

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

VYUŽITÍ HUMORU V OŠETŘOVATELSTVÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: Jitka Pánková

Vedoucí práce: Mgr. Michaela Votroubková

HRADEC KRÁLOVÉ, 2009

CHARLES UNIVERSITY OF PRAGUE
MEDICAL FACULTY IN HRADEC KRALOVE
INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE
DEPARTMENT OF NURSING

Usage of humour in Nursing

Bachelor's thesis

Author: **Jitka Pánková**

Supervisor: **Mgr. Michaela Votroubková**

2009

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerá literatura a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové, dne 20. dubna 2009

.....

Děkuji Mgr. Michaelé Votroubkové a Prof. PhDr. Jiřímu Marešovi CSc. za motivaci a cenné rady při tvorbě bakalářské práce. Dále děkuji všem ochotným pacientům a zdravotníkům, kteří mi pomohli s provedením výzkumu.

Motto: Vzpomínka Jana Wericha na zážitek z doby léčby jeho rakoviny

„Bylo mi líto, že jsme neudělali víc filmů. A lepší filmy. Protože nemocní lidé nemůžou chodit do divadla, ale můžou se koukat na filmy. V tom Brně to někoho napadlo. Jenže jim promítali filmy o pracovním hrdinství. O budovatelských úspěších.“

Vyhrnul obočí a s komickým důrazem pokračoval:

„Já si vážím pracovního hrdinství a jsem hrdej na budovatelské úspěchy. Ale ne, když mám umřít. A tak jsem zavolal Fričovi. Mac přijel a přivezl filmy, šestnáctky. Staré veselohry, muzikály, grotesky. Na plátně tančila Rogersová s Astairem, Chaplin dělal srandu a pacienti řvali smíchy. Asi za čtrnáct dní mi doktor povídá: ‚Nikdy bych to byl nevěřil, ale od té doby, co tu promítáte ty legrace, lidem se lepší nálezy...‘

A já se znovu poklonil těm filmařům. Tentokrát až na zem, protože přimět člověka, aby zapomněl na to, že umírá, dokáže jen něco dokonalého. To je nejvyšší, absolutní vysvědčení.“

(Janoušek, 1982: s.231)

OBSAH

	str.
ÚVOD	8
1. Cíle práce	10
2. TEORETICKÁ ČÁST	11
2.1 Humor – definice, složky, zdroje	11
2.1.1 Účinky humoru	12
2.1.2 Aplikace humoru ve zdravotnictví	16
2.1.2.1 Podmínky aplikace humoru	16
2.1.2.2 Humor není někdy pomocí	16
2.1.3 Možnosti aplikace humoru ve zdravotnictví	17
2.1.3.1 Zdravotní klauniády pro děti	17
2.1.3.2 Klauniády pro „dříve narozené“	18
2.1.3.3 Přímé využití humoru psychoterapeutem	18
2.1.3.4 Místnosti humoru	19
2.1.3.5 Aplikace humoru u lůžka pacienta	19
2.1.3.6 Humor aplikovaný personálem	19
2.1.3.7 Humor v komunikaci mezi zdravotníky	19
2.2 Ošetřovatelství	20
2.2.1 Pojetí ošetřovatelství	20
2.2.2 Koncepční modely	23
2.2.3 Filozofická východiska oboru	24
2.3 Geriatrie	30
2.3.1 Charakteristika stáří	31
2.3.2 Typické obtíže geriatrických pacientů	32
2.3.2.1 Hospitalismus	32
2.3.2.2 Bolest	33
2.3.2.3 Poruchy spánku	33
2.3.2.4 Depresivní syndrom	34
2.3.2.5 Malnutrice	34
2.3.2.6 Svalová slabost	35

3.	EMPIRICKÁ ČÁST	36
3.1	REALIZACE PROJEKTU VÝZKUMU	36
3.1.1	Charakteristika zkoumaného souboru	36
3.1.2	Klinika gerontologická a metabolická	38
3.2	METODIKA VÝZKUMU	42
3.2.1	Stanovení hypotéz	42
3.2.2	Metodika aplikace	43
3.2.3	Metodika měření	43
3.2.4	Metodika vyhodnocení	47
3.3	VÝSLEDKY ŠETŘENÍ	48
3.3.1	Vývoj depresivity a nálady	49
3.3.2	Vývoj bilance stravy a chuti k jídlu	52
3.3.3	Vývoj vnímání bolesti a spotřeby léků na bolest	55
3.3.4	Vývoj spotřeby léků na spaní	58
3.3.5	Vývoj svalové síly	59
3.3.6	Vývoj krevního tlaku a pulsu	61
3.3.7	Verifikace hypotéz	68
3.4	DISKUSE	69
3.4.1	Deprese ve vyšším věku	69
3.4.2	Bolest v geriatricii	72
3.4.3	Vliv humoru na tepovou frekvenci	74
3.4.4	Názory pacientů	76
	ZÁVĚR	77
	ANOTACE	78
	SOUHRN	79
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	80
	SEZNAM TABULEK	84
	SEZNAM GRAFŮ	85
	PŘÍLOHY	86

ÚVOD

Moderní ošetrovatelství je založeno na filozofii holismu. Člověk, kterého si velice vážím mi jeho myšlenky vyložil a vděčím mu především za hlubší pochopení podstaty jeho smyslu, jež lze využít pro práci zdravotní sestry. Roli zdravotní sestry v této souvislosti chápu ve vyhledávání a obhajování zájmů pacienta. Medicína se orientuje především na tělo člověka, na projevy nemocí, ať už je jejich pravá příčina jakákoliv. Psychosomatické souvislosti jsou v běžné praxi stále mnohdy podceňovány či úplně opomíjeny. Profese zdravotní sestry je krásná právě v tom, v čem je zároveň nemocným nejvíce přínosná. Je to orientace na mysl a duši nemocných, na jejich skutečnou spokojenost, která pramení z klidu duše a naplnění potřeb. Jedno bez druhého však není možné. Kvalitní medicína a kvalitní ošetrovatelství jsou podmínkou kvalitní zdravotní péče o pacienty.

Využití humoru v péči o nemocné má ve světě již dlouhou tradici. O jeho příznivých účincích na zdravotní stav jsou přesvědčeni odborníci z řad lékařů i sester. V České republice byly již účinky humoru také zkoumány, ale prozatím nedošlo k jeho širšímu využití v léčbě a také ošetrovatelství zatím s humorem, jakožto ošetrovatelskou intervencí příliš nepočítá. Ale i bez humoru v ošetrovatelských plánech péče lze zpříjemnit a naplnit dlouhé chvíle na nemocničním lůžku a odvést od pacientů černé myšlenky. Humor ale přináší ještě mnohem víc. Jeho účinkům jsem věnovala kapitolu 2.1.1 V této práci se snažím věnovat především praktickému využití poznatků v péči o nejpotřebnější skupinu pacientů nemocnic.

Pracuji se starými lidmi již 15 let a stále častěji mě trápí některé aspekty péče o seniory. Ošetrovatelská péče je mnohdy redukována na uspokojování základních biologických potřeb a zdravotní sestry přes veškerou snahu nejsou schopny zajistit veškeré potřeby pacientů. Jak jiná by byla geriatriká centra a geriatriká oddělení, kde by se na péči spolupodíleli psychologové, kde by bylo možné chronické bolesti starých pacientů tlumit masážemi, kde by pacientům s poruchou zraku někdo přečetl povídku z oblíbeného časopisu, kde by jim nabízeli třeba odpolední kávu, kde by pustili oblíbenou hudbu, přehráli oblíbený film nebo oblíbeného baviče, který by rozesmál....V nemocničních zařízeních se zapomíná na potřeby starého člověka. Zapomíná se na potřebu soukromí, sounáležitosti, komunikace či seberealizace. Staří lidé možná neumírají tolik na vlastní choroby, jako z pocitu marnosti existence, s vědomím, že je nikdo nepotřebuje a jsou přítěží pro okolí.

Humor představuji především jako jednu z metod, kterou lze výrazně přispět k zpříjemnění života starého člověka upoutaného na lůžko, jako prevenci rozvoje hospitalismu, jako zvládací techniku proti stresu. Proč jsem zvolila právě skupinu geriatrických pacientů? Protože v jejich životě je velmi obtížné najít si cestu k humoru a zároveň mají často nejvíce důvodů ho ztratit. Možná si prostřednictvím této jednoduché metody vzpomenou, že kdysi jim humor pomáhal zvládat spousty těžkostí a nelehkých chvil. Snad nezapomněli, že s nadhledem a vtipem je skutečně život lehčí.

1. CÍLE PRÁCE

V teoretické rovině:

1. Pokusit se shrnout dostupné poznatky oboru gelotologie (věda zabývající se výzkumem účinků humoru na člověka).
2. Nastínit styčné plochy propojení humoru a ošetrovatelství.
3. Specifikovat hlavní problematiku hospitalizovaného geriatrického pacienta.

V empirické rovině:

1. Prokázat, že zvolená metoda aplikace humoru je účinná pro geriatrické pacienty.
2. Zviditelnit metodu a získat čtenáře mé práce a spolupracovníky pro její využití v klinické praxi.

Cíle mé práce v empirické rovině nestanovují příliš velké. Vzhledem k omezeným možnostem rozsahu zkoumaného vzorku a zvolené metodice nelze aspirovat na rozsáhlé vědecké závěry.

„Nezřídka bývá humor cestou, jak dosáhnout vnitřní síly a převahy: je nejvyšší metou svobody.“ (Radko Pytlík)

2. TEORETICKÁ ČÁST

2.1. HUMOR

Humor (z latiny (*h*)umor vlhkost, tekutina) je druh emoce a je také schopnost člověka, věci či situace vzbudit pocit pobavení v jiném člověku a souhrn způsobů jak toto pobavení, často provázené smíchem, vyvolat. Pojem původně popisoval temperament jedince, který se podle antických představ skládal ze čtyř základních tělesných tekutin (*humores*). S humorem úzce souvisí smích. Rysy humoru jsou nesmyslnost a moment překvapení. Humor sehrál patrně jednu z hlavních rolí při evoluci člověka.

(Wikipedia, 2009, *on-line*)

Podle S.M.Sultanofa sestává humor ze tří složek: **vtipu** (kognitivní komponenty), **veselí** (emocionální komponenty) a **smíchu** (fyziologické komponenty – tělesné reakce). Tyto složky lze prožívat také zvlášť, jejich aktuální konfrontace však přináší efekt, který nazýváme „humor“. Tedy smích je součástí humoru, nemusí být ale nutně přítomen. Lze ho také vyvolat drogou, lechtáním apod.. (Nešpor, 2007)

Humor a smích jsou předmětem filozofických úvah již celá staletí, samotná definice humoru není dodnes jednoznačná. Zdroje smíchu byly nalezeny tři. Prvním je kontrastnost věcí, významů nebo idejí, jež jsou uváděny v souvislost, ač představují hodnoty navzájem nesouměřitelné. Např. rozpor mezi hmotným a duchovním nebo mezi přirozeností a strojeností. Druhý názor rozšiřuje první a uvádí jako zdroj smíchu překvapivé odhalení těchto kontrastů, úlevu a radost z ušetřené „námahy“, kterou jsme kdysi předpokládali a kterou jsme bleskovým zásahem uspořili. Třetí zdroj smíchu spatřuje ve zveličení nutných k odhalení a ke zviditelnění skrytých událostí, jež byly zašifrovány a skryty všedností. Kolem těchto tří zdrojů krouží všechny definice humoru (Pytlík, 2000).

„Úsměv stojí méně než elektřina a dává více světla.“ (Bronin)

*„Proboha, smějte se častěji! Je to jediný spolehlivý lék na všechny nemoce.“
(N. V. Gogol)*

2.1.1 Účinky humoru

Historický vývoj, kterým výzkum humoru procházel, postupoval od myšlenky- tušení jeho blahodárného vlivu, přes jeho prokazování a zkoumání přesného mechanismu účinku na člověka, jímž se zabývá relativně nový vědní obor (gelotologie), který v České republice prozatím nemá velké zastoupení.

Účinek pozitivních emocí obecně popisuje B.L.Fredericksonová v knize J. Křivohlavého (2004, s. 68 a 72) :

„Díky zážitkům a zkušenostem s pozitivními emocemi se lidé mění (přeměňují – transformují). Stávají se tvořivějšími (kreativnějšími), více toho vědí, jsou nezdolnější, rozvíjí se jejich sociální aktivita (socializace) a stávají se zdravějšími jedinci.“ [...] Pozitivní emoce můžeme spojovat se zvyšováním fyzických, intelektuálních a sociálních zdrojů. [...] Pozitivní emoce budují trvalé osobní zdroje...zvyšují pohodu (well-being – celkový dobrý stav člověka), mohou se skládat a sčítat (akumulovat)...a mohou zdokonalovat jeho vlastnosti zvládnání problémů a tím budovat jeho nezdolnost (reselience).“

Pohlédneme-li na humor **ze sociálního hlediska**, usnadňuje komunikaci a zlepšuje vztahy mezi lidmi, uvolňuje napětí a navozuje spolupráci. Toho všeho lze využít ve zdravotnictví při ošetřování nemocných, léčbě, rehabilitaci... Humor je takto účinný jak mezi zdravotníkem a pacientem, tak mezi zdravotníky samotnými. (Mareš a kol., 2003)

Samotný smích je pak možno pokládat za jistý **druh cvičení**. Vydatný smích procvičuje bránici, dýchací systém, srdce, prokrvují se svaly, které se podílejí na smíchu. Někteří lékaři hovoří o vnitřním joggingu. Podle výzkumníků na jedné americké univerzitě vedl dvacetivteřinový vydatný smích ke zdvojnásobení tepové frekvence ještě minutu po jeho skončení. (Nešpor, 2007)

Dále Nešpor (2007) uvádí **účinky na psychiku**. Kromě pocitů libosti mírní hněv, úzkosti i deprese. Dále zvyšuje tvořivost, schopnost řešit problémy a odolnost. Často působí jako katarze a uvolňuje nahromaděné napětí, vnitřní bloky a potlačené emoce. Tím také zlepšuje vztahy mezi lidmi. Díky humoru člověk dokáže vnímat své problémy z jiné stránky a s větším nadhledem, čímž je pomůže vyřešit nebo alespoň lépe snášet.

Nezanedbatelný vliv na psychiku pacienta má zvláště ten druh humoru, který je pacientovi blízký. Může být také signálem, že se člověk, který prožil nějakou přírodní nebo jinou katastrofu, psychicky zotavuje.

Změny v apetitu a zažívání jsou prokazatelné účinky stresu. Když řekneme, že jsme ztratili chuť k jídlu v souvislosti s emočním rozrušením, naše vyjádření je často akceptováno. Žaludeční obtíže jsou zřejmě obvyklé atributy pro stresové zážitky. Stres působí na vegetativní nervový systém a snižuje aktivaci hormonů ovlivňujících trávení. Při humoru se cítíme uvolnění a mírně propaguje parasympatická aktivita vylepšující pravděpodobnost inzulínové sekrece a úspěšného zažívacího procesu, ze kterého získáváme energii. Toto je asi důvod, proč je doporučován smích a radost při jídle. (Lefcourt, 2001)

Smích může vést ke stavu změněného vědomí, jak to již koncem minulého století formulovali Hall a Allin (Nešpor, 2007, s. 28) : „... *Svět mizí a je zapomenut, ohledy a dobré mravy a dokonce i přítomnost druhých se vytrácejí, a duch pouze vidí a slyší předmět svého smíchu. Starosti, problém, ba i tělesná bolest jsou zapomenuty. Mysl se ve své přirozenosti vrací nesčetná tisíciletí nazpět a zachycuje odlesk prvotního ráje, v němž byla radost silná a vrcholná.*“

O negativních účincích stresu akutního i chronického bylo již napsáno mnohé a snad nikdo nepochybuje o negativním vlivu stresu na zdravotní stav člověka. Nelze také pochybovat, že nemoc a to, co s sebou přináší je velkým souborem stresorů. Často však je na tuto skutečnost při léčbě člověka zapomínáno. Jedním z našich předních psychologů, kteří se tímto tématem zabývají je Křivohlavý (2001), který popsal možnosti, kterými můžeme bojovat proti stresu . Mezi tyto metody zařadil také humor.

Smích také snižuje negativní účinky stresu, dochází k poklesu sekrece hormonů, které se zvýšeně vylučují při stresu (dopamin, adrenalin, kortisol). Podle výzkumu, prováděného na vzorku 300 osob, chrání do jisté míry i před srdečními nemocemi, což se dává do souvislosti právě s jeho protistresovým působením. Prokázalo se, že lidé, kteří mají smysl pro humor, bývají odolnější vůči stresu a smích často působí jako určitá ochrana nebo „nárazník“ proti zátěžovým životním událostem.

Uvolňující a protistresový účinek humoru pomáhá oslabit stresovou reakci, přetrvává dlouho po tom, co přestane humor působit, čímž také pomáhá se ze stresu zotavit. (Nešpor, 2007)

Svalové uvolnění, které nastává vlivem smíchu, probíhá ve dvou stádiích. Nejprve se uvolňují svaly, které se na smíchu nepodílejí, po jeho skončení i ty, které byly při něm aktivovány. Uvádí se, že svalové uvolnění přetrvává ještě dlouho po skončení smíchu a že se díky němu svaly mohou uvolnit ještě více než za pomoci masáže či relaxace.

Při sledování **vlivu humoru na imunitní systém** bylo zjištěno, že dochází k vzestupu imunoglobulinu A, imunoglobulinu G, gamma interferonu, zvyšuje se počet NK buněk (natural killer čili „přirozený zabíječ“, tyto buňky ničí nádorové nebo infekcí napadené buňky), T-lymfocytů i B-lymfocytů. U některých z uvedených změn se prokázalo, že přetrvávají nejméně 12 hodin po skončení smíchu. Tím humor posiluje imunitu, což zvyšuje odolnost vůči infekcím a nádorům.

Pochopitelný je **příznivý efekt smíchu na dýchání a krevní oběh**. Plíce se zbavují podstatně většího objemu vzduchu než za normálních okolností. To může být zvláště prospěšné pro jedince s onemocněními dýchacího systému. Dochází k lepšímu prokrvení svalů, které byly při smíchu aktivovány. Při smíchu nastává zvýšení tepové frekvence a prokrvuje se pokožka (nastává rozšíření povrchních cév neboli vasodilatace), což se subjektivně projevuje pocitem tepla. Po skončení smíchu se tepová frekvence i krevní tlak snižují často pod obvyklý stav. (Nešpor, 2007)

Jak uvádí Nešpor (2007), **účinky smíchu na bolest a její vnímání** byly zkoumány i experimentálně a ukázalo se, že smích skutečně mírní bolest, a to výrazněji, než prosté odvedení pozornosti. Tím se může u chronicky nemocných snížit spotřeba léků proti bolesti, z nichž řada má vedlejší účinky nebo může vyvolávat závislost. Smích jako pomocnou léčbu doporučují i odborné společnosti jako je American Cancer Society (Americká společnost proti rakovině). Jedním z důvodů, proč může smích mírnit bolest, je fakt, že bolest často souvisí se stresem a se zvýšeným svalovým napětím. Smích mírní stres a po skončení smíchu se často spontánně dostavuje stav klidu a uvolnění. Jestliže je tedy pacient schopen zmírnit si bolest vlastními silami (např. smíchem, relaxací nebo cvičením), dodá mu toto zjištění sebedůvěru a posílí sebevědomí. Smích může být také určitou formou odreagování a projevení emocí, což mívá katarzní (očistný) účinek. Není vzácné, že současná vypjatá situace vyvolá vzpomínky na podobnou situaci z dávné minulosti a že pláčeme, naříkáme, nebo se smějeme pro to, co cítíme teď, i pro to, co jsme prožívali někdy dávno. Humor zvyšuje celkovou odolnost psychiky a tím také zvýšenou odolnost organismu proti bolesti.

Mareš (2003) také uvádí další způsoby účinku humoru na bolest. Při smíchu se uvolňují endorfíny, látky tělu vlastní, které mají analgetický účinek. Navíc humor odvádí pozornost od negativních emocí, tedy i od bolesti. Samozřejmě není-li bolest tak silná, že potlačí vnímání humoru a soustředění.

Léčba smíchem a komikou se nazývá gelototerapie. Zejména ve Spojených státech se na tento způsob léčby specializují někteří psychologové i celé instituce.

Smích a humor se osvědčily i při psychoterapii pacientů ve vysokém věku, kteří trpěli depresemi. (Nešpor, 2007)

Souhrn výzkumů Americké asociace pro terapeutický humor:

Humor (užívaný vhodně a citlivě)

- Redukuje stres, úzkost, a napětí
- Podporuje psychickou pohodu
- Zvyšuje sebeúctu
- Zlepšuje mezilidské vztahy
- Podporuje vzájemnost a soudržnost
- Zlepšuje paměť (pro humornou informaci)

Veselí

- Zvyšuje toleranci bolesti
- Zlepšuje náladu
- Zvyšuje naději, energii a ráznost
- Působí proti depresi a úzkosti
- Zvětšuje tvořivé myšlení a schopnost řešit problémy
- Zvyšuje přátelskost

Smích

- Zvyšuje intenzitu veselí
- Je nakažlivý
- Zvyšuje mezilidskou přitažlivost a blízkost
- Cvičí dýchací svalstvo

(aath, 2008, *on-line*)

„Bolest je hlubší než myšlenka, smích je nad veškerou bolestí.“

(Elbert Hubbard)

„Příchod dobrého klauna prospěje zdraví vesnice více než dvacet oslů naložených léky.“

(Středověký lékař T. Sydenham)

„Humor je nejkratší cesta od jednoho člověka k druhému.“

(Claude Confortès)

2.1.2 Aplikace humoru ve zdravotnictví

2.1.2.1 Podmínky aplikace humoru

- Pacient musí na humor reagovat kladně, přijmout ho, jinak nemá aplikace smysl.
- Nikdy nesmíme dopustit, aby měl pacient pocit, že není brán vážně.
- Aplikace nesmí rušit standardní proces léčby.
- Humor by neměl být využíván tam, kde může pacienta poškodit fyzicky, především v akutních stavech nemocí, např. u pacienta po operačním výkonu v oblasti dutiny břišní.
- Nikdy nevyužíváme humor, který je urážlivý, nepřátelský, vyvolávající negativní emoce.

2.1.2.2 Humor není někdy pomocí

Humor nemusí vždy působit pozitivně. *„Jsou lidé, kteří nemají smysl pro humor, jsou stavy, kdy je pro pacienta obtížné humor přijímat či opětovat, a jsou situace, kdy je nevhodné humor použít. Humor tak nepůsobí jako prostředek pomoci, sociální opory, ale naopak navozuje distres. Traumatizuje citlivého jedince, kterého mimořádná situace učinila přechodně vnímavějším, zranitelnějším.“*

(Mareš a kolektiv, 2003, s. 31)

Humor je vždy nutné využívat citlivě, ale není mnoho důvodů proč ho vynechávat úplně. Vždyť jde o přirozenou součást lidského života a způsobu komunikace. Je třeba ho využívat s rozmyslem, s empatií, stejně jako ostatní formy komunikace a nechat také samotného pacienta, aby si vybral, jestli chce či nechce na sebe humor nechat působit. Vždy je také nutné si uvědomit rizika. Smích pro pacienta může být fyzicky zatěžující vzhledem k vzrůstajícímu tlaku v dutině břišní a hrudní a mohou tedy nastat zdravotní komplikace s tím spojené. Někteří autoři popisují také nevhodné užití humoru u pacientů s vysokým krevním tlakem, glaukomem, u rizikově těhotných žen, některých druhů kýl, při krvácení apod.

2.1.3 Možnosti aplikace humoru ve zdravotnictví

2.1.3.1 Zdravotní klauniády pro děti

Cílem zdravotních klaunů je myšlenkově oddělit malého pacienta od jeho nemoci a psychické nepohody, zaujmout ho hrou, zapojit ho do ní a vykouzlit tak na dětské tváři úsměv. Dětský pacient díky nim může zapomenout na bolest, úzkost a strach z neznámého prostředí. Pravidelné zdravotní klauniády jsou hlavním programem sdružení Zdravotní klaun, kterou založil Gary Edwards v ČR roku 1998. S hlavní myšlenkou klauniád se můžeme setkat již roku 1986 u Michaela Christensena, který inicioval vznik organizace Gig Apple Clown Care Unit v New Yorku.

V současné době navštěvuje 48 zdravotních klaunů pravidelně 38 nemocnic v celé České republice. Na návštěvu za dětmi chodí sehraná klaunská dvojice. Zdravotní klauni mají legrační jména (např. doktor Spokojený a sestra Sádra), veselé doktorské kostýmy, hudební nástroje, drobné dárky pro děti a nezbytné rekvizity (např. nosy, klobouky, maňásci, barevná světýlka, legrační brýle aj.). Zdravotní klauniády jsou vždy příjemným odreagováním také pro rodiče a zdravotní personál.

Zdravotní klauniáda trvá cca 3 – 4 hodiny. Vždy začíná konzultací se zdravotním personálem o zdravotním stavu dětských pacientů, dezinfekci rekvizit a rukou. Pak už zdravotní klauni zaťukají na dveře pokoje a zeptají se, jestli mohou dál. Zdravotní klauniáda může začít, nezáleží na věku dětí, pro každého mají zdravotní klauni připraveno množství kouzel, písniček, zajímavých „léčebných metod“ a nečekaných legračních situací.

Vliv klauniád byl prokázán na úzkost, náladu a zkrácení doby adaptace dítěte na hospitalizaci. Zdravotní klauni se řídí vlastním Etickým kodexem (viz. Příloha č. 5)

Dalším léčebným programem je Cirkus Paciento, který organizace Zdravotní klaun nastavila opačně než klauniády. Zde se při týdenním pobytu děti učí vyvolat úsměv u ostatních, stávají se spolupracovníky klaunů.

(zdravotní klaun, 2001, *on-line*)

2.1.3.2 Klauniády pro „dříve narozené“

Zdravotní klauni začali v roce 2008 pravidelně navštěvovat také geriatrické pacienty . Celá atmosféra klauniády je zde naprosto jiná, než je tomu u dětských pacientů. Z hlučných pestrobarevných doktorů, kterých je plné oddělení se najednou stali klauni mnohem klidnější, ochotní naslouchat a odpovídat s humorem a nadsázkou. Klauni mají jiné kostýmy a rekvizity, rychlé pohyby se zpomalily, kouzla nahradily písničky Karla Hašlera. V takovém duchu se nesou klauniády pro seniory.

Zdravotní klauni se snaží přinést na geriatrická oddělení venkovní svět, humor, vzpomínky, ale hlavně chuť do života, nejen vzpomínat, ale mít se i na co těšit. Klauní nos v těchto případech umožňuje atmosféru odlehčit a vnést do ní jiný pohled.

(zdravotní klaun, 2009, *on-line*)

2.1.3.3 Přímé využití humoru psychoterapeutem v ordinaci

Varianta možná, ale nebezpečná chybným pochopením a tím také ztrátou důvěry pacienta. Někteří lékaři se dokonce snažili, aby se pacient začal smát sobě a svému problému. Kromě prvotního vzteku se u řady pacientů podařilo docílit žádaného - pacienti se smáli a skrze humor zaujali ke svému problému odstup, který jim umožnil nad problémem zvítězit.

2.1.3.4 Místnosti humoru

Podobně jako existují v psychoterapii relaxační místnosti, místnosti pro muzikoterapii či terapii prací, využívají se také místnosti humoru, kde lze aplikaci provádět za optimálních podmínek- klid, akustické parametry, barvy, osvětlení apod. a s využitím rekvizit, přehrávačů. Tohoto modelu využívají především členové Americké asociace pro terapeutický humor.

2.1.3.5 Aplikace humoru u lůžka pacienta

Metoda, která může být využita u ležících pacientů. Využívá stejných prostředků jako metoda předchozí. (Nešpor, 2007) Tento způsob aplikace jsem se rozhodla využít ve své výzkumné práci. Výhodou této metody je především možnost aplikace humoru pacientům, u nichž je obtížné využití jiných metod. Jak zlepšit schopnost pacientů se smát je popsáno v Příloze č. 10.

2.1.3.6 Humor aplikovaný personálem

Ve zdravotnických zařízeních je využíván humor personálem. Po krátkém pobytu na lůžkovém oddělení poznáte jeho atmosféru. Zdravotní sestry starající se o pacienta celý den často pomocí empatie a úzkého kontaktu poznají jeho druh humoru. Někdy dokonce začne vtipkovat pacient, byť se necítí dobře, sám pozná, že mu humor pomáhá. Jindy se naopak sestra snaží uvolnit příliš vážnou atmosféru nemocnice. Pokud jedná s maximální opatrností a empatií, pacient to rozhodně ocení.

2.1.3.7 Využití humoru v komunikaci zdravotníků

Využití humoru v komunikaci zdravotníků je osvědčenou metodou zlepšení interpersonálních vztahů, mechanismem boje proti pracovnímu stresu a odreagování od velké psychické zátěže, kterou práce ve zdravotnictví často přináší.

„Člověk který se směje, je jako baterka, která se nabíjí.“

(Miroslav Horníček)

„Snažte se své nemocné rozptýlit, duševně posílit, přivést na jiné myšlenky“.

(Florence Nightingelova)

2.2 OŠETŘOVATELSTVÍ

Ošetřovatelství je vědou a uměním zároveň. Vyznačuje se specifickými znalostmi a dovednostmi, které jsou charakteristické pro tuto disciplínu. Sestry přejímají odpovědnost za **přímé poskytování ošetřovatelské péče** a jsou v tomto směru **výhradní autoritou**.

Pracují samostatně a za poskytovanou péči odpovídají. Každá sestra je zároveň odpovědná za svou odbornou úroveň a způsob svého dalšího vzdělávání (Mastiliaková, 2005).

Posláním sester ve společnosti je pomáhat jednotlivcům, rodinám a skupinám uspokojovat aktuální potřeby a dosahovat jejich maximální tělesné, psychické a sociální možnosti v souladu s prostředím, ve kterém žijí a pracují (Marečková, 2006).

Sestru můžeme přeneseně nazvat „strážkyní zájmu pacientů“. Její přínos v tomto směru je nutné akceptovat jakožto spojovací článek zásadního významu, mají-li pokroky v medicíně, v ošetřovatelství a v technice vést ke zvýšení úrovně celkové léčebné péče (Bártlová, 2005).

Sestra má s pacientem častější a užší kontakt než lékař. Jakmile pacient cokoli potřebuje, nejprve volá sestru. Ta, nejen že aktivně pracuje na vyhledávání a saturování jeho potřeb, ale supluje mnohdy veškeré společenské vztahy, je spojkou se světem a zdrojem informací. Komunikace sestry s pacientem je řízena a rozvíjena tak, aby vedla k identifikaci potřeb pacienta a k poznání, jak lze potřeby uspokojit způsobem, který je pro něj optimálně přijatelný.

2.2.1 Pojetí ošetřovatelství

I když je ošetřovatelství relativně mladá disciplína, vytvořilo si nezastupitelnou pozici v péči o zdraví člověka. Postupně tento obor vyvinul vlastní vědeckou základnu a formuloval samostatnou koncepci, jejíž cílem je vhodnými metodami systematicky a všestranně uspokojovat potřeby člověka ve vztahu k udržení jeho zdraví nebo potřeby vzniklé či pozmeněné onemocněním (Staňková, 2005).

Světová zdravotnická organizace definuje ošetrovatelství jako systém typicky ošetrovatelských činností týkajících se jednotlivce, rodiny a společenství, v němž žijí, který jim pomáhá, aby byli schopni pečovat o své zdraví a pohodu. V rovině vědecko – teoretické je ošetrovatelství multidisciplinární obor s vlastní teoretickou základnou a její praktickou aplikací. Vědecké pojetí prezentují dvě stránky (Mastiliaková, 1999):

- **metaparadigma** – předmět zkoumání, specifické teoretické poznatky
- **metodu praxe** – ošetrovatelský proces

Není však jednoduché striktně vymezit obor ošetrovatelství a to zejména vzhledem k jeho přesahu a prolínání s ostatními příbuznými disciplinami (klinické obory medicíny, psychologie, pedagogika, sociologie, filozofie, antropologie atd.). V zásadě zahrnuje ošetrovatelství jako každý jiný obor vlastní filozofii, předmět zkoumání, teorii oboru, metodologii, výzkum, systém vzdělávání a profesní organizace.

Dle Mastiliakové (1999) lze ústřední koncepci v pojetí ošetrovatelství vymezit následovně:

- **člověk** – příjemce ošetrovatelských činností (míněna jednotlivá osoba, rodina, specifická skupina, společenství)
- **zdraví** – příjemcův zdravotní stav
- **prostředí** – nejbližší příbuzní, přátelé, spolupracovníci, ale i fyzické prostředí, ve kterém příjemce péče žije
- **ošetrovatelská činnost** – prováděná sestrou v zájmu příjemce a ve spolupráci s ním

Mezi hlavní **cíle ošetrovatelství** patří pomoc jednotlivci, rodině, skupině dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody. Podpořit jejich pozitivní zdraví, zaměřit se na prevenci onemocnění, navyšovat lidský potenciál v péči o sebe sama, identifikovat meze a limity každého jedince v rámci péče o vlastní zdraví.

V případě probíhajícího onemocnění se snažit o minimalizaci negativního vlivu choroby na člověka a aktivně vyhledávat a uspokojovat potřeby lidí s porušeným zdravím a nevléčitelně nemocných. (Trachtová, 1999).

Základním **metodickým rámcem** pro realizaci cílů ošetrovatelství je **ošetrovatelský proces**. Umožňuje systematický způsob individualizovaného přístupu k ošetřování každého pacienta v nemocniční i terénní péči.

Uskutečňuje se v pěti fázích – zhodnocení pacienta / zjišťování informací, stanovení problému / ošetřovatelské diagnózy, plánování péče, provedení navržených intervencí a závěrečné zhodnocení efektu poskytnuté péče. Jednotlivé fáze se vzájemně prolínají a opakují. Ošetřovatelský proces je série vzájemně propojených činností, které se provádějí ve prospěch pacienta, za jeho spolupráce a spoluuzhodování. Slovo „proces“ označuje průběh, proceduru ošetřovatelské činnosti, způsob práce s nemocným (Staňková, 2005).

Jde o systémovou teorii aplikovanou na postup, který řeší určitý problém s předem stanoveným cílem a očekávaným výsledkem. Ošetřovatelský proces se především odráží v aktivních činnostech sestry, k nimž se rozhodne na základě **hlubšího poznání pacienta a jeho specifické situace**. Často se jedná o takového klienta, který své potřeby dostatečně nesignalizuje buď proto, že toho není schopen pro svůj těžký stav nebo je signalizovat neumí či z různých důvodů nemůže, event. nechce. Ošetřovatelský proces ovlivňuje především způsob přístupu sestry k pacientovi, s nímž přichází do styku častěji nebo dlouhodoběji, jejichž stav je závažný a lze predikovat řadu komplikací. Tato systematická, racionální metoda plánování a poskytování ošetřovatelské péče je dnes již mezinárodním standardem ošetřovatelské praxe.

Zaměření ošetřovatelství, tj. ošetřovatelské praxe zdravotních / všeobecných sester stále více inklinuje k aktivní podpoře zachování zdraví, tedy prevenci vzniku onemocnění. Akcentuje zapojení jedince, jeho rodiny, potažmo celé společnosti do péče o vlastní zdraví a umožňuje každému jednotlivci převzít větší zodpovědnost za své zdraví. Praktická náplň oboru usiluje o multidisciplinární spolupráci, zajištění dostupnosti zdravotní péče a především o **garanci kvality péče** at' už prostřednictvím využití vhodných technologií a postupů či zkvalitňování kurikula studijních programů v rámci profesní přípravy sester.

Zdravotní / všeobecná sestra jako vykonavatel a garant ošetřovatelské péče získává profesní kvalifikaci v rámci předepsaného státem akreditovaného studia, na území své země je registrovaná a vlastní zákonné povolení (licenci) pro poskytování ošetřovatelské péče.

2.2.2 Koncepční modely

Teoretická základna poznatků oboru (metaparadigma) se odvíjí již od doby, kdy Florence Nightingalová poprvé roku 1859 popsala ošetrovatelskou péči o člověka v souvislosti s působením okolních vlivů na jeho zdraví.

Od těchto dob se také datuje vznik **teorií a koncepčních modelů** ošetrovatelství. Model je možno v tomto kontextu chápat jako určitý zjednodušený pracovní rámec, sestavený tak, aby ověřil určitou teorii. Model je vědecká konstrukce, obraz, představa či popis zkoumaného jevu nebo předmětu. Je ideou, která vysvětluje pomocí symbolické vizualizace.

(Pavlíková, 2006)

Vývoj ošetrovatelství byl až do poloviny 20. století převážně intuitivní, založený spíše na tradicích a praktických zkušenostech než na teoretických základech. Rozvoj teoretické báze ošetrovatelství nastal v polovině minulého století v USA a v Kanadě. V současné době už má ošetrovatelství vymezenou vědomostní bázi, která zahrnuje specifické ošetrovatelské koncepce, teorie a koncepční modely. Jejich obsahové zaměření je pochopitelně determinováno vědomostmi, praktickými zkušenostmi a různými filozofickými názory jejich autorek.

Koncepční modely se vyvíjely z empirických pozorování a intuitivních pohledů, z dedukcí autora, které tvořivě propojily myšlenky z různých oblastí bádání. Klíčové postavení zaujímá hodnotový systém, který tvoří základní myšlenky oboru, které jsou podobné ve všech modelech ošetrovatelství. Zdůrazňuje nejčastěji orientaci na **potřeby pacienta, respektování lidské bytosti a celostní chápání jedince**, upozorňuje na jedinečnou úlohu sestry a taktéž unikátní interakci ve vztahu pacient - sestra. Význam koncepčních modelů spočívá zejména ve zdůraznění jedinečnosti služeb a podpory pacientům ze strany sester. V tomto ohledu nabízí sestra celkovou péči, která se liší od péče poskytované jakýmkoliv jiným zdravotníkem.

V posledních letech se stále více objevuje požadavek univerzálního globálního ošetrovatelského modelu, ovšem sjednotit různé koncepční teorie do jednoho celosvětově akceptovaného modelu je přinejmenším náročné. Obtížnost univerzálního modelu vyplývá z rozdílné úrovně ošetrovatelského vzdělávání v jednotlivých zemích, ekonomické situace, úrovně vědomostí obyvatelstva a v neposlední řadě hraje roli již zmiňovaná rozdílná filozofická orientace, kdy je nutno integrovat faktory historické, kulturní i náboženské.

Ekonomické, sociální a kulturní prostředí jsou v každé zemi jedinečné, ale problémy jimž čelí ošetrovatelská praxe, jsou společné. Medicína ve větší nebo menší míře dominuje ve všech evropských zdravotnických systémech. Totéž platí o ústředním postavení lékaře ve vztahu k sestřím. Stále ještě se bohužel setkáváme s postojem, že sestra je považována pouze za pomocníka lékaře a jejím úkolem je plnit jeho pokyny.

Tradiční vztah lékař – sestra se postupně mění v důsledku řady sociálních změn, ke kterým došlo ve vývoji společnosti a nelze přitom opomenout ani měnící se postavení role pacienta. Nová role nemocného vede k tomu, že se mění vztah paternalistický, autoritativní mezi zdravotníkem a pacientem na vztah partnerský.

Tato rovina se promítá i do **vztahu lékař – sestra**. Interakce mezi sestrou a lékařem naneštěstí do značné míry vždy podléhala a podléhá určitým genderovým stereotypům a to zejména v rovině psychologické, společenské a kulturní. V posledních letech se však vytváří podmínky pro nové nahlížení na roli lékaře a sestry a na jinou kvalitu jejich profesionálního chování. Spolupráce lékaře a sestry by měla být rovněž na úrovni rovnoprávných vztahů. Vyvážený vztah mezi lékařem a sestrou pak může významnou měrou přispět k vyšší kvalitě poskytované péče.

Samostatnou kapitolou je **autonomie a emancipace sesterské profese**. Zatím se v žádné zemi evropského regionu sestry plně neúčastní plánování a rozhodování na všech úrovních systému péče o zdraví populace. Často přetrvává nedostatečná komunikace na vládních úrovních, hlavní sestry ministerstev nemohou efektivně přispět k formování politiky péče o zdraví populace.

2.2.3 Filozofie ošetrovatelství

Veškeré lidské činy, skutky i postoje jsou ovlivněny určitým **filozofickým názorem**, a to bez ohledu na to, zda si jedinec tuto skutečnost uvědomuje nebo ne. Filozofie má vliv na život, chování, jednání a práci každého člověka. Abychom porozuměli ošetrovatelství, musíme poznat nejen historický vývoj tohoto oboru, ale také filozofii, která tuto vědní disciplínu ovlivňovala a ovlivňuje.

Filozofie je vědní disciplína, která se zabývá nejvšeobecnějšími zákonitostmi bytí, poznání světa, společnosti a myšlení (Pavlíková, 2006).

Ošetřovatelství jako činnost zaměřená a pomoc nemocným existovalo od nejstarších dob. Tradiční přístup k nemocným ovlivňovala humanistická filozofie, a proto bylo ošetřování spjaté s poskytováním podpory a útěchy nemocným a jejich blízkým.

Od poloviny 20.století nastal ve zdravotnictví tzv. **“kult technologie“**, který má své pozadí v materialismu. Zdravotní péče se orientovala především na nemoc, mezi sestru, lékaře a pacienta vstoupila technika. Ošetřovatelství se zaměřilo na techniku výkonů a spolu s medicínou se koncentrovalo na biologickou stránku lidského bytí. Psychické, sociální a duchovní souvislosti se zanedbávaly. Prevence, jako prostředek redukce nemocnosti zůstala na okraji zájmu. Tento trend vedl obě disciplíny k postupné **dehumanizaci**.

Jako reakce na tyto skutečnosti začíná od 80. let minulého století pronikat do ošetřovatelství opět filozofie humanismu. Snaha o zachování rovnováhy mezi technickým rozvojem a potřebami jedince vedla v ošetřovatelství k uplatnění holistického přístupu k člověku. Tento přístup vyžaduje orientaci na biologické, psychické, sociální a spirituální aspekty ve zdraví i nemoci.

Holismus (z řeckého holos – celek) je filozofií celku, celistvosti, celostnosti. Vyzdvihuje prvotnost celku v poměru k částem. Celostnost je pokládána za hnací sílu vývoje nebo za jeho cíl. Tento směr vznikl ve 20.století, termín holismus prvně zavedl ve své knize „Holismus a evoluce“ (1926) jihoafrický politik a generál J.Ch.Smuts.

Celek nelze redukovat na souhrn částí. Humanisticko-holistický přístup znamená, že člověk není chápán jen jako souhrn jednotlivých částí, ale porucha jedné části je poruchou celého systému.

Celek člověka v zásadě zahrnuje následujících pět součástí (Mastiliaková, 2005):

- biologická
- společenská
- kognitivní (poznávací)
- emocionální
- duchovní

Zdraví člověka představuje a zahrnuje celou osobnost člověka, celistvost lidské bytosti a všechny stránky jeho životního stylu.

Holistická ošetrovatelská péče akceptuje práva pacienta, která jsou integrální součástí ošetřování a léčebného procesu. Je žádoucí a nutné při realizaci ošetrovatelské činnosti brát na zřetel osobu jako celek, nikoli redukovat péči na zájem o nemoc. Tato filozofie chápe člověka jako bio-psycho-socio-spirituální bytost. V pojetí holismu je lidský organismus integrovaná, organizovaná jednota. Jak již bylo řečeno, porucha jedné části celku vede zákonitě k jiné poruše. Tato interakce naznačuje vzájemné souvislosti (Trachtová, 1999):

- dlouhodobá psychická zátěž, stres může být příčinou, vyvolávajícím faktorem somatického onemocnění
- každé, byť banální onemocnění je provázeno negativními emocemi
- některé emoční stavy, např. strach, napětí a úzkost v mohou vést k sociální izolaci
- sociální izolace, opuštěnost, osamělost člověka mohou být příčinou vzniku negativních emocí a celkové hostility, negativismu
- sociální izolace se může vystupňovat až v tzv. sociální smrt, tato situace významně ovlivňuje zdravotní stav člověka

Holistické pojetí zdraví a kvality života vychází přirozeně ze **subjektivity člověka**, tedy z jeho prožívání, myšlení a hodnocení. Hodnotí i to, co chce a čeho se mu nedostává. Jak již bylo mnohokrát uvedeno výše, klíčovým tématem v humanisticky orientovaném ošetrovatelství jsou **potřeby pacienta**.

„Potřeby člověka chápeme jako stav organismu charakterizovaný napětím a vnitřní dynamickou silou, vzniklou z nedostatku či přebytku a směřující znovu k obnovení homeostázy – životní rovnováhy-pohody. Můžeme říci, že u nemocného je touto rovnováhou a pohodou myšleno zdraví.“ (Staňková in kol. autorů 1.lf UK, 2005, s.13)

Problematika potřeb je jednou ze základních otázek vztahu člověka k životu, k sobě a ke svému prostředí. Ale i naopak potřeby jsou také výrazem nároků prostředí na člověka.

Život zdravého člověka můžeme charakterizovat neustálým uspokojováním různých potřeb, kterým lidé nepřikládají stejnou váhu. Některé potřeby jsou chápány jako nutnost a dokud jsou uspokojovány – jaksi bezděčně, příliš se jimi nezabývají. Jiné se stávají přáními a tužbami. Mají trvalé a vědomé zaměření, věnuje se jim mnoho pozornosti a síly.

Tyto potřeby, spíše komplexy potřeb, mají pro člověka velkou hodnotu, nazýváme je pak **životními hodnotami**. (Chloubová in kol.autorů 1.If UK, 2005)

Základní a obecně platné potřeby lze různým způsobem kategorizovat.

Potřeby rozlišujeme z hlediska jejich vzniku i zaměření do dvou základních skupin:

- **základní, biologické potřeby** – jsou vrozené a mají je, za normálních okolností, všichni lidé (tzv.pudy)
- **psychosociální potřeby** – nejsou vrozené, vytvářejí se pod vlivem společnosti, ve které člověk žije a vyplývají z jeho sociální pozice, jsou mnohem diferencovanější a individuálně specifitější (Vágnerová, 2002).

Potřeby psychosociálního charakteru se rozvíjejí na vrozeném základě, ale jejich vývoj je stimulován a dále modifikován působením vnějšího prostředí.Zaměření, tj.obsah těchto motivů i způsob jejich uspokojení je relativně dost rozdílný. Významně závisí na sociokulturních rysech dané společnosti.

Jedním z představitelů humanistické psychologie je Abraham Maslow, který předpokládal, že existuje hierarchické uspořádání potřeb. Ve 40 letech dvacátého století vytvořil svůj model potřeb, který zahrnuje dvě základní úrovně potřeb : fyziologické a psycho-sociální. Byl přesvědčen, že vyšší psycho-sociální motivy se mohou stát důležitými determinanty jednání až tehdy, když jsou alespoň částečně uspokojeny základní (biologické) potřeby na nižší úrovni. Znamená to, že nižší potřeby musí být dostatečnou měrou uspokojeny dříve než se uplatní potřeby vyšší, ale to neznamená, že musí být zcela na každé úrovni saturovány. (Chloubová in kol.autorů 1.If UK, 2005)

- **Primární fyziologické potřeby**

Základní úroveň tvoří fyziologické potřeby (dýchání, činnost srdce, výživa, vyprazdňování, spánek, odpočinek, teplo, vyhýbání se bolesti, sexuální a mateřské potřeby). To jsou potřeby určené tělesnými funkcemi organismu, bez nichž člověk funguje s velkými obtížemi, neboť je jeho biologická existence přímo ohrožena. (Nakonečný, 1995)

Frustrace potřeb je nejprve spojena se subjektivními pocity: bolest, únava, dušnost, žízeň, hlad apod. Zůstanou-li nepovšimnuty, začnou se rozvíjet objektivní známky. Ty jsou často již příznakem nemoci.

Nejvíce frekventovaná potřeba hospitalizovaných lidí je být zdraví, být bez bolesti, být bez strachu o svou existenci, být soběstačný.

- **Potřeba bezpečí a jistoty**

Tato potřeba je definována jako tendence vyhýbat se neznámým, neobvyklým a tedy potenciálně ohrožujícím podnětům a naopak. V zásadě jde o uplatnění orientačně pátracího reflexu, zaměřeného na diferenciaci známého a neznámého. Může existovat v mnoha variantách : jako vrozený mechanismus způsobu reagování nebo se může rozšířit na další oblasti, které mohou představovat jistotu (např. sociálního charakteru – lidé, prostředí atd.)

(Vágnerová, 2002)

Potřeby bezpečí a jistoty (existenciální) zahrnují zejména: bezpečí, zdraví, soběstačnost, jistoty sociální a ekonomické. Další se vztahují k potřebám podnětů a informací, klidu a míru, struktury a řádu. Pro nemocné jsou tyto potřeby rovněž základní, protože souvisí s orientací, adaptací na změnu prostředí, na náročnou životní situaci.

Neuspokojení v těchto oblastech je provázáno pocity strachu, úzkosti, bolesti, ohrožení, bezmoci , beznaděje apod.

- **Psychosociální a vyšší potřeby**

Vztahové potřeby mají vždycky **sociální charakter**, to znamená, že vyplývají ze vztahů s ostatními lidmi. Potřeba sounáležitosti a lásky, znamená potřebu být někým milován a milovat. Potřeba lidské společnosti, sociálních kontaktů slouží lidem nejen jako zdroj jistoty a bezpečí, ale jsou i zdrojem specifické zkušenosti.

Ve vztazích s lidmi se uplatňují různé základní tendence, člověk má potřebu dominovat, vládnout, ale zároveň se nechat vést, pečovat o druhé, patřit do určitých sociálních skupin, spolupracovat, navazovat citové vztahy. Nesaturované potřeby se projevují subjektivně základními pocity jako je smutek, stesk, osamělost, zklamání, vyloučení apod. Dlouhodobé stavy vedou k závažným deprivacím a maladaptivním reakcím.

Většina lidí (až na patologické případy) má potřeby sebepojetí, vlastního já (self), sebeúcty, sebevědomí (vědomí zvládnání životních nároků), prestiž, uznání druhých.

Prvními signály neuspokojení jsou pocity méněcennosti, bezmoci, studu, selhání aj. Některé z těchto pocitů jsou fyziologické v určitých vývojových etapách (puberta, adolescence).

(Vágnerová, 2002)

- **Potřeby sebeaktualizace**

Potřeby seberealizace, sebeaktualizace, které se projevují prostřednictvím tendence rozvinout a **uplatnit svoje schopnosti**. Lze je rozdělit do dvou kategorií :

- potřeba poznávat a rozumět
- potřeba estetických prožitků, tvořivosti

- **Potřeba smyslu vlastní existence**

Člověk potřebuje dát svému životu určitý základní smysl, který by integroval jeho životní aktivitu nejenom ve vztahu k minulosti, ale i pro budoucí směřování. Smysl, který by koordinoval veškeré motivační tendence v jednom základním směru. **Hledání smyslu vlastního života** je nejvýznamnějším úkolem člověka. Jedině jeho prostřednictvím dochází k rozvoji osobnosti. Štěstí lze nalézt jen objevením smyslu života, je důkazem dosažení tohoto cíle.

*„Krásní mladí lidé jsou hříčkou přírody, ale krásní staří lidé jsou umělecká díla.“
(Johann Wolfgang von Goethe)*

2.3 GERIATRIE

Gerontologie je věda, soubor vědomostí o stárnutí a stáří, respektive o problematice starých lidí a života ve stáří. (Kalvach a kolektiv, 2004)

Gerontologie experimentální se zabývá mechanismem biologického procesu stárnutí buněk, tkání a orgánů. Umožňuje předvídání a prevenci procesu stárnutí.

Gerontologie sociální studuje sociální dopady stárnutí člověka. Zjišťuje sociální potřeby starých lidí a všímá si také společenských faktorů, které proces stárnutí ovlivňují. Navrhuje preventivní programy týkající se zdravého stárnutí. (Haškovcová, 2006)

Geriatric je oblast medicíny, klinická gerontologie, která se soustředí na pacienty nejčastěji od věku 75 let. Stárnutí je proces individuální, který probíhá u každého jinak i jinak rychle (Kalvach a kolektiv, 2004).

Struktura společnosti se výrazně mění, stárnoucích a starých lidí na celém světě přibývá. Vztah ke starým lidem ukazuje na stav společnosti. Humanismus, na který se mnoho lidí odvolává, znamená obecně usilovat o lidskost. Patří sem tedy také usilování o vytvoření podmínek k důstojnému životu každého člověka, tedy i starého a nemocného. Staří lidé mají právo na důstojnost a to zejména v situaci, kdy jsou nesoběstační. Na něco jako bychom při péči o geriatrické pacienty zapomněli. A to jak stáří unést. Jak unést osamělost, ztrátu programu a perspektiv, vlastní bezmoc... Jak brát stáří jinak, než jako soubor obtíží. Jak mu dát smysl, pozitivní charakter, radost (Haškovcová, 1990).

Výraznější zájem o problematiku stárnutí a stáří můžeme zaznamenat až v 18. století. Ve století dvacátém tento zájem stoupá, v roce 1939 bylo založeno Mezinárodní sdružení pro výzkum stárnutí a roku 1940 je v USA ustanovena Gerontologická společnost. Postupně v celé řadě zemí byly uskutečněny konference k této problematice, bylo vydáno mnoho publikací, založeny ústavy pro výzkum stárnutí. Geriatric se vyčlenila z interní medicíny jako samostatný klinický obor a vývoj v tomto oboru po celém světě nadále postupuje. V roce 1962 vznikla také samostatná Československá gerontologická společnost při Československé lékařské společnosti J.E.Purkyně.

2.3.1 Charakteristika stáří

Proces stárnutí je fyziologický a nezvratný, nikdo živý mu neunikne. Stárnutí ani stáří není nemoc, ale přirozený proces, který začíná již v okamžiku narození (Haškovcová, 2006)

Stáří je označení pozdních fází ontogeneze, přirozeného průběhu života. Jde o projev i důsledek involučních změn funkčních i morfoložických.

Kalendářní věk je jednoznačně vymezený, ale nepostihuje individuální rozdíly.

Dělení, které je akceptováno WHO:

- 60-74 let časné stáří
- 75-89 let vlastní stáří, senium
- 90 a více let dlouhověkost

Sociální věk postihuje proměnu sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. I mladý člověk může být tedy sociálně starým.

Biologický věk je označení pro konkrétní míru involučních změn daného jedince.

Snaží se postihnout lidskou rozdílnost. Senioři mohou být dělení na zdatné, nezávislé a takzvaně křehké.

(Kalvach a kolektiv, 2004)

Na geriatrickém oddělení se setkávám se starými lidmi, kteří svým životním elánem, radostí ze života a aktivitou převyšují o mnoho let mladší jedince. Pamatuji na ženu, která na našem oddělení oslavila 100 let a přijela na vlastní oslavu vinným sektem oblečena ve vlastnoručně právě došité vestičce a rozdávala úsměvy na všechny strany vyprávějíc veselé příběhy ze života nebo 92- letého pacienta, který si po dvou dnech hospitalizace nechal dovézt od příbuzných housle a vyhrával pro celé oddělení. Zrovna tak o 25 let mladší žena odmítala jakýkoli pohyb nebo aktivitu s odůvodněním, že už má věk na to, aby se nechala obsluhovat.

2.3.2 Typické obtíže geriatrických pacientů

Obtížemi, kterými trpí nemocní lidé je celá řada. Staří lidé mívají odlišné příznaky nemocí. Mohou být méně výrazné nebo se mohou projevovat zcela jinak než u mladších pacientů. Jak uvádí Kalvach (2008), u pacientů vyššího věku je známa výrazná propojenost bio-psycho-sociálních složek. Psychická onemocnění a stresory vyvolávají somatickou dekompenzaci a naopak tělesná onemocnění rychle dekompenzují psychiku starého člověka. Například zánět, srdeční selhávání i jiná onemocnění vyvolávají deliria, neuropsychické syndromy, poruchy chování. To spolu s obvyklou tlumivou léčbou či fyzickým omezením pacienta dále zhoršuje mobilitu a jiné tělesné funkce, což má ještě dále za následek poruchy soběstačnosti a navozuje úzkost a strach, snižuje sebehodnocení starého člověka a vede k depresi.

Obtíže, které níže uvádím, považuji za nejvíce humorem ovlivnitelné a je již pro nemocného nepodstatné, zda vznikly v souvislosti s nemocí samou, či jako důsledek hospitalizace. Některými mohou trpět také staří lidé v domácím prostředí například vlivem sociální izolace nebo chronických nemocí.

2.3.2.1 Hospitalismus

Jev hospitalismu chápou někteří autoři jako soubor změn, se kterými se můžeme setkat u hospitalizovaného člověka a které mohou provázet maladaptivní reakce na pobyt v nemocnici. Hospitalismus vyplývá z nepříznivých, především psychických podmínek nemocničního a ústavního prostředí, se všemi důsledky pro duševní stav a tělesné zdraví postiženého. Vlivy, které vedou k hospitalismu, bývají někdy shrnovány pojmem psychická deprivace. Myslí se tím, že člověku není dána příležitost k uspokojování některé jeho základní potřeby po delší dobu. Deprivace může mít různou příčinu. Deprivací sensorickou se rozumí nepřítomnost smyslových podnětů, deprivací emoční citově chladné prostředí a deprivace intelektová vzniká v absenci podnětů rozvíjejících myšlení a úsudek. Vnější projevem jedné nebo všech složek deprivace je psychická regrese, manifestující se depresí, pláčem, protesty, agresí nebo chorobnou uzavřeností, otupělostí, monotónností slovní i pohybovou. Pobyt v nemocnici s sebou přináší rizika všech těchto deprivací. (Haškovcová, 1990)

U geriatrického pacienta mohou být projevy hospitalismu výrazné, nezřídka nastupují brzy po přijetí, často se projeví dramaticky deliriem či hlubokou depresí. Je to způsobeno sníženou schopností adaptace starého člověka na stresory a psychickou zátěž obecně.

2.3.2.2 Bolest

Bolest byla Sternbachem definována jako nepříjemná sensorická a emocionální zkušenost, která souvisí se skutečným nebo možným poškozením tkáně nebo je tak popisována. Podle McCafferyho je bolest vše to, co říká pacient a existuje, když to pacient tvrdí. (Sofaer, 1997) Bolest dělíme především z časového hlediska na akutní a chronickou, při popisu bolesti zjišťujeme její přesnou charakteristiku, především časové souvislosti, typologii, ovlivnitelnost, propagaci a intenzitu- nejčastěji pomocí VAS (vizuální analogová škála) nebo jiných pomocných stupnic.

Chronická bolest, která ztrácí efekt varovného signálu je u starého člověka velmi častým jevem. Může vést k vážným emočním změnám. Nemocní se stávají úzkostnými, trpí depresemi a soustřeďují se jen na bolest. Ztrácejí kontakt s rodinou a přáteli, žijí v sociální izolaci. Přidružují se poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu a dyspeptické obtíže, celkové chátrání, imobilizace. Přes to, že jsou bolesti ve stáří lépe tolerovány, chronická bolest (zejména bolesti kloubů, jejichž vnímání se věkem nemění), může vést k velmi závažným komplikacím celkového zdravotního stavu seniora a snížení jeho kvality života.

(Topinková, Neuwirth, 1995)

2.3.2.3 Poruchy spánku

Insomnie je popisována jako jeden z nespecifických příznaků ve stáří. Je definována jako subjektivní pocit zhoršené kvality či délky spánku. Nemocní si obvykle stěžují na obtížné usínání, časté noční buzení nebo pocit nedostatečné hloubky spánku. Také probuzení v časných ranních hodinách doprovázené pocitem nevyspání a únavy patří mezi časté potíže nemocného. (Topinková, Neuwirth.,1995)

Nejčastější příčiny poruch spánku ve vyšším věku jsou: vedlejší účinky léků, deprese a involuční změny. Z mých zkušeností bych také zmínila problém častého nočního močení geriatrických pacientů, při němž dochází k přerušování spánku.

2.3.2.4 Depresivní syndrom

Deprese je závažné psychické onemocnění, projevující se depresivní náladou a dalšími příznaky, proto je často popisována jako depresivní syndrom. Vedoucím příznakem deprese je smutek. Dalšími průvodními příznaky mohou být: úzkost, apatie, poruchy spánku, poruchy chuti k jídlu a další. Deprese jsou spolu s demencemi a delirií nejčastější psychické poruchy vyššího věku. Existují různé statistiky o procentuálním výskytu deprese. U starých osob v nemocnicích a ústavech následné péče se uvádí až 30% výskytu depresivního syndromu. Staří lidé postupně v průběhu stáří ztrácejí mnoho zdrojů radosti a uspokojení ze života. Upoutání na lůžko, chronické bolesti, ztráta sebeobslužnosti apod. jsou hlavní příčinou vyššího výskytu depresivního ladění ve vyšším věku, ale mohou být také jejím důsledkem. Zvláštností vyššího věku je pseudodemence, která může být jediným příznakem deprese. (Kalvach a kolektiv, 2004)

2.3.2.5 Malnutrice

Jak uvádí Topinková a Neuwirth (1995) malnutrice je důsledkem nepoměru mezi malým energetickým příjmem a jeho zvýšenou potřebou, např. při akutních, chronických nebo metabolických chorobách, při zvýšených ztrátách (průjmy, sekrece z ran apod.) a ve stáří často také pro depresivní syndrom.

U seniorů klesá podíl svalové hmoty při upoutání na lůžko velmi rychle, při výskytu malnutrice je pak takový pacient velmi ohrožen imobilitou.

Příčiny malnutrice:

1. Sociální příčiny- změna životních podmínek: ztráta partnera, osamocení při jídle, nedostatek finančních prostředků.
2. Věkem podmíněné příčiny
 - pokles apetitu v důsledku snížení chuťových a čichových vjemů- úbytek chuťových pohárků na jazyku o 40-60%, atrofie čichových buněk až o 70%,
 - snížená chuť k jídlu v důsledku snížené hybnosti,
 - snížený pocit žízně,
 - snížený pocit hladu- pokles potřeby nasycení ,
 - zvýšený pocit sytosti,
3. Somatická postižení
 - porucha žvýkání- špatná dentice, nefunkční zubní náhrady,
 - poruchy polykání,
 - chorobné stavy, které ovlivňují příjem potravy- dušnost, dyspeptické obtíže

4. Psychologické příčiny- deprese, demence, paranoidní bludy

5. Lékové příčiny

➤ anorexie v důsledku užívání léků

➤ interakce mezi léky a živinami

6. Kombinace dvou a více příčin

2.3.2.6 Svalová slabost

Svalová slabost je významným problémem ve stáří. Podstatou je úbytek svalové hmoty, což je patrné především na končetinách, ale postiženy jsou i ostatní svaly, včetně dýchacích. Důsledkem je pak zhoršená výkonnost, nezvládnutí dříve běžných činností, snížená mobilita i aktivita jedince, porucha vyprazdňování, ztížené odkašlávání apod. Může vyvrcholit v nepohyblivost a nesoběstačnost člověka.

Za důvody vzniku svalové slabosti u starého člověka považuje Kalvach a kolektiv (2008) různé faktory, především vyplývající z četných nemocí (např. hypoxemie u chronickým forem srdečních a respiračních selhávání), involučních změn, vedlejších účinků léků a nutričního stavu. Také při imobilizaci na lůžku dochází během 4 - 6 týdnů k poklesu svalové síly asi o 40%. Možný je podíl často špatného psychického stavu geriatrických pacientů.

3. EMPIRICKÁ ČÁST

Pro svůj výzkumný záměr jsem zvolila **Ošetřovatelský experiment**. Podstatou experimentu, který patří mezi nejvýznamnější metody výzkumu, je vyvolání určité situace. Experiment zpravidla vychází z hypotézy, z předpokladu pravdivosti určité teze nebo soudu, které se mají v průběhu pokusu ověřit. Obvykle se sestavují dvě skupiny : **experimentální**, která je vystavována vlivu faktorů, jejichž účinky jsou podstatou zkoumání a **kontrolní**, která těmto účinkům není vystavena. Experiment sleduje změny určitých faktorů v důsledku měnících se podmínek. (Farkašová, 2002)

3.1 REALIZACE PROJEKTU VÝZKUMU

Výzkum **Využití humoru v ošetřovatelství** byl realizován od poloviny prosince 2008 do konce března 2009 na standardních odděleních Kliniky gerontologické a metabolické Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Výzkum byl odsouhlasen hlavní sestrou nemocnice, vrchní sestrou kliniky, vedoucími lékaři jednotlivých oddělení i přednostou kliniky, kde tento výzkum probíhal.

3.1.1 Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor tvoří hospitalizovaní pacienti Kliniky gerontologické a metabolické Fakultní nemocnice v Hradci Králové, kteří splnili vstupní kritéria pro zařazení do studie. Do vlastního výzkumného projektu mé bakalářské práce bylo zařazeno celkem **20 pacientů** (10 žen a 10 mužů).

Všichni pacienti splňující vstupní kritéria byli v počátečním vstupním rozhovoru podrobně informováni o podmínkách experimentálního výzkumu. Pro pacienty byl také vytvořen písemný popis průběhu výzkumu (viz. Příloha č.2), aby mohli svou dobrovolnou účast promyslet bez časového tlaku. Po zodpovězení případných dotazů byl pacientům předložen informovaný souhlas s výzkumem (viz. Příloha č.3). Každý pacient mohl kdykoli výzkum přerušit bez udání důvodu.

Respondenti byli na počátku šetření losem rozděleni do dvou skupin. **Byl tedy uplatněn prostý, náhodný výběr**. Předem bylo připraveno 20 zalepených obálek, v deseti z nich se nacházelo označení 1. Tato polovina nemocných vytvořila **experimentální skupinu s aplikací humoru**. (tato je dále v textu označována jako **skupina „ANO“**).

Druhá polovina respondentů, která vylosovala označení číslicí 2. vytvořila **skupinu kontrolní, bez aplikace humoru** (dále v textu označována jako skupina „NE“).

Vstupní kritéria pro zařazení (obě skupiny):

1. Pacient starší 70 let (doba hospitalizace > 5 dní pro залéčení akutního onemocnění, s předpokládanou další hospitalizací minimálně 8 dní)
2. Bez poruchy kognitivních funkcí, případně lehký stupeň demence
3. Bez významné poruchy senzorických funkcí (zrak na blízko zachován, schopnost rozumět běžné komunikaci)
4. Souhlas s účastí

Vylučující kritéria (obě skupiny):

1. Pokročilé stádium demence (Mini Mental State Examination \leq 16)
2. Významná senzorická porucha
3. Hluboká deprese pacienta (škála GDS více než 10 bodů)
4. Diagnostikovaná a léčená deprese v anamnéze
5. Nesouhlas pacienta s účastí

Účast ve výzkumu odmítli dva mnou oslovení pacienti. V průběhu šetření nikdo neodstoupil na základě vlastního rozhodnutí. Dva pacienti nemohli být zařazeni, jeden pro výrazné smyslové postižení, druhý pro nižší výsledek testu v oblasti mentálních schopností. Pro stanovení mentálních schopností pacientů jsem zvolila klinicky užívaný test Mini Mental State Examination (viz. Příloha č.8). Pět pacientů bylo nutno vyřadit v průběhu výzkumu z důvodu přerušování kontinuity aplikace metody, v důsledku mé zdravotní indispozice.

3.1.2 Klinika gerontologická a metabolická

Popisovaný experimentální výzkum probíhal ve Fakultní nemocnici Hradec Králové, právě na této klinice. Klinika gerontologická a metabolická je interní pracoviště, které poskytuje ambulantní a ústavní léčebnou péči se zaměřením na diagnostiku a léčbu nemocných s poruchami metabolismu a výživy, intenzivní metabolickou péči, péči o pacienty vyžadující umělou enterální a parenterální výživu. Na klinice je také řešena specifická problematika onemocnění látkové výměny a výživy (diabetologie, obezitologie, poruchy metabolismu lipidů). Samostatným úsekem jsou oddělení zaměřená na interní choroby ve stáří, tzv. geriatric. Dále zahrnuje oddělení nefrologie a dialyzační středisko, kde je péče zaměřena na pacienty s chorobami ledvin, včetně řešení stavu akutního i chronického selhání ledvin hemodialýzou, peritoneální dialýzou a kontinuálními metodami. Sledují se zde nemocní po transplantaci ledvin. Lůžkovou část kliniky tvoří dvě jednotky intenzivní péče a čtyři standardní lůžková oddělení, v současné době disponuje celkem 102 lůžky.

- 1. Gerontologická jednotka intenzivní péče : 6 lůžek**
- 2. Gerontologické standardní oddělení - G : 25 lůžek**
- 3. Diabetologické standardní oddělení - H : 12 lůžek**
- 4. Oddělení následné péče - F : 9 lůžek**
- 5. Oddělení nefrologie a metabolické péče - A : 30 lůžek**
- 6. Interní jednotka intenzivní péče : 20 lůžek**

Výzkum probíhal na standardních odděleních jmenované kliniky. Zde uvádím stručnou charakteristiku jednotlivých standardních oddělení.

Gerontologické oddělení G

Na oddělení G jsou hospitalizováni nemocní ve stabilizovaném stavu nevyžadující intenzivní péči všech interních diagnóz věkové kategorie ≥ 78 let, kteří vyžadují hospitalizaci z diagnostických nebo léčebných důvodů. Pacienti jsou přijímáni z domácího prostředí, z jiných oddělení nemocnice i z pečovatelských lůžek různých sociálních ústavů. Typickými onemocněními pacientů na této jednotce jsou poruchy metabolismu vody a elektrolytů. Poruchy metabolismu vody mají za následek funkční změny řady orgánů. Nejčastějšími stavy jsou dehydratace, kdy příčinou může být nedostatečný příjem tekutin u starších pacientů, často spojený s užíváním diuretik. Hyperhydratace se často objevuje v souvislosti se srdečním selháváním. Poruchy rovnováhy minerálů se týkají především životně důležitých elektrolytů.

Oddělení následné péče F

Oddělení následné péče je určeno především geriatrickým pacientům s předpokládanou střednědobou hospitalizací (do 1 měsíce), která umožní další léčbu a ošetřování starého člověka v domácím prostředí. Jde o pacienty různých interních diagnóz, kteří jsou přebíráni z jiných oddělení nemocnice. Jedná se o pacienty ve stabilizovaném stavu, zpravidla po zaléčení akutní fáze onemocnění, kdy je ještě nezbytná hospitalizace, ale více již ve smyslu komplexní rehabilitace. Příkladem může být pacient po prodělané embolii do plicnice v postakutní fázi.

Diabetologické oddělení H

Oddělení H je vyčleněno pro specializovanou péči o pacienty s chronickým, závažným endokrinologickým onemocněním – diabetes mellitus. Hospitalizováni jsou zde nemocní nejčastěji s pozdními komplikacemi této choroby. Jedná se o specifické diabetologické problémy, jako je např. syndrom „diabetické nohy“ a jiné chronické rány. Dále jde často o pacienty, kteří jsou léčeni inzulinem pomocí tzv. inzulinových pump. Na tomto oddělení jsou hospitalizováni pacienti vyššího věku, ale často také mladí.

Metabolické a nefrologické oddělení A

Toto oddělení má 20 lůžek pro pacienty s metabolickým onemocněním. Nejčastěji jde o nemocné ve stavu malnutrice, kteří jsou závislí na podávání umělé enterální či parenterální výživy, často mají komplikace v hojení ran, zejména po rozsáhlých břišních operačních výkonech s následky na funkci gastrointestinálního traktu. Mnohdy mají tato onemocnění za následek trvalé ileostomie či kolostomie. Dále je zde 10 lůžek pro nefrologické pacienty, u nichž dominuje problematika chronického renálního selhávání, které je spojeno s dialyzačním programem. Specifickou problematikou je léčba pacientů po prodělané transplantaci ledviny, kdy dochází k četným problémům a komplikacím. Tito nemocní vlivem podávání imunosupresivních preparátů podléhají zvláštnímu epidemiologickému režimu. Z akutních chorob se jedná nejčastěji o pyelonefritidu u mladších pacientů.

Program dne hospitalizovaného bývá na všech odděleních velmi podobný. V šest hodin ráno bývají pacienti buzení, ať již jsou jejich zvyklosti jakékoli. Jsou jim změřeny fyziologické funkce a odebrána krev. U pacientů vyššího věku je odběr krve náročnější. Vzhledem k stavu cévního systému, otokům apod., bývá často nutné vpichy opakovat, což je pro nemocné pochopitelně traumatizující. Následuje hygienická péče a převlékání lůžek pacientů. Pro nemocného člověka to může být spojeno opět s bolestí a také ztrátou intimity. Podávání stravy nemusí být jen příjemnou částí dne. Nemoc bývá často provázána nechutenstvím, dieta nemusí splňovat pacientova přání. Vyšetřovací program a výkony související s léčbou přináší úzkost, strach, nejistotu, bolest a jiné nepříjemné pocity. Vyprazdňování bývá u seniorů velmi často spojené se zácpou nebo inkontinencí a může tedy přinášet fyzické i psychické strádání. Mnoho geriatrických pacientů má kožní a tkáňové defekty- bércové vředy, dekubity, diabetické komplikace na dolních končetinách (tzv. diabetická noha) a další. Převoz ran opět přináší bolesti. Noci v nemocnicích bývají dlouhé pro seniory trpícími nespavostí. Pokoje jsou nejčastěji třílůžkové a není výjimkou pacient desorientovaný, který ruší ostatní nebo nařikající, což nejen nedovolí ostatním spát, ale také způsobuje úzkost a nejistotu. Nemoc sama přináší řadu subjektivních potíží a úzkost.

Co příjemného čeká v nemocničním prostředí a režimu dne, který se opakuje stereotypně den za dnem? Návštěvy nemocných v odpoledních hodinách a o víkendech jsou hlavním zpestřením a radostí. Někteří staří lidé však z různých důvodů návštěvy nemají. Jejich děti velmi často upřednostňují své zájmy nebo je dávno ze svého života vyčlenily nebo prostě jen považují své potřeby za důležitější. Pokud je starý člověk postižen smyslově či je upoután na lůžko, nemůže (nebo je ordinací pohybově omezen) sledovat s ostatními pacienty TV, poslouchat rádio, číst si...aniž by tu byl někdo, kdo poskytne pomocný prostředek. Neshody mezi pacienty bývají také častou příčinou nepříjemných pocitů a zhoršených nálad.

Je zřejmé, že už samotný pobyt v nemocnici přináší pacientovi řadu negativních emocí. Pacienti jsou ale také často sužováni velmi nepříjemnými souvislostmi a důsledky, které vyplývají z povahy konkrétní diagnózy.

Pacient diabetik se denně musí potýkat s častými odběry krve, dietními omezeními, pravidelnou injekční aplikací inzulínu. Přidružuje se bolest z chronických ran, jejich převazy mohou být traumatizující událostí. Nemocný odkázaný na hemodialýzu několikrát týdně má výrazně zhoršenou kvalitu života. Trvalá stomie je pro pacienta neobyčejně fyzicky i psychicky stigmatizující. Chronické rány, jako například bércové vředy omezují pacienta v hybnosti a soběstačnosti. Omezení veškerých činností včetně sebeobsluhy, v důsledku kontinuální aplikace enterální či parenterální výživy velmi negativně ovlivňuje psychiku nemocného. Většina výše jmenovaných stavů souvisí s dlouhodobým upoutáním pacienta na lůžko, což je samo o sobě velmi zatěžující. Tento výčet omezujících a stresujících faktorů hospitalizace není bohužel zdaleka úplný.

3.2 METODIKA VÝZKUMU

Záměrem výzkumu je tedy potvrdit účinnost humoru, který je mimo jiné také možností, jak zprostředkovat hospitalizovaným starým lidem radost a uvolnění. Metodou, kterou jsem pro tento účel využila je **experimentální ošetrovatelský výzkum**.

3.2.1 Stanovení hypotéz

H 1 - Aplikace humoru mírní depresivitu geriatrických pacientů a zlepšuje jejich náladu.

H 2 - Aplikace humoru zvyšuje chuť k jídlu a tím zvyšuje příjem stravy geriatrických pacientů.

H 3 - Aplikace humoru u geriatrických pacientů snižuje hodnoty krevního tlaku i tepové frekvence.

H 4 - Aplikací humoru lze ovlivnit vnímání bolesti u geriatrických pacientů a snížit spotřebu analgetik.

3.2.2 Metodika aplikace

Pacientům zařazeným do programu humoru (skupina 1.- „ANO“) byla **po dobu sedmi po sobě jdoucích dní** nabídnuta škála audio-video nahrávek, ze kterých si každý den vybrali jednu. Byly zvoleny nahrávky známých „bavičů“, které byly dostupné v prodeji a zároveň byly v předvýzkumu pacienti označeny za oblíbené (viz. Příloha č.4). Každý den byl dle přání pacienta zvolen jiný „bavič“, s ohledem na zachování efektu humornosti, který by byl při opakovaném sledování jedné nahrávky výrazně nižší. Délka „aplikace“ humoru byla stanovena na 30 minut, vzhledem k předpokladu snížené pozornosti a vyšší unavitelnosti hospitalizovaných pacientů. Zvolené nahrávky byly přehrávány na notebooku ve vyčleněné místnosti nebo přímo u lůžka pacienta. Podle potřeby mohli pacienti využít sluchátka či zesilovače zvuku. Čas přehrávání těchto nahrávek byl vždy mimo léčebný a vyšetřovací program pacientů, po domluvě se zdravotnickým týmem oddělení, obvykle v odpoledních hodinách. Bylo vždy využíváno doby mimo plánované i neplánované návštěvy příbuzných a přátel pacientů. Nebyl tedy narušen běžný průběh jejich hospitalizace.

Chronologický postup měření lze popsat následovně:

1. sledování a naměření veškerých parametrů u **obou skupin**
2. **aplikace** humoru u skupiny „ANO“
3. **měření** hodnot krevního tlaku a pulzu **po přehrávání ve skupině „ANO“**

3.2.3 Metodika měření

Sledování a měření zahrnovalo jak položky subjektivní (vnímání bolesti, chuť k jídlu, aktuální nálada), tak objektivizovatelné pomocí testů nebo klinických záznamů (mentální schopnosti, depresivita, spotřeba léků, bilance stravy) i funkce měřitelné (krevní tlak, pulz, dynamometrie). Veškeré získané hodnoty byly průběžně zaneseny **do záznamových protokolů** (Příloha č.1).

Ačkoli rozsah zkoumaného souboru i zjišťovaných dat nemají povahu výzkumu, přesto jsem se v rámci svého experimentálního projektu snažila o částečnou objektivizaci.

Výsledky plynoucí z šetření pochopitelně neaspírají na zobecňující závěry, ale vzájemná korelace subjektivních a objektivizovatelných veličin, není bez zajímavosti.

Souhrnný přehled veškerých **sledovaných parametrů**:

- hodnocení mentálních schopností
- hodnocení depresivity
- subjektivní vnímání nálady
- subjektivní vnímání bolesti
- subjektivní vnímání chuti k jídlu
- bilance příjmu stravy
- spotřeba vyžádaných analgetik a hypnotik
- dynamometrie
- krevní tlak
- pulzová frekvence
- tělesná teplota

A) Pro stanovení mentálních schopností pacientů jsem zvolila test **Mini Mental State Examination (MMSE) tzv. Folsteinův test (1975)**, který je nejčastěji užíván v běžné klinické praxi (Příloha č. 8). Pokročilé stadium demence (Mini Mental State Examination ≤ 16) jsem označila jako vylučující kritérium pro zařazení pacientů do studie.

B) K posouzení depresivity jsem použila **Škálu deprese pro geriatrické pacienty (Geriatric depression scale – GDS, Yesavage, 1986)**, kterou jsem vyhodnotila jako nejméně zatěžující pro nemocné (Příloha č.7). Hluboká deprese byla také vylučujícím kritériem pro zařazení pacientů do studie.

C) Pro subjektivní hodnocení bolesti, nálady a chuti k jídlu jsem využila běžně užívanou metodu **Vizuální analogové škály (VAS)**. Pacienti označili své pocity na desetibodové stupnici při **hodnocení bolesti a nálady**, na pětibodové stupnici při **hodnocení chuti k jídlu**.

Škála pro bolest označuje bezbolestný stav hodnotou nula. Stupeň 10 je největší bolest, kterou si pacient dokáže představit.

Při **hodnocení nálady** znamená nulová hodnota naopak nejhorší náladu a hodnota 10 vyjadřuje nejlepší představitelnou úroveň nálady.

Pro hodnocení **chuti k jídlu** bylo použito pěti stupňů, kde nulová hodnota znamená žádnou chuť k jídlu až vyslovený odpor, pět bodů znamená normální, dobrou chuť k jídlu.

D) **Měření krevního tlaku** bylo prováděno standardně rtuťovým tonometrem v mm Hg (torr), auskultační metodou. **Pulz** byl měřen palpačně na arterii radialis. Tepová frekvence a krevní tlak byl měřen u skupiny s promítáním vždy bezprostředně před promítáním a 5 minut po promítání. Měření **tělesné teploty** digitálním teploměrem v axile bylo pouze kontrolní, mělo význam pro vyloučení event. souvislosti subfebrilie a febrilie s tachykardií.

E) **Dynamometrie** stisku ruky pravé i levé byla měřena tensometrem (dynamometrem) v kg. Jedná se o měření svalové síly, kterou je člověk schopen působit na snímací část přístroje po určitou dobu. Byl využit přenosný, digitální tensometr Force Gauge FG. Poloha pacienta při měření – vsedě, paže v 10° abdukci, loket v 90° flexi.

F) **Bilance přijímané stravy** nebyla hodnocena měřením (vážením jídla), pouze orientačním uvedením velikosti zkonsumované porce. Na stupnici 0 – ¼ - ½ - ¾ - 1 bylo vyznačeno odpovídající zkonsumované množství jídla z porce.

G) **Spotřeba analgetik a hypnotik** byla měřena pouze ve smyslu ano-ne. Tedy, jestli si pacient během 24 hodin vyžádal či nevyžádal jakýkoli lék proti nespavosti nebo bolesti. Podrobnější analýza nebyla možná z důvodu odlišnosti jednotlivých preparátů, sdružených indikací a různých povah onemocnění pacientů.

Měření probíhalo v rámci osmi dnů. První až sedmý den bylo ve skupině „ANO“ prováděno měření a projekce, osmý den probíhalo závěrečné měření bez projekce a pohovory s pacienty obou skupin.

Sledované hodnoty při 1. měření:

1. Věk, pohlaví, diagnosa, počet dní hospitalizace
2. Mini Mental State Examination
3. Geriatric depression scale
4. Dynamometrie stisku ruky oboustranně
5. VAS pro hodnocení bolesti
6. VAS pro hodnocení nálady
7. VAS pro hodnocení chuti k jídlu
8. Bilance stravy
9. Spotřeba analgetik a hypnotik / 24 hodin
10. Krevní tlak, tepová frekvence, tělesná teplota

Sledované hodnoty při 2. – 7. měření:

1. VAS pro hodnocení bolesti
2. VAS pro hodnocení nálady
3. VAS pro hodnocení chuti k jídlu
4. Bilance stravy
5. Spotřeba analgetik a hypnotik / 24 hodin
6. Krevní tlak, tepová frekvence, tělesná teplota

Sledované hodnoty při 8. měření:

1. Dynamometrie stisku ruky oboustranně
2. VAS pro hodnocení bolesti
3. VAS pro hodnocení nálady
4. VAS pro hodnocení chuti k jídlu
5. Bilance stravy
6. Spotřeba analgetik a hypnotik / 24 hodin
7. Krevní tlak, tepová frekvence, tělesná teplota
8. Geriatric depression scale
9. Rozhovor- názory pacienta

3.2.4 Metodika vyhodnocení

Po ukončení výzkumu bylo provedeno statistické porovnání výsledků obou skupin pacientů programem **t -test**. Byla využita varianta párového a dvouvýběrového testu, podle typu porovnávaných dat. Párový test pro vývoj hodnot výsledků jedné skupiny, dvouvýběrový pro porovnání hodnot obou skupin. Hodnota **-p** určuje statistickou významnost odchylek, hladina významnosti je rovna hodnotě 0,05. Výsledky byly pro názornost zpracovány do tabulek a sloupcových grafů.

3.3 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ

Nejprve byly porovnány počáteční průměry hodnot obou skupin, které byly vyhodnoceny jako statisticky se významně nelišící. Zastoupení žen a mužů bylo v obou skupinách 50%. Pro malý statistický vzorek nebyly porovnány rozdíly účinku působení humoru mezi muži a ženami, což také nebylo výzkumným záměrem práce.

Tabulka č.1 Věk pacientů zařazených do výzkumu

Věk (roky)	Skupina ANO	Skupina NE
Pacient 1.	71	74
Pacient 2.	78	74
Pacient 3.	89	77
Pacient 4.	86	82
Pacient 5.	89	86
Pacient 6.	80	88
Pacient 7.	87	91
Pacient 8.	81	72
Pacient 9.	82	79
Pacient 10.	74	85
Průměrný věk:	81,7	80,8

- Věkový průměr skupiny **s aplikací humoru**: 81,7 let
- Věkový průměr skupiny **bez aplikace**: 80,8 let

3.3.1 Vývoj depresivity a nálady

U pacientů ve skupině bez aplikace humoru nebyla zjištěna statisticky významná změna ve vývoji depresivity ($p=0,479$), rovněž nebyla významná změna ve vývoji nálady ($p=0,885$) v průběhu osmi dnů.

Ve skupině pacientů s aplikací humoru byl zjištěn statisticky významný pokles GDS ($p<0,001$). Při srovnání dat získaných na počátku a konci intervence v této skupině byl zjištěn statisticky významný rozdíl nálad ($p<0,001$) a také celková nálada pacientů s aplikací humoru v průběhu osmi dnů je **významně lepší** ($p=0,025$).

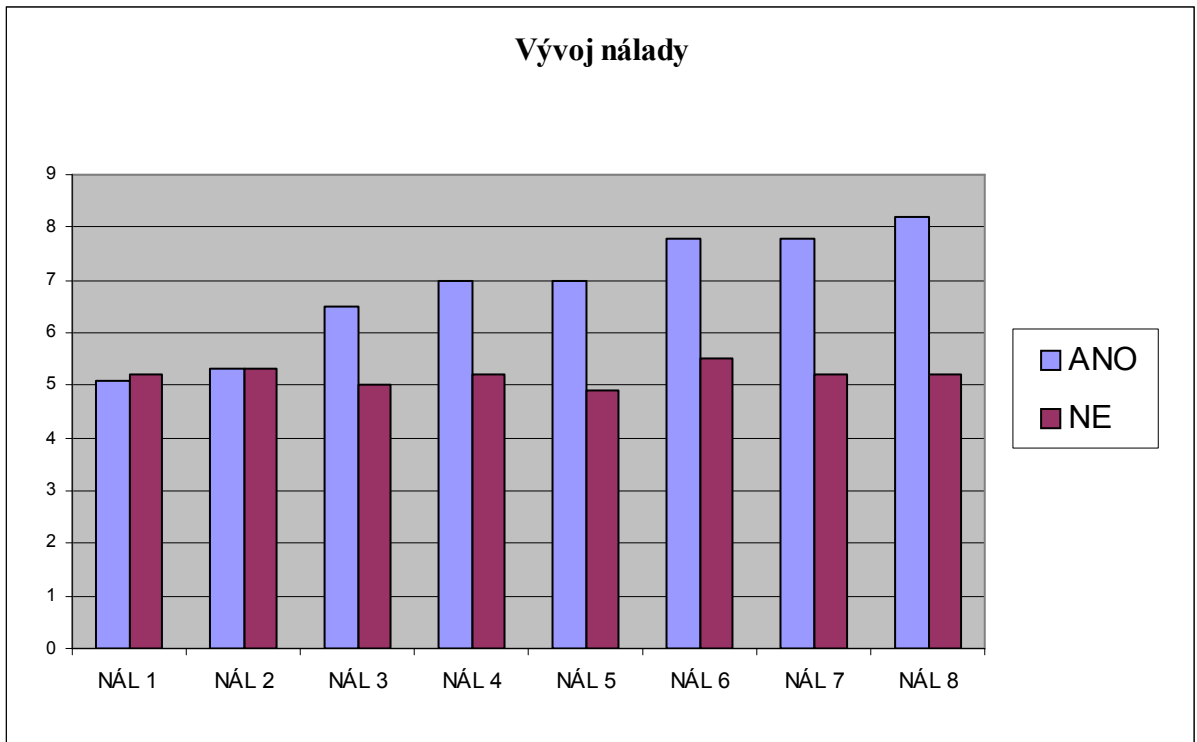
Tabulka č.2 Nálada pacientů ve skupině „ANO“

Skupina ANO(VAS)	Nálada 1.den	Nálada 2.den	Nálada 3.den	Nálada 4.den	Nálada 5.den	Nálada 6.den	Nálada 7.den	Nálada 8.den	Average:
1.pacient	4	6	7	7	4	7	7	8	6,25
2.pacient	3	4	6	6	8	8	8	8	6,375
3.pacient	6	6	6	7	7	7	7	8	6,75
4.pacient	6	6	8	8	8	8	8	8	7,5
5.pacient	6	2	4	7	6	8	8	8	6,125
6.pacient	7	8	8	8	8	8	8	8	7,875
7.pacient	6	8	9	8	9	10	10	10	8,75
8.pacient	5	5	5	5	6	7	7	8	6
9.pacient	6	6	9	8	8	7	7	8	7,375
10.pacient	2	2	3	6	6	8	8	8	5,375
Průměr:	5,1	5,3	6,5	7	7	7,8	7,8	8,2	

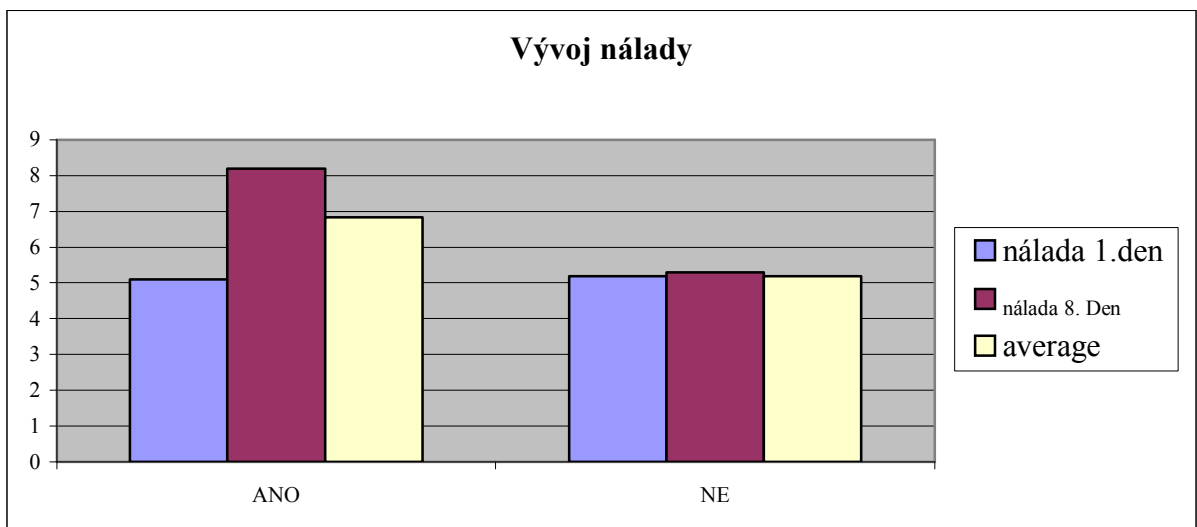
Tabulka č.3 Nálada pacientů ve skupině „NE“

Skupina NE (VAS)	Nálada 1.den	Nálada 2.den	Nálada 3.den	Nálada 4.den	Nálada 5.den	Nálada 6.den	Nálada 7.den	Nálada 8.den	Average:
1.pacient	4	3	3	2	2	2	2	2	2,5
2.pacient	8	8	8	8	4	8	8	8	7,5
3.pacient	3	3	5	5	6	5	5	4	4,5
4.pacient	4	4	4	4	5	5	7	7	5
5.pacient	1	1	2	2	4	4	1	1	2
6.pacient	5	7	7	7	8	8	8	8	7,25
7.pacient	6	6	4	4	4	4	2	2	4
8.pacient	8	8	8	9	8	8	8	8	8,125
9.pacient	7	7	6	7	5	8	8	8	7
10.pacient	6	6	3	4	3	3	3	5	4,125
Průměr:	5,2	5,3	5	5,2	4,9	5,5	5,2	5,3	

Graf č.1 Zobrazení průměru nálad ve skupině „ANO“ a „NE“ za jednotlivé dny. Osa X zobrazuje dny měření, osa Y průměrné hodnoty VAS.



Graf č.2 Srovnání nálady ve skupině „ANO“ a „NE“ 1. a 8. den měření a její týdenní průměr (average) v obou skupinách. Osa X zobrazuje měřené skupiny, osa Y průměrné hodnoty VAS.



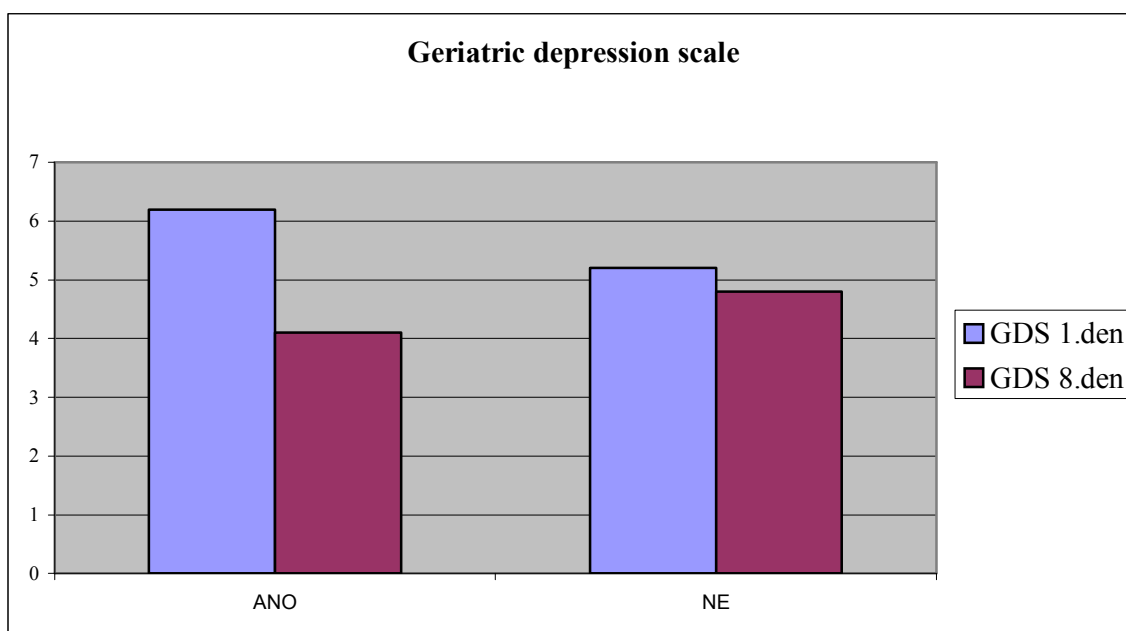
Tabulka č. 4 a 5 Hodnoty GDS u pacientů obou skupin 1. a 8. den měření

Zajímavým faktem je zjištěné relativně vysoké procento geriatrických pacientů v pásmu mírné deprese již na počátku výzkumu. Dosahuje až 50% všech nemocných zařazených do obou skupin.

Skupina ANO	GDS 1.den	GDS 8.den
1.pacient	6	4
2.pacient	10	7
3.pacient	7	5
4.pacient	5	4
5.pacient	7	4
6.pacient	2	2
7.pacient	3	1
8.pacient	9	8
9.pacient	3	1
10.pacient	10	5

Skupina NE	GDS 1.den	GDS 8.den
1.pacient	8	8
2.pacient	2	2
3.pacient	4	5
4.pacient	6	3
5.pacient	10	8
6.pacient	7	7
7.pacient	5	8
8.pacient	5	3
9.pacient	1	1
10.pacient	4	3

Graf č.3 Znárodnění průměrných hodnot depresivity obou skupin, srovnání 1. a 8. dne. Osa X - měřené skupiny pacientů, osa Y - průměrný skór GDS.



3.3.2 Vývoj bilance stravy a chuti k jídlu

Ve skupině pacientů bez aplikace humoru nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ve vývoji chuti k jídlu, ani v bilanci stravy.

Ve skupině nemocných s aplikací humoru rovněž **nedošlo ke statisticky významné změně v bilanci stravy**, proto zde tuto obsáhlou tabulku neuvádím. **Chuť k jídlu** pacienti aplikační skupiny uváděli v průměru bez významné změny, ale rozdíl chuti k jídlu 1. a 8. den byl vyhodnocen jako **statisticky významný** ($p=0,0138$).

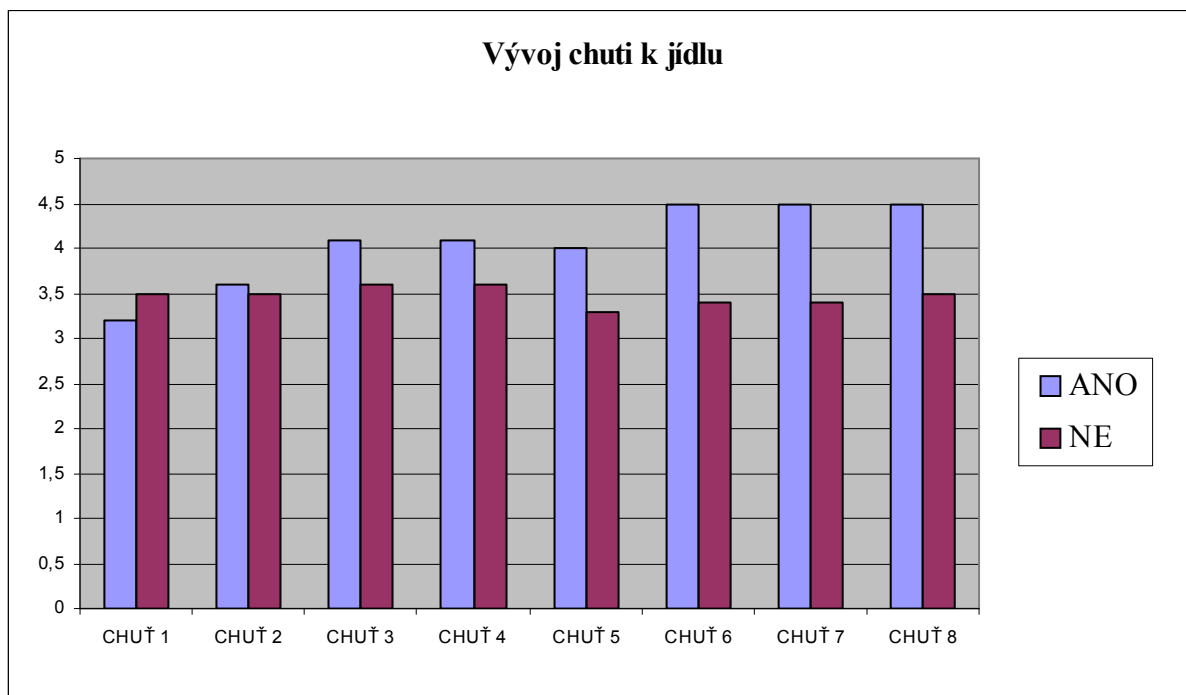
Tabulka č.6 Chuť k jídlu skupiny „ANO“

Skupina ANO(VAS)	CHUŤ 1.den	CHUŤ 2.den	CHUŤ 3.den	CHUŤ 4.den	CHUŤ 5.den	CHUŤ 6.den	CHUŤ 7.den	CHUŤ 8.den	Average:
1.pacient	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2.pacient	2	3	3	3	3	4	4	4	3,25
3.pacient	1	1	1	1	1	2	2	2	1,375
4.pacient	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5.pacient	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6.pacient	2	4	5	5	5	5	5	5	4,5
7.pacient	5	5	5	5	5	5	5	5	5
8.pacient	5	5	5	5	5	5	5	5	5
9.pacient	1	2	4	4	3	4	4	4	3,25
10.pacient	1	1	3	3	3	5	5	5	3,25
Průměr:	3,2	3,6	4,1	4,1	4	4,5	4,5	4,5	

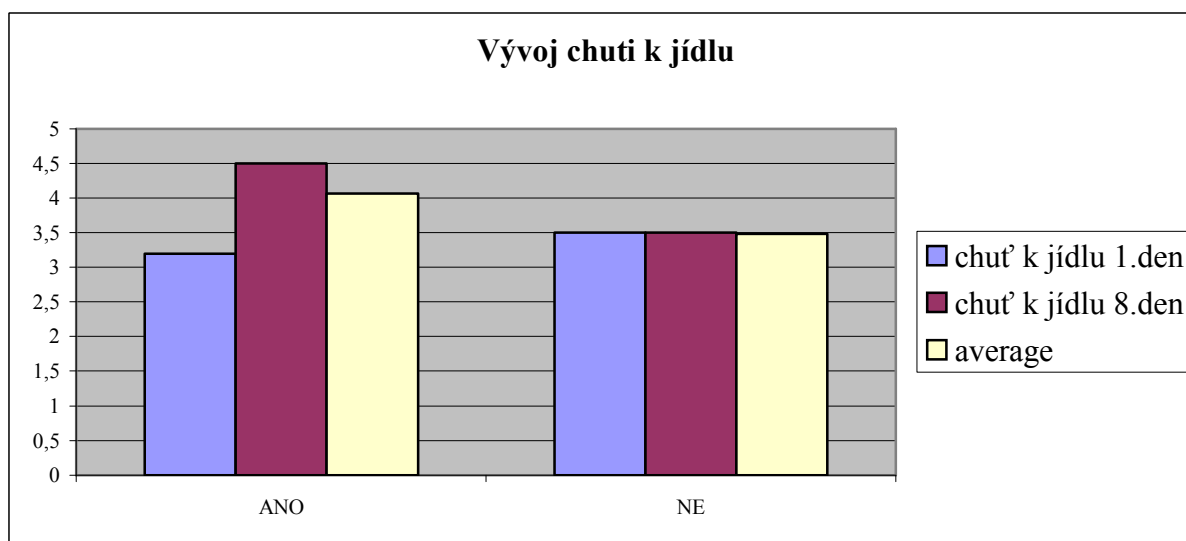
Tabulka č.7 Chuť k jídlu skupiny „NE“

Skupina NE (VAS)	CHUŤ 1.den	CHUŤ 2.den	CHUŤ 3.den	CHUŤ 4.den	CHUŤ 5.den	CHUŤ 6.den	CHUŤ 7.den	CHUŤ 8.den	Average:
1.pacient	4	4	4	4	4	4	4	4	4
2.pacient	5	5	5	5	5	5	5	5	5
3.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4.pacient	3	3	3	3	2	2	2	2	2,5
5.pacient	1	1	1	2	2	2	1	2	1,5
6.pacient	5	5	5	5	5	5	5	5	5
7.pacient	4	4	4	3	3	3	3	3	3,375
8.pacient	5	5	5	5	4	4	4	4	4,5
9.pacient	5	5	5	5	5	5	5	5	5
10.pacient	3	3	4	4	3	4	5	5	3,875
Průměr:	3,5	3,5	3,6	3,6	3,3	3,4	3,4	3,5	

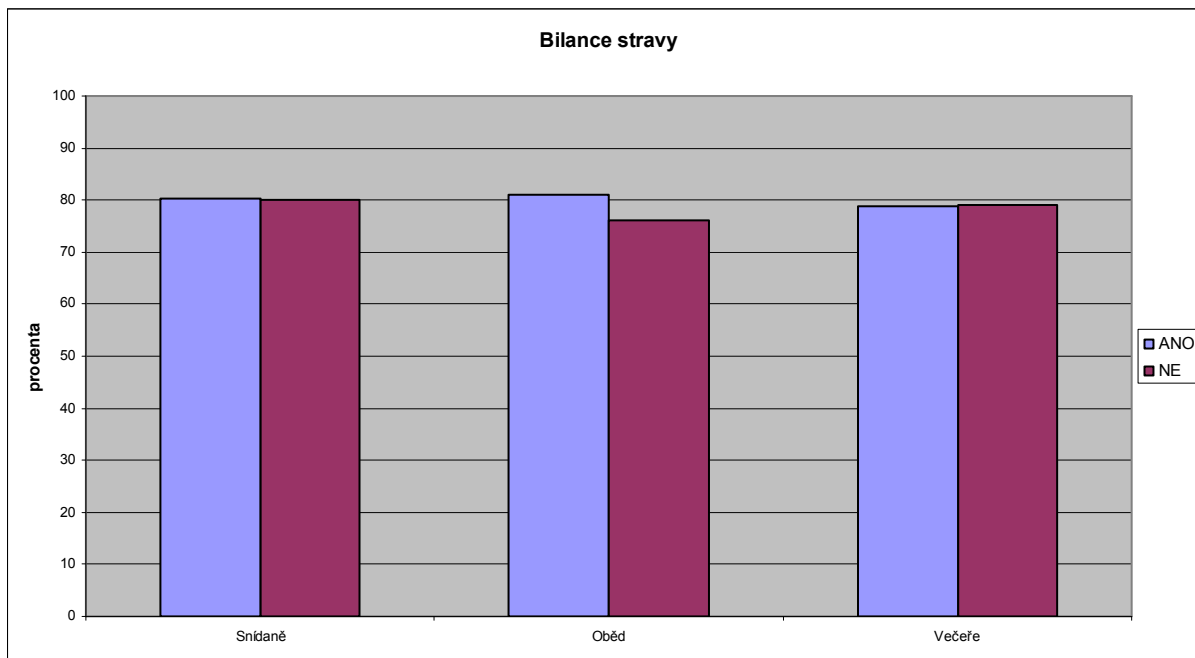
Graf č.4 Průměrná chuť k jídlu ve skupině „ANO“ a „NE“ za jednotlivé dny. Osa X zobrazuje dny měření, osa Y průměrné hodnoty VAS.



Graf č.5 Srovnání chuti k jídlu ve skupině „ANO“ a „NE“ první a poslední den měření a její týdenní průměr (average) v obou skupinách. Osa X zobrazuje měřené skupiny, osa Y průměrné hodnoty VAS.



Graf č.6 Průměrná týdenní bilance stravy ve skupinách „ANO“ a „NE“. Osa X zobrazuje denní dělení jídla, osa Y procentuálně vyjádřenou porci zkonsumované stravy.



3.3.3 Vývoj vnímání bolesti a spotřeby léků proti bolesti

Ve skupině bez aplikace humoru nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ve vnímání bolesti pacienty, rovněž spotřeba léků proti bolesti se v této skupině nezměnila.

U pacientů zařazených do skupiny s aplikací humoru nebyl zjištěn rozdíl v průměrech vnímání bolesti a spotřeby léků proti bolesti. Ovšem při srovnání získaných dat na počátku a konci intervence humorem měla u těchto nemocných **statistickou významnost** jak hodnota vnímání bolesti ($p < 0,001$), tak spotřeba léků proti bolesti byla určena jako významně nižší ($p = 0,04$).

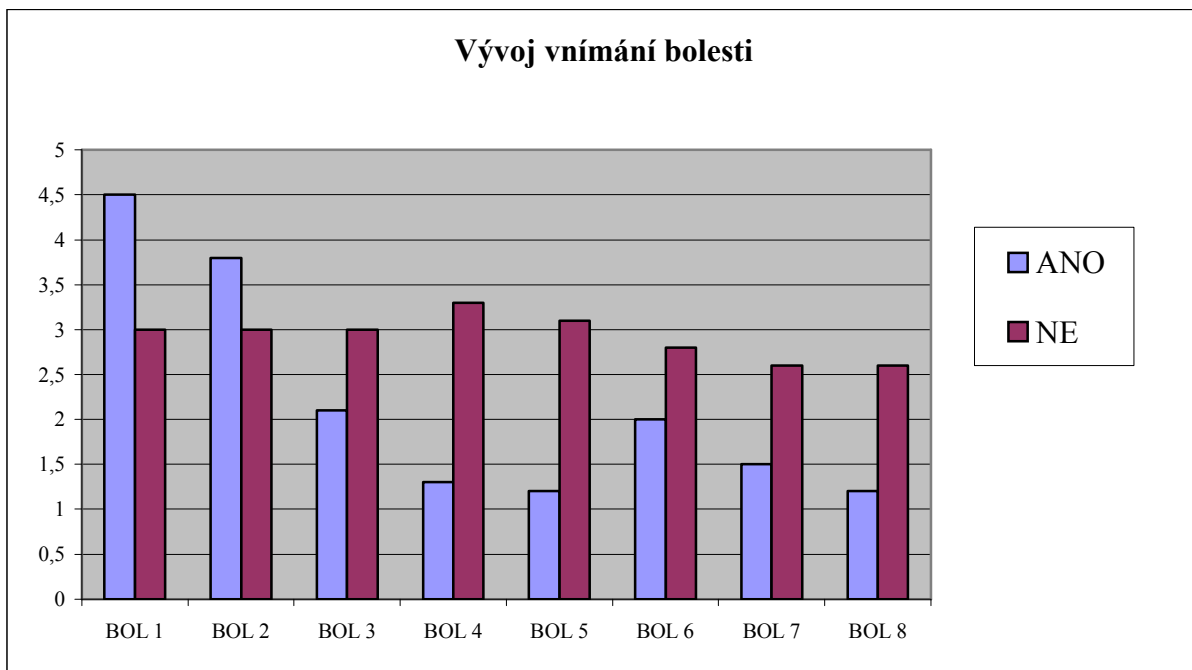
Tabulka č. 8 Vnímání bolesti ve skupině „ANO“

Skupina ANO(VAS)	Bolest 1.den	Bolest 2.den	Bolest 3.den	Bolest 4.den	Bolest 5.den	Bolest 6.den	Bolest 7.den	Bolest 8.den	Average:
1.pacient	5	4	0	0	0	0	0	0	1,125
2.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.pacient	6	7	7	6	5	7	5	4	5,875
4.pacient	2	1	0	0	0	0	0	0	0,375
5.pacient	7	5	5	0	0	0	0	0	2,125
6.pacient	8	7	5	2	2	8	6	4	5,25
7.pacient	2	2	0	0	0	0	0	0	0,5
8.pacient	3	2	0	0	0	0	0	0	0,625
9.pacient	6	4	2	3	3	5	4	4	3,875
10.pacient	6	6	2	2	2	0	0	0	2,25
Průměr:	4,5	3,8	2,1	1,3	1,2	2	1,5	1,2	

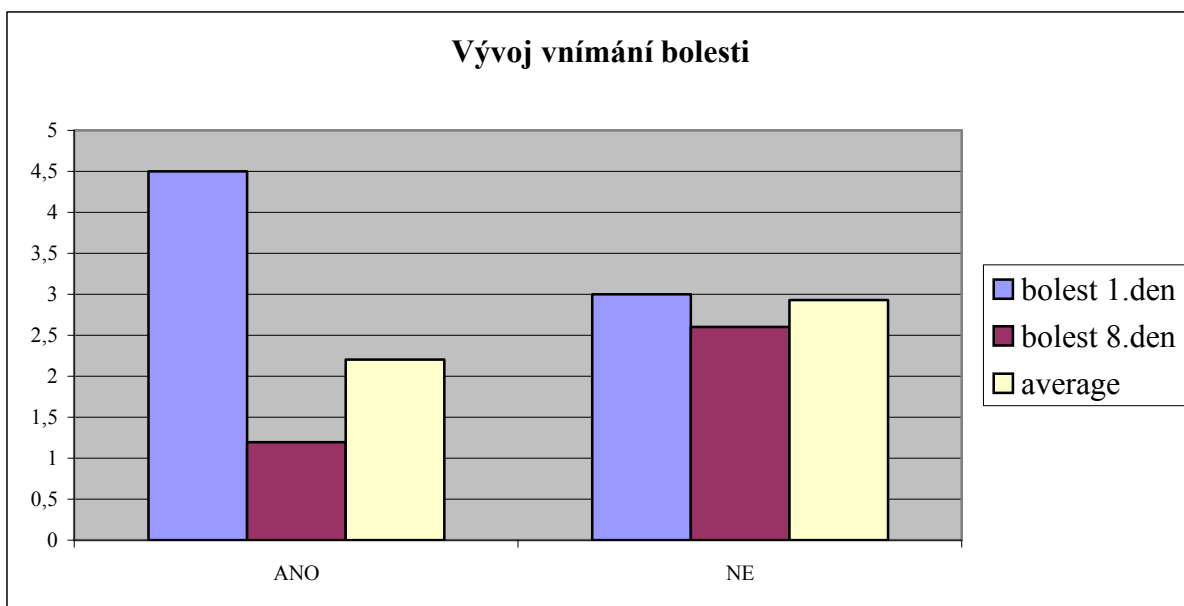
Tabulka č.9 Vnímání bolesti ve skupině „NE“

Skupina NE (VAS)	Bolest 1.den	Bolest 2.den	Bolest 3.den	Bolest 4.den	Bolest 5.den	Bolest 6.den	Bolest 7.den	Bolest 8.den	Average:
1.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.pacient	7	7	6	4	4	4	4	5	5,125
3.pacient	0	0	0	3	3	4	4	4	2,25
4.pacient	5	5	7	7	4	3	1	1	4,125
5.pacient	6	6	5	6	7	5	5	4	5,5
6.pacient	1	1	1	1	1	1	0	0	0,75
7.pacient	6	6	6	5	5	4	5	5	5,25
8.pacient	3	3	3	4	4	3	3	3	3,25
9.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10.pacient	2	2	2	3	3	4	4	4	3
Průměr:	3	3	3	3,3	3,1	2,8	2,6	2,6	

Graf č.7 Zobrazení vývoje vnímání bolesti skupiny „ANO“ a „NE“ za jednotlivé dny. Osa X zobrazuje dny měření, osa Y průměrné hodnoty VAS.



Graf č.8 Srovnání vnímání bolesti skupiny „ANO“ a „NE“ 1. a 8. den měření a její týdenní průměr (average) v obou skupinách. Osa X zobrazuje měřené skupiny, osa Y průměrné hodnoty VAS.



Tabulka č.10 Spotřeba analgetik skupiny „ANO“ a „NE“

Skupina ANO	Léky 1.den	Léky 2.den	Léky 3.den	Léky 4.den	Léky 5.den	Léky 6.den	Léky 7.den	Léky 8.den	Average:
1.pacient	1	1	0	0	0	0	0	0	0,25
2.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5.pacient	1	1	1	1	1	1	0	0	0,75
6.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8.pacient	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9.pacient	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10.pacient	1	1	1	0	0	0	0	0	0,375
Skupina NE	Léky 1.den	Léky 2.den	Léky 3.den	Léky 4.den	Léky 5.den	Léky 6.den	Léky 7.den	Léky 8.den	Average:
1.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2.pacient	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4.pacient	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5.pacient	1	1	1	1	1	1	1	0	0,875
6.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.pacient	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8.pacient	1	1	1	1	0	0	0	0	0,5
9.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10.pacient	0	0	0	1	1	1	1	1	0,625

Z tabulky je patrna mírně klesající spotřeba léků proti bolesti u skupiny „ANO“, kde 5 pacientů nevyžadovalo žádná analgetika, u 2 pacientů trvala spotřeba beze změn a u tří pacientů došlo ke snížení spotřeby. U skupiny „NE“ 4 pacienti nevyžadovali léky proti bolesti, 3 pacienti měli spotřebu stejnou, u dvou se spotřeba snížila a u jednoho pacienta se naopak spotřeba zvýšila.

3.3.4 Vývoj spotřeby léků na spaní

Ve skupině nemocných bez promítání humoru nedošlo v průměru ani ve srovnání 1. a 8. den ke statisticky významné odchylce.

U pacientů skupiny s aplikací humoru nedošlo v průměru ke statisticky významné změně, ale v porovnání 1. a 8. den je **významný rozdíl** ve spotřebě léků na spaní ($p=0,0075$).

Tabulka č.11 Spotřeba hypnotik skupiny „ANO“ a „NE“

Skupina ANO	Léky 1.den	Léky 2.den	Léky 3.den	Léky 4.den	Léky 5.den	Léky 6.den	Léky 7.den	Léky 8.den	Average:
1.pacient	1	1	1	1	0	1	0	0	0,625
2.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5.pacient	1	1	1	1	0	0	0	0	0,5
6.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8.pacient	1	1	0	0	0	0	0	0	0,25
9.pacient	1	1	1	1	1	1	0	0	0,75
10.pacient	1	1	1	1	0	0	0	0	0,5
Skupina NE	Léky 1.den	Léky 2.den	Léky 3.den	Léky 4.den	Léky 5.den	Léky 6.den	Léky 7.den	Léky 8.den	Average:
1.pacient	1	0	1	1	1	1	0	1	0,75
2.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3.pacient	0	0	0	0	1	1	1	1	0,5
4.pacient	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5.pacient	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7.pacient	0	0	0	1	1	1	1	1	0,625
8.pacient	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9.pacient	0	1	1	0	1	0	1	1	0,625
10.pacient	0	0	1	1	0	1	1	0	0,5

U skupiny „ANO“ 5 pacientů nevyžádalo žádné léky na spaní a u pěti se spotřeba snížila. Poslední den promítání **nežádal žádný pacient této skupiny léky na spaní**. Ve skupině „NE“ 3 pacienti nevyžadovali žádné léky na nespavost, u 4 se spotřeba nezměnila a u tří pacientů došlo ke **zvýšení spotřeby** léků na spaní.

3.3.5 Vývoj svalové síly

Ve výsledcích pacientů bez aplikace humoru nejsou statistické změny ve svalové síle na horních končetinách měřené dynamometrií.

Svalová síla u nemocných zařazených do skupiny s aplikací humoru je na horních končetinách statisticky **významně vyšší** v porovnání první a poslední den měření ($p=0,007$).

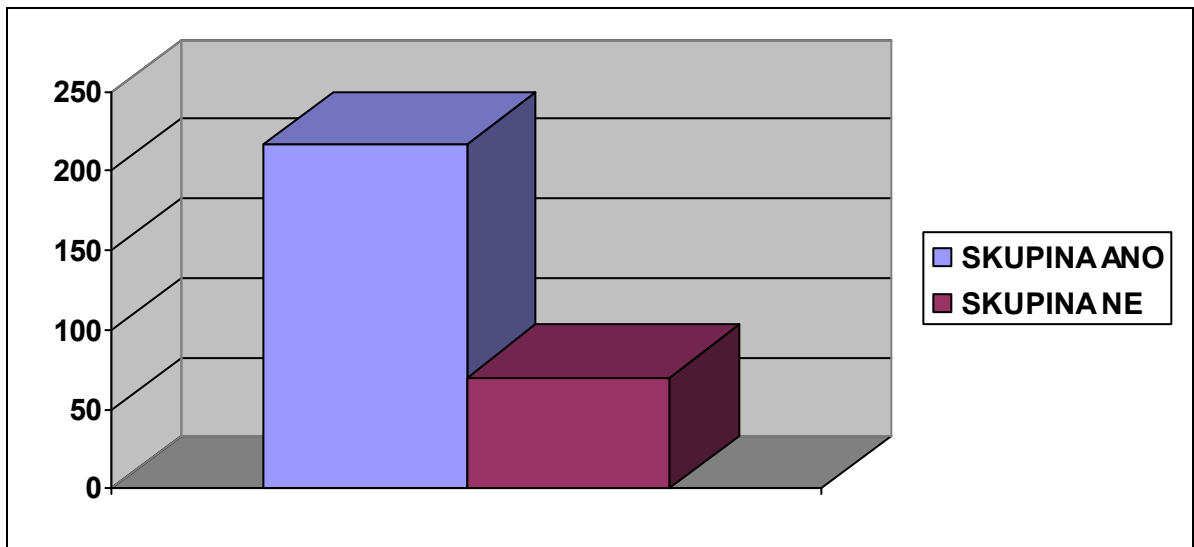
Tabulka č.12 Hodnoty svalové síly pacientů skupiny „ANO“

Skupina ANO	svalová síla PHK 1.den	svalová síla PHK 8.den	svalová síla LHK 1.den	svalová síla LHK 8.den
1.pacient	57,4	92,5	44,3	83,5
2.pacient	6,7	8	12,4	13,5
3.pacient	26	26	16	16,2
4.pacient	18	20,2	23,2	31,5
5.pacient	27,5	35	25,5	26,7
6.pacient	28,9	35,5	27,8	38,2
7.pacient	16	18,8	15	18,7
8.pacient	9,8	25,6	10	19,9
9.pacient	17,2	37	18,1	40
10.pacient	10,4	29,2	6,7	18,5

Tabulka č.13 Hodnoty svalové síly pacientů skupiny „NE“

Skupina NE	svalová síla PHK 1.den	svalová síla PHK 8.den	svalová síla LHK 1.den	svalová síla LHK 8.den
1.pacient	35	52	34,9	48,2
2.pacient	22,8	50,7	29,8	55,3
3.pacient	13,2	12,2	9,6	8,4
4.pacient	45,7	49,5	34,2	36,6
5.pacient	8,2	6	10,5	7,8
6.pacient	15,4	18,5	14,2	17
7.pacient	36	15,6	22,4	10,3
8.pacient	18,3	21,4	13,8	16,1
9.pacient	21	26,2	17,4	20,3
10.pacient	10,6	10,9	9,3	9,5

Graf č.9 Nárůst svalové síly skupiny „ANO“ a skupiny „NE“ (v kg) od prvního do osmého dne měření. Osa X znázorňuje jednotlivé skupiny pacientů, osa Y svalovou sílu.



3.3.6 Vývoj krevního tlaku a pulzu

Tepová frekvence ani krevní tlak, jak systolický, tak diastolický se ve skupině pacientů bez aplikace humoru statisticky neliší. U obou skupin pro účely ovlivnění tepové frekvence byla sledována denně také tělesná teplota. U nikoho nebyla zjištěna teplota nad 37°C, která by ovlivňovala pulz. Tabulky hodnot krevního tlaku této skupiny neuvádím pro statistickou nevýznamnost.

Tepová frekvence, systolický i diastolický tlak pacientů v programu humoru se v průměrech neliší. Bylo však prokázáno, že humor **snižuje tepovou frekvenci** ($p < 0,001$) a bylo zjištěno i **statisticky významné ovlivnění** systolického ($p = 0,004$) a diastolického ($p = 0,002$) krevního tlaku v průměru.

Tabulka č.14 Tepová frekvence pacientů skupiny „ANO“ **před** aplikací humoru

Skupina ANO	TF před 1.den	TF před 2.den	TF před 3.den	TF před 4.den	TF před 5.den	TF před 6.den	TF před 7.den	TF před 8.den	Average:
1.pacient	86	90	76	78	80	68	64	66	76,0
2.pacient	86	86	88	100	88	86	78	82	86,8
3.pacient	78	62	64	65	72	55	66	64	65,8
4.pacient	78	68	64	66	66	65	88	68	70,4
5.pacient	56	68	60	61	60	56	60	64	60,6
6.pacient	86	76	80	72	76	80	80	74	78,0
7.pacient	66	68	76	74	76	65	62	64	68,9
8.pacient	90	80	82	74	68	80	80	76	78,8
9.pacient	92	88	80	80	82	65	72	68	78,4
10.pacient	112	98	88	92	98	94	86	75	92,9
Průměr:	83	78,4	75,8	76,2	76,6	71,4	73,6	70,1	

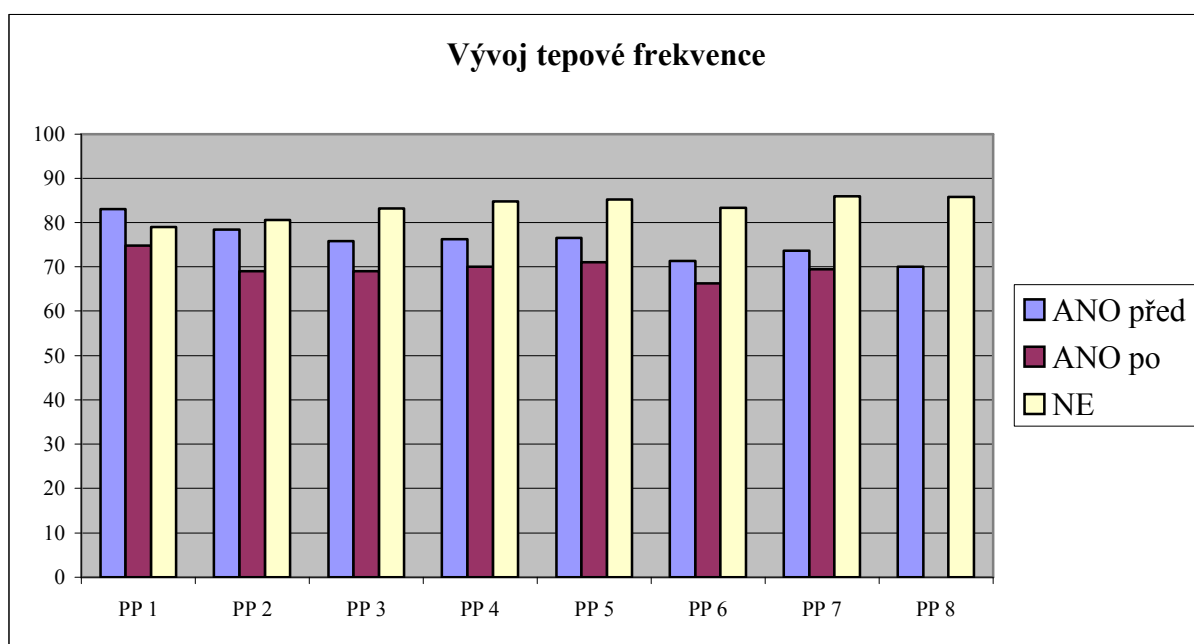
Tabulka č.15 Tepová frekvence pacientů skupiny „ANO“ **po** aplikaci humoru

Skupina ANO	TF po 1.den	TF po 2.den	TF po 3.den	TF po 4.den	TF po 5.den	TF po 6.den	TF po 7.den	Average:
1.pacient	74	76	62	64	68	64	68	68,0
2.pacient	82	70	80	96	80	82	86	82,3
3.pacient	68	60	58	57	68	50	55	59,4
4.pacient	72	60	60	62	64	68	60	63,7
5.pacient	52	60	60	56	54	58	60	57,1
6.pacient	80	68	76	70	70	60	76	71,4
7.pacient	62	60	64	67	68	62	60	63,3
8.pacient	84	76	78	72	72	72	80	76,3
9.pacient	80	80	70	80	78	65	76	75,6
10.pacient	94	80	82	76	88	82	74	82,3
Průměr:	74,8	69	69	70	71	66,3	69,5	

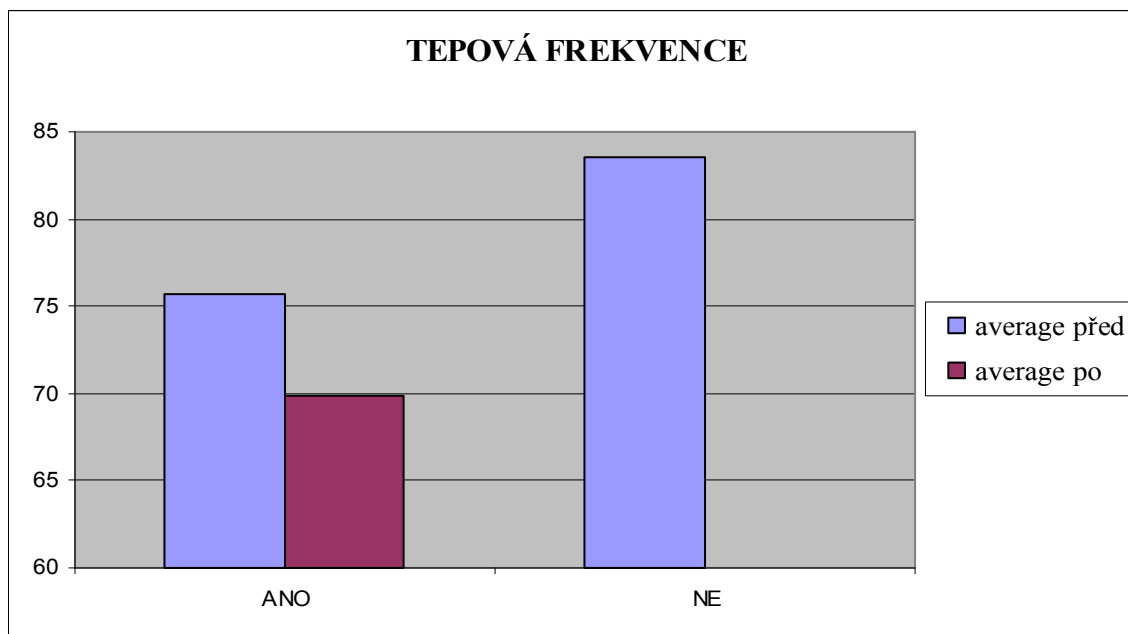
Tabulka č.16 Tepová frekvence pacientů skupiny „NE“

Skupina NE	TF před 1.den	TF před 2.den	TF před 3.den	TF před 4.den	TF před 5.den	TF před 6.den	TF před 7.den	TF před 8.den	Average:
1.pacient	70	88	94	92	90	88	86	90	87,3
2.pacient	72	70	84	66	86	82	74	68	75,3
3.pacient	68	66	64	76	68	78	80	84	73,0
4.pacient	102	98	96	106	98	80	88	96	95,5
5.pacient	58	54	62	60	76	74	82	70	67,0
6.pacient	90	92	96	88	84	94	96	96	92,0
7.pacient	64	72	70	68	66	66	74	82	70,3
8.pacient	88	86	82	86	94	90	90	84	87,5
9.pacient	94	98	104	110	118	112	106	96	104,8
10.pacient	84	82	80	96	72	70	84	92	82,5

Graf č.10 Zobrazení vývoje tepové frekvence ve skupině „ANO“ před a 5 minut po aplikaci humoru a ve skupině „NE“ za jednotlivé dny. Osa X zobrazuje dny měření, osa Y průměrné hodnoty tepové frekvence.



Graf č.11 Srovnání průměrné tepové frekvence ve skupině „ANO“ před a po aplikaci humoru a ve skupině „NE“. Osa X zobrazuje skupinu pacientů, osa Y průměrné hodnoty tepové frekvence.



Tabulka č.17 Vývoj systolického krevního tlaku skupiny „ANO“ před aplikací humoru

Skupina ANO	TKS před 1.den	TKS před 2.den	TKS před 3.den	TKS před 4.den	TKS před 5.den	TKS před 6.den	TKS před 7.den	TKS před 8.den	Average:
1.pacient	130	140	130	140	150	125	130	130	134,4
2.pacient	140	160	165	160	150	130	150	150	150,6
3.pacient	150	150	145	160	150	140	130	140	145,6
4.pacient	110	130	130	140	130	120	150	120	128,8
5.pacient	150	140	130	150	140	140	130	125	138,1
6.pacient	170	160	140	140	130	170	150	140	150,0
7.pacient	105	120	115	110	125	120	100	110	113,1
8.pacient	140	130	135	150	145	160	140	150	143,8
9.pacient	110	115	110	115	120	120	120	120	116,3
10.pacient	175	180	150	150	130	140	150	155	153,8
Průměr:	138	142,5	135	141,5	137	136,5	135	134	

Tabulka č.18 Vývoj systolického krevního tlaku skupiny „ANO“ po aplikaci humoru

Skupina ANO	TKS po 1.den	TKS po 2.den	TKS po 3.den	TKS po 4.den	TKS po 5.den	TKS po 6.den	TKS po 7.den	Average
1.pacient	130	130	130	130	130	120	130	128,6
2.pacient	130	145	145	150	140	130	140	140,0
3.pacient	145	150	140	140	150	140	130	142,1
4.pacient	120	110	120	130	110	120	110	117,1
5.pacient	140	140	135	130	140	145	130	137,1
6.pacient	155	150	140	120	130	160	140	142,1
7.pacient	110	120	110	120	130	120	110	117,1
8.pacient	140	120	130	140	140	150	145	137,9
9.pacient	115	115	115	110	120	120	115	115,7
10.pacient	160	160	140	145	130	140	140	145,0
Průměr:	134,5	134	130,5	131,5	132	134,5	129	

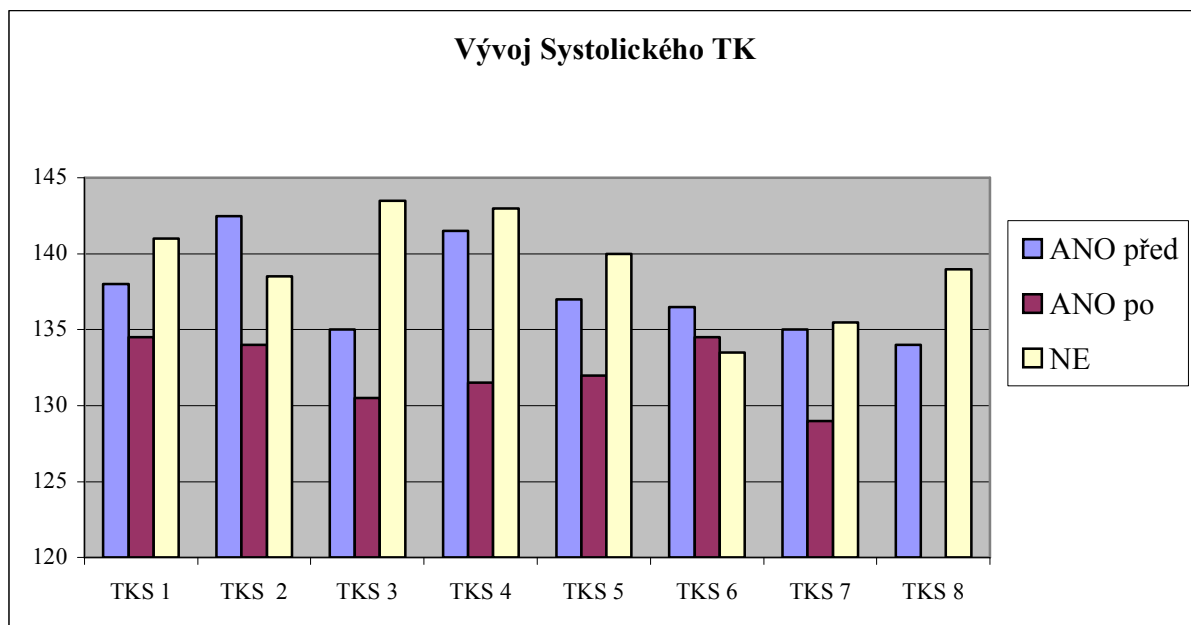
Tabulka č.19 Vývoj diastolického krevního tlaku skupiny „ANO“ před aplikací humoru

Skupina ANO	TKD před 1.den	TKD před 2.den	TKD před 3.den	TKD před 4.den	TKD před 5.den	TKD před 6.den	TKD před 7.den	TKD před 8.den	Average
1.pacient	80	90	80	80	80	70	70	75	78,1
2.pacient	85	90	95	90	90	75	85	80	86,3
3.pacient	90	85	80	90	85	80	80	80	83,8
4.pacient	60	70	70	80	75	70	70	70	70,6
5.pacient	85	80	70	80	80	80	70	70	76,9
6.pacient	80	80	70	70	70	80	75	75	75,0
7.pacient	55	65	60	60	65	60	55	60	60,0
8.pacient	80	70	70	85	85	90	80	80	80,0
9.pacient	70	70	70	70	70	70	75	70	70,6
10.pacient	95	100	80	80	75	70	80	80	82,5
Průměr:	78	80	74,5	78,5	77,5	74,5	74	74	

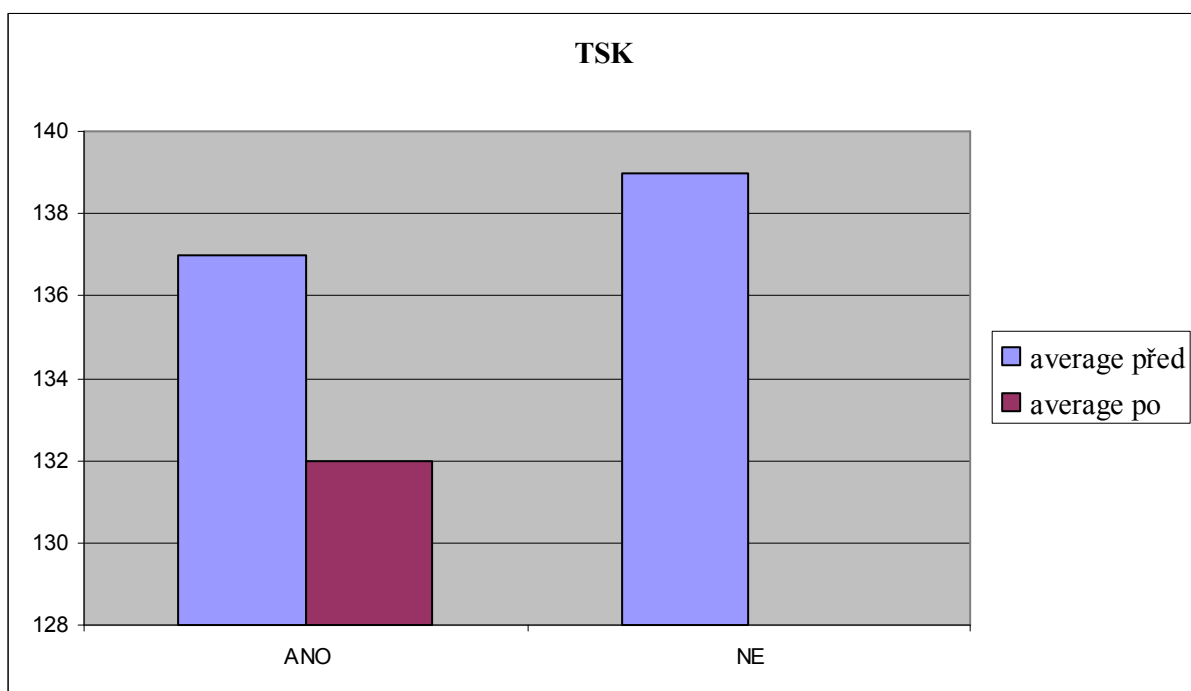
Tabulka č.20 Vývoj diastolického krevního tlaku skupiny „ANO“ po aplikaci humoru

Skupina ANO	TKD po 1.den	TKD po 2.den	TKD po 3.den	TKD po 4.den	TKD po 5.den	TKD po 6.den	TKD po 7.den	Average
1.pacient	80	80	70	70	70	70	70	72,9
2.pacient	80	80	80	80	80	70	80	78,6
3.pacient	85	80	80	80	80	80	80	80,7
4.pacient	70	60	65	70	60	70	70	66,4
5.pacient	80	80	70	75	80	80	70	76,4
6.pacient	80	70	70	65	70	80	70	72,1
7.pacient	60	60	60	65	70	60	55	61,4
8.pacient	80	70	70	70	80	80	80	75,7
9.pacient	70	70	70	70	70	70	70	70,0
10.pacient	85	80	80	80	70	60	80	76,4
Průměr:	77	73	71,5	72,5	73	72	72,5	

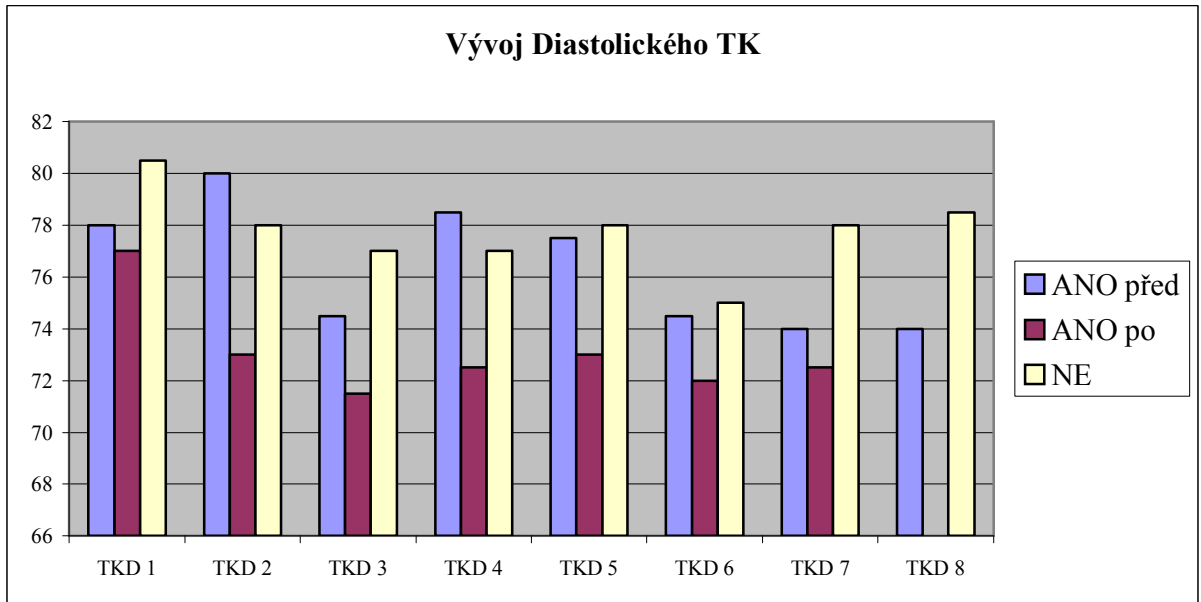
Graf č.12 Zobrazení vývoje **systolického** krevního tlaku skupina „ANO“ **před a po** aplikaci humoru a skupiny „NE“ za jednotlivé dny. Osa X zobrazuje dny měření, osa Y průměrné hodnoty systolického krevního tlaku.



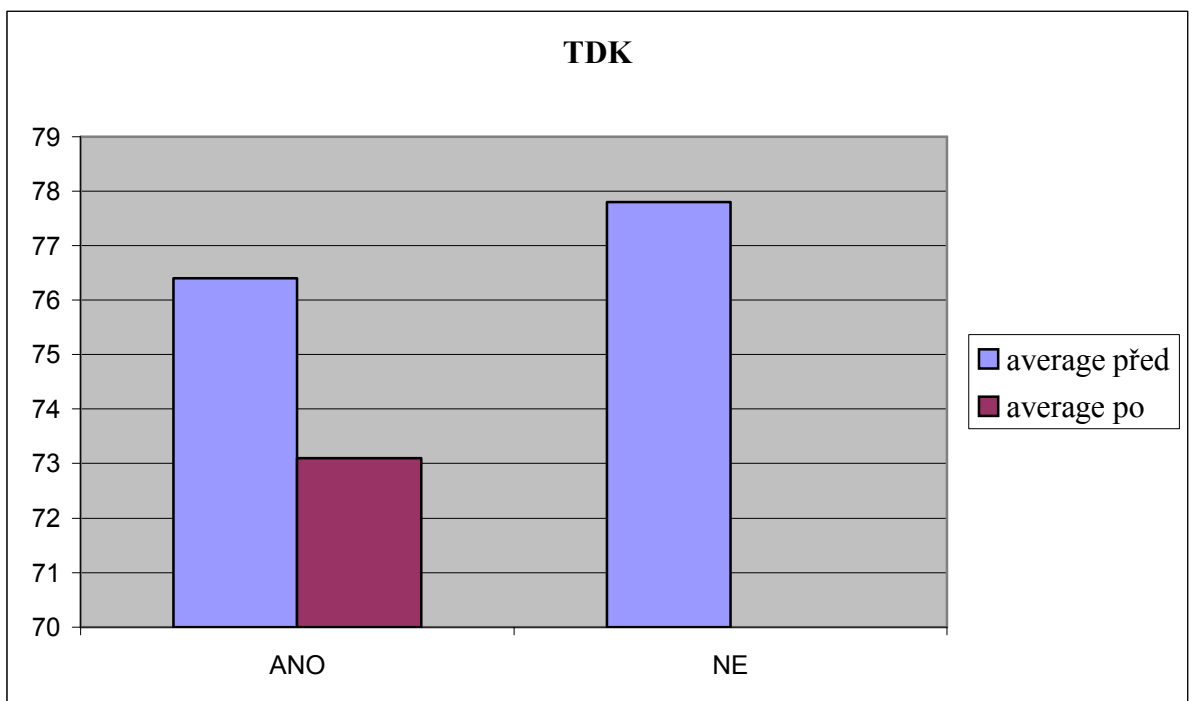
Graf č.13 Srovnání průměrného **systolického** krevního tlaku ve skupině „ANO“ **před a po aplikaci** humoru a ve skupině „NE“. Osa X zobrazuje skupinu pacientů, osa Y průměrné hodnoty systolického tlaku.



Graf č.14 Zobrazení vývoje **diastolického** krevního tlaku skupina „ANO“ **před a po aplikaci** humoru a skupiny „NE“ za jednotlivé dny. Osa X zobrazuje dny měření, osa Y průměrné hodnoty diastolického krevního tlaku.



Graf č.15 Srovnání průměrného **diastolického** krevního tlaku ve skupině „ANO“ **před a po aplikaci** humoru a ve skupině „NE“. Osa X zobrazuje skupinu pacientů, osa Y průměrné hodnoty diastolického tlaku.



3.3.7 Verifikace hypotéz

Po vyhodnocení výstupů výzkumného šetření uvádím následující verifikaci hypotéz :

H 1 - Aplikace humoru mírní depresivitu geriatrických pacientů a zlepšuje jejich náladu.

Ve skupině pacientů s aplikací humoru bylo zjištěno významné snížení hodnot ve škále deprese a významné zlepšení nálady. Lze konstatovat, že se tato hypotéza (H1) potvrdila.

H 2 - Aplikace humoru zvyšuje chuť k jídlu a tím zvyšuje příjem stravy geriatrických pacientů.

Chuť k jídlu pacienti aplikační skupiny uváděli v průměru bez významné změny, rozdíl chuti k jídlu první a poslední den měření byl sice vyhodnocen jako statisticky významný, ale bilance stravy se významně nezvýšila. Tato hypotéza (H2) se nepotvrdila.

H 3 - Aplikace humoru u geriatrických pacientů snižuje hodnoty krevního tlaku i tepové frekvence.

Je možno tvrdit, že se hypotéza (H3) potvrdila. Hodnoty pulzu, systolického i diastolického tlaku jsou po aplikaci humoru u pacientů významně nižší.

H 4 - Aplikací humoru lze ovlivnit vnímání bolesti u geriatrických pacientů a snížit spotřebu analgetik.

Pacienti ve skupině s aplikací humoru uváděli významně nižší hodnoty vnímání bolesti na škále VAS a nižší spotřebu léků proti bolesti ve srovnání prvního a osmého dne měření než skupina pacientů bez promítání. Tato hypotéza (H4) se tedy potvrdila.

3.4 DISKUSE

Ze zjištěných údajů se pokusím upozornit na ty, které si dle mého názoru zasluhují větší pozornost. Vzhledem k velkému množství dat a možnostem interpretace výzkumu, je pochopitelně možné vyhledat mnohem více souvislostí. Tento záměr by však již překročil rámec této diplomové práce, jistě také na úkor struktury a přehlednosti.

3.4.1 Deprese ve vyšším věku

K nejzajímavějším výsledkům šetření patří interpretace dvou následujících oblastí měření, které spolu vzájemně úzce souvisí. **Subjektivní vnímání nálady** pacientem, kdy pro hodnocení byla použita vizuální analogová škála 0 -10, kde číselná hodnota nula označuje subjektivně nejhorší prožívání nálady a hodnota 10 symbolizuje náladu nejlepší. Pro **hodnocení depresivity** byla použita tzv. Geriatric depression scale -GDS (příloha č.7), která obsahuje 15. doplňovacích otázek s nabídkou odpovědí ano/ne, kdy za každou „depresivní“ odpověď započítáváme jeden bod. Dosažený součet bodů interpretujeme následovně: 0 – 5 b. = norma, bez známek depresivity, 6 – 10 b. = ukazatel mírné deprese, nad 10 bodů = manifestní deprese.

Pozoruhodným faktem bylo množství pacientů, kteří již **na počátku výzkumu vykazovali depresivní symptomy**. Do kategorie, která odpovídá normě se na počátku výzkumu dalo zařadit pouze 7 pacientů z celkových dvaceti. Bohužel přesně **50% pacientů** obou skupin se nacházelo v pásmu, které odpovídá **mírné depresi**. Tři pacienti dokonce vykazovali hraniční symptomy manifestní deprese (GDS 10 bodů). Zejména posledně jmenovaný údaj vnímám jako alarmující. Hodnota 10 bodů v GDS škále je velmi závažné zjištění. Je známo, že klinický obraz deprese u seniorů je specifický tím, že příznaky bývají méně zjevné a průkazné, velmi často probíhají v subklinické formě a pacienti sami je málo verbalizují a projevují. (Bouček, Pidrman, 2005).

Deprese není atributem běžného stáří, jak se mnozí laici i odborníci domnívají. Stav, v němž je člověk nevykonný, smutný, úzkostný, plný obav či rezignovaný a bez motivace, jistě nelze považovat za normální a zdravý obraz stáří.

I v pokročilém věku se zde jedná o chorobu, která výrazně ovlivňuje kvalitu života pacienta a často dochází ke zhoršení současných tělesných onemocnění nebo jejich exacerbaci. Depresivita je po poruchách paměti druhý nejčastější a nejzávažnější syndrom vyskytující se v oboru geriatrické psychiatrie. Z literatury je zřejmé, že incidence depresivních poruch se ve věku 70 až 85 let zdvojnásobuje. Podle některých šetření poslední doby se ukazuje, že u seniorů žijících v domovech důchodců se těžká deprese objevuje zhruba v 15% a minimálně 40% klientů je postiženo mírnou depresí. V léčebnách dlouhodobě nemocných se počet depresivních pacientů odhaduje na více než 60% (Bártlová, 2005).

Deprese ve stáří má komplikovanou etiologii a může probíhat zcela jinak než „učebnicové“ deprese pacientů produktivního věku. Velmi často symptomatologie starých nemocných nespĺňuje všechna kritéria pro jednoznačnou diagnózu depresivní fáze. Častěji hovoříme o trvalé poruše nálady – tzv. **dystymii**. Jedná se o stavy méně nápadné, navíc jsou u seniorů zdánlivě pochopitelné nebo vysvětlitelné a proto jsou v běžné klinické praxi tak často **podceňované a přehlížené**. Významný vliv hraje psychosociální stres, řada seniorů zažívá zoufalství a beznaděj, které pramení z neschopnosti dané věkem, z pocitu, že nespĺnili svá celoživotní očekávání. Navíc se musí často adaptovat na řadu změn, vyrovnat se s nesoběstačností, ztrátou sociálních kontaktů atd. Drtivá většina lidí nad 70 let trpí alespoň jedním závažným a chronickým onemocněním. Řada příznaků somatických, zejména neurologických poruch se podobá depresivním známkám. U nemocných s malignitou se deprese vyskytuje až v 50% případů. Obdobný výskyt je u pacientů po proběhlé akutní mozkové příhodě, po infarktu myokardu. Specifickou skupinu pacientů představují nemocní Alzheimerovou demencí, kdy nějakou formu deprese prožívá 80% z nich. Někdy se tělesné onemocnění rozvíjí současně s depresí, přičemž péče a **léčba je většinou soustředěna pouze na tělesné onemocnění**, které je považováno za závažnější a život více ohrožující. V tomto kontextu je nutno připomenout **vztah deprese, vyššího věku a suicida**. Je známo, že staří lidé nají vyšší riziko dokonané sebevraždy než kterákoliv jiná věková skupina. Ve věkové skupině nad 70 let **stoupá riziko sebevraždy** zhruba trojnásobně, u mužů nad 80 let dokonce až šestinásobně. Mezi hlavní rizikové faktory suicidálního chování ve stáří patří kromě deprese, přítomnost závažné tělesné choroby spojené s bezmocností a úmrtí partnera. Deprese je tedy závažnou a život ohrožující nemocí, zároveň však poměrně úspěšně léčitelnou

U starších pacientů je třeba po příznacích deprese aktivně a pečlivě pátrat, protože jak vyplývá z předchozího textu, diagnostika je více než komplikovaná.

Dnes je považováno za prokázané, že **kombinace a součinnost farmakoterapie s psychoterapií** přináší lepší výsledky, než oddělené a samostatné používání jednotlivých metod. V širším slova smyslu psychoterapie pomáhá navracet pacienta do mezilidského kontextu. Poskytuje nemocnému naději, oporu, porozumění a terapeutický vztah. Cílem psychoterapie je postupný návrat zájmu o život, svět a mezilidské vztahy. Pacient potřebuje věřit v budoucnost, pocítit lidskou spoluúčasť, potřebu uznání. Potřebuje pocítit zájem o celou svou osobu, ne jen o účinek psychofarmak na jeho stav.

Výsledky šetření v oblasti nálady a depresivity naznačují, že „aplikace humoru“ se dá v rámci terapie depresivních poruch efektivně využít. Jak je patrné z grafu č.1, subjektivní **prožívání nálady** pacientů v experimentální skupině vykazuje **výrazné zlepšení**. Konkrétně došlo ke vzestupu průměrných hodnot VAS a to z hodnoty 5,1 první den měření na hodnotu 8,2 v posledním dni měření (viz.tabulka č.2, s.49). Jak dokumentuje tabulka č.3, s.49., v kontrolní skupině nedošlo k progresi ve vnímání nálady, první den je průměrná hodnota VAS 5,2 a poslední den 5,3. Obdobně v hodnotách GDS 1. a 8.den měření bylo zaznamenáno zlepšení v experimentální skupině, hodnota GDS 1.den – průměrně 6,2 bodů, klesla 8.den na hodnotu 4,1 bodů. V kontrolní skupině byla počáteční hodnota GDS 5,2 bodů, poslední den 4,8 bodů (viz.tabulky č.4 a 5, s.51) Lze tedy konstatovat, že původně více depresivní experimentální skupina, vykazuje poslední den měření lepší výsledky GDS než kontrolní skupina, kde se hodnoty výrazně neposunuly. Bez zajímavosti jistě není fakt, že ve skupině „ANO“ se GDS bodová hodnota žádnému pacientovi 8.den nezvýšila. U jednoho klienta zůstala bodová hodnota stejná, u všech ostatních se počet dosažených bodů snížil. Čili na konci měření, po několikadenní aplikaci humoru vykazuje experimentální skupina **výrazné zlepšení v GDS**, protože průměrná hodnota 4,1 vypovídá o normě bez depresivních příznaků. Tento výsledek, graficky znázorněný na s.51 - graf č.3, nelze jistě paušalizovat a zobecňovat, ale vzhledem k tomu, že zlepšení se projevilo i v ostatních sledovaných parametrech experimentu, věřím že vliv humoru není zanedbatelný.

Jak bylo mnohokrát uvedeno výše, humor a smích vhodně odpoutává myšlenky pacienta, vede ke zmírnění napětí a úzkosti a má prokazatelný relaxační efekt.

Aplikace humoru by se tedy mohla úspěšně zařadit mezi techniky jako je např. arteterapie, biblioterapie (využití četby v léčbě) a muzikoterapie. Stát se kvalitní **podpůrnou metodou a prostředkem psychoterapie**.

3.4.2 Bolest v geriatrii

Při léčbě bolesti se mnohdy dostáváme do konfrontace s etickými otázkami a to platí zejména v oblasti geriatrie. Lékaři a sestry musí mít k pacientům **aktivní empatický přístup**. Aktivní v tom smyslu, že je třeba pátrat a zjišťovat informace o bolesti pacientů a to zejména těch starších, kteří své subjektivní potíže často nedostatečně verbalizují. Pacient má základní lidské právo, a to netrpět bolestí. Z toho vyplývá povinnost včas a odborně bolest léčit. Je otázkou, zda právo pacienta na úlevu od bolesti, má být vnímáno jako klinické doporučení, prohlášení práva nebo morální přesvědčení?

V praxi se stále bohužel setkáváme s **podhodnocením a nedostatečným řešením problematiky bolesti**. Nejohroženější skupinou (nedostatečným zájmem o bolest) jsou skupiny pacientů, kteří z nejrůznějších příčin nemohou a nedokážou adekvátně a samostatně spolupracovat. Týká se to převážně dětí a pacientů ve vyšším věku, kdy se mnohdy přidružuje deficit v kognitivní oblasti. V souvislosti s léčbou bolesti u starých lidí panuje mezi odbornou veřejností řada mýtů. Nejčastěji se jedná o tato přesvědčení:

- Bolest je normální a nevyhnutelná součást procesu stárnutí.
- Citlivost k bolesti a vnímání bolesti se s věkem snižují.
- Pacient ve vyšším věku sám „řekne, že ho něco bolí“.
- Pacienti s demencí či jinou kognitivní poruchou necítí bolest.
- Opioidy jsou pro seniory obzvláště nebezpečné a hrozí velké riziko závislosti.
- Prioritní je řešení jiných závažnějších somatických problémů, než je bolest a kvalitu života.

Chronická bolest **není normální součástí stáří** a výzkumy neprokázaly, že by vnímání bolesti vykazovalo signifikantní změny v souvislosti s vyšším věkem. Starší pacienti o svých bolestech mnohdy aktivně nemluví, často mají názor, že bolest je nutné zvládnout, nechtějí personál „obtěžovat“, bojí se, že nahlášením bolesti se objeví další zdravotní problém, mají obavy z dalších vyšetření a léčebných postupů. Nechtějí další léky a obávají se vedlejších účinků, event. vzniku závislosti. V neposlední řadě jsou tu i obavy z toho, že léky budou finančně nákladné.

Podle mezinárodní společnosti pro studium bolesti IASP (International Association for the Study of Pain) je z mnoha zdrojů patrné, že se v praxi objevuje neetické podléčení bolesti (undertreatment) a to musí být v budoucnu překonáno (kol. autorů, 2006).

V klinické praxi se bohužel ještě můžeme setkat s přístupy, kdy není reflektována základní a výchozí premisa – **právo na uznání bolesti**, jako individuální a subjektivní zkušenosti pacienta, která je různými lidmi prožívána různě. Je skutečně tristní, když v medicíně 21. století zazní z úst lékaře či sestry ona „tradiční“ věta: „tohle vás nemůže bolet..“.

Chronická nepolevující bolest způsobuje nežádoucí fyzické a psychické následky u pacientů, spojené s emočním, sociálním a duchovním stresem. Chronická bolest, která je pro seniory typická, ztrácí svůj signální význam možného poškození organismu a pokud je vytrvalá a intenzivní, nedovolí nemocnému myslet na nic jiného. **Bolest je určitý druh zátěže**, s níž se jedinec musí nějak vyrovnat. Ze zkušenosti víme, že u většiny nemocných se zmírní bolest podáním analgetik a přítomností blízké osoby. Tou blízkou osobou nemusí být nutně člen rodiny, ale i empatický personál. Obrazně se uvádí, že naděje funguje jako účinné analgetikum. Právě naděje je jedním z činitelů, které ovlivňují průběh i zvládnutí zátěže. Naděje působí nespecificky ve prospěch úspěšného zvládnutí bolesti. Proto je onkologická bolest tak svízelná a vyvolává u pacientů i jejich rodin neobyčejný stres.

K hodnocení bolesti u seniorů existuje řada modifikovaných škál a stupnic, obvykle si vystačíme (pokud pacient netrpí výrazným kognitivním postižením) s běžnou vizuální analogovou škálou.

Farmakologická léčba bolesti není předmětem této kapitoly, zastavme se tedy u možnosti **nefarmakologického ovlivnění bolesti**. Většinou se mohou tyto terapie používat jak jednotlivě, tak vzájemně kombinovat. Také je lze úspěšně propojit s farmakoterapií.

Nefarmakologické metody lze rozdělit následovně:

- fyzikální terapie (rehabilitační cvičení, masáže, imobilizace, hydroterapie, využití tepla, chladu, použití vibrací, transkutánní elektrická stimulace nervu atp.)
- alternativní a doplňková terapie (akupresura, akupunktura, aromaterapie, muzikoterapie, terapie dotykem, jóga, chiropraxe a manipulace atd.)
- kognitivní a behaviorální terapie (meditace, soustředěné dýchání, elektronický biofeedback, hypnóza..)

Do posledně jmenované kategorie zcela jistě patří odpoutávání pacientovy pozornosti od bolesti a využívání humoru. V teoretické části byly podrobně popsány fyziologické účinky humoru, důležitá je souvislost s přirozeným vyplavováním endorfinů. Celkově pomáhá odstraňovat stres a přispívá k psychosociální pohodě pacienta. Navíc má jednu obrovskou výhodu – je k dostání bez lékařského předpisu, nemá vedlejší účinky a takřka nic nestojí.

Experiment této práce ukazuje, že ve vývoji subjektivního posuzování bolesti pacientem, **nastaly příznivé změny**. První den, tedy před aplikací metody byl průměrný skóre na vizuální analogové škále (VAS 0 – 10) u skupiny „ANO“ 4,5. U skupiny „NE“ to byla hodnota 3,0. Poslední, osmý den měření došlo v první skupině k poklesu na hodnotu 1,2. U druhé skupiny byla průměrná hodnota VAS 2,6 (viz. Graf č.8, s.56).

V tabulce číslo 10. na straně 57 sledujeme také klesající trend spotřeby vyžádaných analgetik v experimentální skupině. Zdá se tedy, že humor přispěl ke snížení subjektivně vnímané bolesti a je zde i souvislost s nižším vyžadováním analgetik ze strany pacientů.

3.4.3 Vliv humoru na tepovou frekvenci

Ze zahraničních výzkumů se můžeme o vlivu humoru na tepovou frekvenci již dočíst a já mohu pouze tyto výsledky potvrdit také u pacientů vyššího věku. V souvislosti s geriatrickými pacienty mají výsledky významnost především vzhledem k častým kardiovaskulárním onemocněním v tomto období.

Z tabulek č.14 a 15 na straně 61 je zřejmé, že tepová frekvence ve skupině pacientů „ANO“ **je téměř vždy po aplikaci humoru nižší**, rozdíly jsou přehledně znázorněny grafem č.10, s.62. Důvodem pozitivního vlivu účinku humoru je patrně psychické rozpoložení pacientů na počátku měření, kdy působí řada stresorů, jak je již popsáno v předchozích kapitolách. Tak, jak fyzické potíže ovlivňují psychiku, tak v tomto případě **psychika ovlivňuje fyzický stav** prezentovaný tepovou frekvencí a hodnotou krevního tlaku.

Ve stáří se mění funkce srdce i cév, často se mění tepová frekvence, systolická i diastolická funkce levé komory i minutový srdeční výdej. Změny tepové frekvence jsou výsledkem anatomických změn v převodním systému i změněné inervace srdce. Vedle změn srdce se ve stáří mění i vlastnosti tepen, které ve svých důsledcích vysvětlují změny krevního tlaku i některé další fenomény, jako např. sklon k synkopám. Výskyt chorob oběhového ústrojí, především ischemické choroby srdeční, narůstá s věkem. (Kölbel, 1995)

Již dlouho je známo, že zvýšená tepová frekvence je u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním **negativním prognostickým faktorem**. Důvody mohou být různé. Vyšší tepová frekvence zvyšuje potřebu kyslíku v srdečním svaly, snižuje srdeční perfuzi a může se podílet také na rozvoji hypertenze a aterosklerozy (oxidativní stres, snížená pružnost cév). Řízení srdeční frekvence je téměř výlučně nervové. Sinoatriální uzel, normálně zodpovědný za srdeční frekvenci, je pod trvalým vlivem vegetativního nervového systému. Zvýšení tonu sympatiku přitom srdeční frekvenci zrychlí, zvýšení tonu parasympatiku naopak zpomalí. (Trojan, 2003)

Stresová reakce organismu potencovaná maladaptivitou starého hospitalizovaného člověka zvyšuje hladiny katecholaminů a později také kortizolu z kůry nadledvin, čímž negativně ovlivňuje hodnoty tepové frekvence, krevního tlaku, ale také řadu metabolických pochodů. Dlouhotrvající negativní emotivní reakce, frustrace, sociální izolace typická pro seniory jsou často uváděny v souvislosti s ischemickou chorobou srdeční. Stresová reakce bývá rozbuškou, která spustí oběhovou katastrofu. **Těsný vztah mezi psychosomatickými faktory a ischemickou chorobou srdeční** byl zdůrazňován již na sympoziu v Karlových Varech roku 1981. (Kölbel, 1995) Relaxační efekt při vyplavování endorfinů a dobré výsledky dosažené behaviorálními metodami mohou být zárukou úspěšného využití humoru také v prevenci a terapii kardiovaskulárních onemocnění .

3.4.4 Názory pacientů

Závěrečný osmý den projektu jsem požádala všechny zúčastněné pacienty o rozhovor, ve kterém mi sdělili své pocity a názory na výzkum, kterého se účastnili. Shledávají-li humor jako přínosný a eventuelně v čem. V této kapitole uvádím jejich vyjádření bez vlastního komentáře.

„Pro mne bylo promítání vždycky uklidňující. Zapomínal jsem na všechny stresy, které přináší pobyt v nemocnici.“...

„Myslím si, že je to skvělý nápad, těšila jsem se na každý nový den“...

„Je mi líto, že jsem si vylosoval nepromítací skupinu. Myslím, že by tahle metoda mohla být běžně v nemocnicích používána.“

„...člověk zapomene na celý svět, Nic ho nebolí, nic netrápí.“

„...měla jsem za ten týden daleko míň chmurných myšlenek. Nejen při promítání, ale i mimo něj. Bylo to fajn. Škoda, že už končíme.“

„Nemyslel jsem na tu bolest, necítil ji a to mi taky zlepšovalo náladu.“

„Bylo to pro mě milé zkrácení času, pobavení, zpestření, přišel jsem na jiné myšlenky.“

„Já myslím, že to musí každý vidět jako přínos. V nemocnici moc důvodů k radosti nemáme a v televizi málokdy dávají něco, co takhle rozveselí starého člověka. Ani jsem netušila, jak jednoduše to jde vyřešit.“

„Ležím v nemocnici již poněkolkáté a tentokrát opravdu dlouho. Tento týden byl nejpříjemnější. Škoda, že už to někoho nenapadlo dřív.“

„Nevím, jestli by to potěšilo každého, ale já při tom koukání zapomínal na to kde jsem a proč.“

ZÁVĚR

V tomto roce končím své studium ošetrovatelství. Patřím mezi ty šťastnější, kteří se mohli učit něčemu, co je nejen zajímavá a těší, ale i opravdově naplňuje. Moje práce a profese je to, v co věřím. Věřím, že žádný člověk není druhému úplně a trvale cizí. Etika úcty k životu nás pobízí, abychom zde byli pro druhé. Přemýšlím, co pro mne vlastně představuje pojem sestra. Být sestrou znamená udělat krok k člověku, který potřebuje, aby se v jeho těžké chvíli našel profesionál, který mu bude oporou. Při své práci bych si přála vždy vnímat celého člověka, setkávat se s ním na lidské úrovni a respektovat ho jako osobnost, která má svoji unikátní historii.

V této bakalářské práci byl často zmíněn holistický přístup k pacientům. Co všechno tento přístup může ještě obsahovat? Nepolevující snahu o to, aby i nemocný člověk měl právo a příležitost na spokojenost a radost. Aby člověk sužovaný chorobou nepřestával prožívat život v jeho přívětivějších stránkách. Ošetrovatelství může naštěstí nabídnout léčbu. Radost a naději. Člověk, který v sobě najde schopnost se radovat, najde i naději, že život může být snadnější, snesitelnější, lepší. A to mě také inspirovalo k sepsání této bakalářské práce.

Pokusila jsem se nabídnout tuto možnost pacientům ve vysokém věku, kteří mají často málo důvodů k radosti, proto jsem byla přesvědčena, že mohou mít z aplikace této metody, největší profit. A byla jsem mile překvapena z reakce personálu, který se zajímal o metodu, pomáhal mi, podporoval a sledoval se mnou, jak humor na pacienty působí. Proto věřím, že výzkumem, jehož cíle se mi jak doufám podařilo naplnit, mé snažení nekončí.

Je již v dnešní době běžné mít na dětských odděleních videopřehrávače a škálu pohádek i pravidelné klauniády pro dětské pacienty nebo na porodnických odděleních CD přehrávače s nabídkou relaxační hudby. Mohou tedy být na geriatrických odděleních DVD přehrávače s nabídkou bavičů? Proč s tím nezačít právě v Hradci Králové? Gary Edwards, zakladatel sdružení Zdravotní klaun, mi přislíbil, že po rozšíření řad klaunů, mohou začít klauniády pro seniory i zde.

Experiment, který mi bylo dovoleno provést, byl omezen na pacienty bez smyslového postižení a také bez poruchy kognitivních funkcí. Důvodem byl způsob aplikace humoru, který jsem zvolila. Není ale pravdou, že právě tito vyčlenění pacienti humor nepotřebují. Možná právě naopak. Stačil by jiný druh humoru, jiná forma jeho aplikace. Byla bych velice ráda, kdyby toto mé tvrzení bylo předmětem dalších výzkumů a aby těm, kteří se o to pokusí, přinesl tolik radosti, jako mně.

ANOTACE

Autor: Pánková Jitka
Instituce: Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Oddělení ošetřovatelství
Název práce: **Využití humoru v ošetřovatelství**
Vedoucí práce: Mgr. Michaela Votroubková
Počet stran: 98
Počet příloh: 10
Rok obhajoby: 2009

ANNOTATION

Author: Pánková Jitka
Institution: INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE MEDICAL FACULTY
IN HRADEC KRALOVE, DEPARTMENT OF NURSING
Title work: **Usage of humour in Nursing**
Supervisor: Mgr. Michaela Votroubková
Number as regards: 98
Number supplements: 10
Year defences: 2009

SOUHRN

Tato bakalářská práce s názvem „Využití humoru v ošetrovatelství“ má dvě hlavní části - teoretickou a empirickou. První část shrnuje hlavní poznatky oboru gelotologie a možnosti aplikace humoru na pacienty. Dále vymezuje obor ošetrovatelství a jeho hlavní myšlenky, vedoucí k uspokojování potřeb nemocných a upozorňuje na některé typické obtíže geriatrických pacientů.

Empirická část popisuje experiment realizovaný u vybrané skupiny pacientů Fakultní nemocnice Hradec Králové. Byly sledovány subjektivní i objektivní ukazatele stavu nemocných experimentální a kontrolní skupiny. Humor byl oběma skupinám pacientů aplikován formou audio- video nahrávek známých bavičů přímo u lůžka pacienta. Výsledky práce naznačují možnost úspěšného využití humoru v ošetrovatelské/ klinické praxi.

Klíčová slova: humor, ošetrovatelství, geriatric, experimentální výzkum, pacient

SUMMARY

The thesis Usage of Humour in Nursing is divided into two main parts – a theoretical part and an empirical part. The first part summarises the main knowledge of gelotology and the ways of application of humour in patients. The branch of nursing, its main ideas leading to satisfying of patients' needs are defined in this part. Some typical problems of geriatric patients are mentioned in the theoretical part.

The empirical part describes an experiment carried out in a group of patients in Teaching Hospital Hradec Kralove. Subjective and objective indicators of the patients' condition of an experimental group and a control group were observed and compared. Humour was applied bedside in both groups of patients. There were used audio and video recordings of known crowd-pleasers. The results indicate the possibility of successful usage of humour in nursing / clinical practice.

Keywords: humour, nursing, geriatrics, experimental research, patient

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Monografie

- 1) BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4
- 2) BORECKÝ, V. *Teorie komiky*. 1.vyd. Praha: Hynek, 2000. 211 s. ISBN 80-86202-65-8
- 3) BOUČEK, J., PIDRMAN, V. *Psychofarmaka v medicíně*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, 2005. 304 s. ISBN 80-247-1136-2
- 4) FARKAŠOVÁ, D. *Výzkum v ošetrovatelství*. 2. vyd. Osvěta, 2006. 87.s. ISBN 80-8063-229-4
- 5) HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama, 1990. 416 s. ISBN 80-7038-158-2
- 6) HAŠKOVCOVÁ, H. *Manuálek sociální gerontologie*. 1.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 72 s. ISBN 80-7013-363-5
- 7) JANOUŠEK, J. *Rozhovory s Janem Werichem*. 1.vyd. Praha: Mladá Fronta, 1982. 248 s. bez ISBN
- 8) KALVACH, Z.; ZADÁK, Z.; JIRÁK, R.; ZAVÁZALOVÁ, H.; HOLMEROVÁ, I.; WEBER, P. a kolektiv *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4
- 9) KALVACH, Z.; ZADÁK, Z.; JIRÁK, R.; ZAVÁZALOVÁ, H.; SUCHARDA, P. a kolektiv *Geriatrie a gerontologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6

- 10) KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, 2006.356s.
ISBN 80-247-1720-4
- 11) KOLEKTIV AUTORŮ *Základy ošetřování nemocných*. Praha: Karolinum, 2005.285s.
ISBN 80-246-0845-6
- 12) KÖLBEL ET AL. *Trendy soudobé kardiologie*. Praha: Galén, 1995. 351 s.
ISBN 80-85824-14-0
- 13) KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 200 s.
ISBN 80-7178-835-X
- 14) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002.
200 s. ISBN 80-247-0179-0
- 15) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s.
ISBN 80-7178-774-4
- 16) LEFCOURT, H. M. *Humor: The psychology of living buoyantly*. [in English] 1.vyd.
Plenum Publisher, New York, 2001. 209 s. ISBN 0-306-46407-1
- 17) MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*.1.vyd., Praha: Grada
Publishing, 2006. 264s. ISBN 80-247-1399-3
- 18) MAREŠ, J. *Sociální opora u dětí a dospívajících III*. Hradec Králové: Nukleus, 2003.
252.s. ISBN 80-86225-47-1
- 19) MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další
vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 164 s.
ISBN 80-7013-277-9
- 20) MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetřovatelství, Systémový přístup I.díl*.1.vyd. Praha:
Karolinum, 2005.
188 s. ISBN 80-246-0429-9

- 21) NAKONEČNÝ, M. *Lexikon psychologie*. 1.vyd., Praha: Vodnář, 1995. 397s.
ISBN 80-85255-74-X
- 22) NEŠPOR, K. *Léčivá moc smíchu*. 3. vyd. Praha: Vyšehrad, 2007. 160 s.
ISBN 978-80-7021-878-5
- 23) PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1.vyd., Praha: Grada Publishing, 2006.
152s. ISBN 80-247-1211-3
- 24) PYTLÍK, R. *Fenomenologie humoru*. 1.vyd. Emporius, 2000. 121 s.
ISBN 80-86346-04-8
- 25) SOFAER, B. *Bolest Příručka pro zdravotní sestry*. 1. české vyd. Praha: Grada
Publishing, 1997. 104 s. ISBN 80-7169-309-X
- 26) STAŇKOVÁ, M. in Kolektiv autorů 1.LF UK. *Základy ošetrování nemocných*. 1.vyd.,
Praha: Karolinum, 2005. 145s. ISBN80-246-0845-6
- 27) STAŇKOVÁ, M. *České ošetrovatelství 6 Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské
praxi*. 1.vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků
ve zdravotnictví, 2001. 55 s. ISBN 80-7013-323-6
- 28) TOPINKOVÁ, E.; NEUWIRTH, J. *Geriatric pro praktického lékaře*. 1. vyd. Praha:
Grada Publishing, 1995. 304 s. ISBN 80-7169-099-6
- 29) TRACHTOVÁ, E. a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1.vyd. Brno:
IDV PZ, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X
- 30) TROJAN, S. *Lékařská fyziologie*. 4.vyd. Praha: Grada Publishing, 2003, 772 s.
ISBN 80- 247-0512-5
- 31) VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do psychologie*, 3.vyd. Praha: Karolinum, 2002, 210 s.
ISBN 80- 246- 0015- 3

32) VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*, 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 264 s. ISBN 80- 247-0253-3

2. Internetové zdroje:

1) Příspěvatelé Wikipedie, *Humor* [online], Wikipedie: Otevřená encyklopedie, 2009 [cit. 2009- 03-15] Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Humor&oldid=3723028>

2) *What We Know About Humor & Laughter* [online]. 2008 (cit. 2009- 01-10) [in English] s. 1 Dostupné z: <http://www.aath.org/documents/AATH-WhatWeKnowREVISED.pdf>

3) *Léčba humorem pro dříve narozené* [online]. 2009 (cit. 2009- 02-04) Dostupné z: <http://www.zdravotni-klaun.cz/index.php?str=32>

4) *Zdravotní klauniády* [online]. 2001 (cit. 2009- 01- 06) Dostupné z: <http://www.zdravotni-klaun.cz/index.php?str=26>

Seznam tabulek:

- Tabulka č. 1 Věk pacientů zařazených do výzkumu
- Tabulka č. 2 Nálada pacientů ve skupině „ANO“
- Tabulka č. 3 Nálada pacientů ve skupině „NE“
- Tabulka č. 4 Hodnoty GDS u pacientů obou skupin 1. den měření
- Tabulka č. 5 Hodnoty GDS u pacientů obou skupin 8. den měření
- Tabulka č. 6 Chuť k jídlu skupiny „ANO“
- Tabulka č. 7 Chuť k jídlu skupiny „NE“
- Tabulka č. 8 Vnímání bolesti ve skupině „ANO“
- Tabulka č. 9 Vnímání bolesti ve skupině „NE“
- Tabulka č. 10 Spotřeba analgetik skupiny „ANO“ a „NE“
- Tabulka č. 11 Spotřeba hypnotik skupiny „ANO“ a „NE“
- Tabulka č. 12 Hodnoty svalové síly pacientů skupiny „ANO“
- Tabulka č. 13 Hodnoty svalové síly pacientů skupiny „NE“
- Tabulka č. 14 Tepová frekvence pacientů skupiny „ANO“ před aplikací humoru
- Tabulka č. 15 Tepová frekvence pacientů skupiny „ANO“ po aplikaci humoru
- Tabulka č. 16 Tepová frekvence skupiny „NE“
- Tabulka č. 17 Vývoj systolického krevního tlaku skupiny „ANO“ před aplikací humoru
- Tabulka č. 18 Vývoj systolického krevního tlaku skupiny „ANO“ po aplikaci humoru
- Tabulka č. 19 Vývoj diastolického krevního tlaku skupiny „ANO“ před aplikací humoru
- Tabulka č. 20 Vývoj diastolického krevního tlaku skupiny „ANO“ po aplikaci humoru

Seznam grafů:

Graf č.1 Zobrazení průměrů nálad ve skupině „ANO“ a „NE“ za jednotlivé dny

Graf č.2 Srovnání nálady ve skupině „ANO“ a „NE“ 1. a 8. den měření a jejich týdenní průměr v obou skupinách

Graf č.3 Znázornění průměrných hodnot depresivity obou skupin, srovnání prvního a osmého dne

Graf č. 4 Průměrná chuť k jídlu ve skupině „ANO“ a „NE“ za jednotlivé dny

Graf č. 5 Srovnání chuti k jídlu ve skupině „ANO“ a „NE“ první a poslední den měření a jejich týdenní průměr v obou skupinách

Graf č. 6 Průměrná týdenní bilance stravy ve skupině „ANO“ a „NE“

Graf č. 7 Zobrazení vývoje vnímání bolesti skupiny „ANO“ a „NE“ za jednotlivé dny

Graf č. 8 Srovnání vnímání bolesti skupiny „ANO“ a „NE“ první a osmý den měření a její týdenní průměr v obou skupinách

Graf č. 9 Nárůst svalové síly skupiny „ANO“ a „NE“ od prvního do osmého dne měření

Graf č. 10 Zobrazení vývoje tepové frekvence ve skupině „ANO“ před a 5 minut po aplikaci humoru a ve skupině „NE“ za jednotlivé dny

Graf č. 11 Srovnání průměrné tepové frekvence ve skupině „ANO“ před a po aplikaci humoru a ve skupině „NE“

Graf č. 12 Zobrazení vývoje systolického krevního tlaku skupina „ANO“ před a po aplikaci humoru a skupiny „NE“ za jednotlivé dny

Graf č. 13 Srovnání průměrného systolického krevního tlaku ve skupině „ANO“ před a po aplikaci humoru a ve skupině „NE“

Graf č. 14 Zobrazení vývoje diastolického krevního tlaku skupiny „ANO“ před a po aplikaci humoru a skupiny „NE“ za jednotlivé dny

Graf č. 15 Srovnání průměrného diastolického krevního tlaku ve skupině „ANO“ před a po aplikaci humoru a ve skupině „NE“

SEZNAM PŘÍLOH:

Příloha č. 1: Záznamový protokol práce – průběh studie

Příloha č. 2: Informace pro pacienty o prováděném výzkumu

Příloha č. 3: Informovaný souhlas pacienta

Příloha č. 4: Seznam promítaných bavičů

Příloha č. 5: Etický kodex zdravotních klaunů

Příloha č. 6: Fotografie z klauniády pro seniory

Příloha č. 7: Škála deprese pro geriatrické pacienty

Příloha č. 8: Mini- Mental State Examination (test mentálních schopností)

Příloha č. 9: Práva seniorů

Příloha č. 10: Jak zlepšit schopnost pacientů se smát

PŘÍLOHA č.1

Záznamový protokol:

Pacient:

Skupina:

Počátek intervence:

Konec intervence:

Diagnóza:

DATUM	MM SE	GDS	NÁLADA	CHUŤ	BOLEST	LNS	LNB	TK		P		TT	BS			SS P	SS L
								před	po	před	po		R	P	V		

Zkratky:

MMSE- Mini Mental State Examination

GDS- Geriatric depression scale

Nálada- VAS (vizuální analogová škála)

Chuť- VAS (vizuální analogová škála)

Bolest- VAS (vizuální analogová škála)

LNS- spotřeba léků na spaní

LNB- spotřeba léků na bolest

TK- krevní tlak

P- pulz

BS- bilance stravy R (ráno), P (poledne), V (večer)

SSP- svalová síla pravé horní končetiny

SSL- svalová síla levé horní končetiny

PŘÍLOHA č. 2

Vážená paní, vážený pane,

Jmenuji se Jitka Pánková a studuji bakalářské studium ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Hradci Králové Univerzity Karlovy v Praze. V rámci své závěrečné bakalářské práce na téma **Využití humoru v ošetrovatelství** se na Vás obracím s žádostí o spolupráci. Tato práce se zabývá zjištěním vlivu humoru na průběh onemocnění a psychiku hospitalizovaného pacienta. Nabízím Vám možnost se této studii zúčastnit.

V naší nemocnici jsou všichni pacienti léčeni a ošetrováni pomocí nejmodernějších metod. V rámci této práce budou pacienti rozděleni do dvou skupin.

- První skupina nemocných bude léčena a ošetrována standardním způsobem.
- Druhé skupině budou kromě standardní péče promítány humorné scénky v trvání 30 minut 1 krát denně po dobu 7 dní.

Pacienti obou skupin budou sledováni po dobu 8 dní. Bude evidována jejich nálada, vnímání bolesti, chuť k jídlu, energetický příjem, spotřeba léků na spaní a na bolest, tělesné funkce, stav výživy a síla stisku ruky. Nebudete v žádném ohledu vystaveni zdravotním rizikům a kdykoliv budete mít možnost odstoupit od studie bez udání důvodů.

PŘÍLOHA č. 3

SOUHLAS PACIENTA SE ZAŘAZENÍM DO STUDIE (Informovaný souhlas)

Já, níže podepsaný(á)

zcela dobrovolně souhlasím se svojí účastí ve studii Využití humoru v ošetrovatelství.

Byl(a) jsem informován(a), že studie spočívá v promítání humorných scének v trvání 30 minut 1 krát denně po dobu 7 dní a zahrnuje měření a sledování energetického příjmu, nálady, kvality spánku, vnímání bolesti a měření tělesných parametrů. O podstatě, významu i způsobu provedení této studie mne ústně informoval(a) pan/paní:

Dostal(a) jsem detailní vysvětlení o cíli studie a způsobu mé spolupráce. Mohl(a) jsem se zeptat na nejasnosti týkající se mé účasti ve studii a moje otázky byly srozumitelně vysvětleny. Potvrzuji, že budu spolupracovat, nahlásil(a) jsem pravdivě všechny potřebné zdravotní údaje a oznámím rovněž jakékoliv neočekávané, ale i obvyklé příznaky, týkající se mého zdravotního stavu.

Byl(a) jsem informován o tom, že mohu kdykoliv svobodně vystoupit ze studie bez udání důvodů. Rovněž jsem byl(a) informován(a), že toto rozhodnutí nebude mít žádný vliv na případnou další péči o mé zdraví.

Souhlasím s tím, aby do mé zdravotní dokumentace mohli za účelem ověření získaných údajů nahlédnout oprávněné osoby spolupracující na studii a dále členové příslušné etické komise. Byl(a) jsem informován(a), že záznamy o výsledcích a případná obrazová dokumentace budou uchovávány jako důvěrné, moje osobní data budou ochraňována v souladu s platnými zákony a v případě publikování výsledků budou data anonymní.

V Hradci Králové dne _____

Podpis dobrovolníka (klienta) _____

PŘÍLOHA č. 4

SEZNAM PROMÍTANÝCH BAVIČŮ:

- 1) Miroslav Donutil
- 2) Vladimír Menšík
- 3) Felix Holzmann
- 4) Oldřich Kaiser a Jiří Lábus
- 5) Karel Šíp
- 6) Miloslav Šimek a Jiří Grossmann
- 7) Jan Kraus
- 8) Miroslav Horníček
- 9) Luděk Sobota a Petr Nárožný
- 10) Jiří Sovák
- 11) Jiří Wimmer
- 12) Bolek Polívka
- 13) Jirina Bohdalová, Vladimír Dvořák
- 14) Martin Dejdar
- 15) Divadlo Járy Cimrmana
- 16) Mr. Bean
- 17) Charlie Chaplin
- 18) Laurel a Hardy
- 19) Buster Keaton
- 20) Herold Lloyd

PŘÍLOHA č. 5

Etický kodex zdravotních klaunů

Zdravotní klauni spolupracující s občanským sdružením jsou vyškolení umělci, kteří jsou k profesionálnímu plnění svých úkolů vybaveni potřebným školením, zkušenostmi a dovednostmi.

Zdravotní klauni v nemocnicích běžně pracují ve dvoučlenných týmech. V případě nemoci či jiné indispozice svého kolegy může klaun/ka výjimečně vykonat návštěvu sám/a.

Zdravotní klauni vykonávají svou práci podle svých nejlepších schopností a možností a pružně ji přizpůsobují léčebnému režimu hospitalizovaných dětí a provoznímu řádu nemocnice.

Zdravotní klauni se řídí hygienickými a bezpečnostními předpisy nemocnice. Klaun nesmí provádět návštěvy, je-li nemocný/-á, byť by se jednalo o lehké nachlazení. Před a po návštěvě každého oddělení je nutná důkladná hygiena rukou. V případě potřeby je nutno ruce a rekvizity dezinfikovat.

Po vstupu na oddělení je nedílnou součástí návštěvy nemocnice konzultace o aktuálním počtu a zdravotním stavu dětí na oddělení s jednou či více sestrami. Klauni by měli respektovat všechny pokyny nemocničního personálu a informace získané dotazem by měly přispět k lepšímu splnění účelu návštěvy zdravotních klaunů na oddělení.

Před vstupem do nemocničního pokoje si musí klaun vyžádat pacientovo svolení a respektovat jeho přání. Důležitou součástí návštěvy je improvizace, v rámci které mohou být do vystoupení zapojeni i rodiče, další návštěvníci a nemocniční personál.

Klauni jsou v průběhu návštěvy povinni dbát na bezpečnost pacienta a nesmějí svou činností, rekvizitami či pohybem pacienta ohrozit.

Zdravotní klauni nesmějí v nemocnicích vykonávat žádné úkoly či zastávat pozice, které by byly nad rámec jejich umělecké činnosti a za své chování v nemocnici nesou osobní zodpovědnost.

Během návštěvy se klaun chová profesionálně a bez předsudků v otázkách pohlaví, etnické příslušnosti, náboženství, tradic, sexuální orientace, společenského postavení, úrovně vzdělání a nemoci.

Zdravotní klauni respektují soukromé a osobní záležitosti pacientů a jejich rodin a o zdraví navštívených pacientů neposkytují ani nezprostředkovávají žádné informace. Veškeré informace o pacientech získané v průběhu návštěvy či rámci konzultace s nemocničním personálem jsou pokládány za přísně důvěrné.

Od zdravotních klaunů se očekává průběžné rozvíjení a zdokonalování klaunských dovedností tak, aby byl průběžně udržován vysoký standard vystoupení. (K tomuto účelu organizuje občanské sdružení specializované umělecké workshopy).

Zdravotní klauni by měli rozšiřovat své znalosti z oblasti psychologie hospitalizovaných dětí a získávat v potřebné míře základní informace o dětských nemocech, se kterými se při své práci mohou setkat. (Odborné semináře zajišťuje pro zdravotní klauny občanské sdružení).

PŘÍLOHA č. 6

Fotografie z klauniády pro seniory



PŘÍLOHA č. 7

Škála deprese pro geriatrické pacienty (Yesavage 1986)

Na každou z otázek vyberte odpověď ano nebo ne.

- | | |
|--|--------|
| 1. Jste v zásadě spokojen ze svým životem? | ano/ne |
| 2. Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů? | ano/ne |
| 3. Máte pocit, že Váš život je prázdný? | ano/ne |
| 4. Cítíte se často sklíčený a melancholický? | ano/ne |
| 5. Máte vesměs dobrou náladu? | ano/ne |
| 6. Obáváte se, že se Vám přihodí něco zlého? | ano/ne |
| 7. Cítíte se převážně šťastný? | ano/ne |
| 8. Cítíte se často bezmocný? | ano/ne |
| 9. Vysedáváte raději doma, než abyste šel mezi lidi
a seznamoval se s novými věcmi? | ano/ne |
| 10. Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než Vaši vrstevníci? | ano/ne |
| 11. Myslíte si, že je krásné být ještě naživu? | ano/ne |
| 12. Napadá Vás někdy, že Váš život nestojí za nic? | ano/ne |
| 13. Cítíte se plný elánu a energie? | ano/ne |
| 14. Myslíte si, že Vaše situace je beznadějná? | ano/ne |
| 15. Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než Vy? | ano/ne |

Hodnotí se 1 bod za depresivní odpověď:

tedy za odpověď **ano** u otázky 2,3,4,6,8,9,10,12,14,15

a za odpověď **ne** u zbývajících, tj. otázek 1,5,7,11 a 13

Celkové bodové skore:

0 - 5 bodů norma

6 - 10 bodů mírná deprese

> 10 bodů manifestní deprese.

Mini-Mental State Examination

Jméno: _____

Datum
1. vyšetření: _____

Datum
2. vyšetření: _____

Datum
3. vyšetření: _____

Za každý správně provedený úkol je posuzovaný hodnocen jedním bodem (=1), za každý špatně provedený úkol nula body (=0).

1. Orientace

- Kolikátého je dnes?
- Který je den v týdnu?
- Který je nyní měsíc?
- Který je nyní rok?
- Které je roční období?
- Jak se jmenuje země, ve které jsme?
- Ve kterém jsme okrese?
- Ve kterém jsme městě?
- Jak se jmenuje nemocnice, v níž jsme?
- Ve kterém jsme poschodí?

vyšetření		
1.	2.	3.

2. Zapamatování

Nyní vám vyjmenuji tři předměty. Zopakujte je po mně a zapamatujte si je, za chvíli se vás na tato slova zeptám znovu.

- Lopata
- Šátek
- Váza

3. Pozornost a počítání

Odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Skončete, až odečtete pětkrát za sebou.

- 93
- 86
- 79
- 72
- 65

Pokud testovaná osoba úkol nezvládá nebo jej nechce provádět, vyzveme ji, aby hláskovala pozpátku slovo o pěti písmenech, např. POKRM.

- M
- R
- K
- O
- P

4. Výbavnost

Vyzvěte testovanou osobu, aby zopakovala 3 slova, která si měla zapamatovat.

- Lopata
- Šátek
- Váza

5. Pojmenování

- Ukažte náramkové hodinky: Co je to?
- Ukažte propisovací tužku: Co je to?

vyšetření		
1.	2.	3.

6. Opakování

- Opakujte po mně:
„Žádná kdyby, nebo, ale.“

--	--	--

7. Třístupňový příkaz

Před testovanou osobu položíme list papíru a vyzveme ji, aby vzala papír do pravé ruky, přeložila jej na polovinu a položila na zem.

- Uchopení papíru
- Přeložení na polovinu
- Položení na zem

8. Čtení a splnění příkazu

Testovanou osobu vyzveme, aby přečetla a provedla úkol napsaný na druhé straně tohoto listu (úkol – „zavřete oči“).

--	--	--

9. Psaní

Vyzveme testovanou osobu, aby napsala libovolnou větu. Věta musí dávat smysl, musí mít podmět a přísudek (podmět může být nevyjádřený).

--	--	--

10. Obkreslení obrazce

Testovaná osoba musí správně obkreslit 2 stejné pravidelné pětiúhelníky, protínající se jako čtyřúhelník.

--	--	--

	1. vyšetření	2. vyšetření	3. vyšetření
Celkem bodů			

HODNOCENÍ:

max. počet - 30 bodů

27 - 30 normální stav

25 - 26 hraniční nález, možnost demence

10 - 24 demence mírného až středně těžkého stupně

6 - 9 demence středně těžkého až těžkého stupně

6 a méně demence těžkého stupně

PŘÍLOHA č. 9

Část doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologická asociace, Madrid 1997

Úvod

Se stářím se zvyšuje pravděpodobnost onemocnění. Může se stát, že dojde k situaci, kdy člověk nebude moci vést plnohodnotný život. Tím důležitější se stane péče.

Tato výsadní listina se týká starších pacientů. Je všeobecně uznáváno, že některé funkce, například zrak či sluch, se mohou ve stáří zhoršovat. Další známou skutečností je, že starému člověku zpravidla trvá déle, než se zotaví po nemocech či operacích. V žádném případě ale nelze považovat vyšší věk za příčinu či vysvětlení tělesné nebo duševní nemoci. Také množství služeb, které starý člověk potřebuje, se velmi různí. Někteří senioři nepotřebují prakticky žádné služby, někteří křehcí staří pacienti jsou závislí na poskytování trvalé komplexní péče.

Úkoly zdravotní péče o starší občany jsou následující:

- posilovat dobré zdraví a pohodu starého člověka, předcházet nemocem a nesoběstačnosti či je zmírňovat
- pomáhat starším lidem vést plný a nezávislý život aktivních a platných členů lidského společenství
- garantovat, aby nedocházelo k diskriminaci z důvodu věku, pohlaví, náboženského přesvědčení, národnosti občana či místa, kde právě žije

Obecné zásady

Starší občané mají nárok na zajištění takové zdravotní péče, která je potřebná, a to podle zdravotního stavu a stupně závislosti, nikoli dle schopnosti si takovou péči zaplatit.

Nemoc

V případě, že zdravotní stav staršího pacienta vyžaduje hospitalizaci, může očekávat:

- že prostředí zdravotnického zařízení i složení týmu budou respektovat potřeby jeho zdravotního stavu
- že bude ošetřován týmem, který je specializován na problematiku komplexních zdravotních problémů starších pacientů
- že multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta
- že všichni profesionálové, kteří se podílejí na péči o multimorbidního staršího pacienta, budou účelně komunikovat v zájmu hladkého průběhu léčení

V instituci má starší občan právo očekávat:

- že bude vypracován plán péče, který bude pravidelně kontrolován a přizpůsobován jeho potřebám
- že bude rozhodovat, pokud to jeho zdravotní stav dovolí, o svém způsobu života včetně toho, kdy si přeje soukromí a kdy chce být ve společnosti

PŘÍLOHA č. 10

Jak zlepšit schopnost pacientů se smát (zkráceno a mírně adaptováno)

- podle zdravotní sestry Wootenové, bývalé prezidentky Americké asociace pro terapeutický humor (Nešpor, 2007)

- Informujte pacienty o negativních účincích strachu, úzkosti, beznaděje a deprese.
- Vysvětlete pacientům, co zjistil moderní výzkum o příznivém působení smíchu a kladných emocí na uzdravování a posílení imunity.
- Vyprávějte pacientům anekdoty. Váš materiál by měl být vhodný. vyhněte se sexuálnímu, náboženským a rasistickým tématům, která by mohla pacienta urazit.
- Popisujte pacientům své oblíbené kreslené vtipy.
- Sbírejte žertovné pohlednice, opatřete je plastickými obaly, aby se daly dezinfikovat a ukazujte je pacientům.
- Zvláště při práci s dětmi používejte pomůcky jako žertovné placky, nosy, či klobouky. Opatřete si koš, naplňte ho podobnými předměty a nechávejte ho na sesterně, aby si z něj mohly kolegyně vhodné pomůcky vybírat. Na žertovné předměty lze pouze použít pojízdný stolek, s nímž sestra objíždí ložnice pacientů.
- Vytvořte výbor pro mezioborový humor pro ty, kdo mají humor rádi a používají ho.
- Žádejte o morální a finanční podporu své nadřízené. Vysvětlujte jim, že se jedná o postup, který snižuje náklady na léčbu a zlepšuje vztahy s uživateli zdravotnických služeb. Finance na své aktivity můžete také získat od některých nevládních organizací nebo soukromého sektoru.
- Zapojte do svých aktivit i pomocný zdravotnický personál.
- Vytvořte na pracovišti „chechtací informační kanál“. K tomu můžete použít uzavřený televizní okruh i jiné prostředky.
- Zřídte si místnost určenou humoru, kde lze humorný materiál také půjčovat.