

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Všeobecné ošetřovatelství

**AKTIVIZACE GERIATRICKÝCH PACIENTŮ
NA ODDĚLENÍ GERIATRICKÉ A NÁSLEDNÉ PÉČE
NEMOCNICE JIHLAVA**

Bakalářská práce

Autor práce: Anna Peštálová Hochová

Vedoucí práce: Mgr. Petra Kourková, MBA

Jihlava 2026

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Anna Peštálová Hochová
Studijní program:	Všeobecné ošetřovatelství
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.
Název práce:	Aktivizace geriatrických pacientů na Oddělení geriatrické a následné péče Nemocnice Jihlava
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Kourková, MBA
Cíl práce:	Zmapovat zkušenosti a přístup sester i pacientů k aktivizačním činnostem a navrhnout praktická doporučení pro využití aktivizace v každodenní praxi.

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou aktivizace geriatrických pacientů na oddělení geriatrické a následné péče v nemocnici. Hlavním cílem je zmapovat zkušenosti pacientů a všeobecných a praktických sester, zhodnotit dopad aktivizace na psychiku a soběstačnost pacientů a navrhnout opatření pro zefektivnění praxe. Teoretická část stručně vymezuje problematiku stárnutí, geriatrických syndromů a aktivizačních metod. Výzkumná část je realizována kvalitativní metodou pomocí polostrukturovaných rozhovorů s 8 hospitalizovanými pacienty a 8 všeobecnými nebo praktickými sestrami z daného oddělení. Výsledky potvrdily prokazatelně pozitivní vliv aktivizace na fyzickou soběstačnost i psychickou pohodu. Jako hlavní bariéra byl na straně personálu identifikován nedostatek času na aktivizaci, zatímco u pacientů jde o bolest a strach z pádu. Výzkum zároveň odhalil absenci aktivit v odpoledních hodinách a o víkendech. Doporučení pro praxi proto navrhují např. zřízení pozice aktivizačního pracovníka pro odpolední směny, větší zapojení dobrovolníků a cílenou implementaci aktivizačních prvků do každodenní ošetrovatelské rutiny.

Klíčová slova

Aktivizace; geriatrický pacient; následná péče; všeobecná sestra

Abstract

This bachelor's thesis deals with the issue of the activation of geriatric patients in a hospital geriatric and aftercare ward. The main objective is to map the experiences of patients and registered and practical nurses, evaluate the impact of activation on the psychological well-being and self-sufficiency of patients, and propose measures to improve clinical practice. The theoretical part briefly defines the concepts of aging, geriatric syndromes, and activation methods. The research part is conducted using a qualitative method through semi-structured interviews with 8 hospitalized patients and 8 registered or practical nurses from the given ward. The results confirmed a demonstrably positive impact of activation on both physical self-sufficiency and psychological well-being. The main barrier identified on the part of the staff was a lack of time for activation, while for patients, it was pain and the fear of falling. Furthermore, the research revealed a lack of activities during afternoon hours and on weekends. Therefore, recommendations for practice suggest establishing the position of an activation worker for afternoon shifts, greater involvement of volunteers, and the targeted implementation of activation elements into the daily nursing routine.

Keywords

Activation; geriatric patient; follow-up care; general nurse

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

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

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

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

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

V Jihlavě dne 27. dubna 2026

.....

Podpis studenta/ky

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala především Mgr. Petře Kourkové, MBA za odborné vedení, cenné rady a čas, který mi při zpracování této bakalářské práce věnovala. Velké díky neodmyslitelně patří i celé rodině za jejich podporu a pomoc při studiu. V neposlední řadě děkuji všem respondentům za vstřícnost při výzkumu.

Obsah

Seznam obrázků.....	7
Seznam tabulek	8
Seznam zkratk.....	9
1 Teoretická část	11
1.1 Aktivizace geriatrického pacienta	11
1.2 Stáří.....	11
1.3 Geriatrické syndromy, křehkost a disabilita	13
1.4 Vliv aktivizační činnosti na psychiku	14
1.5 Aktivizační činnosti a prostředky	15
1.6 Oddělení geriatrické a následné péče	20
2 Výzkumná část	22
2.1 Cíle práce	22
2.2 Výzkumné otázky	22
2.3 Metodika výzkumu	23
2.4 Výběr výzkumného prostředí a respondentů	24
2.5 Zpracování dat	26
2.6 Analýza a interpretace výsledků výzkumu.....	35
3 Diskuse	45
3.1 Limity výzkumu	50
4 Doporučení pro praxi	52
Závěr	54
Seznam použité literatury	55
Seznam příloh.....	59
Přílohy.....	60

Seznam obrázků

Obrázek 1: Kategorie – Forma aktivizace	35
Obrázek 2: Kategorie – Vnímaný přínos (pacient)	36
Obrázek 3: Kategorie – Bariéry (pacient)	37
Obrázek 4: Kategorie – Návrhy (pacienti)	38
Obrázek 5: Kategorie – Zdroje znalostí	39
Obrázek 6: Kategorie – Reálná praxe	40
Obrázek 7: Kategorie – Vnímaný přínos (personál)	41
Obrázek 8: Kategorie – Bariéry (personál)	42
Obrázek 9: Kategorie – Návrhy (personál)	43

Seznam tabulek

Tabulka 1: Údaje o respondentech – pacient	25
Tabulka 2: Údaje o respondentech – personál	26

Seznam zkratk

OGNP	Oddělení geriatrické a následné péče
WHO	World health organization (Světová zdravotnická organizace)
BMI	Body mass index (Index tělesné hmotnosti)
Kg	Kilogram
pADL	Personal activities of daily living (Personální denní činnosti)
iADL	Instrumental activities of daily living (Instrumentální denní činnosti)
CMP	Cévní mozková příhoda
MMSE	Mini-mental state exam (Krátký test kognitivních funkcí)
MoCA	Montreal cognitive assessment (Montrealský kognitivní test)
ADL	Activities of daily living (Test všedních činností)

Úvod

Stáří je obdobím života spojeným s fyziologickými, psychickými a sociálními změnami. Ačkoli obor gerontologie nestanovuje přesnou hranici, biologicky je stáří obvykle spojováno s věkem nad 60 let. Přirozená maximální délka lidského života se odhaduje přibližně na 120 let. Její zkrácení ovlivňují především nemoci, úrazy, nezdravý životní styl a vnější faktory. K těmto externím vlivům patří náročnost prostředí (dlouhodobá fyzická či psychická zátěž, nepříznivé klimatické podmínky) a nebezpečnost prostředí (expozice škodlivým látkám, zvýšené riziko úrazů či sociálně nestabilní podmínky). Významnou roli hraje také nedostatečná péče, tedy omezený přístup k odborné zdravotní a ošetrovatelské péči, nedostatek sociální podpory a pomoci při běžných činnostech a absence pomoci v obdobích zvýšené zranitelnosti (Mačák, Mačáková, 2022; Čeledová, Kalvach, Čevela, 2016).

K plnohodnotnému a důstojnému stáří můžeme přispět aktivizací, tedy přístupem zaměřeným na udržování a zlepšování biologických, psychických i sociálních aspektů života. Abychom zvedli šanci seniora na život bez výše uvedených faktorů zkracujících délku lidského života, může každý nelékařský zdravotnický pracovník využít v péči o pacienta preventivních a léčebných aktivizačních programů. Ty jsou v praxi zaměřené na prevenci zdravotních komplikací, podporu soběstačnosti a udržování fyzických i kognitivních funkcí (Nová, 2024).

Předkládaná bakalářská práce pojednává o aktivizačních programech a prostředcích využívaných k aktivizaci. Hlavní motivací zabývat se tímto tématem je má vlastní zkušenost praktické sestry na Oddělení geriatrické a následné péče. Při práci s geriatrickým pacienty jsem nabyla dojmu, že seniorům na oddělení často chybí dostatečná vnější i vnitřní motivace k jakékoliv aktivitě. Důležité je motivovat pacienty k využití jejich volného času, ale i personálem naplánovaných aktivit pro zlepšení kondice, sebeobsluhy, sebepéče a v neposlední řadě duševního zdraví. Problém nedostatečné aktivizace není jen na straně geriatrického pacienta. Při plánování péče je důležitý individuální výběr aktivizačních prostředků a aktivit pro každého pacienta na míru jeho potřebám a možnostem. Jihlavské geriatrické oddělení nabízí např. ergoterapii, zooterapii, rehabilitace nebo kognitivní cvičení. Kromě léčby, ošetrovatelské a rehabilitační péče se na oddělení zaměřují i na podporu pacienta při postupné ztrátě soběstačnosti.

Hlavní myšlenkou této práce je nalezení nových motivačních technik a způsobů aktivizace geriatrického pacienta. Proaktivní přístup pacienta dle mé zkušenosti výrazně zkvalitní ošetrovatelskou péči a zároveň motivuje personál k dalším pozitivním změnám v péči.

Teoretická část této práce se zaměřuje na pojem aktivizace a charakteristiku aktivizační činnosti, problematiku stáří a stárnutí, s tím související onemocnění, a rovněž na nabídku aktivit geriatrického oddělení pro stárnoucího pacienta. Cílem výzkumu je zanalyzovat informace od všeobecných a praktických sester i pacientů o tom, jaké mají zkušenosti s aktivizačními činnostmi, co jim přinášejí a jaké nalézají v procesu aktivizace překážky. Hlavním cílem je tak navrhnout opatření ke zkvalitnění aktivizačních činností a hledat nové přístupy k implementaci těchto činností do každodenní praxe.

1 Teoretická část

Teoretická část bakalářské práce poskytuje náhled do problematiky péče o geriatrického pacienta. Věnuje se definici základních pojmů spojených se stářím, procesem stárnutí a specifiky seniorského věku, jako jsou geriatrické syndromy, křehkost a disabilita. Následně se text podrobně zaměřuje na samotný koncept aktivizace a její vliv na psychickou i fyzickou pohodu seniorů. Jsou zde představeny konkrétní aktivizační činnosti, rehabilitační přístupy a moderní terapeutické prostředky využitelné v klinické praxi. Závěr teoretické části je věnován charakteristice oddělení geriatrické a následné péče, na kterém probíhal sběr dat.

1.1 Aktivizace geriatrického pacienta

Klíčové součásti každodenního režimu podporujícího zdravé stárnutí představují preventivní opatření zahrnující vyváženou stravu, pravidelnou fyzickou aktivitu a cvičení, stejně jako začlenění seniorů ve společnosti a jejich aktivní uplatnění. Tyto opatření prokazatelně prodlužují průměrný věk dožití i kvalitu života. Začlenit všechny tyto důležité články celkového zdraví do každého dne starší populace je možné díky neustálému růstu kvality zdravotní péče, sociálního a ekonomického postavení seniora (Navrátil, Šedivcová et al., 2023). Aktivizace je schopna ovlivnit přístup pacienta v seniorském věku prostřednictvím zlepšení jeho motivace, psychické pohody a schopnosti samostatně se zapojovat do každodenních činností. Ovšem vždy to vyplývá z jeho životních postojů a možností, které ovlivňují i to, jakou zvolíme strategii při plánování a provádění aktivizačních činností. V dalších kapitolách je věnován prostor těmto strategiím a konkrétním činnostem v závislosti na stáří pacienta, jeho deficitech v sebpéči i možnostech geriatrického oddělení. Aktivizace znamená podněcování k činnosti a v nemocničním prostředí představuje klíčový nástroj pro podporu soběstačnosti, udržení psychického i fyzického zdraví a prevenci sociální izolace. Nejde jen o volnočasové aktivity, ale o nedílnou součást sociální i ošetrovatelské péče. Cílem aktivizace je zachovat, posílit nebo obnovit schopnosti seniora. V běžné péči se projevuje např. pomocí při oblékání, hygieně, chůzi či dýchacím cvičení – tedy v každodenních činnostech, které mají zároveň terapeutický účinek a pozitivně působí na psychiku geriatrického pacienta. Na aktivizaci se kromě všeobecných a praktických sester podílí i sociální pracovníci, rehabilitační sestry a v ideálním případě i rodina. Ve spolupráci s nimi je možné zařazovat prvky aktivizace do všech oblastí běžného denního života a napomáhat tak udržení kvality života seniora (Nová, 2024; Motlová et al., 2019).

1.2 Stáří

Každou životní etapu můžeme rozdělit dle věku a věk měřit různými způsoby. Čeledová, Kalvach a Čevela (2016) uvádějí věk kalendářní, biologický a sociální. Kalendářní věk je dle jejich tvrzení nejpřesnějším měřítkem, avšak nemusí vždy odpovídat biologickému nebo sociálnímu věku jednotlivce. Například experti WHO v 60. letech 20. století navrhli dělení věku do patnáctiletých období, přičemž do 60 let se hovořilo o středním věku, do 75 let o časném stáří, do 90 let o vlastním stáří a nad 90 let o kmetství.

Lopez-Jimenez (2024) říká o biologickém věku, že lépe odráží rozmanitost procesu stárnutí než věk kalendářní. Biologický věk zachycuje, jak člověk stárne na základě různých faktorů a biomarkerů. Biomarkery představují měření, která poskytují přehled o tom, co se děje

v buňkách nebo v těle. Například běžné měření krevního tlaku může sloužit jako biomarker, stejně jako zobrazovací technologie nebo laboratorní testy. Další biomarkery využívají geny a proteiny k hodnocení těla na molekulární a buněčné úrovni. Neexistuje však jediný biomarker nebo test, který by mohl přesně určit konkrétní věk.

K sociálnímu věku Čeledová, Kalvach a Čevela (2016) dodávají, že je ovlivněn životními zkušenostmi, společenským postavením a stále více také generační příslušností. Nejčastěji je spojován s ekonomickými změnami jako je odchod do důchodu, který přináší proměnu společenského statusu, životního rytmu a často i pokles životní úrovně.

WHO (2025) deklaruje, že každý člověk na světě by měl mít možnost dožít se vysokého věku ve zdraví. Kvalita života ve stáří je však ovlivněna prostředím kolem nás, které může podporovat zdraví, ale také pro něj může představovat riziko. Prostředí, ve kterém žijeme zároveň formuje naše chování, ovlivňuje míru vystavení zdravotním hrozbám a také dostupnost zdravotní a sociální péče.

Podíl seniorů v populaci v posledních letech výrazně roste. Zatímco v roce 2019 byla na světě přibližně 1 miliarda populace ve věku 60 let a starší, do roku 2030 se jejich počet zvýší na 1,4 miliardy a do roku 2050 až na 2,1 miliardy. Takto zásadní demografická změna vyžaduje komplexní změny v mnoha oblastech společnosti, ve zdravotní a sociální péči včetně. V blízké budoucnosti to povede k většímu důrazu na zlepšení kvality života, ale také k podpoře pracovní aktivity a ekonomického přínosu prostřednictvím zapojení seniorů do aktivního života (Navrátil, Šedivcová et al., 2023; WHO, 2025).

Běžnou součástí stárnutí je geriatrická multimorbidita, která omezuje kvalitní život ve všech jeho rovinách. Jak uvádí Weber, Prudius a Meluzínová (2015, s.1042): „*V populaci starších osob je běžný úbytek funkčních kapacit, postupný vznik různých nemocí až k širší multimorbiditě a nárůstu problémů v sociální oblasti, které mohou akcentovat stařeckou křehkost a neschopnost žít samostatně*“. Multimorbidita (polymorbidita) je typická pro stáří a označuje současný výskyt více onemocnění u jednoho člověka. Tyto nemoci mohou být vzájemně nezávislé nebo spolu příčinně souviset. Multimorbidita je definována jako přítomnost alespoň dvou chronických onemocnění, aniž by jedno z nich bylo dominantní nad ostatními. Až 25 % dospělých trpí dvěma či více chronickými chorobami, přičemž s přibývajícím věkem se výskyt multimorbidity výrazně zvyšuje.

Multimorbidita je úzce spojena se stárnutím, přičemž se předpokládá, že vzniká v důsledku poklesu tělesných rezerv a funkcí. Tento stav vede k mírnému chronickému zánětu a hormonální nerovnováze. To vše zvyšuje náchylnost ke chronickým onemocněním obzvláště pro ženy a populaci s nízkým socioekonomickým statusem. Mezi nejvýznamnější rizikové faktory patří kouření, konzumace alkoholu, nedostatek pohybu, vyšší BMI index, úrazy a v neposlední řadě hypertenze a kardiovaskulární choroby. Výzkumy souhrnně potvrzují, že nezdravý životní styl významně zvyšuje pravděpodobnost vzniku multimorbidity, i když rizikové faktory nejsou dosud dostatečně prozkoumány. Správná výživa a zvýšená fyzická aktivita ve vyšším věku mohou tedy významně přispět k prodloužení období, během něhož senioři zůstávají aktivní a zapojení do společnosti. Nedílnou součástí snahy o společnost s aktivními zdravými seniory jsou také moderní metody prevence nemocí spojených se stárnutím (Navickas et al., 2016; Navrátil, Šedivcová et al., 2023).

Prevenčí v oblasti udržení funkčního zdraví v seniorském věku se zabývá preventivní gerontologie. Zaměřuje se především na funkční zdatnost, protože ta přispívá k celkové vitalitě a posouvá chronologický věk v prospěch seniora. Mezi zásadní faktory ovlivňující funkční zdatnost patří proaktivní přístup k vlastnímu zdraví, dodržování léčby civilizačních onemocnění, pravidelná fyzická aktivita a dobré kognitivní schopnosti. Udržení dobré funkční kondice vyžaduje značné úsilí nejen ze strany seniorů, ale i zdravotníků, kteří by měli poskytovat individuálně přizpůsobenou péči. Hlavním cílem geriatrické prevence je zpomalit proces přirozeného úbytku zdraví, zabránit nadměrnému zhoršení funkčního stavu a ohrožení soběstačnosti seniorů. Důraz je kladen na podporu aktivního a kvalitního stárnutí, zachování možnosti seberealizace a sociálního zapojení (Bretšnajdrová, Vindiš, 2022).

1.3 Geriatrické syndromy, křehkost a disabilita

Stáří je charakteristické složitou kombinací různých faktorů, které ovlivňují vznik příznaků, jejichž léčba bývá obtížná a často dlouhodobá. Soubor těchto příznaků se v geriatrii označuje jako geriatrický syndrom. Většina geriatrických syndromů se vzájemně prolínají a často se vyskytují současně. Sdílejí společné rizikové faktory, jako jsou vyšší věk, omezená pohyblivost, kognitivní poruchy a omezení funkčnosti. Z klinického hlediska tyto syndromy upozorňují na celkovou křehkost a zranitelnost pacienta, jeho zvýšené riziko zdravotních komplikací a vysokou potřebu zdravotní péče (Navrátil, Šedivcová et al., 2023; Vágnerová et al., 2020).

Vágnerová et al. (2020) uvádí, že geriatrické syndromy byly v minulosti charakterizovány jako „syndromy 5 I“, zahrnující imobilitu, instabilitu, poruchy intelektu, inkontinenci a iatrogenní postižení. Dnes jsou však vnímány širším způsobem jako složité soubory příznaků s mnohostranným dopadem na zdraví seniorů. V současnosti Vágnerová řadí mezi základní syndromy:

- imobilitu – imobilizační syndrom, hypomobilita
- instabilitu – poruchy chůze, pády
- poruchy intelektu – poruchy paměti a chování, kognitivní deficit, delirium
- inkontinenci – únik moče i stolice
- poruchy příjmu potravy, poruchy výživy
- depresi
- celkovou dekonduci – sarkopenie, nízká tělesná zdatnost
- kombinovaná senzorická postižení
- geriatrickou křehkost
- terminální geriatrickou deterioraci.

Syndrom dekonduce, tedy snížené zdatnosti, lze považovat za předstupeň křehkosti. Často bývá spojován se sedavým způsobem života a nedostatkem pravidelné fyzické aktivity. Je však důležité vnímat jej v širším kontextu, zejména ve vztahu k chronické bolesti, depresivitě a funkčním dopadům různých onemocnění. Geriatrická křehkost označuje postupné oslabování zdraví a celkového zdravotního stavu bez zjevné příčiny. Jedná se o přirozený proces stárnutí spojený s kumulací deficitů. Nejde přímo o disabilitu, ale o soubor charakteristických znaků, mezi které patří neúmyslný úbytek hmotnosti přes 4,5 kg ročně, snížená pohyblivost včetně zpomalené chůze, oslabení svalové síly včetně slabého stisku ruky a celková únava. Neexistuje jednotný postup pro léčbu křehkosti, ale klíčovým cílem je zachovat u seniora co nejdéle

soběstačnost, nezávislost, motivaci a pohyblivost v každodenním životě a předejít deterioraci (Navrátil, Šedivcová et al., 2023; Vaňková, 2015).

Vaňková (2015) poukazuje na fakt, že někteří autoři nahlízejí na geriatrickou deterioraci jako na proces probíhající ve škále. Začíná od bezpříznakových změn souvisejících se stárnutím a jde přes projevy křehkosti spojené s funkčními deficity. Následně přechází do fáze disability až po terminální geriatrickou deterioraci. Syndrom terminální geriatrické deteriorace lze vnímat jako konečné stádium geriatrické křehkosti, ke kterému dochází u některých polymorbidních seniorů. Pokud je syndrom plně rozvinutý, nebyla zjištěna žádná léčitelná příčina a nutriční podpora nevedla ke zlepšení stavu, je pacient jednoznačně indikován k terminální paliativní péči. Mezi typické projevy této fáze můžeme zařadit nově vzniklé geriatrické syndromy nebo zhoršení již přítomných geriatrických syndromů. Mezi projevy řadíme i zhoršení laboratorních hodnot, jako je snížená hladina albuminu, anémie či nízká hladina sodíku.

Disabilita, tedy dlouhodobé a závažné zdravotní postižení, se ve stáří vyznačuje oslabením přímé vazby na konkrétní onemocnění. Tento fakt bývá často nesprávně vykládán tak, že obtíže bez jasné diagnózy jsou nevyhnutelným a neovlivnitelným důsledkem stárnutí. Disabilita může být vyvolána jediným faktorem nebo v důsledku souběhu více onemocnění. Rozlišovat ji můžeme i dle typů postižení (fyzické, mentální, smyslové, kombinované) nebo dle průběhu, kdy se může objevit náhle, jednorázově, nebo se postupně zhoršovat, progredovat. Funkční postižení může být hodnoceno dílčím způsobem nebo komplexně s ohledem na celkovou schopnost jedince vykonávat běžné činnosti. U seniorů se zaměřujeme především na úroveň soběstačnosti a schopnost zvládat každodenní péči o sebe (Čeledová, Kalvach a Čevela, 2016).

Malíková (2020) upozorňuje na fakt, že většině obtíží pacientů lze účinně předcházet správnou volbou a využitím vhodných metod zaměřených na jejich aktivizaci. Pokud pacient zůstává se svými neřešenými problémy, stává se postupně pasivnějším, negativistickým a dochází k narůstání a hromadění jeho psychických, emočních i fyzických obtíží. Opomíjení aktivizačních technik tak může vést k dalším komplikacím.

1.4 Vliv aktivizační činnosti na psychiku

Psychické změny ve stáří jsou přirozeným procesem ovlivněným biologickými i psychosociálními faktory. Dochází ke zpomalení kognitivních a percepčních funkcí, což vede ke snížené adaptabilitě na nové situace a tendenci setrvat v zažitých stereotypech. Některé rysy osobnosti se s věkem výrazněji projevují, jelikož se oslabuje schopnost je skrývat či regulovat. Změny se dotýkají i hodnotového systému – dřívější zájmy ustupují do pozadí a posilují se vztahy s blízkými lidmi (Nová, 2024).

Thorová (2015) uvádí, že dle teorie aktivity, kterou popsali již v 60. letech Havighurst nebo Neugarten, je aktivní způsob života vnímán jako klíčový prvek pro úspěšné a spokojené stárnutí. Tento teoretický přístup staví na hodnotách, jako jsou výkonnost, vitalita, aktivita a smysluplné trávení volného času. Za předpokladu, že stárnutí probíhá bez patologických obtíží, by měl jedinec vést aktivní životní styl, zaměřený na duševní stimulaci, pohyb, společenské zapojení a navazování nových vztahů. Tento koncept byl však kritizován pro svou obecnost a opomíjení individuálních rozdílů – ne každý senior má stejné možnosti. Je nutné brát v úvahu zejména zdravotní a ekonomické podmínky starších osob, které aktivní životní styl ovlivňují.

Ke vzniku psychosociálního traumatu a hospitalismu může přispět pasivita, monotónní prostředí bez dostatečné stimulace, omezené sociální vazby a opakující se každodenní činnosti. U starších osob existuje zvýšené riziko vzniku infantilního chování, tedy tendence k závislosti na druhých, pasivitě, emoční nestabilitě a zaměření se převážně na uspokojování základních fyziologických potřeb. Je zřejmé, že hospitalizace v nemocničních zařízeních s sebou přináší řadu obtíží a komplikací (Nová, 2024).

Huttrová (2023) vidí nezpochybnitelný vliv aktivizační činnosti hlavně v souvislosti s udržováním dobré psychické, pohybové i sociální zdatnosti seniorů. Aktivizace výrazně ovlivňuje také proces přizpůsobení se novému prostředí. Pokud se senior aktivně zapojí do každodenních aktivit, adaptace bývá snazší a úspěšnější. Smyslem těchto činností je naplnit volný čas smysluplným způsobem, posílit psychosociální pohodu a motivovat k činnostem, které přispívají k uchování dovedností a schopností. Zároveň působí preventivně proti pocitu osamění a snižování kvality života. Celkově lze konstatovat, že tyto aktivity pomáhají v adaptačním období zmírnit úzkost z nového prostředí, posilují pocit užitečnosti a podporují samostatnost a soběstačnost seniora.

1.5 Aktivizační činnosti a prostředky

Aktivizace pacienta je definována jako míra znalostí, dovedností a sebevědomí, které pacient má při péči o své zdraví. Pacient může být na škále od pasivního příjemce péče, který není schopen samostatně zvládat svůj zdravotní stav, až po jedince, který se o své zdraví účinně stará, ale může v obdobích stresu nebo krize potřebovat dodatečnou podporu. Posilování účasti pacienta na sebepečí je čím dál více vnímáno jako klíčová součást nových strategií pro reformu zdravotnictví a zlepšení zdravotních výsledků. Stále více důkazů také ukazuje, že pacienti s vyšší úrovní aktivizace dosahují lepších zdravotních výsledků a mají celkově pozitivnější zkušenost s péčí (Blakemore, 2016).

Možnosti, jak seniory aktivizovat, jsou do značné míry ovlivněny jejich vlastním postojem k těmto činnostem a Nová (2024) na základě jejich přístupu rozlišuje několik kategorií. Tato typologie pomáhá lépe porozumět rozdílným postojům seniorů a umožňuje přizpůsobit přístup při jejich podpoře a aktivizaci. Tyto kategorie dělíme na:

- **konstruktivní strategie** – senior se aktivně přizpůsobuje změnám, usiluje o soběstačnost a udržování sociálních vztahů.
- **strategie závislosti** – senior je pasivní, spoléhá se na druhé a sám se do rozhodování nezapojuje.
- **obranná strategie** – senior odmítá stárnutí, přehnaně se snaží dokazovat svou nezávislost a odmítá pomoc.
- **strategie hostility** – senior je nepřátelský, obviňuje okolí a často vyvolává konflikty.
- **strategie sebenenávisti** – senior ztrácí smysl života, izoluje se a nemá motivaci k žádné činnosti.

Poskytování ošetrovatelské péče s sebou nese rizika, mezi která patří zejména zvýšená závislost klientů na péči. Tento jev je problematický nejen kvůli větší zátěži pro ošetřující personál, ale především kvůli negativnímu dopadu na samotné pacienty. Snižovaná aktivita a rostoucí pasivita vedou k postupné ztrátě soběstačnosti, zhoršení psychického stavu a úpadku kognitivních funkcí, což významně ovlivňuje kvalitu života seniorů. Je proto důležité zaměřit se na prevenci,

zejména prostřednictvím různých forem aktivizace, které představují účinný nástroj proti pasivitě, apatii a závislosti na péči (Malíková, 2020).

Nová (2024) rozlišuje preventivní a léčebné aktivizační programy s odkazem na zákon č. 108/206 Sb., o sociálních službách. Preventivní aktivizační programy jsou navrženy pro zdravé seniory a zaměřují se na smysluplné využití volného času aktivně stárnoucích osob. Oproti tomu léčebné aktivizační programy mají terapeutický charakter a jsou cíleny na zmírnění konkrétních zdravotních obtíží. Aktivizační činnosti do několika kategorií jako je aktivizace zaměřená na pohybové schopnosti, kognitivní procesy nebo prožitky.

1.5.1 Aktivizační činnosti zaměřené na pohyb

Po odchodu do důchodu mají senioři více času na zájmy i péči o domácnost, s věkem však ubývá sil a klesá zájem o volnočasové aktivity. Pravidelný pohyb pomáhá zpomalit stárnutí, udržet soběstačnost a přispívá k celkové kvalitě života. Je důležité jej vnímat jako součást fyzického, psychického i sociálního zdraví. Domácí práce, péče o dům či zahradu představují přirozenou formu pohybové aktivity, která pomáhá seniorům udržovat fyzickou kondici. Tyto činnosti často spojují povinnost s volnočasovou aktivitou. Jako vhodná a doporučovaná forma pohybu se osvědčila i chůze jako možnost dopravy, ale i volnočasová aktivita. Mezi intenzivnější aktivity pak patří turistika, sport, cvičení či fyzicky náročnější koníčky (Slepička, Mudrák, Slepičková, 2015).

Jednou z nejdůležitějších kapitol pohybové aktivizace je rehabilitace. Rehabilitace je proces zaměřený hlavně na obnovení tělesné i duševní nezávislosti po úrazu, nemoci nebo při trvalém postižení. Jejím cílem je minimalizovat důsledky zdravotního postižení a co nejvíce přiblížit pacienta původnímu stavu. Holistická rehabilitace vnímá člověka celostně – propojuje pohyb, psychiku i kognitivní funkce a vede ke zvýšení soběstačnosti a začlenění do společnosti. U seniorů hraje klíčovou roli, protože disabilita u nich více ovlivňuje úmrtnost než samotná polymorbidita. Cílem je tedy zmírnit dopady postižení a podpořit společenské začlenění. Rehabilitační péče probíhá v rámci multidisciplinárního týmu a využívá například kinezioterapii, ergoterapii, logopedii nebo fyzikální terapii. Při tvorbě plánu je třeba zohlednit individuální tempo seniora, jeho zázemí a sociální situaci (Švestková et al., 2017; Navrátil, Šedivcová et al., 2023).

Důležitou součástí kvalitního života seniora je zvládnání běžných aktivit denního života, s čímž může významně pomoci pracovní terapie – ergoterapie. Je důležité rozlišovat mezi ergoterapií a fyzioterapií. Fyzioterapie se zaměřuje především na zlepšení svalové síly, pohyblivosti, motoriky a rozsahu pohybu. Naproti tomu ergoterapie podporuje zachování soběstačnosti v každodenních činnostech, a to jak v základních aktivitách (personal activities of daily living, dále jen pADL), tak v náročnějších instrumentálních aktivitách (instrumental activities of daily living, dále jen iADL). Ergoterapie může probíhat individuálně i skupinově a jejím cílem je aktivizace prostřednictvím smysluplných činností, které rozvíjejí fyzické, mentální a sociální schopnosti. Využívá se funkční hodnocení schopností pacienta (např. podle skandinávských testů), na jehož základě se vytváří individuální plán. Terapie by měla být pestrá, motivační a zahrnovat i pacienty upoutané na lůžko. U seniorů se ergoterapie zaměřuje na nácvik běžných denních činností (pADL/iADL), trénink mobility, kognitivních funkcí a používání pomůcek. Cílem

je rovněž poskytovat poradenství i podporu v oblasti volnočasových aktivit (Nová, 2024; Navrátil, Šedivcová et al., 2023).

Jako další aktivizační činnost uvádí Nová (2024) kinezioterapii, která je součástí podpůrné léčby, využívající aktivní pohyb mimo pracovní činnosti a vede k podpoře fyzické i psychické kondice pacienta. Forma fyzikální terapie pomáhá nejen při prevenci a léčbě, ale také při uvědomění si vlastních schopností a posílení psychosomatické rovnováhy, a to pomocí masáží nebo aktivního cvičení. Může probíhat individuálně nebo ve skupině, přičemž u seniorů je důležité přizpůsobit intenzitu, délku a četnost cvičení jejich možnostem. I když kinezioterapie nemusí vždy obnovit plnou mobilitu, významně přispívá ke zlepšení kvality života a celkové spokojenosti pacientů.

1.5.2 Aktivizační činnosti zaměřené na kognitivní trénink

Kognitivní funkce představují soubor duševních procesů, díky nimž dokážeme vnímat, učit se, zapamatovávat si a přizpůsobovat se změnám v okolí. S přibývajícím věkem dochází k jejich přirozenému úbytku – zpomaluje se psychomotorika, zhoršuje se krátkodobá paměť, soustředění i pružnost myšlení. Objevuje se větší únava, úbytek smyslových vjemů a útlum tvořivosti. Poruchy kognitivních funkcí mohou vzniknout následkem cévních, úrazových, infekčních, toxických či neurodegenerativních onemocnění nebo v souvislosti s psychickými poruchami (Fertařová, Ondriová, 2020; Válková, 2015).

Kuckir, Vaňková, Holmerová et al (2016) popisují, jak lze kognitivní deficit odhalit pomocí různých metod, jako je rozhovor, pozorování, testy, analýza anamnézy nebo výsledků činností. U geriatrických pacientů se často využívají jednoduché testy k orientačnímu posouzení kognitivních funkcí v rámci komplexního geriatrického vyšetření. Tradičně se používá MMSE test (Mini Mental State Exam), což je krátký test kognitivních funkcí, vhodný ale zejména pro již rozvinutou demenci. Stále častěji se však používá MoCA test (Montreal Cognitive Assessment), který umožňuje zachytit i počínající poruchy, včetně poruch exekutivních funkcí. Jednoduchým a přínosným nástrojem je také test kresby hodin. Diagnóza demence významně ovlivňuje budoucí soběstačnost seniora a vyžaduje adekvátní léčbu a podporu.

Trénink kognitivních funkcí je účinnou prevencí předčasného stárnutí mozku. Pomocí cílené stimulace posiluje paměť, pozornost i další schopnosti, přispívá k větší soběstačnosti, sebevědomí a zlepšuje kvalitu života. Zároveň podporuje sociální vazby a pozitivní prožívání. U některých pacientů např. s Alzheimerovou chorobou však může nezvládnutí úkolů vyvolat negativní emoce, proto je důležité volit přiměřeně náročné úkoly, které budou motivující a zvládnutelné (Fertařová, Ondriová, 2020).

Při tréninku poznávacích funkcí Vyskočilová (2019) uvádí dva různé přístupy. Prvním je kognitivně-didaktický, který se zaměřuje na cílenou práci s konkrétními poruchami kognice, poruchami neurologického charakteru, komunikace nebo chování. Druhý přístup vychází z praxe, zkušeností a předpokladu, že zlepšení nastává díky zaměření na běžné činnosti, během nichž se oslabené funkce přirozeně kompenzují. Oba přístupy se často kombinují. Mezi klíčové složky kognitivního systému patří pět základních oblastí:

- **pozornost** – je klíčová pro všechny ostatní kognitivní funkce, zejména pro paměť a zpracování informací. Rozlišujeme její různé formy – střídavou, selektivní, vytrvalou a záměrnou.
- **zrakové zpracování** – zahrnuje nejen samotné vidění, ale i vyhodnocení vizuálních podnětů mozkiem s využitím smyslových vjemů a předchozích zkušeností.
- **zpracování informací** – může být automatické nebo vědomé a závisí na paměti, rychlosti, kapacitě a organizačních schopnostech.
- **paměť** – umožňuje ukládat a vybavovat si důležité informace. Epizodická paměť slouží k zapamatování událostí, prospektivní k plánování budoucích činností. Jejich poruchy výrazně ovlivňují samostatnost.
- **exekutivní funkce** – zajišťují řízení všech kognitivních procesů – od uvědomění si vlastních schopností, přes plánování a zahájení činnosti, až po hodnocení výsledků a řešení problémů.

Válková (2015) dělí rehabilitační techniky kognitivních funkcí na obecné a cílené. Označení obecná kognitivní rehabilitace neznamená, že jde o náhodnou nebo rutinní činnost. Naopak, vždy má jasný záměr, a to posílit kognitivní funkce a podpořit myšlení pacienta. Jejím hlavním cílem je zlepšit orientaci pacienta v čase a prostoru. Vychází ze struktury běžného dne hospitalizovaného a zahrnuje pravidelné dotazování na časový údaj – aktuální datum, den v týdnu, roční období, ale i na místo pobytu – název nemocnice, oddělení nebo patro. Tato orientace se provádí zpravidla dvakrát denně. Během dne je vhodné pokládat doplňující dotazy na rodinu, jaké dělal pacient aktivity atp. Cílená kognitivní rehabilitace začíná až po předchozím vyšetření, které odhalí konkrétní oslabení kognitivních funkcí. Na základě těchto zjištění se následně zaměřuje na trénink a posílení narušené oblasti s cílem obnovit nebo kompenzovat ztracené schopnosti v oblasti pozornosti, řešení problémů, plánování, paměti, pojmenovávání, řeči, zrakového vnímání, zpracovávání informací, orientace a mnoho dalších.

1.5.3 Další aktivizační činnosti a pomůcky

Jednou z možností aktivizace a rehabilitace pacienta je reminiscenční terapie podporující zachování paměťových drah. Základem reminiscence je práce s osobními vzpomínkami, ať už individuálními životními příběhy nebo historickými a místními souvislostmi. V nemocničním prostředí ji lze uplatňovat i během každodenního kontaktu s pacientem – stačí vnímat jeho zájmy, místo původu, oblíbená jídla či témata, o kterých rád hovoří, a tyto poznatky vhodně využít v komunikaci. V praxi dochází často k zaměňování pojmů reminiscence a biografie seniora, přestože každý z nich označuje něco jiného. Reminiscence představuje proces vybavování vzpomínek, zpravidla vyvolaný různými podněty – například rozhovorem, fotografiemi nebo známými vůněmi. Naopak biografie seniora zahrnuje soubor metod a technik, jejichž cílem je tyto vzpomínky zachytit, zmapovat a vytvořit z nich ucelený životní příběh. Biografie tedy využívá reminiscenci jako nástroj (Hošková, Janečková, Skibová, 2019; Nová, 2024).

Aktivizační techniky pomocí zooterapie popisuje Bicková (2020) jako soubor rehabilitačně terapeutických metod, prováděných za pomoci zvířat, které využívají pozitivní vliv kontaktu člověka se zvířetem. Zvířata přirozeně přitahují pozornost, odbourávají stres, působí na všechny naše smysly a podněcují motivaci k činnosti, což z nich činí vhodné partnery v terapii. Tato forma podpory může probíhat individuálně nebo ve skupině, přičemž vždy záleží na konkrétním

terapeutickém cíli a aktuálních možnostech klienta i zvířete. Mezi běžné formy zooterapie patří canisterapie (se psy), felinoterapie (s kočkami), hiporehabilitace (s koňmi), ornitoterapie (s ptáky), caviaterapie (morčata či křečci) nebo také terapie na farmách, kde jsou zapojena hospodářská zvířata.

Další z moderních aktivizačních metod je snoezelen terapie, která se zaměřuje na stimulaci sedmi smyslových systémů pomáhajících vnímat svět a přizpůsobovat se prostředí. Patří sem zrak, sluch, čich, chuť, hmat, vestibulární a proprioreceptivní systém. Snoezelen označuje speciálně vybavenou multisenzorickou místnost, která prostřednictvím různých technologických prvků vytváří příjemné smyslové podněty. Tyto podněty podporují smyslové vnímání a vybízejí k různorodým reakcím a prožitkům. Původně byla vyvinuta koncem 70. let pro osoby s těžkým mentálním a kombinovaným postižením, které vnímají svět především skrze smysly a mohou být snadno zahlceny běžnými podněty. Cílem bylo vytvořit prostředí, kde je možné bezpečně prožívat radost, relaxaci i objevování. Název "snoezelen" vznikl spojením nizozemských slov „snuffelen“ (očíhávání, aktivní zkoumání) a „doezelen“ (dřímání, pasivní relaxace), čímž se vyjadřuje rovnováha mezi aktivací a zklidněním. Terapie se postupně rozšířila i mezi další cílové skupiny a využívá se jak pro terapeutické, tak vzdělávací a volnočasové účely. Klíčová je role podpůrné osoby, která vytváří vhodné prostředí, přizpůsobuje podněty individuálním potřebám a podporuje pozitivní zážitek (Fertařová, Ondřiová, 2020; Testerink et al., 2023).

Suchomelová a Diallo (2019) popisují, jak se s rostoucí počítačovou gramotností seniorů stále více zkoumá využití nových technologií v této věkové skupině. Významným trendem je virtuální realita, která díky své imerzi a interaktivitě nabízí unikátní zážitek jiného prostředí, než ve kterém se pacient nachází a zároveň možnost aktivně do tohoto prostředí zasahovat. Lidé, kteří VR používají pravidelně, mají vyšší sebedůvěru, lepší emoční prožívání a větší jistotu v sociálních situacích. Virtuální realita navíc intenzivně podporuje vnímání sebe sama v prostoru. VR nachází uplatnění nejen jako forma volnočasové aktivity, ale i jako prostředek pro zlepšení kvality života seniorů ve vyšším věku, kteří často čelí různým omezením. Pomáhá zmírnit pocity izolace, předcházet depresím, podporuje kognitivní funkce, zejména paměť a učení, ale i motoriku, např. rovnováhu a chůzi. Uplatňuje se i při zvládání bolesti tím, že umožňuje pacientům soustředit se na podněty ve virtuálním světě místo fyzických obtíží.

O aktivizaci a rehabilitaci pacientů hlavně u pacientů po CMP pomocí technologií pojednávají Holubová a Janatová (2018). Při obnově motoriky se osvědčují opakované cílené pohyby s podporou smyslové zpětné vazby – zrakové, sluchové i vibrační. Pacientovy pohyby snímají senzory a zobrazují je například na monitoru či ve virtuálním prostředí, čímž se zvyšuje motivace a aktivní spolupráce pacienta. Pro zlepšení rovnováhy slouží speciální plošiny sledující postoj a rozložení váhy. Chůzi lze trénovat na pohyblivých pásech s odlehčením nebo pomocí exoskeletů. Alternativně lze využít i herní konzole se senzory pohybu, které také motivují k pohybu. Počítačové programy a trenažéry umožňují variabilní trénink kognice s možností sledování výkonnosti. Terapie simuluje situace běžného života jako je nakupování nebo řízení auta a upravuje náročnost podle potřeb pacienta. Doplňkem mohou být počítačové hry, které podporují paměť, pozornost i logické myšlení. Efektivní je kombinace motorického a kognitivního tréninku, např. počítání během chůze. Tento princip využívají i běžně dostupné herní systémy a přispívá k lepšímu fungování v každodenních činnostech.

1.6 Oddělení geriatrické a následné péče

V důsledku stárnutí populace roste význam geriatricko-ošetrovatelské péče, která představuje moderní formu komplexní péče zaměřené na seniory. Gerontologické ošetrovatelství se vyznačuje promyšleným, celostním, systematicky plánovaným a kontinuálním přístupem. Jeho hlavním cílem je zachovat co nejlepší zdravotní stav seniora a reagovat na jeho individuální potřeby. Péče o starší osoby vyžaduje nejen všeobecné znalosti z ošetrovatelství, ale také porozumění specifikům a potřebám této věkové skupiny (Příbyl, 2015).

Oddělení geriatrické a následné péče 1 a 2 (OGNP) v Nemocnici Jihlava zajišťuje léčebnou, ošetrovatelskou a rehabilitační péči především pro pacienty starší 65 let. Zaměřuje se na léčbu pacientů s chronickými nemocemi, které mohou vést ztrátě soběstačnosti. Klíčovou součástí hospitalizace je i komplexní péče multidisciplinárního týmu včetně dobrovolníků, kteří pomáhají zpříjemnit pobyt geriatrickým pacientům.

Pro pacienty je zajištěna především specializovaná rehabilitace po operacích, kloubních náhradách a cévní mozkové příhodě. Na oddělení probíhá spolupráce s protetiky při nácvičce chůze s protézou po amputaci. Pro osoby se sníženou pohyblivostí a syndromem decondice je tu nabízena komplexní geriatrická aktivizace, včetně každodenního kondičního cvičení. Každé oddělení disponuje svou tělocvičnou vybavenou polohovacím lůžkem, ribstolemi, motomedy, motodlahou a přístrojem Vasotrain pro vakuově kompresivní terapii. Pacienti využívají různé rehabilitační pomůcky k obnově soběstačnosti. O jejich rehabilitaci se stará šest rehabilitačních sester, které před propuštěním pacienta do domácí péče edukují a zaškolují i rodinné příslušníky.

Terapeutická pracovna v přízemí budovy OGNP představuje důležitou součást rehabilitace hospitalizovaných pacientů. Pod vedením terapeutky se pacienti mohou věnovat rukodělným aktivitám, vyrábět drobné dárky pro své blízké nebo tvořit výzdobu pro oddělení. Prostor pro terapie zároveň slouží jako klubovna, kde je možné číst, sledovat televizi nebo filmy. K dispozici je také vybavená nácvičková kuchyň, která umožňuje pacientům obnovit dovednosti potřebné pro domácí prostředí. Mezi pravidelné aktivity patří vaření, muzikoterapie, canisterapie a vystoupení dětí z mateřských škol. V letních měsících mohou pacienti využívat venkovní areál s krytou markýzou a vyvýšenými záhony. Součástí pracovní terapie je rovněž kognitivní trénink, který probíhá dvakrát týdně a je určen pacientům s demencí a psychickými poruchami.

Součástí oddělení je také geriatrická ambulance, která je určena pacientům od 65 let, zejména těm s chronickými onemocněními. Péče v ambulanci se zaměřuje především na problémy s pamětí, diagnostiku demence a možnosti její léčby. Pacienti nebo jejich rodinní příslušníci mohou využít edukační poradny zaměřené na Alzheimerovu demenci, kde je hlavním cílem vytvoření individuálních tréninkových plánů pro stimulaci mozkových funkcí. Ambulantní sestra z geriatrické ambulance také provádí kognitivní tréninky přímo pro pacienty z oddělení OGNP 1 a 2 v místě pracovních terapií, tzv. klubovně. Tréninky probíhají s vybranými pacienty každou středu a jsou vedeny dle kognitivních schopností a úrovně demence. Jedná se např. o doplňování slov, říkanky, zpívání, doplňování pranostik, luštění sudoku, křížovek, osmisměrek i rébusů.

Na obou lůžkových odděleních jsou zřízena sociální lůžka. Ty jsou určena seniorům, kteří byli dříve hospitalizováni v Nemocnici Jihlava a kvůli nové nepříznivé situaci se nemohou vrátit do svého domova. Cílem těchto sociálních lůžek je zachovat přirozené sociální vazby seniorů, podporovat jejich stávající schopnosti v péči o sebe a poskytnout jim pomoc při zvládání či řešení jejich životních obtíží (Nemocnice Jihlava, 2023).

Poskytovaná péče nemá zcela vymezené hranice, i když v zákoně je jasné rozdělení mezi následnou a dlouhodobou péčí v klinické praxi. Zákon pamatuje i na výše zmíněná sociální lůžka. Uvádí, že jsou součástí zdravotnických zařízení poskytujících pobytové sociální služby pro osoby, které již nepotřebují akutní lůžkovou péči, ale kvůli svému zdravotnímu stavu nejsou schopny fungovat bez pomoci jiné osoby. Dočasně jsou zde hospitalizováni, dokud není zajištěna odpovídající péče. Následná lůžková péče se definuje jako péče určená pacientům se stanovenou diagnózou, stabilizovaným zdravotním stavem po akutním onemocnění nebo akutním zhoršení chronické choroby. Poskytuje doléčení a rehabilitaci, včetně intenzivní péče pro ty, kteří potřebují podporu základních životních funkcí. Dlouhodobá lůžková péče je poskytována pacientům, u nichž léčba nevede k výraznému zlepšení a kteří bez kontinuální ošetrovatelské péče ztrácejí soběstačnost. Zahrnuje i intenzivní podporu při poruše základních životních funkcí. Jedním z limitujících faktorů je snaha o striktní zařazení pacienta do konkrétní kategorie, což v klinické praxi ztěžuje rozhodování o tom, kdy přejít z následné na dlouhodobou péči (Pokorná et al, 2017).

Výzkumná část práce je tvořena rozhovory s praktickými a všeobecnými sestrami, a proto je nutné v úvodu vymezit jejich role v procesu aktivizace. Ačkoliv se v praxi jejich činnosti často prolínají, vyhláška č. 55/2011 Sb. stanovuje jasné rozdíly v jejich kompetencích a odpovědnosti. Dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. (§ 4a) disponuje praktická sestra kompetencemi, které jí umožňují aktivně se podílet na komplexní aktivizaci pacienta. V rovině fyzické se jedná o provádění rehabilitačního ošetrovatelství, zahrnujícího nácvik mobility a sebeobsluhy ve spolupráci s fyzioterapeutem či ergoterapeutem. V rovině psychosociální vyhláška opravňuje praktickou sestru k uspokojování duševních potřeb pacienta, což v klinické praxi zahrnuje realizaci aktivizačních činností zaměřených na kognitivní funkce a emoční podporu, včetně využití specifických terapeutických přístupů.

Kompetence všeobecné sestry v oblasti aktivizace jsou také ukotveny v § 4 vyhlášky č. 55/2011 Sb. Stejně jako praktická sestra provádí všeobecná ošetrovatelství zaměřené na nácvik mobility, sebeobsluhy a udržení kondice [odst. 1 písm. j)], a zajišťuje uspokojování psychosociálních potřeb formou kognitivní či emoční podpory. Zásadní rozdíl oproti kompetencím praktické sestry však nespočívá v technickém provedení těchto aktivizačních technik, nýbrž v míře autonomie a odpovědnosti. Zatímco praktická sestra vykonává rehabilitační ošetrovatelství ve spolupráci se všeobecnou sestrou, všeobecná sestra tyto činnosti samostatně indikuje, plánuje v rámci ošetrovatelského procesu a nese odpovědnost za jejich koordinaci s ostatními členy multidisciplinárního týmu (fyzioterapeut, ergoterapeut). Významným specifikem, které praktické sestře nepřísluší, je navíc kompetence všeobecné sestry doporučovat vhodné kompenzační zdravotnické prostředky pro zajištění mobility a soběstačnosti v domácím prostředí [odst. 1 písm. t)], čímž přímo zasahuje do oblasti ergoterapeutické intervence.

Teoretická část této práce vymezila problematiku stárnutí, specifika geriatrického pacienta a klíčový význam aktivizace pro udržení kvality života a soběstačnosti seniorů. Následující výzkumná část práce se zaměřuje na zmapování toho, jak aktivizaci vnímají sami pacienti a jaký dopad má na jejich psychiku a soběstačnost. Současně se věnuje analýze znalostí a přístupu všeobecných a praktických sester, jelikož právě ony hrají v procesu aktivizace klíčovou roli. Na základě zjištěných dat budou v závěru práce navržena konkrétní opatření, která by mohla přispět ke zkvalitnění a zefektivnění aktivizačních činností na oddělení geriatrické a následné péče.

2 Výzkumná část

Následující kapitoly tvoří výzkumnou část bakalářské práce a předkládají ucelený přehled o realizovaném empirickém šetření. Úvodní pasáž je věnována vymezení hlavních cílů, které sloužily jako výchozí bod pro formulaci hlavních výzkumných otázek. Z nich vychází výzkumné otázky pokládané respondentům. Na tyto cíle plynule navazuje kapitola metodologie. Zde je zdůvodněn výběr kvalitativní výzkumné strategie a použité metody sběru dat. Text se dále věnuje specifikům výzkumného prostředí a kritériím pro výběr respondentů z řad personálu i pacientů. Tyto kritéria a další doplňující informace jsou vypsány do tabulek. Práce pokračuje kapitolou o zpracování dat, konkrétně jak byla data sbírána a zpracována. Navazuje vzorový zkušební rozhovor od obou skupin respondentů. Zbylé rozhovory jsou ve výzkumné části práce interpretovány a následně využity k analýze výsledků. Analýza vizuálně i textově dává odpovědi na výzkumné otázky od obou skupin respondentů. Na závěr jejich odpovědi syntetizuje a porovnává mezi sebou.

2.1 Cíle práce

Pro výzkumnou část práce byly sestaveny tři hlavní cíle:

1. Zmapovat zkušenosti geriatrických pacientů s aktivizací a jimi vnímaný dopad na psychiku a soběstačnost.
2. Analyzovat úroveň znalostí a přístup všeobecných a praktických sester k aktivizaci.
3. Navrhnout opatření ke zlepšení aktivizačních činností a nové přístupy k implementaci do každodenní praxe.

2.2 Výzkumné otázky

Z cílů práce byly vytvořeny tři hlavní výzkumné otázky (VO):

1. Jak geriatrickí pacienti vnímají aktivizaci na oddělení a její dopad na psychiku a soběstačnost?
2. Jaké znalosti a praxi mají všeobecné a praktické sestry v aktivizačních činnostech geriatrických pacientů?
3. Jak lze celkově zefektivnit aktivizační činnosti pro každodenní praxi?

Z hlavních výzkumných otázek byly vytvořeny otázky pro respondenty.

2.2.1 Otázky vztahující se k pacientům

(Otázky A–C se vztahují k VO1, otázky D–E se vztahují k VO3)

- A) Můžete popsat, jaké aktivizační činnosti jste během hospitalizace absolvoval/absolvovala?
- B) Myslíte si, že vám aktivizační činnosti pomohly zlepšit psychickou pohodu? Pokud ano, jakým způsobem?
- C) Myslíte si, že se díky aktivizaci zlepšila vaše soběstačnost? Pokud ano, v jaké oblasti sebedpěče?
- D) Vyskytují se jakékoliv překážky, které vám brání v aktivizačních činnostech?
- E) Jaké další aktivizační činnosti byste na Oddělení geriatrické a následné péče uvítal/uvítala?

2.2.2 Otázky vztahující se k personálu

(Otázky A–C se vztahují k VO2, otázky D–E se vztahují k VO3)

- A) Odkud máte znalosti v oblasti aktivizace geriatrických pacientů?
- B) Jaké aktivizační činnosti běžně provádíte u pacientů na vašem oddělení?
- C) V jakých oblastech sebek péče vidíte největší přínos aktivizačních činností pro geriatrického pacienta?
- D) Jaké překážky nejčastěji nastávají při provádění aktivizačních činností u pacientů na vašem oddělení?
- E) Jaké změny nebo nové možnosti aktivizačních činností by podle vás mohly zefektivnit aktivizaci pacientů na vašem oddělení?

2.3 Metodika výzkumu

Pro potřeby výzkumu byl zvolen kvalitativní způsob sběru dat formou rozhovoru pro jeho zaměření se na hlubší porozumění zkušenostem, potřebám a prožívání pacientů v souvislosti s aktivizací. Umožňuje lépe pochopit individuální pohled ošetřujícího personálu, jejich motivaci, překážky, na které naráží při aktivizačních činnostech a přínosy prováděné aktivizace.

Data získaná kvalitativním výzkumem představují spolehlivý a podrobný zdroj informací, který pomáhá lépe porozumět zkoumané situaci. Cílem kvalitativního výzkumu je zkoumat vlastnosti, chování, pocity, postoje či emoce zkoumaných osob. Tento přístup je často využíván ke studiu lidského chování a prožívání, přičemž pracuje s daty, která nejsou vyjádřena čísly, ale slovně, například prostřednictvím rozhovorů nebo pozorování. Kvalitativní výzkum umožňuje nahlédnout do skutečného světa pacientů i zdravotníků, jejich hodnot, priorit a zkušeností. Díky tomuto přístupu lze lépe pochopit, jak jsou utvářeny názory, postoje a rozhodování pacientů i personálu v konkrétním kontextu. Navíc kvalitativní výzkumné metody dokážou doplnit či obohatit kvantitativní přístupy o důležité souvislosti a hlubší porozumění zkoumanému jevu. Výzkumník by však měl při práci s těmito metodami vždy zohlednit i princip reflexivity, tedy uvědomění si vlastního vlivu na průběh a interpretaci výzkumu (Dolanová et al., 2023).

Pro získání dat bylo použito formy polostrukturovaného rozhovoru neboli interview, kdy byla položená otázka následně dovysvětlena doplňujícími informacemi. Chráska (2016) popisuje rozhovor jako metodu sběru dat, která probíhá prostřednictvím přímé slovní komunikace mezi výzkumníkem a respondentem. Tento přístup umožňuje osobní kontakt, díky němuž lze lépe porozumět motivům, názorům a postojům dotazovaných osob. Oproti jiným metodám má rozhovor výhodu v tom, že výzkumník může sledovat reakce respondenta a podle nich rozhovor přizpůsobovat. Úspěch této metody však výrazně závisí na schopnosti výzkumníka vytvořit přátelskou a otevřenou atmosféru, ve které se respondent cítí bezpečně a je ochoten sdílet své zkušenosti a názory. Tento stav vzájemné důvěry se označuje jako rapport. Podle míry řízení výzkumníkem rozlišujeme tři základní typy rozhovorů: strukturovaný, kdy se výzkumník drží předem daných otázek; polostrukturovaný, který kombinuje připravené otázky s volnější diskusí; a nestrukturovaný, jenž probíhá spíše jako přirozený rozhovor na dané téma.

2.4 Výběr výzkumného prostředí a respondentů

Výzkumný soubor byl rozdělen do dvou cílových skupin. Soubor tvořilo celkem 16 respondentů rozdělených do dvou skupin. První skupinu tvořili pacienti, muži i ženy, hospitalizovaní na Oddělení geriatry a následné péče 1 a 2 v Nemocnici Jihlava, kteří splňovali stanovená kritéria pro zařazení do studie. Jednalo se o respondenty se zachovalými kognitivními funkcemi a délkou hospitalizace minimálně dva týdny.

Pro hodnocení míry soběstačnosti a funkční zdatnosti respondentů byl zvolen ADL test (activities of daily living – test všedních činností), známý též jako test podle Barthelové. Pro potřeby výzkumu v rozmezí 45 až 95 bodů. Pacient je posuzován v deseti základních oblastech, mezi které patří příjem jídla a tekutin, osobní hygiena, koupání, oblékání, kontinence, použití toalety a mobilita. Každá oblast je bodována hodnotami 0, 5, 10 nebo 15 bodů v závislosti na míře potřebné pomoci. Výsledné skóre v rozmezí 0 až 100 bodů rozděluje pacienty do kategorií od vysoké závislosti po plnou soběstačnost. Pro posouzení rizika vzniku dekubitů byla v rámci výzkumu využita Modifikovaná škála podle Nortonové. Pro potřeby výzkumu v rozmezí 23 až 36 bodů. Škála hodnotí pacienta v devíti klíčových oblastech: fyzická kondice, duševní stav, aktivita, mobilita, inkontinence, motivace ke spolupráci, věk, stav kůže a přidružená onemocnění. Každá z uvedených kategorií je bodována na stupnici, kde 1 bod značí nejzávažnější problém a 4 body stav bez rizika. Celkové skóre se v této modifikaci pohybuje v rozmezí 8 až 36 bodů. Za hranici zvýšeného rizika vzniku dekubitů je považován zisk 25 a méně bodů. Využití této škály umožňuje sestřám nejen včasnou identifikaci rizika, ale také cílenější zaměření preventivních opatření proti dekubitům. Pro hodnocení rizika pádu bylo použito nemocniční škály v rozmezí 5 (bez rizika pádu) až 13 bodů (nejvyšší riziko pádu). U pacienta se hodnotí pád v anamnéze, používání kompenzačních pomůcek, stav vědomí nebo poruchy chůze (Kuckir, Vaňková, Holmerová et al., 2016).

Druhou skupinu respondentů představoval ošetrovatelský personál, konkrétně všeobecné a praktické sestry poskytující péči na zmíněných odděleních, s různou délkou praxe, po ukončení adaptačního procesu.

Sběr dat probíhal v období ledna až února 2026 po schválení náměstkyní nelékařských profesí, Mgr. Hanou Hladíkovou, MHA. Všichni respondenti byli před zahájením rozhovoru seznámeni s účelem výzkumu a byla jim zaručena anonymita. Účast ve výzkumu byla zcela dobrovolná a stvrzená podpisem informovaného souhlasu. Data získaná od výzkumného souboru pacientů ze zdravotnické dokumentace byla využita výhradně pro účely výběru výzkumného souboru a nebyla spojována s identifikačními údaji pacientů. Jednalo se o hodnoty testů ADL, riziko vzniku dekubitů dle Norton škály, hodnocení rizika pádu a osobní údaje o pacientovi jako pohlaví, věk, délka hospitalizace a hlavní diagnóza při příjmu na geriatrické oddělení.

Tabulka 1: Údaje o respondentech – pacient

Zdroj: Autorka

Pacient (P)	Věk	Pohlaví	Délka hospitalizace	Hlavní diagnóza	Hodnocení ADL, Norton skóre (NS), riziko pádu (RP)
P1	76	žena	35. den	Úplná dehiscence laparotomie	ADL 75 NS 28 RP 7
P2	81	žena	32. den	Zlomenina krčku kosti stehenní	ADL 65 NS 28 RP 9
P3	77	muž	18. den	Diabetes mellitus 2. typu s periferními oběhovými komplikacemi	ADL 65 NS 28 RP 8
P4	69	žena	27. den	Jiné a neurčené abnormality chůze a pohyblivosti	ADL 85 NS 28 RP 7
P5	72	žena	38. den	Zlomenina krčku kosti stehenní	ADL 60 NS 27 RP 10
P6	82	muž	24. den	Otevřená rána kotníku a nohy pod ním	ADL 90 NS 27 RP 9
P7	76	žena	37. den	Petrochanterická zlomenina	ADL 80 NS 28 RP 10
P8	70	žena	29. den	Zlomenina dolního konce pažní kosti	ADL 65 NS 28 RP 7

Tabulka 2: Údaje o respondentech – personál

Zdroj: Autorka

Sestra (S)	Věk	Délka praxe	Pracovní pozice
S1	31	9 let	Všeobecná sestra
S2	23	4 roky	Praktická sestra
S3	54	35 let	Všeobecná sestra
S4	42	23 let	Všeobecná sestra
S5	37	15 let	Všeobecná sestra
S6	36	14 let	Všeobecná sestra
S7	40	18 let	Všeobecná sestra
S8	33	11 let	Praktická sestra

2.5 Zpracování dat

Realizované rozhovory byly zaznamenány nahráváním na záznamník v mobilním telefonu a následně doslovně přepsány do textové podoby. Získaná data byla poté analyzována metodou **otevřeného kódování**, kdy byly v textu hledány klíčové významové jednotky a ty byly následně tříděny do kategorií a podkategorií.

Technické zpracování dat probíhalo v prostředí sady Microsoft Office. Textový editor Microsoft Word sloužil k přepisu audiozáznamů, textové analýze i pro systematizaci dat a vizualizaci výsledků. Pro přehlednou prezentaci výsledků a vztahů mezi zjištěnými daty byla vytvořena vizualizace pomocí funkce MS Word SmartArt – typ hierarchie. Tato schémata graficky znázorňují proces kategorizace dat, kdy postupují od obecných hlavních kategorií přes dílčí podkategorie (témata) až po konkrétní otevřené kódy. Ke každému kódu je následně přiřazen seznam respondentů (S1 – S8; P1 – P8), u nichž byl daný jev identifikován.

Dále je v práci jako vzor vedení rozhovorů ponechán doslovný přepis jednoho zkušebního rozhovoru s pacientkou a jednoho rozhovoru s všeobecnou sestrou. Ostatní doslovně přepsané rozhovory jsou součástí Přílohy 1 (Rozhovory – S1 – S8) a Přílohy 2 (Rozhovory – P1 – P8).

2.5.1 Doslovný přepis rozhovoru

Respondent – Pacient (P1)

Otázka A: „Můžete popsat, jaké aktivizační činnosti jste během hospitalizace absolvovala?“

„Zkuste si vzpomenout na aktivity, které jste za dobu, kterou pobýváte na oddělení, dělala kromě odpočinku.“

Respondent P1: *V mém případě jsem tu přes měsíc. Chodím se procházet na chodbu. Sestřičky mě nemusí pobízet, já ráda jdu a chci se rozpohybovat. Žiji sama, protože už jsem vdova, takže mi záleží na tom, abych byla samostatná v pohybu. Do klubu na pracovní činnosti nechodím, protože jsem po gynekologickém zákroku a bojím se, že bych to neuseděla, že by mě bolelo břicho. Byla tu dobrovolnice si popovídat přímo na pokoji. Dopoledne se tu cvičí, takže dopoledne*

se nenudíme. Když bylo období Vánoc, tak sem chodili zpívat, hrát, tak to bylo milé, protože v tom období nebyla rehabilitace.“

Otázka B: „Myslíte si, že vám aktivizační činnosti pomohly zlepšit psychickou pohodu? Pokud ano, jakým způsobem? Cítíte se díky tomu, že máte nějakou aktivitu, veselejší nebo klidnější? Pomohlo vám to zahnat dlouhou chvíli nebo smutek? Cítíte se díky tomu užitečnější?“

Respondent P1: „Určitě mi dělá radost, když se zvládnou postarat sama o sebe, když jsem samostatná. Když si skutečně zvládnou dojít na tu toaletu a obstarám si všechno.“

Otázka C: „Myslíte si, že se díky aktivizaci zlepšila vaše soběstačnost? Pokud ano, v jaké oblasti sebeděle? Zvládnete teď některé věci lépe než na začátku? Například, dojdete si sama na toaletu? Umyjete se bez pomoci?“

Respondent P1: „Dneska už si zajdu sama i na chodbu, za návštěvou. Chodila za mnou rehabilitační sestřička cvičit, a to mi taky pomáhalo, a i díky tomu chodím kromě chodby bez berlí. Chodím se sprchovat do koupelny a sestřičky mi už pomáhají jen třeba umýt záda.“

Otázka D: „Vyskytují se jakékoliv překážky, které vám brání v aktivizačních činnostech? Je něco, kvůli čemu nemůžete nebo nechcete cvičit? Z vaší strany nebo ze strany personálu?“

Respondent P1: „Někdy je to zdravotní stav, měla zánět močového měchýře, takže mě to omezovalo. S personálem si třeba vždycky neseďme, ale v aktivizaci mě to určitě neomezuje.“

Otázka E: „Jaké další aktivizační činnosti byste na Oddělení geriatrické a následné péče uvítala? Co vám tady chybí nebo byste uvítala za konkrétní aktivity?“

Respondent P1: „O tom jsem moc nepřemýšlela, bylo milé, když přišla ta dobrovolnice si popovídat. Jinak máme televizi, ta vyplní taky ten volný čas. A odpoledne chodí návštěvy. Nejvíce prázdný čas přijde až po večeři.“

Zde jsem se doptala, jestli by pacientka uvítala aktivity po večeři.

Respondent P1: „Spíš už jen odpočinek. Jsme na pokoji rády, že je k večeru klid. Protože dopoledne se tady dveře nezavřou, jsme vytižené, jsme rády že se s námi cvičí, ale k večeru už spíš ten klid.“

Respondent – všeobecná sestra (S1)

Otázka A: „Odkud máte znalosti v oblasti aktivizace geriatrických pacientů? Tím je myšleno, odkud máte informace o aktivizaci jako termínu. Jestli jste získala informace ve škole, skrze kurz aktivizace nebo z praxe.“

Respondent S1: „Já si myslím, že intuitivně jako sestry každá víme, že je potřeba pacienty vést k nějaké soběstačnosti a držet je co nejdéle aktivní a zaměstnané. A samozřejmě jsme se to učili ve škole.“

Otázka B: „Jaké aktivizační činnosti běžně provádíte u pacientů na vašem oddělení? Co je vaší rutinou v rámci aktivizace. Je to nácvik chůze nebo u hygieny podpora pacienta k větší samostatnosti? Děláte i trénink paměti nebo nějaké skupinové cvičení?“

Respondent S1: „*Já za sebe se snažím, aby se pacienti cítili u nás na oddělení co nejvíc příjemně a komfortně. Aby jejich den byl co nejpodobnější jejich dennímu režimu, který měli doma. Pro to i udržujeme malé denní rituály jako je např. vaření odpolední kávy. Nejsem rehabilitační sestra, takže cvičení neprovádím. To, co já jako sestra každý den skutečně dělám, aby byla podpora soběstačnosti co největší, je podpora a aktivní motivace. Pacienty hned netahám, ale povzbuzuji v tom, že se můžou přitáhnout sami v posteli. Nebo se přesunout na gramofon, i když je to pro ně víc namáhavé.*“

Otázka C: „V jakých oblastech sebepéče vidíte největší přínos aktivizačních činností pro geriatrického pacienta? Kde vidíte největší pokroky, když se s pacientem pracuje? Je to spíše v mobilitě, ve schopnosti se najíst, nebo v orientaci a komunikaci?“

Respondent S1: „*První, čeho si všimneme je, že pacient dělá pokroky ve vzdálenosti, kterou ujde nebo celkově v pohybu. Ale kognitivně taky. Často i pacienti trpící demencí vás překvapí takovou chytrou odpovědí, kterou by od nich člověk nečekal. A myslím si, že je to i potom v ochotě spolupracovat. Že se ta aktivizace odráží komplexně. Prostě se ti pacienti cítí líp.*“

Otázka D: „Jaké překážky nejčastěji nastávají při provádění aktivizačních činností u pacienta na vašem oddělení? Co vám nejvíce brání v tom, abyste aktivizaci dělali tak, jak byste chtěli? Je to nedostatek času, málo personálu, nespolupracující pacienti, nebo třeba chybějící pomůcky?“

Respondent S1: „*Určitě čas. A složení pacientů na oddělení je občas takové, že ani při nejlepší snaze pacienti nekomunikují. Samozřejmě je to také o vnitřní motivaci každého pacienta. My se můžeme snažit, jak chceme, ale pokud se ten člověk rozhodne, že prostě nechce, tak nechce. A tam už se těžko něco mění. Ale největší překážkou je určitě čas a větší množství úplně nesoběstačných nebo jen málo soběstačných pacientů. Tato kombinace.*“

Otázka E: „Jaké změny nebo nové možnosti aktivizačních činností by podle vás mohly zefektivnit aktivizaci pacientů na vašem oddělení? Co by se mělo změnit, aby to fungovalo lépe? Potřebujete aktivizačního pracovníka? Více pomůcek? Nebo lepší organizaci práce?“

Respondent S1: „*Z mého pohledu by nebylo špatné mít proškolený personál přímo v aktivizaci pacientů. Určitě častěji kognitivní tréninky paměti a větší kapacitu klubovny, což je pracovní terapie, která pacientům z mého pohledu opravdu pomáhá. Protože teď se stává, že musíme dávat přednost určitým pacientům, nevejdou se tam kapacitně všichni, kteří by to potřebovali.*“

2.5.2 Interpretace rozhovorů

V této části práce jsou předložena data získaná z realizovaných polostrukturovaných rozhovorů. Pro zachování přehlednosti a možnost okamžitého porovnání jednotlivých odpovědí není text členěn podle respondentů, ale podle jednotlivých otázek. U každé otázky jsou tak syntetizovány odpovědi všech osmi respondentů dané skupiny, což umožňuje efektivně sledovat shody i rozdíly v jejich vnímání. Interpretace shrnuje podstatu sdělení respondentů a je doplněna

o autentické citace (významové jednotky), jež byly následně podrobeny procesu kódování. Data jsou prezentována odděleně pro skupinu pacientů (P1–P8) a skupinu sester (S1–S8).

Interpretace rozhovorů s pacienty (P1 – P8)

Otázka A: Absolvované aktivizační činnosti

(Vztahuje se k VO1: Jak geriatrickí pacienti vnímají aktivizaci na oddělení a její dopad na psychiku a soběstačnost?)

Respondent P1 je proaktivní a motivovaná k pohybu, sama iniciuje chůzi po chodbě. „Záleží na tom, abych byla samostatná v pohybu“, uvádí. Skupinovým aktivitám v klubu se vyhýbá kvůli obavě z bolesti po zákroku, ale oceňuje individuální návštěvy dobrovolníků.

Respondent P2 se soustředí na nácvik chůze, ale limituje ji strach z pádu, proto vyžaduje doprovod: „Vždycky musí jít sestřička se mnou, to je pro mě takové jistější.“

Respondent P3 vnímá aktivizaci jako součást ranní rutiny a následnou rehabilitaci, potom si „čte noviny a dívá se na televizi“. Do klubu nechodí kvůli strachu a nejistotě v chůzi.

Respondent P4 doplňuje hygienu a rehabilitaci za pomoci personálu s mentálním tréninkem, aby zaměstnala mysl. Uvádí: „čtu knížky a luštím křížovky.“

Respondent P5 považuje rehabilitaci za svou hlavní „náplň“ dne. Zároveň je aktivní účastnicí klubového dění, kde oceňuje pestrost programu: „Už jsme tam dokonce i vařili nebo nám tam pán přišel zahrát.“

Respondent P6 využívá maximální nabídku aktivit, od nácviku chůze až po aktivity v klubu. Snaží se „nevynechat nic, co je mu nabídnuto“.

Respondent P7 vykonává rehabilitaci, aby nedošlo ke zhoršení stavu „aby nezlenivěla úplně“. Na lůžku se věnuje luštění křížovek.

Respondent P8 spojuje aktivizaci s odpočinkovým rituálem, který pro ni zajišťuje personál: „Sestřička donesla tady kávičku... u toho si něco přečtu.“ Kromě toho cvičí jemnou motoriku např. s míčky a chodí do klubu.

Otázka B: Vliv na psychickou pohodu

(Vztahuje se k VO1: Jak geriatrickí pacienti vnímají aktivizaci na oddělení a její dopad na psychiku a soběstačnost?)

Respondent P1 spojuje psychickou pohodu přímo s pocitem nezávislosti. Radost jí dělá, „když se zvládne postarat sama o sebe“ a není odkázaná na druhé.

Respondent P2 vnímá, že větší soběstačnost přináší psychickou pohodu. Uvádí, že „když člověk jenom leží a kouká do stropu, tak to na hlavu není dobré“, zatímco cvičení jí dává pocit, že se něco děje.

Respondent P3 zdůrazňuje, že možnost popovídat si s někým ho „pohladí na duši“ a když pouze neleží, pozoruje pozitivní vliv na psychiku.

Respondent P4 aktivizaci vnímá jako nutnost pro zachování duševního zdraví. Podle pacientky „je to důležité pro psychiku, neseďt jen tak“.

Respondent P5 popisuje zásadní přínos aktivizace k větší soběstačnosti, díky které se jí „vylepšil celý pohled na budoucnost“.

Respondent P6 potvrzuje, že sociální interakce v klubu a zaměstnání rukou a hlavy má pozitivní efekt: „člověk úplně pookřeje.“

Respondent P7 využívá aktivitu k vytěsnění negativních myšlenek a rozptýlení od bolesti. Díky ní se cítí „trochu k světu“.

Respondent P8 popisuje aktivizaci, zejména když si má s kým popovídat, jako „úplný balzám“.

Otázka C: Vliv na soběstačnost

(Vztahuje se k VO1: Jak geriatřiční pacienti vnímají aktivizaci na oddělení a její dopad na psychiku a soběstačnost?)

Respondent P1 vidí konkrétní výsledky, co se týče chůze a hygieny, a doplňuje, že: „sestřičky už jen pomáhají“.

Respondent P2 pozoruje postupné zlepšování v oblékání a přesunech. Přiznává, že to „není ještě ono, ale lepší se to“.

Respondent P3 hodnotí jako pozitivní přechod od cvičení na lůžku k chůzi a větší samostatnost při hygieně. Oceňuje, že se celkově „o sebe víc postará“.

Respondent P4 neusiluje o plnou nezávislost, ale o udržení funkčního stavu, jak říká: „nezatuhnout“. Důležité pro ni je, že „není na obtíž sestřičkám“.

Respondent P5 popisuje dramatický pokrok od imobility, kdy se „málem nemohla otočit na bok“ až po samostatnou chůzi na toaletu.

Respondent P6 díky aktivitě pociťuje menší bolest a větší svobodu pohybu: „Dojde si všude.“

Respondent P7 je překvapena, že došlo ke zlepšení, ve které ani nedoufala. Např. „si dojde na toaletu u pokoje“.

Respondent P8 cítí zlepšení v jemné motorice, což jí vrátilo samostatnost při jídle. Celkově se „ted' cítí mnohem šikovnější.“

Otázka D: Překážky v aktivizaci

(Vztahuje se k VO3: Jak lze celkově zefektivnit aktivizační činnosti pro každodenní praxi?)

Respondent P1 zmiňuje zdravotní komplikace, ale zdůrazňuje, že i přes občasné neshody s personálem ji to „v aktivizaci určitě neomezuje“.

Respondent P2 vnímá bolest jako nutné zlo, která ji ale nezastaví: „Bolest sice je, ...ale že bych kvůli tomu nechtěla, to ne.“

Respondent P3 vidí bariéru ve strachu z pádu a bolesti nohy. Přivítal by častější rozhovor, ale brzdí ho ohleduplnost k personálu. Vidí, že sestry „lítají, tak je nechce ani otravovat“, a raději čeká.

Respondent P4 uvádí jako hlavní limit „bolest“ při rozcvičování ztuhlého těla.

Respondent P5 nevnímá žádné překážky a personál pouze chválí.

Respondent P6 je limitován aktuálním zdravotním stavem.

Respondent P7 neuvádí žádné překážky, kromě strachu z pádu: „*Akorát se mi motává hlava, to se bojím.*“

Respondent P8 přičítá potíže svému věku a pocitu vlastní nešikovnosti, shrnuje: „*prostě to stárí*“.

Otázka E: Návrhy a přání pacientů

(Vztahuje se k VO3: Jak lze celkově zefektivnit aktivizační činnosti pro každodenní praxi?)

Respondent P1 oceňuje dobrovolnictví, s aktivitami je spokojená, naopak po večeri už preferuje klid, protože přes den jsou „*vytížené*“.

Respondent P2 je spokojená s rehabilitací. Nevyžaduje žádné změny, protože je introvertní povahy: „*Jsem spíše samotář... o dobrovolníky nebo klubové aktivity nestojím.*“

Respondent P3 navrhuje rozšíření rehabilitace do odpoledních hodin, které jsou pro něj „*dlouhé...jenom leží*“, ocenil by i možnost si s někým popovídat beze spěchu.

Respondent P4 by ocenila lepší management spolubydlících, „*koho ke komu dávat*“, pro lepší možnost konverzace a více materiálu ke čtení.

Respondent P5 postrádá soukromí pro své koníčky. Chybí jí „*příjemný koutek... kam bych si zalezla*“ s knihou. Přála by si také další aktivity v klubu.

Respondent P6 by si přál více hudebních aktivit, konkrétně „*harmoniku*“.

Respondent P7 nechybělo během hospitalizace nic zásadního. Dodává, že by ocenila „*si jen tak popovídat, co se děje ve světě*“ nebo si zazpívat.

Respondent P8 identifikuje jako hlavní problém víkendy, kdy se „*nic neděje*“. Také by uvítala kontakt se zvířaty.

Interpretace rozhovorů s personálem (S1 – S8)

Otázka A: Zdroje znalostí o aktivizaci

(Vztahuje se k VO2: Jaké znalosti a praxi mají všeobecné a praktické sestry v aktivizačních činnostech geriatrických pacientů?)

Respondent S1 vnímá aktivizaci jako kombinaci naučených postupů ze školy a profesního instinktu. Zdůrazňuje, že: „*intuitivně jako sestry každá víme, že je potřeba pacienty vést k soběstačnosti*“.

Respondent S2 uvádí stručně, že její znalosti pocházejí z kombinace zdrojů, tedy „*ze školy i z praxe*“.

Respondent S3 přiznává, že školní vzdělání bylo nedostatečné a poskytlo jen „*něco málo teorie*“. Klíčové dovednosti získala nápodobou od kolegyň, konkrétně „*od rehabilitačních sestřiček a celkově praxí z práce*“.

Respondent S4 staví své kompetence výhradně na zkušenostech z provozu a doplňkovém vzdělávání, uvádí: „*Znalosti mám čistě z praxe a kurzů třeba bazální stimulace*“.

Respondent S5 uvádí vyvážený model vzdělávání, kdy čerpá informace „*z vysoké školy i z práce*“.

Respondent S6 hodnotí školní přípravu kriticky jako čistě teoretickou s minimem informací k tématu. V současnosti čerpá „jenom z praxe“.

Respondent S7 upozorňuje na rychlý vývoj v oboru, který škola nestíhá pokrýt. Proto se spoléhá na samostudium: „zajímám se sama, čtu si o tom na internetu“.

Respondent S8 potvrzuje zkušenost, že jí škola dala pouze „základní povědomí“, praktické dovednosti dává až „reálná praxe na oddělení“.

Otázka B: Běžně prováděné aktivizační činnosti

(Vztahuje se k VO2: Jaké znalosti a praxi mají všeobecné a praktické sestry v aktivizačních činnostech geriatrických pacientů?)

Respondent S1 se zaměřuje na udržování normálního režimu, například skrze „malé denní rituály jako je např. vaření odpolední kávy“. Fyzickou aktivizaci provádí formou motivace, popř. dopomoci, kdy pacienta „hned netahá, ale povzbuzuje v tom, že se můžou přitáhnout sami“.

Respondent S2 v době nepřítomnosti terapeutů přebírá jejich roli a provádí běžné polohování, posazování nebo dopomoc při chůzi. Kognitivní trénink realizuje hravou formou: „říkáme básničky, někdy i písničky zpíváme“.

Respondent S3 integruje aktivizaci do ranní hygieny. Jejím cílem je „motivovat a dopomocť k tomu, aby zvládli co nejvíc základních věcí sami“, například samostatné posazování.

Respondent S4 se konkrétně snaží o „aktivní zapojení do polohování a hygieny“ hlavně ležících pacientů a motivaci celkově.

Respondent S5 zmiňuje, že přímou aktivizaci provádí hlavně u imobilních pacientů, které se snaží nenechat ležet bez podnětů. Více soběstačné pacienty se snaží hlavně „podporovat, motivovat a dopomáhat jim“.

Respondent S6 provádí aktivizaci formou motivace u rutinních ošetrovatelských činností, a když jí to čas dovolí, s pacienty si „hodně povídá“.

Respondent S7 využívá metodu multitaskingu, kdy vkládá kognitivní trénink do běžných úkonů. Uvádí: „Když rozdávám léky.... tak se pacientů ptám, jaký je den... nebo vzpomínáme na jejich mládí.“

Respondent S8 klade důraz na podporu soběstačnosti pacientů, „aby zvládli co nejvíc sami, i když jim to trvá dlouho“. U běžných ošetrovatelských činností reminiscencí procvičuje kognitivní funkce.

Otázka C: Přínos aktivizace pro pacienta

(Vztahuje se k VO2: Jaké znalosti a praxi mají všeobecné a praktické sestry v aktivizačních činnostech geriatrických pacientů?)

Respondent S1 pozoruje komplexní zlepšení, a to jak v kognitivní oblasti např. u pacientů s demencí, tak v pokrocích ve vzdálenosti, kterou pacient ujde, ale i „v ochotě spolupracovat“.

Respondent S2 vidí smysl nejen v udržení fyzické kondice, ale i ve zpomalení progresu onemocnění, kdy se díky aktivizaci u pacientů s demencí „prodlužuje ten čas, kdy mají aspoň na nějaké dobré úrovni kognitivní funkce“.

Respondent S3 vnímá přínos komplexně, nejvíce v základní mobilitě na lůžku. Oceňuje, když se pacienti „*bez pomoci pohybují v posteli*“, což zlepšuje jejich fyzický i psychický stav.

Respondent S4 zdůrazňuje emocionální dopad aktivizace, zejména zooterapie, kdy se pacienti viditelně „*psychicky změní a rozzáří*“.

Respondent S5 hodnotí pokrok skrze úspěchy v sebeděči, například když pacienti „*začnou chodit na to pojízdné WC z úplného ležení*“.

Respondent S6 vyzdvihuje vliv reminiscence a komunikace na náladu pacientů. Po rozhovoru „*komunikace je hned lepší a celkově jim to zlepšuje den*“.

Respondent S7 upozorňuje na psychosomatiku. Zlepšení soběstačnosti vede k lepší náladě, a díky tomu mají pacienti „*větší chuť se hýbat a spolupracovat*“.

Respondent S8 vidí zásadní přínos v oblasti důstojnosti a intimity. Zvládnutí např. toalety pacientům „*hrozně zvedne sebevědomí*“ a zároveň to personálu „*ulehčí práci*“. Vyzdvihuje celkové zlepšení soběstačnosti a sebeobsluhy.

Otázka D: Překážky při provádění aktivizace

(Vztahuje se k VO3: Jak lze celkově zefektivnit aktivizační činnosti pro každodenní praxi?)

Respondent S1 identifikuje hlavní problémy jako kombinaci časové tísně, skladby pacientů náročných na péči a občas „*ani při nejlepší snaze pacienti nekomunikují*“.

Respondent S2 naráží na bariéru v motivaci pacientů, kteří se někdy „*seknou, že nechtějí*“, často zdánlivě bezdůvodně.

Respondent S3 vidí problém primárně v pasivitě pacientů, popisuje jejich neochotu, „*často se jim nic nechce, i když se sebevíc snažíme*“.

Respondent S4 zmiňuje vnější faktory ovlivňující aktivizaci, jako je nedostatek času, počasí, nálada pacienta, „*je to den ode dne*“.

Respondent S5 na rozdíl od ostatních nepovažuje čas za hlavní problém, ale všímá si bariéry v komunikaci, kdy se „*pacienti hned tak neotevřou, neřeknou si sami, co by chtěli*“.

Respondent S6 vztahuje překážky k času a organizaci práce, kdy uvádí: „*nemám na aktivizaci takový prostor, jaký bych sama chtěla v rámci svého denního režimu*“.

Respondent S7 přináší téma syndromu vyhoření. Upozorňuje, že „*nechuť nebo únava kolektivu je někdy větší brzdou než nedostatek času*“, protože sestry jedou na automat. Také na straně pacienta vidí nedostatek motivace.

Respondent S8 pragmaticky přiznává, že aktivizace je časově náročnější než péče prováděná rutinně. V ranním shonu je „*rychlejší a jednodušší toho pacienta umýt a nakrmit sama*“. Upozorňuje ale i na neochotu spolupráce ze strany pacientů.

Otázka E: Návrhy na zefektivnění aktivizace

(Vztahuje se k VO3: Jak lze celkově zefektivnit aktivizační činnosti pro každodenní praxi?)

Respondent S1 navrhuje zvýšení kapacity skupinové terapie, protože současná nedostačuje a „*nevejdou se tam kapacitně všichni, kteří by to potřebovali*“ a dále uvítá proškolení personálu.

Respondent S2 vidí mezeru ve vybavení pro kognitivní trénink, uvádí, že jim „*chybí hračky...jako pro děti,*“ např. pro pacienty s demencí.

Respondent S3 stručně shrnuje potřebu navýšení kapacit personálu, a dodává: „*protože jinak je toho času tady hrozně málo.*“

Respondent S4 preferuje pravidelné praktické vzdělávání přímo na pracovišti, častěji zooterapii, „*celkově víc dobrovolníků*“.

Respondent S5 navrhuje zavedení moderních technologií a uvádí: „*nebála bych se i tabletů, techniky celkově*“, dále kurzů pro sestry zaměřených na aktivizační péči a aktivizačního pracovníka.

Respondent S6 by uvítala „*samostatný prostor*“, kam by si aktivizační pracovník, externí, mohl vzít i ležícího pacienta, a hlavně provádět aktivizaci po individuálním screeningu potřeb.

Respondent S7 zdůrazňuje potřebu péče o duševní zdraví sester a větší zapojení rodin pacientů. Navrhuje propojení s rodinami skrze videohovory. K tomu by byly vhodné „*tablety s jednoduchými hrami..., aby je bavilo trénovat hlavu*“.

Respondent S8 vidí řešení v přijmutí pracovníka, „*jen na aktivizaci... aby nebyl zatížený takovou tou rutinou, co se udělat musí*“.

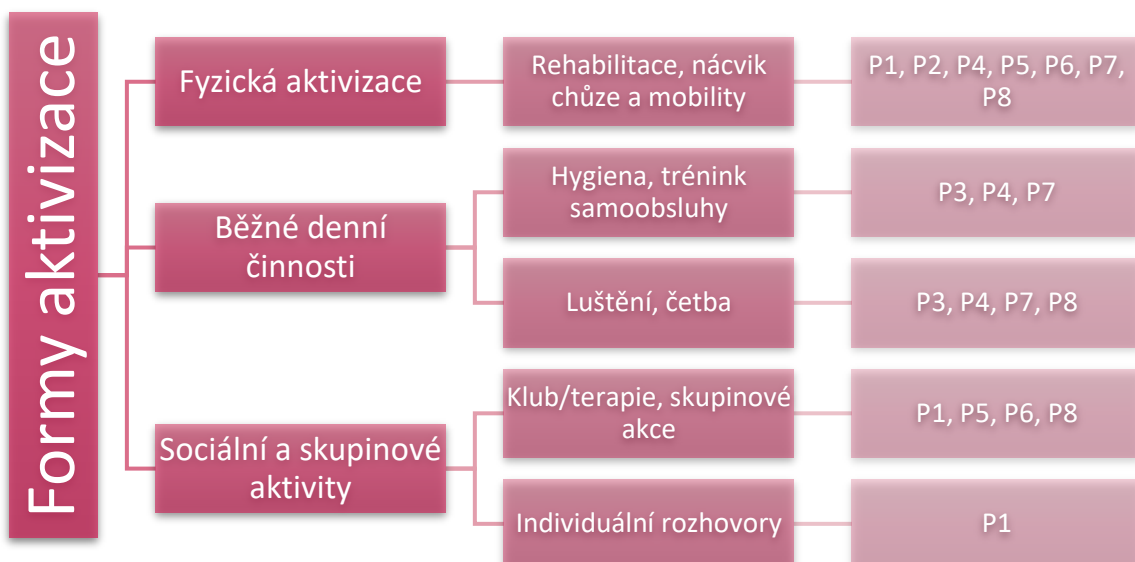
2.6 Analýza a interpretace výsledků výzkumu

Tato kapitola předkládá vizuální analýzu a popis dat získaných v rámci kvalitativního výzkumného šetření. Cílem této části práce je zodpovědět stanovené výzkumné otázky a naplnit hlavní cíl práce, kterým je zmapování problematiky aktivizace u geriatrických pacientů a následně navázat doporučeními pro praxi. Výsledky jsou prezentovány ve dvou logických celcích. První část interpretuje subjektivní zkušenosti pacientů s aktivizací a druhá část se zaměřuje na perspektivu ošetrovatelského personálu. Výzkumnou část uzavírá syntéza výsledků, která komparuje shody a rozdíly příjemců a poskytovatelů péče. Schéma vizualizace postupuje od obecných hlavních kategorií přes podkategorie neboli témata, až po konkrétní kódy. Za každým kódem je následně seznam respondentů, u kterých se v rozhovorech jednotlivé kódy vyskytly.

2.6.1 Analýza výsledků – 1. výzkumná otázka (VO1)

VO1: Jak geriatřiční pacienti vnímají aktivizaci na oddělení a její dopad na psychiku a soběstačnost?

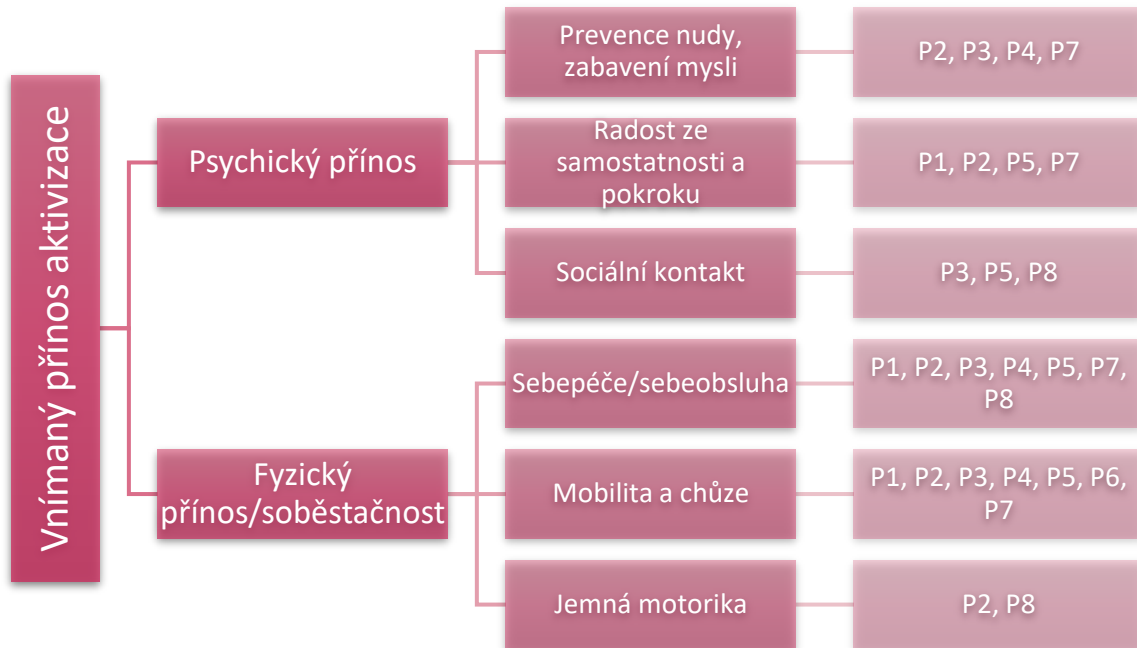
Pro zodpovězení této otázky byly pacientům položeny otázky A, B a C. Otázka A je vstupní branou do problematiky. Aby bylo možné hodnotit dopad aktivizace, je nutné nejprve zjistit, zda a jak pacient aktivizaci vůbec registruje a co za aktivizaci považuje. Zda jen cvičení, nebo i běžné denní činnosti atp. Otázka B cílí přímo na druhou část VO1 – dopad na psychiku a zjišťuje subjektivní pocity pacienta. Otázka C ověřuje, zda pacient vnímá souvislost mezi prováděnou aktivizací a svou schopností postarat se o sebe, což je klíčový ukazatel kvality života v geriatrici. K zodpovězení 1. výzkumné otázky byla analyzována data od 8 respondentů z řad pacientů. Analýza se zaměřila na dvě klíčové kategorie: formy aktivizace vykonávané pacienty a vnímaný přínos aktivizace z pohledu pacienta.



Obrázek 1: Kategorie – Forma aktivizace

Zdroj: Autorka

Z výpovědí pacientů vyplývá, že aktivizaci vnímají primárně skrze fyzickou aktivizaci. Rehabilitaci, nácvik chůze a mobility uvedla jako hlavní náplň většina, tedy 7 z 8 respondentů (87,5 %). Dále pacienti vnímají integraci aktivizace do běžných denních činností. Zde 4 z 8 respondentů (50 %) uvádí pasivnější činnosti jako luštění a četbu, zatímco 3 z 8 respondentů (37,5 %) vnímá jako aktivizaci zapojení do každodenní hygieny a tréninku samoobsluhy. Významnou složku tvoří také sociální a skupinové aktivity. Návštěvy klubu a účast na skupinových akcích tvoří náplň dne pro polovinu respondentů. Individuální formu sociálního kontaktu pak zmínil jen 1 respondent.



Obrázek 2: Kategorie – Vnímaný přínos (pacient)

Zdroj: Autorka

Reflexe pacientů potvrzuje silný a prokazatelný dopad aktivizace na psychiku i somatickou složku. V oblasti fyzického přínosu a soběstačnosti panuje mezi pacienty vysoká shoda. Zlepšení v celkové sebepéči a sebeobsluze reportuje 7 z 8 respondentů. Totožný počet respondentů vnímá hmatatelný přínos ve zlepšení mobility a chůze. Cílené zlepšení v oblasti jemné motoriky pocítili 2 z 8 respondentů (25 %). Progrese soběstačnosti se bezprostředně promítá do psychiky. Pacienti v polovině případů uvádějí radost ze samostatnosti a pokroku. Stejně velká skupina respondentů oceňuje aktivizaci jako nástroj pro prevenci nudy a zabavení a trénování mysli během hospitalizace. Neméně významný je i vliv aktivizace na socializaci a zmírnění osamocení, který jako hlavní psychický benefit vnímá 3 z 8 respondentů.

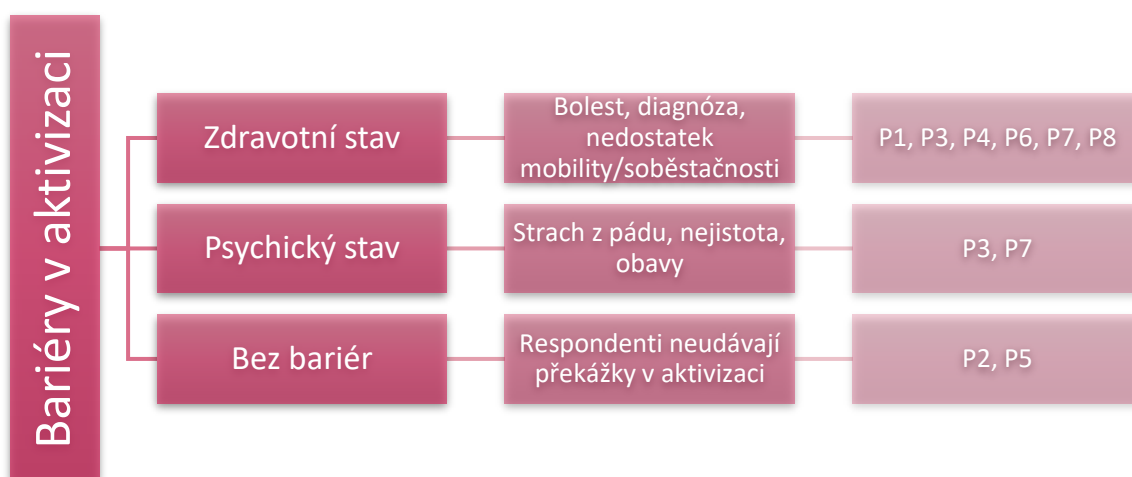
Výzkum ukázal, že pacienti vnímají aktivizaci primárně jako fyzickou rehabilitaci a nácvik mobility. Tu přirozeně doplňují tréninkem sebeobsluhy, kognitivními činnostmi a účastí na skupinových akcích, zatímco cílený individuální sociální kontakt se objevuje jen zcela okrajově. Dále výzkum potvrdil, že geriatřičtí pacienti vnímají aktivizaci na oddělení velmi pozitivně. Věnují se převážně fyzické rehabilitaci a sociálním aktivitám. Zásadním zjištěním je úzké propojení obou sledovaných rovin. Fyzický pokrok a nabytá mobilita přímo generují

psychickou pohodu a radost z nezávislosti. Účast na aktivitách prokazatelně funguje jako prevence nudy a sociální izolace.

2.6.2 Analýza výsledků – 3. výzkumná otázka (VO3) – část: pacienti

VO3: Jak lze celkově zefektivnit aktivizační činnosti pro každodenní praxi?

Pro komplexní náhled bylo nezbytné zahrnout i perspektivu příjemců péče, pacientů. Pro naplnění této otázky byly pacientům položeny otázky D a E. Aby bylo možné proces aktivizace zefektivnit, cílem otázky D je identifikovat limitující faktory přímo ze strany pacienta. Odhalení těchto skrytých bariér umožňuje personálu lépe s pacientem komunikovat a upravit plán péče tak, aby respektoval jeho aktuální limity. Otázka E dává prostor pacientům, aby se stali aktivními spoluvůrci změn. Zjišťuje přímou zpětnou vazbu na to, co v současném systému chybí. Tato data představují nejcennější podklad pro doporučující a návrhovou část práce. Snaha o zefektivnění péče má smysl pouze tehdy, pokud odpovídá reálným potřebám a preferencím samotných pacientů. K úplnému zodpovězení 3. výzkumné otázky byla analyzována data od 8 respondentů z řad pacientů. Analýza se zaměřila na dvě klíčové kategorie: identifikace bariér ze strany pacienta v procesu aktivizace a návrhy a přání pacientů na zefektivnění



aktivizace.

Obrázek 3: Kategorie – Bariéry (pacient)

Zdroj: Autorka

Pacienti vnímají překážky primárně sami u sebe. Zcela dominantní komplikací je pro ně zdravotní stav. Jako bariéru uvádějí bolest při pohybu, po operacích, diagnózu komplikující aktivizaci či celkový nedostatek mobility a soběstačnosti. Jako hlavní limitující faktor tyto potíže uvedlo 6 z 8 respondentů (75 %). Další překážkou je psychický stav, konkrétně strach z pádu, nejistota a obavy z pohybu. Tyto obtíže zmínili 2 z 8 respondentů (25 %). Pozitivním zjištěním však je, že čtvrtina dotázaných respondentů neudává žádné překážky a je plně ochotna a schopna se do nabízených aktivit zapojit.



Obrázek 4: Kategorie – Návrhy (pacienti)

Zdroj: Autorka

Nejvýraznější poptávka je po rozšíření aktivit v rámci dobrovolnictví. Zde 3 z 8 respondentů (37,5 %) žádají o více individuálních rozhovorů a společnosti. Zpestření formou zpívání a hudebních vystoupení by uvítala čtvrtina respondentů a specifický požadavek na zooterapii zmínil 1 respondent. Část návrhů směřuje k časovému rozšíření stávajících činností. Větší frekvenci klubových aktivit, zejména jejich zavedení v odpoledních hodinách nebo o víkendech, navrhuje 3 z 8 respondentů. Navýšení fyzické aktivity do odpoledních hodin nebo na víkend by uvítal 1 respondent. V oblasti individuálních zájmů upozornila čtvrtina respondentů na chybějící zázemí pro četbu. Požadují více knih a vyhrazené klidné místo na čtení. Zbývá 2 respondenti vyjádřili plnou spokojenost se stávajícím režimem a nemají žádné další návrhy na zlepšení.

Z pohledu pacientů nespočívá zefektivnění aktivizace v zavádění zcela nových ošetrovatelských postupů, ale spíše v lepší organizaci času a podpoře psychosociálních potřeb. Protože je jejich zapojení limitováno především bolestí a strachem z pohybu, uvítali by více pasivnějších činností, rozhovorů a společenských akcí (hudba, klub, čtení), a to zejména v časech, kdy na oddělení neprobíhá standardní rehabilitace, tedy odpoledne a o víkendech.

2.6.3 Analýza výsledků – 2. výzkumná otázka (VO2)

VO2: Jaké znalosti a praxi mají všeobecné a praktické sestry v aktivizačních činnostech geriatrických pacientů?

Pro zodpovězení této otázky byly respondentům z řad personálu položeny otázky A, B a C. Cílem otázky A je zjistit, odkud všeobecné a praktické sestry čerpají znalosti o aktivizaci. Odpověď definuje odbornou úroveň poskytované péče. Otázka B mapuje reálnou rutinu na oddělení a zjišťuje, jaké konkrétní metody jsou v praxi skutečně aplikovány. Otázka C odkrývá profesní postoj sestry. Schopnost identifikovat přínos pro pacienta je součástí odborné znalosti sestry. Ukazuje, zda sestra vnímá aktivizaci jako smysluplnou součást své práce, což přímo ovlivňuje její motivaci k provádění těchto činností. K zodpovězení 2. výzkumné otázky byla analyzována data od 8 respondentů z řad ošetřovatelského personálu. Analýza se zaměřila na tři klíčové kategorie: zdroje odborných znalostí, realitu vykonávání aktivizačních činností a vnímaný přínos těchto činností pro pacienta.



Obrázek 5: Kategorie – Zdroje znalostí

Zdroj: Autorka

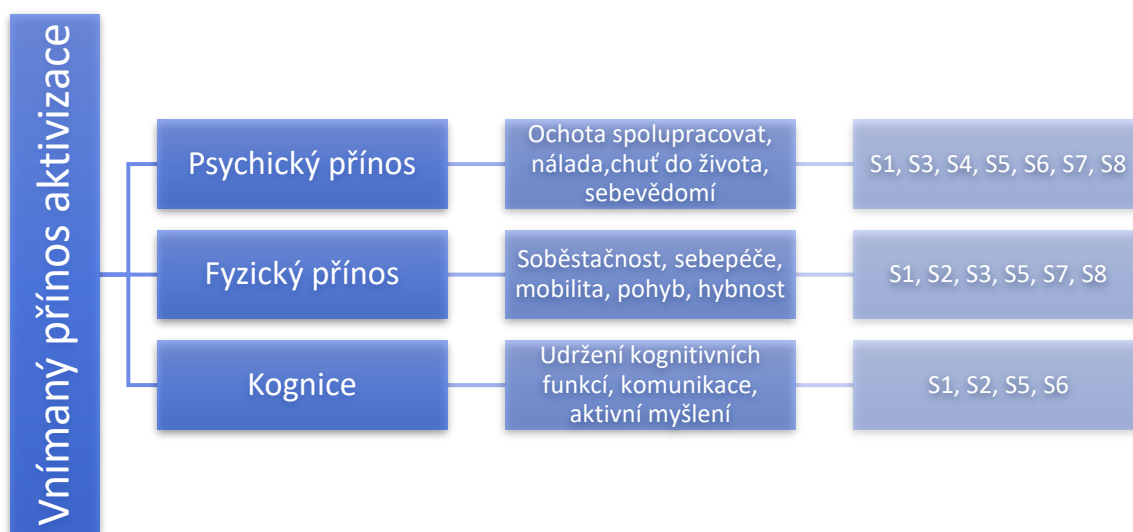
V oblasti získávání znalostí o aktivizaci dominují dva hlavní proudy. Prvním je formální vzdělávání. Teoretické znalosti získané ze školy a školní praxe jako svůj zdroj uvedlo 7 z 8 respondentů (87,5 %). Stejně významnou roli hraje učení zkušenostmi. Znalosti získané praxí na oddělení, potažmo získání pracovní intuice je zaznamenáno rovněž u 7 z 8 respondentů. Naopak celoživotní vzdělávání formou specializovaných kurzů či vyhledávání odborných článků hraje v praxi spíše okrajovou roli. Tuto formu rozvoje uvedli pouze 2 z 8 respondentů (25 %). Z výsledků vyplývá, že sestry získávají povědomí o aktivizaci během studia a následně ji rozvíjejí rutinní praxí. Aktivní doplňování vzdělávání a nabírání nových zkušeností nerealizuje ani polovina sester.



Obrázek 6: Kategorie – Reálná praxe

Zdroj: Autorka

Při analýze konkrétních činností, které sestry vykonávají, byla identifikována nejsilnější orientace na psychickou podporu. Hlavně formou motivace a povzbuzování pacienta při běžných denních činnostech. Tuto činnost do své rutiny integruje 6 z 8 respondentů (75 %). Významnou součástí praxe je také fyzická podpora. Jedná se o vhodně zvolenou dopomoc např. při chůzi, hygieně nebo rehabilitaci, kdy personál pomáhá jen do té míry, aby měl pacient podporu, ale sám vyvíjel aktivitu. Poslední kategorií jsou psychosociální aktivity. Ty personál většinou integruje do své denní ošetrovatelské rutiny. Jedná se o denní rituály jako vaření kávy, zpěv nebo cílená reminiscence. Obě tyto kategorie shodně vykonává 5 z 8 respondentů (62,5 %). Nejméně zastoupenou oblastí je cílený kognitivní trénink (hry na postřeh, trénink paměti), kterému se věnují pouze 3 z 8 respondentů (37,5 %).



Obrázek 7: Kategorie – Vnímaný přínos (personál)

Zdroj: Autorka

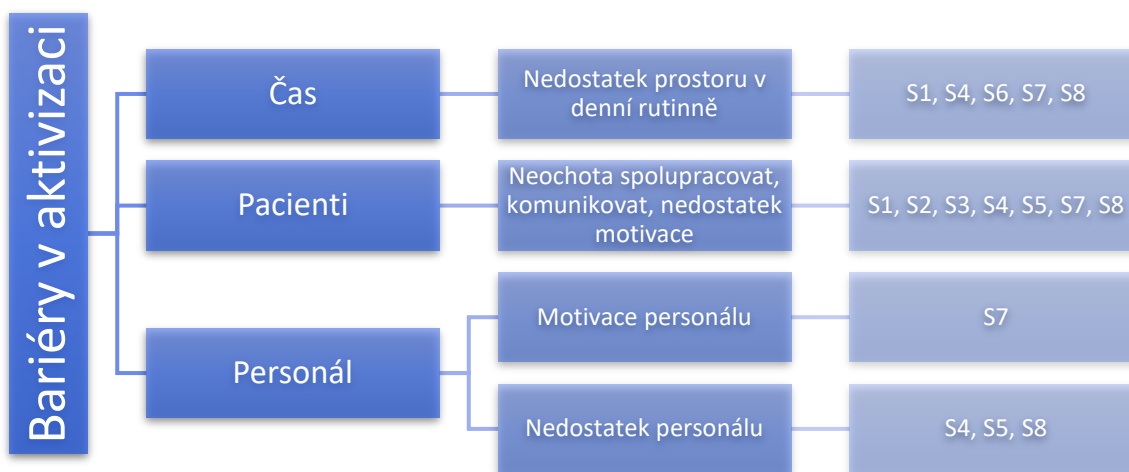
V rozhovorech se ukazuje, že dopad aktivizace vnímají velmi komplexně. Nejvýraznější shoda panuje v oblasti psychického přínosu. Odráží se to jako zlepšení nálady, chuti do života, zvýšené sebevědomí, co se týče zvládnání sebepéče a celková ochota ke spolupráci s personálem. U pacientů tyto jevy pozoruje 7 z 8 respondentů. Jen o něco méně častější je vnímán fyzický přínos. V rozhovorech se objevilo celkové zlepšení soběstačnosti a sebepéče, mobility a hybnosti obecně. Tyto informace uvedlo 6 z 8 respondentů. O něco méně často, avšak stále významně, sledujeme přínos v oblasti kognice. Zejména udržení kognitivních funkcí a kvalitnější komunikaci mezi pacientem a personálem zmiňuje polovina respondentů.

Analýza odpovědí ukázala, že sestry čerpají své znalosti o aktivizaci převážně z formálního vzdělání a vlastních zkušeností z praxe, zatímco specializované kurzy využívají spíše ojediněle. V každodenní rutině uplatňují u pacientů především psychickou motivaci a fyzickou pomoc, naopak cílenému kognitivnímu tréninku se věnují méně. I přes provozní limity si personál plně uvědomuje obrovský přínos aktivizace, a to zejména její pozitivní vliv na zlepšení nálady, sebevědomí a celkové soběstačnosti pacientů.

2.6.4 Analýza výsledků – 3. výzkumná otázka (VO3) – část: personál

VO3: Jak lze celkově zefektivnit aktivizační činnosti pro každodenní praxi?

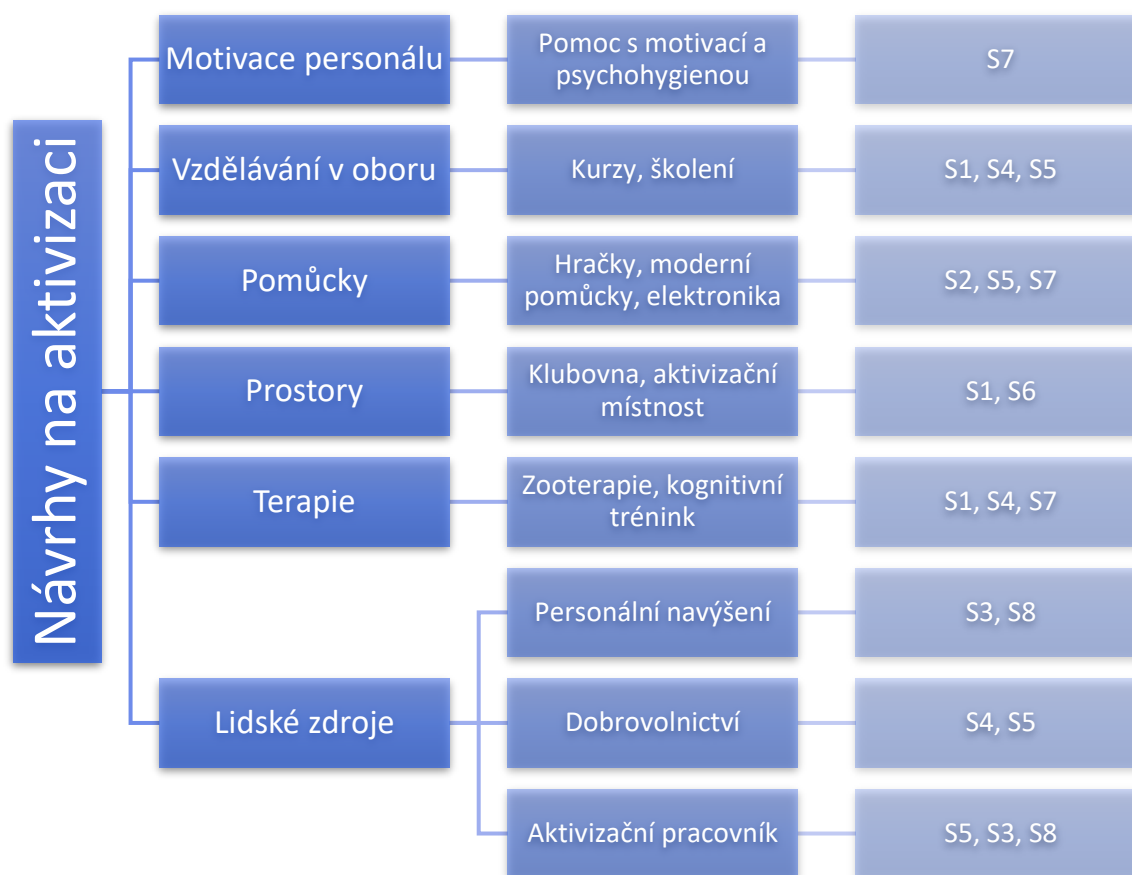
Tato otázka je společná pro obě skupiny respondentů, protože efektivitu ovlivňuje jak poskytovatel péče, tak příjemce. Slouží k ní otázky D a E. Aby bylo možné proces zefektivnit, je nutné nejprve identifikovat bariéry v péči. Odpovědi personálu na otázku D definují, co v současném systému dle nich nefunguje. Otázka E generuje konkrétní návrhy z pohledu aktérů péče. Poskytuje podklady pro doporučení pro praxi na základě reálných potřeb. K zodpovězení první části 3. výzkumné otázky byla analyzována data od 8 respondentů z řad ošetrovatelského personálu. Analýza se zaměřila na dvě klíčové kategorie: identifikace bariér v procesu aktivizace a návrhy na zefektivnění aktivizace.



Obrázek 8: Kategorie – Bariéry (personál)

Zdroj: Autorka

Analýza ukázala, že pro všeobecné a praktické sestry nejvýznamnější překážkou v aktivizaci nejsou systémové ukazatele, ale faktory na straně pacientů. Kategorii pacienti, zahrnující neochotu spolupracovat, problémy s komunikací, nedostatek motivace či vysoké nároky na péči označilo jako hlavní bariéru 7 z 8 respondentů (87,5 %). Druhou nejčastější bariérou je faktor času. Nedostatek prostoru v denní ošetrovatelské rutinně vnímá jako limitující 5 z 8 respondentů (62,5 %). Třetí oblastí je personál, kde byly identifikovány dva podproblémy: nedostatek personálu trápí 3 z 8 respondentů (37,5 %) a specifický problém s motivací personálu uvedl 1 respondent.



Obrázek 9: Kategorie – Návrhy (personál)

Zdroj: Autorka

Při dotazování na možnosti optimalizace péče respondenti navrhovali řešení v několika rovinách. Největší důraz byl kladen na oblast lidských zdrojů. Zde se návrhy dělí do tří směrů: zřízení pozice aktivizačního pracovníka navrhuje 3 z 8 respondentů, prosté personální navýšení sester požadují 2 z 8 respondentů (25 %) a zapojení dobrovolníků by uvítala rovněž čtvrtina respondentů. Významnou roli hraje také materiální a edukační podpora. Potřebu vzdělávání v oboru (kurzy, školení) zdůraznili 3 z 8 respondentů. Stejný počet sester vidí cestu k zefektivnění v nákupu nových pomůcek jako jsou hračky pro pacienty s demencí nebo nákup elektroniky, konkrétně tabletů na kognitivní trénink i kontakt s rodinou. V oblasti organizace péče navrhuje 3 z 8 respondentů častější specifické terapie jako např. zooterapie nebo kognitivní trénink. Čtvrtina respondentů by uvítala lepší prostory zaměřené přímo na vykonávání aktivizačních činností. Okrajově, avšak v souvislosti s bariérami v personálu, byla zmíněna potřeba motivace personálu, hlavně co se týče psychohygieny a psychické podpory personálu, kterou uvedl 1 respondent.

Výsledky ukazují, že pro zefektivnění aktivizace je klíčové překonat bariéru nedostatku času a limitů plynoucích z aktuálního zdravotního stavu pacientů. Sestry vidí řešení primárně v posílení lidských zdrojů, ideálně specializovaným aktivizačním pracovníkem. Dále pak v lepším materiálním vybavení či vzdělávání, které by jim umožnilo lépe a kvalitněji pracovat s pacienty.

2.6.5 Syntéza a komparace výsledků výzkumu

Závěrečná fáze analýzy se zaměřuje na syntézu zjištěných dat z pohledu obou zkoumaných skupin. Porovnání těchto dvou perspektiv umožňuje získat komplexní náhled na problematiku aktivizace na geriatrickém oddělení. Pomůže také odhalit rozdíly ve vnímání překážek a potřeb.

Nejvýraznějším zjištěním je absolutní shoda obou skupin v hodnocení dopadů aktivizace. Pacienti i personál vnímají aktivizaci holisticky a potvrzují její zásadní vliv na fyzickou i psychickou rovinu. Pacienti udávají radost ze znovunabytí samostatnosti a ústup chmur či pocitů nudy. Všeobecné i praktické sestry tento stav reflektují jako celkové zlepšení nálady, sebevědomí pacientů, a především jejich vyšší ochotu spolupracovat.

Analýza překážek představila v odpovědích rozdíly. Personál jako hlavní bariéru identifikuje nedostatek času v rámci ošetrovatelské rutiny a často narážejí na pasivitu či neochotu pacientů spolupracovat. Když se však na stejný problém podíváme optikou pacientů, ukazuje se, že jejich neochota či pasivita má dle nich důvod povětšinou ve zdravotních příčinách. Pacienti jako hlavní bariéru uvádějí fyzickou bolest nebo celkové vyčerpání vlivem jejich diagnózy. Objevuje se i psychický blok ve formě strachu z pádu a nejistoty z pohybu. Z toho vyplývá zjištění, že to, co personál v časovém presu může vnímat jako nespokojenost, je ze strany geriatrického pacienta často pouze projev strachu a bolesti, který vyžaduje specifický a trpělivý přístup.

Při hledání cest, jak péči zefektivnit, se obě skupiny vzájemně doplňují a jejich návrhy do sebe logicky zapadají. Pacienti uváděli, že jim nejvíce chybí vyplnění volného času v odpoledních hodinách a o víkendech. Poptávají individuální rozhovory, společenské aktivity (hudba, čtení) a zooterapii. Sestry si uvědomují, že na uspokojení těchto psychosociálních potřeb pacientů nemají v ranním provozu kapacitu. Proto samy navrhují zřízení pozice specializovaného aktivizačního pracovníka nebo masivnější zapojení dobrovolníků. Sestry by rovněž uvítaly moderní pomůcky (tablety, hračky pro kognitivní trénink) a odborná školení, jak s pacienty lépe pracovat na aktivizaci.

Komparace výsledků jednoznačně ukazuje, že současný model aktivizace na oddělení je funkční a přináší prokazatelné benefity. Jeho hlavním limitem je však časová a personální tíseň. Pacienti touží po větším sociálním kontaktu a rozptýlení, všeobecné i praktické sestry touží po personální úlevě, aby se mohly plně věnovat odborné ošetrovatelské péči. Ideálním průsečíkem obou těchto potřeb by bylo systematické začlenění aktivizačních pracovníků a dobrovolníků primárně do odpoledních a víkendových směn, čímž by došlo k saturaci psychických potřeb pacientů bez dalšího zatěžování ošetrovatelského personálu.

V následující kapitole budou tyto výsledky podrobněji zhodnoceny, interpretovány v širším kontextu a konfrontovány s poznatky z dostupné odborné literatury. Na diskusi následně plynule naváže kapitola doporučení pro praxi, která na základě identifikovaných bariér a potřeb představí konkrétní návrhy a opatření pro zefektivnění a zkvalitnění každodenní ošetrovatelské a aktivizační péče.

3 Diskuse

Kapitola diskuse dává do širšího kontextu výsledky získané z kvalitativního výzkumného šetření. Zjištění z výzkumu je konfrontováno s dostupnou odbornou literaturou. Pro výzkumnou část práce byly stanoveny tři hlavní cíle. Prvním je zmapování zkušeností pacientů s aktivizací na geriatrickém oddělení a jaký vnímají přínos aktivizace na psychiku a soběstačnost. Druhý cíl si stanovuje analýzu úrovně znalostí a přístupu všeobecných a praktických sester k aktivizaci. Posledním cílem je navrhnout opatření ke zlepšení aktivizačních činností a nové přístupy k implementaci do každodenní praxe. Na tyto stanovené cíle bezprostředně navazovaly tři hlavní výzkumné otázky, které tvořily základ pro sběr dat formou polostrukturovaných rozhovorů. První výzkumná otázka se ptá, jak geriatřiční pacienti vnímají aktivizaci na oddělení a její dopad na psychiku a soběstačnost. Druhá výzkumná otázka zkoumá, jaké znalosti a praxi mají všeobecné a praktické sestry v aktivizačních činnostech geriatrických pacientů. Třetí výzkumná otázka hledá odpověď na to, jak lze celkově zefektivnit aktivizační činnosti pro každodenní praxi.

V rámci diskuse a komparace výsledků bylo čerpáno z několika tuzemských prací, které se zabývají problematikou aktivizace a péče o seniory. Jedná se o bakalářské práce Ivety Masné (2016): „Aktivizace seniorů v domovech pro seniory prostřednictvím smyslové aktivizace podle Lore Wehner“, Mariany Chutné (2022): „Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v domovech se zvláštním režimem“, Jany Kočíšové (2019): „Aktivizace seniorů na oddělení následné péče v nemocnici“, Kateřiny Nováčkové (2020): „Dobrovolnictví v Jihlavě“, Karolíny Březinové (2025): „Senior v roli pacienta na lůžkovém oddělení“ a Moniky Křemenové (2021): „Aktivizace klientů v domovech seniorů a domovech se zvláštním režimem“. Dále jsou využity diplomové práce Veroniky Svobodové (2016): „Aktivizace seniorů s demencí“ a Anny Dočkalové (2016): „Osamělí senioři a aktivizace“. Zahraniční práce k diskusi byla použita: Tasks and responsibilities in physical activity promotion of older patients during hospitalization: A nurse perspective od Scheerman et al (2020).

První cíl: Zmapovat zkušenosti geriatrických pacientů s aktivizací a jimi vnímaný dopad na psychiku a soběstačnost.

K naplnění tohoto cíle byly využity výzkumné otázky A, B a C pro pacienty, které se cíleně zaměřovaly na identifikaci absolvovaných činností a subjektivní hodnocení jejich vlivu na vlastní kondici a psychiku.

V rámci kategorie formy aktivizace náš výzkum ukázal, že hospitalizovaní pacienti se věnují primárně rehabilitačním činnostem. Konkrétně 7 z 8 pacientů uvádí jako svou hlavní aktivitu nácvik chůze a rehabilitaci. Tento fyzický trénink doplňují klidnějšími individuálními činnostmi na lůžku, jako je četba nebo luštění křížovek, což praktikují 4 z 8 pacientů. Cílenému nácviku sebeobsluhy a běžných denních činností se pak aktivně věnují 3 z 8 dotázaných respondentů. Sociální a klubové aktivity pak absolvovala polovina z 8 respondentů. Tato zjištění tvoří kontrast při srovnání s výzkumem Křemenové (2021). Z jejího šetření mezi 15 klienty v domovech pro seniory a domovech se zvláštním režimem vyplývá, že tamní senioři se zapojují do mnohem širšího spektra organizovaných volnočasových činností. Mezi tyto aktivizační činnosti patřilo např. společné pečení, aromaterapie, práce na zahrádce, trénink paměti nebo účast na společenských akcích a procházkách. U hospitalizovaných pacientů na OGNP tyto kreativní

a společenské formy aktivizace výrazně ustupují do pozadí ve prospěch individuálních činností na lůžku a cílené rehabilitace s personálem. Tento rozdíl jasně prokazuje, že v nemocničním prostředí následné péče je výběr forem aktivizace limitován na aktivity hlavně rehabilitačního charakteru a sociální aktivity jsou spíše bonusem v každodenní rutině. Celkově výběr aktivizačních činností vychází z charakteru zařízení. U hospitalizovaných pacientů ve zdravotnických zařízeních je orientace na sebezpečí a rehabilitaci, v sociálních zařízeních spíše na vyplnění volného času.

Z analýzy výzkumu k druhé kategorii, o vnímaném přínosu aktivizace pro pacienty, jednoznačně vyplynulo, že hospitalizovaní geriatrickí pacienti vnímají aktivizaci pozitivně. Převážná většina, 7 z 8 respondentů, spatřuje největší přínos ve zlepšení fyzické soběstačnosti, sebeobsluhy a mobility. Fyzický pokrok u nich přitom přímo působí zlepšení psychického stavu. Konkrétně 4 z 8 pacientů uvádějí, že jim znovunabytá samostatnost a pokrok přináší radost, a pro stejný počet z nich představuje aktivizace účinnou prevenci nudy. Jako klíčový nástroj pro snížení pocitu osamění během hospitalizace ji vnímají 3 z 8 pacientů. Celkově vidí všech 8 respondentů fyzický přínos aktivizace 7 z 8 respondentů udává v nějaké formě i benefit psychický.

Tato zjištění plně korespondují s odbornou literaturou použitou v teoretické části práce. Potvrzují se slova Huttrové (2023), která zdůrazňuje vliv aktivizačních činností na udržování dobré psychické, pohybové i sociální zdatnosti seniorů. Stejně tak data z praxe podpořila tvrzení Malíkové (2020). Ta upozorňuje, že opomíjení aktivizace vede k postupné ztrátě soběstačnosti, zhoršení psychického stavu, úpadku kognitivních funkcí pacienta a větší závislost na péči. Shodně 4 z 8 pacientů v našem výzkumu potvrdilo, že aktivní přístup je chrání před chmurami a nudou, což je v přímé shodě s teorií Nové (2024), podle níž pasivita a nedostatek stimulace přispívají ke vzniku hospitalismu a psychosociálního traumatu.

Křemenová (2021) v diskusi svého výzkumu uvádí, že u všech jejích 15 respondentů pravidelná aktivizace představuje klíčový prvek v rámci podpory jejich duševního zdraví. Skrze sociální interakci s ostatními klienty, což uvádí 4 z 15 jejích respondentů a ošetřujícím personálem (6 z 15) respondentů, dochází k uspokojování potřeby sounáležitosti, což má pozitivní dopad na jejich celkový psychický stav. Jak autorka zdůrazňuje, pravidelné setkávání s vrstevníky v rámci aktivizace funguje jako klíčová prevence proti pocitům osamělosti a zároveň seniorům navrácí pocit lidské důstojnosti. To přesně odpovídá tvrzení geriatrických pacientů z našeho výzkumu, kdy pro 4 z 8 pacientů účast na aktivitách funguje jako prevence nudy a pro 3 z 8 pacientů jako prevence sociální izolace.

Dále naše zjištění k přínosu aktivizace uvádějí, že 7 z 8 geriatrických pacientů v nemocnici preferuje nácvik chůze a rehabilitaci pro udržení soběstačnosti. Pro stejný počet pacientů je dobrá fyzická kondice hlavním cílem při hospitalizaci na geriatrickém oddělení. Výzkum Kočišové (2019) realizovaný v nemocničním prostředí ale jen u 3 z 10 hospitalizovaných pacientů na oddělení následné péče zaznamenal aktivizaci jako prostředek k návratu do domácího prostředí. Tito respondenti uvádějí, že hlavní motivací k zapojení do činností je touha uzdravit se a odejít domů.

Ve výzkumu Masné (2016) se všichni 3 dotazovaní respondenti z řad personálu domova pro seniory shodli, že aktivizace umožňuje seniorům znovu nalézt cestu k vlastním pocitům a emocím. To vede k posílení jejich sebeuvědomění. Toto tvrzení můžeme vidět v našem výzkumu na příkladu 4 z 8 respondentů, kteří cítí radost ze znovunabyté samostatnosti. U pacientky P8 například přinesla pocit úlevy znovu získaná schopnost udržení hrnku.

Ačkoliv je pro hospitalizované pacienty prioritou nácvik chůze a rehabilitace, z rozhovorů jednoznačně vyplývá, že se aktivně zapojují i do konkrétních klubových činností. Například respondentka P5 uvádí, že v rámci klubu s personálem vařili nebo se účastnili hudebního vystoupení. Respondent P6 zmiňuje společné sledování filmů a respondentka P1 s radostí vzpomínala na zpívání a hraní během vánočního období. Tyto činnosti tvoří důležitou součást hospitalizace. Zajímavou formu aktivizace popisuje ve své práci Chutná (2022), která realizovala výzkum mezi aktivizačními pracovníky v domově se zvláštním režimem. Většina ze 7 jejích respondentů uvedla různé formy kognitivního tréninku jako kvízy, slovní hry nebo reminiscenci. Jeden ze 7 respondentů však uvádí, že zapojuje klienty přímo do simulovaného chodu domácnosti. Provádí tak s klienty aktivity jako je skládání ručníků, zametání, pečení nebo zahradničení.

Tyto aktivity simulující běžný život tak mohou být přínosnou alternativou k standartním aktivizačním činnostem na geriatrickém oddělení. V nemocnici plní klubové a kulturní činnosti spíše roli vítaného rozptýlení a doplňku k hlavnímu cíli, kterým je pro pacienty funkční trénink a návrat do domácího prostředí. Právě tam by pacient nejvíce profitoval z nácviku domácích prací a sebek péče.

Pokud shrneme hlavní zjištění z našeho výzkumu, ukazuje se, že pacienti na oddělení geriatrické a následné péče se věnují primárně nácviku chůze a rehabilitaci. Tento trénink se u nich přímo odráží ve zlepšení fyzické soběstačnosti a sebeobsluhy. Získaná data jasně potvrdila, že tento fyzický posun má bezprostřední a silně pozitivní vliv na jejich psychiku. Pacienti díky znovunabytí samostatnosti pociťují radost, aktivizace je chrání před nudou a pomáhá jim snižovat pocity osamění. Můžeme říct, že tato zjištění zodpověděla 1. výzkumnou otázku – jak geriatrickí pacienti vnímají aktivizaci na oddělení a její dopad na psychiku a soběstačnost. Zároveň tímto byl splněn 1. cíl práce, jelikož se podařilo detailně zmapovat, jaké aktivizační činnosti pacienti absolvují a jak vnímají vliv aktivizace na psychiku a soběstačnost.

Druhý cíl: Analyzovat úroveň znalostí a přístup všeobecných a praktických sester k aktivizaci.

Pro splnění tohoto cíle byly analyzovány odpovědi na výzkumné otázky A, B a C pro všeobecné a praktické sestry. Otázky zkoumaly zdroje jejich odborné znalosti o aktivizaci, rutinní aktivizační praxi vykonávanou na oddělení a jimi vnímané benefity aktivizace.

Výsledky ukázaly, že 7 z 8 respondentů z řad personálu staví své kompetence shodně na formálním vzdělání ze školy a empirických zkušenostech z praxe. Tento trend koresponduje se zjištěními kvalitativního výzkumu Březinové (2025) z lůžkových oddělení chirurgie, interny a následné péče. Výzkum mezi 10 všeobecnými sestrami zjistil, že všech 10 z 10 dotazovaných získalo své vědomosti primárně během studia. Dále 6 z 10 respondentů uvedlo jako zdroj znalostí i každodenní praxi. Rozdíl však nastává v přístupu k celoživotnímu vzdělávání. Zatímco v našem šetření aktivně rozšiřují kvalifikaci formou celoživotního vzdělávání pouze 2 z 8 respondentů, z dat Březinové vyplývá, že 8 z 10 sester se dále samo vzdělává. Primárně si doplňují vzdělání prostřednictvím odborných seminářů, které jim zprostředkovává zaměstnavatel. Jedna z dotazovaných respondentek (S10) například přiblížila, že se v rámci těchto pravidelných ročních školení zaměřují na témata úzce spjatá s následnou péčí. Zde je však nutné zdůraznit důležitý rozdíl. Zatímco Březinová zkoumala obecné znalosti sester o komplexní ošetrovatelské péči o geriatrického pacienta, náš výzkum se úzce zaměřoval na specifické znalosti z oblasti aktivizace geriatrického pacienta.

Pokud jde o samotnou realizaci aktivizace v praxi, dotazovaní respondenti v našem výzkumu ji integrují převážně do běžné ošetrovatelské rutiny formou psychické podpory (6 z 8 sester) a fyzické dopomoci (5 z 8). Specifickým kognitivním tréninkům se věnují spíše okrajově (3 z 8), a to především kvůli dříve zmiňovanému nedostatku času. Březinová (2025) se v několika otázkách výzkumu ptá respondentů z řad personálu na péči o seniora v oblastech sebezpečí, komunikace nebo psychosociální oblasti. Z jejích výsledků vyplývá, že polovina dotazovaných sester (5 z 10) omezuje fyzickou aktivizaci pouze na nácvik chůze s kompenzačními pomůckami a v rámci podpory soběstačnosti se 7 z 10 všeobecných sester spokojí s tím, když si pacient na lůžku umyje alespoň obličej. Nedostatek času, který limituje v určitých činnostech i sestry v tomto šetření, vede u Březinové k tomu, že 2 z 10 sester pacienty z důvodu urychlení neaktivizují vůbec a hygienu provedou plně samy. Značný rozdíl je patrný i v oblasti zmíněné psychické podpory a motivace. Respondenti (3 z 10) u Březinové volí jako hlavní stimul spíše nárazovou motivaci v podobě vidiny brzkého propuštění domů, 2 z 10 respondentů pak používá jako motivaci jednorázové slovní pochvaly.

Nizozemská studie od Scheerman et al. (2020) kombinuje dotazník a rozhovory s 108 sestrami z interního, traumatologického, ortopedického a urgentního oddělení na téma podpory fyzické aktivizace. Dokládá rozdíly mezi tím, jak sestry vidí své znalosti versus skutečný stav pacientů. Až 90,6 % dotazovaných sester hodnotí své znalosti o podpoře fyzické aktivity jako dostatečné. Šedesát šest procent dotazovaných je spokojeno s podporou k fyzické aktivizaci na oddělení, ale pouze 32 % sester je reálně spokojeno se skutečnou úrovní pohybu u hospitalizovaných pacientů. Výzkum ukázal, že sestry chápou jako svou zodpovědnost podporu běžných denních činností (ADL). Realizaci v praxi však brzdí vysoká pracovní zátěž a nedostatek personálu, což sestry nutí měnit priority a aktivizaci odsouvat na úkor akutní péče. Naše zjištění tak s touto studií souhlasí. Nedostatky v aktivizační péči nevychází z neznalosti personálu, ale z časové tísně a provozních limitů oddělení.

Shrme-li data získaná od ošetrovatelského personálu, je zřejmé, že sestry staví své znalosti o aktivizaci téměř výhradně na formálním vzdělání a každodenní praxi na oddělení. Samotnou aktivizaci pak integrují do běžné ošetrovatelské péče formou psychické motivace a fyzické dopomoci, zatímco na specializovanější činnosti jim v rutinním ranním provozu nezbyvá prostor. Přesto data potvrzují, že si sestry plně a jasně uvědomují smysl své práce, na pacientech pozorují prokazatelné zlepšení nálady a soběstačnosti. Tímto byla zodpovězena 2. výzkumná otázka o znalostech a praxi všeobecných a praktických sester v aktivizačních činnostech geriatrických pacientů. Zanalyzováním úrovně znalostí a přístupu všeobecných a praktických sester k aktivizaci podařilo naplnit 2. cíl práce.

Třetí cíl: Navrhnout opatření ke zlepšení aktivizačních činností a nové přístupy k implementaci do každodenní praxe.

K dosažení tohoto cíle sloužily výzkumné otázky D a E pro personál a D a E pro pacienty. Otázky byly sestaveny tak, aby odhalily limitující faktory v aktivizační péči a shromáždily konkrétní návrhy na zefektivnění aktivizace. Porovnáním odpovědí všeobecných a praktických sester a pacientů výzkum zjistil rozpory v bariérách provádění aktivizace. Respondenti z řad personálu (5 z 8) spatřují největší překážku v nedostatku času a 7 z 8 respondentů v neochotě pacientů spolupracovat. Z pohledu pacientů je však tato zdánlivá nespůlpráce způsobena u 6 z 8 pacientů bolestí či zhoršeným zdravotním stavem a u 2 z 8 pacientů strachem z pádu.

Tento rozpor bariér lze vysvětlit pomocí konceptu geriatrických syndromů, jak jej uvádí Navrátil, Šedivcová et al. (2023), kdy je pacientův strach z pádu, instabilita, personálem mylně interpretován jako pasivita. Omezení plynoucí ze zhoršeného zdravotního stavu jako hlavní bariéru aktivizace popisuje ve své práci i Dočkalová (2016). Její respondenti se odvolávali na bolesti páteře (3 z 6) a 4 ze 6 na celkově zhoršený zdravotní stav bránící jim vykonávání dříve oblíbených činností. Dvě z 5 dotazovaných respondentů z řad personálu u Křemenové (2021) udávají, že nemá smysl seniora do aktivit nutit, ale je nutné respektovat jeho momentální stav. Zejména pokud má bolesti nebo je ve špatné psychické kondici. Respondent S2 (viz Příloha 1) v předkládaném šetření shodně uvádí, že se pokouší pacienty motivovat, ale pokud snaha není úspěšná, nenutí je dále.

Pacienti na oddělení geriatrické a následné péče narážejí primárně na somatické bariéry jako bolest nebo pooperační stavy, což jako překážku uvedlo 6 z 8 respondentů. Rozdíly můžeme najít při porovnání s výzkumem Chutné (2022), kterého se zúčastnilo 7 respondentů z řad personálu. U klientů s Alzheimerovou chorobou identifikovali obecně jako hlavní překážku projevy nemoci spojené s poruchami chování. Při aktivizaci se potýkají s agresí a depresemi klientů. To potvrzuje nutnost přizpůsobit aktivizační techniky specifické cílové skupině.

Co se týče systémových bariér, 5 z 8 dotazovaných sester v našem výzkumu apelovalo především na nedostatek času v běžném provozu a 3 z 8 sester na potřebu navýšení personálu. K naprosto identickému závěru dospěla ve své diplomové práci Svobodová (2016). Všech 7 dotazovaných respondentů z řad personálu se v jejím výzkumu jednoznačně shodlo, že největším problémem při aktivizaci je neustálá časová tíseň. Personál se musí věnovat běžným úkonům ošetrovatelské péče (např. hygiena) a na aktivity navíc nezbyvá čas. S našimi výsledky plně koresponduje i to, že všech 7 respondentů u Svobodové by uvítalo navýšení počtu personálu přímé péče.

V rámci návrhů na zefektivnění péče se část respondentů z řad pacientů (3 z 8) shodla na potřebě vyplnit volný čas, odpoledne a víkendy. Toto zjištění o potřebě aktivizačních činností o víkendech se doplňuje např. se závěry od respondentů z řad personálu Svobodové (2016). Z jejího výzkumu jasně vyplynulo, že převážná většina personálu ze 7 dotazovaných se těší na víkend, kdy se jim aktivizuje mnohem lépe a efektivněji, protože odpadá ranní ošetrovatelská zátěž běžného pracovního týdne. Ukazuje se tedy, že přesunutí aktivizace, ideálně s podporou dobrovolníků nebo aktivizačních pracovníků, do odpoledních hodin a víkendů, představuje optimální cestu k celkovému zefektivnění péče.

Shoda panuje také v poptávce po specifických terapiích, např. zooterapii navrhuje 1 z 8 pacientů a 3 z 8 sester a dále individuální sociální kontakt s dobrovolníky. Ten poptávají 3 z 8 pacientů a 2 z 8 sester. Na geriatrických odděleních v Jihlavě je zooterapie součástí aktivizačních činností. V době provádění rozhovorů však absolvování zooterapie v jakékoli formě neudával ani 1 z 8 respondentů. To ukazuje na nízkou četnost této aktivity, která nenaplnuje poptávku. Potřeba zooterapie však nachází oporu v teoretických východiscích Bickové (2020), která potvrzuje její pozitivní vliv na psychiku seniorů. Křemenová (2021) ve svém šetření zjistila, že právě zooterapie patří k metodám, které personálu v domovech pro seniory nejvíce chybí, přičemž 3 z 5 dotazovaných by je rádo do své praxe zavedlo. Ve výzkumu Kočíšové (2019) 7 z 10 respondentů řad pacientů hodnotilo canisterapii veskrze pozitivně a u některých z nich to byla dokonce jediná aktivizační činnost. Respondentka (v jejím šetření označena jako žena 2)

uvedla, že přítomnost psa je pro ni lepší aktivitou než komunikace s lidmi. To potvrzuje, že zvíře dokáže aktivizovat i pacienty, kteří o jiné formy terapií nemají zájem.

Nedostatky byly zjištěny též u individuálních rozhovorů s dobrovolníky, po kterých volají pacienti (3 z 8) i sestry (2 z 8), ale v době výzkumu na oddělení žádný pacient neudává, že by využil této možnosti nebo mu byla nabídnuta. Nutnost zapojení dobrovolníků silně podporují i závěry Nováčkové (2020), která mapovala sociální a zdravotnické služby na území města Jihlavy. Z její komparativní analýzy vyplynulo, že ve všech 20 zkoumaných organizacích (20 z 20) jsou dobrovolníci využíváni primárně ke kontaktu s klientem, přičemž se nejčastěji zapojují právě do aktivizace a zprostředkování sociálního kontaktu. Autorka zdůrazňuje, že hlavní role dobrovolníků spočívá v pomoci tam, kde personál z časových důvodů nemůže. To přesně koresponduje s výpověďmi respondentů z řad našeho personálu, kteří uvádějí nedostatek času jako hlavní bariéru pro provádění nadstavbových aktivizačních činností, jako je individuální rozhovor či kognitivní trénink.

Závěrečné shrnutí dat ukazuje, že hlavní bariérou pro zefektivnění péče je na straně pacientů bolest a strach z pohybu, zatímco u sester je to absolutní nedostatek času. K překonání těchto překážek obě zkoumané skupiny ve výzkumu navrhuje velmi podobná a praktická řešení. Ocenili by zavedení pozice specializovaného aktivizačního pracovníka, větší zapojení dobrovolníků a celkové přesunutí hlavně specializovaných aktivizačních činností do odpoledních hodin a víkendů, kdy je na oddělení klidnější režim. Lze konstatovat, že tímto byla plně zodpovězena 3. výzkumná otázka. Ta se zabývala tím, jak lze celkově zefektivnit aktivizační činnosti pro každodenní praxi. V poslední kapitole s názvem Doporučení pro praxi bude splněn i třetí cíl této bakalářské práce, kterým bylo navrhnout opatření ke zlepšení aktivizačních činností a nové přístupy k implementaci do každodenní praxe. K naplnění tohoto cíle budou využity návrhy respondentů z řad personálu i pacientů s ohledem na jimi uvedené bariéry.

3.1 Limity výzkumu

Při interpretaci výsledků předložené bakalářské práce je nezbytné zohlednit limity výzkumu, které vyplývají jak ze zvolené metodologie, tak ze specifických podmínek sběru dat na Oddělení geriatrické a následné péče 1 a 2.

První oblastí limitů je zvolená kvalitativní výzkumná strategie. Kvalitativní výzkum neumožňuje zobecnění získaných dat na celou populaci geriatrických pacientů či všeobecných a praktických sester v České republice. Závěry jsou platné pouze pro konkrétní zkoumané pracoviště v daném čase. Dalším úskalím této metody je míra subjektivity autorky. I přes snahu o maximální objektivitu mohla být interpretace výpovědí ovlivněna mým osobním porozuměním problematice a pracovní zkušeností na daném oddělení. Kvalita získaných dat v rozhovorech je rovněž závislá na aktuální atmosféře, důvěře mezi tazatelem a respondentem a na ochotě sdílet své pocity. Významné limity se vztahují k výzkumnému souboru pacientů. Složení respondentů bylo ovlivněno aktuální skladbou hospitalizovaných pacientů v době provádění výzkumu (leden-únor 2026). Do výzkumu mohli být zařazeni pouze pacienti s takovým stupněm kognitivních funkcí, který umožňoval vedení smysluplného rozhovoru. Tím došlo k vyloučení části pacientů, jejichž prožívání nebo způsoby aktivizace mohou být odlišné. Odpovědi zapojených respondentů mohly být navíc zkresleny aktuální únavou, bolestí, medikací atp. U pacientů také hrozí riziko, že jejich odpovědi nebyly zcela upřímné z obavy, aby neškodili

nevhodnou odpovědí personálu, na jehož péči jsou závislí. Výpovědi pacientů jsou dále limitovány tím, jaké aktivity reálně v době jejich hospitalizace probíhaly. Pokud v daném období například neprobíhala zooterapie nebo nebyl přítomen dobrovolník, nemohli tuto zkušenost reflektovat. Omezení se vztahují i k ročnímu období, jelikož v zimních měsících neprobíhá aktivizace ve venkovním altánu, které se geriatřičtí pacienti často účastní ve velkém počtu.

Oblast limitů se týká i výzkumného souboru všeobecných a praktických sester. Do výzkumu se nepodařilo zapojit veškerý ošetrovatelský personál oddělení, což mohlo vést k určitému zkreslení výsledků. Účast ve výzkumu byla dobrovolná. Některé sestry rozhovor odmítly z důvodu časového vyčerpání nebo měly obavu, že se nedokážou dostatečně vyjádřit k tématu. Neochoty sdílet své názory. Do výzkumu nebyly zahrnuty všeobecné a praktické sestry s částečnými úvazky a s aktivizací se tak setkávají méně než sestry na plný úvazek. Rozhovory se sestrami probíhaly v reálném provozu oddělení. Časová tíseň a nutnost odbíhat k pacientům mohly způsobit, že některé odpovědi byly stručnější a nešly do takové hloubky, jaká by byla možná v klidnějším prostředí mimo službu.

Specifický limit můžeme najít také v souvislosti s naplněním třetího cíle práce, a to s návrhy. Pacienti často nedokázali specifikovat nové možnosti aktivizace, jelikož nemají povědomí o tom, jaké metody a prostředky moderní ošetrovatelství nabízí. Jejich představy se tak omezovaly na to, co již znají. Podobný limit se projevil i u sester, jejichž návrhy směřovaly převážně k personálnímu posílení, nikoliv k zavádění nových metod. To je dáno zjištěnou absencí soustavného vzdělávání v nových aktivizačních technikách, což zužuje jejich schopnost navrhovat kreativní či specifitější řešení.

I přes výše uvedené limity se domnívám, že práce přináší cenný vhled do problematiky aktivizace a identifikuje klíčové bariéry a potřeby, které lze využít pro zlepšení praxe, čemuž se věnuje následující kapitola.

4 Doporučení pro praxi

Na základě výsledků provedeného kvalitativního šetření, identifikovaných bariér v péči a návrhů ze strany geriatrických pacientů i všeobecných a praktických sester byla formulována následující doporučení pro praxi. Cílem těchto návrhů je zefektivnění aktivizačních činností na oddělení geriatrické a následné péče, odstranění nejčastějších překážek a celkové zvýšení kvality života hospitalizovaných pacientů skrze ucelený model péče.

Jako vhodné doporučení vyplývá zřízení a začlenění pozice **aktivizačního pracovníka** do organizační struktury oddělení, jehož pracovní doba by pokrývala především odpolední hodiny. Tento pracovník rozšiřuje ošetrovatelskou péči o oblast podpory soběstačnosti, psychiky a efektivně naplňuje potřebu pacientů po smysluplném vyplnění volného času. Toto je potřeba hlavně v době, kdy již neprobíhá standardní rehabilitace a ranní ošetrovatelská péče. Jeho činnost by měla být zahájena krátkým neformálním screeningem potřeb a zájmů u nově přijatých pacientů. Díky tomuto kroku by dokázal odhalit dřívější koničky, ale i případné skryté bariéry v komunikaci či pohybu. V reálné praxi by se pak tento pracovník mohl plně věnovat individuálním rozhovorům, kognitivnímu tréninku, samostatným aktivitám pro imobilní pacienty přímo na pokojích nebo vedení skupinových aktivit. Zároveň by převzal odpovědnost za plánování víkendových programů a koordinaci docházky dobrovolníků, čímž by zajistil pacientům pravidelný sociální kontakt.

Vzhledem k vysoké poptávce pacientů po společnosti je žádoucí **prohloubit spolupráci s dobrovolníky** a **rozšířit dobrovolnický program** zejména na víkendové služby, kdy pacienti nejvíce pociťují osamění a nudu. Výsledky výše zmíněného screeningu zájmů by měly sloužit jako podklad pro hledání konkrétního dobrovolníka danému pacientovi. Tyto závěry by bylo vhodné předat vedoucí dobrovolníků a vedoucí Centra sociální a podpůrné péče. Aktivizační činnosti by se dále měly více opírat o klidnější a pasivnější formy činností. Doporučuje se vyčlenit na oddělení viditelné místo pro knihovnu s pestrým výběrem knih, časopisů či společenských her. Jelikož pacienti i personál hodnotí velmi pozitivně přítomnost zvířat a hudbu, navrhuje se ve spolupráci s dobrovolníky zvýšit frekvenci zooterapie, muzikoterapie a zavést pravidelná hudební setkávání.

Z výzkumu vyplynulo, že to, co personál často vnímá jako nespolečenský pacienta, je mnohdy způsobeno strachem z pádu či bolestí. Doporučuje se proto zavést **prakticky orientovaná školení pro personál** zaměřená na moderní metody aktivizace a specifika komunikace s geriatrickým pacientem. Důraz by měl být kladen na management bolesti a práci se strachem z pohybu ještě před samotným zahájením fyzické aktivity, čímž by se zvýšila ochota pacientů ke spolupráci. Pro personál je klíčové pochopit, že aktivizační činnosti jsou zpočátku časově náročnější, ale z dlouhodobého hlediska snižují míru závislosti pacienta na dopomoci, což ve výsledku ulehčí práci celému ošetrovatelskému týmu.

Jelikož je největší bariérou pro sestry nedostatek času, je klíčové implementovat aktivizaci tak, aby se stala přirozenou **součástí běžných ošetrovatelských úkonů** a nenarušovala harmonogram. Ranní hygienu a oblékání lze využít k nácvičku soběstačnosti tím, že sestry pacienta verbálně motivují a fyzicky zapojují, například předáním žínky do ruky nebo přípravou oblečení s dopomocí pouze u úkonů, které pacient viditelně nezvládne. Stejně tak polohování a přesuny na lůžku by měly být vnímány jako prvek rehabilitace, kdy je pacient vyzván k aktivnímu zapojení namísto manipulace s pasivním břemenem. Prostředím pro kognitivní trénink může být čas při podávání medikace či měření fyziologických funkcí, který je ideální pro krátký trénink orientace nebo reminiscenční otázky na rodinu nebo povolání atp. V neposlední

řadě by měl personál omezit pasivní krmení a stimulovat pacienta k samostatnému úchopu lžíce či hrnku, což posiluje motoriku i pacientovo sebevědomí.

Při úvahách o zefektivnění péče je nezbytné kriticky zhodnotit i limity reálného nemocničního provozu. Nelze vyhovět požadavkům na prosté navýšení počtu personálu, ani na plošné zavádění drahých technologií. Stejně tak naráží na prostorové limity požadavek na samostatné aktivizační prostory pro imobilní pacienty. Navržená doporučení se proto soustředí na změnu přístupu a organizace práce. Za účelem jejich realizace budou tyto závěry předány vedení nemocnice, vrchní sestře a staničním sestřám OGNP 1 a 2. Záměrem je podpořit personál v postupné implementaci těchto změn tak, aby se aktivizace stala přirozenou součástí jejich každodenní práce, což přinese prospěch jak pacientům v podobě vyšší kvality života, tak personálu skrze postupné snižování ošetrovatelské zátěže.

Závěr

Předložená bakalářská práce se zabývala aktivizací geriatrických pacientů na oddělení geriatrické a následné péče 1 a 2 Nemocnice Jihlava. Hlavními cíli práce bylo zmapovat reálné zkušenosti s aktivizací z pohledu příjemců i poskytovatelů péče a na jejich základě navrhnout opatření ke zkvalitnění každodenní praxe.

V teoretické části byly vymezeny základní pojmy související se stárnutím, specifika geriatrických syndromů a křehkosti seniorů. Pozornost byla věnována především formám aktivizace a jejímu nepopíratelnému vlivu na fyzické i duševní zdraví hospitalizovaných pacientů.

Na teoretická východiska plynule navázala část výzkumná, která byla realizována formou kvalitativního šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumného vzorku se zúčastnilo 8 hospitalizovaných pacientů a 8 všeobecných či praktických sester z daného oddělení. Analýza získaných dat jednoznačně potvrdila, že aktivizační činnosti mají pro seniory zásadní a prokazatelný přínos. Zlepšení fyzické mobility a soběstačnosti se u nich bezprostředně odráží v lepší psychické pohodě, větším sebevědomí a ve snížení pocitů osamění či nudy. Sestry si tento pozitivní dopad plně uvědomují a snaží se aktivizaci v rámci svých možností integrovat do každodenní ošetrovatelské rutiny formou fyzické dopomoci a psychické podpory.

Výzkum však zároveň odhalil limity a bariéry současného systému. Zatímco ošetrovatelský personál naráží především na nedostatek času v ranním provozu, překážkou na straně pacientů je často fyzická bolest a strach z pádu, které mohou být personálem mylně interpretovány jako nespolupráce. Dalším zjištěním byla absence smysluplných aktivit v odpoledních hodinách a o víkendech.

Na základě těchto zjištění a vzájemné komparace potřeb pacientů i personálu byla v poslední kapitole zformulována konkrétní doporučení pro praxi. Těmi stěžejními jsou zavedení pozice specializovaného aktivizačního pracovníka pokrývajícího odpolední hodiny, masivnější zapojení dobrovolníků během víkendů a cílená implementace prvků aktivizace přímo do běžných ošetrovatelských úkonů.

Lze konstatovat, že všechny stanovené cíle a výzkumné otázky této bakalářské práce byly úspěšně splněny a zodpovězeny. Navržená opatření nabízejí reálnou a do praxe snadno aplikovatelnou cestu, jak ulevit časově přetíženému personálu a zároveň poskytnout geriatrickým pacientům komplexní péči, která plně respektuje jejich individuální potřeby a pomáhá jim navrátit soběstačnost a radost do každodenního života.

Seznam použité literatury

BICKOVÁ, Jaroslava. *Zooterapie v kostce: Minimum pro terapeutické a edukativní aktivity za pomoci zvířete*. Portál, 2020. ISBN 978-80-262-1585-1.

BLAKEMORE, Amy et al. Patient activation in older people with long-term conditions and multimorbidity. Online. *BMC Health Services Research*. 2016, roč. 16, č. 582, s. 1-11.
Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1843-2>. [cit. 2025-03-21].

BRETŠNAJDROVÁ, Milena a VINDIŠ, Jan. Vybrané faktory prevence u seniorů. Online. *Geriatric a Gerontologie*. 2022, roč. 11, č. 4, s. 159–164.
Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatrie-gerontologie/2022-4-20/vybrane-faktory-prevence-u-senioru-133201/download?hl=cs>. [cit. 2025-03-13].

BŘEZINOVÁ, Karolína. *Senior v roli pacienta na lůžkovém oddělení*. Online, Bakalářská práce. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2025.
Dostupné z: <https://theses.cz/id/68stb0/>. [cit. 2026-04-07].

ČELEDOVÁ, Libuše; KALVACH, Zdeněk a ČVELA, Rostislav. *Úvod do gerontologie*. Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.

DOLANOVÁ, Dana et al. *Principy kvalitativního výzkumu*. Online. Metodika ke zpracování závěrečné práce pro vybrané nelékařské zdravotnické obory. 2023.
Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/js23/metodika_prace/web/pages/07_01_m_etody_vyzkumu.html. [cit. 2025-09-22].

DOČKALOVÁ, Anna. *Osamělí senioři a aktivizace*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, 2016.
Dostupné z: https://is.muni.cz/th/s2y8u/Dockalova_DP_tritm.pdf.

FERTAĽOVÁ, Terézia a ONDRIOVÁ, Iveta. *Demence – Nefarmakologické aktivizační postupy*. Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.

HOLUBOVÁ, Anna a JANATOVÁ, Markéta. Využití digitálních technologií v terapii pacientů po cévní mozkové příhodě. Online. *Listy klinické logopedie*. 2018, č. 2, s. 32-36.
Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/listy-klinicke-logopedie/2018-2-30/vyuziti-digitalnich-technologii-v-terapii-pacientu-po-cevni-mozkove-prihode-109466/download?hl=cs>. [cit. 2025-03-28].

HOŠKOVÁ, Kvetoslava; JANEČKOVÁ, Hana a SKIBOVÁ, Jelena. Vliv reminiscenční terapie na zdravotní stav a kvalitu života seniorů v dlouhodobé nemocniční péči – předběžné výsledky. Online. *Geriatric a Gerontologie*. 2019, roč. 8, č. 3, s. 99-106.
Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatrie-gerontologie/2019-3-15/vliv-reminiscencni-terapie-na-zdravotni-stav-a-kvalitu-zivota-senioru-v-dlouhodobe-nemocnicni-peci-predbezne-vysledky-116935/download?hl=cs>. [cit. 2025-03-26].

HUTTROVÁ, Jitka. *Vliv aktivizačních činností na kvalitu života v domovech pro seniory*. Online. Diplomová práce. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta. 2023.
Dostupné z: <https://theses.cz/id/b2kz5/>.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5326-3.

CHUTNÁ, Mariana. *Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v domovech se zvláštním režimem*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, 2022.

Dostupné také z: https://is.muni.cz/th/c5xja/Bakalarska_prace_Mariana_Chutna.pdf.

KOČIŠOVÁ, Jana. *Aktivizace seniorů na oddělení následné péče v nemocnici*. Bakalářská práce. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha, 2019.

Dostupné také z: https://theses.cz/id/yn5tva/th76_1101180103.pdf?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dko%C4%8Di%C5%A1ov%C3%A1%20jana%26start%3D1.

KŘEMENOVÁ, Monika. *Aktivizace klientů v domovech seniorů a domovech se zvláštním režimem*. Bakalářská práce. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2021.

Dostupné také z: https://is.slu.cz/th/thksl/FVP_BP_21_Aktivizace_v_domovech_pro_seniory_Kremenova_Monika.pdf.

KUCKIR, Martina; VAŇKOVÁ, Hana a HOLMEROVÁ, Iva et al. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0054-5.

LOPEZ-JIMENEZ, Francisco. *Understanding the difference between biological age and chronological age*. Online. Mayo Clinic Press. 2024.

Dostupné z: <https://mcpres.mayoclinic.org/healthy-aging/understanding-the-difference-between-biological-age-and-chronological-age/>. [cit. 2025-03-10].

MAČÁK, Jirka a MAČÁKOVÁ, Jana. *Patologie*. 3. doplněné přepracované vydání. Grada, 2022. ISBN 978-80-271-3507-3.

MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Grada, 2020. ISBN 978-80-271-2030-7.

MASNÁ, Iveta. *Aktivizace seniorů v domovech pro seniory prostřednictvím smyslové aktivizace podle Lore Wehner*. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, 2016.

Dostupné také z: https://is.muni.cz/th/g9s5v/Bakalarska_prace.pdf.

MOTLOVÁ, Lenka et al. Trendy v péči v domovech pro seniory v České republice. Online. *Praktický lékař*. 2019, roč. 99, č. 2, s. 69-73.

Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2019-2-7/trendy-v-peci-v-domovech-pro-seniory-v-ceske-republice-109611/download?hl=cs>. [cit. 2025-03-28].

NAVICKAS, Rokas et al. Multimorbidity: What do we know? What should we do? Online. *Journal of Comorbidity*. 2016, roč. 6, č. 1, s. 4-11.

Dostupné z: <https://doi.org/doi:10.15256/joc.2016.6.72>. [cit. 2025-03-12].

NAVRÁTIL, Leoš a ŠEDIVCOVÁ, Milada Luisa et al. *Léčebná rehabilitace v geriatрии*. Grada, 2023. ISBN 978-80-271-3132-7.

NEMOCNICE JIHLAVA. *Oddělení geriatрии a následné péče*. Online. Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace. 2023.

Dostupné z: <https://www.nemji.cz/oddeleni/oddeleni-geriatрии/spektrum-pece/>. [cit. 2025-03-13].

NOVÁ, Veronika. *Aktivizace geriatrických pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných*. Grada, 2024. ISBN 978-80-271-5305-3.

NOVÁČKOVÁ, Kateřina. *Dobrovolnictví v Jihlavě*. Bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2020.

Dostupné také z: https://theses.cz/id/pupuog/BC_-_Katerina_Novackova.pdf.

POKORNÁ, Andrea et al. Následná a dlouhodobá péče na území České republiky – přehled aktuálního stavu a změn lůžkové kapacity z dat Národního zdravotnického informačního systému. Online. *Praktický lékař*. 2017, roč. 97, č. 6, s. 250–258.

Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2017-6/nasledna-a-dlouhodob-pece-na-uzemi-ceske-republiky-prehled-aktualniho-stavu-a-zmen-luzkove-kapacity-z-dat-narodniho-zdravotnickeho-informacniho-systemu-62352/download?hl=cs> [cit. 2025-03-14].

PŘIBYL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-437-1.

SCHEERMAN, Kira et al. Tasks and responsibilities in physical activity promotion of older patients during hospitalization: A nurse perspective. Online. *Nursing Open*. 2020, roč. 7, č. 6, s. 1966-1977.

Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nop2.588>. [cit. 2026-04-18].

SLEPIČKA, Pavel; MUDRÁK, Jiří a SLEPIČKOVÁ, Irena. *Sport a pohyb v životě seniorů*. Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3110-3.

SUCHOMELOVÁ, Věra a DIALLO, Karolína. Virtuální realita jako způsob aktivizace v domovech pro seniory. Online. *Geriatric a Gerontologie*. 2019, roč. 8, č. 3, s. 115-118.

Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/geriatrie-gerontologie/2019-3-15/virtualni-realita-jako-zpusob-aktivizace-v-domovech-pro-seniory-116938/download?hl=cs> [cit. 2025-03-28].

SVOBODOVÁ, Veronika. *Aktivizace seniorů s demencí*. Diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita, 2016.

Dostupné z: https://is.muni.cz/th/rf1va/FINALNI_VERZE_DP_2016.pdf.

ŠVESTKOVÁ, Olga et al. *Rehabilitace motoriky člověka: fyziologie a léčebné postupy*. Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0084-2.

TESTERINK, Gemma et al. Snoezelen in people with intellectual disability or dementia: A systematic review. Online. *International Journal of Nursing Studies Advances*. 2023, roč. 5, s. 1-29.

Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100152> [cit. 2025-03-27].

THOROVÁ, Kateřina. *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0714-6.

VÁGNEROVÁ, Tereza et al. *Výživa v geriatrici a gerontologii*. Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4620-6.

VÁLKOVÁ, Lenka. *Rehabilitace kognitivních funkcí v ošetrovatelské praxi*. Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5571-7.

VAŇKOVÁ, Hana. *Možnosti prevence s využitím geriatrických principů: funkční stav a depresivita ve stáří*. Online, Disertační práce. Praha: Univerzita Karlova v Praze 3. lékařská fakulta, 2015.

Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/64212/140044526.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [cit. 2025-03-17].

Vyhláška č. 55/2011 Sb.: Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů*. 2011, 20/2011.

Dostupné z: <https://www.e-sbirka.cz/sb/2011/55?zalozka=text>. Ve znění pozdějších předpisů.

VYSKOČILOVÁ, Hana. Trénink kognitivních funkcí u pacienta po kraniocerebrálním poranění z pohledu ergoterapeuta. Online. *Listy klinické logopedie*. 2019, roč. 3, č. 2, s. 3-7.

Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/listy-klinicke-logopedie/2019-2-32/trenink-kognitivnich-funkci-u-pacienta-po-kraniocerebralnim-poraneni-z-pohledu-ergoterapeuta-125561>. [cit. 2025-03-25].

WEBER, Pavel; PRUDIUS, Dana a MELUZÍNOVÁ, Hana. Geriatrická multimorbidita – jeden z klíčových problémů současné medicíny. Online. *Vnitřní lékařství*. 2015, roč. 61, č. 12, s. 1042–1048.

Dostupné z: <https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/pdfs/vnl/2015/12/12.pdf>. [cit. 2025-03-12].

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *Ageing*. Online. World Health Organization. C2025.

Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1. [cit. 2025-03-09].

Seznam příloh

Příloha 1	Rozhovory S1 – S8
Příloha 2	Rozhovory P1 – P8
Příloha 3	Žádost o povolení k výzkumu
Příloha 4	Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru

Přílohy

Příloha 1: Rozhovory – S1 – S8

Respondent – všeobecná sestra (S1)

Otázka A: „Odkud máte znalosti v oblasti aktivizace geriatrických pacientů? Tím je myšleno, odkud máte informace o aktivizaci jako termínu. Jestli jste získala informace ve škole, skrze kurz aktivizace nebo z praxe.“

Respondent S1: „*Já si myslím, že intuitivně jako sestry každá víme, že je potřeba pacienty vést k nějaké soběstačnosti a držet je co nejdéle aktivní a zaměstnané. A samozřejmě jsme se to učili ve škole.*“

Otázka B: „Jaké aktivizační činnosti běžně provádíte u pacientů na vašem oddělení? Co je vaší rutinou v rámci aktivizace. Je to nácvik chůze nebo u hygieny podpora pacienta k větší samostatnosti? Děláte i trénink paměti nebo nějaké skupinové cvičení?“

Respondent S1: „*Já za sebe se snažím, aby se pacienti cítili u nás na oddělení co nejvíc příjemně a komfortně. Aby jejich den byl co nejpodobnější jejich dennímu režimu, který měli doma. Pro to i udržujeme malé denní rituály jako je např. vaření odpolední kávy. Nejsem rehabilitační sestra, takže cvičení neprovádím. To, co já jako sestra každý den skutečně dělám, aby byla podpora soběstačnosti co největší, je podpora a aktivní motivace. Pacienty hned netahám, ale povzbuzuji v tom, že se můžou přitáhnout sami v posteli. Nebo se přesunout na gramofon, i když je to pro ně víc namáhavé.*“

Otázka C: „V jakých oblastech se péče vidíte největší přínos aktivizačních činností pro geriatrického pacienta? Kde vidíte největší pokroky, když se s pacientem pracuje? Je to spíše v mobilitě, ve schopnosti se najít, nebo v orientaci a komunikaci?“

Respondent S1: „*První, čeho si všimneme je, že pacient dělá pokroky ve vzdálenosti, kterou ujde nebo celkově v pohybu. Ale kognitivně taky. Často i pacienti trpící demencí vás překvapí takovou chytrou odpovědí, kterou by od nich člověk nečekal. A myslím si, že je to i potom v ochotě spolupracovat. Že se ta aktivizace odráží komplexně. Prostě se ti pacienti cítí líp.*“

Otázka D: „Jaké překážky nejčastěji nastávají při provádění aktivizačních činností u pacienta na vašem oddělení? Co vám nejvíce brání v tom, abyste aktivizaci dělali tak, jak byste chtěli? Je to nedostatek času, málo personálu, nespolupracující pacienti, nebo třeba chybějící pomůcky?“

Respondent S1: „*Určitě čas. A složení pacientů na oddělení je občas takové, že ani při nejlepší snaze pacienti nekomunikují. Samozřejmě je to také o vnitřní motivaci každého pacienta. My se můžeme snažit, jak chceme, ale pokud se ten člověk rozhodne, že prostě nechce, tak nechce. A tam už se těžko něco mění. Ale největší překážkou je určitě čas a větší množství úplně nesoběstačných nebo jen málo soběstačných pacientů. Tato kombinace.*“

Otázka E: „Jaké změny nebo nové možnosti aktivizačních činností by podle vás mohly zefektivnit aktivizaci pacientů na vašem oddělení? Co by se mělo změnit, aby to fungovalo lépe? Potřebujete aktivizačního pracovníka? Více pomůcek? Nebo lepší organizaci práce?“

Respondent S1: „Z mého pohledu by nebylo špatné mít proškolený personál přímo v aktivizaci pacientů. Určitě častěji kognitivní tréninky paměti a větší kapacitu klubovny, což je pracovní terapie, která pacientům z mého pohledu opravdu pomáhá. Protože teď se stává, že musíme dávat přednost určitým pacientům, nevejdou se tam kapacitně všichni, kteří by to potřebovali.“

Respondent – všeobecná sestra (S2)

Otázka A: „Odkud máte znalosti v oblasti aktivizace geriatrických pacientů? Tím je myšleno, odkud máte informace o aktivizaci jako termínu. Jestli jste získala informace ve škole, skrze kurz aktivizace nebo z praxe.“

Respondent S2: „Ze školy i z praxe.“

Otázka B: „Jaké aktivizační činnosti běžně provádíte u pacientů na vašem oddělení? Co je vaší rutinou v rámci aktivizace. Je to nácvik chůze nebo u hygieny podpora pacienta k větší samostatnosti? Děláte i trénink paměti nebo nějaké skupinové cvičení?“

Respondent S2: „Je to všechno od polohování, posazování, dopomoc při chůzi. Protože tady nejsou pořád rehabilitační sestřičky, o víkendu tady vůbec nejsou, o svátcích taky ne, a těm lidem to chybí, vyžadují to. Takže chůze a různé hry na postřeh během dne, básničky si říkáme někdy i písničky zpíváme.“

Otázka C: „V jakých oblastech sebekpéče vidíte největší přínos aktivizačních činností pro geriatrického pacienta? Kde vidíte největší pokroky, když se s pacientem pracuje? Je to spíše v mobilitě, ve schopnosti se najít, nebo v orientaci a komunikaci?“

Respondent S2: „Udržujeme tak svalovou hmotu, hybnost, aktivní myšlení, u pacientů s demencí prodloužíme ten čas, kdy mají aspoň na nějaké dobré úrovni kognitivní funkce.“

Otázka D: „Jaké překážky nejčastěji nastávají při provádění aktivizačních činností u pacienta na vašem oddělení? Co vám nejvíce brání v tom, abyste aktivizaci dělali tak, jak byste chtěli? Je to nedostatek času, málo personálu, nespolupracující pacienti, nebo třeba chybějící pomůcky?“

Respondent S2: „Někdy se pacienti seknu, že nechtějí. Takže se je snažíme přesvědčit nebo začneme tak jemně bazální stimulací a povzbudit rozhovorem. A oni si někdy dají říct, někdy si říct nedají, zdánlivě bezdůvodně. Tak to necháme zase třeba na později. Personál vždycky nějakou tu chvíli najde pro pacienty.“

Otázka E: „Jaké změny nebo nové možnosti aktivizačních činností by podle vás mohly zefektivnit aktivizaci pacientů na vašem oddělení? Co by se mělo změnit, aby to fungovalo lépe? Potřebujete aktivizačního pracovníka? Více pomůcek? Nebo lepší organizaci práce?“

Respondentka: „Myslím si, že třeba u některých pacientů, hlavně s demencí, nám chybí hračky. Takové, jako máte pro děti. Kolečka skládat na sebe podle velikosti, jak hýbete různé tvary po drátě atd.“

Respondent – praktická sestra (S3)

Otázka A: „Odkud máte znalosti v oblasti aktivizace geriatrických pacientů? Tím je myšleno, odkud máte informace o aktivizaci jako termínu. Jestli jste získala informace ve škole, skrze kurz aktivizace nebo z praxe.“

Respondent S3: „Něco málo teorie ze školy. A díky praxím, hlavně na interních odděleních. Potom až od rehabilitačních sestřiček a celkově praxí z práce.“

Otázka B: „Jaké aktivizační činnosti běžně provádíte u pacientů na vašem oddělení? Co je vaší rutinou v rámci aktivizace. Je to nácvik chůze nebo u hygieny podpora pacienta k větší samostatnosti? Děláte i trénink paměti nebo nějaké skupinové cvičení?“

Respondent S3: „Většinou při hygienách motivujeme pacienty, aby se třeba posazovali sami. Pokud mají nějaké kompenzační pomůcky, tak jim je pomůžeme nasadit. Ale snažíme se je motivovat a dopomocť k tomu, aby zvládli co nejvíc základních věcí sami. Pak se snažíme zdokonalovat to, co s pacienty primárně dělají rehabilitační sestřičky, chůze, cvičení.“

Otázka C: „V jakých oblastech seberepečce vidíte největší přínos aktivizačních činností pro geriatrického pacienta? Kde vidíte největší pokroky, když se s pacientem pracuje? Je to spíše v mobilitě, ve schopnosti se najít, nebo v orientaci a komunikaci?“

Respondent S3: „U nás na oddělení mi přijde, že je to komplexní přínos, ve všech těch oblastech. Přijímáme hodně ležících pacientů a u nich je největší přínos v tom, že si sednou, najedí se sami, bez pomoci se pohybují v posteli a jsou celkově po fyzické i psychické stránce lepší.“

Otázka D: „Jaké překážky nejčastěji nastávají při provádění aktivizačních činností u pacienta na vašem oddělení? Co vám nejvíce brání v tom, abyste aktivizaci dělali tak, jak byste chtěli? Je to nedostatek času, málo personálu, nespolupracující pacienti, nebo třeba chybějící pomůcky?“

Respondent S3: „Vidím hlavně ze strany pacientů tu neochotu, často se jim nic nechce, i když se sebevíc snažíme a bez jejich pomoci to prostě nefunguje.“

Otázka E: „Jaké změny nebo nové možnosti aktivizačních činností by podle vás mohly zefektivnit aktivizaci pacientů na vašem oddělení? Co by se mělo změnit, aby to fungovalo lépe? Potřebujete aktivizačního pracovníka? Více pomůcek? Nebo lepší organizaci práce?“

Respondent S3: „Chtělo by to víc personálu, protože jinak je toho času tady hrozně málo.“

Respondent – všeobecná sestra (S4)

Otázka A: „Odkud máte znalosti v oblasti aktivizace geriatrických pacientů? Tím je myšleno, odkud máte informace o aktivizaci jako termínu. Jestli jste získala informace ve škole, skrze kurz aktivizace nebo z praxe.“

Respondent S4: „Znalosti mám čistě z praxe a kurzů třeba bazální stimulace a tak dále.“

Otázka B: „Jaké aktivizační činnosti běžně provádíte u pacientů na vašem oddělení? Co je vaší rutinou v rámci aktivizace. Je to nácvik chůze nebo u hygieny podpora pacienta k větší samostatnosti? Děláte i trénink paměti nebo nějaké skupinové cvičení?“

Respondent S4: „U ležících pacientů se snažíme o aktivní zapojení do polohování a hygieny. Pacienty vodíme na pracovní terapie a rozvíjíme rehabilitační techniky, které provádí rehabilitační sestry a ergoterapeutka. Samozřejmě se snažíme, co můžeme, abychom nemocné motivovali k co největší sebepečí.“

Otázka C: „V jakých oblastech sebepečí vidíte největší přínos aktivizačních činností pro geriatrického pacienta? Kde vidíte největší pokroky, když se s pacientem pracuje? Je to spíše v mobilitě, ve schopnosti se najít, nebo v orientaci a komunikaci?“

Respondent S4: „Za mě se nejvíc pacienti psychicky změní a rozzáří, když přijdou pejsci na canisterapii. Určitě jim to nejvíc pomáhá po psychické stránce.“

Otázka D: „Jaké překážky nejčastěji nastávají při provádění aktivizačních činností u pacienta na vašem oddělení? Co vám nejvíce brání v tom, abyste aktivizaci dělali tak, jak byste chtěli? Je to nedostatek času, málo personálu, nespolupracující pacienti, nebo třeba chybějící pomůcky?“

Respondent S4: „Nedostatek času určitě, a i bychom potřebovali víc personálu. A taky záleží na diagnóze pacienta, ale i na počasí, náladě pacienta, je to den ode dne.“

Otázka E: „Jaké změny nebo nové možnosti aktivizačních činností by podle vás mohly zefektivnit aktivizaci pacientů na vašem oddělení? Co by se mělo změnit, aby to fungovalo lépe? Potřebujete aktivizačního pracovníka? Více pomůcek? Nebo lepší organizaci práce?“

Respondent S4: „Myslím, že kurz by nebyl špatná věc, ale spíš bych to viděla na pravidelné školení. Aby za námi chodil někdo povoláný a říkal nám novinky a aby nám to ukazovali. Nemyslím, že někoho potřebujeme speciálně na aktivizaci na oddělení, my si to můžeme udělat sami, ale často ani nevíme, co všechno se dá dělat. A aby chodili dobrovolníci a ta zooterapie častěji, celkově víc dobrovolníků, co by prováděli nějaké akce pro pacienty.“

Respondent – všeobecná sestra (S5)

Otázka A: „Odkud máte znalosti v oblasti aktivizace geriatrických pacientů? Tím je myšleno, odkud máte informace o aktivizaci jako termínu. Jestli jste získala informace ve škole, skrze kurz aktivizace nebo z praxe.“

Respondent S5: „Znám to z vysoké školy i z práce.“

Otázka B: „Jaké aktivizační činnosti běžně provádíte u pacientů na vašem oddělení? Co je vaší rutinou v rámci aktivizace. Je to nácvik chůze nebo u hygieny podpora pacienta k větší samostatnosti? Děláte i trénink paměti nebo nějaké skupinové cvičení?“

Respondent S5: „Rehabilitace, trénink kognitivních funkcí v klubu a dobrovolnictví zajišťuje tu největší část aktivizace, my se pak snažíme v té sebepečí je podporovat, motivovat, dopomáhat. A těm úplně ležícím dáváme časopisy nebo různé hádanky a tak dále, takže ani ty ležící pacienty nenecháváme jen tak, když se nedostanou do klubu.“

Otázka C: „V jakých oblastech sebepečí vidíte největší přínos aktivizačních činností pro geriatrického pacienta? Kde vidíte největší pokroky, když se s pacientem pracuje? Je to spíše v mobilitě, ve schopnosti se najít, nebo v orientaci a komunikaci?“

Respondent S5: „*Já to vidím hlavně skrz sebeděči. Pacienti začnou chodit na to pojízdné WC z úplného ležení jen na lůžku. A terapie v klubu jim pomáhá psychicky i v procvičení kognitivních funkcí.*“

Otázka D: „**Jaké překážky nejčastěji nastávají při provádění aktivizačních činností u pacienta na vašem oddělení?** Co vám nejvíce brání v tom, abyste aktivizaci dělali tak, jak byste chtěli? Je to nedostatek času, málo personálu, nespolupracující pacienti, nebo třeba chybějící pomůcky?“

Respondent S5: Já si myslím, že čas si dokážeme najít na pacienty, že ten chod oddělení to časově dovoluje z hlediska vyšetření a aktivit, není to tu jako na chirurgii. Ale je nás málo, na tolik pacientů. A pacienti se hned tak neotevrou, neřeknou si sami, co by chtěli.

Otázka E: „**Jaké změny nebo nové možnosti aktivizačních činností by podle vás mohly zefektivnit aktivizaci pacientů na vašem oddělení?** Co by se mělo změnit, aby to fungovalo lépe? Potřebujete aktivizačního pracovníka? Více pomůcek? Nebo lepší organizaci práce?“

Respondent S5: „*Za mě by to chtělo víc lidí přímo na psychickou aktivizaci, protože nám na oddělení to nejvíce provádí jen jedna sestřička ergoterapeutka. Rehabilitačních sestřiček si myslím, že máme počtem dost a pacienti jsou tak zabezpečeni v rámci rehabilitace. A určitě by to chtělo modernější pomůcky, nebála bych se i tabletů, techniky celkově. Klidně i víc dobrovolníků, kurzy pro nás sestry, co máme dělat u pacienta navíc a někoho, s kým by si pacienti víc povídali, otevřeli se a řekli, co by si přáli oni.*“

Respondent – všeobecná sestra (S6)

Otázka A: „**Odkud máte znalosti v oblasti aktivizace geriatrických pacientů?** Tím je myšleno, odkud máte informace o aktivizaci jako termínu. Jestli jste získala informace ve škole, skrze kurz aktivizace nebo z praxe.“

Respondent S6: „*V rámci školy proběhla aktivizace jenom teoreticky, jenom pár informací a pár hodin. Čerpám teď jenom z praxe, koukám, co je u pacienta potřeba aktuálně.*“

Otázka B: „**Jaké aktivizační činnosti běžně provádíte u pacientů na vašem oddělení?** Co je vaší rutinou v rámci aktivizace. Je to nácvič chůze nebo u hygieny podpora pacienta k větší samostatnosti? Děláte i trénink paměti nebo nějaké skupinové cvičení?“

Respondent S6: „*Já s pacienty dělám hlavně tu běžnou péči, takže je motivuji u hygieny, rehabilitací a když mám čas, hodně si povídáme.*“

Otázka C: „**V jakých oblastech sebeděče vidíte největší přínos aktivizačních činností pro geriatrického pacienta?** Kde vidíte největší pokroky, když se s pacientem pracuje? Je to spíše v mobilitě, ve schopnosti se najít, nebo v orientaci a komunikaci?“

Respondent S6: „*Teď to nejvíce vidím v tom běžném povídání, třeba u hygien vzpomínáme, co dělali běžně, bavíme se o jejich práci, rodině atd. a jde na pacientech vidět, jak je ta komunikace hned lepší a celkově jim to zlepšuje den.*“

Otázka D: „**Jaké překážky nejčastěji nastávají při provádění aktivizačních činností u pacienta na vašem oddělení?** Co vám nejvíce brání v tom, abyste aktivizaci dělali tak, jak byste chtěli? Je to nedostatek času, málo personálu, nespolupracující pacienti, nebo třeba chybějící pomůcky?“

Respondent S6: „Hlavně čas, nemám na aktivizaci takový prostor, jaký bych sama chtěla v rámci svého denního režimu.“

Otázka E: „Jaké změny nebo nové možnosti aktivizačních činností by podle vás mohly zefektivnit aktivizaci pacientů na vašem oddělení? Co by se mělo změnit, aby to fungovalo lépe? Potřebujete aktivizačního pracovníka? Více pomůcek? Nebo lepší organizaci práce?“

Respondent S6: „Chybí mi tu člověk, externí, který by mohl chodit aktivizovat pacienty. Když chodí dobrovolníci, tak si vybírají pacienty, kteří jsou trošku orientovanější. Ale máme tu i zcela ležící pacienty, kdyby měl někdo prostor si s nimi jen popovídat, bylo by to skvělé. Když by mohl chodit někdo, kdo navnímá každého pacienta zvlášť, co konkrétně on potřebuje. Udělal by se screening a podle toho by se dělala ta aktivizace a vybírali se činnosti přesně pro ně. Taky by se mi líbilo, kdyby víc chodili ven a měli aktivity tam. Taky je často ty činnosti ruší navzájem, možná kdyby pro ty ležící pacienty byl nějaký samostatný prostor, kam by si je ta terapeutka sestřička, ten pracovník vzal, byly tam na to i pomůcky atd, by bylo super.“

Respondent – všeobecná sestra (S7)

Otázka A: „Odkud máte znalosti v oblasti aktivizace geriatrických pacientů? Tím je myšleno, odkud máte informace o aktivizaci jako termínu. Jestli jste získala informace ve škole, skrze kurz aktivizace nebo z praxe.“

Respondent S7: „Základ mám ze školy, ale ten obor se hodně posunul, takže se zajímám i sama, čtu si o tom na internetu.“

Otázka B: „Jaké aktivizační činnosti běžně provádíte u pacientů na vašem oddělení? Co je vaší rutinou v rámci aktivizace. Je to nácvik chůze nebo u hygieny podpora pacienta k větší samostatnosti? Děláte i trénink paměti nebo nějaké skupinové cvičení?“

Respondent S7: „Snažím se využít každou chvíli co mám u běžných činností třeba na trénink paměti. Třeba když rozdávám léky nebo odebírám krev, tak se pacientů ptám, jaký je den, co měli k snídani nebo vzpomínáme na jejich mládí.“

Otázka C: „V jakých oblastech sebek péče vidíte největší přínos aktivizačních činností pro geriatrického pacienta? Kde vidíte největší pokroky, když se s pacientem pracuje? Je to spíše v mobilitě, ve schopnosti se najíst, nebo v orientaci a komunikaci?“

Respondent S7: „Ona psychika a tělo jsou spojené nádoby, takže když se zlepší jejich sebek péče vlivem té aktivizace, tak se jim zlepší nálada. A tím mají zase větší chuť se hýbat a spolupracovat.“

Otázka D: „Jaké překážky nejčastěji nastávají při provádění aktivizačních činností u pacienta na vašem oddělení? Co vám nejvíce brání v tom, abyste aktivizaci dělali tak, jak byste chtěli? Je to nedostatek času, málo personálu, nespolupracující pacienti, nebo třeba chybějící pomůcky?“

Respondent S7: „Čas je problém vždycky, ale upřímně vidím velkou překážku v motivaci personálu. Někdy prostě jedeme na automat. Je těžké najít energii dělat něco navíc, když máte plné oddělení. Takže ta nechuť nebo únava kolektivu je někdy větší brzdou než nedostatek času. Taky u pacientů to vidím v tom nastartování motivace, s tím pohnout je někdy těžké, ale když se to povede, už to jde samo.“

Otázka E: „Jaké změny nebo nové možnosti aktivizačních činností by podle vás mohly zefektivnit aktivizaci pacientů na vašem oddělení? Co by se mělo změnit, aby to fungovalo lépe? Potřebujete aktivizačního pracovníka? Více pomůcek? Nebo lepší organizaci práce?“

Respondent S7: „Určitě by pomohla psychohygienu nebo motivace pro nás sestry, abychom měly chuť aktivizaci dělat. Co se týče pacientů, uvítala bych víc té zooterapie. A taky by bylo fajn mít tu třeba tablety s jednoduchými hrami pro seniory, aby je bavilo trénovat hlavu. Tam je ale problém s tou technikou, že tomu často nerozumí, bojí se toho a rychle to vzdávají. Třeba by šlo i zapojit rodinu, když nemůžou přijet častěji, mají to daleko, že by se daly dělat videohovory. Rodina se v té aktivizaci opomíjí mi přijde, a přitom oni se často i víc snaží kvůli té rodině.“

Respondent – praktická sestra (S8)

Otázka A: „Odkud máte znalosti v oblasti aktivizace geriatrických pacientů? Tím je myšleno, odkud máte informace o aktivizaci jako termínu. Jestli jste získala informace ve škole, skrze kurz aktivizace nebo z praxe.“

Respondent S8: „Základní povědomí mám ze školy, ale nejvíc mi dala až ta reálná praxe tady na oddělení.“

Otázka B: „Jaké aktivizační činnosti běžně provádíte u pacientů na vašem oddělení? Co je vaší rutinou v rámci aktivizace. Je to nácvik chůze nebo u hygieny podpora pacienta k větší samostatnosti? Děláte i trénink paměti nebo nějaké skupinové cvičení?“

Respondent S8: „Snažím se zapojit pacienty při ranní hygieně – aby si sami umyli aspoň obličej, ruce, tu horní polovinu těla, pokud to zvládnou. Pak je to hodně o dopomoci při jídle, aby zvládli co nejvíc sami, i když jim to trvá dlouho. Na cílený trénink paměti atd. bohužel moc času není, tak aspoň to povídání u práce, ptám se jich na rodinu nebo co dělali.“

Otázka C: „V jakých oblastech sebezpečí vidíte největší přínos aktivizačních činností pro geriatrického pacienta? Kde vidíte největší pokroky, když se s pacientem pracuje? Je to spíše v mobilitě, ve schopnosti se najít, nebo v orientaci a komunikaci?“

Respondent S8: „Nejvíc to vidím jednoznačně na soběstačnosti pacientů. Když se s pacientem poctivě trénuje, je vidět pokrok v té sebeobsluze, že si dojde na záchod sám, to je pro ně většinou nejdůležitější, jak je to intimní záležitost. To jim hrozně zvedne sebevědomí. A samozřejmě to potom ulehčí práci i nám, když nemusíme dělat úplně všechno za ně. A tím pádem pookřejí i psychicky, mají větší chuť do života.“

Otázka D: „Jaké překážky nejčastěji nastávají při provádění aktivizačních činností u pacienta na vašem oddělení? Co vám nejvíce brání v tom, abyste aktivizaci dělali tak, jak byste chtěli? Je to nedostatek času, málo personálu, nespolupracující pacienti, nebo třeba chybějící pomůcky?“

Respondent S8: „Jednoznačně je to nedostatek času v kombinaci s nedostatkem personálu. Ráno je na oddělení fojfr. Někdy je nás rychlejší a jednodušší toho pacienta umýt a nakrmit sama. Ale taky velká překážka je neochota pacientů. Často si stěžují na bolesti nebo prostě nechťejí spolupracovat a řeknou, ať jim dáme pokoj.“

Otázka E: „Jaké změny nebo nové možnosti aktivizačních činností by podle vás mohly zefektivnit aktivizaci pacientů na vašem oddělení? Co by se mělo změnit, aby to fungovalo lépe? Potřebujete aktivizačního pracovníka? Více pomůcek? Nebo lepší organizaci práce?“

Respondent S8: „Určitě by pomohlo víc personálu. Úplně nejvíc by podle mě pomohl někdo, kdo by tu byl vyloženě jen na aktivizaci a měl na to vyhrazený čas. Třeba by přišel odpoledne, četl jim, cvičil s nimi paměť nebo jemnou motoriku. Takže člověk navíc, který by nebyl zatížený takovou tou rutinou, co se udělat musí.“

Příloha 2: Rozhovory – P1 – P8

Respondent – Pacient (P1)

Otázka A: „Můžete popsat, jaké aktivizační činnosti jste během hospitalizace absolvovala? Zkuste si vzpomenout na aktivity, které jste za dobu, kterou pobýváte na oddělení, dělala kromě odpočinku.“

Respondent P1: *V mém případě jsem tu přes měsíc. Chodím se procházet na chodbu. Sestřičky mě nemusí pobízet, já ráda jdu a chci se rozpohybovat. Žiji sama, protože už jsem vdova, takže mi záleží na tom, abych byla samostatná v pohybu. Do klubu na pracovní činnosti nechodím, protože jsem po gynekologickém zákroku a bojím se, že bych to neuseděla, že by mě bolelo břicho. Byla tu dobrovolnice si popovídat přímo na pokoji. Dopoledne se tu cvičí, takže dopoledne se nenudíme. Když bylo období Vánoc, tak sem chodili zpívat, hrát, tak to bylo milé, protože v tom období nebyla rehabilitace.“*

Otázka B: „Myslíte si, že vám aktivizační činnosti pomohly zlepšit psychickou pohodu? Pokud ano, jakým způsobem? Cítíte se díky tomu, že máte nějakou aktivitu, veselejší nebo klidnější? Pomohlo vám to zahnat dlouhou chvíli nebo smutek? Cítíte se díky tomu užitečnější?“

Respondent P1: *„Určitě mi dělá radost, když se zvládnou postarat sama o sebe, když jsem samostatná. Když si skutečně zvládnou dojit na tu toaletu a obstarám si všechno.“*

Otázka C: „Myslíte si, že se díky aktivizaci zlepšila vaše soběstačnost? Pokud ano, v jaké oblasti sebepéče? Zvládnete teď některé věci lépe než na začátku? Například, dojdete si sama na toaletu? Umyjete se bez pomoci?“

Respondent P1: *„Dneska už si zajdu sama i na chodbu, za návštěvou. Chodila za mnou rehabilitační sestřička cvičit, a to mi taky pomáhalo, a i díky tomu chodím kromě chodby bez berlí. Chodím se sprchovat do koupelny a sestřičky mi už pomáhají jen třeba umýt záda.“*

Otázka D: „Vyskytují se jakékoliv překážky, které vám brání v aktivizačních činnostech? Je něco, kvůli čemu nemůžete nebo nechcete cvičit? Z vaší strany nebo ze strany personálu?“

Respondent P1: *„Někdy je to zdravotní stav, měla zánět močového měchýře, takže mě to omezovalo. S personálem si třeba vždycky nasedneme, ale v aktivizaci mě to určitě neomezuje.“*

Otázka E: „Jaké další aktivizační činnosti byste na Oddělení geriatrické a následné péče uvítala? Co vám tady chybí nebo byste uvítala za konkrétní aktivity?“

Respondent P1: *„O tom jsem moc nepřemýšlela, bylo milé, když přišla ta dobrovolnice si popovídat. Jinak máme televizi, ta vyplní taky ten volný čas. A dopoledne chodí návštěvy. Nejvíce prázdný čas přijde až po večeři.“*

Zde jsem se doptala, jestli by pacientka uvítala aktivity po večeři.

Respondent P1: *„Spíš už jen odpočinek. Jsme na pokoji rády, že je k večeru klid. Protože dopoledne se tady dveře nezavrou, jsme vytížené, jsme rády že se s námi cvičí, ale k večeru už spíš ten klid.“*

Respondent – Pacient (P2)

Otázka A: „Můžete popsat, jaké aktivizační činnosti jste během hospitalizace absolvovala? Zkuste si vzpomenout na aktivity, které jste za dobu, kterou pobýváte na oddělení, dělala kromě odpočinku.“

Respondent P2: „Hlavně se snažím chodit. Chodím o berlích, ale sama si ještě netroufnu. Vždycky musí jít sestřička se mnou, to je pro mě takové jistější. Ještě se v těch nohách necítím pevná, mám strach, abych neupadla. Takže pomalu trénujeme chůzi po chodbě, to je teď můj hlavní úkol.“

Otázka B: „Myslíte si, že vám aktivizační činnosti pomohly zlepšit psychickou pohodu? Pokud ano, jakým způsobem? Cítíte se díky tomu, že máte nějakou aktivitu, veselejší nebo klidnější? Pomohlo vám to zahnat dlouhou chvíli nebo smutek? Cítíte se díky tomu užitečnější?“

Respondent P2: „Určitě jo. Když člověk jenom leží a kouká do stropu, tak to na hlavu není dobré. Takhle, když se mnou cvičí a pomáhají mi, tak mám pocit, že se něco děje. Člověka to povzbudí, když vidí, že se aspoň trochu hýbe sám.“

Otázka C: „Myslíte si, že se díky aktivizaci zlepšila vaše soběstačnost? Pokud ano, v jaké oblasti sebeděle? Zvládnete teď některé věci lépe než na začátku? Například, dojdete si sama na toaletu? Umyjete se bez pomoci?“

Respondent P2: „Zatím toho ještě moc nezvládám, ale snažím se. Třeba oblečení už si natáhnu sama. S ponožkami bojuji, ale nakonec si je taky nasadím. A taky už si dojdou na toaletní křeslo, sice jen tak šourem a pomalu, protože to pořád bolí, ale dojdou. Není to ještě ono, ale lepší se to.“

Otázka D: „Vyskytují se jakékoliv překážky, které vám brání v aktivizačních činnostech? Je něco, kvůli čemu nemůžete nebo nechcete cvičit? Z vaší strany nebo ze strany personálu?“

Respondent P2: „Ne, to bych neřekla. Když mi řeknou, ať cvičím, tak cvičím. Bolest sice je, to k tomu patří, ale že bych kvůli tomu nechtěla, to ne.“

Otázka E: „Jaké další aktivizační činnosti byste na Oddělení geriatrické a následné péče uvítala? Co vám tady chybí nebo byste uvítala za konkrétní aktivity?“

Respondent P2: „Já nic dalšího nevyžaduju. Jsem spíše samotář, hromadné akce nebo cizí lidi moc nemusím. Mám svou rodinu a kamarádku, se kterými si zavolám nebo se sejdeme, a to mi ke spokojenosti stačí. O dobrovolníky nebo klubové aktivity nestojím. Jsem spokojená s rehabilitací tak, jak je, upřímně hlavním mým cílem je jít domů.“

Respondent – Pacient (P3)

Otázka A: „Můžete popsat, jaké aktivizační činnosti jste během hospitalizace absolvoval? Zkuste si vzpomenout na aktivity, které jste za dobu, kterou pobýváte na oddělení, dělal kromě odpočinku.“

Respondent P3: „Ráno vstanu a s pomocí sestřičky jdu k umyvadlu. Tam se umyju, to se snažím dělat sám, abych se rozhýbal. A tady mi to říkají sestřičky pořád, že musím chodit, musím cvičit. Pak teda snídaně a dopoledne chodí rehabilitační sestřička. Pak si čtu noviny. A dívám se na televizi. Ale do toho klubu nechodím, bojím se ještě.“

Otázka B: „Myslíte si, že vám aktivizační činnosti pomohly zlepšit psychickou pohodu? Pokud ano, jakým způsobem? Cítíte se díky tomu, že máte nějakou aktivitu, veselejší nebo klidnější? Pomohlo vám to zahnat dlouhou chvíli nebo smutek? Cítíte se díky tomu užitečnější?“

Respondent P3: „Když člověk jenom leží a kouká do stropu, tak je to na nic. Takhle mám pocit, že něco dělám a tím pádem i ta psychika je lepší. Když si mám i s kým popovídat, tak to pohladí na duši.“

Otázka C: „Myslíte si, že se díky aktivizaci zlepšila vaše soběstačnost? Pokud ano, v jaké oblasti sebepéče? Zvládnete teď některé věci lépe než na začátku? Například, dojdete si sám na toaletu? Umyjete se bez pomoci?“

Respondent P3: „Nejdřív jsme cvičili na posteli, jenom tak nohama, rukama. A teď už chodíme. Chodím s chodítkem, tím vysokým, se sestřičkami, na delší vzdálenosti. Takže určitě v tom pohybu, nejsem tak ztuhlý. A se sestřičkou si dojdu na záchod, už i bez chodítka a umyju se tam. Takže se o sebe víc postarám, to je dobrý.“

Otázka D: „Vyskytují se jakékoliv překážky, které vám brání v aktivizačních činnostech? Je něco, kvůli čemu nemůžete nebo nechcete cvičit? Z vaší strany nebo ze strany personálu?“

Respondent P3: „No, hlavně zdraví. Někdy mě bolí ta noha tak, že se mi nechce ani vstát. A taky se bojím, že upadnu. Sestřičky ty jsou hodné, ale mají toho moc. Někdy vidím, jak lítají, tak je nechci ani otravovat plkáním. Takže někdy čekám, až přijdou samy.“

Otázka E: „Jaké další aktivizační činnosti byste na Oddělení geriatrické a následné péče uvítala? Co vám tady chybí nebo byste uvítala za konkrétní aktivity?“

Respondent P3: „Možná kdyby té rehabilitace bylo víc. Že by třeba přišli i odpoledne. Protože odpoledne je to tady dlouhé. Dopoledne se něco děje, ale odpoledne jenom ležíme. A třeba kdyby si s námi někdo přišel popovídat. Někdy je člověku smutno. Kdyby to tak nebolelo, šel bych i do klubu.“

Respondent – Pacient (P4)

Otázka A: „Můžete popsat, jaké aktivizační činnosti jste během hospitalizace absolvovala? Zkuste si vzpomenout na aktivity, které jste za dobu, kterou pobýváte na oddělení, dělala kromě odpočinku.“

Respondent P4: „Tak aktivity, pokud se počítá hygiena, tak to se snažím dělat sama. Pak rehabilitaci tady dělají sestřičky – chodí za mnou sestřička a cvičíme. Kromě toho se snažím zaměstnat i hlavu, takže si čtu knížky a luštím křížovky, to mě baví.“

Otázka B: „Myslíte si, že vám aktivizační činnosti pomohly zlepšit psychickou pohodu? Pokud ano, jakým způsobem? Cítíte se díky tomu, že máte nějakou aktivitu, veselejší nebo klidnější? Pomohlo vám to zahnat dlouhou chvíli nebo smutek? Cítíte se díky tomu užitečnější?“

Respondent P4: „Určitě to pomáhá. Když člověk něco dělá, čas mu mnohem rychleji utíká. Snažím se udržovat, abych, jak se říká, nezblbla. Je to důležité pro psychiku, nesedět jen tak, dělá mi to dobře na duši.“

Otázka C: „Myslíte si, že se díky aktivizaci zlepšila vaše soběstačnost? Pokud ano, v jaké oblasti sebeděle? Zvládnete teď některé věci lépe než na začátku? Například, dojdete si sama na toaletu? Umyjete se bez pomoci?“

Respondent P4: „Já nepotřebuji věci zvládat úplně sama, o to mi ani nejde. Největší přínos vidím v tom, že se hýbu a nezatužnu. Je pro mě zásadní, že se o sebe postarám tak základně. Dojdu na toaletu tady u postele a umyju se v lavorku. Díky tomu taky nejsem na obtíž sestřičkám.“

Otázka D: „Vyskytují se jakékoliv překážky, které vám brání v aktivizačních činnostech? Je něco, kvůli čemu nemůžete nebo nechcete cvičit? Z vaší strany nebo ze strany personálu?“

Respondent P4: „Bolest. Bolí to, jak se to tělo rozcvičuje. Někdy se nemůžu ani hnout. Personál se ale snaží a sestřičky si vždycky čas udělají.“

Otázka E: „Jaké další aktivizační činnosti byste na Oddělení geriatrické a následné péče uvítala? Co vám tady chybí nebo byste uvítala za konkrétní aktivity?“

Respondent P4: „Já bych ani nic dalšího nepotřebovala, spíš je dobré, když se sejde dobrá parta na pokoji. Když si můžeme popovídat, a tak jako mezi sebou si vypomáhat. Někdy to nevyjde a je s vámi někdo, kdo třeba nemluví nebo tak. Tak kdyby se víc myslelo na to, koho ke komu dávat. A možná i něco víc ke čtení, co mám jsem už přečetla.“

Respondent – Pacient (P5)

Otázka A: „Můžete popsat, jaké aktivizační činnosti jste během hospitalizace absolvovala? Zkuste si vzpomenout na aktivity, které jste za dobu, kterou pobýváte na oddělení, dělala kromě odpočinku.“

Respondent P5: „Tak já hlavně cvičím. Rehabilitace je moje náplň. Abych se co nejdřív dostala do stavu, v jakém jsem byla předtím. No a jezdím teda do toho klubu, co je tady dole a tam nám sestřička vymýšlí spoustu aktivit. Už jsme tam dokonce i vařili nebo nám tam pán přišel zahrát.“

Otázka B: „Myslíte si, že vám aktivizační činnosti pomohly zlepšit psychickou pohodu? Pokud ano, jakým způsobem? Cítíte se díky tomu, že máte nějakou aktivitu, veselejší nebo klidnější? Pomohlo vám to zahnat dlouhou chvíli nebo smutek? Cítíte se díky tomu užitečnější?“

Respondent P5: „Moc a moc, úplně mi to vylepšilo celý pohled na tu moji budoucnost.“

Otázka C: „Myslíte si, že se díky aktivizaci zlepšila vaše soběstačnost? Pokud ano, v jaké oblasti sebeděle? Zvládnete teď některé věci lépe než na začátku? Například, dojdete si sama na toaletu? Umyjete se bez pomoci?“

Respondent P5: „Já jsem, když jsem sem přišla na oddělení, tak jsem se málem nemohla otočit na bok. A strašně jsem se tady vylepšila. Já jsem prvně chodila na mísu a potom na gramofon. Potom jsem začala chodit s tím vozíčkem a teď už chodím s berlemi a chodím sama na záchod.“

Otázka D: „Vyskytují se jakékoliv překážky, které vám brání v aktivizačních činnostech? Je něco, kvůli čemu nemůžete nebo nechcete cvičit? Z vaší strany nebo ze strany personálu?“

Respondent P5: „Teď mě opravdu nic nenapadá, všechny tu chválím, jako sestřičky i paní doktorku, moc milí a vždycky pomůžou.“

Otázka E: „Jaké další aktivizační činnosti byste na Oddělení geriatrické a následné péče uvítala? Co vám tady chybí nebo byste uvítala za konkrétní aktivity?“

Respondent P5: „No, já jsem člověk, který hodně čte. Ale já k tomu potřebuji takový určitý klid a čist v posteli jsem nikdy v životě nemohla. Kdyby tu byl příjemný koutek, kde by bylo co číst a kam bych si zalezla, tak to bych byla ráda. Uvítám taky ty různé aktivity v klubu, tam se mi to vždycky líbí moc.“

Respondent – Pacient (P6)

Otázka A: „Můžete popsat, jaké aktivizační činnosti jste během hospitalizace absolvoval? Zkuste si vzpomenout na aktivity, které jste za dobu, kterou pobýváte na oddělení, dělal kromě odpočinku.“

Respondent P6: „Snažím se nevynechat nic, co je mi nabídnuto sestřičkami. Učím se znovu pořádně chodit po chodbě, to s rehabilitační sestřičkou, cvičíme nohu bolavou. Taky dolů do toho klubu, ale tam jezdím výtahem, tam mě vždycky odvezou. Dneska jsme měli kino, dívali jsme se na film.“

Otázka B: „Myslíte si, že vám aktivizační činnosti pomohly zlepšit psychickou pohodu? Pokud ano, jakým způsobem? Cítíte se díky tomu, že máte nějakou aktivitu, veselejší nebo klidnější? Pomohlo vám to zahnat dlouhou chvíli nebo smutek? Cítíte se díky tomu užitečnější?“

Respondent P6: „Tedy, když se sejdeme v tom klubu, popovídáme si u kávy a něco děláme, tak člověk úplně pookřeje.“

Otázka C: „Myslíte si, že se díky aktivizaci zlepšila vaše soběstačnost? Pokud ano, v jaké oblasti sebepéče? Zvládnete teď některé věci lépe než na začátku? Například, dojdete si sama na toaletu? Umyjete se bez pomoci?“

Respondent P6: „Ano no to určitě, tím, jak se snažím chodit na ty aktivity, tak jsem rozhýbal pořádně, než kdybych jen ležel na pokoji. A ta noha už mě taky tak nebolí, jak to bylo předtím. A dojdu si všude teda.“

Otázka D: „Vyskytují se jakékoliv překážky, které vám brání v aktivizačních činnostech? Je něco, kvůli čemu nemůžete nebo nechcete cvičit? Z vaší strany nebo ze strany personálu?“

Respondent P6: „Někdy mě zradí zdraví, ta noha, když oteče, tak to je ten den mizerný. Ale sestřičky, ty mě vždycky pomůžou, ty jsou moc hodný.“

Otázka E: „Jaké další aktivizační činnosti byste na Oddělení geriatrické a následné péče uvítal? Co vám tady chybí nebo byste uvítala za konkrétní aktivity?“

Respondent P6: „Já rád chodím dolů do toho klubu, takže víc tam třeba. O Vánocích tady byli i hrát nahoře, třeba já jsem měl vždycky rád harmoniku, tak to, kdybych mohl si přát.“

Respondent – Pacient (P7)

Otázka A: „Můžete popsat, jaké aktivizační činnosti jste během hospitalizace absolvovala? Zkuste si vzpomenout na aktivity, které jste za dobu, kterou pobýváte na oddělení, dělala kromě odpočinku.“

Respondent P7: „Ráno přijde sestřička, pomůže mi k umyvadlu, tam se ošplouchnu, abych se probrala. A dopoledne chodíme, děláme tu rehabilitaci. Zkouším berle, sestřička se se mnou šourá po chodbě tam a zpátky. Někdy to jde, někdy ne, ale musím, abych nezlenivěla úplně. Jinak si tady na posteli luštím, abych tu hlavu nenechala zahálet.“

Otázka B: „Myslíte si, že vám aktivizační činnosti pomohly zlepšit psychickou pohodu? Pokud ano, jakým způsobem? Cítíte se díky tomu, že máte nějakou aktivitu, veselejší nebo klidnější? Pomohlo vám to zahnat dlouhou chvíli nebo smutek? Cítíte se díky tomu užitečnější?“

Respondent P7: „To víte, že jo. Když jsem předtím jen ležela, tak člověka napadají akorát chmury a myslí na to, co ho bolí. Cítím se teď ještě trochu k světu.“

Otázka C: „Myslíte si, že se díky aktivizaci zlepšila vaše soběstačnost? Pokud ano, v jaké oblasti sebepéče? Zvládnete teď některé věci lépe než na začátku? Například, dojdete si sama na toaletu? Umyjete se bez pomoci?“

Respondent P7: „Zlepšila, zlepšila. Teď už si dojdu na tu toaletu u pokoje, sice pomalu, ale dojdu. Celkově je to lepší, už jsem ani nedoufala, že to bude takhle o moc lepší se mnou.“

Otázka D: „Vyskytují se jakékoliv překážky, které vám brání v aktivizačních činnostech? Je něco, kvůli čemu nemůžete nebo nechcete cvičit? Z vaší strany nebo ze strany personálu?“

Respondent P7: „Akorát se mi motává hlava, to se bojím, abych sebou někde nešvihla.“

Otázka E: „Jaké další aktivizační činnosti byste na Oddělení geriatrické a následné péče uvítala? Co vám tady chybí nebo byste uvítala za konkrétní aktivity?“

Respondent P7: „Mně se tady líbí asi všechno, nic mi nechybělo za tu dobu, co tady ležím. Asi kdyby si s námi přišel někdo jen tak popovídat, co se děje ve světě, nebo bych si zazpívala. To by byla taková dobrá změna.“

Respondent – Pacient (P8)

Otázka A: „Můžete popsat, jaké aktivizační činnosti jste během hospitalizace absolvovala? Zkuste si vzpomenout na aktivity, které jste za dobu, kterou pobýváte na oddělení, dělala kromě odpočinku.“

Respondent P8: „Já si ale ráda odpočinu, teď mi sestřička donesla tady kávičku, to dělá vždycky mi takhle po obědě, u toho si něco přečtu, to je taky fajn. Jinak se snažím do klubu. Tam děláme vždycky něco. A ráno nebo dopoledne za mnou chodí sestřička trénovat chůzi a s míčkama cvičím ruce.“

Otázka B: „Myslíte si, že vám aktivizační činnosti pomohly zlepšit psychickou pohodu? Pokud ano, jakým způsobem? Cítíte se díky tomu, že máte nějakou aktivitu, veselejší nebo klidnější? Pomohlo vám to zahnat dlouhou chvíli nebo smutek? Cítíte se díky tomu užitečnější?“

Respondent P8: „No jeřda, to je pro mě úplně balzám, hlavně když si mám s kým popovídat, tady na pokoji mám dobré kolegyně, tak je to dobrý.“

Otázka C: „Myslíte si, že se díky aktivizaci zlepšila vaše soběstačnost? Pokud ano, v jaké oblasti sebepéče? Zvládnete teď některé věci lépe než na začátku? Například, dojdete si sama na toaletu? Umyjete se bez pomoci?“

Respondent P8: „Určitě. Cítím se mnohem šikovnější, než když jsem sem přišla. Celkově, ve všem, ale nejvíc tedy ta ruka, to se mi velice špatně jedlo a nemohla jsem udržet hrnek.“

Otázka D: „Vyskytují se jakékoliv překážky, které vám brání v aktivizačních činnostech? Je něco, kvůli čemu nemůžete nebo nechcete cvičit? Z vaší strany nebo ze strany personálu?“

Respondent P8: „Jedině bolest občas nebo prostě to stárí, že jsem taková nešikovná už. Ale sestřičky mě vždycky povzbudí a holky na pokoji taky.“

Otázka E: „Jaké další aktivizační činnosti byste na Oddělení geriatrické a následné péče uvítala? Co vám tady chybí nebo byste uvítala za konkrétní aktivity?“

Respondent P8: „No mě by potěšilo, kdyby fungovalo něco i o víkendu, jako v tom klubu. Soboty a neděle jsou tady dlouhé, nic se neděje. My si popovídáme na pokoji, ale jinak nic moc. Za náma tady nikdo o víkendu nebyl. A taky mi chybí pesek, co mám doma. Ti sem prý taky chodí, ale u nás nebyli zatím, tak kdyby to šlo zařídit. Protože ten můj sem nemůže.“

Příloha 3: Žádost o povolení k výzkumu

Příloha 4: Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru