



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Aktivizace v péči o seniory

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program: OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Aneta Plecítá

Vedoucí práce: PhDr. Věra Stasková, Ph.D.

České Budějovice 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem *Aktivizace v péči o seniory* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14. 5. 2018

.....

Bc. Aneta Plecítá

Poděkování

Poděkování patří vedoucí mé diplomové práce paní PhDr. Věře Staskové, Ph.D. za její vstřícnost, ochotu, trpělivost a věcné připomínky během tvorby práce, Mgr. Aleně Šimůnkové a Ing. Elišce Prejzkové za konzultace a ochotu pomoci. Zvláštní poděkování patří mým nejbližším a mé sestře Lucii, bez jejichž podpory a pochopení by práce nikdy nebyla dokončena.

Aktivizace v péči o seniory

Abstrakt

Předkládaná diplomová práce s názvem „*Aktivizace v péči o seniory*“ se zabývá problematikou a využitím aktivizačních činností v ošetrovatelské péči seniorů v domovech pro seniory v kraji Jihočeském, Středočeském, Západočeském a v kraji Vysočina. Hlavním cílem práce bylo zmapovat, jaké činnosti v rámci aktivizace využívá ošetrující personál a jaké aktivizační činnosti přispívají k soběstačnosti klientů v domovech pro seniory.

Teoretická část práce obsahuje informace o problematice stáří a stárnutí. Dále je prostor věnován vymezení a charakteristice pojmu aktivizace a popisu role sester v péči o seniory. Také přibližuje využití komunikace, motivace a smyslové aktivizace z pohledu sestry.

Byly stanoveny následující cíle práce: Zjistit podíl sester na aktivizaci seniora při poskytování ošetrovatelské péče v domovech pro seniory a zjistit, jaké činnosti v rámci aktivizace v ošetrovatelské péči očekávají rodinní příslušníci seniorů od ošetrujícího personálu. K dosažení cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky: Jaké činnosti jsou využívány ošetrujícím personálem v rámci aktivizace při poskytování ošetrovatelské péče? Jak aktivizační činnosti přispívají k soběstačnosti klientů v domovech pro seniory? Jaké aktivizační činnosti jsou z pohledu rodinných příslušníků očekávány od sestry?

Pro dosažení cílů bylo zvoleno kvalitativního výzkumného šetření, kde výzkumný vzorek tvořili sestry a rodinní příslušníci. Z výsledků vyplynulo, že aktivizace v poskytování ošetrovatelské péče seniorům má pro ně velký význam. Pod aktivizací si sestry představují udržení klientovy soběstačnosti. Důležitým faktorem, který proces aktivizace značně ovlivňuje, je nedostatek kvalifikovaného personálu v domovech pro seniory. Domníváme se tedy, že jedním z možných řešení, jak zkvalitnit aktivizaci v ošetrovatelské péči, je navýšit počet odborného a kvalifikovaného personálu. Výzkumné šetření dále ukázalo, že sestry klienty aktivují s podporou komunikace, mobilizace, ale také při dopomoci ve všech denních činnostech.

Rodinní příslušníci pod pojmem aktivizace v ošetrovatelské péči vidí a očekávají udržení soběstačnosti, zachování mobilizace a zlepšení hrubé motoriky u svých

příbuzných. Zajímají se a osobně podílí na jejich aktivizaci, kde dopomáhají při hygieně, stravě, zapojují seniora do komunikace a snaží se ho více socializovat. Od ošetřujících sester očekávají dopomoc seniorům při uspokojování jejich potřeb, při běžných denních činnostech, komunikaci, ale především milý a přátelský přístup ze strany sester.

Výsledky předkládané práce by mohly sloužit jako podklad pro rozvíjení aktivizačních činností v ošetrovatelské péči či dokonce vnuknutí podnětu ke zřízení tzv. ideálního domova pro seniory.

Klíčová slova

senior; sestra; aktivizace; ošetrovatelská péče

Activation in nursing care for seniors

Abstract

Presented diploma thesis titled „Activation in the care of seniors“ deals with the issue and the use of activation activities in nursing care of seniors in homes for the elderly in the South Bohemia region, Central Bohemia Region, West Bohemia region and in the Vysočina region. The main objective of this diploma thesis was to map out what activation activities are used by nursing staff and what activation activities contribute to the self-sufficiency of the clients in the homes for elderly.

The theoretical part of this diploma thesis contains an information about the age and aging issues. Further part of the diploma thesis is dedicated to the definition and characterization of the notion of activation and description of the role of nurses in the care of seniors. It also approaches using of communication, motivation and sensual activation from the nurse's point of view.

The following objectives have been set: Identify nurse's share of senior activation in providing nursing care in homes for elderly and also identify, which activities in the context of activation in nursing care are expected from family members of seniors from nursing staff.

To achieve the goals have been set following research questions: Which activities are used by nursing staff in the context of activation in the providing of nursing care? How do activation activities contribute to the self-sufficiency of clients in seniors homes? What are activation activities from the perspective of family members expected from nurses? To achieve the objectives was chose a qualitative research, and the research sample consisted of nurses and family members. The results showed that the activation of providing nursing care to seniors is really important to them.

Under the notion of activation, the nurses imagine the clients keep their self-sufficiency. An important factor that greatly affects the activation process is the lack of qualified staff in the homes for the elderly.

Therefore we supposed that one of the possible solutions how to improve the activation in nursing care is to increase the number of professional and qualified staff.

The research also showed, nurses activate the clients with the support of communication, mobilization, but also with the help of all day activities.

Key words

senior; nurse; activatinon; nursing care

Obsah

1	Současný stav	10
1.1	Stáří a stárnutí	10
1.1.1	Dělení stáří	10
1.1.2	Změny ve stáří	11
1.1.3	Potřeby a přání ve stáří	13
1.1.4	Adaptace ve stáří	15
1.2	Vymezení pojmu aktivizace v ošetrovatelské péči o seniory	17
1.3	Role sester v péči o seniory	21
1.4	Komunikace se seniory	22
1.4.1	Využití některých prvků terapeutické komunikace	24
1.5	Motivace jako součást aktivizace seniora	26
1.6	Koncept smyslové aktivizace	27
1.7	Montessori pro seniory	30
2	Cíle práce a výzkumné otázky	32
2.1	Cíle práce	32
2.2	Výzkumné otázky	32
2.3	Operacionalizace pojmů	33
3	Metodika	34
3.1	Použité metody	34
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	35
4	Výsledky	36
4.1	Seznam kategorií a podkategorií	38
5	Diskuse	52
6	Závěr	60
7	Seznam použitých zdrojů	61
8	Seznam příloh	69

Úvod

Tématika týkající se seniorské populace je v současné době námět k rozsáhlé diskusi, nejen na území České republiky, ale i ve světě. Především 2. polovina 21. století bude s největší pravděpodobností patřit seniorům, proto v této době budou hrát důležitou roli. Tato problematika se netýká pouze osob s věkem nad 60 let, ale dotýká se čím dál tím více i mladší populace v roli rodinných příslušníků či personálu léčebných a sociálních zařízení. Ideální domov pro seniory by mělo být místo, kde to žije a kde se setkávají generace.

Základem péče o stárnoucího člověka v domovech pro seniory je individuální přístup a s ním související uspokojování potřeb. V domovech pro seniory je klient nejčastěji v interakci se sestrou, která by měla být schopna pozitivně působit na jeho postoj k aktivnímu stárnutí a navazovat s klientem přátelský vztah. Odborný a kvalifikovaný ošetrovatelský personál by měl během aktivizace vycházet z potřeb klienta a respektovat je. Je velice podstatné zavčas odhalit potřeby a přání, které klient potřebuje uspokojit a vyplnit. V této spojitosti lze využít efektivní a terapeutickou komunikaci k tomu, aby byla aktivizace úspěšná. Aktivizací seniora v poskytování ošetrovatelské péče napomáhají sestry k udržení, zachování a v některých případech i navrácení soběstačnosti. Cílem účinné aktivizace je motivovat seniora, aby neztrácel chuť do života. U klientů je aktivizace nezbytná pro zdokonalení a udržování vnitřních předpokladů, které povzbuzují k lepšímu psychickému a fyzickému zdraví seniora. Velký podíl na aktivizaci klientů v domovech pro seniory mají nejen sestry a pomocný personál, ale také klientova rodina. V některých případech dochází k výměně rolí s ošetrujícím personálem a rodina je v aktivizaci zdrženlivější, proto je nutná informovanost a edukace rodinných příslušníků ze strany sester.

Téma práce bylo zvoleno na podkladě osobních zájmů a zkušeností. Se seniory se během své sesterské praxe setkávám velice často a míním, že si tato problematika zaslouží více pozornosti.

1 Současný stav

1.1 Stáří a stárnutí

Součástí každého života člověka je také stáří (senium). V současné době díky pokroku medicíny jsou prodlužovány lidské životy. Základním cílem a snahou zdravotní politiky je nejen prodloužit život seniorů, ale také jejich životy zkvalitnit (Dvořáčková, 2012).

Periodizace a rozřazení věkové hranice stáří je velice náročné. Kalendářní stáří je považováno za nejvíce časté vymezení a určuje se dle věku seniora. Členění dle patnáctileté periodizace lidského života využívá také Světová zdravotnická organizace (WHO). Udává: 0 – 15let – dětství, 15 – 29let – období mladosti, 30 – 44let – dospělost a střední věk, 45 – 59let – přechodový věk, 60 – 74let – počínající stáří a stárnutí, 75 – 89let – vlastní stáří, 90 a více – dlouhověkost (WHO, 2017).

Stáří je poslední etapa, kterou je dovršen život. Ve stáří se ukazují involuční změny morfologické i funkční, které probíhají specifickou rychlostí. Vzhled a stav jedince jsou stanoveny biologickou involucí, předešlými onemocněními a úrazy. Svůj podíl má zde i společenské postavení, vliv a role jedince ve společnosti, ale také jeho psychický stav, např. adaptace na stáří (Čevela et al., 2012).

Zmíněná etapa stáří je pro jedince stejně významná jako jiné z etap, proto je kladen též důraz na její rozvíjení. Období stáří zasluhuje pozornost samotného seniora, ale také pomáhajících profesí nejen z důvodu, že samotné stáří trvá přibližně 30-40 let (Klevetová, 2017).

Principem ošetrovatelství v péči o seniorskou klientelu je odborný přístup sestry ke klientům seniorského věku. Tento přístup pomáhá udržovat či zvyšovat kvalitu života seniora (Neméth et al., 2009).

1.1.1 Dělení stáří

Kalendářní stáří lze udat lehce, proto je také vyhovující pro demografické a jiné potřeby. Je určeno dle dohodnutého věku, který vyplývá z „průměrného“ procesu života. Nejsou však zmíněné sociální role ani involuční individuální změny. Z důvodu kvalitní zdravotní péče a prodloužení věku života se měřítko stáří posunuje (Čevela et al., 2012).

Otová a Mihalová (2012) podotýkají, že jsou lidé, kteří stárnou rychle nebo naopak pomaleji, proto je jejich biologický věk v nesouladu s věkem kalendářním.

Sociální stáří je stanoveno shrnutím změn v postojích, sociálních rolích, sociálního potenciálu a životních událostí (Čevela et al., 2012).

Je obvyklé, že sociální stáří počíná nárokem na penzi (Kalvach et al., 2004).

Čevela et al. (2012) dále udávají, že u starobního důchodu a nároku na penzi je důležité zmínit civilizační posun. V současnosti je aktuální i posun jiných sociálních stavů jako pozdější uzavření sňatku, ale také odklad rodičovství. Čevela a Čeledová (2014) popisují sociální stáří jako vystoupení či vytlačení ze světa mladých lidí a odchod seniora do penze. Oproti tomu stárnutí biologické vyznačuje změny organismu, které se odehrávají na fyziologické úrovni. Zvrat má dopad na orgány a tělesnou tkáň jedince, i přesto je průběh u každého jednotlivce individuální. Roli zde hrají genetické dispozice a styl života (Klevetová, 2017). Biologické stáří nelze přesně stanovit, není určeno přesné měřítko. Je vyšší riziko onemocnění a funkční nedostatečnost. Stárnutí a jeho procesy jsou ovlivněny onemocněními jednotlivců. Jeví se snížením výkonnosti, tělesnými změnami a jejich funkcí, jako je řídnutí a úbytek vlasů, a poklesem svalové hmoty. Každý jedinec vnímá tyto změny subjektivně (Slepička et al., 2016).

Určení již zmíněného kalendářního stáří není natolik přesné jako určení stáří biologického, i přesto určení dle biologického stáří není využíváno. Vědci se shodují, že se lidé se shodným kalendářním věkem mohou markantně lišit ve věku biologickém a funkční výkonnosti (Mühlpachr, 2004). Čeledová et al. (2016) stejně jako Slepička et al. (2016) a Klevetová (2017) popisují biologický věk jako posouzení shody či neshody stavu jedince. Posuzuje se dojem, který vyvolává, a jeho běžný dojem (stav) u jedinců stejného věku.

1.1.2 Změny ve stáří

Na člověka a jeho osobnost je nahlíženo jako na celek biologických, sociálních, psychických a duchovních vlastností. Jednotlivé složky se vzájemně propojují a jsou v interakci (Mlýnková, 2011).

Vágnerová (2004) nastiňuje ve stáří zjevný pokles výkonnosti, schopností, ale také fyzických i psychických sil. Podstatné je přijetí této skutečnosti seniorem, aniž by došlo ke snížení nebo dokonce ztrátě sebevědomí a sebeúcty. Vypořádat se se zmíněným poklesem výkonnosti činí seniorům mnohdy obtíž. Pro seniora je podstatné stanovit, kým byl, a zaměřit se na budoucnost.

Stáří a s ním i biologické změny se nejvíce projevují kolem 60. roku života. Zprvu jsou nápadné změny na pokožce, pleti a vlasech. Pokožka se vysušuje, svrašťuje a vrásky jsou výraznější. Také se ukazují pigmentové skvrny, vlasy ztrácejí svoji přirozenou barvu a začínají řídnout (Klevetová, 2017).

Biologické změny se dotýkají vzrůstu seniora. Výška jedince se snižuje z důvodu oplošťování a vysychání meziobratlových plotének. Mezi další involuční změny řadíme změnu chování, ale také chrupu (Čevela, 2012).

Tělesné známky (též označovány jako fenotyp stáří) rozlišují mladé lidi od lidí vyššího věku. Další tělesná změna je patrná při chůzi a postoji, u seniora dochází ke snížení hmotnosti a s tím je spojený úbytek síly. U zraku se ukazují změny akomodace, také u sluchu dochází ke změnám, nastává snížení pronikavosti vysokých tónů. Chuť a čich se také výrazně snižují, a to především u seniorů kuřáků. K některým změnám dochází velmi rychle, naopak některé vznikají pomaleji. Změny nastávají v rychlosti reflexů, sexuální aktivitě, srdeční kapacitě, bazálním metabolismu, svalové síle a rychlosti vedení vzruchu (Dvořáčková, 2012).

Následně se u seniora vyskytují i změny psychické, které pro něho hrají zásadní roli. Ty se mnohdy představují při přeměně poznávacích schopností, jako je pozornost, vnímání, myšlení a paměť. Pokles uvedených schopností může mít za následek úzkost a strach, načež může nastat nedůvěra a snížení kontaktu s ostatními lidmi (Klevetová, 2017). V pojetí Beksové (2014) psychické změny ovlivňují a mají dopad také na komunikaci. Mezi četné problémy při komunikaci s jedincem vyššího věku bývá jejich utkvívání na pravidelných každodenních činnostech, ale také jejich postup při řešení problémů. Problém vzniká také při osvojování nových znalostí a dovedností a neúměrné reakci na popud.

Za velmi zásadní lze považovat oblast tužeb, aspirací a očekávání seniorů. Je podstatné, jakou má člověk sociální roli a jakým životním stylem žije. Tato úroveň života může doprovázet jedince během jeho dospělosti až po přijetí role seniora (Čevela et al., 2014). Dle Eriksona (in Malíková 2011) jedinec s vyšším věkem přemýšlí o rozporu mezi zoufalstvím a integritou. Pro nabytí integrity je nutné, aby člověk uchopil celý svůj život, přijmul a respektoval ho. Významné je akceptování všech neuskutečněných snů i tužeb, nenabytých cílů, ale i veškeré chyby a omyly. Přijmutí sebe samého v době minulé, přítomné a budoucí. Může nastat situace, kdy senior nepřijme a neakceptuje zmíněný stav. Poté je rizikem změna osobnosti jedince a prohlubující se psychické změny. Senior vnímá skutečnost jeho stáří jako

nesnesitelnou. Přeměna psychických projevů a funkcí při jednání i chování je mu nápomocna při překonávání období stáří (Malíková, 2011).

Ve stáří nastává transformace sociálních rolí, životního stylu, potřeb člověka a ekonomického zabezpečení. Jak již bylo zmíněno (v kapitole *1.1.1 Dělení stáří*), sociální stáří je často odstartováno odchodem do starobního důchodu či samotné penze. Z tohoto důvodu nese sociální stáří název postproduktivní (Kalvach et al., 2004).

Vlastní stáří jedinci často charakterizují jako období ztrát. Senioři přicházejí o svá zaměstnání, a tím i o pravidelnou aktivitu. Tato ztráta má za následek úbytek finančních příjmů. Neméně významný stav je ztráta dlouholetého partnera. Smrt blízké osoby představuje pro seniora ztrátu opory a intimnosti (Jiráček, 2013).

Mezi změny ve stáří lze zařadit i změny v rodině. Během této změny se z rodičů stávají prarodiče. Na místě je, aby jedinec pochopil a pronikl do své nové role, ve které bude spokojený a přínosem pro sebe i svoji rodinu. Významný je vztah prarodičů a vnoučat, a to pro obě generace. Zasluhou vnoučat získávají senioři stálý pocit užitečnosti, zodpovědnosti a nezbytnosti ve své rodině (Balogová, Žumárová, 2009).

Kulhánek (2016) ve svém interview poukazuje na roli seniorů jako na roli „babičky a dědečka“. Připomíná, že tato role není jen o hlídání vnoučat, ale prarodič by měl i ukázat vnoučatům skutečnosti, ze kterých se mohou ponaučit a více se dozvědět. Brand (2000) dodává, že prarodič bývá kromě rodičů i dalším vzorem pro vnoučata.

Někteří jedinci vědí, že za pomoci zdravého životního stylu mohou ovlivnit kvalitu i tempo svého stárnutí. Proto jsou na své stárnutí ohleduplní, udržují rovnováhu, odpočatost a mladistvost do vyššího věku (Klevetová, 2017).

1.1.3 Potřeby a přání ve stáří

Potřeba je vyjádření nedostatku či neúplnosti čehosi. Je to něco nepostradatelného v lidském životě a v evoluci člověka. Nedostatek uspokojených potřeb má vliv na psychickou stránku jedince, z toho vyplývá jeho vzorec jednání a chování. Známý americký psycholog A. H. Maslow představil teorii motivace, ze které vystupuje hierarchická teorie potřeb. Psychologie a filozofie jdou v ošetřovatelství ruku v ruce (Trachtová et al., 2013). A. H. Maslow uspořádal lidské potřeby hierarchicky, a to do tvaru pyramidy. Základ pyramidy vytváří fyziologické potřeby, které jsou pro člověka nejdůležitější (Hůsková, Kašná, 2009).

Maslowova pyramida potřeb zahrnuje potřeby bezpečí a jistoty, afilace a na vrcholu pyramidy se vypíná potřeba seberealizace a uznání. Ve svém uspořádání jsou tyto potřeby utříděny dle jejich důležitosti. A. H. Maslow popsal také metapotřeby, tzv. potřeby vyšší, kam zařadil potřeby porozumění a poznání, individuality, harmonie a rovnováhy. Při porovnání s potřebami základními není na vyšší potřeby kladen takový důraz naléhavosti a nutnosti. Vyšší potřeby směřují k většímu uspokojení a štěstí jedince. Spokojenost a s ní i uspokojování potřeb člověka může porušit a zkomplikovat přítomnost onemocnění či evoluční fáze jedince (Trachtová et al., 2013).

Současná doba přichází s vytvářením lepších podmínek pro porozumění potřeb seniorů i samotného stáří. Formulují se nové struktury, přístupy, rovněž i vzdělávání nejen ošetrovatelského personálu. Dlouhověkost setrvává na předních místech současné doby. Ze zmíněného důvodu je logické a významné se maximálně soustředit na zajištění a zaopatření závislých osob vyššího věku, ale také o seniory s onemocněním, v první řadě však usilovat o zkvalitnění funkčního a zdravotního stavu osob (Mühlpachr, Bargel, 2011).

I po dovršení vyššího (penzijního) věku chtějí být senioři nadále prospěšní pro veřejnou společnost a stejnou užitečnost chtějí i v soukromém životě. Aby mohl senior naplňovat své tužby, je nutná přítomnost patřičného zdraví, finančního a materiálního zaopatření a především zázemí, kde bude oceňován, ctěn a respektován (Haškovcová, 2010).

Mezi funkce vzdělávání zařazujeme funkci anticipační, preventivní, posilovací a rehabilitační. Jmenované vzdělávací aktivity podporují a pomáhají seniorům k získání pocitů uspokojení a důstojnosti. Ošetrující personál za pomoci zmíněných aktivit se podílí na začlenění jedinců do společnosti a na snaze o zlepšení kvality života. Vzdělávací (edukační) aktivity umožňují méně náročný přechod a adaptaci na budoucí etapy života, dokonce také podporují uchování a zkvalitnění tělesného i psychického zdraví (Průcha, Veteška, 2014).

Pro seniory je typická rekapitulace jejich života a s tím i vyplnění doposud nesplněných přání a tužeb. Starší jedinci či dokonce umírající nelehce snášejí nenaplnění snů a přání. S touto situací se ošetrovatelský personál během své praxe setkává velmi často. Sestra by měla tuto situaci znát a předvídat. Tato nelehká situace si žádá uplatnění terapeutické komunikace (Wehner, 2013).

Nezbytnou roli v terapeutické komunikaci sehrává jak přístup sestry, tak i ošetrovatelský management. Úlohou managementu je vybudovat příhodné podmínky

pro aplikování terapeutických doteků v ošetrovatelské péči. Terapeutické doteky vedou k zamyšlení, zda je vždy nutné využít kompenzační pomůcky a nahradit tak lidský dotek, který mnohdy sestře odhalí vnímání a pocity klienta (Ott, Mulloney, 1998).

Projevit seniorovi lživou naději, šanci nebo očekávání pro splnění jeho přání a tužeb je velice nelidské. Oproti tomu komunikace s rodinou a blízkými příbuznými seniora o přáních a možnostech společného naplnění, který jejich člen rodiny má, je nadměru podstatné (Wehner, 2013).

1.1.4 Adaptace ve stáří

Ve chvíli, kdy si jedinec povšimne svého stárnutí, nastává mnoho tázacích vět souvisejících s jeho odhodláním a jeho reakcí na stáří. O účinnosti adaptace rozhoduje mnoho okolností a příznaků. Podstatnou úlohu zde zastává osobnost seniora, především seniorova schopnost adaptovat se (Dvořáčková, 2012).

Někteří jedinci zvládají adaptaci snáze, naopak někteří jedinci překonávají komplikace a vypětí obtížněji (Minibergerová, Dušek, 2006).

Významnou nesnáz v tomto věkovém období hraje chybná adaptace na nově vzniklé situace. Mezi tyto situace je řazen odchod partnera nebo člena rodiny, odchod do penze, změna bydliště a prostředí, ale také eventuální hospitalizace (Robinson, et al., 2016). Hrozí i separace od okolí. Vhodné úsilí o aktivizaci musí zachovávat a udržovat individualitu a tužby seniora. Podstatné je podpořit jedince pro dosažení motivace (Křivohlavý, 2002).

Psychologové podotýkají, že je nezbytné seniorům oznámit veškeré informace ohledně problematiky stáří a tím přispět k hodnotnější adaptaci (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Dvořáčková (2012), ve své publikaci zmiňuje, že na osobnost jedince má vliv veškerý jeho dosavadní život. Rodina, ve které jedinec vyrůstal, a rodina, ze které pochází, má nepopíratelný vliv na jeho osobu. Od příbuzenstva jedinec získal podnět pro osvojování vztahů k veřejnosti, životní zkušenosti a způsobilost přizpůsobit se vypjaté okolnosti. Dvořáčková (2012) poukazuje na pět vyrovnávajících strategií. Pojednává se o strategii obranné, konstruktivní, strategii závislosti, hostility a sebenenávisti. Jedinec často vybírá z těchto strategií, aby se vyrovnal se svým skutečným stářím.

Obranný postoj (strategie) se vyskytuje u stárnoucích jedinců, kteří během svého života působili jako vlivní zaměstnanci a činorodě se podíleli na společenských událostech (Příbyl, 2015). Z pohledu tohoto postoje se senioři nedovedli vyrovnat s vlastním stářím. Jedinec nepřiznává potřebu závislosti na druhé osobě. Nelehké je o pomoc a podporu požádat, ale i přijmout (Mlýnková, 2011). Další z vyrovnávajících strategií je *konstruktivní způsob*, který je popisován jako ideální adaptace na stáří (Příbyl, 2015). Senioři se zvládli vyrovnat se svým stárnutím a mají kladný přístup k životu. V tomto pojetí lze seniory charakterizovat jako adaptabilní, ochotné, mající touhu aktivně realizovat své záliby a zaobírat se svým okolím (Mlýnková, 2011). Během produktivního věku si jedinec udržoval činnost v myšlení a díky pohybu tělesné zdraví (Langmeier, Krejčířová, 2006). Veřejnost o seniorovi smýšlí jako o přizpůsobivém, milém, upřímném a vytrvalém jedinci (Příbyl, 2015). Samotní senioři oceňují prožité etapy svého života kladně (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Strategie *závislosti* se u seniorů vyskytuje opakovaně. Pro stárnoucí osobu je prioritní odpočinek, bezpečnost a komfort (Příbyl, 2015). Tato reakce se vztahuje zejména na jedince, jejichž dosavadní život byl pasivnější, a nebo na jedince, kteří během života byli vázáni na jiné osoby. Proto i nyní i ve vyšším věku očekávají podporu a pomoc při uskutečňování svých potřeb a činností (Mlýnková, 2011).

Z vykonaných činností však nemá senior radost a necítí spokojenost. Nesnáze a potíže, které senior prožívá, často nadsazuje a následně dochází k ovládnutí a manipulaci rodiny (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Sklon k nepřátelskému chování, tzv. „*hostilita*“ seniory také doprovází. Jedinec s nepřátelským postojem je charakterizován jako útočný až agresivní, rozhořčený, mnohdy našťvaný a nespokojený. Rodina a okolí se mnohokrát těchto seniorů straní a neprojevuje zájem o kontakt. Starý člověk posléze žije osamocený a izolovaný život (Mlýnková, 2011). Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) uvádějí, že se u jedince objevuje také nepřejícnost. Mnohokrát se projevuje nenávistné chování k mladým lidem, ale také k ošetrovatelskému personálu.

Poslední strategií je *sebenenávisť*. Jedinec si uvědomuje, že jeho život není uspokojivý. Zažívá odloučenost a samotu, ale s uvedenou skutečností nehodlá nic dělat. Hrozí zde nebezpečí automutilace až suicidium (Mlýnková, 2011). Postoj sebenenávisťi vyvolává u seniorů pocit zloby na svou osobu a pocit nepotřebnosti, avšak jako jediné řešení vidí odchod z tohoto světa (Příbyl, 2015).

Přizpůsobení se stáří ve velké míře ovlivňuje také adaptace na instituci (sociální zařízení), kde jedinec žije. Samotný odchod ze svého dosavadního bydliště a příchod do zařízení je pro člověka nebezpečná životní událost. Aktivita v rámci aktivizace a přístup sestry k jedinci efektivně podporuje zdolávání strachu a stresu. Vhodné činnosti, aktivní zájem o klienta, ale i navázání kontaktu o společné péči klienta s rodinou v dané instituci udržuje kontinuitu života jedince (Mojžíšová, 2008).

Sestra, ale také ostatní ošetrovatelský personál, musí být pro seniora v průběhu adaptace oporou, která je zakotvena především ve verbální a neverbální komunikaci, o které bude pojednáno v následující kapitole. Je nutné, aby sestra odhalovala potřeby klienta a následně měla snahu přivést ho k jejich uspokojení, jevila aktivní zájem a komunikovala. Veškeré uvedené poznatky o aktivitě sestry vedou k hodnotnější adaptaci na stáří i nové prostředí (Mahrová, 2008).

1.2 Vymezení pojmu aktivizace v ošetrovatelské péči o seniory

Aktivizace je dle slovníku termín současné češtiny charakterizovaný slovy: činit, podněcovat a podnítit k větší aktivitě (Lingea, 2012).

Podobně představili pojem aktivizace i Wehner a Schwinghammer (2017) jako odvozené slovo od slova aktivizovat, což znamená uvést něco do pohybu a činnosti. Zapojíme-li do aktivizace smysly, je na místě užít pojem smyslová aktivizace.

U seniorů je aktivizace nezbytná pro prohloubení a udržování vnitřních předpokladů, které vedou k psychickému, ale také fyzickému zdraví a zaručují kvalitnější život (Průcha, Veteška, 2014). Oproti tomu aktivita je nejen pro seniory jedním z nejvýznamnějších prostředků ke zvyšování kvality života, neboť podporuje člověka v uspokojení jeho potřeb (Kozáková, Müller, 2006).

Dle výše uvedených definic poskytujících zdravotní péči lze aktivizaci chápat jako nedílnou součást poskytování ošetrovatelské péče v institucích, domovech pro seniory nevyjímaje. Nutno upozornit, že lze nelehko oddělit aktivizaci v ošetrovatelské péči a smyslovou aktivizaci z důvodu, že zmíněné aktivizace jsou ve vzájemné interakci a společně se doplňují. Při poskytování ošetrovatelské péče během aktivizace je dbáno též na spolupráci sestry a seniora, kde senior je aktivním příjemcem ošetrovatelské péče. Šimíčková-Čížková (2008) ve své monografii uvádí nedostatek činností u seniorů jako blížící se úpadek osobnosti člověka. Nezbytnou roli v aktivním přístupu hraje utváření a

utužování mezilidských vztahů, ale také klientův pocit začlenění se do kolektivu. Nezbytné je u seniorů vyloučit pocit osamění a méněcennosti.

Cílem „aktivizace“ je motivovat klienta, který rezignoval a ztratil svoji chuť do života. Aktivizace seniora často působí na veřejnost jako pojem, kde klient hraje roli pasivního příjemce a aktivizační činnosti jsou předem připravené dle daných programů. Aktivizační činnosti by ve zmíněném případě pak mohly být brány jako povinné a nucené. Důležité je, aby byly respektovány potřeby klienta, aktivizace byla nenucená, využívána nenásilným přístupem a nabízela klientovi volný výběr činností. Aby sestra klienta dostatečně „nastartovala“ k žádoucím změnám v oblasti aktivity a motivace, je potřeba využít efektivní komunikaci (Kalvach et al., 2004).

Nezbytnou součástí aktivizace je též uvědomění si hodnot a významu aktivizace samotným ošetrovatelským personálem. Lze ji uchopit dvěma způsoby. První způsob hledí na prevenci imobilizačního syndromu, obnovu soběstačnosti, ale také nácvik všedních činností. Druhý pohled nastiňuje způsob trávení volnočasových a pohybových aktivit. Ošetrovatelský personál by měl dbát na soběstačnost a odpovědnost, která patří v geriatrici mezi nejdůležitější intervence (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Podobně popisuje Krišková (2010a) individuální aktivizaci jako společnou práci klienta a ošetrovatelského personálu při činnostech, které napomáhají k dosažení důstojnosti a zkvalitnění života.

Pokud senior změní místo bydliště a začíná žít v sociálním zařízení, sestra a ostatní personál usilují o co nejlepší adaptaci jedince. Domovy pro seniory nabízejí mnoho aktivizačních činností přístupných klientům (Kalvach et al., 2008).

V sociálních zařízeních se senior nejčastěji shledává se sestrou, která by měla být schopna kladně působit na jeho postoj k aktivnímu stárnutí a kolektivně ho podporovat ke zvládnutí adaptace v novém prostředí (Hofbauerová, Šváblová, 2008). I Schuler a Oster (2010) udávají jako nezbytnost samostatnost seniorů vykonávat potřeby, na které stačí sami. Toto zachování nebo dokonce stupňování soběstačnosti a zachování odpovědnosti seniorů je dalším cílem aktivizace a slouží jako prevence kontraktur, dekubitů, pádů a infekcí. Mnohdy je nezbytné seniorovi vysvětlit, edukovat a podporovat ho v této aktivizaci.

Suchá et al. (2013) podotýká, že v pobytových zařízeních, jako jsou domovy pro seniory, by mělo být samozřejmostí v rámci komplexní péče dostatek aktivity. Jak již bylo zmíněno, tyto činnosti dodávají klientům daného zařízení zábavu, nadšení, potěšení, podporu, přátelství, zdokonalování komunikace a pocit soudržnosti. Autorka

dále uvádí možnosti dělení aktivizačních činností do čtyř skupinek. Své místo zde mají aktivity individuální a skupinové, zatěžující kognitivní a fyzickou stránku, pasivní a aktivní a jako poslední představuje aktivity samoobslužné, zájmové a pracovní. Personál má za úkol efektivně vést danou aktivitu a navázat s klientem vhodný a přátelský vztah.

Nutno upozornit, že aktivizační činnosti se obejdou i bez speciálního prostoru či prostředí. Přizpůsobení aktivizace dle prostředí nebývá problémem. Činnosti často probíhají ve společenských místnostech, jídelnách či tělocvičnách. Domovy bývají zařízeny kompenzačními a cvičebními pomůckami jako např. míči, míčky, obručemi, ale své uplatnění mají i jiné pomůcky. Často je seniory využívána také místnost pro relaxaci. Senioři si zde užívají zasloužený oddech za vůně aromalamp a hudby určené k relaxaci. Přínosné je i zapojování seniora do péče o domácí mazlíčky, jejichž přítomnost v instituci není neobvyklá (Janečková, Vacková, 2010).

Pomoc personálu při jednoduché denní činnosti, tedy přímá obslužná péče klienta, jako je oblékání, osobní hygieny, práce s pomůckami posiluje životní aktivizaci klienta. Samotný výběr osobního prádla spadá do každodenních způsobů aktivizace seniora, na které musí ošetrovatelský personál brát zřetel. Klient by měl mít možnost vybrat si vhodný, pohodlný a čistý oděv (Vytečková et al., 2011).

Důležitou prací sestry je aktivní vyhledávání oblastí a potřeb, ve kterých je nutné seniorovi pomoci v aktivizaci a uspokojení. Test základních lidských činností dle Barthelové, Hodnocení rizika pádu, Test instrumentálních činností, Škála deprese pro geriatrické klienty, Škála pro orientační hodnocení stavu výživy a Funkční škála bolesti, jsou potřebné na určení možných činností na podporu aktivizace klienta (Štěpánková et al., 2015).

Sestra následně zjišťuje, v které oblasti je na místě aktivizace a uspokojení potřeb seniora. Pro možnost účinné aktivizace je nutné cílené vyšetření. Důležité je zpětně s klientem komunikovat a konzultovat změny, které pociťuje, a upravovat program, dle kterého probíhá aktivizace (Topinková, 2005).

Kost'ová (2007) zmiňuje, že sestra by měla v rámci ošetrovatelského procesu podporovat zájmy klienta, vážit si ho, dbát na jeho bezpečí a jistotu, edukovat společně s ním i jeho blízké a rodinu, motivovat a chválit, nadále se vzdělávat a zlepšovat se, ale také uskutečňovat předepsané ordinace a nezapomínat vést ošetrovatelskou dokumentaci. V souvislosti se vzděláváním sester se nabízí upozornit na to, že rok 2004 byl zásadní pro navazující studium zaměřené na ošetrovatelskou péči v geriatrii, kdy

bylo studium ukončeno. Momentálně praktických a teoretických dovedností a znalostí pro ošetrovatelskou péči o seniory sestry dosahují při bakalářském studiu na vysoké škole (Holmerová, 2007).

Je na místě připomenout, že dochází k prodlužování věku, a proto je nezbytné stále zvyšovat nároky na péči o seniory (Kalvach, Onderková, 2006). Od sestry se v sociálních institucích (domovech pro seniory) předpokládá schopnost stanovit a následně intervenovat na ošetrovatelské problémy. Zřizovatelé institucí bohužel často redukuje početný stav sester z úsporného důvodu. Problém udávají při vykazování výkonů zdravotním pojišťovně. Sestry však nevykonávají pouze péči kvalifikovanou, ale také uskutečňují jiné činnosti. Během základní ošetrovatelské a obslužné péče poskytují klientovi aktivizaci (Malíková, 2011).

Sestra je poskytovatelkou mnoha činností, během kterých seniora aktivizuje. Zaměřuje se dle aktuálních potřeb klienta. Může být ošetrovatelkou, manažerkou, edukátorkou, konzultantkou, výzkumnicí, provozovatelkou služeb či advokátkou. Do specializované ošetrovatelské péče spadají veškeré odborné aktivity, které vykonává profesionální sestra. Tato role sestry je nenahraditelná a zároveň zvyšuje kvalitu života jedince v zařízení (Jarošová, 2006).

U seniorů je zvýšené riziko pádu, a to v důsledku změn v organismu. Sestra zjišťuje, zda má klient zájem o chůzi a pohyb, zda je něčím limitován a omezován a zda chůzi zvládá sám, s kompenzační pomůckou nebo s dopomocí personálu. Úkolem sestry je efektivní zhodnocení rizika pádu a vhodně zvolené intervence v plánu péče. Je nezbytné mít dostatek adekvátně zvolených kompenzačních pomůcek ve spolupráci s fyzioterapeuty a ergoterapeuty. Dále je důležité přiměřené prostředí a dopomoc ošetroujícího personálu. V oblasti pohybu je sestra schopna vyhledat ošetrovatelský problém, jako je zhoršená pohyblivost a schopnost klienta se přemístit, nedostatek zájmových aktivit a porušená chůze (Křišková, 2010b).

Společně s rodinou klienta sestra nacvičuje a využívá prvky pro nácvik vertikalizace, polohování, nácvik chůze a sedu, to vše dle možností jedince. Realizuje také prevenci žilních komplikací, dechová cvičení a uplatňuje prvky bazální stimulace (Hermanová et al., 2008).

Bazální stimulace podporuje základní vnímání seniora. Její úkol je uchovat život a percipovat vlastní vnímání (Friedlová, 2015). V zahraničí spadá mezi často využívané koncepty v ošetrovatelství. Při jejím využití a samotné aplikaci není nutné pořizování

speciálních pomůcek, které by mohly finančně zatěžovat instituci. Je však nezbytná přítomnost vyškoleného personálu (Kapounová, 2007).

Další monitorace schopností následuje při sebezpečí klienta v oblékání, při osobní hygieně, stravování a vyprazdňování. Po vyhodnocení následuje asistence při dané činnosti, povzbuzení a motivace (Krišková, 2010b).

Sestra seniora nejčastěji informuje a zajišťuje dopomoc v oblastech vhodné životosprávy, dietního omezení, dostatečného pitného režimu a užívání farmak. Důležité jsou dostatečné informace o inkontinenčních a rehabilitačních pomůčkách, o hygienické péči, riziku vzniku opruzenin, dekubitů a polohování (Juřeníková, 2010). Při osobní hygieně sestra sleduje péči o pokožku, především v místech častých dekubitů, ale také péči o dutinu ústní. Samotné vyprazdňování má také svá specifika v péči. Sestra respektuje rituály a zvyky klienta, zabezpečuje jeho soukromí a v případě nutnosti opatří inkontinentní pomůcky. Dostatek tekutin a zajištění vhodné, vyvážené a pestré stravy je zásadní v oblasti výživy (Krišková, 2010a).

V nynější době není možné nikým nahradit sestry pracující a vykonávající profesionální ošetrovatelskou péči. Tyto sestry klientovi dodávají pocit bezpečí a jistoty v domovech pro seniory (Abrham, 2013).

1.3 Role sester v péči o seniory

Role každé profese, rovněž role sester, zahrnuje konání, počínání, vystupování a způsoby chování daného povolání či profese. S vývojem technologií a oboru medicíny došlo i ke změně rolí ošetrovatelského (nelékařského) personálu. Ošetřující sestra pracuje samostatně, je ekvivalentní partnerkou lékaře a multidisciplinárního týmu. Hlavním z důvodů je neustále se rozšiřující pravomoc a kompetence sester. Zásadní úlohu v rolích sester má jejich vysokoškolské vzdělání (Mastiliáková, 2005). S rozšířenými kompetencemi a samostatností sester došlo také k většímu rozšíření sesterských rolí, které navyšují prestiž a důležitost povolání sestry (Bártlová, 2010).

Ošetřující personál, především sestra, má ovládat a znát role své i ostatních, aby docházelo k vzájemnému navazování vztahu, ne však k neshodám a rozporům (Mastiliáková, 2005). Při kterékoli roli, kterou sestra ztvárňuje, musí být dodržena etika jejího povolání. V povolání sestry je zásada etiky důstojnost, úcta a odpovědnost k lidskému životu, dodržování a zachování lidských práv seniora (Kutnohorská, 2007).

K roli sestry se vztahují modely chování, které obsahují univerzalismus, emocionální neutralitu, funkční specifika a orientaci na druhé. Jak již bylo zmíněno, sestra ve své profesi zastupuje několik rolí, proto je nutné její povědomí za jakých okolností a jaký typ role využít (Staňková, 2002). Do rolí v moderním ošetrovatelství, které sestra ztělesňuje, je řazena role *pečovatelky*. Sestra v této tradiční roli poskytuje ošetrovatelskou péči seniorům. Následující role *obhájkyně* klienta, hájí jeho zájmy a při nemožnosti samotného vyjádření seniora zastupuje a řeší jeho přání, potíže a potřeby. *Edukátorka* klienta a jeho rodinných příslušníků má v charakteristice role dbát zejména na zvýšení sebepéče, soběstačnosti a prevenci (Bártlová, Matulay, 2009). Sestra *koordinátorka* systematizuje a plánuje poskytnutí komplexní ošetrovatelské péče v kooperaci s celým multidisciplinárním týmem, ale i s rodinnými příslušníky seniora (Šulistová, Trešlová, 2012). Role podřízená a závislá na lékaři je role *asistentky*. Ošetřující sestra se účastní na výkonech a ordinacích lékaře. Nejnovější sesterská role je role *výzkumnice*. Sestra se účastní výzkumných projektů, aplikuje a získává nové znalosti a vědomosti, které dále využívá v praxi (Staňková, 2002). Při dostatečném povědomí a znalostech sestry o rolích sester je předcházeno neuváženým konáním a jednáním ze strany sestry (Bártlová, 2005).

1.4 Komunikace se seniory

Komunikace se charakterizuje jako přenášení různorodých informací v rozsahu rozmanitých komunikačních systémů při uplatnění sdělovacích prostředků za pomoci jazyka nebo informování. Tento proces je využíván mezi dvěma i více lidmi (Pokorná, 2010).

Aktivita dodávají starším jedincům nadšení, humor, kontakt s jinými lidmi, posílení soběstačnosti, zachování duševních a fyzických dovedností, ale také zdokonalení komunikace (Suchá et al., 2013). Pro aktivní a důstojný věk má oboustranná komunikace nenahraditelný význam. Komunikace přispívá k udržování totožnosti jedince, podněcuje ho k socializaci, rozšiřuje znalosti a ulehčuje vyřešit krizové situace, a proto ji lze řadit do psychické aktivizace (Havlík, 2008).

Obstojná komunikace se seniory znázorňuje prostředek k uspokojení potřeb klienta. Pokud nastalo první shledání s daným seniorem, je nezbytně nutné představení sestry a ostatního personálu (Ptáček, Bartůněk et al., 2011).

Většina seniorů požaduje a udává jako nezbytnost, aby se sestra o ně samotné zajímala a věnovala svůj čas jejich osobě. Přejí si pozornost sestry, ale také požadují ze strany sester naslouchání jejich příběhům a potřebám. Za některých okolností stárnoucí člověk nežádá opravování a napomínání, ale pouze vyslechnutí a pochopení. Pro seniora je čas trávený komunikací se sestrou velmi přínosný a potěšující, mají pocit, že někomu na nich záleží a že mu nejsou lhostejní (Kleветová, 2017). Dle Venglářové (2007), vhodně zvolená komunikace klienta a sestry je podstatou vztahu mezi tím, kdo ošetrovatelskou péči přijímá a poskytuje.

S výjimkou sester se na aktivizaci stárnoucí osoby účastní i společnost a členové rodiny. Jedinec komunikuje se sebou samým, přáteli, spoluobyteli, vrstevníky, sousedy, životními partnery, rodinou, sociálním a ošetrovatelským personálem. Pro co nejefektivnější komunikaci je nezbytný rozhovor se sebou samým. Vnitřní dialog podporuje sebejistotu a sebedůvěru. Oboustranná komunikace je celkem běžná a napomáhá k udržení smyslu života i v pokročilém věku. Dovoluje člověku poskytovat a přenechávat své zážitky, dodává mu radost a potěšení. Lingvisté podotýkají k nenahraditelné verbální komunikaci také komunikaci neverbální (Havlík, 2008).

Za pomoci ústního projevu a k výměně slov využíváme verbální komunikaci. Ta může být ovlivněna faktory, jako je věk seniora, jeho výchova, vzdělání, prostředí a daná situace. Nezbytné je, aby verbální komunikace byla krátká, jasná, jednoduchá a uskutečňována ve vhodný čas (Krišková, 2010a).

Slovně jedinec popíše své problémy, potřeby a nálady. Pokud dojde k situaci, kdy není možno využít verbální komunikaci, je nezbytné, aby se sestra soustředila na komunikaci neverbální. Sestra svou přítomností, dotykem a očním kontaktem navozuje klientovi pocit bezpečí a příjemné prostředí. Do neverbálního projevu spadá seniorova mimika, držení těla, gesta, jeho vzhled a úprava (Hauke, 2014).

Vhodná dispozice pro efektivní komunikaci je otevřený dialog, snaha o pochopení seniora, vyslechnutí, ochota a vytrvalost. V sociálních a zdravotnických zařízeních se využívá komunikace k motivaci a opoře fyzických i psychických aktivit. Nejvýznamnější role v této komunikaci patří samotnému seniorovi, jeho potřebám a pocitům. Aktivizace a s ní i komunikace se odehrávají skupinově či individuálně. Vzhledem k ošetrovatelské péči lze díky komunikaci ze strany sestry prohloubit vědomosti a informace seniora ohledně sociální i zdravotní anamnézy, ale také napomáhá určit totožnost jejich potřeb (Havlík, 2008).

Směr dialogu se seniorem má své zvláštnosti, je nutné neporušovat konkrétní pravidla, aby nedošlo k nepochopení a k neefektivní komunikaci. Sestra je povinna odebrat podrobnou ošetrovatelskou anamnézu a na jejím základě vybrat náležitou techniku ke komunikaci (Krišková, 2010b). Sestra by měla mít citlivý postoj, s klientem sympatizovat, být pozorná, aktivně spolupracovat, oceňovat a motivovat ho, ztvárňovat pocit jistoty a bezpečí a navozovat přátelské prostředí (Havlík, 2008).

Krišková (2010a) zmiňuje, že ani jeden z komunikujících se během rozhovoru nesmí nadřazovat. Během komunikace je nutno brát ohled na stáří, zohledňovat překážky při rozhovoru, jako je omezená paměť, soustředěnost a smyslová porucha. Pokud je senior méně či plně neslyšící, je na místě využití gestikulace, mimiky, dostatečné artikulace a udržení přímého očního kontaktu. Má-li zhoršený zrak, je nevyhnutelné sdělovat informace zřetelně, srozumitelně a souvisle.

Podstatná je zpětná vazba, ověření, zda senior rozuměl informačnímu toku od sestry. Ochotná a zběhlá sestra za pomoci empatie dokáže pochopit i zastřeně vyjádřené požadavky a problémy klienta (Venglářová, 2007).

V závěru kapitoly je důležité zmínit, že ani vyšší věk neznamená vymizení touhy po vzdělání. Senioři s potěšením využívají ke komunikaci cizí jazyk. Do aktivizace lze zahrnout i zúčastnění se počítačových, akademických kurzů nebo univerzity třetího věku (Havlík, 2008).

1.4.1 Využití některých prvků terapeutické komunikace

Pojem terapeutická komunikace není v českém ošetrovatelství příliš známý. Pravděpodobně to lze odůvodnit tím, že v českých poměrech je pojem terapie propojen s lékařstvím. Ve vztahu terapie s komunikací se důvěrně pojí s psychoterapií (Trešlová, 2017). Honzák (2015) také zmiňuje propojení s psychoterapií a udává její kladnou spojitost ve vztahu sestry a seniora. Její zásluhou se senior cítí nezávislejší a silnější. V českém prostředí je pracovní činnost ošetrujícího personálu označována pod pojmem péče. Anglicky mluvící země využívají termín nursing a care (Berman, Snyder, 2012). Vymezení pojmu terapeutická komunikace se věnuje Rossiter (2006). Odkrývá význam slova terapeutický, který popisuje jako napomáhající a podporující zdraví, zároveň poukazuje na možnost vnímání definice zdraví dle WHO jako pocit rovnováhy a pohody. Dále pak Jones et al. (2012) popisuje zmíněnou komunikaci jako interaktivní proces, který je zaměřen na klienta (seniora). Tento proces obsahuje neverbální

a verbální chování klienta. Terapeutická komunikace ve zdravotní a ošetrovatelské péči je vyhrazena pro podporu seniora (klienta), aby měl dostatečné informace o svém onemocnění či svých potížích a dokázal je zvládat sám nebo s ošetrujícím personálem, ve kterém má oporu (Trešlová, 2017).

Dříve než začneme využívat terapeutickou komunikaci, je nutné, aby komunikaci předcházela terapeutický vztah mezi sestrou a seniorem (Honzák, 2015). Šiffelová (2010) charakterizuje terapeutický vztah jako způsobilost sestry při kontaktu se seniory, ale i se svou osobou. Evans (2007) dále popisuje terapeutický vztah jako vztah profesionální. Popisuje subjektivitu ošetrujícího personálu (sestry) jako velice zásadní, poněvadž aktivizace v terapeutickém vztahu přispívá k soběstačnosti a nezávislosti klienta. Terapeutická komunikace není povinně využívána pouze psychiatry, psychology, psychoterapeuty nebo lékaři. Měla by být využívána každým nelékařským profesionálním personálem, zejména ošetrující sestrou. Sestra během terapeutické komunikace se seniorem uskutečňuje naplnění ošetrovatelského procesu (Honzák, 2015). Zásadní roli v terapeutické komunikaci hraje klient (senior) a s ním i jeho potřeby a zkušenosti. S využitím terapeutické komunikace sestra podníká seniora k reakci (odpovědi), která je následně prospěšná pro jeho zdraví. Efekt této komunikace je ve zdokonalení dovedností pro zlepšení stavu a pohody seniora (Kimmel, 2007). Honzák (2015) uvádí, že za pomoci terapeutické komunikace sestra dokáže vést a provádět seniora nelehkými úkoly, proto je podstatné, aby sestra disponovala ochotou a podporou. Rosenberg a Gallo-Silver (2011) dále uvádějí, že díky této komunikaci vzniká vzájemný a důvěrný vztah sestry a seniora (klienta). Zásluhou vztahu mezi sestrou a seniorem je posílena odpovědnost seniora a sestra dosahuje větší spolupráce ze strany klienta.

Za pomoci terapeutické komunikace sestra porozumí potížím, obavám a počínání seniora. Následně je schopna omezovat jeho emoční neklid, upevňovat sebeuznání a napomáhá k sebepoznání, avšak je nezbytné zdržet se rozhodování za seniora (Honzák, 2015). Při aktivizaci je ze strany sestry nevyhnutelné podporovat, motivovat a povzbuzovat seniora a během hovoru využívat možnosti otevřených otázek. Zmíněné činnosti (intervence) sestry během terapeutické komunikace pobízejí seniora k verbálním a emočním vyjádřením, které vedou k uvolnění a svěření seniorových pocitů (Richardson et al., 2015). Během terapeutické komunikace sestra poskytuje ošetrovatelskou péči, nabízí podporu, seniora podněcuje a motivuje. Na straně sestry je snaha o poznání a porozumění seniora, aby mohlo dojít ke kompletnímu zkvalitnění

schopností (Dart, 2011). Po samotném zhodnocení seniora, sestra navrhne a provede terapeutický dialog. Je nezbytné, aby sestra během poskytování holistické péče měla povědomí o svých kladných hodnotách nebo aby si uvědomovala svoji osobu (Brownie et al., 2016).

1.5 Motivace jako součást aktivizace seniora

V pojetí dle Hartla (1993, s. 48) je motivace definována v Psychologickém slovníku jako „*pohnutí k jednání. Je to intrapsychický proces zvýšení nebo poklesu aktivity, mobilizace sil, energetizace organismu. Projevuje se napětím, neklidem nebo činnostmi směřující k porušení rovnováhy. V zaměření motivace se uplatňuje osobnost jedince, jeho hierarchie hodnot i dosavadní zkušenosti, schopnosti a naučené dovednosti*“.

Novější popis motivace byl uveden Hartlem a Hartlovou (2010) o 17 let později. „*Vnitřní řídicí sílu odpovědnou za zahájení, usměrňování, udržování a energetizaci zacíleného chování. Motivační síla vzniká působením vnější i vnitřní stimulace a její kognitivní interpretace. Stimulace mohou být fyziologické (hlad, žízeň, sebezáchova) nebo psychologické (touha uspět, potřeba někam patřit)*“.

Citovaná definice z roku 2010 oproti prvotní definici poukazuje na východisko motivace z vnějších a vnitřních podnětů. Upozorňuje na vnitřní (potřeby člověka) a vnější motivaci (potrestání, odměna).

Motivaci lze dělit na tři stěžejní části, a to tužba nabýt svého cíle, kde hraje významnou roli pocit spolehnutí na jinou osobu. Druhou částí je důvěra v sebe a ve vlastní schopnosti a dovednosti; a poslední je obrázek seniora o změnách, kterých dosáhl (Klevelandová, 2017).

Klevelandová (2017) dále zmiňuje, že motivace je naším pomocníkem pro uspokojování pracovních, biologických a sociálních potřeb. Chování člověka je motivací výrazně ovlivněno. Autorka navíc podotýká, že motivace podporuje zdokonalování soběstačnosti a individualitu. Sestra by měla být podporovatelem a připomínat seniorům, že jsou schopni zvládnout leckteré překážky. V rámci motivace je významná již výše zmíněná komunikace. Nutné je s jedincem vyššího věku hovořit, připravovat a plánovat aktivity společně. Kolektivně rozhodovat o činnostech, které by chtěl vykonávat a účastnit se jich a následně ho motivovat k vybraným činnostem, zkvalitňovat jeho soběstačnost a potenciál.

Senioři mají zájem se nadále vzdělávat a seberealizovat. Ve spojitosti s motivováním seniora k dalšímu vzdělávání mají jedinci zájem docházet na univerzity třetího věku. Petřková se v roce 1998 věnovala této problematice a dosáhla skrze výzkumné šetření s názvem „Můj návrat do role studenta“ k dále uvedeným výsledkům. Výzkumu se zúčastnilo 56 studentů, převážně ženského pohlaví, a vyplynuly z něho nejčastější motivy, které jedince motivují k dalšímu vzdělávání a docházení na univerzitu. Bylo zjištěno, že mezi nejčastější motivy patří potřeba doplnění a rozšíření vědomostí, potřeba aktivity, smyslu života, potřeba sociálního kontaktu s okolím a potřeba kontroly nad životem (Zormanová, 2017).

1.6 Koncept smyslové aktivizace

Cílem smyslové aktivizace je pomoci klientům staršího věku rozpohybovat, zachovat vlastní, sociální a věčné kompetence. Smyslová aktivizace má v ošetrovatelské péči o seniora své místo. Aktivizace smyslová jde ruku v ruce s celkovou aktivizací v průběhu poskytování ošetrovatelské péče, neboť ošetrující personál nevědomě a nezáměrně využívá některých prvků smyslové aktivizace.

Tvůrcem konceptu smyslové aktivizace je Lore Wehner (*1964, Rakousko). Jak již bylo uvedeno, koncept aktivizace je vyvozen z pojmu aktivovat, což znamená přivodit k funkci a pohybu. Z obsahu předešlého řádku je srozumitelné, že smyslová aktivizace přivádí do pohybu sluch, čich, zrak, hmat a chuť, tedy všechny smyslové orgány (Wehner, Schwinghammer, 2017).

Hana Vojtová (2014) jako první aplikovala myšlenku představeného konceptu v českých podmínkách, a to v Domově seniorů Mistra Křišťana v Prachaticích, kde působí jako ředitelka. S konceptem se setkala v Domově pro seniory sv. Barbory v Rakousku, kde následně spolupracovala s autorkou Lore Wehner. Poté se uskutečnilo zaškolení pracovníků a zavedení do samotné praxe. Rok 2011 byl pro Domov seniorů v Prachaticích příznivý v získání certifikátu supervidovaného pracoviště Bazální stimulace. Od roku 2010 je Vojtová majitelkou certifikátu lektorky smyslové aktivizace a v roce 2011 vznikl Institut vzdělávání smyslové aktivizace. Jeho smyslem je vzdělávat ošetrovatelský personál v rozsahu Konceptu smyslové aktivizace.

Z důvodu stárnutí jedince dochází k vytrácení se smyslů, avšak nedochází k úbytku všech smyslů najednou. Eventuální vytracení jednoho ze smyslů může mimo jiné směřovat ke zlepšení dalšího ze smyslů. Z tohoto důvodu je nutné vhodně zaměřit

smyslovou aktivizaci. Ta nepoukazuje na nedostatek, ale funguje opačně, a to tak, že upozorní na možnosti, jak lépe prožít život (Vojtová, 2014).

Seniorům se díky smyslové aktivizaci otvírá možnost, jak použít, poznat a zachytit použitelné zdroje obnovy. Smyslová aktivizace jedincům přináší zformování kognitivní, motorické, verbální a souhrnné aktivity (Wehner, Schwinghammer, 2017).

Primární dispozice je pomoci jedinci využívat veškeré jeho smysly ke kvalitnějšímu, aktivnějšímu a samostatnému životu. Zajištění důstojného, rozumného a aktivního stáří a zprostředkování zvyklostí, které seniora uspokojují, je samozřejmostí pro jeho spokojený a radostný život (Vojtová, 2014).

Je dobré nahlížet na člověka jako na celek, nezapomínat na duševní, tělesnou ani sociální a transcendentální stránku, které jsou vzájemně propojené. Pokud by došlo k porušení jedné části, nastane problém i u druhé z nich. Pro zjištění, zda je prostředí v instituci pro klienta optimální a příjemné, je podstatné vědět, kde jedinec vyrůstal a žil. Neméně důležité je znát, co klienta baví a zajímá dnes i v předešlé době. Dotazy jsou směřovány na veškerá životní období, zejména biografii jedince (Šamánková, 2011).

Smyslová aktivizace je oporou, není tedy brána za terapii, která by léčila. Významné je zachovat vlastní kompetence seniora. Do vlastních kompetencí spadá sebehodnocení, sebevědomí, sebeláska, sebedůvěr a především samostatnost jedince. Samotná aktivizace je poté zaměřena na orientaci místem a časem, nácvik pozornosti a paměti, podpoření vytrvalosti a koncentrace. Akcent je kladen na harmonii a uspokojení seniora a jeho dojem vlastního rozhodování. Klient je podněcován ke komunikaci, důvěřování mezi dalšími klienty a ošetřujícím personálem. Personál díky smyslové aktivizaci udržuje co možná nejdéle klienta samostatného, aby ovládal základní potřeby jako stravování, osobní hygienu, ale také manipulaci s předměty ve svém okolí. V uspokojování těchto potřeb dochází k propojení smyslové aktivizace a aktivizace při poskytování ošetrovatelské péče, tím posilujeme jemnou motoriku a sjednocujeme předměty a koncepty (Vojtová, 2014). Při samotné aktivizaci je podstatné vycházet z již zmiňované teorie potřeb A. H. Maslowa.

Smyslová aktivizace je založena na čtyřech pilířích, které jsou nepostradatelné k zdařilému styku s ostatními lidmi. Mezi čtyři pilíře patří komunikace, podpora, dotek a pozornost. Podpora emocionální je chápána jako zájem a empatie k seniorům. Dotekem se vyznačuje nabídnutí ruky či pozdrav. Prosté nabídnutí ruky poukazuje na náš zájem o druhého člověka. Tento dotyk vyjadřuje uznání a respekt. Použití verbální

komunikace také poukazuje na zájem o druhou osobu. Konverzace počíná oslovením a pokračuje předáním informací a vyprávěním. Projev a samotná slova mohou seniora potěšit, ale naopak i ranit. Nezávisí na počtu řečených slov, ale na stylu a obsahu podání. Oční kontakt a naslouchání druhých lidí spadá do pilíře pozornosti. Při pohledu do očí seniora lze vidět bolest, strach, obavy, rozněžnění, nadšení a blaženost (Vojtová, 2014).

Doteky jsou součástí kontaktu sestry a seniora při aktivizaci v ošetrovatelské péči, boří bariéry mezi sestrou a seniorem, ale také vzbuzují pocit bezpečí a jistoty. Při klientově nesoběstačnosti a zvýšené míře potřeby dopomoci během denních činností je fyzický kontakt využíván u ošetrovatelských výkonů, během projevů přítomnosti a pochopení, ale také při motivaci a upokojení seniora. Samotný dotek lze vnímat pozitivně, ale také negativně. Pozitivní znázornění doteku je při libovolném přátelském kontaktu, jako je obemknutí, pohlazení nebo držení za ruku. Senior vnímá tento kontakt pozitivně a navíc dochází k vytváření pozitivního klima pro oboustrannou konverzaci (Gleeson, Higgins, 2009).

Naopak negativní znázornění doteku není v profesi sestry akceptovatelný. Do těchto doteků řadíme odstrčení, vláčení, štípání a jiné doteky, které klientovi působí nepříjemný prožitek či bolest. Navzdory tomu, že má dotyk v ošetrovatelské péči a aktivizaci seniora nezastupitelné místo, je mu věnována nepatrná pozornost (Venglářová, 2011).

Green (2013) zdůrazňuje zařadit do učebních plánů důležitost antropologických teoretických znalostí a význam doteků v ošetrovatelské interakci.

Vojtová (2014) ve své publikaci dále uvádí, že není nutné k využití smyslové aktivizace pořizovat nákladné předměty. Lze použít vlastní předměty v okolí seniora, jako jsou fotografie, šperky, přírodní materiály a ostatní běžné předměty. Každá věc může v klientovi vyvolat vzpomínky a zážitky. Aktivizace může být využívána ve skupině nebo individuálně. Individuální smyslová aktivizace je synonymem pro běžnou ošetrovatelskou péči, jako je doprovázení, dopomoc při stolování a stravování, ale také oblékání a osobní hygieně. Neméně důležitá je stálá komunikace s klientem, která lze také využít v ošetrovatelské aktivizaci.

1.7 Montessori pro seniory

Tato kapitola má s aktivizací v ošetrovatelské péči o seniora mnoho společného. Na místě je rozhodně pojem „nepřepečovávat“. Je nutné nechávat seniory do poslední chvíle dělat vše, na co sami stačí. Od stravování, přes hygienickou péči či uklízení po sobě samém. Důležité je nedělat ze seniorů více nemohoucí, než jsou, a naopak pomoci, aby to, co chtějí, dokázali sami. I přesto, že samostatné vykonávání potřeb klientem je pro sestru či jiný ošetrující personál časově náročné, přestane-li sestra respektovat klientův uchovaný potenciál, záhy vymizí.

Italská lékařka a pedagožka Maria Montessori (1870-1952) zhotovila systém antiautoritativní výchovy. Po úspěšném zakončení studia v italském Římě započala své zaměstnání péčí o duševně retardované děti (Vališová, Kasíková, 2011).

Roku 1907 se zasloužila o zřízení domova pro děti - „Casa di bambini“ v Římě. Tento domov byl vymezen dětem ze sociálně slabších rodin. Maria Montessori pracovala jako ředitelka v léčebně-pedagogickém institutu a dále působila jako docentka pro vzdělávání pedagogů. Rokem 1913 započala přednášení a prezentování své knihy s názvem *Výchova k samostatnosti v raném dětském věku* (Wehner, Schwinghammer, 2017).

Wehner a Schwinghammer (2017) dále udávají, že Maria Montessori rozděluje pedagogiku na 7 okruhů, a to na cvičení a činnosti všedního dne, kde má svoji roli mimo klienta i sestra, dále oblast smyslovou, náboženskou výchovu, řeč, kosmickou výchovu a hudbu a matematiku. Tyto oblasti se mohou odrazit ve vzdělání a výchově starších jedinců.

Na nového klienta v sociálním zařízení, jako je domov pro seniory, čeká mnoho nového a nepoznaného. Mění se jeho dosavadní denní režim společně se stravováním, přichystáním pokrmů, osobní hygienou atd. Všechny a mnohem více zmíněných činností převážně přechází do rukou ošetrujícího personálu. Důsledkem toho je postupné snížení soběstačnosti a nezávislosti a po čase i ztráta sebejistoty klienta. Senior vytrácí také motivaci a snahu, v některých případech již senior nemá pro co žít (Vojtová, 2014).

Oblast cvičení a činností jde dále podrobněji rozebrat. Do *činností o svoji vlastní osobu* spadá stravování a osobní hygiena. Nezbytná je snaha o zachování samostatnosti seniora během konzumace jídla, přípravě a sklizení potřebných pomůcek ke všedním činnostem, sestra je přítomna a nápomocna. *Úkoly související se sociálními vztahy* v sobě ukrývají chování klienta k ostatním obyvatelům sociálního zařízení, které by

mělo být tolerantní a vstřícné. Ošetřující personál socializuje klienty s ostatními obyvateli instituce ve společenských místnostech a veřejných prostorech. S oblastí souvisí i *činnosti spojené s péčí o okolí*, kde má personál velké úsilí o zapojení klienta do drobných pracovních úkonů, jako např. zalít květiny v zařízení či péče o menšího domácího mazlíčka, který se již nyní vyskytuje ve většině institucí. Pro posílení koordinace pohybů, hybnosti a dovedností jsou zde začleněna *pohybová cvičení*. V rámci aktivizace v ošetrovatelské péči sestra vykonává s klientem pohybová a kondiční cvičení (Wehner, Schwinghammer, 2017).

V domovech pro seniory lze během aktivizačních činností úsilím podněcovat a povzbuzovat také smysly. Smysly lidského těla plynule vytvářejí čerstvé vjemy a dojmy. Pokud nejsou lidské smysly u seniora dostatečně podněcovány, zanikají a ochabují, je nezbytné mít na paměti soustavný trénink smyslů. Za pomoci smyslové aktivizace opět podnítit nevypočitatelné množství zážitků, prožitků a citů, které jsou uschovány v mozku (Wehner, Schwinghammer, 2017).

Nástroje a pomůcky k využití smyslové aktivizace lze pořídit v obchodech, ale, mimo jiné, jsou všude kolem nás. Jsou to všelijaké věci klientů, ke kterým mají blízký vztah, a pro zaměstnance, tudíž ošetřující personál, jsou významnou pomůckou (Vojtová, 2014).

Cíl, ke kterému se chceme dopracovat za pomoci předmětů v našem okolí, je koncentrace, neústupnost, zlepšení sluchu a zraku, vnímání chuti, zaujetí, motivace, socializace (Wehner, Schwinghammer, 2017).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit podíl sester na aktivizaci seniora při poskytování ošetrovatelské péče v domovech pro seniory.

Cíl 2 Zjistit, jaké činnosti v rámci aktivizace v ošetrovatelské péči očekávají rodinní příslušníci seniorů od ošetrojícího personálu.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké činnosti jsou využívány ošetrojícím personálem v rámci aktivizace při poskytování ošetrovatelské péče?
2. Jak aktivizační činnosti přispívají k soběstačnosti klientů v domovech pro seniory?
3. Jaké aktivizační činnosti jsou z pohledu rodinných příslušníků očekávány od sester?

2.3 Operacionalizace pojmů

Aktivizace

Aktivizaci lze uchopit, jako děj, kde je jedinec podněcován k patřičnému jednání a chování. Za pomoci aktivizace zlepšujeme a posilujeme konání seniora. V psychologickém odvětví hovoříme také o aktivizaci smyslové. Z aktivizace vychází konkrétní činnost, a to je aktivita, která napomáhá k uspokojování potřeb člověka (Hartl, Hartlová, 2010).

Senior, stáří

Jedinci, který dovršil věku 60-65 let, je stanoven statut senior (Hartl, Hartlová, 2010). Děj, při kterém nastává úpadek produktivity a schopností, ale také přeměna organismu, označujeme jako stárnutí. Lidský život je dovršen etapou stáří (Hartl, Hartlová, 2010). Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je věk 60-74 let - počínající stáří a stárnutí, 75-89 let – vlastní stáří, 90 a více let nazýváme dlouhověkost (WHO, 2017).

Ošetrovatelská péče

ICN definuje ošetrovatelkou péči jako nezávislou a společnou péči poskytující jednotlivci nebo skupině všech věkových kategorií, různých národností a kulturních vyznání. Ošetrovatelské péče zahrnuje nejen péči o nemocné, ale také prevenci nemoci a podporu zdraví.

Komunikace

Komunikaci lze definovat dle Andršové (2012, str. 42) coby *dynamický a kontinuální proces, kdy sestra a pacient nejen sdílejí a interpretují určité informace, ale také budují a rozvíjejí vzájemný vztah.*

3 Metodika

3.1 Použité metody

Diplomová práce byla zpracována na základě odborné literatury. S ohledem na cíle práce byl pro výzkumnou část diplomové práce zvolen kvalitativní přístup. Výzkumnou metodou byl zvolen polostrukturovaný rozhovor se sestrami a rodinnými příslušníky klientů domovů pro seniory a zúčastněné pozorování. Metoda polostrukturovaného rozhovoru byla zvolena kvůli dosažení ucelených informací o problematice aktivizace seniora. Byl využit polostrukturovaný rozhovor, který lze popsat jako nestandardizované dotazování za pomoci otevřených otázek kladené jedním tazatelem (Švaříček, Šedová, et al., 2014). Zúčastněné pozorování je charakterizované jako zainteresování výzkumníka do společného prostoru (instituce) s ostatními zkoumanými jednotlivci (Miovský, 2006). Hendl (2008), ale také Miovský (2006) udávají a současně se shodují, že metoda rozhovoru a pozorování náleží k nejběžnějším metodám sběru dat. Pozorování probíhalo za souhlasu vedoucích sester zařízení.

Před samotným zahájením rozhovoru a pozorování byli dotazovaní a pozorovaní obeznámeni s tématem diplomové práce a s možným využitím výsledků výzkumu. Za pomoci zvukového záznamu byly rozhovory nahrávány a doslovně přepsány do Microsoft Word, dále vytištěny, analyzovány a následně metodou papír tužka zakódovány dle nadřazených pojmů do kategorií a podkategorií (Švaříček, Šedová, et al., 2014). Dle jednotlivých kategorií a podkategorií byla vytvořena příslušná schémata. Seznam příslušných kódů k podkategoriím je možno dohledat v příloze č. 4 a č. 5. Kód je zapsán způsobem př. RP1/5 nebo S3/14, což znamená, že první dotazovaný rodinný příslušník odpověděl na 5. řádce o určené podkategorii nebo sestra 3 odpověděla na řádce 14. Všechny instituce, dotazovaní i pozorovaní byli informováni o úplné anonymitě, která byla vždy dodržena. Schválení s výzkumnými šetřeními není součástí diplomové práce, z důvodu zachování anonymity, ale je možnost nahlédnutí u autorky práce.

Dle stanovených cílů diplomové práce byla předběžně vytvořena osnova otázek pro rozhovor se sestrami i rodinnými příslušníky. Při rozhovoru s personálem (sestrami) byly nejprve kladeny identifikační otázky, které souvisí s věkem, délkou praxe a dosaženém vzdělání. U rozhovorů s rodinnými příslušníky klientů domovů pro seniory byly kladeny identifikační otázky obsahující pohlaví, věk a příbuzenský vztah. Každý rozhovor byl očíslován a rozdělen do kategorií, na které je dále odkazováno v textu

práce př. RP1 (rodinný příslušník 1) a S1 (sestra 1). Mezi hlavní cíl výzkumného šetření bylo zařazení se jednotlivými jevy a zaměření se na jejich odhalování v oblasti aktivizace v poskytování ošetrovatelské péče.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumné šetření bylo realizováno v náhodně vybraných domovech pro seniory v některých krajích České republiky, a to v období leden-duben 2018. Konkrétně probíhalo výzkumné šetření v kraji Jihočeském, Středočeském, Západočeském a v kraji Vysočina. Na počátku výzkumného šetření byly požádány hlavní sestry náhodně vybraných domovů pro seniory ve zmíněných krajích České republiky prostřednictvím emailové komunikace.

Realizované výzkumné šetření bylo provedeno s dvěma výzkumnými vzorky. Jeden z výzkumných vzorků tvořilo 15 sester, pouze ženského pohlaví, pracujících v domovech pro seniory. Druhý výzkumný soubor byl tvořen 15 rodinnými příslušníky klientů z domovů pro seniory, z toho vzorek tvořilo 12 žen a 3 muži.

Dříve než začalo konkrétní výzkumné šetření, byla uskutečněna pilotní studie, díky níž jsme nabyli mínění o srozumitelnosti kladených otázek. Dotazované sestry se lišily dosaženým vzděláním, délkou praxe a věkem. Rodinní příslušníci se diferencovali pohlavím, věkem a příbuzenským vztahem se seniorem.

4 Výsledky

Tabulka 1 – Identifikace sester pracujících v domovech pro seniory

Dotazovaná	Označení dotazované	Praxe	Vzdělání	Věk
Sestra 1	S1	1,5 roku	VŠ	25 let
Sestra 2	S2	0,5 roku	VŠ	24 let
Sestra 3	S3	2 roky	SŠ	21 let
Sestra 4	S4	3 roky	SŠ	34 let
Sestra 5	S5	4 roky	SŠ	24 let
Sestra 6	S6	0,5 roku	SŠ	20 let
Sestra 7	S7	15 let	SŠ	40 let
Sestra 8	S8	1 rok	VŠ	24 let
Sestra 9	S9	4 roky	VŠ	25 let
Sestra 10	S10	6 let	VOŠ	29 let
Sestra 11	S11	22 let	SŠ	22 let
Sestra 12	S12	8 let	VOŠ	33 let
Sestra 13	S13	5 let	VOŠ	27 let
Sestra 14	S14	37 let	SŠ	56 let
Sestra 15	S15	1 rok	SŠ	19 let

Zdroj: vlastní výzkum

Označení písmenem S je značena sestra pracující v domově pro seniory. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 15 sester. V identifikační tabulce je zaznamenáno vzdělání sester, praxe a věk. Dosažené vzdělání se u dotazovaných lišilo nejen v dané instituci, ale také ve srovnání s domovy pro seniory ve zmíněných krajích. Většina dotazovaných sester pracuje na hlavní pracovní poměr, ale rozhovor proběhl i se sestrami s dohodou o pracovní činnosti, dohodou o provedení práce i se zkráceným úvazkem. Z dotazovaných sester mají 4 vysokoškolské vzdělání, 3 sestry vystudovaly vyšší odbornou školu a zbylých 8 sester vystudovalo střední školu s maturitou. Dotazované sestry jsou věku od 19 let do 56 let, jejich průměrný věk je 28 let a průměrná praxe je 7,4 roku.

Tabulka 2 – Identifikace rodinných příslušníků seniorů

Dotazovaný	Označení dotazovaného	Pohlaví	Věk	Příbuzenský vztah
Rodinný příslušník 1	RP1	žena	50 let	vnučka
Rodinný příslušník 2	RP2	muž	52 let	vnuček
Rodinný příslušník 3	RP3	žena	24 let	pravnučka
Rodinný příslušník 4	RP4	žena	21 let	vnučka
Rodinný příslušník 5	RP5	muž	29 let	vnuček
Rodinný příslušník 6	RP6	žena	33 let	pravnučka
Rodinný příslušník 7	RP7	žena	67 let	dcera
Rodinný příslušník 8	RP8	muž	71 let	syn
Rodinný příslušník 9	RP9	žena	27 let	pravnučka
Rodinný příslušník 10	RP10	žena	29 let	vnučka
Rodinný příslušník 11	RP11	žena	25 let	vnučka
Rodinný příslušník 12	RP12	žena	39 let	vnučka
Rodinný příslušník 13	RP13	žena	41 let	vnučka
Rodinný příslušník 14	RP14	žena	24 let	vnučka
Rodinný příslušník 15	RP15	žena	35 let	vnučka

Zdroj: vlastní výzkum

Dotazovaný rodinný příslušník je značen písmeny RP. Také v tomto souboru bylo dotazováno 15 rodinných příslušníků různého příbuzenského vztahu s klientem domova pro seniory. Mezi dotazovanými bylo 12 žen a 3 muži. Příbuzní klientů byli ve věku od 21 let do 71 let. Nejčastější příbuzenský vztah dotazovaných byla vnučka.

4.1 Seznam kategorií a podkategorií

Kategorie 1 Aktivizace seniorů z pohledu rodinných příslušníků

Kategorie 2 Aktivizace seniorů z pohledu sester

Kategorie 3 Pozorování sester

Kategorie 1 Aktivizace seniorů z pohledu rodinných příslušníků

Kategorie číslo 1 jsme nazvali **aktivizace seniorů z pohledu rodinných příslušníků** a je rozdělena do 4 podkategorií, které jsou: pojem aktivizace, účast rodiny na aktivizaci, očekávání od sester a přínos-důležitost. Tato kategorie se reflektuje názory a představy rodinných příslušníků seniorů o pojmu aktivizace, o přínosu a důležitosti aktivizačních činností v poskytování ošetrovatelské péče pro seniory, ale také jaké mají rodinní příslušníci očekávání od sester a jejich samotné zapojení do aktivizačních činností. V každé podkategorii bylo zakódováno nejčastější vyjádření rodinných příslušníků k dané problematice.

Pojem aktivizace

V podkategorii pojem aktivizace, kde na otázku, co si rodinní příslušníci představí pod pojmem aktivizace ve spojení s poskytováním ošetrovatelské péče o seniora, měla většina dotazovaných shodnou představu. Jedna z nejčastějších odpovědí byla soběstačnost a udržení aktivity jejich člena rodiny. RP3 odpověděla: „*aktivizovat ve smyslu nějak nebudit*“. Také RP6 měla shodnou odpověď: „*že babička bude alespoň trochu aktivní a soběstačná*“. Také RP10 uvedla: „*to že ty sestry, ten ošetřující personál nabádá tyhle babičky a dědečky k tomu, aby byli aktivní*“. Velice jasně se vyjádřila i RP14: „*Představím si, jak sestřičky pomáhají dědovi k soběstačnosti*“. Další odpověď: „*aby za ni mnoho věcí nemusel dělat ten zdravotnický personál, ale aby to ona byla alespoň z části schopná vykonávat sama*“ (RP15). Někteří dotazovaní si pod pojmem aktivizace představují nácvik hrubé motoriky. Již první dotazovaná RP1 uvádí: „*Představím si různé ruční práce na hmat a motoriku*“, podobnou odezvu měla i RP6: „*aby pracovala jako ty ruční práce*“. RP7 a RP11 uvedli, že si představí, jak jejich příbuzní docházejí na zájmové kroužky. Společné pletení a luštění křížovek uvedla RP12. Mezi časté odezvy byla zmíněna také mobilizace (cvičení, chůze, polohování). RP1, RP2 a RP11 konkrétně zmínili pojem cvičení se seniorem. Další popsali aktivizaci jako procházení se sestry se seniorem (RP4, RP11), pouze RP13 uvedla procházení se rehabilitačního pracovníka se seniorem. U ležícího klienta odpověděl jeho příbuzný, že si v rámci aktivizace a mobilizace představí polohování příslušníka rodiny (RP8). Méně častá představa o aktivizaci v ošetrovatelské péči směřovala k dopomoci při hygieně a denních činnostech (RP2, RP5, RP7).

Účast rodiny

Účast a podílení se rodiny v aktivizaci jejich rodinného příslušníka v zařízení obsahuje další podkategorie. RP5 a RP7 uvedli, že z důvodu pracovní vytíženosti a vzdáleného místa bydliště, nenavštěvují své příbuzné v zařízení pravidelně, proto je jejich podíl na aktivizaci omezený. Oproti tomu RP12 uvedla: *„Možnost mám, ale nedělám to. Myslím, že je to věc personálu“*. RP13 odpověděla na možnost zapojení se do aktivizace: *„Bohužel se nezapojuji, nevím jak. Nikdo mi o tom neřekl žádné informace“*. Ostatní dotazovaní RP1, RP2, RP3, RP4, RP6, RP8, RP9, RP10, RP11, RP14 a RP15 se zapojují a aktivně účastní při aktivizaci příbuzného. Nejvíce činní jsou příbuzní v mobilizaci seniorů. Popisují, že chodí se seniory na procházky, cvičí a pomáhají při polohování (RP1, RP3, RP4, RP7, RP8, RP9, RP10, RP11, RP14 a RP15). K zapojení do aktivizace se RP3 vyjádřila: *„vypůjčíme si kolečkové křeslo, a pokud je možnost, tak jdeme ven na zahradu a nebo na Velikonoce jsme si dědečka vzali domů, aby byl s námi na svátky“*, také RP7 uvedla že: *„chodíme do kantýny na kávu a dort, na zahradu a nebo se nahlásíme a opustíme domov a jdeme do města“*, jinak tomu není ani u RP15: *„Chodíme s babičkou do parku. Také chodíme ke kadeřnici nebo na manikúru, kam ji doprovázím“*. Druhá nejčastější odpověď na otázku jak se rodina zapojuje, byla dopomoc při hygienické péči. RP2 uvedl, že svému prarodiči dopomáhá při holení a doprovází ho do sprchy. Obdobná odpověď zazněla i z úst RP6, která zmínila: *„Pomohu jí s vykoupáním a s pedikúrou“*. Péči o nehty a vlasy poznamenala také RP7, RP10 a RP14. Někteří z dotazovaných podotkli také hrubou motoriku. *„Cvičíme hrubou motoriku pomocí omalovánek“* uvedla RP1, dále uvedla RP4: *„mohu s babičkou chodit na vyrábění“* a RP11 dodala: *„různé výtvarné a tvořivé činnosti děláme“*. Následně byla zmíněna komunikace se seniory (RP5, RP8) a trénink paměti (RP3, RP14).

Očekávání od sester

Předposlední podkategorií tvoří očekávání rodinných příslušníků od aktivizace poskytované sestrou jejím příbuzným. V této podkategorii se odpovědi dotazovaných mírně lišily. Nejčastější odpovědi rodinných příslušníků jsou uvedeny ve schématu 1. Dotazovaní opakovaně odpovídali, že od sester očekávají dopomoc klientům při běžných denních činnostech (RP9, RP10, RP12, RP13 a RP14). K tomuto tvrzení lze doložit výpověď RP14: *„Že ho sestry budou učit samostatnosti, budou mu nějakým způsobem dělat zábavu a pomohou mu při běžných denních úkonech a činnostech“*. *„Jakoukoliv pomoc bude babička od nich potřebovat“* uvedla RP9. K této otázce

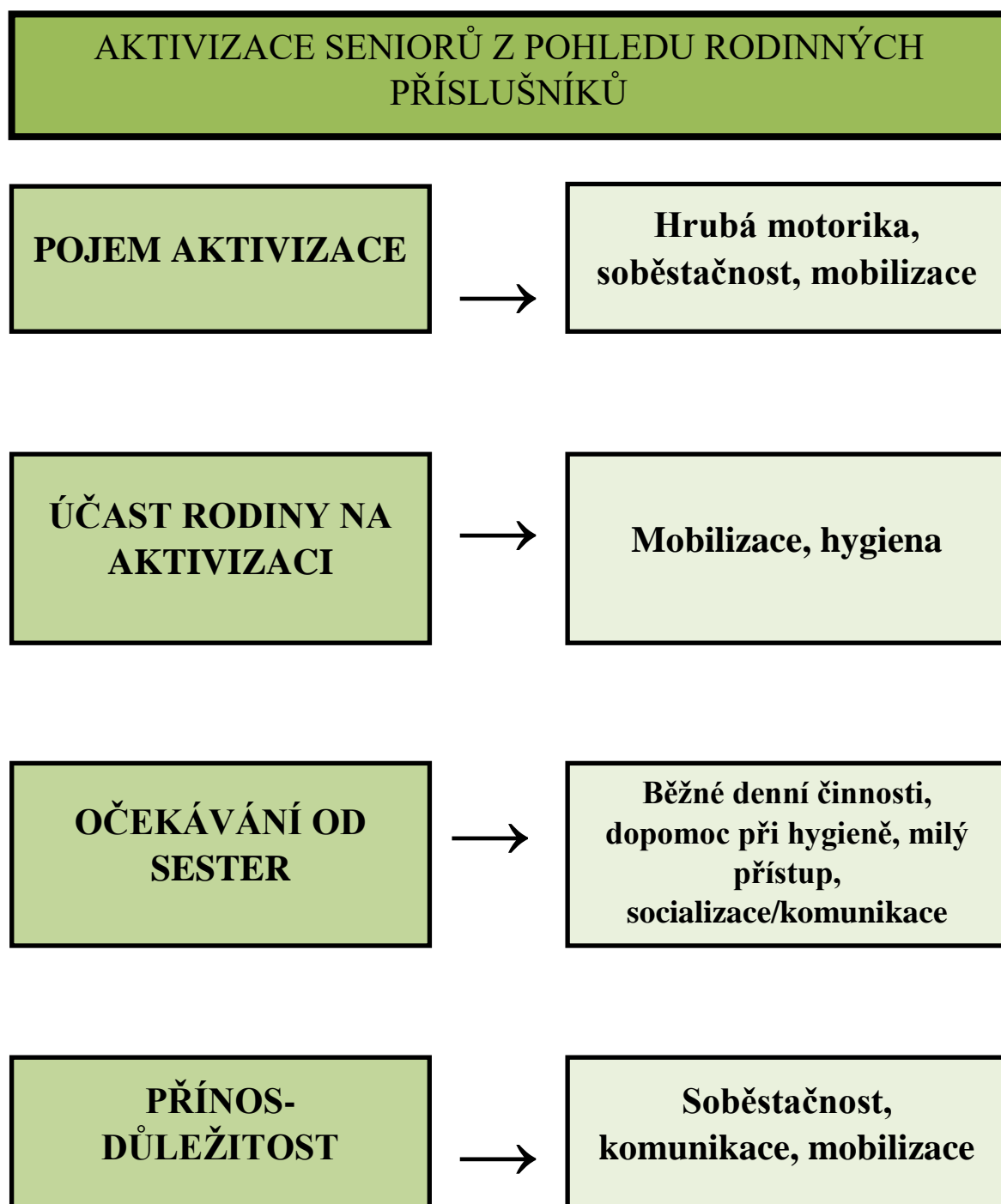
dotazovaní dále zmiňovali, že očekávají dopomoc při hygieně a oblékání jejich příbuzných (RP2, RP6, RP8, RP13 a RP15). Uvedeme pár příkladů pro toto tvrzení. „*Očekávám, aby se o ni starala po stránce hygienické, aby ji s hygienou pomáhala*“ (RP15), „*ráno ji pomohou s hygienou*“ (RP13), „*Určitě bych chtěla, aby babičce pomohly třeba se vším všudy, jako třeba s oblékáním*“ (RP6). Jedním z mnohokrát zmiňovaných očekávání od sester byl jejich přístup. Rodina klientů očekává milý, ochotný a usměvavý personál (RP1, RP7, RP8 a RP13). RP7 popisuje své očekávání ze strany sester: „*očekávám, že budou stále tak ochotné a usměvavé jako jsou doposud*“, podobná odpověď zazněla i od RP13: „*tak především, že budou usměvavé a vstřícné*“. Společně s milým přístupem žádá rodina také odbornost sester. Toto tvrzení nejlépe vystihuje RP1: „*po profesní stránce bych uvítala poskytování péče vysokoškolsky vzdělanou sestrou, prostě odbornost personálu*“, také odpověď RP2 souhlasí s předešlou odpovědí RP1 a udává: „*očekávám odbornou stránku*“. Ze všech dotazovaných v rámci očekávání od sester, uvedli RP3, RP6, RP8 a RP15 komunikaci a socializace klienta. „*Byla bych ráda, aby s ním někdo komunikoval. Důležité je, aby si měl s kým povídat, aby se tu necítil sám*“ (RP3), dále RP15 odpovídá: „*aby ji brala ven mezi lidi, kde přijde do kontaktu s ostatními seniory z domova*“. V nevelkém počtu shodných odpovědí zaznělo očekávání dopomoci při stravě (RP2, RP6 a RP8), rozvíjení a udržení paměti (RP2) a více času na klienta z pohledu sestry (RP2, RP4).

Přínos-důležitost

Další a poslední podkategorie (viz schéma 1) je nazvána jako přínos-důležitost aktivizace v poskytování ošetrovatelské péče seniorům. Dotazovaní rodinní příslušníci odpovídali, v čem vidí přínos a jak vnímají důležitost aktivizace svých příslušníků v instituci. Kromě RP7, RP8 a RP12 odpověděli všichni jednohlasně. Rodinní příslušníci očekávají a přikládají důležitost aktivizaci, jako co nejdelší udržení a zachování soběstačnosti a samostatnosti seniora. RP1 popsala přínos takto: „*babička důstojně stárne, je samostatnější, dopřává se jí vše, co potřebuje pro normální život*“, RP2 také potvrzuje důležitost aktivizace: „*aktivizace je hodně důležitá, pro všechny staříky z důvodu jejich soběstačnosti a udržení relativního zdraví*“. V čem vidí přínos aktivizace, odlišně se nevyjádřila ani RP6: „*V té soběstačnosti. Moje babička je stále plná života. Je stále aktivní i ve vysokém věku. Sestry ji motivují*“. Další z dotazovaných se vyjádřila k aktivizaci následovně: „*Já jsem celkem spokojená. Vidím, že je i babička*

zde šťastná. Vše zvládá sama nebo s minimální dopomocí. Chce se stále učit novým věcem, chce poznávat“. RP15 ve své odpovědi mimo samostatnosti babičky doplnila ještě její socializaci. Komunikaci sestry s klientem nebo komunikaci mezi klienty a jejich socializaci pokládá za důležité více než polovina dotazovaných (RP2, RP6, RP7, RP8, RP11, RP12 a RP15). RP2 reagoval: *„Dobrá je pro něj i socializace, komunikace a kontakt s ostatními klienty domova“*, podobného tvrzení je také RP8: *„také vím, že když si s ním sestřičky vtipně povídají, tak se neustále směje“*. Důležitost socializace a přátelských vztahů mezi klienty v instituci zdůraznila také RP7: *„Tak maminka je zde spokojená. Je tu v dobrém kolektivu sester, takže má vždy jejich dopomoc. Také tu má kamarádky, se kterými si rozumí a není tu sama“*.

Schéma 1 Aktivizace seniorů z pohledu rodinných příslušníků



Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie 2 Aktivizace seniorů z pohledu sester

Kategorie číslo 2 jsme nazvali **aktivizace seniorů z pohledu sester**. Kategorie poukazuje, jaká je představa sester o samotném pojmu aktivizace, v čem vidí přínos a důležitost aktivizace v poskytování ošetrovatelské péče seniorům, jak motivují seniora a jaký vliv na aktivizaci má a může mít ostatní personál a rodinní příslušníci. Totožně jako u schématu 1 byly do každé podkategorie zakódovány nejčastější odpovědi dotazovaných sester.

Pojem aktivizace

V kategorii aktivizace seniorů z pohledu sester (Schéma 2) bylo vytvořeno 6 podkategorií. Podkategorie pojem aktivizace, stejně jako u předešlého schématu (viz schéma 1) zahrnuje představy sester o daném pojmu. Sestry odpověděly shodně (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S10, S11, S12, S13, S15). Nejčastěji udávaná odpověď byla soběstačnost seniora v instituci. S11 popsala: „*Představím si to, aby ten klient byl co nejdéle a nejvíce soběstačný*“, dále i S12 potvrdila: „*Řekla bych, že je to proces, který vede seniora k čínorodosti*“, odpověď S13 nebyla odlišná: „*Dovést seniory k soběstačnosti a samostatnosti*“. Dotazované, které měly jinou představu o pojmu aktivizace, odpověděly druhým nejčastěji používaným termínem a to běžná činnost sester (S7, S9, S14). Dotazované běžné činnosti dále rozvedly a popsaly jako hygienickou péči a pomoc během stravy. S9 popisuje: „*Aktivizaci píšeme do dokumentace. Jinak je to prováděno při hygieně, při podávání léků, vlastně pokaždé, když jdeme k pacientovi, tak se snažíme aktivizovat*“, z úst S14 zaznělo: „*Nevím přesně, ale představím si běžnou péči*“. Mezi další termín, který sestry uváděly, patří mobilizace a pohybová aktivita seniora. S8 líčí: „*Činnosti, které vlastně aktivují toho seniora k pohybu. Například mu půjdu dát infuzi a řeknu, at' se k tomu posadí, to už je také aktivizace*“, S10 dále uvádí: „*Také si představím zapojování ho do aktivit pohybových*“. Společně se soběstačností, běžnými činnostmi sestry a mobilizací, byla zmiňována také dopomoc klientům (S1, S2, S4, S5). S1 objasňuje dopomoc: „*pomoci mu minimálními úkony, aby se dokázal postarat sám o sebe a tak nějak jsme mu pouze dopomohli*“, bez rozdílu odpověděla i S4: „*Prostě aby to bylo pouze s dopomocí, abych to za ně nedělala sama*“ a S5: „*decentně mu dopomohu*“. Dvě z dotazovaných uvedly v odpovědi komunikaci. Pro pravdivost tvrzení dokládám odpověď S6: „*Aktivizuji ho i tím, že se s ním snažím komunikovat*“. Dotazovaná sestra S4 sdělila k představě o pojmu aktivizace: „*Představím si pod tím motivací, aby se seniori více zapojovali do činností*“.

Potřeba a důležitost

Druhá podkategorie nese název potřeba a důležitost aktivizačních činností v rámci poskytování ošetrovatelské péče seniorům. Na otázku jak vnímají sestry důležitost aktivizace a v jakých okolnostech shledávají aktivizaci, jako potřebnou se kromě jedné dotazované jednohlasně shodly na zachování soběstačnosti klienta. S1 uvedla: *„Přikládám jí docela velký význam, protože kdybychom ty lidi neaktivizovali, tak z nich můžou být za chvíli ležící, absolutně neschopní nějakého pohybu a hrozně pasivní“*, dále důležitost aktivizace popsala i S2: *„Určitě při udržení, zachování nebo pokusu navrácení soběstačnosti“*. Další odpovědi, které potvrzují předešlé tvrzení, uvedla také S5: *„udržuje klienta co nejdéle aktivního a lze říct i samostatného či soběstačného“*, S6: *„je důležitá v rámci udržení samostatnosti a zachování lidské důstojnosti“* a S10: *„vnímám ji jako důležitou v rámci soběstačnosti a péči o jeho duši“*. Následující opakovaně zmiňovanou odpovědí je denní činnost. Například S11 popisuje, kde je aktivizace potřebná: *„Ve všech okolnostech, aby klient zvládnul různé hygienické návyky, různé úkony denních činností“*, obdobná odpověď zazněla také od S13: *„ve všech činnostech, které jsou potřeba k životu“*. Sestry S1, S2, S7 a S11 poznamenaly ve svých odpovědích důležitost komunikace sestry s klientem, například S11 uvedla: *„také je důležitá socializace a komunikace, kontakt s okolím a s rodinou“*. Během rozhovorů zazněly i odpovědi jako potřeba aktivizace v hygieně (S1, S7, S11), v edukaci rodinných příslušníků, kdy S1 udala: *„nutné je aktivizovat také rodinu klienta, aby přišla sem na návštěvu a bavila se s ním“*, důležitost mobilizace seniorů (S2, S4 a S7, která uvedla: *„Aktivizace je potřebná, aby měli v nějakém rámci třeba rehabilitaci“*) a S12 dodala: *„je potřebná na rozvoj smyslů jako smyslová aktivizace, rozvinutí paměti a pohybového aparátu“*.

Zkvalitnění

Sestry jednomyslně reagovaly i v odpovědích, co je dle jejich názoru možné udělat pro zlepšení aktivizace při poskytování ošetrovatelské péče, kdy z jejich odpovědí vznikla podkategorie s názvem zkvalitnění. Všechny sestry, kromě S5 a S8, jednohlasně odpověděly, že pro zkvalitnění aktivizace v ošetrovatelské péči je potřeba více času na samotné seniory. Pro pravdivost tohoto tvrzení dokládám odpovědi některých z dotazovaných. S1: *„asi by se aktivizace zlepšila, kdybychom měli na ty klienty více času“*, S4: *„určitě by to chtělo mít více času na klienta a nasedět pouze u*

papírů“, S9: „*více času a více péče“* a S10: „*více času, více lásky klientům“*. Sestry společně s odpovědí potřeby více času, ve velké míře uváděly také potřebu navýšení personálu. Hovořily o nedostatku personálu, který má velký vliv na nedostatek věnovaného času seniorům. S3 uvedla: „*Asi víc zaměstnanců, aby na tu aktivizaci byl větší čas, více času na trávení s klientem“*; také S5 byla podobného tvrzení: „*Bylo by dobré navýšit počet personálu, aby aktivizace v poskytování ošetrovatelské péče nebyla pouze o rehabilitaci a hygieně, ale také o komunikaci“*, jako poslední uvedeme odpověď S12: „*více času a odborného personálu pro seniory“*. Sestry S5, S6 a S8 mimo důležitost navýšení personálu zmínily také důležitost včlenění a zkvalitnění komunikace sestry se seniorem. Konkrétně S8 odpověděla: „*Byla bych ráda, kdyby se personál více věnoval klientům. Nemyslím ani tak po odborné stránce, ale po té lidské, především komunikace, milé slovo a pohazení“*. Ze všech dotazovaných pouze S15 na otázku co je možné udělat pro zlepšení aktivizace odpověděla: „*asi mě nic nenapadá, myslím, že je to v pořádku“*.

Ostatní personál

Sestry reagovaly v odpovědích, jaký má podíl ostatní personál na aktivizaci seniora a jaké je spolupráce s ostatním personálem. Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S11, S12, S13, S14 a S15 uvedly, že jejich spolupráce je nejčastěji s ošetrovatelkami a sanitárkami. Kromě S3, S9 a S10 jsou sestry se vzájemnou spoluprací spokojené. Popisují zkušenosti se spoluprací jako kladnou a bez problémů. S10 ke své odpovědi ještě dodává: „*sestry jsou tu v podstatě nadřízené ošetrovatelkám/sanitárkám“*. S12 na adresu sanitárek uvedla: „*sanitárky jsou samostatné, a pokud je potřeba, plní mnou zadané úkoly“*. Další personál a lidé, které sestry zmínily, a kteří se podílí na aktivizaci, jsou lékaři, fyzioterapeuti, sociální pracovníci, ale také kadeřnice a pedikérka a dobrovolníci (S1, S2, S4, S5). Konkrétně S2 shrnula ve své odpovědi všechny zmiňované: „*dochází sem také dobrovolníci, sociální pracovníci, lékaři, kadeřnice a pedikérka“*. Dotazovaná S11 ve své výpovědi uvedla také důležitost rodiny na podílení se při aktivizaci. Konkrétně sdělila: „*ale samozřejmě zde musí být i vstup rodinných příslušníků, to je pro klienta velmi důležité“*. Opačný názor, a to názor o špatné zkušenosti s ostatním personálem, zmínily S3 a S10, kdy popisují své pocity: „*za mě celkem špatná zkušenost, protože tu ošetrovatelskou péči dělají čím dál tím méně kvalifikovaní pracovníci, kteří nechápou důležitost aktivizace“*, „*Bohužel je problém s ošetrovatelkami, myslím, že jsou nedostatečně*

proškolené. Kurz, na který dochází, není dostatečný, a to má vliv na péči o klienta“. S9 dále zmiňuje nevelký, ba dokonce žádný zájem o klientovu aktivizaci. Přesně popisuje: *„bohužel velká část personálu neaktivizuje“.*

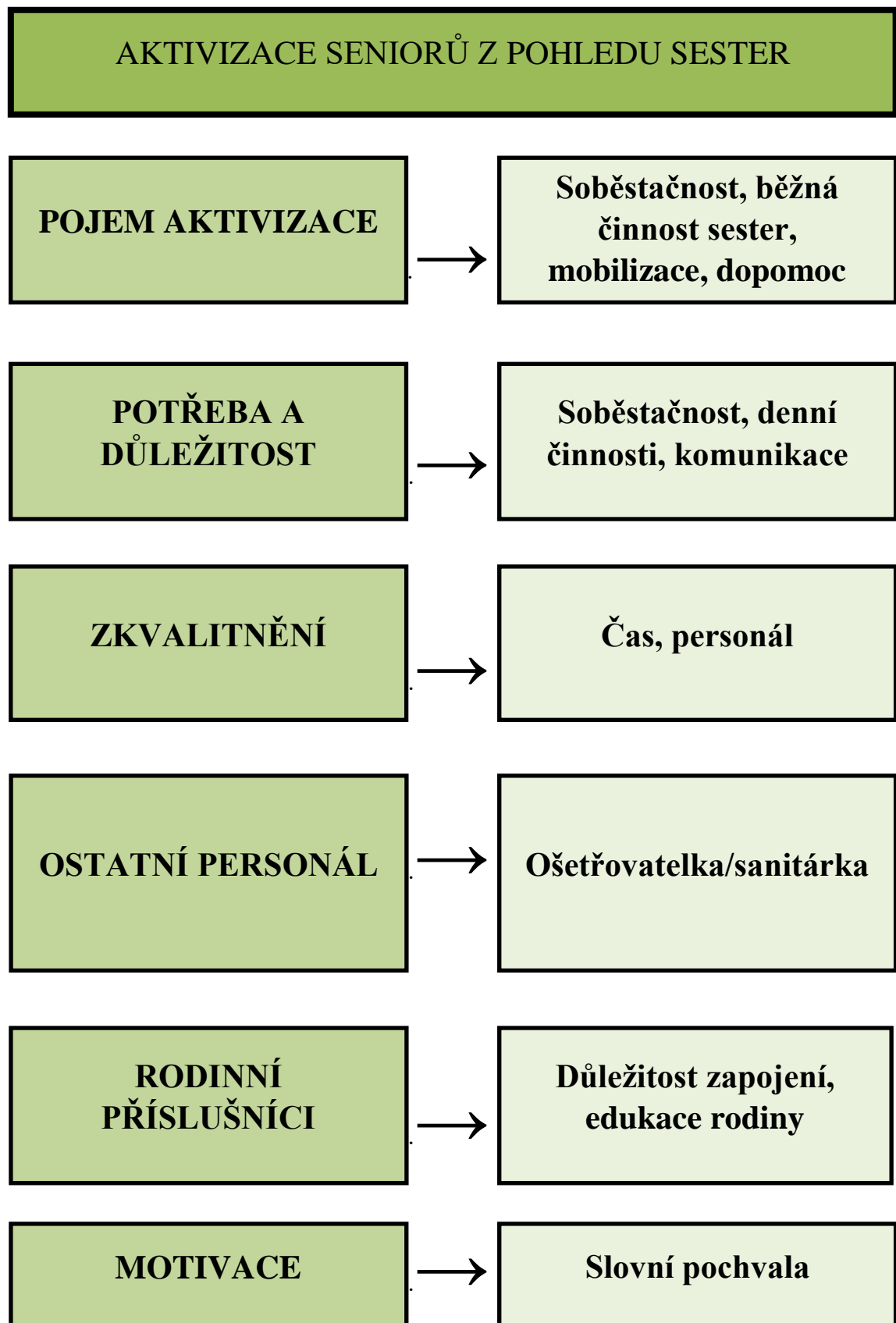
Rodinní příslušníci

Z odpovědí názorů sester na zapojení rodinných příslušníků do aktivizace v ošetrovatelské péči a jak rodinu do aktivizace ony samy zapojují, jsme vytvořili podkategorii s názvem rodinní příslušníci. Každá z dotazovaných sester měla stejné mínění o důležitosti zapojení rodiny do aktivizace v péči o seniora. Zároveň dodaly, že rodinu o aktivizaci v ošetrovatelské péči edukují ústně. Doporučují členům rodiny, jak o svého příbuzného pečovat, jak ho mobilizovat a socializovat. Sestry rodině připomínají také významnost návštěv. Například S2 zmínila: *„Ano, komunikace a jejich návštěvy jsou velice důležité, ale jakákoliv péče od nich utužuje vztah mezi rodinou a klientem a klient přeci jen cítí k rodině lásku“.* S4 na otázku zapojení rodiny odpověděla: *„Tak rodina je v aktivizaci a péči samozřejmě důležitá nejen pouze psychicky, ale prostě i po té tělesné stránce. Musí se prostě do té péče o seniora rozhodně zapojit. Není to pouze jen na sestřích a na lékařích, kteří se o toho pacienta starají. Rozhodně by se měla rodina o seniora lépe starat. Nejen ho odložit do nějakého domova a nechat ho tam napospas, jako to bohužel často bývá“.* Další z dotazovaných sester S6 má se spoluprací s rodinou dobré zkušenosti: *„většinou se setkávám s lidmi, kteří se o své příbuzné krásně starají“*, oproti tomu sestra S7 se setkala i s negativním postojem: *„mám i špatnou zkušenost s jedním mužem, který neprojevuje ochotu a ani snahu se starat o svého otce“*, obdobnou zkušenost má i S9: *„zapojení rodiny je velice důležité, ale bohužel většina rodin klientů se nezapojuje, má zkušenost je tedy negativní“.*

Motivace

Další podkategorie nese název motivace, která představuje motivaci seniorů k aktivitě v ošetrovatelské péči. Celý výzkumný vzorek sester opět jednohlasně odpověděl, že své klienty motivují k aktivizaci slovní pochvalou a podporou. Jedna z dotazovaných S2 uvedla: *„Říkám, ať zaberou, že jsou šikovní a půjde to, když se chce. Vždy je pochválím, i když daný úkol či úkon neprovedli“*, S9 dále zmínila, že motivuje: *„vlídným slovem, úsměvem“.*

Schéma 2 Aktivizace seniorů z pohledu sester



Zdroj: Vlastní výzkum

Kategorie 3 Pozorování sester

U zúčastněného pozorování v domovech pro seniory v České republice bylo během aktivizace seniora v ošetrovatelské péči pozorováno 15 sester. První část pozorování byla zaměřena na činnosti sestry, které jsou seniorovi poskytovány v rámci aktivizace.

Tabulka 3 poukazuje na činnosti sester, které vykonávaly v průběhu aktivizace seniorů. Pozorování probíhalo na odděleních (stanicích) jednotlivých domovů pro seniory v některých krajích České republiky. Sestry byly pozorovány během denní služby. Tabulka znázorňuje, které činnosti sestry u svých klientů během dne a v rámci aktivizace vykonávají. K absolutní shodě došlo při plnění ordinací lékaře. Při této činnosti sestry se seniory komunikují a mobilizují je. Pozorování potvrdilo činnost aktivizace ze strany sester také při hygienické péči a stravování seniora.

Tabulka 3 Činnosti sester v rámci aktivizace

Činnosti sester	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15
hygiena	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X
strava		X		X		X	X		X	X			X	X	X
komunikace	X	X	X	X		X	X	X	X			X		X	X
mobilizace		X		X	X	X	X	X				X			X
smyslová aktivizace	X	X					X			X					X
trénink paměti												X			
ordinace lékaře	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Zdroj: vlastní výzkum

Tato tabulka (č. 4) znázorňuje koordinační roli sestry v domovech pro seniory. U všech pozorovaných sester došlo k totožnosti. V domovech pro seniory mají sestry vůči ošetřovatelkám a sanitárkám nadřazenou roli. I přesto, že jsou sestry nadřizené pomocného personálu, je ve většině případů dobrá a přátelská spolupráce. Během samotné aktivizace sestry ani ošetřovatelky nezaznamenávají časové provedení aktivizace.

Tabulka 4 koordinační role sestry v instituci

Role sester	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15
koordinační role sestry	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Zdroj: vlastní výzkum

První část tabulky (č. 5) zachycuje počet sester při denní směně (12 hod). Ve většině domovů pro seniory slouží během dne 2 sestry, kde po 8 hodinách (ranní směna) odchází jedna ze sester domů. Na oddělení poté zůstává pouze sestra denní směny (uvedeno v závorkách). V průběhu pozorování bylo zjištěno, že během noční služby slouží v instituci pouze jedna sestra na dvouposchodové oddělení (38 klientů).

Oproti předešlé horní části tabulky zachycuje dolní část tabulky počet ošetřovatelek/sanitárek na oddělení během denní služby (v závorkách uveden počet ošetřovatelek/sanitárek po 14:00 hodině). Pozorování upozornilo na skutečnost vyššího počtu pomocného personálu (ošetřovatelky/sanitárky) oproti odbornému zdravotnickému personálu.

Jako návrh pro další šetření jsme získali myšlenku následného zhodnocení aktivizace v ošetřovatelské péči o klienty v domovech pro seniory ze strany sester a z hlediska časového pojetí.

Tabulka 5 Počet sester a ošetřovatelek/sanitárek (denní směna, 12 hod)

Personál	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15
počet sester	2x (1)	2x (1)	2x	3x (2)	2x	2x (1)	2x (1)	2x	2x	2x (1)	2x	2x (1)	2x (1)	2x (1)	2x
počet ošetřovatelek	2x (1)	3x (1)	2x	3x (2)	2x	2x (1)	2x (1)	2x	3x	2x (1)	3x	2x (1)	2x (1)	2x (1)	2x

Zdroj: vlastní výzkum

5 Diskuse

Předkládaná diplomová práce byla zaměřena na problematiku aktivizace v ošetrovatelské péči o seniory v domovech pro seniory. Konkrétními stanovenými cíli pro zpracování práce bylo zjistit podíl sester na aktivizaci seniorů při poskytování ošetrovatelské péče v domovech pro seniory a zjistit, jaké činnosti v rámci aktivizace v ošetrovatelské péči očekávají rodinní příslušníci seniorů od ošetrovajícího personálu. Pro dosažení uvedených cílů bylo vybráno kvalitativní výzkumné šetření formou polostrukturovaného rozhovoru, kde měli dotazovaní možnost vyslovit svůj názor, a doplněno zúčastněným pozorováním v domovech pro seniory. Bylo osloveno celkem 15 sester pracujících v domovech pro seniory a 15 rodinných příslušníků seniorů. Výzkumné šetření bylo zrealizováno v domovech pro seniory v kraji Jihočeském, Středočeském, Západočeském a v kraji Vysočina.

Na počátku samotného výzkumného šetření s rodinnými příslušníky klientů a ošetrovajícími sestrami jsme se orientovali na získání informací vztahujících se k osobě dotazovaných. U rodinných příslušníků se údaje týkaly pohlaví, věku a příbuzenského vztahu se seniorem. Z dotazovaných rodinných příslušníků tvořilo 12 dotazovaných žen a 3 muži. Příbuzní seniorů byli ve věkovém rozmezí 21-71 let. Nejčastější příbuzenský vztah byla vnučka (8). U sester se údaje vztahovaly k nejvyššímu dosaženému vzdělání, věku a délce praxe. Souhrnná délka praxe sester pracujících v domovech pro seniory dosahuje 7,4 roku a jejich průměrný věk činil 28 let.

Na základě stanovených cílů, jsme vymezili tři výzkumné otázky. Otázky zněly: *Jaké činnosti jsou využívány ošetrovávajícím personálem v rámci aktivizace při poskytování ošetrovatelské péče? Jak aktivizační činnosti přispívají k soběstačnosti klientů v domovech pro seniory? Jaké aktivizační činnosti jsou z pohledu rodinných příslušníků očekávány od sester?*

Naším prvním cílem bylo zmapování podílu sestry na aktivizaci v poskytování ošetrovatelské péče o klienty v domovech pro seniory. Sestry popisovaly svůj názor typu, co si představí pod pojmem aktivizace ve spojení s ošetrovatelskou péčí o seniora a jak vnímají důležitost aktivizace svých klientů. Dotazované sestry, konkrétně S1, S2, S3, S4, S5, S6, S10, S11, S12, S13 a S15, se shodly na pojmu soběstačnost seniora. Sestra S10 vyjadřuje svůj názor představy pojmu následovně: *„Udržení soběstačnosti. Péče o klientovo „já“, aby se v domově cítil dobře jako u sebe doma“*. S tvrzením sestry S10 se shoduje také sestra S13: *„Dovést seniory k soběstačnosti a*

samostatnosti“. Sestry následně uváděly představy o udržení a zachování soběstačnosti v běžných denních aktivitách, které dosahují zapojováním klienta do péče o sebe samotného. V souvislosti s tvrzením uvedených sester (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S10, S11, S12, S13 a S15) lze upozornit, že soběstačnost klientů v zařízeních, jako jsou domovy pro seniory, je horší než po dobu klientovy existence v domácím prostředí, tak jak uvádí Holmerová et al. (2015). Oproti tomu sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13 a S15) potvrzují své povědomí o důležitosti aktivizace seniorů v rámci soběstačnosti, ale připouštějí skutečnost, že ne vždy k ní dochází. Z odpovědí sester (S2, S3, S4, S5, S6, S7, S11, S12) je zřejmé, že problém vychází z nedostatečného počtu personálu, ale také nedostatečně kvalifikovaného personálu. Sestry na tuto záležitost reagovaly impulsivně a s odpovědí nedostatečné finanční motivace pro personál. Tuto skutečnost znázorňuje citace S4: *„Pro zlepšení určitě navýšit personál. Jako všude jinde nemáme dostatek personálu. Určitě by chtělo mít více času na klienta a neseďet pouze u papírů“*, také výrok S6 potvrzuje předešlé tvrzení: *„Navýšit počet personálu. Mám na mysli sestry. Více sester znamená více času na klienta a obyčejné popovídání. Musela by být finanční motivace pro sestry“*. Tvrzení o problému v nedostatku personálu potvrdili i rodinní příslušníci (RP2, RP4) klientů v domovech pro seniory. RP2 uvedl: *„Chtěl bych, aby sestra trávila s dědou více času, budou konverzovat a smát se společně. Na druhou stranu vím, že je nedostatek sester v domově pro seniory“*, také RP4 zmínila svoji myšlenku: *„Myslím, že na to by tady měl být personál navíc. Sestřičky tu mají hodně práce“*. Tvrzení sester bylo potvrzeno během našeho pozorování, kde bylo zjištěno, že sestry slouží pouze ve dvou a v druhé polovině pracovní doby pouze je na oddělení pouze jedna sestra (viz. tabulka č. 5). Dle Šimíčkové-Čížkové (2008) je nedostatek aktivizačních činností u seniora příčinou blížícího se úpadku jeho osobnosti. S tímto tvrzením se ztotožňují i výsledky odpovědí sester našeho výzkumného šetření. Sestra S1 se vyjádřila následovně: *„Přikládám aktivizaci docela velký význam, protože kdybychom ty lidi neaktivizovali, tak z nich můžou být za chvíli ležící, absolutně neschopní nějakého pohybu a hrozně pasivní. Tou aktivizací odbouráváme tu pasivitu toho klienta, alespoň myslím“*. Následně sestry zmiňovaly činnosti jako je dopomoc při hygienické péči, stravování, komunikace, mobilizace, které jsou potřebné v aktivizaci a je zde zapotřebí aktivizaci zkvalitnit. Tvrzení sester lze podpořit i odpověďmi, které zmiňovali rodinní příslušníci. RP6 udává: *„Aktivizaci si rozhodně představuji tak, že babička bude alespoň trochu aktivní a soběstačná“*, RP15 tvrzení RP6 potvrzuje: *„Tak nějaké zapojení toho seniora, člověka,*

konkrétně mé babičky k tomu, aby byla více soběstačná. Aby za ní mnoho věcí nemusel dělat ten zdravotnický personál, ale aby to ona byla alespoň z části schopna vykonávat sama“. Oproti tomu RP1, RP6, RP7, RP11 a RP12 si pod pojmem vybaví především jemnou a hrubou motoriku. Jak dokládá tvrzení RP12: „Pod aktivizací si představím, že přijdu a chci vidět, jak u ní sedí sestřička, společně pletou, luští nebo spolu něco skládají“. Důležitost aktivizace při posílení soběstačnosti potvrzují sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S9, S10, S11, S12, S13 a S15, viz citace S13: „Shledávám aktivizaci velmi důležitou. Pokud jsou schopni se postarat ve větší míře sami, pro nás práce méně“, stručně odpověděla také S8: „Aktivizaci vnímám jako důležitou, k udržení aktivity a soběstačnosti“. Nepochybně je aktivizace potřebná nejen při posílení a zachování soběstačnosti, ale i v hygienické péči, což bylo potvrzeno výpovědí S1, S7 a S11, kdy S7 uvedla: „Při hygieně, pohybu, komunikaci i stravování“. Tento názor sdílejí i RP2, RP5, RP6, RP8, RP13 a RP15, která podotkla: „Očekávám, aby se o ni sestra starala po stránce hygienické, aby ji s hygienou pomáhala“ a RP13 dodala: „Také že s ní budou trénovat chůzi, ráno jí pomohou s hygienou a že dostane najíst“. Význam a nezbytnost aktivizace a samostatnosti v hygienické péči nezmiňují pouze sestry a rodinní příslušníci, ale také Wehner a Schwinghammer (2017). Na základě analýzy výsledků pozorování sester jsme vyhodnotili velký zájem o dopomoc seniorům během hygienické péče.

V rámci aktivizace sestry vycházejí z potřeb konkrétního klienta (S4, S6, S11, S12, S14). To vyjadřuje citace S4: „Upřednostňuji potřeby klienta“ a citace S11: „Já osobně vycházím z potřeb klienta“. Během dne sestry seniorům dopomáhají při běžných denních činnostech, jako je již zmíněná hygienická péče a oblékání (S1, S7 a S11), ale také podávání stravy (S1, S3, S5, S13), manuální dopomoc a mobilizace (S1, S4, S7). Rodinní příslušníci od ošetřujících sester požadují a očekávají především milý a vldný přístup (RP1, RP7, RP8, RP13). Toto tvrzení dokládá výrok RP1: „Hlavně milý a přirozený přístup personálu“ a RP7 potvrdila: „Očekávám, že budou stále tak ochotné a usměvavé jako doposud“. V některých domovech pro seniory, ve kterých probíhalo výzkumné šetření, upřednostňuje personál stravování klientů ve společné jídelně a to z důvodu socializace a komunikace mezi klienty, ale také z důvodu jejich mobilizace. V této souvislosti lze poukázat na SeniorCentrum Klamovka, které je zastáncem stejného způsobu stravování. V této souvislosti shledáváme za vhodné omezit tabletový/podnosový systém stravy na minimum, a to pouze u imobilních klientů. Domníváme se, že pro zvýšení kvality stravy by bylo vhodné využít možnosti okusit i

pokrmu z jiných zemí světa, tak jako v SeniorCentru Klamovka. Jak uvádí Hettnerová (2018), ve zmíněném SeniorCentru se specializují na nějakou zemi, ze které čerpají nejen recepty pro ochutnání nového pokrmu, ale o dané zemi klientům přednášejí a promítají dokumenty.

Sestry za prioritní v péči o člověka považují motivaci (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8S, 9, S10, S11, S12, S13, S14 a S15). S2 potvrzuje tvrzení citací: „*Říkám, ať zaberou, že jsou šikovní a půjde to, když se chce. Vždy je pochválím, i když daný úkol či úkon neprovedli*“ a S7: „*Chválím je všechny. Jsme tu jedna velká rodina*“. Tento fakt se shoduje s Šafránkovou a Nejedlou (2006) které popisují, že ošetrovatelské péče má za cíl příhodně motivovat klienta. Z výsledků našeho šetření dále vyplynulo, že klienti jsou v domovech motivováni slovně k lepším výkonům a k odhodlání udržet soběstačnost při mobilizaci a kognitivních funkcích, pro potvrzení výroku udáváme citaci S10: „*Motivuji slovně. Často je chválím. Myslím, že to má velký vliv na jejich odhodlání*“. Z výsledků našeho šetření dále vyplynulo, že sestry se během každého kontaktu snaží s klienty komunikovat (S1, S2, S3, S4, S6, S7, S8, S9, S12, S14 a S15), ale i přesto jsme toho názoru, že by se měla profesionální komunikaci věnovat větší pozornost. V rámci aktivizace seniora (hygienická péče, oblékání, strava, mobilizace, komunikace) ošetrujícími sestrami napomáhá ostatní personál, jako jsou sanitárky a ošetrovatelky. Z odpovědí na výzkumnou otázku, *jaký podíl na aktivizaci seniora má ostatní personál a jaká je s nimi spolupráce* se odpovědi sester lišily. Sestry S3, S9 a S10 mají s ostatním personálem negativní zkušenost. To znázorňuje citace S3: „*Za mě celkem špatná zkušenost. Protože tu ošetrovatelskou péči dělají čím dál tím méně kvalifikovaní pracovníci, kteří nechápou důležitost aktivizace*“, také S9 udala: „*Bohužel velká část personálu neaktivizuje*“. Pravděpodobně je to z důvodu nedostatečného vzdělání a zaškolení pomocného personálu, alespoň to tak udává S10: „*Bohužel je problém s ošetrovatelkami. Myslím, že jsou nedostatečně proškolené. Kurz, na který docházejí, není dostatečný a to má vliv na péči o klienta*“. Šetření ukázalo, že pro sestry a klienty v rámci aktivizace by byla příhodná vyšší vzdělanost a profesionalita pomocného personálu. Do zařízení dochází i lékaři, sociální pracovníci, kadeřnice, pedikérky, ale také dobrovolníci, kteří s klienty komunikují, vzpomínají nad starými fotografiemi nebo luští křížovky. Vzpomínání a rekapitulace prožitých vzpomínek je pro seniora velmi důležité, a to v rámci biografie. Lze využít mimo efektivní komunikace i prvky terapeutické komunikace, stejně jak uvádí Wehner (2013). Nabízí se otázka, zda je vždy nutné využívat moderní kompenzační pomůcky a dát jim přednost před lidským

dotekem sestry? Ott a Mulloney (1998) poukazují, že při lidském doteku se sestře odhalí pocity klienta. Nutno upozornit, že velký vliv na aktivizaci mají nejen sestry a pomocný personál, ale také rodina seniora. Sestry S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S13, S14 a S15 se shodují na důležitosti zapojení rodinných příslušníků do aktivizace v ošetrovatelské péči o seniora, ne vždy je však rodina ochotná se na péči podílet. Zmíněné tvrzení potvrzuje citace S9: *„Zapojení rodiny je velice důležité, ale bohužel většina rodin klientů se nezapojuje. Má zkušenost je tedy spíše negativní“*. Na základě analýzy výsledků rozhovorů s rodinnými příslušníky (RP1, RP2, RP3, RP4, RP6, RP7, RP8, RP9, RP10, RP11, RP14 a RP15) klientů domova pro seniory je zřejmé, že se rádi zapojují do aktivizace svých příbuzných, ne vždy však vědí jak postupovat. Potvrzení výpovědí rodinných příslušníků o nedostatečné informovanosti uvádí RP13: *„Bohužel ne, nevím jak. Nikdo mi o tom neřekl žádné informace“*. Pravděpodobně je to z nedostatku poskytnutí informací a edukace ze strany sester. Rodina nejčastěji aktivizuje klienta po pohybové stránce (RP1, RP3, RP4, RP7, RP8, RP9, RP10, RP11, RP14, RP15), kde RP4 potvrzuje výrokem: *„Chodíme se s babičkou hodně procházet“*, a RP11: *„Také chodíme na procházky a na nákup“*.

Výsledek aktivizace v péči o seniory ze strany sester lze hodnotit jako pozitivní. Sestry mají přehled o pojmu a obsahu aktivizace a během svých pracovních činností poskytují prvky aktivizace při poskytování ošetrovatelské péče, ale také využívají některé prvky smyslové aktivizace, jak vyjadřuje S12: *„Trénujeme řeč, pohyb i paměť. Snažím se do péče zapojit i smyslovou aktivizaci. Dávám ženám přičichnout bylinek a prohlížíme fotografie“*. Na základě analýzy výsledků, pozorování potvrzuje využívání prvků aktivizace některými pozorovanými sestrami (S1, S2, S7, S10, S15). RP2, která ve výzkumném šetření uvedla: *„Také snaha o vzdělání, luštění křížovek a prohlížení fotek. Myslím, že je děda díky tomu soběstačnější“*, tato citace potvrzuje důležitost využití některých prvků smyslové aktivizace pro udržení soběstačnosti klienta. Lze se ztotožnit s tvrzením Holczerové a Dvořáčkové (2013), že soběstačnost a odpovědnost klienta patří v geriatrii mezi podstatné intervence. Jako snad jediné negativum, které nás nutí k zamyšlení, jsme shledali možnost větší edukace, informovanosti a zapojení rodinných příslušníků do aktivizace v ošetrovatelské péči seniorů. Aby byla edukace efektivní, jak uvádí Kvapil (2011), je nutností edukátora umět posoudit emoční náladu klienta a dle stanovení upravit postup a cíle.

Pod pojmem aktivizace při poskytování ošetrovatelské péče si rodinní příslušníci (RP3, RP6, RP10, RP14 A RP15) představí stejně jako sestry (S1, S2, S3, S4, S5, S6,

S10, S11, S12, S13, S15) udržení či zlepšení soběstačnosti seniora, a tím potvrzují výrok Holczerové a Dvořáčkové (2013). Rodina často uváděla představu hrubé a jemné motoriky (RP1, RP6, RP7, RP11, RP12). Příbuzní zmiňovali ruční a výtvarné práce, docházení do společenských místností či dílen. Svoji výpovědi dosvědčila tvrzení RP11: *„Nějaké kroužky a volnočasové aktivity. Různé výtvarné a tvořivé činnosti“*. V domovech, ve kterých výzkumné šetření probíhalo, náleží tato aktivizace pracovníkům v sociálních službách nebo dobrovolníkům. Sestra se výtvarných činností účastní pouze jako doprovod a motivátor klienta, avšak toto tvrzení neznamená, že se sestra nepodílí na aktivizaci v hrubé a jemné motorice. Rozvíjení hrubé motoriky sestry provádějí při chůzi a pohybových cvičení s klientem (S2, S4, S5, S6, S7, S8, S12 a S15). Tuto skutečnost znázorňuje citace S7: *„Také s ním cvičíme, rehabilitujeme a zapojujeme ho do denních činností v domově“*. I Vyskotová a Macháčková (2013) potvrzují důležitost nácviku jemné motoriky, který je stejně nezbytný jako nácvik motoriky hrubé. Dále se dotazovaní rodinní příslušníci shodli na důležitosti a přínosu aktivizace. Aktivizaci přikládá rodina seniora významnost z důvodu již zmíněné soběstačnosti (RP1, RP2, RP3, RP4, RP5, RP6, RP9, RP10, RP11, RP13, RP14 a RP15), RP10 potvrzuje tvrzení: *„Je důležitá. Protože babička zůstane dlouho aktivní a samostatná a krátí si čas během dne“*. Dále rodinní příslušníci neopomenuli ani mobilizaci (RP1, RP2, RP4, RP8, RP10, RP11, RP13), kdy RP2 konstatoval: *„nějaké cvičení, aby se zlepšil po pohybové stránce“* a komunikaci (RP2, RP6, RP7, RP8, RP11, RP12, RP15) se seniory. Pro efektivní provádění aktivizace je nutné využít prvky terapeutické komunikace, využít zpětnou vazbu od klienta a konzultovat s ním změny v jeho péči, přesně jak uvádí Topinková (2005). Podle předchozího tvrzení se shodujeme s názory rodinných příslušníků (RP1: *„Po profesní stránce bych uvítala poskytování péče vysokoškolsky vzdělanou sestrou, prostě odbornost personálu“*, RP2 uvedl: *„Také očekávám kvalifikovaný personál, odborné sestry poskytují dobrou péči“* a RP7), že velký význam na kvalitě péče má vzdělaný odborný personál. Rodina dále očekává dopomoc při běžných denních činnostech seniora (hygiena, strava, komunikace, socializace). Dle pozorování lze potvrdit, že senioři jsou ze strany sester aktivizovány během dopomoci v hygienické péči (S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S9, S10, S11, S13, S14, S15), podávání stravy (S2, S4, S6, S7, S9, S10, S13, S14, S15), ale také v komunikaci (S1, S2, S3, S4, S6, S7, S8, S9, S12, S14, S15) a mobilizaci (S2, S4, S5, S6, S7, S8, S12, S15). Rodinní příslušníci jakožto laická veřejnost považuje jako samozřejmost lidský a milý přístup personálu (RP1, RP7, RP8, RP13). I Bezděková

(2018) poukazuje ve svém článku na lidský přístup, a to při potřebě pomoci během vylučování a následnou neochotu a pocit personálu, že senior obtěžuje. Jsme názoru, že pocit ponížení, nedocení a nedůstojnosti seniora nemá v poskytování ošetrovatelské péče své místo.

Aktivně a samovolně mobilizují rodinní příslušníci své příbuzné, a to procházkami a cvičením. Myslíme si, že je důležité, aby byl domov pro seniory otevřený veřejnosti, třeba i zmíněnou úzkou spoluprací s rodinou klienta. Rodina také aktivizuje klienta v hygienické péči a péči o klientův zevnějšek (RP2, RP6, RP7, RP10, RP14). Tuto skutečnost znázorňuje citace RP7: *„Když jsme tu na návštěvě, obarvím mamince vlasy a udělám jí nehty“*. RP7 uvedla při rozhovoru menší účast podílení se na aktivizaci, a to z důvodu vzdálenosti zařízení od místa bydliště příbuzného, potvrzuje to citace: *„Bohužel nejsem odsud, takže jezdíme s manželem za maminkou méně často. Řekla bych tak 2-3 do měsíce“*. Neúčast na aktivizaci seniora uvedla i RP12: *„Možnost mám, ale nedělám to. Myslím, že je to věc personálu v domově“*.

Mezi další aktivizační činnosti dle Hettnerové (2018) je i možnost výměnných pobytů. Seniorům, kteří mají chuť a zaujetí poznávat, jsou nabízeny pobyty v jiných domovech nejen v České republice, ale také v Rakousku. Za prospěšné shledáváme poznání nových míst a zdokonalení se v cizím jazyce.

Při pozorování bylo zjištěno, že sestry podávají medikace dle dokumentace a poskytují péči dle ošetrovatelského plánu. Pozorování dále potvrdilo výpovědi sester, že využívají aktivizačních činností v poskytování ošetrovatelské péče, konkrétně při hygienické péči a péči o zevnějšek seniora, S11 potvrzuje citací: *„Provádíme hygienu, kde chci, aby se klient spolupodílel“*. Prokázána byla aktivizace ze strany rodiny i u dopomoci při stravě a mobilizaci, tuto informaci znázorňuje citace RP8: *„Pomáhám mu s obědem a posazováním do křesla“* a RP10: *„Pomohu jí posadit a pomohu jí s jídlom“*. Menší úspěšnost a využití shledáváme u smyslové aktivizace. Z výsledků pozorování vyplývá, že smyslová aktivizace není ze stran sester často využívána, pouze sestrami S1, S2, S7, S10 a S15. Konkrétně S2 uvedla: *„Během volné chvíle prohlížíme fotky a obrázky“*, citace S7 potvrzuje zmíněné výroky: *„Můžeme s ním koukat na televizi nebo mu předčítat“*, ale také výrok S10: *„Mám ráda poslouchat jejich příběhy a prohlížet fotografie. Oni jsou nadšení, že mohou někomu sdělovat své zážitky a zkušenosti“*. Přínosné bychom viděli následné vzdělávání sester například absolvování informačního semináře smyslové aktivizace, protože, jak zmiňuje Wehner a Schwinghammer (2017), klientům smyslová aktivizace přináší zformování kognitivní,

motorické, verbální a souhrnné aktivity. Pozorování následně poukázalo na spolupráci sestry s ostatní personálem, kdy vyšla najevo vzájemná pozitivní spolupráce, kde má sestra koordinační roli. Pomocný personál (ošetřovatelky, sanitárky) sestry respektují jako své nadřízené a během svých daných povinností plní žádosti a pokyny sester. Následně jsme za pomoci pozorování zmapovali počet personálu v zařízení během denní služby. Sestry i rodinní příslušníci shledávají počet sester jako nevyhovující. Jedna ze sester po osmihodinové pracovní době odchází a zůstává na stanici pouze jedna sestra. Při rozhovorech bylo zjištěno, že v domově pro seniory v kraji Vysočina, během některých nočních služeb je přítomna pouze jedna sestra, ale jsou i situace, kdy není přítomna žádná sestra, ale pouze pomocný personál. Dle našeho názoru by k těmto situacím nemělo docházet. Na základě analýzy výsledků pozorování je na denní směně také pomocný personál, který bývá ve v některých případech ve stejném počtu, jako jsou sestry. Avšak dle pozorování jsme zhodnotili přítomnost většího počtu pomáhajícího personálu oproti odbornému.

6 Závěr

Nejen v České republice, ale i ve světě přibývá starších lidí – seniorů. Téma týkající se seniorů v sociálních zařízeních je stále aktuální a značně diskutabilní. Proto se domníváme, že problematika aktivizace seniora při poskytování ošetrovatelské péče v domovech pro seniory je aktuálním tématem vhodným ke zpracování kvalifikační práce.

V obsahu teoretické části diplomové práce jsme usilovali o komplexní shrnutí všech informací o stáří a stárnutí jedince a o významu aktivizace. Zabývali jsme se charakteristikou rolí sester, ale také komunikací a motivací seniora.

Empirická část se orientovala na odkrývání jevů v oblasti aktivizace v poskytování ošetrovatelské péče seniorům v domovech pro seniory. Cílem práce bylo zjistit podíl sester na aktivizaci seniora při poskytování ošetrovatelské péči v domovech pro seniory a jaké činnosti očekávají rodinní příslušníci seniorů od sester. Hlavním záměrem práce bylo zmapovat, zda a jaké prvky sestry efektivně uplatňují v aktivizaci při poskytování ošetrovatelské péče, co je přínosem pro klienty domovů pro seniory. Z výsledků naší práce je zřejmé, že aktivizace seniorů v soběstačnosti, hygienické péči, podávání stravy, mobilizace a komunikace ze strany sester probíhá. Základem péče o stárnoucího člověka v domovech pro seniory je problematika uspokojování jeho potřeb, z tohoto důvodu sestry při aktivizačních činnostech vycházejí z potřeb konkrétních klientů. Nezbytné sledujeme nahlížení sestry na klienta jako na lidskou bytost a pohlížení na zařízení jako na nový domov klientů. Důležité je také zachování soběstačnosti a svobodné volby seniora při rozhodování, aby nebyl nucen do činností, které on sám nechce v daný čas vykonávat.

Výsledky této práce mohou sloužit jako podklad pro rozvoj aktivizačních prvků v péči o klienty domovů pro seniory, ale také pro vystavění tzv. ideálního domova pro seniory. Z výsledků vyplynulo a my se s tím ztotožňujeme, že ideální domov pro seniory není pouze o nejmodernějším vybavení, ale o lidském přístupu sestry.

„Bud' příjemný a milý ve tváři, vlídný a zdvořilý ve způsobech, přívětivý a pravdomluvný ústy, vroucí a upřímný srdcem. Miluj a tak milován budeš.“

Jan Amos Komenský (INFOGRAM, 2011)

7 Seznam použitých zdrojů

1. ABRHAM, T., 2013. *Potřebnost zdravotnického personálu v pobytových zařízeních sociálních služeb*. Sociální služby 15 (8-9), 38. ISSN 1803-7348.
2. ANDRŠOVÁ, A., 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4119-2.
3. BÁRTLOVÁ, S. et al., 2010. *Vztah sestry – lékaře*. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-526-6.
4. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.
5. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-306-6.
6. BERMAN, A., SNYDER, S., 2012. *J. Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*. 9th ed. USA: Pearson. ISBN 978-0-13-802461-1.
7. BEZDĚKOVÁ, I., 2018. Lež a neotravuj! Děs v léčebnách seniorů. *MF DNES*. (24.2.). ISSN 1210-1168.
8. BRAND, A.L., © 2000. *Transition Issues for the Elderly and Their Families*. In www.ec-online.net. [online]. [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: <http://www.econline.net/knowledge/articles/brandttransitions.html>
9. BROWNIE, S., SCOTT, R., ROSSITER R., 2016. Therapeutic communication and relationships in chronic and complex care. *Nursing Standard* [online]. Vol. 31, iss. 6, s. 54-61. [cit. 2017-04-08]. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.7748/ns.2016.e9847>
10. BRZÁKOVÁ BEKSOVÁ, K., 2014. *Geriatrická problematika v pastorální péči*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2296-5.
11. ČELEDOVÁ, L. et al., 2016. *Úvod do gerontologie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
12. ČEVELA, R. et al., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3901-4.
13. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.
14. DART, M. A., 2011. *Motivational Interviewing in Nursing Practice*. Sudbury Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers. ISBN 0-7637-7385-9.

15. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-802-474-138-3.
16. EVANS, A. M., 2007. Transference in the nurse-patient relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. Vol. 14, iss. 2, s. 189-195 [cit. 2017-12-03]. ISSN. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01062.x>
17. FRIEDLOVÁ, K., 2015. *Bazální stimulace® pro pečující, terapeuti, logopedi a speciální pedagogi*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-904668-9-0.
18. GLEESON, M., HIGGINS, A., 2009. Touch in mental health nursing: an exploratory study of nurses' views and perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 16 (4), 382–389. DOI:10.1111/j.13652850.2009.01389.x Dostupné z : Wiley Online Library.
19. GREEN, C., 2013. Philosophic reflections on the meaning of touch in nurse-patient interactions. *Nursing Philosophy*. 14 (4), 242-253. [online]. [cit. 2017-04-03]. ISSN 1466-7681. Dostupné z: DOI: 10.1111/nup.12006.
20. HARTL, P., 1993. *Psychologický slovník*. Praha: Budka. ISBN 80-9015-49-0-5.
21. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
22. HAŠKOVCOVÁ, H., 2010. *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.
23. HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9362-7.
24. HAVLÍK, J., 2008. Komunikace jako nástroj aktivizace seniorů. *Kontakt*. 2(1), 64-68. ISSN1212-4117.
25. HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
26. HERMANOVÁ, M., PROKOP, J., ONDRÁČKOVÁ, K., 2008. *Vybrané kapitoly z péče o seniory*. Brno: NCONZO. ISBN 978-80-7013-478-8.
27. HETTNEROVÁ, M., 2018. Aktivní a plnohodnotný život v domově pro seniory? Rakouský model ukazuje, že to jde. *Florenc*. 1-2/2018. ISSN 2570-4915.
28. HOFBAUEROVÁ, L., ŠVÁBOVÁ, V., 2008. Způsoby aktivizace pacientů seniorů. *Kontakt*. 2(1), 73-74. ISSN1212-4117.

29. HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4697-5.
30. HOLMEROVÁ, I. et al., 2015. *Dlouhodobá péče, geriatrické aspekty a kvalita*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0.
31. HOLMEROVÁ, I., JURÁŠKOVÁ, B., ZIKMUNDOVÁ, K., 2007. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. vyd. Praha: EV public relations. ISBN 978-80-254-0179-8.
32. HONZÁK, R., 2015. *Svépomocná příručka sestry (Psychothriller)*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-142-1.
33. HŮSKOVÁ, J., KAŠNÁ P., 2009. *Ošetřovatelství - ošetřovatelské postupy pro zdravotnické asistenty*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4728-544.
34. ICN, © 2018. *Definition of Nursing* [online]. [cit. 2018-05-11]. Dostupné z: <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>.
35. INFOGRAM: *Portál pro podporu informační gramotnosti* [online]. Infogram: © 2011. [cit. 2018-05-11]. Dostupné z: <http://www.infogram.cz>
36. JANEČKOVÁ, H., VACKOVÁ, M., 2010. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-581-3.
37. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. ISBN 978-80-736-8110-4.
38. JIRÁK, R., 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.
39. JONES J. S., FITZPATRICK J. J., ROGERS V. L., 2012. *Psychiatric-Mental Health Nursing: An Interpersonal Approach*. New York: Springer. ISBN 978-1-8980-5969-1.
40. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4721-712.
41. KALVACH, Z. et al., 2004. *Geriatric a Gerontologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7038-3.
42. KALVACH, Z., et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2490-4.
43. KALVACH, Z., ONDERKOVÁ, A., 2006. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problému v ošetřovatelské praxi*. Praha: Galén. ISBN: 80-7262-455-5.
44. KAPOUNOVÁ, G., 2007. *Ošetřovatelství v intenzivní péči*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-6986-8.

45. KIMMEL, N., 2007. Therapeutic Communication in the Nursing Profession. In: EzineArticles [online]. June 5, 2007 [cit. 2017-10-05]. ISSN 1749-771X. Dostupné z: http://EzineArticles.com/?expert=Nancy_Kimmel
46. KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2. vyd. Grada. ISBN 978-80-271-9567-1.
47. KOSTOVÁ, T., 2007. Obhajoba práv – sestra ochránkyně práv pacientů. *Sestra* 17 (5), 12. ISSN 1210-0404.
48. KOZÁKOVÁ, Z., MÜLLER, O., 2006. *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-15526.
49. KRIŠKOVÁ, A., 2010a. *Profesionálne opatrovatel'stvo – oblasti opatrovania a aktivácia seniorov*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-329-5.
50. KRIŠKOVÁ, A., 2010b. *Profesionálne opatrovatel'stvo – úvod do teorie*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-330-1.
51. KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0179-0.
52. KULHÁNEK, J., 2016. Interview. In: *Poradny Českého rozhlasu Region. Rádio*. 20. 1. 2016. Dostupný také z: <http://prehravac.rozhlas.cz/audio/3553285>
53. KUTNOHORSKÁ, J., 2007. *Etika v ošetrovatel'ství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2069-2.
54. KVAPIL, M., 2011. Edukace není možná bez empatie. [online]. *Tribune.*, [cit.21.4.2018] Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/23239-edukace-neni-moznabez-empatie>.
55. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1284-0.
56. MAHROVÁ, G., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
57. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.
58. MASTILIÁKOVÁ, D., 2005. *Úvod do ošetrovatel'ství I. díl - Systémový přístup*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-042-80.
59. MINIBERGEROVÁ, L., DUŠEK, J., 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: NCONZO. ISBN 80-7013-436-4.

60. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
61. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
62. MOJŽÍŠOVÁ, A., 2008. *Kapitoly sociální práce v praxi*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-739-4074-4.
63. MÜHLPACHR, P., 2004. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3345-2.
64. MÜHLPACHR, P., BARGEL, M., 2011. *Senioři z pohledu sociální pedagogiky*. Brno: Brno: Institut mezioborových studií. ISBN 978-80-87182-21-5.
65. NEMÉTH, F. et al., 2009. *Geriatría a geriatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-314-1.
66. OTOVÁ, B., MIHALOVÁ, R., 2012. *Základy biologie a genetiky člověka*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2109-8.
67. OTT, M. J., MULLONEY, S., 1998. Therapeutic Touch. *Nursing Management*. 29 (6), 46-48. [online]. [cit. 2017-04-03]. ISSN 0744-6314. Dostupné z: EBSCOhost.
68. POKORNÁ, A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3271-8.
69. POLACHOVÁ, E., 2007. *Adaptace a příprava na stáří* [online]. Mladá fronta. [cit. 2018-1-28]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/adaptace-a-priprava-na-stari-305689>
70. PRŮCHA, J., VETEŠKA, J., 2014. *Andragogický slovník. 2. vydání*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-8993-4.
71. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.
72. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. et al., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7267-7.
73. RICHARDSON, C., PERCY, M., HUGHES, J., 2015. Nursing therapeutics: Teaching student nurses care, compassion and empathy. *Nurse Education Today* [online]. Vol. 35, iss. 5, s. e1-e5 [cit. 2017-11-12]. ISSN 0260-6917. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.01.016>

74. ROBINSON, L. J., SAISAN, M. S. W., WHITE, M., 2016. *Senior Housing Options*. In HelpGuide.org. [online]. [cit. 2018-04-14]. Dostupné z: <http://www.helpguide.org/articles/senior-housing/senior-housing-options.htm>
75. ROSENBERG, S., GALLO-SILVER, L., 2011. Therapeutic communication skills and student nurses in the clinical settings. *Teaching and Learning in Nursing* [online]. Vol. 6, iss. 1, s. 2-8 [cit. 2017-11-08]. ISSN 1557-3087. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.12691/education-2-7-2>
76. ROSSITER, CH. M., 2006. Defining „Therapeutic Communication“. *Journal of Communication* [online]. Vol. 25, iss.3, s. 127-130 [cit. 2018-1-2]. ISSN 1460-2466. Dostupné z DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1460-2466.1975.tb00614.x>
77. SCHULER, M., OSTER, P., 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3013-4.
78. SLEPIČKA, P. et al., 2016. *Sport a pohyb v životě seniorů*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3110-3.
79. *Slovník českých synonym a antonym*. 2. vyd. V Brně: Lingea, 2012, 592 s. ISBN 978-80-87471-40-1.
80. STAŇKOVÁ, M., 2002. *Sestra reprezentant profese*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-368-6.
81. SUCHÁ, J., JINDROVÁ, I., HÁTLOVÁ, B., 2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0335-3.
82. ŠAFRÁNKOVÁ, A., NEJDLA, M., 2006. *Interní ošetřovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1148-5.
83. ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.
84. ŠIFFELOVÁ, D., 2010. *Rogeroovská psychoterapie pro 21. století*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2938-1.
85. ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2008. *Přehled vývojové psychologie*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-802-4421-414.
86. ŠTĚPÁNKOVÁ, H., HÖSCHL, C., VIDOVIČOVÁ, L., 2015. *Gerontologie: Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2624-4.
87. ŠULISTOVÁ, R., TREŠLOVÁ, M., 2012. *Pedagogika a edukační činnost v ošetřovatelské péči – pro sestry a porodní asistentky*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-246-5.

88. ŠVARÍČEK, R., ŠEDOVÁ, K., et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
89. TOPINKOVÁ, E., 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-2365-5.
90. TRACHTOVÁ, E. et al., 2013. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 3. vyd. Brno: NCONZO. ISBN 987-80-7013-553-2.
91. TREŠLOVÁ, M., 2017. *Terapeutická komunikace v kontextu ošetrovatelství*. České Budějovice. Habilitační práce. ZSF JU.
92. VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0841-3.
93. VALIŠOVÁ, A., KASÍKOVÁ, H., 2011. *Pedagogika pro učitele: podoby vyučování a třídní management, osobnost učitele a jeho autorita, inovace ve výuce, klíčové kompetence ve vzdělávání, práce s informačními prameny, pedagogická diagnostika*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3357-9.
94. VENGLÁŘOVÁ, M., 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.
95. VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2.
96. VOJTOVÁ, H., 2014. *Smyslová aktivizace v české praxi*. Prachatice: Institut vzdělávání. ISBN 978-80-260-5804-5.
97. VYSKOTOVÁ, J., MACHÁČKOVÁ, K., 2013. *Jemná motorika-vývoj, motorická kontrola, hodnocení a testování*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4698-2.
98. VYTEJČKOVÁ, R. et al., 2011. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3419-4.
99. WEHNER, L., 2013. Herausgegeben von Lore. *Empathische trauerarbeit: vielfalt der professionellen trauerarbeit*. ISBN 978-370-9115-886.
100. WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y., 2017. *Sensorische Aktivierung: ein ganzheitliches Förderkonzept für hochbetagte und demente Menschen*. 2. vyd. Wien: Springer. ISBN 978-366-2497-999.
101. World health organisation: *Regional office for Europe*. www.euro.who.int [online]. Dánsko: WHO, 2017 [cit. 2017-10-17]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/>.
102. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4062-1.

103. ZORMANOVÁ, L., 2017. *Didaktika dospělých*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-9714-9.
104. ŽUMÁROVÁ, M., BALOGOVÁ, B., 2009. *Medzigeneračné most*. Košice: Menta Media. ISBN 978-80-893-9206-3.

8 Seznam příloh

Příloha 1	Podklad pro polostrukturované rozhovory se sestrami
Příloha 2	Podklad pro polostrukturované rozhovory s rodinnými příslušníky
Příloha 3	Pozorovací záznamový arch
Příloha 4	Seznam použitých kódů u rozhovorů se sestrami
Příloha 5	Seznam použitých kódů u rozhovorů s rodinnými příslušníky
Příloha 6	Schéma tzv. ideálního domova
Příloha 7	Přepisy rozhovorů (přiložené CD)

(zdroj vlastní)

Podklad - Otázky pro polostrukturované rozhovory se sestrami

(Aktivizace v péči o seniory)

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání v oboru:

Délka praxe:

Váš věk:

1. Co si představíte pod pojmem „aktivizace“ ve spojení s ošetrovatelskou péčí o seniory?
2. Jak vnímáte důležitost aktivizace svých klientů?
3. V jakých okolnostech je dle Vás aktivizace v ošetrovatelské péči potřebná?
4. Co je podle Vás možné udělat pro zlepšení aktivizace při poskytování ošetrovatelské péče?
5. Jaký typ činností v rámci aktivizace provádíte při ošetrovatelské péči?
6. Jaký typ aktivizačních činností v ošetrovatelské péči upřednostňujete?
7. Jaký podíl má na aktivizaci v ošetrovatelské péči ostatní personál?
8. Jaká je spolupráce s ostatním personálem v rámci aktivizace?
9. Jaký je Váš názor na zapojení rodiny (rodinných příslušníků) do aktivizace v ošetrovatelské péči?
10. Jak zapojíte rodinu (rodinné příslušníky) do ošetrovatelské péče o seniora?
11. Jaké aktivity pro prevenci imobilizace a nácvičku soběstačnosti denních činností upřednostňujete?
12. Jak motivujete seniora k aktivitě?
13. Jak respektujete potřeby seniora?

(zdroj vlastní)

Podklad - Otázky pro polostrukturované rozhovory s rodinnými příslušníky

(Aktivizace v péči o seniory)

Váš příbuzenský vztah s klientem:

Pohlaví:

Váš věk:

1. Co si představíte pod pojmem „aktivizace“ ve spojení s poskytováním ošetrovatelské péče o seniora?
2. Jak vnímáte důležitost aktivizace svých rodinných příslušníků v instituci?
3. Jaký druh pomoci (aktivizace) očekáváte od sester?
4. Máte možnost podílet se na péči (aktivizaci) Vašeho rodinného příslušníka?
5. Jak se zapojujete do péče o Vašeho rodinného příslušníka?
6. V čem vidíte přínos aktivizace?

(zdroj vlastní)

Záznamový arch pro pozorování

(Aktivizace v péči o seniory)

Sestra:

Činnosti sestry poskytující v rámci aktivizace seniora:	
Koordinační role sestry v instituci:	
Počet sester (denní směna):	
Počet ošetřovatelek (denní směna):	
Eliminuje se v instituci, kolik času věnují sestry aktivizaci v oš. péči:	

Příloha 4 Seznam použitých kódů u rozhovorů se sestrami

Kategorie aktivizace seniorů z pohledu sester (schéma 2)

Pojem aktivizace

- Soběstačnost S1/9; S2/6; S3/4; S4/5; S5/7; S6/7; S10/3; S11/3; S12/3; S13/3; S15/3
- Dopomoc S1/9; S2/8; S4/5; S5/4
- Běžná činnost sester S2/5; S6/8; S7/3; S9/4; S14/3; S15/3
- Motivace S4/3
- Komunikace S2/5; S6/8
- Mobilizace S6/7; S8/4; S10/4; S15/3
- Trénink paměti S10/4

Potřeba a důležitost

- Soběstačnost S1/14; S2/11; S3/6; S4/7; S5/11; S6/11; S7/6; S8/7; S9/6; S10/7; S11/5; S12/7; S13/5; S15/5
- Běžná činnost sester S1/16; S2/14; S3/9; S5/9; S11/5; S13/8; S14/7
- Hygiena S1/17; S7/8; S11/7
- Komunikace S1/17; S2/15; S7/8; S11/9
- Edukace rodiny S1/18
- Mobilizace S1/14; S4/9; S7/8
- Trénink paměti S12/7

Zkvalitnění

- Více času S1/22; S2/19; S3/12; S4/13; S6/16; S7/12; S9/10; S10/11; S11/12; S12/10; S13/10; S14/9
- Navštívit personál S2/18; S3/12; S4/12; S5/13; S6/16; S7/13; S11/11; S12/10;
- Více komunikace S5/14; S6/17; S8/12
- Není nutné S15/9

Ostatní personál

- Dobrovolníci S1/54; S2/33
- Ošetřovatelky/sanitárky S1/61; S2/32; S3/22; S4/22; S5/25; S6/24; S7/11; S8/20; S11/19; S12/18; S13/16; S14/15; S15/15
- Soc. pracovníci, lékaři, fyzioterapeut S2/33; S4/23; S5/26
- Kadeřnice, pedikérka S2/33
- Rodina S11/19
- Negativní zkušenost s ošetřovatelkami S3/28; S10/21
- Neaktivizace seniora S9/18

Rodina

- Důležitost zapojení S1/76; S2/34; S3/34; S4/28; S5/30; S6/33; S7/32; S8/27; S9/25; S10/27; S11/25; S12/23; S13/21; S14/20; S15/20
- Negativní zkušenost S5/36; S7/36; S9/26

Motivace

- Slovní pochvala a podpora S1/90; S2/57; S3/48; S4/40; S6/43; S7/41; S8/37; S9/35; S10/34; S11/34; S12/30; S13/29; S14/28; 15/26

Příloha 5 Seznam použitých kódů u rozhovorů s rodinnými příslušníky seniorů

Kategorie 1 aktivizace seniorů z pohledu rodinných příslušníků (schéma 1)

Pojem aktivizace

- Hrubá a jemná motorika RP1/3; RP6/4; RP7/4; RP11/5; RP12/4
- Mobilizace RP1/5; RP2/5; RP4/3; RP8/3; RP10/5; RP11/4
- Denní činnosti RP2/5; RP7/4; RP8/4; RP9/4
- Dopomoc při hygienické péči RP2/5; RP5/3; RP7/3; RP8/3
- Soběstačnost RP3/7; RP6/4; RP10/5; RP14/ ; RP15/4
- Paměť RP1/5

Účast rodiny na aktivizaci

- Mobilizace RP1/21; RP3/23; RP4/4; RP7/19; RP8/15; RP9/14; RP10/15; RP11/15; RP14/12; RP15/16
- Jemná motorika RP1/22; RP4/4; RP11/16
- Dopomoc při hygienické péči RP2/21; RP6/18; RP7/17; RP10/17; RP14/12
- Komunikace RP5/1; RP8/15
- Paměť RP3/20; RP14/13
- Časová vytíženost, vzdálené místo bydliště RP5/11; RP7/14
- Neinformovanost RP13/12
- Neúčast RP12/10

Očekávání od sester

- Milý přístup RP1/11; RP7/10; RP8/10; RP13/8
- Odbornou ošetrovatelskou péči RP1/12; RP2/11
- Dopomoc při hygieně RP2/11; RP6/11; RP8/11; RP13/10; RP15/9
- Dopomoc při stravě RP2/12; RP6/11; RP8/11
- Trénink paměti RP2/12
- Více času na klienta/ více personálu RP2/13; RP4/9
- Komunikace/socializace RP3/16; RP6/12; RP8/11; RP15/11
- Běžné denní činnosti RP9/18; RP10/11; RP12/8; RP13/10; RP14/8

Přínos/důležitost aktivizace

- Soběstačnost RP1/25; RP2/24; RP3/10; RP4/17; RP6/7; RP9/18; RP10/19; RP11/7; RP13/14; RP14/8; RP15/7
- Mobilizace RP1/26; RP8/7; RP11/19; RP13/5
- Komunikace/socializace RP2/27; RP6/7; RP7/23; RP8/7; RP11/19; RP12/13; RP15/22
- Smyslová aktivizace RP1/8; RP4/6
- Odborná ošetrovatelská péče RP1/28

Příloha 6 Schéma tzv. ideálního domova

