínal v 10:30. Ve vedení programu se střídala sestra pro aktivizaci a sociální pracovnice. Program samotný byl rozdělen do několika částí.

První část vedla sestra pro aktivizaci, která na úvod položila pacientům několik otázek ohledně toho, jestli pacienti vědí, jaký je den, jaké je datum, kdo má svátek. Tyto informace si mimo jiné mohou pacienti přečíst na nástěnce u sesterny. Poté se přešlo k lehkému cvičení zaměřenému na pohyb hlavy, ramen, končetin. Během cvičení aktivizační i sociální pracovnice pomáhaly pacientům upravit sed, vhodné držení těla a připomínaly jim, jak mají u cvičení správně dýchat. Cviky byly připodobňovány denním činnostem (šroubování žárovky, míchání omáčky, běžkování atd.). Pacienti byli během cvičení chváleni, dále byli upozorňováni, aby cvičili podle svých sil a schopností. Aktivizační a sociální pracovnice se snažily, aby pacienti nebrali cvičení jako soutěž, ale aby se každý soustředil sám na sebe. Nakonec se provedlo dechové cvičení. Po této části pacienti dostali možnost se napít.

Poté převzala vedení programu sociální pracovnice. Další částí bylo rozevření barevné plachty (padáku) s otvorem v jejím středu. Této plachty se pacienti po jejím obvodu chytli a na plachtu se umístil míček. Pacienti se snažili pohybováním plachty dostat míček do otvoru v jejím středu. Toto cvičení bylo zaměřené na spolupráci a koordinaci pohybů. Cvičení se opakovalo celkem 3x a setkalo se s úspěchem hlavně u mužské části zúčastněných. Dalším úkolem bylo pomocí plachty napodobit pohyby rozbourěného moře, vichřice nebo lehký vánek. Pacienti podle toho střídali míru intenzity rozvlnění plachty.

Další částí programu bylo zpívání písní. Každá píseň se nejprve zpívala s textem a poté z paměti. Text písně byl vytištěný velkými písmeny. Písně byly voleny s tematikou jara, zároveň pacienti dostali k dispozici hudební nástroje,

kterými se mohli během písňě doprovázet. Pacientům s třesem rukou přidržovali text písňě sousedé.

Další částí programu byla hra se slovy. Nejprve pracovali všichni společně a z písmen jednoho slova napsaného na kartě, společně vymýšleli slova jiná. Poté si každý pacient vylosoval jednu kartičku se slovem, které měl za úkol přečíst a vysvětlit. Jednalo se převážně o cizí slova, jako například gondola, amnestie, libreto, imunita, retrospektiva a další. V případě, že daný pacient nevěděl význam slova, pomáhala mu celá skupina. Mnohdy to vedlo k debatám ohledně významu slov. Na závěr byli pacienti pozváni na program, který se bude konat následující den. Pacientům bylo prozrazeno téma, které se bude následující den probírat. Ke konci sezení se zpívala píseň, kterou vybral jeden z pacientů. Poté vedoucí programu všem zúčastněným poděkovaly za účast a za aktivitu během cvičení. Program uzavřel společný potlesk.

Společný zpěv s panem kaplanem

Dne 22. 5. jsem se zúčastnila programu „Společný zpěv s panem kaplanem.“ Aktivita začínala v 10:30, pacienti se začali na program zvat 15 minut předem. Aktivita probíhala v jídelně, kde byly připraveny židle do kruhu. Klienti se po celou dobu akce měli možnost občerstvit vodou, která jim byla aktivně nabízena. Pacienti přicházeli postupně, zdravili se a někteří z nich projevili přání sedět vedle svých přátel. Tohoto programu se účastnilo 11 pacientů - 9 žen a 2 muži. Ještě než přišel pan kaplan, se mezi zúčastněnými klienty spustila debata na téma alkohol. Zúčastnění mezi sebou probírali své preference a zvyky. Když pan kaplan přišel na oddělení, přivítal se s ostatními a nenuceně se zapojil do probíhající debaty. Poté změnil téma na počasí a zeptal se, jaká píseň by to dnešní počasí nejlépe vystihovala.

Program trval celkem 60 minut. Během této doby se zpívaly lidové písňě, ale i písňě od známých interpretů a pan kaplan je doprovázel na kytaru. Některé písňě byly na přání klientů, některé vybral pan kaplan sám. Všechno to ale byly písňě, které zúčastnění znali a aktivně se zapojovali. Některí si během písňě dokonce poklepávali do rytmu. Po každé písni následovalo několik vět na téma, které se přítomným s danou písni vybavilo. Ke konci se dostavil ještě jeden

pacient se slovy, že ho mrzí, že to dnes nestihl. Pan kaplan na závěr poděkoval všem zúčastněným, vyzval je, aby si zatleskali, s každým z nich se poté rozloučil a podal mu ruku. Pan major Blažek, který zde tuto aktivitu pravidelně vede, je velmi charismatický člověk, možná i díky tomu na mě dnešní program působil velmi uvolněnou atmosférou.

Po skončení programu dvě klientky projevíly přání být odvedeny na pokoj až jako poslední, ženy si spolu chtěly ještě chvíli popovídat. Jiní se zase ptali pana kaplana, proč si dneska ke zpěvu nedal kávu. V neposlední řadě musím uznale říci, že klienti povětšinou znali všechny sloky písní. Tak jsem měla možnost zjistit, že některé lidové písně mají mnohdy o 4 sloky více, než jsem si myslela.

Odpolední kavárna

Dne 22. 5. jsem se zúčastnila aktivity „Odpolední kavárna.“ Tuto aktivitu vede sociální pracovnice a sestra pro aktivizaci. Po druhé hodině se pomalu začínou scházet klienti v jídelně, ve které jsou pro tyto účely spojené stoly k sobě. Každý klient po příchodu dostane kávu, čaj, malé občerstvení ke kávě a poté se vždy probírá nějaké téma. Dnešním tématem byli bratři Čapkové. Vzhledem k tomu, že v tento den se jednalo již o druhou aktivitu, byla účast výrazně menší než dopoledne. Aktivitu se zúčastnili celkem 4 klienti, konkrétně 3 ženy a jeden muž. Ostatní klienti, kteří se obvykle aktivit účastní, byli vyčerpaní nebo se necítili dobře. Opět před tím, než se všichni sešli, začala diskuse mezi přítomnými na téma zahrádkářství. Také jedna klientka přinesla křížovky, aby s druhou klientkou po skončení programu mohly společně luštit. Program byl ze začátku trochu chaotický, patrně kvůli neočekávaně nízké návštěvnosti, díky které se nejprve přemýšlelo o změně tématu. Dle mého názoru se zbytečně zdlouhavě řešilo, co se bude na programu dít, jak vše bude probíhat, a na samotné téma nezbylo už tolik času. Nicméně když se rozproudila diskuze na dané téma, které nakonec zůstalo stejné, atmosféra se výrazně zlepšila, uvolnila. Před začátkem programu jsem si všimla dvou klientek, které mezi sebou vedly diskuzi, ve které několikrát zaznělo jméno sociální pracovnice.

7.2 Rozhovor s pacienty

Rozhovory s pacienty probíhaly v odpoledních hodinách v době, kdy měli response. Pořadí otázek se měnilo v závislosti na vývoji rozhovoru.

7.2.1 Výchozí otázky

1. Znáte se s ostatními pacienty?
2. Vycházíte spolu?
3. Kolika lůžkový pokoj byste považoval/a za ideální?
4. Kde jíte?
5. V jakém oblečení trávíte den, převlékáte se k nějaké příležitosti?
6. Znáte jména některých sester?
7. Víte, jaké máte možnosti aktivit?
8. Kdo Vám aktivity nabízí?
9. Účastníte se?
 - a. Proč ANO? / Proč NE?
 - b. Baví Vás? / Jaké aktivity by Vás zaujaly?
 - c. Máte pocit, že jsou pro Vás přínosné?
 - d. Je nějaká aktivita, která Vám tu chybí?
10. Jak trávíte den?
11. Máte si s kým promluvit?
12. Byla Vám nabídnuta spirituální péče?
13. Komu byste se svěřil/a při problému?
14. Máte pocit, že Vám sestry naslouchají?
15. Kdy jste byl/a naposledy venku? (Můžete ven? Kdy, za jakých podmínek?)

7.2.2 Respondenti

Z oslovených 8 pacientů souhlasilo s poskytnutím rozhovoru pro účely bakalářské práce nakonec 6 pacientů. Vždy jsem si zjišťovala dobu hospitalizace, přítomnost depresivního syndromu v anamnéze a na kolika lůžkovém pokoji pacient leží.

	pohlaví	doba hospitalizace	Pokoj
Pacient č. 1	Žena	28 dní	dvojlůžkový
Pacient č. 2	Muž	16 dní	dvojlůžkový
Pacient č. 3	Žena	20 dní	Trojlůžkový
Pacient č. 4	Žena	86 dní	Trojlůžkový
Pacient č. 5	Žena	62 dní	dvojlůžkový
Pacient č. 6	Žena	50 dní	dvojlůžkový

Tabulka č. 1 *Tabulka respondentů*

Žádný z respondentů netrpí depresivním syndromem.

7.2.3 Vyhodnocení okruhů otázek

Vzhledem k obsáhlosti přepisu rozhovorů, jsem se rozhodla nevypisovat odpovědi všech respondentů, ale u každé otázky shrnu odpovědi a připojím pouze přepis u těch pacientů, kde se jejich odpověď něčím lišila nebo byla specifická. Odpovědi všech pacientů jsou pouze u otázek, které považuji za relevantní pro objasnění cíle práce.

Otázka č. 1: Znáte se s ostatními pacienty?

Všech šest respondentů se zná s pacienty, se kterými sdílí pokoj, ale ostatními se znají pouze od vidění. Jména pacientů mimo pokoj nezná nikdo. Pacientka č. 4 uvedla, že se často mění skladba pacientů.

Pacientka č. 1: „*Ne, jenom s manželem. Setkávám se s ostatními, na Velikonoce jsme malovali vajíčka, květináčky jsme zdobili ve společenské místnosti. A sestřičky nám tam dávaly kafe a povídali jsme si. Ale jména neznám.*“

Pacientka č. 4: „*S těmi, se kterými jsem na pokoji, tak ano. Ono se to tady taky hodně mění, někteří odcházejí, někteří přicházejí. S těma prvníma jsem se tady ještě znala.*“

Otázka č. 2: Vycházíte spolu?

U této otázky se všichni respondenti shodli na tom, že s ostatními vycházejí. Nikdo z respondentů neuvedl, že by někdy řešil nějaký problém.

Pacient č. 2: „*Dobře jsme spolu vycházeli (s pacientem, se kterým původně sdílel pokoj), ale to jsem tady s ním byl jenom tři dny. Pondělí, úterý, středu. Ve středu ho přesunuli a přivezli mi sem mamínu (manželka).*“ (Pozn. Pacient č. 1 a pacient č. 2 jsou manželský pár, který spolu sdílí dvojlůžkový pokoj. Pacient č. 2 byl původně na pokoji s jiným klientem; ten však, když se doslechl, že manželka jeho spolubydlícího byla hospitalizována na stejném oddělení, navrhl přesun, aby pacient č. 2 mohl být na pokoji se svou manželkou).

Pacientka č. 4: „*No, podívejte, tahle ta moje (sousedka) třeba tři dny nespala, tak to bylo hrozný. Ale sestřička mi říkala: „Vy jste nám tak strašně pomohla.“ Já jsem se jí tak věnovala, že ona se na mě tady tak upnula, říkala mi: „... (zdrobnělé oslovení), já už nikomu nevěřím, jenom tobě. Oni mi to vždycky tak zašmodrchají a já z toho nic nevím, co si z toho mám vzít. Ty mi to vždycky vysvětlíš a já si jdu v klidu lehnout.“ Ona má taky takový noci, kdy nespí, teď už teda nekřičí, dřív křičela. A říká mi: „Já chodím jako myška, abych tě nevzbudila.“ Jenže sama neslyší a ona tady chodí a vrže s těma židlemi nebo jí upadne hůl.“*“

Otázka č. 3: Kolika lůžkový pokoj byste považoval/a za ideální?

I zde se všichni respondenti shodli a označili za ideální pokoj dvojlůžkový. Dále pacientka č. 1, a pacientka č. 4 poukázaly na osamělost na jednolůžkovém pokoji. Pacientka č. 3 považuje za důležité skladbu pacientů.

Pacientka č.1: „*Vyhovuje mi ten dvoulůžkový. V jednolůžkovém by bylo smutno.*“

Pacientka č. 3: „*Záleží, kdo je na tom pokoji. Já jsem zpočátku ležela jenom s tou jednou paní a vyšly jsme si velmi dobře vstříc. Pak přišla další a velmi dobře zapadla. Takže spokojenost. Jsme tři, ale víc bych řekla, že už to je hodně. Předtím jsem byla na kardiologii a tam jsme byly čtyři a to se mi zdálo, že už je moc.*“

Otázka č. 4: Kde jíte?

I zde se odpovědi respondentů shodovaly - všichni dotazovaní jedí na pokoji. Dotazovaní neprojevili zájem o použití jídelny. Pacientka č. 1 neví, že na oddělení jídelna je.

Pacientka č. 1: *„Jím tady, jak máme ty stolečky, tak většinou u toho.“ (Jídelnu nevyužíváte?) „Já ani nevím, jestli tady jídelna je. Lepší je to takhle samostatně.“*

Otázka č. 5: V jakém oblečení trávíte den, převlékáte se k nějaké příležitosti?

Všichni respondenti tráví den v civilním domácím oblečení a do pyžama se oblékají navečer. Pacientka č. 3 a pacientka č. 4 zmiňují akci nemocnice „Konec pyžamové paralýzy“, po které se, dle jejich slov, začalo více o oblékání dbát.

Pacientka č. 3: *„Když jsem přišla, tak to bylo skoro pravidlem, že jsme chodily v noční košili a na tom třeba jenom župan nebo kabátek. Já jsem právě přišla a druhý, nebo třetí den se tady odehrávala akce (pacientka mluví o akci „Konec pyžamové paralýzy“, kdy personál pracuje oblečený v pyžamu) a musím říct, že to mělo svůj smysl, to bych nebyla věřila. Opravdu od té doby nevidím nikoho v pyžamu nebo jenom mimořádně. Bylo to takové nenásilné, docela dobře organizované a byla u toho trochu legrace. Právě protože se to bralo s humorem, tak to každého tak nějak zaujalo. Myslím, že to bylo v pořádku, že to tak udělali.“*

Otázka č. 6: Znáte jména některých sester?

Žádný z respondentů neznal jméno někoho ze stálého personálu. Pacientka č. 4 zná jména studentek, které na oddělení praktikují.

Otázka č. 7: Víte, jaké máte možnosti aktivit?

Všichni respondenti vědí o tom, jaké mají možnosti aktivit. Pacientka č. 3, pacientka č. 4, pacientka č. 5 zmiňují nástěnku, kde je možnost najít program aktivit na daný měsíc. Pacient č. 2 získává přehled o aktivitách na základně osobního pozvání.

Otázka č. 8: Kdo Vám aktivity nabízí?

Pacientka č. 1, pacient č. 2, pacientka č. 4, pacientka č. 5, pacientka č. 6 označují sestru. Pacientka č. 3 označuje fyzioterapeutky.

Pacientka č. 4: „Sestry chodí a říkají: „Bude dneska to a to, půjdete tam?“

A když kývnu, tak tam jdu. A když řeknu ne, tak vědí, že je mi tak špatně, že to jako nanic není. Protože já, když to trochu jde, tak jdu, abych viděla taky jiný lidi.“

Otázka č. 9: Účastníte se? (Proč? Baví Vás? Jaké aktivity by Vás zaujaly? Máte pocit, že jsou pro Vás přínosné?)

Všichni dotazovaní se aktivit účastní.

Pacientka č. 1: „Ano, když mě pozvou, tak ano. Je to takové povzbuzení, aby to tady nebylo jednotvárný. Tam si zazpíváme, pobavíme a ten den lépe uběhne. Nejvíce mě zaujal ten zpěv s farářem, no, pak i to vaření, to bylo bezvadný a i dělání těch velikonočních ozdob, vajíček.“

Pacient č. 2: „Dvou akcí jsem se zúčastnil. Přišly, abych tady neseděl, neležel jenom. A to jsem mohl trochu lepší chodit. Při jedné jsme měli nádivku, tak jsme měli posezení. Daly nám tam kafe, nádivku, co upekla sestřička. A pak (druhá akce) na tom zpěvníku, co zpívá farář. On má kytaru a hraje. Má pěkný písničky, takový krajový písničky. Osvěžily nás. Tahle, když jsme jenom s maminkou (manželka) a s nikým nemluvíme, jediné když přijdou děti. Určitě máme lepší náladu. („To člověka trochu povzbudí,“ dodává manželka). Odreaguju se od nemoci, nemyslím na to a soustředím se na tu kulturní akci, která je.“

Pacientka č. 3: „Účastním a ráda. Zpočátku, přiznávám, jsem tam šla, abych těm fyzioterapeutkám udělala radost, ale natolik se mi tam tak zalíbilo, že tam chodím ráda. A víte, že baví. Máme tady možnost cvičení. To si nás tady seřadí do kruhu a cvičíme. Docela jako účelně, ne že by nás moc rasovaly, protože většina tady má nějakou chorobu. Potom zpíváme, učíme se i nové písničky, národní i umělé. To je druhá taková výrazná aktiva. Potom máme moc rádi, říkají tomu „Zpíváme s panem kaplanem“ a to je moc oblíbený. On vždycky zpívá, hraje na kytaru. No velmi příjemné to je. Nebo když je hezky, nezpíváme, ale sedíme na terase, a tam také s námi sestra neopomene cvičit. Víte, všechno se to dělá tak nenásilně.“

Ne, že by někdo nutil.

A kromě toho nás postaví k nějakému chodítku, vozičku a chodíme po chodbě a povídáme si cestou. Protože jsou toho názoru, že denně alespoň někam dojít. Tady máme tu chodbu takovou dlouhou. Tak to jsou asi ty hlavní aktivity.

U těch písniček, to se člověk při tom tak vydýchá a zopakuje si něco, co si myslí, že už zapomněl. To jsou písničky české, moravské, slovenské. To jsou takové písňe, že jsem ani nevěděla, že jsem je znala. A pan kaplan, když je u toho, tak tomu dá takový šmrnc. To se mi zdá moc pěkný a kromě toho ta dílna. Tam si cvičíme jednak ty prsty a pak fantazii. Při těch cvičení, které pořádají ty sestry, se tam dostáváme i ke cvičení paměti. Dávají nám všelijaké otázky. Opravdu to jako funguje, řekla bych. Já bych klidně vydržela ještě nějakou tu aktivitu, ale zažila jsem tady jenom zimu, takže si myslím, že kdybychom v létě mohli jít ven, sednout si někde, tak ta konverzace s lidmi, tak to by mohlo být taky zajímavé, sednout si někde a tak nenuceně si povídat.“

Pacientka č. 4: *„Kaplan přijde a zahraje nám, kdo si jakou písničku řekne. Tak se hraje a zpívá. Byli tady trubači z hradu, to jsem se nemohla zúčastnit, ale tady sousedka byla. Jinak okolo Vánoc, to jsme tu měli koledníky. To tady bylo dětí, to bylo veselo. Teď jsme vyškrabovali támhle to vajíčka. Mluvila jsem s dalšíma, už se známe, tak si i sedneme k sobě nebo nás dají sestřičky k sobě, tak si popovídáme.“*

(Je nějaká aktivita, kterou byste uvítala?) „Ráda čtu, kdyby četli třeba hezkou knihu, tak bych to šla poslouchat. Luštily jsme s tou jednou, co je teď v tom Vlčím máku. My jsme tam pak po těch akcích zůstaly, když už se to rozešlo, a spolu jsme luštily křížovky. No, to už taky není, ta mi odešla. Ty časopisy, co jsou tady, ty už jsem většinou taky přečetla. Občas přinesou čerstvý Metro, takže to taky přečtu od první do poslední stránky. Takže čtu, čtu, čtu. No já myslím, že jo. Protože jak jsem slyšela, tak na jiný LDNce dají jenom pacientům najíst, přebalej je a jinak ležej. No, tak to tady pro nás každý den něco vymyslej, myslím, že tu máme dostatek aktivit.“

Pacientka č. 5: *Je to pro nás příjemná změna, teď nám nejde televize. Copak já ji neposlouchala, protože tady kolegyni to vadilo, tak jsme to omezily.*

V té společné jídelně je taky televize. Ale tam jsem si netroufla, abych tam sama

šla do té ohromné místnosti, aby mi potom neřekli, že by tam mělo být víc lidí, že to není zrovna nejlepší, že tam kouká jeden člověk.“ (Takže kdybyste se s někým mohla domluvit na sledování?) „Jo, to by bylo lepší. Byli jsme také na kulturní akci. To jsem byla ráda, že jsem se tam dostala. Byli jsme pozváni na koncert Hradní stráže do kaple, tady jak je. No, tak jsme tam jely spolu. Já jsem ji přemluvila (pacientku č. 6), že když to dělají, tak tam půjdeme. No, a bylo to hezký. Byli to trubači, tak jsme vyslechli nejrůznější cizí autory, které jsem neznala, ale byl tam taky Mozart. ... No, jinak mi třeba vadí, že teď ztrácím kontakt o dnech, které plynou. Máte jeden den jako druhý, a když to nesleduju, tak ztrácím přehled. Já si tady zaškrťávám (nástěnný kalendář), abych věděla, který je den. Tak to mi vadí, protože jsem byla doma zvyklá, měli jsme doma noviny a já jsem skutečně ty noviny četla, zajímalo mě to, poslouchala jsem televizní zprávy, abych byla informovaná. Včera nám sem zrovna přinesli Metro. To je ale výjimečně. Taky sem chodí pan kaplan, což všichni kvitují hrozně pozitivně. Jo, to jsme dělali (nadšeně) takový aktivity, víte. To bylo před Velikonocema - do květináčů se dávalo osení, to vyrostlo takhle ohromně (pacientka mi ukazuje květináč na okně). Velikonoční ozdoby jsme dělali, vajíčka jsme polepovali. Ale já vám řeknu ještě jeden dojem z dnešního sezení. Tam byl pacient a ten potom říkal, když se skončilo: „Já jsem tady měsíc, když jsem sem přišel, tak jsem nemohl dojít, já měl ohromný potíže s dechem a nechodil jsem. A tady už chodím a dýchání je v pořádku.“ No, to mě teda dojmulo.“

Pacientka č. 6: *„Když to jde, tak se účastním. Program mě baví, je to zas něco nového. Moc se mi líbil koncert Hradní stráže. No, já si myslím, že to přínosný je, nejsme tak opuštěný, že jo? Já si myslím, že je lepší nálada. Taky tady pěstujeme kytičky. Já je tady zalívám. Máme práce plný ruce (směje se). A víte, jak ty listy u těch kytek vonějí? Přinesly nám to sem sestřičky, já jsem to rozsadila. Stejně, kde to ta rostlinka vytvoří (zamyšleně). Já vám ukážu, co já jsem pěstovala.“ (Pacientka mi ukázala fotoknihu zahrady).*

Otázka č. 10: Jak trávíte den?

Pacienti u této otázky spíše popisovali režim oddělení, jen výjimečně do toho pacienti zahrnuli nějaké aktivity, které provádějí. Mezi opakující se aktivitu,

kteřou respondenti zmiřovali, je pozorování mladých holubat holubů, kteří se uhnřdili na balkóně. Tuto činnost zmiřuje pacientka č. 1, pacientka č. 5, pacientka č. 6.

Pacientka č. 1: „No, a třikrát denně se chodím projít, protože nahoře (na balkóně) má holubice mladý, tak jsme pozorovaly vajíčka a mlád'ata, když se pak vylíhla. Tak se tam chodím na ně dvakrát denně dívat. Mám to i jako pohyb po chodbě, takový cvičení.“

Pacientka č. 5: „...A taky holuby tady máme. O tom nevíte? My vám je ukážeme, až skončíme. To je taky naše velká starost. Narodila se tady dvě holoubata. A už je to poměrně dost dlouho, takže už jsou větší a ty rodiče tu jsou jen ojediněle. To je chodíme kontrolovat. No, a oni mají papírovou krabici a v tý ty mladý jsou. Rodiče k nim moc teď už nechodí, ale občas je tam vidíme. On tam k nim nikdo nechodí, jenom se díváme, co se tam děje. No, to vám ještě řeknu, viděla jsem, jak se vylíhli úplně ty nejmladší, jak tam holub seděl, měl pod sebou to mládě a zobákem ho krmil a to mrně zobáčkem si od něj bralo. No, to jsem v životě neviděla.“

Pacientka č. 3: „Ráno se probudíme, nasnídáme. Po snídani čekáme, až bude hygiena. Pro náš pokoj to znamená středa a sobota se koupeme. Asi tak v půl jedenácté máme nějaký ten program. Ve dvanáct hodin máme oběd. No, a odpoledne? To je dle potřeby, třeba se někdo loučí, to je pak taky posezení v kavárně. Dáme si kafičko, nějaký ten zákusek, takže dobrý. Taky se procházím. No, a pak večere v 5 hodin.“

Otázka č. 11: Máte si s kým promluvit?

Odpovědi u této otázky se různí, většina z respondentů uvádí, že spíše ne. Pacientka č. 1 uvádí lékařku. Pacient č. 2 zmiřuje pacienta, který s ním sdílel pokoj. Pacientka č. 3 a pacientka č. 4 uvádějí sestru. Pacientka č. 3 zmiřuje sestru v kontextu řešení žádosti, nikoliv jako někoho, s kým by hovořila. Pacientka č. 5 a pacientka č. 6 zmiřují rodinu. Případně uvádějí rodinu, sestru, doktorku. Více však panuje názor, že sestry mají hodně práce a na povídání nemají čas. Většina pacientů by se bála, že budou zdržovat. Případně sestry uvádějí v kontextu péče.

Pacient č. 2: „*Já neznám nikoho z těch pacientů. Akorát toho, co tady byl. Ten je teď na druhé straně v pokoji. Tak, když přijde dcera, ta chodí v pondělí, středu někdy i pátek, tak ta mě odveze na tom vozíku, teď když nemůžu chodit, za tím panem J. na pokoj a pohovořím s ním. Jsem mu taky vděčný, že nám umožnil, abychom tady byli oba takhle s manželkou.*“

Pacientka č. 3: „*Určitě, když je požádám, že s nimi potřebuji mluvit, tak mi vyhoví.*“

Pacientka č. 5: „*Já, když něco mám, tak to řeším rodinně, protože ty lidi tady tolik neznám. Ale já si myslím, že tady je taková ohromná dobrá atmosféra toho kolektivu, oni se vůči nám chovají ohromně dobře. To není běžný.*“

Otázka č. 12: Byla Vám nabídnuta spirituální péče?

Pacientky č. 1, 3, 5, 6 nevěděly, co si představit pod pojmem spirituální péče. Pacientka č. 1 a pacient č. 2 uvádějí, že jim spirituální péče byla nabídnuta. Pacientky č. 3, 4, 5 se domnívají, že jim nabídnuta nebyla. Pacientka č. 6 neví. Všichni respondenti vědí o programech pana kaplana a zároveň všichni respondenti se jich účastní a hodnotí je kladně.

Pacientka č. 1: „*To nevím, co je to spirituální péče. (Po vysvětlení). Jó, to ano, ale my nejsme zaměřeni na náboženství. (Dotaz na aktivity vedené kaplanem). Jo, na ně chodím, to je pěkný. Tam si i povídáme, zpíváme a on hraje krásně písničky.*“

Pacient č. 2: „*Ano, ale zatím jsme to nevyužili. Jedině na to posezení, na ty písničky.*“

Pacientka č. 3: „*Homecare třeba? (Po vysvětlení). Tak nebylo, ale vím, že se může kdykoliv dohodnout schůzka s panem kaplanem. A zažila jsem to na pokoji, že přišel na požádání mojí spolunocležnice a povídali si. Kromě toho jsme měli jednu aktivitu, ta není pravidelná, a byl to koncert, který se pořádal v kapli. Byl to koncert Hradní stráže. Ta kaple je poměrně malá, tak jsem byla zvědavá, jak to zvládnou, protože koncert Hradní stráže, to už je nějaké těleso. Ale přišli čtyři a bylo to velmi hezké, hráli s citem.*“

Pacientka č. 4: „*Ne.*“

Pacientka č. 5: „*Ne, to asi těžko. Já bych řekla, že tohleto se tady neřeší. Pan kaplan přijde a snaží se nám udělat dobrou pohodu.*

Má tam ty písničky a zpívá se. Je to v takový pohodě. A jestli s ním někdo soukromě něco řeší, nevím. Ale myslím si, že by to asi bylo možno.“

Pacientka č. 6: „*Nevím, já po tom nepátrám.“*

Otázka č. 13: Komu byste se svěřil/a při problému?

Pacientka č. 1, pacientka č. 4 nevědí, komu by se svěřily. Pacientky č. 5, č. 6 uvádějí rodinu. Pacient č. 2 uvádí lékaře. Pacientka č. 3 rozmýšlí nad vrchní sestrou nebo lékařem.

Pacientka č. 1: „*No, tak to nevím, (pacientka přemýšlí) jestli ty sestřičce některý, ...zatím k nim tak blízko nemám, abych se jim mohla svěřit.“*

Pacient č. 2: „*Ne, nevím komu, ... paní doktorce! Paní doktorce říkáme všechno. Jedině paní doktorku, rozumí nám a ví, jaká je situace.“*

Pacientka č. 3: „*Záleží, co by to bylo za problém, protože tady jsou ty různé profese. Už jsem pochopila, že je tady určitá hierarchie, tak kdyby to byl opravdu problém, tak bych asi začala u vrchní sestry nebo u paní doktorky.“*

Pacientka č. 4: „*No, to nevím, to asi ne. Sestry na to nemají čas, ono jich tady není tolik. Jedině když jsou tady z té školy, ty studentky, tak s těma to jde. Tady ta druhá (ukazuje na sousedku) neslyší, teď si musí ty sluchátka vyndat z krabice, nasadí si je a říká: „Už tě slyším,“ za tři slova řekne: „Už zase neslyším.“ Takže většinou musí dát hlavu ke mně. Já jí to říkám do ucha, když jí chci něco říct a uklidnit ji. Tak si myslím, že to s ní vydržím. Oni mě chtěli dát jinam, že se tady nevyspím, a já se ptala: „Kam mě dáte? A kam dáte tu, která už tam je?“ Víte, ona už je na mě zvyklá, takže jsem říkala: „Nikam mě nedávejte, já to tu s ní vydržím.“ No, a teď jedna sestřička říkala: „Teda vy jste nám pomohla s paní, vy jste jí tak zklidnila.“ ... Ale říkám, ... ji vezmu takhle za ruku a ona je tak ráda, když ji někdo drží, tak ji držím za ruku a vymluvím jí to a ona si jde lehnout. A teď mi chodí dávat pusku na čelo ještě (směje se). No, ale říkám, je nemocná. Tak co bych to pro ni neudělala.“*

Otázka č. 14: Máte pocit, že Vám sestry naslouchají?

Pacient č. 2 a pacientky č. 3, 4, 6 uvedli, že jim sestry naslouchají. Pacient č. 2 a pacientka č. 4 to uvádějí v kontextu poskytování péče.

Pacientka č. 1: *„No, my si..., ve skutečnosti tak nějak...nemají čas se vybavovat. Promluvíme, to jako jo, ale abychom se o něčem bavily, to myslím, že nemají čas. Nějaký osobní věci, to se nesvěřujeme.“*

Pacient č. 2: *„Ale jo. Když řeknu, že potřebuju tohle udělat, doplnit tady čaj, tak udělají, co je potřeba. Nebo když potřebuju na záchod, tak zazvoním a oni mě dopraví. Když jsou tady sestřičky, tak takhle něco prohodíme, ale nějak osobně, to ne. Oni se samy ptají: „Tak jak Vám je?“ Tak vždycky řekneme jediné k tomu.“*

Pacientka č. 3: *„No, pokud mají čas, tak ano. Pokud tu jsou jen v letu, tak vím, že čas nemají. To těžko se s nimi nějak hlouběji mluví. Ale ochota tady je.“*

Pacientka č. 4: *„Jo, to jo, když potřebuju něco, tak mi to hned opatří.“*

Pacientka č. 5: *„No, tak my zase s téma sestrami takový důkladný pohovory nemáme. Oni skutečně mají co dělat, oni přijdou, udělají si to svoje a zase jdou. Ale všichni se tady chovají velice slušně.“*

Otázka č. 14: Kdy jste byl/a naposledy venku? (Můžete ven? Kdy, za jakých podmínek?)

Pacienti č. 1, č. 2, č. 3, č. 4, č. 6 shodně uvádějí, že v průběhu pobytu na oddělení nebyli venku. Pacientka č. 5 uvedla, že na procházce byla jednou. Pacientka č. 4 ven nechodila již před hospitalizací (86dní). Pacientky č. 1, č. 3, č. 4, č. 5, č. 6 shodně uvedly, že teď, když je lepší počasí, mají možnost sedět na terase.

Pacientka č. 5: *„Tuhle možnost chodit ven jsem nedostala, akorát jednou přišla moje dcera a paní ředitelka jí říkala, abychom šly ven. Tak jsme to tady prošly celý. To už je ale...to bylo snad jednou.“*

(Pozn. Dle informací, co jsem dostala od vrchní sestry, pacienti mají možnost jít ven na procházku s doprovodem příbuzného, dobrovolníka. Oddělení také v některých případech umožňuje dočasná propuštění. Nejčastější důvody dočasných propuštění, dle vrchní, jsou svátky, víkendy, narozeniny, návštěvy hřbitova).

Odpověď pacientky č. 5 na doplňující otázku: Takže se Vám tady líbí?

„Já, než jsem sem přišla, tak jsem z toho měla docela obavy. A pak jsem řkala: Je to tu tak dobrý, že jsem to nečekala.“

8. Diskuse

Cílem výzkumu bylo zmapovat proces aktivizace, trávení volného času pacientů v dlouhodobé péči a identifikovat aktivity, které by mohly mít spirituální přesah. Rozhovory s pacienty měly několik okruhů otázek. Otázky 1 – 6 se týkají společenského života klientů, otázky 7 – 11 se zabývají volnočasovými aktivitami na Oddělení dlouhodobé péče. A otázky 12 – 15 se zaměřují na spirituální péči. Otázka č. 16 zjišťuje, pokud pacienti byli mimo oddělení, kdy k tomu došlo.

Z rozhovorů vyplývá, že pacienti se nejvíce znají s těmi pacienty, se kterými sdílí pokoj. Zároveň se všichni dotazovaní shodli na tom, že jména ostatních pacientů mimo jejich pokoj neznají. Pacientka č. 4 jako důvod uvádí častou obměnu skladby pacientů. Všichni dotazovaní se shodli na tom, že s ostatními pacienty vycházejí dobře, nikdy se nesečkali s nějakým problémem (otázka č. 2). Pacient č. 2 vyzdvihuje vstřícnost pacienta, který mu sám nabídl, že se nechá přemístit na jiný pokoj, aby pacient č. 2 mohl být na dvouložkovém pokoji se svou ženou. Na otázku číslo 6, která se týká znalostí jmen personálu, se respondenti opět shodují a uvádějí, že neznají jméno nikoho z personálu. S výjimkou pacientky č. 4, která zná jména studentek, které na oddělení praktikují a se kterými si občas povídá i o neformálních tématech. Na doplňující otázku: „Představily se Vám?“ 3 z 6 respondentů uvádí, že většina sester se představila, zbylí 3 respondenti neodpověděli přímo. 2 respondenti dále doplňují, že by si rádi jména sester zapamatovali, ale vzhledem k tomu, že se často střídají, to pro ně není jednoduché. 1 respondent považuje za představení jmenovky sester. 1 pacientka uvádí, že bližší kontakt se sestrami nepovažuje za nutný, 2 respondenti k tomu dodávají, že mají svoji oblíbenou sestru, ale její jméno si nepamatují. Nicméně při pozorování, v rámci účasti na některých aktivitách, jsem měla možnost vidět, jak se při čekání na program pacientka č. 3 baví s pacientkou č. 4 o sociální pracovníci, kterou oslovuje jménem. Zároveň pacientka č. 3 oslovovala jménem pacientku č. 4, i přestože při rozhovoru uvádí, že jména ostatních pacientů nezná. Výrazná shoda panuje i u otázky č. 3 ohledně velikosti pokojů. Zde by všichni dotazovaní dali přednost dvojlůžkovému pokoji, a to i před jednolůžkovým. Jako argument je zde často uváděn pocit samoty.

Z šetření vyplynulo, že všichni dotazovaní jedí na pokoji, žádný z dotazovaných nevedl zájem o společné stolování v jídelně. Zdejší jídelna pacientů je spíše využívána jako společenská místnost, někteří pacienti o jídelně dokonce mluví jako o „kavárně“ (dle názvu jednoho pravidelného společenského programu), možná i toto má vliv na odpovědi pacientů. To, v jakém oblečení tráví respondenti den, zjišťovala otázka č. 5. Žádný dotazovaný netráví celý den v pyžamu. 2/6 respondentů zmiňují akci „Pyžamový den“, která na oddělení proběhla (obr. č. 9). V rámci této akce personál, po vzoru akce ve Velké Británii, pracoval v pyžamech.

13. 3. ODP PYŽAMOVÝ DEN

PERSONÁL DO PYŽAM

PACIENTI DO CIVILU

V březnu 2018 ve Velké Británii proběhla kampaň „End PJ Paralysis“ - „Konec pyžamové paralýzy“. Cílem této osvětové kampaně je svléknout pacienty z pyžam. Do pyžam se naopak obléká nemocniční personál. A důvod? Poukázat na skutečnost, že mnoho pacientů v nemocnici tráví prakticky celý den v pyžamu na posteli, ačkoliv jejich stav to nevyžaduje. Dostat je z pyžam a nočních košil, urychlit a zlepšit jejich rekonvalescenci a zabránit rozvoji ztráty soběstačnosti se všemi jejími následky.

V letošním roce jsme se k této kampani připojili i na Oddělení dlouhodobé péče.

Obr. č. 9 *Plakát na „Pyžamový den“.*

Druhý okruh otázek se zabýval nabízenými aktivitami na oddělení. Z otázky č. 7 vyplývá, že všichni dotazovaní mají přehled o probíhajících akcích a programech na oddělení. Informace o aktivitách se klienti dozvídají z nástěnky oddělení, od personálu nebo na konci předchozího programu. 5/6 dotazovaných

uvádí, že aktivity jsou jim nabízeny sestrou. Zde je nutné podotknout, že z rozhovoru také vyplynulo, že respondenti nerozlišují všeobecnou sestru, sestru pro aktivizaci, sociální pracovníci, ergoterapeutku, ošetřovatelku aj. Všichni dotazovaní se účastní nabízených programů. Pacientka č. 3 uvedla, že se zprvu účastnila, aby udělala fyzioterapeutkám radost. Z rozhovoru s pacientkou č. 5 a pacientkou č. 6 (tyto respondentky spolu sdílí pokoj) je viditelné, že na aktivity rády chodí spolu. Z rozhovoru s pacientem č. 2 vyplývá, že se začal účastnit aktivit poté, co byla na oddělení přijata jeho žena, která se aktivit účastní. Mezi nejčastěji zmiňované aktivity patří zpěv s panem kaplanem, odpolední kavárna, dílny. Vzhledem k tomu, že rozhovory byly provedeny v období Velikonoc, byla často zmiňovaná i tematická posezení. 3/6 pacientů byl zmíněn i koncert Hradní stráže. 6/6 pacientů uvádí, že jsou pro ně aktivity přínosné. Zmiňují, že díky nim pro ně není pobyt na oddělení tolik stereotypní, aktivity je přivedou na jiné myšlenky, baví je a vnímají je jako nové stimuly. 5/6 pacientů neidentifikovalo aktivitu, která by jim chyběla. Pacientka č. 3 by v létě (zatím byla hospitalizovaná pouze přes zimu) uvítala možnost sednout si venku s dalšími pacienty a konverzovat s nimi. 6/6 pacientů si myslí, že je na oddělení dostatek aktivit. 1 respondentka uvádí, že pro její současný stav je množství aktivit dostačující, zároveň dodává, že pro normálně činného člověka, i přes kvalitu dostupných aktivit, by jich bylo málo. Měla jsem možnost být na oddělení v den, kdy byla na programu dopolední i odpolední aktivita a účast na odpoledním programu byla poloviční oproti programu dopolednímu. Pacienti, kteří se druhé aktivity nezúčastnili, uváděli, že jsou příliš unavení, necítí se dobře. Je tedy otázkou do jaké míry by pacienti dvě společenské aktivity během dne využívali a v neposlední řadě, vzhledem k nízké účasti, vzniká otázka, jestli by druhý společný program mělo smysl organizovat. Do stejného okruhu otázek jsem zařadila i otázku č. 10, která se týká toho, jak pacienti tráví den. Tato otázka se měla týkat spíše aktivit, které během dne pacienti provozují. Většina z nich však uváděla spíše režim oddělení. Mimo to 3/6 pacientů uvedli, že jejich oblíbenou zálibou je pozorování mladých holoubat holubů, kteří se uhnízdili na balkóně.

Poslední okruh otázek se týkal spirituální péče. U otázky č. 11, která se týká toho, jestli si pacienti mají s kým promluvit, z kontextu rozhovoru vyplynulo,

že většina dotazovaných spíše nemá. Když poté označovali osoby, se kterými si mohou promluvit, výsledky byly následující: 2 respondenti označili rodinu, 1 respondent označil lékaře, 2 respondenti uvedli sestry, 1 respondent uvedl dalšího pacienta. U této otázky pacientka č. 3 sice označuje sestru, ale uvádí ji v souvislosti s řešením žádosti, nikoliv jako někoho, s kým by hovořila. Mezi respondenty se opakoval názor, že sestry mají hodně práce a na povídání nemají čas. Většina pacientů by se bála, že bude zdržovat, případně sestry uvádějí v kontextu péče. Otázka č. 11 byla často spojována s otázkou č. 13 „Komu byste se svěřil/a při problému?“ I zde byly výsledky podobné. 2/6 pacientů uvádí, že neví, komu by se svěřili, 2 respondenti uvádějí rodinu, 1 respondent uvádí lékaře, poslední respondent by volil mezi lékařem a vrchní sestrou. 1 respondent by se s problémem svěřil praktikujícím studentkám. Na otázku, jestli respondentům sestry naslouchají, 4/6 odpověděli kladně, z těchto respondentů 2 odpověděli v kontextu poskytování péče. 2/6 respondentů se domnívají, že na tohle sestry nemají čas. Otázka č. 12 se týká nabídnutí spirituální péče. 4/6 pacientů nevěděli, co si mají pod pojmem spirituální péče představit. Po vysvětlení 2 pacienti uvádějí, že jim spirituální péče byla nabídnuta. 3 pacienti si myslí, že jim spirituální péče nabídnuta nebyla. 1 pacientka neví, zda jí spirituální péče byla nabídnuta. Všichni pacienti vědí, že na oddělení dochází kaplan, a někteří z respondentů i sami zmiňují pravidelné zpívání. Zároveň se všichni dotazovaní účastní programu vedeného kaplanem a hovoří o něm velmi pozitivně.

Poslední otázka se týkala toho, kdy pacienti byli naposledy venku. Dle informací, které jsem dostala od vrchní sestry, pacienti mají možnost jít ven na procházku s doprovodem příbuzného nebo dobrovolníka. Oddělení také v některých případech umožňuje dočasná propuštění. Nejčastější důvody dočasných propuštění, dle vrchní, jsou svátky, víkendy, narozeniny, návštěvy hřbitova. U této otázky 5/6 pacientů uvedlo, že od doby hospitalizace venku nebyli.

Pacientka č. 5 byla za pobyt v nemocnici 1 na procházce s dcerou. Pacientka č. 4 uvádí, že ven nechodila již před hospitalizací (pacientka v době rozhovoru byla hospitalizovaná 84. den). To, že pacienti uvedli, že zatím nebyli venku, může, mimo jiné, ovlivňovat i fakt, že výzkum probíhal v době, kdy

nebylo počasí pro vycházky příliš příznivé. 5/6 respondentů uvedlo, že v případě příznivého počasí mají možnost sedět na terase.

Vyjádření k hypotézám:

H1: V Ústřední vojenské nemocnici je nabízeno dostatečné množství volnočasových aktivit.

Tuto hypotézu jsem potvrdila.

H2: K účasti na aktivitách motivují převážně pracovníci, kteří je mají na starost.

Tuto hypotézu nelze považovat za zcela potvrzenou, protože z rozhovorů vyplývá, že pacienti příliš nerozlišují mezi jednotlivými zaměstnanci.

H3: Pacienti se znají pouze od vidění.

Tuto hypotézu nemohu zcela potvrdit, ani vyvrátit, protože, i přes to že respondenti v rozhovoru uvedli, že jména pacientů mimo pokoj neznají, byla jsem svědkem toho, že při čekání na aktivitu alespoň jeden z respondentů oslovoval druhého respondent jménem.

H4: Většina z dotazovaných pacientů nebude vědět, co si představit pod pojmem spirituální péče.

Tuto hypotézu mohu potvrdit. 4/6 pacientů nevědí, co si pod pojmem spirituální péče představit.

9. Shrnutí

Ve výzkumném šetření se potvrdila hypotéza, že pacienti na oddělení mají dostatek aktivit. Také se ukazuje, že aktivity pacienty pozitivně ovlivňují a odvádějí je od myšlenek na nemoc. Pacienti se na aktivity těší, považují je za zpestření dne a příležitost popovídat si. Pokud pacienti měli možnost 2 aktivit během dne, účast na druhé aktivitě byla nižší. Jako překvapující by se dalo označit, že i přes velké množství nabízených aktivit se pacienti mezi sebou více neznají. Potvrdilo se, že většina respondentů nezná jména pacientů mimo pokoj. Dle mého názoru by trendem v dlouhodobé péči měla být snaha pacienty blíže seznamovat mezi sebou, umožňovat jim navazovat nové kontakty a vztahy s vrstevníky. Díky těmto novým vztahům by se pro pacienty pobyt v nemocnici mohl stát příjemnější, méně stereotypní, zároveň se tak pacienti mohou motivovat k aktivitám mezi sebou. Mojí tezí tedy je, že socializace pacientů by mohla být poměrně přirozená cesta k tomu, jak efektivně vyplnit aktivnějším pacientům neproduktivní čas na oddělení. Tedy pokud se pacienti budou znát více mezi sebou, nebudou se například bát navštívit se na pokojích, povídat si a sdružovat se i mimo plánované společenské akce a to bez závislosti na personálu. Toto se samozřejmě týká zdatnějších pacientů na oddělení, kteří by si tím sami mezi sebou vytvořili program.

Také se potvrdilo, že většina pacientů neví, co si představit pod pojmem spirituální péče, případně si pojem spojí jen s náboženstvím. V jistém slova smyslu by se ale dalo říci, že si pacienti poskytují spirituální péči mezi sebou. Viz pacientka, která sdílí pokoj s vážně nemocnou pacientkou, pro kterou představuje důvěrnici, podporu. Zároveň je vidět, že pacientka se díky tomu cítí potřebná. S dávkou kreativity by se asi spirituální péče dala hledat v ledasčem, ať už je to pěstování květin, či zdejší oblíbené pozorování holoubat, ale to už by mohlo být tématem jiné práce.

Dalším překvapením u některých pacientů pro mě bylo jejich chápání významu slova „naslouchání“ - kdy si pod pojmem sestra, která naslouchá, představí sestru, která pacientovi pomůže v uspokojování potřeb, přání. Zároveň je alarmující, že někteří respondenti nebyli již před hospitalizací půl roku venku, a

to z důvodu nevyhovujícího prostředí, ve kterém se doma pohybují, které neodpovídá jejich schopnostem a zbytečně seniory izoluje (dům bez výtahu atd.).

10. Závěr

Cílem této práce bylo zmapovat proces aktivizace, trávení volného času pacientů na Oddělení dlouhodobé péče v Ústřední vojenské nemocnici – Vojenské fakultní nemocnici v Praze a identifikovat aktivity, které by mohly mít spirituální přesah. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část uvádí téma, vymezuje některé související pojmy a nabízí výčet aktivit.

V praktické části je popsána metodologie, popis oddělení, na kterém výzkum probíhal, popis procesu aktivizace. Součástí výzkumné části jsou polostrukturované rozhovory s 6 pacienty. Výsledky šetření prokázaly, že i přes velké množství nabízených aktivit se pacienti mezi sebou blíže neznají, což je, alespoň z mé strany, poměrně nečekané zjištění. Šetření také poukazuje na to, že pojem spirituální péče je pacienty mnohdy nepochopen. Pozitivním zjištěním je, že všichni dotazovaní vidí v aktivitách přínos, těší se na ně a sami uznávají, že na ně aktivity mají pozitivní vliv.

Na závěr mohu říci, že já i mnozí respondenti jsme překvapeni pestrostí a množstvím aktivit, které se na oddělení nabízejí, ale i prostředím a atmosférou, které oddělení má. Myslím, že právě Oddělení dlouhodobé péče v ÚVN je zdárným příkladem toho, jak se pokusit o destigmatizaci slova LDN.

11. Seznam použité literatury

1. *Česká asociace terapeutů* [online]. Česká asociace ergoterapeutů: © 2008–2019 [cit. 10. 5. 2019]. Dostupné z <http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>
2. Dobrovolník ÚVN [online]. Rok neuveden [cit. 10. 5. 2019]. Dostupné z <https://dobrovolnici.uvn.cz/cz/o-nas>
3. Duchovní služba. Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha [online]. ÚVN: ©2016 [cit. 20. 4. 2019]. Dostupné z <https://www.uvn.cz/cs/duchovni-sluzba>
4. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. s. 58, ISBN 9788024741383.
5. GERLICOVÁ, Markéta. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada, 2014., s. 10, 76, ISBN 978-80-247-4581-7.
6. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). s. 23, ISBN 9788024736259.
7. HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
8. JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
9. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.
10. KOZIEROVA, B. et al., *Ošetrovatelstvo, I. Část*, Vydavatelství Osveta, 1995, ISBN 80-217-0528-0.
11. MANDINCOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3811-6.
12. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. MPSV: © 2005 [cit. 13. 4. 2019]. Dostupné z <https://www.mpsv.cz/cs/1111>

13. North American drama therapy association [online]. © 2019 [cit. 10. 5. 2019]. Dostupné z <http://www.nadta.org/what-is-drama-therapy.html>
14. Oddělení dlouhodobé péče. Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha [online]. ÚVN: ©2018 [cit. 20. 4. 2019]. Dostupné z <https://www.uvn.cz/cs/oddeleni-dlouhodob-pece>
15. ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1997-2.
16. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetřovatelství v kostce*. Praha: Grada, 2006. Sestra (Grada). s. 46, 49, ISBN 80-247-1211-3.
17. PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetřovatelství I*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3557-3.
18. PLEVOVÁ, Ilona et al. *Ošetřovatelství II*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3558-0.
19. STAŇKOVÁ, M. et al. *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005., s. 127, ISBN 80-246-0845-6.
20. ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0.
21. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, c2011. ISBN 978-80-7262-711-0.
22. ŠTĚPAŘ, V., Prezentace „Sociální interakce“ pro Střední Zdravotnickou školu Pardubice [online] 2014 [cit. 20. 4. 2019].
23. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. 2.* nezměn. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. s. 10, ISBN 80-7013-324-8.
24. Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha. Výroční zpráva za rok 2017 [on-line]. Praha, duben 2018 [cit. 20. 4. 2019]. Dostupné z <https://www.uvn.cz/cs/vyrocnizpravy/5451-vyrocnizprava-za-rok-2017>
25. VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-586-5.

- 26.** VÁLKOVÁ, Lenka. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada)., s. 13,16,31, ISBN 978-80-247-5571-7.
- 27.** World Federation of music therapy [online]. © 2008 – 2017 [cit. 10. 5. 2019]. Dostupné z www.musictherapyworld.net

12. Seznam obrázků, tabulek a grafů

- **Tabulka č. 1 *Tabulka respondentů***
- **Obr. č. 1 *Bio – psycho – sociální model nemoci*** In. szscb.cz [online]. 16. 1. 2016, [cit. 10.4.2019]. Dostupné z http://www.szscb.cz/wp-content/uploads/2016/10/vy_32_inovace_ps3-so-07.pdf
- **Obr. č. 2 *Maslowova pyramida lidských potřeb*** In. filosofie-uspechu.cz [online] 2011, [cit. 10. 4. 2019]. Dostupné z https://www.google.com/search?q=maslowova+pyramida+pot%C5%99eb&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiRpOOP4rziAhUQJ1AKHffUAk4Q_AUIDigB&biw=1242&bih=597#imgrc=BigLkSCYSbtImM
:
- **Obr. č. 3 *Nástěnka akcí***
- **Obr. č. 4 *Výtvarné práce klientů***
- **Obr. č. 5 *Domácí zvíře***
- **Obr. č. 6 *Ergoterapeutická tabule***
- **Obr. č. 7 *Canisterapeutický pes***
- **Obr. č. 8 *Nástěnka s možnostmi pro seniory***
- **Obr. č. 9, 10, 11 *Plakáty na akce konající se na oddělení***

(Autor obrázků 3-8: Benáková Lada. Fotografie oddělení byly pořízeny se souhlasem vedení oddělení.)