

# **Aktivizační program pro geriatrické pacienty**

Petra Velecká

---

Bakalářská práce  
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav ošetrovatelství  
akademický rok: 2011/2012

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Petra VELECKÁ**  
Osobní číslo: **H09274**  
Studijní program: **B 5341 Ošetrovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Téma práce: **Aktivizační program pro geriatrické pacienty**

Zásady pro vypracování:

**V teoretické části vymezit pojmy z oblasti geriatrie a aktivizace, specifikovat aktivizační metody a jejich prvky aplikovatelné u geriatrických pacientů v nemocničním prostředí. V praktické části připravit a realizovat aktivizační programy u geriatrických pacientů na oddělení následné péče. Prostřednictvím rozhovorů s aktivizovanými geriatrickými pacienty vyhodnotit uskutečněné aktivity. Analyzovat získané informace, včetně jejich interpretace a vypracování doporučení pro praxi.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**KALVACH, Zdeněk et al., 2004. Geriatrie a gerontologie. Praha: Grada. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.**

**KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ, 2009. Kognitivní trénink v praxi. Praha: Grada. 150 s. ISBN 978-80-247-2608-3.**

**KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER, 2006. Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 54 s. ISBN 80-244-1552-6.**

**VYŠKOVSKÁ, Eva a Vanda FRANKOVÁ, 2010. Program Mates. Praha: Maxdorf. 36 s. ISBN 978-80-7345-205-6.**

**WALSH, Danny, 2005. Skupinové hry a činnosti pro seniory. Praha: Portál. 203 s. ISBN 80-7178-970-4.**

Vedoucí bakalářské práce:

**doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.**

Ústav aplikovaných společenských věd

Konzultant:

**Mgr. Silvie Treterová**

Ústav ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce:

**30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**30. května 2012**

Ve Zlíně dne 14. února 2012

  
doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Anna Krátká, Ph.D.  
ředitelka ústavu

# PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

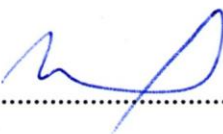
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 2.3.2012



.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělěčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce se zabývá aktivizací hospitalizovaných pacientů na oddělení následné péče. Cílem bakalářské práce je realizovat aktivizační programy s geriatrickými pacienty na oddělení následné péče a zjistit pohled geriatrických pacientů na tyto aktivizační programy.

Teoretická část bakalářské práce se zaměřuje na charakteristiku pojmů týkajících se aktivizace a aktivizačního programu a přibližuje jednotlivé aktivizační metody, které lze využívat u geriatrických pacientů v nemocničním prostředí. Dále se zabývá problematikou geriatrických syndromů a seznamuje se zásadami komunikace s geriatrickými pacienty.

Praktická část bakalářské práce zahrnuje přípravu a realizaci aktivizačních programů u pacientů na oddělení následné péče a zpracování a vyhodnocení výsledků dotazníkového šetření, jehož formou je polostrukturovaný rozhovor. Šetření je zaměřeno na zjištění spokojenosti geriatrických pacientů s proběhlými aktivizačními programy na oddělení následné péče. Součástí praktické části jsou návrhy s postupy pro realizaci aktivizačních programů.

**Klíčová slova:** Aktivizace, aktivizační metody, aktivizační program, geriatrický pacient, oddělení následné péče, aktivizační pracovník – pracovník, který realizuje aktivizační programy

## **ABSTRACT**

This bachelor thesis deals with activation of hospitalised patients in the department of subsequent care. The goal of this thesis is to implement activation programmes for geriatric patients in the department of subsequent care and to find out geriatric patients' views on these activation programmes.

The theoretical part of thesis focuses on the characteristics of terms concerning activation and activation programme, and approaches activation methods which can be used for geriatric patients in the hospital environment. Furthermore, it deals with geriatric syndromes and acquaints with the principles of communication with geriatric patients.

The practical part of thesis includes the preparation and implementation of activation programmes for patients in the department of subsequent care and processing and evaluation of results of a questionnaire survey, which was in the form of semi-structured interview. This survey was aimed at determining of satisfaction of geriatric patients with the implemented programs in the department of subsequent care. The practical part also includes the proposals with the procedures for the implementation of activation programmes.

**Keywords:** Activation, activation methods, activation programme, geriatric patient, department of subsequent care, activation worker – worker, who implements activation programmes

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Aktivizační program pro geriatrické pacienty vypracovala samostatně s použitím pramenů a literatury uvedené v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

---

Petra Velecká



Motto:

*„Objevila jsem, kolik štěstí můžeš přinést, když nasloucháš starému člověku.“*

Božena Kolská

Poděkování:

Na prvním místě bych chtěla poděkovat Mgr. Silvii Treterové a doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. za odborné vedení mé práce. Děkuji jim za ochotu, obětavost, spolupráci a poskytnutí mnoha cenných rad, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

Mé poděkování patří také personálu oddělení následné péče na 7. etáži KNTB, a.s. za vstřícný přístup a spolupráci při realizaci aktivizačních programů pro geriatrické pacienty.

Poděkovat bych také chtěla pacientům oddělení následné péče na 7. etáži KNTB, a.s. za ochotu a spolupráci při realizaci aktivizačních programů, které byly uskutečňovány v době od září roku 2011 do března roku 2012.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat také své rodině a svým blízkým za podporu a trpělivost při zpracovávání této bakalářské práce a při studiu.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>12</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>14</b>
<b>1 GERIATRICKÝ PACIENT</b> .....	<b>15</b>
1.1 POJETÍ GERIATRICKÉHO PACIENTA .....	15
1.2 FUNKČNÍ KLASIFIKACE SENIORŮ .....	16
1.3 GERIATRICKÁ KŘEHKOST .....	18
1.4 KOMPLEXNÍ GERIATRICKÉ HODNOCENÍ .....	19
<b>2 GERIATRICKÉ SYNDROMY</b> .....	<b>22</b>
2.1 CHARAKTERISTIKA GERIATRICKÝCH SYNDROMŮ .....	23
2.1.1 Syndrom hypomobility, snížené kondice a svalové slabosti.....	23
2.1.2 Syndrom anorexie a malnutrice .....	24
2.1.3 Syndrom instability s pády.....	25
<b>3 AKTIVIZACE GERIATRICKÝCH PACIENTŮ</b> .....	<b>28</b>
3.1 VÝZNAM AKTIVITY PRO GERIATRICKÉ PACIENTY .....	29
3.2 ZÁSADY PRO EFEKTIVNÍ AKTIVIZACI .....	30
3.3 AKTIVIZAČNÍ METODY VYUŽITELNÉ V PROSTŘEDÍ GERIATRICKÉHO ODDĚLENÍ.....	32
3.3.1 Arteterapie.....	33
3.3.2 Muzikoterapie .....	35
3.3.3 Mozkový trénink, kognitivní rehabilitace .....	37
3.4 MOTIVACE GERIATRICKÝCH PACIENTŮ K AKTIVITĚ .....	39
<b>4 PRACOVNÍK ZABEZPEČUJÍCÍ AKTIVIZACI</b> .....	<b>42</b>
4.1 PŘEDPOKLADY PRO VÝKON PRACOVNÍKA ZABEZPEČUJÍCÍHO AKTIVIZACI .....	42
4.2 PŘEDPOKLÁDANÉ SCHOPNOSTI PRACOVNÍKA ZABEZPEČUJÍCÍHO AKTIVIZACI .....	42
4.3 OBSAH PRACOVNÍ ČINNOSTI PRACOVNÍKA ZABEZPEČUJÍCÍHO AKTIVIZACI .....	43
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>44</b>
<b>5 METODIKA PRÁCE</b> .....	<b>45</b>
5.1 CÍLE PRÁCE .....	45
5.2 ORGANIZACE ŠETŘENÍ .....	45
5.3 CHARAKTERISTIKA PRŮZKUMNÉHO VZORKU.....	46
5.4 METODY PRÁCE.....	47
5.4.1 Charakteristika položek „průzkumného šetření č. 2“ .....	47
5.5 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT.....	48
<b>6 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ</b> .....	<b>49</b>

6.1	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ Č. 1 KE ZJIŠTĚNÍ POVĚDOMÍ STUDENTŮ O AKTIVIZACI GERIATRICKÝCH PACIENTŮ.....	49
6.2	ROZHOVORY S PACIENTY .....	68
6.3	DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ Č. 2 KE ZJIŠTĚNÍ NÁZORU STUDENTŮ NA PROBĚHLÝ AKTIVIZAČNÍ PROGRAM U PACIENTŮ NA ODDĚLENÍ NÁSLEDNÉ PÉČE .....	72
<b>7</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>87</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>92</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>94</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>97</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>98</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>99</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>100</b>

## ÚVOD

Aktivita je v dnešní době nedílnou součástí života velké většiny seniorů v České republice. Mezi našimi seniory najdeme takové, kteří se aktivitám v denním životě věnují každý den, mají rádi aktivitu a můžeme o nich také říct, že si svůj „podzim života“ dokážou naplno užívat, ale najdeme také ty, kteří jsou aktivní jen v některých činnostech, nebo pouze v některém období roku či seniory úplně neaktivní, bez zájmu o jakoukoliv aktivitu. Jaký je tedy rozdíl mezi seniorem aktivním a neaktivním? Neaktivní senior je často izolován od ostatních. Pro svůj nezájem nemá žádné koníčky a také žádné přátele. Jeho psychická stránka je proto velmi narušena a tělesná stránka zaostává. Takový senior se často již v brzkém seniorském věku cítí být starým a nepotřebným a cítí se být velmi osamělý. Aktivní senior se aktivně zapojuje do všech činností, se kterými se denně setkává, a od toho se také odvozuje jak jeho fyzická, tak psychická stránka osobnosti. Život aktivního seniora je naplněn zájmy a koníčky, které ho baví a o které se zajímá. Aktivní senior často nemívá vážná onemocnění, je spokojený, dokáže se radovat, bavit se, scházet se s jinými lidmi a plně si užívat svého stáří.

O aktivních seniorech se dozvídáme také v naší nedávné historii české literatury. Aktivní postavy ztvárněny v mnoha literárních dílech. Jako jeden příklad za všechny bych uvedla hlavní postavu v povídce Babička od spisovatelky Boženy Němcové. Je jí stará žena, která žije se svými dětmi a vnoučaty na Starém bělidle. O postavě babičky se zmiňují hlavně proto, že ve svém úctyhodném věku zastala všechny možné aktivity od hlídání svých vnoučat, práci na Starém bělidle a vaření, až po včelaření a besedování se všemi hosty na Starém bělidle. Až do velmi vysokého věku se babička snažila být aktivní a činnorodá, nemyslela na své stáří a ani jej příliš nedávala najevo. Ráda bych však zmínila také další aktivní seniorky, jejichž činnost měla a doposud má velký přínos pro ošetrovatelství. Mezi již zmíněné aktivní seniorky určitě patří například Florence Nightingalová, Virginia Herderisonová, Dorothea Oremová a další, a mnoho dalších, světově uznávaných zdravotních sester a vynikajících teoretiček ošetrovatelství, které se svou aktivitou dopracovali k fyzické i psychické pohodě a úctyhodnému věku.

V této práci se budu zabývat aktivitou seniorských pacientů v nemocničním zařízení. Domnívám se, že je velmi důležité zabývat se touto problematikou vzhledem k nečinnosti pacientů, kteří setrvávají k doléčení nebo následné rehabilitaci na odděleních následné péče nebo v LDN. Je až zarážející, kolik geriatrických pacientů musí svou hospitalizaci prožít v

úplné nečinnosti, den ode dne, ve stále stejném stereotypu, který je navíc důležitý pro zachování ošetrovatelského a lékařského chodu oddělení. Aktivizace je pro tyto pacienty přímo nepostradatelná. Aktivizace vede k upevnování fyzické a psychické kondice pacienta. Je jedním z důležitých terapeutických postupů. „Neléčí“ medikamenty, ale aktivitou, činností, hrou, vlídnou komunikací, dotekem, úsměvem, přítomností druhého vůbec.

Aktivizace geriatrických pacientů v průběhu hospitalizace není příliš totožná s aktivizací seniorů. Nemocnice, respektive oddělení následné péče nebo LDN, jsou jiné typy zařízení než zařízení pro seniory či domácí péče. Mají pevně daný řád a chod, oddělení jsou specificky uspořádána, každý pacient má daný svůj léčebný režim, a proto zde nejsou příliš vhodné podmínky pro uskutečňování všech aktivizačních metod. Já jsem však několik takových aktivizačních programů na oddělení následné péče zrealizovala a dospěla jsem k názoru, že je mnoho prvků aktivizačních metod, které jsou na tomto oddělení využitelné. Dospěla jsem také k názoru, že pacienti si přejí být aktivizováni a zapojeni do činnosti. Ti, kteří chtějí a mají zájem, se do aktivizace plně zapojují, spolupracují a po ukončení jednoho aktivizačního programu se těší na další. Co může být tedy pro aktivizačního pracovníka největším úspěchem? Pacient, který se necítí být osamocený, přebytečný, bezcenný nebo nešikovný. Pacient, který se z hloubání o své nemoci přenesse k myšlenkám na prováděnou aktivitu. Pacient veselý, optimistický, pacient, který i přes bolest dokáže porazit ostatní hráče ve hře „Člověče, nezlob se.“

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 GERIATRICKÝ PACIENT

Když se v mysli člověka vybaví obraz geriatrického pacienta nebo někdo hovoří v souvislosti o geriatrickém pacientovi, představí si pacienta velmi vysokého věku, který je kvůli ztrátě soběstačnosti plně upoután na lůžko, je z důvodu poruchy příjmu potravy a tekutin úplně vyhublý a dehydratovaný a navíc k tomuto všemu trpí značnou poruchou paměti. Musím říct, že tato představa o geriatrickém pacientovi, která převládá mezi zdravotnickými pracovníky a také mezi lidmi obecně, je do jisté míry pravdivá. Geriatrické pacienty můžeme zpravidla zařadit do věkové kategorie od 70 let a výše.<sup>1</sup> Stav těchto pacientů bývá často ovlivněn multimorbiditou, kdy se kombinuje několik onemocnění a kdy dochází také ke kombinaci mnohých involučních změn.<sup>2</sup> Multimorbidita je stav, kdy je pacient postižen více chorobami současně a kdy může být postiženo také více orgánů. Tyto choroby mohou vyvolat řadu komplikací a bývají velmi často špatně léčeny, proto také mnohdy přecházejí do chronicity.<sup>3</sup> Multimorbidita je jakýmsi znakem nemocnosti.<sup>4</sup> Geriatrický pacient je také ohrožen mnoha geriatrickými syndromy. Tyto syndromy mohou ovlivňovat kvalitu života pacientů a mohou také negativně působit na následnou léčbu a rehabilitaci.<sup>5</sup> Při léčbě a ošetřování geriatrických pacientů je řadíme mezi hlavní ošetřovatelské problémy.<sup>6</sup> Geriatrickí pacienti se vyznačují také tím, že vyžadují specifický geriatrický přístup v ošetřovatelské péči.<sup>7</sup>

### 1.1 Pojetí geriatrického pacienta

Geriatrickým pacientem bývá zpravidla pacient ve věku 70 let a výše. Kalvach<sup>8</sup> (2004) udává, že: „*věková hranice pro označení geriatrického pacienta je teoreticky 65 let, prakticky 75 let*“, avšak tato hranice neznamená, že by se pacient měl automaticky stát pacientem geriatrickým. Pro geriatrického pacienta tedy není rozhodující jeho věk, nýbrž přizpůsobení se geriatrickému režimu, předcházení geriatrickému hospitalismu, odborný, specializovaný a zkušený personál, pečující o geriatrické pacienty a materiální vybavení rehabili-

---

<sup>1</sup> Holmerová, Kalvach, © 1999 - 2012

<sup>2</sup> Kalvach, Onderková, 2006, s. 27

<sup>3</sup> Minibergerová, Dušek, 2006, s. 18

<sup>4</sup> Jarošová, 2006, s. 35

<sup>5</sup> Holmerová, Kalvach, © 1999 - 2012

<sup>6</sup> Jarošová, 2006, s. 79

<sup>7</sup> Holmerová, Kalvach. © 1999 - 2012

<sup>8</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 168

tačními prostředky.<sup>9</sup> Dalším velkým problémem pro geriatrického pacienta může být křehkost. Určování míry křehkosti u geriatrických pacientů je významné z toho důvodu, že může dojít k náhlé dekompenzaci nebo deterioraci stavu pacienta a následně může být ohrožena jeho soběstačnost.<sup>10</sup> Ačkoli se o geriatrické křehkosti mluví jako o fyziologickém syndromu, může jejím důsledkem dojít k oslabení funkcí několika fyziologických systémů, labilitě, až smrti pacienta.<sup>11</sup> Tito křehcí pacienti obvykle vyžadují dlouhodobou ošetrovatelskou péči zaměřenou na upokojujání jejich potřeb a priorit. Je kladen důraz na specifický přístup v ošetřování těchto pacientů, jehož součástí je také používání komplexního geriatrického hodnocení pacienta. Toto hodnocení napomáhá zlepšovat soběstačnost pacientů při dlouhodobé ošetrovatelské péči, usiluje o efektivní a bezpečnou dlouhodobou péči a orientuje se na saturaci potřeb pacientů, čímž zajistí dlouhodobou spokojenost pacientů.<sup>12</sup>

## 1.2 Funkční klasifikace seniorů

Seniory, ale také hospitalizované pacienty rozčleňujeme pomocí funkčních testů a škál do různých kategorií nebo skupin, které nazýváme funkční klasifikací seniorů (pacientů). Tyto kategorie nám jasně ukazují jak heterogenitu seniorské populace, tak také řadu problémů a potřeb seniorů. Šnejdrlová a Kalvach<sup>13</sup> (2008) ve své práci uvádí názor Spirdusové, která seniory (pacienty) rozděluje na elitní, zdatné, nezávislé, křehké, závislé a zcela závislé.

### Elitní senioři

Elitní senioři jsou po fyzické a psychické stránce velmi zdatní, zvládají i značně náročné činnosti, například náročné sportovní soutěže. Seniorů s takto extrémní zdatností je v ČR velmi malé procento.

### Zdatní (fit) senioři

Zdatní senioři mají s elitními seniory stejnou vlastnost a tou je jejich velmi dobrá fyzická a psychická kondice. I když zdatní senioři už nejsou v takové míře extrémně zdatní jako senioři elitní, jejich zdatnost je na velmi dobré úrovni. Zdatní senioři zvládají obtížné činnosti denního života, ale také individuální činnosti, kterými je jejich život naplněn. Často

---

<sup>9</sup> Kalvach, Onderková, 2006, s. 15

<sup>10</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 168

<sup>11</sup> Krajčík, © 2006

<sup>12</sup> Krajčík, © 2006; Kalvach, Onderková, 2006, s. 16; Kalvach, et al., 2004, s. 168

<sup>13</sup> Šnejdrlová, Kalvach, © 2009



všechny tyto činnosti dodržují pravidelně. Mohou to být například různá sportovní nebo jiná soutěžní klání, cestování, péče o druhou osobu aj.<sup>14</sup>

### **Nezávislí (independent) senioři**

Nezávislí senioři zvládají běžné činnosti denního života, jejich soběstačnost není narušena, ale často mívají omezení v kloubním pohybu a svalové síle. Nepotřebují výraznou pomoc rodiny nebo pečovatelů. Tito senioři mají velké problémy v případě, kdy nastane podstatná změna buď v jejich zdravotním stavu, nebo jakákoli jiná změna v jejich běžném životě, ať už jde o onemocnění a z něj vyplývající hospitalizace, operační výkon, rehabilitace, nebo různé kalamity a mimořádné zátěže v denním životě. V těchto případech je nutná pomoc a podpora seniorů.<sup>15</sup>

### **Křehcí (frail) senioři**

Křehcí senioři mohou být ohroženi náhlou dekompenzací jejich zdravotního stavu. Nemají již takovou míru zdatnosti ve zvládnání činností denního života jako nezávislí senioři, jejich soběstačnost může být narušena a obvykle již potřebují pomoc druhé osoby, například rodiny nebo pečovatelské služby. Z tohoto důvodu bývají často umístěni například do domů pro seniory, kde je kladen důraz na kontrolu a hodnocení soběstačnosti seniora, prevenci imobility a co největší zapojení seniora do aktivit denního života. Pokud již senior nezvládá tyto aktivity sám, péče o něj je zaměřena na dopomoc při naplňování těchto aktivit. V domácí péči je velmi důležitá edukace rodiny seniora.<sup>16</sup>

### **Závislí (dependent) senioři**

Závislí senioři se vyznačují závažným funkčním deficitem, dochází k narušení jejich fyzické a často i duševní oblasti, mají značné obtíže ve zvládnání běžných činností denního života a často potřebují pomoc při provádění těchto aktivit. Jejich pohyb je omezen na velmi malou vzdálenost, často jenom v prostoru bytu nebo pokoje, a to pouze k dopravení se na toaletu a zpět do lůžka. Často tito senioři potřebují při chůzi dopomoc, buď kompenzačních

---

<sup>14</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 169

<sup>15</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 169 – 170

<sup>16</sup> Kalvach, Onderková, 2006, s. 15

pomůcek, nebo druhé osoby, jinak bývají ve své chůzi značně nejistí. Velmi důležitá je u těchto pacientů prevence pádů.<sup>17</sup>

### **Zcela závislí (stally dependent) senioři**

Zcela závislí senioři bývají zcela odkázáni na pomoc druhých osob ve všech činnostech denního života. Bývají to senioři vyžadující dlouhodobou celkovou ošetrovatelskou péči s úplnou dopomocí. Velkou většinu tvoří senioři, kteří jsou obyvateli domovů pro seniory, není ale výjimkou péče o seniora v domácnosti, buď jeho rodinou, nebo pečovatelskou službou. Tito senioři často trpí imobilizačním syndromem s následným vznikem dekubitů. Důležitými intervencemi tedy jsou pravidelné polohování, dostatečná výživa a hydratace a důkladná hygiena u seniora.<sup>18</sup>

## **1.3 Geriatrická křehkost**

Geriatrická křehkost (frailty) představuje velký problém, který výrazně ovlivňuje zdravotní stav geriatrických pacientů. Je to stav, kdy dochází k dekompenzaci zdravotního stavu pacienta, a to v tom smyslu, že může dojít k výraznému narušení zdatnosti, k zhoršení mobility, k nesoběstačnosti, a tím také k neschopnosti provádět běžné činnosti denního života. Může taktéž dojít k rozvoji geriatrických syndromů u geriatrického pacienta. Podle Friedové<sup>19</sup> (2003) „je křehkost fyziologický, klinický syndrom, charakterizovaný sníženou rezervou a sníženou rezistencí proti stresům, což je způsobené kumulací oslabení funkce více fyziologických systémů.“ Geriatrická křehkost tedy označuje přítomnost tří z pěti základních znaků. Mezi tyto základní znaky patří neúmyslný úbytek hmotnosti, únava, svalová slabost, pomalá chůze a narušená pohybová aktivita.<sup>20</sup> Příčin, které se podílí na vzniku křehkosti, je velké množství. Patří sem hlavně změny involuční, kdy během procesu stárnutí dochází úbytku svalové hmoty a svalové dysbalanci. Dále sem patří změny chorobné, kdy přibývající onemocnění, jako diabetes mellitus, ICHS, osteoporóza, zánětlivá onemocnění, endokrinní onemocnění a další, způsobují křehkost u geriatrických pacientů. V neposlední řadě za vznikem geriatrické křehkosti stojí také změny ve způsobech života

---

<sup>17</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 170

<sup>18</sup> Kalvach, Onderková, 2006, s. 15

<sup>19</sup> Friedová in Hegyi, 2010, s. 82

<sup>20</sup> Hegyi, Krajčík, 2010, s. 82; Fried, et al., © 2001

pacientů, a to změny ve výživě, ve smyslu poruch výživy, dekonidice.<sup>21</sup> Diagnostika geriatrické křehkosti spočívá, jak jsem již výše zmínila, v hodnocení přítomnosti tří z pěti základních znaků, mezi které patří úbytek hmotnosti, únava, svalová slabost, pomalá chůze a narušená pohybová aktivita.<sup>22</sup> Léčba pacientů s geriatrickou křehkostí se zakládá na léčbě přidružených onemocnění, důležitá je také pravidelná rehabilitace a izometrická cvičení, která mohou provádět i pacienti se závažným onemocněním. Spolu s rehabilitací je důležité podávání podpůrné výživy. S léčbou geriatrické křehkosti je úzce spojena prevence, která spočívá ve vhodné léčbě onemocnění, přispívajících k rozvoji křehkosti. Také preventivní pravidelná rehabilitace a cvičení může zabránit vzniku nebo progresi křehkosti. Adekvátní podpůrná výživa je také vhodná v prevenci geriatrické křehkosti.<sup>23</sup> Ošetrovatelská péče o pacienty s geriatrickou křehkostí spočívá v dlouhodobém ošetřování a specifickém přístupu k těmto pacientům, při němž je důležité vycházet z posouzení aktuálních potřeb. Důležité je pravidelné přehodnocování potřeb pacientů. K tomuto záměru slouží komplexní geriatrické hodnocení pacientů, které se mimo jiné orientuje také na saturaci aktuálních potřeb pacienta.<sup>24</sup>

#### 1.4 Komplexní geriatrické hodnocení

*„Komplexní geriatrické hodnocení (Comprehensive Geriatric Assessment - CGA) je multidimenzionální interdisciplinární diagnostický proces zaměřený na stanovení zdravotních, funkčních a psychosociálních schopností a problémů křehkých seniorů s cílem vypracovat celkový plán pro léčení a dlouhodobé sledování.“<sup>25</sup>* Toto hodnocení je velmi významné, neboť se soustřeďuje na potřeby pacientů, na sociální aspekty těchto potřeb, poukazuje na funkční souvislosti a kvalitu života seniora, zajímá se o životní podmínky pacienta. Úkolem CGA je také identifikovat rizika, potřeby a priority každého pacienta, a tím zabezpečit účelnou a bezpečnou zdravotní péči. CGA také zamezuje iatrogennímu poškození pacientů, a tím i prodloužení jejich hospitalizace. CGA má rovněž zásluhu na postavení pacienta do popředí, neboli do centra zdravotnického zájmu, kdy již pacient není ošetřován pouze

---

<sup>21</sup> Kalvach, Onderková, 2006, s. 26

<sup>22</sup> Fried, et al., © 2001

<sup>23</sup> Hegyi, Krajčík, 2010, s. 83 - 84

<sup>24</sup> Hegyi, Krajčík, 2010, s. 84

<sup>25</sup> Rubenstein in Kalvach, et al., 2004, s. 165

pasivně, bez funkční diagnostiky.<sup>26</sup> Představitel konceptu CGA L. Z. Rubenstein<sup>27</sup> (1995) shrnuje, že „při použití CGA geriatrickí pacienti mají stanovenou přesnější a kompletnější diagnózu, dostávají přiměřenější péči s lepšími výstupy a šetří se finanční zdroje odbouráním neúčelných služeb.“

Důležitá je při realizaci CGA multioborová spolupráce všech pracovníků podílejících se na péči o pacienta. Mezi tyto pracovníky patří lékaři – geriatři, pracovníci v ošetrovatelství, pracovníci fyzioterapie a ergoterapie, pracovníci v sociální oblasti a mnoho dalších. Tato multioborová spolupráce zajišťuje kvalitnější a účelnější péči o geriatrické pacienty.<sup>28</sup>

CGA zahrnuje jak klinické vyšetření pacienta, kde lékař zjišťuje podrobnou anamnézu, zaměřenou hlavně na sociální a ekonomickou oblast, tedy na prostředí, ve kterém pacient bydlí, sociální vztahy, ekonomické podmínky, tak také služby a oblast zdravotního stavu pacienta, kde jsou diagnostikovány onemocnění, měřen funkční stav a výkonnost pacienta. Dále lékař provádí fyzikální vyšetření, které by mělo být interdisciplinární. V neposlední řadě mohou být v diagnostice nápomocny také doplňující speciální vyšetřovací metody.<sup>29</sup> Další součástí CGA je posouzení duševního zdraví, pomocí kterého je možno odhalit různé psychopatologie, jako jsou kognitivní poruchy nebo deprese. K nejčastějším testům, které hodnotí mentální funkce pacienta, patří například Krátká škála mentálního stavu (Mini - Mental State Examination – MMSE) nebo Geriatrická škála deprese dle Yessavage.<sup>30</sup> Dále se hodnotí fyzická výkonnost a zdatnost pacienta, popřípadě dysabilita a nutriční stav. Patří sem také kineziologické vyšetření, při němž je zjišťován rozsah pohybu. V této oblasti se využívá Test instrumentálních všedních činností (IADL), Test základních sebeobslužných činností (ADL) podle Bartelové a Mini Nutritional Assessment (MNA). (Výše uvedené testy a škály se nachází v příloze **P VIII, IX, X, XI**). Součástí CGA je také hodnocení socio – ekonomické situace pacienta, kdy se objektivně hodnotí rodinné vztahy pacienta, prostředí, ve kterém žije, potřeba služeb a ekonomické podmínky pacienta.

Komplexní geriatrické hodnocení by v dnešní době mělo být součástí péče o pacienta na geriatrickém oddělení nebo péče o seniora v pobytovém zařízení nebo v domácí péči. Dů-

---

<sup>26</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 165

<sup>27</sup> Rubenstein in Kalvach, et al., 2004, s. 165

<sup>28</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 166

<sup>29</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 166

<sup>30</sup> Topinková, 2005, s. 12

ležitě je pravidelné provádění tohoto hodnocení a tím zachycení nebezpečných rizik pro pacienta ve všech oblastech, tedy v oblasti fyzické, psychické, sociální a ekonomické. Zachycením těchto rizik je možné eliminovat rizikové situace a navodit u pacienta pocit bezpečí a pohody, upevňovat u něj vyšší zdatnost a posilovat i jeho soběstačnost. Nejdůležitější předností CGA je však možnost aktuálního vyhodnocování a naplňování potřeb pacientů.

## 2 GERIATRICKÉ SYNDROMY

Stárnutí vede ke změnám organismu a jeho struktur, které již nemohou plně vykonávat svou funkci, již zastávaly před těmito involučními změnami. Tato porušená funkce se může týkat například narušených orgánů, tkání či buněk, které jsou oslabené, a jejich činnost již není fyziologická. Může tedy docházet k celé řadě onemocnění. Pokud navíc dojde ke kombinaci několika onemocnění a problémů, může vzniknout soubor příčin, které se mohou vzájemně ovlivňovat, takže je pak značně obtížné stanovit skutečnou příčinu obtíží pacienta. Často nastává problém přesně stanovit tuto příčinu a není ani vystižen charakter pacientova problému.<sup>31</sup> V tomto případě se dostává do popředí pojem tzv. geriatrický syndrom. Kalvach a Holmerová<sup>32</sup> (2008) udávají: „*pojetí geriatrických syndromů se liší od běžného chápání pojmu „syndrom“ v klinické medicíně, kde většinou znamená množinu příznaků způsobených jednou společnou příčinou. U geriatrických syndromů mají naopak typické, časté a významné příznaky (symptomy) a jejich soubory obvykle mnohočetné a různě kombinované příčiny.*“ Pro geriatrické syndromy je typická multikauzální etiologie, chronicita, funkční závažnost a komplikovaná kauzální léčba.<sup>33</sup>

Současná geriatrická péče nabízí dělení geriatrických syndromů do dvou kategorií.

V první kategorii jsou syndromy rozčleněny na somatické, psychické a sociální. Mezi somatické syndromy patří například syndrom instability s pády, syndrom inkontinence, syndrom hypomobility a dekondice. Do skupiny psychických syndromů řadíme syndrom kognitivního deficitu, poruch paměti, poruch chování a syndrom maladaptace. Třetí skupina syndromů zahrnuje syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání seniora, sociální izolaci seniora a závislost seniora na druhé osobě.<sup>34</sup>

Druhá kategorie dělí geriatrické syndromy do dvou skupin. V první skupině jsou geriatrické syndromy chápány jako synonyma jednotlivých příznaků, které bývají u pacientů časté a významné. Tyto příznaky mohou být způsobené involucí, onemocněním nebo křehkostí. Patří sem například syndrom inkontinence, imobility, dehydratace. Další skupinou jsou geriatrické syndromy v podobě komplikovaných příznakových souborů, které úzce souvisí

---

<sup>31</sup> Kalvach, Onderková, 2006, s. 27

<sup>32</sup> Kalvach, Holmerová, © 2009

<sup>33</sup> Kalvach, Holmerová, © 2009

<sup>34</sup> Piecková, 2011, č. 04, s. 40 – 41

s geriatrickou křehkostí. Do této skupiny patří: syndrom hypomobility, snížené kondice a svalové slabosti neboli sarkopenie, syndrom anorexie a malnutrice, syndrom instability s pády, syndrom inkontinence, syndrom imobility, syndrom kognitivního deficitu, poruch paměti a poruch chování, syndrom duálního sensorického deficitu, syndrom maladaptace, syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka a syndrom terminální geriatrické deteriorace.<sup>35</sup>

## 2.1 Charakteristika geriatrických syndromů

### 2.1.1 Syndrom hypomobility, snížené kondice a svalové slabosti

Tento syndrom se vyznačuje poklesem pohybové aktivity, kdy dochází k omezování pohybu pacienta, zejména lokomoce a chůze, a to buď posedáváním, nebo poleháváním, a dochází také úbytku svalové hmoty a síly. Tím se snižuje vytrvalost a kondice. Tento syndrom může souviset i s jinými syndromy, například se syndromem instability nebo malnutrice a s některými dalšími syndromy.<sup>36</sup>

#### Hypomobilita ve stáří

Hypomobilita je odborné pojmenování pro stav, kdy u seniora dochází k omezení pohyblivosti, rychlosti a výdrže chůze. Kalvach<sup>37</sup> (2008) definuje hypomobilitu jako „malý objem pohybových aktivit a malou vzdálenost ušlou za časové období.“ Zde je důležité pravidelné hodnocení stavu hypomobility seniora, neboť tento stav může vyústit až v geriatrickou deterioraci a křehkost, metabolický syndrom s inzulinorezistencí nebo úmrtnost. Mezi příčiny hypomobility ve stáří patří faktory tělesné, psychické, sociální a faktory prostředí. Příčinou tedy může být bolest, kloubní omezení, instabilita, ztráta vůle a motivace, deprese atd.<sup>38</sup>

#### Snížená kondice ve stáří

Snížená kondice (dekondice) je závažná porucha funkčního stavu seniora, kterou chápeme jako pokles vytrvalostní zdatnosti a pokles funkční svalové síly. Tento stav následně vede ke značnému poklesu kvality života seniora. Může být narušena také soběstačnost, a tím

---

<sup>35</sup> Kalvach, Holmerová, © 2009

<sup>36</sup> Kalvach, et al., 2008, s. 145

<sup>37</sup> Kalvach, et al., 2008, s. 146

<sup>38</sup> Kalvach, et al., 2008, s. 146

také schopnost vykonávat aktivity běžného denního života a často dochází k závislosti na druhou, pečující osobu. Dekondice vzniká z důvodu dlouhodobé nízké pohybové aktivity nebo až imobilizace seniora, jejíž příčinou může být akutní stav, úraz či operace. O imobilizaci hovoříme obvykle dva týdny po upoutání na lůžko. Imobilizace může být způsobena také nevhodnou nebo zanedbanou rehabilitační péčí o seniora po stavech vedoucích k dekon-dici. Důsledkem může být již zmíněná zhoršená kvalita života seniora z důvodu nedostatku pohybových aktivit, ztráta soběstačnosti v aktivitách denního života až úplná imobilizace seniora a upoutání na lůžko, což je stav vedoucí k dehydrataci, k inkontinenci, k depresi, ke vzniku dekubitů a dalších geriatrických syndromů.<sup>39</sup>

Závažnost dekon-dice spočívá také v tom, že může být pro seniora velmi ohrožující, pokud byla vážně narušena jeho zdatnost před imobilizací. Taktéž následné obnovování organismu do stavu před imobilizací je velmi pomalé a komplikované. Značně závažná je dekon-dice u křehkých pacientů, kteří jsou ve zvýšené míře ohroženi vznikem imobilizačního syndromu.<sup>40</sup>

### 2.1.2 Syndrom anorexie a malnutrice

Ve stáří dochází k involučním změnám organismu. Tento fyziologický stav vede často k tomu, že dochází k porušení homeostázy, metabolických funkcí, dochází ke změnám funkce orgánů a regulačních mechanismů gastrointestinálního traktu a změnám v endokrinní regulaci, dochází také ke změnám ve složení těla.<sup>41</sup> V souvislosti s těmito poruchami dochází ke snížení netukové hmoty těla, poklesu obsahu vody v organismu, úbytku kostní denzity a svalstva a dochází k nárůstu tukové tkáně v organismu. Snížením svalové hmoty těla dochází ke snížení energetické potřeby a snížení hladiny proteinů v organismu, které jsou důležitými složkami v překonání závažných stavů u pacienta. Svalstvo je také zásobárnou aminokyselin, které pomáhají v léčbě zánětů, napomáhají reparačním procesům a jsou zásobárnou energie. V důsledku nedostatečné funkce všech těchto komponent dochází ke vzniku anorexie a malnutrice, které mohou mít za následek imobili-

---

<sup>39</sup> Kalvach, et al., 2008, s. 150; Kalvach, et. al., 2004, s. 228 – 229

<sup>40</sup> Kalvach, et al., 2008, s. 150 - 151

<sup>41</sup> Holmerová, Jurašková, Zikmundová, et al., © 2007, s. 106



tu, imunosupresivní stav, sníženou odolnost vůči infekcím a nedostatečnost dechového svalstva.<sup>42</sup>

„*Malnutrice je stav, k němuž dochází, pokud je příjem základních energetických substrátů a bílkovin nižší než jejich potřeba. Vzniká při sníženém příjmu a neměnicích se potřebách, stejně tak při sníženém příjmu a zvýšených potřebách.*“<sup>43</sup> Kalvach<sup>44</sup> (2008) hovoří o malnutrici jako o „*neprospívání*“ či „*chátrání*.“ Dalšími pojmy úzce spjatými s malnutricí jsou kachexie a marasmus. Kachexie je pokročilým stavem malnutrice a marasmus je nejvyšším stupněm kachexie.<sup>45</sup> Malnutrice postihuje velké množství geriatrických pacientů, avšak nemusí u pacienta vzniknout v průběhu hospitalizace, ale často pacienti s malnutricí přicházejí již z domova a v průběhu hospitalizace se malnutriční stav často zhorší.<sup>46</sup> Malnutrice u geriatrického pacienta je syndrom multikauzální, příčin tedy může být několik, a to jak fyziologických, psychosomatických, sociálních, ekonomických, tak i dalších příčin, jako jsou například následky nemocí. Mezi nejčastější příčiny malnutrice můžeme zařadit například poruchy ve funkci trávicího traktu, nadměrné užívání léků a jejich nežádoucí účinky, osamělost a sociální izolaci seniora, kde není nebo je značně oslabena zevní kontrola příjmu potravy, demence nebo deprese, nedostatečné ekonomické zabezpečení seniora, poruchy funkce smyslových orgánů a mnoho dalších příčin.<sup>47</sup>

### 2.1.3 Syndrom instability s pády

„*Instabilita je jednou z dominant geriatrické medicíny jako „medicíny pěti I“ – instabilita, imobilita, inkontinence, intelektové poruchy a iatrogenie.*“<sup>48</sup> Syndrom instability s pády ohrožuje velkou část seniorů a geriatrických pacientů. Často od těchto lidí slýcháváme jejich subjektivní pocit závratě a objektivně pozorujeme nestabilitu v chůzi, nejistotu chůze, nekoordinovaný pohyb až pád, který často končí fatálně.<sup>49</sup> Instabilita je obvykle podmiňována jinými syndromy a nepochybně bývá důsledkem pro další onemocnění a problémy geriatrického pacienta. Podmiňujícím syndromem pro instabilitu může být například

---

<sup>42</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 298 – 299

<sup>43</sup> Holmerová, Jurašková, Zikmundová, et al., © 2007, s. 106

<sup>44</sup> Kalvach, et al., 2008, s. 160 – 161

<sup>45</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 301

<sup>46</sup> Holmerová, Jurašková, Zikmundová, et al., © 2007, s. 107

<sup>47</sup> Kalvach, et al., 2008, s. 161 – 163

<sup>48</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 208

<sup>49</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 207

syndrom malnutrice, syndrom dekondice a sarkopenie nebo také stav po dlouhodobé imobilitě. Kromě některých geriatrických syndromů mohou být pro instabilitu podmiňující také určité skupiny poruch, jak organismu, tak i prostředí. Zde bychom mohli zahrnout poruchy receptorové, poruchy rovnovážného a muskuloskeletálního systému, endogenní či vnější příčiny nebo kombinace těchto příčin. Při poruchách rovnovážného systému často dochází k závratím, při muskuloskeletálních poruchách nemusí docházet k závratím, ale jedná se spíše o stav, kdy jsou pacienti postiženi dekondicí, hypomobilitou a svalovou slabostí a kdy je jejich pohybová aktivita výrazně omezena. Jsou to obvykle pacienti geriatricky křehcí. Tento stav je typický po CMP nebo po paréze n. peroneus. Právě při této poruše pacienti často trpí pády. V případě vnitřní příčiny instability se jedná o poruchy zraku, kdy je u geriatrických pacientů zvýšená tendence k pádům. Velmi často se u instability a pádů uplatňují vnější příčiny. K nejčastějším patří nevhodná obuv, kluzký nebo neupravený povrch, nedostatečné a nevhodné kompenzační pomůcky nebo úplné chybění kompenzačních pomůcek. Kombinací příčin se myslí kombinace vnitřních a vnějších příčin. Jako příklad uvedu situaci, kdy pacient s poruchou zraku vstoupí bez hole, berle či jiné pomůcky na mokrý, neupravený povrch. Tato kombinace může následně způsobit pád pacienta.<sup>50</sup>

Hlavním rizikem pro pacienta s instabilitou jsou pády. Podle Kalvacha<sup>51</sup> (2004) „*je vhodné hovořit o komplexním problému instabilita – pády – osteoporóza – zlomeniny.*“ Pády jsou v seniorském věku velmi časté, jejich počet narůstá s přibývajícím věkem geriatrických pacientů či seniorů. Nejčastější pády u seniorů jsou v institucionální péči. Pády jsou jednou z významných příčin morbidit a mortality. Postihují jak nemocné, tak i zdravé seniory. Za vznikem pádů stojí mnoho příčin.<sup>52</sup> „*Hlavní mechanismus pádů ve stáří je snížená schopnost rychlé posturální adaptace na měnící se a ztížené podmínky chůze.*“<sup>53</sup>

Pády můžeme klasifikovat do několika skupin. Tuto klasifikaci pádů nazýváme fenomenologií pádů, kdy určujeme mechanismus a příčinu pádů. Rozeznáváme pády, při kterých dochází ke zhroucení, kdy pacient při určité činnosti ztrácí svalové napětí a padá. Dalšími pády, jejichž mechanismem je skácení, se vyskytují při poruchách rovnováhy u pacienta. K pádům z důvodu zakopnutí dochází ve většině případů v situaci, kdy pacient zakopne

---

<sup>50</sup> Kalvach, et al., 2008, s. 168 - 169

<sup>51</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 208

<sup>52</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 208

<sup>53</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 208

palcem nebo špičkou nohy o překážku. Následně padá směrem dopředu. Vyskytují se u paréz končetin nebo u Parkinsonovy choroby. Pády z důvodu zamrznutí se vyskytují u pacientů, kterým jakoby „zamrzne“ končetina k podlaze. Tělo pokračuje v pohybu, ale k vykročení vpřed nedojde. Poté dochází k pádu. Poslední skupinou jsou pády, které nelze přesně identifikovat, tedy nezařaditelné ani do jedné fenomenologické skupiny. Sem patří například pády z důvodu nepozornosti, poruch zraku, nerovnosti povrchu, ale i z dalších příčin.<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 208 - 209

### 3 AKTIVIZACE GERIATRICKÝCH PACIENTŮ

Aktivizace geriatrických pacientů je v době jejich hospitalizace velmi důležitá. Hospitalizovaní geriatrickí pacienti mohou být ohroženi sociální izolací, poruchou kognitivních funkcí a dalšími patologickými stavy, jako například geriatrickými syndromy, které často bývají následkem dlouhodobé hospitalizace pacienta. U hospitalizovaných geriatrických pacientů proto usilujeme o to, aby nedocházelo ke vzniku těchto závažných a obtížně řešitelných stavů nebo dokonce progresím těchto stavů. Jednou z možností předcházení těmto patologickým stavům je pravidelná rehabilitace a udržování kondice pacientů po dobu hospitalizace. Také vhodnou a častou komunikací se snažíme u pacientů zamezit sociální izolaci, psychickému strádání a zabezpečujeme tak pacientovi dostatek jistoty a bezpečí. V neposlední řadě je tu aktivizace, která má velmi významné poslání u hospitalizovaných geriatrických pacientů, neboť zahrnuje velké spektrum možností, jak efektivně zaměstnat pacienta a zároveň u něj navodit dobrý psychický stav. Aktivizace, která je dobrovolná a vhodně zvolená, dle individuálních rozdílů, může v mnoha případech i léčit, a to jak fyzicky, tak také psychicky. V přeneseném slova smyslu je aktivizace uvedení člověka do činnosti neboli zaměstnání člověka určitou činností. Jurečková<sup>55</sup> (2003) definuje aktivizaci jako: „*specifický způsob intervence do života člověka s cílem uspokojení jeho fyzických, duševních, společenských a duchovních potřeb a rozvoje či udržení jeho schopností a dovedností v rámci jeho stávajících možností.*“ Podle Kalvacha je v současné době nevhodné používání termínu aktivizace, neboť podle něj aktivizovaný člověk představoval pasivního příjemce programů, připravených aktivizačním pracovníkem, a aktivizace podle něj byla pouhá manipulace s aktivizovanými lidmi. Kalvach také uvádí, že aktivizace mnohdy znamenala povinnou účast lidí na aktivizačních programech a často šikanu těchto lidí. Proto došlo ke změně termínu aktivizace na „programování aktivit“, které respektuje individualitu aktivizovaných osob, jejich svobodné rozhodování a v neposlední řadě také míru aktivity a pasivity.<sup>56</sup> „*Cílem programování aktivit je vytváření podpůrného prostředí, a to jak v materiálním, tak v psychologickém, sociálním a duchovním slova smyslu.*“<sup>57</sup> Toto podpůrné prostředí má velký význam v inspiraci a v povzbuzení aktivizovaného člověka k činnosti. Důležitou skutečností je, aby aktivita vedla k naplnění prožitku radosti, k pocitu

---

<sup>55</sup> Jurečková, © 2012

<sup>56</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 437

<sup>57</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 437

potěšení a uspokojení, k pozitivnímu myšlení a k smysluplnosti jejího uskutečňování. Neopomenutelná je při uskutečňování aktivity důstojnost aktivizovaného člověka.<sup>58</sup> Aktivizace geriatrických pacientů by se však neměla týkat pouze psychické stránky jedince, ale také fyzické stránky, neboť psychická a fyzická stránka jedince se vzájemně prolínají. Dušová<sup>59</sup> (2004) konstatuje, že „*fyzická aktivizace zlepšuje tělesnou kondici a tím ovlivňuje i duševní zdraví.*“

Velmi důležité je také prostředí k uskutečňování aktivizace. To by mělo být příjemné, mělo by v člověku vzbuzovat smysl pro aktivitu a potřebu aktivity vůbec. Mělo by v aktivizovaném člověku navodit atmosféru radosti, veselí a uspokojení sama se sebou samým. V neposlední řadě je důležité, aby byl u aktivizovaného pacienta vyvolán okamžik sounáležitosti, úspěchu a uznání od ostatních. Pokud tyto vlastnosti bývají přítomny u aktivity jedinců, je pak možno pozorovat jejich osobní růst a zkvalitnění jejich života.<sup>60</sup>

### 3.1 Význam aktivity pro geriatrické pacienty

Aktivitou rozumíme uskutečňování určité činnosti nebo také činorodost, která by měla být nezbytnou součástí hospitalizace geriatrického pacienta. Senior či pacient, který vykonává určitou činnost, posiluje jak tělesnou, tak psychickou a v neposlední řadě také sociální stránku své osobnosti. Müller<sup>61</sup> (2006) říká: „*Všeobecně přispívá k jejich větší životní spokojenosti odvíjející se od kladného subjektivního prožitku (z dobře vykonané práce, dobrých rodinných vztahů, dobře stráveného času apod.), ale také proto, že přispívá k udržování potřebné tělesné a duševní výkonnosti (či k její rehabilitaci), (např. posilováním fyzické kondice, paměti, myšlení, tvořivosti), a tím ke smysluplnému zapojení do společnosti.*“

Při činnostech zaměřených na posílení tělesné kondice je nejvýznamnější procvičování hrubé a jemné motoriky, v případě zapojení pacienta do zábavně - pohybového programu také procvičení celého těla. Existují také pohybově - taneční programy, při kterých se senior zabaví, zlepší si své psychické naladění a přitom si procvičí celé tělo. Tato metoda však není příliš využitelná v nemocničním prostředí, a to jak z důvodu již zmíněného prostředí,

---

<sup>58</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 437 – 438

<sup>59</sup> Dušová, 2004, roč. 14, č. 7/8, s. 54 – 55

<sup>60</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 437

<sup>61</sup> Kozáková, Müller, 2006, s. 36

kteře často nebývá přizpůsobeno pro tyto aktivity, tak i z důvodu bezpečnosti pacientů, neboť velký počet pacientů hospitalizovaných na geriatrických odděleních je ohrožen rizikem pádu a u všech hospitalizovaných pacientů se klade velký důraz na prevenci pádu. Psychika pacienta velmi souvisí s jeho aktivitou či pasivitou. Nečinný pacient bývá zřídka kdy psychicky v úplně dobrém rozpoložení. Nečinnost může být způsobena mnoha vlivy působícími na pacienta a personál by se měl proto snažit tento stav co nejdříve vyřešit, aby se pacient mohl opět zapojit do činnosti. Nečinnost má na pacienta negativní účinek, a to nejen na psychiku, ale také na tělesnou a sociální stránku. Nečinný, pasivní pacient představuje pro personál velký problém, neboť je v danou chvíli ohrožen všemi geriatrickými syndromy, z nichž asi nejzávažnější je imobilita pacienta a upoutání na lůžko. Aktivní pacient, ať sám vyhledávající aktivitu, nebo ten, kdo aktivitu vyvine až poté, co má jasně dána pravidla a cíle aktivity, bývá často v lepším psychickém ladění, neboť mu aktivita přináší pocity úspěchu a vědomí, že zvládl obtížnou činnost, na kterou by si dříve netroufl. Aktivita také potlačuje pocity méněcennosti nebo podřadnosti, navozuje pocity radosti, uspokojení, naplnění a smysluplnosti. Aktivita, která vede k posílení sebeúcty, k úspěchu a k pocitu uspokojení vede také k motivaci uskutečnit další aktivity a pomáhá při nacházení nebo obnovování smyslu života. Z těchto důvodů je aktivita důležitou součástí mentální hygieny.<sup>62</sup> Aktivita často pomáhá pacientům osamělým a opuštěným nebo také sociálně izolovaným. Sociální stránka jedince může být po dobu hospitalizace také velmi narušena. Geriatrickí pacienti navazují kontakty s jinými pacienty velmi špatně, a to z mnoha důvodů, proto bývají na pokojích obvykle osamělí. Často se obávají komunikovat s ostatními. Někdy se pacienti obávají komunikovat z důvodu případného neporozumění. Mnohdy u těchto pacientů převládá nedůvěra k cizím lidem, proto se raději komunikaci vyhýbají úplně. Právě aktivita napomáhá pacientům v této oblasti, zabraňuje osamělosti a izolaci, vede pacienty ke komunikaci, dbá také o komunikaci s pacienty s poruchami řeči a především se snaží vytvořit a udržet si s pacientem pouto důvěry po celou dobu hospitalizace.

### **3.2 Zásady pro efektivní aktivizaci**

Existuje několik zásad pro dosažení správné a efektivní aktivizace, které by měli mít pracovníci zabezpečující aktivizaci neustále na zřeteli.

---

<sup>62</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 440

Aktivizace by měla být plně individuální. Důležité je brát ohled na individuální rozdíly pacientů. Ne všichni pacienti zvládnou jakoukoliv činnost. Jestliže určitou činnost zvládl jeden pacient, neznamená to hned, že ji zvládne jiný pacient stejného věku a se stejnou diagnózou. Oba pacienti mohou na danou činnost reagovat jinak a jinak ji také zvládnout. Podstatné je také individuální tempo pacientů při činnosti.<sup>63</sup> Je důležité pomalejšího pacienta neustále nepopohánět a dát mu tolik času na činnost, kterou provádí, kolik sám potřebuje. Pokud bychom pacienta stále popoháněli a dávali mu najevo, že je pomalý nebo že mu činnost trvá dlouho, mohlo by u něj dojít ke zklamání ze sebe sama, ze svého pomalého tempa a na další aktivizaci by se již nemusel dostavit. Proto je velmi důležité při aktivizaci nezapomínat na autonomii člověka. Další zásadou je, aby aktivita nebyla pacientovi vnucována. Pacient by si měl vybrat takovou aktivitu, na kterou má zrovna náladu. Pracovník, zabezpečující aktivizaci, by se měl řídit přáním pacienta, a pokud je to jen trochu možné, přání mu vyplnit. Pokud si však pacient žádnou aktivitu sám nevybere, vybírá mu ji pracovník, zabezpečující aktivizaci, a to tak, aby se v ní pacient cítil dobře, aby ho uspokojovala a neobtěžovala jej. Existuje velké spektrum aktivit, které lze provádět v nemocničním prostředí a které lze pacientovi nabídnout. U pacientů, kteří jsou méně aktivní, je potřeba nepatrného „donucení“ k aktivitě, a pokud pacient netrpí například bolestí, je vhodné jej různými způsoby motivovat a tím jej přimět k aktivitě. Je také důležité, aby pacient vůbec mohl činnost provádět. Velmi totiž záleží na stavu pacienta, na jeho diagnózách a dalších problémech komplikujících jeho stav. Pracovník zabezpečující aktivizaci by měl znát pacienta, měl by vědět o jeho diagnózách a problémech a vzhledem k jeho stavu by měl pro něj vybírat vhodnou aktivitu. Například pacient s vážnou poruchou zraku či úplnou slepotou nemůže navlékat korále a pacient po CMP, s parézou horních končetin, nemůže vymalovat daný obraz. Aktivita by měla být tedy vhodně zvolena a pacient by se při ní neměl cítit nepříjemně. Důležité je také brát ohled na to, zda pacient nemá s určitou činností nějaké nepříjemné či naopak velmi příjemné zkušenosti, které by případně mohly ovlivňovat průběh aktivizace.<sup>64</sup> Například pokud pacientovi nedávno zemřela dcera, která byla slavnou malířkou, je pravděpodobné, že tato událost jej natolik zasáhla, že nebude chtít malovat. Nebo například pokud má pacientka pletení spojeno s narozením jejich dětí, bude zřejmě tuto činnost velmi ráda provádět i v rámci aktivizace. Další důležitou zásadou pro efektivní

---

<sup>63</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 438

<sup>64</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 438

aktivizaci je, aby činnosti, které pacient provádí, byly smysluplné, aby uspokojovaly a rozvíjely pacienta a aby mu dodávaly značnou míru motivace do dalších aktivit. Pacient by za sebou měl vidět výsledky své práce, aby neztrácel chuť se dále realizovat a zapojovat do činností.

### 3.3 Aktivizační metody využitelné v prostředí geriatrického oddělení

V dnešní době existuje velké množství aktivizačních metod, které jsou v oblasti aktivizace seniorů a geriatrických pacientů stále více a více využívány. Tyto metody mohou být speciální nebo terapeutické. Speciální metody jsou realizovány odborníky z oblasti speciální pedagogiky a mohou probíhat formou institucionalizované následné péče (např. logopedie), v institucionalizovaných státních či nestátních zařízeních (napří domovy důchodců, denní stacionáře) nebo formou zájmových aktivit ve státních či nestátních zařízeních. Některé speciální metody mohou být totožné s terapeutickými metodami.<sup>65</sup> Terapeutické metody „*lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží, nebo odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně.*“<sup>66</sup> Tyto metody realizují odborní terapeuti, kteří mají vzdělání v konkrétní terapeutické disciplíně a mají pro tuto činnost předpoklady. Terapie je možno rozdělit do následujících základních skupin:

- Činnostní a pracovní terapie – do této skupiny patří například ergoterapie
- Psychomotorické terapie – terapie pomocí pohybu, do této skupiny řadíme tanec, pohybové hry a další pohybovou aktivitu
- Expresivní terapie – do této skupiny patří arteterapie, muzikoterapie, biblioterapie, dramaterapie, teatroterapie, psychodrama
- Terapie se zvířaty – sem patří canisterapie, hipoterapie, felinoterapie<sup>67</sup>

Ne všechny tyto metody jsou však použitelné v nemocničním prostředí. Některé metody jsou využívány pouze v zařízeních pro seniory, kde je pro ně přímo uzpůsobeno prostředí. V nemocničním zařízení nebývá uzpůsobeno prostředí pro některé aktivizační metody, někdy je však možné, pokud vedení nemocnice či oddělení dovolí, uzpůsobit si prostředí

---

<sup>65</sup> Kozáková, Müller, 2006, s. 38 - 40

<sup>66</sup> Kozáková, Müller, 2006, s. 41

<sup>67</sup> Kozáková, Müller, 2006, s. 41, 47 - 50



tak, aby vyhovovalo využitelným aktivizačním metodám. Místa, kde je možné provádět aktivizaci na oddělení, jsou nejčastěji pokoj pacienta, jídelna a tělocvična pro pacienty. Aktivizace na pokoji pacienta se provádí za předpokladu méně náročných činností, neboť zde má pacient k dispozici pouze svůj jídelní stoleček, který není uzpůsoben k provádění náročných činností. Nejlépe uzpůsobenou místností k provádění různých aktivit je jídelna. Je zde větší prostor a také možnost využití větších pracovních ploch. Pacient zde může provádět i náročnější činnosti vyžadující více prostoru. Tělocvična pacientů slouží spíše k pohybové aktivizaci. Aktivizaci je možné provádět buď individuálně, kdy se aktivizační pracovník věnuje pouze jednomu pacientovi, nebo také skupinově, kdy se skupinka pacientů sejde například na jídelně a zde provádějí dané činnosti. Skupinovou aktivizaci je možné provádět také na pokojích pacientů, kdy všichni pacienti uskutečňují činnosti na pokoji, vsedě na lůžku, u jídelního stolečku. Tělocvična slouží spíše ke skupinové pohybové aktivizaci.

### 3.3.1 Arteterapie

Termín arteterapie se skládá ze slova ars, což v latinském jazyce znamená umění, a thérapéiá, což je v překladu z řečtiny léčba. V obecném slova smyslu je to tedy léčba uměním. Tento termín byl poprvé použit v USA ve 30. letech 20. století Margaret Naumburgovou. Arteterapie jako metoda se začala využívat až později, v roce 1940. Od této doby má několik dalších průkopníků a průkopnic, kteří pracovali na jejím znovuobjevování a výzkumných činnostech. Postupně se arteterapie dostává v roce 1967 do Československa, kde je postupně zařazována do studií na českých i slovenských univerzitách. V roce 1998 vzniká také Česká arteterapeutická asociace.<sup>68</sup>

Co to tedy arteterapie je? Je to umění, kde je zahrnuto básnictví, herectví, hudba a výtvarné umění. Je to však hlavně léčba výtvarným uměním.<sup>69</sup> Arteterapie je léčebný postup, prostřednictvím kterého lze ovlivnit psychiku člověka a jeho vztahy.<sup>70</sup>

Existuje mnoho definic a vymezení pojmu arteterapie, já jsem však vybrala pouze dvě definice, a to vymezení arteterapie od nizozemského psychoterapeuta Petzolda a dále definování arteterapie od českého pedagoga Zichy.

---

<sup>68</sup> Šicková – Fabrici, 2002, s. 26 – 28

<sup>69</sup> Šicková – Fabrici, 2002, s. 30

<sup>70</sup> Česká arteterapeutická asociace, © 2005

*„Arteterapie je teoreticky usměrněné působení na člověka jako celek v jeho fyzických, psychických danostech, v jeho uvědomělých i neuvědomělých snaženích, sociálních a ekonomických vazbách, plánované ovlivňování postojů a chování pomocí umění a z umění odvozenými technikami, s cílem léčby nebo zmírnění nemoci a integrování nebo obohacení osobnosti.“<sup>71</sup>*

*„Záměrné upravování narušené činnosti organismu takovými psychologickými a speciálněpedagogickými prvky, které jsou imanentní umělecké činnosti nebo procesu umělecké tvorby.“<sup>72</sup>*

Arteterapie je činnost, která pomáhá lidem s jakýmkoli typem postižení, a lidem jak s tělesným, tak duševním onemocněním. Pracuje s lidmi všech věkových skupin, v různých typech zařízení.<sup>73</sup> Arteterapie napomáhá nemocnému vyjádřit své pocity, představy, myšlenky nebo také sny pomocí vlastní malby. V případě, že nemocný není schopen vyjádřit své pocity a myšlenky slovy, ať už z důvodu poruchy komunikace, nebo pouhé nemožnosti najít ta správná slova pro popsání aktuální myšlenky, pocitu nebo snu, má nemocný možnost vyobrazit své myšlenky na papír, kde může přesně vystihnout současné subjektivní pocity. Z malby nemocného dokáže zkušený arteterapeut vyvodit více než z rozhovoru s ním.

V arteterapii existují dvě skupiny cílů, a to cíle individuální a sociální. Individuální cíle jsou ty, které rozvíjí vlastní osobnost nemocného. Patří sem poznání, vnímání a prožívání sebe sama, zrakové a slovní vyjádření pocitů a myšlenek, upevnění si přiměřeného sebehodnocení, rozvíjení nezávislosti a fantazie, osvojení si výrazů pro pocity, emoce a konflikty. Sociální cíle zahrnují přijetí a zapojení se do skupiny s ostatními nemocnými. Arteterapeut zkoumá, jak nemocný navazuje kontakty s ostatními, jak s nimi dokáže spolupracovat a vycházet, jak dokáže řešit problémy v rámci skupiny a jak dokáže ve skupině fungovat. Podstatné je navrátit nemocnému jeho přirozené životní dispozice.<sup>74</sup>

Dále rozeznáváme dva druhy forem použití arteterapie, a to individuální formu terapie a skupinovou terapii. Při individuální terapii pracuje arteterapeut pouze s jedním

---

<sup>71</sup> Šicková – Fabrici, 2002, s. 31

<sup>72</sup> Šicková – Fabrici, 2002, s. 31

<sup>73</sup> Šicková – Fabrici, 2002, s. 61

<sup>74</sup> Šicková – Fabrici, 2002, s. 61 - 62

pacientem, kterému se individuálně věnuje. V tomto individuálním přístupu vzniká velmi úzký kontakt mezi arteterapeutem a nemocným a vzniká zde velmi silné emocionální a důvěrné pouto. Skupinová arteterapie je práce s více lidmi ve skupině. Tato forma arteterapie má své výhody i nevýhody. Výhodou může být například vzájemná podpora lidí ve skupině nebo možnost navázání zpětné vazby mezi členy skupiny. Nevýhodou skupinové arteterapie je nesnadná organizace skupiny, méně času na každého člena skupiny a nálepkování skupiny.<sup>75</sup>

Arteterapie v sobě zahrnuje několik metod, neboli postupů, které se mohou využívat při terapii. Jsou to:

- imaginace neboli terapie fantazií člověka;
- animace, což označuje terapii prostřednictvím třetí osoby;
- koncentrace, která vede jedince k meditaci;
- restrukturalizace neboli terapie pomocí vytvoření stromu života;
- transformace, což označuje terapii transformací pocitů a znázornění těchto pocitů z jednoho výtvarného média do jiného;
- rekonstrukce neboli terapie tvorbou dokreslované koláže.<sup>76</sup>

### 3.3.2 Muzikoterapie

Tak jako arteterapie, také pojem muzikoterapie je složen ze dvou cizojazyčných slov, a to z řeckého *moisika*, nebo popřípadě z latinského *musica*, což v překladu znamená hudba a z řeckého *thérapeia* neboli léčba. Muzikoterapie je tedy terapie hudbou.<sup>77</sup>

V historii byla hudba používána k léčebným účelům, sloužila především k navození určitého duševního stavu. Hudba byla také spjata s náboženským životem. Sloužila hlavně jako prostředek k projevování rituálů, které měly za rytmu a tance způsobit změnu vědomí. V současných muzikoterapeutických setkáních můžeme zhlédnout strukturu tehdejších rituálů. Rituály, které tehdejší etnické skupiny uskutečňovaly, měly kromě léčebného hlediska také sociální hledisko. Stopy těchto etnických skupin, které si pomocí rituálů vytvá-

---

<sup>75</sup> Šicková – Fabrici, 2002, s. 43 - 44

<sup>76</sup> Šicková – Fabrici, 2002, s. 125 - 133

<sup>77</sup> Kantor, Lipský, Weber et al., 2009, s. 21

řely jak léčebné, tak také i sociální zázemí a vytvářeli si vzájemně pocit sounáležitosti, nacházíme v 50. a 60. letech 20. století v rockových a dalších žánrově podobných kapelech. Rituály nám dodnes zajišťují jistou míru sociální soudržnosti, neboť se stále mezi lidmi dědí jakási podoba stále stejného jednání s určitými významy.<sup>78</sup>

Muzikoterapie je vědecká disciplína, nebo také terapeutický přístup, který patří do oblasti expresivních terapií, tzn. že „pracuje s výrazovými uměleckými prostředky.“<sup>79</sup> Americká muzikoterapeutická asociace definuje muzikoterapii takto: „Muzikoterapie je klinické a evidované využití hudební intervence k naplnění individuálních cílů v prostředí terapeutického vztahu akreditovaným odborníkem s ukončeným schváleným programem muzikoterapeutického vzdělání.“<sup>80</sup> Muzikoterapii lze posuzovat z širšího či užšího významu. V užším významu je muzikoterapie spjata s psychoterapií, neboť bývala označována jako psychoterapeutická metoda. V širším významu muzikoterapie označuje spolupráci s jinými medicínskými obory, jako jsou například porodnictví, fyzioterapie a další, ve kterých byly využity léčebné aplikace muzikoterapie.<sup>81</sup>

Muzikoterapie má také své cíle, jejichž naplněním může dojít k uzdravení nebo obnovení funkcí člověka. Cíle muzikoterapie se navzájem prolínají a doplňují. Jsou považovány za nehudební cíle. Mezi cíle muzikoterapie patří:

- obnova a následné zachování fyzického a psychického zdraví
- úprava fyzických a psychických vlastností a schopností jedince
- zkvalitnění života jedince
- rozvoj osobnosti jedince
- rozvoj tvořivosti a kreativity
- otevření se komunikaci, jak verbální, tak i neverbální
- změna chování člověka
- terapie poruch chování člověka

---

<sup>78</sup> Zeleiová, 2007, s. 16 – 18

<sup>79</sup> Kantor, Lipský, Weber et al., 2009, s. 21

<sup>80</sup> Kantor, Lipský, Weber et al., 2009, s. 27

<sup>81</sup> Kantor, Lipský, Weber et al., 2009, s. 23

- úprava a znovuoobnovení procesu učení
- odstranění omezení ve vnímání jedince
- podpora sociální interakce
- znovuzapojení jedince do běžného sociálního prostředí
- umožnění nemocnému hudebního a estetického zážitku
- podpora relaxace jedince<sup>82</sup>

Také muzikoterapie má své formy aplikace. Jsou to individuální forma aplikace, skupinová forma aplikace a hromadná forma aplikace muzikoterapie. Při individuální formě aplikace pracuje muzikoterapeut pouze s jedním pacientem, může se mu více věnovat. Pacient si sám určuje dynamiku práce. Pacient si za pomoci terapeuta může transformovat své vlastní životní příběhy do hudební projekce. Skupinová forma muzikoterapie zahrnuje životní příběhy více pacientů, tedy skupiny, kdy dochází ke vzájemné interakci mezi pacienty, kteří se mohou vzájemně doplňovat. Hromadná forma muzikoterapie se týká společenských vystoupení za přítomnosti více než třiceti členů.<sup>83</sup>

Muzikoterapie má ve svém obsahu také několik metod. V muzikoterapii se využívají čtyři základní typy metod neboli zkušeností. První metodou je hudební improvizace, jejímž základem je zpěv a hra na hudební nástroje. Druhou muzikoterapeutickou metodou je hudební interpretace, prostřednictvím které se pacient učí překomponovat danou hudbu nebo opakuje určitý druh hudby. Třetí metodou je kompozice hudby, při které pacient vytváří svoji hudbu, texty, skladby a jiná hudební díla. Poslední základní muzikoterapeutickou metodou je poslech hudby.<sup>84</sup>

### 3.3.3 Mozkový trénink, kognitivní rehabilitace

Paměť je důležitou složkou pro schopnost učení se a myšlení. Paměť nám zajišťuje správné uložení a vybavení informací v mozku. Jsou známy čtyři druhy vybavování, a to vzpomínkou, opakováním, opětovným poznáním a opětovným učením. Paměť lze dělit podle zapamatování si informací na okamžitou, krátkodobou a dlouhodobou. Okamžitá paměť za-

---

<sup>82</sup> Zeleiová, 2007, s. 38 – 39; Kantor, Lipský, Weber et al., 2009, s. 26

<sup>83</sup> Zeleiová, 2007, s. 40

<sup>84</sup> Kantor, Lipský, Weber et al., 2009, s. 183 - 204

hruje nynější události, které ale brzy zapomínáme, krátkodobá paměť zahrnuje informace, které využíváme v krátkém časovém rozmezí od jejich naučení nebo uložení do paměti, a dlouhodobá paměť zahrnuje informace, které nejčastěji používáme často nebo opakovaně. Patří sem například zapamatování si telefonního nebo rodného čísla, čísel s trasami autobusů atd. O paměti však můžeme s jistotou říct, že čím více se používá, tím je dokonalejší.<sup>85</sup>

Pojem mozkový trénink neboli jogging označuje prevenci a ochranu před poruchou mozkové funkce. Kognitivní rehabilitace znamená procvičování a posilování již porušené mozkové funkce nebo té funkce, která ještě dosud nebyla poškozena. Jak mozkový trénink, tak kognitivní rehabilitace jsou procvičovány prostřednictvím stimulací mozkové činnosti.<sup>86</sup>

### **Mozkový trénink**

Mozkový trénink je nezbytnou součástí přípravy na stáří. Je prevencí proti vzniku demence a jiných mozkových poruch. Mozkový trénink mohou provádět senioři v domácím prostředí, například luštěním křížovek a rébusů. Mozkový trénink je velmi často využíván v rámci aktivizačního programu v zařízeních pro seniory. Nezbytný je však tento trénink také u geriatrických pacientů, kteří jsou hospitalizováni na geriatrických odděleních. V průběhu hospitalizace často vidíme aktivní pacienty, kteří provádějí mozkový trénink například luštěním křížovek. Tyto aktivity jsou pro hospitalizované geriatrické pacienty velmi vhodné, neboť si procvičí své mozkové funkce, zároveň „zaženu nudu“ a stráví příjemný čas, neboť tato činnost je pro pacienty často zábavná. Pokud však pacienti neradi tráví svůj čas luštěním křížovek či rébusů, je možnost zapojit je do aktivizačního programu, jehož součástí je také mozkový trénink. Zde si pacienti mohou procvičovat mozek a jeho funkce různými úkoly, paměťovými hrami a cvičeními, nebo dokonce také soutěžemi či turnaji, které jim připraví sestra nebo pracovník zabezpečující aktivizaci. Pomocí těchto činností si pacienti procvičují paměť, učení, logické myšlení, vnímání, koncentraci, slovní vyjadřování, fantazii a komunikaci. Důležitá je však správná motivace pacientů k této aktivizaci, neboť pacient by mohl mít strach a obavy z neúspěchu a nezdaru, z ponížení před druhými. Proto je také velmi podstatná podpora pacienta při případném neúspěchu nebo naopak vel-

---

<sup>85</sup> Carter, Russell, 2003, s. 17

<sup>86</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 443

ké ocenění a pochvala při úspěchu. Mezi metody mozkového tréninku patří například matematické úkoly, paměťová cvičení, například pexeso, slovní hry, úkoly na zapamatování, trénink fantazie atd.<sup>87</sup>

### **Kognitivní rehabilitace**

Kognitivní rehabilitace, na rozdíl od tréninku mozku, již neposiluje stávající schopnosti jedince, nepůsobí preventivně proti poruchám mozkových funkcí, ale usiluje o zachování nebo nápravu poškozených schopností. Tyto schopnosti mohly být poškozeny například vážným úrazem, operací, cévní mozkovou příhodou nebo také demencí. Poruchu mozku způsobenou demencí nemůžeme úplně vyléčit, ale můžeme zpomalit její rozvoj a zachováním zbytků funkce můžeme život nemocnému pacientovi zkvalitnit. Při kognitivní rehabilitaci pracujeme s pacientem individuálně. Pacienta nejdříve zbavíme na něj působících tlaků, stresů a osobních pocitů a poté provádíme kognitivní rehabilitaci. Metody pro kognitivní rehabilitaci je třeba vybírat s ohledem na typ a rozsah postižení nemocného. Při kognitivní rehabilitaci si pacienti procvičují pozornost, psychomotoriku, představivost, řeč, komunikaci, myšlení, paměť s přechodem k řešení složitějších logických úloh a exekutivních funkcí. Velký význam má u pacientů také reminiscenční terapie, spolu s muzikoterapií a procházkami mimo budovu. Pacient může pomocí smyslových orgánů vnímat pohyb, hudbu, vůně, doteky a pocity a tyto skutečnosti porovnávat se vzpomínkami z minulosti, jak je prožíval kdysi dávno v mládí. Zakončení kognitivní rehabilitace je zaměřeno na sebehodnocení, prožívání a chování. Mezi nejčastější metody kognitivní rehabilitace patří jednoduché konstrukční úkoly, procvičování prostorové orientace, práce se slovní zásobou, procvičování postupů jednoduchých činností, paměťové hry, úkoly na poznávání, procvičování komunikace, práce se vzpomínkami, muzikoterapie, senzorická stimulace, pohybové aktivity a další.<sup>88</sup>

### **3.4 Motivace geriatrických pacientů k aktivitě**

Motivace provází člověka celým životem. Již v dětském věku se často setkáváme s motivací. Tato motivace se poté přenáší až do dospělosti, kdy nás stále nové a nové zkušenosti motivují do dalších úkolů a řešení stále nových problémů. Bez motivace bychom neměli

---

<sup>87</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 443

<sup>88</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 443 – 444; Klucká, Volfová, 2009, s. 20

možnost osobního růstu. Motivace, která nám pomáhá v řešení nesnadných úkolů a činností, nám také pomáhá k saturaci potřeb. Motivace je v našem životě tedy naší „hybnou pákou.“<sup>89</sup>

Velmi důležitou spojkou mezi připraveným aktivizačním programem pro geriatrického pacienta a samotným uskutečněním aktivizace je správná motivace pacienta. Právě přítomnost či absence zájmu o činnost u geriatrických pacientů je důležitým aspektem pro práci s pacienty. Obvykle se setkáváme s pacienty, jejichž zájem o aktivity je velmi malý nebo žádný. Je jen velmi malá část pacientů, kteří jsou natolik motivováni, že chtějí ihned po jejich oslovení uskutečňovat činnost. A právě zdravotničtí pracovníci by měli u těchto pacientů pěstovat dobrou motivaci k výkonům a činnostem. Jak tedy správně zmotivujeme pacienta na geriatrickém oddělení? Někdy stačí pochvala a povzbuzení, že on to opravdu zvládne. Pacient potřebuje slyšet, že ještě není takzvaně „na odpis“, že si vážíme jeho aktivity a jeho práce a že věříme, že to zvládne. Někdy také stačí jen malá pomoc pacientovi v činnosti, aby se necítil osamocený a bezradný, aby viděl, že kdykoli potřebuje pomoc, jsme tam pro něj. A v neposlední řadě je důležité pacienta na konci jeho práce opět pochválit za výkon a také za dílo, které vytvořil. Po ukončení aktivity pacienta pozveme na další aktivitu, aby věděl, že s ním počítáme i v příští aktivizaci, že s ním chceme dále spolupracovat. Tím jej motivujeme k další aktivizaci. K motivaci přispívá také smysluplnost aktivity. Aktivita, ve které pacient nevidí smysluplnost, jej nemůže bavit a naplňovat jej. Pacient by měl mít z aktivity užitek, uspokojení a radost a neměl by se cítit jako nepotřebný. Dobrovolnost je další záležitostí při motivaci pacienta. Je podstatné, aby si pacient aktivitu, kterou chce vykonávat, vybral sám, podle situace nebo nálady, ve které právě je. Jinak by mohlo dojít z pohledu pacienta k donucení k určité aktivitě a pacient by mohl ztratit motivaci k další aktivizaci. Činnost by měla být pro pacienta příjemná a měla by se konat v příjemném prostředí. Pokud pacient dělá činnosti, které mu nejsou příjemné, není to příznivá situace pro jeho motivaci do další činnosti. Nejdůležitější je však zachování důstojnosti pacienta. Důstojnost je odrazem pro dobrou spolupráci a komunikaci s pacientem.<sup>90</sup>

---

<sup>89</sup> Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 35

<sup>90</sup> Kalvach, et al., 2004, s. 439



Není nad to vidět šťastné pohledy pacientů, kteří se dokázali odpoutat od své nemoci a ukázali, že nejenom u dospělých může být motivace „hybnou pákou“, a dokázali sami sobě, kolik mají ještě síly ke zvládnutí i nelehké aktivity.

## 4 PRACOVNÍK ZABEZPEČUJÍCÍ AKTIVIZACI

V obecné rovině lze říct, že aktivizační pracovník je každý člověk, který provádí aktivizaci. V užším vymezení je to pracovník, který zabezpečuje zájmové aktivity, organizuje činnosti pro pacienty, tedy připravuje aktivity a poté je s pacienty realizuje. Aktivizačního pracovníka bychom našli zatím jen v sociálních zařízeních pro seniory. V nemocnicích, na geriatrických odděleních, pokud se zde aktivizace provádí, zastávají tuto pozici všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti nebo z části fyzioterapeuti. Velký přínos pro aktivizační činnost na geriatrických odděleních mají také dobrovolníci, kteří jsou pro tuto činnost školeni.<sup>91</sup>

### 4.1 Předpoklady pro výkon pracovníka zabezpečujícího aktivizaci

Pracovník zabezpečující aktivizaci neboli „aktivizátor“ by měl mít schopnost podporovat pacienta v jeho činnosti, měl by být empatický, měl by pacientovi pomoci a podpořit ho v jeho činnosti, měl by mít znalosti o zájmových aktivitách a zájem aktivity s pacienty vykonávat. Měl by mít povědomí o novinkách v aktivizační činnosti a měl by dokázat vytvořit aktivizační program. Pracovník zabezpečující aktivizaci by měl mít také kvalifikované vzdělání a v jeho zájmu by mělo být rozšiřování si vzdělání pomocí vysokoškolského studia nebo speciálních kurzů. Měl by mít kladný vztah k ručním pracím a notnou dávku tvořivosti a kreativity. Dalším předpokladem, který patří spíše do skupiny vlastností, je pozitivní vztah ke starým lidem.<sup>92</sup>

### 4.2 Předpokládané schopnosti pracovníka zabezpečujícího aktivizaci

Aktivizace a rehabilitace jsou dvě rozličné činnosti. Každá má své cíle, úkoly a realizaci. Proto by měl mít pracovník zabezpečující aktivizaci schopnost tyto dvě činnosti od sebe oddělovat a nezaměňovat prvky aktivizace za prvky rehabilitace. Pokud však pracovník zabezpečující aktivizaci použije prvky rehabilitace v aktivizační činnosti, měl by mít schopnost si toto jednání obhájit. Dále by měl mít schopnost rozpoznat aktuální zdravotní stav pacienta a podle toho se rozhodnout, zda je pacient schopný aktivizační činnost vykonávat. Pracovník zabezpečující aktivizaci by měl mít také schopnost rozpoznávat potřeby

---

<sup>91</sup> Musil, Kubalčíková, Hubíková, © 2006, s. 59

<sup>92</sup> Musil, Kubalčíková, Hubíková, © 2006, s. 64 – 67

pacientů. Měl by umět vést pacienta sebeobslužnými činnostmi k soběstačnosti. Měl by mít schopnost správné komunikace s pacienty a schopnost porozumění. Měl by mít schopnost spolupracovat s pacienty, reagovat na jejich podněty a připomínky k aktivizační činnosti. Měl by umět reagovat i na negativní připomínky pacientů k aktivizační činnosti.<sup>93</sup>

### 4.3 Obsah pracovní činnosti pracovníka zabezpečujícího aktivizaci

Pracovník zabezpečující aktivizaci by měl připravovat a organizovat aktivizační činnosti s pacienty. Aktivity by pacientům měl rozdělovat tak, aby mohli uskutečňovat takovou činnost, kterou si přejí a která je právě baví a zajímá. Aktivity by měly být přizpůsobeny zdravotnímu stavu a možnostem pacientů. Pomocí aktivizační činnosti by měl usilovat o zachovávání dobrého fyzického i psychického stavu pacientů. Měl by umět motivovat pacienty k činnostem a zachovávat potenciál pacientů. Pracovník zabezpečující aktivizaci by měl vyslechnout pacienty, psychicky je podpořit a poradit jim v rámci kompetencí. Měl by také ovládat správnou komunikaci s pacienty. Při komunikaci by měl využívat vhodné komunikační techniky a komunikovat by měl také s ostatními členy zdravotnického týmu a s blízkými pacientů.<sup>94</sup>

Pracovník zabezpečující aktivizaci je velmi důležitý člen multidisciplinárního týmu, neboť doplňuje terapeutickou, rehabilitační a popřípadě i psychoterapeutickou péči o pacienta. Jeho činnost je nezastupitelná, nicméně v našich nemocnicích je velmi málo těchto pracovníků a jejich činnost tedy musí provádět jiní pracovníci zdravotnického týmu nebo dobrovolníci. Na mnohých geriatrických odděleních však aktivizační činnost zcela chybí, což je zapříčiněno právě nedostatkem pracovníků provádějících aktivizaci ve zdravotnickém týmu. Proto by měla být na geriatrických odděleních zajištěna alespoň přítomnost dobrovolníků. Tito lidé sice nemají požadované kvalifikované vzdělání, ale jejich záměr je dobrovolný, mají zájem o pacienta a o to, aby zpříjemnili pacientovi dlouhý pobyt v nemocnici. A právě proto, že jejich záměr je dobrovolný, bude nepochybně také čestný, poctivý a hodnotný.

---

<sup>93</sup> Musil, Kubalčíková, Hubíková, © 2006, s. 63 – 68

<sup>94</sup> Musil, Kubalčíková, Hubíková, © 2006, s. 60 – 62

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 METODIKA PRÁCE

### 5.1 Cíle práce

Vytyčila jsem si tyto cíle práce:

Cíl č. 1: Zjistit povědomí studentů 3. ročníku prezenčního studia oboru Všeobecná sestra Ústavu ošetřovatelství Institutu zdravotnických studií UTB ve Zlíně o aktivizaci geriatrických pacientů před započtím aktivizačního programu pro pacienty na oddělení následné péče.

Cíl č. 2: Vytvořit aktivizační program a realizovat aktivizaci s geriatrickými pacienty na oddělení následné péče, KNTB, a.s. ve Zlíně.

Cíl č. 3: Zjistit pohled geriatrických pacientů na proběhlé aktivizační programy.

Cíl č. 4: Zjistit názor studentů 3. ročníku prezenčního studia oboru Všeobecná sestra Ústavu ošetřovatelství Institutu zdravotnických studií UTB ve Zlíně na proběhlý aktivizační program u pacientů na oddělení následné péče.

### 5.2 Organizace šetření

Práce probíhala v několika fázích:

1. fáze - shromažďování a studium odborné literatury, relevantních informací a dat z oblasti aktivizace.
2. fáze - realizace prvního průzkumného šetření formou dotazníku. Průzkumné šetření probíhalo na Ústavu ošetřovatelství Institutu zdravotnických studií Fakulty humanitních studií UTB ve Zlíně. Zúčastnilo se jej celkem 41 respondentů.
3. fáze - příprava na realizaci aktivizačních programů na oddělení následné péče, která zahrnovala přípravu pomůcek a dalších náležitostí potřebných k realizaci aktivizačních programů.
4. fáze - realizace aktivizačních programů pro geriatrické pacienty na oddělení následné péče. Aktivizační programy byly uskutečňovány každé úterý v době od 13 do 16 hodin, od září 2011 do března 2012.
5. fáze - realizace druhého průzkumného šetření formou rozhovoru. Průzkumné šetření probíhalo na oddělení následné péče KNTB, a.s. ve Zlíně. Zúčastnilo se jej 8 respondentů a každý rozhovor trval asi 15 minut.

6. fáze – realizace třetího průzkumného šetření formou dotazníku. Průzkumné šetření probíhalo na Ústavu ošetrovatelství Institutu zdravotnických studií Fakulty humanitních studií UTB ve Zlíně. Zúčastnilo se jej celkem 41 respondentů.

### 5.3 Charakteristika průzkumného vzorku

Praktická část bakalářská práce zahrnuje tři průzkumná šetření, která byla uskutečněna ve 2., v 5. a v 6. fázi práce. V této podkapitole bych chtěla charakterizovat tři průzkumné vzorky těchto šetření.

V průzkumném šetření, které bylo uskutečněno ve 2. fázi práce (dále jen „průzkumné šetření č. 1“), jsem zjišťovala povědomí studentů o aktivizaci geriatrických pacientů. Dotazníkové šetření se zúčastnilo 41 respondentů, z čehož bylo 40 respondentek a 1 respondent. Respondenty byli studenti 3. ročníku prezenčního studia oboru Všeobecná sestra Ústavu ošetrovatelství Institutu zdravotnických studií Fakulty humanitních studií UTB ve Zlíně. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí od 20 do 25 let.

Průzkumné šetření, které bylo uskutečněno v 5. fázi práce (dále jen „průzkumné šetření č. 2“), se týkalo zjištění pohledu geriatrických pacientů na proběhlé aktivizační programy. Respondenty byli geriatrickí pacienti z oddělení následné péče 7. etáže KNTB, a.s., ve věku 65 až 95 let, bez ohledu na pohlaví, vzdělání a výsledek Mini Mental State Exam (jedná se o test, prostřednictvím kterého lékař hodnotí hloubku poruchy vědomí geriatrických pacientů). Šetření probíhalo formou rozhovoru a zúčastnilo se jej 8 respondentů.

Průzkumné šetření, které se uskutečnilo v 6. fázi práce (dále jen „průzkumné šetření č. 3“), se týkalo zjištění názorů studentů na proběhlý aktivizační program u pacientů oddělení následné péče. Šetření probíhalo formou dotazníku a zúčastnilo se jej 41 respondentů, z čehož bylo 40 respondentek a 1 respondent. Respondenty byli studenti 3. ročníku prezenčního studia oboru Všeobecná sestra Ústavu ošetrovatelství Institutu zdravotnických studií Fakulty humanitních studií UTB ve Zlíně. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí od 21 do 25 let.

## 5.4 Metody práce

Metodou „průzkumného šetření č. 1“ byl anonymní dotazník. *„Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři.“*<sup>95</sup>

Dotazník se skládal z 20 strukturovaných otázek, přičemž 16 otázek bylo uzavřených (polytomických) a 4 otázky byly otevřené. Respondenti vybírali u uzavřených otázek buď jednu, nebo více odpovědí. Na otevřené otázky odpovídali respondenti vlastními slovy.

Metodou „průzkumného šetření č. 2“ byl polostrukturovaný rozhovor neboli interview. Polostrukturovaný rozhovor je stupněm mezi strukturovaným a nestrukturovaným rozhovorem. Polostrukturovaný rozhovor je obvykle náročnější svou technickou přípravou. *„Vytváříme si určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát.“*<sup>96</sup> Pořadí otázek je však možno měnit nebo upravovat v závislosti na vyvíjejícím se rozhovoru. Je na tazateli, aby správně určil, které pasáže rozhovoru může změnit a které musí striktně dodržet. U polostrukturovaného rozhovoru je velmi důležité místo uskutečnění rozhovoru a čas, který respondentovi při rozhovoru poskytneme.<sup>97</sup>

Rozhovor zahrnoval 14 předem připravených otázek, v průběhu rozhovoru však docházelo k doplnění nebo vynechání určitých otázek. Jednalo se o otázky jak otevřené, tak uzavřené. Na otevřené otázky odpovídali respondenti vlastními slovy, z uzavřených otázek respondenti vybírali jednu odpověď.

Metodou „průzkumného šetření č. 3“ byl taktéž anonymní dotazník, který se skládal ze 17 strukturovaných otázek, přičemž 6 otázek bylo uzavřených (polytomických) a 11 otázek bylo otevřených.

### 5.4.1 Charakteristika položek „průzkumného šetření č. 2“

V otázkách č. 1, 2 a 8 jsem se respondentů ptala, zda se již někdy, v průběhu hospitalizace, setkali s aktivizací, co očekávali od aktivizace a zda byli spokojeni s aktivizačním programem.

---

<sup>95</sup> Kutnohorská, 2009, s. 41

<sup>96</sup> Miovský, 2006, s. 159

<sup>97</sup> Miovský, 2006, s. 159 - 160

V otázce č. 3 jsem zjišťovala spokojenost respondentů s časem, kdy byla aktivizace prováděna.

Otázka č. 4 a 5 se týkala prováděných činností v aktivizačních programech a spokojenosti respondentů s prováděnými činnostmi.

V otázce č. 6 a 7 jsem zjišťovala postoj a spolupráci studentů v aktivizačních programech, a to z pohledu respondentů.

V otázce č. 9, 10 a 11 jsem zkoumala zájem respondentů o další aktivizační program.

Otázka č. 12 se týká doporučení aktivizačního programu aktivizovaných respondentů ostatním pacientům.

## **5.5 Zpracování získaných dat**

Jednotlivé odpovědi na otázky z dotazníkových šetření jsem pro lepší přehlednost zpracovala do tabulek četností a grafů v programu Microsoft Office Excel 2007. V tabulce četností jsem si nejdříve určila absolutní četnost, tedy počty respondentů, kteří odpovídali na danou otázku, a poté jsem stanovila relativní četnost. Grafy jsem používala sloupcové a výsečové. Odpovědi na otevřené otázky byly obsahově analyzovány.

Polostrukturované rozhovory jsem přepsala v plném znění. Zápisy jednotlivých rozhovorů jsou uvedeny v příloze **P VII**. Jednotlivé otázky v rozhovorech byly také obsahově analyzovány.



## 6 VÝSLEDKY PRŮZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

### 6.1 Dotazníkové šetření č. 1 ke zjištění povědomí studentů o aktivizaci geriatrických pacientů

V této podkapitole jsem vyhodnotila dotazníkové šetření č. 1. Ke každé uzavřené otázce jsem vytvořila tabulku četností, kterou jsem doplnila grafem a slovními komentáři. Otevřené otázky jsem slovně analyzovala. Otevřená otázka č. 12 obsahuje taktéž tabulku četností. Podklad k dotazníku se nachází v příloze P IV.

#### 1. Znáte pojem aktivizace pacientů?

Tabulka 1 Znalost pojmu aktivizace

Znalost pojmu aktivizace	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	41	100 %
Ne	0	0 %
Celkem	41	100 %



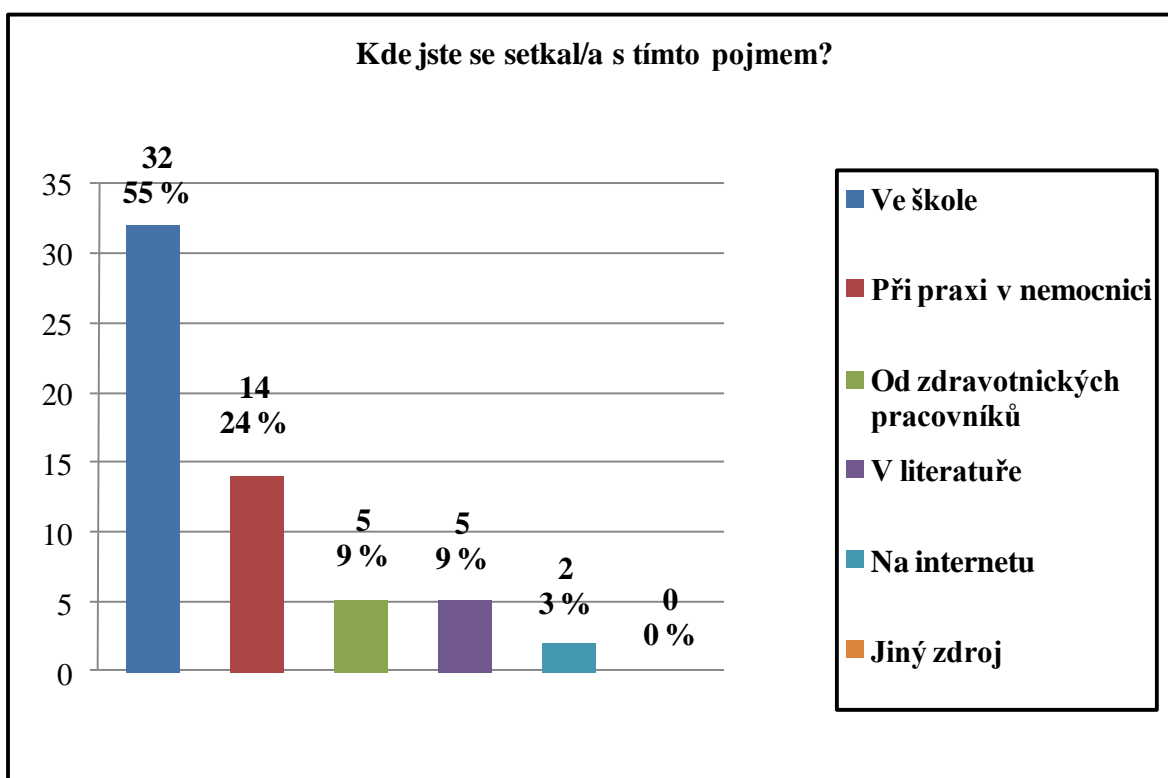
Graf 1 Znalost pojmu aktivizace

Pojem aktivizace pacientů zná 41 respondentů (100 %). Neznalost pojmu aktivizace uvedlo 0 respondentů (0 %).

## 2. Pokud ano, kde jste se setkal/a s tímto pojmem?

Tabulka 2 Setkání s pojmem aktivizace

Setkání s pojmem aktivizace	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ve škole	32	55 %
Při praxi v nemocnici	14	24 %
Od zdravotnických pracovníků	5	9 %
V literatuře	5	9 %
Na internetu	2	3 %
Jiný zdroj	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>58</b>	<b>100 %</b>



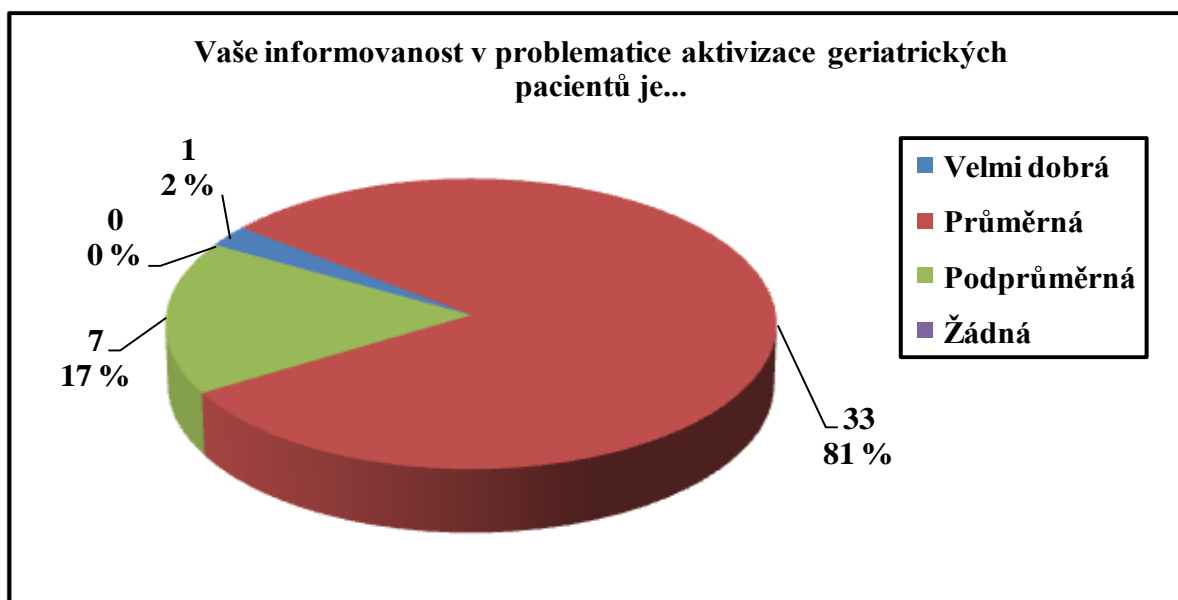
Graf 2 Setkání s pojmem aktivizace

V otázce č. 2 jsem zjišťovala, kde se respondenti setkali s pojmem aktivizace. Respondenti měli možnost výběru z více možností. 32 respondentů (55 %) se s pojmem aktivizace setkalo ve škole, 14 respondentů (24 %) při praxi v nemocnici a 5 respondentů (9 %) prostřednictvím zdravotnických pracovníků a literatury. 2 respondenti (3 %) se seznámili s pojmem aktivizace na internetu. Žádný z respondentů nevedl jiný zdroj.

### 3. Vaše informovanost v problematice aktivizace geriatrických pacientů je...

Tabulka 3 Informovanost v problematice aktivizace geriatrických pacientů

Informovanost v problematice aktivizace geriatrických pacientů	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Velmi dobrá	1	2 %
Průměrná	33	81 %
Podprůměrná	7	17 %
Žádná	0	0 %
Celkem	41	100 %



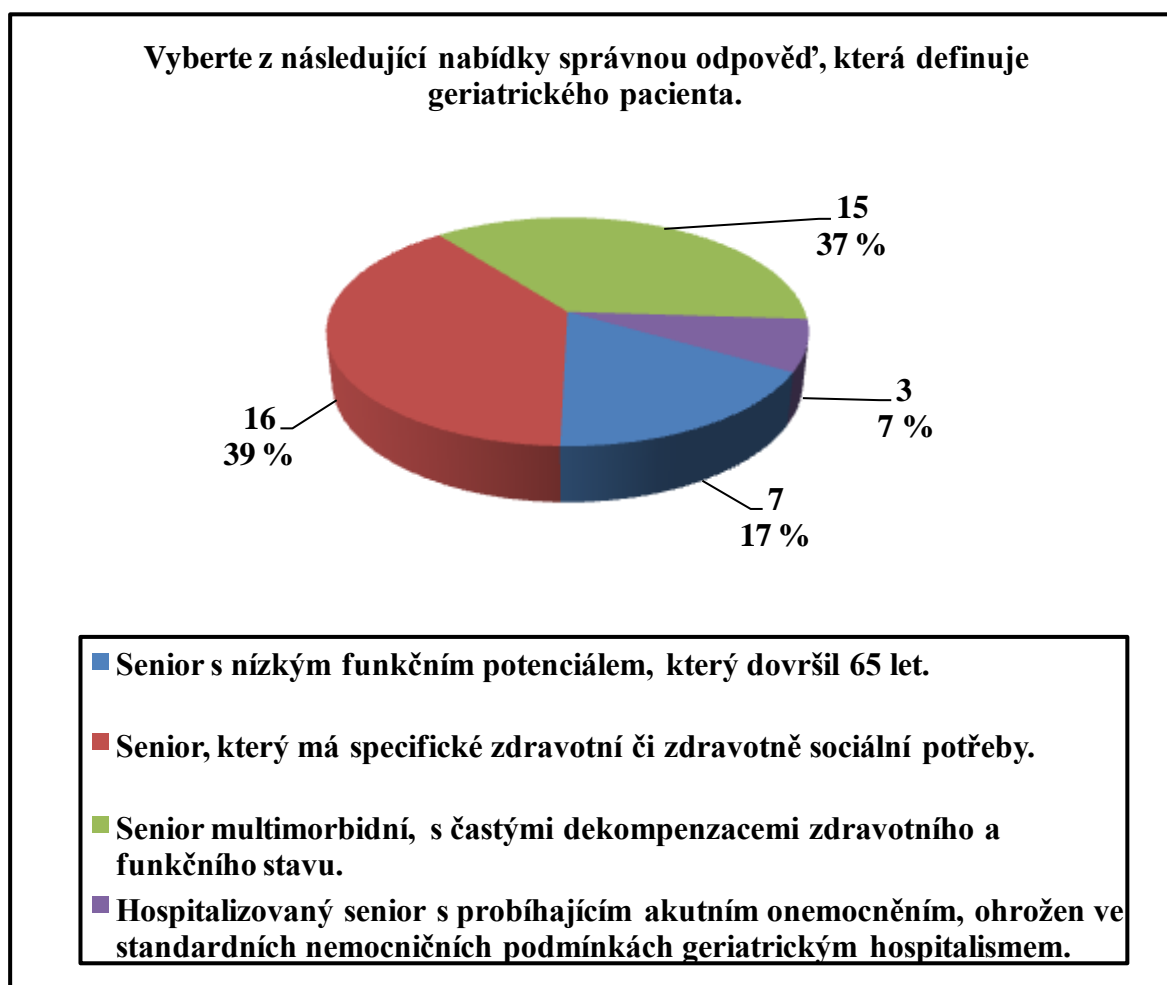
Graf 3 Informovanost v problematice aktivizace geriatrických pacientů

V otázce týkající se informovanosti respondentů v problematice aktivizace uvedlo 33 respondentů (81 %) průměrnou informovanost, 7 respondentů (17 %) podprůměrnou informovanost a 1 respondent (2 %) velmi dobrou informovanost. Žádnou informovanost uvedlo 0 respondentů (0 %).

4. Vyberte z následující nabídky správnou odpověď, která definuje geriatrického pacienta.

Tabulka 4 Definování geriatrického pacienta

Definování geriatrického pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Senior s nízkým funkčním potenciálem, který dovršil 65 let.	7	17 %
Senior, který má specifické zdravotní či zdravotně sociální potřeby.	16	39 %
Senior multimorbidní, s častými dekompenzacemi zdravotního a funkčního stavu.	15	37 %
Hospitalizovaný senior s probíhajícím akutním onemocněním, ohrožen ve standardních nemocničních podmínkách geriatrickým hospitalismem.	3	7 %
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



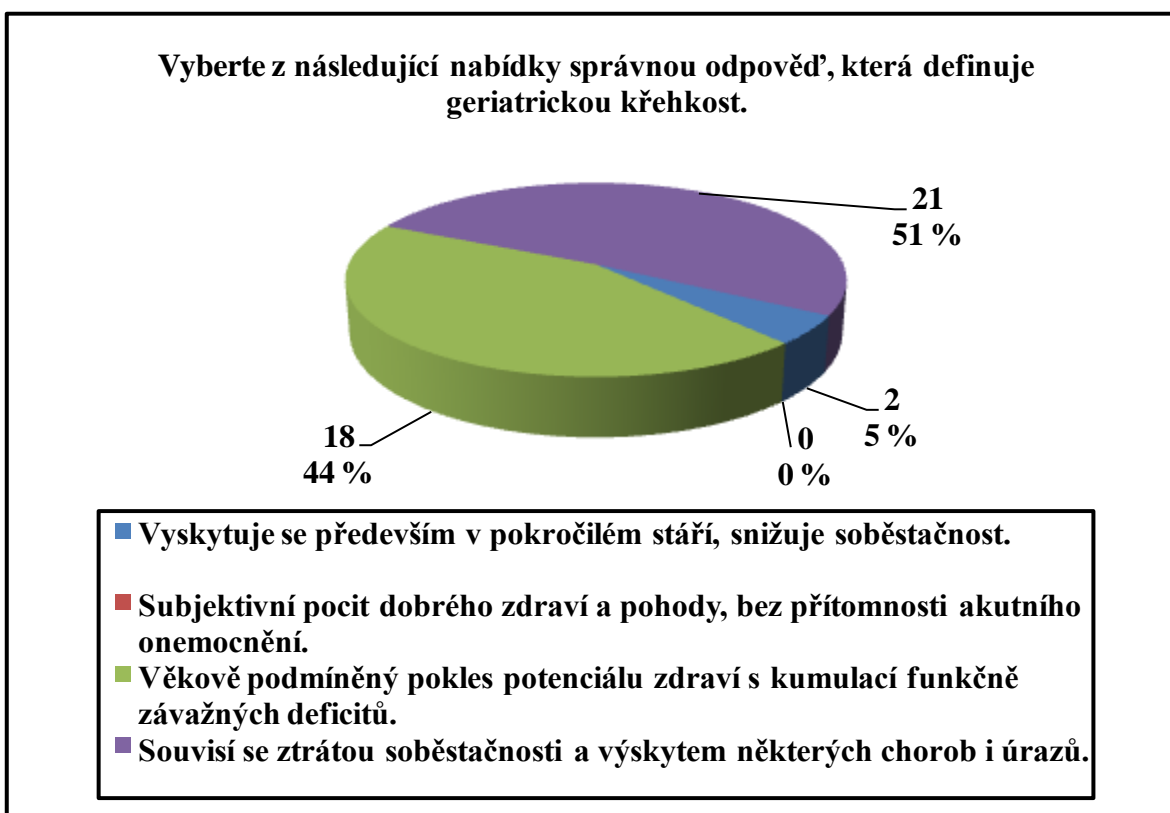
Graf 4 Definování geriatrického pacienta

V této otázce respondenti volili jednu správnou odpověď, která definuje geriatrického pacienta. Správnou odpověď na otázku zvolili 3 respondenti (7 %), 38 respondentů (93 %) zvolilo nesprávnou odpověď.

**5. Vyberte z následující nabídky správnou odpověď, která definuje geriatrickou křehkost.**

*Tabulka 5 Definování geriatrické křehkosti*

Definování geriatrické křehkosti	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Vyskytuje se především v pokročilém stáří, snižuje soběstačnost.	2	5 %
Subjektivní pocit dobrého zdraví a pohody, bez přítomnosti akutního onemocnění.	0	0 %
Věkově podmíněný pokles potenciálu zdraví s kumulací funkčně závažných deficitů.	18	44 %
Souvisí se ztrátou soběstačnosti a výskytem některých chorob i úrazů.	21	51 %
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



*Graf 5 Definování geriatrické křehkosti*

V této otázce respondenti volili jednu správnou odpověď, která definuje geriatrickou křehkost. Správnou odpověď na otázku zvolilo 18 respondentů (44 %), 23 respondentů (56 %) zvolilo nesprávnou odpověď.

## 6. Napište prosím, co si představujete pod aktivizací geriatrického pacienta...

V této otázce nebyly nabídnuty možnosti odpovědí. 10 respondentů uvedlo, že si pod aktivizací představuje cvičení jemné a hrubé motoriky, kognitivní nebo tělesná cvičení.

Konkrétní odpovědi respondentů byly: „...*cvičení kognitivní, fyzické...*“, „...*kognitivní cvičení...*“, „...*procvičit paměť...*“, „...*relaxační cvičení...*“, „...*pravidelné a sledované pohybování...*“, „...*pohybová aktivita na lůžku i mimo lůžko, cvičení jemné i hrubé motoriky...*“, „...*aby se senioři zařazovali do normálního života různým cvičením...*“, „...*procvičování „hlavy“, zapojení jemné motoriky...*“, „...*pohyb...*“.

11 respondentů uvedlo, že aktivizace je dopomoc pacientovi v činnostech denního života, vedení pacienta k soběstačnosti, uvedení pacienta do běžného života po hospitalizaci.

Konkrétní odpovědi respondentů byly: „*Zapojení pacienta do péče o sebe a každodenních potřeb.*“, „...*udržování soběstačnosti...*“, „...*snaha o opětovné zařazení do běžného života po prodělané nemoci...*“, „...*vedení pacienta k soběstačnosti, sebeobslužnosti...*“, „...*procvičování všedních denních činností...*“.

15 respondentů uvedlo, že aktivizace je zaměstnání pacienta, zapojení pacienta do činnosti nebo motivace a stimulace k činnostem.

Konkrétní odpovědi respondentů byly: „...*dosáhnout toho, že se pacient zapojí do námi zvolených činností.*“, „...*s pacientem se provádí různé činnosti...*“, „...*vhodná aktivita, zaměstnání...*“, „...*zapojení seniora do aktivit...*“, „...*motivace a stimulace k činnostem...*“.

5 respondentů si pod aktivizací geriatrického pacienta představuje aktivizační metody, které se během aktivizace provádí.

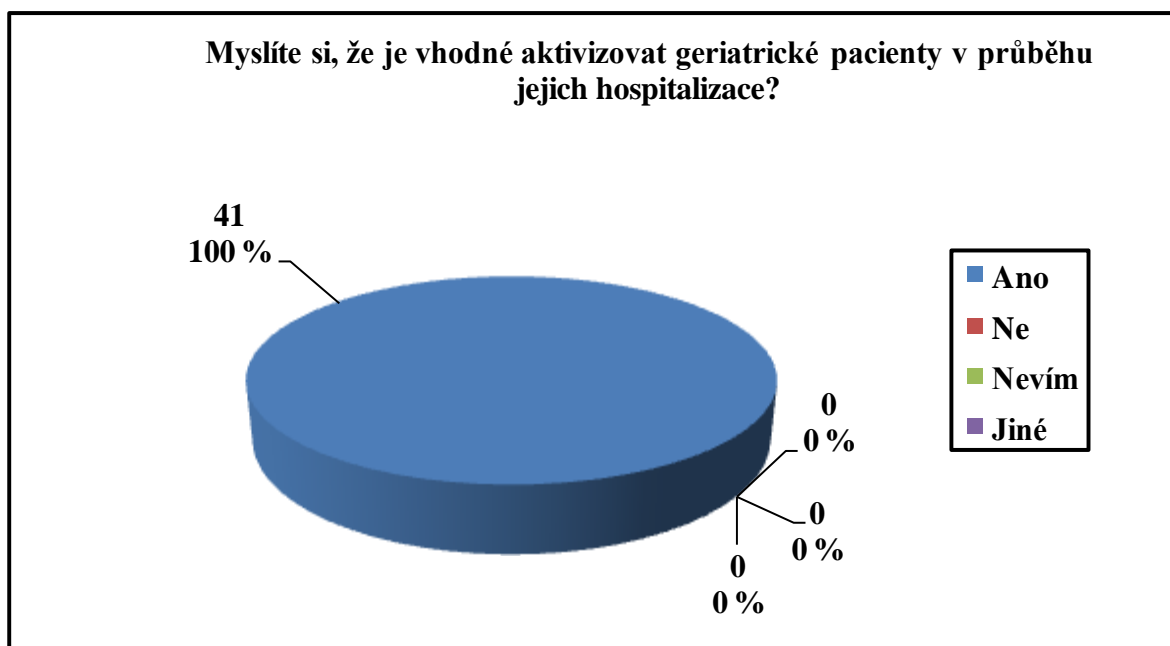
Konkrétní odpovědi respondentů byly: „...*různé aktivizační metody - arteterapie, ergoterapie...*“, „...*zapojení do praktických činností – např. výroba výtvarných děl...*“, „...*procházky, ergoterapie, kognitivní cvičení...*“, „...*poslech hudby, ergoterapie, canisterapie, procházky, filmy...*“.

Z odpovědí respondentů vyplývá, že pojem aktivizace znají a mají představu, jaký má aktivizace význam. Někteří respondenti již pravděpodobně aktivizaci viděli nebo ji sami na odborných praxích realizovali.

### 7. Myslíte si, že je vhodné aktivizovat geriatrické pacienty v průběhu jejich hospitalizace?

Tabulka 6 Aktivizace pacientů v průběhu hospitalizace

Aktivizace pacientů v průběhu hospitalizace	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	41	100 %
Ne	0	0 %
Nevím	0	0 %
Jiné	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



Graf 6 Aktivizace pacientů v průběhu hospitalizace

Všech 41 respondentů (100 %) uvedlo, že je vhodné aktivizovat geriatrické pacienty v průběhu jejich hospitalizace. Zbývající odpovědi neuvedl žádný respondent.

## 8. Pokud jste odpověděl/a ano, uveďte prosím, z jakého důvodu by podle Vás měli být geriatřičtí pacienti aktivizováni...

23 respondentů uvedlo, že aktivizace je prevencí proti imobilizačnímu syndromu, dekubitům a komplikacím způsobeným dlouhodobou hospitalizací. Aktivizace je podle respondentů důležitá také proto, aby nedocházelo k regresím schopností pacientů.

Konkrétní odpovědi respondentů byly: „*Pokud senioři vyjdou na nějakou dobu z aktivního života, může se jejich fyzický i psychický stav zhoršit.*“, „*...z důvodu zamezení ochabnutí svalů a kontraktur*“, „*...riziko imobilizačního syndromu...*“, „*...aby nedošlo ke zhoršování zdravotního stavu...*“, „*...aby předcházeli nežádoucím komplikacím způsobeným dlouhodobou hospitalizací...*“.

13 respondentů se domnívá, že aktivizace pacientům zlepší náladu, pacienti přijdou na jiné myšlenky a nemyslí tak na svou nemoc. Někteří respondenti také uvádí, že aktivizace je prevencí proti apatii, lhostejnosti a osamělosti a ukrátká pacientům dlouhou dobu v nemocnici.

Konkrétní odpovědi respondentů byly: „*...vyplnění volného času...*“, „*...aby viděli, že nejsou úplně bezmocní...*“, „*odpoutání od myšlenek na nemoc...*“, „*...aby vyplnili svůj čas v nemocnici*“, „*...zkrátí se tím čas při hospitalizaci...*“, „*...senioři se tím zabaví, ocení, že má o ně někdo zájem...*“, „*...zlepšení nálady, přechod na lepší myšlenky, nemyslí jen na nemoc...*“.

5 respondentů uvedlo, že aktivizace podporuje soběstačnost pacienta a urychluje návrat pacienta do běžného denního života.

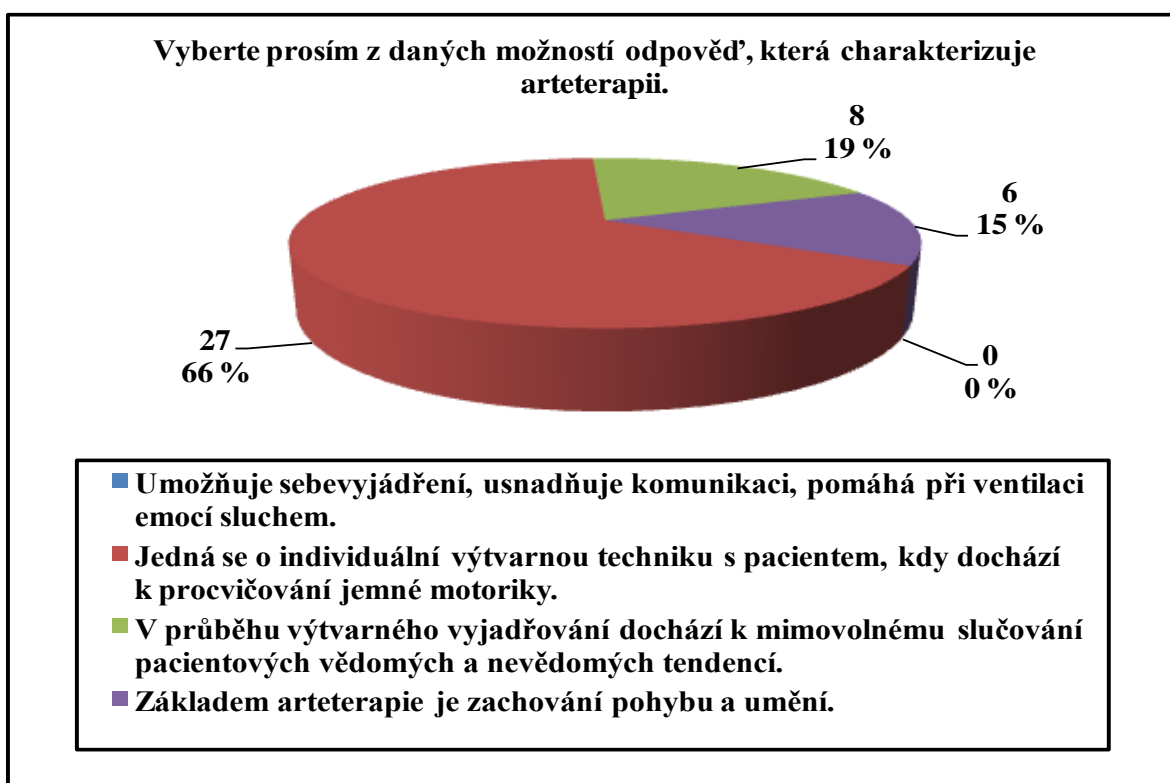
Konkrétní odpovědi respondentů byly: „*...podpora soběstačnosti...*“, „*...k soběstačnosti, aby cítili potřebu, že můžou ještě něco pro sebe udělat...*“, „*...aby nezůstali nesoběstační, ležící...*“, „*...k udržení nebo zvýšení soběstačnosti...*“, „*...z důvodu toho, aby se zapojil do denních činností a aktivit...*“.



## 9. A. Vyberte prosím, z daných možností odpověď, která charakterizuje arteterapii...

Tabulka 7 Charakteristika arteterapie

Charakteristika arteterapie	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Umožňuje sebevyjádření, usnadňuje komunikaci, pomáhá při ventilaci emocí sluchem.	0	0 %
Jedná se o individuální výtvarnou techniku s pacientem, kdy dochází k procvičování jemné motoriky.	27	66 %
V průběhu výtvarného vyjadřování dochází k mimovolnému slučování pacientových vědomých a nevědomých tendencí.	8	19 %
Základem arteterapie je zachování pohybu a umění.	6	15 %
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



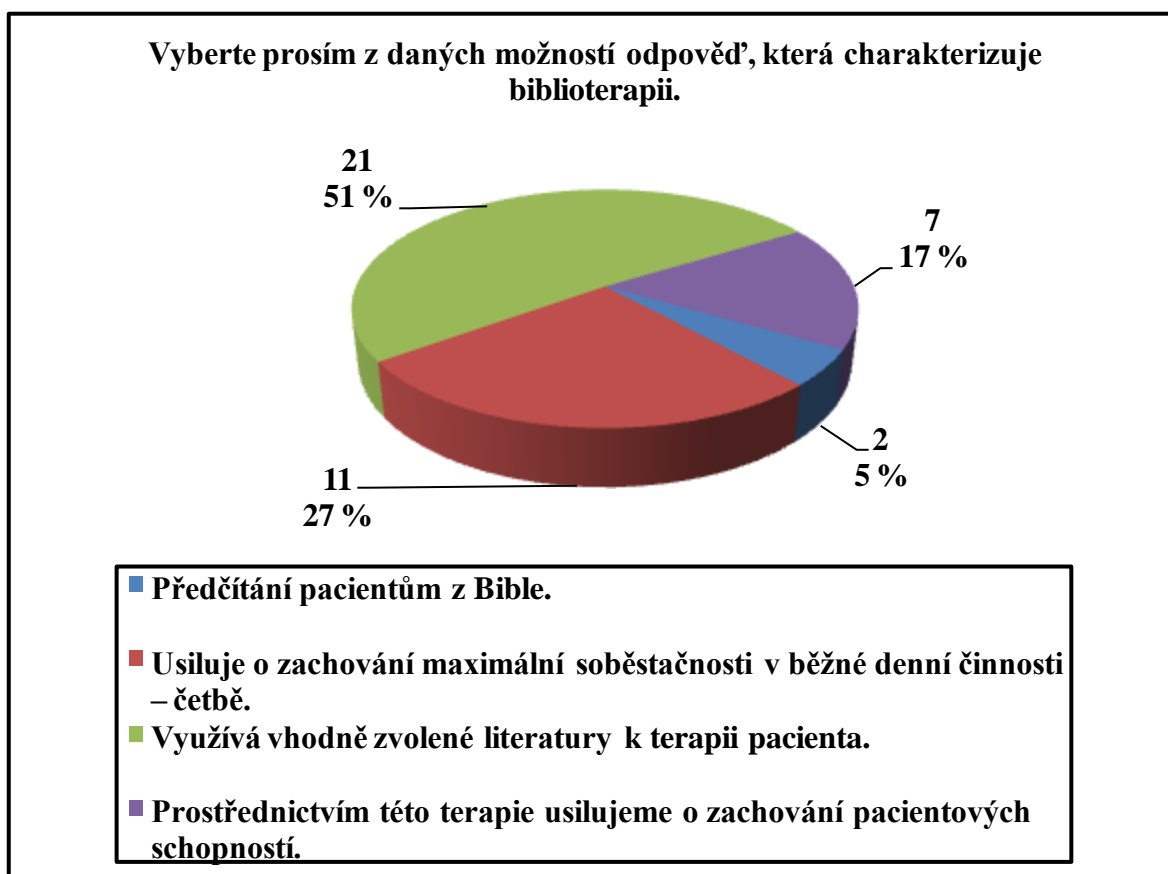
Graf 7 Charakteristika arteterapie

V této otázce respondenti volili jednu správnou odpověď, která charakterizuje arteterapii. Správnou odpověď na otázku zvolilo 8 respondentů (19 %), 33 respondentů (81 %) zvolilo nesprávnou odpověď.

9. B. Vyberte prosím, z daných možností odpověď, která charakterizuje biblioterapii...

Tabulka 8 Charakteristika biblioterapie

Charakteristika biblioterapie	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Předčítání pacientům z Bible.	2	5 %
Usiluje o zachování maximální soběstačnosti v běžné denní činnosti – četbě.	11	27 %
Využívá vhodně zvolené literatury k terapii pacienta.	21	51 %
Prostřednictvím této terapie usilujeme o zachování pacientových schopností.	7	17 %
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



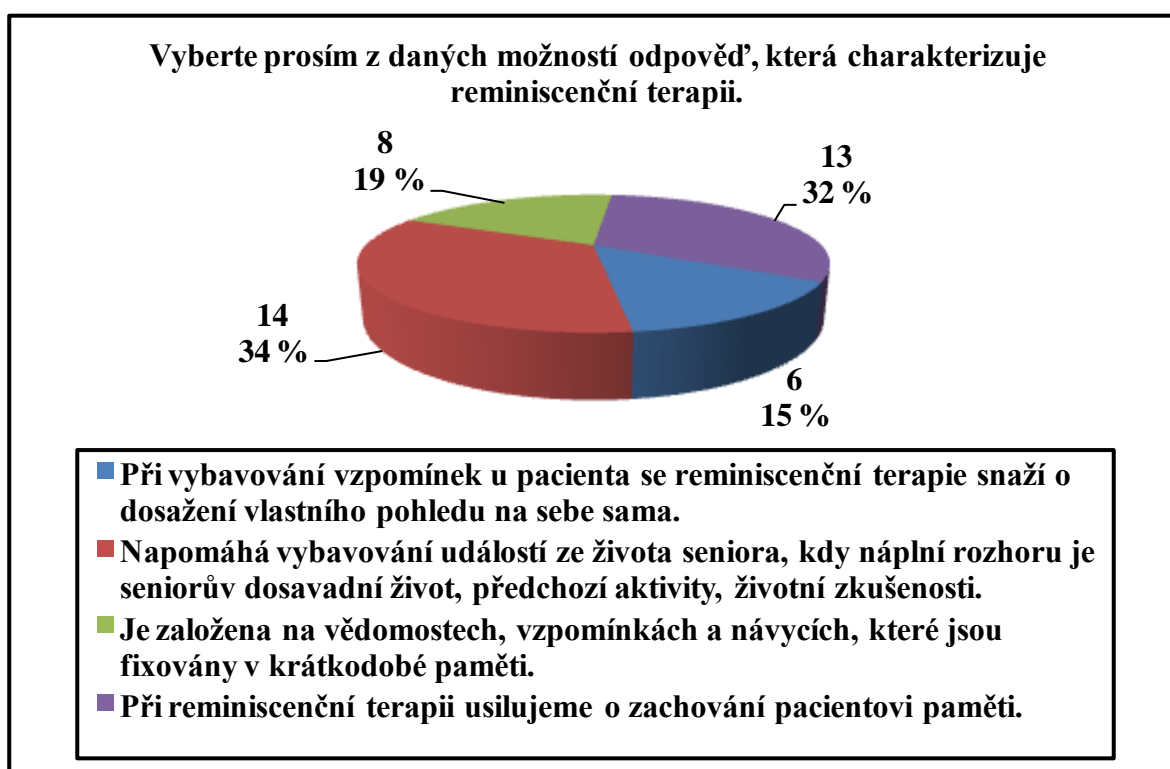
Graf 8 Charakteristika biblioterapie

V této otázce respondenti volili jednu správnou odpověď, která charakterizuje biblioterapii. Správnou odpověď na otázku zvolilo 21 respondentů (51 %), 20 respondentů (49 %) zvolilo nesprávnou odpověď.

9. C. Vyberte prosím, z daných možností odpověď, která charakterizuje reminiscenční terapii...

Tabulka 9 Charakteristika reminiscenční terapie

Charakteristika reminiscenční terapie	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Při vybavování vzpomínek u pacienta se reminiscenční terapie snaží o dosažení vlastního pohledu na sebe sama.	6	5 %
Napomáhá vybavování událostí ze života seniora, kdy náplní rozhoru je seniorův dosavadní život, předchozí aktivity, životní zkušenosti.	14	27 %
Je založena na vědomostech, vzpomínkách a návycích, které jsou fixovány v krátkodobé paměti.	8	51 %
Při reminiscenční terapii usilujeme o zachování pacientovi paměti.	13	17 %
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



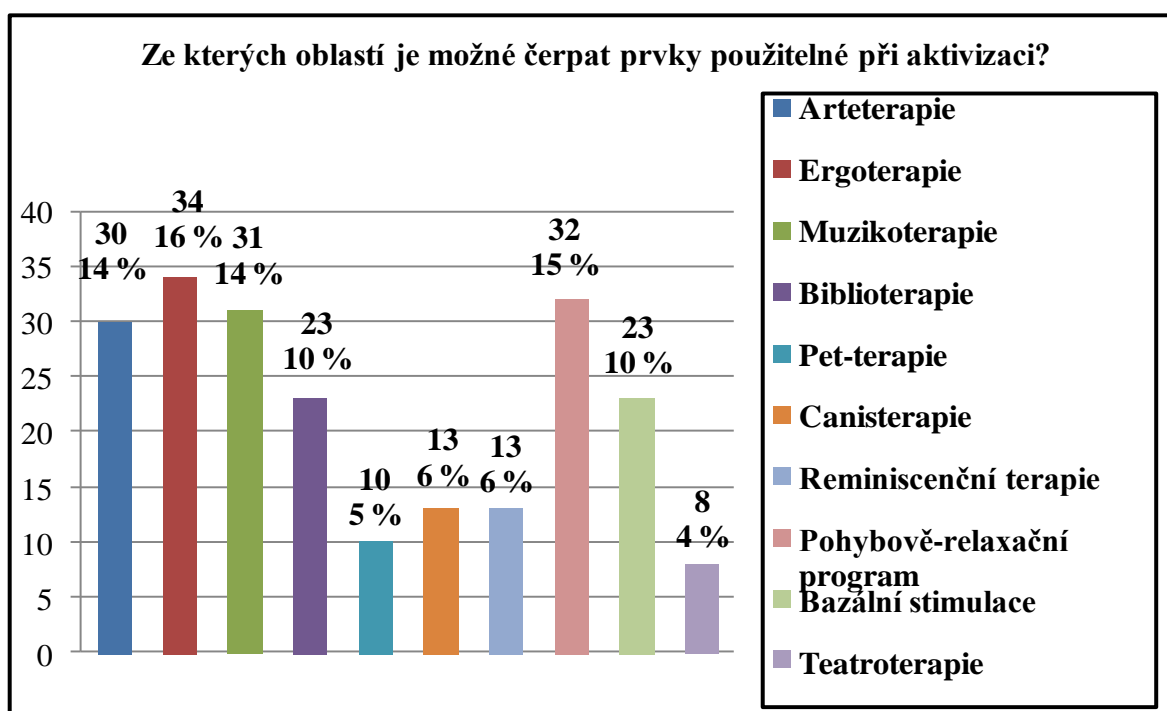
Graf 9 Charakteristika reminiscenční terapie

V této otázce respondenti volili jednu správnou odpověď, která charakterizuje reminiscenční terapii. Správnou odpověď na otázku zvolilo 14 respondentů (34 %), 27 respondentů (66 %) zvolilo nesprávnou odpověď.

**10. Vyberte prosím, ze kterých oblastí je podle Vás možno čerpat prvky použité při aktivizaci geriatrických pacientů...**

*Tabulka 10 Oblasti, ze kterých lze čerpat prvky k aktivizaci*

Oblasti, ze kterých lze čerpat prvky k aktivizaci	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Arteterapie	31	14 %
Ergoterapie	34	16 %
Muzikoterapie	31	14 %
Biblioterapie	23	10 %
Pet-terapie	10	5 %
Canisterapie	13	6 %
Reminiscenční terapie	13	6 %
Pohybově-relaxační program	32	15 %
Bazální stimulace	23	10 %
Teatroterapie	8	4 %
<b>Celkem</b>	<b>218</b>	<b>100 %</b>



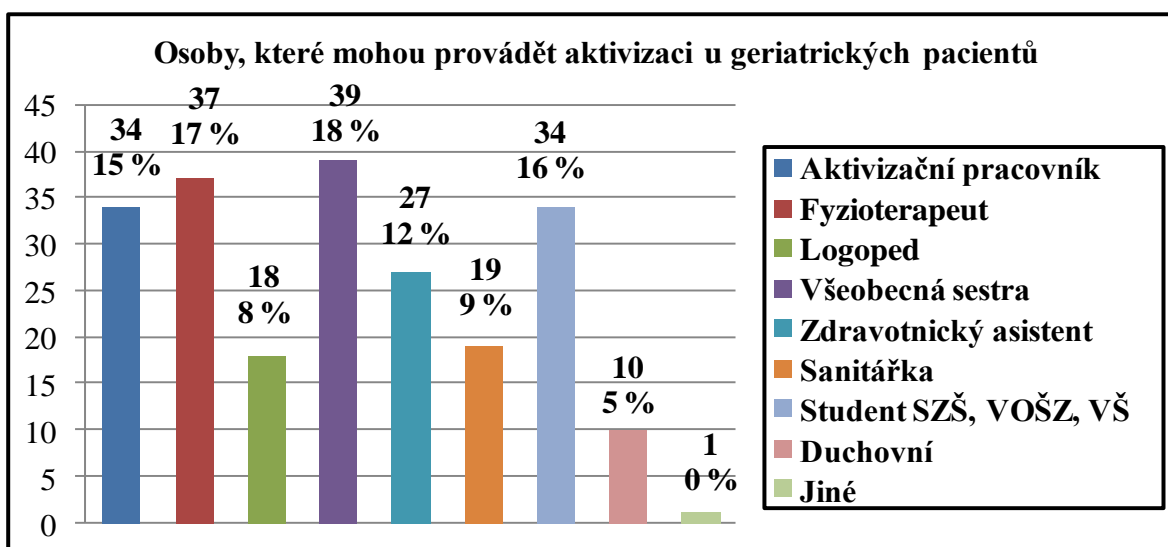
*Graf 10 Oblasti, ze kterých lze čerpat prvky k aktivizaci*

V této otázce jsem zjišťovala, ze kterých oblastí je možno čerpat prvky použitelné při aktivizaci. Respondenti měli možnost výběru z více možností. 34 respondentů (16 %) uvedlo ergoterapii, 32 respondentů (15 %) pohybově-relaxační program, 30 a 31 respondentů (14 %) arteterapii a muzikoterapii a 23 respondentů (10 %) biblioterapii a bazální stimulaci. 13 respondentů (6 %) uvedlo canisterapii a reminiscenční terapii a 10 respondentů (5 %) pet-terapie. 8 respondentů (4 %) uvedlo teatroterapii.

### 11. Vyberte prosím, z uvedených osob ty, o kterých si myslíte, že mohou provádět aktivizaci geriatrických pacientů...

Tabulka 11 Osoby, které mohou provádět aktivizaci geriatrických pacientů

Osoby, které mohou provádět aktivizaci geriatrických pacientů	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Aktivizační pracovník	34	15 %
Fyzioterapeut	37	17 %
Logoped	18	8 %
Všeobecná sestra	39	18 %
Zdravotnický asistent	27	12 %
Sanitářka	19	9 %
Student SZŠ, VOŠZ, VŠ	34	16 %
Duchovní	10	5 %
Jiné	1	0 %
<b>Celkem</b>	<b>219</b>	<b>100 %</b>



Graf 11 Osoby, které mohou provádět aktivizaci u geriatrických pacientů

Na otázku týkající se osob, které mohou provádět aktivizaci u geriatrických pacientů, mohli respondenti uvádět více odpovědí. Respondenti volili všechny možnosti uvedené v nabídce. 39 respondentů (18 %) uvedlo všeobecnou sestru, 37 respondentů (17 %) fyzioterapeuta a 34 respondentů (16 %) studenty SZŠ, VOŠZ a VŠ. 34 respondentů (15 %) zvolilo aktivizačního pracovníka, 27 respondentů (12 %) zdravotnického asistenta, 19 respondentů (9 %) sanitářku a 18 respondentů (8 %) logopeda. 10 respondentů (5 %) uvedlo duchovního. Jeden respondent uvedl jinou možnost, a to rodinu pacienta.

**12. Napište prosím denní dobu, kdy je podle Vás nejvhodnější čas k aktivizaci geriatrických pacientů...**

*Tabulka 12 Nejvhodnější čas k aktivizaci geriatrických pacientů*

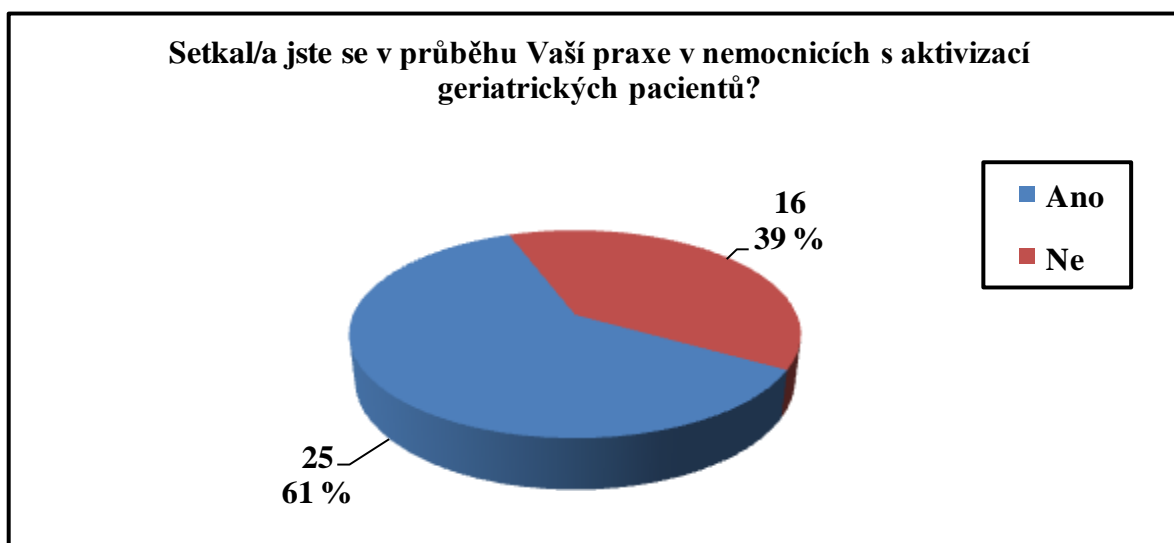
Nejvhodnější čas k aktivizaci geriatrických pacientů	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ráno	5	12 %
Dopoledne (9 – 11 hod.)	21	53 %
Odpoledne (13 – 16 hod.)	12	30 %
Večer (16 – 18 hod.)	2	5 %
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>

Nejčastější odpovědí na tuto otázku, týkající se doby provádění aktivizace, bylo dopoledne, mezi 9 až 11 hodinou. 21 respondentů (53 %) uvedlo, že dopoledne je nejvhodnější čas k provádění aktivizace. 12 respondentů (30 %) uvedlo jako nejvhodnější čas odpoledne, a to v době mezi 13 až 16 hodinou. 5 respondentů (12 %) uvedlo ráno jako nejvhodnější čas a 2 respondenti (5 %) uvedli jako nejvhodnější čas pro provádění aktivizace večer, tedy dobu od 16 do 18 hodin.

**13. Setkal/a jste se v průběhu Vaší praxe v nemocnicích s aktivizací geriatrických pacientů?**

*Tabulka 13 Setkání s aktivizací*

Setkání s aktivizací	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	25	61 %
Ne	16	39 %
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



*Graf 12 Setkání s aktivizací*

V průběhu praxe v nemocnicích se s aktivizací geriatrických pacientů setkalo 25 respondentů (61 %). 16 respondentů (39 %) uvedlo, že se v průběhu praxe s aktivizací geriatrických pacientů nesešlo.

**14. Napište prosím, co by podle Vás bylo vhodnou náplní aktivizačního programu pro geriatrické pacienty v nemocnici...**

Na tuto otázku odpovídali respondenti různě. Podle 10 respondentů bylo vhodnou náplní aktivizačního programu cvičení, které zahrnovalo procvičování jemné a hrubé motoriky, dechová cvičení, pohyb a procházky. 7 respondentů do aktivizačního programu zahrnuje arteterapii a ergoterapii. 8 respondentů za vhodnou náplň aktivizačního programu považovalo muzikoterapii, biblioterapii, reminiscenční terapii a procvičování paměti. 6 respondentů by do aktivizačního programu zahrnuje komunikaci s pacientem, rozhovory a skupi-

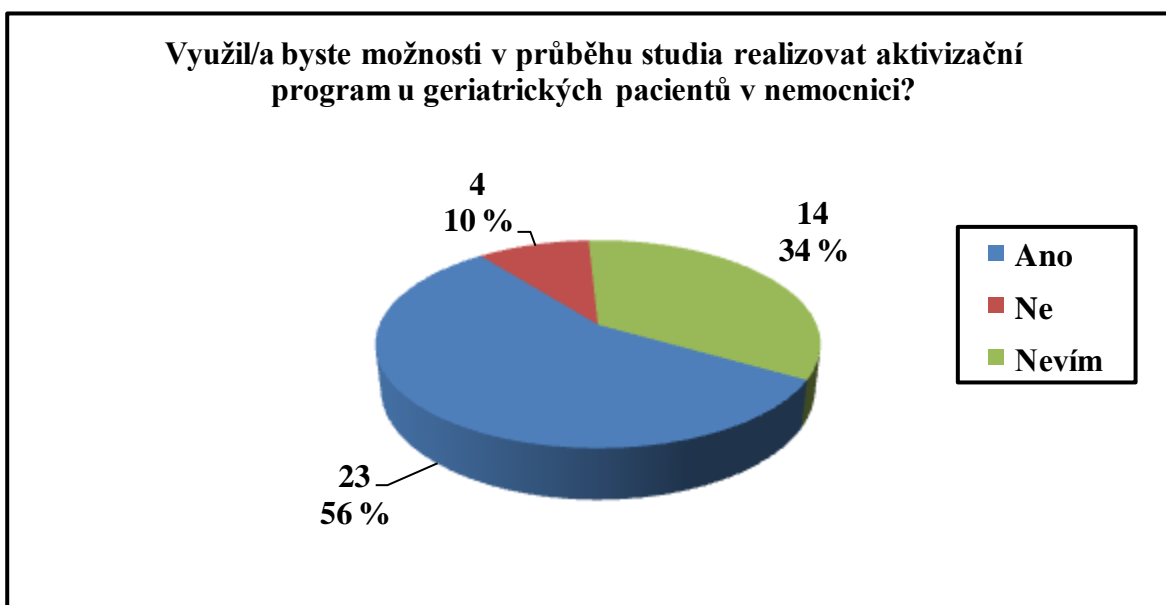
nová sezení. 5 respondentů do aktivizačního programu zařadilo různé společenské hry a luštění křížovek. 1 respondent do aktivizačního programu zvolil pohybově - relaxační program. 2 respondenti do aktivizačního programu zahrnuli nácvik soběstačnosti a zapojení pacienta do činností běžného denního života. 2 respondenti zařadili canisterapii a bazální stimulaci.

Konkrétní odpovědi respondentů byly: „...luštění křížovek, hraní karet...“, „... čtení z knihy, časopisů...“, „...cokoliv k nácviku soběstačnosti...“, „...četba, muzikoterapie...“, „...dechová a pohybová cvičení...“, „...programy zaměřené na okolní situaci (Velikonoce, Vánoce)...“, „... zapojování do činností v péči o sebe sama...“.

#### 15. Využil/a byste možnosti v průběhu studia realizovat aktivizační program pro geriatrické pacienty v nemocnici?

Tabulka 14 Realizace aktivizačního programu

Realizace aktivizačního programu	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	23	56 %
Ne	4	10 %
Nevím	14	34 %
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



Graf 13 Realizace aktivizačního programu

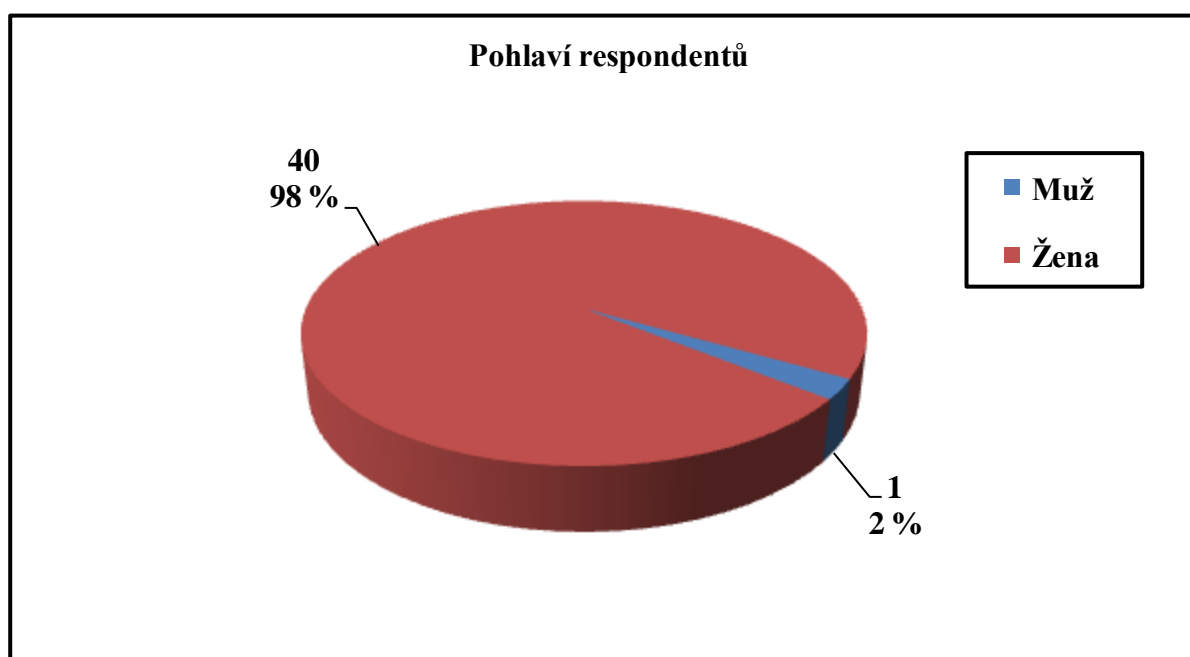


Na otázku, zda by respondenti využili v průběhu studia možnosti realizovat aktivizační program u geriatrických pacientů uvedlo 23 respondentů (56 %) kladnou odpověď, 14 respondentů (34 %) uvedlo, že nemají představu, zda by využili možnosti realizovat aktivizační program, a 4 respondenti (10 %) uvedli, že by možnosti realizovat aktivizační program u geriatrických pacientů nevyužili.

## 16. Pohlaví respondentů

Tabulka 15 Pohlaví respondentů

Pohlaví respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Muž	1	2 %
Žena	40	98 %
Celkem	41	100 %



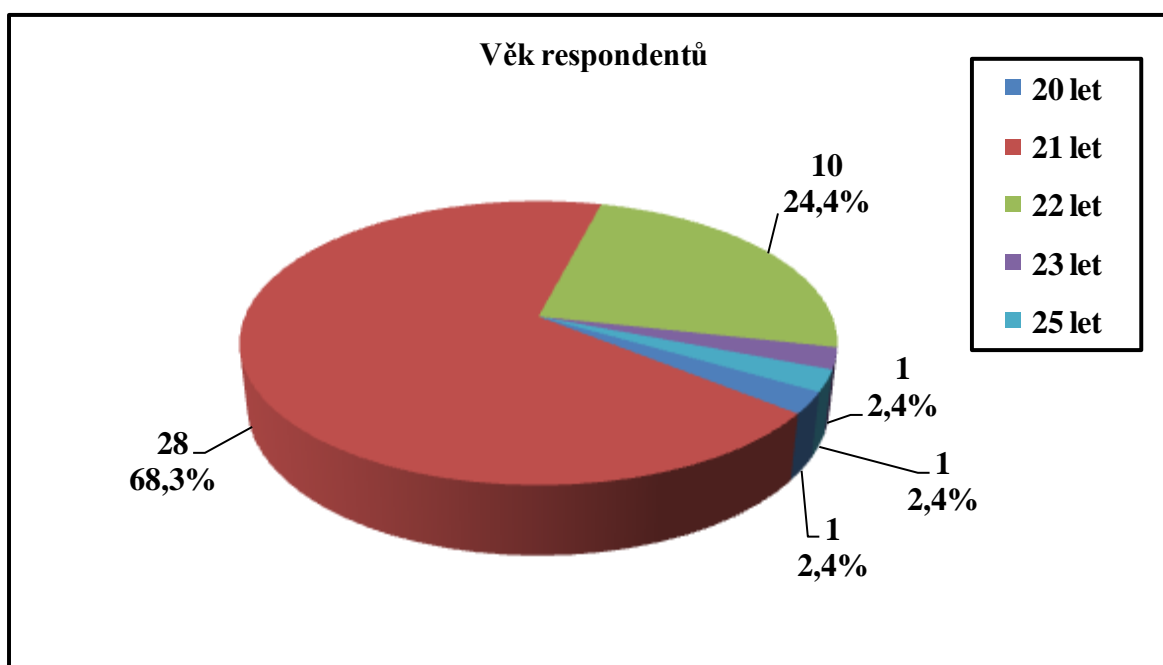
Graf 14 Pohlaví respondentů

Průzkumného šetření se zúčastnilo 40 respondentek (98 %) a 1 respondent (2 %).

## 17. Věk respondentů

Tabulka 16 Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
20 let	1	2,4 %
21 let	28	68,3 %
22 let	10	24,4 %
23 let	1	2,4 %
25 let	1	2,4 %
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



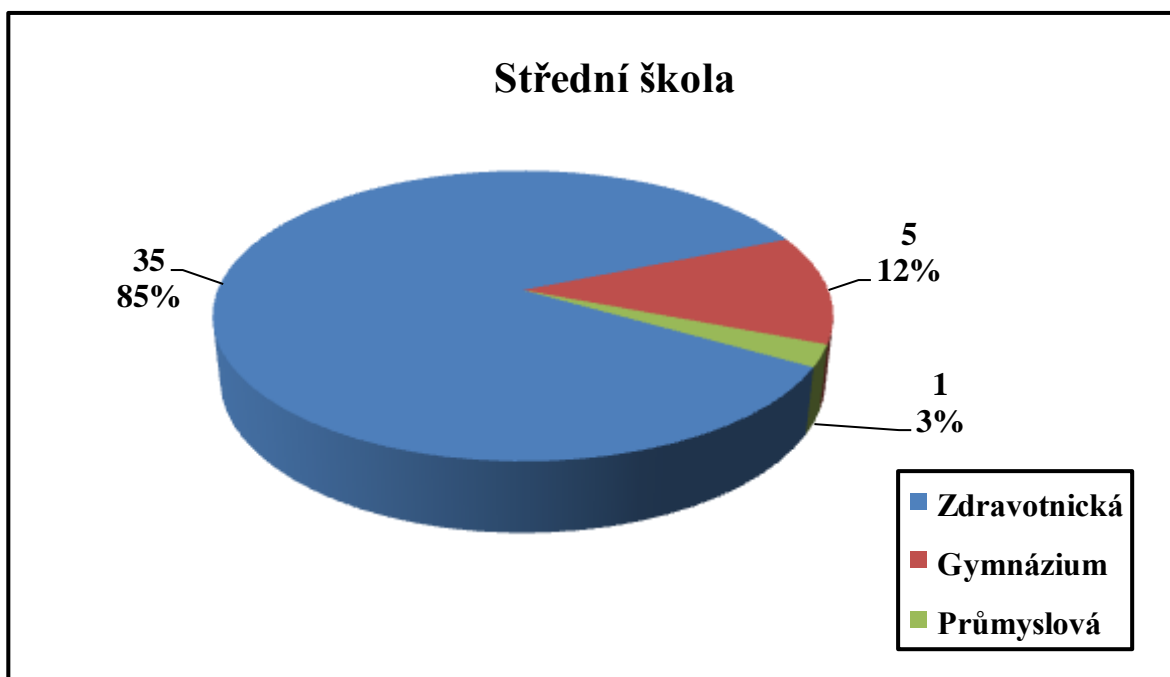
Graf 15 Věk respondentů

Věk respondentů byl v rozmezí od 20 do 25 let. 28 respondentů (68,3 %) uvedlo 21 let, 10 respondentů (24,4 %) uvedlo 22 let. Věk 20, 23 a 25 let uvedli 3 respondenti (7,2 %).

## 18. Střední škola respondentů

Tabulka 17 Střední škola respondentů

Střední škola respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Zdravotnická	35	85%
Gymnázium	5	12%
Průmyslová	1	3%
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>



Graf 16 Střední škola respondentů

Respondenti absolvovali tři typy středních škol. 35 respondentů (85%) uvedlo zdravotnickou školu, 5 respondentů (12%) gymnázium a 1 respondent (3%) střední průmyslovou školu.

## 6.2 Rozhovory s pacienty

Jednotlivé otázky z rozhovorů jsem obsahově analyzovala. Zápisy jednotlivých rozhovorů jsou uvedeny v příloze **P VII**. Podklad k polostrukturovanému rozhovoru je uveden v příloze **P VI**.

### 1. Setkal/a jste se v průběhu předešlých hospitalizací s aktivizačním programem?

Na tuto otázku odpovídali všichni respondenti/respondentky záporně. Protože aktivizační činnost není zatím přesně zakotvena do denního řádu oddělení následné péče a nenašla zde zatím své praktické umístění, nemůžeme předpokládat, že by se respondenti/respondentky někdy v minulosti setkali s aktivizačním programem.

### 2. Když za Vámi přišli studenti s nabídkou odpolední aktivizace, co jste od toho odpoledne očekával/a? Co jste si představoval/a?

Tato otázka se do jisté míry pojí s otázkou č. 1, na kterou všichni respondenti/respondentky odpovídali záporně. Jelikož se respondenti/respondentky nikdy v minulosti nezúčastnili aktivizačních programů, neměli povědomí o aktivizaci a nevěděli, co si pod pojmem aktivizace mají představovat. Odpovědi na tuto otázku byly proto různé. Respondentka č. 1 na tuto otázku odpověděla v tom smyslu, že dochází k zavádění aktivizace do praxe z toho důvodu, aby pacienti byli zaměstnáni. Respondent č. 2 na otázku přesně neodpověděl, pouze popsal pozvání k aktivizaci. Respondentky č. 3 a 6 odpovídaly na otázku velmi podobně, a to tak, že očekávaly, že si s nimi budou studenti povídat. „*Vítala jsem to. Mám ráda mladé lidi. Představovala jsem si, že si budeme povídat.*“ Respondent č. 4 si představoval aktivizaci jako učení a od aktivizace očekával vzdělávání. Respondentka č. 5 nedokázala odpovědět, co od aktivizace očekává. Respondentka č. 7 uvedla, že aktivizace byla jiná činnost, než očekávala. Respondentka očekávala od aktivizace zábavu. Respondentka č. 8 se domnívala, že aktivizace je důležitá pro mě, tedy tazatele, ke školní práci.

### 3. Vyhovoval Vám čas aktivizačního programu?

Na tuto otázku odpovídali kromě jednoho respondenta všichni kladně. Většina respondentů/respondentek stavěla do popředí to, že ráno a dopoledne je hodně práce s pacienty, tudíž nejlepším časem pro aktivizaci je odpoledne. Respondentka č. 1 a respondent č. 4 uvedli, že odpoledne je pro aktivizační program nejlepší doba, neboť ráno je spousta práce. „*Ano,*

*protože ráno je frmol.*“ Respondentka č. 3 uvedla jako nejlepší čas také odpoledne, protože odpoledne neprovádí žádné aktivity, pouze odpočívají. Respondenti č. 5, 6 a 7 také odpověděli kladně. Respondentka č. 8 sice uvedla kladnou odpověď, ale jinak jí nezáleží na čase, ve kterém se bude aktivizace konat. Jen respondent č. 2 uvedl částečnou spokojenost s časem provádění aktivizace, neboť zrovna v odpolední době sleduje TV.

#### **4. Jakou činnost/aktivitu jste se studenty vykonával/a?**

Zde respondenti/respondentky uváděli různé aktivity, které prováděli. Nejčastěji se v odpovědích objevovala hra společenských her, rozhovor, ruční práce nebo cvičení. Klíčovou činností však pro všechny respondenty/respondentky byl rozhovor. Respondentka č. 1 uvedla jako prováděnou činnost pouze rozhovor, jelikož neměla zájem o provádění jiné činnosti. Respondent č. 2 uvedl společenské hry „Člověče, nezlob se“ a pexeso, procházku po chodbě a rozhovor. Respondentka č. 3 uvedla, že procvičovala horní končetiny, luštila křížovky a povídala si se studentkou. Respondent č. 4 měl ve své odpovědi rozhovor, hru společenských her, a dokonce vzdělávání studentek ve hře karty. Respondentka č. 5 uvedla ruční dekorační činnosti, poté navlékání korálků, což je výborná činnost k procvičení jemné motoriky, a řešení hádanek. *„Malovaly jsme se sestřičkou na sklo a celou dobu jsme si u toho povídaly. Pak jsme taky malovaly na skleničky a pak mně ještě sestřička pomohla s navlékáním korálků. Sestřička mně u práce dávala nějaké hádanky.“* Respondentka č. 6 uvedla výrobu dekoračních předmětů, hru pexeso a rozhovor. Respondentka č. 7 prováděla ruční dekorační činnosti a luštění křížovek. Respondentka č. 8 uvedla, že se studentkou procvičily dolní končetiny, poté si zahrály společenské hry, ale hlavně si povídaly.

#### **5. Byl/a jste spokojen/a s prováděnou činností?**

V odpovědích na tuto otázku uvedlo sedm respondentů/respondentek spokojenost s činností, avšak jedna respondentka uvedla částečnou spokojenost. Respondentka č. 1 uvedla: *„Ano, jsem spokojena. Probraly jsme spolu všechny záležitosti a zapoměla jsem na mé nemoci.“* Respondent č. 2 uvedl: *„Ano, člověk po tom omládne a změní myšlenky, protože se musí soustředit na hru. Nutí to potlačit mozek.“* Respondentka č. 5 uvedla: *„Ano, je to taková změna. Byla tu s námi příjemná paní učitelka.“* Respondentka č. 8 uvedla částečnou spokojenost, z důvodu bolesti zad po aktivizačním programu.

## 6. Jak se Vám spolupracovalo se studentem/kou?

Na tuto otázku odpovídali všichni respondenti/respondentky kladně. Respondentka č. 1 uvedla, že se jí spolupracovalo dobře se studentkou a dobře si popovídaly. Respondent č. 4 uvedl, že studentka, která s ním prováděla aktivizaci je dobrá v komunikaci. Ráda mu také odpověděla na všechny otázky. Respondentka č. 5 uvedla, že studentka byla velmi příjemná. Respondentka č. 6 uvedla dobrou spolupráci se studentkou. „*Báječně se mi spolupracovalo. Nemohu to jinými slovy nazvat, než že se si jí vážím.*“ Respondentka č. 8 uvedla skutečnost, že jí studentka byla sympatická.

## 7. Byl/a student/ka ochotný/á a milý/á nebo spíše naopak?

Tato otázka navazuje na předchozí otázku. Zde jsem se ptala na ochotu studentů/studentek z pohledu respondentů/respondentek. Z odpovědí vyplývá shoda všech respondentů/respondentek na skutečnosti, že studenti byli ochotní a milí. Respondentka č. 1 uvedla, že studentka byla ochotná a dobře s nimi komunikovala. Respondent č. 2 odpověděl: „*Byly fajn, kdyby bylo takových víc. Podle mě, musí být i dobré kamarádky.*“ Respondent č. 4 uvedl, že studentky byly ochotné, usměvavé a vstřícné s dobrou komunikací. Respondentka č. 6 uvedla, že studentka umí dobře jednat s lidmi. Respondentka č. 8 uvedla, že k ní studentka byla loajální.

## 8. Jak jste vnímal/a aktivizační program?

Na tuto otázku odpovídali respondenti/respondentky různě. Respondentka č. 1 uvedla, že se pacienti po aktivizaci rozptýlí a zapomenou na svou nemoc. Také si popovídají s mladými lidmi. „*Pacienti, co jsou hodně nemocní, tak se rozptýlí a nemyslí tak na svou nemoc. Popovídají si s mladými lidmi.*“ Respondent č. 2 ve své odpovědi uvedl, že se mu aktivizace líbila a že si také procvičil paměť. Respondentky č. 3 a 4 také uvedly, že je aktivizace zaměstnala natolik, že je odvedla od jejich nemoci. Respondent č. 5 a respondentka č. 8 uvedli, že považují aktivizaci za dobrou, protože jim vyplní a ukrátká jejich čas po dobu hospitalizace. Respondentka č. 6 uvedla: „*Když vešla studentka, tak jakoby přišel anděl. Je to strašná radost.*“ Respondentka č. 7 považuje aktivizaci za velmi zajímavou a chápe ji jako změnu v nemocničním řádu.

### 9. Měl/a byste zájem o další aktivizační program?

Na tuto otázku odpovídali všichni respondenti/respondentky kladně. Například respondentka č. 1 uvedla: „*Ano, alespoň se dozvíme, co je nového, rozptýlíme se od nemoci, bude nám lépe a pozvedne nám to náladu.*“ Respondent č. 2 uvedl, že když bude moct, tak určitě bude mít zájem. Respondent č. 4 například uvedl: „*Ano. Pokud tu budete, tak určitě.*“ Respondentka č. 5 uvedla: „*Ano, hlavně tomu, kdo je tu sám.*“

### 10. Pokud ano, jak často byste měl/a o aktivizační program zájem?

Zde se respondenti/respondentky ve svých odpovědích téměř shodovali. Až na jednu výjimku, všem by stačil jeden aktivizační program za týden. Respondenti/respondentky ve svých odpovědích zmiňovali také návštěvní dobu. Právě kvůli návštěvám rodinných příslušníků nechtějí aktivizaci vícekrát než jedenkrát za týden. Například respondentka č. 1 odpověděla: „*Podle toho, jak Vám to vyhovuje, ale asi 1 krát za týden.*“ Respondent č. 2 uvedl, že by si přál aktivizaci i dvakrát za týden, ale často po obědě spí. Respondentka č. 3 uvedla: „*1 krát za týden, hlavně taky kvůli návštěvám.*“

### 11. Máte představu, jakou činnost byste chtěl/a provádět na další odpolední aktivizaci?

Na tuto otázku odpovídali respondenti/respondentky slovem nevim. V odpovědích na otázku zazněla také odpověď „Nechám to na Vás.“ Někteří respondenti/respondentky však vyjádřili přání určité aktivity. Respondentka č. 1 uvedla přání, že by se ráda podívala, jak se provádí nějaké ruční aktivity. Respondent č. 2 uvedl, že by si chtěl na další aktivizaci zase zahrát nějaké společenské hry a pobavit se u nich. Respondentka č. 3 uvedla, že by si chtěla zase povídat. Respondent č. 4 uvedl, že by chtěl dělat ty činnosti, co pokaždé. Respondentka č. 5 by nezáleželo na typu další činnosti a respondentka č. 6 by nechala rozhodnutí na studentech. Respondentky č. 7 a 8 odpověděly, že nemají představu o tom, co by chtěly dělat.

### 12. Doporučil/a byste aktivizaci i ostatním pacientům?

Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti/respondentky kladně. Respondentka č. 1 uvedla: „*Ano, samozřejmě, ať i ostatní pacienti přijdou na jiné myšlenky.*“ Respondent č. 4 uvedl: „*Ano. Každého to potěší. Já jsem spokojený.*“

### 6.3 Dotazníkové šetření č. 2 ke zjištění názoru studentů na proběhlý aktivizační program u pacientů na oddělení následné péče

V této podkapitole jsem vyhodnotila dotazníkové šetření č. 2. Ke každé uzavřené otázce jsem vytvořila tabulku četností, kterou jsem doplnila grafem a slovními komentáři. Otevřené otázky jsem slovně analyzovala. Podklad k dotazníku se nachází v příloze P V.

#### 1. Definujte prosím, geriatrického pacienta...

38 respondentů se shodlo na skutečnosti, že geriatrický pacient je starý člověk, jehož věk přesahuje 65 let, je polymorbidní a jeho onemocnění jsou spíše chronická. Je hospitalizován na geriatrickém oddělení pro dekompenzaci zdravotního stavu. Často trpí sníženou soběstačností a polypragmázií.

Konkrétní odpovědi respondentů byly: *„Pacient 75 let a více, který je hospitalizován, trpí rizikem ztráty soběstačnosti, polypragmázií a polymorbiditou.“*, *„Je to člověk, který je hospitalizován v nemocnici na geriatrickém oddělení pro zhoršení svého zdravotního stavu. Je polymorbidní, akutní onemocnění zkomplikovalo ostatní potíže.“*, *„Často polymorbidní pacient, hospitalizovaný v nemocnici, protože u něj došlo k celkovému zhoršení stavu.“*, *„Je pacient geriatrického věku, polymorbidní, hospitalizovaný kvůli problémům, které má už delší dobu (komplikace jeho onemocnění). Má dlouhodobé problémy.“*

2 respondenti uvedli, že geriatrický pacient je ten, který nemá akutní onemocnění. Toto tvrzení nevystihuje definici geriatrického pacienta.

Konkrétní odpovědi respondentů byly: *„Pacient vysokého věku, nemá akutní onemocnění.“*, *„Pacient, který nemá žádné akutní onemocnění.“*

1 respondentka uvedla, že geriatrický pacient je léčen spíše paliativně, což není správná odpověď.

Odpověď konkrétní respondentky: *„Pacient, u kterého se již řeší spíše paliativní péče.“*

#### 2. Definujte prosím pojem „geriatrická křehkost“...

U 32 respondentů převládaly odpovědi, že geriatrická křehkost je náchylnost k různým onemocněním, snížená obranyschopnost, zranitelnost a zhoršení zdravotního stavu pacienta. Respondenti také uvedli, že křehcí pacienti mají zvýšené riziko pádů, úrazů a dekubitů.



Mnozí respondenti si geriatrickou křehkost spojili s polymorbiditou. Většina respondentů uvedla individuální přístup k těmto pacientům jako velmi důležitý.

Odpovědi respondentů: „*Jedná se o riziko, které doprovází geriatrické pacienty. Mnozí mají zvýšené riziko pádu a s tím spojené zlomeniny...*“, „*Frailty*“ – jsou o polymorbidní pacienti, kteří jsou ohroženi například rizikem pádu, hospitalizmem. Zdravotnický personál by se měl přizpůsobit jeho stavu a potřebám.“, „*Senior je křehký po psychické stránce, je snadno zranitelný, je také náchylný ke komplikacím.*“

Další 4 respondenti uvedli, že geriatrickou křehkostí je myšlena polymorbidita pacienta. „*Křehký pacient je ten, který je polymorbidní.*“

Jiní 3 respondenti uvedli geriatrickou křehkost jako fyzické a psychické týrání a zneužívání starého člověka nebo také jako diskriminaci. „*... je zde možnost fyzického nebo psychického týrání, např. ze strany příbuzných.*“

Ve 2 případech respondenti uvedli, že geriatrický pacient je ten, který trpí geriatrickými syndromy. „*... má velké množství syndromů (např. demence, syndrom imobility).*“

Jedna z respondentek uvedla: „*Geriatrická křehkost vystihuje snazší možnost narušení bio – psycho – sociální pohody pacienta.*“

### **3. Napište prosím, co si představujete pod pojmem aktivizace geriatrického pacienta...**

Na otázku, co si respondenti představují pod pojmem aktivizace, odpovědělo 25 respondentů zaměstnání pacienta různou činností, vedení pacienta k činnosti za účelem zlepšení nálady a rozptýlení pacienta. Aktivizace podle respondentů spočívá v tom, že se pacient stane aktivním a bude více soběstačný. Respondenti si pod pojmem aktivizace představují různé činnosti, například komunikaci s pacientem, arteterapii, ergoterapii, procvičování paměti, muzikoterapii, procházky.

Konkrétní odpovědi respondentů byly: „*...rozptýlení a zaměstnání pacienta, podpora psychiky...*“, „*Je to zapojení pacienta do zábavných aktivit, které ho baví, zajímá se o ně...*“, „*Pod aktivizací si představuji zapojení pacienta do určité činnosti, využijeme určité aktivizační prvky.*“, „*nějak ho zapojit do nějakých aktivit...aby si připadal nějak užitečný.*“, „*... prostě ať se nenudí...*“.

Podle 12 respondentů je aktivizace nácvik a udržování soběstačnosti, prevence imobilizace, procvičování činností běžného denního života a nácvik sebeobsluhy u pacienta.

Konkrétní odpovědi respondentů byly: „...vést pacienta k samostatnosti.“, „Je to zapojení pacienta do ošetrovatelského týmu...“, „...snaha mobilizovat klienta...“, „je to procvičování denních činností...“.

V jednom případě respondent uvedl: „Činnost pacienta, která odvede pozornost od jeho onemocnění a od nemocničního prostředí.“

#### **4. Definujte prosím arteterapii...**

V odpovědích na tuto otázku se všichni respondenti (36) shodli, že arteterapie je léčba uměním. Respondenti v odpovědích uváděli, že se v aktivizačních programech provádí výtvarná činnost, například malování a kreslení, čímž se podporuje tvořivost u pacienta. Při arteterapii se používají různé výtvarné prostředky.

Konkrétní odpovědi respondentů byly: „...snaha o zlepšení stavu pacienta pomocí výtvarných činností...“, „Jedná se o terapii uměním. Většinou se jedná o malbu, výroky koláží, ad...“, „Je to aktivizační prvek. Při arteterapii se využívá výtvarná činnost, např. kreslení obrázků...“, „Je to tvořivá terapie, léčba výtvarná, která podporuje kreativitu...“.

Ve 2 odpovědích respondenti uvedli, že se jedná o metodu expresivní terapie.

#### **5. Definujte prosím biblioterapii...**

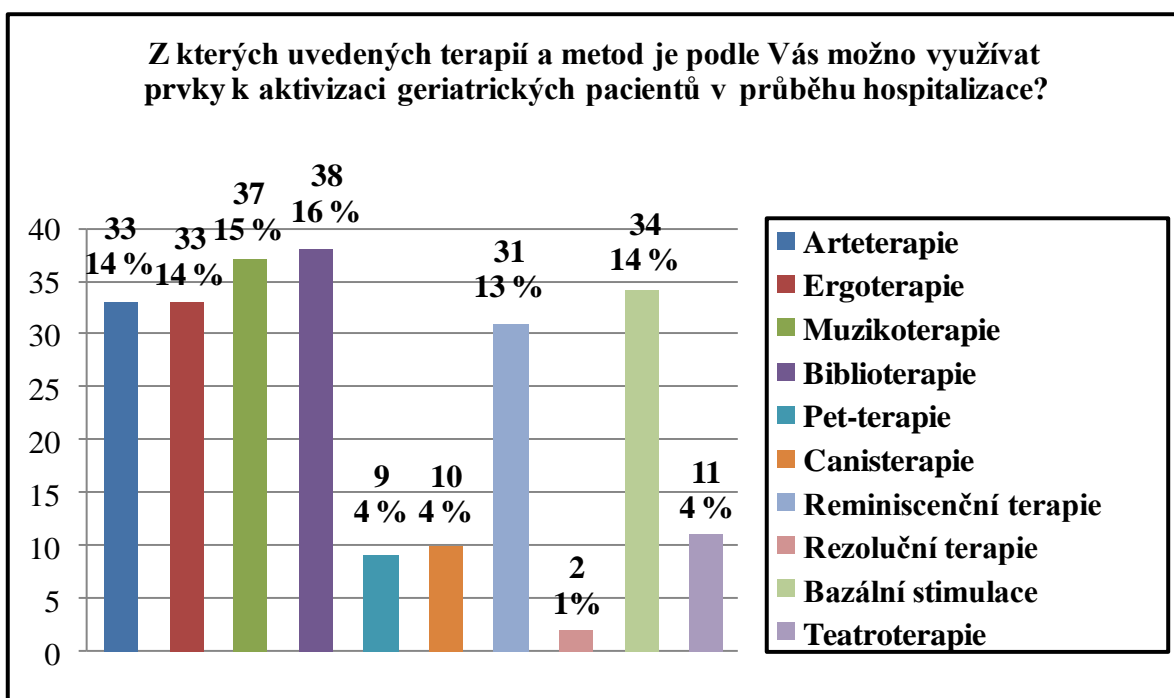
Na tuto otázku odpovídali všichni respondenti jednotně. Shodli se na tom, že biblioterapie je léčba pomocí literatury a literárních děl. Respondenti uváděli, že si pacienti mohou sami číst po dobu hospitalizace, pokud jim to jejich zrak dovoluje a pokud je četba zajímavá, nebo pacientovi může předčítat pracovník zabezpečující aktivizaci. Pacienti mají na oddělení následné péče k dispozici jak knihy, tak časopisy i noviny.

Konkrétní odpovědi respondentů byly: „Využití literárních děl (předčítání pacientovi nebo si pacienti čtou sami) pro terapeutické účely“, „Terapie pomocí četby, Pacienti si mohou půjčovat knihy nebo časopisy. Pokud už nejsou schopni sami číst, může jim někdo předčítat.“, „Biblioterapie je aktivizační prvek. Při biblioterapie můžeme pacientům předčítat a k tomu můžeme využít jejich oblíbenou literaturu, noviny, časopisy.“, „Snaha o zlepšení stavu pacienta za pomoci literárních prvků.“

6. Z kterých uvedených terapií a metod je podle Vás možno využívat prvky k aktivizaci geriatrických pacientů v průběhu hospitalizace?

Tabulka 18 Oblasti, z kterých lze čerpat prvky k aktivizaci

Oblasti, z kterých lze čerpat prvky k aktivizaci	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Arteterapie	33	14 %
Ergoterapie	33	14 %
Muzikoterapie	37	15 %
Biblioterapie	38	16 %
Pet-terapie	9	4 %
Canisterapie	10	4 %
Reminiscenční terapie	31	13 %
Rezoluční terapie	2	1 %
Bazální stimulace	34	14 %
Teatroterapie	11	4 %
<b>Celkem</b>	<b>238</b>	<b>100 %</b>



Graf 17 Oblasti, z kterých je možné čerpat prvky k aktivizaci

V této otázce jsem zjišťovala, ze kterých oblastí je možno čerpat prvky použitelné při aktivizaci. Respondenti měli možnost výběru z více možností. 38 respondentů (16 %) uvedlo biblioterapii, 37 respondentů (15 %) muzikoterapii, 34 respondentů (14 %) ba-

zální stimulaci, 33 respondentů (14 %) arteterapii a ergoterapii a 31 respondentů (13 %) reminiscenční terapii. 11 respondentů (4 %) uvedlo teatroterapii, 10 respondentů (4 %) canisterapii a 9 respondentů (4 %) pet-terapii. 2 respondenti (1 %) uvedli teatroterapii.

### **7. Napište prosím, které konkrétní činnosti jste s geriatrickými pacienty v rámci Vašeho aktivizačního programu prováděl/a...**

Respondenti prováděli s pacienty na aktivizačních programech nejrůznější aktivity. Nejčastěji prováděnou aktivitou byly rozhovory s pacienty na všechna možná témata. Součástí rozhovorů byla mnohdy i reminiscenční terapie. Respondenti s pacienty hráli různé zábavné společenské hry, například „Člověče, nezlob se“, pexeso, karty a další. Využívali také kognitivní cvičení, které zahrnovalo luštění křížovek, osmisměrek a sudoku. Nezastupitelnou úlohu při aktivizaci měly prvky arteterapie a ergoterapie. Respondenti do aktivizačního programu zařazovali malování a tvorbu různých výrobků z nejrůznějších materiálů. Při aktivizacích byla využita také muzikoterapie s poslechem reprodukováné hudby. Taktéž biblioterapie byla zařazena do aktivizačních programů. Respondenti nejčastěji předčítali pacientům z oblíbených novin nebo časopisů. Respondenti uváděli také realizaci cvičení nebo procházek.

Odpověď konkrétního respondenta: „*Byli jsme se projít, kreslili jsme a prováděli kognitivní cvičení, např. vymýšleli jsme dvacet druhů rostlin na určité písmeno.*“

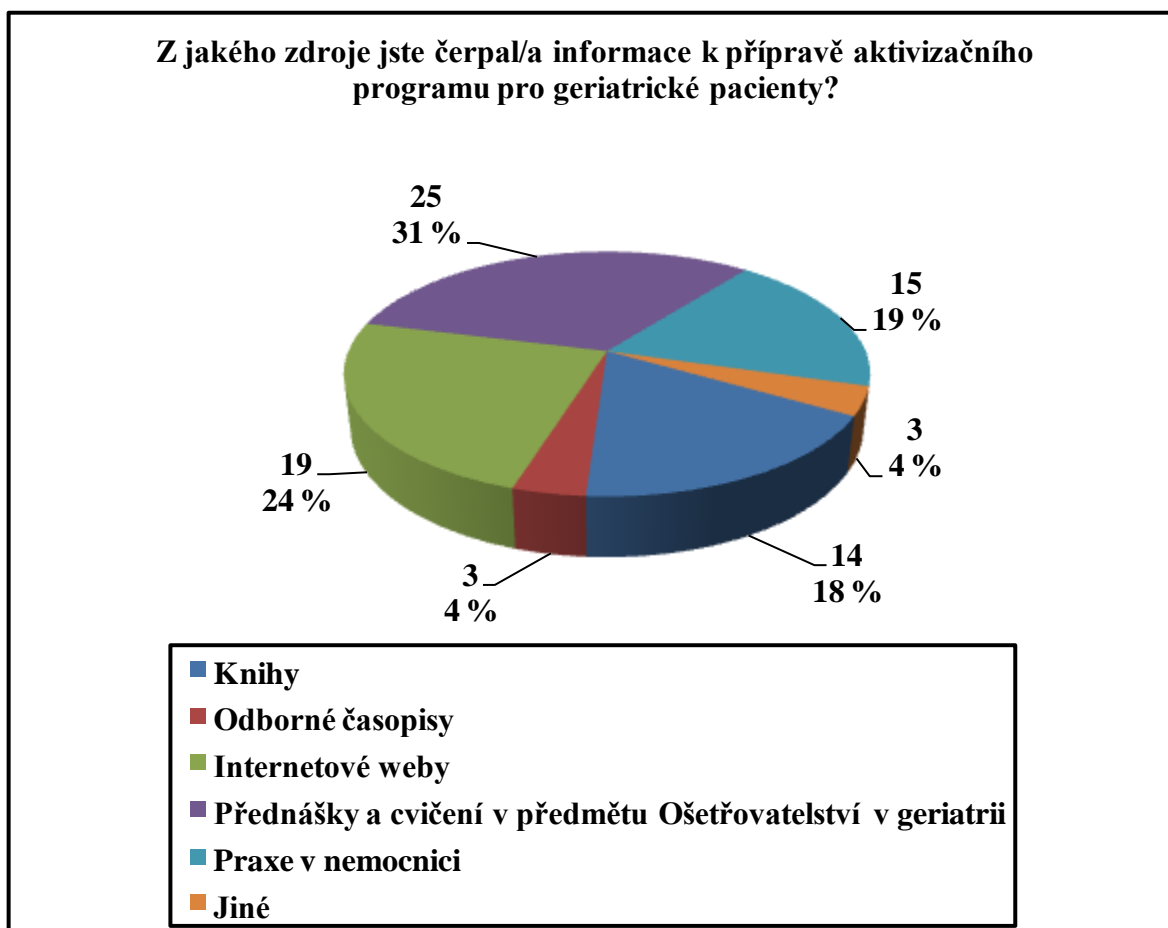
Někteří respondenti uvedli bazální stimulaci u pacienta.

V rámci vánočního koncertu, který byl pro pacienty oddělení následné péče uskutečněn v prosinci roku 2011, byly využity prvky muzikoterapie a biblioterapie a snahou bylo motivovat pacienty ke zpěvu, což se podařilo.

8. Z jakého zdroje jste čerpal/a informace k přípravě aktivizačního programu pro geriatrické pacienty?

Tabulka 19 Zdroj informací k přípravě aktivizačního programu

Zdroj informací k přípravě aktivizačního programu	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Knihy	14	18 %
Odborné časopisy	3	4 %
Internetové weby	19	24 %
Přednášky a cvičení v předmětu Ošetřovatelství v geriatrii	25	31 %
Praxe v nemocnici	15	19 %
Jiné	3	4 %
<b>Celkem</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>



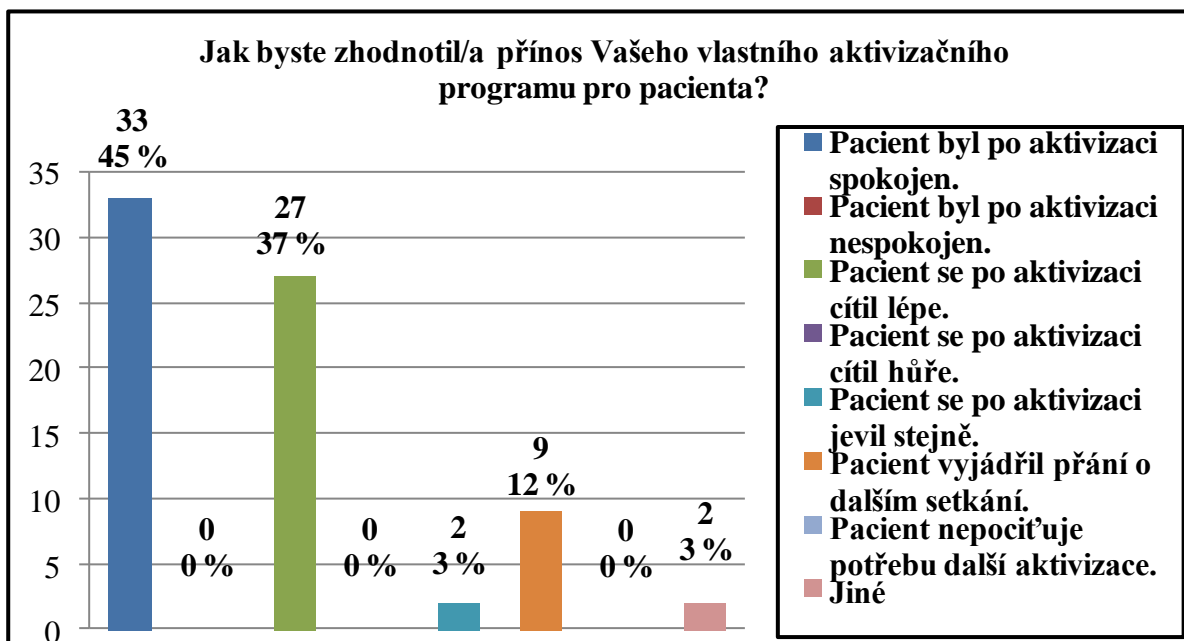
Graf 18 Zdroj informací k přípravě aktivizačního programu

V odpovědích na otázku, z jakého zdroje respondenti čerpali informace k přípravě aktivizačního programu, uvedlo 25 respondentů (31 %) přednášky a cvičení v předmětu Ošetrovatelství v geriatrii a 19 respondentů (24 %) internetové weby. 15 respondentů (19 %) uvedlo jako zdroj praxi v nemocnici. 14 respondentů (18 %) uvedlo odborné knihy a 3 respondenti (4 %) uvedli odborné časopisy. 3 respondenti (3 %) uvedli jiné zdroje, a to zdravotnický personál, přátele, hudební zdroje (hudební skladby) a vlastní návrhy.

## 9. Jak byste zhodnotil/a přínos Vašeho vlastního aktivizačního programu pro pacienta?

Tabulka 20 Zhodnocení přínosu aktivizačního programu pro pacienta

Zhodnocení přínosu vlastního aktivizačního programu pro pacienta	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Pacient byl po aktivizaci spokojen.	33	45 %
Pacient byl po aktivizaci nespokojen.	0	0 %
Pacient se po aktivizaci cítil lépe.	27	37 %
Pacient se po aktivizaci cítil hůře.	0	0 %
Pacient se po aktivizaci jevil stejně.	2	3 %
Pacient vyjádřil přání o dalším setkání.	9	12 %
Pacient nepocítuje potřebu další aktivizace.	0	0 %
Jiné	2	3 %
<b>Celkem</b>	<b>73</b>	<b>100 %</b>



Graf 19 Zhodnocení přínosu aktivizačního programu pro pacienta

V odpovědích na tuto otázku uvedlo 33 respondentů (45 %), že pacient byl po aktivizaci spokojen a 27 respondentů (37 %) uvedlo, že se pacient po aktivizaci cítil lépe. 9 respondentů (12 %) uvedlo, že pacienti vyslovili po jejich aktivizačním programu přání další aktivizace. 2 respondenti (3 %) uvedli, že se pacient jevil po aktivizaci stejně a další 2 respondenti (3 %) uvedli jinou odpověď. V jedné z odpovědí respondent uvedl únavu pacientky po aktivizaci a ve druhé odpovědi uvedl jiný respondent radost ze spolupráce pacientů při zpěvu koled na vánočním koncertě.

#### 10. Vyhovovala Vám doba provádění aktivizace?

Tabulka 21 Spokojenost s dobou provádění aktivizace

Spokojenost s dobou provádění aktivizace	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	37	90 %
Ne	4	10 %
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



Graf 20 Spokojenost s dobou provádění aktivizace

Doba provádění aktivizace vyhovovala 37 respondentům (90 %). 4 respondenti (10 %) uvedli nespokojenost s dobou provádění aktivizace.

**11. Pokud ne, napište prosím, která denní doba se Vám zdá vhodnější. A proč?**

Pouze 4 respondenti (10%) uvedli nesouhlas s odpolední dobou aktivizačního programu.

Konkrétní odpovědi respondentů byly:

*„Jen bych možná raději volila dřívější hodiny, jelikož aktivizace probíhala i za přítomnosti návštěv.“*

*„Vadila mně přítomnost návštěv.“*

*„Protože pacient byl rozespalý, nejlepší doba je mezi snídaní a obědem, kdy nejsou unaveni.“*

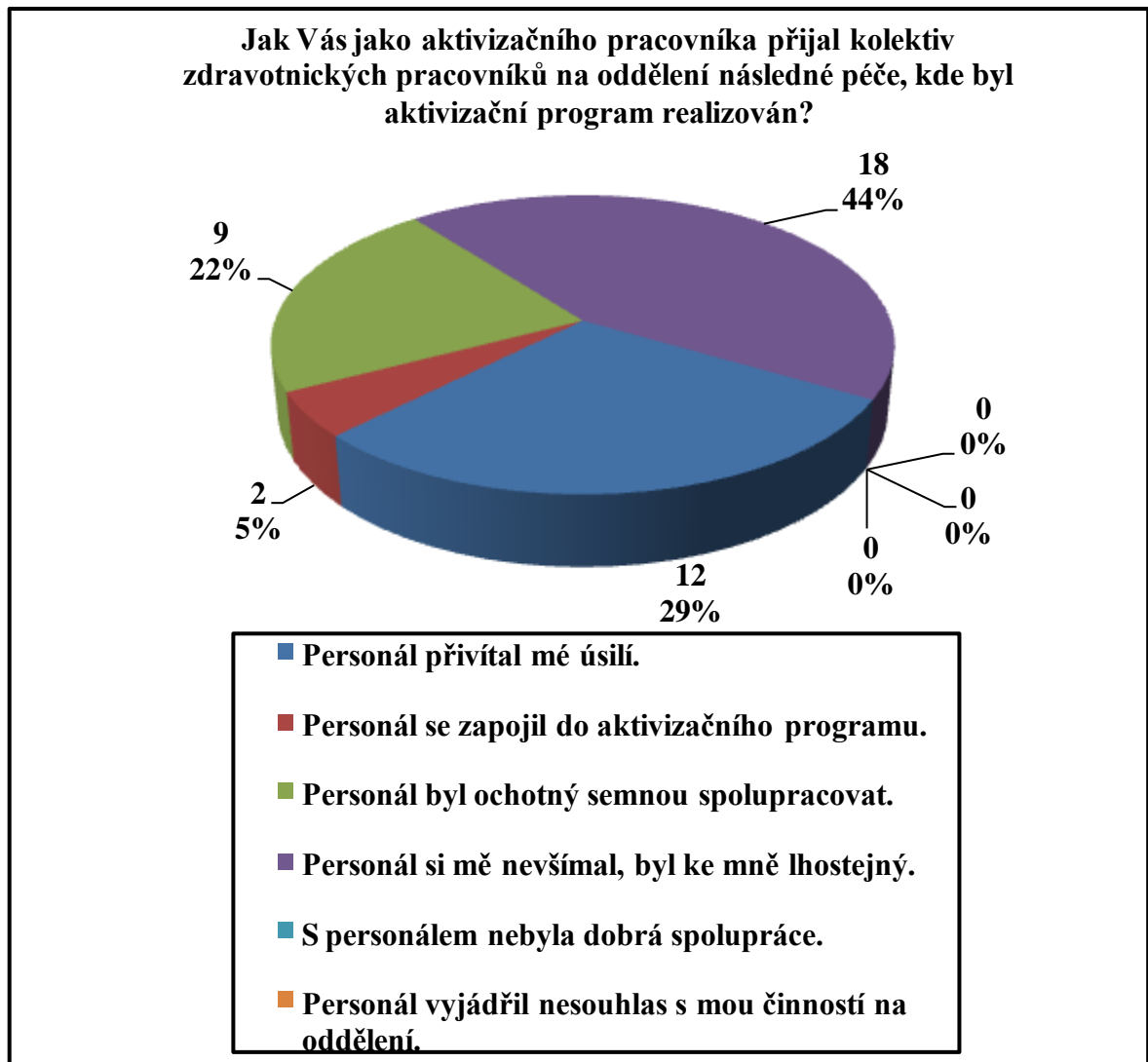
*„Doba mě vyhovovala, ale délka ne. Myslím, že 2,5 hodiny je dlouhá doba pro pacienta.“*

**12. Jak Vás jako aktivizačního pracovníka přijal kolektiv zdravotnických pracovníků na oddělení následné péče, kde byl aktivizační program realizován?**

Tabulka 22 Přijetí zdravotnickými pracovníky oddělení následné péče

Přijetí zdravotnickými pracovníky oddělení následné péče	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Personál přivítal mé úsilí.	12	29 %
Personál se zapojil do aktivizačního programu.	2	5 %
Personál byl ochotný se mnou spolupracovat.	9	22 %
Personál si mě nevšímal, byl ke mně lhostejný.	18	44 %
S personálem nebyla dobrá spolupráce.	0	0 %
Personál vyjádřil nesouhlas s mou činností na oddělení.	0	0 %
Jiné	0	0 %
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>





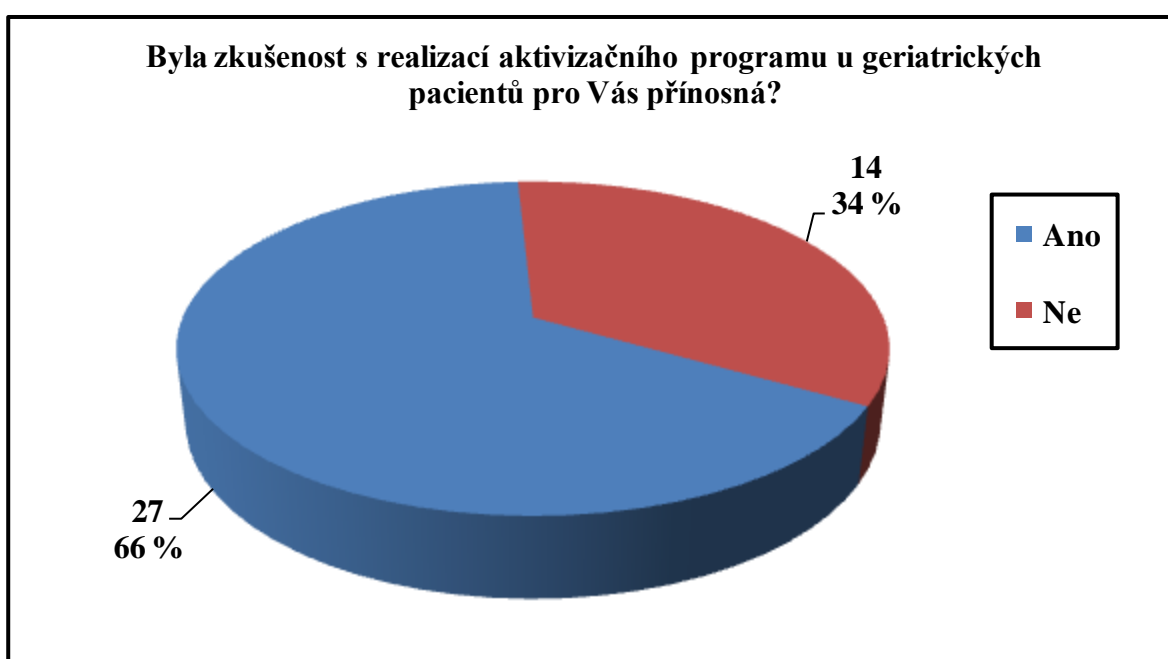
*Graf 21 Přijetí zdravotnickými pracovníky oddělení následné péče*

V odpovědích na tuto otázku uvedlo 18 respondentů (44 %), že personál si studentů nevšimal a byl k nim lhostejný. 12 respondentů (29 %) uvedlo, že personál přivítal úsilí studentů o aktivizaci. 9 respondentů (22 %) uvedlo, že personál byl se studenty ochoten spolupracovat. Ve 2 (5 %) případech se personál zapojil do aktivizačního programu.

### 13. Byla zkušenost s realizací aktivizačního programu u geriatrických pacientů pro Vás přínosná?

Tabulka 23 Přínos realizace aktivizačního programu

Přínos realizace aktivizačního programu	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Ano	27	66 %
Ne	14	34 %
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



Graf 22 Přínos realizace aktivizačního programu

Pro 27 respondentů (66 %) byla zkušenost s realizací aktivizačního programu přínosná. 14 respondentů (34 %) nevidí v realizaci aktivizačních programů žádný přínos.

### 14. Pokud ano, napište prosím v čem...

V odpovědích na otázku respondenti uváděli realizační program jako novou zkušenost, při níž si mohli vyzkoušet práci aktivizačního pracovníka. Uváděli také dobrý pocit a uspokojení z prováděné aktivizace a ze skutečnosti, že jednali pro „blaho“ druhé osoby (pacienta). Někteří respondenti uváděli zájem o práci se starými lidmi. Jiní respondenti uváděli dobrý pocit ze společnosti s osamělým pacientem. Respondenti uváděli také radost a potěšení

z proběhlých aktivizačních programů. Někteří respondenti uváděli, že získali jiný pohled na stáří.

Konkrétní odpovědi respondentů byly: „*Připomnělo mi to, že je třeba pacienty vnímat více z lidského hlediska. Tento pohled se při profesionálním pojetí práce zdravotníka často vytrácí.*“, „*V běžné praxi na to nebývá čas a není možnost dokonale poznat pacienta...*“, „*Osobně jsem si nemyslela, že to člověka tolik potěší a že to bude i zábava pro mě. Bylo povzbuzující, když sem viděla, že pacient má radost ze hry.*“, „*Měla jsem pocit, že jsem pacientů oživila jejich pobyt v nemocnici a že jsem jim zkrátila „dlouhou chvíli.*“

### 15. Pokud ne, napište prosím proč...

Na tuto otázku odpovědělo 14 respondentů, což považuji za docela velký počet vzhledem k celkovému počtu respondentů. Také některé odpovědi respondentů pro mě byly zarážející. Zdá se mně být nepřiměřené, že v otázce č. 3 respondenti uvedli přínos aktivizace pro pacienty a v odpovědích na tuto otázku uvedli, že není přínosná a že je to pouze obtěžování pacientů nebo „ztráta času“. Velmi mě tedy překvapila reakce respondentů v odpovědích na tuto otázku a musím konstatovat, že jsem takovou reakci neočekávala.

3 respondenti, pro které aktivizace pacientů také nebyla přínosem, neuvedli žádnou odpověď.

4 respondenti uvedli negativní postoj k aktivizaci pacientů (aktivizační program pro pacienta přínos měl, pro ně však nikoliv nebo se chtějí v budoucnosti orientovat jiným směrem, než na aktivizaci pacientů).

Konkrétní odpovědi respondentů byly: „*...pro pacienta to přínosné bylo, ale pro mě ne...*“, „*...nevidím v tom žádný přínos...*“, „*...nebyla mi přínosem...*“, „*...nebavilo mě to, chci se specializovat jiným směrem...*“.

2 respondenti uvedli realizaci aktivizace již na střední škole, tudíž pro tyto respondenty nebyla aktivizace na oddělení následné péče „novinkou“.

1 respondent uvedl, že by aktivizace byla přínosná, kdyby ji s pacienty prováděl aktivizační pracovník. Pro respondenta neměla jedna aktivizace pacienta žádný přínos.

Odpověď konkrétního respondenta: „*Myslím, že kdyby existoval obor aktivizační pracovník, určitě by to mělo smysl, ale tím, že jsem jednou byla aktivizovat seniory, mě to nic nedalo.*“

2 respondenti uvedli, že aktivizace byla „ztrátou času“, protože byla dlouhá, studenti pacienti spíše obtěžovali. 1 z těchto respondentů také uvedl, že aktivizaci obvykle provádí na praxi.

Odpověď konkrétního respondenta: „*Aktivizaci pacientů děláme běžně na praxi; aktivizace byla příliš dlouhá, ke konci mi přišlo, že je spíše otravujeme.*“, „*...ztráta času, obtěžování pacientů...*“.

1 respondent uvedl, že aktivizace pacientů nebyla spontánní, ale vynucená. Také zmínil nedostatek informací o pacientech před aktivizačním programem.

Odpověď konkrétního respondenta: „*Přišlo mi to příliš vynucené, raději mám, pokud probíhá spontánně, během praxe a ne, pokud někdo rozhodne, že v tu danou dobu s určitým člověkem, musím dělat určitou aktivitu, aniž bychom o sobě něco věděli.*“

1 z respondentů uvedl: „*...hrát karty bych mohla i doma, popovídat si můžu i s vlastní babičkou.*“

**16. Pokud máte nějaké důležité či zajímavé zkušenosti nebo připomínky k realizaci aktivizačních programů na oddělení následné péče a chtěl/a byste je sdělit, zde máte prostor k svému vyjádření...**

K této položce se vyjádřili 3 respondenti, kteří uvedli:

„*Myslím si, že aktivizace je přínosná jak pro pacienta, tak pro aktivizujícího. Jen si myslím, že by měla být prováděna běžně ošetřujícím personálem, který klienta zná. Jen tehdy, pokud dbáme na individuální potřeby klienta, může být aktivizace úspěšná.*“

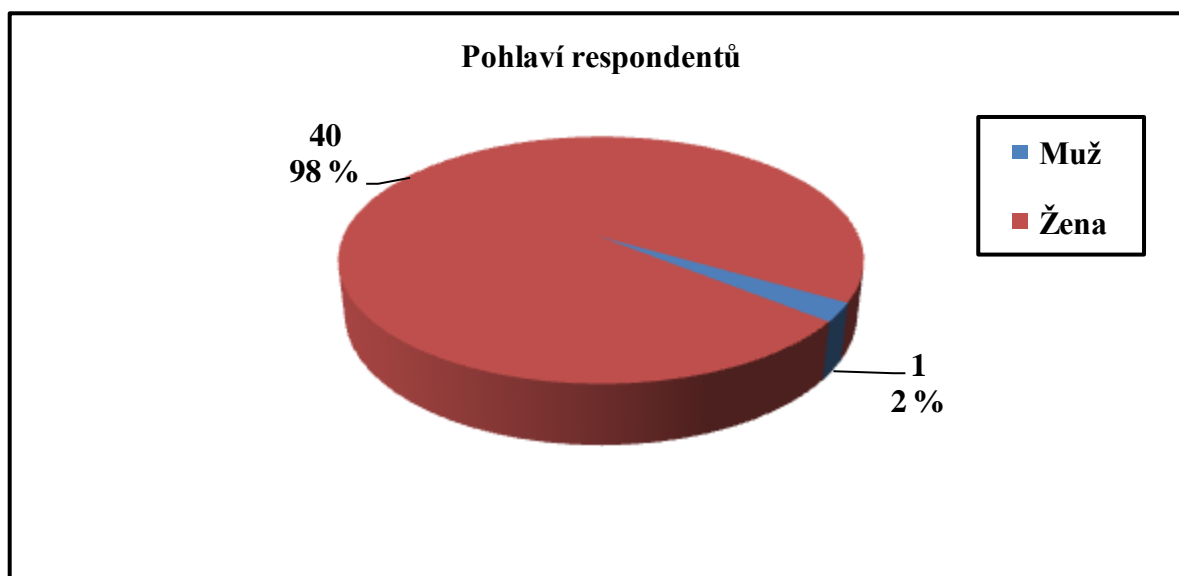
„*Myslím, že by k tomu měli být povoláni dobrovolníci, kteří o to mají zájem a mají k tomu vztah. Já ho nemám a opravdu mě to moc nebavilo, nicméně jsem to zvládla podle pacienta dobře.*“

„*V nemocnici není podle mého názoru na aktivizaci čas, museli by být najati speciální pracovníci.*“

## 17. Pohlaví respondentů

Tabulka 24 Pohlaví respondentů

Pohlaví	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
Muž	1	2 %
Žena	40	98 %
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



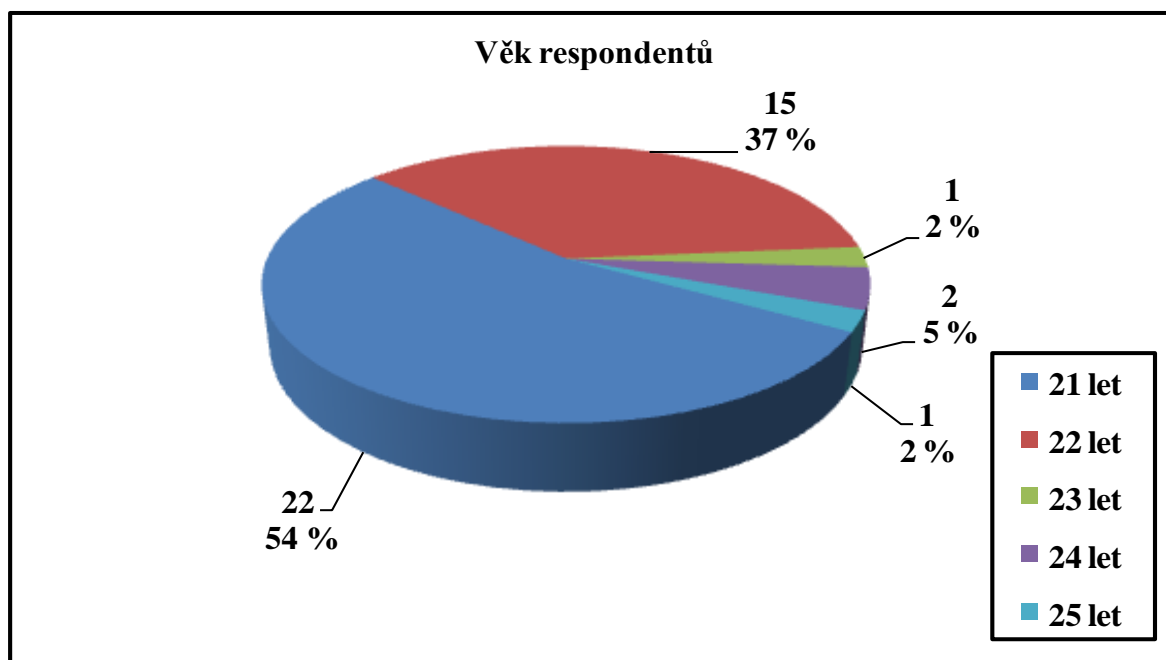
Graf 23 Pohlaví respondentů

Průzkumného šetření se zúčastnilo 40 respondentek (98 %) a 1 respondent (2 %).

## 18. Věk respondentů

Tabulka 25 Věk respondentů

Věk respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost (v %)
21 let	22	54 %
22 let	15	37 %
23 let	1	2 %
24 let	2	5 %
25 let	1	2 %
<b>Celkem</b>	<b>41</b>	<b>100 %</b>



*Graf 24 Věk respondentů*

Věk respondentů se pohyboval v rozmezí od 21 do 25 let. 22 respondentů (54%) uvedlo věk 21 let, 15 respondentů (37%) 22 let, 2 respondenti (5%) uvedli 24 let a další 2 respondenti (4%) uvedli 23 a 25 let.

## 7 DISKUZE

**Cíl č. 1: Zjistit povědomí studentů 3. ročníku prezenčního studia oboru Všeobecná sestra o aktivizaci geriatrických pacientů před započítím aktivizačního programu pro pacienty na oddělení následné péče.**

Dotazníkové šetření č. 2 bylo s respondenty (studenty 3. ročníku prezenčního studia oboru Všeobecná sestra Fakulty humanitních studií UTB ve Zlíně) realizováno v září 2012 před započítím aktivizačního programu s geriatrickými pacienty, a v úvodu první hodiny cvičení v předmětu Ošetřovatelství v geriatrii. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 41 respondentů, z toho bylo 40 respondentek a 1 respondent. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí od 20 do 25 let. Respondenti nedostali předem informace o tom, že bude dotazníkové šetření probíhat. Z těchto skutečností vyplývá, že respondenti vyplňovali dotazníky, aniž by byli jakkoliv o problematice aktivizace geriatrických pacientů informováni. Z průzkumného šetření vyplývá, že povědomí respondentů o aktivizaci a aktivizačních metodách je průměrné, až podprůměrné. Na otázku, která se týkala definování pojmu geriatrická křehkost, odpověděla větší polovina respondentů, a to 23 špatně, 18 respondentů zvolilo správnou odpověď. V odpovědích na otázku, ve které jsem se respondentů ptala, kde se setkali s aktivizací pacientů, uváděli v největším počtu školu, poté praxi v nemocnicích a odbornou literaturu. V odpovědích na otázky, ve kterých měli respondenti definovat aktivizaci a určit důvod provádění aktivizace, uváděli cvičení, rehabilitaci, udržování soběstačnosti a provádění činností běžného denního života, což je do určité míry také pravda, ale tyto úkoly patří spíše do činností fyzioterapeuta nebo rehabilitačního pracovníka. V otázkách č. 9. A., B. a C. měli respondenti zvolit správnou odpověď, která charakterizovala danou metodu. V otázkách č. 9 A. a C. zvolila většina respondentů nesprávnou odpověď, v otázce č. 9. B. volili respondenti spíše správnou odpověď. V otázce č. 10 jsem zjišťovala, ze kterých oblastí je možno čerpat prvky použitelné při aktivizaci. Nejvíce respondentů uvádělo ergoterapii, pohybově-relaxační program, arteterapii, muzikoterapii, biblioterapii a bazální stimulaci. Menší procento respondentů uvedlo canisterapii, reminiscenční terapii, pet-terapie a teatroterapii. V odpovědích na otázku týkající se osob, které mohou provádět aktivizaci u geriatrických pacientů, uváděli respondenti nejvíce všeobecnou sestru, fyzioterapeuta, studenty SZŠ, VOŠZ a VŠ, aktivizačního pracovníka a zdravotnického asistenta. Ostatní respondenti uvedli sanitářku, logopeda a duchovního. Nejčastější odpovědí na otázku, týkající se doby provádění aktivizace, bylo dopoledne,

mezi 9 až 11 hodinou. Respondenti uváděli jako nejvhodnější čas také odpoledne, a to v době mezi 13 až 16 hodinou. Někteří respondenti uvedli jako nejvhodnější dobu ráno nebo večer. V odpovědích na otázku, zda se již někdy setkali s aktivizací, odpovídala většina respondentů kladně. Kladně také odpovídali na otázku týkající se možnosti realizovat svůj vlastní aktivizační program.

Některé otázky zodpověděli respondenti správně, některé nesprávně. Vyvozují z toho tedy ten poznatek, že studenti povědomí o aktivizaci mají, avšak znalosti mají průměrné až podprůměrné. S aktivizací se někteří respondenti již setkali a někteří ji také možná aplikovali do praxe, mezi respondenty jsou však i ti, kteří se s pojmem aktivizace dosud nesetkali a nemají o něm žádné informace. Velké procento respondentů se neorientuje v oblasti aktivizačních metod. Z výsledků dotazníkové šetření tedy vyplývá, že informovanost studentů 3. ročníku, oboru Všeobecná sestra Ústavu ošetřovatelství Institutu zdravotnických studií Fakulty humanitních studií UTB ve Zlíně je nízká.

### **Cíl č. 2: Vytvořit aktivizační program a realizovat aktivizaci s geriatrickými pacienty na oddělení následné péče.**

Z druhého cíle vyplýval úkol vytvořit a realizovat aktivizační program pro geriatrické pacienty na oddělení následné péče. Po shromáždění a nastudování odborné literatury a odborných informací jsem si vytvořila své vlastní aktivizační programy, které jsem poté využívala při aktivizacích s geriatrickými pacienty. Aktivizace probíhaly na oddělení následné péče KNTB, a.s., každé úterý, v době od 13 do 16 hodin, a to od září 2011 do března 2012 ve spolupráci se studenty 3. ročníku oboru Všeobecná sestra Fakulty humanitních studií UTB ve Zlíně, pod vedením Mgr. Silvie Treterové.

Ve spolupráci se sestrami oddělení následné péče jsme nabídli všem pacientům aktivizační program. Pro pacienty, kteří se chtěli zúčastnit programu, jsme měli připraveny různé činnosti a úkoly.

Aktivizační program se skládal ze tří částí. V první části jsme s pacienty prováděli psychomotorickou aktivizaci, která spočívala v jednoduchém procvičení těla. Jednalo se například o procvičení jemné či hrubé motoriky, dechovou gymnastiku, procházení se po chodbě oddělení či mimo budovu nebo velmi jednoduché cviky na protažení těla. Nejednalo se však o rehabilitaci. Jednoduchá cvičení patří k metodám aktivizace. Tato část trvala asi 10 minut. Druhá část aktivizačního programu byla zaměřena na prvky arteterapie, ergoterapie, muzikoterapie a reminiscence. Pacienti měli možnost pracovat různými metodami.



Vytvářeli různé výrobky a další předměty (např. obrázky na sklo, pytlíčky s bylinkami a různé další dekorační předměty, o Vánocích vyráběli svíčky, vybarvovali stromečky ze dřeva atd.) nebo se mohli také věnovat poslechu hudby či vzpomínkám při reminiscenční terapii. Tato část trvala asi 30 minut. Třetí část aktivizačního programu sloužila k nácviku paměti v rámci kognitivní terapie. Při této aktivitě si pacienti mohli zahrát různé společenské hry, sloužící k procvičování paměti, mohli si vyluštit křížovky, osmisměrky či sudoku. Tato část trvala asi 15 minut. Aktivizační program trval asi 1 až 1,5 hodiny a probíhal jak individuálně, tak skupinově, nejčastěji při hře „Člověče, nezlob se“.

Před Vánocemi roku 2011 jsme s dalšími třemi studentkami 3. ročníku prezenčního studia oboru Všeobecná sestra Ústavu ošetřovatelství Institutu zdravotnických studií Fakulty humanitních studií UTB ve Zlíně uskutečnily pro pacienty oddělení následné péče vánoční koncert s krátkým vánočním pásmem a posezením. Na tomto koncertu se sešel velký počet pacientů, kteří si koncert naplno užili a radovali se z něj. Velkou pochvalu jsme si vysloužily také od paní primářky oddělení následné péče. Z radosti pacientů jsme měly radost i my sami.

### **Cíl č. 3: Zjistit pohled geriatrických pacientů na proběhlé aktivizační programy.**

Cílem č. 3 bylo zjistit pohled geriatrických pacientů na proběhlé aktivizační programy.

Nejprve jsem si vytvořila polostrukturovaný rozhovor s 12 otázkami. Otázky v tomto rozhovoru byly jak uzavřené, tak otevřené. Průzkumného šetření se zúčastnilo 8 respondentů, přičemž rozhovory trvaly asi 15 minut.

Z průzkumného šetření vyplývá, že se respondenti/respondentky v minulosti nikdy nezúčastnili aktivizačních programů, tudíž ani přesně nevěděli, co si pod pojmem aktivizace mají představovat. V odpovědích na otázku, jakou činnost vykonávali při aktivizaci, uváděli rozhovor, hru společenských her, procházku, výrobu dekoračních výrobků, z čehož vyplývá, že nejraději prováděnými byly právě tyto činnosti. Následující dvě otázky se týkaly hodnocení přístupu a spolupráce studentů při aktivizacích. Všichni respondenti/respondentky se shodli na dobré spolupráci a uvedli také vlídný a ochotný přístup studentů při aktivizacích. V odpovědích na další otázku uváděli spokojenost s aktivizací. Většina respondentů/respondentek se v odpovědích shodla, že se při aktivizacích rozptýlí, přijdou na jiné myšlenky a nemyslí soustavně na svá onemocnění. Dále také uváděli, že jsou rádi, že si mohou popovídat s mladými lidmi. V odpovědích na otázku, zda by měli zájem

o další aktivizaci, uváděli všichni respondenti/respondentky kladné odpovědi. Na otázku, jak často by aktivizační program měl být, odpovídali převážně, že by mohl probíhat 1 – 2 krát za týden. V odpovědích na otázku, které činnosti by chtěli provádět v dalších aktivizačních programech, uváděli respondenti/respondentky různé odpovědi. Někomu by nezáleželo na metodě dalšího aktivizačního programu a někdo by rád zkusil nějakou ruční činnost. Dvakrát se vyskytla odpověď „Nevím.“ V odpovědích na poslední otázku, zda by doporučili aktivizační program ostatním pacientům, uváděli všichni respondenti/respondentky kladnou odpověď.

Když shrnu řešení druhého cíle, tedy spokojenost respondentů/respondentek s aktivizačními programy, musím konstatovat, že všichni respondenti/respondentky byli spokojeni s aktivizačními programy. Je zřejmé, že obecný pohled všech respondentů/respondentek na aktivizační programy je kladný. Všichni respondenti/respondentky odpovídali na otázky, týkající se spokojenosti s aktivizačním programem kladně, což považují za velmi dobrý výsledek.

#### **Cíl č. 4: Zjistit názor studentů 3. ročníku prezenčního studia oboru Všeobecná sestra na proběhlý aktivizační program u pacientů na oddělení následné péče.**

Dotazníkového šetření č. 2 se respondenti (studenti 3. ročníku prezenčního studia oboru Všeobecná sestra Ústavu ošetřovatelství Institutu zdravotnických studií Fakulty humanitních studií UTB ve Zlíně) zúčastnili v lednu 2012, tedy po ukončení aktivizačního programu s pacienty na oddělení následné péče. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 41 respondentů, z toho bylo 40 respondentek a 1 respondent. Otázky v dotazníku byly opět zaměřeny na aktivizaci pacientů, navíc jsem se respondentů dotazovala na názor na proběhlý aktivizační program. Na otázky z oblasti aktivizace a aktivizačních metod odpovídali všichni respondenti správně. Informace si již prohloubili na proběhlých aktivizacích a v cvičeních z předmětu Ošetřovatelství v geriatrici. V odpovědích na otázku, jaké činnosti prováděli v aktivizačních programech, uváděli rozhovor s pacientem, výtvarné činnosti, kognitivní cvičení, společenské hry, procházky po chodbě a další. V odpovědích na otázku, jak hodnotí přínos aktivizace pro pacienta, se většina respondentů shodla, že aktivizace měla velký přínos pro pacienta a že pacient byl po aktivizaci spokojen a cítil se dobře. Nejvíce jsem byla překvapena odpověďmi na otázku č. 14 týkající se přínosu aktivizačního programu pro samotné respondenty. Většina respondentů považuje aktivizaci za velmi přínosnou pro ně, avšak 14 respondentů uvedlo, že aktivizace pro ně neměla přínos. Některé odpovědi

respondentů, pro které aktivizace byla nepřínosná, byly velmi zarážející. Jako důvod uváděli respondenti například, že je aktivizace obtěžování pacientů nebo také že nevidí přínos v uskutečňování jedné aktivizace u pacienta.

Z výsledků tohoto šetření tedy plyne, že povědomí a informace, které respondenti mají v oblasti aktivizace a aktivizačních metod jsou o mnoho lepší než v předešlém dotazníkovém šetření, ovšem názor některých respondentů na realizaci aktivizačních programů s geriatrickými pacienty je rozporuplný a v některých případech značně záporný, což prezentují výsledky otázek č. 14 a 15 z dotazníkového šetření č. 2.

## ZÁVĚR

V závěru této práce bych chtěla poznamenat, že stáří je nedílnou součástí našeho života a je jen na nás, jak si „podzim života“ dokážeme zpříjemnit. Pravidelná aktivita je důležitou součástí každého člověka nejen ve stáří, ale i v mládí a středním věku, neboť již v této době se pomalými, ale jistými krůčky přibližujeme k realitě stáří. Jenom aktivní člověk, který nenechá své tělo a ducha jen tak „spát a nečinně zahálet“, se ve stáří může radovat z pevného zdraví a tělesné a duševní síly. A tak, jako je důležitá aktivita všech lidí, mladých i starých, zdravých i nemocných, tak je důležitá aktivita hospitalizovaných geriatrických pacientů, kteří jsou pro dekompenzaci svého zdravotního stavu hospitalizováni na geriatrických odděleních. Právě tyto hospitalizovaní pacienti často prožívají pobyt v nemocnici v úplné nečinnosti a zahálce. Z velké míry tato nečinnost není způsobena jejich vinou, může ji způsobit například zhoršený zdravotní stav nebo nepřítomnost pracovníka, který provádí aktivizaci a který by jim nabídl aktivizační program. Jak jsem zjistila v této práci, pacienti hospitalizovaní na geriatrických odděleních mají zájem o velké množství aktivit, avšak blízko sebe nemají člověka, který by jim aktivitu zprostředkoval. To vidím jako velké mínus pro pacienty, kteří by mohli a chtěli být aktivní i v nemocnici, ale bohužel se musí spoléhat pouze na přítomnost rehabilitačního pracovníka, který za nimi přijde jednou denně, aby je uvedl do pohybu. Pacientům málo činným nebo zcela nečinným je potřeba poskytnout velkou dávku motivace k aktivitě. Nečinnost hospitalizovaných pacientů vede k postupnému zhoršování jejich fyzického i psychického stavu. V těchto situacích opět chybí zmíněný pracovník zabezpečující aktivizaci, který by správně motivoval pacienty k aktivitě.

Byla bych ráda, kdyby v budoucnosti mohli být pacienti na geriatrických odděleních více aktivizováni. Na odděleních přece nemusí být speciální pracovník, který pacientům zajistí aktivitu. Bylo by dostačující, kdyby mohla aktivizovat pacienty například některá z ošetřovatelek, popřípadě sester. Nemusí mít speciální vzdělání, ale když bude mít k aktivizaci kladný vztah a také zájem udělat pro pacienty „něco navíc“, může vykonávat bohatou aktivizační činnost. Všeobecné sestry a ošetřovatelky jsou však na takto vyčerpávajících odděleních zcela zaneprázdněny, proto se domnívám, že aktivizace pacientů pro ně není možná. Na tuto činnost by se mohla specializovat jedna ze sester, která by byla na oddělení navíc, a to jenom pro aktivizování pacientů.

Další otázkou, o kterou bych se v oblasti aktivizace dále ráda zajímala, je pohled zdravotnického personálu na provádění aktivizačních programů u geriatrických pacientů. Na aktivizacích, které jsem měla možnost realizovat, jsem postřehla různé názory zdravotnických pracovníků na tuto činnost, a proto bych ráda zjistila, jak všeobecné sestry, zdravotničtí asistenti, sanitářky a ostatní personál geriatrických oddělení akceptují pracovníky, realizující aktivizační programy s pacienty.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Monografie

CARTER, Philip a Ken RUSSELL, 2003. *Trénink paměti a kreativity*. Vyd. 2. Brno: Computer Press. 120 s. ISBN 80-7226-704-3.

FRANKOVÁ, Vanda a Eva VYŠKOVSKÁ, 2010. *Program Mates: Manuál pro skupinovou práci se seniory s poruchami paměti*. Praha: Maxdorf. 35 s. ISBN 978-80-7345-205-6.

HEGYI, Ladislav a Štefan KRAJČÍK, 2010. *Geriatría*. Bratislava: Herba. 601 s. ISBN 978-80-89171-73-6.

HOLMEROVÁ Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květa ZIKMUNDOVÁ, et al. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3. přepracované a doplněné vyd. Praha: EV public relations, © 2007. 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8. Dostupné z: <http://www.geriatric.cz/dokumenty/VybrKapZGerontologie.pdf>

JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ, 2010. *Reminiscence*. Praha: Portál. 151 s. ISBN 987-80-7367-581-3.

JAROŠOVÁ, Darja, 2006. *Péče o seniory*. Ostrava: Ostravská univerzita. Zdravotně sociální fakulta. 108 s. ISBN 80-7368-110-2.

KALVACH, Zdeněk et al., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.

KALVACH, Zdeněk et al., 2008. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Praha: Grada. 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ, 2006. *Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Praha: Galén. 44 s. ISBN 80-7262-455-5.

KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER et al., 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. 295 s. ISBN 978-80-247-2846-9.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ, 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 202 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ, 2009. *Kognitivní trénink v praxi*. Praha: Grada. 160 s. ISBN 978-80-247-2608-3.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka a Oldřich MÜLLER, 2006. *Aktivizační přístupy k osobám senior-ského věku*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. 54 s. ISBN 80-244-1552-6.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.

MINIBERGEROVÁ, Lenka a Jiří DUŠEK, 2006. *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 67 s. ISBN 80-7013-436-4.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MUSIL, Libor, KUBALČÍKOVÁ, Kateřina a Olga HUBÍKOVÁ, 2006. *Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. Závěrečná zpráva z výzkumu, © 2006. 136 s. ISBN 80-87007-41-7. Dostupné z: [http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz\\_221.pdf](http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_221.pdf)

RHEINWALDOVÁ, Eva, 1999. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada. 88 s. ISBN 80-7169-828-8.

ŠICKOVÁ – FABRICI, Jaroslava, 2002. *Základy arteterapie*. Praha: Portál. 167 s., viii s. barev. obr. příl. ISBN 80-7178-616-0.

TOPINKOVÁ, Eva, 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.

WALSH, Danny, 2005. *Skupinové hry a činnosti pro seniory*. Praha: Portál. 204 s. ISBN 80-7178-970-4.

ZELEIOVÁ, Jaroslava, 2007. *Muzikoterapie*. Praha: Portál. 254 s. ISBN 978-80-7367-237-9.

### **Články z periodik**

DUŠOVÁ, Bohdana. Aktivizace ve stáří. *Sestra*. 2004, roč. 14, č. 7/8, s. 54 – 55. ISSN 1210 - 0404.

PIECKOVÁ, Lenka. Geriatrické syndromy, péče o geriatrického pacienta/klienta. *Sestra*. 2011, č. 04, s. 40 – 41. ISSN 1210-0404.

**Články z elektronických periodik**

FRIED, L. P. et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of gerontology: MEDICAL SCIENCES*. [online]. 2001, vol. 56A, no. 3, m. 146 – 156 [cit. 2012-02-15]. Dostupné z: <https://rds185.epi-ucsf.org/ticr/syllabus/courses/83/2012/02/15/Lecture/readings/fried%20frailty%202001.pdf>

JUREČKOVÁ, Petra. Aktivizace seniorů. *Sociální práce*. [online]. 2003. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, roč. 2003, č. 2, 142 – 154 s. [2012-03-05]. ISSN 1213-624. Dostupné z: <http://www.socialniproce.cz/soubory/2003-2-091001164720.pdf>

KALVACH, Zdeněk a Iva HOLMEROVÁ. Geriatrická křehkost – významný klinický fenomén. *Medicína pro praxi*. [online]. 2008, roč. 5, č. 2, s. 66 – 69 [cit. 2012-02-20]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/02/05.pdf>

KRAJČÍK, Štefan. Geriatrický pacient. *Geriatría*. [online]. 2009, č. 2, s. 2 - 3 [cit. 2012-02-15]. ISSN 1335-1850. Dostupné z: <http://www.geriatria.sk/files/geriatria/geriatria%2022009%20S.pdf>

ŠNEJDRLOVÁ, Michaela a Zdeněk KALVACH. Funkční stav v pokročilém stáří a genetická dispozice k dlouhověkosti. *Medicína pro praxi*. [online]. 2008, roč. 5, č. 4, s. 157 – 159 [cit. 2012-02-17]. ISSN 1803-5310. Dostupné z: <http://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/04/05.pdf>

**Webová stránka**

BAŤHA, Matěj. Pexeso. In: Matěj Baťha. *Klub deskových her Paluba*. [online]. Praha: ©2007-2012 [cit. 2012-05-03]. Dostupné z: <http://hrejisi.cz/karty/pexeso.htm>

ČESKÁ ARTETERAPEUTICKÁ ASOCIACE. Česká arteterapeutická asociace. *Česká arteterapeutická asociace: Arteterapie v České republice*. [online]. Praha, © 2005 [cit. 2012-04-15]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/index.php?disp=arteterapie&lang=0>

**Příspěvek na blogu**

HOLMEROVÁ, Iva a Zdeněk KALVACH. Proč potřebujeme geriatrii a gerontologii. In: centrum holdings [online]. 2008-08-15 [cit. 2011-02-05]. Dostupné z: <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/iva-holmerova.php?itemid=5357>



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

ADL	Activities Of Daily Living
Aj.	A jiné
Apod.	A podobně
Atd.	A tak dále
CGA	Comprehensive Geriatric Assessment
CMP	Cévní mozková příhoda
č.	číslo
ČR	Česká republika
Dg.	Diagnóza
CHOPN	Chronická plicní obstrukční nemoc
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ICHS	Ischemická choroba srdeční
KNTB, a.s.	Krajská nemocnice Tomáše Bati, a.s.
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MMSE	Mini Mental State Examination
MNA	Mini Nutritional Assessment
Např.	Například
SZŠ	Střední zdravotnická škola
Tzv.	Tak zvaně
Tj.	To je
UTB	Univerzita Tomáše Bati
VOŠZ	Vyšší odborná škola zdravotnická
VŠ	Vysoká škola

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Znalost pojmu aktivizace .....	49
Tabulka 2 Setkání s pojmem aktivizace .....	50
Tabulka 3 Informovanost v problematice aktivizace geriatrických pacientů .....	51
Tabulka 4 Definování geriatrického pacienta .....	52
Tabulka 5 Definování geriatrické křehkosti .....	53
Tabulka 6 Aktivizace pacientů v průběhu hospitalizace .....	55
Tabulka 7 Charakteristika arteterapie .....	57
Tabulka 8 Charakteristika biblioterapie.....	58
Tabulka 9 Charakteristika reminiscenční terapie.....	59
Tabulka 10 Oblasti, ze kterých lze čerpat prvky k aktivizaci .....	60
Tabulka 11 Osoby, které mohou provádět aktivizaci geriatrických pacientů.....	61
Tabulka 12 Nejvhodnější čas k aktivizaci geriatrických pacientů.....	62
Tabulka 13 Setkání s aktivizací .....	63
Tabulka 14 Realizace aktivizačního programu.....	64
Tabulka 15 Pohlaví respondentů.....	65
Tabulka 16 Věk respondentů .....	66
Tabulka 17 Střední škola respondentů.....	67
Tabulka 18 Oblasti, z kterých lze čerpat prvky k aktivizaci.....	75
Tabulka 19 Zdroj informací k přípravě aktivizačního programu .....	77
Tabulka 20 Zhodnocení přínosu aktivizačního programu pro pacienta .....	78
Tabulka 21 Spokojenost s dobou provádění aktivizace.....	79
Tabulka 22 Přijetí zdravotnickými pracovníky oddělení následné péče .....	80
Tabulka 23 Přínos realizace aktivizačního programu.....	82
Tabulka 24 Pohlaví respondentů.....	85
Tabulka 25 Věk respondentů .....	85

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Znalost pojmu aktivizace.....	49
Graf 2 Setkání s pojmem aktivizace .....	50
Graf 3 Informovanost v problematice aktivizace geriatrických pacientů.....	51
Graf 4 Definování geriatrického pacienta.....	52
Graf 5 Definování geriatrické křehkosti .....	53
Graf 6 Aktivizace pacientů v průběhu hospitalizace .....	55
Graf 7 Charakteristika arteterapie .....	57
Graf 8 Charakteristika biblioterapie .....	58
Graf 9 Charakteristika reminiscenční terapie .....	59
Graf 10 Oblasti, ze kterých lze čerpat prvky k aktivizaci.....	60
Graf 11 Osoby, které mohou provádět aktivizaci u geriatrických pacientů .....	61
Graf 12 Setkání s aktivizací .....	63
Graf 13 Realizace aktivizačního programu .....	64
Graf 14 Pohlaví respondentů .....	65
Graf 15 Věk respondentů .....	66
Graf 16 Střední škola respondentů.....	67
Graf 17 Oblasti, z kterých je možné čerpat prvky k aktivizaci.....	75
Graf 18 Zdroj informací k přípravě aktivizačního programu .....	77
Graf 19 Zhodnocení přínosu aktivizačního programu pro pacienta .....	78
Graf 20 Spokojenost s dobou provádění aktivizace.....	79
Graf 21 Přijetí zdravotnickými pracovníky oddělení následné péče .....	81
Graf 22 Přínos realizace aktivizačního programu.....	82
Graf 23 Pohlaví respondentů .....	85
Graf 24 Věk respondentů .....	86

**SEZNAM PŘÍLOH**

PŘÍLOHA P I: MANUÁL POSTUPŮ K VYTVOŘENÍ A REALIZACI AKTIVIZAČNÍCH PROGRAMŮ PRO GERIATRICKÉ PACIENTY .....	101
PŘÍLOHA P II: FOTOGALERIE Z AKTIVIZAČNÍCH PROGRAMŮ .....	109
PŘÍLOHA P III: CERTIFIKÁT Z ÚČASTI V SOUTĚŽI SVOČ .....	115
PŘÍLOHA P IV: DOTAZNÍK I.....	116
PŘÍLOHA P V: DOTAZNÍK II.....	120
PŘÍLOHA P VI: PODKLAD K POLOSTRUKTUROVANÉMU ROZHOVORU .....	124
PŘÍLOHA P VII: PŘEPIS ROZHOVORŮ S RESPONDENTY.....	126
PŘÍLOHA P VIII: MMSE - MINI MENTAL STATE EXAMINATION .....	132
PŘÍLOHA P IX: ADL - TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ .....	133
PŘÍLOHA P X: IADL - INSTRUMENTAL ACTIVITY DAILY LIVING.....	134
PŘÍLOHA P XI: MNA - MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT .....	135

# **PŘÍLOHA P I: MANUÁL POSTUPŮ K VYTVOŘENÍ A REALIZACI AKTIVIZAČNÍCH PROGRAMŮ PRO GERIATRICKÉ PACIENTY**

Tento manuál je určen pro zdravotnické pracovníky na geriatrických odděleních KNTB, a.s. ve Zlíně, studentům Zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické ve Zlíně a studentům oboru Všeobecná sestra Ústavu ošetrovatelství Institutu zdravotnických studií Fakulty humanitních studií UTB ve Zlíně, aby se lépe orientovali v oblasti aktivizačních metod a sestavení aktivizačního programu.

Manuál obsahuje jednotlivé prvky aktivizačních metod ve třech částech aktivizačního programu, tedy v části psychomotorické aktivizace, v části činnosti a pracovní terapie a v části mozkového tréninku či kognitivní terapie.

Jednotlivé části aktivizačního programu:

## **1. ČÁST – PSYCHOMOTORICKÁ AKTIVIZACE:**

Tato část trvá asi 10 minut. V této části můžeme procvičovat hrubou a jemnou motoriku pacienta nebo celé tělo. Je příjemné, pokud je toto cvičení spojeno s nějakou hudbou a probíhá do rytmu. Při cvičení se může i zpívat. Pokud je možnost využít velké místo nebo plochu, můžeme s pacientem zkusit nějaké taneční kreace. Nemusí to být přímo tanec jako takový, ale pouze nějaké taneční kroky nebo nějaká malá taneční sestava. Dále můžeme realizovat například dechové cvičení nebo masáž zad.

## **2. ČÁST – ČINNOSTNÍ A PRACOVNÍ TERAPIE**

Tato část trvá 35 minut. V této části můžeme využívat prvky arteterapie a ergoterapie. Pacient může vytvářet různé výtvary a výrobky pomocí všech možných materiálů a různými technikami. K této činnosti je důležité místo provádění. Na pokoji pacienta můžeme provádět méně náročné práce, z důvodu malé plochy k práci, čímž je stoleček pacienta. Nejlepším místem k provádění aktivit tohoto typu je jídelna na oddělení, kde je více místa pro různou tvorbu.

## **3. ČÁST - MOZKOVÝ TRÉNINK ČI KOGNITIVNÍ TERAPIE**

V této části se zaměřujeme na trénink paměti u pacientů s dosud nepoškozenými mozkovými funkcemi. Procvičujeme je a provádíme tak prevenci poruch mozku. Při kognitivní terapii trénujeme ty mozkové funkce, které byly nenávratně poškozeny.

Usilujeme o zachování funkcí, které jsou ještě zachovány. Tato část může trvat asi 15 minut, u pacienta s kognitivní poruchou podstatně méně. V této části můžeme používat různé úkoly, cvičení, či testy. Pacienti mohou například luštit křížovky, kvízy, sudoku, je zde možné použití různých her, například hry pexeso. Pro pacienty s kognitivní poruchou jsou vhodné různé skládačky, stavebnice, dále práce se slovní zásobou, paměťové hry, úkoly na poznávání, procvičování komunikace, sensorická stimulace a různé pohybové aktivity.

## AKTIVIZAČNÍ PROGRAM U PACIENTA č. 1

**Pacient XY, 33. den hospitalizace, dg: Stav po amputaci končetiny v bérce, vedlejší dg: Osteoporóza, Katarakta senilis, režim: pohyb na vozíku, ADL: 70 bodů – závislost lehčího stupně, MMSE: 28 bodů – bez poruchy kognitivních funkcí, pacient byl hospitalizován na LDN 7. etáži k rehabilitaci a zvýšení soběstačnosti.**

**Pacient částečně soběstačný, s potřebou dopomoci, lehčí úkony zvládal i bez pomoci. Pohyboval se na vozíku, ale nezvládal přemístování z lůžka na vozík a zpět. Pacient byl orientován časem, místem a osobou. Ve volných chvílích rehabilitoval v lůžku či na vozíku nebo si procvičoval paměť pomocí křížovek, které ho bavily. Rád také četl denní tisk nebo se díval na televizi.**

**Aktivizaci jsme pacientovi nejdříve nabídli. Protože má pacient rád aktivitu, dlouho nepřemýšlel a hned s aktivizací souhlasil. Pacient se při aktivizaci zapojoval a spolupracoval a domnívám se, že jej aktivizace bavila a měl z ní radost. Aktivizace byla uskutečněna dne 30. 9. 2011 a byly při ní použity následující prvky.**

### **I. CVIČENÍ S HORNÍMI KONČETINAMI**

**Provedení:**

- 1. „Otočte obě dlaně směrem k obličejí, roztáhněte co nejvíce prsty a pak je dejte k sobě. Proved'te to šestkrát.“*
- 1. „Palcem se postupně dotýkejte všech ostatních prstů na ruce. U každé ruky to proved'te šestkrát.“*

3. „Sevřete prsty obou rukou s co největší silou v pěst. Pak pěsti rychle doširoka rozevřete.“
4. „Ohněte ruku v lokti tak, aby prsty dosahovali ramene. Proved'te u každé ruky šestkrát.“
5. „Předpažte a otáčejte rukama v zápěstí střídavě ve směru a proti směru hodinových ručiček. Zopakujte šestkrát.“
6. „Zvedněte zápěstí k hrudi jako klokan a nechte dlaň a prsty volně viset dolů. Pak dlaní a prsty vyrazte co nejvíce vzhůru. Zopakujte šestkrát.“<sup>98</sup>

## II. MALOVÁNÍ NA SKLO

Provedení:

1. Přichystejte si plastový obrázek, barvy na sklo a podložku, například z novin.
2. Malováním na podložku je možno tvořit různé motivy dle fantazie, které poté připevníte na libovolnou plochu. Můžete také vybarvovat speciální plastovou šablonu, na které je motiv již předkreslen.



*Obrázek na šabloně*

## III. A. HRA PEXESO

Provedení:

1. Nejdříve je potřeba vytvořit alespoň dvojici hráčů, může být ale i více hráčů.
2. „Karty se promíchají a rozdají na stůl do čtverce 8×8 rubovou stranou navrch.“

---

<sup>98</sup> Walsh, 2005, s. 108 – 109

3. „Hráč, který začíná, otočí libovolné dvě karty lícem navrch.“
4. „Jestli-že jsou karty shodné, získává bod a může pokračovat ve hře otočením další dvojice karet. Jestli-že jsou karty rozdílné, otočí je rubem navrch a ve hře pokračuje další hráč. Pokaždé, když někdo odhalí dvojici shodných karet, otáčí ihned další dvojici karet.“
5. „Hraje se tak dlouho, dokud nejsou odhaleny všechny dvojice.“<sup>99</sup>



*Hra pexeso*

### **III. B. PŘESMYČKY**

#### **Provedení:**

1. Pacient hledá v následujících přesmyčkách slovo, které neoznačuje část lidského těla: ARKU, ATPA, TSPR, SUPA, OHSETN, AALVH, TVAA, LETOK.<sup>100</sup>

### **AKTIVIZAČNÍ PROGRAM U PACIENTKY č. 2**

**Pacientka XY, 5. den hospitalizace, dg: Akutní infarkt myokardu, režim: chodící po oddělení, u pacientky bylo zvýšené riziko pádu, ADL: 105 bodů – nezávislost, MMSE: 27 bodů – bez poruchy kognitivních funkcí, pacientka byla na LDN 7 etáž hospitalizována k doléčení a k rehabilitaci.**

<sup>99</sup> Bařha. © 2007 - 2012

<sup>100</sup> Klucká, Volfová, 2009, s. 63



Pacientka byla plně soběstačná, nepotřebovala pomoc. Byla orientována místem, časem a osobou. Ve volných chvílích pacientka spala nebo četla knížky.

Pacientka pocházela z domova pro seniory, tudíž aktivizaci znala a věděla, o čem jde. S pacientkou jsem si nejdříve povídala, a tak jsem se dozvěděla spoustu informací o ní a o životě v domově pro seniory. Také mě povídala o aktivizaci, kterou v domově pro seniory navštěvuje. Poté jsme prováděly následující prvky aktivizačních metod.

Aktivizace byla uskutečněna dne 6. 12. 2012.

## I. CVIČENÍ S DOLNÍMI KONČETINAMI

**Provedení:**

### Cviky vsedě na židli:

1. *„V sedu na židli šestkrát vždy pomalu zvedněte pravou nohu a pak ji pomalu položte na zem. Stejně cvičení proved'te s levou nohou.“*
2. *„Zvedněte pravé koleno k hrudi, rukama je tam chvíli podržte. Udělejte to třikrát a pak celé cvičení zopakujte s levým kolenem.“*
3. *„Zamiřte prsty pravé nohy šestkrát nejprve k zemi a potom vzhůru. Zopakujte s levou nohou.“*
4. *„Otočte s pravým chodidlem šestkrát dovnitř a ven. Totéž proved'te s levým chodidlem“*
5. *„Šestkrát ohněte a napřimte prsty pravé nohy. Totéž proved'te i s prsty levé nohy.“<sup>101</sup>*

## II.A. VÁNOČNÍ SVÍVÍCÍNEK

**Provedení:**

1. **Připravte si skleněný svíčínek (skleněná nádoba, do které je možné vložit svíčku), samolepky s plastickým efektem a vánočním motivem a čajovou svíčku.**

---

<sup>101</sup> Walsh, 2005, s. 106 – 108

2. Na svíček postupně nalepujte samolepky dle fantazie.
3. Do svíčníku vložte čajovou svíčku dle vlastního výběru.



## **II.B. DEKORATIVNÍ SKLENIČKA**

**Provedení:**

1. Připravte si menší dekorativní skleněnou nádobu uzavíratelnou víčkem, několik druhů potravin: fazole, čočka, mák, ovesné vločky, dekorační papírový ubrousek s jakýmkoliv motivem, provázek a dekorační lýko.
2. Do skleničky postupně dávejte potraviny, které skládejte do pater tak, abyste vytvořili několik pater.



*Dekoratívni sklenička*

3. Když je sklenice naplněná, připravte si kousek dekoračního ubrousku, kterým překryjete horní, otevřenou část tak, abyste vytvořili úhledné víčko skleničky. Papírové víčko přivažte tak, aby na skleničce dobře drželo.
4. Nakonec papírové víčko po obvodu ozdobte dekoračním lýkem, které přivažte ke skleničce.

## **III. ZAPAMATOVÁNÍ VŠECH SLOV PO SOBĚ JDOUCÍCH**

**Provedení:**

1. Na papír napište řadu po sobě jdoucích osmi slov. Například: **KNIHA, PROPISKA, KABÁT, SLEPICE, HRNEK, RYBA, ČASOPIS, KNOFLÍK**

2. Pacient se nejdříve 1 minutu dívá na daná slova.
3. Pacient by si měl zapamatovat co nejvíce slov z této řady a následně by je měl říct ve správném sledu.
4. Poté by je měl říct v opačném sledu.
5. Tento úkol může mít různé variace a obměny.

### AKTIVIZAČNÍ PROGRAM U PACIENTA č. 3

Pacient XY, 20. den hospitalizace, dg: Stav po totální endoprotéze kyčle vpravo, vedlejší dg: Osteoartróza, CHOPN, režim: chůze po oddělení, ADL: 75 bodů – závislost lehčího stupně, MMSE: 23 bodů – lehký stupeň demence, na LDN byl pacient přijat k rehabilitaci.

Pacient byl částečně soběstačný, aktivity denního života zvládal s dopomocí. Chůzi pacient zvládal s dopomocí, byl si jistější, když měl při chůzi někoho u sebe. Pokud pacient neměl dopomoc v podobě sestry, či rehabilitačního pracovníka, chodil o holích. Pacient byl orientován místem a osobou, čas mu při pobytu v nemocnici činil problém. Ve volných chvílích pacient rehabilitoval v lůžku nebo poslouchal rádio. Rád si také povídal se spolupacienty. Aktivizační program pacient přijal s radostí a s očekáváním. Po aktivizaci se pacient cítil dobře, byl rozveselený a plný zážitků.

Aktivizační program se konal 14. 2. 2012 a jeho součástí byly následující prvky.

#### I. PROCHÁZENÍ SE PO CHODBĚ ODDĚLENÍ



## II. VÝROBA SVÍČKY

**Provedení:**

1. Přichystejte si plát včelího vosku, knot a podložku na stůl.
2. Vezměte plát včelího vosku mezi dlaně a asi 1 – 2 minuty jej třete a zahříváte. Zahřátý plát poznáte tak, že je možné jej různě tvarovat.
3. Zahřátý plát položte na podložku. Vezměte knot, a umístěte jej na okraj plátu tak, aby asi 1 cm knotu vystupoval z plátu.



*Výroba svíčky*

4. Když máte knot připravený na plátu, můžete začít plát jemně rolovat do tvaru svíčky. Musíte však dávat pozor, aby plát v průběhu rolování nepraskl.
5. Zarolovaný plát vytvoří svíčku, kterou poté můžete ozdobit dle vlastní fantazie.

## III. POZNÁVÁNÍ VŮNÍ A CHUTÍ

**Provedení:**

1. Přichystejte si několik lahviček s kořením, potravinami a pochutinami.
2. Pacient bude mít zavázané oči.
3. Nejdříve bude pacient čichat postupně ke všem lahvičkám s kořením a bude hádat, co je obsahem lahviček. Poté bude ochutnávat obsahy lahviček s potravinami či pochutinami a bude opět hádat, jaký je obsah každé lahvičky.<sup>102</sup>

---

<sup>102</sup> Franková, Vyškovská, 2010, s. 16

## PŘÍLOHA P II: FOTOGALERIE Z AKTIVIZAČNÍCH PROGRAMŮ



Společenské hry



Výroba dekorační skleničky





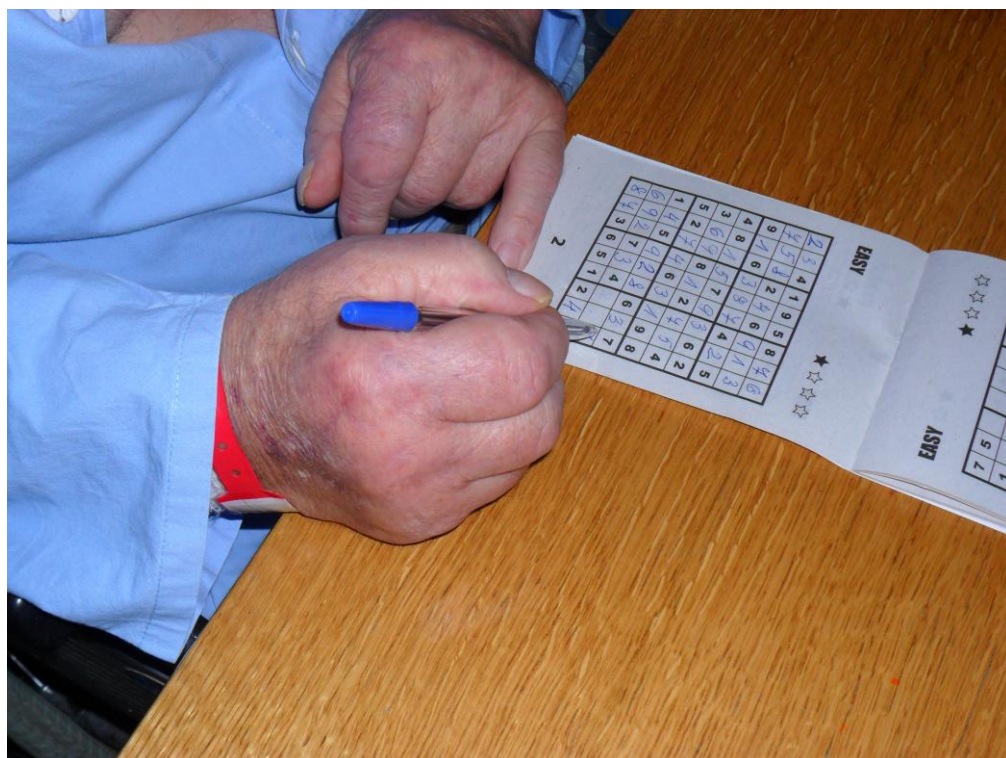
**Výroba svícínku**



**Výroba svícínku**



**Výroba svíčky**



**Sudoku**





**Muzikoterapie**



**Rozhovor s pacientem**





**Výroba bylinkový pytlíčku**



**Osmisměrka**



**Hra karty**



**Vánoční koncert pro pacienty**

## PŘÍLOHA P III: CERTIFIKÁT Z ÚČASTI V SOUTĚŽI SVOČ

Dne 17. 5. 2012 jsem v rámci soutěže Studentská vědecká a odborná činnost, pořádané Fakultou humanitních studií UTB ve Zlíně obhajovala projekt *Aktivizační program pro geriatrické pacienty*. Díky obětavým vedoucím projektu, Mgr. Silvii Treterové a doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D., jsem se umístila na „krásném“ 3. místě. Za jejich práci na projektu jim patří velké díky.

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

**SVOČ**

Studentská vědecká a odborná činnost  
na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně  
**2011/2012**

**C E R T I F I K Á T**

**Petra VELECKÁ**  
jméno a příjmení

**1. 7. 1989**  
datum narození

se úspěšně zapojila do soutěže SVOČ účastí na projektu:

**Aktivizační program pro geriatrické pacienty**

Ve Zlíně dne 17. 5. 2012

  
doc. Ing. Aněžka Lengálová, Ph.D.  
děkanka Fakulty humanitních studií

## PŘÍLOHA P IV: DOTAZNÍK I

Vážená/ý kolegyně, kolego,

jsem studentkou studijního programu Ošetrovatelství, prezenčního studia oboru Všeobecná sestra, Fakulty humanitních studií, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který bude podkladem pro mou bakalářskou práci na téma **Aktivizační program pro geriatrické pacienty**. Tento dotazník je zcela anonymní a získané údaje budou použity ve prospěch mé závěrečné práce.

Děkuji Vám za ochotu a Váš čas při vyplňování tohoto dotazníku.

Petra Velecká

### ***Poznámka k vyplnění:***

U otevřených odpovědí uveďte vlastními slovy vše, co považujete za nejdůležitější. U otázek s nabízenými odpověďmi vyberte, pokud není uvedeno jinak, jednu odpověď, která nejlépe vystihuje Váš názor.

#### **1. Znáte pojem aktivizace pacientů?**

- a) ano
- b) ne

#### **2. Pokud ano, kde jste se setkal/a s tímto pojmem?**

- a) ve škole
- b) při praxi v nemocnici
- c) od zdravotnických pracovníků
- d) v literatuře
- e) na internetu
- f) jiný zdroj:

#### **3. Vaše informovanost v problematice aktivizace geriatrických pacientů je:**

- a) velmi dobrá
- b) průměrná
- c) podprůměrná
- d) žádná

#### **4. Vyberte z následující nabídky správnou odpověď, která definuje geriatrického pacienta:**

- a) senior s nízkým funkčním potenciálem, který dovršil 65 let



- b) senior, který má specifické zdravotní či zdravotně sociální potřeby
- c) senior multimorbidní, s častými dekompenzacemi zdravotního a funkčního stavu
- d) hospitalizovaný senior s probíhajícím akutním onemocněním, ohrožen ve standardních nemocničních podmínkách geriatrickým hospitalismem

**5. Vyberte z následující nabídky správnou odpověď, která definuje geriatrickou křehkost:**

- a) vyskytuje se především v pokročilém stáří, snižuje soběstačnost
- b) subjektivní pocit dobrého zdraví a pohody, bez přítomnosti akutního onemocnění
- c) věkově podmíněný pokles potenciálu zdraví s kumulací funkčně závažných deficitů
- d) souvisí se ztrátou soběstačnosti a výskytem některých chorob i úrazů

**6. Napište prosím, co si představujete pod aktivizací geriatrického pacienta:**

.....  
.....  
.....

**7. Myslíte si, že je vhodné aktivizovat geriatrické pacienty v průběhu jejich hospitalizace?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**8. Pokud jste odpověděl/a ano, uveďte prosím, z jakého důvodu by podle Vás měli být geriatrickí pacienti aktivizováni:**

.....  
.....  
.....

**9.**

**A. Vyberte prosím, z daných možností odpověď, která charakterizuje arteterapii:**

- a) umožňuje sebevyjádření, usnadňuje komunikaci, pomáhá při ventilaci emocí sluchem

- b) jedná se o individuální výtvarnou techniku s pacientem, kdy dochází k procvičování jemné motoriky
- c) v průběhu výtvarného vyjadřování dochází k mimovolnému slučování pacientových vědomých a nevědomých tendencí
- d) základem arteterapie je zachování pohybu a umění

**B. Vyberte prosím, z daných možností odpověď, která charakterizuje biblioterapii:**

- a) předčítání pacientům z Bible
- b) usiluje o zachování maximální soběstačnosti v běžné denní činnosti - četbě
- c) využívá vhodně zvolené literatury k terapii pacienta
- d) prostřednictvím této terapie usilujeme o zachování pacientových schopností

**C. Vyberte prosím, z daných možností odpověď, která charakterizuje reminiscenční terapii:**

- a) při vybavování vzpomínek u pacienta se reminiscenční terapie snaží o dosažení vlastního pohledu na sebe sama
- b) napomáhá vybavování událostí ze života seniora, kdy náplní rozhoru je seniorův dosavadní život, předchozí aktivity, životní zkušenosti
- c) je založena na vědomostech, vzpomínkách a návycích, které jsou fixovány v krátkodobé paměti
- d) při reminiscenční terapii usilujeme o zachování pacientovi paměti

**10. Vyberte prosím, ze kterých oblastí je podle Vás možno čerpat prvky použitelné při aktivizaci geriatrických pacientů: (lze označit více odpovědí)**

- |                  |                                 |
|------------------|---------------------------------|
| a) arteterapie   | f) canisterapie                 |
| b) ergoterapie   | g) reminiscenční terapie        |
| c) muzikoterapie | h) pohybově – relaxační program |
| d) biblioterapie | i) bazální stimulace            |
| e) pet – terapie | j) teatroterapie                |

**11. Vyberte prosím, z uvedených osob ty, o kterých si myslíte, že mohou provádět aktivizaci geriatrických pacientů: (lze označit více odpovědí)**

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| a) aktivizační pracovník | d) všeobecná sestra      |
| b) fyzioterapeut         | e) sanitářka             |
| c) logoped               | f) student SZŠ, VOŠZ, VŠ |

g) duchovní

h) jiné:

**12. Napište prosím denní dobu, kdy je podle Vás nejvhodnější čas k aktivizaci geriatrických pacientů:**

.....  
.....

**13. Setkal/a jste se v průběhu Vaší praxe v nemocnicích s aktivizací geriatrických pacientů?**

a) ano

b) ne

**14. Napište prosím, co by podle Vás bylo vhodnou náplní aktivizačního programu pro geriatrické pacienty v nemocnici:**

.....  
.....  
.....

**15. Využil/a byste možnosti v průběhu studia realizovat aktivizační program u geriatrických pacientů v nemocnici?**

a) ano

b) ne

c) nevím

**16. Pohlaví:**

a) muž

b) žena

**17. Věk: ...**

**18. Vaše střední škola:**

a) zdravotnická

b) gymnázium

c) jiná střední školu, prosím vypište

## PŘÍLOHA P V: DOTAZNÍK II

Vážená/ý kolegyně, kolego,

jsem studentkou studijního programu Ošetrovatelství, prezenčního studia oboru Všeobecná sestra, Fakulty humanitních studií, Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který bude podkladem pro mou bakalářskou práci na téma **Aktivizační program pro geriatrické pacienty**. Tento dotazník je zcela anonymní. Získané údaje budou použity pouze ve prospěch mé závěrečné práce.

Děkuji Vám za ochotu a Váš čas při vyplňování tohoto dotazníku.

Petra Velecká

### ***Poznámka k vyplnění:***

U otevřených odpovědí uveďte vlastními slovy vše, co považujete za nejdůležitější. U otázek s nabízenými odpověďmi vyberte, pokud není uvedeno jinak, jednu odpověď, která nejlépe vystihuje Váš názor.

#### **1. Definujte prosím geriatrického pacienta:**

.....  
.....  
.....  
.....

#### **2. Definujte prosím pojem „geriatrická křehkost“:**

.....  
.....  
.....  
.....

#### **3. Napište prosím, co si představujete pod pojmem aktivizace geriatrického pacienta:**

.....  
.....  
.....  
.....

#### **4. Definujte prosím arteterapii:**

.....  
.....



.....  
.....

**5. Definujte prosím biblioterapii:**

.....  
.....  
.....  
.....

**6. Ze kterých uvedených terapií a metod je podle Vás možno využívat prvky k aktivizaci geriatrických pacientů v průběhu hospitalizace? (lze označit více odpovědí)**

- |                  |                          |
|------------------|--------------------------|
| a) arteterapie   | f) canisterapie          |
| b) ergoterapie   | g) reminiscenční terapie |
| c) muzikoterapie | h) rezoluční terapie     |
| d) biblioterapie | i) bazální stimulace     |
| e) pet – terapie | j) teatroterapie         |

**7. Napište prosím, které konkrétní činnosti jste s geriatrickými pacienty v rámci Vašeho aktivizačního programu prováděl/a:**

.....  
.....  
.....  
.....

**8. Z jakého zdroje jste čerpal/a informace k přípravě aktivizačního programu pro geriatrické pacienty? (lze označit více odpovědí)**

- a) knihy
- b) odborné časopisy
- c) internetové weby
- d) přednášky a cvičení v předmětu Ošetřovatelství v geriatrii
- e) praxe v nemocnici
- f) jiné:

**9. Jak byste zhodnotil/a přínos Vašeho vlastního aktivizačního programu pro pacienta? (lze označit více odpovědí)**

- a) Pacient byl po aktivizaci spokojen.
- b) Pacient byl po aktivizaci nespokojen.

- c) Pacient se po aktivizaci cítil lépe.
- d) Pacient se po aktivizaci cítil hůře.
- e) Pacient se po aktivizaci jevil stejně.
- f) Pacient vyjádřil přání o dalším setkání.
- g) Pacient nepocítuje potřebu další aktivizace.
- h) Jiné:

**10. Vyhovovala Vám doba provádění aktivizace?**

- a) ano
- b) ne

**11. Pokud ne, napište prosím, která denní doba se Vám zdá vhodnější. A proč?**

.....

.....

.....

.....

**12. Jak Vás jako aktivizačního pracovníka přijal kolektiv zdravotnických pracovníků na geriatrickém oddělení, kde byl aktivizační program realizován?**

- a) Personál přivítal mé úsilí.
- b) Personál se zapojil do aktivizačního programu.
- c) Personál byl ochotný semnou spolupracovat.
- d) Personál si mě nevšímal, byl ke mně lhostejný.
- e) S personálem nebyla dobrá spolupráce.
- f) Personál vyjádřil nesouhlas s mou činností na oddělení.
- g) Jiné:

**13. Byla zkušenost s realizací aktivizačního programu u geriatrických pacientů pro Vás přínosná?**

- a) ano
- b) ne

**14. Pokud ano, napište prosím v čem:**

.....

.....

.....

.....

**15. Pokud ne, napište prosím proč:**

.....  
.....  
.....  
.....

**16. Pokud máte nějaké důležité či zajímavé zkušenosti nebo připomínky k realizaci aktivizačních programů na oddělení následné péče a chtěl/a byste je sdělit, zde máte prostor ke svému vyjádření.**

.....  
.....  
.....  
.....

**17. Pohlaví:**

- a) muž
- b) žena

**18. Věk: ...**

## **PŘÍLOHA P VI: PODKLAD K POLOSTRUKTUROVANÉMU ROZHOVORU**

**IV. A. Setkal/a jste se v průběhu předešlých hospitalizací s aktivizačním programem?**

- a) ano
- b) ne
- c) nepamatuji si

**2. Když za Vámi přišli studenti s nabídkou odpolední aktivizace, co jste od tohoto odpoledne očekával/a? Co jste si představoval/a?**

**3.**

**A. Vyhovoval Vám čas aktivizačního programu?**

- a) ano
- b) ne
- c) částečně

**B. Pokud Vám čas nevyhovoval nebo vyhovoval jen částečně, kdy by podle Vás byla vhodná doba aktivizace?**

**4. Jakou činnost/aktivitu jste se studenty vykonával/a?**

**5.**

**A. Byl/a jste spokojen/á s prováděnou činností/aktivitou?**

- a) ano
- b) ne
- c) částečně

**B. Pokud jste nebyl/a spokojen/a nebo jste byl/a spokojen/a jen částečně, uveďte důvod:**

**C. Co byste raději vykonával/a?**

**6. Jak se Vám spolupracovalo se studentem/kou?**

**7. Byl/a student/ka ochotná/ý a milá/ý nebo spíše naopak?**

**8. Jak jste vnímal/a aktivizační program?**

**9. Měl/a byste zájem o další aktivizační program?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

**10. Pokud ano, jak často byste o aktivizační program měl/a zájem?**

Každý den, 5 x za týden, 4x za týden, 3x za týden, 2x za týden, 1x za týden

**11. Máte představu, jakou činnost byste chtěl/a provádět na další odpolední aktivizaci?**

**12. Doporučil/a byste aktivizaci i ostatním pacientům?**

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

## PŘÍLOHA P VII: PŘEPIS ROZHOVORŮ S RESPONDENTY

OTÁZKY	RESPONDENTKA č. 1
1. Setkal/a jste se v průběhu předešlých hospitalizací s aktivizačním programem?	„Ne.“
2. Když za Vámi přišli studenti s nabídkou odpolední aktivizace, co jste od toho odpoledne očekával/a? Co jste si představovala?	„Tyto aktivity se v této době velmi rozšiřují, proto je nemocnice chce tady také zavést, aby potěšily pacienty, aby pacienti byli zaměstnaní. Abyste poznali hospitalizované pacienty v nemocnici.“
3. Vyhovoval Vám čas aktivizačního programu?	„Ano, je to nejlepší čas, ráno bývá hodně práce.“
4: Jakou činnost/aktivitu jste se studenty vykonával/a?	„Jenom povídání. Nechtěla jsem nic dělat, chtěla jsem si jenom povídat.“
5. Byl/a jste spokojen/a s prováděnou činností?	„Ano, jsem spokojena. Probraly jsme spolu všechny záležitosti a zapoměla jsem na mé nemoci.“
6. Jak se Vám spolupracovalo se studentem/kou?	„Dobře, popovídaly jsme si o všem možném.“
7. Byl/a student/ka ochotný/á a milý/á nebo spíše naopak?	„Byla velmi ochotná a pěkně s námi pacienty mluvila.“
8. Jak jste vnímal/a aktivizační program?	„Pacienti, co jsou hodně nemocní, tak se rozptýlí a nemyslí tak na svou nemoc. Popovídají si s mladými lidmi.“
9. Měl/a byste zájem o další aktivizační program?	„Ano, alespoň se dozvíme, co je nového, rozptýlíme se od nemoci, bude nám lépe a pozvedne nám to náladu.“
10. Pokud ano, jak často byste měl/a o aktivizační program zájem?	„Podle toho, jak Vám to vyhovuje, ale asi 1 krát za týden.“
11. Máte představu, jakou činnost byste chtěl/a provádět na další odpolední aktivizaci?	„Ráda bych se podívala, jak se provádí nějaké ruční práce.“
12. Doporučil/a byste aktivizaci i ostatním pacientům?	„Ano, samozřejmě, ať i ostatní pacienti přijdou na jiné myšlenky.“

OTÁZKY	RESPONDENT č. 2
1. Setkal/a jste se v průběhu předešlých hospitalizací s aktivizačním programem?	„Ne.“
2. Když za Vámi přišli studenti s nabídkou odpolední aktivizace, co jste od toho odpoledne očekával/a? Co jste si představovala?	„Viděl jsem sestřičky, jak hrají Člověče, nezlob se. Oni mě pozvali ke hře a já jsem to přijal, ale jenom, abych zaskočil za jednoho z hráčů.“
3. Vyhovoval Vám čas aktivizačního programu?	„Částečně, protože jsem se zrovna chtěl dívat na televizi.“

4: Jakou činnost/aktivitu jste se studenty vykonával/a?	„Nejdříve jsme se prošli po chodbě, pak jsme na jídelně hráli „Člověče, nezlob se“ a u toho jsme si povídali a bavili se. Nakonec jsme ještě hráli pexeso.“
5. Byl/a jste spokojen/a s prováděnou činností?	„Ano, člověk po tom omládne a změní myšlenky, protože se musí soustředit na hru. Nutí to potlačit mozek.“
6. Jak se Vám spolupracovalo se studentem/kou?	„Dobře.“
7. Byl/a student/ka ochotný/á a milý/á nebo spíše naopak?	„Byly fajn, kdyby bylo takových víc... Podle mě, musí být i dobré kamarádky.“
8. Jak jste vnímal/a aktivizační program?	„Líbilo se mně to, aj sem si trochu procvičil mozek.“
9. Měl/a byste zájem o další aktivizační program?	„Ano, když budu moct.“
10. Pokud ano, jak často byste měl/a o aktivizační program zájem?	„2 krát za týden, ale někdy mě to obědě chytne spaní.“
11. Máte představu, jakou činnost byste chtěl/a provádět na další odpolední aktivizaci?	„Zahrát si zase nějaké hry a pobavit se u toho.“
12. Doporučil/a byste aktivizaci i ostatním pacientům?	„Ano.“

OTÁZKY	RESPONDENTKA č. 3
1. Setkal/a jste se v průběhu předešlých hospitalizací s aktivizačním programem?	„Ne.“
2. Když za Vámi přišli studenti s nabídkou odpolední aktivizace, co jste od toho odpoledne očekával/a? Co jste si představovala?	„Myslela jsem si, že si semnou budou chtít povídat. Já jsem byla hned pro, nebála jsem se do toho jít.“
3. Vyhovoval Vám čas aktivizačního programu?	„Ano, odpoledne stejně nemáme co na práci, jenom tak ležíme a nic neděláme.“
4: Jakou činnost/aktivitu jste se studenty vykonával/a?	„Povídaly jsme si, cvičili jsme s rukama a luštili jsme křížovky.“
5. Byl/a jste spokojen/a s prováděnou činností?	„Ano, bylo to velmi příjemné.“
6. Jak se Vám spolupracovalo se studentem/kou?	„Spolupráce mezi námi byla dobrá, nenastal žádný problém.“
7. Byl/a student/ka ochotný/á a milý/á nebo spíše naopak?	„Byly velice milé.“
8. Jak jste vnímal/a aktivizační program?	„Zaměstnalo mě to a odvedlo mě to od nemoci.“
9. Měl/a byste zájem o další aktivizační program?	„Ano.“
10. Pokud ano, jak často byste měl/a o aktivizační program zájem?	„1 krát za týden, hlavně taky kvůli návštěvám.“

11. Máte představu, jakou činnost byste chtěl/a provádět na další odpolední aktivizaci?	<i>„Chtěla bych si zase jenom popovídat.“</i>
12. Doporučil/a byste aktivizaci i ostatním pacientům?	<i>„Ano.“</i>

OTÁZKY	RESPONDENT č. 4
1. Setkal/a jste se v průběhu předešlých hospitalizací s aktivizačním programem?	<i>„Ne.“</i>
2. Když za Vámi přišli studenti s nabídkou odpolední aktivizace, co jste od toho odpoledne očekával/a? Co jste si představovala?	<i>„Myslel jsem si, že nás chtějí něco učit, že očekávají nějaké vědomosti.“</i>
3. Vyhovoval Vám čas aktivizačního programu?	<i>„Ano, protože ráno je frmol.“</i>
4: Jakou činnost/aktivitu jste se studenty vykonával/a?	<i>„Povídali jsme si, pak jsme byli na procházce, potom jsme hráli pexeso a učil jsem sestřičku hrát karty.“</i>
5. Byl/a jste spokojen/a s prováděnou činností?	<i>„Ano, bylo to fajn.“</i>
6. Jak se Vám spolupracovalo se studentem/kou?	<i>„Je dobrá v komunikaci, ráda mě odpověděla na všechny otázky.“</i>
7. Byl/a student/ka ochotný/á a milý/á nebo spíše naopak?	<i>„Byly ochotné, usměvavé, vstřícné. Pěkně se s nimi komunikovalo.“</i>
8. Jak jste vnímal/a aktivizační program?	<i>„Člověka to trochu rozptýlí, zapomene na to, co mu je.“</i>
9. Měl/a byste zájem o další aktivizační program?	<i>„Ano. Pokud tu budete, tak určitě.“</i>
10. Pokud ano, jak často byste měl/a o aktivizační program zájem?	<i>„1 krát týdně, kvůli návštěvám“</i>
11. Máte představu, jakou činnost byste chtěl/a provádět na další odpolední aktivizaci?	<i>„Tak jak pokaždé.“</i>
12. Doporučil/a byste aktivizaci i ostatním pacientům?	<i>„Ano. Každého to potěší. Já jsem spokojený.“</i>

OTÁZKY	RESPONDENTKA č. 5
1. Setkal/a jste se v průběhu předešlých hospitalizací s aktivizačním programem?	<i>„Ne.“</i>
2. Když za Vámi přišli studenti s nabídkou odpolední aktivizace, co jste od toho odpoledne očekával/a? Co jste si představovala?	<i>„Nevěděla jsem, co to je.“</i>
3. Vyhovoval Vám čas aktivizačního programu?	<i>„Ano, je to dobrý čas.“</i>



<b>4: Jakou činnost/aktivitu jste se studenty vykonával/a?</b>	<i>„Malovaly jsme se sestřičkou na sklo a celou dobu jsme si u toho povídaly. Pak jsme taky malovaly na skleničky a pak mně ještě sestřička pomohla s navlékáním korálků. Sestřička mě u práce dávala nějaké hádanky.“</i>
<b>5. Byl/a jste spokojen/a s prováděnou činností?</b>	<i>„Ano, je to taková změna. Byla tu s námi příjemná paní učitelka.“</i>
<b>6. Jak se Vám spolupracovalo se studentem/kou?</b>	<i>„Dobře. Byla ochotná.“</i>
<b>7. Byl/a student/ka ochotný/á a milý/á nebo spíše naopak?</b>	<i>„Byla velmi příjemná.“</i>
<b>8. Jak jste vnímal/a aktivizační program?</b>	<i>„Pacienti, co tu leží, jsou rádi, že jim někdo vyplní čas. Je to dobré.“</i>
<b>9. Měl/a byste zájem o další aktivizační program?</b>	<i>„Ano, určitě.“</i>
<b>10. Pokud ano, jak často byste měl/a o aktivizační program zájem?</b>	<i>„1 krát za týden.“</i>
<b>11. Máte představu, jakou činnost byste chtěl/a provádět na další odpolední aktivizaci?</b>	<i>„Je mě to jedno, cokoli.“</i>
<b>12. Doporučil/a byste aktivizaci i ostatním pacientům?</b>	<i>„Ano, hlavně tomu, kdo je tu sám.“</i>

<b>OTÁZKY</b>	<b>RESPONDENTKA č. 6</b>
<b>1. Setkal/a jste se v průběhu předešlých hospitalizací s aktivizačním programem?</b>	<i>„Ne.“</i>
<b>2. Když za Vámi přišli studenti s nabídkou odpolední aktivizace, co jste od toho odpoledne očekával/a? Co jste si představovala?</b>	<i>„Vítala jsem to. Mám ráda mladé lidi. Představovala jsem si, že si budeme povídat.“</i>
<b>3. Vyhovoval Vám čas aktivizačního programu?</b>	<i>„Ano.“</i>
<b>4: Jakou činnost/aktivitu jste se studenty vykonával/a?</b>	<i>„Povídaly jsme si o všem možném, vytvářela jsem si bylinkový pytlíček a další dekorativní předměty, zahrály jsme také pexeso.“</i>
<b>5. Byl/a jste spokojen/a s prováděnou činností?</b>	<i>„Ano. Bylo to velmi příjemné.“</i>
<b>6. Jak se Vám spolupracovalo se studentem/kou?</b>	<i>„Báječně se mi spolupracovalo. Nemohu to jinými slovy nazvat, než že si jí vážím.“</i>
<b>7. Byl/a student/ka ochotný/á a milý/á nebo spíše naopak?</b>	<i>„Byla strašně milá a umí jednat s lidmi.“</i>
<b>9. Měl/a byste zájem o další aktivizační program?</b>	<i>„Ano, s Vámi.“</i>
<b>10. Pokud ano, jak často byste měl/a o aktivizační program zájem?</b>	<i>„1 krát za týden, z důvodu návštěv.“</i>

11. Máte představu, jakou činnost byste chtěl/a provádět na další odpolední aktivizaci?	<i>„To nechám na Vás.“</i>
12. Doporučil/a byste aktivizaci i ostatním pacientům?	<i>„Ano.“</i>


OTÁZKY	RESPONDENTKA č. 7
1. Setkal/a jste se v průběhu předešlých hospitalizací s aktivizačním programem?	<i>„Ne.“</i>
2. Když za Vámi přišli studenti s nabídkou odpolední aktivizace, co jste od toho odpoledne očekával/a? Co jste si představovala?	<i>„Je to něco jiného než jsem očekávala. Očekávala jsem zábavu.“</i>
3. Vyhovoval Vám čas aktivizačního programu?	<i>„Ano.“</i>
4: Jakou činnost/aktivitu jste se studenty vykonával/a?	<i>„Vyráběla jsem svíčku, vybarvovala jsem stromeček ze dřeva, pak jsem si vyráběla dekorální předměty, třeba provázek a na něm hvězdičky, pak jsme ještě se sestřičkou luštily křížovku.“</i>
5. Byl/a jste spokojen/a s prováděnou činností?	<i>„Ano.“</i>
6. Jak se Vám spolupracovalo se studentem/kou?	<i>„Dobře.“</i>
7. Byl/a student/ka ochotný/á a milý/á nebo spíše naopak?	<i>„Ano, byla velmi ochotná.“</i>
8. Jak jste vnímal/a aktivizační program?	<i>„Bylo to velmi zajímavé, byla to taková změna v nemocničním řádu.“</i>
9. Měl/a byste zájem o další aktivizační program?	<i>„Ano.“</i>
10. Pokud ano, jak často byste měl/a o aktivizační program zájem?	<i>„Ikrát za týden, to stačí.“</i>
11. Máte představu, jakou činnost byste chtěl/a provádět na další odpolední aktivizaci?	<i>„Nevím.“</i>
12. Doporučil/a byste aktivizaci i ostatním pacientům?	<i>„Ano, protože přijdou na jiné myšlenky.“</i>

OTÁZKY	RESPONDENTKA č. 8
1. Setkal/a jste se v průběhu předešlých hospitalizací s aktivizačním programem?	<i>„Ne.“</i>
2. Když za Vámi přišli studenti s nabídkou odpolední aktivizace, co jste od toho odpoledne očekával/a? Co jste si představovala?	<i>„Myslela jsem si, že to potřebujete k práci do školy.“</i>
3. Vyhovoval Vám čas aktivizačního programu?	<i>„Ano, ale je mě to jedno.“</i>

<b>4: Jakou činnost/aktivitu jste se studenty vykonával/a?</b>	<i>„Hrály jsme „Člověče, nezlob se“ a pexeso, povídaly jsme si, cvičily jsme s nohama.“</i>
<b>5. Byl/a jste spokojen/a s prováděnou činností?</b>	<i>„Částečně, protože mě bolí páteř.“</i>
<b>6. Jak se Vám spolupracovalo se studentem/kou?</b>	<i>„Dobře se mi spolupracovalo, byla sympatická.“</i>
<b>7. Byl/a student/ka ochotný/á a milý/á nebo spíše naopak?</b>	<i>„Byla fajn a loajální.“</i>
<b>8. Jak jste vnímal/a aktivizační program?</b>	<i>„Že nám chcete ukrátit čas.“</i>
<b>9. Měl/a byste zájem o další aktivizační program?</b>	<i>„Ano.“</i>
<b>10. Pokud ano, jak často byste měl/a o aktivizační program zájem?</b>	<i>„1 krát za týden.“</i>
<b>11. Máte představu, jakou činnost byste chtěl/a provádět na další odpolední aktivizaci?</b>	<i>„Ani nevím.“</i>
<b>12. Doporučil/a byste aktivizaci i ostatním pacientům?</b>	<i>„Ano.“</i>

# PŘÍLOHA P VIII: MMSE - MINI MENTAL STATE EXAMINATION<sup>103</sup>

KRÁTKÁ SKALA MENTÁLNÍHO STAVU	
<b>Orientace</b>	
Položím Vám několik otázek, sloužících pro vyšetření paměti. Některé jsou zcela snadné, jiné jsou obtížnější. Odpovězte na všechny otázky, jak nejlépe dokážete.	
<b>Jaké je dnešní datum?</b> <i>Pokud je odpověď nesprávná nebo neúplná, zeptejte se na chybný údaj znovu, v následujícím pořadí:</i>	
1. Který je rok?	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1
2. Které je roční období?	<input type="text"/>
3. Který je měsíc?	<input type="text"/>
4. Kolikátého je dnes?	<input type="text"/>
5. Který je den v týdnu?	<input type="text"/>
<b>Nyní se Vás zeptám několika otázkami na místo, kde teď jsme.</b>	
6. Jak se jmenuje nemocnice, ve které jsme?	<input type="text"/>
7. Ve kterém městě jsme?	<input type="text"/>
8. Jak se jmenuje čtvrť, kde je naše nemocnice?	<input type="text"/>
9. Ve kterém státě jsme?	<input type="text"/>
10. Ve kterém jsme poschodí?	<input type="text"/>
<b>Registrace</b>	
Řeknu Vám tři slova. Chtěl(a) bych, abyste mi je zopakoval(a) a pokusil(a) si je zapamatovat, protože se Vás na ně zeptám později ještě jednou.	
11. klobouk	<input type="text"/>
12. citrón	<input type="text"/>
13. auto	<input type="text"/>
<b>Pozornost a počty</b>	
Počítejte od sta pozpátku, pokaždé odečítejte sedm.	
14. 93	<input type="text"/>
15. 86	<input type="text"/>
16. 79	<input type="text"/>
17. 72	<input type="text"/>
18. 65	<input type="text"/>
<b>Paměť</b>	
Zopakujte mi prosím ta tři slova, která jste před chvílí měl(a) opakovat a zapamatovat si.	
19. klobouk	<input type="text"/>
20. citrón	<input type="text"/>
21. auto	<input type="text"/>

KRÁTKÁ SKALA MENTÁLNÍHO STAVU - pokračování	
<b>Jazyk</b>	
22. Ukažte pacientovi tužku. Můžete mi říci, co to je?*	<input type="text"/>
23. Ukažte pacientovi hodinky. Můžete mi říci, co to je?*	<input type="text"/>
24. Pozorně poslouchajte a opakujte po mně: Žádná jestli, ano, nebo ale.***	<input type="text"/>
25. Položte list papíru na stůl, ukažte ho pacientovi a řekněte mu: Pozorně poslouchajte, co Vám teď řeknu: Vezměte papír do pravé ruky.	<input type="text"/>
26. Přeložte ho napolovic.	<input type="text"/>
27. A hodte ho na podlahu.****	<input type="text"/>
28. Držte před pacientem list papíru, na kterém je napsáno =Zavřete oči=, a řekněte pacientovi: Prosím udělejte to, co je zde napsáno.	<input type="text"/>
29. Podažte pacientovi list papíru a tužku a řekněte mu: Napište prosím nějakou větu. Může být o čemkoliv, ale musí být úplná.*****	<input type="text"/>
* Je třeba použít tužku (nikoli pero nebo kuličkové pero). Jakákoliv jiná odpověď než «tužka» je považována za nesprávnou.	
** Jakákoliv jiná odpověď než «hodinky» nebo «náramkové hodinky» je považována za nesprávnou.	
*** (mírně přizpůsobeno) Větu vyslovte hlasitě, tak, aby ji pacient jasně slyšel, a dívejte se přitom na něj. Povolen je pouze jeden pokus. Počítejte 1 bod pouze tehdy, jestliže pacient větu zopakoval naprosto správně.	
**** Povel, skládající se ze tří částí: počítejte 1 bod za každou část, jež byla správně vykonána. Pokud pacient přerulí úkol a zeptá se vás, co má dělat, neopakujte instrukci, pouze řekněte: «Udělejte to, co jsem vám řekl(a).»	
***** Větu nediktujte, pacient jí musí napsat spontánně. Počítejte 1 bod, jestliže věta obsahuje podmět a přísudek. Nezáleží na pravopisu ani syntaxi. Vymezený čas je 30 sekund.	
<b>Praxe</b>	
30. Podažte pacientovi list papíru, na němž jsou nakresleny dva pětiúhelníky, a řekněte mu: Prosím nakreslete stejný obrázek.	<input type="text"/>
Vzor k úkolu	
<b>Celkové skóre (0 až 30):</b>	
<b>Hodnocení:</b>	
25-30 bodů ..... bez poruchy kognitivních funkcí	
18-24 bodů ..... lehká demence	
9-17 bodů ..... středně těžká demence	
< 9 bodů ..... těžká demence	

Podle: FOLSTEIN, MF., FOLSTEIN, SE., MCHUGH, PR. *Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.* J Psychiat Res, 1975, 12, p. 129-138; FILIP, V., SIKORA, J., MARŠÁLEK, M., et al. *Praktický manuál psychiatrických posuzovacích stupnic.* Praha: Psychiatrické centrum, 1997

## PŘÍLOHA P IX: ADL - TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ<sup>104</sup>

TEST ZÁKLADNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ PODLE BARTHELOVÉ		
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
6. kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	trvale inkontinentní	0
7. použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. přesun lůžko–židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. chůze po rovině	samostatně více než 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku 50 m	5
	neprovede	0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
<b>Celkové skóre (0 až 100):</b>		
<b>Hodnocení stupně závislosti v základních všedních činnostech:</b>		
0–40 bodů ..... vysoce závislý		
45–60 bodů ..... závislost středního stupně		
65–95 bodů ..... lehká závislost		
100 bodů ..... nezávislý		

Podle: MAHONEY, FI., BARTHEL, DW. *Functional evaluation: The Barthel Index*. Md State Med J, 14, 1965, p. 61–65; WADE, DT., COLLEN, C. *The Barthel ADL Index: a standard measure of physical disability?* Int Disab Studies, 1988, 10, p. 64–67; TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatricie pro praktického lékaře*. Praha : Grada, 1995

<sup>104</sup> Mahoney, Barthel in Topinková, 2005, s. 214

## PŘÍLOHA P X: IADL - INSTRUMENTAL ACTIVITY DAILY LIVING<sup>105</sup>

TEST INSTRUMENTÁLNÍCH VŠEDNÍCH ČINNOSTÍ		
Činnost	Provedení činnosti	Bodové skóre
1. telefonování	vyhledá samostatně číslo, vytočí je	10
	zná několik čísel, odpovídá na zavolání	5
	nedokáže použít telefon	0
2. transport	samostatně cestuje dopravním prostředkem	10
	cestuje, je-li doprovázen	5
	vyžaduje pomoc druhé osoby, speciálně upravený vůz apod.	0
3. nakupování	dojde samostatně nakoupit	10
	nakoupí s doprovodem nebo radou druhé osoby	5
	neschopen bez podstatné pomoci	0
4. vaření	samostatně uvaří celé jídlo	10
	ohřeje jídlo	5
	jídlo musí připravit druhá osoba	0
5. domácí práce	udržuje domácnost s výjimkou těžkých prací	10
	provede pouze lehčí práce nebo je úklid nedostatečný	5
	potřebuje pomoc při většině prací nebo se práce v domácnosti neúčastní	0
6. práce kolem domu	provádí samostatně a pravidelně	10
	provede pod dohledem	5
	vyžaduje pomoc, neprovede	0
7. užívání léků	užívá samostatně v určenou dobu správnou dávku, zná názvy léků	10
	užívá, jsou-li připraveny a připomenuty	5
	léky musejí být podány druhou osobou	0
8. finance	spravuje samostatně, platí účty, zná příjmy a výdaje	10
	zvládne drobné výdaje, potřebuje pomoc se složitějšími operacemi	5
	neschopen bez pomoci zacházet s penězi	0
<b>Celkové skóre (0 až 80):</b>		
<b>Hodnocení stupně závislosti v instrumentálních všedních činnostech:</b>		
0–40 bodů ..... závislý		
45–75 bodů ..... částečně závislý		
100 bodů ..... nezávislý		

Podle: LAWTON, MP., BRODY, EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 1969, 9, p. 179–186; LAWTON, MP. Scales to measure competence in everyday activities. Psychopharmacol Bull, 1988, 24, p. 609–614; TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. Geriatrie pro praktického lékaře. Praha : Grada, 1995

<sup>105</sup> Lawton, Brody in Topinková, 2005, s. 215

# PŘÍLOHA P XI: MNA - MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT<sup>106</sup>

SKALA PRO ORIENTAČNÍ HODNOCENÍ STAVU VÝŽIVY	
<b>I. Antropometrické hodnocení</b>	<b>Bodové skóre</b>
<b>1. BMI (body mass index)*</b>	
• BMI < 19	0
• 19 ≤ BMI < 21	1
• 21 ≤ BMI < 23	2
• BMI ≥ 23	3
hmotnost (kg): ..... tělesná výška (m): .....	
* BMI = hmotnost / (tělesná výška) <sup>2</sup> v kg/m <sup>2</sup>	
<b>2. Obvod středu paže</b>	
• pod 21 cm	0
• 21–22 cm	0,5
• nad 22 cm	1
<b>3. Obvod lýtky</b>	
• pod 31 cm	0
• 31 cm a více	1
<b>4. Úbytek hmotnosti za poslední 3 měsíce</b>	
• více než 3 kg	0
• není přesný údaj	1
• 1–3 kg	2
• nebyl úbytek hmotnosti	3
<b>II. Celkové hodnocení</b>	<b>Bodové skóre</b>
<b>5. Je pacient nezávislý v IADL?*</b>	
• ne	0
• ano	1
* IADL = instrumentální aktivity, všední činnosti	
<b>6. Užívá denně více než tři druhy léků?</b>	
• ano	0
• ne	1
<b>7. Prodělal v posledních 3 měsících akutní onemocnění, úraz, psychické trauma?</b>	
• ano	0
• ne	1
<b>8. Pohyblivost/mobilita</b>	
• upoután na lůžko/vozik	0
• pohyb jen po místnosti	1
• vychází z bytu	2
<b>9. Psychický stav</b>	
• těžká demence nebo deprese	0
• mírná demence nebo deprese	1
• normální stav, bez psychické poruchy	2
<b>10. Proleženiny, běrcové vředy, jiné kožní ulcerace</b>	
• přítomny	0
• nepřítomny	1

SKALA PRO ORIENTAČNÍ HODNOCENÍ STAVU VÝŽIVY <i>pokračování</i>			
<b>III. Stravovací návyky</b>	<b>Bodové skóre</b>		
<b>11. Kolik jídel jí pacient za den?</b>			
• jen jedno jídlo	0		
• dvě jídla	1		
• tři a více jídel	2		
<b>12. Konzumuje:</b>			
– denně mléčný produkt	ano – ne	1x ano	0
– denně maso, ryby, drůbež	ano – ne	2x ano	0,5
– týdně alespoň dvakrát vejce nebo fazole	ano – ne	3x ano	1
<b>13. Konzumuje denně ovoce/zeleninu?</b>			
• ne	0		
• ano	1		
<b>14. Došlo v posledních třech měsících ke ztrátě chuti k jídlu, zažívacím potížím nebo poruchám přijímání potravy (obtíže žvýkat nebo polykat)?</b>			
• ano, výrazně	0		
• jen mírně	1		
• ne	2		
<b>15. Jaký je denní příjem všech tekutin?</b>			
• pod 600 ml	0		
• 600–1000 ml	0,5		
• nad 1000 ml	1		
<b>16. Schopnost najíst se</b>			
• pomoc při najezení nutná	0		
• nají se sám, ale s obtížemi	1		
• nají se samostatně bez obtíží	2		
<b>IV. Subjektivní posouzení</b>	<b>Bodové skóre</b>		
<b>17. Domnívá se pacient, že má se svojí výživou nějaké problémy?</b>			
• ano, hodnotí se jako podvyživený	0		
• neví, snad má problémy	1		
• ne, nemá žádné problémy	2		
<b>18. Ve srovnání s osobami téhož věku hodnotí pacient své zdraví jako:</b>			
• horší	0		
• neví	0,5		
• dobré, stejné	1		
• lepší	2		
<b>Celkové skóre:</b>			
<b>Hodnocení:</b>			
24–30 bodů .....	stav výživy velmi dobrý/dobrý		
17–23,5 bodů .....	riziko podvýživy		
< 17 bodů .....	podvýživa		

Podle: GUIGOZ, Y., VELLAS, B.J., GARRY, P.J. *Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients.* Facts and Research in Gerontology, 1994, 4 (suppl. 2), p. 15–59; TOPINKOVÁ, E. *Využití standardizovaných škál pro hodnocení stavu výživy u starších nemocných.* Čes Geriat Rev, 2003, 1, č. 1, s. 6–11

<sup>106</sup> Guigoz, Vellas, Garry in Topinková, 2005, s. 226 - 227