

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Arteterapie a relaxační techniky v práci
všeobecné sestry a jejich přínos pro seniory**

Bakalářská práce

Autor: Barbora Šimková, DiS.

Vedoucí práce: PhDr. Petra Pavlíková

Jihlava 2016

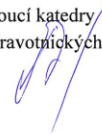
ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Barbora Šimková, DiS.**
Studijní program: Ošetřovatelství
Obor: Všeobecná sestra
Název práce: **Arteterapie a relaxační techniky v práci všeobecné sestry a jejich přínos pro seniory**
Cíl práce: Zmapovat přínos arteterapie a relaxačních technik v práci všeobecné sestry se seniory.

PhDr. Petra Pavlíková
vedoucí bakalářské práce



PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií



Abstrakt

Cílem práce je popis a analýza významu arteterapie a relaxačních technik a jejich využití v práci všeobecné sestry. Empiricko-výzkumná práce je zaměřena na seniory hospitalizované v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod. V teoretické části je prezentován aktuální přehled poznatků o arteterapii a relaxačních technikách. Výzkumná část pak popisuje samostatný výzkum. Výzkum byl prováděn formou rozhovoru s pěti respondenty, které byly doplněny o testové zhodnocení úrovně kognice a sebeobslužných činností pomocí testů Mini Mental State Examination (MMSE) a testem běžných všedních činností dle Barthelové (ADL). Dále byl použit dotazník The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL), který hodnotí individuálně chápanou kvalitu života. Výsledky jsou prezentovány formou kazuistik. V závěru práce jsou na základě výsledků výzkumu formulována doporučení pro praxi.

Klíčová slova:

arteterapie, rehabilitační techniky, relaxační techniky, senior, všeobecná sestra.

Abstract

The aim is to describe and analyze the importance of art therapy and relaxation techniques and their use in the work of general nurses. The empirical thesis research is focused on the elderly hospitalized in the Psychiatric Hospital Havlíčkův Brod. The theoretical part presents an overview of current knowledge on art therapy and relaxation techniques. The research part describes the independent research. The research was conducted through interviews with five respondents, and was supplemented with the test evaluation of the level of cognition and self-service by testing the Mini Mental State Examination (MMSE), Barthel test routine activities of daily living (ADL). I also used The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life questionnaire (SEIQoL), i.e. the evaluation of individually perceived quality of life. The results are presented as case studies. The conclusion is based on the research results, which form recommendations for practice.

Keywords:

art therapy, rehabilitation techniques, relaxation techniques, the elderly, nurse.

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce PhDr. Petře Pavlíkové. Děkuji za cenné rady, odborné vedení a připomínky poskytnuté při zpracování bakalářské práce. Děkuji respondentům za ochotu a spolupráci, protože bez nich by tato bakalářská práce nemohla vzniknout. Rovněž patří můj dík rodině za podporu při studiu a tvorbu potřebného zázemí.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ .

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výtěžku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 6. 4. 2016

.....
Podpis

OBSAH

Úvod	8
1 Arteterapie a relaxační techniky	10
1.1 Arteterapie	10
1.1.1 Formy arteterapie	11
1.1.2 Arteterapie a přístup ke specifickým skupinám osob	12
1.1.3 Arteterapie a duševní poruchy	13
1.2 Relaxační techniky	16
1.2.1 Druhy relaxačních technik	17
1.2.2 Využití relaxačních technik k sebepoznání a v životních situacích	19
1.2.3 Ošetřovatelská úskalí relaxačních technik prováděných se seniory	20
1.3 Současné využití arteterapie a relaxačních technik v Čechách a ve světě	21
1.3.1 Využití arteterapie	21
1.3.2 Využití relaxačních technik	23
1.3.3 Možnosti vzdělávání v oboru arteterapie a relaxačních technikách	24
2 Výzkumná část	26
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	26
2.2 Metodika výzkumu	27
2.3 Charakteristika výzkumného vzorku a výzkumného prostředí	30
2.4 Průběh výzkumu	30
2.5 Zpracování získaných dat	30
2.6 Výsledky výzkumu	31
2.7 Diskuse	57
2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi	60
Závěr	61

Seznam literatury	63
Seznam tabulek	67
Seznam příloh	68

Úvod

Touto prací na téma „Arteterapie a relaxační techniky v práci všeobecné sestry a jejich přínos pro seniory“ jsem se rozhodla poukázat na důležitost těchto technik v komplexní léčbě seniorů. Jako všeobecná sestra se jimi zabývám, zejména zdravotní rehabilitací na gerontopsychiatrickém oddělení, a v praxi vidím benefity, jež tyto techniky přináší. A proto vnímám potřebu více zapojit arteterapii a relaxační techniky obecně do práce všeobecné sestry.

Zaměření na seniorskou populaci je cílené, jelikož podle demografických údajů dochází ke stárnutí populace a již nyní senioři tvoří její významnou část (RIS, 2012). Proto je třeba na tento trend reagovat. Otázka stárnutí je také stále více diskutovaná i v souvislosti s kvalitou života ve stáří. Kvalita života je definována různě. Jednou z definic je: „Zmírnění nebo zabránění tělesnému nebo duševnímu distresu, udržování tělesných a duševních schopností a podpůrné sociální sítě“ (Gurková, 2011, s. 49). Mnohokrát jsem si mohla v praxi ověřit, že arteterapie a relaxační techniky jako rehabilitační metody tuto definici naplňují a to v plném znění. Toto je v souladu i s holistickým pojetím člověka jako bio-psycho-sociální bytosti, kdy je kladen důraz nejenom na fyzickou stránku nemoci, ale právě i na duševní a sociální mezilidskou stránku života.

Když jsem se začala zajímat o arteterapii, měla jsem možnost přečíst si článek o projektu, který mně doslova učaroval. Nesl název „Je to jedno“ a jeho autorkou je Kateřina Šedá. Projekt byl ohodnocen cenou Jindřicha Chaluppeckého 2005 (Volf, 2005).

„Jedná se o citlivou zpověď autorčiny babičky, která upadla do letargie a hlubokého nezájmu o své okolí. Babička byla více než třicet let v Brně vedoucí skladu domácích potřeb, a když aktivně pracovala, znala nazpaměť více než šest set druhů zboží a jeho cen. Ve spolupráci s vnučkou se začala na kdysi důvěrně známé předměty rozpomínat, hledat v paměti, a pak jednotlivé kusy, např. dláta, kreslit připisovala k nim názvy, ba i rozměry. Takto se podařilo rekonstruovat necelé dvě stovky předmětů (projekt v té době nebyl ukončen)“ (Volf, 2005; s. 53).

Z tohoto článku je patrné, že pro babičku autorky měl tento projekt velký význam, pomohl jí vytrhnout se z izolace, která postupně nastala s příchodem stáří a přidruženého onemocnění a pomohl jí vrátit se „zpět do života“.

Techniky, jako jsou arteterapie a relaxační techniky, dobře splňují funkci rehabilitace kognitivních funkcí, jako jsou například paměť, exekutivní funkce a také pomáhají posílit jemnou motoriku. Přiměřené kreativní činnosti mohou v pacientech posílit pocit vlastní kompetentnosti. Jejich hlavní devízou u geriatrických pacientů je cílené zachování soběstačnosti. Relaxační techniky slouží k celkovému uvolnění našich pacientů, uvědomění si sebe sama a jsou prevencí proti úzkostným poruchám. Také slouží k nácviku správného dýchání a k celkové svalové a psychické relaxaci (Bezvodová, 2014). V neposlední řadě vnímám tyto techniky jako zkvalitnění života a určité zpestření pro pacienty v průběhu pobytu ve zdravotnických a sociálních zařízeních.

Společným znakem těchto technik je i to, že terapeutické programy významně motivují pacienty k akceptování hospitalizace a především k přijetí sebe sama. Na závěr musím ještě dodat, že souhlasím s Liebmannem (2010), že arteterapie se seniory, je často prací velmi pozitivní, která ve vzájemné interakci „terapeut-pacient“ přináší radost oběma stranám.

1 Arteterapie a relaxační techniky

Arteterapie je metoda, která využívá k léčbě výtvarný projev. Cílem je motivovat člověka k činnosti, která může rozvinout umělecké výkony nebo pomoci k sebevyjádření. Arteterapie jako taková se dělí do dvou skupin. První je terapie uměním, zde se léčbou stává samotná tvorba. Druhou skupinou je art psychoterapie, při které je průběh i výsledek tvorby předmětem psychoterapeutického rozboru. To znamená, že pomocí výtvarného projevu lze pochopit prožívání pacienta a pomoci mu zpracovat jeho prožitky. Terapie je zaměřena na manuální zručnost, rozvoj a udržení hrubé motoriky, samostatnost, rozvíjení a posilování smyslů, seberealizaci a zpestření volného času. Přináší také radost z vykonávané činnosti, pocit užitečnosti a odpočinek formou relaxace (ČAA, 2012).

Relaxační techniky, slouží k uvolnění člověka. Mezi nejčastěji využívané patří bazální stimulace, masáže (většinou svalů na ruku), autogenní trénink a relaxace při hudbě (Bezvodová, 2014).

Z pohledu všeobecné sestry mají tyto techniky jednu společnou vlastnost, a to že smysluplně zaměstnávají a odpoutávají seniory od jejich problémů při pobytu v nemocničním zařízení (Lužný, 2012). Na gerontopsychiatrickém oddělení Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod, kde působím, jsou využívány tyto techniky jako součást komplexní péče, která zahrnuje lékařskou péči včetně farmakoterapie, ošetrovatelskou péči a psychoterapii.

Ve své práci se budu snažit tyto techniky více popsat a přiblížit jejich obsah a význam v práci všeobecné sestry.

1.1 Arteterapie

Arteterapie v širším smyslu znamená léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. Arteterapie v užším slova smyslu pak znamená léčbu výtvarným uměním. Mezi využívané techniky patří nejčastěji malování (což je technika kde se používají temperové, akvarelové a olejové barvy aj.), kreslení

(např. rudka, uhel, tužka), práce s koláží, s keramickou hlinou a jinými materiály (ČAA, 2012).

Obecně lze říci, že arteterapie může mít mnoho podob. Pro seniory jsou vhodné nenáročné techniky, jako jsou například koláže. Arteterapie zde má funkci i jako rehabilitace, protože působí na zrak a hmat a při práci se zlepšuje i jemná motorika. Pacient je motivován, aby práci, kterou začal i dokončil. Cílem je uvědomit si, zpracovat a změnit postoje, které brání prožívat stáří bez většího psychického strádání. Některé činnosti mohou pacientům dodat pocit vlastního úspěchu a důstojnosti (ČAA, 2012). Arteterapie dále pomáhá rozvoji abstraktního myšlení, může budovat empatii, altruismus a sociální zdatnost (Šicková-Fabricsi, 2008).

V arteterapii jde u každého jednotlivého pacienta o naplnění různých cílů (ČAA, 2012).

Mezi nejčastější cíle arteterapie patří:

- navození kompenzačního procesu, způsob aktivizace;
- zprostředkování sociálního kontaktu;
- přeformování stereotypů;
- komunikace prostřednictvím výtvarného projevu;
- odstranění úzkostných stavů, socializace nebo povolení a odvod agresivity (Šicková-Fabricsi, 2008).

1.1.1 Formy arteterapie

Arteterapii lze aplikovat formou individuální či skupinové terapie. Individuální arteterapie je taková, kde se terapeut či všeobecná sestra, která prošla psychoterapeutickým výcvikem zaměřeným na arteterapii, věnuje pouze jednomu pacientovi, v našem případě seniorovi. Individuální terapie má řadu nesporných výhod, což popisuje Šicková-Fabricsi, (2008, s. 43): „*Při individuální arteterapii má pacient terapeuta k dispozici jen pro sebe, navazuje úzký kontakt, vzniká tak intenzivní emociální zážitek styku s chápajícím člověkem*“.

Liebmann (2010) se domnívá, že tento způsob terapie je vhodný zejména tam, kde pacient vyžaduje zvýšenou pozornost terapeuta, nebo jehož chování by mohlo působit rušivě ve skupině např. agresivita, vůdcovství nebo psychotické projevy.

Skupinová arteterapie probíhá ve skupině 6 – 10 lidí pod odborným vedením terapeuta či všeobecné sestry (ČAA, 2012).

Mezi skupinovou arteterapii řadíme i rodinou arteterapii a arteterapii v partnerském vztahu, tyto formy je možno chápat jako samostatné formy terapie (Liebmann, 2010).

Skupinová forma arteterapie je náročnější především pro všeobecnou sestru. Má však řadu výhod:

- sociální učení probíhá podstatně rychleji;
- lidé s totožnými nebo podobnými problémy se mohou podpořit;
- zpětné vazby členů skupiny jsou podnětné pro každého jednotlivce ve skupině;
- je vhodnější pro toho, kdo prožívá individuální arteterapii příliš intenzivně;
- je demokratičtější, protože moc i odpovědnost se dělí;
- má ekonomický efekt (Liebmann, 2010).

Arteterapie ve své podstatě nemá kontraindikace. Devízou této terapeutické techniky je, že lze provádět s minimálním vybavením, kdy i tužka a papír postačí k práci s klientem.

1.1.2 Arteterapie a přístup ke specifickým skupinám osob

Arteterapie jako taková může být hodně variabilní, můžeme si vybrat, jak s určitou cílovou skupinou klientů pracovat. Jinak budeme pracovat s dětmi a adolescenty, a naproti tomu bude odlišný terapeutický přístup k seniorům. Také je třeba mít na paměti, že každá skupina lidí s různými druhy onemocnění či jiným znevýhodněním potřebuje svůj specifický přístup (Šicková-Fabrici, 2008).

Jelikož je tato výzkumná práce zaměřená na seniory, bude blíže popsána arteterapie zaměřená na tuto cílovou skupinu.

Hlavní strategie arteterapie se seniory je v práci s jejich aktuálním problémem a práce technikami, které odpovídají věku klienta. Cílem je pak snaha pomocí kreativního procesu např. tvorbou koláží nebo kresbou stromu života, aktivovat zbytky jejich vitality a flexibility a stimulovat jejich kreativitu (Šicková-Fabricsi, 2008).

U seniorů lze arteterapii zároveň využívat jako vhodnou metodou rehabilitace kognitivních funkcí obecně. To potvrzují i výzkumy Bree Chancellor a kol. (2014), kteří popisují arteterapii jako vhodnou reminiscenční metodu, kdy senioři např. malují scény z dětství. Arteterapie pak dle jejich zjištění přináší seniorům radost a pomáhá zachovávat sebeúctu. V neposlední řadě také pomáhá k udržení funkční úrovně stávající jemné motoriky (ČAA, 2012).

Dále arteterapie pomáhá seniorům v přizpůsobení se novým životním situacím, kterými jsou:

- pokles fyzických sil;
- ztráta zdraví;
- specifika důchodového věku a s tím spojené změny v sociální a ekonomické oblasti (Šicková-Fabricsi, 2008).

1.1.3 Arteterapie a duševní poruchy

Arteterapie s klienty s duševními poruchami je jednou z nejrozsáhlejších a také „nejatraktivnějších“ oblastí arteterapie (Šicková-Fabricsi, 2008). Ve stáří jsou nejčastějšími duševními poruchami demence a deprese (Németh, 2009). Proto bych se zaměřila pouze na tato duševní onemocnění.

Demence

Demence je syndrom způsobeným organickým postižením mozku, které je obvykle chronické nebo progresivní povahy, kdy dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyka a úsudek. Vědomí nebývá zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního

chování nebo motivace. V důsledku výše uvedeného dochází postupně k poruchám v oblasti všedních denních aktivit a de facto ke snížení kvality života takto postiženého jedince. Tento syndrom se objevuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a jiných stavů, které primárně postihují mozek (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Cílem léčby demence je zlepšení nebo udržení kognitivního deficitu, zpomalení progresu onemocnění a zachování soběstačnosti (Németh, Hudáková, 2009). Rehabilitační, zážitkové a terapeutické aktivity jako je arteterapie by měly být nedílnou součástí komplexní léčby. Tyto programy vhodně doplňují ta místa, kam nesahá moc psychofarmak a fakticky navazují na obecné cíle psychoterapie. Navíc u pacientů vyššího věku je posilováno vědomí vlastní kompetentnosti (Lužný, 2012).

Mírná porucha kognitivních funkcí

V současnosti je věnována velká pozornost incipientním demencím a stavům, které demence předcházejí. Jsou to tzv. mírné poruchy kognitivních funkcí – Mild Cognitive Impairment (MCI). Včasné rozpoznání těchto počínajících poruch je významné pro terapii – právě v tomto období je terapie nejúčinnější (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Jedná se o stav vyznačující se poruchami paměti, ale nikoliv poruchami aktivit denního života. Jsou mírné intenzity, nedosahují stupně demence. Vždy jsou přítomny subjektivní stížnosti na poruchy paměti. Mohou být postiženy exekutivní funkce, ale toto jejich poškození není takového stupně, aby podstatně zhoršilo schopnost běžné denní rutiny. U některých pacientů lze psychologickými metodami zjistit deterioraci intelektu (opět ne takového stupně jako při demenci), u některých mohou být přítomny organické změny osobnosti. MCI je relativně častější než demence, které přecházejí (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Velmi důležitá zvláště u MCI je rehabilitace kognitivních funkcí a naopak škodí psychická inaktivita (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Deprese

Je jednou z častých poruch emotivity ve stáří. Deprese je závažné onemocnění, které postihuje celý organismus. Není to slabost, nedostatek vůle nebo sebekázně, ale

duševní porucha, která není vůlí ovlivnitelná. Pro depresi je charakteristické opakování epizod chorobného smutku, beznaděje, ztráty energie, vůle, sebedůvěry a radosti ze života. Je provázena pesimistickými výhledy do budoucna, poklesem výkonosti, bezdůvodnými obavami a úzkostmi, pocity méněcennosti a domnělého provinění, myšlenkami na sebevraždu, poruchami spánku, poruchami soustředění, nezájmem o sebe, svou práci, přátele, koníčky a záliby. Od běžného smutku nebo rozladěnosti se deprese liší v tom, že je intenzivnější než smutek, trvá déle a nepříznivě ovlivňuje kvalitu života (Doubek, Herman, Praško, Hovorka, 2007).

Deprese postihuje někdy v průběhu života až 17 % obyvatelstva. Bez léčby mohou příznaky onemocnění trvat i léta. Vždy platí, že čím dříve léčba začne, tím dříve deprese odezní. Neléčená deprese vede ke ztrátě výkonosti, k izolaci pacienta, ztrátě radosti ze života a také k výraznému zhoršení celkového zdravotního stavu tím, že snižuje obranyschopnost organismu (Doubek, Herman, Praško, Hovorka, 2007).

Depresivní poruchy ve stáří většinou nebyvají správně rozpoznány a ani léčené. A proto často zhoršují průběh tělesných onemocnění a snižují celkovou kvalitu života (Németh, Hudáková, 2009). Pokles nálady můžeme mimo jiné zjistit také v kresleném projevu. Tudíž je zde prostor pro arteterapii, a to nejen jako diagnostický nástroj, ale zároveň i jako vlastní psychoterapie. Skupinová terapie včetně arteterapie a relaxačních technik pomáhá svojí důvěrnou atmosférou porozumět způsobům jak, se klient cítí, jak se vztahuje k druhým lidem a uvědomit si formy chování, které vedou ke stresu. Tento druh terapie má větší efekt při lehčí depresi nebo po odeznění akutních příznaků (Doubek, Herman, Praško, Hovorka, 2007).

Z pohledu všeobecné sestry a poskytování ošetrovatelské péče se do terapie deprese zahrnuje i poskytování všeobecných režimových opatření, které podporují veškerou fyzickou a společenskou aktivitu. Tyto aktivity podporují pacientovo sebevědomí a rozptylují jeho smutné nálady (Németh, 2009).

1.2 Relaxační techniky

„Termín „relaxace“ je odvozen s latinského „relaxare“ (re-znovu, laxis-volný). V psychologii zdraví se jím rozumí záměrné uvolňování, a to jak v oblasti psychické, tak fyzické.“ (Křivohlavý, 2001, s. 89)

Relaxační techniky slouží k celkovému uvolnění. Velké množství relaxačních technik vychází z jógy, která nabízí propracovaný systém regeneračních technik. Tyto techniky uvolňují tenze, které vycházejí z podvědomí a dodávají tak organismu další energii. Techniky z jógy navíc pracují s koncentrací pozornosti na jednotlivé části těla, na jeho povrch, vnitřní orgány, na určitá energetická centra, často také na dech (Bezdová, 2014).

Formy relaxace, jako jsou Autogenní trénink, nebo např. Jacobsonova progresivní relaxace, byly vymyšleny za účelem, aby srovnaly v organismu sympatický a parasympatický nervový systém (Weimerová, 2010).

Sympatický nervový systém připravuje organismus na akci a výkon. Dochází k zastavení trávení, zvýšení tlaku a činnosti srdce, zrychlí se dýchání. Vzhledem k dnešní uspěchané a na výkon zaměřené době máme nervový systém hodně přetížený. Oproti tomu parasympatický nervový systém relaxuje organismus, uvolní svaly, nastartuje trávení a vylučování, zklidní dýchání, zpomalí srdeční rytmus, sníží krevní tlak a navodí spánek (Weimerová, 2010).

Následkem nevyrovnanosti sympatického a parasympatického nervového systému bývají psychosomatické nemoci, jako jsou vysoký krevní tlak, vředy na dvanáctníku a žaludku, poruchy imunity, astma atd. A právě relaxační techniky mají nastolit jejich rovnováhu. Všechny relaxační techniky je však nutné nejdříve trénovat, aby se daly v případě potřeby účinně využít (Weimerová, 2010).

Relaxační techniky jsou také součástí psychohygieny stejně jako přiměřený spánek. Relaxace a kvalitní spánek jsou pro seniory velmi důležité. Senior jako pacient si hůře zvyká na změny, a tak je pro něj přesun do nemocničního prostředí velmi zatěžující a stresující, často se u něj po přijetí může projevit porucha spánku (Schulter, Oster, 2010).

V takových případech je autogenní trénink metodou, která nabízí seniorovi nejen možnost navození tělesné a psychické pohody, ale také zlepšení adaptace na

nemocniční prostředí a v důsledku toho i zlepšení compliance pacient - lékař, pacient - sestra (Bezvodová, 2014).

1.2.1 Druhy relaxačních technik

Mezi nejčastěji používané druhy relaxace v Evropě patří Schulzův autogenní relaxační trénink, v Americe zase Jacobsonova progresivní (postupná) relaxace (Křivohlavý, 2001).

Méně používanou relaxační metodou je Snoezelen. Tato metoda relaxace se využívá ve specializovaných zařízeních v České republice a ve světě. Další technikou, kterou sem můžeme zařadit, je program Joice Simard Namaste Care TM, který je využíván v nemocniční a hospicové péči především v Americe (Vitásková, Fajmonová 2006).

Autogenní trénink a Jacobsonova progresivní relaxace

Autogenní trénink (AT) stejně jako většina relaxačních metod vychází z poznatků o vzájemné souvislosti mezi třemi faktory: psychickou tenzí, funkčním stavem vegetativní nervové soustavy a napětím svalstva (Kratochvíl a kol., 2014). Autorem této relaxační techniky je lékař Johannes H. Schultz. Při autogenním tréninku se klient naučí soustředit na fyziologické pocity tepla, tíže a pocítí relaxaci v různých částech těla (National Center for Complementary and Integrative Health, 2011). Lze ho také zaměřit na autosugesci, která je plně soustředěná, a na ni navazující formulky (jasně strukturované myšlenky), pomocí kterých máme možnost ovládat jednotlivé části těla a fyziologické funkce, na které právě myslíme (Lužný, Přikrylová, 2007).

Jacobsonova relaxace neboli progresivní svalová relaxace, zahrnuje zatínání a následně relaxaci různých svalových skupin, což způsobí uvolnění svalstva. Často je prováděna v kombinaci s dechovými cvičeními (National Center for Complementary and Integrative Health, 2011).

Namaste Care™

Namaste Care™ je program, který původně vyvinula Joyce Simard v USA pro osoby s pokročilou demencí, jejichž verbální schopnosti se začali postupně snižovat. Namaste je budhistický termín, jehož význam zní "ctít ducha uvnitř". Program je tedy zaměřený na psycho-sociální stránku člověka (Simard, 2013), což je v souladu s dnešními trendy v ošetrovatelské péči.

Díky svému přístupu zkvalitňuje tento program život lidem nejenom s pokročilou demencí, ale i těm, kteří jsou v terminálním stadiu jakéhokoliv onemocnění tím, že poskytuje klidné, non-izolační prostředí v průběhu celého dne. Namaste Care™ probíhá v určeném prostoru, který pomáhá vytvořit bezpečné a uklidňující prostředí. Ošetrovatelský personál zde poskytuje širokou škálu smysluplných aktivit, jako je masírování rukou a nohou, kartáčování nebo česání vlasů pomalými pohyby a stimulaci pomocí pleťového krému, jehož vůni si mohou klienti pamatovat z jejich mládí. Stimulování rukou a nohou doprovázené hudbou pomáhá udržet končetiny flexibilní. Pro zajištění smyslové stimulace se využívá tzv. vůně sezóny (Simard, 2013).

Snoezelen

Snoezelen je název specificky vytvořeného prostředí pro účely sensorické stimulace, relaxace a prožití osobní zkušenosti. Původním záměrem této relaxační techniky bylo využití těchto činitelů u lidí s mentálním postižením či kombinovaným postižením pro stimulaci a rozvoj smyslových receptorů skrze vlastní prožitky. V dnešní době se poměrně široce využívá Snoezelen u dětí s kombinovaným postižením, u dospělých a v geriatrické oblasti.

Snoezelen slouží k relaxaci, zklidnění, stimulaci smyslů, k rozvoji verbální i neverbální komunikace, posílení adaptace odbourávání nesoustředění a impulzivity, k podpoře emocionální a kognitivní složky osobnosti. Taktéž přináší nové zážitky a zkušenosti (Vitásková, Fajmonová, 2006).

1.2.2 Využití relaxačních technik k sebepoznání a v životních situacích

Jak již bylo výše uvedeno, lze relaxační techniky využívat k navození celkového uvolnění, senioři se tak mohou naučit relaxovat a využít benefity relaxace při běžném denním režimu oddělení (Schulter, Oster, 2010).

Dále se s výhodou využívají i při psychoterapii, kdy relaxační techniky spojené s imaginací pomáhají nalézat řešení otázek, které se nás týkají a souvisí s prožíváním našeho života. Mohou pomoci řešit současnou situaci, minulost a stejně tak budoucí život. Jsou užitečné v pochopení, poznání a uvědomění si nějaké skutečnosti. Pomocí relaxačních technik je možné poznat skryté motivace, podvědomá přání či vnitřní nastavení osobnosti člověka. Pro seniory je také velmi dobré, že relaxace působí na všechny smysly (Bezvodová, 2014).

U nás je v praxi nejčastěji používán Schulzův autogenní trénink, doplněný řízenou imaginací. Imaginace se dá propojit s arteterapií. Klienti mohou kreslit obraz, který si představili při řízené imaginaci (ČAA, 2012).

Při autogenním tréninku spojeném s imaginací se však předpokládá schopnost uvést se do uvolněného stavu a zůstat v tomto stavu. Poté je možné zadávat autosugestivní formule. Ty působí především na mimovolní mechanismy a tím se dostávají k podstatě naší motivace a chtění. Využívá se celá řada formulí, které jsou:

- **podporující** – např. „Dovedu se prosadit;“
- **neutralizující** – např. „Pozornost lidí je mi úplně lhostejná;“
- **zaměřující** – např. „Každý den je něčím zajímavý“ (Bezvodová, 2014).

Z tohoto výčtu vycházejí i ošetřovatelské benefity, jako je například spokojený senior, který lépe spolupracuje a komunikuje s ošetřovateli, sestrami i lékaři.

1.2.3 Ošetrovatelská úskalí relaxačních technik prováděných se seniory

Při provozování relaxačních technik se seniory musíme mít na paměti, že senior je tělesně křehký pacient. V první řadě je potřeba zvolit vhodnou polohu. Doporučovaná je poloha v leže na zádech. Vzhledem k častým pohybovým obtížím seniorů, není tato poloha podmínkou a je s oblibou využívána poloha tzv. „sedícího vozky“, tedy v sedě. Pokud je tedy většina relaxačních technik prováděna vleže, je třeba dát pozor při stávání, protože u geriatrických pacientů může nastat stav tzv. ortostatické hypotenze. Proto je třeba pacienta vyzvat, aby nejdříve zvolil polohu v sedě a až po té opatrně vstal, popřípadě mu pomůžeme vstát. Zamezíme tak riziku pádu a možného následného zranění (Schulter, Oster, 2010).

Přes tato rizika je tato relaxační technika pro seniory velmi přínosná, zvláště v nemocničním prostředí převažují její benefity nad možnými úskalími.

Možnosti jak provádět autogenní trénink na oddělení

Autogenní trénink není nijak náročný na čas, ani na materiální prostředky. Pokud chceme nacvičovat autogenní trénink se seniory na oddělení, je třeba k tomu najít klidné místo, abychom nebyli rušeni běžným chodem oddělení. Jedinou podmínkou autogenního tréninku je nácvik v pravidelných intervalech (Lužný, Příkrylová 2007).

Autogenní trénink lze nacvičovat v sedě i leže. Pro polohu vleže je třeba podložka, popř. karimatka. Pro polohu vsedě postačí židle, případně křeslo, ve kterém by se senioři cítili pohodlně. Po zaujmutí pohodlné polohy jsou senioři požádáni o pozornost a poté je puštěna relaxační hudba a může se začít s odříkáváním textu. Nejdříve se navozují pocity tíže a tepla a postupně se k autogennímu tréninku připojuje i imaginace. Dnes je samozřejmě i možnost pacientům pustit předem nahraný autogenní trénink, který namluvila nějaká česká osobnost, např. Jiří Bartoška. Sestra pak zajišťuje klidné prostředí a bezpečnost v průběhu relaxace.

1.3 Současné využití arteterapie a relaxačních technik v Čechách a ve světě

1.3.1 Využití arteterapie

Arteterapie je metoda, která se používá v různých podobách ve většině psychiatrických nemocnic v České republice, ale i ve světě. Arteterapeut by měl být součástí terapeutického týmu, spolu s psychiatrem a psychologem (Šicková-Fabricsi, 2008). Pozitivní přínos arteterapie byl prokázán nejen na jednotlivých kazuistických případech, ale i v ucelených studiích (Weller, 2013).

Studie z nemocnice svatého Michala v Torontu ukazuje výsledky u pacientů s demencí, jejichž umělecké schopnosti jim umožnily komunikovat se svými blízkými a zaměstnanci (Weller, 2013).

Journal of Neurological Sciences vydal studii "Umění otevírá mysl", která byla zaměřena na mezinárodně proslulou sochařku Marii Hecht. Ta v terminálním stadiu svého života, trpěla těžkou formou vaskulární demence. Její kognitivní schopnosti byly tak narušeny, že nemohla reprodukovat správný čas v jednoduchém výkresu hodin a také si nemohla vzpomenout na některá ze slov nebo si nevybavila např. obecný název zvířat. Přesto byla schopna bez cizí pomoci reprodukovat z paměti výkresy, které nakreslila. Hecht také kreslila detailní portréty výzkumných asistentů v nemocnici Memory Clinic. Lékaři považovali za fascinující její schopnost vypracovat podrobné náčrtky a portréty z paměti. Doktor Luis Fornazzari, neurologický konzultant v Memory Clinic a autor studie, napsal v prohlášení, že Mary Hecht byla pozoruhodným příkladem toho, jak umělecké schopnosti jsou zachovány i přes degeneraci mozku, přičemž v daném případě jde o kognitivní rezervy u pacienta s poměrně pokročilým stupněm vaskulární demence (Weller, 2013).

Řada výzkumů, prokazuje, že umění nebo jakákoliv tvůrčí činnost má pozitivní vliv na osoby s demencí. Což dokazuje i dokumentární film Erica Ellena a Berna Huebnera „Vzpomínám si lépe, když maluji,“ který ukazuje, jak jindy skleslí lidé během těchto činností přicházejí k životu, stávají se aktivními a komunikativními (Schmid, 2011).

Potts (2013) tvrdí, že arteterapie je užitečná forma terapie pro pacienty s vaskulární demencí a pacienty s Alzheimerovou chorobou. Umožňuje jednotlivci, který má potíže při komunikaci, aby se vyhnul problémům s řečí a mohl tak komunikovat a vyjadřovat se jiným způsobem (Weller, 2013).

Schmid (2011) poukazuje na fakt, že ačkoliv je Alzheimerova choroba progresivní onemocnění, které nevratně postihuje mozek. Emoce a tvořivost však zůstávají poměrně dlouhou dobu zachované. Podle něj jedinci, kteří jsou vedeni k tomu, jak vyjádřit své pocity, zažívají méně úzkosti a pomaleji progreduje jejich onemocnění. Stimulací pomocí tvůrčího procesu lze zachování vzpomínek lépe ovlivnit. Je zřejmé, že senioři s Alzheimerovou chorobou komunikují pomocí zapojení emočních a tvůrčích center mozku spíše, než pomocí logických a paměťových center (Schmid, 2011).

Je zřejmé, že tyto formy terapie nemůžou vyléčit demenci, mohou však nabídnout významnou satisfakci, kterou nemůže pacient s touto diagnózou jinak přijímat. Satisfakce pochází hlavně z osobních úspěchů, ze spokojenosti z dokončené práce a jednoduše radostí z uměleckého procesu (Weller, 2013).

Účast při tvůrčích činnostech podporuje zdraví a pohodu, která stimuluje zvědavost a sebehodnocení, a to podporuje jednotlivce ve vyjadřování sebe sama významným kreativním způsobem, a tím si senior může potvrdit svou důstojnost a sebeúctu (Schmid, 2011).

Přínos arteterapie pro pacienty trpící demencí zdůraznili ve svém kvalitativním výzkumu také McFaddenová a Bastingová (2010) a Chancellorové, Duncanové, Chatterjee, (2014). Arteterapie dle jejich názoru aktivuje pozornost, poskytuje potěšení a pozitivně ovlivňuje chování pacientů s demencí. Mezi další výhody arteterapie patří lepší sebevědomí a zlepšení komunikace, snížení anxiety, agitace a deprese (McFadden, Basting, 2010). Arteterapii lze využít také jako reminiscenční terapii tj. práce se vzpomínkami pacientů (Chancellor et al., 2014). Potřeba vyjádřit se a kreativně se uplatnit je nesmírně důležitá pro každého člověka a to platí pro všechna ontogenetická období, tedy i pro sénium. Podle Janečkové, Kalvacha a Holmerové (2004) aktivita, jako je např. arteterapie, lidskému jedinci přináší lepší strukturování času, ovlivňuje sociální kontakty, přispívá ke zlepšení fyzické a především psychické pohody a podílí se na vytváření společenského statusu. Janečková, Kalvach a Holmerová (2004) dále

uvádí, že aktivita v domácím či ústavním zařízení by měla navazovat na to, co bylo přerušeno nemocí či institucionalizací nebo pomoci rozvinout to, co zůstalo bez povšimnutí. Aktivita jakou je arteterapie se stává možností a příležitostí k růstu. Má přinášet životu smysl, udržovat jeho kontinuitu a přispět ke zvýšení kvality života seniora. Jde tedy o to, aby byl senior spokojen s tím, čím je, jak mu je a co dělá (Janečková, Kalvach, Holmerová, 2004).

ČAA (2012) také poukazuje na to, že lze arteterapii vhodně kombinovat i s dalšími terapiemi jako je například muzikoterapie, dramaterapie a aromaterapie.

1.3.2 Využití relaxačních technik

Tyto metody jsou uplatňovány zejména v domovech pro seniory či v klubech seniorů. Mezi nejčastěji využívané metody patří autogenní trénink, dechová cvičení a Jacobsonova relaxace (Lužný, 2012). V rámci tzv. duševní hygieny sem patří i nácvik správného dýchání a ovládnutí některých aspektů kardiovaskulární činnosti apod. (Křivohlavý, 2001).

Studium efektivity relaxace ukázalo, že je vhodným nástrojem v boji s různými těžkostmi, jako jsou bolest hlavy, úzkost, chronická bolest či hypertenze. Celkově se prokázalo, že účinnost relaxačních technik je vyšší, než je samo působení placebo. Proto se nedá tvrdit, že jde jen o myšlený či cítěný efekt. Účinnost relaxace byla prokázána i pro zmírnění depresí, kdy byl kladný efekt patrný ještě tři měsíce po ukončení meditačních cvičení (Křivohlavý, 2001).

Studie taktéž prokázaly, že relaxační techniky mohou snížit úzkost u lidí s probíhajícími zdravotními problémy, jako jsou srdeční choroby nebo zánětlivá onemocnění střev. (National Center for Complementary and Integrative Health, 2011).

V Srbsku proběhla studie, jejíž cílem bylo zkoumat účinnost autogenního tréninku jako terapie první volby u pacientů s poruchami přizpůsobení. Srbští lékaři Jojić a Lepasović (2005) zkoumali zdravotní stav třiceti pěti vybraných respondentů a to ve třech fázích: před zahájením, hned po začátku a šest měsíců po dokončení cvičení autogenního tréninku. Průběžně měřili fyziologické funkce a ukazatele odezvy organismu na stres.

Jimi byl krevní tlak, tepová frekvence, hladina kortizolu, cholesterolu a glukózy v krvi. Měření těchto ukazatelů v souvislosti s autogenním tréninkem prokázala nižší hodnoty u jedinců trpících poruchou přizpůsobení a to ve srovnání s výsledky hodnot před nácvičkou autogenního tréninku. Tyto hodnoty zůstaly nižší dokonce i šest měsíců po dokončení cvičení autogenního tréninku. Ze studie tedy vyplývá, že autogenní trénink významně snižuje hodnoty fyziologických ukazatelů těchto poruch, snižuje účinky stresu na jednotlivce, pomáhá dospělým vyrovnat se stresem a usnadňuje zotavení (Jojíć, Leposavić, 2005).

1.3.3 Možnosti vzdělávání v oboru arteterapie a relaxačních technikách

V současné době se nabízí spousta kurzů. Možnost jak se dále vzdělávat v oboru arteterapie nabízí ČAA (Česká arteterapeutická asociace). Výcvik, popřípadě systematický kurz v arteterapii, bývá akreditovaný, absolvent získá garanci ČAA a může pak vést samostatně hodiny arteterapie.

ČAA nabízí tyto možnosti ve vzdělávání:

- Pětiletý výcvik SUR s arteterapeutickým zaměřením;
- Systematický kurz arteterapie PhDr. Heleny Strnadlové;
- Kurz imaginativních technik;
- Dvouletý akreditovaný kurz v arteterapii a artefiletice v HK;
- Systematický dvouletý akreditovaný kurz v arteterapii a artefiletice v HK;
- Kurz projektivních metod v arteterapii (ČAA, 2012).

Dále je zde možnost studovat tříletý bakalářský obor Arteterapie na Pedagogické Fakultě v Českých Budějovicích. Tento obor poskytuje další možnost vzdělávání pro odborníky z pomáhajících profesí tj. pedagogům, lékařům, všeobecným sestřám, sociálním pracovníkům a dalším (Ateliér arteterapie PF JU, 2015).

Možnost vzdělávání v oblasti relaxačních technik nabízí např. Klinika Eset psychoterapeutická a psychosomatická klinika, s.r.o. v Praze. Zde je možné absolvovat

dvoudenní kurz relaxačních technik se sebezkušenostním zaměřením pro odbornou i laickou veřejnost. Tento výcvik je akreditovaný pro všeobecné sestry (Eset, 2015).

Za zmínku stojí i dvoudenní kurz PhDr. Ivany Honzlové Psychohygienu a relaxační techniky. Ten je určen pro sociální pracovníky a je akreditován MPSV, ale můžou se jej zúčastnit všeobecné sestry a ošetřovatelé a lidé z dalších profesí, kteří mají zájem o tuto problematiku (Edupol, 2015).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl výzkumu:

Zjistit přínos arteterapie a relaxačních technik v práci všeobecné sestry, které působí na kvalitu života hospitalizovaných seniorů.

Zastřešující výzkumná otázka:

Mají terapeutické programy arteterapie a relaxační techniky vliv na kvalitu života seniorů?

Dílčí výzkumné otázky:

Dílčí výzkumná otázka 1: Zlepšují nebo alespoň udržují programy arteterapie a relaxační techniky stávající úroveň kognitivních funkcí seniorů?

Dílčí výzkumná otázka 2: Zlepšují nebo udržují programy arteterapie a relaxační techniky schopnost sebeobsluhy u seniorů?

Dílčí výzkumná otázka 3: Zlepšují programy arteterapie a relaxační techniky subjektivní vnímání osobní pohody/kvality života u seniorů?

Dílčí výzkumná otázka 4: Zlepšují nebo udržují programy arteterapie a relaxační techniky sociální interakci u seniorů? Zlepšují kompliance zdravotník-pacient?

2.2 Metodika výzkumu

Výzkumná práce byla pojata jako kvalitativní výzkum. Tento druh výzkumu umožňuje zaměřit se na užší vzorek respondentů, jít více do hloubky a podrobně zmapovat výzkumný problém.

V souladu se zaměřením práce byl stanoven cíl a zastřešující výzkumná otázka. V návaznosti na ní byly stanoveny čtyři dílčí výzkumné otázky, které se vztahují ke kvalitě života respondentů.

Hlavní výzkumnou metodou byla analýza rozhovoru s předem danou strukturou. Ten byl doplněn o škály Mini Mental State Examination (MMSE), Barthelův test (ADL) a hodnocení kvality života metodou SEIQoL. Důvodem zařazení těchto škál byl fakt, že zdravé stárnutí předpokládá možné odvrácení nebo alespoň oddálení nemoci a nesoběstačnosti a hlavně zachování odpovídající úrovně kognitivních a fyzických funkcí seniorů. Úspěšné stárnutí předpokládá aktivní zapojení jedinců do společnosti (Puklová, 2008).

Na základě této premise předpokládám, že kvalita života seniorů je dána jejím subjektivním vnímáním jedincem (objektivizace dotazníkem SEIQoL, návaznost na výzkumnou otázku 3), úrovní kognitivních funkcí (objektivizace škálou MMSE, návaznost na výzkumnou otázku 1) a úrovní sebeobsluhy a vědomím vlastní kompetence a nezávislosti (objektivizace škálou ADL, návaznost na výzkumnou otázku 2).

Dalšími použitými metodami sběru dat bylo pozorování a studium zdravotnické dokumentace.

Rozhovor

Rozhovor (viz příloha 1) se skládal ze dvou částí a to z rozhovoru vstupního a výstupního. Byl koncipován jako polostrukturovaný. V rozhovoru jsem se zaměřila na oblast myšlení a chápání respondentů, na schopnost sebeobsluhy a vnímání subjektivní kvality života.

Pozorování

Pozorování bylo zaměřeno převážně na chování respondentů v průběhu terapeutických programů.

Mini Mental State Examination (MMSE), tzv. Folsteinův test

MMSE (viz příloha 2) je jedním z nejčastěji používaných testů k vyšetření kognitivních deficitů. Skládá se ze dvou částí. V první části se hodnotí orientace, paměť a pozornost a ve druhé části pojmenování předmětů, čtení, psaní a vizuálně-konstruktivní schopnosti.

Test obsahuje 30 otázek, kdy je každá ohodnocena 0-1 bodem. Výsledný součet bodů pak udává stupeň kognitivního deficitu:

- 27 – 30 bodů - norma.
- 25 – 26 bodů - hraniční nález, možnost demence.
- 10 – 24 bodů - patologický nález; demence mírného až středně těžkého stupně.
- 6 - 9 bodů - demence středního až těžkého stupně.
- 5 a méně bodů - demence těžkého stupně (Lambert, 2008).

Výsledek je závislý na situaci, stavu pacienta, ale i na demografických a sociálních proměnných. Tento test vždy vyžaduje individuální přístup k pacientovi, proto vyšetřující do hodnocení zahrne i chápavost pacienta ve vztahu k zadání (Schuler, Oster, 2010).

Barthelův test běžných všedních činností (ADL)

ADL – „activity daily living“ (viz příloha 3) slouží ke zhodnocení stupně závislosti v běžných denních aktivitách. Tento test nejspíš není příliš objektivní u mírné kognitivní poruchy a v počátečních stádiích demence, protože se zaměřuje více na postižení ve fyzických aktivitách, které je-li přítomno v časném stadiu rozvoje

kognitivního deficitu, bývá spíše odrazem širšího postižení v rámci základního onemocnění, př. Parkinsonova nemoc (Sheardová, 2010).

Tento test posuzuje základní důležité funkce běžného života v deseti oblastech, kterými jsou: najedení; napití; oblékání; osobní hygiena; koupání; kontinence moči; kontinence stolice; použití WC; chůze po schodech a chůze po rovině.

Hodnocení:

- 0-40 bodů vysoce závislý.
- 45-60 bodů závislost středního stupně.
- 65-95 bodů lehká závislost.
- 100 bodů nezávislý (Osehk, 2015).

The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL)

Dotazník SEIQoL se používá pro hodnocení individuálně chápané kvality života. Respondenti jsou při něm požádáni, aby uvedli pět životních cílů, které považují aktuálně za nejdůležitější. Životní cíl je jedním z klíčových pojmů. V ideálním případě se daným osobám neuvádějí příklady různých životních cílů, aby se zamezilo jejich sugestivnímu ovlivňování. Dále je tento dotazník rozšířen o vizuální analogovou škálu, pomocí které respondent zhodnotí svou celkovou spokojenost se životem (Křivohlavý, 2005).

Způsob vyhodnocení dotazníku SEIQoL je založen na vyhodnocení dat ze strukturovaného rozhovoru. Dotazníková forma konceptu SEIQoL se dá použít, pokud chceme od respondentů získat data např. po určitém časovém období v našem případě po absolvování arteterapie a relaxačních technik. Vyhodnocení kvality života se provádí tak, že se u každého životního cíle násobí jeho důležitost (uvedená v procentech) mírou spokojenosti (uvedenou též v procentech). Výsledná hodnota je pak rovna součtu takto zjištěných součinů pro všech pět řádek. Tento výsledný součet se potom dělí 100, aby se výsledek pohyboval v rozmezí od 0 (nejnižší možné hodnoty) do 100 (nejvyšší možné hodnoty). Výsledná hodnota se pak označuje jako index kvality života (QL). Vizuální analogová škála se obvykle pomyslně rozdělí na 100 dílků a křížek, který respondent na této škále udělá, je odečten z této pomyslné stupnice jako hodnota jeho celkové spokojenosti s životem (Křivohlavý, 2005).

2.3 Charakteristika výzkumného vzorku a výzkumného prostředí

Dotazovanými byly tři ženy a dva muži ve věku 66 až 81 let, s diagnózami Alzheimerova nemoc, organická depresivní porucha, mírná kognitivní porucha a vaskulární demence. Jediným kritériem pro výběr respondentů bylo jejich zařazení do Komplexního terapeutického programu Paprsek, minimální délka pobytu 6-8 týdnů a ochota respondentů spolupracovat na výzkumném šetření.

Výzkumným prostředím byly terapeutické místnosti, které jsou součástí gerontopsychiatrického oddělení pro ženy a ve kterých probíhají různé terapeutické programy, včetně programů arteterapie a relaxační techniky pro hospitalizované seniory.

2.4 Průběh výzkumu

Výzkumná práce byla zaměřena na seniory hospitalizované v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod. Pracuji zde jako všeobecná sestra a s hospitalizovanými seniory jsem tak v každodenním kontaktu.

Požádala jsem vedení Psychiatrické nemocnice v Havlíčkově Brodě o umožnění provedení výzkumného šetření (viz příloha 4).

Po udělení souhlasu s výzkumem bylo vybráno pět respondentů, kteří v rámci oddělení docházeli do komplexní terapie Paprsek, jehož součástí je arteterapie a relaxační techniky. Tito respondenti souhlasili s účastí na projektu. Byli seznámeni s jeho povahou, souhlasili s poskytnutím rozhovoru a jeho analýzou (viz příloha 5). Samostatné výzkumné šetření probíhalo od září 2015 do února 2016. Zjištěná data jsou prezentována formou kazuistik.

2.5 Zpracování získaných dat

Získané informace byly nejdříve setřizeny a posléze byly převedeny a zpracovány v programu pro psaní textu Microsoft Office Word verze 2013. Tabulky byly zpracovány v programu Excel 2013.

2.6 Výsledky výzkumu

V této části jsou prezentována zjištěná data formou kazuistik.

Paní Zdeňka D.

Narozena r. 1935.

Začátek hospitalizace: 27. 9. 2015.

Konec hospitalizace: 25. 1. 2016.

Anamnestická data:

RA: Bez psychiatrické zátěže.

OA: Hypertenze, varixy dolních končetin, cholecystektomie (1996).

SA: Obchodní škola, dálkově VŠ. Pracovala jako účetní a pak jako učitelka. Starobní důchod od r. 1984. Vdova od r. 2000. Bydlí sama v bytě, dcera bydlí ve svém bytě vzdáleném asi 5 minut chůze.

Vstupní rozhovor:

Ze vstupního rozhovoru s paní Zdeňkou vyplývalo, že byla orientovaná místem i časem. Jako důvod pro přijetí do Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod uvedla psychické problémy, které se ale snažila racionalizovat. Je zřejmé, že neměla náhled na své onemocnění. Uvedla také, že se necítila v důsledku těchto problémů dobře. Za vznik svých aktuálních problémů považovala kontakt s ošetřovatelkou pečovatelské služby. Respondentka měla problém s usínáním a v noci se často budila. Na otázku, která se týká přání do budoucna, odpověděla, že vlastně ani neví. Z výpovědi byla patrná rezignace. Respondentka ráda malovala, luštila křížovky, procházela se venku. S ostatními rozhovor obvykle nenavazovala, neměla na to v poslední době náladu. Paní Zdeňka nebyla věřící. Od terapeutických programů arteterapie a relaxační techniky očekávala zpestření pobytu na oddělení.

Vstupní SEIQoL: 36,5 %

Tabulka 1 Vstupní dotazník SEIQoL

Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	Výpočet
Rodina	60%	50%	3000
Zdraví	30%	20%	600
Zájmy	20%	10%	200
Peníze	30%	15%	450
Přátelé	10%	5%	50
SEIQoL			43

špatně										dobře	
		x									
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		

Vstupní MMSE: 25 bodů, hraniční nález, možnost demence.

Vstupní ADL: 90 bodů, lehká závislost.

Vstupní psychiatrické vyšetření (SPP):

Paní Zdeňka je lucidní, orientovaná osobou, časem, místem. Spolupracuje ochotně, oční kontakt udržuje. Odpovědi jsou bez latencí, adekvátní, hodně zabíhavé. Psychomotorika v normě. Emotivita je plošší, afektivní labilita a plačtivost, ladění anxiosně-depresivní, částečně odklonitelné. U pacientky jsou přítomny gustatorické halucinace. Myšlení je koherentní, přiměřeného tempa, bez strukturálních poruch, paranoidní bludy okrádání o majetek a otráveného jídla. Suicidiální není. V psychotických stavech konání pod vlivem bludů a halucinací, vyhazovala jídlo, opakovaně vše myla. Prosexie centrována na psychotické prožívání reality, nosoagnosie. Intelekt a mnestické funkce jsou lehce v pásmu demence. Organické změny osobnosti.

Z vstupního psychiatrického vyšetření vyplývá, že se jedná o pacientku s lehkou demencí u Alzheimerovy nemoci a nasedajícími delirii. Doma postupně selhávala, vyhazovala jídlo, že divně chutná a byla paranoidní, že se jí ztrácejí věci. Byla vystrašená, bála se o sebe.

Průběh terapeutických programů:

Paní Zdeňka byla zařazena 28. 9. 2015 (tj. druhý den po přijetí) do komplexního terapeutického programu Paprsek, jehož součástí jsou arteterapie a relaxační techniky.

Na počátku docházky do terapeutických programů byla pacientka plačtivá, neustále si stěžovala na to, jak se jí doma ztrácely věci, zřejmé kvalitativní poruchy myšlení tzv. bludy a kvalitativní poruchy vnímání tzv. halucinace. Vyprávěla o svém životě a zejména hovořila o své současné situaci, kterou vnímala jako velmi zatěžující. Paní Zdeňka byla paranoidně zaměřená proti ošetřovateli z pečovatelské služby, která jí obstarávala dovážku stravy a pomáhala s domácími pracemi. Hovořila také o problémech, které měla v minulosti a byla zřejmá snaha o racionalizaci svých nynějších problémů. Často také hovořila o svém vztahu s dcerou a vnučkou. Vztah se svou rodinou popisovala jako velmi uspokojivý. Zejména o své vnučce hovořila velmi pěkně. Paní Zdeňka byla orientovaná všemi směry. Jako své koníčky uvedla malování a luštění křížovek.

Celkový počet lekcí: 42 lekcí arteterapie, 21 lekcí relaxačních technik.

Doba trvání lekcí: lekce arteterapie 90 minut; lekce relaxačních technik 60 minut.

Arteterapie:

Paní Zdeňka uvedla v průběhu rozhovoru jako svůj koníček malování, také profese, kterou hospitalizovaná seniorka vykonávala, tj. učitelka výtvarné výchovy napovídala volbu terapeutického programu arteterapie.

Na počátku docházky do terapie je v první řadě velmi důležitá motivace pacientů k terapeutickým programům. V rámci arteterapie byla pacientka zpočátku zaměstnávána převážně pomocí kresby a malby, aby tolik nemusela myslet na svoje problémy a mohla se tak v rámci svých možností lépe odreagovat.

Jako vhodná témata byla volena, ta která mohla být pojata jako reminiscenční terapie. Což je další možný rozměr, který arteterapie nabízí. Příkladem je strom života, dům, ve kterém jsem žil, žiji; profese, kterou jsem vykonával, koláže na téma „moje rodina; zážitky s cest. Dalšími tématy jsou např. věci denní potřeby; autoportrét; portrét spolupacienta; portrét terapeuta; kresba či malba čteného příběhu atd.; kresba či malba

zátiší. Předpokládala jsem, že těmito tématy dojde u hospitalizované seniorky vedle tréninku dlouhodobé paměti, zároveň k posílení paměti krátkodobé tzv. recentní, která při progresi demence bývá postupně postižena.

Paní Zdeňka byla velmi vstřícná, terapeutické programy vnímala jako zpestření pobytu v nemocnici. Krátce po nástupu do terapie začala malovat akrylátovými barvami na plátna větších rozměrů. Je zřejmé, že ji vykonávaná činnost velmi těšila a se zálibou se jí věnovala i na oddělení. Paní Zdeňka měla velmi zachovalou jemnou motorikou. Pobyt v nemocnici si dále vyplňovala kreslením menších skic, např. dalších hospitalizovaných seniorek nebo kreslením obrázků podle různých předloh. S povolením anxiety si bylo možné všimnout, že postupně z jejího kresleného projevu mizela strnulost, která byla zřejmá na počátku docházky do terapie. Také bylo zřejmé, že pacientka volí světlejší barvy a v jejích kresbách a malbách bývá přítomno více barev. Později používala téměř všechny barvy. Z kresleného projevu je dále patrné, že se jedná o citlivější pacientku, která je více vztahovačná a je potřeba s ní jednat více s citem. Bylo důležité jí podávat přehledné informace a vždy skupinu adekvátně uzavřít, aby nevznikali pochybnosti. Z výtvarného projevu lze usuzovat, že má pacientka velký všeobecný přehled s dřívějších let, poměrně dobře zvládala abstrakci, intelektové schopnosti měla zachované. Pacientka byla spíše introvertní povahy.

Relaxační techniky:

Tyto techniky se jí velmi líbily a chválila si, že po absolvování konkrétně Schulzova autogenního tréninku spojeného s imaginací, si připadá více uvolněná. S opakovaným navštěvováním těchto programů se hospitalizovaná seniorka cítila subjektivně lépe. Spokojená byla také s individuálním programem, který zahrnoval v rámci rehabilitačního ošetřovatelství masáže rukou pomocí vonných masážních olejů při relaxační hudbě. Několikrát sama požádala o možnost účasti při relaxačních technikách a to i mimo rámec skupiny, do které byla zařazena. Dále paní Zdeňce vyhovovalo i posezení u kávy, které je v průběhu terapeutických programů zpestřením a hospitalizovaní senioři si tak mohou spolu popovídat a odpočinout si od hektického chodu, který je na odděleních tohoto typu běžný.

Závěrečné hodnocení:

Paní Zdeňka byla ne konci terapeutických programů orientovaná místem, časem a osobou. Jako důvod přijetí do Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod uvedla psychické problémy a díky nim se necítila dobře. Paní Zdeňka v průběhu léčby získala náhled na své onemocnění, snažila se více spolupracovat se zdravotnickým personálem na oddělení. Ke konci hospitalizace, považovala své přijetí do nemocnice za nutné. Pacientka se cítila subjektivně lépe po absolvování výše zmíněných programů. Pacientka lépe usínala a v noci se budila jen výjimečně. Většinou spala cca šest hodin nepřerušeně. V průběhu výstupního rozhovoru zmiňovala jako největší zálibu malování, kterým se obvykle zabaví přes den. Také uváděla, že ráda vyhledá nějaký společenský kontakt, lépe komunikuje s ostatními. Paní Zdeňka se nejvíce těšila na dceru a vnučku.

V průběhu terapeutických programů jsem mohla pozorovat, jak hospitalizovanou seniorku pomalu opouští depresivní nálada, celkové napětí a dochází tak k oživení emotivity a větší radosti ze života. Paní Zdeňka se také zmínila, že se jí díky absolvování těchto terapeutických programů „zvedlo“ sebevědomí. Po ukončení léčby pacientka odešla do domova pro seniory v Uhlířských Janovicích.

Výstupní SEIQoL: 65,88 %

Tabulka 2 Výstupní dotazník SEIQoL

Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	Výpočet
Zdraví	55%	40%	2200
Rodina	75%	30%	2250
Zájmy	70%	15%	1050
Peníze	60%	10%	600
Přátelé	15%	5%	75
SEIQoL			61,75

špatně					dobře				
						x			
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

Výstupní MMSE: 25 bodů, tj. hraniční nález

Výstupní ADL: 90 bodů, lehká závislost

Tabulka 3 porovnání výsledků respondentky Z. D., na počátku docházky do terapeutických programů a po absolvování těchto programů

RESPONDENT	POČET LEKCÍ	VSTUPNÍ HODNOTY	VÝSTUPNÍ HODNOTY
Paní Z. D.	42 lekcí arteterapie 21 lekcí relaxačních technik	MMSE 25 bodů ADL 90 bodů SEIQoL 36,5 %	MMSE 25 bodů ADL 90 bodů SEIQoL 65,88 %

Pan Oldřich K.

Pan Oldřich K., narozen r. 1935.

Začátek hospitalizace: 8. 11. 2015.

Konec hospitalizace: 19. 1. 2016.

Anamnestická data:

RA: Otec zemřel v 80 letech na karcinom plic. Matka zemřela v 75 letech na infarkt myokardu. Bratr zemřel v 65 letech na infarkt myokardu. Nikdo z rodiny se psychiatricky neléčil.

OA: Ischemická choroba srdeční, chronická renální insuficience, arteriální hypertenze, anémie, stav po operaci zeleného zákalu vpravo.

SA: Vdovec, otec dvou synů. Tři roky obyvatelem domova pro seniory v Pardubicích.

Vstupní rozhovor:

Pan Oldřich byl orientovaný všemi směry, odpovídal na otázky velmi stručně. Jako důvod pro přijetí do Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod uvedl psychické problémy, které byly spojené s úmrtím manželky. Nedokázal si na tento fakt zvyknout, bylo mu smutno, trápil se ztrátou blízké osoby. Respondent měl zřejmě v důsledku těchto problémů potíže s usínáním, v noci se často budil. Na otázku, která se týkala přání do budoucna, odpověděl, že neví, co by si přál, patrná depresivní nálada. Bylo zřejmé, že pan Oldřich měl náhled na své onemocnění. Jako své koníčky zmínil čtení časopisů, hlavně článků o cestování a také rád četl technickou literaturu, měl rád i ruční práce. Pan Oldřich nebyl věřící. Původním povoláním byl pilotem Vojenské Armády České Republiky.

Vstupní SEIQoL: 32,5 %

Tabulka 4 Vstupní dotazník SEIQoL

Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	Výpočet
Rodina	40%	45%	1800
Zdraví	40%	30%	1200
Zájmy	15%	10%	150
Přátelé	10%	10%	100
Peníze	50%	5%	250
SEIQoL			35

špatně										dobře
		x								
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

Vstupní MMSE: 27 bodů, norma.

Vstupní ADL: 100 bodů, nezávislý.

Vstupní psychiatrické vyšetření (SPP):

Pan Oldřich je lucidní, komplexně správně orientovaný. Kontakt navazuje ochotně, spolupracuje dobře. Řeč je přiměřeně hlasitá, artikulovaná, odpovědi s minimální latencí, obsáhlé, místy zabíhavé, výtěžnost dobrá. Halucinace nepřítomny. Emotivita otupělejší, depresivní ladění, anhedonie, anamnesticky suicidiální proklamace, přetrvává přání „nebýt“, aktuálně bez suicidiálních tendencí. Psychomotorické tempo lehce zpomalené, koherentní, místy zabíhavé, není spontánní bludná produkce. Chování klidné. Mírná kognitivní porucha nedosahující úrovně demence.

Z psychiatrického vyšetření vyplývá, že se jedná o pacienta s organickou afektivní poruchou vaskulární etiologie, přijatého na doporučení lékařky z psychiatrické ambulance pro depresi se suicidiálními proklamacemi.

Průběh terapeutických programů:

Pan Oldřich byl na počátku docházky do terapie spíše negativistický, komunikoval až na vyzvání. Nabídla jsem mu možnost programů arteterapie a relaxační techniky.

Celkový počet lekcí: 20 lekcí arteterapie, 10 lekcí relaxačních technik.

Doba trvání lekcí: lekce arteterapie 90 minut; lekce relaxačních technik 60 minut.

Arteterapie:

Pan Oldřich si při arteterapii vybíral k plnění zadaných témat spíše temperové barvy a vyhýbal se detailům v malbě. To je pro seniora s horším viděním však obvyklé. Dobře se mu dařilo při modelování z keramické hlíny. Modelování zachovává haptické vjemy a působí tak dobře na jemnou motoriku. Při činnosti postupoval systematicky, bylo zřejmé, že hospitalizovaný senior nejevil známky deteriorace kognitivních funkcí. Na počátku arteterapie byl pan Oldřich mírně nejistý, postupem času jsem však mohla pozorovat zvýšení jeho aktivity. Bylo zřejmé, že pana Oldřicha vykonávaná činnost těší. Postupem času pan Oldřich hovořil o svých problémech spojených především se ztrátou manželky. Velmi pěkně hovořil o svých synech, kteří za ním pravidelně jezdili na návštěvu. Z jeho výtvarného projevu bylo patrné, že se jedná o člověka, který je velmi pečlivý, potřebuje v životě určitý pořádek a jistotu, má také dobré sociální citění. Postupem času byl u něj patrný jasnější a uvolněnější výtvarný projev.

Relaxační techniky:

Pan Oldřich si od počátku docházky do tohoto programu pochvaloval Schulzův autogenní trénink spojený s imaginací. Říkal, že se po tomto programu cítil uvolněný, moc se mu líbila atmosféra, která při tomto relaxačním programu vznikala. V průběhu byl uvolněný, bez tenze. Panu Oldřichovi vyhovovalo také posezení u kávy s ostatními hospitalizovanými seniory. Později se aktivně zapojil do rozhovoru s nimi a sám často rozhovor s ostatními inicializoval.

Závěrečné hodnocení:

Pan Oldřich byl orientovaný časem i místem. Na začátku hospitalizace bylo u něj patrné zpomalené psychomotorické tempo a špatná nálada, byl negativistický. V průběhu docházky do terapie jsme mohli pozorovat zvýšení jeho celkové nálady. Zlepšila se také jeho spolupráce se zdravotnickým personálem. Taktéž usínal bez větších problémů a v noci lépe spal. Pan Oldřich měl dobrý vztah k terapeutickým programům arteterapie a relaxační techniky. Na otázku zda považoval psychoterapeutické programy arteterapie a relaxační techniky za přínosné. Odpověděl, že ano, zapomněl na svoje starosti a nějak se zabavil. Lepší než kdyby seděl na oddělení a koukal do zdi. Také mu vyhovoval podle jeho slov přístup sestřiček na terapii. Po ukončení hospitalizace odešel pacient zpět do domova pro seniory v Pardubicích.

Výstupní SEIQoL: 63,5 %

Tabulka 5 Výstupní dotazník SEIQoL

Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	Výpočet
Rodina	60%	40%	2400
Zdraví	65%	30%	1950
Zájmy	70%	15%	1050
Přátelé	45%	10%	450
Peníze	70%	5%	350
SEIQoL			62

špatně						dobře			
					x				
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

Výstupní MSSE: 27 bodů, norma

Výstupní ADL: 100 bodů, nezávislý

Tabulka 6 porovnání výsledků porovnání výsledků respondenta O. K., na počátku docházky do terapeutických programů a po absolvování těchto programů

RESPONDENT	POČET LEKCÍ	VSTUPNÍ HODNOTY	VÝSTUPNÍ HODNOTY
Pan O. K.	20 lekcí arteterapie 10 lekcí relaxačních technik	MMSE 27 bodů ADL 100 bodů SEIQoL 32,5 %	MMSE 27 bodů ADL 100 bodů SEIQoL 63,5 %

Paní Vilma L.

Paní Vilma L., narozena r. 1940 .

Začátek hospitalizace: 10. 9. 2015.

Konec hospitalizace: 21. 2. 2016.

Anamnestická data:

RA: Otec zemřel v 49 letech na cévní mozkovou příhodu, matka zemřela ve starším věku a měla těžkou sklerózu, léčena na psychiatrii. Bratr zemřel ve 42 letech na infarkt myokardu.

OA: Porevmatické změny srdce, hypertenze. Trombocytopenie. Polyvalentní léková alergie. Varixy dolních končetin, vrozená deformita nohou.

SA: Má měšťačku, pracovala jako dělnice. Vdávala se v 19 letech, rozvedená. Má dva syny, se kterými se ale stýká jen minimálně. Má dceru, se kterou se vídá více.

Vstupní rozhovor:

Paní Vilma byla orientovaná místem, nebyla orientovaná časem. Jako důvod pro přijetí do Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod uvedla tělesné problémy. Z výpovědi tedy vyplývá, že paní Vilma neměla náhled na své onemocnění. Paní Vilmu trápil hlavně pobyt v nemocnici a měla výraznější problém se přizpůsobit chodu oddělení. Musela dodržovat určitá pravidla a postup léčby. Respondentka měla potíže s usínáním, v noci se ale většinou neprobouzela, spala několik hodin nepřetržitě. Na otázku, která se týkala přání do budoucna, odpověděla, že klid a pohodu. S ostatními hovořila a navazovala kontakt bez větších problémů, jak sama uvedla. Za své koníčky považovala ruční práce, zejména vyšívání. Paní Vilma byla věřící. Od terapeutických programů očekávala zabavení se v průběhu dne.

Vstupní SEIQoL: 37 %

Tabulka 7 Vstupní dotazník SEIQoL

Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	Výpočet
Zdraví	50%	40%	2000
Rodina	60%	30%	1800
Zájmy	65%	15%	975
Peníze	40%	10%	400
Klid	45%	5%	225
SEIQoL			54

špatně			dobře						
			x						
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

Výstupní MMSE: 21 bodů, demence mírného až středně těžkého stupně.

Výstupní ADL: 80 bodů, lehká závislost.

Vstupní psychiatrické vyšetření (SPP):

Pacientka lucidní, orientovaná kompletně správně, kontakt navazuje velmi ochotně, odstup udržuje. Odpovědi bez latencí, v kategorii otázky, hyperspontánní. těžce usměrnitelná, velmi hovorná, detailizující. Psychomotorické tempo přiměřené. V anamnéze halucinace zrakové, sluchové i komplexní, aktuálně však halucinace nepřítomny. Pacientka normoforická, bez úzkosti, bez suicidiálních myšlenek. Myšlení souvislé, perseverující a zabíhavé, paranoidní blud okrádání. V anamnéze hysterické rysy osobnosti.

Z psychiatrického vyšetření vyplývá, že pacientka trpí demencí u Alzheimerovy choroby s podílem vaskulární složky. Přeložena z Psychiatrické kliniky v Hradci Králové s dg. organické haluciózy a smíšené Alzheimerovy demence pro paranoidně halucinatorní syndrom s komplexními halucinacemi. Na SPECT mozku těžká difusní korová atrofie. Dlouholetá ambulantní psychiatrická péče, od 5/10 začala udávat, že se

jí doma ztrácí peníze, oblečení a jídlo. Bydlí sama v bytě. Omezena způsobilostí k právním úkonům (mj. žádné podpisy úředních listin), opatrovníkem je dcera.

Průběh terapeutických programů:

Z výpovědi paní Vilmy při vstupním rozhovoru je zřejmé, že jí tíží pobyt v psychiatrické nemocnici. Na spolupráci v terapeutických programech ochotně kývne, „alespoň bude mít přes den na chvíli kam zajít.“ Paní Vilma byla komunikativní a neměla větší problém s navazováním kontaktu. Ochotně se mnou hovořila o svých problémech a popisovala špatnou adaptaci na chod oddělení.

Celkový počet lekcí: 51 lekcí arteterapie, 25 lekcí relaxačních technik.

Doba trvání lekcí: lekce arteterapie 90 minut; lekce relaxačních technik 60 minut.

Arteterapie:

Paní Vilma byla usměvavá, komunikativní a poměrně aktivní pacientka, k jejím zálibám patřilo hlavně kreslení dle různých předloh a také malování portrétů. Byla zřejmá zachovalá jemná motorika. Při hodinách arteterapie ji nebylo třeba příliš motivovat. Avšak jiným činnostem kromě malování a kreslení se bránila, měla tendence si činnosti vybírat. Hůře si zvykala na nové věci. V kresbě patrná rigidita, tzn. myšlenková ztuhlost, což znamená, že se hospitalizovaná seniorka hůře adaptuje na jakékoliv změny a déle jí tak trvá, než je přijme. Má raději kreslení podle předloh, otevřená, abstraktnější témata nevítá příliš s nadšením. Paní Vilma měla problém s časovou orientací a ani s průběhem terapeutických programů tomu nebylo jinak. Naopak se její orientace časem začala postupně zhoršovat. Z výtvarného projevu byla patrná rigidita, avšak nebyl patrný výraznější problém s emocemi. Bylo zřejmé, že se jedná o extrovertnější osobnost orientovanou spíše na sebe.

Relaxační techniky:

Paní Vilma navazovala dobře kontakt s ostatními, tj. hospitalizovanými seniory a se sestřičkami poskytujícími terapeutické programy. Vyhovovalo jí tedy posezení u kávy, byla velmi sdílná. Bylo vidět, že je vděčná za možnost si s někým popovídat, považovala to za vhodný způsob relaxace. Autogenní trénink nebyl pro paní Vilmu nejvhodnější metodou relaxace, vyhovovaly jí tak spíše masáže rukou. Masáže si velmi pochvalovala, cítila se po nich uvolněně.

Závěrečné hodnocení:

Na začátku hospitalizace byla pacientka lehce zmatená, orientována osobou a místem, problém byl s časovou orientací. Tento stav se v průběhu terapeutických programů nelepšil, naopak dochází k progresi. Důležité, ale bylo, že se paní Vilma i přesto cítila velmi dobře a komunikovala bez větších problémů se svým okolím. Také lépe spolupracovala se zdravotnickým personálem. Náhled na své onemocnění nezískala ani v průběhu léčby. Respondentka na konci docházky do terapeutických programů neměla potíže s usínáním a v noci se neprobouzela, spala i nadále několik hodin nepřetržitě. V programu arteterapie vyhovovalo paní Vilmě hlavně kreslení podobizen. Relaxační techniky byly pro hospitalizovanou seniorku vítanou změnou. Po ukončení hospitalizace pacientka odešla do domova pro seniory, do kterého se velmi těšila.

Výstupní SEIQoL: 63,75 %

Tabulka 8 Výstupní dotazník SEIQoL

Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	Výpočet
Zdraví	55%	40%	2200
Rodina	75%	30%	2250
Klid	80%	15%	1200
Zájmy	60%	10%	600
Přátelé	50%	10%	500
SEIQoL			67,5

špatně										dobře
					x					
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

Výstupní MMSE: 17 bodů, demence mírného až středně těžkého stupně

Výstupní ADL: 80 bodů, lehká závislost

Tabulka 9 porovnání výsledků respondentky V. L., na počátku docházky do terapeutických programů a po absolvování těchto programů

RESPONDENT	POČET LEKCÍ	VSTUPNÍ HODNOTY	VÝSTUPNÍ HODNOTY
Paní V. L.	51 lekcí arteterapie 25 lekcí relaxačních technik	MMSE 21 bodů ADL 80 bodů SEIQoL 37 %	MMSE 17 bodů ADL 80 bodů SEIQoL 63,75 %

Pan Jaroslav H.

Pan Jaroslav H., narozen r. 1949.

Začátek hospitalizace : 12. 10. 2015.

Konec hospitalizace: 16. 12. 2015.

Anamnestická data:

RA: Nikdo se na psychiatrii neléčil, synovec alkoholik, sebevražda se v rodině nevyskytla.

OA: Po operaci páteře, umělá pravá kyčel, po třetím infarktu myokardu, operace žlučníku, ambulantně hospitalizovaný u psychiatra po dobu tří let.

SA: Bydlí s manželkou v bytě, ale už to nejde, musí se odstěhovat, s první manželkou se rozvedl po pěti letech, protože hodně pila, mají spolu dceru. S druhou manželkou žije již 36 let, ona měla už dvě děti, obě adoptoval, spolu mají jednu dceru. Abusus alkoholu výjimečně, nekuřák.

Vstupní rozhovor:

Pan Jaroslav byl orientován všemi směry. Z jeho výpovědi bylo zřejmé, že měl doma problémy, nerozuměl si se ženou, měl obavy z řešení své situace. Naopak o dětech a vnoučatech hovořil velmi pěkně. Měl trápení se ženou a navíc v lednu tohoto roku při autonehodě zemřel manžel jeho dcery, nese to velmi těžce. Nezvládl situaci a předávkoval se léky. Z výpovědi bylo zřejmé, že má pan Jaroslav náhled na svou situaci. Také uvedl, že má potíže s usínáním. S ostatními komunikoval podle svých slov dobře a neměl problém s navázáním kontaktu. Mezi jeho záliby patřilo opravování aut, zahrada, domácí práce, rád sledoval fotbal. Pan Jaroslav byl věřící. Na otázku, co očekává od terapeutických programů arteterapie a relaxační techniky, odpověděl, že lepší myšlení, aby lépe ovládal svůj psychický stav a se vším se vyrovnal.

Vstupní SEIQoL: 49,5 %

Tabulka 10 Vstupní dotazník SEIQoL

Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	Výpočet
Zdraví	55%	40%	2200
Rodina	30%	30%	900
Přátelé	80%	15%	1200
Zájmy	65%	10%	650
Peníze	45%	10%	450
SEIQoL			54

špatně										dobře
			x							
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

Vstupní MMSE: 28 bodů, tj. norma.

Vstupní ADL: 100 bodů, nezávislý.

Vstupní psychiatrické vyšetření (SPP):

Pan Jaroslav je lucidní, orientován komplexně správně. Kontakt navazuje ochotně. Hovoří zabíhavě a nekonkrétně, zpočátku odpoví na otázku a po té má tendence odbíhat od tématu. Poruchy vnímání aktuálně neprokázány, ale pacient popisuje komplexní bizarní halucinace zrakové i sluchové. Nálada je v normě, nejsou náznaky hlubší deprese, bez tenze či anxiety. Suicidiální rozvahy či tendence nyní popírá, recientní suicidiální pokus racionalizuje a bagatelizuje. Myšlení je normálního tempa, souvislé, zabíhavé, není bludná produkce. Psychomotorické tempo je v normě, chování má klidné, společenské. Kognitivní funkce nejeví hlubší deterioraci, ale organicitu, nikoli však ve smyslu demence.

Pacient vyšetřen se závěrem Mírná kognitivní porucha nasedající na premorbidní poruchu osobnosti. Pacient přeložen z interního oddělení nemocnice v Benešově pro psychomotorický neklid, snahu o sebepoškození, stav po suicidiální tendenci intoxikací léky.

Průběh terapeutických programů:

Pan Jaroslav byl zařazen do terapeutických programů arteterapie a relaxační techniky 13. 10. 2015, tj. druhý den po přijetí na příjmací gerontopsychiatrické oddělení. Po seznámení s náplní terapeutických programů arteterapie a relaxační techniky přislíbil spolupráci, přesto se mě ale ptal, jestli by raději nemohl poklízet park nebo jestli není možnost nějaké hrubší práce. Malovat nikdy moc neuměl a relaxační techniky mu nic neříkají. Pořád je ale podle něj lepší dělat cokoli, než sedět na oddělení. Podle jeho slov to tam není nic moc, někteří senioři jsou hodně nemocní a není tam klid, ještě že má alespoň ty vycházky.

Celkový počet lekcí: 19 lekcí arteterapie, 10 lekcí relaxačních technik.

Doba trvání lekcí: lekce arteterapie 90 minut; lekce relaxačních technik 60 minut.

Arteterapie:

Nejdříve pan Jaroslav byl motivován tím, že v tomto terapeutickém programu také pracujeme s keramickou hlinou. Další činností je kašírování, které je vhodné zejména pro zachování stávající úrovně jeho jemné motoriky. Po vysvětlení přistupoval od počátku k tomuto programu vcelku aktivně. Bylo zřejmé, že problémy s jemnou motorikou neměl. Opatrně přistupoval ke kresbě a malbě. Toto jsem vnímala spíše jako obavu z činností, ve kterých si není úplně jistý, než jako možnou rigiditu. Naopak s menší obavou přistupoval k modelování či kašírování. Z průběhu tohoto programu je zřejmé, že kognitivní schopnosti pana Jaroslava byly zachovány. Rozuměl dobře zadání úkolů, které mu nebylo třeba více vysvětlovat. Činnost si dokázal naplánovat a nebylo třeba jej při práci více motivovat. Často vtipkoval a komentoval průběh terapie slovy: *“Kam vy chodíte na ty nápady.”* Z rozboru kresby vyplývalo, že pacient byl spíše extrovertní povahy, měl rád společnost. Na druhou stranu byl i citlivější povahy a byl poměrně fixovaný na rodinu. Hůře se adaptoval na změny, což bylo chápáno jako osobnostní rys.

Relaxační techniky:

Po první návštěvě tohoto programu, konkrétně Schulzova autogenního tréninku, pan Jaroslav říkal, že se nemohl úplně uvolnit, ale nebylo to podle něj špatné. Po opakování programu potvrdil, že se cítí mnohem lépe a daří se mu představit si čtené formulky spojené s imaginací. Dodával, že mu program připadá zajímavý a snad to podle něj i působí. Rád poseděl také u kávy, při níž si povídal s ostatními hospitalizovanými seniory a sestrami.

Závěrečné hodnocení:

Pan Jaroslav byl orientovaný všemi směry a od počátku hospitalizace bez větších problémů spolupracoval se zdravotnickým personálem na oddělení. Po celou dobu hospitalizace navštěvoval terapeutické programy arteterapie a relaxační techniky. V průběhu docházky do terapie jsme u pana Jaroslava mohly pozorovat ještě mírné zvýšení jeho motivace k hospitalizaci. Pacient byl s terapeutickými programy velmi spokojený, vyhovovalo mu, že měl nějaké vyžití po dobu hospitalizace, protože pobyt na oddělení byl pro něj ubíjející. Pan Jaroslav by si přál, aby byl doma a mohl chodit na fotbal, fandit vnukovi. Po ukončení hospitalizace pacient odešel domů.

Výstupní SEQoL: 66,88 %

Tabulka 11 Výstupní dotazník SEIQoL

Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	Výpočet
Zdraví	60%	40%	2400
Rodina	50%	30%	1500
Přátelé	85%	15%	1275
Zájmy	70%	10%	700
Peníze	50%	10%	500
SEIQoL			63,75

špatně						dobře			
						x			
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

Výstupní MMSE: 28 bodů, norma.

Výstupní ADL: 100 bodů, nezávislý.

Tabulka 12 porovnání výsledků respondenta J. H., na počátku docházky do terapeutických programů a po absolvování těchto programů

RESPONDENT	POČET LEKCÍ	VSTUPNÍ HODNOTY	VÝSTUPNÍ HODNOTY
Pan J. H.	19 lekcí arteterapie 10 lekcí relaxačních technik	MMSE 28 bodů ADL 100 bodů SEIQoL 49,5 %	MMSE 28 bodů ADL 100 bodů SEIQoL 66,88 %

Paní Marta B.

Marta B. narozena: r. 1949.

Začátek hospitalizace: 19. 9. 2014.

Konec hospitalizace: 10. 2. 2016.

Anamnestická data:

RA: Otec zemřel 51 letý na infarkt myokardu, měl hypertenzi. Matka léčena pro hypertenzi.

OA: Polymorbidita, subarachnoideální krvácení 11/2004 a následná ligatura arteria comunicans anterior, arteriální hypertenze, extrakce ledvinného kamene (2004).

SA: Střední zdravotní škola. Pracovala jako dětská zdravotní sestra. Invalidní důchod od 8. 7. 2005. Vdova, dvě děti.

Vstupní rozhovor:

Paní Marta byla při vstupu do terapeutických programů orientována pouze osobou, nebyla orientovaná místem, v časové orientaci také selhává. Nevěděla, co by si přála do budoucna, snad jen být s rodinou. Od terapeutických programů očekávala zabavení v průběhu dne na oddělení. Z odpovědi paní Marty vyplývalo, že jí trápí pobyt v psychiatrické nemocnici. Jako největší změnu ve svém životě uvedla právě pobyt zde. Co se spánku týká, vypovídala paní Marta, že se ráno cítí unavená. Na otázku jestli je věřící, přikyvovala. Jako své koníčky uvedla pletení a vyšívání.

Vstupní SEIQoL: 40,75 %

Tabulka 13 Vstupní dotazník SEIQoL

Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	Výpočet
Zdraví	60%	40%	2400
Rodina	60%	30%	1800
Přátelé	50%	15%	750
Zájmy	40%	10%	400
Peníze	30%	10%	300
SEIQoL			56,5

špatně										dobře
		x								
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	

Vstupní MMSE: 13 bodů, demence mírného až středně těžkého stupně.

Vstupní ADL: 50 bodů, závislost středního stupně.

Vstupní psychiatrické vyšetření (SPP):

Paní Marta je lucidní, desorientovaná místem, časem, orientovaná osobou. Oční a slovní kontakt udrží jen krátce. Psychomotorické tempo je pomalé, nulová spontaneita, odpovědi na otázky jednoslovné. V chování je odbržděná, tupě euforická. Psychotické poruchy vnímání a myšlení nejsou přítomny. Dominuje těžké postižení kognitivních funkcí ve všech směrech, frontální symptomatika v chování.

Ze vstupního psychiatrického vyšetření vyplývá, že se jedná o pacientku s diagnózou vaskulární demence po subarachnoideálním krvácení a následně ischemii frontálně. Pacientka přeložena z neurologického oddělení nemocnice Hradec Králové. Tam byla hospitalizována od 12. 9. do 19. 9. 2014, poté co jí na neurochirurgii v Hradci Králové provedli zaklipování prasklého aneurismatu arteria comunicans anterior. Na neurologickém oddělení se rozvinul neklid a zmatenost, který činil další péči na otevřeném oddělení nebezpečnou pro nemocnici i okolí.

Průběh terapeutických programů:

Paní Marta byla zařazena do programů arteterapie a relaxační techniky 26. 9. 2015, tj. po cca po roce hospitalizace na gerontopsychiatrickém oddělení pro ženy. Paní Marta má podanou žádost do Domova pro seniory Heřmanův Městec a tak by rehabilitační techniky tohoto typu pro ní mohly být přínosem a to zejména pro předpokládané udržení kognitivních funkcí. Ze vstupního rozhovoru vyplývá, že paní Marta byla orientovaná osobou, ale nebyla orientovaná místem ani časem. Paní Marta byla původní profesí dětská sestra. Jako své koníčky uvádí pletení a vyšívání.

Celkový počet lekcí: 51 lekcí arteterapie, 25 lekcí relaxačních technik

Doba trvání lekcí: lekce arteterapie 90 minut; lekce relaxačních technik 60 minut.

Arteterapie:

Paní Marta byla již od počátku docházky do programu arteterapie spíše aktivní. Bylo zřejmé, že má problémy s jemnou motorikou. Postupem času se začala její aktivita v tomto programu zvyšovat. Dochází také k zlepšení jemné motoriky. Paní Marta si pochvaluje především malování temperovými barvami. Maluje ráda hlavně podle předlohy. Dochází k zlepšení orientace v realitě. Pacientka byla pohotovější, avšak orientace časem zůstává stále narušena. Z výtvarného projevu jsem zaznamenala, že se jedná o osobnost s výrazným sociálním cítěním. Bylo jasné, že paní Marta měla z let minulých velký všeobecný přehled, avšak byla přítomna deteriorace kognitivních funkcí ve výtvarném projevu.

Relaxační techniky:

Paní Marta postupem času začala nejvíce preferovat posezení u kávy nebo čaje. Vnímala to jako pro ni nejvhodnější způsob relaxace. Ráda hovořila s ostatními, byla přiměřeně komunikativní. Vyhovoval jí i autogenní trénink, po jehož absolvování se cítila uvolněná. Byla spokojená také s masáží rukou.

Závěrečné hodnocení:

Z výstupního rozhovoru s paní Martou bylo zřejmé, že po ukončení absolvování terapeutických technik, byla orientovaná osobou, místem, nebyla orientovaná časem. Z počátku byla pacientka velmi uzavřená, v průběhu terapie došlo k jejímu začlenění do kolektivu a k výraznému zlepšení komunikace s okolím, u pacientky je zřejmé výrazné sociální citění. Jejím oblíbeným programem byla právě arteterapie. Blízký vztah měla k relaxačním technikám, zejména k autogennímu tréninku a masážím rukou. V průběhu její hospitalizace jsme mohli pozorovat zlepšení v oblasti spánku. Respondentka se přestala cítit ráno unavená. Na konci léčby projevila mírné obavy z toho, jak ji přijme okolí a senioři v Domově Heřmanův Městec.

Výstupní SEIQoL: 55,25 %

Tabulka 14 Výstupní dotazník SEIQoL

Životní cíle	Spokojenost	Důležitost	Výpočet
Zdraví	40%	40%	1600
Rodina	80%	30%	2400
Přátelé	60%	15%	900
Zájmy	65%	10%	650
Peníze	50%	10%	500
SEIQoL			60,5

špatně					dobře				
				x					
10	20	30	40	50	60	70	80	90	100

Výstupní MMSE: 19 bodů, demence mírného až středně těžkého stupně

Výstupní ADL: 80, lehká závislost

Tabulka 15 Porovnání výsledků respondentky M. B., na počátku docházky do terapeutických programů a po absolvování těchto programů.

RESPONDENT	POČET LEKČÍ	VSTUPNÍ HODNOTY	VÝSTUPNÍ HODNOTY
Paní M. B.	51 lekcí arteterapie 25 lekcí relaxačních technik	MMSE 13 bodů ADL 50 bodů SEIQoL 40,75 %	MMSE 19 bodů ADL 80 bodů SEIQoL 55,25 %

2.7 Diskuse

Cílem práce bylo zjistit, zda jsou programy arteterapie a relaxační techniky v práci všeobecné sestry přínosné pro kvalitu života hospitalizovaných seniorů. K verifikaci cíle byl použit rozhovor s pacienty doplněný o MMSE test, ADL test a dotazník SEIQoL. Výzkum byl proveden v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod.

Zastřešující výzkumná otázka:

Mají terapeutické programy arteterapie a relaxační techniky vliv na kvalitu života seniorů? K ní byly stanoveny 4 dílčí výzkumné otázky.

Dílčí výzkumná otázka 1: Zlepšují nebo alespoň udržují programy arteterapie a relaxační techniky stávající úroveň kognitivních funkcí seniorů?

Tato výzkumná otázka objektivizovaná škálou MMSE se potvrdila. Tři z dotazovaných respondentů měli stejné výsledky v MMSE, jedna z dotazovaných měla lepší výsledek v tomto testu a jedna horší výsledek. Dle tohoto vyhodnocení lze usuzovat, že programy arteterapie a relaxační techniky mají vliv na udržení kognitivních funkcí (viz tabulka č. 16).

Dle mého mínění je udržení stávajících kognitivních funkcí respondentů výsledkem komplexní léčby (medikamentózní úpravy základního onemocnění a následné ošetrovatelské péče), kde mají arteterapie a relaxační techniky své nezastupitelné místo. Toto zjištění potvrzují i výsledky McFaddenové a Bastingové (2010), podle kterých kreativní vyjádření podporuje větší pocit osobní kontroly a povzbuzuje osobitý projev, stejně jako pocit sociální sounáležitosti. Toto může dokonce podporovat zachování kognitivních funkcí. Posílení krátkodobé paměti u seniorů pomocí arteterapie popisuje i Müller (2005).

Dílčí výzkumná otázka 2: Zlepšují nebo udržují programy arteterapie a relaxační techniky schopnost sebeobsluhy u seniorů?

Tato výzkumná otázka se také potvrdila. Po absolvování těchto programů měli čtyři z dotazovaných respondentů stejné výsledky hodnocení v ADL testu. Jedna

respondentka měla výstupní výsledek lepší oproti vstupnímu výsledku (viz tabulka č. 16).

Toto zjištění je v souladu i s dostupnými zjištěními. ČAA (2012) popisuje zlepšení či udržení jemné motoriky u klientů, kteří absolvují program arteterapie. Arteterapii do souvislosti s rehabilitací jemné motoriky dává i Šicková-Fabrici (2008).

Dílčí výzkumná otázka 3: Zlepšují programy arteterapie a relaxační techniky subjektivní vnímání osobní pohody/kvality života u seniorů?

Tato výzkumná otázka se také potvrdila. Všichni dotazovaní respondenti potvrdili, že se cítí subjektivně lépe než před absolvováním terapeutických programů arteterapie a relaxační techniky. Respondenti hodnotili subjektivně lépe kvalitu svého života také pomocí škály SEIQoL (viz tabulka č. 16).

Toto je v souladu s tím, jak popisuje arteterapii Chancellorová, Duncanová a Chatterjee (2014). Podle nich se jedná o psychoterapeutickou metodu vhodnou z důvodu celkového uvolnění prostřednictvím kreativního procesu, přičemž může dojít i ke zvýšení sebehodnocení a následně tak povolení celkové tenze.

Obdobně vnímá osobní pohodu Mc Faddenová a Bastingová (2010), podle kterých vyjádření pomocí výtvarných technik vytváří pocit spokojenosti se svým životem, a to navzdory ztrátě blízké osoby, diskomfortu nemoci a rostoucímu omezení fyzických funkcí.

Podle National Center for Complementary and Integrative Health (2011) relaxační techniky mohou mít také příznivý vliv na fyziologické funkce jako je srdeční frekvence. Zlepšení celkového zdravotního stavu klientů je jistě důležité ke zlepšení vnímání celkové pohody.

Dílčí výzkumná otázka 4: Zlepšují nebo udržují programy arteterapie a relaxační techniky sociální interakci u seniorů? Zlepšují kompliance zdravotník-pacient?

Tato výzkumná otázka se také potvrdila. Na základě přímého pozorování lze tvrdit, že respondenti lépe komunikovali se svým okolím a došlo ke zlepšení compliance zdravotník-pacient. Obdobná zjištění uvádí i Liebmann (2010), který popisuje arteterapii jako činnost velmi pozitivní, která přináší radost a zlepšuje complianci terapeut-pacient.

Tabulka 16 Porovnání vstupních a výstupních hodnot MMSE, ADL a SEIQoL respondentů zařazených do terapeutických programů ARTE a RT.

RESPONDENT	POČET LEKCÍ	VSTUPNÍ HODNOTY	VÝSTUPNÍ HODNOTY
Paní Z. D.	42 lekcí arteterapie 21 lekcí relaxačních technik	MMSE 25 bodů ADL 90 bodů SEIQoL 36,5 %	MMSE 25 bodů ADL 90 bodů SEIQoL 65,88 %
Pan O. K.	20 lekcí arteterapie 10 lekcí relaxačních technik	MMSE 27 bodů ADL 100 bodů SEIQoL 32,5 %	MMSE 27 bodů ADL 100 bodů SEIQoL 63,5 %
Paní V. L.	51 lekcí arteterapie 25 lekcí relaxačních technik	MMSE 21 bodů ADL 80 bodů SEIQoL 37 %	MMSE 17 bodů ADL 80 bodů SEIQoL 63,75 %
Pan J. H.	19 lekcí arteterapie 10 lekcí relaxačních technik	MMSE 28 bodů ADL 100 bodů SEIQoL 49,5 %	MMSE 28 bodů ADL 100 bodů SEIQoL 66,88 %
Paní M. B.	51 lekcí arteterapie 25 lekcí relaxačních technik	MMSE 13 bodů ADL 50 bodů SEIQoL 40,75 %	MMSE 19 bodů ADL 80 bodů SEIQoL 55,25 %

2.8 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Z výsledků této bakalářské práce vyplívá, že arteterapie a relaxační techniky v práci všeobecné sestry jsou přínosné pro kvalitu života hospitalizovaných seniorů.

Dle mého mínění by bylo vhodné seznámit všeobecné sestry s těmito technikami formou workshopů. Workshopy by mohly být pořádány v rámci studia ve školách, anebo formou akreditovaných kurzů pro všeobecné sestry. Myslím si, že by tyto workshopy byly velmi přínosné a třeba by dodaly účastníkům chuť se dále o tuto problematiku zajímat a zprostředkovat ji tak pacientům v rámci hospitalizace v nemocnicích. Myslím, že by se touto cestou terapeutické metody arteterapie a relaxační techniky mohly dostat více do praxe ve zdravotnických zařízeních. Profitovat by tak z nich mohli nejen pacienti zdravotnických zařízení, u kterých se předpokládá dlouhodobější pobyt.

Dále se domnívám, že by relaxační techniky mohly být zařazeny jako součást denního chodu na oddělení. Náklady na jejich provedení jsou téměř nulové a jejich benefity pro seniory, a to ať se jedná třeba o autogenní trénink či Namaste care TM, jsou nesporné. Relaxační techniky v práci všeobecné sestry mohou být využity i v rámci osobní duševní hygieny, což je dobré jako prevence Burn out syndromu. Toto skýtá i výhody pro management nemocnice.

V rámci rozšíření povědomí o těchto technikách, jsem navrhla managementu Psychiatrické nemocnice v Havlíčkově Brodě, že bych tuto bakalářskou práci ponechala k dispozici v rámci nemocnice. Jako možnou inspiraci pro rozšíření terapeutických programů v dalších letech.

Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jestli mají arteterapie a relaxačních techniky v práci všeobecné sestry vliv na kvalitu života hospitalizovaných seniorů.

Teoretická část bakalářské práce byla rozdělena do tří hlavních kapitol. Nejdříve byla popsána arteterapie, její formy a přístupy v návaznosti na duševní poruchy. Poté následoval popis relaxačních technik. I zde byly nejprve popsány druhy, využití této metody a přístupy ke specifickým skupinám osob. Taktéž bylo zmíněno využití v různých životních situacích a úskalí technik prováděných se seniory. Poslední kapitola teoretické části se věnuje využití technik v Čechách a ve světě a možnostem vzdělávání pro všeobecné sestry.

V praktické části této bakalářské práce byla popsána metodika výzkumu. Hlavní metodou výzkumu byl zvolen rozhovor s respondenty, jako další metody bylo zvoleno přímé pozorování a testy zhodnocení stavu kognice Mini Mental State Examination (MMSE), test běžných všedních činností dle Barthelové (ADL) a The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL), tj. hodnocení individuálně chápané kvality života.

Samostatný výzkum proběhl mezi pacienty hospitalizovanými v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod. Dotazovanými byly tři ženy a dva muži ve věku 66 až 81 let.

Respondentka Zdeňka D. absolvovala v rámci pobytu v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod 42 hodin arteterapie a 21 hodin relaxačních technik. Po jejich navštěvování měla stejné výsledky v MMSE a ADL testech jako na počátku docházky do terapeutických programů. SEIQoL test dopadl podstatně lépe než na počátku docházky do terapie. Z rozhovoru s touto pacientkou vyplývá, že se po absolvování těchto technik cítí podstatně lépe než na počátku léčby. Respondentka získala náhled na své onemocnění.

Respondent Oldřich K. měl po 20 hodinách arteterapie a 10 hodinách relaxačních technik stejné výsledky v MMSE a ADL testech jako na počátku docházky do terapeutických programů. SEIQoL test dopadl lépe než na počátku těchto programů. Z rozhovoru s tímto pacientem bylo zřejmé, že se po absolvování arteterapie a relaxační techniky se cítí subjektivně lépe než před jejich absolvováním.

Respondentka Vilma L. měla po 51 hodinách arteterapie a 25 hodinách relaxačních technik horší výsledky v MMSE a stejné výsledky v ADL testu, jako před zahájením docházky do terapeutických programů. SEIQoL test dopadl o něco lépe než na počátku docházky do terapie. Z rozhovoru s touto pacientkou bylo zaznamenáno, že se po absolvování těchto technik se cítí o něco lépe než na jejich počátku.

Respondent Jaroslav H. měl po 19 hodinách arteterapie a 10 hodinách relaxačních technik stejné výsledky v MMSE a ADL testech jako na počátku absolvování terapeutických programů. Hodnocení SEIQoL testu dopadlo lépe než na počátku těchto programů. Z rozhovoru s tímto pacientem bylo zřejmé, že se po absolvování se po absolvování těchto technik cítí subjektivně lépe než před jejich absolvováním.

Respondentka Marta B. absolvovala v průběhu léčby 51 hodin arteterapie a 25 hodin relaxačních technik dosáhla lepších výsledků v MMSE a ADL testech, jako na počátku absolvování terapeutických programů. Hodnocení SEIQoL testu dopadlo také lépe než na počátku těchto programů. Z rozhovoru s pacientkou bylo zřejmé, že je více orientovaná a cítí se subjektivně lépe po absolvování těchto technik.

Z výše uvedeného vyplývá přínos arteterapie a relaxačních technik v práci všeobecné sestry pro hospitalizované seniory. Bylo tedy prokázáno, že tyto techniky vedou ke zkvalitnění života pacientů v nemocničním zařízení. Na základě těchto zjištění byla formulována doporučení pro praxi, tedy jejich širší uplatnění ve vzdělávání všeobecných sester a bylo doporučováno využít benefitů relaxačních technik v rámci duševní hygieny sester a managementu zdravotnických institucí jako vhodný nástroj v prevenci syndromu vyhoření.

Seznam literatury

1. *Ateliér arteterapie PF JU* [online]. České Budějovice: Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2015, 2015 [cit. 2015-12-15]. Dostupné z: <https://www.pf.jcu.cz/stru/katedry/arte/>
2. BEZVODOVÁ, Šárka: *Praktické využití relaxačních a imaginativních technik* [online]. 2014 [cit. 2014-12-28]. Dostupné z: <http://www.psychologie-bezvodova.cz/texty/prakticke-vyuziti-relaxacnich-a-imaginativnichtechnik/>
3. ČAA: *Česká arteterapeutická asociace* [online]. 2012 [cit. 2015-09-13]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/?kategorie=arteterapie>
4. DOUBEK, Pavel, Erik HERMAN, Ján PRAŠKO a Jiří HOVORKA. *Deprese a její léčba: Příručka pro pacienty a jejich rodinu*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-136-3.
5. EDUPOL, vzdělávací agentura: *katalog kurzů* [online]. [cit. 2015-09-13]. Dostupné z: <http://www.edupol.cz/kurz.html?kurz=129>
6. ESET s.r.o.: *ESET, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika,s.r.o.* [online]. 2015 [cit. 2015-09-13]. Dostupné z: <http://www.klinikaeset.cz/profese/seminare/>
7. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života*. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.
8. CHANCELLOR, Bree, Angel DUNCAN a Anjan CHATTERJEE. Art Therapy for Alzheimer's Disease and Other Dementias. *IOS Press* [online]. 2014, **2014**(39): 1-11.[cit. 2015-10-13]. ISSN 1387-2877/14. Dostupné z:http://ccn.upenn.edu/chatterjee/anjan_pdfs/Chancellor_ArtTherapy_AD_JAD.pdf
9. JANEČKOVÁ, H., KALVACH, Z., HOLMEROVÁ, I. *Programování aktivit, motivování, akceptování a kognitivní rehabilitace*. In: KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK, R., et al. *Geriatric a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
10. JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.
11. JOJIĆ, Boris R., a Ljubica M., LEPASOVIĆ. Autogenic training as a therapy for adjustment disorder in adults. *DoiSerbia* [online]. National Library of Serbia, 2005, 2015, **2005**(1): 505-509 [cit. 2015-12-17]. DOI: 10.2298/SARH0512505J. ISSN

- BIBLID: 0370-8179, 133. Dostupné z: <http://www.doiserbia.nb.rs/img/doi/0370-8179/2005/0370-81790512505J.pdf>
12. KRATOCHVÍL, Stanislav a kol. *Autogenní trénink, relaxace, která funguje* [online]. Praha: EXEDRA CZ z. s. , 2014 [cit. 2016-04-10].
Dostupné z: <http://www.autogennitrenink.cz/o-metode/j-h-schultz/>
 13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Měření kvality života objektivními ukazateli. In: *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005.
 14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 1.vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2001. ISBN 80-7178-551-2.
 15. LAMBERT, Lékařské klasifikace: MMSE. *Lékařské klasifikace: MMSE* [online]. Praha: Wolfgang & LL, 2008 [cit. 2016-03-22].
Dostupné z: <http://www.mudr.org/web/mmse>
 16. LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie: Nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. 2. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-729-9.
 17. LUŽNÝ, Jan a Dagmar PŘIKRYLOVÁ. *Sestra: Zkuste autogenní trénink!* [online]. 11. 4. 2007 [cit. 2015 10. 1.] Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zkuste-autogenni-trenink-301140>
 18. LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. 1.vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-573-2.
 19. MAŠKOVÁ, Andrea, Barbora ŠIMKOVÁ a Zdena VOLKOVÁ. *Edukační karty. Komplexní terapeutický program Paprsek*, 2014.
 20. MCFADDEN, Susan H. a Anne D. BASTING. *Clinics in Geriatric Medicine: Healthy Aging Persons and Their Brains: Promoting Resilience Through Creative Engagement*. *Science direct: 149–161* [online]. Wisconsin: Elsevier Inc., 2010, **26**(1), 149–161 [cit. 2016-02-29]. DOI: 10.1016/j.cger.2009.11.004. ISSN 0749-0690/10.
Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749069009000925>
 21. MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.
 22. *Multimediální trenažer plánování ošetrovatelské péče: Hodnotící škály* [online]. Hradec Králové: Multimedia Software, 2015 [cit. 2016-04-10].
Dostupné z: <http://ose.zshk.cz/vyuka/hodnotici-skaly.aspx>
 23. *National Center for Complementary: Relaxation Techniques for Health: What You Need To Know* [online]. Rockville Pike, Bethesda, Maryland: National institutes of

- health, 2011, [cit. 2015- 12- 17].
Dostupné z: <https://nccih.nih.gov/health/stress/relaxation.htm>
24. NÉMETH, František a kolektiv. *Geriatría a geriatrické ošetrovatelstvo*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-314-1.
25. POTTS, Daniel. Medical Daily: Art Therapy And Dementia: How Creativity Helps Unlock Alzheimer's Patients' Thoughts And Fears. *Medical daily: Art Therapy And Dementia: How Creativity Helps Unlock Alzheimer's Patients' Thoughts And Fears* [online]. Canada: Canadian Journal of Neurological Sciences, 2013 [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://www.medicaldaily.com/art-therapy-and-dementia-how-creativity-helps-unlock-alzheimers-patients-thoughts-and-fears-254301>
26. Puklová, Vladimíra. *Státní Zdravotní Ústav: Úspěšné stárnutí* [online]. Praha: Creative commons, 2008 [cit. 2016-03-05].
Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/zivotni-prostredi/uspesne-starnuti?highlightWords=senio%C5%99i+zdrav%C3%A9+st%C3%A1rnut%C3%A1>
[D](#)
27. RIS: *Regionální Informační Servis* [online]. 2012: Centrum pro regionální rozvoj české republiky, 2012, 2014 [cit. 2015-12-19].
Dostupné z: <http://www.risy.cz/cs/krajske-ris/jihocesky-kraj/kraj/socialni-prostredi/zakladni-demograficke-udaje/>
28. SHEARDOVÁ, Kateřina: NEUROLOGICKÁ KLINIKA LF MU, FN u sv. Anny, Brno. *Mírná kognitivní porucha v praxi* [online]. 2010 [cit. 2014-12-30]
Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/02/06.pdf>
29. SCHMID, John. *Best alzheimers product's: Art Therapy for Alzheimer's* [online]. Bernice, USA: Best Alzheimer's Products. All Rights Reserved., 2011 [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://www.best-alzheimers-products.com/art-therapy-for-alzheimers.html>
30. SCHULER, Matthias a Peter OSTER. *Geriatría od A do Z pro sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada, 2010. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.
31. SIMARD, Joyce. *The end-of-life Namaste Care program for people with dementia*. 2nd ed. Baltimore, Md.: Health Professions Press, c2013, xxi, 274 p. ISBN 9781938870026
32. ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava: *Základy Arteterapie*. Praha: Portál, s.r.o, 2008. ISBN 97880-7367-408-3.

33. VITÁSKOVÁ, K.; FAJMONOVÁ, J. *Různorodá práce v multismyslových místnostech snoezelen*. In Speciální pedagogika, 2006, roč. 16, č. 4, s. 246 – 25 ISSN 1211-2720.
34. VOLF, Petr. *Cena Jindřicha Chalupeckého*. Reflex. 2005, **2005**(46)
35. WEIMEROVÁ, Monika. Dobra Psychiatrie: Deprese a tělesné problémy. *Dobra Psychiatrie* [online]. 2010 [cit. 2015-10-11].
Dostupné z: <http://www.dobrapsychiatrie.cz/deprese/deprese-a-telesne-problemy>
36. WELLER, Chris. Medical Daily: Art Therapy And Dementia: How Creativity Helps Unlock Alzheimer's Patients' Thoughts And Fears. *Medical Daily* [online]. Canada: Canadian Journal of Neurological Sciences, 2013, 2015 [cit. 2015-11-26].
Dostupné z: <http://www.medicaldaily.com/art-therapy-and-dementia-how-creativity-helps-unlock-alzheimers-patients-thoughts-and-fears-254301>

Seznam tabulek

Tabulka 1 Vstupní dotazník SEIQoL.....	32
Tabulka 2 Výstupní dotazník SEIQoL.....	35
Tabulka 3 porovnání výsledků respondentky Z. D., na počátku docházky do terapeutických programů a po absolvování těchto programů.....	36
Tabulka 4 Vstupní dotazník SEIQoL.....	38
Tabulka 5 Výstupní dotazník SEIQoL.....	40
Tabulka 6 porovnání výsledků porovnání výsledků respondenta O. K., na počátku docházky do terapeutických programů a po absolvování těchto programů.....	41
Tabulka 7 Vstupní dotazník SEIQoL.....	43
Tabulka 8 Výstupní dotazník SEIQoL.....	45
Tabulka 9 porovnání výsledků respondentky V. L., na počátku docházky do terapeutických programů a po absolvování těchto programů.....	46
Tabulka 10 Vstupní dotazník SEIQoL.....	48
Tabulka 11 Výstupní dotazník SEIQoL.....	50
Tabulka 12 porovnání výsledků respondenta J. H., na počátku docházky do terapeutických programů a po absolvování těchto programů.....	51
Tabulka 13 Vstupní dotazník SEIQoL.....	53
Tabulka 14 Výstupní dotazník SEIQoL.....	55
Tabulka 15 Porovnání výsledků respondentky M. B., na počátku docházky do terapeutických programů a po absolvování těchto programů.....	56
Tabulka 16 Porovnání vstupních a výstupních hodnot MMSE, ADL a SEIQoL respondentů zařazených do terapeutických programů ARTE a RT.	59

Seznam příloh

Příloha 1 - Rozhovor

Příloha 2 - Mini Mental State Examination

Příloha 3 - Barthelův test běžných všedních činností

Příloha 4 - Umožnění výzkumného šetření

Příloha 5 - Informovaný souhlas respondentů s provedením výzkumu

Příloha 6 - Seznam zkratk

Příloha 7 - Edukační karta Komplexního terapeutického programu Paprsek

Příloha 8 - Edukační karta Arteterapie

Příloha 9 - Edukační karta Relaxační techniky