

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

ROLE SESTRY V REHABILITAČNÍM OŠETŘOVATELSTVÍ  
U GERIATRICKÉHO PACIENTA

Bakalářská práce

Autor práce: Tereza Mokrejšová

Vedoucí práce: PhDr. Petra Pavlíková

Jihlava 2026

# Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Tereza Mokrejšová**

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství

Garant studijního oboru: doc. PhDr. Lada Cetlová, PhD.

Název práce: **Role sestry v rehabilitačním ošetřovatelství u geriatrického pacienta**

Vedoucí práce: PhDr. Petra Pavlíková

Cíl práce: Zjistit přínos všeobecná sestry provádějící rehabilitační ošetřovatelství na kvalitu života seniorů na interním oddělení a identifikovat možné deficitní oblasti.

## Abstrakt

Práce se zabývá rolí všeobecné sestry v rehabilitačním ošetřovatelství u geriatrických pacientů na interním oddělení. Cílem práce je zjistit přínos všeobecné sestry provádějící rehabilitační ošetřovatelství na kvalitu života seniorů a identifikovat možné deficitní oblasti. Teoretická část se zaměřuje na proces stárnutí, adaptaci na stáří, kvalitu života seniorů a specifika rehabilitační péče v geriatrickém ošetřovatelství. Výzkumná část je realizována formou kvalitativního šetření pomocí polostrukturovaných rozhovorů se seniory hospitalizovanými na interním oddělení. Získaná data byla analyzována a vedla k identifikaci klíčových faktorů ovlivňujících kvalitu života pacientů, včetně významu aktivního zapojení všeobecné sestry do rehabilitační péče. Na základě výsledků jsou formulována doporučení pro praxi, zaměřená na efektivnější využití hodnotících nástrojů, jako je Barthelův test a Timed Up and Go test, a na zlepšení kvality poskytované péče.

## Klíčová slova

Rehabilitace, geriatrický pacient, imobilizační syndrom, ošetřovatelství, všeobecná sestra.

## Abstract

The work deals with the role of a general nurse in rehabilitation nursing for geriatric patients in the internal department. The aim of the work is to determine the contribution of a general nurse performing rehabilitation nursing to the quality of life of seniors and to identify possible deficit areas. The theoretical part focuses on the aging process, adaptation to old age, the quality of life of seniors and the specifics of rehabilitation care in geriatric nursing. The research part is carried out in the form of a qualitative investigation using semi-structured interviews with seniors hospitalized in the internal department. The obtained data were analyzed and led to the identification of key factors influencing the quality of life of patients, including the importance of the nurse's active involvement in rehabilitation care. Based on the results, recommendations for practice are formulated, focused on more effective use of assessment tools, such as the Barthel test and the Timed Up and Go test, and on improving the quality of care provided.

## Key words

Rehabilitation, geriatric patient, immobilization syndrome, nursing, general nurse.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil 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 jsem seznámen s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje „AZ“, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejnění své bakalářské práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, 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 h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom toho, že užít 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 30. dubna 2026

.....

Podpis studentky

## Poděkování

*Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí své práce PhDr. Petře Pavlíkové za její ochotu, spolupráci, trpělivost, cenné rady a připomínky, její čas a neocenitelné vedení při tvorbě této práce. Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Haně Hladíkové, náměstkyni ošetrovatelské péče Nemocnice Jihlava za umožnění výzkumu. Na závěr bych také rád poděkoval všem respondentům, kteří byli ochotni se mnou udělat rozhovor pro zpracování mého výzkumného šetření.*

## Obsah

Seznam tabulek .....	7
Seznam příloh .....	8
Úvod .....	9
Motivace .....	9
Cíl .....	9
1    Současný stav problematiky .....	10
1.1    Rehabilitační ošetřovatelství .....	10
1.1.1    Typy rehabilitace .....	11
1.2    Geriatrický pacient .....	11
1.2.1    Fyziologické změny ve stáří .....	12
1.2.2    Psychické a sociální aspekty stáří .....	13
1.2.3    Potřeby pacientů v geriatrici .....	13
1.3    Specifika ošetřovatelské péče v rehabilitaci u geriatrických pacientů.....	14
1.3.1    Imobilizační syndrom.....	14
1.3.2    Rehabilitace u geriatrických pacientů.....	15
1.3.3    Přínos rehabilitačního ošetřovatelství pro kvalitu života seniorů.....	18
1.4    Role všeobecné sestry při rehabilitačním ošetřovatelství .....	19
2    Výzkumná část (praktická část) .....	21
2.1    Cíl a výzkumné otázky.....	21
2.2    Metodika výzkumu .....	21
2.3    Zpracování získaných dat.....	21
2.4    Charakteristika vzorků respondentů a výzkumného prostředí.....	22
2.4.1    Výzkumný vzorek všeobecných sester.....	22
2.4.2    Výzkumný vzorek pacientů .....	24
2.5    Analýza výsledků výzkumu .....	26
3    Diskuse .....	53
4    Návrh řešení a doporučení pro praxi .....	57
Závěr.....	58
Seznam použité literatury .....	59
Přílohy.....	<b>Chyba! Záložka není definována.</b>

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Charakteristika dotázaných - všeobecné sestry .....	23
Tabulka 2: Charakteristika dotázaných - pacienti.....	25
Tabulka 3: Vliv rehabilitačního ošetřovatelství na soběstačnost a každodenní fungování geriatrických pacientů .....	26
Tabulka 4: Změny ve schopnosti zvládat běžné denní činnosti po zahájení rehabilitační péče .	27
Tabulka 5: Změny nálady, motivace a spolupráce pacientů během rehabilitace.....	28
Tabulka 6: Změny bolesti, pohyblivosti a celkové kondice pacientů během rehabilitace.....	30
Tabulka 7: Individualizace rehabilitační ošetřovatelské péče u geriatrických pacientů .....	32
Tabulka 8: Význam komunikace a vztahu sestry - pacient v průběhu rehabilitace .....	34
Tabulka 9: Hodnocení délky a intenzity rehabilitačního ošetřovatelství.....	36
Tabulka 10: Organizační faktory ovlivňující kvalitu rehabilitační péče.....	37
Tabulka 11: Faktory ovlivňující efektivitu rehabilitačního ošetřovatelství .....	38
Tabulka 12: Možnosti a limity oddělení v rehabilitačním ošetřovatelství .....	39
Tabulka 13: Možnosti zlepšení kvality rehabilitační péče .....	40
Tabulka 14: Potřeba dalšího vzdělávání v rehabilitačním ošetřovatelství.....	41
Tabulka 15: Vliv rehabilitační ošetřovatelské péče na každodenní fungování pacientů .....	42
Tabulka 16: Vliv rehabilitační péče na psychickou pohodu pacientů .....	43
Tabulka 17: Vliv rehabilitační péče na fyzickou pohodu pacientů.....	44
Tabulka 18: Změny ve vnímání bolesti a obtíží u pacientů.....	45
Tabulka 19: Individualizace rehabilitační ošetřovatelské péče z pohledu pacientů .....	46
Tabulka 20: Vnímání přístupu sester během rehabilitace z pohledu pacientů .....	47
Tabulka 21: Srozumitelnost rehabilitačních postupů a cvičení z pohledů pacientů.....	48
Tabulka 22: Hodnocení délky a intenzity rehabilitace z pohledu pacientů .....	49
Tabulka 23: Vnímání nedostatků v komunikaci se sestrou z pohledu pacientů .....	50
Tabulka 24: Návrhy pacientů na zlepšení rehabilitační péče.....	51
Tabulka 25: Potřeba edukace o domácí péči a cvičení z pohledu pacientů.....	52

## Seznam příloh

- Příloha A: Barthelův test základních všedních činností ADL..... **Chyba! Záložka není definována.**
- Příloha B: Maslowova pyramida potřeb ..... **Chyba! Záložka není definována.**
- Příloha C: Žádost o povolení výzkumu..... **Chyba! Záložka není definována.**
- Příloha D: Osa vedení a otázky pro rozhovor - Všeobecné sestry **Chyba! Záložka není definována.**
- Příloha E: Osa vedení a otázky pro rozhovor - Pacient ..... **Chyba! Záložka není definována.**
- Příloha F: Doslovný přepis rozhovoru - Všeobecná sestra 1 (S1) **Chyba! Záložka není definována.**
- Příloha G: Doslovný přepis rozhovoru - Všeobecná sestra 2 (S2) **Chyba! Záložka není definována.**
- Příloha H: Doslovný přepis rozhovoru - Všeobecná sestra 3 (S3) **Chyba! Záložka není definována.**
- Příloha I: Doslovný přepis rozhovoru - Všeobecná sestra 4 (S4) **Chyba! Záložka není definována.**
- Příloha J: Doslovný přepis rozhovoru - Pacienti 1 (P1) ..... **Chyba! Záložka není definována.**
- Příloha K: Doslovný přepis rozhovoru - Pacienti 2 (P2) ..... **Chyba! Záložka není definována.**
- Příloha L: Doslovný přepis rozhovoru - Pacienti 3 (P3) ..... **Chyba! Záložka není definována.**
- Příloha M: Doslovný přepis rozhovoru - Pacienti 4 (P4) ..... **Chyba! Záložka není definována.**
- Příloha N: Doslovný přepis rozhovoru - Pacienti 5 (P5) ..... **Chyba! Záložka není definována.**

## Úvod

Moje bakalářská práce je na téma „Role sestry v rehabilitačním ošetřovatelství u geriatrického pacienta“ a to konkrétně na interním oddělení. Téma jsem si vybrala na základě mé dlouholeté praxe a postupného všímání si, že rehabilitace pacienta v průběhu hospitalizace, je velice důležitá pro celkové zvládnutí zdravotního stavu a zároveň přispívá k dobré psychice pacienta. Několikrát jsem se za svoji praxi setkala s pacientem, který byl přijat jako částečně ležící a díky naší rehabilitační péči se jeho stav natolik zlepšil, že odcházel domů za pomoci dvou francouzských berlí a spokojený. Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit přínos všeobecné sestry provádějící rehabilitační ošetřovatelství na kvalitu života seniorů na interním oddělení a identifikovat možné deficitní oblasti.

Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. První část se zabývá současným stavem problematiky a druhá výzkumem. V první části popisuji, co to je rehabilitace, jaká je problematika stáří, jak rehabilitovat s imobilními pacienty a jaké jsou následky špatné mobilizace pacienta. Výzkumná část se zaměřuje na psychický a fyzický stav u pacienta, při provádění rehabilitace a u sester jsem zkoumala, zda by si přály nějaké změny v rehabilitační péči pro pacienty. Výzkum jsem provedla formou otevřených rozhovorů s pacienty a s všeobecnými sestrami.

## Motivace

Pracuji jako praktická sestra na interním oddělení a díky mé praxi jsem zjistila, že rehabilitace je nedílnou součástí léčby pacienta. Neléčíme jen dané onemocnění, musíme se zajímat i o běžné denní činnosti, které jsou v životě potřeba. A to konkrétně hygiena, oblékání nebo strava. Je velice důležité, aby se kvůli nemoci, nestal z chodícího pacienta částečně, nebo úplně ležící pacient.

## Cíl

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit přínos všeobecné sestry provádějící rehabilitační ošetřovatelství na kvalitu života seniorů na interním oddělení a identifikovat možné deficitní oblasti.

# 1 Současný stav problematiky

Současný stav problematiky rehabilitačního ošetřovatelství u geriatrických pacientů odráží rostoucí potřebu komplexní a kvalitní péče v souvislosti se stárnutím populace. S přibývajícím věkem dochází ke zvyšování výskytu chronických onemocnění, poklesu funkčních schopností a nárůstu závislosti seniorů na pomoci druhých osob. Rehabilitační ošetřovatelství proto představuje nedílnou součást moderní ošetřovatelské péče, která je zaměřena nejen na léčbu, ale především na udržení soběstačnosti, prevenci komplikací a zlepšení kvality života pacientů (Čevela, a další, 2016).

V současné praxi je kladen důraz na interdisciplinární spolupráci zdravotnického týmu, individuální přístup k pacientovi a aktivní zapojení seniora do procesu rehabilitace. Významnou roli zde sehrává všeobecná sestra, která se podílí na realizaci rehabilitačních intervencí, edukaci pacienta i jeho motivaci k aktivní spolupráci (Doležalová, a další, 2022).

## 1.1 Rehabilitační ošetřovatelství

Slovo rehabilitace pochází z latinského výrazu *habilitas* znamenající schopný, zdatný, ohebný, obratný a předpona *re* znamenající opětovné dosažení nějakého stavu. Rehabilitace je celospolečenský koordinovaný proces, na kterém se podílí řada odborníků různých rezortů (Dobšaba, a další, 2021).

V praxi je rehabilitace procesem aktivizace a nabití fyzických a psychických potřeb pacienta se zdravotním problémem. Rehabilitační ošetřování je neodmyslitelnou součástí v ošetřování pacienta v rámci komplexního ošetřovatelského procesu. Jsou to rehabilitační principy uplatňované v ošetřovatelských úkonech a také je to způsob aktivního ošetřování. Jde tedy o specifickou formu ošetřovatelské péče navazující na běžné ošetřovatelské činnosti. Ve zdravotnických zařízeních jsou do péče zapojeni všeobecné sestry, fyzioterapeuti a také členové rodiny pacienta. Rehabilitační ošetřování je uplatňováno u pacientů se závažnějším pohybovým omezením přechodného, či trvalého rázu. Příčina vedoucí k omezení hybnosti a sebeobsluhy může být různá. Často se jedná o pacienty s neurologickým postižením (např. cévní mozková příhoda, roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba, neuromuskulární onemocnění). Závažné pohybové onemocnění se může rozvinout také u pacientů s interním onemocněním, kdy často dochází k sekundárnímu postižení nervové soustavy. Jsou to také polyneuropatie, myopatie u pacientů s víceorgánovým selháním, sepsí (Dobšaba, a další, 2021).

Využívá se také u pacientů, kteří nejsou nijak pohybově omezeni, ale stávají se pasivními z nedostatku vůle, motivace, svalové síly a také kvůli psychickému stavu, to je typické u geriatrických pacientů (Dobšaba, a další, 2021).

Rehabilitační ošetřovatelství je rozděleno do dvou oblastí. První je rehabilitace pasivní, kam patří polohování a pasivní cvičení v lůžku s pacientem a druhou oblastí je rehabilitace aktivní, kondiční cvičení, dechová rehabilitace, včasná mobilizace, nácvik sebeobsluhy, kam patří například – příjem potravy, oblékání a osobní hygiena. Je důležité po celou dobu u pacientů udržovat pozitivní naladění (Dobšaba, a další, 2021).

*„Aktivní pohyb vykonává nemocný vlastní silou a vůlí, buď zcela sám, nebo za dopomoci pečovatele, který končetinu nadlehčuje a pomáhá vést i ukončit pohyb.“* (Dobšaba, a další, 2021, s. 13).

Abychom dosáhli co nejlepších výsledků, je důležitá pravidelnost a důslednost rehabilitačního ošetřovatelství. Rehabilitace má stimulační a mobilizující charakter, které nesmí přesahovat schopnosti pacienta. Technika rehabilitace by měla být dobře vysvětlena a daný cíl by měl být pro pacienta reálný. Dále bychom měli zhodnotit i smyslové poruchy pacienta, jako je například sluch či zrak, které mohou výrazně omezit komunikaci a prostorovou orientaci (Dosbaba, a další, 2021).

Pro hodnocení soběstačnosti používáme například tento test: Barthelové index základních denních činností – hodnotí se zde chůze po rovině, po schodech, oblékání, příjem stravy, přesun z lůžka na křeslo, osobní hygiena, koupání, použití WC a kontinence moči a stolice. Podle celkového skóre jsou pacienti rozděleny do čtyř podskupin – soběstačný, mírně nesoběstačný, středně nesoběstačný a nesoběstačný (Dosbaba, a další, 2021).

### 1.1.1 Typy rehabilitace

V rehabilitaci rozlišujeme několik základních forem. Ergoterapie představuje soubor terapeutických postupů zaměřených na dosažení co nejvyšší míry soběstačnosti pacienta v různých prostředích, čímž přispívá ke zlepšení kvality jeho života. Komplexní rehabilitace je ucelený proces, při kterém dochází ke zlepšení kvality jeho života. Komplexní rehabilitace je ucelený proces, při kterém dochází ke kombinaci zdravotních, sociálních, výchovných a pracovních opatření, přičemž jejím cílem je zachování nebo obnovení funkčních schopností jedince. Sociální rehabilitace je zaměřena na dosažení nebo posílení samostatnosti a soběstačnosti pacienta a tvoří nedílnou součást celkového rehabilitačního procesu, přičemž její význam narůstá zejména ve vyšším věku (Navrátil, a další, 2023).

Rehabilitace a pravidelný trénink přinášejí seniorům řadu pozitivních efektů. Přispívají k vytváření energetické rezervy potřebné pro zvládnutí náročnějších aktivit a životních situací, umožňují zvládnutí běžných denních činností bez výrazné únavy a nutnosti pomoci druhé osoby a zároveň podporují udržení sebevědomí, psychické rovnováhy a sociálního uplatnění (Navrátil, a další, 2023).

Další důležitým typem rehabilitace je léčebná rehabilitace, kterou zajišťuje určité rehabilitační zařízení. Tuto rehabilitaci podstupují pacienti, kteří mají dlouhodobé problémy s pohybovým aparátem, či s bolestmi, které jim brání v provádění běžných denních úkonů. Léčebnou rehabilitaci dělíme na dva typy, a to na vertikální a horizontální. U vertikální rehabilitace se zaměřujeme na poruchu, kterou pacient trpí a obvykle se zlepší, a to až na takovou úroveň, že se pacientovo zdraví dostane do původního stavu. Horizontální rehabilitace je zaměřena na pacienty, kteří jsou trvale postiženi. Tady jde zlepšení jen do určité míry, především zabráníme zhoršování a usilujeme o úlevu (Vostrý, a další, 2021).

## 1.2 Geriatrický pacient

Stáří je konečnou evoluční fází lidského života a je specifikováno postupným úbytkem biologických funkcí jedince. Za zahájení stárnutí se zpravidla pokládá věk 65 let a současně se následně rozeznává mladé stáří (65-74 let), stařecký věk (75-89 let) a dlouhověkost (nad 90 let) (Čevela, a další, 2016).

Geriatrický pacient je charakteristický nikoli jen svým věkem, avšak zejména celkovým zdravotním stavem. Charakteristický je výskyt početnějších onemocnění najednou

(polymorbidita), brání většího počtu léků (polypragmázie) a nižší způsobilost adaptace na proměnu okolností (Kabelka, a další, 2022).

V období stáří narůstají nejrůznější zdravotní obtíže, které se dále rozvíjejí individuálně. Včasná diagnostika může poskytnout včasnou léčbu. Komplexní geriatrické vyšetření by mělo zahrnovat bio-psycho-sociální aspekty organismu (Nová, 2024).

Z hlediska zdravotního a funkčního stavu lze seniory rozdělit do několika skupin podle míry soběstačnosti a celkové zdatnosti. Elitní senioři jsou schopni podávat nadprůměrné výkony a udržují si vysokou úroveň fyzické a psychické kondice. Zdatní senioři zvládají i náročnější životní situace, včetně fyzicky náročnějších aktivit. Nezávislí senioři jsou schopni vykonávat běžné denní činnosti v bezbariérovém prostředí, avšak v náročnějších situacích, například při chůzi do schodů, může docházet ke snížení jejich soběstačnosti (Nová, 2024).

Křehcí senioři se vyznačují sníženou odolností a zdatností přičemž mají obtíže i při běžných denních aktivitách a jsou u nich častější komplikace, jako jsou pády, zmatenost či dehydratace, proto vyžadují zvýšený dohled a podporu. Závislí senioři již potřebují dlouhodobou, často trvalou ošetrovatelskou péči z důvodu výrazného omezení mobility, stability nebo orientace. Zcela závislí pacienti jsou obvykle trvale upoutáni na lůžko nebo trpí pokročilou poruchou kognitivních funkcí, například při syndromu demence, a vyžadují nepřetržitou péči druhé osoby, často v pohybových zařízeních. Samostatnou skupinu tvoří umírající pacienti, u nichž je indikována paliativní péči poskytovaná v domácím nebo ústavním prostředí (Nová, 2024).

Při posuzování stavu pacienta je důležitá anamnéza. Při odběru anamnézy je důležité si všimnout, jaký má pacient postoj k pohybové aktivitě a jakou aktivitu a jak často ji vykonává. Při fyzikálním vyšetření si všímáme hlavně otoků, spazmů a kontraktur. Hodnotíme rychlost pohybu, třes, pohyblivost jednotlivých kloubů, jaké používá kompenzační pomůcky (Vágnerová, 2020).

Úkolem zdravotnictví je nejen prevence, diagnostikování a léčení chorob, ale také pozitivní ovlivňování funkčního stavu a, to převážně u lidí, u kterých jejich postižení způsobuje závažné subjektivní potíže a ovlivňuje aktivity běžného denního života (Zrubáková, a další, 2025).

Velkou roli při obnově soběstačnosti sehrává rehabilitace. K základním předpokladům účinné rehabilitace patří kromě správnosti úkonů také aktivní spolupráce pacienta, včetně jeho kognitivních schopností a motivace k rehabilitaci (Čevela, a další, 2016).

### 1.2.1 Fyziologické změny ve stáří

Stárnutí je spojeno se sérií změn, které zasahují celou řadu orgánových systémů a vedou k postupnému snižování funkčních rezerv organismu i ke zvýšení jeho náchylnosti ke komplikacím. V oblasti pohybového systému dochází k úbytku svalové hmoty a síly, snížení elasticity vazů a k destruktivním změnám kloubů, což se projevuje zhoršenou stabilitou, mobilitou a vyšším rizikem pádu. Kardiovaskulární systém se vyznačuje poklesem elasticity cév, který přispívá ke zvýšení krevního tlaku, zatímco respirační systém vykazuje sníženou vitální kapacitu plic. V nervovém systému dochází ke zpomalení reakcí a postupnému úbytku kognitivních funkcí. Tyto změny zásadně ovlivňují proces rehabilitace, protože mají dopad na schopnost pacienta spolupracovat a přizpůsobit se zátěži (Navrátil, 2025).

### 1.2.2 Psychické a sociální aspekty stáří

Psychické změny v pokročilém věku zahrnují zhoršování paměti, snížení schopnosti soustředění a častější výskyt depresivních stavů, přičemž senioři se často potýkají s pocity osamělosti, ztrátou smyslu života nebo obavami z odkázanosti na pomoc druhých. Ze sociálního hlediska dochází k významným změnám, jako je odchod do starobního důchodu, proměna sociální role či ztrát partnera nebo přátel, což může negativně ovlivnit motivaci pacienta k rehabilitaci. Pro zajištění kvalitní péče je proto nezbytné zohledňovat nejen fyzický stav pacienta, ale také jeho psychické a sociální potřeby (Vostrý, a další, 2021).

### 1.2.3 Potřeby pacientů v geriatrici

V geriatrické medicíně je péče o starší osoby založena na individuálním přístupu, a to péči orientované na konkrétního člověka, která klade důraz na to, co je pro daného pacienta důležité. Nepoukazuje pouze na samotné onemocnění. Geriatrictí pacienti často čelí komplexní kombinaci fyziologických změn, chronických onemocnění či osobních cílů, které se navzájem ovlivňují (Wasserman, a další, 2024).

Geriatrická medicína vychází z předpokladu, že každý pacient je jedinečný se svými vlastními potřebami, hodnotami a vlastními cíli. Nesmí být založena pouze na překonání symptomů, nebo nemocí, musí zahrnovat pochopení osoby jako celku. Péče o geriatrické pacienty integruje zdravotní, sociální, funkční a psychické aspekty tak, aby se zachovala kvalita života a co nejvyšší míra soběstačnosti (Wasserman, a další, 2024).

Je důležité respektovat osobní preference a životní cíle každého pacienta, posuzovat nejen fyzické, ale i psychické a sociální potřeby. Musíme vytvářet individuální a multidisciplinární plán péče, který zohledňuje celkový zdravotní a životní kontext pacienta. A v neposlední řadě musíme zapojovat pacienta a jeho rodinu do poskytování péče tak, aby odpovídala jeho prioritám a hodnotám (Wasserman, a další, 2024).

V geriatrici lze potřeby pacientů rozdělit podle hierarchie potřeb Abraham Maslow (viz. příloha B), přičemž na nejnižší úrovni stojí fyzické potřeby zahrnující zajištění základních životních funkcí, jako je dostatečná výživa, hydratace, spánek, mobilita a adekvátní léčba onemocnění, včetně podpory soběstačnosti v běžných denních činnostech. Na ně navazuje potřeba bezpečí a jistoty, která se projevuje nutností vytvoření bezpečného a podpůrného prostředí minimalizující riziko pádů, chyb v medikaci a dalších komplikací a zároveň zajištěním kontinuity péče prostřednictvím koordinovaného multidisciplinárního přístupu. Vyšší úroveň představují sociální potřeby, tedy potřeba sounáležitosti, mezilidských vztahů a kontaktu s rodinou či zdravotnickým personálem, přičemž je důležité předcházet sociální izolaci a pocitům osamělosti. Následuje potřeba uznání a respektu, která zdůrazňuje zachování důstojnosti pacienta, respektování jeho hodnot, preferencí a osobní identity a vnímání jedince jako celistvé osobnosti, nikoli pouze nositele diagnózy. Na nejvyšší úrovni stojí potřeba seberealizace, zahrnující podporu samostatnosti pacienta, jeho aktivní zapojení do rozhodování o péči a možnost naplňovat individuální životní cíle a udržovat kvalitu života v rámci jeho zdravotních možností (Wasserman, a další, 2024).

## 1.3 Specifika ošetrovatelské péče v rehabilitaci u geriatrických pacientů

Ošetrovatelská péče u seniorů vyžaduje holistický přístup, trpělivost a úctu k jejich potřebám. Důležitá je trpělivost, empatie a respekt. Všeobecná sestra musí pozorovat zdravotní stav pacienta, klasifikovat jeho progresi a uzpůsobovat plán péče (Slezáková, 2023).

Velký důraz je aplikován na prevenci pádů, jenž jsou u geriatrických pacientů časté a mohou mít za následek závažné komplikace (Slezáková, 2023).

### 1.3.1 Imobilizační syndrom

Imobilizační syndrom reprezentuje soubor patologických změn, které vznikají následkem dlouhodobé restrikce pohybu nebo absolutní imobility pacienta. Nejčastěji se nachází u geriatrických pacientů, kteří mají omezenou schopnost adaptace organismu, a proto u nich dochází k rychlejšímu rozvoji komplikací. Tento syndrom má multifaktoriální charakter a postihuje téměř veškeré orgánové systémy (Plevová, a další, 2022). K vývoji imobilizačního syndromu dochází nejvíce u pacientů upoutaných na lůžko dopadem úrazu, akutního onemocnění nebo chronických degenerativních onemocnění. Významnou roli představuje také celkový zdravotní stav, věk a přítomnost dalších onemocnění (Kabelka, a další, 2022).

Dlouhodobá imobilita směřuje k velké řadě závažných změn v organismu. V okruhu pohybového aparátu dochází ke vzniku svalové atrofie, snížení svalového tonu a vzniku kontraktur. Kostní tkáň je vystavena demineralizaci, čímž narůstá nebezpečí osteoporózy a zlomenin. V Kardiovaskulárním systému dochází ke snížení žilního návratu a tento stav často vede ke vzniku ortostatické hypotenze a tromboembolické nemoci. U respiračního systému je riziko snížené plicní ventilace, retence sekretu a vznik pneumonie. Z důvodu dlouhodobého tlaku na tkáň, je velice vysoké riziko vzniku dekubitů. Zpomaluje se také peristaltika trávicího systému, což vede k obstipaci. Ve vylučovacím systému dochází k retenci moče a následný vznik infekce močových cest (Václavík, a další, 2023). Velice důležité jsou i psychické změny, kterými jsou apatie, deprese, úzkost, nebo delirium. Tyto stavy zhoršuje sociální izolace (Kabelka, a další, 2022).

Klinické projevy imobilizačního syndromu se liší v závislosti na délce a rozsahu imobility. Mezi nejčastější patří svalová slabost a atrofie, omezená hybnost kloubů, vznik dekubitů, dušnost a zvýšené riziko pneumonie, ortostatická hypotenze, poruchy vyprazdňování, deprese a zmatenost (Kabelka, a další, 2022).

Prevence imobilizačního syndromu představuje klíčovou součást ošetrovatelské péče, přičemž zásadní roli zde hraje všeobecná sestra, která je s pacientem v každodenním kontaktu. Preventivní opatření zahrnují zejména pravidelné polohování pacienta včasnou mobilizaci, dechovou rehabilitaci, zajištění dostatečného příjmu tekutin a výživy, péči o kůži a podporu psychické pohody pacienta (Doležalová, a další, 2022).

Role všeobecné sestry je významná nejen v prevenci, ale i v léčbě imobilizačního syndromu. Všeobecná sestra zajišťuje komplexní ošetrovatelskou péči, sleduje zdravotní stav pacienta a včas identifikuje možné komplikace. Podílí se na pravidelném polohování, asistuje při mobilizaci a spolupracuje s fyzioterapeutem. Současně pečuje o hygienu pacienta, sleduje stav kůže a dbá na adekvátní příjem tekutin a stravy. Nedílnou součástí její práce je také psychická

podpora pacienta, jeho motivace a aktivní zapojování do rehabilitačního procesu (Kabelka, 2017).

Péče o pacienty s imobilizačním syndromem musí být vždy individuálně přizpůsobena jejich aktuálním potřebám. Vyžaduje empatický a trpělivý přístup, respektování důstojnosti pacienta a důsledné zajištění bezpečnosti, zejména s ohledem na prevenci pádů, které jsou u geriatrických pacientů časté a mohou mít závažné následky (Kabelka, a další, 2022).

### 1.3.2 Rehabilitace u geriatrických pacientů

U geriatrických pacientů se rehabilitace zaměřuje na udržení funkční samostatnosti, prevenci vzniku komplikací a zdokonalení kvality života. Významný je individuální přístup a akceptování nynějšího zdravotního stavu (Navrátil, 2025).

Péče o pohybovou aktivitu u geriatrických pacientů je interdisciplinární. Všeobecná sestra realizuje intervence, které spadají do ošetrovatelské rehabilitace v úzké spolupráci s fyzioterapeutem. Terapie pohybem je závislá na stupni postižení geriatrického pacienta. Cílem ošetrovatelské rehabilitace je zachovat co nejvyšší míru soběstačnosti pacienta, následně zabránit vzniku dekubitů, kontraktur a také prevenci vzniku tromboembolické nemoci. Dále minimalizovat úbytek svalové hmoty a optimalizovat dýchání (Zrubáková, a další, 2019).

Doba trvání cvičení závisí na intenzitě zátěže, druhu aktivity a výsledku, kterého chceme dosáhnout. Pro zlepšení zdravotního stavu je optimální denní doba cvičení okolo třiceti minut. Fyzická aktivita se přizpůsobí stavu geriatrického pacienta, přičemž důležitá je efektivnost cvičení. (Zrubáková, a další, 2019) U geriatrických pacientů lze rehabilitaci provádět s použitím kompenzačních pomůcek, jako jsou například chodítka, hole, protézy (Navrátil, a další, 2023).

Polohování se řadí mezi hlavní ošetrovatelské intervence. Jeho záměrem je prevence proleženin, kontraktur a zdokonalení prokrvení tkání (Doležalová, a další, 2022). Základem správného polohování je mít pevný podklad lůžka. Důležité je, si vytvořit polohovací plán pro celý den i noc, přičemž vycházíme ze zdravotního stavu pacienta. Nedílnou součástí péče je také zhodnocení rizika vzniku dekubitů, například pomocí standardizovaných hodnotících škál, a pravidelná kontrola stavu kůže, zejména v místech kostních výčnělků. Na základě tohoto zhodnocení je stanoven individuální systém polohování, který určuje frekvenci změn polohy, výběr vhodných poloh i použití polohovacích pomůcek. K zajištění pravidelnosti a kontinuity péče se využívají polohovací hodiny nebo záznamy, které umožňují přehledné sledování provedených změn polohy během dne i noci. Vyhýbáme se polohování jedné části těla na druhou, konkrétně tak, aby se dotýkaly (Doležalová, a další, 2022).

Nesprávné polohování nese svá rizika a těmi jsou flexní kontraktura kyčlí, kolen a nohou. Správné polohování vede ke snížení svalové a kloubní námahy (Doležalová, a další, 2022). Polohování musí být pravidelné a sofistikované (obvykle každé 2-3 hodiny). Všeobecná sestra používá různé polohy, například nejčastější polohu na zádech, na boku či polohu polosedu (Wagner, a další, 2019). Existují pestré polohovací techniky, například 30° poloha, Fowlerova poloha či Trendelenburgova poloha. Kdejaká z nich má své určité použití (Wagner, a další, 2019). Všeobecná sestra musí pečovat o řádné využití polohovacích pomůcek, jako jsou antidekubitní matrace, polohovací klíny a polštáře. (Wagner, a další, 2019).

Při polohování je důležité posoudit i aktuální stav pacienta. Poloha musí vyhovovat aktuálnímu stavu pacienta. V každé poloze zhodnotíme, zda se v ní nenachází otlaky. Při polohování je

důležitá komunikace s pacientem, protože poloha by nikdy neměla způsobovat bolest, či diskomfort pacienta (Doležalová, a další, 2022).

Nejrizikovější faktor je tlak, který souvisí s polohou těla. U působení tlaku si všímáme tři zásadních bodů, a to je doba působení tlaku, intenzita a odolnost tkání na tlak. Dekubit se může rozvinout už po dvou hodinách působení tlaku. Nejintenzivnější působení tlaku je v oblastech kostních výčnělků. Dále také působí třecí síla, vzniká při manipulaci s pacientem v lůžku, a to především při vysouvání v lůžku. Třením se odstraňují povrchové vrstvy kůže a vznikají trhliny (Doležalová, a další, 2022). Dalším rizikovým faktorem pro vznik dekubitů je věk pacienta. U seniorů je snížená pružnost a pevnost kůže (Doležalová, a další, 2022).

Dechová rehabilitace je zásadní v prevenci respiračních obtíží. Obsahuje dechová cvičení, posilující vykašlávání a edukaci pacienta. Jedním z prvků dechové rehabilitace je edukace pacienta o náležitém dýchání a prevence ustrnutí sekretu (Dosbaba, a další, 2021). U imobilních pacientů je důležité pravidelné polohování, například střídání polohy na zádech, na boku či v polosedě, které přispívá ke zlepšení ventilace jednotlivých plicních oblastí, prevenci hypostázy a usnadnění odvodu bronchiálního sekretu (Dosbaba, a další, 2021). Léčba a indikace dechové rehabilitace je prováděna podle aktuálních pacientových obtíží (Dosbaba, a další, 2021). Mezi hlavní složku dechové rehabilitace patří edukace a pohybová léčba, přičemž je nutné edukovat nejen pacienta, ale i osoby podílející se na domácí péči. V průběhu dechové rehabilitace se využívají pasivní, asistované i aktivní techniky, které jsou voleny podle schopností pacienta a jejichž cílem je zlepšení ventilace plic, snížení dechové námahy a prevence komplikací (Raisová, 2025).

Mezi techniky dechové rehabilitace patří například kontaktní dýchání. Tato technika se používá tak, že všeobecná sestra přiloží ruce na hrudník pacienta, a to buď z obou stran horní a dolní části hrudníku, nebo obě ruce přiloží pouze z jedné strany na horní a dolní část hrudníku. Cílem této techniky je zvýšit dechové pohyby a prohloubit dýchání a také zvýšit dechovou vlnu. Ruce všeobecné sestry vedou pohyb hrudníku mírným stlačením do hlubšího výdechu, na konci tohoto výdechu zastaví a postupně uvolňují odpor směrem do nádechu. Při tomto pohybu dochází k rozšíření hrudní stěny do stran. Vše provádíme jemně a trpělivě (Navrátil, 2019). Ke konci této rehabilitace může pacient použít i vlastní ruce. Nevytváří tlak prostřednictvím kontaktu, sám vede a kontroluje pohyb hrudníku (Dosbaba, a další, 2021).

Další významnou technikou je dopomoc při odkašlávání, která je indikována u pacientů s problémy s odkašláváním a tvořením velkého množství hledu, tato technika je velmi vhodná. Pro pomoc s podporou posunu hlenu v dýchacích cestách se využívají vibrace hrudníku, které se dělají při výdechu. Může se přidat i lehký tlak, stejně jako u kontaktního dýchání. Ruce přiložíme na hrudník přímo nad oblast zahlenění. Technika se provádí v různých polohách. Jestliže má pacient problém s odkašláváním, můžeme mu pomoci s rychlým stlačením hrudníku na začátku výdechové fáze. Tato technika napomáhá prevenci stagnace sekretu a snižuje riziko vzniku infekčních komplikací dýchacího systému (Dosbaba, a další, 2021).

Využívá se také kontaktní dýchání, které je zaměřeno na nácvik klidového dýchání a pravidelného dechového rytmu. Pacient je veden k nádechu nosem a výdechu ústy, přičemž dýchání směřuje konkrétně do dolní hrudní oblasti a břicha. Cílem této techniky je snížení dechové práce, zlepšení ventilace dolní části plic a celkové zklidnění dýchání, což je důležité zejména u pacientů s dušností nebo zvýšenou dechovou námahou. Vhodnou polohou pro nácvik

je leh na zádech s pokrčenými nebo podloženými dolními končetinami, která podporuje uvolnění břišní stěny a zapojení bránice (Dosbaba, a další, 2021).

Součástí dechové rehabilitace jsou rovněž úlevové polohy, které napomáhají optimalizaci činnosti dechových svalů a zmírnění dušnosti. Tyto polohy jsou založeny na využití opory horních končetin a mírném předklonu trupu, čímž dochází ke snížení nároků na dýchání a ke zvýšení efektivity práce pomocných dýchacích svalů (Wagner, a další, 2019). U pacientů tak dochází ke zlepšení ventilace a subjektivnímu zmírnění dechových obtíží. Úlevové polohy lze využít jak v sedě, tak ve stoji s oporou o pevnou podložku, přičemž jejich výběr závisí na aktuálním stavu pacienta a jeho pohybových možnostech (Dosbaba, a další, 2021).

U dlouhodobě ležících a imobilních pacientů je velice důležitá pravidelná vertikalizace do sedu s oporou za zády v lůžku. U pacientů na intenzivních lůžkách musíme s vertikalizací začít hned jak je to jen možné. Je to prevence dechových obtíží a stagnace hlenu v dýchacích cestách s možným vznikem pneumonie. Také je to prevence ortostatických potíží. Dále působí pozitivně na psychiku pacienta (Dosbaba, a další, 2021).

Vertikalizace představuje postupné uvedení pacienta do vztyčené polohy. Tenhle proces napomáhá k obnovení fyziologických funkcí organismu (Navrátil, 2019). Všeobecná sestra pozoruje reakci pacienta, především krevní tlak, puls a eventuální známky závratí (Plevová, a další, 2022). Vertikalizace pacienta v geriatricii tvoří nedílnou složku komplexní ošetrovatelské péče

o geriatrické pacienty. Vzhledem k fyziologickým změnám spojeným se stárnutím, jako je pokles svalové hmoty, úbytek kostní denzity, snížení rovnováhy a koordinace či výskyt chronických onemocnění, je geriatrický pacient zřetelně ohrožen rozvojem imobility a jejích obtíží (Navrátil, 2025).

Imobilita u seniorů směřuje k nespočetné řadě záporných komplikací, mezi které se řadí zejména vznik dekubitů, kontraktury, svalová atrofie, ortostatická hypotenze, zhoršení respiračních funkcí a vzestup rizika vzniku tromboembolické nemoci. Dále může docházet k narušení psychického stavu, včetně vývoje dezorientace, depresivních symptomů či apatie (Zrubáková, a další, 2019).

Záměrem mobilizace je především rozvíjet nebo obnovovat funkční nezávislost pacienta, prevence komplikací spojených s dlouhodobým připoutáním na lůžko a vylepšení kvality života. Mobilizace by měla být spuštěna co nejdříve, nejlépe již v akutním stádiu onemocnění, pakliže to zdravotní stav pacienta připouští (Vostrý, a další, 2021).

Průběh mobilizace obnáší plíživý přechod od pasivních pohybů přes podpůrnou mobilizaci až po aktivní pohyb. V praxi máme namysli změny polohy na lůžku, sed pacienta na lůžku, vertikalizace a nácvik chůze. Významnou roli zde hraje kooperace s fyzioterapeutem a dalšími příslušníky multidisciplinárního týmu (Navrátil, 2019).

Při vertikalizaci geriatrického pacienta je důležité dbát na holistický přístup, brát zřetel na zdravotní stav, míru soběstačnosti i psychického stavu pacienta. Integrální složkou je zajištění bezpečnosti, zvláště prevenci pádů, které znamenají u seniorů významné riziko s eventuálními vážnými následky (Čevela, a další, 2016). Kvalitně prováděná vertikalizace má zásadní význam nejen pro fyzické zdraví pacienta, nýbrž i pro pacientovu psychickou harmonii a celkovou kvalitu života (Navrátil, 2025).

### **Barthelův test základních všedních činností (ADL – activity daily living)**

Tento test je považován za jeden z nejpoužívanějších nástrojů, u kterého je prokázána jeho citlivost, jednoduchost a škálovatelnost. Test je využíván v zařízeních následné i dlouhodobé péče, cílené rehabilitační diagnostice, nebo při rozhodování o návrhu na kompenzační pomůcky. Informace získáme přímou komunikací při příjmu pacienta, u nekomunikujících pacientů informace získáme pozorováním, činností. To znamená, že hodnotíme pouze to, co pacient viditelně zvládne. V testu je pacient pozorován v deseti základních oblastech běžného života a to: najezení, napití, oblékání, osobní hygiena, koupání, kontinence moči, kontinence stolice, použití WC, chůze po rovině, chůze po schodech. Každá oblast je obodovaná 0,5,10 nebo 15 bodů. Jednotlivé oblasti hodnotíme podle toho, zda pacient provede činnost bez pomoci, s pomocí, nebo ji neprovede. Podle počtu získaných bodů, hodnotíme test následovně: 100 bodů-nezávislost, 65-95 bodů – závislost lehkého stupně, 45-60 bodů-závislost středního stupně, 0-40 bodů – vysoká závislost, viz. příloha A (Holmerová, a další, 2017).

### **Hodnotící nástroj Timed UP and Go test (TUG)**

Jedním z jednoduchých a často využívaných nástrojů pro hodnocení mobility geriatrického pacienta je Timed Up and Go test, označovaný také jako „Get UP test“. Tento test slouží k posouzení funkční mobility, rovnováhy a rizika pádu u pacientů, zejména ve vyšším věku. (Meier F, a další, 2025)

Princip testu spočívá v tom, že pacient se na pokyn postaví ze židle, ujde přibližně tři metry, otočí se, vrátí se zpět a znovu se podsadí. Hodnotí se čas, za kterých pacient tuto činnost provede. Na základě dosaženého času lze orientačně posoudit míru mobility a riziko pádu, přičemž delší čas značí vyšší míru funkčního omezení. (Meier F, a další, 2025)

Test je nenáročný na provedení, nevyžaduje speciální vybavení a může být prováděn všeobecnou sestrou v rámci ošetrovatelské péče. V rehabilitačním ošetrovatelství má význam nejen pro vstupní zhodnocení stavu pacienta, ale také pro sledování efektu rehabilitace a identifikace deficitních oblastí, jako je snížená stabilita, slabost dolních končetin nebo porucha koordinace. (Meier F, a další, 2025)

Pravidelné využívání tohoto testu přispívá k prevenci pádů a umožňuje cílené plánování rehabilitačních intervencí, což má pozitivní dopad na zachování soběstačnosti a kvality života geriatrických pacientů. (Meier F, a další, 2025)

### **1.3.3 Přínos rehabilitačního ošetrovatelství pro kvalitu života seniorů**

Rehabilitační ošetrovatelství má zásadní význam pro kvalitu života geriatrických pacientů, zejména na interních odděleních, kde jsou pacienti často ohroženi imobilitou, ztrátou soběstačnosti a vznikem komplikací. Kvalita života je v tomto kontextu chápána jako subjektivní i objektivní hodnocení fyzického, psychického a sociálního stavu jedince (Wasserman, a další, 2024).

Pravidelně prováděná rehabilitační péče přispívá především k udržení nebo obnovení soběstačnosti pacienta v běžných denních činnostech (Navrátil, a další, 2023). Díky aktivizaci pacienta, nácviku sebeobsluhy a podpoře mobility dochází ke snížení závislosti

na pomoci druhých osob, což má významný dopad na vnímání vlastní autonomie a důstojnosti (Zrubáková, a další, 2019).

Dalším významným přínosem je prevence komplikací spojených s imobilitou jako jsou dekubity, kontraktury, tromboembolická nemoc či respirační obtíže (Doležalová, a další, 2022). Eliminace těchto komplikací vede nejen zlepšení zdravotního stavu pacienta, ale také ke zkrácení doby hospitalizace a snížení rizika re-hospitalizace (Kabelka, a další, 2022).

Rehabilitační ošetřovatelství má rovněž pozitivní vliv na psychický stav seniorů. Aktivní zapojení do rehabilitace, podpora ze strany zdravotnického personálu a postupné dosahování pokroků přispívají ke zvýšení motivace, redukci úzkosti a depresivních stavů a celkovému zlepšení psychické pohody (Vostrý, a další, 2021).

Neméně důležitý je i sociální aspekt, kdy rehabilitace podporuje návrat pacienta do běžného života a zlepšuje jeho schopnost komunikace a interakce s okolím. Tím se snižuje riziko sociální izolace, která je u geriatrických pacientů častá (Wasserman, a další, 2024).

V neposlední řadě hraje klíčovou roli všeobecná sestra, která svým přístupem, edukací a motivací významně ovlivňuje průběh rehabilitace (Doležalová, a další, 2022). Její každodenní kontakt s pacientem umožňuje individuální přístup a včasné rozpoznání deficitních oblastí, jako jsou nedostatečná motivace, bolest, únava nebo zhoršení kognitivních funkcí, které mohou negativně ovlivnit efekt rehabilitace (Dobšaba, a další, 2021).

#### 1.4 Role všeobecné sestry při rehabilitačním ošetřovatelství

Role všeobecné sestry při rehabilitačním ošetřovatelství je komplexní a zahrnuje nejen samotnou péči o pacienta, ale také komunikaci s jeho rodinou a edukaci v oblasti následné domácí péče. Všeobecná sestra tráví s pacientem značné množství času, a proto má zásadní vliv na jeho motivaci, průběh rehabilitace i celkový výsledek léčby. Svou činností významně ovlivňuje úspěšnost rehabilitace a následnou kvalitu života pacienta. Edukuje pacienta o správném provádění cvičení, možnostech prevence komplikací a podpoře soběstačnosti (Doležalová, a další, 2022).

Nedílnou součástí práce všeobecné sestry je realizace ošetřovatelského procesu, který představuje systematický přístup k pacientovi. Všeobecná sestra nejprve shromažďuje informace, posuzuje individuální potřeby pacienta a stanovuje ošetřovatelské diagnózy. Na základě těchto údajů plánuje péči, kterou následně realizuje a průběžně vyhodnocuje, přičemž důležitý je holistický přístup ke každému pacientovi (Doležalová, a další, 2022).

Významnou roli hraje také edukace, která je základním prvkem ošetřovatelské péče. Všeobecná sestra poskytuje pacientovi informace o možnostech rehabilitace vzhledem k jeho léčba a zdravotnímu stavu. Současně edukuje i rodinu pacienta, která se často podílí na péči po

propuštění do domácího prostředí. Správně vedená edukace může významně přispět ke zlepšení zdravotního stavu pacienta (Doležalová, a další, 2022).

Motivace pacienta je dalším důležitým aspektem práce všeobecné sestry. Geriatrickí pacienti bývají často pasivní nebo nedůvěřiví, proto je důležité je aktivně podporovat, povzbuzovat a oceňovat jejich pokroky. Vytváření pozitivní atmosféry a uplatňování holistického přístupu přispívá ke zlepšení spolupráce pacienta (Doležalová, a další, 2022).

Všeobecná sestra se významně podílí na prevenci komplikací spojených s imobilitou. Mezi nejčastější patří vznik dekubitů, kontraktur, pneumonie, nebo trombózy. V rámci prevence provádí pravidelné polohování pacienta, sleduje stav kůže, podporuje pohybovou aktivitu a dbá na dostatečný příjem tekutin a výživy (Doležalová, a další, 2022).

Důležitá je také spolupráce s multidisciplinárním týmem, která je nezbytná pro zajištění komplexní péče. Všeobecná sestra spolupracuje s lékaři, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, nutričními terapeuty a zdravotně sociálními pracovníky. Důležitá je efektivní komunikace a koordinace péče, která vede k lepším výsledkům léčby (Doležalová, a další, 2022).

Specifickou součástí práce všeobecné sestry je komunikace s geriatrickým pacientem, která vyžaduje individuální přístup. Je nutné zohlednit tempo pacienta i případná omezení, jako jsou poruchy zraku nebo sluchu. Důležitá je trpělivost, empatie a schopnost aktivního naslouchání, která přispívají ke kvalitní spolupráci mezi pacientem a všeobecnou sestrou a tím i k úspěšnosti rehabilitace (Doležalová, a další, 2022).

## 2 Výzkumná část (praktická část)

V praktické části bakalářské práce se zaměřuji na popis výzkumného procesu, který vedl k naplnění stanoveného cíle. Tato část zahrnuje formulaci výzkumných otázek, zvolenou metodologii, průběh samotného výzkumu, charakteristiku respondentů, popis výzkumného prostředí, stejně jako dosažené výsledky a další související aspekty.

### 2.1 Cíl a výzkumné otázky

#### Cíl práce

Zjistit přínos všeobecná sestry provádějící rehabilitační ošetřovatelství na kvalitu života seniorů na interním oddělení a identifikovat možné deficitní oblasti.

#### Výzkumné otázky

1. Jak je vnímán vliv rehabilitačního ošetřovatelství na kvalitu života všeobecnými sestrami a pacienty?
2. Jak je hodnocen průběh a organizace rehabilitačního ošetřovatelství z pohledu všeobecných sester a pacientů?
3. Jaké deficitní oblasti rehabilitačního ošetřovatelství identifikují pacienti a všeobecné sestry?

### 2.2 Metodika výzkumu

Byla zvolena kvalitativní forma výzkumu, realizovaná prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů se všeobecnými sestrami a pacienty. Otázky byly předem připravené a schválené a směřovaly k naplnění cíle bakalářské práce. Rozhovory obsahovaly dvanáct otázek pro všeobecné sestry (příloha D) a jedenáct otázek pro pacienty (příloha E).

Rozhovory probíhaly individuálně a respondentům byl poskytnut dostatečný prostor pro promyšlení a formulaci odpovědí. Všichni účastníci byli předem informováni o účelu výzkumu, dobrovolnosti účasti a zachování anonymity. Souhlas s realizací výzkumu byl udělen managementem zdravotnického zařízení.

Sběr dat probíhal v období od ledna 2026, do konce března 2026. Rozhovory byly se souhlasem respondentů zaznamenávány pomocí audio nahrávek, které byly následně přepsány do písemné podoby. Po jejich přepisu byly všechny nahrávky odstraněny.

Získaná data byla následně analyzována a rozdělena do jednotlivých kategorií, které sloužily jako podklad pro zpracování výzkumné části práce.

### 2.3 Zpracování získaných dat

Získaná data byla analyzována metodou tematické analýzy. Odpovědi respondentů byly roztříděny do kategorií podle výzkumných otázek a to na vnímání vlivu rehabilitačního

ošetřovatelství na kvalitu života, hodnocení průběh a organizace rehabilitačního ošetřovatelství a identifikaci deficitních oblastí v této péči.

Výsledky byly následně interpretovány a porovnávány se stručnými odpověďmi na jednotlivé výzkumné otázky. K záznamu a zpracování získaných dat byl využit program MS Word, ve kterém byly rovněž vytvořeny přehledné tabulky.

## 2.4 Charakteristika vzorků respondentů a výzkumného prostředí

Výzkum jsem prováděla v nemocnici Jihlava p.o. na interním oddělení, kde jsou hospitalizováni převážně pacienti vyššího věku, často s potřebou rehabilitačního ošetřovatelství. Výzkumné prostředí bylo zvoleno s ohledem na zaměření práce, tedy na geriatrické pacienty podstupující rehabilitaci a všeobecné sestry, které tuto péči poskytují.

Výzkumnou skupinu tvořilo celkem 9 respondentů, z toho 4 všeobecné sestry (S1-S4) a 5 pacientů (P1-P5)

### 2.4.1 Výzkumný vzorek všeobecných sester

Do výzkumu byly zařazeny čtyři všeobecné sestry pracující na interním oddělení. Věkové rozpětí sester bylo od 22 do 58 let. Dvě všeobecné sestry měly vysokoškolské vzdělání a dvě středoškolské vzdělání zakončené maturitní zkouškou. Délka praxe a zkušenosti s rehabilitačním ošetřovatelstvím se mezi jednotlivými všeobecnými sestrami lišily, což umožnilo získat různorodé pohledy na danou problematiku.

Všeobecné sestry se ve své každodenní praxi podílejí na poskytování rehabilitačního ošetřovatelství, které zahrnuje například polohování pacientů, nácvik chůze, vertikalizaci či podporu soběstačnosti při běžných denních činnostech.

#### **Všeobecná sestra 1 (S1)**

Prvním respondentem ze skupiny sester byla žena všeobecná sestra 22 let pracující na interním oddělení Nemocnice Jihlava. Nejvyšším dosaženým vzděláním je vysokoškolské.

#### **Všeobecná sestra 2 (S2)**

Druhým respondentem mezi všeobecnými sestrami byla 49letá žena, všeobecná sestra pracující na interním oddělení Nemocnice Jihlava. Nejvyšším dosaženým vzděláním je středoškolské zakončené maturitní zkouškou.

#### **Všeobecná sestra 3 (S3)**

Třetím respondentem u sester je 23letá žena všeobecná sestra, která pracuje na interním oddělení nemocnice Jihlava p.o.. Nejvyšší dosažené vzdělání je vysokoškolské.

#### Všeobecná sestra 4 (S4)

Posledním respondentem u sester číslo 4 byla 58let žena všeobecná sestra. Pracuje na interním oddělení Nemocnice Jihlava p.o.. Nejvyšším dosaženým vzděláním je středoškolské s maturitní zkouškou.

**Tabulka 1: Charakteristika dotázaných - všeobecné sestry**

Všeobecná sestra (S)	Věk	Pohlaví	Vzdělání
S1	22	Žena	VŠ – Bc.
S2	49	Žena	SŠ – Maturita
S3	23	Žena	VŠ – Bc.
S4	58	Žena	SŠ – Maturita

Zdroj: autor

### 2.4.2 Výzkumný vzorek pacientů

Druhou skupinou respondentů tvořilo pět pacientů hospitalizovaných na interním oddělení. Věkové rozpětí bylo od 61 do 80 let. Pacienti byli různého pohlaví a lišili se jak svým zdravotním stavem, tak mírou soběstačnosti.

Pacienti podstupovali rehabilitační ošetrovatelskou péči zaměřenou především na zlepšení mobility, soběstačnosti a celkové kvality života. Někteří pacienti byli částečně soběstační, jiní vyžadovali větší míru dopomoci ze strany zdravotnického personálu.

#### **Pacient 1 (P1)**

Prvním patientským respondentem byla žena ve věku 75 let. Aktuálně žije sama v domě s pečovatelskou službou. Nyní je už ve starobním důchodu, ale dříve pracovala jako prodavačka ve smíšeném zboží. Nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské s výučním listem jako švadlena. Mezi její nynější zájmy patří čtení knih, ale už na to čtení hůře vidí.

#### **Pacient 2 (P2)**

Druhým respondentem mezi pacienty byla žena 76 let, která ještě nedávno žila s mužem a jejím pejskem v bytovém domě. Pracovala jako účetní, aktuálně je ale ve starobním důchodu. Nejvyšším dosaženým vzděláním je středoškolské zakončené maturitní zkouškou. Velice ráda řešila veškeré matematické operace, luštění sudoku, čtení knih, poslech dechové hudby.

#### **Pacient 3 (P3)**

Třetím respondentem je 80letý muž, který je v domácím ošetřování, kde se o něj stará jeho dcera. Muž je již několik let ve starobním důchodu, ale dříve se živil jako stavař, takže má vysokoškolské vzdělání. Rád sleduje historické dokumenty nebo přírodovědné cestopisy.

#### **Pacient 4 (P4)**

Čtvrtý respondent ze strany pacientů byl muž 61 let, který žije sám v bytě a aktuálně je částečným invalidním důchodem pro chronické bolesti zad, ale dříve pracoval ve slévárnách. Nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské s výučním listem. Je velikým fanouškem místního hokejového týmu a rád chodí pravidelně s kamarády do hospůdky na pivo.

#### **Pacient 5 (P5)**

Poslední pátý respondent byl muž 71 let, který žije v rodinném domě s manželkou a oba jsou ve starobním důchodu. Pán se ještě donedávna živil jako řidič autobusu. Nejvyšší dosažené vzdělání má středoškolské s výučním listem. Je bývalý amatérský fotbalista, takže rád kouká na fotbal v televizi.

**Tabulka 2: Charakteristika dotazných - pacienti**

Pacient (P)	Věk	Pohlaví	Hospitalizace	ADL před rehabilitací	ADL po rehabilitaci
P1	75	Žena	7. den	90 b lehká závislost	95 b lehká závislost
P2	76	Žena	9. den	65 b lehká závislost	80 b lehká závislost
P3	80	Muž	12. den	25 b. vysoce závislý	45 b závislost středního stupně
P4	61	Muž	15. den	65 b lehká závislost	85 b lehká závislost
P5	71	Muž	14. den	25 b. vysoce závislý	30 b. vysoce závislý

Zdroj: autor

Respondenti byli vybíráni cíleným výběrem na základě stanovených kritérií. U sester byla podmínkou aktivní účast na poskytování rehabilitačního ošetřovatelství na daném oddělení. U pacientů byla podmínkou hospitalizace na interním oddělení a zapojení do rehabilitační péče.

Všichni respondenti byli předem informováni o účelu výzkumu a poskytli souhlas s účastí ve výzkumném šetření. Výzkum byl realizován anonymně.

## 2.5 Analýza výsledků výzkumu

### *Otázky týkající se výzkumné otázky 1 – Všeobecné sestry*

**Jaký vliv má podle Vašich zkušeností rehabilitační ošetřovatelství na soběstačnost a každodenní fungování geriatrických pacientů?**

**Tabulka 3: Vliv rehabilitačního ošetřovatelství na soběstačnost a každodenní fungování geriatrických pacientů**

Kategorie	Kód	Respondent
Zvýšení soběstačnosti pacienta	samostatnost	S1
	soběstačnost	S2, S3
	nezávislost na pomoci	S1, S2
Zlepšení fyzického stavu a mobility	zlepšení stavu	S1
	mobilita (chodící pacient)	S2
Preventivní význam rehabilitace	zpomalení ztráty soběstačnosti	S3
	nezbytnost rehabilitace	S3
Psychosociální dopady	spokojenost pacienta	S2
	pozitivní vliv na pacienta	S4
	vliv na rodinu	S4
Faktory ovlivňující efekt rehabilitace	motivace pacienta	S1

Zdroj: autor

Z výpovědí respondentům vyplývá, že rehabilitační ošetřovatelství má významný vliv nejen na soběstačnost a každodenní fungování geriatrických pacientů. Respondenti se shodují, že rehabilitace přispívá ke zvýšení samostatnosti pacientům a snižování jejich závislosti na ošetřovatelském personálu i dalších osobách.

Významnou roli hraje zlepšení fyzického stavu a mobility, kdy schopnost pohybu představuje základní předpoklad soběstačnosti. Pacienti, kteří jsou schopni chůze, mají větší možnost postarat se sami o sebe, což pozitivně ovlivňuje jejich celkové fungování.

Respondenti dále zdůrazňují preventivní význam rehabilitace, která napomáhá zpomalit ztrátu soběstačnosti a udržet funkční schopnosti pacientů co nejdéle. Rehabilitace je tak vnímána jako nezbytná součást péče o geriatrické pacienty.

Důležitým aspektem jsou také psychosociální dopady, zejména spokojenost pacientů a pozitivní vliv na jejich rodiny. V neposlední řadě je efekt rehabilitace ovlivněn i individuálními faktory, především motivací pacienta, která může významně přispět k dosažení lepších výsledků.

Toto tvrzení mi potvrzuje i tento respondent S2, který uvádí že: „Určitě velký, pacient je spokojený, když je chodící, může se o sebe postarat sám a není závislý na péče druhé osoby.“

**Všímáte si u pacientů změn v jejich schopnosti zvládat běžné denní činnosti po zahájení rehabilitační péče?**

**Tabulka 4: Změny ve schopnosti zvládat běžné denní činnosti po zahájení rehabilitační péče**

Kategorie	Kód	Respondent
Vliv na soběstačnost pacienta	samostatnost	S1
	soběstačnost	S2, S3
	nezávislost na pomoci	S1, S2
Fyzický stav a funkčnost	zlepšení stavu	S1
	mobilita	S2
	udržení soběstačnosti	S3
Preventivní význam rehabilitace	zpomalení zhoršení	S3
	nezbytnost rehabilitace	S3
Psychosociální dopady	spokojenost pacienta	S2
	pozitivní dopad na pacienta	S4
	vliv na rodinu	S4
Faktory ovlivňující efekt rehabilitace	motivace pacienta	S1

Zdroj: autor

Z provedeného otevřeného kódování vyplývá, že rehabilitační ošetřovatelství má podle respondentů zásadní vliv na soběstačnost geriatrických pacientů. Nejčastěji je zdůrazňována schopnost pacientů vykonávat běžné denní činnosti samostatně, což vede ke snížení jejich nezávislosti na ošetřovatelském personálu i dalších osobách.

Respondenti dále poukazují na význam rehabilitace pro zlepšení fyzického stavu a mobility pacientů. Schopnost pohybu je přitom vnímána jako klíčový předpoklad soběstačnosti. Současně je rehabilitace chápána i jako preventivní nástroj, který napomáhá zpomalit zhoršování zdravotního stavu a ztrátu soběstačnosti.

Významnou roli hrají také psychogenní aspekty, zejména spokojenost pacientů a pozitivní dopad na jejich rodinné příslušníky. Soběstačnější pacient totiž představuje menší zátěž pro své okolí.

V neposlední řadě se ukazuje, že efekt rehabilitace je ovlivněn i individuálními faktory, především motivací pacienta, která může významně přispět k dosažení pozitivních výsledků.

Uvedené tvrzení je podpořeno i výpovědí tohoto respondenta S1, jenž konstatuje, že: „Ano-pacienti, kteří se ze začátku zdáli ležící, zkoušeli si sedat s DKK s dopomocí dolů z lůžka, postavovat se ve vysokém chodítku a zkoušeli kroky-časem se sami přesunuli na klozetové křeslo, nebo si došli sami na záchod.“

**Setkáváte se u pacientů se změnou nálady, motivace nebo spolupráce v průběhu rehabilitační péče?**

**Tabulka 5: Změny nálady, motivace a spolupráce pacientů během rehabilitace**

Kategorie	Kód	Respondent
Negativní emoční projevy na začátku péče	zmatenost	S1
	strach z vyšetření	S1
	strach z neznámého prostředí	S1
	spavost	S1
	verbální negativismus (odsekávání, nadávky)	S1
Pozitivní změny v průběhu rehabilitace	zlepšení nálady	S2, S4
	zklidnění pacienta	S2
	lepší komunikace	S2
	radost ze zlepšení stavu	S2
	těšení se domů	S2
Zvyšování motivace	motivace ke spolupráci	S4
	aktivní zájem o cvičení	S4
	překvapení z vlastního pokroku	S4
Vliv zlepšení funkčního stavu	větší soběstačnost	S2
Neutrální/obecné potvrzení jevu	uvědomění si pokroku	S4
	obecné potvrzení změny	S3

Zdroj: autor

Na základě odpovědí respondentů lze konstatovat, že ke změnám nálady, motivace i spolupráce pacientů v průběhu rehabilitační péče skutečně dochází. Tyto změny mají dynamický charakter a liší se zejména v závislosti na fázi rehabilitace.

V počáteční fázi jsou u pacientů často přítomny negativní emoční projevy, jako je zmatenost, strach z vyšetření či neznámého prostředí, případně i somatické obtíže (např. nevolnost, spavost). Tyto stavy mohou být doprovázeny i negativními projevy v komunikaci, například odsekáváním nebo verbální agresivitou.

S postupem rehabilitace však dochází k výraznému posunu. Respondenti popisují zlepšení nálady pacientů, jejich zklidnění a lepší ochotu ke komunikaci. Tento pozitivní vývoj souvisí především s vnímaným zlepšením zdravotního stavu, větší mírou soběstačnosti a pocitem, že je o pacienty postaráno.

Významným faktorem je také postupné zvyšování motivace. Pacienti začínají být aktivnější, projevují zájem o další cvičení a jsou motivováni vlastním pokrokem. Pozitivní vliv má zejména moment, kdy si pacient uvědomí své zlepšení – například když se poprvé postaví nebo ujde několik kroků.

Jeden z respondentů změny pouze obecně potvrzuje bez bližší specifikace, což však podporuje celkový závěr, že tento jev je v praxi běžně vnímaný.

Celkově lze shrnout, že rehabilitační péče má nejen fyzický, ale i výrazný psychologický dopad, přičemž vede k postupnému zlepšení nálady, motivace i spolupráce pacientů.

Stejný závěr vyplývá i z odpovědi tohoto respondenta S4, který uvádí, že: „Samozřejmě, ze začátku mají pacienti spíše obavy, kdy říkají „zda to zvládnou“, ale když se pak sami vidí, že si stoupnou a ujdou i pár kroků, je na nich vidět, jak jsou sami překvapeni, co zvládli. Mají poté i lepší náladu a sami se už ptají, kdy bude další cvičení.“

**Pozorujete změny v bolesti, pohyblivosti nebo celkové kondici pacientů v průběhu rehabilitační péče?**

**Tabulka 6: Změny bolesti, pohyblivosti a celkové kondice pacientů během rehabilitace**

Kategorie	Kód	Respondent
Změny v bolesti	bolest jako bariéra aktivity	S1
	snížení bolesti	S4
	přizpůsobené rehabilitace bolesti	S4
Zlepšení pohyblivosti	zlepšení pohyblivosti končetin	S4
	větší stabilita při vertikalizaci	S4
	zlepšení chůze	S4
	pohyblivost jako předpoklad aktivity	S1
Změny v soběstačnosti a aktivitě	snaha o samostatnost	S1
	aktivní zapojení pacienta	S1
	odmítání pomoci ve prospěch samostatnosti	S1
Význam spolupráce pacienta	nutnost spolupráce	S2
	vliv spolupráce na efekt rehabilitace	S2
	rehabilitace jako zdlouhavý proces	S2
Celkové zlepšení kondice	celkové zlepšení stavu	S2, S4
Neutrální/obecné potvrzení jevu	obecné potvrzení změn	S3

Zdroj: autor

Respondenti se shodují, že v průběhu rehabilitační péče dochází ke změnám v bolesti, pohyblivosti i celkové kondici pacientů. Bolest je přitom významným limitujícím faktorem, který může snižovat ochotu pacienta ke spolupráci. Současně však dochází k jejímu postupnému zmírnění.

V oblasti pohyblivosti je patrné zlepšení, zejména ve stabilitě, chůzi a celkové mobilitě. Tyto změny vedou vyšší míře soběstačnosti a aktivnějšímu zapojení pacientů.

Důležitým aspektem je spolupráce pacienta, která zásadně ovlivňuje efekt rehabilitace. Bez ní je proces méně účinný. Celkově lze říci, že rehabilitace má pozitivní vliv na fyzický stav pacientů, avšak její úspěšnost závisí na zvládnutí bolesti a aktivním přístupu pacienta.

Toto tvrzení potvrzuje také respondent S4, který říká, že: „Po několika provedených rehabilitacích je vidět, že pacienti mají lepší pohyblivost končetin, jsou stabilnější při vertikalizaci, tak i v chůzi. Podle slov bolest se zmenšuje. Pokud bolest mají, děláme rehabilitaci do takové meze, kterou jsou schopni provádět.“

**Otázky týkající se výzkumné otázky 2**

**Jakým způsobem je rehabilitační ošetrovatelská péče přizpůsobena individuálním potřebám geriatrickým pacientům?**

**Tabulka 7: Individualizace rehabilitační ošetrovatelské péče u geriatrických pacientů**

Kategorie	Kód	Respondent
Přizpůsobení dle soběstačnosti pacienta	péče o ležící pacienty (polohování, krmení)	S1
	podpora částečné soběstačnosti	S1
	asistence při chůzi (hůlka, chodítko)	S1
	dopomoc při běžných činnostech	S1
Individuální přístup k pacientovi	individuální plán rehabilitace	S2
	individuální přístup personálu	S2
Zohlednění aktuálního stavu pacienta	přizpůsobení dle pohybových schopností	S3
	přizpůsobení dle subjektivního pocitu pacienta	S3
	návaznost péče (kontrola záznamů)	S3
Postupné přizpůsobení rehabilitace	rehabilitace od základních dovedností	S4
	postupný nácvik od jemné motoriky po chůzi	S4
Význam spolupráce	spolupráce sestra - pacient	S2

Zdroj: autor

Z odpovědí respondentů vyplývá, že rehabilitační ošetrovatelská péče je u geriatrických pacientů výrazně individualizovaná. Přizpůsobuje se především míře soběstačnosti, aktuálnímu zdravotnímu stavu a pohybovým schopnostem pacienta.

U ležících pacientů je důraz kladen na základní ošetrovatelskou péči, zatímco u částečně soběstačných jedinců je podporována jejich aktivita a samostatnost. Rehabilitace je zároveň realizována postupně – od jednoduchých úkonů až po složitější pohybové aktivity, jako je chůze.

Důležitou roli hraje také spolupráce mezi pacientem a zdravotnickým personálem a návaznost péče na základě předchozích záznamů. Celkově je péče nastavena individuálně s cílem maximálně podpořit funkční schopnosti pacienta.

Podobně se vyjadřuje i tento respondent S3, podle něhož: „Dle jejich pohybových schopností, dle jejich pocitu, zda se cítí nebo ne, kontrola zápisů v PC z předchozích dní pro všeobecný pohled.“

**Jaký význam má podle Vás komunikace a vztahy všeobecná sestra-pacient v průběhu rehabilitace?**

**Tabulka 8: Význam komunikace a vztahu všeobecná sestra - pacient v průběhu rehabilitace**

Kategorie	Kód	Respondent
Význam komunikace proplánování péče	zjišťování schopností pacienta	S1
	identifikace potřeb a přání pacienta	S1
	přizpůsobení rehabilitace na základě komunikace	S1
Edukace pacienta	vysvětlování postupů rehabilitace	S2
	vysvětlení významu rehabilitace	S2
	instruktáž ke cvičení	S2
Vztah sestra - pacient	důležitost vztahu	S2, S3, S4
	nepostradatelnost vztahu	S3
	budování důvěry	S4
Psychosociální podpora	rozptýlení pacienta během cvičení	S4
	aktivní naslouchání pacientovi	S4
	podpora spolupráce pacienta	S4
Komunikace jako základ	podpora aktivního zapojení pacienta	S2, S4

Zdroj: autor

Respondenti se shodují, že komunikace a vztah mezi všeobecnou sestrou a pacientem mají v průběhu rehabilitace zásadní význam. Komunikace umožňuje zjistit aktuální schopnosti, potřeby i přání pacienta a na jejich základě přizpůsobit rehabilitační péči.

Důležitou součástí je také edukace, kdy všeobecná sestra pacientovi vysvětluje postupy cvičení i význam rehabilitace pro jeho zdravotní stav. Kvalitní vztah založený na důvěře podporuje spolupráci pacienta a jeho aktivní zapojení.

Současně má komunikace i psychosociální rozměr, kdy pomáhá pacienta motivovat, rozptýlit a snížit jeho obavy. Celkově lze říci, že efektivní komunikace je klíčovým faktorem úspěšné rehabilitace.

I tenhle respondent S1 říká, že: „Důležité – všeobecná sestra se otázkami dozví, co pacient zvládne, nezvládne, co by chtěl zkusit-sed s DKK z lůžka, postavení ve vysokém chodítku, pár krůčků po pokoji, nebo delší chůzi po oddělení, nebo jak jinak by se to dalo zvládnou.“

## Jak hodnotíte nastavení délky a intenzity rehabilitačního ošetřovatelství na Vašem oddělení?

Tabulka 9: Hodnocení délky a intenzity rehabilitačního ošetřovatelství

Kategorie	Kód	Respondent
Individuální přizpůsobení intenzity	přizpůsobení dle stavu pacienta	S4
	diferenciace péče (lůžko vs. vertikalizace)	S4
	respektování zpětné vazby pacienta	S1
Zapojení pacienta do rozhodování	dotazování na pokračování aktivity	S1
	respektování přání pacienta	S1
Personální a časové omezení	nedostatek personálu	S2
	nedostatek času na rehabilitaci	S2
	vliv počtu pacientů na péči	S3
Potřeba vyšší intenzity rehabilitace	potřeba častější rehabilitace	S2
	zvýšení intenzity pro lepší efekt	S2
Interdisciplinární spolupráce	konzultace s lékařem	S4

Zdroj: autor

Respondenti hodnotí délku a intenzitu rehabilitačního ošetřovatelství jako individuálně přizpůsobovanou aktuálnímu stavu pacienta a jeho možnostem. Důležitou roli hraje také zapojení pacienta, zejména prostřednictvím jeho zpětné vazby.

Současně však poukazují na omezení v podobě nedostatku času a personálu, které mohou negativně ovlivňovat intenzitu poskytované péče. Někteří respondenti proto zdůrazňují potřebu častější a intenzivnější rehabilitace.

Celkově je nastavení péče vnímání jako variabilní, avšak limitované organizačními podmínkami pracoviště.

Stejně to vidí i respondent S4, který říká, že: „Podle současného stavu pacienta, u někoho provádím rehabilitaci na lůžku a u schopnějších vertikalizaci. Ovšem pokud jsou po úrazech, ještě se zeptám lékařů.“

**Jaké organizační faktory nejvíce ovlivňují kvalitu poskytované rehabilitační péče?**

**Tabulka 10: Organizační faktory ovlivňující kvalitu rehabilitační péče**

Kategorie	Kód	Respondent
Personální zajištění	nedostatek personálu	S2, S4
	počet pracovníků na směně	S3
	potřeba zkušeného personálu	S2
Časové podmínky péče	nedostatek času	S2
	časová náročnost péče	S3
Počet a struktura pacientů	počet pacientů na oddělení	S3
	míra soběstačnosti pacientů	S3
	spolupráce pacientů	S1
Komunikace a spolupráce	komunikace sestra – pacient	S1
	spolupráce pacienta	S1
Materiálně-technické zajištění	technické vybavení oddělení	S4
	uspořádání prostředí (pokoj)	S1

Zdroj: autor

Respondenti uvádějí, že kvalitu rehabilitační péče nejvíce ovlivňují personální a časové podmínky, zejména nedostatek pracovníků a omezený čas na pacienty. Důležitou roli hraje také počet pacientů a jejich míra soběstačnosti.

Významným faktorem je dále komunikace a spolupráce mezi všeobecnou sestrou a pacientem. Kvalitu péče ovlivňuje i materiálně-technické zajištění a organizace prostředí na oddělení.

Celkově lze říci, že kvalita rehabilitační péče je výsledkem kombinace personálních, organizačních a materiálních faktorů.

Toto tvrzení potvrzuje i tento respondent S3, který uvádí, že: „Počet pracovníků na směně, počet pacientů na oddělení dle soběstačnosti (ležící, částečně schopný, soběstačný).“

**Otázky týkající se výzkumné otázky 3**

**Jaké faktory podle Vás nejvíce ovlivňují efektivitu rehabilitačního ošetřovatelství na Vašem oddělení?**

**Tabulka 11: Faktory ovlivňující efektivitu rehabilitačního ošetřovatelství**

Kategorie	Kód	Respondent
Faktory na straně pacienta	motivace pacienta	S1
	pozitivní postoj k rehabilitaci	S1
	negativní postoj k rehabilitaci	S2
	nespolupráce pacienta	S2
	zmatenost pacienta	S2
	nálada pacienta	S2
Fyzický stav pacienta	úroveň pohyblivosti	S1
	míra soběstačnosti	S1
Personální faktory	nedostatek pracovníků	S3
	kvalifikace personálu	S2
Časové faktory	nedostatek času	S3
Materiálně-technické faktory	technické vybavení oddělení	S4
Organizační faktory	personální zajištění oddělení	S4

Zdroj: autor

Respondenti uvádějí, že efektivitu rehabilitačního ošetřovatelství ovlivňuje kombinace faktorů na straně pacienta i zdravotnického zařízení. Klíčovou roli hraje především motivace, spolupráce a celkový postoj pacienta k rehabilitaci.

Významný vliv má také fyzický stav pacienta, zejména jako pohyblivost a míra soběstačnosti. Na straně zdravotnického zařízení se jedná především o personální a časové podmínky, včetně kvalifikace pracovníků.

Dále je důležité i materiálně-technické vybavení oddělení. Celkově lze efektivitu rehabilitace chápat jako výsledek vzájemného působení patientských a organizačních faktorů.

I tenhle respondent S2 říká, že: „Pacienti sami, na postoji k rehabilitaci a náladě, někteří odmítají, jsou zlí, neví co mají dělat a prostě nechťejí. Jsou zmatení, nespolupracují, negativní postoj k celkové rehabilitaci nekvalitní kvalifikace rehabilitačního personálu.“

**Jaké máte možnosti a limity v rámci oddělení? Je podle Vás potřeba zlepšit technické vybavení****Tabulka 12: Možnosti a limity oddělení v rehabilitačním ošetřovatelství**

Kategorie	Kód	Respondent
Prostorové možnosti	využití prostoru oddělení k chůzi	S1
	nedostatek prostoru pro rehabilitaci	S3
Materiálně-technické vybavení	dostupnost základních pomůcek (chodítka, hole)	S4
	potřeba více rehabilitačních pomůcek	S2
	potřeba modernizace vybavení	S3
Personální a časové limity	nedostatek personálu	S2
	nedostatek času na pacienty	S2
Organizační spolupráce	spolupráce všeobecné sestry a rehabilitační sestry	S2
Celkové limity oddělení	omezené možnosti poskytování péče	S2

Zdroj: autor

Respondenti uvádějí, že možnosti oddělení jsou omezeny především personálními a časovými faktory. Nedostatek pracovníků a času na pacienty negativně ovlivňuje rozsah rehabilitační péče.

Dalším významným limitem je materiálně-technické vybavení a prostorové podmínky. I když jsou k dispozici základní pomůcky, respondenti poukazují na potřebu jejich rozšíření a modernizace, stejně jako na nedostatek prostoru pro rehabilitaci.

Pozitivně je hodnocena možnost využití prostoru oddělení k pohybovým aktivitám a spolupráce mezi zdravotnickým personálem. Celkově však převažuje potřeba zlepšení podmínek pro poskytování rehabilitační péče.

Toto tvrzení potvrzuje i respondent S2, dle kterého: „Možností moc není, více rehabilitačních sester a více času na rehabilitaci, všeobecná sestra spolupracuje s rehabilitační sestrou. Více pomůcek, chodítek, polohovacích pomůcek a hlavně a hlavně více času na pacienta.“

**Kde vidíte prostor ke zlepšení kvality rehabilitační péče?****Tabulka 13: Možnosti zlepšení kvality rehabilitační péče**

Kategorie	Kód	Respondent
Komunikace a spolupráce	zlepšení komunikace sestra – pacient	S1, S2
	podpora spolupráce s pacientem	S1
Personální zajištění	potřeba více rehabilitačních sester	S2
	zvýšení zkušenosti personálu	S2
Materiálně-technické zajištění	potřeba více pomůcek	S2
	zlepšení vybavení oddělení	S3
	zajištění prostoru pro rehabilitaci	S2
	soukromí při rehabilitaci	S2
Časové podmínky	více času na pacienty	S3
Vzdělávání personálu	pravidelné vzdělávání	S4
	odborná školení	S4
Informovanost	zlepšení informovanosti sester	S3

Zdroj: autor

Respondenti vidí prostor ke zlepšení kvality rehabilitační péče především v oblasti komunikace a spolupráce mezi všeobecnou sestrou a pacientem. Dále zdůrazňují potřebu posílení personálního zajištění a zvýšení odborných zkušeností zdravotnického personálu.

Významnou roli hraje také materiálně-technické vybavení, včetně dostupnosti pomůcek, vhodného prostoru a zajištění soukromí při rehabilitaci. Mezi další důležité faktory patří dostatek času na pacienty a pravidelné vzdělávání sester.

Celkově respondenti poukazují na nutnost komplexního zlepšení podmínek, které by vedlo ke zkvalitnění rehabilitační péče.

Toto tvrzení potvrzuje i tento respondent S2, který uvádí, že: „Lepší komunikace sestra-pacient. Více pomůcek. Více rehabilitačních sester. Více zkušeností s rehabilitací. Místnost na rehabilitaci, nebo soukromí při rehabilitaci.“

**Uvítala byste nějakou formu dalšího vzdělávání v rehabilitačním ošetřovatelství?****Tabulka 14: Potřeba dalšího vzdělávání v rehabilitačním ošetřovatelství**

Kategorie	Kód	Respondent
Zájem o další vzdělávání	potřeba vzdělávání v oblasti rehabilitace	S2, S3, S4
	pozitivní postoj ke vzdělávání	S3, S4
Formy vzdělávání	edukační materiály (letáky, brožury)	S1
	praktické ukázky cvičení	S2
	odborné semináře	S3
	interní školení oddělení	S2
	spolupráce s fyzioterapeuty	S4
Zaměření vzdělávání	správné provádění cvičení	S2
	bezpečnost při manipulaci s pacientem	S2
	podpora samostatnosti pacienta	S1
Organizační důvody vzdělávání	nedostatek času na pacienty	S1
	potřeba zefektivnění péče	S1

Zdroj: autor

Respondenti vyjadřují pozitivní postoj k dalšímu vzdělávání v oblasti rehabilitačního ošetřovatelství a považují jej za důležité pro zkvalitnění péče. Preferovány jsou především prakticky orientované formy vzdělávání, jako jsou ukázky cvičení, interní školení či odborné semináře.

Důraz je kladen na správné a bezpečné provádění rehabilitačních úkonů a podporu samostatnosti pacientů. Vzdělávání je zároveň vnímáno jako způsob, jak reagovat na nedostatek času a zefektivnit péči o pacienty.

Uvedené tvrzení je podpořeno i výpovědí tohoto respondenta S1, jenž konstatuje, že: „Nějaké letáky/brožurky s postupy různého cvičení končetin, nebo celého těla, aby pacient mohl dle návodů cvičit i sám, nejen s rehabilitační sestrou (protože někdy se na oddělení seběhne víc věcí najednou a sestra pak má málo času na všechny pacienty).“

**Otázky týkající se výzkumné otázky 1 – Pacienti**

**Jak rehabilitační ošetrovatelská péče ovlivnila Vaše každodenní fungování?**

**Tabulka 15: Vliv rehabilitační ošetrovatelské péče na každodenní fungování pacientů**

Kategorie	Kód	Respondent
Zlepšení mobility	zlepšení chůze	P1,P2,P3,P4
	snadnější chůze	P2
Zlepšení soběstačnosti	schopnost posazení s dopomocí	P5
	aktivace dolních končetin	P5
Celkové zlepšení funkčního stavu	zlepšení každodenního fungování	P1,P2,P3,P4,P5

Zdroj: autor

Z odpovědí pacientů vyplývá, že rehabilitační ošetrovatelská péče má pozitivní vliv na jejich každodenní fungování. Nejčastěji je zmiňováno zlepšení chůze a mobility.

U některých pacientů dochází také ke zvýšení soběstačnosti, například ve schopnosti posadit se s dopomocí. Celkově pacienti vnímají rehabilitaci jako přínosnou pro zlepšení jejich funkčního stavu.

Tento názor sdílí i respondent P5, který uvádí, že: „S dopomocí se posadím s DKK dolů z lůžka.“

**Jak hodnotíte účinky rehabilitační péče na Vaši psychickou pohodu?**

**Tabulka 16: Vliv rehabilitační péče na psychickou pohodu pacientů**

Kategorie	Kód	Respondent
Zlepšené psychické pohody	celkové zlepšení psychického stavu	P1, P5
	pocit lepšího stavu	P1, P2, P5
	pozitivní vnímání rehabilitace	P3
Vliv mobility na psychiku	lepší pocit při chůzi	P2, P4
	radost ze zlepšení	P3
Pozitivní emoční prožívání	dobry pocit	P3, P4
	zvýšení spokojenosti	P1, P2, P3, P4, P5

Zdroj: autor

Pacienti hodnotí vliv rehabilitační péče na psychickou pohodu velmi pozitivně. Nejčastěji uvádějí, že se díky rehabilitaci cítí lépe a vnímají zlepšení svého celkového stavu.

Pozitivní psychické prožívání je úzce spojeno se zlepšením mobility, zejména chůze, která přináší pacientům

Tohle potvrzuje i jeden z respondentů P4, který říká, že: „Určitě se cítím dobře, když můžu chodit“

**Jak hodnotíte účinky rehabilitační péče na vaši fyzickou pohodu?****Tabulka 17: Vliv rehabilitační péče na fyzickou pohodu pacientů**

Kategorie	Kód	Respondent
Zlepšení fyzického stavu	celkové zlepšení fyzické kondice	P3, P4, P5
	lepší fyzický stav	P4
	pozitivní hodnocení fyzické pohody	P3, P5
Zlepšení mobility	lepší chůze	P3
	snížení ztuhlosti	P2
Kolísání fyzického stavu	střídání dobrého a horšího stavu	P1
	přetrvávající bolest	P1
Pozitivní vnímání rehabilitace	celkově kladné hodnocení	P2, P3, P4, P5

Zdroj: autor

Pacienti hodnotí účinky rehabilitační péče na fyzickou pohodu převážně pozitivně. Nejčastěji uvádějí zlepšení fyzického stavu, mobility a celkové kondice zejména v souvislosti se zlepšením chůze.

U některých pacientů se však objevuje kolísání fyzického stavu a přetrvávající bolest, která může ovlivňovat jejich vnímání rehabilitace. Přesto celkově převažuje pozitivní hodnocení a vnímání přínosu rehabilitační péče.

Stejně to vidí i tento respondent P1, který říká, že: „Někdy dobře, někdy jsou bolesti.“

**Došlo u Vás ke změně vnímání bolesti nebo jiných potíží?****Tabulka 18: Změny ve vnímání bolesti a obtíží u pacientů**

Kategorie	Kód	Respondent
Snížení bolesti	absence bolesti	P2
	snížení bolesti při aktivitě	P1
Zlepšení vnímání obtíží	zlepšení stavu při pohybu	P4
	pozitivní změna vnímání obtíží	P1, P4
Kolísání obtíží	občasná bolest	P3
	vliv vnějších faktorů (počasí)	P3
Bez změny	žádná změna obtíží	P5

Zdroj: autor

Z odpovědí pacientů vyplývá, že u většiny z nich došlo ke zlepšení ve vnímání bolesti a obtíží, případně k jejich úplnému vymizení. Pozitivní změny jsou často spojovány s pohybovou aktivitou a rehabilitací

U některých pacientů se však obtíže objevují nepravidelně a mohou být ovlivněny vnějšími faktory. Výjimečně pacienti změnu nevnímají. Celkově ale převažuje trend zlepšení stavu.

I tenhle respondent P4 říká, že: „Zlepšuje se to, když více chodím.“

**Otázky týkající se výzkumné otázky 2**

**Byla ošetrovatelská rehabilitační péče přizpůsobena Vaším individuálním potřebám?**

**Tabulka 19: Individualizace rehabilitační ošetrovatelské péče z pohledu pacientů**

Kategorie	Kód	Respondent
Individuální přizpůsobení péče	péče přizpůsobena pacientovi	P1, P2, P3, P4, P5
	přizpůsobení dle pohybových schopností	P2
Pozitivní hodnocení péče	spokojenost s přizpůsobením péče	P1, P2, P3, P4, P5
Konkrétní forma přizpůsobení	nácvik chůze s pomůckou	P2

Zdroj: autor

Všichni respondenti se shodují, že rehabilitační ošetrovatelská péče byla přizpůsobena jejich individuálním potřebám. Pacienti tuto skutečnost hodnotí pozitivně a vnímají péči jako adekvátní svému zdravotnímu stavu.

Konkrétně je zmiňováno přizpůsobení pohybovým schopnostem, například při nácviku chůze s pomůckou. Celkově lze konstatovat vysokou míru spokojenosti pacientů s individualizací péče.

Toto tvrzení potvrzuje i tento respondent P2 – podle něj: „Ano byla, chůze ve vysokém chodítku.“

**Jak jste vnímali přístup sester během rehabilitace?****Tabulka 20: Vnímání přístupu sester během rehabilitace z pohledu pacientů**

Kategorie	Kód	Respondent
Pozitivní hodnocení přístupu	celkově kladné hodnocení	P2, P5
	bezproblémový přístup	P1
	profesionální péče	P3
Zlepšení přístupu v čase	počáteční negativní zkušenost	P4
	následné zlepšení přístupu	P4
Kvalita péče	profesionální přístup personálu	P3
	spokojenost s péčí	P2, P5

Zdroj: autor

Pacienti hodnotí přístup sester během rehabilitace převážně pozitivně. Nejčastěji je zmiňována spokojenost, bezproblémový průběh péče a profesionální přístup zdravotnického personálu.

V jednom případě byla zaznamenána počáteční negativní zkušenost, která se však postupně zlepšila. Celkově lze konstatovat, že pacienti vnímají přístup sester jako kvalitní a podporující průběh rehabilitace.

Stejný závěr vyplývá i z výpovědi tohoto respondenta P4, který uvádí, že: „Ze začátku lehce negativně, sestřička chtěla, abych si vzal hůl a ne chodítka, ale poté se to zlepšilo.“

**Byly pro Vás postupy a cvičení srozumitelné?**

**Tabulka 21: Srozumitelnost rehabilitačních postupů a cvičení z pohledů pacientů**

Kategorie	Kód	Respondent
Srozumitelnost postupů	postupy srozumitelné	P1, P2, P3, P4, P5
	snadné porozumění instrukcím	P4
Pozitivní hodnocení edukace	spokojenost s vysvětlením	P1, P2, P3, P4, P5
Univerzálnost srozumitelnost	srozumitelné pro každého	P4

Zdroj: autor

Všichni respondenti uvádějí, že rehabilitační postupy a cvičení pro ně byly srozumitelné. Instrukce byly vnímány jako jasné a snadno pochopitelné.

Pacienti zároveň vyjadřují spokojenost se způsobem vysvětlení jednotlivých úkonů. Celkově lze konstatovat, že edukace ze strany zdravotnického personálu byla dostatečná a efektivní.

Podobně se vyjadřuje i tento respondent P4, podle něhož: „Ano bylo, je to srozumitelné každému.“

**Byla pro Vás délka a intenzita rehabilitace optimální?****Tabulka 22: Hodnocení délky a intenzity rehabilitace z pohledu pacientů**

Kategorie	Kód	Respondent
Optimální nastavení rehabilitace	optimální délka a intenzita	P3, P4, P5
	vyváženost zátěže	P5
Individuální variabilita	potřeba individuálního přizpůsobení	P1
	kolísání vhodnosti délky	P1
Vnímání nadměrné zátěže	příliš vysoká intenzita	P2
	únava z rehabilitace	P2
Flexibilita péče	přizpůsobení na základě domluvy	P3

Zdroj: autor

Pacienti hodnotí délku a intenzitu rehabilitace převážně jako optimální. Někteří však poukazují na potřebu individuálního přizpůsobení, kdy může být rehabilitace někdy příliš náročná nebo naopak nedostatečná.

Důležitým faktorem je možnost domluvy a přizpůsobení rehabilitace aktuálním schopnostem pacienta. Celkově lze říci, že nastavení rehabilitace je vnímáno pozitivně avšak s důrazem na individuální potřeby.

Toto tvrzení potvrzuje i tento respondent P3, dle kterého je: „Vše na domluvě, je to optimální, když jdu tam, musím dojít i zpátky.“

**Otázky týkající se výzkumné otázky 3**

Vnímali jste nedostatky v komunikaci se všeobecnou sestrou během rehabilitačního ošetřovatelství?

**Tabulka 23: Vnímání nedostatků v komunikaci se všeobecnou sestrou z pohledu pacientů**

Kategorie	Kód	Respondent
Absence nedostatků v komunikaci	bez nedostatků v komunikaci	P1, P2, P3, P5
	bezproblémová komunikace	P4
Pozitivní hodnocení komunikace	spokojenost s komunikací	P1, P2, P3, P4, P5
Kvalita komunikace	adekvátní průběh komunikace	P4

Zdroj: autor

Všichni respondenti uvádějí, že během rehabilitačního ošetřovatelství nevnímali žádné nedostatky v komunikaci se všeobecnou sestrou. Komunikace byla hodnocena jako bezproblémová a adekvátní.

Celkově pacienti vyjadřují spokojenost s kvalitou komunikace, která podporovala průběh rehabilitační péče.

I tenhle respondent P3 říká, že: „Žádné nedostatky nebyly.“

**Co byste si přáli změnit nebo zlepšit?**

**Tabulka 24: Návrhy pacientů na zlepšení rehabilitační péče**

Kategorie	Kód	Respondent
Spokojenost bez potřeby změny	bez potřeby změny	P1, P2, P3, P5
	celková spokojenost	P1, P2, P3, P5
Návrhy na zlepšení péče	potřeba klidnějšího přístupu personálu	P4
	požadavek na rozšíření služeb (wellness)	P4

Zdroj: autor

Většina respondentů neuvádí žádné návrhy na změny, což svědčí o jejich celkové spokojenosti s poskytovanou rehabilitační péčí.

Ojediněle se objevují návrhy na zlepšení, konkrétně požadavek na klidnější přístup personálu a rozšíření služeb. Celkově však převažuje pozitivní hodnocení bez potřeby zásadních změn.

Tento názor sdílí i respondent P4, který uvádí: „Chtěl bych tu wellness, pomalejší přístup sestřičky.“

**Chtěli byste více informací nebo edukace ohledně domácí péče a cvičení?**

**Tabulka 25: Potřeba edukace o domácí péči a cvičení z pohledu pacientů**

Kategorie	Kód	Respondent
Potřeba další edukace	zájem o další informace	P1, P5
	požadavek na názorné ukázky	P1
	potřeba individuálních informací	P5
Dostatečnost informací	edukace dostačující	P2, P3
	srozumitelní vysvětlení	P2, P3
Bez potřeby další edukace	bez potřeby dalších informací	P4
	samostatné zvládnání péče	P4

Zdroj: autor

Názory pacientů na potřebu další edukace se liší. Část respondentů by uvítala více informací, zejména formou názorných ukázek a individuálně zaměřených instrukcí.

Naopak jiní pacienti považují poskytnuté informace za dostatečné a srozumitelné, případně uvádějí, že další edukaci nepotřebují. Celkově lze říci, že potřeba edukace je individuální a závisí na schopnostech a jistotě pacienta při zvládnání domácí péče.

Stejně to vidí i tento respondent P5, který říká, že: „Ano-chci zjistit, jak je na tom levá noha kvůli nácviku postavení ve vysokém chodítku.“

### 3 Diskuse

Cílem mé práce bylo zjistit přínos všeobecné sestry provádějící rehabilitační ošetřovatelství na kvalitu života seniorů na interním oddělení a identifikovat možné deficitní oblasti této péče. Diskuse se zaměřuje na interpretaci získaných výsledků ve vztahu k jednotlivým výzkumným otázkám.

Pro porovnání mých výsledků práce jsem našla práci Zdenky Volkové na téma Aktivizační techniky pro seniory v práci všeobecné sestry v psychiatrii z roku 2016, dále práci Zuzany Jedličkové z roku 2016, která se věnovala tématu Využití léčebné rehabilitace ke zvýšení nebo udržení soběstačnosti u geriatrických pacientů s kloubními obtížemi. Jednou z dalších prací jsem použila práci Anny Krausové, která psala o Aplikaci ošetřovatelské rehabilitace v praxi a diplomovou práci Bc. Moniky Růžičkové o Rehabilitačním ošetřování na chirurgickém oddělení. Našla jsem i jednu zahraniční studii od Kneafsey et al., která byla založená na teorii a téma bylo Jak se ošetřovatelský tým podílí na udržování a podpoře mobility starších dospělých v nemocnici?

#### **Výzkumná otázka č. 1: Jak je vnímán vliv rehabilitačního ošetřovatelství na kvalitu života všeobecnými sestrami a pacienty?**

První výzkumná otázka se zaměřovala na to, jak je vnímán vliv rehabilitačního ošetřovatelství na kvalitu života ze strany sester a pacientů.

Z výsledků vyplývá, že jak všeobecné sestry, tak pacienti vnímají rehabilitační ošetřovatelství převážně velmi pozitivně. Všeobecné sestry se shodovaly na tom, že rehabilitační péče má zásadní vliv na udržení, nebo zlepšení soběstačnosti pacientů, a to zejména v oblasti mobility a zvládnání běžných denních činností. Pomocí výzkumu jsem zjistila, že pacienti se postupně aktivizují a přecházejí z pasivního režimu na lůžku k aktivní spolupráci a v některých případech zvládají vykonávat činnosti bez pomoci personálu.

Sami pacienti také hodnotili vliv rehabilitačního ošetřovatelství velice pozitivně a zároveň nejčastěji uváděli zlepšení samostatnosti, chůze a fyzické kondice. Zajímavým zjištěním je i pozitivní vliv na psychiku, kdy pacienti udávali lepší náladu a větší motivaci, která souvisela s pocitem zlepšení zdravotního stavu.

Zajímavý byl rozdíl pozorovaný v obou skupinách, kdy všeobecné sestry kladly důraz především na proces rehabilitace, tudíž na aktivní spolupráci pacienta, jeho motivaci a individuální přístup. Naopak pacienti hodnotili rehabilitaci spíše z hlediska konkrétního výsledku, takže zlepšení pohyblivosti a snížení závislosti na okolí. Tento rozdíl můžeme vysvětlit různými pohledy, zatímco všeobecné sestry posuzují péči komplexně, pacienti jí hodnotí na základě vlastního prožitku.

Současně bylo zjištěno, že efekt rehabilitačního ošetřovatelství může ovlivňovat řada faktorů, jakožto bolest, negativní postoj pacienta nebo jeho únava. V ojedinělých případech pacienti odmítali spolupracovat, takže toto jejich chování vedlo ke snížení efektivity rehabilitace.

Výsledky této práce ukazují, že rehabilitace má významný pozitivní vliv na kvalitu života geriatrických pacientů, a to jak v oblasti fyzické, tak psychické.

Tyto výsledky vyplývají i z práce zaměřené na rehabilitační ošetřovatelství, kde Volková (2016) uvádí, že pravidelná rehabilitační péče vede ke zlepšení soběstačnosti pacientů a jejich schopnosti vykonávat běžné denní činnosti.

Podobné výsledky uvádí také ve své práci Jedličková (2016), která poukazuje na význam rehabilitace u geriatrických pacientů, a to zejména z hlediska udržení mobility a prevence odkázání pomoci na péči druhých.

Výsledky této práce jsou rovněž v souladu s výzkumem Krausové (2022), která zdůrazňuje, že rehabilitační péče má pozitivní vliv nejen na fyzický stav pacientů, ale také na jejich psychickou pohodu a motivaci při léčbě.

Z výzkumu dále vyplývá, že pacienti vnímají přínos rehabilitace především v konkrétních výsledcích, konkrétně ve zlepšení chůze a větší samostatnosti, zatímco všeobecné sestry mají jako hlavní cíl průběh rehabilitace a aktivní spolupráci pacienta. Tento hlavní rozdíl lze pozorovat i v dalších pracích, kde je vyzdvihována role zdravotnického personálu jako vedoucího rehabilitačního ošetřovatelství.

### **Výzkumná otázka č. 2: Jak je hodnocen průběh a organizace rehabilitačního ošetřovatelství z pohledu sester a pacientů?**

Druhá výzkumná otázka se zaměřila na hodnocení průběhu a organizace rehabilitačního ošetřovatelství z pohledu sester a pacientů.

Z odpovědí sester vyplývá, že rehabilitační péče je na oddělení přizpůsobována individuálním potřebám pacientů a zároveň je zohledňován jejich aktuální zdravotní stav, pohybové schopnosti a celková kondice. Důležitá je také komunikace mezi všeobecnou sestrou a pacientem, která umožňuje lépe porozumět potřebám pacienta a přizpůsobit tak rehabilitaci pacientovým možnostem.

Pacienti hodnotili průběh rehabilitační péče většinou kladně. Uváděli, že rehabilitace byla srozumitelná, individuálně přizpůsobená a přístup sester hodnotili velice pozitivně. Též většina pacientů nepociťovala nedostatky v komunikaci, což potvrzuje význam kvalitního vztahu mezi všeobecnou sestrou a pacientem.

Na druhé straně všeobecné sestry poukazovaly na určité organizační problémy, které mohou negativně ovlivňovat kvalitu poskytované péče. Nejčastěji se jednalo o nedostatek času, nízký počet personálu a omezené materiální vybavení. Tyto faktory vedou k tomu, že není vždy možné věnovat pacientům tolik času, kolik by bylo ideální.

Zatímco pacienti tyto nedostatky vnímali méně výrazně, všeobecné sestry je považovaly za zásadní omezující faktor. Tento rozdíl může být způsoben tím, že pacienti hodnotí péči především na základě vlastní zkušenosti, zatímco všeobecné sestry mají větší přehled o organizaci práce a jejich limitech.

V rámci druhé výzkumné otázky bylo zjištěno, že rehabilitační péče je ve většině případů přizpůsobována individuálním potřebám pacientů, což odpovídá závěrům dalších odborných prací.

Například v práci zaměřené na rehabilitační ošetřovatelství na chirurgickém oddělení od Růžičkové (2023) je uvedeno, že individuální přístup k pacientovi, správná komunikace a edukace jsou zásadními faktory ovlivňující nejen průběh, ale především úspěšnost rehabilitace.

Současně však všeobecné sestry ve vlastním výzkumu poukazovaly na nedostatek času, personálu a materiálního vybavení. Tyto skutečnosti potvrzuje i výše uvedená práce, kde je jako jeden z hlavních problémů uváděna nedostatečná personální kapacita a časová náročnost rehabilitační péče.

Tyto poznatky lze dále porovnat se studií Kneafsey et al. (2013), která poukazuje na významnou roli ošetrovatelského personálu při podpoře pohybových funkcí pacientů. Autoři uvádějí, že všeobecné sestry, mají značný prostor ovlivnit výsledný stav pacientů, avšak v praxi se často zaměřují spíše na prevenci komplikací než na aktivní rehabilitační cíle.

Tento fakt může souviset právě s nedostatkem času a personálu, který byl identifikován i v rámci vlastního výzkumu. Omezený časový prostor může vést k opožděnému zahájení mobilizace pacientů nebo k nižší intenzitě rehabilitační péče.

Studie dále zdůrazňuje význam multidisciplinární spolupráce a komunikace mezi zdravotnickými pracovníky, která může přispět ke zkvalitnění péče. V této souvislosti se nabízí prostor pro větší zapojení ostatních členů týmu i rodiny pacienta, což by mohlo vést ke komplexnějšímu přístupu k rehabilitaci.

Podobně i Krausová (2022) upozorňuje na význam organizačních podmínek, které mohou výrazně ovlivnit kvalitu poskytované péče.

Zajímavým zjištěním je rozdíl mezi hodnocením pacientů a sester. Zatímco pacienti hodnotili průběh rehabilitace převážně pozitivně, všeobecné sestry vnímaly řadu limitujících faktorů. Tento rozdíl je v souladu s dalšími výzkumy, kde pacienti často hodnotí péči subjektivně, zatímco zdravotnický personál zohledňuje systémové nedostatky.

### **Výzkumná otázka č. 3: Jaké deficitní oblasti rehabilitačního ošetrovatelství identifikují pacienti a všeobecné sestry?**

Třetí výzkumná otázka se zaměřovala na identifikaci deficitních oblastí rehabilitačního ošetrovatelství z pohledu pacientů a sester.

Z výsledků vyplývá, že všeobecné sestry jako hlavní deficitní oblasti uváděly především nedostatek personálu, času na pacienty a omezené technické vybavení. Dále poukazovaly na potřebu lepší informovanosti a vzdělání v oblasti rehabilitačního ošetrovatelství, a to jako formou školení, tak praktických ukázek cvičení.

Pacienti naopak vnímali deficitní oblasti méně výrazně. Většina z nich byla s poskytovanou péčí spokojena a neuváděla zásadní nedostatky. Přesto se u některých projevila potřeba lepší edukace, zejména v oblasti domácího cvičení a pokračování rehabilitace po propuštění do domácí péče.

Zajímavým zjištěním je, že obě skupiny se shodují na důležitosti komunikace, která je důležitá pro efektivitu rehabilitačního procesu. Zároveň se ukazuje, že prostor ke zlepšení stojí především na organizační úrovni a v oblasti podpory pacientů při samostatném cvičení.

V rámci třetí výzkumné otázky byly identifikovány především organizační a personální nedostatky. Všeobecné sestry uváděly zejména nedostatek času, nízký počet personálu a omezené technické vybavení.

Tyto závěry jsou v souladu s prací zaměřenou na rehabilitační ošetřovatelství Jedličkové (2016), kde jsou jako hlavní bariéry uváděny právě nedostatek personálu a vysoká pracovní zátěž zdravotnického personálu.

Dále byla identifikována potřeba dalšího vzdělávání sester v oblasti rehabilitační péče, což potvrzuje i Jedličková (2016), která zdůrazňuje význam kontinuálního vzdělávání zdravotnického personálu pro zajištění kvalitní péče.

Z pohledu pacientů nebyly deficitní oblasti vnímány tak výrazně, většina z nich byla s péčí spokojena. Přesto se objevila potřeba lepší edukace, zejména v oblasti domácího cvičení. Tento požadavek se objevuje i v dalších studiích, které zdůrazňují význam edukace pacienta pro udržení efektu rehabilitace po propuštění z nemocnice.

Významným společným prvkem obou skupin byla komunikace, která byla označena jako důležitý faktor ovlivňující kvalitu rehabilitační péče.

Je nutné zmínit, že tato práce má určitá omezení. Výzkumný soubor byl přiměřený velikosti této práce, takže zahrnoval pouze devět respondentů, což ale omezuje možnost zobecnění výsledků na širší populaci. Dalším omezením může být subjektivita odpovědí respondentů, která je typická pro kvalitní výzkum.

I přes tato omezení práce přináší cenný pohled na problematiku rehabilitačního ošetřovatelství, a to z pohledu jak zdravotnického personálu, tak i pacientů. Výsledky poukazují na význam této péče pro zlepšení kvality života seniorů a zároveň identifikují oblasti, ve kterých je možné péči dále rozvíjet.

Z praktického hlediska mohou být výsledky využity ke zlepšení organizace péče, posílením personálního zajištění a rozvojem edukace pacientů v oblasti rehabilitace.

## 4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Problematika rehabilitace geriatrických pacientů je v dnešní době velmi aktuální, jelikož populace stárne a s přibývajícím věkem narůstá výskyt chronických onemocnění, omezení pohyblivosti a ztráty soběstačnosti. Je proto žádoucí věnovat této problematice dostatečnou pozornost a neodsouvat ji do pozadí. Velmi důležité je informovat nejen zdravotnické pracovníky, ale i širokou veřejnost, protože právě rodina a blízcí hrají důležitou roli v procesu rehabilitace a návratu seniora k co nejvyšší kvalitě života.

Z dostupných poznatků vyplývá, že geriatrickí pacienti se často potýkají se sníženou kvalitou života, a to především v oblasti mobility, soběstačnosti a vykonávání běžných denních činností. Velký vliv má také psychický stav pacienta, kdy se mohou objevovat pocity bezmoci, osamělosti nebo ztráty smyslu života.

Domnívám se, že zdravotníci mají nezastupitelnou roli v motivaci pacientů a mohou významně ovlivnit i přístup rodiny k péči o seniora. Doporučila bych, aby praktičtí lékaři i další odborníci kladli větší důraz na preventivní péči, včasné zachycení funkčních změn a komplexní posouzení zdravotního stavu pacienta. Důležité je také zohlednění sociální situace pacienta a zapojení multidisciplinárního týmu.

Rodině bych doporučila aktivní zapojení do rehabilitačního procesu. Je vhodné, aby podporovali seniora v pravidelném pohybu, návratu soběstačnosti a udržování běžných denních návyků. Rehabilitace by měla být zaměřena nejen na fyzickou stránku, ale také na kognitivní funkce a psychickou pohodu. Velmi přínosné mohou být fyzioterapeutické služby, ergoterapie, návštěvy denních stacionářů nebo pobyt v lázních. V některých případech je vhodné využít také psychologickou podporu, jelikož adaptace na změny spojené se stářím nemusí být pro každého jednoduchá.

Důležitou součástí péče jsou i kompenzační pomůcky, které mohou výrazně zvýšit míru samostatnosti pacienta. Každý senior má individuální potřeby, a proto je nutné přistupovat ke každému pacientovi individuálně. Nevhodný přístup, kdy je senior ponechán bez aktivity a většinu času tráví pasivně, může vést k dalšímu zhoršování jeho zdravotního i psychického stavu.

Rehabilitace geriatrických pacientů je dlouhodobý proces, který vyžaduje trpělivost, systematickosti a spolupráci všech zúčastněných. Při správně nastavené péči může dojít ke zlepšení funkčního stavu a udržení co nejvyšší možné kvality života, i když často s určitými omezeními.

Domnívám se, že by bylo přínosné více informovat veřejnost o možnostech rehabilitace ve stáří, například formou edukačních materiálů dostupných v ordinacích praktických lékařů nebo zdravotnických zařízeních. Takové informace by mohly přispět k lepšímu porozumění této problematice a motivovat jako seniory, tak jejich rodiny k aktivnímu přístupu k péči o zdraví.

## Závěr

Ve své bakalářské práci jsem zjišťovala, jak pacienti vnímají rehabilitační péči a zda je jim přínosem a má na ně pozitivní vliv v průběhu hospitalizace. Díky rozhovorům s respondenty jsem měla možnost zjistit, jak pacienti hodnotí rehabilitaci a pokusit se zlepšit možné nedostatky.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit přínos všeobecné sestry provádějící rehabilitační ošetřovatelství na kvalitu života seniorů na interním oddělení a identifikovat možné deficitní oblasti.

V první výzkumné otázce jsem zjišťovala, jaký vliv má rehabilitační ošetřovatelství na kvalitu života jak všeobecnými sestrami, tak pacienty. Na základě odpovědí mých respondentů jsem zjistila, že rehabilitace má pozitivní vliv na psychiku pacienta, lepší zvládnání běžných denních aktivit, ustupující bolest díky pravidelné rehabilitaci a také pozitivní myšlení geriatrických pacientů.

Druhá výzkumná otázka zkoumala průběh a organizaci rehabilitačního ošetřovatelství z pohledu sester a pacientů. Díky odpovědím mých respondentů jsem zjistila, že průběh i délka rehabilitace je vždy přizpůsobena stavu pacienta, komunikace mezi všeobecnou sestrou a pacientem je dostačující, organizačně by mohlo být na oddělení více sester provádějící rehabilitační ošetřovatelství a více času.

Ve třetí výzkumné otázce jsem zkoumala, jaké deficitní oblasti rehabilitačního ošetřovatelství identifikují pacienti a všeobecné sestry. Podle odpovědí respondentů jsem zjistila, že by bylo potřeba více rehabilitačních pomůcek, více školení pro všeobecné sestry na téma rehabilitace a pro pacienty edukační letáky, či speciální místnost na provádění rehabilitačního ošetřovatelství.

Doufám, že díky mé bakalářské práci bude možné využít výsledky odpovědí mých respondentů a následně provádět kvalitní rehabilitační péči na interním oddělení.

Díky rozhovorům s respondenty a výše uvedeným výzkumným otázkám mám veškeré informace k tomu, abych splnila cíl mé bakalářské práce.

Bakalářská práce je pro mě přínosem a díky mému výzkumu se mé znalosti ohledně rehabilitačního ošetřovatelství rozšířily a mohu je aplikovat v praxi.

## Seznam použité literatury

- CENTRAL EUROPEAN MANAGEMENT INSTITUTE. 2025** *Maslowova pyramida potřeb*. [Online] 30. květen 2025. [Citace: 15. březen 2026.] <https://www.cemi.cz/wp-content/uploads/2025/11/Maslowova-pyramida-potreb.jpg.webp>.
- ČEVELA, Rostislav, ČELEDVÁ, Libuše a KALVACH, Zdeněk. 2016.** *Úvod do gerontologie*. Praha : Karolinum, 2016. 978-80-246-3404-3.
- DOLEŽALOVÁ, Jitka, a další. 2022.** *Ošetrovatelské postupy*. České Budějovice : Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2022. 978-80-7394-953-2.
- DOSBABA, Filip, KRÍŽOVÁ, Dagmar a HARTMAN, Martin. 2021.** *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha : Grada Publishing, 2021. 978-80-271-1050-6.
- HOLMEROVÁ, Iva, KUCKIR, Martina a VAŇKOVÁ, Hana. 2017.** *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení*. Praha : Grada Publishing, 2017. 978-80-271-9585-5.
- JEDLIČKOVÁ, Zuzana a BEDNAŘÍKOVÁ, Mirka. 2016.** *Využití rehabilitace ke zvýšení nebo udržení soběstačnosti u geriatrických pacientů s kloubními obtížemi*. [Bakalářská práce] Olomouc., 2016. [online.] Dostupné z: [https://theses.cz/id/jiw7s0/Bakal\\_sk\\_prce-Jedli\\_kov.pdf?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3D%22rehabilitace%20geriatrických%20pacientů%22%26start%3D1](https://theses.cz/id/jiw7s0/Bakal_sk_prce-Jedli_kov.pdf?zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3D%22rehabilitace%20geriatrických%20pacientů%22%26start%3D1)
- KABELKA, Ladislav a CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ, Magdalena. 2022.** *Syndrom křehkosti: indikace péče, podpora života v nemoci, komunikační dovednosti*. Praha : Grada Publishing, 2022. 978-80-271-3178-5.
- KABELKA, Ladislav. 2017.** *Geriatrická paliativní péče. Edice postgraduální medicíny*. Praha : Mladá fronta, 2017. 978-80-204-4225-3.
- KNEAFSEY, Rosie, CLIFFORD, Collette a GREENFIELD, Sheila. 2013.** *What is the nursing team involvement in maintaining and promoting the mobility of older adults in hospital? A grounded theory study*. Coventry, 2013. [online.] [Citace: 25. březen 2026.] Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748913001223?via%3Dihub>
- KRAUSOVÁ, Anna a HOZOVÁ, Hana. 2022.** *Aplikace ošetrovatelské rehabilitace v praxi*. [Bakalářská práce] Opava : Slezská univerzita v Opavě, 2022. [online.] Dostupné z: [https://is.slu.cz/th/gp1vs/FVP\\_BP\\_2022\\_Aplikacerehabilitace\\_KrausovaAnna.pdf](https://is.slu.cz/th/gp1vs/FVP_BP_2022_Aplikacerehabilitace_KrausovaAnna.pdf)
- MEIER F, Nathan, KLINEDINST S, Brandon a LEE, Duck-Chul. 2025.** *Reliability and validity of a full-body function Get-Up test in older adults*. *Geroscience*, 2025. [online.] [Citace: 1. duben 2026.] Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748913001223?via%3Dihub>
- MULTIMEDIÁLNÍ TŘENAŽER PLÁNOVÁNÍ OŠETŘOVATELSKÉ PÉČE. Barthelův test základních všedních činností ADL**. [Online] [Citace: 15. březen 2026.] <https://ose.zshk.cz/media/p5811.pdf>.
- NAVRÁTIL, Leoš a ŠEDIVCOVÁ, Milada Luisa. 2023.** *Léčebná rehabilitace v geriatrii*. Praha : Grada Publishing, 2023. 978-80-271-3132-7.
- NAVRÁTIL, Leoš. 2019.** *Fyzikální léčebné metody pro praxi*. Praha : Grada Publishing, 2019. 978-80-271-0478-9.

- NAVRÁTIL, Leoš. 2025.** *Fyzioterapeutická propedeutika*. Praha : Grada Publishing, 2025. 978-80-271-3996-5.
- NOVÁ, Veronika. 2024.** *Aktivizace geriatrických pacientů v léčebnách dlouhodobě nemocných*. Praha : Grada Publishing, 2024. 978-80-271-5305-3.
- PLEVOVÁ, Ilona a KACHLOVÁ, Miroslava. 2022.** *Postupy v ošetrovatelské péči 1: Základní fyzikální vyšetření sestrou, měření fyziologických funkcí*. Praha : Grada Publishing, 2022. 978-80-271-3032-0.
- RAISOVÁ, Kateřina. 2025.** *Plicní rehabilitace v kazuistikách*. Praha : Grada Publishing, 2025. 978-80-247-4925-9.
- RŮŽIČKOVÁ, Monika a TREŠLOVÁ, Marie. 2023.** *Rehabilitační ošetřování na chirurgickém oddělení*. [Bakalářská práce] České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2023. [online.] Dostupné z: [https://theses.cz/id/55xaay/Rehabilitacni\\_osestrovani\\_na\\_chirurgickem\\_oddeleni\\_-\\_Bc.\\_M.pdf](https://theses.cz/id/55xaay/Rehabilitacni_osestrovani_na_chirurgickem_oddeleni_-_Bc._M.pdf)
- SLEZÁKOVÁ, Lenka. 2023.** *Ošetrovatelství v interně I. Sestra*. Praha : Grada Publishing, 2023. 978-80-271-1743-7.
- VOLKOVÁ, Zdenka a PAVLÍKOVÁ, Petra. 2016.** *Aktivizační techniky pro seniory v práci všeobecné sestry v psychiatrii*. [Bakalářská práce] Jihlava, 2016. [online.] Dostupné z: <https://isz.vspj.cz/bp/get-bp/student/44376/thema/5450>
- VOSTRÝ, Michal a VETEŠKA, Jaroslav. 2021.** *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha : Grada Publishing, 2021. 978-80-271-2866-2.
- VÁCLAVÍK, Jan a LYS, Zdeněk. 2023.** *Multimorbidita v klinické praxi*. Praha : Grada Publishing, 2023. 978-80-271-3751-0.
- VÁGNEROVÁ, Tereza. 2020.** *Výživa v geriatrici a gerontologii*. Praha : Karolinum, 2020. 978-80-246-4620-6.
- WAGNER, Uwe a MOHROVÁ, Jana. 2019.** *Polohování v péči o nemocné*. Praha : Grada Publishing, 2019. 978-80-271-2053-6.
- WASSERMAN, Michael R., a další. 2024.** *Geriatric Medicine: A Person Centered Evidence Based Approach*. Springer Nature Switzerland : Springer Nature, 2024. 978-3-030-74720-6.
- ZRUBÁKOVÁ, Katarína a BARTOŠOVIČ, Ivan. 2019.** *Nefarmakologická léčba v geriatrici*. Praha : Grada Publishing, 2019. 978-80-271-2207-3.
- ZRUBÁKOVÁ, Katarína, BARTOŠOVIČ, Ivan a MÍČOVÁ, Ludmila. 2025.** *Výživa a aktivizace u rizikových pacientů*. Praha : Grada Publishing, 2025. 978-80-271-5366-4.