

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Způsoby aktivizace pacientů seniorů

Bakalářská práce

Vedoucí práce

2007

Autor práce

Bc. Veronika Švábová, R.N.

Lenka Hofbauerová

Abstract

At the present time, the average age of the population of developed countries of the world is significantly increasing, and this trend is apparent in our country too. Society is therefore seeking solutions in order to make it possible also for people of higher age to live a meaningful life, to be interested in their environs, to experience their pleasures and concerns at work and, in particular, to ensure that their health enables them to do so. That is why activation should be an integral part of every establishment where seniors are hospitalized in order to help them return to normal everyday life.

The introduction to the theoretical part deals with physical, psychical and social changes in old age. About scientific disciplines that address the issues of the ageing process and old stage. The second part of the theory focuses on the role of nursing in the care of seniors and on the role of a nurse in geriatric nursing. Furthermore, it mentions activities of seniors in society, possible methods of activation of hospitalized seniors, and it provides an in-depth analysis of the motion activation of hospitalized patients.

Quantitative research has been conducted in the form of anonymous questionnaires that were intended for nurses and patients at follow-up care departments in the hospitals of České Budějovice and Jihlava. The aim was to ascertain whether nurses are well versed in the given problems, participate in the activation of seniors, whether they co-operate with other workers in activating the seniors and whether they try to involve family members in the activation process.

100 respondents took part in the survey, 50 from each group of the questioned. Both samples responded to similar questions so that their responses could be objectively assessed. It has followed from the questionnaires evaluated that the responses of nurses and patients markedly differ in key questions and that the activation at follow-up care departments is insufficient. Three hypotheses out of four that had been made have proven true.

The results of the thesis can be utilized as an overview of possible methods of activation of seniors, which will be possible to employ especially at department for the long-term ill. I presume that the thesis will point out to the significance of the activation of seniors and emphasise possible methods thereof.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 14.5. 2007

.....

Poděkování:

Děkuji vedoucí své práce paní Bc. Veronice Švábové, R.N., za cenné rady
Mgr. Markétě Zeithámové, R.N. a za trpělivost všem svým blízkým.

Obsah

Úvod.....	3
1. Současný stav.....	4
1.1 Stárnutí a stáří.....	4
1.1.1 Teorie stárnutí.....	4
1.1.2 Projevy přirozeného stárnutí a stáří.....	5
1.2 Fyziologické změny jednotlivých systémů ve stáří.....	6
1.2.1 Biologické stárnutí.....	6
1.2.2 Psychické stárnutí.....	7
1.2.3 Sociální stárnutí.....	8
1.2.4 Reakce na stáří.....	10
1.3 Aktivita seniorů.....	11
1.3.1. Společenská aktivita starých lidí a její formy.....	11
1.4 Aktivizace seniorů.....	12
1.4.1 Úloha a role sestry v geriatrickém ošetřovatelství.....	14
1.4.2 Aktivizační sestra.....	15
1.4.3 Posuzování funkčního potenciálu seniorů.....	16
1.4.4 Způsoby aktivizace pacientů seniorů.....	18
1.5 Zdravotní pohybová charakteristika seniorů.....	21
1.5.1 Pohybová aktivizace seniorů.....	23
1.5.2 Cviky a pohybové metody pro seniory.....	24
2. Cíle práce a hypotézy.....	27
2.1 Cíle práce.....	27
2.2 Hypotézy práce.....	27
3. Metodika práce.....	28
3.1 Použitá výzkumná metoda.....	28
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku.....	29
4. Výsledky.....	30
4.1 Dotazník pro sestry (A) a dotazník pro pacienty (B).....	30

4.1.1 Dotazník pro sestry (A).....	30
4.1.2 Dotazník pro pacienty (B).....	50
5. Diskuse.....	61
6. Závěr.....	68
7. Seznam použité literatury.....	69
8. Klíčová slova.....	71
9. Přílohy.....	72
9.1. Seznam příloh.....	72

Úvod

Motto:

„Každý z nás žije individuální a neopakovatelný život a proto každý z nás prožívá a nebo bude prožívat své stárnutí a stáří individuálním a neopakovatelným způsobem, protože toto období k životu patří.“

MUDr. Ota Gregor (6)

V současné době se významně zvyšuje průměrný věk populace vyspělých zemí světa a tento trend je patrný i u nás. Naše společnost proto hledá východiska, která by umožnila, aby lidé i ve vyšším věku žili smysluplně, zajímali se o své okolí, prožívali své radosti i pracovní starosti a především aby jim to umožnilo jejich zdraví (5). Na postavení seniorů v současné společnosti je mnoho názorů. Většinou však převládají záporné postoje a mínění, že senioři zasahují spíše negativně do různých sfér společnosti, zejména do té ekonomické apod. Na druhou stranu existuje spousta organizací, sdružení a programů na podporu seniorů. Vzhledem k involučním biologickým změnám ve stáří, změnám psychiky a sociálního postavení seniorů se tyto programy zaměřují především na aktivizaci a vyplnění volného času seniorů.

Senioři jsou nejčastějšími pacienty na odděleních následné péče, kde by aktivizace měla být nedílnou součástí. Bohužel se často na těchto odděleních setkáváme s nedostatkem personálu a někdy také s jeho neochotou. Aktivizace seniorů přitom dokáže velice pozitivně ovlivňovat sebevědomí, vitalitu a myšlení starého člověka. Reálně se ale nejčastěji setkáváme s pacienty, kteří tráví většinu času hospitalizace na svém lůžku a bezcílně bloumají očima po pokoji čekající každého příchodu sestry. Takové hospitalizace nekončí vždy šťastně a přitom mnohdy stačí jen velmi málo k tomu, jak zpříjemnit dlouhodobý pobyt v nemocnici. Snahou zdravotníků i společnosti by proto mělo být chtít aplikovat metody aktivizace ve zdravotnických i sociálních zařízeních.

1. Současný stav

1.1 Stárnutí a stáří

Stárnutí je kontinuální proces, který se projevuje u každého člověka jinak a ovlivňují ho mnohé faktory, např. získané genetické vlastnosti, ale i prostředí, ve kterém člověk žije. Stárnutí není nemoc, ale fyziologický proces, tedy přirozené období života. Pro tento biologický proces stárnutí je charakteristické, že je naprogramovaný, nezvratný, neopakuje se a zanechává trvalé změny. Někdy se činitelé ovlivňující proces stárnutí označují pojmem gerontogeneze (12).

Stáří je posledním ontogenetickým vývojovým obdobím v životě člověka, které v sobě nese pečeť období předcházejících, tj. odpovídá do značné míry stylu života, který člověk žil zejména ve středním věku, ve fázi dospělosti. Je to biologický proces, který je charakterizován tím, že je nezvratný a končí smrtí jedince. Stárnutí je posledním přechodným obdobím v životě člověka a tedy také poslední možností, kdy lze aktivně ovlivnit kvalitu stáří. Tomuto období je věnována velká pozornost v tzv. preventivní geriatrii, na bázi vědeckých poznatků se vypracovávají celé systémy přípravy na stáří (6).

1.1.1 Teorie stárnutí

Na to, kdy stáří nastává, se názory různí. Věk je jednou ze základních charakteristik člověka, a ačkoliv každý individuálně stárne, z hlediska chronologického stárneme všichni stejně. Průběh lidského života bývá různým způsobem periodizován a jednotlivých kategorizací existuje velké množství. Nejčastěji se vychází z kalendářního věku nazývaného také matriční nebo chronologický. Nejrozšířenější věkovou kategorizací je členění lidského života podle expertů Světové zdravotnické organizace, která vychází z kalendářního věku a opírá se o tzv. patnáctileté periody lidského života.

Stáří se podle WHO rozděluje na období 60- 74 let, které je definováno jako rané stáří, 75 rok jako počátek vlastního stáří, 75- 90 let období senescence (kmetství) a 90 let a více jako dlouhověkost. Novým celosvětovým měřítkem se pravděpodobně stane

rozdělení vyššího věku, které bylo prezentováno v roce 2002 na II. Mezinárodním shromáždění o stárnutí a stáří v Madridu. Za seniora by měl být pokládán jedinec ve věku 60 let a více a od 80 let pak za seniora starého (8).

Označování člověka prožívajícího období stáří je různorodé a rozmanité. Odborná literatura často pracuje s pojmem geront, který však evokuje spíše nesoběstačného člověka. Také pojem důchodce je nevyhovující, protože označuje pouze člověka pobírajícího důchod. Za nevhodné lze rovněž pokládat označení senescent, jehož použití je zastaralé. Jako nejvhodnější se tak ustálil termín senior, který v sobě nemá žádný emocionální nádech a označuje člověka v celém věkovém období sénia. Je to významově neutrální pojem, který nahrazuje specifické označení starého člověka z pohledu různých vědeckých disciplín (8).

Věda, která se zabývá problematikou stárnutí se nazývá gerontologie, má tři hlavní části. **Gerontologie teoretická** se zabývá příčinami stárnutí, koncipuje teorie stárnutí, soustřeďuje a třídí poznatky o stárnutí a stáří a provádí jejich syntézu. **Gerontologie klinická** se zabývá starým člověkem jako jedincem a hodnotí ho komplexně a to jak ve zdraví, tak nemoci. **Gerontologie sociální** se zabývá vztahy starého člověka a staré populace ke společnosti jako celku. Ta část klinické gerontologie, která se zabývá zvláštnostmi chorob ve stáří, zahrnuje prevenci, diagnostiku, léčbu, specifickou rehabilitaci a geriatrické ošetřovatelství se nazývá **geriatrie** (6).

1.1.2 Projevy přirozeného stárnutí a stáří

Přirozené stárnutí a stáří se vyznačuje určitými postižitelnými jevy, fenomény. Poznatky o projevech přirozeného stárnutí a stáří jsou pro klinickou praxi důležité, proto, aby se dalo rozlišit normální od patologického, uvědomit si, že se zvyšuje možnost přechodu normální, tj. na věku závislé situace, do klinicky významné patologie. Stárnutí se týká samozřejmě sféry biologické, psychologické i sociální. Fenomény ze všech těchto oblastí se prolínají, vzájemně ovlivňují a vytvářejí celkový obraz přirozeného stárnutí člověka (16).

Důležitou charakteristikou stárnutí a stáří je, že se vyskytují klinicky významné interindividuální rozdíly až do konce života, i když se u opravdu starých (75 +) poněkud stírají. U každého jedince je stupeň závislosti individuální. Dochází k disociaci a asynchronnosti stárnutí jednotlivých funkcí u téhož jedince, objevují se klinicky významné rozdíly mezi jedinci v nástupu orgánových změn, jejich pořadí i rychlosti. Typická je involuce, regrese, úbytek struktur a funkcí. Žádná změna struktur a funkcí nebo dokonce jejich zlepšení v závislosti na věku jsou možné, ale spíše výjimečné, stejně jako změny kvalitativní (12).

1. 2 Fyziologické změny jednotlivých systémů ve stáří

1.2.1 Biologické stárnutí

Souvisí s pojmem biologický věk, kterého se užívá k označení celkového stavu lidského organismu. V užším slova smyslu se tímto pojmem označují veškeré vývojové změny organismu člověka probíhající na organické úrovni. Primárně přináší změny struktury (morfologie) a následně změny funkcí (zpomalování a úbytek). Nejnapadnější pro okolí jsou vnější, zevní projevy stárnutí (6).

Za poznatky o biologickém stárnutí, které mají praktický význam, se považuje omezení rezerv a to zpomalení a oslabení většiny regulačních funkcí, snížení adaptačních schopností a odolnosti k zátěžím. Dále pak změna imunitních mechanismů, zvláště pak pokles imunity a zvýšená tvorba autoprotilátek, snížená tvorba nebo působení různých humorálních regulačních působků, včetně hormonů. Změněná citlivost receptorů, zpomalení psychomotorického tempa a vedení vzruchů. Alterace v tvorbě a působení neurotransmiterů, úbytek motoneuronů. Zhoršené vnímání tzv. zevními smysly (zrak, sluch, chuť, čich, hmat). Úbytek tzv. aktivní tělesné (svalové) hmoty a pokles svalové síly. Dochází k poklesu celkové tělesné vody (ve stáří se zvyšuje kožní turgor), a množí se tuk. Úbytek kostní hmoty se zvyšuje, chrupavky ztrácejí vodu a elasticitu, zhoršuje se jejich výživa, snadněji se opotřebovávají. Ve stáří nastává involuce struktur a funkcí jednotlivých orgánů, změny struktur obvykle předchází změnám funkcí (16.)

Dále se snižuje průtok krve důležitými orgány (mozek, srdeční sval, ledviny) a je omezená schopnost jeho regulace. Je omezená kapacita a rychlost energeticky náročných metabolických dějů. Zmenšení postavy ve stáří je způsobeno atrofií meziobratlových plotének a shrbeným držením těla v důsledku ochabování svalů. Časté jsou poruchy spánku, ke kterým patří především insomnie. Také obtížné usínání, časté noční buzení, probouzení v časných ranních hodinách. Mezi závažné poruchy spánku patří spánková inverze. Mnoho uvedených fenoménů přirozeného biologického stárnutí a stáří lze prokázat pomocí vhodně zvolených a v praxi dostupných ukazatelů. Nelze však jednoznačně říci, které zjištěné změny jsou příčinou a které následkem stárnutí (8).

Všechny uvedené změny omezují možnosti zatížení starého člověka při pohybové léčbě a vyžadují dodržování určitých zásad v porovnání s pohybovou léčbou u jiných pacientů (9).

1.2.2 Psychické stárnutí

V psychickém stárnutí se klade důraz na velké inter-a intraindividuální rozdíly. Důležitá je především osobnost. Osobnost každého člověka je nutné posuzovat jako psychologický celek. Integrita osobnosti zůstává zachována, obvykle se mění jen dílčí funkční schopnosti (vnímání, paměť, představy, myšlení). Charakteristické osobnostní rysy získávají nebo upadají ve své intenzitě. Ve struktuře osobnosti se může přesouvat pořadí potřeb, hodnot a cílů. Změny ve stáří nejsou jen sestupného charakteru ve smyslu zhoršení (8).

Některé funkce zůstávají nezměněny (slovní zásoba, jazykové dovednosti, intelekt), jiné mohou naopak vykazovat zlepšení (vytrvalost, trpělivost, životní stereotypie, schopnost úsudku). Příčinou percepčních změn jsou probíhající změny ve smyslových orgánech, v přenosu informací a v jejich centrálním zpracování. Zhoršené vnímání spolu se sníženou pohybovou koordinací omezuje jedince v sociálním začlenění, reakce na podněty jsou zpomalené a často neadekvátní dané situaci. Menší příjem zevních informací vede k postupnému odtažení od reality, omezení činností může vyvolat stavy nudy až deprese. Objevuje se pokles celkové schopnosti psychické adaptability. Staří lidé se cítí nejistí a úzkostní v neznámém prostředí nebo při kontaktu

s cizími lidmi. Projevují nedůvěru a někdy i nechuť ke všemu novému. Se sníženou adaptabilitou je spojen problém učení se závislosti na jiných, který je důsledkem poklesu fyzické a psychické soběstačnosti ve stáří (12).

Změny nastávají také v oblasti citového života, nebývají však u všech starých lidí jednotné a stejně průkazné. Dochází k celkovému oploštění emotivity. Oslabeny jsou především vyšší city a snižují se rovněž city sociální a estetické. Typickým projevem stáří je emoční labilita, která bývá vysvětlována funkčními změnami nervové soustavy, jejíž stárnutí pak vede ke snižování odolnosti vůči zátěžím a krizím. Staří lidé bývají často citově nestálí a své emoční projevy hůře zvládají. Motivace ve stáří se mění, ale nejedná se zpravidla o její úbytek, ale o její zaměření jiným směrem. Změny souvisejí s množstvím energie, které je zapotřebí k vykonání některé z činností-energie se postupně přesouvá k fyzicky méně náročným aktivitám. Pro člověka je charakteristická orientace na budoucnost, snaha o seberealizaci a potřeba role. Individuální spokojenost či nespokojenost ve stáří je pak zpětnou vazbou úspěšně či neúspěšně realizovaných cílů, které si jedinec v životě stanovil (7).

Ve stáří dochází k obratu materiálních hodnot k duchovním hodnotám, k introvertizaci a egocentrismu. Mění se také hierarchie osobních hodnot, postoje k sobě samému, k druhým lidem a ke společnosti. U sebehodnocení pak může vzniknout rozpor mezi tím, jak člověka hodnotí společnost a mezi subjektivním vědomím vlastní hodnoty. V pozdním stáří se dostává do popředí zájem o vlastní tělo z důvodu polymorbidity a v souvislosti s celkovými změnami, které stáří doprovázejí (8).

1.2.3 Sociální stárnutí

Sociální stárnutí provází několik změn. Jednak je to odchod z aktivního pracovního života do starobního důchodu. Tento přechod je spojen s určitými změnami, které mohou prožívání člověka významně ovlivnit. S ukončením profese seniora se snižuje jeho autorita a společenská prestiž. Důchodce bývá společností akceptován jako méněhodnotný, méněcenný a z hlediska tohoto pojetí až zbytečný (7).

Významným dopadem odchodu ze zaměstnání jsou změny v ekonomickém zajištění seniora., které ho často omezují v kulturních a společenských aktivitách.

Sociálně ekonomická a zdravotní vyrovnanost jedince může být navíc dekompenzována nemocemi, rodinnými problémy, osamělostí, nedostatkem financí, špatným bydlením. To vše sebou nese rizika jako je ztráta životního programu, špatná adaptace na penzionování se změnou společenského postavení, nadbytek volného času a jiné. Dochází k tomu, že člověk postupně musí omezit činnosti, na které byl zvyklý a které pro něho dříve byly naprosto běžnou záležitostí. Postupně se tak stává na svém okolí závislý. Mění jak vhodné situační chování, způsob komunikace, tak i péči o sebe samého. S postupujícím věkem a poklesem fyziologických a psychických funkcí závislost seniora narůstá. Pro potřeby zdravotně sociálních služeb je relevantní závislost fyzická, pro emocionální sféru osobnosti pak závislost citová (8).

Starý člověk je také vystaven tzv. generační osamělosti. Musí se smířovat se smrtí svých vrstevníků, kteří v jeho okolí umírají. Nejtěžší je vyrovnat se ztrátou životního partnera, se kterou se setkávají častěji ženy, protože muži se v důsledku životního stylu, zaměstnání a biologickými předpoklady dožívají průměrně nižšího věku než ženy. Osamělost pak také lépe snášejí ženy, protože se o sebe dokážou lépe postarat než muži. Strach z osamělosti a opuštěnosti se ve stáří zvyšuje a může být iniciován a ovlivňován různými faktory jako jsou sociální situace seniora, jeho fyzický stav a psychický stav. Prožívání samoty a vyrovnávání se s osamělostí je vysoce subjektivní záležitostí. Prevencí izolace a osamělosti ve stáří jsou kvalitní mezilidské vztahy a především funkční rodina seniora (9). Hlavním zdrojem podpory starších osob jsou rodinní příslušníci, kteří jim zajišťují fyzickou, emocionální, sociální, psychologickou a finanční pomoc. Zejména rodina může hrát důležitou roli při hospitalizaci pacienta a to v rámci jeho aktivizace, při které spolupracuje se sestrou (14).

1. 2. 4 Reakce na stáří

Prožívání stárnutí a stáří závisí na individualitě každého seniora. Osobní přístup jedince k vlastnímu stáří závisí především na jeho osobnosti a povahových rysech, na jeho celém předchozím životě a na jeho životních zkušenostech. Podle toho se objevují u seniorů různé pocity při očekávání stáří, různé reakce na změny provázející stárnutí. Liší se také způsoby, jak se se stářím a jeho doprovodnými fenomény snaží vyrovnat. Je důležité, aby si sestra, která aktivizuje pacienty uvědomila, že existují rozdílné přístupy ke stáří, které ovlivňují i samotnou aktivizaci (16). Tyto přístupy v roce 1966 hodnotil Bromley a rozdělil je do pěti strategických adjustačních modelů.

Konstruktivní přístup – člověk je smířen se stárnutím, je soběstačný, stanovuje si přiměřené cíle a plány. Jeho chování je otevřené a tolerantní. Snadno navazuje kontakty s druhými lidmi, počítá s jejich oporou. Vůči životu je optimistický, spokojený, má smysl pro humor.

Strategie závislosti – člověk se chová více pasivně a je nesoběstačný. Očekává pomoc druhých. Není a ani dříve nebyl ctižádostivý. Prvotní je pro něj odpočinek, pohodlí a bezpečí. Je podezřívavý a neochotný vůči kontaktům s ostatními lidmi, protože by bylo narušeno jeho pohodlí.

Obranná strategie – je typická pro profesně a společensky úspěšného člověka, který v životě spíše dával a sám byl vysoce soběstačný. Odmítá přijmout stáří, bojí se závislosti. Svoji společenskou pozici se snaží tvrdě udržet a do penze odchází až na nátlak.

Nepřátelský postoj – člověk zastávající tento postoj je pro sebe i okolí ničím. Vinu za své neúspěchy svaluje na jiné. Je agresivní a podezřívavý, neschopen konstruktivně a realisticky reagovat. Žije spíše sám, často až v izolaci. Vůči stáří a odchodu do důchodů pociťuje odpor. Bývá nevrlý, mrzutý, závistivý a nepřátelský k mladým lidem.

Strategie sebenenávisti – člověk je nepřátelský vůči sobě samému, připisuje si všechnu vinu za své nezdary. Svůj život hodnotí kriticky a pohrdavě, netouží ho znovu prožít. Je smířen s faktem stáří, ale neumí zaujmout konstruktivní postoj. Zanedbává společenské styky, cítí se osamělý a zbytečný. Věří v osudovost života a považuje se za

obět'. Tyto strategické modely se v průběhu života jedince různě modifikují nebo prolínají podle předchozích životních zkušeností člověka a podle jeho samotné povahy, jejíž charakteristické rysy se dají vhodným působením ovlivnit a kultivovat (8).

1.3 Aktivita seniorů

S určitým stupněm omezení fyzické i psychické výkonnosti je třeba počítat u všech stárnoucích lidí. Staří lidé mnohé své potíže nevnímají jako chorobu, ale často je chápou jako přirozený projev stárnutí. Proto se na lékaře mnohdy obracejí pozdě, až v pokročilé fázi onemocnění. Také každá změna sociální situace se projevuje na jejich zdravotním stavu (17).

Přitom je potřebné poskytnout seniorům dostatečný prostor a podmínky k aktivní účasti na životě společnosti a jejím rozvoji. Zároveň se však senioři musí sami naučit využívat všech možností, které jim společnost nabízí k posílení vlastního postavení k dosažení bezpečného stárnutí a k plnému a rovnoprávnému zapojení. K vytvoření osobního pocitu pohody a k posílení pozitivních postojů společnosti ke stárání a starším lidem je nezbytná účast seniorů na sociálních, ekonomických, kulturních a dobrovolných aktivitách, jejich odpovědný přístup k vlastnímu životu a zájem o rozvoj společnosti (25).

1.3.1 Společenská aktivita starých lidí a její formy

Tradiční jsou kluby důchodců – seniorkluby, organizují různé společenské a kulturní akce pro seniory. Dále Kluby aktivního stárání – na programech se podílejí sami senioři (turistické vycházky, ruční práce, modelování, taneční pro seniory,...). Akademie nebo Univerzity třetího věku – začínají se rozvíjet i u nás. Vycházejí z názoru, že učit se je záležitost celoživotní, vzdělávat by se měl člověk permanentně. Vzděláváním se prohlubují a rozšiřují vědomosti seniorů z různých vědních oborů, připravují se i na nové podmínky v současné společnosti (kontakty mezi generacemi – komunikace – počítačová gramotnost, aj.) (5). Dále existují Seniorské rady obcí, jsou to poradní orgány obce, které se zabývají konkrétními aspekty života seniorů v obci a předkládají

své návrhy na pomoc či změny i požadavky. V některých městech probíhají úspěšně projekty „zdravá sousedství“, do kterých jsou senioři integrováni (8).

Průzkum dokázal, že pokud se senioři mohou věnovat aktivitám, uchovávají si nadšení pro život a to jim dává vitalitu, která vede k tvořivosti a ta zase ke zdraví, zpomaluje proces stárnutí, zbavují se subjektivních potíží, cítí se spokojenější, udržují si psychickou a fyzickou soběstačnost až do pozdního věku. Průzkumy dále dokazují, že čím více se starších osob účastní vzdělávacích aktivit a zároveň svých úloh v životě vlastních komunit, tím méně požadavků je kladeno na zabezpečovací systémy sociální sítě (7).

Nejvíce seniorů se ale věnuje svým zálibám (zahrádkaření, houbaření, rybolov,...). Ze strany společnosti je třeba tyto činnosti podporovat. Nesmí být chápány jako hra, ze strany rodiny by měly být chápány jako vhodný náhradní program. Zachovat si co nejdéle společenskou aktivitu je nejlepším způsobem, jak dosáhne starý člověk uspokojení i pokud je osamělý a nemá možnost pravidelných kontaktů s rodinou.

1. 4 Aktivizace seniorů

Prodlužování lidského života klade před jednotlivce i před společnost otázku, jak bude využitý čas, který lidstvo touto skutečností získává. Přání žít co nejdéle je přirozenou lidskou touhou. Každý si však představuje, že i v období vysokého stáří bude soběstačný a že jeho každodenní život bude naplněn smysluplnou činností. V době, kdy jsme zaměstnaní jsou naše představy o životě v důchodu jen velmi mlhavé. S postupným přibýváním věku, kdy ještě nedošlo ke ztrátám fyzické síly, se vytváří u části lidí falešná představa, že i navzdory stárnutí budou dostatečně fyzicky zdatní. Dobré psychické a sociální podmínky jsou ve stáří velmi důležité. Starosti, problémy, stresy jsou stavy psychické nepohody a ovlivňují subjektivní pocit zdraví a kvalitu života velmi negativně v každém věku a ve stáří zvláště. Většina starých lidí uvádí jako hlavní starost svoje zdravotní problémy, nesoběstačnost a nepohyblivost, fyzická soběstačnost je pro ně synonymem osobní autonomie. Jako hlavní oporu udávají senioři svoji rodinu, pokud nejsou rodinné vztahy v pořádku, jistě to seniory velmi trápí (2).

Adaptace je schopnost organismu přizpůsobit se změněným vnějším nebo vnitřním podmínkám. Adaptační schopnost podléhá i změnám, které jsou podmíněny věkem. Práním velké většiny seniorů je zůstat ve svém domácím, přirozeném prostředí (pokud to dovoluje zdravotní stav seniora) (15). Běžnou součástí života ve stáří bývá hospitalizace, pobyt v zařízení dlouhodobé péče nebo sociálních služeb. Nedostatkem těchto ústavů je nedostatečná a nekreativní nabídka využití volného času obyvatel. Častá je také nevyhovující péče o klienty v oblékání, hygieně a podobně. Vzhledem ke snížení adaptačních schopností může být změna prostředí, za kterou můžeme považovat i hospitalizaci pro starého člověka velmi traumatizující. Senior se tak stává pasivním příjemcem pomoci, což hojně vede ke snížení jeho samostatnosti a soběstačnosti (2).

V souvislosti se snížením adaptačních schopností se může reálným problémem stát Geriatrický maladaptační syndrom (GMS). K jeho vzniku dochází na základě chronického stresu vyvolaného závažným psychosociálním podnětem (hospitalizací), s klinickou manifestací nejčastěji v kardiovaskulárním nebo imunitním systému, psychickou poruchou a následným ohrožením zdraví a života. Časté jsou úzkostné stavy, depresivní reakce, agresivita, apatie, které se později manifestují například dyspeptickým syndromem, dekompenzací diabetu a podobně. Velmi důležitou roli v prevenci hraje přístup ošetřujícího personálu, zejména empatie, respekt, poskytování informací a podpora klienta. S již zmiňovaným prodlužováním lidského života a posunováním věkové struktury obyvatelstva směrem k vyšším věkovým kategoriím do budoucna, se začíná zvyšovat potřeba těchto zařízení, které poskytují kvalifikovanou péči pro seniory a zvyšují se nároky na ošetřující personál, jeho vzdělání a kvalifikaci (15).

Senioři přicházejí při hospitalizaci nejčastěji do kontaktu se sestrami a právě sestry jsou těmi, které mohou pozitivně ovlivňovat přístup klientů k aktivnímu stárnutí a ve společné spolupráci s ostatními odbornými pracovníky zajišťovat aktivizační programy, pomáhat klientům zvládat adaptaci na nové prostředí a předcházet tak rozvoji nebezpečného maladaptačního syndromu a ostatních nežádoucích projevů staršího věku.

1.4.1 Úloha a role sestry v geriatrickém ošetřovatelství

Není pochyb o tom, že ošetřovatelská péče o seniory má svá specifika a měla by být poskytována sestrou se speciálním vzděláním – gerontologickou (geriatrickou). Do roku 1990 geriatrické sestry pracovaly většinou v ambulancích obvodních lékařů. Součástí jejich praxe byla návštěvní služba v rodinách seniorů, kde vykonávaly vedle preventivní péče převážně ošetřovatelské činnosti dle ordinace lékaře. Po roce 1990 převzala tuto činnost terénní služba domácí péče. Rokem 2004 byla ukončena všechna dosavadní specializační postgraduální studia včetně ošetřovatelské péče v geriatrii. V současné době získávají všeobecné sestry základní teoretické znalosti a praktické dovednosti v ošetřovatelství a ošetřovatelské péči o seniory již během bakalářského studia ve studijním programu ošetřovatelství nebo ve studiu na vyšších zdravotních školách. V navazujícím magisterském programu mohou dále studovat ošetřovatelství se zaměřením na péči o seniory v oboru dlouhodobá péče o nemocné a v oboru ošetřovatelská péče v gerontologii (7).

Cílem gerontologické (geriatrické) péče včetně péče ošetřovatelské je zajistit všestrannou, vysoce odborně erudovanou a lidsky kultivovanou péči o seniory. Sestry poskytují ošetřovatelskou péči seniorům v jejich vlastních domácnostech, v nemocnicích, v institucích dlouhodobé a specializované péče, v ordinacích praktických lékařů, v agenturách domácí péče. Zaměření jejich činností je různorodé a vychází z potřeb klienta: ošetřovatelka, edukátorka, manažerka, výzkumnice, konzultantka, obhájkyň práv klienta, provozovatelka služeb. Postihnout roli sestry v péči o seniora nemocného a zdravého je obtížné, protože sestry pracují v různorodých podmínkách. Toto mnohostranné zaměření sesterských činností lze nazvat obecně jako komplex sesterských rolí. Z hlediska náplně ošetřovatelské péče o seniory lze pak rozdělit činnosti sester do dvou velkých oblastí. Základní ošetřovatelská péče zaměřená především na udržení a podporu zdraví a na uspokojování základních životních potřeb člověka tj. Péče o člověka a jeho prostředí. Bývá prováděna zejména v domácím prostředí seniora nebo ve specializovaných institucích. Tato ošetřovatelská péče nemusí být vždy poskytována odborníkem, může být zajišťována také klientem nebo jeho blízkými osobami. Specializovaná ošetřovatelská péče zahrnuje všechny odborné

aktivity sester ošetřujících nemocného seniora. V této oblasti je již role sestry jedinečná a nezastupitelná a ošetrovatelská péče musí být prováděna s vysokou profesionalitou (8).

Práce na geriatrických odděleních je nesmírně namáhavá fyzicky i psychicky. V geriatrii může obstát se ctí pouze ten, kdo má dobrou psychickou i fyzickou kondici a kdo má rád nemocné. Ošetrovatelská zátěž na těchto pracovištích je dlouhodobě vysoká, ale sestry bývají často finančně nedostatečně ohodnocovány. Také se setkávají s despektem ze strany kolegyně či odborné veřejnosti, ti se často domnívají, že v geriatrii může pracovat každý a že je to jakási poslední instance pro sestry, které neobstály na akutních lůžkách. (19).

Cílem péče v geriatrii je uspokojit potřeby a vyřešit problémy seniora, které se objevily v průběhu jeho onemocnění. Sestra je přitom součástí multidisciplinárního geriatrického týmu, jehož metody práce jsou vzhledem ke zvláštnostem chorob a problémů seniorů specificky odlišné od odborných aktivit v jiných klinických oborech. Zdravotní sestra je pro pacienta – seniora velmi blízkým pracovníkem, zajímá se o jeho potřeby včetně těch nejintimnějších a řeší jejich uspokojení, pomáhá pacientovi v průběhu ošetrovatelského procesu v péči o jeho psychické i fyzické blaho a v komunikaci s jinými členy týmu či specialisty (7).

1.4.2 Aktivizační sestra

Aktivizace pacientů, která je na některých pracovištích součástí rehabilitačního geriatrického ošetrovatelství není všemi sestrami přijímána jako samozřejmou součástí náplně jejich práce. Na některých pracovištích se začíná zřizovat funkce aktivizační sestry. Tato sestra, by měla splňovat vynikající vědomostní i osobnostní předpoklady pro práci se seniory (11).

Výhodou je absolvování kursů například psychoterapie, arteterapie, kondičního cvičení, kursu trénování paměti pro seniory, masáží. Sestra by měla mít přehled v oblasti sociální psychologie, podpory zdravého životního stylu ve službách pro seniory a rozšiřovat si vědomosti v oblasti alternativních metod i nových technik v oblasti ošetrovatelství. Kromě profesionální přípravy by si měla být vědoma i toho, že cílem

aktivit je nejen samotné zlepšení schopností pacienta, ale také jeho rozptýlení, radost a zábava. Sestra může využívat při aktivizaci prvky arteterapie, muzikoterapie i širokou škálu pomůcek. Sestra vytváří plány aktivizace individuálně pro jednotlivé klienty, které vycházejí zejména z dosavadních návyků a způsobu života pacientů. Důležité informace mohou při tvorbě plánu poskytovat příbuzní či blízcí přátelé pacienta. Nedílnou součástí práce sestry je denní příprava a neustálé rozšiřování vědomostí. Přínosem je těsná spolupráce aktivizační sestry se sestrami na oddělení, které mohou o víkendových službách dle připraveného rozpisu aktivizační činnosti buď samy nebo ve spolupráci s rodinou či dobrovolníky realizovat. Propojení spolupráce nemocný – rodina – zdravotníci – dobrovolníci je nadějí pro budoucnost nejenom geriatrického ošetrovatelství. (11).

1.4.3 Posuzování funkčního potenciálu seniorů v rámci aktivizace

Chronická onemocnění, kterými trpí většina seniorů, omezují aktivity denního života a nezdá se, že jedna choroba způsobuje mnohočetnou dysabilitu. Proto je součástí hodnocení a posuzování celkového stavu staršího pacienta tzv. Geriatrické posouzení. Geriatrické posouzení se orientuje na vyšetření určitých problémů dostatečně neposuzovaných při běžných klinických vyšetřeních, umožňuje vybrat vhodný postup léčby a zhodnotit její efektivitu, umožňuje důležité posouzení schopnosti vykonávat běžné denní činnosti. Dále je zaměřené na vyšetření kognitivních funkcí, pomáhá určit a vybrat potřebné úpravy prostředí a případně i kompenzační pomůcky a zjišťuje druh sociální pomoci, kterou je třeba poskytnout pacientovi a jeho rodině. Významně napomáhá určit sestře možnost rehabilitace a zaměření geriatrické ošetrovatelské péče (12).

Ošetrovatelství pomáhá seniorům v aktivitách podporujících zdraví, sem patří především informovanost o výživě, management stresu, sebepečí a fyzická aktivita (8). Pouze důkladné vyšetření všech systémů včetně psychologických a sociálních aspektů poskytne sestře přesný obraz o funkčním potenciálu seniora a pomáhá zvolit vhodné způsoby aktivizace. Funkční stav tedy představuje vyšetření všech fyzických funkcí včetně pohyblivosti a sebeobsluhy, vyšetření psychických funkcí, vyšetření

sociálnězdravotních aspektů, které zahrnují i hodnocení vnějšího prostředí a celkové zhodnocení kvality života, jehož výsledkem je pacientův subjektivní pocit spokojenosti či nespokojenosti. Do vyšetření charakteristických pro geriatrii patří vyšetření kůže, svalů, kloubů, pohybového systému, také vyšetření kardiovaskulárního, respiračního a nervového systému. Kůže se vyšetřuje pozorně zejména kvůli predilekčním místům dekubitů. Na některých pracovištích se využívá hodnotící systém tzv. Waterlowo skóre, který splňuje všechny podmínky standardního testu. Na hodnocení pohyblivosti se používá více hodnotících systémů. Například **Bartlův index ADL** (příloha 2) hodnotí soběstačnost, přesuny a chůzi po schodech. Toto hodnocení je dostatečné u hospitalizovaných pacientů. Jedná se o standardní test, který však nebyl vypracovaný přímo pro geriatrii, ale můžeme ho použít na objektivní hodnocení stupně závislosti u staršího pacienta.

Pro pacienty žijící samostatně v domácím prostředí je hodnocení pohyblivosti podstatně důležitější, proto musí být podrobnější. Na toto hodnocení je vhodnější test instrumentálních aktivit denního života – **Lawton- Brodyho test IADL** (příloha 2). Kromě hodnocení pohyblivosti poskytuje tento test informace o tom, zda je pacient schopný žít a bydlet sám.

Na komplexní zhodnocení aktuálního stavu pacienta byla vyvinuta celá řada hodnotících systémů, z nichž se v geriatrické praxi používají mnohé, ale převážná většina z nich nebyla vyvinutá ani určená přímo pro seniory. Vzhledem k polymorbiditě a z ní vyplývající multidyzabilitě geriatrických pacientů je zřejmé, že ani jeden ze standardních testů používaných v současnosti nemůže zachytit všechny funkční změny vzniklé ve stáří. Proto je vhodnější použít hodnotící systémy, které jsou rozšířeny o další aktivity. Často si některá pracoviště vytvářejí svoje vlastní hodnotící škály.

V úsilí zahrnout širší spektrum aktivit přesahujících ADL i IADL a tím získat co nejkomplexnější hodnocení funkčního stavu geriatrického pacienta, byl vytvořen na pracovišti Kabinetu gerontologie a geriatrie Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze MUDr. Topinkovou a kolektivem nový systém hodnocení fyzického výkonu pacienta seniora, tzv. **funkční geriatrický index (FGI)** (příloha 2). Zahrnuje 5 hodnotících okruhů, které jsou dále rozvinuté na konkrétní činnosti, takže

dohromady hodnotí 30 různých aktivit. Vykonávání jednotlivých aktivit by se nemělo u starších pacientů časově omezovat (12).

1.4.4 Způsoby aktivizace pacientů seniorů

Ve své práci bych se chtěla zaměřit na pohybovou aktivizaci seniorů, ale ráda bych zde také uvedla i další možnosti, kterými lze pacienty seniory aktivizovat.

K aktivizaci seniorů lze využít **muzikoterapii**. Již při prvních tónech hudby srdce reaguje na její rytmus zrychlením či zpomalením, člověk se začíná nevědomě pohybovat a tento pohyb vyvolává zapomenuté pocity a asociace. Využití hudby pomáhá seniorům navodit rytmus, pohyb a chuť vyzkoušet, co všechno ještě dokáží. V somatické rovině hudba pozitivně ovlivňuje krevní tlak, frekvenci srdečního tepu, rychlost a objem krevního oběhu, hladiny cukru a mastných kyselin, periferní prokrvení, imunitní systém a mozkové vlny, psychomotoriku (ruší sklon ke křečovitosti). Na psychologické úrovni redukuje stavy úzkosti, povzbuzuje sebevědomí, schopnost vyjádření, životní entuziasmus. Zejména u pacientů dlouhodobě nemocných, neschopných pohybu nebo po těžkých operacích se využívá hudba reprodukováná nebo vytvářená společně s pacienty. Hudba a tanec mají vliv na vzpřímené držení těla, dochází k postupnému zatěžování a posilování posturálního svalstva a uvolnění flexorů. Dochází k působení na vegetativní systém (posiluje se látková výměna). Vhodné je zvolit středně rychlý rytmus. Pomalé tempo uspává a nemotivuje k pohybu a příliš rychlá hudba může vyvolat u některých pacientů neklid. Samotná terapie by neměla přesáhnout 30 minut, zařazují se pravidelné přestávky pro oddech. Terapie by se měla konat pravidelně, optimálně 1 až 2 krát týdně (3).

Taneční terapii pro seniory lze rozdělit do dvou skupin. Tanec vsedě se využívá při těžších somatických onemocněních s výraznými poruchami hybnosti, lze také zapojit imobilní pacienty, kteří mohou pohybovat jen některou částí těla. K povzbuzení pohybové činnosti se používají šátky, míčky, stuhy, nejrůznější hudební nástroje. Tance v chůzi jsou skupinové tance, přizpůsobené možnostem a hybnosti starších tančících, vypouštějí se některé zbytečně náročné prvky. Tančící se mohou pohybovat v kruzích, řadách nebo zástupech. Muzikoterapie je schopna svou optimistickou atmosférou

vzbudit novou chuť do života, nastolit psychosomatickou rovnováhu organismu a nabídnout nové sociální kontakty (3).

Canisterapie – léčebné využití psa, lze aplikovat jako psychoterapeutickou metodu např. u dlouhodobě nemocných, při rehabilitační práci i při problémové spolupráci s pacientem. Pomocí canisterapie lze ovlivnit stav pacientů po cévních mozkových příhodách a stav pacientů s Parkinsonovou nemocí nebo parkinsonským syndromem (13).

Zvířata jsou na člověku závislá a ten o ně musí pečovat. Starý člověk ve styku se zvířetem tak znovu přebírá odpovědnost za jinou živou bytost. To může zvyšovat jeho sebevědomí, neboť tím získává důležitou náplň svého současného života. Dobrý vztah seniora ke zvířatům dovede zastoupit nejen chybějící úzké mezilidské vztahy, ale i posílit pocit spokojenosti, prožitek radosti a pocit subjektivního zdraví. Péče o psa dodává seniorům popud k pravidelnému pohybu, stanovuje určitý denní rytmus, který zvířata vyžadují. Pro starší lidi s omezenou možností společenského uplatnění jsou právě domácí zvířata snadno dostupným zdrojem společenského a fyzického kontaktu. O zvíře je také třeba se pravidelně starat jako o dítě. Senior pak více a raději dbá i o vlastní výživu, osobní hygienu a pořádek v domácnosti (4).

Přítomnost zvířat v institutech pro staré lidi nabuzuje optimistickou atmosféru a posiluje léčbu medikamentózní. Společná radost, smích a uvolnění brání vzniku „burn – out“ syndromu u ošetrovatelského personálu. Na rozdíl od lidských ošetrovatelů jsou zvířata vůči tomuto fenoménu imunní. Zvířata zmírňují poruchy přizpůsobení se (geriatrický maladaptivní syndrom) projevy hospitalismu a nově přichozím pacientům usnadňují zapojování do nového prostředí. Zvířata nabízejí obyvatelům smysluplnou činnost v denním programu a rozšiřují okruh jejich zájmů. Chov zvířete přímo v zařízení je vážným rozhodnutím. Je nutné posoudit potřeby obyvatel daného zařízení a potřeby zvířete. Samozřejmě existuje také možnost, aby asistent docházel se zvířetem do zařízení dle smluvených termínů. K praktikování canisterapie je potřeba souhlasu pacienta a zařízení (13, 4,1).

Arteterapie u seniorů bývá aplikována při cvičení krátkodobé paměti, pro posílení vědomí vlastní hodnoty, jako pomůcka rehabilitace jemné motoriky.

Arteterapie pomáhá seniorům v přizpůsobení se nové životní situaci, poklesu fyzických sil, ztrátě zdraví, specifikům seniorského věku a sním spojeným změnám v sociální i ekonomické oblasti (18).

Hlavní strategie arteterapie se seniory jsou v práci s klientem v jeho momentálním aktuálním problému, práce s technikami, které odpovídají věku klienta, a hlavně posílení smyslu pro důstojnost. Arteterapie se seniory se snaží aktivizovat zbytky jejich vitality, flexibility, stimulovat jejich kreativitu. Například pro pacienty s Alzheimerovou chorobou jsou charakteristické výrazně prodloužené tvary objektů, chaotické uspořádání objektů, ornamentalizace a větší úspěchy v kolážových technikách. Arteterapii lze aplikovat formou individuální či skupinovou (18, 26).

Cílem **ergoterapie** v geriatrii je reedukace denních a sebeobslužných činností, omezení disability a stupně závislosti a dosažení přiměřené kvality ve stáří. Hlavními složkami ergoterapie, které mají zásadní význam v rehabilitaci ve stáří jsou cílená ergoterapie se zaměřením na výcvik úchopové schopnosti ruky, koordinaci, taxi, čítí, praxii, na výcvik kognitivních a gnostických funkcí (26).

Léčebná výchova k soběstačnosti patří mezi základní a nejdůležitější složky rehabilitace vůbec a má ještě větší význam v rehabilitaci seniorů. Je jednou ze složek ergoterapie, ale musí ji ovládat a praxi i realizovat každý fyzioterapeut a rámcově i každý zdravotník. Určitým vodítkem při této práci jsou testy soběstačnosti. Cíleně se nacvičují ty aktivity, které pacient nezvládá, anebo je zvládne pouze s dopomocí druhé osoby (24).

Kondiční ergoterapie – ruční práce, tkalcovské techniky, šití, malování, grafika, práce s hlínou, práce s papírem, textilem, dřevem, venkovní práce. Dále lze využít ergoterapii k léčbě poruch psychických - nesoustředěnost, vytrvalost, deprese, k testování zbylých funkcí, nácvik náhradních činností, co možná největší soběstačnost, k nácviku všedních denních činností - sebeobsluhy, k obnově zapomenutých běžných činností, eventuálně náhradních činností, k nácviku používání vhodných kompenzačních pomůcek. U seniorů se uplatňuje zejména kondiční ergoterapie, která má za úkol především aktivizaci, vyplnění volného času, zabavení klienta a funguje jako prevence psychických obtíží, depresí atd. (22, 26).

Pro sestavení programu kondiční ergoterapie je nutné znát celkový stav klienta, jeho věk, koníčky, pohlaví a sociální prostředí, ze kterého pochází nebo v něm je zvyklý se pohybovat. Terapeut musí brát ohled na různá tělesná omezení klienta, časté poruchy senzorických funkcí, snížení výkonových hodnot motoriky, percepce, sníženou schopnost pozornosti atd. Při ergoterapii lze využít různé terapeutické techniky a to výtvarné, textilní, práce s papírem, s přírodním materiálem, s hmotou (modelování, hnětení,..), pečení nebo vaření, nácvik jemné motoriky (puzzle, navlékání korálků) tyto činnosti lze doplnit celou řadou vhodných pomůcek. Při ergoterapii se uplatňuje také trénink soběstačnosti, kdy pacient nacvičuje činnosti spojené s hygienou, oblékáním a stavováním (24).

V průběhu našeho života se mění také ochota podílet se na práci ve skupině. Mnoho seniorů trpí duševními nemocemi, které ovšem nejsou překážkou pro **skupinové hry a činnosti**. Podmínkou je ovšem stanovit správnou úroveň obtížnosti těchto činností. Sestry musí své klienty poznat jako individuality a na základě této znalosti postupovat a přizpůsobovat vybrané aktivity. Existují dvě zásadní pravidla, činnost nesmí být příliš snadná, aby se lidé necítili zesměšněni a neměla by být příliš obtížná, aby nevyvolala pocity neúspěchu a frustrace. Čeho lze tedy pomocí skupinové práce dosáhnout? Především je možné podstatně omezit častý pocit osamění a izolace. Pravidelná účast na skupinových aktivitách vytváří v lidech přesvědčení, že někam patří a že jsou součástí přátelského společenství. Práce ve skupině umožňuje vzájemnou podporu lidí stejného věku, zprostředkuje výměnu poznatků, zážitků a zkušeností a pomáhá mimo jiné zvyšovat nezávislost (23).

1.5 Zdravotní pohybová charakteristika seniorů

Stárnutí postihuje celý pohybový aparát. Nejdříve dochází k omezování kloubní pohyblivosti, následuje pokles rychlosti a obratnosti a nakonec i síly a vytrvalosti. Jednou z příčin je snížení rychlosti svalové kontrakce a úbytek svalové hmoty. Degenerativní onemocnění, která se objevují zejména u žen v období klimakteria a postklimakteria, jsou artrózy a osteoporóza (17).

Osteoporóza je metabolické kostní onemocnění vyznačující se sníženým obsahem kostní hmoty, kost se stává křehčí. Ženy onemocní osteoporózou asi třikrát častěji než muži. **Osteoartróza** je nejčastější onemocnění pohybového ústrojí ve stáří. Jde o degenerativní onemocnění hyalinní chrupavky kloubu se snížením její pevnosti.

Osteomalacie je charakterizována poruchou mineralizace nově tvořené kosti. Kost je poddajná vůči tlaku, ohýbá se a deformuje. Příčinou onemocnění ve stáří bývá převážně špatná výživa a nedostatek slunečního záření (20).

Onemocnění pohybového ústrojí je druhým nejčastějším onemocněním starých lidí u nás. U lidí žijících na venkově byl zjištěn horší stav ve srovnání s obyvateli měst. Onemocnění pohybového ústrojí se projevila jako nejčastější příčina omezení soběstačnosti a nezávislosti starých lidí. Je prokázáno, že většinu těchto problémů si lidé do stáří přinášejí jako následek dlouhodobého přetěžování kloubního aparátu v mladším věku.(21).

Oslabení psychofyzické obratnosti u starších lidí často není důsledkem samotného procesu stárnutí, nýbrž důsledkem sedavého způsobu života. Pravidelný, vhodně zvolený pohyb dovoluje starším lidem udržet nebo zpětně získat takovou úroveň fyzické obratnosti a výkonnosti, která jim umožňuje být nezávislým na permanentní péči svého nejbližšího okolí, zpomaluje procesy stárnutí lidského organismu a zlepšuje kvalitu života seniorů. U lidí, kteří však nebyli za celý svůj život zvyklí věnovat se nějaké pohybové aktivitě, je těžké je k tomu přimět ve stáří. Nejlepší výsledek zaručuje pohyb spojený se změnou životního stylu. Změna dosavadního způsobu života u seniorů se však potýká se značnými potížemi, vyžaduje trpělivost a systematický přístup ze strany zdravotníků. Přesvědčit seniory o nutnosti změnit životní styl je těžké. Velkou roli zde sehrává přesvědčení, že oslabení těla a chronické nemoci jsou přirozeným jevem ve stáří a prakticky se s tím nedá nic dělat. Negativní roli někdy sehrává přemíra péče ze strany rodiny, kdy její členové brání starší osobě vykonávat běžné činnosti včetně těch nejlehčích (17).

1.5.1 Pohybová aktivizace seniorů

Pravidelné pohybové aktivity mohou tvořit nejlevnější komplexní zásah. Pohyb je jedním z rozhodujících faktorů, které mohou u člověka působit jako prevence obtíží v oblasti zdravotní i prožitkové. Pohybovými aktivitami lze pak vysoce efektivně motivačně působit na životní postoj starších, často osaměle žijících lidí (17).

Snížování množství pohybu je jedním z průvodních jevů současného životního stylu ve všech věkových kategoriích. Důsledkem bývá pokles fyzické i duševní výkonnosti a velmi často i zhoršený zdravotní stav a vyšší výskyt civilizačních onemocnění. Proto ústředním motivem přípravy na stáří je snaha přesvědčit jedince již ve středním věku o nutnosti promyšleného přístupu, který zahrnuje všechny oblasti nezbytné k racionálnímu způsobu života ve stáří (21).

Psychologickým problémem je neochota lidí preventivně se zabývat pohybovým programem. Lidé spíše začnou s určitým druhem pohybu až na začátku zdravotních obtíží. Motivace a ovlivňování seniorů k aktivnímu stylu života, jehož nezbytnou součástí jsou pohybové aktivity, je úkol velmi obtížný a dlouhodobý. Pro seniory je motivací k pohybu okruh přátel, kteří mají sami vztah k pohybu, doporučení lékaře či zdravotní důvody a příklad rodinného prostředí. Za nejvýznamnější bariéry se považují **osobnostní faktory** a to fyzické (zdraví, nemoc zdatnost) a psychické (pohodlnost, nedostaví se kladný prožitek) a **faktory blízkého okolí** (je mu to vytýkáno, je zesměšňován, náročné zaměstnání, časová náročnost). Nejčastějšími příčinami, které vedou k zanechání pravidelnější pohybové činnosti jsou zdravotní objektivní či subjektivní potíže a osobní rozhodnutí. Pro setrvání v pravidelném cvičení je nutný i emoční prožitek z pohybu, radost z atmosféry, která ke sportu patří (17).

Pohyb je základní potřebou každého živého tvora, včetně člověka. Veškerý život se projevuje pohybem, jsou s ním spojeny negativní i pozitivní prožitky. Pohybová cvičení mohou významně napomáhat ke změně postoje k sobě samým. Při hospitalizaci většinou dochází k omezení pohybu z různých příčin. Důvodem může být samo onemocnění nebo fakt, že pacient je najednou omezen i v běžných denních aktivitách či je nedokáže provádět bez dopomoci nebo naopak mu nějaké aktivity nejsou umožněny či nabízeny. Tato omezení mohou vést až k psychickým potížím a to i u pacientů, kteří

nebyli zvyklí aktivně se věnovat nějakému pohybu (20). Může například dojít k rozvoji geriatrického maladaptativního syndromu z nedostatečné aktivizace, k pocitům strachu či beznaděje. A právě i ty nejzákladnější cviky prováděné například na lůžku, které nabídne sestra mohou být účinnou obranou proti nežádoucím jevům.

1.5.2 Cviky a pohybové metody pro seniory

Vhodné formy pohybu pro seniory, které by splnily výše uvedené náležitosti, jsou zvláště pohyby pomalé, vědomě, klidně a soustředěně prováděné. Příhodný je rovněž takový pohyb, který je prováděn na povrchu těla, např. doteky, poklepy, masáže. Nejde jenom o pohyby velkých částí těla či těla jako celku. Oblíbené a účinné jsou cviky rukou i s prsty, nohou s prsty, cvičení mimických svalů, očí a jazyka, které mohou využít v aktivizaci i sestry (12).

Poměrně málo jsou docenována cvičení v představě – vizualizační cvičení. Jsou vhodná nejen pro imobilní seniory, ale u všech stimulují představivost, pozornost i důvěru ve své schopnosti. Na staršího cvičence účinně působí tichá hudba, nebo vhodný slovní doprovod, který posiluje sebedůvěru a sebeúctu (20).

Většina starších osob může začít s pohybovými aktivitami, aniž by nejdříve musela zhodnotit svůj zdravotní stav. Důkladné vyšetření je nutné u osob s nemocemi oběhového systému, plic, pohybového ústrojí a jiných. Cvičení musí být voleno dle individuálních schopností pacienta, které se dají posuzovat pomocí hodnotících škál. Pro cvičení musí být v místnosti dostatek prostoru a vhodná teplota. Na výběr jsou různé druhy cviků: uvolňující - snižují svalové napětí, dechové - zlepšují ventilaci plic a jsou důležité zejména u pacientů, kteří se velmi málo pohybují, dále cviky kondiční, cvičení pro zlepšení obratnosti. K projevům, kdy je nutné s cvičením ihned přestat, patří: bolest za hrudní kostí, dušnost nebo pocit strachu, závratě a nepřiměřené oslabení. Veškeré pohybové aktivity je vhodné během týdne střídat, zamezuje tím přetížení pohybového ústrojí. Pokud sestra sestavuje cvičební program pro seniory je nutné, má – li být účinek pohybu příznivý a zřetelný, respektovat věková specifika stárnoucího organismu, zdravotní stav, faktory motivace, dosaženou úroveň pohybových dovedností

i zdatnost účastníků. Pohyb by měl navozovat uvolnění, psychickou pohodu a zároveň radost a spontánní prožitek (17).

Všechny prostředky využívané v léčebné rehabilitaci seniorů můžeme orientačně rozdělit do tří skupin: **zatěžující, riskantní a proto kontraindikované procedury** (např. rychlostní a vytrvalostní cvičení, intenzivní pohybová terapie zatěžující kardiovaskulární systém), **procedury, při kterých se dávky musí přizpůsobit věku** (např. léčba vysokofrekvenčními proudy, klasická masáž, sauna) a **doporučené procedury** (např. individuální a skupinové cvičení, relaxační cvičení, dechová gymnastika, prvky jógy, ergoterapie). Ke komplexní rehabilitační péči o geriatrického pacienta patří i **polohování** s preventivním i léčebným cílem, ve kterém hraje sestra důležitou roli (12).

Pohybové metody pro seniory, které jsou u nás poměrně málo známy využívají velmi podobný pohybový základ. Uvádím zde pouze některé. Zařazuje se do nich **Zdravotní gymnastika podle Bess Mesendieckové**, která využívá cviky posilovací, protahovací a pasivní k uvědomění si správného průběhu pohybu, **Organicko – rytmická pohybová výchova podle metody Medau** zaměřená na vnímání vlastního těla, která využívá hudbu, **Systém zdravotních cvičení „Kinetika Cesar“** je odvozen z běžných pohybových aktivit každodenního života jako je posazování, vstávání, chůze, klekání. Jde o koordinačně – obratnostní cvičení posilující soběstačnost a sebedůvěru seniora, **Alexandrova technika** spočívá ve vypracování správných pohybových stereotypů (20).

V zájmu zlepšení pacientovi soběstačnosti a mobility můžeme poskytnout různé kompenzační pomůcky, které zefektivní aktivizaci. Vždy se ale musí posoudit, zda pacient pomůcky skutečně potřebuje, zda je umí správně používat a zda jsou pro něj vhodné s ohledem na jeho stav (12). Změny stárí se týkají celého těla, ale první, čeho si lze všimnout je ubývání svalové hmoty a svalové síly. Svaly jsou mohutným orgánem v těle, který dokáže udržet páteř ve správném postavení. V důsledku změn senioři takzvaně „rostou do země“, chodí více shrbení, ramena se posunují k sobě a nahoru, hlava se překlání, záda se ohýbají, rozsah v kyčlích se zmenšuje, kyčle bolí, kolena se pokrčují a ztrácí jistotu při došlapu. To vše jsou negativní změny, které se dají napravit

pozitivním vyrovnáním. Uvolnit a posílit svaly zad, uvést do správné činnosti svaly dolních končetin, zlepšit kontakt se zemí. Tyto a spoustu dalších pozitiv má cvičení pro seniory. Při provádění všech cviků musíme myslet na to, že člověk je celek, a proto by měly být vedeny všechny cviky tak, aby bylo zapojeno celé tělo, i když pokyny jsou zaměřené pouze na nejlépe kontrolovatelnou část pohybu. Nikdy nepracuje pouze jeden sval. Je důležité vnímat pohyb svého těla. Mnohem větší účinek má cvičení v hezkém a příjemném prostředí (10). Udržování funkčních schopností pomocí rehabilitace, aktivizace a změnou návyků je důležitým aspektem v koncepci zdravého stárnutí. Úsilí je třeba zaměřit na udržování dobré tělesné kondice tak dlouho, jak je to jen možné.

Mezinárodní program zaměřený na zdraví a stárnutí doporučuje zabránit jakékoli zbytečné ztrátě funkčního potenciálu u seniora, zaměřit se na prevenci a léčbu těch zdravotních problémů, které negativně ovlivňují kvalitu života, podporovat péči poskytovanou přáteli a příbuznými a usilovat o zabránění zániku této dobrovolné činnosti a zajistit starému člověku důstojnou smrt (7).

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

1. Zjistit, jak se sestry orientují v problematice aktivizace seniorů.
2. Zjistit, zda se sestry aktivně podílejí na aktivizaci seniorů.
3. Zjistit, zda sestry při aktivizaci pacientů spolupracují s ostatními členy zdravotnického týmu.
4. Zjistit, zda sestry zapojují do aktivizace pacientů rodinné příslušníky.

2.2 Hypotézy práce

1. Sestry jsou v problematice aktivizace seniorů orientovány.
2. Sestry aktivizují pacienty pouze rehabilitačním cvičením.
3. Sestry při aktivizaci pacientů s ostatními členy zdravotnického týmu nespolečně pracují.
4. Sestry se do aktivizace pacientů snaží zapojovat rodinné příslušníky.

3. METODIKA PRÁCE

3. 1 Použitá výzkumná metoda

Získávání informací k tématu „Způsoby aktivizace pacientů seniorů“ proběhlo formou dotazování prostřednictvím dotazníků pro sestry pracující na Oddělení následné péče v nemocnici Jihlava a v nemocnici České Budějovice, a. s. a pro pacienty hospitalizované na ONP v těchto nemocnicích. Dříve než byly dotazníky použity k výzkumu, proběhla pilotáž, 30 dotazníků bylo rozdáno rodině a spolužákům. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků pro oba zkoumané vzorky, návratnost dotazníků byla 88% ze 100%. Žádný z navrácených dotazníků nemusel být vyřazen, neboť všechny byly kompletně vyplněné.

Dotazník pro sestry obsahuje 26 otázek, z toho 13 otázek uzavřených a 13 otázek polootevřených. První čtyři otázky blíže charakterizují respondenty. Otázky 5 a 6 se zaměřují na znalosti respondentů o dané problematice, otázky 7 – 14 a 18, 19, 20 zjišťují jakými způsoby jsou pacienti na oddělení aktivizováni a jak je na oddělení aktivizace zajišťována. Otázky 15, 16, 17 zjišťují, zda sestry samy aktivizují pacienty, zda se o aktivizaci na svém oddělení zajímají a zda spolupracují s ostatními členy zdravotnického týmu při aktivizaci. Otázky 21 - 25 se týkají aktivizace pacientů ze strany jejich příbuzných a otázka 26 zjišťuje mínění sester o úrovni aktivizace na jejich oddělení. Dotazníků pro sestry bylo celkem 50, z toho 25 dotazníků pro sestry na ONP v Nemocnici České Budějovice, a. s. a 25 dotazníků pro sestry na ONP v Nemocnici Jihlava. Návratnost dotazníků od sester činila 82% (41 dotazníků) z počtu 50 rozdaných dotazníků.

Sběr informací od pacientů probíhal formou rozhovoru za pomoci dotazníku. Dotazník obsahuje 15 otázek, z toho 7 uzavřených a 8 polootevřených. První 3 otázky jsou informativního charakteru, otázky 4 - 8 zjišťují, zda jsou pacientům v průběhu hospitalizace nabízeny nějaké aktivity. Otázky 9 a 10 se dotazují, kdo pacientům aktivity nabízí a otázky 11, 12 zjišťují, zda se o aktivity pacientů zajímají také sestry. Ve kterou denní dobu a ve které dny jsou pacientům aktivity nabízeny a kdo s nimi spolupracuje se dotazují otázky 13 a 14. Celkový počet dotazníků pro pacienty byl 50,

z toho 25 dotazníků pro pacienty na jednotlivých ONP ve zmiňovaných nemocnicích. Návratnost dotazníků od pacientů byla 94% (47 dotazníků) z počtu 50 rozdaných dotazníků.

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Respondenty byly sestry pracující na ONP. Mezi dotazovanými nebyl ani jeden muž, celkem tedy odpovídalo 41 žen (100%) z 50 dotazovaných. Dotazníky byly rozděny osobně vrchním sestrám jednotlivých ONP ve zmiňovaných nemocnicích.

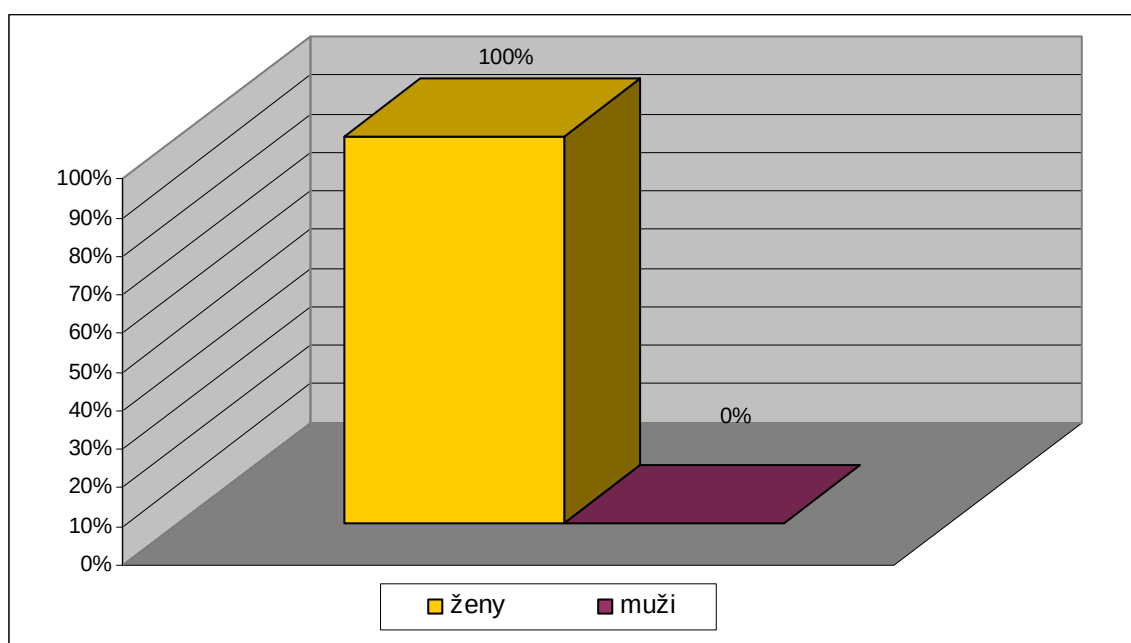
Druhými respondenty byli pacienti hospitalizovaní na ONP, mezi nimi bylo 20 mužů (43%) a 27 žen (57%), celkem tedy odpovídalo 47 respondentů (100%). Dotazníky byly s pacienty odebírány osobně formou rozhovoru, kdy pacienti odpovídali na otázky z dotazníku, které jim byly předčítány.

4. Výsledky

4.1. Dotazník pro sestry (A) a dotazník pro pacienty (B)

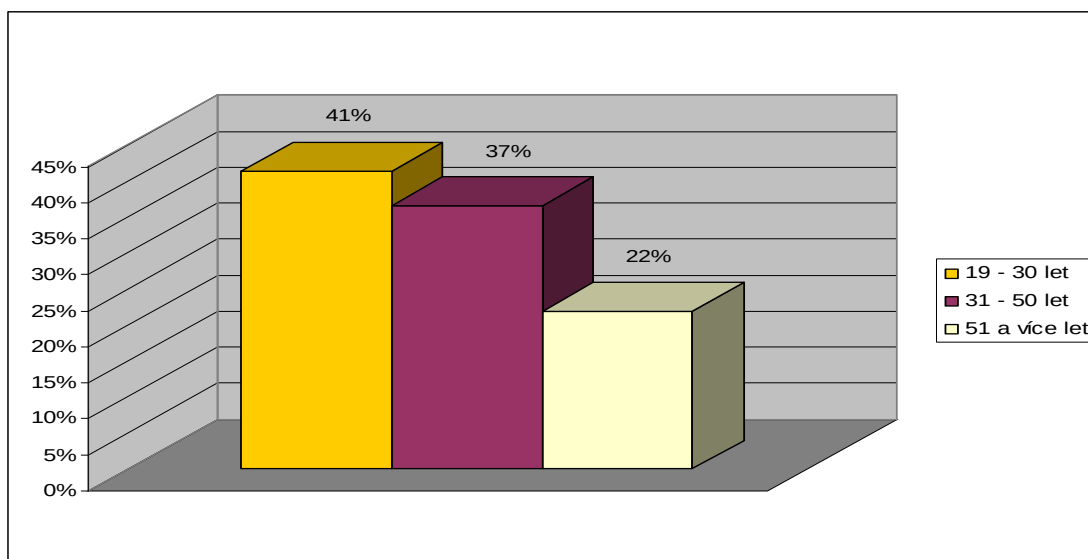
4.1.1 Dotazník pro sestry (A)

Graf 1 Pohlaví (graf k otázce č. 1 z dotazníku A)



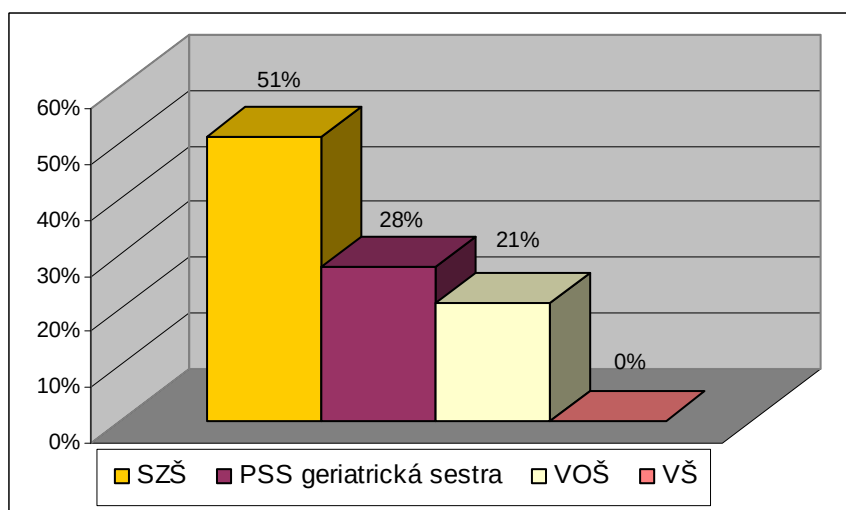
Z grafu vyplývá, že mezi dotazovanými nebyl žádný muž (0%) a odpovídalo tedy 41 žen (100%).

Graf 2 Věkové kategorie respondentů (graf k otázce č. 2 z dotazníku A)



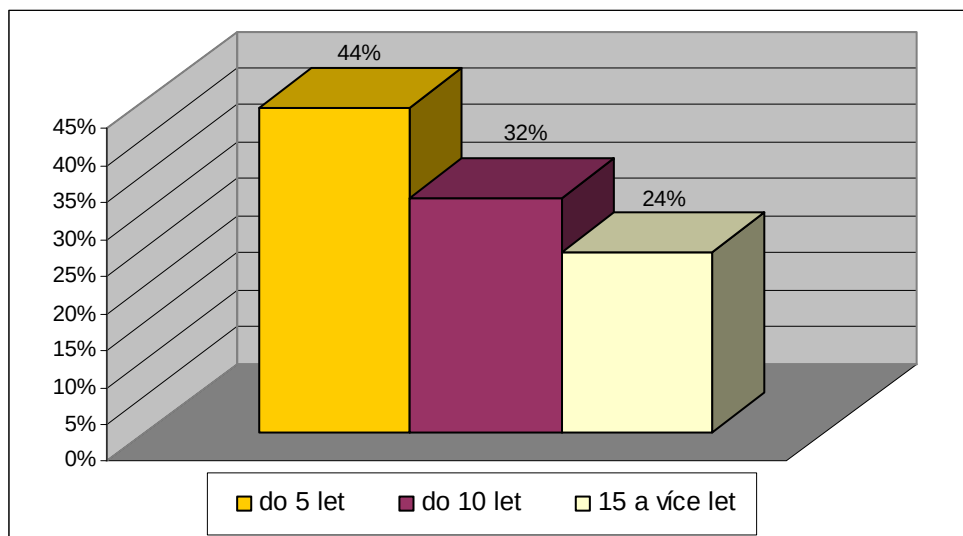
Z celkového počtu 41 odpovídajících respondentů (100%) bylo 17 sester (41%) ve věku 19 – 30 let; 15 sester (37%) ve věku 31 – 50 let a 9 sester (22%) ve věku 51 a více let.

Graf 3 Vzdělání respondentů (graf k otázce č. 3 z dotazníku A)



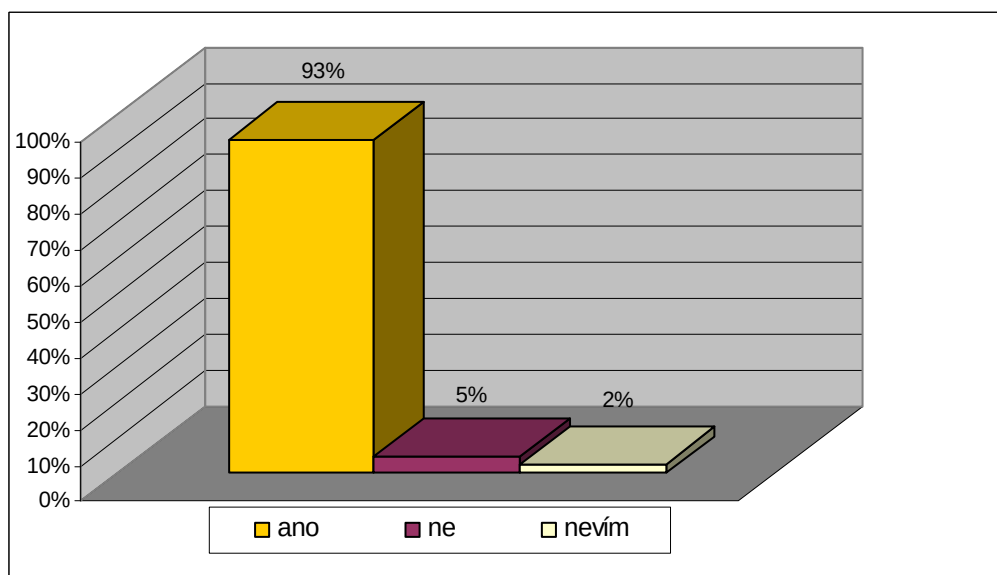
Graf znázorňuje, že z celkového počtu sester (100%) mělo 24 sester (51%) střední zdravotnické vzdělání; 11 sester (28%) pomaturitní specializační studium obor Geriatrická sestra; 6 sester (21%) vystudovalo vyšší odbornou školu a studium na vysoké škole neabsolvoval nikdo, tedy 0% respondentů.

Graf 4 Délka vykonávané praxe na ONP (graf k otázce č. 4 z dotazníku A)



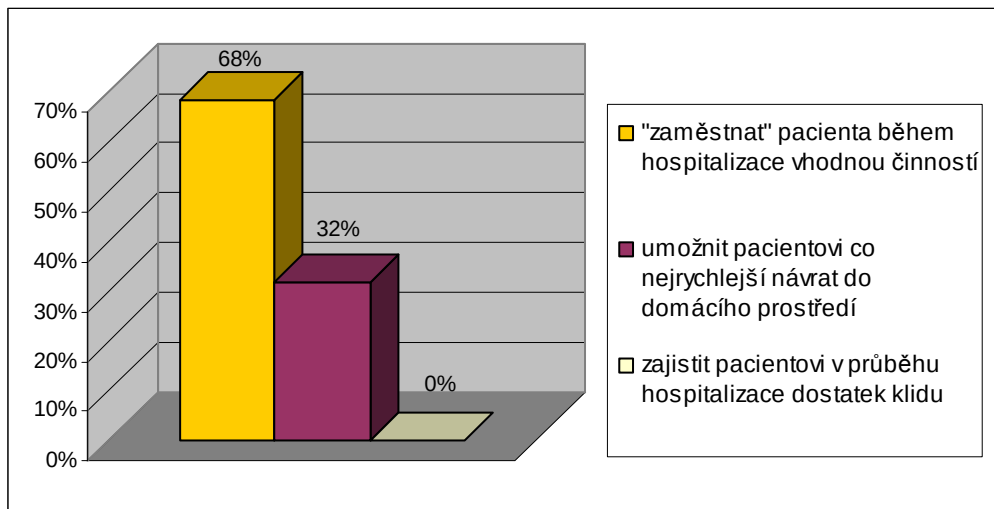
Z celkového počtu 41 respondentů (100%) pracovalo 18 sester (44%) na ONP do 5 let; 13 sester (32 %) do 10 let a 10 sester (24%) mělo 15 a více let praxe.

Graf 5 Aktivizace na oddělení (graf k otázce č. 5 z dotazníku A)



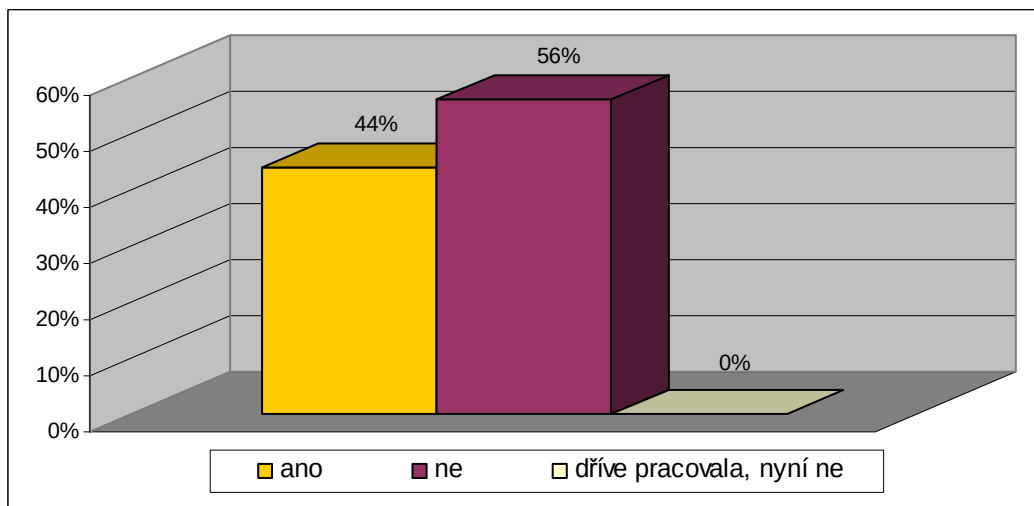
Graf demonstruje, jak sestry odpovídaly na otázku, zda na jejich oddělení probíhá aktivizace. Celkem odpovědělo 41 respondentů (100%). 38 sester (93%) označilo odpověď ano; 2 sestry (5%) odpověď ne a 1 respondent (2%) vybral možnost nevím.

Graf 6 Informovanost respondentů o aktivizaci *graf k otázce č. 6 z dotazníku A)*



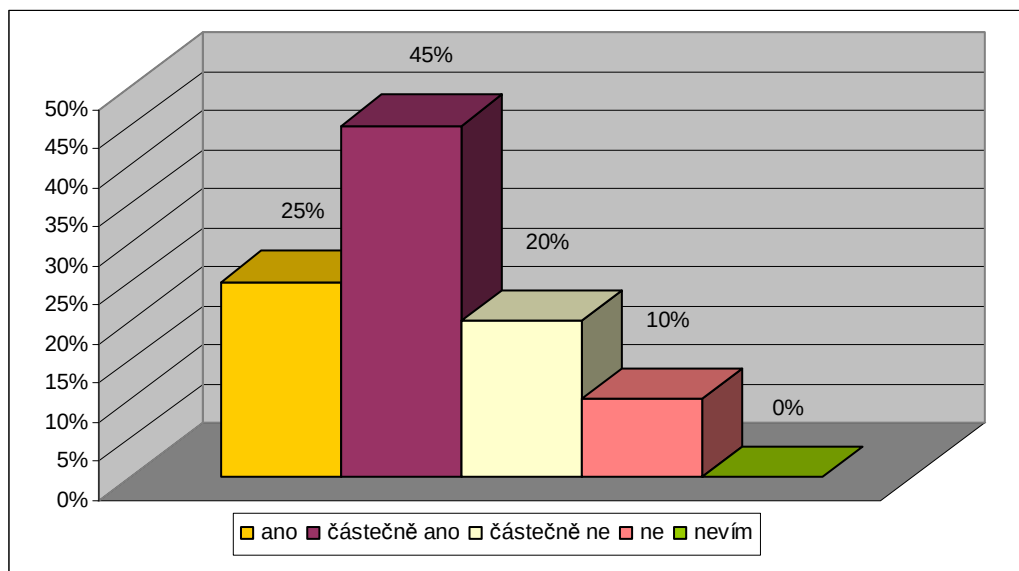
Z grafu vyplývá, že 28 sester (68%) zvolilo odpověď „zaměstnat“ pacienta vhodnou činností; 13 sester (32%) odpovědělo usnadnit pacientovi nejrychlejší návrat domů a možnost zajistit pacientovi v průběhu hospitalizace nezvolila žádná respondentka z dotázaných, tedy 0%.

Graf 7 Aktivizační sestra na oddělení *(graf k otázce č. 7 z dotazníku A)*



Z grafu vyplývá, zda je na oddělení přítomna aktivizační sestra. 20 sester (49%) uvedlo, že na jejich oddělení je přítomna aktivizační sestra; 21 sester (51%) odpovědělo, že na jejich oddělení aktivizační sestra nepracuje a možnost, že na oddělení aktivizační sestra dříve pracovala a nyní ne nezvolila žádná z dotázaných, tedy 0%.

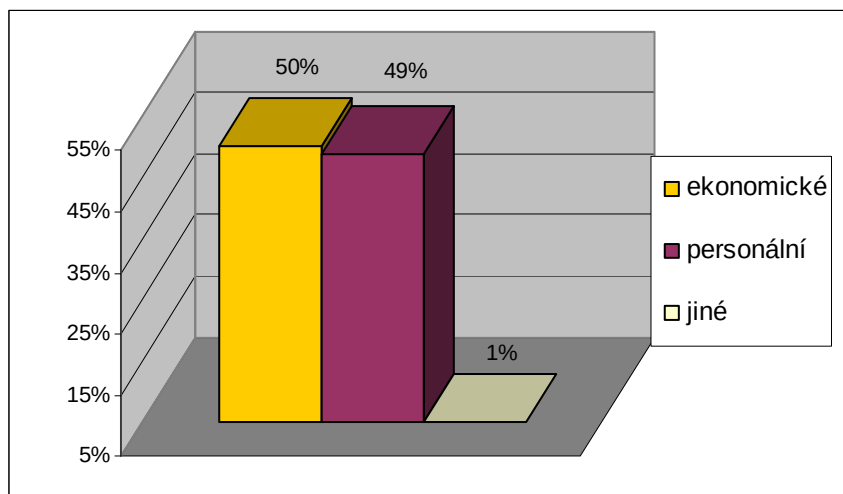
Graf 8 Aktivizační sestra a pacienti (graf k otázce č. 8 z dotazníku A)



Graf znázorňuje odpověď na otázku, zda si sestry myslí, že aktivizační sestra, která je na oddělení přítomna zvládá dostatečně aktivizovat všechny pacienty.

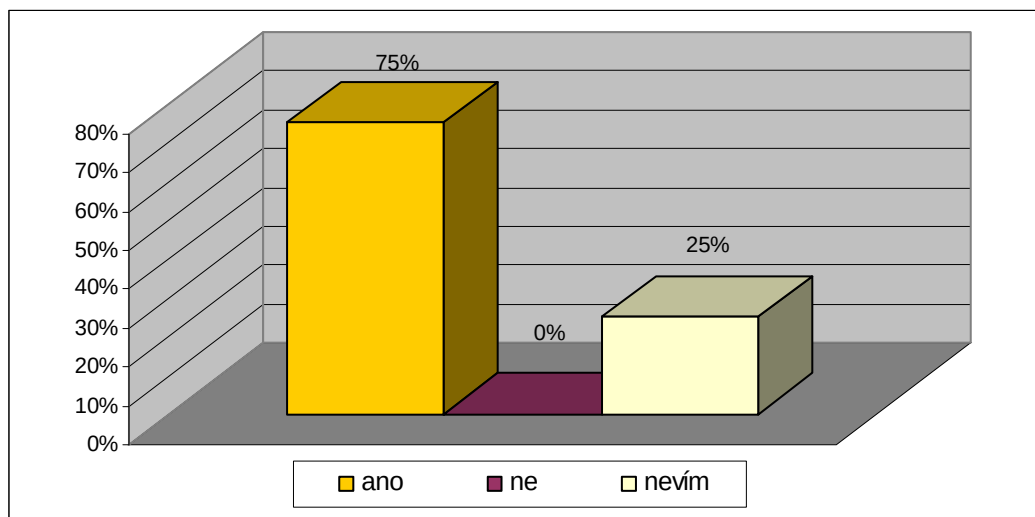
Na tuto otázku odpovídalo pouze 20 sester (49%) z celkového počtu 41 (100%) dotazovaných. Ano zvolilo 5 sester (25%); odpověď částečně ano zvolilo 9 sester (45%); možnost částečně ne označily 4 sestry (20%); odpověď ne vybrala 1 sestra (10%) a možnost nevím nevybrala žádná z dotazovaných, tedy 0%.

Graf 9 Důvody nepřítomnosti aktivizační sestry (graf k otázce č. 9 z dotazníku A)



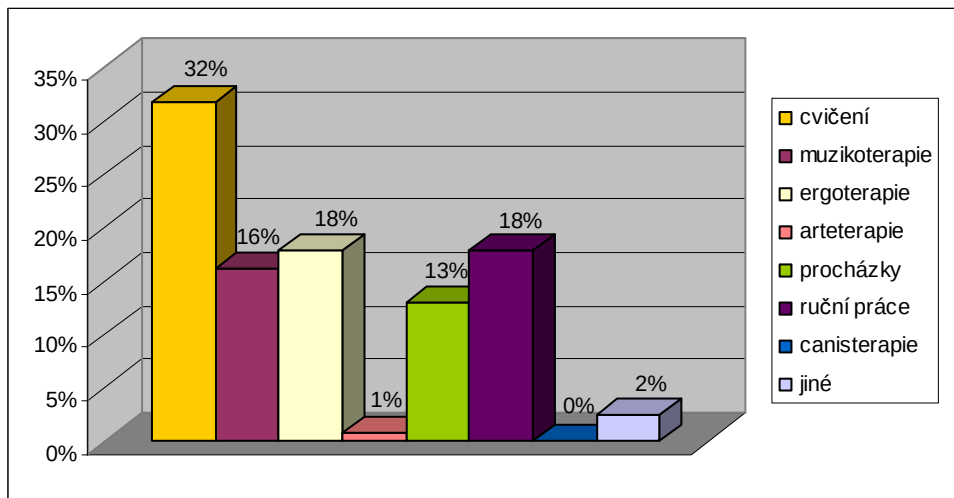
Z grafu vyplývají odpovědi na otázku, jaké jsou podle sester důvody toho, že na jejich oddělení nepracuje aktivizační sestra. 21 sester (50%) vybralo důvody ekonomické; 19 sester (49%) důvody personální a 1 sestra (1%) zvolila možnost jiné, kam doplnila nevím.

Graf 10 Možnost přítomnosti aktivizační sestry (graf k otázce č. 10 z dotazníku A)



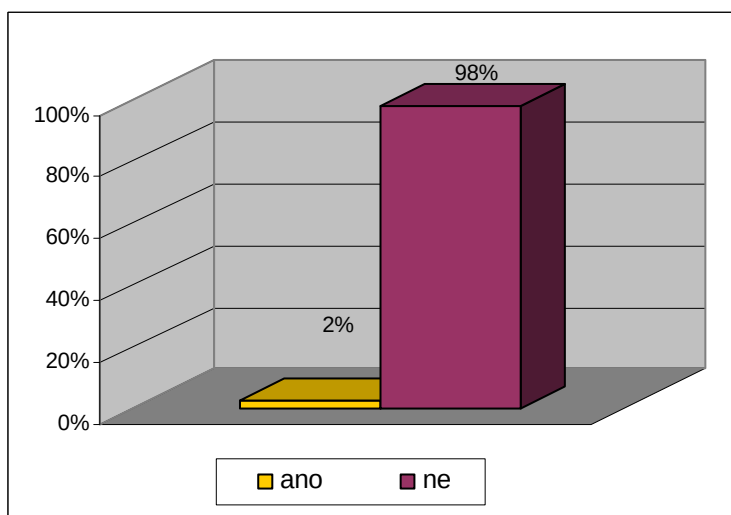
Graf vypovídá o tom, zda by sestry na svém oddělení uvítaly přítomnost aktivizační sestry. Na otázku odpovědělo pouze 24 sester (59%) z 41 (100%) dotazovaných. Ano zvolilo 18 sester (75%) z nichž 7 uvedlo, že by se zlepšila aktivizace na oddělení; 5 že by bylo více času na pacienty; 1 respondent uvedl, že by se zlepšila péče a 5 sester, že by se snížil výskyt psychických potíží pacientů a prováděl by se nácvik sebeobslužných činností. Odpověď ne nezvolil žádný z respondentů (0%); možnost nevím vybralo 6 sester (25%).

Graf 11 Způsoby aktivizace pacientů (graf k otázce č. 11 z dotazníku A)



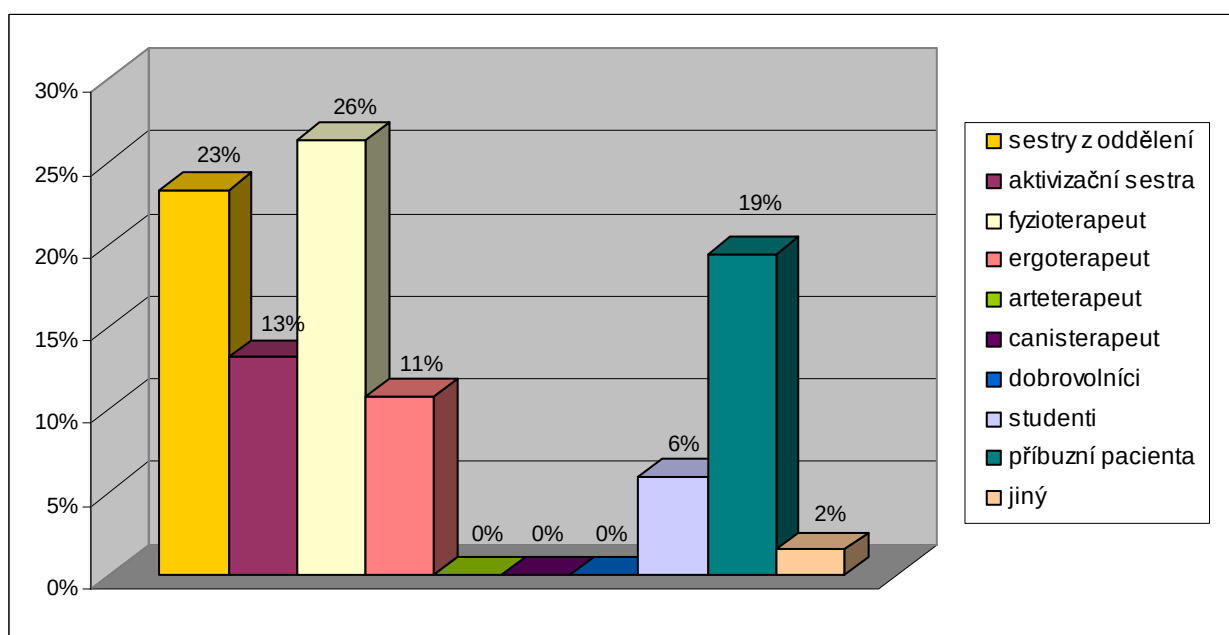
Graf znázorňuje nejčastější způsoby aktivizace na oddělení. Na otázku bylo 123 odpovědí (100%). Respondenti mohli zvolit více odpovědí. 39 sester (32%) zvolilo za nejčastější způsob aktivizace cvičení; 22 sester (18%) ergoterapii a ruční práce; 20 sester (16%) muzikoterapii. Procházky označilo 16 sester (13%); možnost arteterapie vybrala 1 dotazovaná (1%) a možnosti jiné zvolili 3 respondenti (2%), 1 uvedl četbu a 2 respondenti doplnili, že žádné způsoby aktivizace na oddělení neprobíhají.

Graf 13 Dobrovolníci na oddělení (graf k otázce č. 12 z dotazníku A)



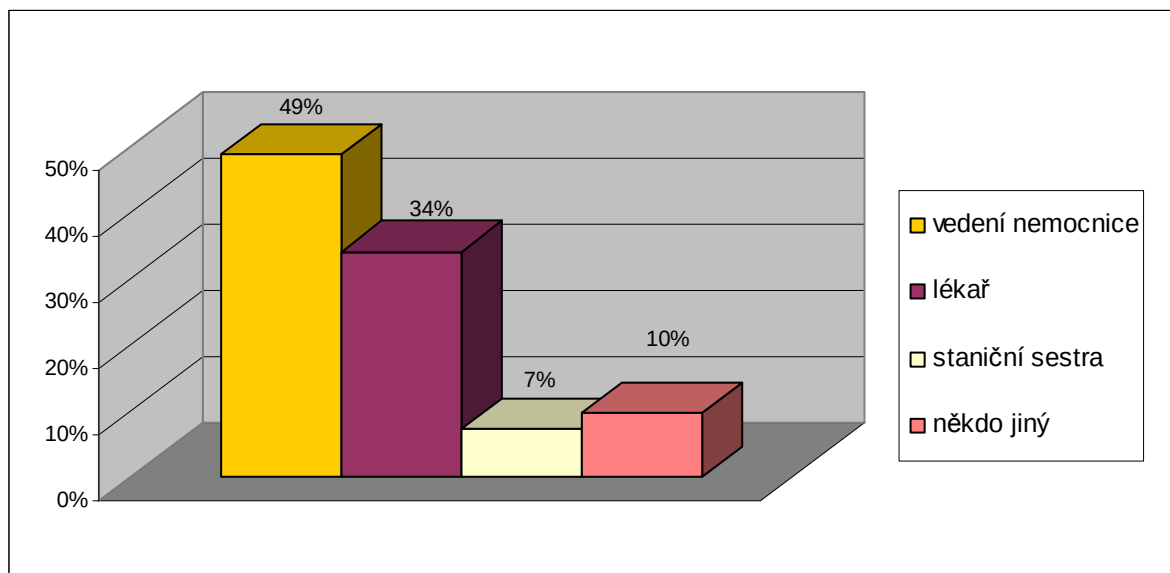
Graf znázorňuje, zda na oddělení dochází dobrovolníci, 40 sester (98%) odpovědělo, že na oddělení dobrovolníci nedochází a 1 sestra (2%) zvolila odpověď ano.

Graf 14 Zajištění aktivizace na oddělení (graf k otázce č. 13 z dotazníku A)



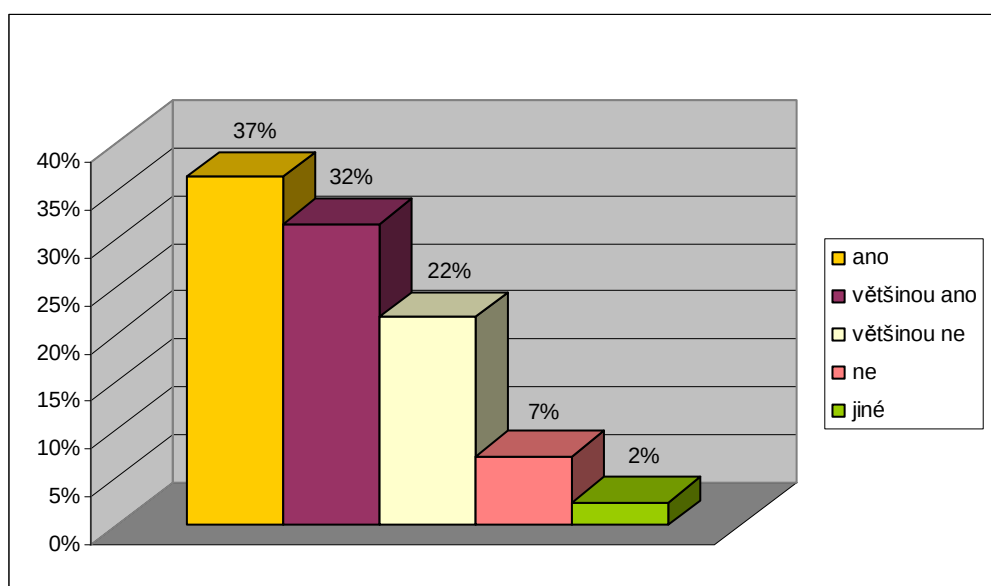
Graf znázorňuje, kým je na oddělení zajišťována aktivizace. U této otázky mohly respondenti zvolit více odpovědí. Na tuto otázku bylo odpovězeno 129krát. 30 respondentů (23%) odpovědělo, že aktivizaci zajišťují sestry z oddělení; 17 respondentů (13%) označilo aktivizační sestru; 34 sester (26%) zvolilo fyzioterapeuta; 14 (11%) ergoterapeuta; arteterapeut, canisterapeut a dobrovolníky nezvolil žádný respondent, tedy 0%; 7 sester (6%) uvedlo studenty; 25 sester (19%) označilo za účastníky aktivizace příbuzné pacientů. Na možnost jiný odpověděly 2 sestry, 1 doplnila, že aktivizaci zajišťují ostatní pacienti a druhá sestra doplnila, že aktivizaci nikdo nezajišťuje.

Graf 15 Přítomnost rehabilitačních pracovníků (graf k otázce č. 14 z dotazníku A)



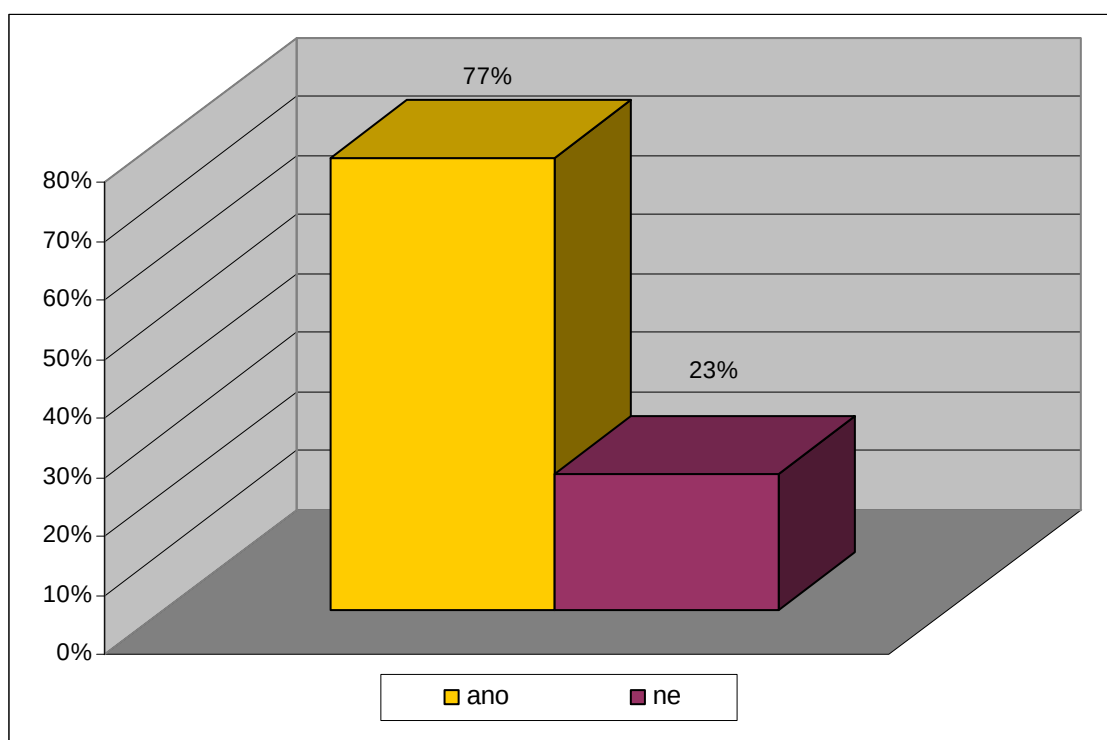
Z grafu vyplývá, že návštěvu rehabilitačních pracovníků podle 20 respondentů (49%) zajišťuje vedení nemocnice; podle 14 sester (34%) lékař; 3 sestry (7%) označily staniční sestru a 4 respondenti (10%) zvolily možnost někdo jiný, přičemž 2 sestry doplnily, že rehabilitační pracovníci jsou přítomni na oddělení a 2 sestry doplnily, že návštěva rehabilitačních pracovníků není zajišťována nikým.

Graf 16 Spolupráce sester při aktivizaci (graf k otázce č. 15 z dotazníku A)



Graf poukazuje na spolupráci sester s ostatními členy zdravotnického týmu při aktivizaci pacientů. Na tuto otázku odpovědělo celkem 41 respondentů (100%). 15 sester (37%) uvedlo, že při aktivizaci pacientů spolupracují; 13 respondentů (32%) označilo odpověď většinou ano; 9 respondentů (22%) uvedlo, že většinou ne; 3 sestry (7%) odpověděly, že při aktivizaci nespupracují a 1 sestra (2%) uvedla možnost jiné, kde doplnila, že při aktivizaci spolupracuje individuálně, dle času a potřeby.

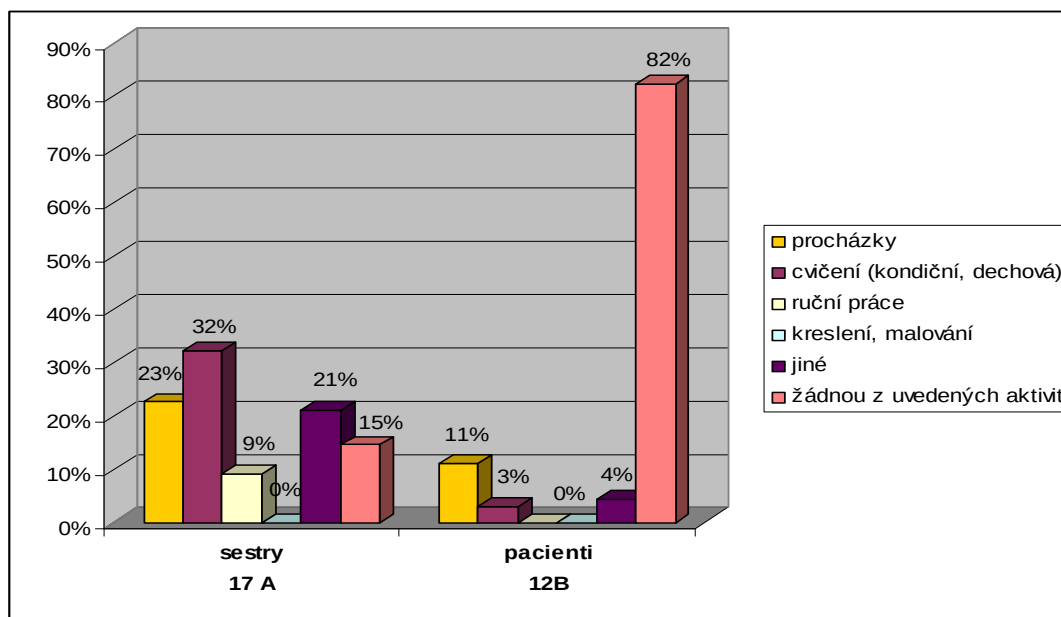
Graf 17 Sestry a aktivizace pacientů (graf k otázce č. 16 z dotazníku A)



Graf znázorňuje, zda sestry samy aktivizují pacienty. Na tuto otázku odpovědělo 39 sester (95%) z dotazovaných 41 sester (100%). Ano odpovědělo 30 sester (77%) a odpověď ne zvolilo 9 sester (23%). Jako důvody proč neaktivizují uvedlo 8 sester, že nemají čas, 1 sestra že aktivizace z její strany je individuální a 1 respondent odpověděl, že neaktivizuje z důvodu nedostatku personálu.

Graf 18 Aktivizace pacientů

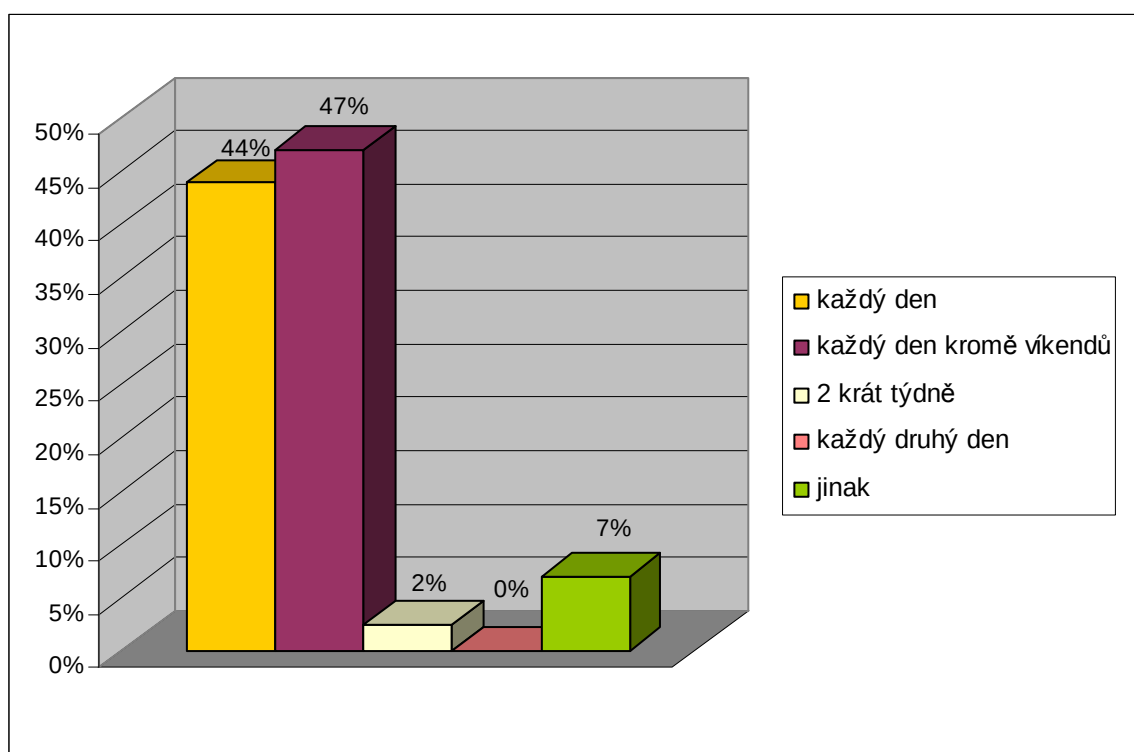
(graf k otázce č. 17 z dotazníku A, graf k otázce č. 12 z dotazníku B)



Tento graf zobrazuje otázku č. 17 z dotazníku pro sestry a otázku č. 12 z dotazníku pro pacienty. Sestry zde vybíraly 2 způsoby, kterými aktivizují pacienty. Na tuto otázku bylo odpovězeno ze strany sester 53krát. 9 sester (23%) na tuto otázku neodpovídalo. 14 sester (23%) odpovědělo, že aktivizují pacienty procházkami; 20 sester (32%) aktivizuje pacienty cvičením; ruční práce jako formu aktivizace uvedlo 6 sester (9%); kreslení a malování nezvolila žádná z dotazovaných, tedy 0% a jako jiné možnosti aktivizace zvolilo 13 sester (21%) jiné způsoby, přičemž dopsaly 2 respondenti polohování, 4 sestry rozhovor, 3 sestry uvedly že aktivizují tím, že umožní pacientům sledovat televizi a číst si a 1 dotazovaná uvedla, že aktivizuje pacienty poslechem hudby. Možnost žádnou z uvedených aktivit označená 15% vyplývá z odpovědí sester na předchozí otázku.

Na tuto otázku pacienti odpověděli celkem 45krát a mohli zvolit více odpovědí. Na možnosti, které aktivity s nimi sestry provádí odpovědělo 5 pacientů (11%) procházky; 1 respondent (3%) cvičení; možnost ruční práce a kreslení malování nezvolil ani jeden z dotazovaných pacientů. Jiné než nabízené aktivity zvolili 2 pacienti (4%) a možnost, že sestry s pacienty neprovádí žádné aktivity označilo 37 dotazovaných respondentů (82%).

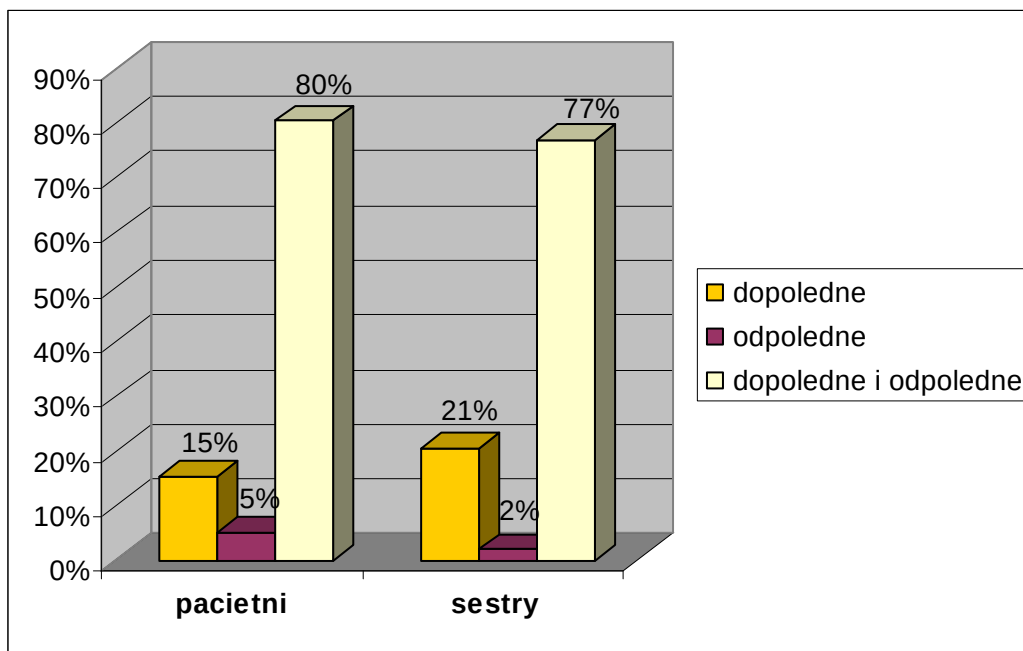
Graf 19 Průběh aktivizace na oddělení (graf k otázce č. 18 z otazníku A)



Graf znázorňuje, jak často probíhá na oddělení aktivizace. Na tuto otázku odpovídalo 41 respondentů (100%). 18 sester (44%) odpovědělo, že pacienti na jejich oddělení jsou aktivizováni každý den; 19 sester (47%) vybralo odpověď každý den kromě víkendů; 1 respondent (2%) uvedl, že aktivizace probíhá 2krát týdně. Odpověď každý druhý den nezvolil žádný z respondentů. Možnost jinak zvolily 3 sestry (7%) a 2 dopsaly, že aktivizace probíhá individuálně a 1 respondent doplnil, že aktivizace neprobíhá vůbec.

Graf 20 Průběh aktivizace během dne

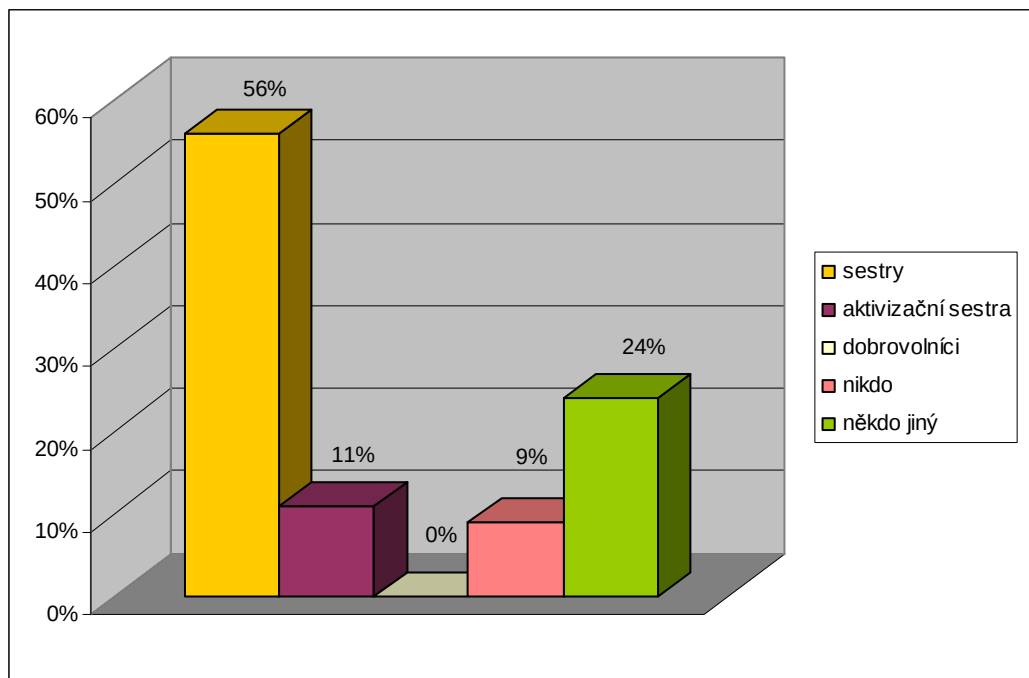
(graf k otázce č. 19 z dotazníku A, graf k otázce č. 13 z dotazníku B)



Graf demonstruje otázku číslo 19 z dotazníku pro sestry a otázku číslo 13 z dotazníku pro pacienty. Na tuto otázku odpovědělo 39 sester (95%) z 41 (100%). Možnost, že aktivizace probíhá dopoledne zvolilo 8 respondentů (21%); 1 sestra (2%) označila možnost odpoledne; 30 respondentů (77%) označilo možnost dopoledne i odpoledne. Pacienti měli označit, kdy v průběhu dne se mohou věnovat nějaké aktivitě. Odpovědělo celkem 46 respondentů (98%) ze 47 dotazovaných (100%). 7 pacientů (15%) uvedlo, že se aktivitám mohou věnovat dopoledne; 2 respondenti (5%) označili možnost odpoledne a 37 pacientů (80%) uvedlo, že se aktivitám mohou věnovat dopoledne i odpoledne.

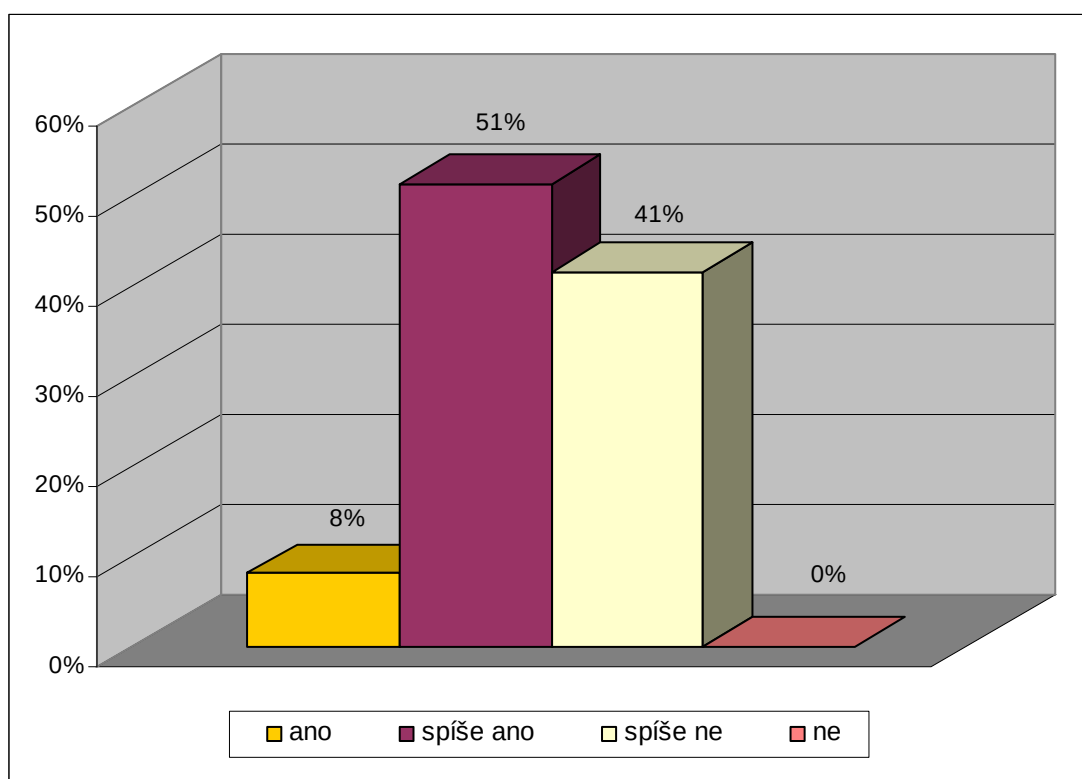
Graf 21 Zajištění aktivizace v odpoledních hodinách

(graf k otázce č. 20 z dotazníku A)



Graf ukazuje, kdo aktivizuje pacienty odpoledne. Na tuto otázku bylo celkem 46 odpovědí od 41 (100%) dotazovaných respondentů. 26 sester (56%) uvedlo, že aktivizaci zajišťují ony samy; 5 z dotázaných (11%) označilo aktivizační sestru; dobrovolníci aktivizaci na oddělení nezajišťují (0%). Z odpovědí 4 sester (9%) vyplývá, že aktivizace v odpoledních hodinách není zajišťována nikým. A možnost, že aktivizaci zajišťuje někdo jiný zvolilo 10 respondentů (24%), z nichž 10 sester doplnilo, že aktivizaci odpoledne zajišťují příbuzní pacientů a 1 sestra dopsala do této možnosti rehabilitačního pracovníka.

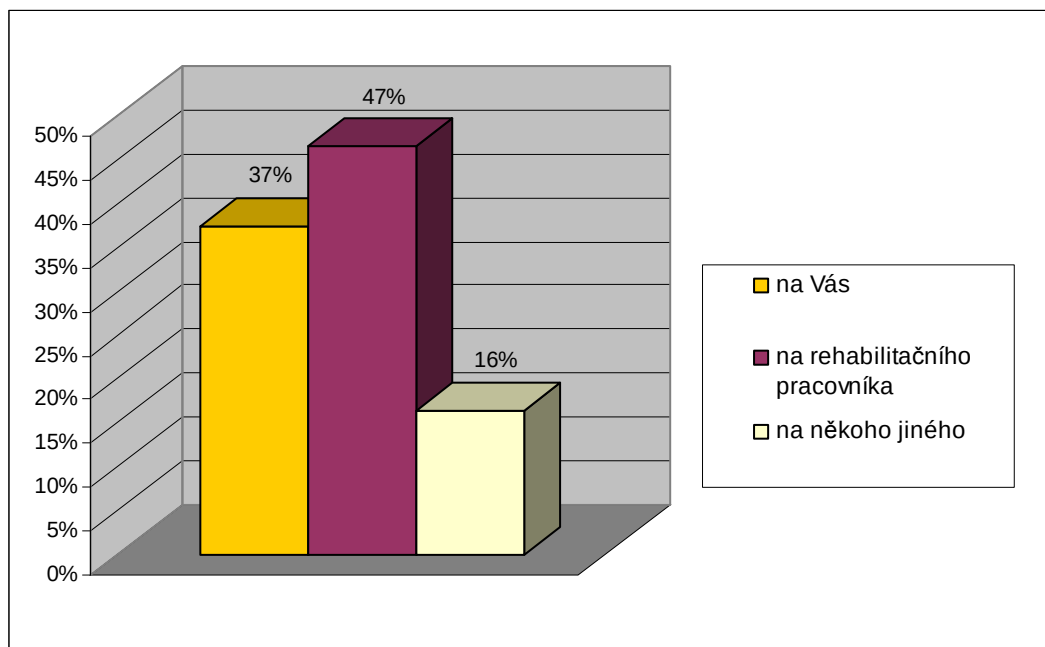
Graf 22 Zájem příbuzných o aktivizaci (graf k otázce č. 22 z dotazníku A)



Z otázky číslo 21 z dotazníku sester vyplynulo, že příbuzní pacientů mají možnost podílet se na jejich aktivizaci, na otázku odpovědělo 41 sester (100%) ano.

Tento graf znázorňuje, zda mají příbuzní zájem o aktivizaci. Otázku zodpovědělo 41 sester, tedy 100%. 3 respondenti (8%) uvedly jako svoji odpověď ano; 21 sester (51%) označilo možnost spíše ano; 17 sester (41%) uvedlo spíše nezájem ze strany příbuzných a odpověď ne neoznačila ani jedna z dotazovaných, tedy 0%.

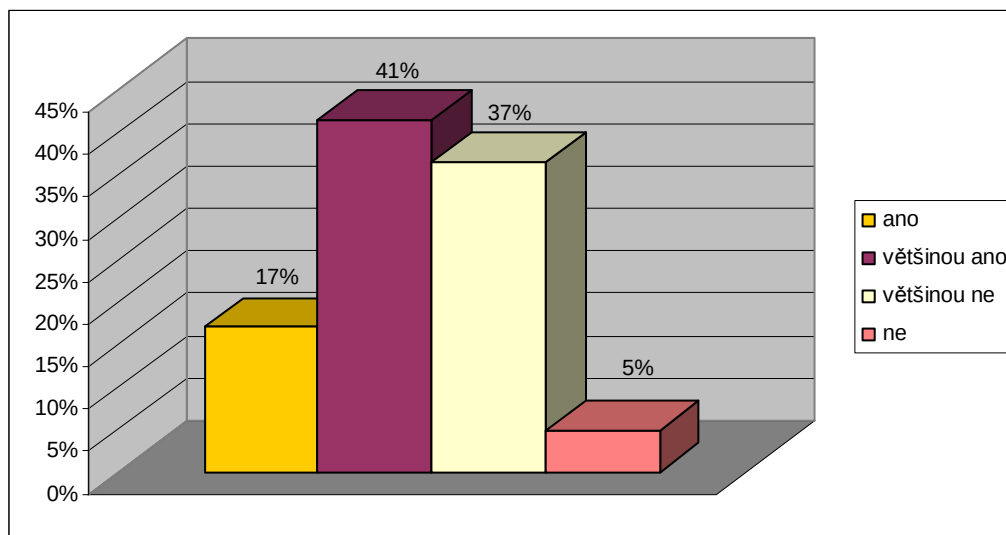
Graf 23 Poskytování informací příbuzným (graf k otázce č. 23 z dotazníku A)



Graf demonstruje odpovědi na otázku, na koho se mohou příbuzní pacienta obrátit, pokud požadují nějaké informace o aktivizaci. Tato otázka byla zodpovězena 43krát od 41 dotazovaných (100%). 16 sester (37%) uvedlo, že příbuzní se s žádostí o informace mohou obrátit přímo na ně; 20 respondentů (47%) označilo za poskytovatele informací rehabilitačního pracovníka. Možnost obrátit se na někoho jiného označilo 7 sester (16%) a všechny doplnily, že informace poskytne lékař.

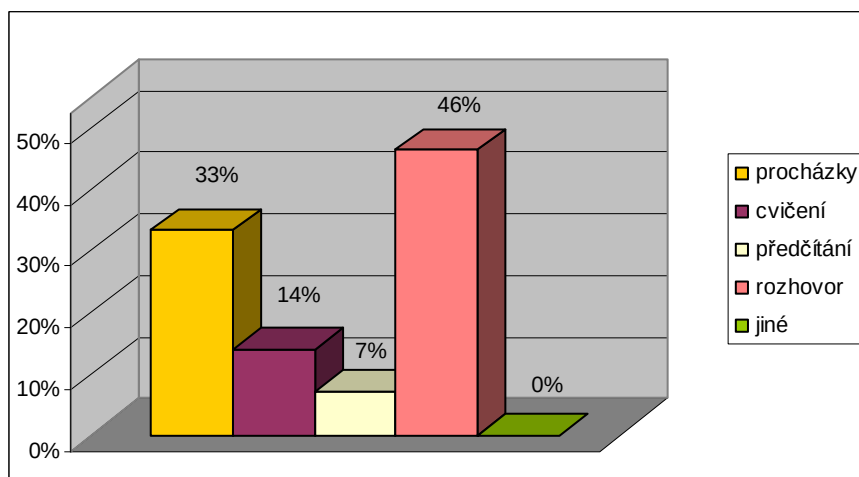
Graf 24 Nabídka sester příbuzným podílet se na aktivizaci

(graf k otázce č. 24 z dotazníku A)



Graf znázorňuje, zda sestry aktivně nabízejí příbuzným pacientů podílet se na jejich aktivizaci. 7 dotazovaných (17%) odpovědělo ano; 17 sester (41%) označilo spíše ano; 15 sester (37%) zvolilo většinou ne. Odpověď ne označily 2 sestry (5%).

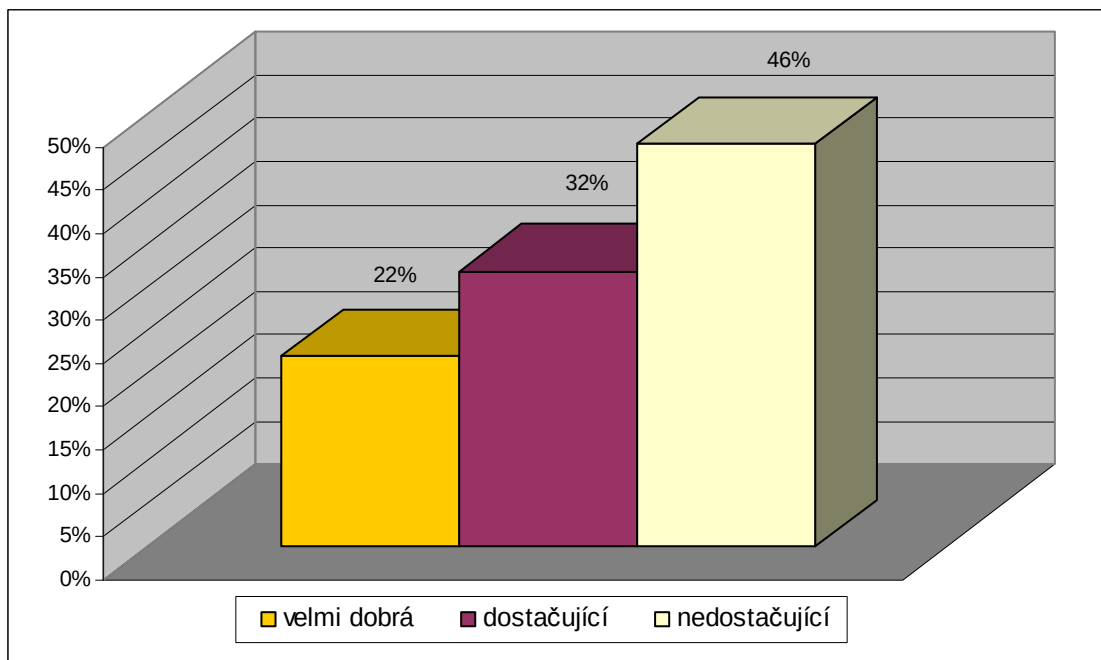
Graf 25 Činnosti, kterými aktivizují příbuzní (graf k otázce č. 25 z dotazníku A)



Z grafu vyplývá, že jako nejčastější možnost aktivizace ze strany příbuzných označilo 39 sester (46%) rozhovor; 28 respondentů (33%) procházky; 11 sester (14%) cvičení; 6 respondentů (7%) předčítání a možnost jiné ne zvolila žádná z dotazovaných. V této otázce bylo možné zvolit více odpovědí, kterých bylo celkem 84.

Graf 26 Úroveň aktivizace na oddělení dle respondentů

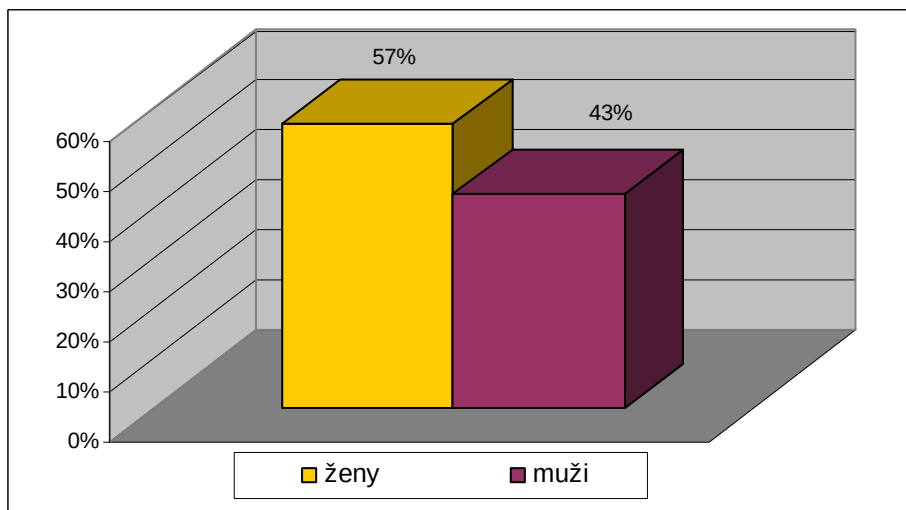
(graf k otázce č. 26 z dotazníku A)



Graf demonstruje, jak sestry hodnotí úroveň aktivizace na jejich oddělení. Na otázku odpovědělo 41 respondentů (100%), přičemž 9 sester (22%) se domnívá, že aktivizace na jejich oddělení je na velmi dobré úrovni; odpověď dostačující zvolilo 13 sester (32%) a jako nedostačující označilo úroveň aktivizace na svém oddělení 19 sester (46%).

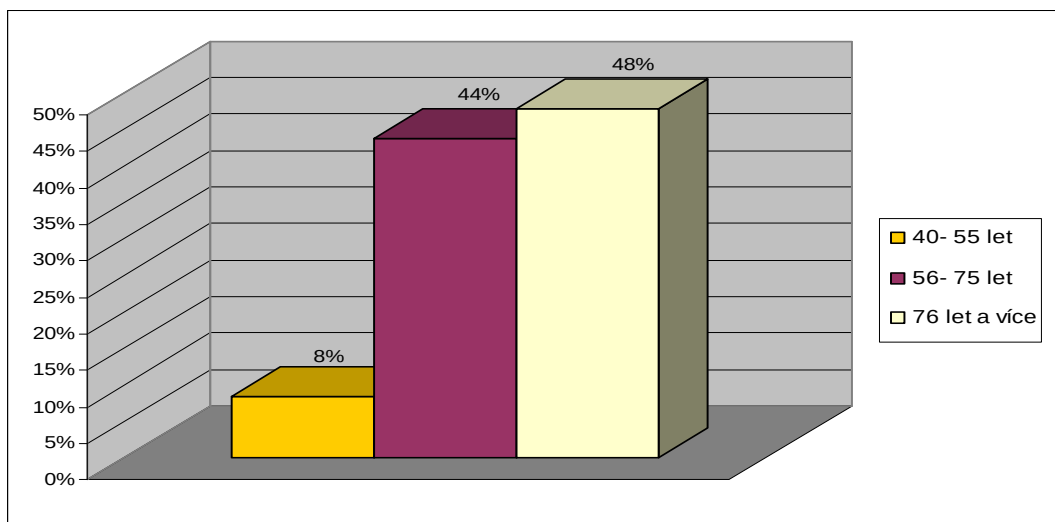
4.1.2 Dotazník pro pacienty (B)

Graf 1 Pohlaví respondentů (graf k otázce č. 1 z dotazníku B)



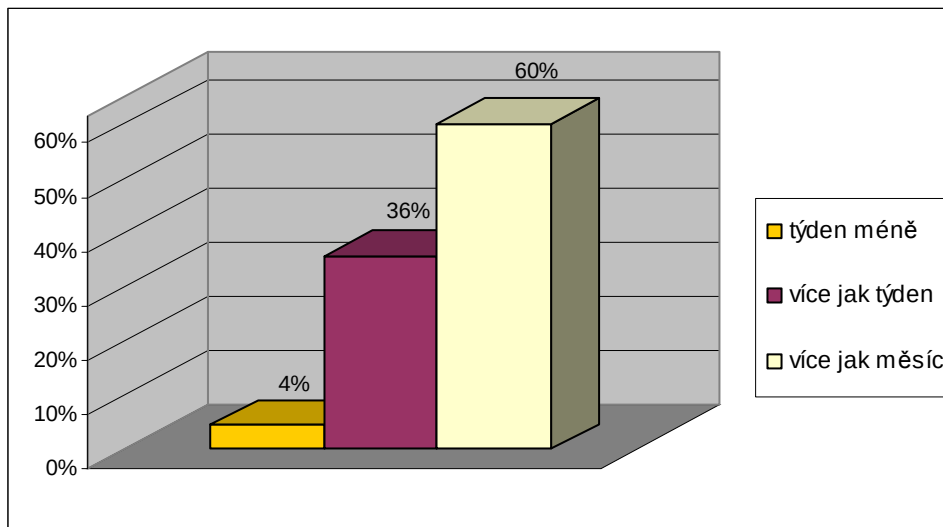
Z celkového počtu 50 dotazovaných, odpovědělo 47 (100%) respondentů. Z grafu tedy vyplývá, že 20 respondentů (43%) byli muži a 27 respondentů (57%) tvořily ženy.

Graf 2 Věk (graf k otázce č. 2 z dotazníku B)



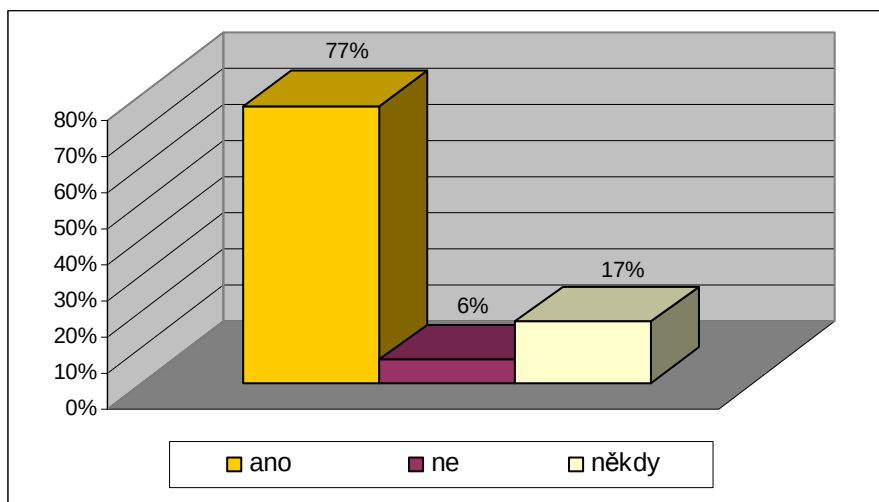
Graf znázorňuje věkové rozpětí respondentů. 4 (8%) z odpovídajících 47 (100%) respondentů byli ve věku 40 – 55 let, 21 respondentů (44%) bylo ve věku 56 – 75 let a ve věku 76 let a více bylo 23 respondentů (48%).

Graf 3 Délka hospitalizace na ONP (graf k otázce č. 3 z dotazníku B)



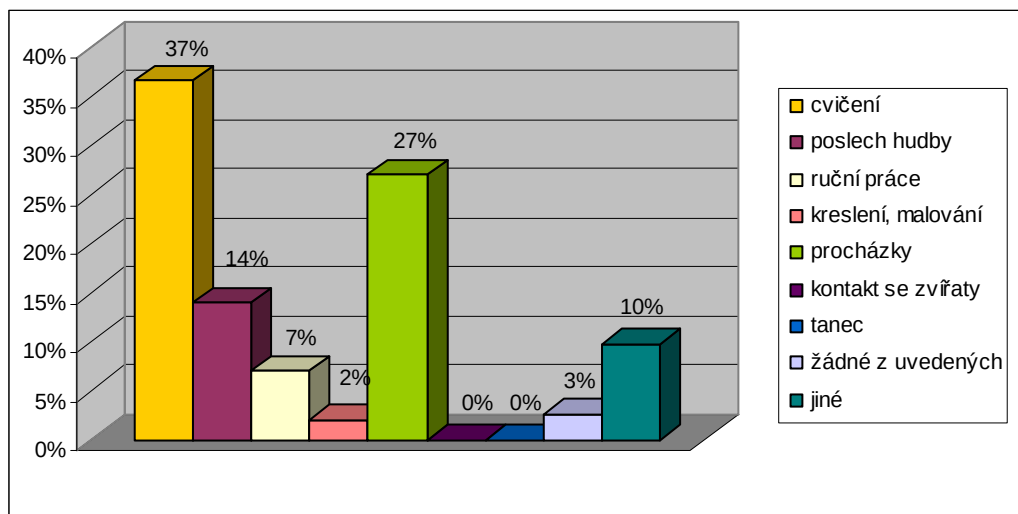
Graf udává délku hospitalizace respondentů. Na tuto otázku odpovědělo 45 respondentů (96%) z 47 (100%). 2 pacienti (4%) uvedli, že jsou hospitalizováni týden a méně, 21 respondentů (36%) označilo možnost více jak týden a 27 pacientů (60%) bylo na ONP hospitalizováno více jak měsíc.

Graf 4 Aktivity pro pacienty (graf k otázce č. 4 z dotazníku B)



Graf znázorňuje, zda jsou pacientům nabízeny nějaké aktivity. Na tuto otázku odpovědělo 47 respondentů (100%). 36 pacientů (77%) uvedlo že ano, 3 respondenti (6%) označilo odpověď ne a 8 pacientů zvolilo možnost někdy.

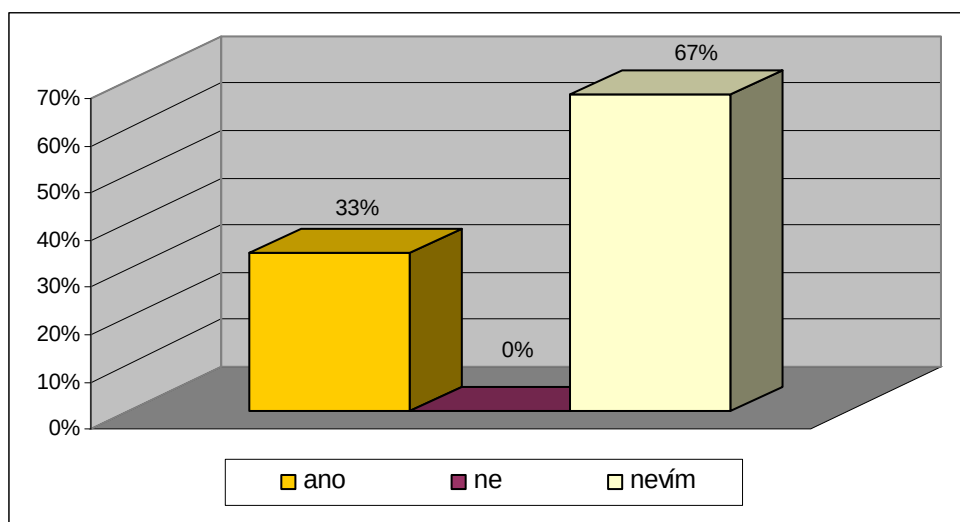
Graf 5 Aktivity nabízené pacientům (graf k otázce č. 5 z dotazníku B)



Graf znázorňuje aktivity nabízené pacientům na oddělení. Odpovědi na tuto otázku bylo 112 (100%). Respondenti mohli zvolit více možností. Nejčastěji volenou aktivitou bylo cvičení, zvolilo jej 41 pacientů (37%); možnost poslouchat hudbu zvolilo 16 respondentů (14%); ruční práce označilo 9 pacientů (7%); kreslení a malování 2 respondenti (2%); možnost procházek označilo 30 pacientů (27%); kontakt se zvířaty neoznačil ani jeden z dotazovaných, tedy 0%; 3 pacienti (3%) uvedli, že jim na oddělení nejsou nabízeny žádné aktivity. Možnost jiné označilo 7 respondentů (10%), 5 jich vybralo sledování televize a 2 četbu.

Graf 6 Zájem účastnit se případně nabízených aktivit

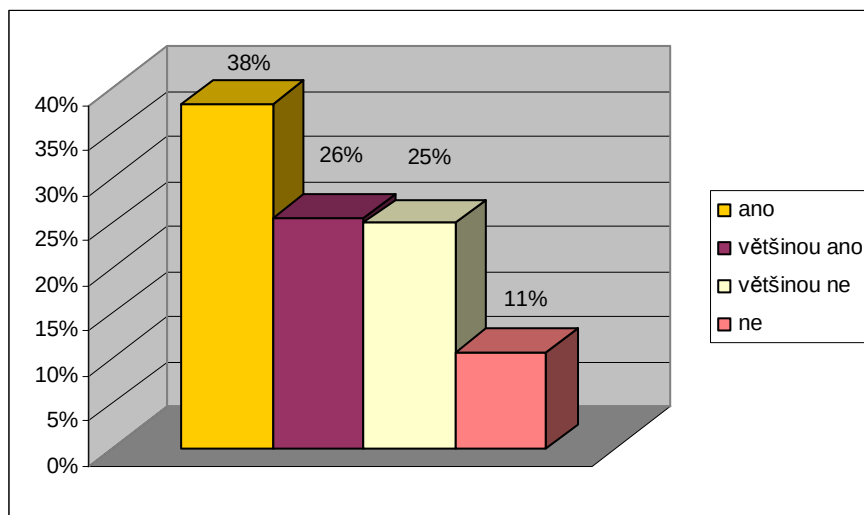
(graf k otázce č. 6 z dotazníku B)



Graf znázorňuje otázku, zda by pacienti měli zájem účastnit se aktivit, kdyby jim byly nějaké nabízeny. Vyplnění této otázky bylo závislé na odpovědi v otázce předchozí (otázka č. 5) odpovídali na ni tedy pouze 3 respondenti (6%) ze 47 (100%). 1 pacient (33%) uvedl, že by zájem o aktivity měl, možnost ne, nezvolil ani jeden z odpovídajících a možnost nevím označili 2 respondenti (67%).

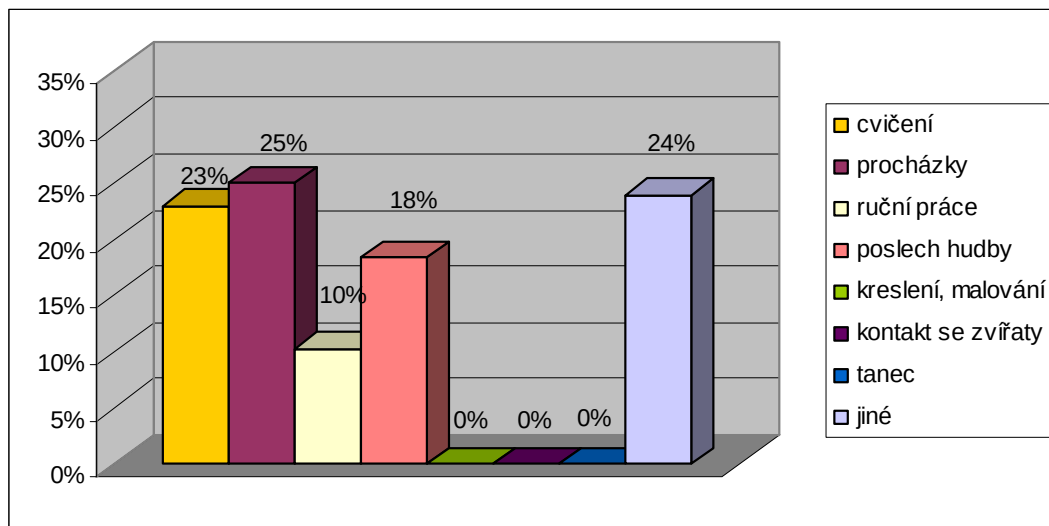
Graf 7 Možnost věnovat se oblíbeným činnostem na oddělní

(graf k otázce č. 7 z dotazníku B)



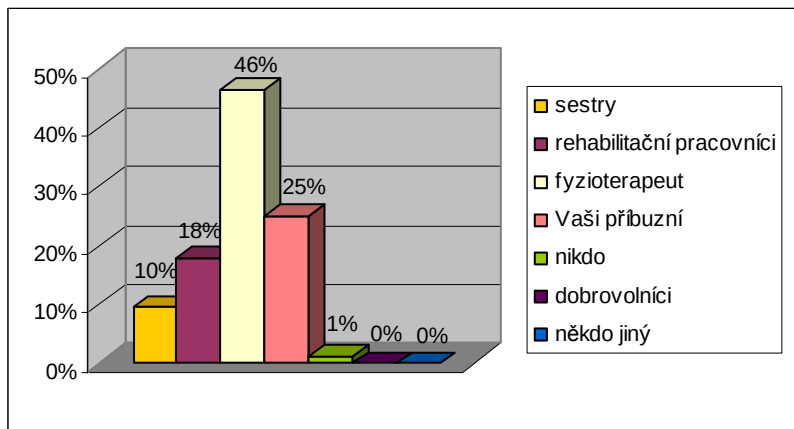
Graf znázorňuje, zda se mohou pacienti věnovat na oddělení oblíbené činnosti. Odpovědělo 47 respondentů (100%). 18 pacientů (38%) odpovědělo ano a mezi oblíbené činnosti, kterým se na oddělení věnovali zvolilo 11 pacientů četbu, 2 křížovky, 2 pletení, 2 pacienti doplnili poslech hudby a 1 respondent sledování televize.

Graf 8 Nejoblíbenější nabízená aktivita (graf k otázce č. 8 z dotazníku B)



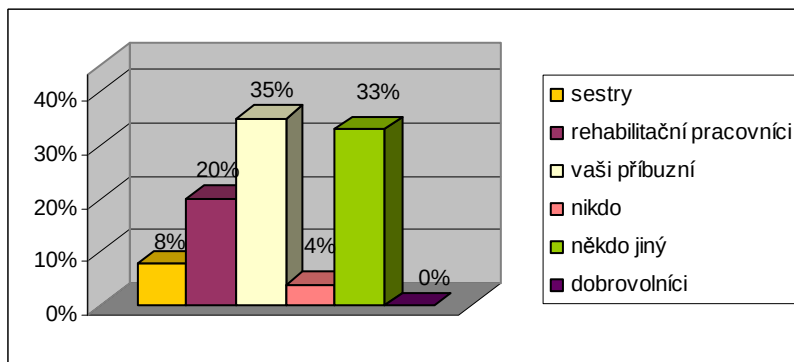
Graf demonstruje, které z aktivit jež pacientům nabízí oddělení jsou nejoblíbenější. Na tuto otázku bylo celkem 49 odpovědí od 47 respondentů (100%). 11 respondentů (23%) zvolilo za nejoblíbenější aktivitu cvičení, 12 pacientů (25%) procházky, 5 pacientů (10%) ruční práce. Poslech hudby mělo oblíbeno 9 pacientů (18%). Z grafu „11 A“ je zřejmé, že canisterapie nebyla respondentům nabídnuta, a možnost kreslení, malování a tanec nezvolil ani jeden z odpovídajících, tedy 0%. Odpověď jiné označilo 12 respondentů (24%) z nichž 3 respondenti doplnili sledování televize; 4 pacienti čtení; 2 pacienti křížovky a 3 respondenti uvedli, že se nevěnují rádi žádné z nabízených aktivit.

Graf 9 Kdo nabízí pacientům aktivity (graf k otázce č. 9 z dotazníku B)



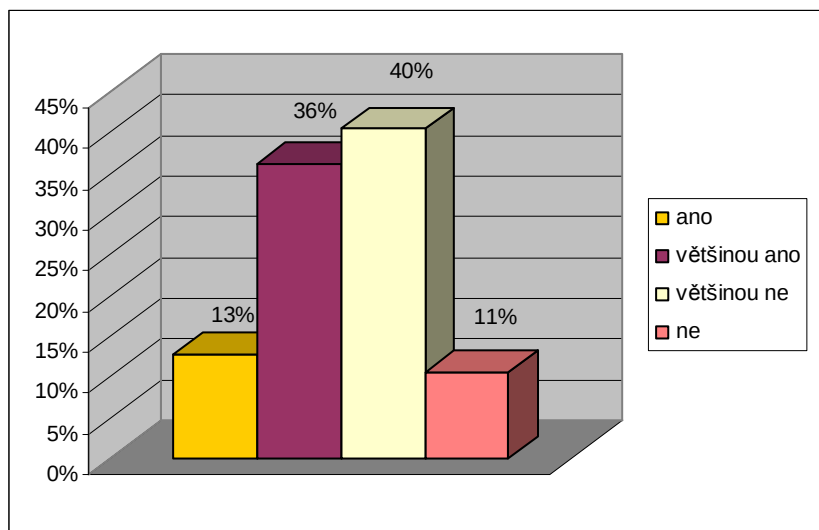
Graf zobrazuje kdo nabízí pacientům aktivity. Bylo možné zvolit více odpovědí, kterých bylo celkem 84. 8 respondentů (10%) označilo sestry, 15 respondentů (18%) zvolilo rehabilitační pracovníky, 39 respondentů (46%) vybralo fyzioterapeuta. 21 pacientů (25%) uvedlo, že aktivity jim nabízí jejich příbuzní, 1 respondent (1%) označil, že aktivity mu nikdo nenabízí. Možnost dobrovolníci a někdo jiný nezvolil žádný odpovídající (0%).

Graf 10 Pomoc pacientům při aktivitách (graf k otázce č. 10 z dotazníku B)



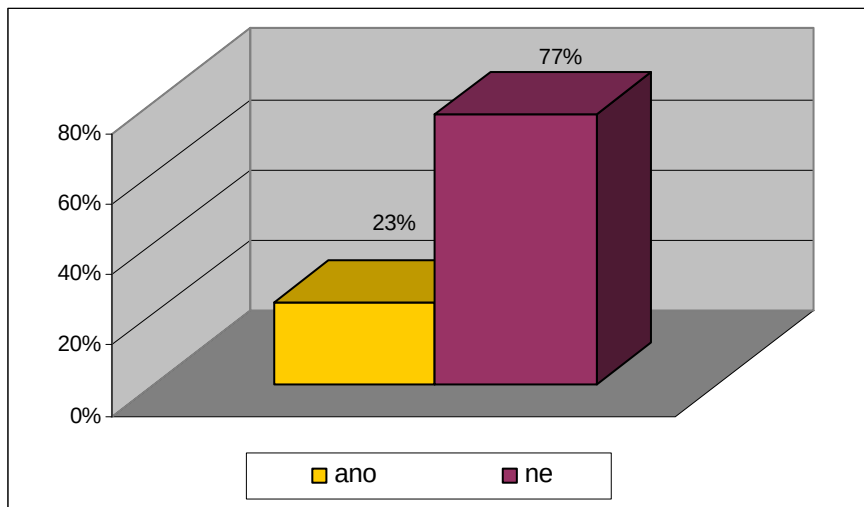
Graf ukazuje, kdo pomáhá pacientům s aktivitami. U otázky mohli respondenti zvolit více odpovědí, kterých poté bylo celkově 100. 8 pacientů (8%) označilo za „pomocníky“ sestry, 13 pacientů (20%) rehabilitační pracovníky, 24 respondentů (35%) zvolilo své příbuzné, 4 respondenti (4%) uvedli, že jim nepomáhá nikdo. 27 respondentů (33%) označilo možnost někdo jiný a ve všech případech byl doplněn fyzioterapeut. Pomoc dobrovolníků neoznačil nikdo, tedy 0%.

Graf 11 Zájem sester o aktivity pacientů (graf k otázce č. 11 z dotazníku B)



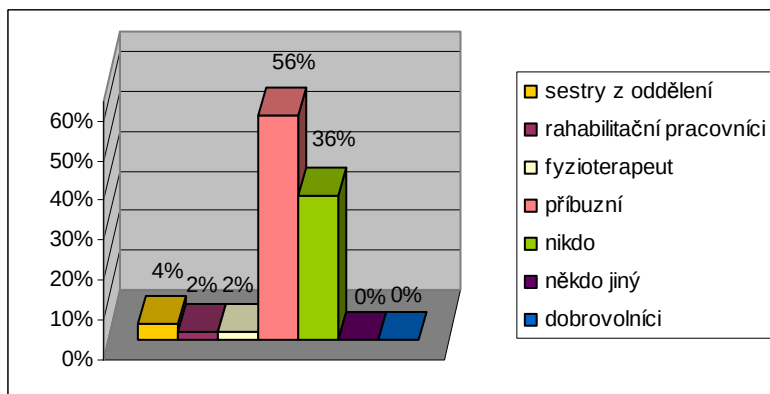
Graf ukazuje, jak pacienti odpovídali na to, zda se sestry zajímají o jejich aktivity. V této otázce odpovídalo celkem 47 respondentů (100%). Odpověď ano označilo 6 respondentů (13%), 17 pacientů (36%) uvedlo, že sestry se o jejich aktivity většinou zajímají. Možnost většinou ne označilo 19 pacientů (40%) a 5 pacientů (11%) uvedlo, že sestry se o jejich aktivity nezajímají.

Graf 12 Nabídka aktivit o víkendu (graf k otázce č. 14 z dotazníku B)



Graf znázorňuje, zda jsou pacientům nabízeny nějaké aktivity i o víkendech. Odpovídalo celkem 47 respondentů (100%). 38 pacientů (77%) zvolilo možnost ne a 10 pacientů (23%) označilo možnost ano, přičemž mezi dopisovanými aktivitami byla hudba zvolena 1 z respondentů, cvičení zvoleno 3 respondenty a 6 respondenty byly zvoleny procházky.

Graf 13 Spolupráce při aktivitách o víkendech (graf k otázce č. 15 z dotazníku B)



Na otázku bylo možné zvolit více odpovědí, kterých bylo celkem 50. Z grafu vyplývá, že 2 pacienti (4%) zvolili sestru, 1 pacient (2%) rehabilitačního pracovníka, 1 pacient (2%) fyzioterapeuta, příbuzné označilo 28 respondentů (56%), možnost nikdo označilo 18 pacientů (36%) a možnosti někdo jiný a dobrovolníci nezvolil žádný z odpovídajících (0%).

5. Diskuse

Dotazníky byly sestrám předány a vysvětleny mnou osobně. Z rozdaných 50 dotazníků (100%) byla návratnost 41 dotazníků (82%). Z první otázky v dotazníku vyplynulo, že respondentů bylo celkem 41 žen a tedy 100% (graf 1 A). Největší skupinou odpovídajících byly ženy ve věku 19 – 30 let (41%) a střední zdravotnické vzdělání mělo 51% respondentů, tedy většina z dotazovaných (graf 2 A; 3 A). Pomaturitní specializační studium v oboru geriatrická sestra uvedlo do svého vzdělání 28 % sester. Z dotazníků vyplynulo, že sestry, které toto studium absolvovaly, byly lépe orientovány v problematice aktivizace. Zejména v otázce 6 a v otázce 10, která byla polootevřená uměly lépe vysvětlit důvody, proč by na svém oddělení uvítaly přítomnost aktivizační sestry. Nejčastěji se objevovaly odpovědi, že by došlo ke snížení výskytu psychických potíží pacientů, které udává i literatura (7) a že by bylo více času na nácvik sebeobslužných činností (graf 10 A). V otázce 4 jsem se ptala sester, jak dlouho již pracují na ONP, 44% odpovědělo do 5 let a 24% sester vykonávalo svou praxi 15 a více let (graf 4 A).

Na otázku, zda na oddělení probíhá aktivizace pacientů odpovědělo 93% respondentů ano a 5% sester ne (graf 5 A). Z odpovědí na otázku 6 se potvrdila *hypotéza 1: sestry jsou v problematice aktivizace seniorů orientovány*, neboť 68% dotazovaných zvolilo odpověď „zaměstnat pacienta v průběhu hospitalizace vhodnou činností“ a naopak možnost „zajistit pacientovi v průběhu hospitalizace dostatek klidu“ nezvolila žádná z odpovídajících (graf 6 A). V otázce 7 jsem zjišťovala, zda na oddělení pracuje aktivizační sestra, 56% sester uvedlo, že na oddělení přítomna není (graf 7 A). Důvody, proč si sestry myslí, že na jejich oddělení aktivizační sestra nepracuje vyplývají z grafu 9 A, kde se 50% sester domnívá, že důvody jsou ekonomické a 49% uvádí důvody personální, v této otázce bylo možné zvolit více odpovědí a nejčastěji sestry uváděly tyto dvě, možnost „jiné“ nezvolila žádná. Otázka 8 se týkala přítomnosti aktivizační sestry na oddělení. Dotazovala jsem se v ní, zda si sestry myslí, že jestliže na oddělení je přítomna aktivizační sestra, zvládá aktivizovat dostatečně všechny pacienty. Odpověď částečně ano zvolilo 45% respondentů; ano 25% a možnost ne (10%) což byl 1 respondent (graf 8 A). Z celkového počtu 41 (100%) by na oddělení

rádo uvítalo aktivizační sestru 24 respondentů (24%) a z doplněných odpovědí by se dalo usuzovat, že sestry mají přehled i o tom, jaká je náplň činnosti aktivizační sestry (graf 10 A). Jejich tvrzení je možné porovnat s Klevetovou (11), která uvádí, že je výhodné, když aktivizační sestra má zkušenosti z různých kurzů, které se zaměřují na problematiku seniorů, např. kurzy trénování paměti pro seniory, kondičního cvičení apod. V otázce 11 měly sestry vybrat způsoby, kterými jsou nejčastěji aktivizováni pacienti na oddělení, přičemž mohly zvolit více možností. Nejčastější odpovědí bylo ve 32% cvičení, druhou nejčastější možností byly ruční práce (18%) a ergoterapie (18%); 16% zvolilo muzikoterapii a 13% procházky. Další možnosti a otázku 11 demonstruje graf 11 A. Odpovědi sester na tuto otázku lze porovnat s grafem 12 k otázce 5 z dotazníku B, tedy s odpověďmi pacientů. Ti měli v této otázce vybrat aktivity, které jim jsou nabízeny na oddělení. Nejčastější odpovědí bylo v 37% stejně jako u sester cvičení, na druhém místě byly zvoleny procházky, v počtu 27% a 14% respondentů vybralo poslech hudby. Jak respondenti volili ostatní odpovědi je znázorněno v grafu 12 k otázce 5 z dotazníku B. Z grafu 13 A vyplývá, že na oddělení dobrovolníci nedochází, i když 1 ze sester (2%) odpověděla, že ano.

V otázce 13 jsem zjišťovala, kdo zajišťuje na oddělení aktivizaci pacientů. Nejčastější odpovědí bylo fyzioterapeut (26%); sestry (23%); příbuzní pacientů (19%) a aktivizační sestra 13%. Do možnosti jiný doplnila 1 sestra, že aktivizaci zajišťují ostatní pacienti a 1 respondent odpověděl, že aktivizaci na oddělení nikdo nezajišťuje (graf 14 A). Je možné opět porovnat odpovědi sester (graf 14 A) a odpovědi pacientů (graf 9 B), kteří měli označit, kdo jim na oddělení aktivity nabízí. Z pacientů uvedlo 39 respondentů (46%) fyzioterapeuta, což můžeme považovat za shodnou odpověď se sestrami, ale možnost, že aktivity nabízí sestry byla zvolena jen 8 respondenty (10%) z 47 (100%) odpovídajících! Zde je patrný rozpor v odpovědích, je třeba poznamenat, že sestry v obou nemocnicích byly informovány o tom, že se na stejnou problematiku budu dotazovat i pacientů na oddělení. Předpokládám, že pacienti odpovídali pravdivě. Je tedy otázkou, jaké důvody vedly sestry k tomu, že volily své odpovědi tak, jak jsou znázorněny v grafu 14 A. Důvodem mohl být například strach z nějakého postihu či strach, že z výzkumu vyplyne, že neposkytují kvalitní péči. V otázce 14 jsem se ptala,

kdo zajišťuje návštěvy rehabilitačních pracovníků na oddělení. Podle 49% respondentů návštěvy zajišťuje vedení nemocnice; 34% sester uvedlo lékaře; 7% sester staniční sestru a 10% respondentů zvolilo odpověď „někdo jiný“. Do této možnosti vepsaly 2 sestry, že rehabilitační pracovníci jsou přítomni na oddělení a 2 respondenti uvedli, že návštěvy rehabilitačních pracovníků nejsou zajišťovány nikým (graf 15 A). V otázce 16 A jsem zjišťovala, zda sestry při aktivizaci pacientů spolupracují s ostatními členy zdravotnického týmu. Na otázku odpovědělo 37% ano; 32% většinou ano; 22% respondentů označilo většinou ne; 7% respondentů odpovědělo, že při aktivizaci nespolečně a 1 sestra (2%) uvedla, že její spolupráce je individuální, dle času a potřeby (graf 16 A). Dá se říci, že z odpovědí sester byla *hypotéza 3* potvrzena. Je zajímavé, že když jsem se v otázce 10 B pacientů ptala, kdo jim při aktivitách pomáhá, tak po vyhodnocení dotazníku vyšlo, že v 35% pomáhají při aktivizaci příbuzní; 33% odpovědělo „někdo jiný“ a ve všech případech byl doplněn fyzioterapeut; 20% respondentů označilo rehabilitační pracovníky a pouze 8% pacientů označilo za „pomocníky“ sestry (graf 10 B). Tvzení sester a pacientů se rozcházejí. Odpovědi pacientů potvrdily *hypotézu 3: sestry při aktivizaci pacientů s ostatními členy zdravotnického týmu nespolečně*.

Graf 17 A znázorňuje, zda sestry samy aktivizují pacienty. Ano odpovědělo 77% sester a odpověď ne označilo 9 sester (23%). Jako zpětnou vazbu jsem využila otázku 12 z dotazníku B, která je znázorněna v grafu 18 A. Ptala jsem se pacientů, zda s nimi sestry provádí některé aktivity, 82% respondentů uvedlo, že sestry s nimi žádnou z uvedených aktivit neprovádí a pouze 3% pacientů uvedla, že sestry s nimi cvičí. V otázce 17 měly sestry, které odpověděly že aktivizují pacienty, vybrat 2 možnosti aktivizace. Možnosti jsou zobrazeny v grafu 18 A společně s odpověďmi pacientů. Z odpovědí sester vyplývá, že 23% aktivizuje cvičením; 9% sester ručními pracemi; 21% sester zvolilo jiné způsoby a to rozhovor, polohování (12), sledování televize a poslech hudby. Možnost „žádnou z uvedených aktivit“, která je označená 15% vyplývá z odpovědí sester na otázku 16, na kterou neodpovídalo 9 respondentů (15%). Sestry zvolily i jiné možnosti, ale na základě převažující odpovědi cvičení (23%) jejich odpovědi potvrdily *hypotézu 2*. Zde je opět rozpor v tvrzeních u obou skupin

respondentů. Z odpovědí pacientů vyplývá, že převažuje v 82%, že sestry s pacienty žádné aktivity neprovádí, pacienti tedy vyvrátili *hypotézu 2: Sestry aktivizují pacienty pouze rehabilitačním cvičením*. Jak často probíhá aktivizace na oddělení znázorňuje graf 19 A. Na oddělení probíhá aktivizace každý den, tuto odpověď označilo 44% sester; 47% respondentů označilo, že aktivizace probíhá každý den kromě víkendů. V jaké části dne probíhá aktivizace pacientů znázorňuje graf 20 A, kde jsou zaznamenány odpovědi sester (otázka č. 19 A) i pacientů (otázka č. 13 B). Možnost, že aktivizace probíhá dopoledne zvolilo 21 % sester a 15% pacientů; odpověď odpoledne označily 2% sester a 5% pacientů a možnost dopoledne i odpoledne označilo 77% sester a 80% pacientů. Zde mohu uvést, že obě skupiny respondentů se ve svých odpovědích téměř shodly. Odpovědi na otázku 20 jsou znázorněny v grafu 21 A. V otázce jsem se dotazovala, kdo zajišťuje aktivizaci pacientů odpoledne. Nejvíce odpovědí a to 56% bylo, že sestry; 24% respondentů zvolilo možnost „někdo jiný“, kde bylo dopsáno, že odpoledne aktivizují pacienty jejich příbuzní; 11% označilo aktivizační sestru; 9% dobrovolníky. Domnívám se, že tato odpověď sester není v souladu s tvrzeními pacientů, které jsou zobrazeny v grafech 18 A; 9 B a 10 B.

Otázku 21 z dotazníku pro sestry (příloha 1) jsem nezobrazovala v grafu, neboť 100% respondentů zvolilo stejnou možnost, že příbuzní pacientů mají možnost podílet se na aktivizaci. Na otázku 22 odpovědělo 3% respondentů, že se setkávají se zájmem o aktivizaci pacientů od jejich příbuzných; spíše ano odpovědělo 51% sester; 41% sester označilo možnost spíše ne a odpověď ne nezvolil ani jeden z respondentů (graf 22 A). Myslím si, že příbuzní hrají důležitou roli v aktivizaci pacientů na ONP. O tom, jaký význam má pro seniora rodina pojednává mimo jiné i Nollová (6) a je také uveden ve Sborníku (2), s jejich názory se ztotožňuji. V otázce 23 jsem se ptala sester, kdo poskytuje příbuzným informace o aktivizaci. Rehabilitačního pracovníka označilo 47% respondentů; 37% sester uvedlo, že příbuzní se mohou obrátit přímo na ně a 16% označilo možnost na někoho jiného, kde všichni doplnili lékaře (graf 23 A). Na dotaz, zda sestry samy aktivně nabízí příbuzným podílet se na aktivizaci odpovědělo 41% respondentů většinou ano; 17% ano; 37% sester uvedlo většinou ne a 5% odpovědělo ne (graf 24 A). Z výsledků se potvrdila *hypotéza 4: Sestry se do aktivizace*

pacientů snaží zapojovat rodinné příslušníky. Můj názor je, že aktivizace pacientů vychází většinou z iniciativy příbuzných. Když jsem odebírala osobně dotazníky s pacienty, mnohokrát jsem se setkala s jejich příbuznými, kteří přišli své blízké navštívit či projít se s nimi. Pacienti byli velmi rádi, těšili se na každou návštěvu. Naopak se domnívám, že někdy je až příliš striktní dodržování návštěvních hodin, sestry samozřejmě nikomu v návštěvách nebránily, ale po dobu mé přítomnosti na oddělení jsem se setkala se sestrami, nebylo jich mnoho, které nezapomněly připomenout, že je po návštěvní době nebo že návštěvy ještě nebyly. Myslím si, že v dnešní době by to tak být nemělo, chápu, že dopoledne, kdy probíhají terapeutické a léčebné výkony to není příliš vhodné, i když na ONP nebývají tak časté, jako na jiných odděleních. Proto se domnívám, že by nemělo být problémem, aby příbuzní mohli docházet za pacienty na tyto oddělení téměř kdykoliv a mohli se tak podílet na ošetrovatelském procesu a na aktivizaci. Graf 25 A znázorňuje, jakou činností aktivizují nejčastěji pacienty jejich příbuzní, respondenti mohli zvolit více odpovědí. Rozhovor označilo 46% sester; 33% sester vybralo procházky a 14% respondentů zvolilo cvičení. V poslední otázce 26 měly sestry zhodnotit, jaká je podle nich úroveň aktivizace na jejich oddělení. 46% sester se domnívá, že je nedostačující; 32% že aktivizace je dostačující a 22% respondentů odpovědělo, že aktivizace na oddělení je na velmi dobré úrovni (graf 26 A)

Výzkum s pacienty probíhal formou dotazování se na otázky z dotazníku B, které jsem respondentům předčítala osobně. Z 50 dotazníků (100%) byla návratnost 47 (94%) z toho důvodu, že 3 respondenti se odmítli výzkumu účastnit, uvedli, že se jim nechce a že jsou unavení. Graf 1 B znázorňuje, že z respondentů bylo 57% žen a 43% mužů. Největší skupinou byli respondenti ve věku 76 let a více (48%); 44% pacientů bylo ve věku 56 – 75 let a nejmenší skupinou bylo 8% respondentů ve věku 40 – 55 let (graf 2 B). Z dotazovaných bylo 60% respondentů hospitalizováno na oddělní více jak měsíc; 36% pacientů déle jak týden a pobyt na oddělení týden a méně uvedlo 4% pacientů (graf 3 B). V otázce 4 jsem zjišťovala, zda jsou pacientům nabízeny nějaké aktivity. Ano odpovědělo 77% pacientů; 6% dotazovaných uvedlo ne a 17% respondentů někdy (graf 4 B). V otázce 6 jsem se ptala pacientů, kteří v předchozí

otázce (znázorněna v grafu 12 A) odpověděli, že jim na oddělení nejsou nabízeny žádné aktivity, zda by měli zájem se aktivita účastnit, kdyby jim byly nabízeny. Odpovídali tedy 3 respondenti. Odpověď ano zvolil 1 pacient (33%); možnost ne nebyla zvolena a 2 respondenti (67%) uvedli nevím (graf 5 B). Pacienti často v odpovědích na tuto otázku zmiňovali, že už jsou staří, že jim v aktivitách brání nemoc či bolest. Otázka 7 zjišťovala, zda se pacienti mohou na oddělení věnovat nějaké své oblíbené činnosti. Ano odpovědělo 38% respondentů a mezi oblíbené činnosti uváděli četbu, křížovky, pletení, poslech hudby a sledování televize. Většinou ano uvedlo 26% respondentů; většinou ne 25% a odpověď ne označilo 11% respondentů. Které z aktivit nabízených na oddělení se pacienti věnují nejraději zjišťovala otázka 8. Nejoblíbenější aktivitou byly s 25% procházky; 24% vybralo možnost jiné, kde uváděli opět sledování televize, čtení, křížovky a 3 respondenti uvedli, že se nevěnují rádi žádným aktivitám. Jak respondenti vybírali z dalších možností je vyznačeno v grafu 7 B. Ptala jsem se pacientů, zda se sestry zajímají o některé z jejich aktivit. Ano odpovědělo 13% respondentů; 36% většinou ano; 40% odpovědělo, že sestry se o jejich aktivity během hospitalizace většinou nezajímají a 11% zvolilo odpověď ne. Zde se opět liší odpovědi pacientů a sester, domnívám se tak z výsledků, které jsou znázorněny v grafech 18 A; 9 B; 10 B.

Graf 11 B znázorňuje, jestli jsou pacientům nějaké aktivity nabízeny i o víkendech. Ano odpovědělo 23% pacientů a nabízenými aktivitami bylo cvičení, poslech hudby a procházky; ne zvolilo 77% odpovídajících. Ptala jsem se pacientů, kdo s nimi o víkendech spolupracuje při aktivitách, mohli zvolit více odpovědí. Sestry označilo 4% respondentů; 36% pacientů odpovědělo že nikdo a příbuzní byly označení v 56% (graf 12 B). Tyto odpovědi opět potvrzují, že příbuzní jsou pro starého člověka důležitou oporou. Sami pacienti mi několikrát řekli, že jim jejich rodina pomáhá s hygienou, se cvičením a že jim hrozně pomáhá, když za nimi někdo přijde. Bohužel na odděleních byli také ti, které nikdo nenavštěvoval, patřili mezi nejdéle hospitalizované pacienty a také jejich odpovědi nebyly příliš povzbudivé. Rozhovor s těmito pacienty byl pro mě smutnou zkušeností. Opět jsem si uvědomila, že i přesto, že se rozvíjí spousta programů pro seniory (2, 7) je rodina tou „nejlevnější“ a nejdostupnější formou

pomoci seniorům začlenit se do společnosti či zajistit starému člověku důstojné a klidné umírání.

Chtěla bych poznamenat, že jsem očekávala, jaké výsledky vyplynou z výzkumu. Nepřekvapily mě odpovědi ze strany sester, naopak jsem byla mile překvapena, jak se do péče o své blízké zapojují příbuzní pacientů. Bylo by zajímavé toto téma zpracovat více do hloubky. Původním záměrem mé práce bylo udělat výzkum na téma aktivizace pouze se sestrami. Když jsem se blíže seznámila s touto tematikou, přišlo mi důležité ověřit si odpovědi sester tím, že do výzkumu zapojím také pacienty, aby byly výsledky objektivní. Při rozhovoru s pacienty jsem měla pocit, že někteří z nich neodpovídají pravdivě, jakoby měli strach, že budou potrestáni. Často uváděli, že sestry mají mnoho práce, že mají na starosti mnoho pacientů. Nechci, aby ze závěru této práce vyplynulo, že sestry se v péči o pacienty na ONP omezují pouze na nezbytné ošetrovatelské výkony. Je tedy třeba brát v potaz, že na ONP bývá mnohdy velký nedostatek personálu, nebo že realizace některých forem aktivit je závislá na vedení nemocnice, např. canisterapie to sestry uváděly v připomínkách k dotazníku také. K této problematice se vyjadřuje Škampová (19), která uvádí, že na tato oddělení se hlásí nízké počty uchazečů, protože práce se seniory je náročná. Dalo by se říci, že v souvislosti s involučními změnami nejen fyzickými, ale i psychickými (16, 8, 12, 6), není považována za prestižní a často bývá finančně nedostatečně ohodnocena. Myslím si že při tak velké kapacitě lůžek, která bývají na ONP často zcela zaplněna, je právě nedostatek personálu v souvislosti jedním z hlavních důvodů proč bývá aktivizace nedostačující. I když existují formy cviků, které nejsou časově náročné a je možné je zvolit např. při ranní hygieně a úpravě lůžka. Různé formy dechových cvičení, cvičení na lůžku apod. (příloha 3) Odpověď na otázku proč alespoň tyto formy aktivit sestry pacientům nenabízí je zcela na každé z nich.

6. Závěr

V práci byly stanoveny 4 cíle. Zjistit, jak se sestry orientují v problematice aktivizace seniorů, zjistit zda se samy aktivně podílejí na aktivizaci, zda spolupracují s ostatními členy zdravotnického týmu při aktivizaci seniorů a zjistit, jestli zapojují do aktivizace rodinné příslušníky. Odpovědi sester byly porovnány s odpověďmi pacientů.

Z vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že odpovědi obou skupin respondentů se v klíčových otázkách rozcházejí a pomocí těchto rozdílů byly vyhodnoceny hypotézy. V práci byly stanoveny celkem 4 hypotézy. H1: Sestry jsou v problematice aktivizace seniorů orientovány, H2: Sestry aktivizují pacienty pouze rehabilitačním cvičením, H3: Sestry při aktivizaci pacientů s ostatními členy zdravotnického týmu nespolupracují, H4: Sestry se do aktivizace pacientů snaží zapojovat rodinné příslušníky. Z výsledků výzkumu se potvrdila *hypotéza 1, hypotéza 3, hypotéza 4* a byla vyvrácena *hypotéza 2*.

Problematika seniorů jako takových se v dnešní době dostává do popředí. Aktivizace pacientů seniorů by měla být jedním z jejích důležitých témat, kterému by měla být věnována větší pozornost zejména na odděleních, kde jsou senioři dlouhodobě hospitalizováni. Sestry, které pracují na těchto odděleních hrají důležitou roli v aktivizaci pacientů a i když se samy mnohdy snaží pacienty aktivizovat, často je problém v přístupu ze strany managementu nemocnic či problém s nedostatkem personálu na těchto odděleních.

Výsledky práce budou poskytnuty náměstkům pro ošetrovatelskou péči v obou nemocnicích a vrchním sestrám na odděleních následné péče. Práce by měla zdůraznit, jaká pozitiva má aktivizace pro pacienty seniory a může nabídnout způsoby aktivizace, které jsou v ní uvedeny jako návod pro sestry na oddělení, jak mohou aktivizovat pacienty.

7. Seznam použité literatury

1. Broklová, H., Čermáková M., *Canisterapie pro seniory. Sestra*. Praha: Sanoma Magazines, s. r. o., 2004. roč. 14, č. 11. 79 s. ISSN 1210-0404.
2. Česká gerontologická a geriatrická společnost ČSL JEP, *Sborník kongresu 8. gerontologické dny Ostrava*. 1. vyd. Ostrava: Dům techniky Ostrava, 2004. 115 s. ISBN 80-02-01670-X.
3. Fišerová, H., *Využití hudby a tance v terapii seniorů. Sestra*. Praha: Sanoma Magazines, s. r. o., 2004. roč. 14, č. 11. 79 s. ISSN 1210-0404.
4. Galajdová, L., *Pes lékařem lidské duše aneb Canisterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 160 s. ISBN 80-7169-789-3.
5. GENERACE 50 plus v České republice, *Sborník II. Mezinárodní konference PROBLEMATIKA – GENREACE 50 plus v České republice*. České Budějovice: JCU ZSF, 2005. 123 s. ISBN 80-7040-821-9.
6. Gruberová, B., *Gerontologie*. 1. vyd. České Budějovice: JCU ZSF, 1998. 98 s. ISBN 80-7040-286-5.
7. Holmerová, I., a kol., *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gema, 2002. 110 s. ISBN neuvedeno
8. Jarošová, D., *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostarvská univerzita, 2006. 96 s. ISBN 80- 7368-110-2.
9. Kalvach, Z., Onderová, A., *Stáří, pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů V ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén, 2006. 42 s. ISBN 80-72-62-455-5.
10. Kleplová, V., Pilná, D., *Dobré ráno, dobrý den Cvičení (nejen) pro seniory*. Olomouc: Poznání, 2004. 88s. ISBN 80-86606-24-4.
11. Klevetová, D., *Aktivizační sestra. Florenc*. Praha: Galén, 2006. roč. 2, č. 6. 64 s. ISSN 1801-464X.
12. Kociová, K., Peregrinová, Z., *Fyzioterapie v geriatrii*. Martin: Osveta, 2003. 63 s. ISBN 80-8063-132-8.

13. Mojžíšová, A., a kol., *Pravda o zooterapii*. 1. vyd. České Budějovice: JCU ZSF, 2004. 54 s. ISBN 80-7040-675-5.
14. Nollová, M., *Dlouhodobá péče o staré osoby – úloha rodiny. Sestra*. Praha: Sanoma Magazines, s. r. o., 2004. roč. 14, č. 11. 79 s. ISSN 1210-0404.
15. Ondřiová, I., a kol., *Úloha sestry v prevenci GMS. Sestra*. Praha: Sanoma Magazines, s. r. o., 2004. roč. 14, č. 11. 79 s. ISSN 1210-0404.
16. Pacovský, V., *Geriatrická diagnostika*. 1. vyd. Praha: Scientia Medica, 1994. 150 s. ISBN 80-85526-32-8.
17. Roslawski, A., *Jak zůstat fit ve stáří*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2005. 71 s. ISBN 80-251-0774-4.
18. Šicková – Fabrici, J., *Základy arteterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 168 s. ISBN 80-7178-616-0.
19. Škampová, V., *Nedostatek sester na geriatrici. Sestra*. Praha: Mona, s. r. o., 2001. roč. 11, č. 11. 46 s. ISSN 1210-0404.
20. Štilec, M., *Pohybové relaxační programy pro starší občany*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 94 s. ISBN 80-246-0788-3.
21. Štilec, M., *Program aktivního stylu života pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 135 s. ISBN 80-7178-920-8.
22. Vavřková, L., *Ergoterapie a deprese u seniorů. Florenc*. Praha: Galén, 2006. Roč. 2, č. 4. 64 s. ISSN 1801-464X.
23. Walsh, D., *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 203 s. ISBN 80-7178-970-4.
24. Zahradnická, I., *Ucelená rehabilitace v geriatrici. Sestra*. Praha: Sanoma Magazines, s. r. o., 2004. roč. 14, č. 11. 79 s. ISSN 1210-0404.
25. <http://www.mpsv.cz/cs/1057> (15.12.2006)
26. <http://www.ddpraha6.cz/> (16.3.2004)

8. Klíčová slova

SENIOR

PACIENT

SESTRA

HOSPITALIZACE

ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE (ONP)

AKTIVIZACE

9. Přílohy

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 - Dotazník pro sestry A, Dotazník pro pacienty B

Příloha 2 - Hodnotící škály k posouzení funkčního stavu seniorů

Příloha 3 – Cviky pro seniory

Příloha 1 – Dotazník pro sestry A, Dotazník pro pacienty B

Dotazník A

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Hofbauerová a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který mi bude drahocenným zdrojem informací k mé bakalářské práci, kterou zpracovávám na téma Způsoby aktivizace pacientů seniorů.

Dotazník je anonymní, odpovědi kroužkujte, u vyznačených otázek odpovídejte vlastními slovy.

Za vyplnění dotazníku Vám děkuji.

Hofbauerová Lenka

1. Vaše pohlaví:
 - a) žena
 - b) muž
2. Váš věk:
 - a) 19- 30 let
 - b) 31- 50 let
 - c) 51 a více let
3. Uveďte stupeň Vašeho dosaženého vzdělání:
 - a) středoškolské
 - b) specializační PSS (geriatrická sestra)
 - c) vyšší odborné
 - d) vysokoškolské (zakroužkujte)– Bc.
Mgr.
Jiné (dopíšte)
4. Jak dlouho pracujete na oddělení následné péče?
 - a) do 5 let
 - b) do 10 let
 - c) 15 a více let
5. Probíhá na Vašem oddělení aktivizace pacientů?
 - a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
6. Co podle Vás znamená aktivizovat pacienta?
 - a) „zaměstnat“ pacienta během hospitalizace vhodnou činností
 - b) pomoci pacientovi co nejrychleji vrátit se do jeho domácího prostředí
 - c) zajistit pacientovi v průběhu hospitalizace dostatek klidu
7. Pracuje na Vašem oddělení aktivizační sestra?
 - a) ano
 - b) ne
 - c) dříve pracovala, nyní ne

Pokud jste odpověděl/a za b) či za c) pokračujte dále otázkou číslo 9.

8. Pokud na Vašem oddělení aktivizační sestra pracuje, domníváte se, že zvládá dostatečně aktivizovat všechny pacienty?
 - a) ano
 - b) částečně ano
 - c) částečně ne
 - d) ne
 - e) nevím

9. Jaké jsou podle Vás důvody toho, že na Vašem oddělení nepracuje aktivizační sestra? (možné zvolit více odpovědí):
a) ekonomické
b) personální
c) jiné (dopíše)
10. Uvítal/a byste na Vašem oddělení přítomnost aktivizační sestry?
a) ano (uveďte proč)
b) ne (uveďte proč)
c) nevím
11. Vyberte způsoby, kterými jsou pacienti na Vašem oddělení aktivizováni nejčastěji (možné zvolit více odpovědí):
a) cvičení (dechové, kondiční,...)
b) muzikoterapie
c) canisterapie (terapie pomocí psů)
d) ergoterapie (terapie prací)
e) arteterapie (terapie uměním)
f) procházky
g) ruční práce
h) jiné (dopíše)
12. Dochází na Vaše oddělení dobrovolníci?
a) ano
b) ne
13. Kdo zajišťuje aktivizaci pacientů na Vašem oddělení? (možné zvolit více odpovědí):
a) sestry z oddělení
b) aktivizační sestra
c) fyzioterapeut
d) ergoterapeut
e) arteterapeut
f) canisterapeut
g) dobrovolníci
h) studenti
i) příbuzní pacienta
j) jiný (kdo ?)
14. Kdo zajišťuje návštěvu rehabilitačních pracovníků (ergoterapeutů, canisterapeutů, arteterapeutů,...) na oddělení?
a) vedení nemocnice
b) lékař
c) staniční sestra
d) někdo jiný (kdo?)
15. Spolupracujete Vy sama/sám s ostatními členy zdravotnického týmu při aktivizaci pacientů?
a) ano
b) většinou ano
c) většinou ne
d) ne
e) jiné (dopíše)
16. Aktivizujete Vy sama/sám pacienty na oddělení?
a) ano
b) ne (uveďte důvod)

Pokud jste v otázce č.16 odpověděla za b) pokračujte dále otázkou č. 18

17. Vyberte 2 způsoby, kterými Vy sama/sám aktivizujete pacienty na oddělení:
- a) procházky
 - b) cvičení (kondiční, dechová,...)
 - c) ruční práce
 - d) kreslení, malování
 - e) jiné (dopíšte)
18. Jak často probíhá na Vašem oddělení aktivizace pacientů?
- a) každý den
 - b) každý den kromě víkendů
 - c) každý druhý den
 - d) 2 krát týdně
 - e) jinak (dopíšte)
19. V jaké části dne probíhá aktivizace pacientů?
- a) dopoledne
 - b) odpoledne
 - c) dopoledne i odpoledne
20. Kdo zajišťuje aktivizaci pacientů na oddělení v odpoledních hodinách?
- a) sestry z oddělení
 - b) aktivizační sestra
 - c) dobrovolníci
 - d) nikdo
 - e) někdo jiný (kdo?)
21. Mají příbuzní pacientů možnost podílet se na aktivizaci?
- a) ano
 - b) ne
22. Setkáváte se s zájmem o aktivizaci pacientů ze strany jejich příbuzných?
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
23. Na koho se mohou příbuzní pacienta obrátit, pokud chtějí nějaké informace o aktivizaci?
- a) na Vás
 - b) na rehabilitačního pracovníka (ergoterapeut, arteterapeut,...)
 - c) na někoho jiného
24. Nabízíte Vy sama/sám aktivně příbuzným pacienta možnost podílet se na jeho aktivizaci?
- a) ano
 - b) většinou ano
 - c) většinou ne
 - d) ne
25. Jakou činností nejčastěji aktivizují pacienty jejich příbuzní? (možné zvolit více odpovědí):
- a) procházky
 - b) cvičení (kondiční, dechová)
 - c) předčítání
 - d) rozhovor
 - e) jiné (dopíšte)

26. Jak byste zhodnotil/a úroveň aktivizace, která probíhá na Vašem oddělení?
- a) velmi dobrá
 - b) dostačující
 - c) nedostačující

Zde můžete zapsat Vaše další připomínky a postřehy k problematice i k dotazníku:

.....

Děkuji, Hofbauerová Lenka.

Dotazník B

Dobrý den,

jmenuji se Lenka Hofbauerová a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského studia oboru Všeobecná sestra na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který mi bude drahocenným zdrojem informací k mé bakalářské práci, kterou zpracovávám na téma Způsoby aktivizace pacientů seniorů.

Dotazník je anonymní, odpovědi kroužkujte, u vyznačených otázek odpovídejte vlastními slovy.

Za vyplnění dotazníku Vám děkuji.

Hofbauerová Lenka

- Vaše pohlaví:
 - a) muž
 - b) žena
- Váš věk:
 - a) 40 – 55 let
 - b) 56 – 75 let
 - c) 76 let a více
- Jak dlouho jste hospitalizován/a na oddělení následné péče?
 - a) týden a méně
 - b) více jak týden
 - c) více jak měsíc
- Jsou Vám nabízeny zde na oddělení některé aktivity?
 - a) ano
 - b) ne
 - c) někdy
- Které z těchto aktivit jsou Vám nabízeny na oddělení? (možné zvolit více odpovědí):
 - a) cvičení
 - b) procházky
 - c) ruční práce (pletení, vyšívání,...)
 - d) poslech hudby
 - e) kreslení, malování
 - f) kontakt se zvířaty
 - g) tanec
 - h) žádné z uvedených
 - i) jiné (prosím dopište).....

Pokud nezvolíte možnost h) pokračujte dále otázkou č. 7

- Měl/a byste zájem účastnit se výše uvedených aktivit, kdyby Vám byly nabízeny?
 - a) ano
 - b) ne
 - c) nevím

- Máte možnost se zde na oddělení věnovat nějaké své oblíbené činnosti?
 - a) ano, (které?)
 - b) většinou ano
 - c) většinou ne
 - d) ne

- Které z uvedených aktivit se na oddělení věnujete nejraději?
 - a) cvičení
 - b) procházky
 - c) ruční práce (pletení, vyšívání,...)
 - d) poslech hudby
 - e) kreslení, malování
 - f) kontakt se zvířaty
 - g) tanec
 - h) jiné (prosím dopište).....

- Kdo na oddělení Vám tyto aktivity nabízí? (možno zvolit více odpovědí):
 - a) sestry
 - b) rehabilitační pracovníci (ergoterapeut, arteterapeut,...)
 - c) fyzioterapeut
 - d) dobrovolníci
 - e) Vaši příbuzní
 - f) nikdo
 - g) někdo jiný (kdo?).....

- Kdo Vám při těchto aktivitách pomáhá? (možno zvolit více odpovědí):
 - a) sestry z oddělení
 - b) rehabilitační pracovníci (ergoterapeut, arteterapeut,...)
 - c) dobrovolníci
 - d) Vaši příbuzní
 - e) nikdo
 - f) někdo jiný (kdo?)....

- Zajímají se sestry z oddělení o aktivity, které provádíte během hospitalizace?
 - a) ano
 - b) většinou ano
 - c) většinou ne
 - d) ne

- Provádí s Vámi sestry z oddělení některé z těchto aktivit? (možno zvolit více odpovědí):
 - a) cvičení na pokoji
 - b) procházky po oddělení
 - c) ruční práce
 - d) kreslení, malování
 - e) žádnou z těchto aktivit
 - f) jiné (dopište)

- Po dobu Vaší hospitalizace máte možnost věnovat se nějaké aktivitě:
 - a) dopoledne
 - b) odpoledne
 - c) dopoledne i odpoledne

- Jsou Vám nějaké aktivity nabízeny i o víkendech?
 - a) ano, (které?)
 - b) ne

- Kdo s Vámi o víkendu spolupracuje při aktivitách? (možné zvolit více odpovědí):
- a) sestry z oddělení
 - b) rehabilitační pracovníci
 - c) fyzioterapeut
 - d) příbuzní
 - e) dobrovolníci
 - f) nikdo
 - g) někdo jiný (kdo?).....

Zde můžete sdělit své připomínky, návrhy či názory na problematiku aktivizace i k dotazníku:

.....
.....

Děkuji, Hofbauerová Lenka.

Příloha 2 – Hodnotící škály k posouzení funkčního stavu seniorů

FUNKČNÍ GERIATRICKÝ INDEX

1. MOBILITA (TRANSPORT)

1. 1. Chůze v terénu

Samostatná, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Imobilita	1 bod

1. 2. Použití dopravního prostředku

Samostatné, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Neschopnost použít dopravní prostředek	1 bod

2. FYZICKÁ AKTIVITA

2.1. Otočení se na posteli, nadzdvihnutí se na mísu

Samostatné, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Neschopnost otočit se na posteli, nadzdvihnout se na mísu	1 bod

2.2. Posazení se na posteli se spuštěnými dolními končetinami

Samostatné, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Neschopnost posadit se na posteli se spuštěnými dolními končetinami	1 bod

2.3. Postavení se u postele, opětovné ulehnutí

Samostatné, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Neschopnost postavit se u postele, opětovně ulehnout	1 bod

2.4. Posazení se na židli, vstávání z židle

Samostatné, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Neschopnost posadit se na židli, vstát z ní	1 bod

2.5. Chůze po rovině

Samostatné, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Neschopnost chodit po rovině	1 bod

2.6. Chůze do určité vzdálenosti

Více jak 500 metrů	4 body
100-500 metrů	3 body
50-100 metrů	2 body
Méně než 50 metrů	1 bod

2.7. Chůze po schodech

Samostatné, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Neschopnost chodit po schodech	1 bod

2.8. Překročení překážky

Samostatné, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Neschopnost překročit překážku	1 bod

2.9. Zdvihnutí předmětu ze země

Samostatné, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Neschopnost překročit překážku	1 bod

3. ZRUČNOST**3.1. Uchopení lžice, hrnečku, jejich zdvihnutí k ústům**

Samostatné, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Neschopnost uchopit lžici, hrneček a zdvihnutí jich k ústům	1 bod

3.2. Otočení vodovodním kohoutkem, odemknutí klíčem

Samostatné, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Neschopnost otočit vodovodním kohoutkem, odemknutí	1 bod

3.3. Přeložení papíru a jeho vložení do obálky

Samostatné, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Neschopnost přeložit papír a vložit ho do obálky	1 bod

3.4. Napsání nadiktované věty

Samostatné, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Neschopnost napsat nadiktovanou větu	1 bod

4. ADL**4.1. Umývání všech částí těla, holení, česání**

Samostatné, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body

Neschopnost umýt se, oholit, učesat	1 bod
4.2. Kontinence	
Samostatné močení a vylučování stolice, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Inkontinence	1 bod
4.3. Koupání se ve vaně, umývání vlasů	
Samostatné, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Neschopnost vykoupat se ve vaně, umýt si vlasy	1 bod
4.4. Najezení se. Napití se	
Samostatné, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Neschopnost samostatně jíst, pít	1 bod
4.5. Oblékání/svlékání, obouvání	
Samostatné, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Neschopnost obléct se, svléct se, obout se	1 bod
4.6. Použití WC	
Samostatné, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Neschopnost použít WC	1 bod
4.7. Užívání léků	
Samostatné užití léků, poznání jejich názvu	4 body
Samostatné, nepoznání léku, občasné zapomenutí	3 body
Užívání, jak jsou připravené nebo po upozornění	2 body
Léky musí podat druhá osoba	1 bod
4.8. Vykonyávání lehkých domácích prací (vaření, praní)	
Samostatné, bez většího omezení	4 body
S těžkostmi, s pomůckou nebo dohledem	3 body
S pomocí druhé osoby	2 body
Neschopnost vykonávat lehké domácí práce	1 bod
5. KOMUNIKACE, PSYCHIKA	
5.1. Zrak	
Čtení bez brýlí	4 body
Čtení knihy s brýlemi	3 body
Čtení jen názvů	2 body
Neschopnost číst – praktická amauroza	1 bod

5.2. Sluch

Dobry (i ťepot)	4 body
Slyťi jen hlasitou konverzaci	3 body
Slyťi s naslouchadlem	2 body
Neslyťi	1 bod

5.3. Reĥ

Normální	4 body
Mírná porucha (dysartrie, zhorťené vyjadřování)	3 body
Těžťí porucha, ale schopnost dorozumět se	2 body
Neschopnost dorozumět se	1 bod

5.4. Kontakt

Navazovaný ochotně	4 body
Navazovaný na výzvu	3 body
Neochotný	2 body
Neschopnost navázat kontakt, negativismus	1 bod

5.5. Aktivita a spolupráĥe (motivace)

Spontánní	4 body
Na výzvu	3 body
Jen s těžkostmi	2 body
Úplná pasivita	1 bod

5.6. Psychická alterace (kognitivní funkce, nálada, psychiatrická diagnóza)

Nevyskytuje se	4 body
Mírného stupně	3 body
Výrazná	2 body
Velmi těžká, limitující	1 bod

Zdroj: Kociová, K., Peregrinová, Z., *Fyzioterapia v geriatrii*. Martin: Osveta, 2003.

63 s. ISBN 80-8063-132-8

Barthelův test základních všedních činností

Činnost	Provedení činnosti	bodové skóre
1. Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
2. Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
3. Koupání	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
4. Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
	Neprovede	0
5. Kontinence moči	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
6. Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
	Občas inkontinentní	5
	Inkontinentní	0
7. Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0
8. Přesun lůžko-židle	Samostatně bez pomoci	10
	S malou pomocí	5
	Vydrží sedět	0
9. Chůze po rovině	Samostatně nad 50m	15
	S pomocí 50m	10
	Na vozíku 50m	5
	Neprovede	0
10. Chůze po schodech	Samostatně bez pomoci	10
	S pomocí	5
	Neprovede	0

0 – 40 bodů = vysoce závislý, 45 – 60 = závislost středního stupně, 65-95 =lehká závislost

Zdroj: Trachtová, E., *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: IDVZP, 1999. 186 s. ISBN 80-7013-285-X.

Hodnocení zdravotního postižení, soběstačnosti a sebeobsluhy seniora (IADL)

Činnost	Provedení činnosti	Bodové ohodnocení
Telefonování	Vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	Zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	Nedokáže použít telefon	0
Transport	Samostatně cestuje	10
	cestuje je-li doprovázen	5
	Vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz	0
Nakupování	Dojde samostatně nakoupit	10
	Nakoupí s doprovodem nebo na radu druhé osoby	5
	Neschopen bez podstatné pomoci	0
Vaření	Samostatně uvaří celé jídlo	10
	Ohřeje jídlo	5
	Jídlo musí připravit druhá osoba	0
Domácí práce	Udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	Provede pouze lehčí práce nebo je úklid nedostatečný	5
	Potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
Práce kolem domu	Provádí samostatně a pravidelně	10
	Provede pod dohledem	5
	Vyžaduje pomoc, neprovede	0
Užívání léků	Užívá samostatně v určenou dobu správnou dávku	10
	Užívá jsou-li připraveny a připomenuty	5
	Léky musí být připomenuty druhou osobou	0
Finance	Spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	Zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	Neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0

Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:

0-40 *Závislý*

45-75 *Částečně závislý*

100 bodů *nezávislý*

Zdroj: Kociová, K., Peregrinová, Z., *Fyzioterapie v geriatrii*. Martin: Osveta, 2003. 63 s. ISBN 80-8063-132-8

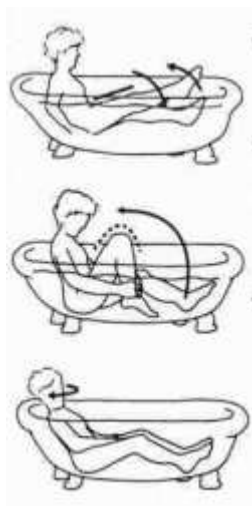
Příloha 4 – Cviky pro seniory

Protahovací cviky pro šedesátileté a starší

Ve vaně

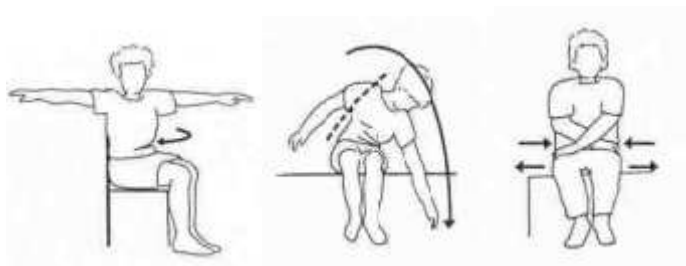
Ve vodě se tělo snadněji ohýbá. Navíc horká voda uvolní svaly a klouby. okraje vany slouží jako držadla. Provádějte každé cvičení tolikrát, kolikrát budete moci.

- Uvolněte se, natáhněte nohy a lehce je zvedejte. Napínejte nohy a pak je pokrčujte.
- Pokrčte nohu a chyt' se oběma rukama za kotník. pomalu tlačte patu směrem k hýždí, avšak ne silou. Nepřestávejte dýchat. Cvičení opakujte s druhou nohou.
- Hlavu opřete o kraj vany a záda o stěnu vany. Hlavou jemně otáčejte zleva doprava a přitom ji udržujte v ose těla. Snažte se opři každém otočení natočit hlavu o kousek dále. Ucho se snažte přiblížit co nejvíce k rameni (rameny nehýbejte).

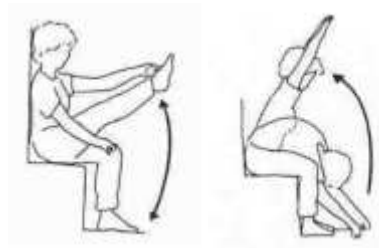


V sedě na židli

Rovná záda, ruce upažené a dobře napnuté, pootáčejte celou horní částí těla (hlavou, hrudníkem a pažemi) doprava a přitom vydechujte. Vraťte se do původní polohy a současně se nadechněte. Stejným způsobem se otáčejte i doleva.



Naklánějte se doleva a přitom vydechujte, jako kdybyste chtěli zvednout nějaký předmět, vraťte se zpátky, naklánějte se doprava. Kolena dejte k sobě, ruce položte křížem na stehna a snažte se nohy od sebe oddálit, rukama přitom tlačte opačným směrem. Pak položte ruce na vnitřní část stehna ke kolenům a snažte se kolena roztáhnout a zároveň je rukama tlačte v protisměru k sobě. Napněte pravou nohu a zvedněte ji co nejvýš. Přitom zhluboka vydechněte. Noha musí zůstat napnutá. Levou rukou se dotkněte konce nohy. Stejně učiňte s levou nohou a pravou rukou.

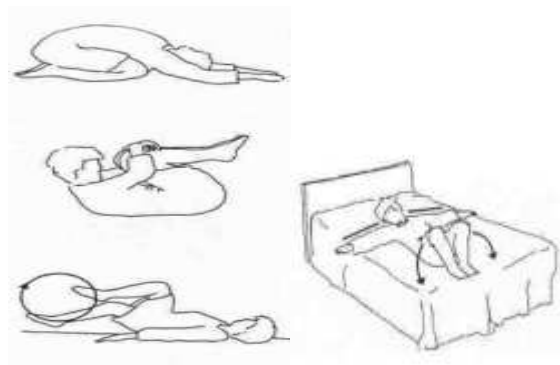


Nechte volně tělo, aby se předklánělo, a přitom zhluboka vydechujte. Napřimte se a ruce natáhněte co nejvýš směrem ke stropu. Vydržte v této pozici několik sekund a nadechněte se.

Na posteli

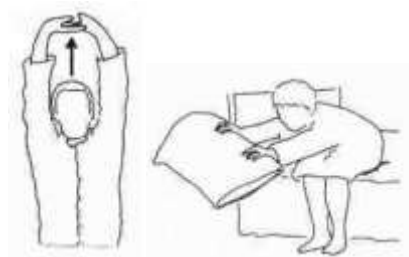
Když se ráno probudíte, svaly jsou často ztuhlé a metabolismus, jehož chod byl v noci zpomalen, se pomaleji rozbíhá. Chceme-li zvolna reaktivovat tělo, můžeme provádět následující protahovací cvičení.

- Udělejte kočku a protáhněte se.
- Lehněte si na záda, pokrčte nohy a chytěte se za kolena. Zhluboka vydechněte a vraťte se do původní polohy. Nadechněte se začněte znovu.
- Lehněte si na záda, ruce podél těla a šlapejte na kole a při každém šlápnutí vydechněte.



Lehněte si na záda, upažte, paty přisuňte až k hýždím a roztahujte nohy a kolena co nejdál od sebe na obě strany

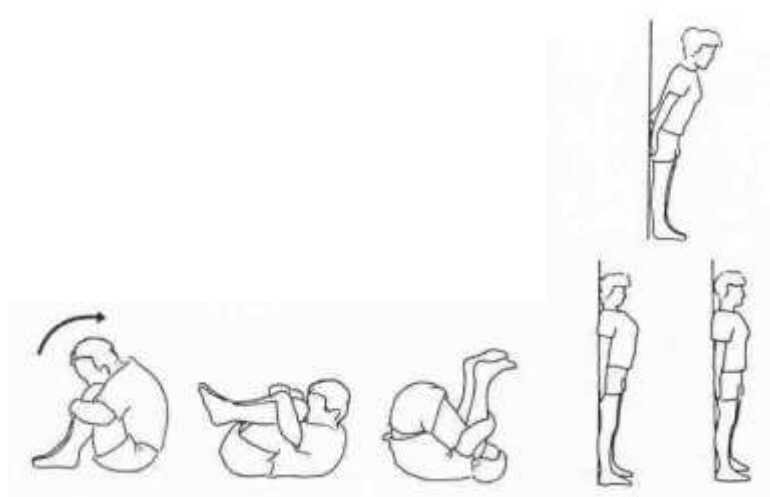
Sedněte si na kraj postele, spojte obě ruce dlaněmi vzhůru. Předpažte, potom ruce zvedněte co možná nejvýš nad hlavu, nakloňte je napravo, nalevo, dopředu, dozadu. V každé poloze je držte deset sekund. třikrát zopakujte celou sestavu.



Sedněte si na kraj postele, oběma rukama chytěte polštář a předpažte co nejdál, záda jsou vodorovná. Vydržte pět sekund a povolte. Při předpažení vydechujte, při narovnání se nadechujte.

Protahání zad

Na tvrdé podložce dělejte kolébku, bradu přitiskněte k hrudi.



- Stoupněte si ke stěně, bederní obratle k ní dobře přitiskněte a předkloňte horní část trupu. Vraťte se do původní polohy. Znovu se předkloňte. Musíte postupně kulatit a narovnávat záda.
- Stoupněte si ke stěně, paty, hýždě, záda a hlavu k ní dobře přitiskněte, paže jsou podél těla. Nadechujte nosem, natahujte tělo směrem nahoru a přitom stahujte břicho. Hrudník se musí maximálně rozšířit a ramena tlačte ke zdi. Rychle vydechněte ústy. Vyprázdněte úplně plíce stlačením břicha. celé tělo se musí stáhnout. Cvičení opakujte pětkrát až desetkrát.

Zdroj: <http://www.tretivek.cz/?cat=67>