



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Aktivizující programy pro dlouhodobě
hospitalizované pacienty**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Lucie Hlaváčová

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Havierníková, Ph. D.

České Budějovice 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem Aktivizující programy pro dlouhodobě hospitalizované pacienty jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 11. 8. 2021

.....

Bc. Lucie Hlaváčová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí své práce Mgr. Lucii Haviernikové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, za její čas, cenné rady a trpělivost při konzultacích. Zvláštní poděkování patří mým báječným rodičům, sestře a manželovi, kteří mě během celého studia podporovali.

Aktivizující programy pro dlouhodobě hospitalizované pacienty

Abstrakt

Aktivita je pro lidský život nepostradatelná. Během hospitalizace dochází k omezení či úplnému přerušení jakýkoliv činností, na které byl pacient zvyklý z domácího prostředí. Proto je tak velice důležité a potřebné tyto aktivity navrátit zpět do každodenního rytmu a v tom nám pomáhají aktivizující programy.

Práce si klade za cíl zmapovat jaké aktivizující programy se v praxi využívají, dále jaké potřeby v této oblasti mají samotní pacienti. Také se práce zaměřuje na samotné benefity aktivizujících programů a na požadavky poskytovatelů těchto programů.

Metodu výzkumného šetření jsme zvolily kvalitativní formu pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly realizovány s deseti vybranými sestrami pracujícími na oddělení následné péče v jedné jihočeské nemocnici a deseti vybranými pacienty hospitalizovanými na stejném oddělení.

Výzkum ukazuje, že se aktivizující programy v praxi využívají poměrně málo. Velký vliv na tuto skutečnost má i aktuální emidemiologická situace panující po celém světě. Potřeby pacientů přesahují momentální nabídku aktivizačních programů v nemocnici. Ve výzkumném šetření jsou široce zastoupeny výhody aktivizačních činností jak pro samotné pacienty tak i pro ošetřující personál.

Na základě našeho výzkumného šetření bychom navrhovaly nový koncept aktivizačních činností. V tomto konceptu by si mohl pacient zvolit sám dle svého zájmu a fyzických zdatností konkrétní činnost. Jednalo by se o aktivizující činnosti, které mohou sestry pacientům nabídnout a tuto aktivitu s nimi provozovat. Tyto aktivity by byly nenáročné tak aby je sestra v rámci své směny byla schopna s pacientem provozovat. Jako tyto aktivity bychom doporučovaly např. účelovou konverzaci s pacientem na jeho oblíbené téma, předčítání pacientům, společné sledování televize, zpěv, malování, drobná manuální činnost, společné procházky. Sestra jako poskytovatel této aktivity by byla řádně na danou aktivitu proškolená a edukována. Za tímto účelem byla vytvořena informační brožura s nabízejícími aktivitami, která je

součástí příloh této diplomové práce. Tato brožura bude prezentována vrchním sesterám z oddělení následné péče.

Klíčová slova: aktivizace; dlouhodobá hospitalizace; stáří; gerontologie

Activation Programs for Long-term Hospitalized Patient

In general, it is very important for a human being to stay active. During any kind of hospitalization, activities that anyone is used to from their home environment or lifestyle may get interrupted or halted completely. It is crucial to return these activities back to the life and activation programs were designed to help us with this task.

The aim of this paper is to map the current usage of activation programs and the needs of any individual patient. The paper further focuses on the benefits of these programs and also on the general requirements of possible providers of activation programs.

The research used qualitative methodology and information was obtained via semi-structured interviews. These interviews were conducted with ten nurses working at the Long-term Care Department of a hospital located in South Bohemian region and with ten selected patients from the same department.

Research shows that activation programs are rarely used in every day operations. Currently, this issue is even more accented due to the world-wide epidemiological situation. The hospital is unable to offer all the special activation programs the patients need. The research itself provides comprehensive overview of the advantages stemming from using activation programs for both patients and the nursing staff.

The final result of our research is a new concept of activation techniques. This concept would take into consideration patients' own interest and his/her physical strengths to allow them to select an appropriate activity. These would be offered by the nursing staff who would participate in any selected activity with the patient. All exercises would be simple enough and with low physical requirements for the nurse to be able to add these activities to the regular working schedule. We would suggest the following examples of activities: targeted conversations on a specific topic favored by the patient, reading, watching television, singing, painting and drawing, simple crafting and short strolls. The nurse would be properly trained and educated in providing support during the activity. Example information brochure with possible activation techniques is attached in the appendices section of this written work. The brochure will also be presented to the head nursing staff of the Long-term Care Department.

Key words: activation, elderly, gerontology, long-term hospitalization

OBSAH

ÚVOD	7
1 SOUČASNÝ STAV	8
1.1 Dlouhodobě hospitalizovaný pacient	8
1.2 Hospitalizmus a adaptace	10
1.3 Motivace pacientů k aktivitě	12
1.4 Aktivizující programy a jejich význam	14
1.4.1 Ergoterapie	17
1.4.2 Arteterapie	21
1.4.3 Muzikoterapie	24
1.4.4 Zooterapie	25
1.4.5 Kognitivní trénink	30
1.4.6 Basální stimulace	31
1.4.7 Psychoterapie	32
1.5 Aktivizující pracovník	33
2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
2.1 Cíle práce	37
2.2 Výzkumné otázky	37
3 METODIKA	38
3.1 Použité výzkumné metody	38
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	39
4 VÝSLEDKY	40
5 DISKUZE	57
6 ZÁVĚR	66
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	68
8 SEZNAM PŘÍLOH	76
9 SEZNAM ZKRATEK	91

ÚVOD

„Člověk se narodil k činnosti. Nebýt ničím zaměstnán a neexistovat, je pro člověka totéž... Pracujme bez dlouhého hloubání, je to jediný prostředek, jak si udělat život snesitelným.“

A. VOLTAIRE

Téma diplomové práce: Aktivizující programy pro dlouhodobě hospitalizované pacienty jsem si vybrala velice snadno a to pro svoji aktuálnost a nadčasovost. Domnívám se, že je tato oblast v nemocničních zařízeních stále podceňována a mohla by být v praxi využita mnohem častěji a poskytnuta širšímu spektru hospitalizovaných pacientů. Sama ze své zkušenosti vím, jak náročná po všech stránkách dokáže dlouhodobá hospitalizace v nemocnici být. To jsem však vůbec netušila, jak za pár měsíců bude toto téma aktuální a palčivé pro celý svět v podobě koronavirové infekce, která zabránila většině lidí na celé planetě pokračovat v jejich dosavadní činnosti v rámci zaměstnání nebo jen v běžných každodenních aktivitách v podobě koníčků a zábavy.

Činnost má v lidském životě svoji nenahraditelnou a velice důležitou funkci. Aktivita provází člověka od jeho narození formou her, přes dospělost v rámci práce až po stáří, ve kterém aktivity nabývají charakter koníčků. V životě je nemožné, abychom se aktivitě vyhnuli. Jsme k ní nuceni svým životem, společností, prostředím a i sami sebou. Každý člověk má přirozený vnitřní pocit růstu, zdokonalování se a učení se novým poznatkům a činností. Úspěch nás motivuje jít stále kupředu a zároveň si tak saturujeme vyšší potřeby jako je uznání, sebeúcta a seberealizace.

V případě nemoci, či dlouhodobé hospitalizace v nemocničním zařízení dochází velice rychle k nečinnosti jedince, na kterou nebyl doposud zvyklý. Tato pro něj jistě nepříjemná a nezvyklá situace může mít s postupem času značně negativní projevy v psychické ale i fyzické oblasti. Prodlužuje se tak logicky celková doba hospitalizace, což sebou přináší vyšší finanční nároky, více práce pro personál a delší dobu aklimatizace klienta na jeho předešlý běžný životní režim.

Proto bychom měli aktivně vyplnit volný čas hospitalizovaného pacienta v průběhu léčby a doplnit tak medicínskou stránku péči o osobu se svými bio-psycho-sociálními-spirituálními potřebami.

1 Současný stav

1.1 Dlouhodobě hospitalizovaný pacient

Charakterizovat zdraví nebo nemoc je považováno za multidimenzionální a velmi složitý problém, jak uvádí ve své publikaci Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011). Zdraví i nemoc mají mnoho definic. Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) popisují zdravého člověka jako někoho, kdo je spokojený, má naplněny všechny své životní tužby a plně se ve svém životě realizuje. V případě, že se objeví nemoc, dojde k poruše systému mezi člověkem a prostředím. Člověk se v takovém případě odchýlí od normální sociální role. Nemoc sebou přináší spoustu potíží a pro většinu lidí je to náročná životní situace. U nemocného člověka dochází k neuspokojení velkého množství potřeb. Nemoc s sebou může přinášet i situaci, kdy je potřeba člověka hospitalizovat ve zdravotnickém zařízení (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Zdravotnické zařízení jsou prostory, kde jsou poskytovány zdravotní služby, jak uvádí zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zdravotními službami se dle tohoto zákona rozumí mnoho činností. Mezi jednu z nich patří poskytování zdravotní péče, kterou provádějí příslušní zdravotničtí pracovníci či jiní odborní pracovníci. Zdravotní péče je soubor činností, prostřednictvím kterého se předchází, odhalují a odstraňují příznaky nemoci. Slouží k udržení, zlepšení a obnovení zdravotního a funkčního stavu člověka. Zároveň má udržet, prodloužit život a zmírnit utrpení, pomoci při reprodukci či porodu. A v neposlední řadě slouží k posuzování zdravotního stavu. Zdravotní péče má ale i preventivní, diagnostický, léčebný, ošetrovatelský a léčebně rehabilitační charakter.

V tomto zákoně jsou dále uváděny i formy zdravotní péče. Mezi jednu z forem patří lůžková péče. Pro poskytování lůžkové péče je nezbytná hospitalizace pacienta a to v rámci nepřetržitého procesu. Lůžkovou péči můžeme rozdělit na akutní lůžkovou intenzivní péči, akutní lůžkovou péči standartní, následnou lůžkovou péči a dále na dlouhodobou lůžkovou péči. Dle výše zmíněného zákona lze definovat následnou lůžkovou péči jako péči, která se poskytuje pacientovi se stanovenou základní diagnózou ve stabilizovaném stavu, kdy došlo ke zvládnutí náhlé nemoci či náhlého zhoršení chronické nemoci. Pacientův stav ale nadále vyžaduje doléčení či léčebně rehabilitační péči. Oproti tomu dlouhodobou lůžkovou péči můžeme definovat jako

péči, která se poskytuje pacientovi, jehož stav by se bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče dále zhoršoval a zároveň jeho zdravotní stav nelze podstatně zlepšit léčebnou péčí (Zákon č. 372/2011 Sb.). Také Kalvach, Čevela, Čeledová (2012) popisují ve své publikaci dlouhodobou péči. Uvádějí, že se jedná o péči o lidi, kteří mají dlouhodobě omezenou nebo ztracenou soběstačnost. Tím u nich vyvstává kombinovaná potřeba zdravotních ale i sociálních služeb. Takový člověk se stává v důsledku svého tělesného, duševního postižení nebo chronického onemocnění závislý na pomoci druhé osoby a to při základních denních činnostech (Kalvach, Čevela, Čeledová, 2012).

Z člověka, který je v důsledku svého onemocnění závislý na pomoci druhé osoby, se často stává dlouhodobě hospitalizovaný pacient, který může být umístěn na různém typu oddělení. Dlouhodobě hospitalizovaní pacienti jsou často na odděleních interního typu, ať už se jedná o samotné interní oddělení, neurologické oddělení nebo následnou péči. Čevela, Kalvach, Čeledová (2012) řadí mezi ústavní péči pro dlouhodobý pobyt nebo krátkodobé specifické intervence mimo jiné i oddělení následné péče v nemocnici nebo léčebny pro dlouhodobě nemocné (Čevela, Kalvach, Čeledová, 2012). Mlýnková (2011) pak ve své publikaci přímo popisuje oddělení následné péče. Jedná se podle ní o rehabilitační a doléčovací oddělení. Péče je zde určena pro seniory v dobrém zdravotním stavu, kteří potřebují následnou rehabilitaci (Mlýnková, 2011).

Mezi hlavní cíle pobytu na lůžkách následné péče patří pacientovo zlepšení zdravotního stavu, jeho mobility a soběstačnosti. Úroveň soběstačnosti se má zlepšit na co nejvyšší úroveň tak, aby se pacient mohl vrátit do domácího prostředí či sociálního zařízení.

Nemocnice České Budějovice na svých stránkách uvádí, že převahu jejích pacientů na oddělení následné péče tvoří pacienti, u kterých převažují nemoci interního charakteru. Nemocní jsou často po úrazech a operacích nejčastěji pohybového aparátu. Tito pacienti vzhledem k vyššímu věku nebo jejich povaze onemocnění potřebují delší následnou rehabilitaci a tudíž delší čas na zotavení (1. Oddělení následné péče).

1.2 Hospitalizmus a adaptace

I přestože hospitalizace sebou nese určitou záruku úspěšnosti diagnosticko-terapeutického procesu, nesmíme zapomínat, že čím je hospitalizace delší, tím u pacienta vzniká větší pravděpodobnost negativního dopadu hospitalizace, jak uvádí Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011). Kuzníková a kol. (2011) i Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011) se shodují, že u nemocného se při dlouhodobém pobytu či v důsledku vleklého onemocnění, které je spojeno právě s hospitalizací, mohou projevit negativní psychické reakce na tento stav. Autorky to pak označují termínem hospitalizmus. Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011) popisuje hospitalizmus jako následek negativních faktorů působících na pacienta, jenž je umístěn v lůžkovém zařízení. Kuzníková a kol. (2011), která vychází z Krivohlavého (2002) to ještě doplňuje a ve své publikaci dále uvádí, že se jedná o velmi individualizovanou a diferenciovanou reakci na nemoc a to především v souvislosti s omezením, které sebou dané onemocnění přináší (Kuzníková a kol., 2011). Hospitalizmus hrozí u pacientů v každém věku. Velmi často tím ale bývají postiženi právě starší lidé nebo děti, u kterých je horší orientace v novém prostředí. Má to velký vliv na tělesný ale především duševní stav nemocného. Nemocný člověk si zvykne, že se o sebe nemusí tolik starat, jako před hospitalizací a tím pádem se stává se velmi často pasivním. Dojde k fyzickému a psychickému chátrání a normální život mimo nemocnici se pak pro něj stává velkou hrozbou (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Jak uvádí Kuzníková a kol. (2011), jednotlivé roviny nemoci se mezi sebou vzájemně propojují a ovlivňují. Tím mohou působit pozitivně i negativně nejen na psychické ale také na somatické procesy jedince, jak bylo zmíněno výše. Pocity nemocného v důsledku onemocnění nabývají různých kvalit. Nemocný člověk se dostává do nestandardní situace, protože zažívá něco, co odmítá. Tím je myšleno např. nemoc s jejími projevy, hospitalizace ve zdravotním zařízení a absolvování léčby. Tudíž nemůže dělat vše tak, jak byl dosud zvyklý (Kuzníková a kol., 2011). Další komplikací může být vypadnutí ze všech svých dosavadních sociálních rolí. (Bártlová, Matulay, 2009). Člověk se stává na neznámo dlouhou dobu pouze pacientem, který je mnohdy v nemocnici v podřízené roli. Své role může zastávat jen na dálku pomocí telefonu. To je však pochopitelně nedostačující. Velice častým problémem je změna denního režimu v nemocničním zařízení. Ranní vstávání ve velmi brzkých hodinách, pravidelné úklidy

pokoje uklízečkou, pravidelná strava a lékařské vizity. V případě, že je člověk hospitalizovaný s jiným pacientem, musí být pochopitelně trpělivý a chápavý k jeho individuálním potřebám. Což někdy nebývá jednoduché, jestliže druhý pacient například v noci chrápe, přes den má časté návštěvy, je hlučný a má zcela jinou povahu a temperament. Nejvíce ovlivňující faktory, které sebou hospitalizace nese, jsou pochopitelně lékařské a ošetrovatelské intervence a postupy, které napomáhají pacientovi k brzkému uzdravení a navrácení se do svých předešlých sociálních rolí. Lékařské výkony bývají často bolestivé, nepříjemné a diskomfortní. V neposlední řadě se na celkovém psychickém stavu pacienta může také odrazit skutečnost, že se nachází v cizím prostředí. Nemá kolem sebe nic svého a známého. Má jen pár svých osobních věcí a oblečení ve stolku (Bártlová, 2005).

Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011) také popisují ve své publikaci, že pro člověka je onemocnění zátěží, která s sebou přináší komplikace a problémy. Člověk se ale umí postupně přizpůsobit takovým situacím, protože život je chápán jako stálá adaptace na měnící se podmínky. Tato adaptace trvá od narození až do smrti, jak popisují Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011). Pokud nedojde k uspokojivé adaptaci, tak mluvíme o maladaptaci, tedy neadaptivním chování jedince. U každé věkové skupiny nemocných a v souvislosti s konkrétními podmínkami zdravotnického zařízení mohou být projevy maladaptace různé. Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011) upozorňují na roli zdravotnického pracovníka, který by nikdy tyto projevy neměl podceňovat.

Zacharová (2017) ve své publikaci popisuje nutnost chápat osobnost člověka jako otevřený systém, jenž reaguje dynamicky a diferencovaně na různé podněty z prostředí (Zacharová, 2017). Vzhledem k tomu, že se nemocný se zdravotníkem setkávají ve vyhraněných situacích, je potřeba, aby zdravotník měl psychologické znalosti, jak správně jednat s nemocným. Chování zdravotníka je vymezeno pevnými pravidly, kde se prolíná obecně lidový postoj k nemocnému s profesionálně terapeutickým postojem (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011). Šrámková (2007) pak ve své publikaci ještě doplňuje, že zdravotník musí vždy dodržovat zásady profesionálního jednání a chování. Vždy by měl s nemocným člověkem jednat jako s jemu rovnocenným partnerem. Zdravotník by se nad pacienta neměl nikdy povyšovat (Šrámková, 2007). Vztah nemocného a zdravotníka je také závislý na vzájemném osobním kontaktu. Důležitá je též vhodná komunikace, která zabraňuje různým konfliktním situacím. Ale je to právě

zdravotník, který může zvýšit účinnost léčebných zásahů a příznivě ovlivnit průběh nemoci hospitalizovaného pacienta (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

1.3 Motivace pacientů k aktivitě

Slovo motivace pochází s latinského slova "motus", které znamená pohyb. Motivace je tedy jakási "hybná síla" chování. Motivaci definujeme (Výrost, Slaměník, 2008) jako hybnou sílu psychického charakteru, která uvádí do pohybu lidské chování a činnost. Motivace však nevzniká sama o sobě. Jejím vnitřním zdrojem je motiv neboli pohnutka (Výrost, Slaměník, 2008).

Motivy můžeme rozdělit na biologické, psychické a sociální. *Biologické motivy* nazýváme též vrozené. Jedná se o fyziologické cyklické potřeby, jakými jsou např. potřeba kyslíku, potravy, hlad, žízeň. Dále sem patří ale i motivy druhově záchovné - potřeba sexu, tužby a fantazie. Do biologických motivů mimo jiné patří také poskytování a přijímání rodičovské péče (Plháková, 2006).

Psychické motivy nazýváme též získané. Jedná se o vnitřní motivace směřující k uchování vnitřního řádu a k nastolení duševní pohody. Mezi tyto potřeby patří potřeba sebeurčení, stabilní osobní identity, nalezení smyslu života, řízení se vnitřními etickými standardy. Dále pak tendence vyhledávat novost a rozptýlení, dokazovat si schopnost řešit problémy, překonávat překážky, řídit svůj vlastní život (Plháková, 2006).

Sociální motivy neboli také kulturní motivy. Mezi tyto motivy patří potřeba dosažení úspěšného výkonu, potřeba vyhnout se neúspěchu. Dalšími příklady těchto motivů jsou potřeba afiliace (sdružování se - např. za účelem kolektivního fandění), potřeba intimity (sdílení niterních pocitů), potřeba moci (Říčan, 2010).

Abychom mohli jako zdravotní sestry pacienta efektivně motivovat, je zapotřebí vytvořit mezi sebou vztah důvěry. Důvěra se vybuduje tím, že budeme pacientovi aktivně naslouchat, budeme empatičtí, vlídní a upřímní (Tuka, Tuka, 2020). Zajímavé je, že motivace mění míru své intenzity. Může se měnit směrem nahoru, nebo dolů. Míra spolupráce a úroveň motivace tedy není dána jen pacientem, ale i sestrou a jejich vzájemným vztahem. Pro udržení dlouhodobé motivace je žádoucí pacienta průběžně chválit a povzbuzovat ho v jeho pokrocích a snaze. Motivací můžou být pro pacienta

také jeho samotné pokroky a zlepšení fyzického stavu, jak uvádí Miller a Moyers (2017) ve svém článku.

Úspěchem léčebných postupů je kromě samotné účinnosti daného postupu i motivace pacienta k tomu, aby danou léčbu dodržoval. Dostatečná motivace pacienta je mnohdy důležitější než volba nejmodernější metody léčby (Ptáček, Bartůněk a kol., 2015). Klevetová, Dlabalová (2008) nazývají motivaci hybnou pákou lidského chování. Pomáhá nemocnému při uspokojování potřeb. Prostřednictvím motivace dosáhneme rovnováhy mezi sebou a prostředím (Klevetová, Dlabalová, 2008). Tím, že dosáhneme rovnováhy, dosáhneme také určitých cílů. Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011) pak popisují, že na motivaci má vliv nejen vnější prostředí, ale i vnitřní stav člověka. V případě vnitřního stavu daného pacienta může být zdrojem motivace právě potřeba, která se musí uspokojit. Daná potřeba se stane pro nemocného aktuálním osobním motivem. V případě vnějšího prostředí se pro pacienta zdrojem motivace stává pobídka. Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011) to popisují jako vnější podnět, který se pro nemocného stává subjektivně významným a tak u něj vyvolá vznik potřeby. Daná potřeba se pak stává motivem pacientova jednání (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Ptáček, Bartůněk a kol. (2011) popisují dvě základní pravidla motivace. Jedná se o to motivovat pacienta pokaždé, když jsme s ním v kontaktu a tím posilujeme jeho vůli. Druhým pravidlem je preferovat pozitivní motivaci a každý jeho krok ocenit a posilovat jeho rozhodnutí. Je potřeba si uvědomit rozdíl mezi běžným pochválením či povzbuzením pacienta a skutečnou motivací. Pochvaly, ocenění nebo povzbuzení provádíme často v rámci běžné komunikace s pacientem. Oproti tomu motivace má pevně stanovená pravidla a musí se jednat o cílenou práci zaměřenou na daného pacienta (Ptáček, Bartůněk a kol., 2011). Motivace je tedy duševním procesem, který musí být komplexní. Uvědomíme si potřebu, najdeme způsob, jak ji uspokojit, a zároveň je motivace posilována i emočními prožitky nemocného (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Rodina, nejbližší okolí ale především zdravotník hraje velmi důležitou roli v psychické podpoře nemocného, jak uvádí Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011). Zdravotní sestra je ale ta, která nemocného povzbudí ve správném postoji tím, že mu poskytne vhodné informace. Klevetová, Dlabalová (2008), jež se zaměřují ve své publikaci na motivaci

seniorů, popisují, že je potřeba seniora přesvědčit, že věříme jeho schopnostem, že vše zvládne. Také popisují tři klíče k motivaci. Prvním klíčem je touha dosáhnout cíle. Namotivovat nemocného k tomu, aby touha byla dostatečně velká a aby měl dostatečnou oporu. Druhým klíčem je víra ve vlastní schopnosti. Přesvědčit nemocného, že to dokáže a že mu budeme oporou. Posledním třetím klíčem je vlastní představa nemocného o dosažení změny. Zda si nemocný dokáže představit sám sebe, když změny dosáhne. Jak bude sám se sebou spokojený a jaké aktivity proto musí udělat (Dlabalová, Klevetová, 2008).

Když toto vše shrneme, je důležité provádět konkrétní aktivity u nemocného tak, abychom dosáhli jeho soběstačnosti a nezávislosti na pomoci druhých při všech činnostech. Základem správné spolupráce mezi nemocným člověkem a sestrou je jejich společná práce a praktická ukázka nácviku sebe péče a různých aktivit. Důležité je zde i prostředí, které je vstřícné, laskavé a podporující, ale zároveň zde panuje pevný řád a pravidla. V neposlední řadě je také velice důležitý osobní přístup ke každému nemocnému, který posiluje jeho sebedůvěru (Dlabalová, Klevetová, 2008).

1.4 Aktivizující programy a jejich význam

Aktivizujícím programům u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů se v posledních letech věnuje stále více pozornosti. Aktivizace zejména v gerontologickém věku je nesmírně důležitá a prospěšná. Jak uvádí Dvořáčková (2013) aktivita pomáhá mobilizovat fyzickou i psychickou stránku osobnosti člověka. Zároveň má vliv na zpomalení procesu stárnutí tím, že udržujeme starého člověka v aktivitě. Vždy je potřeba brát v úvahu jeho aktuální schopnosti a možnosti (Holznerová, Dvořáčková, 2013). Kalvach, Zadák, Jirák (2004) ještě uvádějí, že aktivita má navazovat na to, co bylo přerušeno hospitalizací nebo nemocí. Upozorňují na důležitost prostředí, které podporuje aktivitu člověka. Toto prostředí musí být co nejpřirozenější a má v pacientovi vzbuzovat potřebu aktivity. Ta má následně vyvolávat u pacienta spokojenost se sebou samým a uspokojovat jeho bio-psycho-sociální potřeby (Kalvach, Zadák, Jirák, 2004).

Aberlová (2008) ve své bakalářské práci ještě zmiňuje, že prostřednictvím aktivity nejen dosáhne pacient různých cílů, ale zároveň je toto prevencí hospitalizmu. Slouží k předcházení negativních následků, které vznikají z nečinnosti, posilují jeho psychickou i fyzickou kondici a především slouží k vyplnění volného času během

dlouhodobé hospitalizace. Aberlová (2008), která vychází z Hadraby (1987), uvádí cíle aktivizace. Patří sem odpoutání pacienta od jeho nemoci, vyplnění volného času právě během léčby a rekonvalescence. Dalším cílem je pacienta zaměstnat a zamezit tak vzniku deprese. Posledním cílem je pomoci pacientovi poznat, které pohybové, pracovní a jiné funkce mu zůstaly a především jak jich má využít (Aberlová, 2008). Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011) ve své publikaci některé z cílů potvrzují. Fyzická aktivizace pacienta pomáhá odvádět jeho pozornost od potíží nemoci a zároveň podporuje jeho snahu o co největší soběstačnost. Zároveň mu pomáhá navazovat a zkvalitňovat sociální kontakty s okolím (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Aktivizace, jak už bylo několikrát zmiňováno, závisí na mnoha faktorech, které ji ovlivňují. Aberlová (2008), která ve své práci vychází ze Šútovce (1978), popisuje činnosti, které mohou vykonávat dospělí a senioři. U dospělých jsou vhodné činnosti, u kterých je využita fantazie a motorická zručnost. Jedná se např. o práci s textilem, papírem, dřevem a přírodními materiály. Vzhledem ke kritičnosti ke svým výtvorům mají u dospělých menší úspěch umělecké aktivity. Velmi prospěšné jsou u dospělých rozhovory, společenské besedy či jen poslouchání rádia nebo sledování televize. V případě seniorů má být dle Aberlové (2008), která ve své práci vychází ze Šútovce (1978), činnost opatrnější. Většina seniorů se mnohdy žádné aktivity ani nedožaduje. Neradi se něčeho aktivně zúčastňují. Upřednostňují činnosti jako je poslouchání rádia či sledování televize. Je možné s nimi ale provádět různé činnosti jako hry, cvičení, besedy, ale je potřeba vzbudit jejich zájem a myslet na jejich horší soustředění a paměť.

Také Dvořáčková (2013) popisuje ve své publikaci konkrétně aktivizaci seniorů. Popisuje ji v užším a širším slova smyslu. Aktivizace v užším slova smyslu je zaměřena především na lidi s již ztracenou nebo ohroženou soběstačností. V takovém případě je aktivizace zaměřena na prevenci imobilizačního syndromu a na nácvik všedních denních činností s cílem obnovit co nejrychleji soběstačnost nemocného. Zahrnujeme sem i ergoterapii. Oproti tomu aktivizace v širším slova smyslu, jak popisuje Dvořáčková (2013), se zaměřuje na uspokojivé a smysluplné trávení volného času člověka, dále také na rozvíjení pohybových aktivit a vytrvalostní kondici jedince. U obou je velmi důležité si vypracovat individuální plán, jenž vychází z konkrétních funkčních a osobnostních charakteristik člověka. Pouze díky tomu docílíme požadovaných výsledků (Holznerová, Dvořáčková, 2013). Což potvrzuje i Langmeier,

Křejiřirov (2006), kteří uvádí, že nejen individuln moznosti ale i prání každého člověka je dležit. Pomáháme mu nalézt motivaci k vytvořen krátkodobých i dlouhodobých cílů, jak bylo jiř popisováno v předchozí kapitole (Langmeier, Křejiřirov, 2006).

Langmeier, Křejiřirov (2006) popisují ve své publikaci konkrtn aktivizační programy. Tyto programy jsou rozvíjeny na více úrovních. Jedná se o úroveň preventivn, která je zaměřena na zdravou stárnoucí populaci. Nebo úroveň lečbnou, která může být jako vlastní lečba nebo ve formě sekundární prevence. V pripad vlastní lečby se jedná o aktivizační programy např. u pacientů, kteří prodělali cévní mozkovou přihodu a potřebuj kognitivní rehabilitaci. V pripad sekundární prevence se aktivizační programy zaměřují např. na lidi s ponjc demencí, u kterých se pomocí nich může zpomalit prbh choroby či zlepšit kvalita života. Langmeier, Křejiřirov (2006) dále uvádějí zařazen aktivizačních programů i do komplexní psychoterapeutick přeče, která je nutn u osob s poruchami adaptace. Jedná se např. o osoby, které prechzej do domova důchodců nebo do jiné stavn přeče (Langmeier, Křejiřirov, 2006).

Význam aktivizujících programů je tedy širok, jak je popisováno výše. Přes uspokojení individuálních bio-psycho-sociálních potřeb, či navázání blízkého kontaktu mezi pacientem a zdravotníkem či jinm pracovníkem, ař po zkrácení celkov doby hospitalizace. Aberlov (2008), která ve své prac vychází z Pfeiffera (1990), popisuje, že pacient př pobytu v nemocnici má spoustu volného času. Během tohoto času často jen pasivn leř na lůžku nebo si sám musí vyhledávat zábavu. Často pak myslí na svoji chorobu a vede ho to k nepřzniv náladě. Proto je potřeba volit v rámci aktivizačních programů takovou činnost, která bude nenron a bude pacienta předevšm bavit (Aberlov, 2008). Jak uvádí Zacharová, řimckov-Čřkov (2011) organizace vhodn činnosti u nemocného je velmi nron a složit kol. Dan pracovník musí aktivitu nemocného směřovat předevšm clevdom. Pokud má dostatek informací o zdravotním stavu nemocného a o reřimu daného oddělení, má mnohem větší šanci si pacienta ke spolupráci získat (Zacharová, řimckov-Čřkov, 2011).

Pro člověka v domácím pstřed je aktivizace rychlejší. Zabav se např. sledováním televize, filmů, rozhlasu či četbou časopisu, novin a knih. Ve zdravotnickm zařízení je to složitější. Jak uvádí Zacharová, řimckov-Čřkov (2011), měly by být v rámci oddělení zřízeny denn místnosti pro nemocn. Takov místnost by měla být vybavena

vhodnou technikou např. televizí a knihovnou. Nemocný se zde může pohybovat v civilním oblečení a může si tam přijímat návštěvy. Samozřejmě je to ovlivněno jeho zdravotním stavem. V případě, že je pacient upoután na lůžko, nemůže těchto služeb využívat a je potřeba ho aktivizovat jiným způsobem (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Škála aktivizujících programů je opravdu široká. Nabízí různé terapie v podobě dramaterapie, muzikoterapie, ergoterapie, arteterapie, aromaterapie a psychoterapie. Další metody aktivizace mohou být pomocí zvířat - zooterapie. A v neposlední řadě také pomocí kognitivního tréninku paměti nebo pomocí bazální stimulace. Tyto zmíněné aktivizační programy ale často ve zdravotnických zařízeních nejsou proveditelné. Vyjma ergoterapie, bazální stimulace a kognitivního tréninku paměti. V práci Aberlové (2008) jsou popisovány činnosti vhodné k aktivizaci, které jsou pravděpodobněji proveditelné ve zdravotnickém zařízení. Mezi nejčastěji prováděné činnosti patří rozhovor, čtení časopisů, knih, letáků či tisku. Dále sledování televize nebo poslouchání rádia a práce na počítači. Mezi méně časté patří účast na bohoslužbách, ruční práce např. pletení a vyšívání. Dále také mezi činnosti vhodné k aktivizaci může patřit příprava spotřebního materiálu pro dané oddělení, různé hry, práce s papírem, textilem nebo jinými materiály. Aberlová (2008) ještě uvádí další činnosti jako práce venku nebo různé sportovní a pohybové aktivity či hudební a taneční aktivity.

1.4.1 Ergoterapie

Krivošíková (2011) popisuje ve své publikaci výraz ergoterapie jako složeninu řeckých slov. Jedná se o slovo "ergon" neboli práce a slovo "therapia" neboli léčení. V některých evropských jazycích se začíná tento výraz používat pro označení profese ergoterapie místo původního názvu pracovní terapie. Dochází k tomu od 60. let 20. století (Krivošíková, 2011). V České republice byla dlouho ergoterapie považována za nepotřebnou. Velkým mezníkem byl rok 1992, kdy se ergoterapie vyčlenila z fyzioterapie, a bylo zřízeno samostatné studium. Zároveň také rok 1994, kdy byla v Ostravě založena Česká asociace ergoterapeutů, jak uvádí Dvořáčková (2013).

Jedná se tedy o samostatnou disciplínu, ve které se využívají specifické diagnostické ale také léčebné postupy. Tyto postupy se provádějí u jedinců každého věku, kteří mohou

mít dočasné nebo trvalé postižení různého typu. Ať už se jedná o psychické, fyzické, smyslové či mentální postižení (Dvořáčková, 2013). Suchá (2013) ve svém článku popisuje, že ergoterapeuti na geriatrickém pracovišti se nejčastěji setkávají s chorobnými stavy jako je např. zlomenina krčku stehenní kosti, cévní mozková příhoda či stavy po operacích, kdy starší nemocný potřebuje delší čas k rekonvalescenci než ten mladší (Suchá, 2013).

V průběhu let, kdy se ergoterapie vyvíjela jako profese, se měnila i její definice. Krivošíková (2011) uvádí různé definice jednotlivých autorů a organizací a vše shrnuje následovně. Dříve byla ergoterapie chápána spíše v užším hledisku zpravidla pracovním. Byla chápána jako produkt určité pracovní činnosti. Prostřednictvím rukodělných a řemeslných výkonů měla za cíl udržet lidi v činnosti. Další období s sebou přineslo větší důraz na nácvik běžných denních činností, na které bylo předtím zaměření spíše okrajové. Krivošíková (2011) uvádí, že dodnes neexistuje shoda v definování ergoterapie. Vždy bude problém tento obor výstižně a stručně definovat vzhledem k tomu, o jak komplexní a různorodou profesi se jedná. Proto ve své publikaci upozorňuje na společná témata, která vyplývají z jednotlivých definic (Krivošíková, 2011).

Mezi ergoterapeutické aktivity v geriatrii patří hodnocení funkční zdatnosti seniorů v rozsahu aktivit každodenního života pomocí testu základních všedních činností podle Barthelové (ADL) a testu instrumentálních všedních činností i výkonových testů. Neméně důležité je také hodnocení náročnosti a bezpečnosti domácího prostředí seniorů s návrhem jeho úprav. Další ergoterapeutické aktivity jsou nácvik všedních činností v rozsahu ADL s důsledným přihlédnutím ke konkrétnímu přirozenému prostředí daného klienta. Dále výběr, testování, nácvik používání a ověřování účelnosti kompenzačních pomůcek, tzv. adjuvantik, s možností jejich denního použití v domácím prostředí seniora (Kalvach, Zadák, Jiráček, 2014).

Ergoterapie má preventivní a edukační prvek a zároveň je zaměřena na jednotlivce. Preventivní prvek slouží k použití aktivit a provádění činností, které slouží k prevenci vzniku jednotlivých onemocnění. Edukační prvek, jak popisuje Krivošíková (2011), je zaměřen na vzdělání nebo učení se novým úkolům a činnostem, které jsou potřebné při zvládnutí každodenních činností, ať už se jedná o pracovní nebo osobní činnosti.

Poslední součástí společných témat je zaměření na jednotlivce. Pouze on je ten, který může dosáhnout pozitivní změny svého stavu (Krivošíková, 2011).

Cíle ergoterapie jsou dány Českou asociací ergoterapeutů. Mezi jednotlivé cíle patří následující. Podpora duševní pohody a zdraví osoby pomocí smysluplného zaměstnání či aktivity. Pomoc při zlepšení schopností, které jedinec potřebuje, aby zvládl především běžné denní činnosti, ale i pracovní činnosti a aktivity volného času. Dalším cílem je pomoci při naplňování sociální role jedince. S tím souvisí i zapojení člověka do aktivit sociálního prostředí a komunity. Dále je potřeba uplatnit léčbu, která je zaměřená na pacienta, který je aktivním účastníkem a sám se podílí na plánování a samotném procesu léčby. Zároveň jedince posilujeme v udržení, obnovení nebo získání kompetencí, které jsou potřebné při plánování a realizaci jeho každodenních činností, jenž musí být v interakci s prostředím. Posledním cílem je usilování o to, aby se jedinec bez ohledu na jeho zdravotní postižení či znevýhodnění mohl účastnit aktivit každodenního života (ČAE, 2020a).

Cíle se dají shrnout do jednoho základního cíle, který uvádí také Česká asociace ergoterapeutů a vychází z toho i ve své publikaci Dvořáčková (2013). Hlavním cílem ergoterapie je snaha o zachování maximální soběstačnosti a nezávislosti jedince ve všech běžných denních pracovních činnostech a aktivitách volného času. Samotný nácvik je dobré provádět v reálných situacích. Po případně pokud je to možné, tak ve vlastním prostředí jedince. Ergoterapeut řeší s pacientem praktické otázky, které souvisí se snížením nebo ztrátou soběstačnosti právě v činnostech pro jedince nepostradatelných (ČAE, 2020a). Zároveň zhodnotí zájmy, charakter pacienta, jeho psychickou odolnost a intelektové a mentální schopnosti a na základě toho volí vhodnou činnost, jak ve svém článku uvádí Vávrová a Červenka (2010).

Krivošíková (2011) uvádí ve své publikaci diagnostické metody, které ergoterapeut při své práci používá, aby na základě toho mohl naplánovat terapeutický postup. Součástí ergoterapeutického vyšetření je posouzení oblasti výkonu zaměstnání, složek výkonu zaměstnání a kontextu výkonu (Krivošíková, 2011). Výkon zaměstnání hodnotí běžné denní činnosti personální a instrumentální. Do personálních činností zahrnujeme příjem jídla, oblékání, koupání a osobní hygienu, použití WC a přesuny pacienta (ČAE, 2020a). Dvořáčková (2013) uvádí, že se k takovému hodnocení používá test podle Barhelové neboli test základních všedních činností. Do instrumentálních činností

zahrnujeme přípravu jídla, běžný domácí úklid, nakupování, používání dopravních prostředků a manipulaci s penězi, jak uvádí ČAE. Dvořáčková (2013) pak uvádí zkratku IADL neboli test instrumentálních všedních činností, který se k diagnostice instrumentálních činností používá. Krivošíková (2011) popisuje složky výkonu povolání jako posouzení senzomotorické, kognitivní a psychosociální stránky jedince. Poslední diagnostickou složkou je kontext prostředí, ve kterém se hodnotí oblast volnočasových a pracovních aktivit, které jsou v kontextu s fyzikálním a sociálním prostředím pacienta (Krivošíková, 2011 a ČAE, 2020a).

Tím se dostáváme k samotným terapeutickým prostředkům, na kterých se výše zmíněné zdroje shodují. Jedná se o smysluplnou činnost nebo zaměstnání, které mají pomoci při obnově postižených funkcí. Tyto činnosti se provádějí s ohledem na osobní, sociální, kulturní a ekonomické potřeby daného člověka. Samozřejmě s ohledem na dané prostředí, pacientův věk, pohlaví a aktuální funkční stav, jak již podrobně bylo popisováno výše. V těchto skutečnostech se pak odráží výběr činnosti, která se využívá jako terapeutický prostředek. Vždy je potřeba vycházet z krátkodobého a dlouhodobého plánu, který si musí ergoterapeut sestavit. (ČAE, 2020a, Krivošíková, 2011 a Dvořáčková, 2013).

Krivošíková (2011) uvádí, že ergoterapeut může využít mnoho technik a přístupů. Každý z nich má svoje klady i zápory a důležité je, aby je ergoterapeut znal. Na základě toho je pak schopný vybrat ten, který bude nejlépe vyhovovat danému pacientovi. V léčbě u jednoho pacienta je vždy možnost kombinace různých přístupů a technik. Jejich výběr je ovlivněn nejen skladbou pacientů a způsobem práce na daném pracovišti, ale také zkušeností a vzděláním ergoterapeuta (Krivošíková, 2011).

Jak ve svém článku uvádí Vávrová a Červenka (2010), ergoterapeut je vysoce odborně zaměřený pracovník. Jeho odborná způsobilost k výkonu ergoterapeuta je vymezena zákonem č. 585/2020 Sb., který mění původní zákon č. 96/ 2004 Sb. Jedná se o zákon o nelékařských zdravotnických povoláních (Zákony pro lidi). ČAE to ještě doplňuje a uvádí, že ergoterapeut je absolventem akreditovaného bakalářského studijního oboru pro přípravu ergoterapeutů. Také to může být absolvent tříletého studia oboru diplomovaný ergoterapeut na vyšší zdravotnické škole. S tím, že studium začalo ve školním roce 2004/2005. Dále se může jednat o absolventa střední zdravotnické školy v daném oboru v případě, že studium začalo ve školním roce 1998/1999. Posledním

typem je absolvent pomaturitního specializačního studia léčba prací. Opět s podmínkou začátku studia ve školním roce 2003/2004 (ČAE, 2020b).

Na závěr je potřeba zmínit nejčastěji používané pomůcky pro personální sebe obslužné činnosti. Ve svém článku se na tyto pomůcky především na geriatrických pracovištích zaměřuje Suchá (2013). Jedná se o pomůcky pro oblékání, jídlo, hygienu, mobilitu a pro další činnosti. Mezi pomůcky pro oblékání patří např. navlékače ponožek nebo punčoch, dlouhé lžice na boty, samo držící ponožky nebo zapínače knoflíků. Mezi pomůcky pro jídlo patří speciálně ergonomicky tvarované a odlehčené hrnečky, talíře udržující teplotu. Dále také speciálně zahnuté přístroje pro lepší úchyt a speciální talíře pro lepší nabírání jídla, které mají „ohrádku“. Mezi pomůcky pro hygienu patří madla, sprchovací stoličky, nástavce na toaletu nebo kartáč na tyči. Mezi pomůcky pro mobilitu zahrnujeme berle, chodítka nebo vozíky. A mezi pomůcky pro další činnost zahrnujeme např. různé dávkovače na léky, zvětšovací lupy nebo podavače předmětů. Ergoterapeut probírá s pacientem i případnou úpravu domácího prostředí, např. bezbariérový přístup, instalace sprchového koutu místo vany, zajištění protiskluzových povrchů nebo vybavení bytu madly. V neposlední řadě se ergoterapeut zaměřuje na edukaci v potřebných činnostech, a to nejen pacienta ale i jeho rodinných příslušníků (Suchá, 2013).

1.4.2 Arteterapie

Výtvarné umění bylo člověku vždy blízké, dokazují to již pravěké jeskynní malby, africké masky či dnešní městské grafity. Prostřednictvím výtvarné tvorby vyjadřujeme svůj vztah k okolnímu prostředí (Cambellová, 1998).

Česká arteterapeutická asociace na svých stránkách popisuje využívání arteterapie jako léčebné metody zhruba od 30. – 40. let 20. století. Začala se využívat v návaznosti na psychoterapeutické směry a psychoanalýzu. V českých zemích se arteterapie začala využívat od 50. let, nejčastěji jako součást psychoterapie v léčebných a psychoterapeutických zařízeních. V 90. letech byl založen jako první Ateliér arteterapie při Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Jeho zakladatelem byl pedagog, malíř a hudebník PhDr. Milan Kyzour. Vychází z principu, že obraz je produktem duševní dynamiky a výrazem napětí mezi jednotlivými vrstvami psychiky každého autora

(Šickova-Fabrice, 2016). Významným rokem byl rok 1994, kdy vznikla Česká arteterapeutická asociace (ČAA, 2020b).

Jedná se o terapeutický obor, který využívá výtvarnou tvorbu k podpoře fyzického zdraví, růstu a sebe rozvoji jedince. Pomáhá k překonání a integrování zdravotních ale také psychických obtíží právě prostřednictvím kreativního a výtvarného procesu. Arteterapie je jako mezirezortní obor často využívána v psychosociálním a zdravotním kontextu (ČAA, 2020a). Holznerová (2013) uvádí, že arteterapie využívající výtvarné umění slouží často spíše k osobnímu vyjádření v rámci komunikace, než aby její snahou byl esteticky uspokojivý výsledný produkt. ČAA to ještě doplňuje tím, že výtvarné tvořivé aktivity pacienta podporují jeho léčbu a zdraví. Výtvarný projev má velký vliv na lidskou psychiku. Redukuje psychické nebo psychosomatické obtíže a pomáhá redukovat konflikty v mezilidských vztazích (ČAA, 2020a).

Arteterapeutické aktivity lze využívat jak v primární, sekundární, terciální prevenci, ale také v následné péči, a to v oblasti nejen sociální ale i v oblasti zdravotnictví. Důležité je vždy zachování průřezového mezioborového charakteru tohoto povolání. Arteterapii lze jako obor uplatnit v systematickém přístupu nebo může pouze doplňovat či rozšiřovat jiné terapeutické přístupy. Cíle arteterapie závisí nejen na pozici, z jaké arteterapie vychází, ale také z potřeb daného jedince, se kterým se pracuje (ČAA, 2020a). Holznerová (2013) s tím souhlasí a doplňuje, že závisí i na věku daného člověka. Holznerová (2013) a Müller a kol. (2014) Cíle ve své publikaci rozdělují na individuální a sociální. Oba autoři vycházejí z publikace Liebmannové (2005). Mezi individuální cíle řadí především uvolnění, sebevnímání, sebeprožívání a poznání vlastních možností. Velký význam uvolnění při arteterapii a dání průchodu svým emocím zdůrazňuje ve své publikaci také Forestier (2007). Dále jsou rozvíjeny také růst osobní svobody, motivace, celkový rozvoj osobnosti či vyjádření citů, konfliktů nebo emocí. Mezi cíle sociální řadí to, jak jedinec vnímá a přijímá druhé lidi, jak uznává jejich hodnoty, jak navazuje kontakty a zapojuje se do skupiny. Mimo jiné sem patří také komunikace, společné řešení problémů či porozumění vlivu na druhé osoby (Holznerová, 2013, Müller a kol., 2014).

Arteterapie je vhodná zejména pro klienty, kteří se obtížně vyjadřují slovy, což jsou zejména senioři, mentálně hendikepovaní, děti nebo klienti trpící psychózami. Arteterapie může mít několik forem. Jedná se o formu individuální, skupinovou nebo

rodinnou (Holznerová, 2013). Müller a kol. (2014) s tím souhlasí a doplňují, že to lze využít u všech věkových skupin pacientů od dětí až po seniory. Také ji lze využívat u pacientů s různými diagnózami. V arteterapii je využívána kresba, malba, modelování nebo různá výtvarná média. Tyto postupy jsou využívány aktivním či receptivním způsobem. Vždy je důležité práci s těmito postupy cíleně spojit s rozvojem pacientovy kreativity a představivosti. Samozřejmě vždy na základě jeho individuálních schopností, zájmů, osobnostních vlastností a vývoje (Müller a kol., 2014).

Arteterapeut je osoba, která vykonává své povolání v rozsahu své odborné způsobilosti, jak uvádí ČAA (2020d). Arteterapeut pracuje nejen s dětmi, ale i s dospělými. Ve zdravotnickém zařízení často pracují jako arteterapeuti osoby, které mají vzdělání psychologa, psychoterapeuta či zdravotní sestry. Horáčková (2016) ve své diplomové práci dále zdůrazňuje důležitost schopností a dovedností arteterapeuta. Od toho se odvíjí přínos a kvalita celé společné práce mezi pacientem a arteterapeutem. Velmi důležitý je pozitivní vztah a vzájemná důvěra mezi pacientem a arteterapeutem. Závisí na tom úspěch celé léčby pacienta (Horáčková, 2016).

Lhotová, Perout (2018) ve své publikaci uvádějí hodnocení přínosu arteterapie ve zdravotnictví. Při tomto hodnocení je potřeba brát v úvahu následující kritéria. Jedná se o etické požadavky v arteterapii, dále o vzdělávání arteterapeutů, kdy je potřeba stanovit profesionální kompetence. Je třeba také brát v potaz existenci komplexního vzdělávacího programu pro arteterapeuty. Posledním hodnotícím kritériem jsou výsledky léčby. Zda a v jakém rozsahu naplňuje arteterapeutický program očekávané cíle dané léčby, jaký léčba měla dopad nebo spíše k jakým změnám u pacienta došlo díky danému programu (Lhotová, Perout, 2018).

Význam arteterapie konkrétně pro seniory ve své publikaci uvádí Holznerová (2013), která vychází z Šickové-Fabrici (2002). Uvádí aplikaci arteterapie u seniorů především z důvodu cvičení jejich krátkodobé paměti. Dále také z důvodu posílení uvědomění si vlastní hodnoty a v neposlední řadě u těchto pacientů slouží arteterapie jako pomůcka rehabilitace jemné motoriky. S tímto tvrzením, že arteterapie je velice nápomocná k procvičení jemné motoriky, souhlasí také Waren (2000). Arteterapie je vhodným nástrojem, který pomůže seniorovi přizpůsobit se nové životní situaci např. při hospitalizaci. Pomáhá mu při poklesu fyzických sil a ztrátě zdraví (Holznerová, 2013).

Jedná se o osvědčenou metodu jak udržet a vést seniora k aktivitě, jak ve své diplomové práci uvádí Horáčková (2016).

Holznerová (2013) i Horáčková (2016) se shodují, že základem arteterapie se seniory je nutnost přizpůsobit se jeho aktuálnímu stavu a uspokojení jeho přání a potřeb. Výběr dané techniky a činnosti musí odpovídat i jeho věku a možnostem. Senior musí mít chuť provádět danou činnost. Právě díky této výtvarné činnosti si každý jedinec najde smysluplnou činnost, která ho naplní a uspokojí jeho aktuální potřeby, jak popisují Holznerová (2013) a Horáčková (2016).

1.4.3 Muzikoterapie

Muzikoterapie je samostatný uměleckoterapeutický obor. Cíleným působením zvuků a hudby podporuje, rozvíjí a integruje kompetence člověka s cílem obnovy zdraví a naplnění jeho bio-psycho-sociálních potřeb. (Beníčková, 2017).

Terapie hudbou se dá aplikovat jak ve zdravotnických, vzdělávacích a pedagogických zařízeních, tak i v běžném prostředí pro jednotlivce, skupiny, rodiny či celé komunity (Zeileiová, 2012). Ve zdravotnickém zařízení muzikoterapie slouží především k odvedení pozornosti pacienta, jak uvádí Muzikoterapeutická asociace ČR. Jedná se o odvedení pozornosti od úzkosti, bolesti či nepříjemných zdravotnických zákroků. V neposlední řadě to také může být podpora psychických a sociálních aspektů zdraví, jak uvádí Muzikoterapeutická asociace ČR.

Hudebně edukační terapie (dále také HET) je systémové teoreticko-praktické schéma zohledňující muzikoterapeutické a edukační principy v rámci léčebného procesu. Tato metoda respektuje všechny bio-psycho-sociálně-spirituální složky člověka jako životní paradigma. Dle Beníčkové (2017) metoda vychází z konkrétních metodicko-didaktických principů, které jsou děleny do šesti základních skupin: skupinové, stimulační, intervenční, kvalitativní, osobnostní a profesní. Muzikoterapeutický koncept HET vznikl v roce 1995 a v pozdějších letech byl pod stejným názvem zařazen do nabídky vzdělávacích programů na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Tento program byl sestaven samotnou Marií Beníčkovou. V současné době se tato metoda vyučuje na Akademii Alternativa, s.r.o. v rámci vzdělávacího programu Muzikoterapie. Jedná se o tříleté víkendové vzdělávání.

Muzikoterapie může být doporučena zejména klientům s chronickým, duševním, tělesným či psychosomatickým onemocněním. Dále je vhodná pro klienty s poruchou spánku, psychiatrickým onemocněním, či zlovolným onemocněním (Felber, 2005). Cílová skupina podle Beníčkové (2017) není omezena věkem, metodu můžeme aplikovat od kojeneckého věku až po seniory. Dále do cílové skupiny patří lidé intaktní i s postižením. Terapie uplatňuje principy, které lze aplikovat u osob s nevyrovnaností (stres, únava, pocit disharmonie atd.) přes obtíže související s edukací až po závažné nemoci, kde je HET doporučováno spíše jako podpůrná metoda. Cílem muzikoterapie je podpora rozvoje koncentrace, orientace v prostoru, schopnost rozlišovat zvuky, schopnost záměrného vytěsnění nežádoucích zvuků, spolupráce, komunikace, sebereflexe, imaginace, introspekce, mapování vlastních emocí, schopnost vnímání vlastního těla, komunikace s tělem, podporování rozvoje empatie, rozvoj kreativity a spolupráce (Kantor, 2009).

1.4.4 Zooterapie

Lidé žijí ve společnosti zvířat již od pradávna (Lacinová, 2007). Nejprve zvířata sloužila především k užítku a k zajištění potravy, a tím i k samotnému přežití. Postupně však docházelo k domestikaci zvířat zejména psa domácího (*Canis familiaris*) (Wailly, 2005). Jak uvádí Straková (1996) ve své diplomové práci, mezi zvířetem a člověkem vzniká specifická sociální symbióza s tělesnou tzv. etologickou-biologickou vazbou (Straková, 1996). Bicková (2020) dále poukazuje na zvláštní schopnost zvířat člověka uklidnit a přinášet jim do života lásku a vyrovnanost (Bicková, 2020). Zvířata po nás vyžadují každodenní pozornost, péči a lásku. Svými potřebami nás aktivují ke každodenní činnosti a tím pádem nás nenechají psychicky ani fyzicky stagnovat (Nerandžič, 2006). Díky těmto vlastnostem se zvířata začala stále více uplatňovat v sociálních či zdravotnických sužbách. Kontakt se zvířaty se velice kladně osvědčil při léčbě poruch pozornosti, u osob s psychiatrickým onemocněním, seniorů, osob mentálně či fyzicky hendikepovaných (Lacinová, 2003).

Definice je celá řada. Nerandžič (2003) definuje zooterapii jako souhrn všech druhů rehabilitace – léčebné, sociální, pedagogické a pracovní (Nerandžič, 2003). Také se dá užívat název animoterapie, který vyjadřuje léčebné působení zvířat na fyzické i psychické zdraví jedince.

Existují různé *formy zooterapie*. Forma může být návštěvní, jednorázové aktivity, pobytové programy či rezidenční program. Vždy je zapotřebí vzít v úvahu potřeby klienta a daného zvířete. *Návštěvní forma*, kdy se jedná se o pravidelné návštěvy zooterapeutického týmu v zařízení či v domácím prostředí klienta. Jde o nejčastější formu zooterapie v České republice. Další formou jsou *jednorázové aktivity*. Tato forma je využívána spíše prostřednictvím přednášek, ukázek či prezentací. Jedná se o krátkodobou či jednorázovou aktivitu se zvířetem. Třetí formou jsou *pobytové programy*. Zde se jedná zejména o tábory, výcviková střediska, farmy. Hlavní princip spočívá v intenzivním kontaktu klienta se zvířetem ve spojení s odloučením od běžného sociálního prostředí klienta. Poslední formou je *rezidenční program neboli trvalé držení zvířete*. Pro tuto terapii jsou vhodné zejména papoušci, králíci a další drobní savci (Bicková, 2020).

Zooterapie není v ČR legislativně ukotvena. To však neznamená, že terapie zvířaty může probíhat bez respektování určitých norem a pravidel. Ba naopak, jisté právní normy určují chování lidí ke zvířatům, čímž zabezpečují jejich ochranu a welfare. Další zákony upravují vstup zvířat do prostor, kde se zooterapie provádí a vymezuje hygienické nároky na daný prostor. Dále existují zákony týkající se zdraví zvířat a jejich veterinární péče a volného pohybu po veřejných prostorech (Svobodová, Tichá, 2005). Při organizaci skupinové či individuální zooterapie a různých akcí, kde se setkává více zvířat najednou, je nutné, aby všichni členové byli seznámeni s právními předpisy, jež zajišťují odborné poradní orgány a výbor Ministerstva zemědělství ČR – Ústřední komise pro ochranu zvířat, Výbor pro ochranu zvířat a orgány veterinární správy (Výbor pro ochranu zvířat a orgány veterinární správy, 2021).

Canisterapie, terapie za přítomnosti psa, se poprvé začala praktikovat v nemocnicích v USA v roce 1919. Jejich hlavním účelem bylo rozptýlení pacientů při dlouhodobé hospitalizaci v nemocnici. Od roku 1942 byli psi v New Yorku nasazeni v rehabilitaci zraněných válečných letců (Velemínský, 2008). Významnou osobností v oboru intervence za přítomnosti psa byl americký psychiatr B. Levinson, který v roce 1969 publikoval své zkušenosti u dětských pacientů s poruchami komunikace. Vytvořil hypotézu vypovídající o efektivnější komunikaci s klientem, pokud je přítomen pes a tím pádem se celý terapeutický proces urychlí (Odendaal, 2007).

V České republice praktikovala jako první canisterapii organizace Filia již v 90. letech 20. století. V roce 1993 poprvé použila Jiřina Lacinová termín canisterapie, který se využívá dodnes. V roce 1997 vznikla v České republice Canisterapeutická společnost. Zakladatelkami byly Lenka a Zdenka Galajdovy. Informovaly o canisterapii jak veřejnou společnost, tak odborníky. V roce 2001 se však společnost rozpadla. V roce 2003 byla založena Jiřinou Lacinovou Canisterapeutická asociace, jejímž úkolem bylo mimo jiné sjednocení pravidel a podmínek pro praktikování canisterapie. Později však i tato společnost zanikla a do dnešního dne není v ČR organizace podobného charakteru. V současné době je však několik organizací, které se aktivně zabývají intervencí za asistence psa jak v dobrovolnické, tak i v terapeutické oblasti (Bicková, 2020).

Pro úspěšnou canisterapii je potřeba vybrat vhodného psa. Musíme znát jeho vrozené povahové vlastnosti, velikost, barvu, typ a délku srsti. Stejně důležité je psovo vychování a jeho socializace. Sheldrake (2003) ve svých průzkumech označuje za nejsenzitivnější tyto skupiny psů: a) pracovní a pastevečtí psi - severní tažní psi nebo kolie b) lovečtí a sportovní psi - retrívr, setři nebo bloodhoundi (Sheldrake, 2003).

Dalšími důležitými prvky pro budoucího úspěšného psa v canisterapii jsou tzv. specifické prvky, mezi které patří socializace do kolektivu ostatních psů i lidí. Dále musí být pes zvyklý na pobyt ve vnitřních prostorech, na kontakt s větší skupinou lidí, na zvláštní pach, kompenzační pomůcky, náhlý zvuk nebo na netypické a mnohdy nepředvídatelné pohyby klienta.

Samozřejmostí je psova nekonfliktní povaha, důvěra vůči lidem, ochota spolupráce, spolupráce a fyzická i psychická odolnost. Velice důležité je, aby práce s lidmi přinášela samotnému psovi radost a uspokojení. Nepostradatelné pro efektivní canisterapii je napojení psa na svého pána či pracovníka poskytující canisterapii (Tichá, 2006).

Canisterapeutický tým, který je tvořen člověkem a psem, by měl před samotným začátkem praktikování canisterapie projít posouzením vhodnosti, testováním. Příprava může probíhat formou blokového či dlouhodobého kurzu. Na konci složí absolvent kurzu společně se svým psem zkoušky, díky kterým může praktikovat canisterapii v praxi. V České republice existuje několik forem školení a kurzů o canisterapii. Od několikahodinových přednášek po rozsáhlé několikadenní kurzy přes celoživotní

vzdělávání. V kurzech mohou být připraveni jak samotní jedinci, tak celé týmy (Kalinová, 2003).

Indikace canisterapie je ve fyzioterapii, psychoterapii, sociální práci, edukaci a ve zdravotnictví. Využívá se zejména u osob s mentálním postižením, tělesným handicapem, osob s demencí či sociálně deprimovaných jedinců (Bergler, 1994). *Mezi kontraindikace* ze strany psa řadíme zejména akutní onemocnění, bakteriální nákazy, parazitární nákazy. Ze strany klienta to může být alergie na psa, astma, onemocnění imunitního systému či strach ze psů (Šoltésová, Bosá, 2016).

Canisterapie u seniorů v domovech pro seniory nebo v nemocničním zařízení může efektivně vyplnit jejich volný čas. Pes může seniorovi saturovat jeho nedostatečně naplněné citové potřeby. Za velice přínosné se považuje fyzický kontakt seniora se psem díky hlazení, česání a hrou. Terapie psem může být zaměřena na podporu či udržení motorických a kognitivních schopností klienta. U seniorů dlouhodobě hospitalizovaných nebo trpících sníženým či zvýšeným svalovým tonem, je indikována metoda polohování se psem (Laser, 2012). Mezi další přínosy canisterapie patří rozvoj jemné a hrubé motoriky, podpora pohybové aktivity, sluchových podmětů. Canisterapie podporuje u klientů jejich identitu a autonomii, podporuje jejich jistotu a bezpečí. V rámci terapie lze provádět různé aktivity – piškotování, trénování povelů. Příbyl ve své publikaci zmiňuje důležitost vhodné aktivity, která podpoří soběstačnost seniora. Dále také uvádí přiměřenou pohybovou aktivitu seniorů, což canisterapie jistě splňuje (Příbyl, 2015).

Felinoterapie, terapie za přítomnosti kočky, se využívá v oblasti rehabilitace, psychosociální podpory, aktivizace při dlouhodobé hospitalizaci. *Mezi kontraindikace* řadíme stejně jako u všech forem zooterapie alergie, fobie ze zvířat, fyzickou nezpůsobilost, nesoulad v týmu. Kontraindikace jsou posuzovány lékařem, psychologem, fyzioterapeutem, logopedem atd. Vždy je zapotřebí brát na vědomí klientovu individualitu (Bicková, 2020).

Zákony v České republice neurčují přesné podmínky, za kterých je dobrovolníkovi povoleno vykonávat návštěvní službu v oblasti felinoterapie. Jsou stanoveny pouze požadavky, které musí dobrovolník splňovat. Od roku 1997 je členství v NCHK (Nezávislý chovatelský klub) podmínkou. Každý dobrovolník musí absolvovat zácvik.

Posléze musí splnit zkušební test. *Vyžaduje se:* u nezletilých dobrovolníků souhlas rodičů, výpis z trestního rejstříku, odpracování min. 10 návštěv v roce, účast na školeních a seminářích pořádaných NCHK, vyhotovení písemné smlouvy mezi dobrovolníkem a NCHK, v nichž je zaznamenán název cíleného zařízení, kde bude felinoterapie prováděna. Dále jsou zde určena také práva a povinnosti vedoucího týmu (Stanovy NCHK, 2019).

Pro kočky vykonávající felinoterapii platí velice přísné podmínky dané Řádem ochrany koček NCHK pro veřejná vystoupení a svod. Povinné je jednou ročně očkování proti parvoviróze, kalici viru a herpes viru. Dále očkování proti vzteklině a chlamydiím. Dvakrát ročně musí být kočka odčervena. Nutné je také písemné vyjádření veterinárního lékaře o způsobilosti kočky k vykonávání felinoterapie (řád ochrany). Praxí je dokázáno, že je vhodnější, pokud je kočka kastrovaná. Kočka je celkově klidnější, vyrovnanější a dožívají se vyššího věku, není to však podmínkou (Spain, 2004).

Výběr a příprava kočky je velice důležitá. Svou roli hraje i vzhled kočky, věk, hlasové projevy, délka srsti a temperament. Všechny tyto atributy ovlivňují výběr vhodné kočky pro felinoterapii. Mezi nejčastější plemena vhodná k felinoterapii jsou: britské kočky, mainské kočky, siamské kočky, ragdoll- ragamuffin kočky a sibiřské kočky. Nejsnáze dostupné jsou kočky domácího chovu, u kterých je však většinou nevýhodou jejich neznámý genetický původ. Jiní dávají přednost předem pečlivě vybrané chovatelské stanici s konkrétním plemenem kočky. Záleží také na velikosti kočky, podle toho se také odvíjí druh felinoterapie. V 90. letech byl kladen důraz především na spolehlivost, předvídatelnost, ovladatelnost a vhodnost konkrétní kočky. Tento přístup nelze však aplikovat plošně. Musíme brát v potaz danou situaci, potřeby klienta ale i samotné kočky, náhlé změny prostředí či atmosféry a v neposlední řadě také stále se měnící vztah mezi kočkou a klientem. Proto se v dnešní době uplatnila metoda nahrávání krátkých videozáznamů z každého sezení. Napomáhá to zejména k efektivnějšímu vyhodnocení vztahu a pokroku v terapii u samotného klienta, videozáznamy slouží ke zpětné vazbě dobrovolníků a kontroly supervize. Supervize probíhá formou společného zhlédnutí videozáznamu a následné diskuze o nich na seminářích (Ludwig, 2017).

Všeobecně platí, že daná aktivita by měla kočku bavit a dělat jí radost. V opačném případě může dojít k přetížení organismu a následnému onemocnění kočky. Mezi chování, které zabraňuje úspěšné intervenci, patří zejména apatie zvířete, odpor k zapojení se, nerespektování osobních hranic (Fine, 2015).

Felinoterapie v praxi může probíhat dvěma způsoby. *První způsob* je charakterizován kontaktem, osobní zkušeností klienta s kočkou, která je umístěna na škrabadle, na sedačce nebo na jeho klíně. Tato metoda se hodí pro ležící hospitalizované klienty. Naopak pro mobilní klienty se doporučuje kontakt s kočkou na zahradě, dvoře či ohraničeném území cíleného zařízení. Zvíře nesmí být nikdy s klientem ponecháno samo bez dozoru jeho dobrovolníka. Hlavním významem felinoterapie pro starší klienty může být rozvoj jemné motoriky při česání, hlazení, nabízení pamlsků, při zapínání postroje a jeho následné odpojení, zahřívání rukou při hlazení srsti a následná hmatová stimulace. Dochází také k stimulaci paměťových funkcí pomocí vzpomínek, kdy senioři prostřednictvím kočky vzpomínají na své domácí mazlíčky, které kdysi měli. *Druhý způsob* je metoda loutkových pohádek se živými herci – zvířátky. Je vhodná zejména pro zdravé i hendikepované dětské klienty předškolního a mladšího školního věku. Velice často jsou příběhy pohádek inspirovány prostředím školy. Při pohádce spolupracují dva i tři týmy. Zvířata jsou společně s rekvizitami umístěna na vyvýšeném pódiu, kde je pomocí kulís vytvořena scéna. Do představení je možno zapojit i hudební nástroje a zpěv. Po představení se děti mohou za přítomnosti handlera se zvířátky pomazlit a nakrmit je (Bicková, 2020)

1.4.5 Kognitivní trénink

Kognitivní trénink představuje soubor metod, prostřednictvím nichž lze procvičovat, posilovat naše kognitivní funkce, tedy myšlení, paměť, pozornost, vyjadřovací schopnosti a porozumění řeči, exekutivní funkce a prostorovou orientaci a vnímání.

Možek procvičujeme už jen tím, že jej zkrátka nenecháme zahálet – např. se učíme cizí jazyk, luštíme křížovky a hlavolamy, hrajeme vědomostní nebo na slovní zásobu zaměřené hry a soutěže, dokonce i věnujeme-li se zaměstnání, které nám přináší neustále nové situace a problémy k řešení. Kognitivní rehabilitaci lze zaměřit na jakoukoliv složku kognitivních funkcí. Nejčastěji se provádí paměťová cvičení, ale

také cvičení na slovní zásobu či pozornost. Využít můžeme individuálních i skupinových forem (Klevetová, 2008).

V dnešní době je velice často v praxi používán tablet s paměťovými obrázky, klienti mohou hrát na tabletu pexeso, hledat rozdíly mezi obrázky, přiřazovat podobné obrázky dle významu. Zejména v domovech pro seniory či na odděleních následné péče jsou velice oblíbené různé společenské hry na rozvoj paměti, lepší rozvoj komunikace a také emocí. Posiluje se tak vztah mezi jednotlivými klienty, hry napomáhají efektivnější integraci klienta do kolektivu, zvyšuje se individuálně sebevědomí každého klienta. Hry by měly být pojaty zábavnou formou, aby neměli účastníci dojem, že je to povinnost daného zařízení (Zelinová, 2007).

1.4.6 Basální stimulace

Koncept Bazální stimulace byl vyvinut v 70. letech v Německu Prof. Dr. Andreas Fröhlichem. Ten pracoval od roku 1970 v Rehabilitačním centru Landstuhl v Německu s těžce psychosomaticky postiženými dětmi. V České republice jsou k dnešnímu dni dle Mezinárodní asociace basální stimulace pouze čtyři certifikovaní lektoři, kteří mohou vzdělávat a předávat zkušenosti s touto terapií (Friedlová, 2008).

Bazální stimulace je ošetrovatelský koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Koncept bazální stimulace vychází z předpokladu individuální strukturované péče na základě biografické anamnézy jedince. Tuto anamnézu odebíráme od rodinných příslušníků. Snažíme se klientovi navodit co nejvíce podobné prostředí, ve kterém se pohyboval před hospitalizací. Druhým podstatným faktorem pro tuto péči je integrace nejbližších do péče (Institut bazální stimulace, 2019a).

Tato ošetrovatelská péče umožňuje neustálý přísun podnětů z vlastního organismu ale také z jeho okolního světa. Cílem je podpora rozvoje vlastní identity seniora, umožnit mu orientaci na svém těle a následně v jeho okolí a podpora komunikace na úrovni jemu adekvátních komunikačních kanálů. U seniorů s nezvratnými změnami jejich tělesného a duševního stavu výrazně podporuje kvalitu jejich života. Individuálně se přizpůsobuje věku a stavu klienta (Friedlová, 2011).

Mezi desatero bazální stimulace můžeme zařadit následující body. Za prvé bychom se měli s klientem vždy přivítat a také se rozloučit stejnými slovy. Může to být pozdrav, oslovení jménem. Utváří to nejen nám pravidelnost a jakousi rutinu. Při oslovení bychom se měli pacienta vždy dotknout na stejném místě na těle – iniciální dotek. Může to být pravé či levé rameno, čelo, pohazení po tváři, pohazení po hřbetu ruky. Mluvit bychom s pacientem měli zřetelně, jasně a ne příliš rychle. Dále bychom měli vést konverzaci přirozeným tónem hlasu, nezvyšovat hlas během mluvy. Intonace našeho hlasu, naše mimika a gestikulace by měly odpovídat významu našich slov a našeho celkového sdělení. Komunikaci s pacientem bychom měli vést formou, na kterou byl před úrazem či hospitalizací zvyklý. Během komunikace s pacientem bychom se měli vyvarovat používání zdrobnělin. Vždy bychom měli komunikovat jen s daným pacientem, nemluvit s více lidmi naráz. Dále bychom měli zajistit klidné a tiché prostředí, snažit se eliminovat rušivé zvuky okolního prostředí. V neposlední řadě bychom měli pacientovi umožnit reagovat na naše slova a sdělení (Friedlová, 2007).

1.4.7 Psychoterapie

Pojem psychoterapie pochází z řeckého slova „psyché“, což znamená duše a z druhého slova „theraphón“ znamenající služebník. V posledních letech je psychologie stále více propojena s medicínou (Škola psychologie, 2021).

Tento druh terapie je většinou využíván jako metoda první volby a hlavní postup při prevenci, léčbě či rehabilitaci poruch zdraví. V některých případech může být zvolena jako metoda doplňková, která bývá doprovázená farmakoterapií. Je vhodná pro všechny spolupracující osoby ochotné komunikovat (Škola psychologie, 2021).

Zejména při dlouhodobé hospitalizaci je velice potřebná a žádaná. Klient je po delší dobu bez své rodiny, svého domácího prostředí, svých jistot a denních rituálů. Na určitý čas vypadne ze svých sociálních rolí, oslabuje styk se svými přáteli a okolím. Dlouhodobá hospitalizace má vliv nejen na klientovy mezilidské vztahy, ale i na zdraví samotné. Je již dávno prokázáno, že psychické rozpoložení člověka má značný vliv na celkové fyzické zdraví. Je logické, že s prodlužující se dobou hospitalizace v nemocničním zařízení, se psychika jedince zhoršuje a ovlivňuje tak celkový proces

uzdravení a léčby. Z tohoto důvodu bychom měli zahájit psychoterapii u pacienta co nejdříve a efektivně (Vymětal, 2003).

1.5 Aktivizující pracovník

Všichni úspěšní poskytovatelé aktivizujících činností, ať už pracují v jakékoli oblasti, by měli mít pár vlastností společných. Jednou z nich je autenticita neboli otevřenost, souhlas projevu a prožívání člověka, dále pak také akceptace neboli bezpodmínečné přijetí, úcta, důvěra a sympatie vůči pacientovi. V neposlední řadě sem patří i schopnost empatie neboli vcítění se a porozumění druhému člověku (Zrubáková, Bartošovič, 2019).

Ergoterapeut provádí hodnocení a nácvik běžných denních činností - personálních (např. příjem jídla, osobní hygiena, koupání, oblékání, přesuny, použití WC) a instrumentálních (především příprava jídla, nakupování, běžný úklid, manipulace s penězi, používání dopravního prostředku) pomocí standardizovaných testů a hodnocení v nemocničním i domácím prostředí klienta. Dále sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán terapie, aplikuje ergoterapeutické postupy a metodiky v individuální i skupinové ergoterapii. Ve spolupráci s ostatními odborníky provádí rehabilitaci kognitivních funkcí a nácvik komunikačních a sociálních dovedností. Doporučuje kompenzační a technické pomůcky a učí pacienty, členy rodiny a ošetrovatelský personál tyto pomůcky využívat. V neposlední řadě se zabývá poradenstvím v oblasti adaptace a kompenzace poruch a onemocnění i v otázkách adaptace a úprav domácího prostředí v rámci individuálních domácích návštěv indikovaných lékařem (Krivošíková, 2011).

Vzdělání ergoterapeuta je následující. Bakalářské tříleté studium ergoterapeut lze studovat na několika univerzitách v České republice. V Praze na Karlově univerzitě, v Plzni na Západočeské univerzitě, v Ústí nad Labem na univerzitě J. E. Purkyně, v Olomouci na univerzitě Palackého a v Ostravě na Ostravské univerzitě. Magisterské dvouleté studium ergoterapeuta, které lze studovat pouze v Praze na Karlově univerzitě. (ČAE, 2020c)

Arteterapeut v České republice v současné době není v legislativní podobě pod názvem profesí. Je tedy snahou České arteterapeutické asociace tento stav změnit. Magisterské vzdělání v oboru arteterapie je možné jen v zahraničí. U nás jsou možné tři varianty vzdělání, se kterými se může člověk stát právoplatným arteterapeutem. První možností je ukončené vysokoškolské bakalářské vzdělání humanitního, či uměleckého směru – psychologické, zdravotnické, sociální, pedagogické, umělecké + komplexní výcvik s arteterapeutickým zaměřením v rozsahu alespoň 750 hodin (teorie, sebe zkušenost, supervize) akceptovaný ČAA. Druhou variantou je ukončené vysokoškolské magisterské vzdělání humanitního či uměleckého směru – psychologické, zdravotnické, sociální, pedagogické, umělecké + komplexní výcvik s arteterapeutickým zaměřením v rozsahu alespoň 750 hodin (teorie, sebe zkušenost, supervize) akceptovaný ČAA. Třetí variantou je ukončené zahraniční vysokoškolské vzdělání v arteterapii (ČAA, 2020c).

Muzikoterapeut v České republice není legislativně ukotven. Muzikoterapie se provozuje nejčastěji jako doplněk jiných profesí, např. speciální pedagogiky, hudební pedagogiky, ošetrovatelství, fyzioterapie atd. *Vzdělání muzikoterapeuta* probíhá na vysoké škole FF UP v Olomouci. *Celostní muzikoterapie 1* je třísemestrální kurz, jehož podstatou je poskytnout kompetence pro kvalifikaci praktického terénního muzikoterapeuta pro individuální a skupinovou muzikoterapii. Dále kurz nabízí vzdělání specialistům na řízení a realizaci léčebně výchovných sezení dětí se specifickými vývojovými poruchami učení a mentálně postižených jedinců. Muzikoterapeut je zároveň specialistou na práci v terapeutických komunitách (drogová závislost, denní sanatoria, stacionáře apod.) a odborníkem pro oblast relaxace, psychohygieny a rozvoje tvůrčích schopností. Kurz je určen pro zdravotní sestry, vychovatele, psychology pedagogicko-psychologických poraden, odborníky ze speciálně pedagogických center a středisek výchovné péče, pro pedagogy základních, mateřských a speciálních škol i další zájemce. *Celostní muzikoterapie 2* je taktéž třísemestrální kurz, který navazuje na kurz *Celostní muzikoterapie 1*. Jeho cílem je poskytnout kompetence pro kvalifikaci praktického terénního muzikoterapeuta pro individuální a skupinovou muzikoterapii a specialisty na řízení a realizaci léčebně výchovných sezení dětí se specifickými vývojovými poruchami učení a mentálně postižených jedinců. Muzikoterapeut je také odborníkem pro oblast relaxace, psychohygieny a rozvoje tvůrčích schopností. Kurz je určen pro vychovatele, psychology pedagogicko-psychologických poraden, odborníky ze speciálně

pedagogických center a středisek výchovné péče, pro pedagogy základních, mateřských a speciálních škol i další zájemce (Gerlichová, 2021).

Legislativní opatření *zooterapie* v ČR - není doposud zapojení zvířat do léčebného procesu samostatně legislativně vymezeno (Velemínský, 2008). Pokud je zooterapie poskytována formou dobrovolnického programu, je nezbytné se řídit zákonem o dobrovolnické službě, tedy zákonem č. 86/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 198/2002 Sb., o dobrovolnické službě. (Bicková, 2020). Můžeme se také setkat s poskytováním zooterapie v sociálních službách, což upravuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a jeho provádějící vyhlášky č. 505/2006. (Zákony pro lidi, 2012).

V *basální stimulaci* od roku 2008 jsou základní kurzy akreditovány ministerstvem zdravotnictví České republiky pro tato uvedená nelékařská zdravotnická povolání dle zákona č. 585/2020 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních: všeobecná sestra dle §5; porodní asistentka dle §6, fyzioterapeut dle §24, ergoterapeut dle §7, logoped a psycholog dle §43, psycholog ve zdravotnictví dle §22. Tyto profese získají absolvováním zvláštní odbornou způsobilost. Číslo aktuální akreditace: – č. j.: MZDR 9956/2017-17/ONP (Institut bazální stimulace, 2020b). Časová dotace kurzu je 24 vyučovacími hodinami. Institut bazální stimulace nabízí širokou škálu úrovní vzdělání. Od základního kurzu po prohlubující kurz basální stimulace. Kurzy jsou určeny pro: Poskytovatele zdravotní péče či sociálních služeb, učitele, maséry nebo laiky.

V případě *poskytovatelů zdravotní péče* se jedná o lékaře a nelékařská zdravotnická povolání (všeobecná sestra, porodní asistentka, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, psycholog, zdravotně sociální pracovník, zdravotnický záchranář, praktická sestra). V případě *poskytovatelů sociálních služeb* se jedná o pracovníky v sociálních službách, sociální pracovníky a vedoucí pracovníky v sociálních službách. V případě *učitelů* se jedná o učitele speciálních škol, asistenty pedagoga, speciální pedagogy, vychovatele školských zařízení vyučující na odborných školách a univerzitách ve vzdělávacích programech výše zmíněných oborů. V případě *laiků* se jedná o příbuzné. Ať už jsou to příbuzní pacientů, dětí, dospělých s kombinovanými vrozenými postiženími, seniorů s demencí apod. (Institut bazální stimulace, 2020c).

Co se týče *psychoterapeuta* v České republice, tak neexistuje vysokoškolský studijní obor psychoterapie, jako je tomu v zahraničí. Nejblíže podobný obor je Psychologie.

Jestliže se člověk chce stát psychoterapeutem, musí splnit dva požadavky. Za prvé musí mít dokončené vysokoškolské vzdělání v oboru psychologie nebo jiné vysokoškolsky zaměřené studium v humanitní či sociální oblasti. Za druhé musí absolvovat komplexní psychoterapeutický výcvik, který trvá 5 let. Teprve po dalších dvou letech supervize (tj. práce pod vedením někoho jiného) by se měl začít označovat za psychoterapeuta. Největší váhu mají u nás ty výcviky, které jsou akreditované ve zdravotnictví od České lékařské společnosti. Je jich celá řada (Pavlovský a kol., 2012).

Terapeutem může být kdokoliv. Je to termín, který nemá žádnou oporu v zákoně, a tudíž se jím může beztrestně nazývat kdokoliv, přestože nemá žádnou oficiální kvalifikaci k tomu, aby vám pomohl. Nemá absolvovaný psychoterapeutický výcvik, nestudoval psychologii, medicínu ani jiné lékařské vědy. Proto je v dnešní tolik terapeutů (Škola psychologie, 2021).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zmapovat jaké konkrétní aktivizující programy se u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů v současné době v praxi využívají.

Cíl 2: Zjistit potřebu aktivizujících programů u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů.

Cíl 3: Zjistit jaké konkrétní benefity tyto programy přináší samotným klientům.

Cíl 4: Zjistit jaké požadavky jsou kladeny na personál poskytující aktivizační programy klientům.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jaké konkrétní aktivizující programy se u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů v současné době v praxi využívají?

Výzkumná otázka 2: Jaká je potřeba aktivizujících programů u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů?

Výzkumná otázka 3: Jaké konkrétní benefity tyto programy přináší samotným klientům?

Výzkumná otázka 4: Jaké požadavky jsou kladeny na personál poskytující aktivizační programy klientů?

3 Metodika

3.1 Použité výzkumné metody

Ke zpracování výzkumného šetření byla použita metoda kvalitativního výzkumu. Technikou sběru dat byly polostrukturované rozhovory. Rozhovor všichni dotazovaní podstoupili pochopitelně zcela dobrovolně. Tato metoda byla zvolena především pro svou názornost a možnost se dozvědět více informací o dané problematice.

První rozhovor probíhal se sestrami v jedné z jihočeských nemocnic na oddělení následné péče. Rozhovor obsahoval 17 otázek rozdělených do několika oblastí. První oblast se týkala identifikačních údajů sester, dále jsme se zaměřili na aktivizující programy, potřebu aktivizujících programů, benefity těchto programů a poslední oblast rozhovoru se zaměřila na požadavky poskytovatele aktivizujících programů. Osnova otázek byla předem rámcově sestavena. Avšak během rozhovorů docházelo přirozeně k mírné změně otázek, k jejich dalšímu prohloubení a měnilo se také pořadí kladených otázek podle konkrétního rozhovoru. Sběr dat probíhal v únoru a březnu 2021. Rozhovory probíhaly v pracovním i mimopracovním prostředí dle možností sester. Druhý rozhovor se zaměřil na pacienty hospitalizované v jedné jihočeské nemocnici na oddělení následné péče. Otázky byly rozděleny do oblastí aktivizujících činností, následně do potřeb aktivizujících činností a nakonec jsme se zaměřili na samotné benefity těchto aktivit.

Druhý rozhovor byl veden s pacienty hospitalizovaných na oddělení následné péče v jedné jihočeské nemocnici. Rozhovor obsahoval 16 otázek rozdělených do několika oblastí. První oblast se týkala identifikačních údajů pacientů, poté jsme se zaměřili na samotné aktivizující programy, potřebu aktivizujících programů a benefity, které aktivizační činnosti mohou přinášet.

Celé rozhovory byly nahrávány na diktafon pochopitelně se souhlasem všech dotazovaných. Následně byly doslovně přepsány do programu Microsoft Office Word a zpracovány technikou „tužka a papír“. Následně jsme provedli kódování dat a byly identifikovány hlavní kategorie a podkategorie. Během interpretace dat byly použity citáty informantů z odpovědí, které jsme v textu označili kurzívou.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor tvořilo 10 všeobecných sester z jedné jihočeské nemocnice. Byly zvoleny náhodně s různou délkou praxe pro větší rozmanitost výzkumu.

Druhý výzkumný soubor byl tvořen 10 ti pacienty, kteří byli hospitalizováni na oddělení následné péče. Pacienti byli vybráni dle svého zdravotního stavu a dle ochoty poskytnout nám rozhovor na toto téma.

4 Výsledky

4.1 Výsledky výzkumného šetření - sestry

Tabulka 1 Identifikační údaje sester

	Věk	Vzdělání	Délka praxe na ONP
VS1	28 let	vyšší odborné	2 roky
VS2	25 let	středoškolské	8 let
VS3	35 let	středoškolské	15 let
VS4	42 let	vysokoškolské, Bc.	20 let
VS5	45 let	vysokoškolské, Mgr.	10 let
VS6	31 let	středoškolské	9 let
VS7	32 let	vysokoškolské, Mgr.	5 let
VS8	38 let	středoškolské	8 let
VS9	37 let	vysokoškolské, Bc.	7 let
VS10	40 let	vyšší odborné	5 let

Zdroj: Vlastní 2021.

Sestra (VS1) ve věku 28 let, má vyšší odborné vzdělání, na ONP pracuje 2 roky.

Sestra (VS2) ve věku 25let, má středoškolské vzdělání, na ONP pracuje 8 let.

Sestra (VS3) ve věku 35 let, má středoškolské vzdělání, na ONP pracuje 15 let.

Sestra (VS4) ve věku 42 let, má vysokoškolské vzdělání, na ONP pracuje 20 let.

Sestra (VS5) ve věku 45 let, má vysokoškolské vzdělání, na ONP pracuje 10 let.

Sestra (VS6) ve věku 31 let, má středoškolské vzdělání, na ONP pracuje 9 let.

Sestra (VS7) ve věku 32 let, má vysokoškolské vzdělání, na ONP pracuje 5 let.

Sestra (VS8) ve věku 38 let, má středoškolské vzdělání, na ONP pracuje 8 let.

Sestra (VS9) ve věku 37 let, má vysokoškolské vzdělání, na ONP pracuje 7 let.

Sestra (VS10) ve věku 40 let, má vyšší odborné vzdělání, na ONP pracuje 5 let.

Tabulka 2 Seznam kategorií a podkategorií

Kategorie	Podkategorie
1. Aktivizující činnost	<p>A. Povědomí sester o aktivních činnostech a nabízené aktivity pacientům</p> <p>B. Spolupráce s organizacemi poskytujícími aktivizační programy</p>
2. Potřeba aktivizujících programů	<p>A. Představa sester o aktivizaci</p> <p>B. Zájem pacientů</p> <p>C. Vyhledávané činnosti</p>
3. Benefity aktivizujících programů	<p>A. Fyzické výhody</p> <p>B. Psychické výhody</p> <p>C. Sociální výhody</p> <p>D. Výhody pro sestry</p>
4. Poskytovatel AP	<p>A. Všeobecná sestra či terapeut</p> <p>B. Podmínky vzdělávání</p> <p>C. Edukace sester o AP</p> <p>D. Návrh nového AP</p>

Zdroj: Vlastní 2021.

1. Aktivizující činnosti

A. Povědomí sester o aktivních činnostech a nabízené aktivity pacientům

Z odpovědí sester vyplývá, že mají většinou uspokojivý přehled o pojmu aktivizující program. Čtyři sestry uvedly, že pod pojmem aktivizující program si představují libovolnou aktivitu, při které mohou pacienti fyzicky vytvářet jakýkoli předmět či výrobek. „*Jako aktivitu si představuji třeba vystřihování z papírů nebo modelování*“ (VS8). Další dvě dotazované sestry si jako vhodnou aktivitu představují četbu knih. „*Nejméně náročná a také často využívaná aktivita je pro pacienty četba*“ (VS5). Dvě sestry zmínily jako aktivitu u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů sledování televize. „*Pod pojmem aktivizující program pro dlouhodobě hospitalizované pacienty se mi vybaví sledování televize*“ (VS3). Poslední dvě sestry si pod aktivitou představují poslech hudby. „*Jako velice zajímavá a přitom snadná aktivita mi přijde poslech hudby*“ (VS6).

I přes uspokojivý přehled sester o aktivizujících činnostech je však v praxi samy příliš nenabízejí. Osm dotazovaných sester uvedlo, že v současné epidemiologické době samy aktivně pacientům nenabízí žádné speciální aktivity na zkrácení jejich dlouhé chvíle během dlouhodobé hospitalizace. Jako důvod uvádějí přílišnou profesní zaneprázdněnost. Situaci také nahrávají vládní restrikce, které zakazují návštěvu speciálně proškoleného terapeuta věnujícího se jakékoliv aktivní činnosti. „*Žádné aktivity pacientům nenabízíme, na to už nám nezbyvá bohužel čas ani energie. Snad se situace brzy zlepší a bude sem k nám na oddělení docházet pán na muzikoterapii, jak tomu bylo před pandemií*“ (VS4). Dvě sestry zmínily, že se snaží dlouhodobě hospitalizovaným pacientům nabídnout alespoň nějakou činnost na zkrácení jejich volné chvíle. Tyto aktivity jsou nahodilé a přizpůsobují se možností a zdravotnímu stavu klienta. „*Snažím se pacienty aktivizovat různou činností, dle jeho nálady a zdravotního stavu. Někdy je aktivita spíše odpočinková jako je poslech hudby, jindy zase více aktivní, třeba skládání čtverců, stříhání lepících papírků*“ (VS8).

B. Spolupráce všeobecných sester s organizacemi poskytující AP

Pět sester výzkumného šetření uvedlo, že jejich oddělení spolupracuje s organizací poskytující aktivizační služby. „*Ano, vím, že naše vrchní sestra spolupracuje s organizací Hafík, která poskytuje canisterapii našim klientům*“ (VS5). Další tři

dotazované sestry si nebyly zcela jisté spoluprací s nějakou organizací zabývající se aktivními činnostmi. „*Pamatuji si, že před coronavirovou pandemií k nám na oddělení docházel pán, který se věnoval muzikoterapii. Ale jestli byl domluven přes nějakou agenturu či to byl dobrovolník, to nevím. Nikdy jsem se o to nezajímala, tyto záležitosti má na starost vedení*“ (VS9). Další dvě sestry zmínily, že s žádnou organizací nespolupracují. „*Ne, my s žádnou organizací bohužel nespolupracujeme*“ (VS1).

2. Potřeba aktivizujících programů

A. Představa sester o vhodném aktivizujícím programu

Tři dotazované sestry by jako vhodnou aktivitu pro pacienty volily ergoterapii. „*Jako vhodnou aktivitu bych si pro pacienty představovala ergoterapii, která by jim pomohla procvičit jemnou motoriku a ještě zdokonalila každodenní činnosti a návyky. Myslím tím ergoterapii všedního dne, kdy by se učili provlékat třeba tkaničky, navlékat korálky, zapínat knoflíky*“ (VS7). Další dvě sestry společně uvedly jako vhodnou aktivitu ergoterapie pomocí výtvarného umění. „*Myslím si, že by se pacientům mohlo líbit něco vytvářet z papíru, vystřihovat různé tvary a obrázky, malovat, kreslit, lepit, zkrátka všechny kreativní činnosti z dostupných materiálů*“ (VS8). Dvě sestry z výzkumného šetření poukázaly také na důležitost psychického rozpoložení dlouhodobě hospitalizovaného klienta. „*Vedle zájmových činností bych také uvítala, kdyby byla našim pacientům nabídnuta možnost psychoterapie. Staří lidé jsou dost osamoceni obzvláště v dnešní těžké epidemiologické době, kdy jsou zakázány návštěvy. Proto se jejich psychický stav může velice snadno a rychle zhoršit a to má jistě celkově neblahý vliv na jejich celkovou hospitalizaci. Psychoterapii by pochopitelně nabízel odborný psycholog, který by měl na pacienty dostatek času na rozdíl od nás a věděl by, jak s nimi efektivně komunikovat*“ (VS2). Jako další velice vhodnou aktivitu pro dlouhodobě hospitalizované pacienty uvedla jedna sestra muzikoterapii. „*Pro pacienty bych zvolila pravidelný poslech jejich oblíbené hudby, nebo by se mohli také aktivně zapojit do hraní na jednoduché nástroje, např. na bubínek, triangl a rumba koule*“ (VS4). Jedna ze sester by navrhovala propojení více generací mezi sebou. „*Nedávno jsem v televizi viděla reportáž, kde chodily děti z mateřských školek do domova důchodců nebo na oddělení následné péče. Se seniory si tam společně povídaly, hrály, nebo také něco vytvářely. Učili se tak vzájemné toleranci, trpělivosti, empatii a naslouchání. Tato*

aktivita nebyla prospěšná jen po fyzické stránce, kdy si senioři i děti zdokonalovali jemnou motoriku, ale především byla přínosná po psychické a sociální stránce. Tak takováto činnost by se mi na našem oddělení moc líbila“ (VS10). Poslední sestra zmínila opět jako velice důležitou a opomíjenou fyzickou aktivitu pro pacienty. „Já bych určitě pacientům přidala více fyzických aktivit. Mají u nás sice pravidelnou rehabilitaci, ale ta se mi zdá nedostatečná. Fyzioterapeutka se s pacientem jen zvedne z lůžka, projdou se dvakrát po chodbě tam a zpátky a to je vše. Po zbytek dne pacient leží nečinně v lůžku a kouká do stropu nebo na televizi. Sice by tato aktivita byla určená jen pro fyzické schopné pacienty, ale byla by potřeba“ (VS1).

B. Zájem pacientů o aktivní činnost

Devět sester se domnívá, že by byl velký zájem ze stran pacientů o aktivizující činnost. „Myslím si, že by pacienti měli určitě zájem o libovolnou aktivitu, která by jim pomohla zkrátit dlouhý čas během hospitalizace“ (VS6). Jen jedna sestra uvedla zcela nejasný názor týkající se zájmu pacientů o aktivní činnost. „Nevím, nikdy jsem nad tím nepřemýšlela, ale celkově by pacienti asi uvítali nějakou zájmovou aktivitu během hospitalizace“ (VS3).

C. Vyhledávané činnosti

Na dotaz o jaké druhy aktivit by byl podle sester u pacientů největší zájem, jsme se dozvěděli celou škálu rozmanitých odpovědí. Tři sestry se domnívají, že by pacienti během hospitalizace rádi trávili volný čas ručními pracemi. Jsou to např. pletení, háčkování, vyšívání. „Myslím si, že hlavně ženy by přivítaly možnost trávit volný čas během dlouhodobé hospitalizace ručními pracemi. Mohly by vyšívat podle šablony, háčkovat, plést a tak podobně“ (VS5). Jiné dvě sestry zastávají názoru, že by se zpříjemnila a zároveň i zkrátila doba během hospitalizace hraním různých společenských her. „Pacienti by mohli trávit čas hraním her, např. karty, pexeso, společenské deskové hry. Rozvíjeli by si tak paměť a není to nic drahého a těžkého na zorganizování v nemocničním prostředí“ (VS7). Další dvě sestry se shodly v názoru, že by mohla být ze stran pacientů vyhledávána basální stimulace. „Ze stran pacientů by mohla být oblíbená basální stimulace. Klientům by nabízela pocit bezpečí, uklidňovala by je a pomohla by jim si uvědomit vnímání vlastního těla“ (VS8). Jiné dvě sestry se domnívají, že by pacienti uvítali možnost rozmanitějšího cvičení a pohybu, než který je

jim doposud nabízen. „Pro pacienty by mohla být zajímavá různá cvičení na protažení těla, např. jógu, pillates či meditace v nemocničním parku“ (VS10). Jedna sestra uvedla jako vyhledávanou aktivitu aromaterapii. „Nedávno se mě jedna pacientka ptala, zda by na pokoji mohla mít aromatickou svíčku či solnou lampu. Uvědomila jsem si, že by to přivítalo více pacientů a nebylo by to tak těžké zrealizovat“ (VS1).

3. Benefity aktivizujících programů

A. Fyzické výhody

Na otázku, zda aktivizující činnosti přináší pacientům konkrétní fyzické výhody, odpovědělo sedm sester, že hlavní přínos aktivizačního programu vidí zejména v rozvoji a procvičování jemné motoriky klientů. „Vzhledem k tomu, že většina pacientů je ležících, tak největší fyzický přínos pro pacienta vidím v trénování jemné motoriky např. při ergoterapii“ (VS2). „Mezi fyzické výhody řadím hlavně změnu prostředí, ve kterém se pacient během vykonávání aktivity nachází. Přes celý den je zavřen mezi čtyřmi zdmi, zatímco během kreativní aktivity je v jiné místnosti, která je pro danou činnost určená“ (VS3). Dvě sestry uvedly jako největší přínos pro pacienty posílení svalů celého těla a rozvoj hrubé motoriky a rovnováhy. „Za nejdůležitější fyzický přínos považuji u pacientů cvičení, posílení a protažení svalů celého těla. Zejména je to důležité při dlouhodobé hospitalizaci, kdy svaly ochabují a šlachy se zkracují a tělo celkově velice rychle slábne a chátrá. Pacienti neposilují při cvičení jen velké svaly na těle, ale posilují si také dechové svaly, posilují srdce a cévy“ (VS4). Jedna sestra zmiňující aromaterapii vidí přínos zejména v rozvoji smyslů. „Při aromaterapii se krásně podporují a stimulují čichové buňky, které mohou napomoci k navrácení čichu a také chuti k jídlu. Chuť je zejména u seniorů mnohdy snižena, což se může negativně odrazit na jejich fyzickém úbytku váhy“ (VS5).

B. Psychické výhody

Mezi psychické výhody aktivizačních činností zařadilo pět sester zejména zlepšení celkové nálady pacienta. „Aktivizační služby určitě pomáhají pacientovi zlepšit jeho celkový psychický stav, má lepší náladu a je s ním hned rychlejší a lepší spolupráce. Takže aktivizační činnost je prospěšná i pro nás jako pro personál pracující s pacientem. Dobrý psychický stav se jistě odrazí i v rychlejším fyzickém uzdravení

pacienta“ (VS9). Jiné tři sestry uvedly jako největší psychický benefit odvrácení myšlenek od každodenních starostí a negativních myšlenek na uzdravení. „*Jsem přesvědčena, že jakákoli činnost pomáhá pacientům přijít na jiné myšlenky, což je nesmírně důležité zejména u dlouhodobé hospitalizace. Kdy pacienti mohou upadat do negativismu a cíl na uzdravení je v nedohlednu*“ (VS8). Další dvě sestry uvedly jako největší přínos pro psychiku klienta zkrácení volné chvíle během dlouhodobé hospitalizace. „*Jako největší výhodu, kterou aktivizační činnost přináší, vidím zejména u opravdu dlouhodobě hospitalizovaných pacientů zkrácení volné chvíle v nemocničním prostředí. Den jim rychleji uteče, ještě když jsou teď bohužel zakázány návštěvy*“ (VS7).

C. Sociální výhody

Devět z deseti dotazovaných sester ve výzkumném šetření zmínilo jako největší sociální benefit aktivizačních činností společenskou integritu pacienta. „*Sociální výhodu volnočasových aktivit vidím hlavně v tom, že je pacient s jinými pacienty a sestry. Přijde do kontaktu s cizími lidmi. Při aktivitě si přirozeným způsobem rozvíjí také komunikační schopnosti*“ (VS1). Jedna dotazovaná sestra uvedla, jako sociální výhodu naučení se nových dovedností. „*Mezi sociální výhodu bych zařadila naučení se nových dovedností, hlavně u ergoterapie, kdy pacient vytváří různé dárkové předměty či pracuje s papírem. Ergoterapie může pacientovi ale také zlepšit jeho již naučené dovednosti, hlavně v oblasti každodenní sebepečce. Tyto nově naučené či zdokonalené schopnosti mohou pacientovi pomoci vystupovat ve společnosti sebevědoměji*“ (VS5).

D. Výhody pro sestry

Z výzkumného šetření jsme se dozvěděli, že sedm sester spatřuje největší výhodu aktivizačních programů zejména v lepší psychické pohodě pacienta. „*Pacienti jsou po činnosti odregovaní a odpočatí, což se odráží na jejich celkově lepší náladě. S takovým pacientem se nám hned lépe pracuje a komunikuje. Lépe také snášejí některé nepříjemné zdravotní výkony jako např. převazy nebo odběry krve*“ (VS3). Dvě z deseti dotazovaných sester uvedly jako přínos aktivizujících činností, že nemusejí pro pacienty vymýšlet aktivní program samy. „*Výhodu vidím hlavně v tom, že pokud nabízí aktivizační činnost proškolený terapeut, nemusím se pacientovi věnovat já a mám tak čas na zdravotnickou práci nebo na papíry*“ (VS6). Pouze jedna oslovená sestra zmínila jako benefit aktivizačních služeb rozvoj v medicínské a ošetrovatelské oblasti. „*Je*

dobře, že aktivizační programy jsou. Medicína se tak rozvíjí a posouvá vpřed a nabízí pacientům nové možnosti jak si zkrátit a zpříjemnit pobyt v nemocnici“ (VS1).

4. Poskytovatel aktivizačních programů

A. Všeobecná sestra či terapeut

Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že osm sester by upřednostnilo, aby aktivní činnost s pacientem prováděl speciálně proškolený terapeut. Bylo tomu tak z důvodu jejich pracovní vytíženosti a chybějícímu proškolení či znalosti konkrétní činnosti. *„Za mě by bylo lepší, kdyby se pacientovi věnoval terapeut. Přesně by věděl, na co se zaměřit a jak danou aktivitu s pacientem provádět. My sestry bychom na to neměly vůbec ani čas. Nedokážu si reálně představit, jakou část dne bych v rámci aktivit mohla pacientovi pravidelně věnovat“ (VS3).* Zbylé dvě sestry uvedly, že by klidně aktivizační činnost s pacienty prováděly samy, ale za určitých podmínek. *„Já bych se tímto způsobem pacientům věnovala ráda, ale nesměly bychom pak mít tolik papírování, aby na takové aktivity byl vůbec čas“ (VS4).*

B. Podmínky (motivace ke vzdělání) vzdělávání

Polovina z dotázaných sester, v tomto případě pět, uvedla jako dostačující motivující prvek vyšší finanční ohodnocení. *„Klidně bych se nechala proškolit a následně bych aktivní činnost s pacienty v praxi prováděla, ale za vyšší plat“ (VS5).* Dvě sestry sdělily, že by byly ochotny se vzdělávat za předpokladu zkrácení pracovní doby. *„Líbilo by se mi, kdybych měla zkrácenou pracovní dobu třeba jen na 8 hodin místo 12 ti.“ (VS7).* Jedna sestra by přivítala týden dovolené navíc, pokud by se vzdělávala v oblasti aktivizačních programů. *„Ano, podstoupila bych proškolení v této oblasti, ale za týden dovolené navíc“ (VS2).* Poslední z dotazovaných sester uvedla jako motivaci, proč by se nechala proškolit na toto téma, různé benefity. *„Jako adekvátní ohodnocení by pro mě byli například stravenky, lístky do kina, do divadla, poukázky na masáže, na zdravotnickou obuv a tak podobně“ (VS10).*

C. Edukace sester o aktivizačních programech

Sedm sester by uvítalo větší informovanost o nabízených aktivizačních programech či zájmových činnostech, které by mohly s pacienty vykonávat. „*Ano, uvítala bych více informací ohledně nabízených aktivit pro pacienty. Mohly bychom se je dozvídat prostřednictvím vrchní sestry v pravidelných intervalech např. jednou za půl roku na hlášení*“ (VS6). Dvě dotazované sestry projevíly spíše nezájem o tuto informovanost vzhledem ke své pracovní vytíženosti. „*Informace o aktivních činnostech by mě příliš nezajímaly, máme toho v práci už tak dost a nevím, kde by se našel čas na tyto aktivity s pacienty*“ (VS1). Jedna sestra by nové informace o aktivizujících činnostech přivítala, ale jen za předpokladu, že by činnost s pacienty vykonával jen speciálně proškolený terapeut. „*Nové informace bych si ráda poslechla, ale opravdu jen pro moji informovanost a přehled. Aktivní činnosti by s pacienty musel v praxi provádět speciálně proškolený pracovník*“ (VS3).

D. Návrh nového aktivizačního programu

Na dotaz, zda by sestry uvítaly nově vzniklý aktivizační program, nám bylo odpovězeno pěti sestrami kladně. „*To je dobrý nápad vymyslet nějaký nový aktivizační program, který by byl individuálně přizpůsoben každému pacientovi dle jeho zdravotního, psychického stavu a zájmů. Jen nevím, jak by se to dalo zrealizovat*“ (VS9). Další dvě sestry přišly rovnou s nápadem, jak aktivizující programy přivést do praxe. „*Určitě by to chtělo vymyslet nějaký nový program na efektivní trávení volného času během hospitalizace. Pro tuto činnost by mohly být třeba určeny konkrétní sestry, které by o to měly zájem. Věnovaly by se tak plně pacientům a nemusely mít dojem, že jim utíká jiná zdravotnická práce*“ (VS2). Jiné dvě dotazované sestry uvedly, že by nový aktivizační program byl určitě přínosem, ale musel by činnost s pacienty provádět výhradně proškolený externí terapeut. „*Návrh nového aktivizačního programu se mi líbí. Bylo by vhodné, aby tyto programy vedl pouze speciálně vzdělaný terapeut. Nemocnice by s nimi navázala externí spolupráci a domlouvala by se s nimi individuálně dle zájmů pacientů*“ (VS5). Pouze jedna sestra se k návrhu aktivizačního programu pro dlouhodobě hospitalizované pacienty vyjádřila negativně. „*Nevymýšlela bych nic nového, ve zdravotnictví jde především o uzdravení fyzického stavu pacienta a o to se maximálně snažíme. Na jiné aktivity už nám nezbývá čas ani energie*“ (VS7).

4.3 Výsledky výzkumného šetření - pacienti

Tabulka 3 Identifikační údaje pacientů

Pacient	Pohlaví	Věk	Délka hospitalizace
P1	žena	65 let	12 dní
P2	žena	72 let	25 dní
P3	žena	78 let	32 dní
P4	žena	58 let	47 dní
P5	žena	61 let	14 dní
P6	žena	69 let	18 dní
P7	muž	59 let	38 dní
P8	muž	68 let	40 dní
P9	muž	75 let	58 dní
P10	muž	81 let	76 dní

Zdroj: Vlastní 2021.

Pacient (P1) žena, 65 let, hospitalizována na ONP 12 dní.

Pacient (P2) žena, 72 let, hospitalizována na ONP 25 dní.

Pacient (P3) žena, 78 let, hospitalizována na ONP 32 dní.

Pacient (P4) žena, 58 let, hospitalizována na ONP 47 dní.

Pacient (P5) žena, 61 let, hospitalizována na ONP 14 dní.

Pacient (P6) žena, 69 let, hospitalizována na ONP 18 dní.

Pacient (P7) muž, 59 let, hospitalizována na ONP 38 dní.

Pacient (P8) muž, 68 let, hospitalizován na ONP 40 dní.

Pacient (P9) muž, 75 let, hospitalizován na ONP 58 dní.

Pacient (P10) muž, 81 let, hospitalizován na ONP 76 dní.

Tabulka 4 Seznam kategorií a podkategorií pacientí

Kategorie	Podkategorie
1. Aktivizující činnost	A. Nabídka AP, druhy činností a jejich pravidelnost B. Poskytovatel AP
2. Potřeba aktivizujících programů	A. Chybějící činnosti B. Zájem pacientů o aktivní činnost C. Vyhledávané činnosti
3. Benefity aktivizujících programů	A. Fyzické výhody B. Psychické výhody C. Sociální výhody

Zdroj: Vlastní 2021.

1. Aktivizující činnost

A. Nabídka aktivizujících programů, druhy činností a jejich pravidelnost

Pěti dlouhodobě hospitalizovaným pacientům není žádná taková služba nabídnuta. „Ležím tady už 14 dní a žádnou takovou aktivitu mi sestry nenabídlly. Musí se tu asi každý zabavit sám“ (P5). Druhá část dotazovaných sdělila, že se s nějakou formou aktivní činnosti během své hospitalizace setkali nebo jí využívají. „Ano, aktivní činnost je mi sestrami nabízena a mám možnost zvolit si, jaké aktivitě se mohu během hospitalizace věnovat“ (P3). Jestliže již byla pacientům nabídnuta možnost jak aktivně trávit čas během hospitalizace, zajímali jsme se jakou konkrétní činností tomu tak bylo. Pět pacientů, kterým žádná činnost nebyla sestrami nabídnuta, odpovědělo pochopitelně, že nedělají nic. „Jak jsem říkala, během svého 14 dni denního pobytu jsem žádnou takovou nabídku nedostala“ (P5). Dva jiní pacienti uvedli, že se pravidelně věnují muzikoterapii. „Sestřička nám na pokoji vždy naladí oblíbenou rádiovou stanicí a posloucháme naše dechové písničky na přání“ (P9). Další dva pacienti svůj volný čas během hospitalizace vyplňují četbou. „Snažím si dlouhou chvíli zde zkrátit četbou. Sestry mi ukázaly místní knihovničku na návštěvní místnosti. Jsou v ní různé knihy, časopisy a noviny“ (P10). Jeden pacient uvedl jako svoji aktivní činnost přes den luštění křížovek. „Sestřička mi půjčila celý sešit různých křížovek, sudoku a doplňovaček. Tak si každý den nějakou vyplním, hlavně večer před spaním, pomáhá mi to líc usnout“ (P7). Dále jsme se v našem výzkumném šetření zaměřili na pravidelnost těchto aktivit. Zda pacienti činnost vykonávají nahodile či pravidelně. Pět pacientů, kterým žádná aktivita ze stran sester nebyla nabídnuta, se nevěnují pravidelně ničemu. „Nic pravidelného nevykonávám, volnou chvíli tady se snažím zkrátit si povídáním s druhým pacientem na pokoji“ (P6). Zatímco dva pacienti trávící čas muzikoterapii se této aktivitě věnují pravidelně. „Každý den posloucháme se svým spolupacientem na pokoji rádio písničky na přání“ (P9). Jiní dva klienti se četbě věnují spíše nahodile a dle své nálady. „Čtu si, kdy mám náladu, knížky si vybírám dle svého zájmu. Vím, že existují elektronické čtečky knih, ale to není nic pro mě. Já potřebuju knížku v ruce fyzicky držet a cítit tak její vůni“ (P10). Poslední jeden pacient křížovky luští nepravidelně podle své nálady. „Křížovkám a sudoku se věnuju různě, jak mám náladu nebo taky jak moc jsem unavený“ (P7).

B. Poskytovatel aktivizující činnosti

Pět pacientů zmínilo, že jim nebyla nabídnuta aktivizační činnost ani sestrou ani žádným odborným terapeutem. „*Ne, ani sestra ani žádný jiný terapeut za mnou nebyl s tím, jak bych mohl aktivně trávit volný čas během své dlouhodobé hospitalizace*“ (P6). Další dva pacienti věnující se muzikoterapii odpověděli, že je jim činnost nabídnuta ze strany sester. „*Sestřička nám vždy nabídne a taky potom naladí rádio, abychom mohli poslouchat naše oblíbené dechovky*“ (P9). Jiní dva pacienti věnující se četbě svojí aktivitu mohou provádět také díky sestřím na oddělení. „*Čtení knih a časopisů nám nabídla sestřička*“ (P10). Jeden dotazovaný pacient uvedl, že luštění křížovek a sudoku mu také poskytla všeobecná sestra. „*Křížovky mi nabídla sestřička, nikdo jiný sem teď stejně nemůže přijít.*“ (P7). Z našeho výzkumného šetření vyplývá, že aktivizační činnosti pacientům nabízely pouze sestry a ne žádný speciálně proškolený terapeut, který však vzhledem k zákazu návštěv nemohl nemocnici navštívit.

2. Potřeba aktivizujících programů

A. Postrádající činnosti z domova

Zajímalo nás také, jaké konkrétní aktivity dlouhodobě léčeným pacientů chybějí nejvíce, na které byly před svou hospitalizací zvyklí. Čtyři pacienti se ve svých odpovědích shodli na tom, že nejvíce jim scházejí procházky na čerstvém vzduchu a ve svém prostředí, které dobře znají. Byli zvyklí trávit tak svůj čas během dne a potkávat se tak i se svými kamarády a vrstevníky. Sociální izolace během hospitalizace je v současné době ještě více znatelná díky vládním nařízením, které nepovolují návštěvy rodinných příslušníků. Celá tato situace se negativně odráží na psychické pohodě pacientů. Jejich dlouhodobá léčba se tímto může ještě více zkomplikovat. „*Chybí mi moje pravidelné procházky do parku, který mám kousek od baráku. Scházíme se tam ještě se dvěma dědy, posedíme na lavičce, popovídáme si. Je to příjemné zpestření dne. Tady jsem zavřený celé dny mezi čtyřma zdi a nemůžu se tu jakoby nadechnout*“ (P8). Jiné dvě pacientky pro změnu uvedly jako svou oblíbenou a tudíž nejvíce nepostradatelnou činnost zahradničení. „*Můj neoblíbenější koníček je má zahrádka. Hned ráno si udělám kávu a vyjdu na zahrádku, kde bud' pleju, nebo sázím nové kytky. Jindy se jen tak kochám tou krásou a užívám si ten klid*“ (P4). Některým pacientům nejvíce chybí dokonce i domácí práce jakými jsou například vaření a pečení. Jak uvedla

jedna z našich dotazovaných pacientek. „Mě nejvíc chybí vaření a pečení. Jsem zvyklá vařit totiž často vnoučatům, která ke mně chodí na obědy. Vaření a pečení je pro mě relaxací a o to víc mě baví, když vím, že to někomu chutná a vše se sní“ (P2). Další pacient našeho výzkumu je nadšený fotbalový fanoušek, který nevynechá jediný zápas v televizi. „Jsem fanda fotbalu, za mlada jsem ho hrál závodně a tak jsem mu zůstal věrný i teď ve stáří. Už ho jen ale sleduju pasivně v televizi, mám přehled o všech týmech, kdo s kým právě hraje a tak. Sleduju sportovní program v televizi velice často, je to moje každodenní rutina, kterou tady vykonávat nemohu. Pacientovi vedle mě by se asi nelíbilo, kdyby tady byla pořád zaplá televize a ani by to tady nešlo hlasitě fandit, což k tomu patří“ (P9). Dalšímu pacientovi chybí společné hraní karet se svými přáteli. „Už několik let se scházíme pravidelně se svými třemi sousedy, kteří jsou taky v důchodu jako já a hrajeme spolu mariáš. Mohl bych ho hrát i tady v nemocnici, ale bohužel pacient co je se mnou na pokoji na tom není fyzicky dobře, takže by to nezvládl“ (P10). Překvapivě jsme se také setkali s faktem, kdy pacientovi nemusí chybět aktivní činnost jako taková, ale spíše jeho zlozvyky a každodenní návyky. „Nevím, jestli je to činnost, ale mě nejvíc chybí kouření. Jsem léta silný kuřák a tady pochopitelně kouřit nemůžu, což je pro mě těžké“ (P7).

B. Zájem pacientů o aktivní činnost

Při dotazu zda by pacienti uvítali některý druh aktivní činnosti, při které by se jim zkrátila dlouhá chvíle v nemocničním prostředí, jsme se setkali s většinovým souhlasem a nadšením. Devět pacientů by velice rádo přivítalo jakoukoli činnost, která by jim pomohla zpříjemnit pobyt v nemocničním prostředí, zároveň zkrátit čas a třeba se ještě něčemu novému přiučit. „To by bylo báječný, když by někdo přišel s nabídkou různých činností, kterým bychom se mohli jako pacienti věnovat. Myslím si, že by to každý uvítal s otevřenou náručí. Přeci jen je to tady opravdu dlouhý a člověk má akorát tak čas myslet na hlouposti“ (P1). Pouze jedna pacientka se vyjádřila spíše s nezájmem o aktivní činnost. „Je mi to víceméně jedno, jestli se tu nějaký aktivní program dělá nebo ne. Mě ten den uteče i tak docela rychle. Jsem tu, hlavně abych se co nejrychleji uzdravila a přes den, trávím volnou chvíli odpočinkem nebo spánkem“ (P3).

C. Vyhledávané činnosti

Po kladných reakcích pacientů na aktivizující činnost jsme se jich dále ptali jakby takový program měl přesně vypadat. Jakou konkrétní činnost by sami uvítali, které by se chtěli věnovat a přišla by jim do nemocničního zařízení vhodná i pro ostatní pacienty. Čtyři pacienti uvedli, že by se jim líbilo něco vytvářet. Vlastními slovy popsali principy ergoterapie. *„Myslím si, že by byla vhodná aktivita něco vyrábět, vytvářet, na něčem pracovat. Procvičili bychom si tak jemnou motoriku a ještě něco pěkného vytvořili. Mohli bychom něco vyrábět samostatně jen za pomoci terapeuta nebo sestry a jindy bychom mohli pracovat společně i s ostatními pacienty. Je důležité vyrobit něco hmatatelného, co po vás zůstane a je to jakoby důkaz činnosti“* (P2). Jiní dva zúčastnění pacienti měli jaksi přízemnější potřebu aktivizujícího programu. Nebyl pro ně prioritní mentální přínos činnosti jako spíš fyzický. Poukázali na nepohodlné matrace, které jsou přítomny ve všech lůžkách na oddělení. *„Já bych uvítal nějaký pořádný masáže zad nebo celého těla. Matrace jsou tady hrozně nepohodlný a já mám záda úplně ztuhlý“* (P10). Jiné dvě pacientky by jako vhodnou a vyhledávanou aktivitu viděly ve formě psychoterapie. *„Myslím si, že jsme tady všichni dost izolovaní. Máme zakázaný návštěvy, doma jsme většinou jako důchodci taky sami. Bylo by příjemný sejt se s více pacienty v jedné místnosti a povykládat si. Mohla by k tomu sloužit návštěvní místnost“* (P5). Jedna velice věřící pacientka by uvítala, kdyby v nemocničním areálu byla přítomna kaple. *„Líbilo by se mi, kdyby za námi pravidelně třeba jednou týdně chodil kněz. Když jsem byla doma, chodila jsem každou neděli do kostela. Bylo by taky hezké, když by v nemocničním areálu byla přítomna kaple“* (P4). Poslední pacientka uvedla, že se jí velice stýská po kočce, kterou má už léta doma a tak by přivítala možnost felinoterapie. *„Žiju sama s kočkou už deset let. Za tu dobu jsem si na ni opravdu zvykla a jsme nerozlučná dvojka. O to víc mi tady teď chybí a stará se mi o ni dcera. Už jen samotný dotyk a kontakt se zvířetem je moc příjemný a zlepší vám hned náladu. Myslím si, že by se to mohlo líbit více hospitalizovaným pacientů. Majitel kočky by sem mohl docházet třeba dvakrát týdně a umožnil by nám tak kontakt s tak milým zvířetem jakým kočka je“* (P1).

3. Benefity aktivizačních programů

A. Fyzické výhody

Po zjištění, které aktivity by pacienti rádi přivítali a zavedli do praxe, jsme se v našem rozhovoru dále zaměřili na samotné výhody těchto činností. Rozdělili jsme je zaprvé do fyzických přínosů pro člověka, za druhé jak mohou tyto činnosti člověka obohatit po psychické stránce a za třetí jak ho daná činnost ovlivňuje sociálně.

Čtyři pacienti zmiňující ergoterapii společně vyzdvihli jako největší přínos po fyzické stránce výrobu samotného předmětu. *„Těší mě, když mi pod rukama vznikne něco hezkého a ještě užitečného, jako je například miska na ovoce vyrobená z pevně srulovaného papíru do dlouhých trubiček, které se mezi sebe vkládají“* (P2). Další tři pacienti spatřují největší fyzický přínos ergoterapie v procvičení jemné motoriky, koordinaci oka a ruky, zapojení všech smyslů do tvorby nějakého výrobku. *„Mně osobně se na ergoterapii líbí, že u toho zapojím všechny smysly, musím se soustředit na danou činnost a učím se trpělivosti“* (P3). Jiní tři pacienti měli stejný názor na fyzický přínos ergoterapie ve změně prostředí, ve kterém se ergoterapie provádí. *„Když by se ergoterapie prováděla ve speciální místnosti tomu uzpůsobené, viděla bych největší fyzický přínos právě v tom. Ležím už dlouho na lůžku obklopena čtyřmi zdmi a začíná mi to dost vadit. Prospěla by mi změna prostředí byť jen jiné místnosti, kde bych se mohla navíc ještě věnovat něčemu příjemnému“* (P6).

B. Psychické výhody

Polovina dotazovaných pacientů se shodla na faktu, že jim při aktivizační činnosti rychleji plyne čas a krátí se jim dlouhá chvíle strávená v nemocničním prostředí. Ať už je aktivizační činnost jakákoli, ergoterapie, muzikoterapie, psychoterapie, luštění křížovek či sledování televize a jiné. *„Největší výhoda ať už čas krátím jakoukoli činností, je pro mě pocit, že mi čas rychleji utíká. Dá se tak lépe psychicky zvládnout dlouhodobá hospitalizace, která mě bohužel zde ještě čeká“* (P10). Další čtyři pacienti uvedli jako největší psychickou výhodu aktivizačních činností zlepšení nálady. *„Mně osobně vždy jakákoli činnost zlepšuje náladu. Nemyslím u toho totiž na nic nepříjemného a soustředím se plně jen na tu probíhající činnost. Ať už něco vytvářím nebo poslouchám rádio, čtu si prostě cokoli. Učí mě to užívat si přítomného okamžiku, netrápit se tím, co bylo, nebo se strachovat z toho, co mě ještě čeká. Nechávám věci*

plynout a doufám, že už půjdu brzy domů“ (P7). Jeden pacient dokonce uvedl i zlepšení kvality spánku po aktivizující činnosti. „Pouštím si večer rádio a poslouchám před usnutím hudbu. Nevím, jak je to možné, ale v noci se pak nebudím a spím celou noc až do rána, kdy mě tady kolem 6 hodiny ranní probouzí sestřičky. Doma jsem se budil v noci i několikrát“ (P8).

C. Sociální výhody

Mezi sociální výhody aktivizujících činností všichni pacienti uvedli, že jsou díky aktivitě více zainteresováni společností. Jsou více v kontaktu s jinými pacienty, rozšiřují si tak obzory, slovní zásobu a učí se tolerovat a přijmout názor či vkus druhého pacienta. „Sociální výhoda činností je určitě spolupráce a kontakt s jinými pacienty. Hlavně je to vidět při ergoterapii, když společně něco vytváříme a budujeme, tam je vzájemná spolupráce a komunikace velice důležitá“ (P9).

5 Diskuze

V první oblasti naší výzkumné práce jsme mapovaly využití aktivizujících programů v praxi. Výsledky této oblasti jsme rozdělili na odpovědi sester a pacientů. Z našeho výzkumu vyplývá, že si sestry pod pojmem aktivizující program představují libovolnou aktivitu, při které mohou pacienti fyzicky vytvářet jakýkoliv předmět či výrobek. Uvedly např. vystřihování z papírů nebo modelování. Tato odpověď koresponduje s tím, co uvádí Aberlová (2008), která jako aktivizační činnost uvádí motorickou zručnost např. práci s textilem, papírem a přírodními materiály. Dále Albertová ve své práci uvádí vhodné činnosti k aktivizaci jako např. rozhovor, čtení časopisů, knih a letáků, sledování TV, poslech rádia. Dále také mezi činnosti vhodné k aktivizaci podle Aberlové (2008) patří příprava spotřebního materiálu pro dané oddělení. Sestry v našem výzkumném šetření uvedly činnosti podobného charakteru, jakou jsou četba, sledování televize a poslech hudby.

Zajímavým ukazatelem jsou odpovědi poloviny pacientů, kteří tvrdí, že jim žádná aktivizační činnost nebyla v praxi nabídnuta. Důležité je si uvědomit, zda si pacient dokáže vůbec pod pojmem aktivizační činnost představit konkrétní aktivitu. Oproti tomu druhá polovina pacientů uvádí, že se s nějakou formou aktivizační činnosti během své hospitalizace setkala. Pacienti uváděli, že si dokonce mohou zvolit, jaké aktivitě se během hospitalizace budou věnovat. Nejčastěji uváděnou činností byla muzikoterapie v podobě poslechu dechovek z rádia. Dále pak četba, sledování televize a luštění křížovek. Tyto odpovědi se shodují s odpověďmi sester, které uvedly činnosti stejného charakteru. Tyto aktivity jako nejčastěji vyhledávané uvádí ve své diplomové práci i Vaňková (2012). Zmiňuje zejména četbu a předčítání knih, při které ale pacient nemusí být sám (Vaňková, 2012). My se s tímto názorem ztotožňujeme. Pacientovi může knihy donést sestra a také předčítat. O knize spolu mohou následně diskutovat.

Na základě výše zmíněného lze konstatovat, že u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů se aktivizující programy v praxi využívají, tím byl náš *první cíl naplněn*.

Druhá oblast našeho výzkumného šetření se zabývala potřebou aktivizujících programů u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Této problematice bychom se rádi více věnovali. Výsledky našeho výzkumu ukazují, že podle sester by byla nejvíce vhodnou aktivitou pro pacienty ergoterapie. Uvedly to tři z dotazovaných deseti sester. Další dvě

sestry považují za vhodnou aktivitu pro dlouhodobě hospitalizované pacienty muzikoterapii. Sestry uvedly nejen pasivní poslech hudby, ale aktivní zapojení pacientů do muzikoterapie formou hry na bubínek, triangel a rumba kouli. Domnívají se, že hra na nástroj může pacientům pomoci lépe vnímat vlastní tělo. S touto myšlenkou se shoduje také Kantor (2009), který ve své publikaci uvádí, že muzikoterapie podporuje rozvoj komunikace, koncentrace, spolupráce, mapování vlastních emocí, vnímání vlastního těla a rozvoj kreativity a sebereflexe. Za velice užitečné považuje propojení muzikoterapie s ošetrovatelskou péčí zejména u pacientů s neurologickým onemocněním také ve své publikaci Aldridge (2005). Muzikoterapie může také pozitivním způsobem ovlivnit depresivní stavy pacientů. Zejména u starších dlouhodobě hospitalizovaných pacientů, se častěji vyskytují depresivní stavy. Tento fakt potvrzuje také německý výzkum, kterého se zúčastnilo 117 pacientů starších 80 let věku. Ti byli rozděleni do dvou skupin, při čemž první skupina pacientů se věnovala skupinové hudební terapii. Pacienti se aktivně zapojovali do terapie pomocí hry na jednoduché hudební nástroje, vytleskávání rytmu a zpěvu. Absolvovali 20 sezení, po 40 minutách, 2x týdně. Druhá skupina pacientů se věnovala skupinovému zpěvu. Ti absolvovali 10 sezení, po 90 minutách, 1x týdně. Hodnota symptomu deprese byla měřena pomocí “Montgomery-Asberg” stupnice. U pacientů byla měřena dvakrát, nejdříve po 6 týdnech a po 12 týdnech. Montgomery – Asberg stupnice je deseti položková škála hodnotící jednotlivé příznaky deprese na stupnici od 0 do 6 podle závažnosti projevu. Výsledky tohoto výzkumu naznačili, že symptomy deprese se u pacientů více zmírnili po absolvování skupinové hudební terapie, než těm, kteří byli součástí skupinovému zpěvu (Werner, Wosch, Gold, 2017).

Další dvě sestry považují za důležité aktivizovat dlouhodobě hospitalizované pacienty i po psychické stránce. S tímto názorem se ztotožňuje také Vymětal (2003), který uvádí, že psychoterapie se má zahájit co nejdříve. Je tomu tak z důvodu, že psychické rozpoložení člověka má značný vliv na celkové fyzické zdraví. Je logické, že s prodlužující se dobou hospitalizace v nemocničním zařízení se psychika jedince zhoršuje a ovlivňuje tak celkový proces uzdravení a léčby (Vymětal, 2003). S názorem Vymětala (2003) se ztotožňujeme. Myslíme si, že na neblahý psychický stav pacienta nemá vliv jen samotná nemoc, či zhoršený fyzický stav těla, ale také sociální izolace, změna prostředí, jiný denní režim a podřízení se nemocničnímu chodu oddělení, který je při hospitalizaci nezbytný. Psychoterapie by v nemocničních zařízeních měla být dle

našeho názoru využívána mnohem častěji a flexibilněji než se s tím v praxi můžeme doopravdy setkat.

Za velice zajímavou odpověď v této oblasti považujeme propojení více generací mezi sebou, jak uvedla jedna z dotazovaných sester. Princip této aktivity spočívá v návštěvě dětí z mateřských škol u pacientů dlouhodobě hospitalizovaných na oddělení následné péče nebo v domovech důchodců. Aktivita spočívá ve společném trávení času např. při hře, povídání si a tvorbě. Obě tyto generace se vzájemně obohacují, učí se toleranci, trpělivosti, empatii a naslouchání. Tato myšlenka se mi velice líbí a spatřuji v ní samá pozitiva jak pro děti, tak pro dlouhodobě hospitalizované seniory. Senioři si tak mohou prostřednictvím dětí připomenout svá vlastní vnoučata, načerpají z dětí pozitivní energii a jistě se v jejich přítomnosti budou cítit šťastnější. Pro děti spatřuji výhody zejména ve vytvoření si tolerance vůči starším lidem, ohleduplnosti k jejich horšímu sluchovému vnímání a následné přizpůsobení komunikace s nimi. V neposlední řadě je tato aktivizační činnost poměrně levná a nenáročná, tudíž by nemusel být takový problém ji zavést do praxe. Výhody propojení více generací můžeme vidět i v našich rodinách. Kdy prarodiče tráví čas se svými vnoučaty, vzájemně se učí novým věcem a bystří si tak smysly a hlavně mají dojem, že mládnou.

Z odpovědí pacientů na tuto problematiku vyplívá, že jako nejvíce postrádané činnosti jsou procházky na čerstvém vzduchu a ve svém prostředí, které dobře znají. Dále uváděli jako odpověď nedostatek kontaktu se svojí rodinou a přáteli. Potřeba sociálního kontaktu pacientů na oddělení následné péče byla dle našeho názoru o to vyšší na základě aktuální epidemiologické situace panující v období sběru dat. Dále pacientům chyběla jejich oblíbená činnost jako např. zahradničení, vaření, pečení, pletení atd. Pacienti také postrádali hraní společenských her ať už s rodinnými příslušníky nebo svými kamarády. Jeden z dotazovaných pacientů uvedl jako nejvíce postrádané činnosti kouření. Překvapilo nás, že tento zlozvyk chyběl pouze jednomu z dotazovaných pacientů. Většina z dotazovaných pacientů by uvítala jakoukoli činnost, kterou by sestry nabízely. Uvítali by to z důvodu zkrácení a zpříjemnění dlouhé chvíle během dlouhodobé hospitalizace. I sestry si dle výsledků našeho výzkumného šetření myslí, že by zájem ze strany pacientů o aktivizující činnosti byl vysoký. Uvedlo to 9 z 10 ti dotazovaných sester.

V této oblasti jsme dále zjišťovaly, jaké konkrétní aktivity by byly pro pacienty vhodné. Sestry uvedly jako vhodnou aktivitu pro dlouhodobě hospitalizované pacienty ergoterapii, která jim napomůže zdokonalit jemnou motoriku a každodenní činnosti či návyky. Konkrétně sestry uvedly, že by pacienty mohlo bavit pletení, háčkování, vyšívání a podobné ruční práce. Dále uvedly jako vhodnou aktivitu hraní společenských her jako např. pexeso, karty, společenské deskové hry. Další dvě sestry uvedly jako vhodnou aktivitu pro pacienty bazální stimulaci. Friedlová (2011) ve své publikaci, že cílem bazální stimulace je podpora rozvoje vlastní identity seniora. Bazální stimulace pacientovi umožní lepší orientaci na svém těle a následně v jeho okolí. Podporuje také komunikaci na úrovni jemu adekvátních komunikačních kanálů. U seniorů s nezvratnými změnami jejich tělesného a duševního stavu výrazně podporuje také kvalitu jejich života. Bazální stimulace se individuálně přizpůsobuje věku a stavu klienta (Friedlová, 2011). Dále by sestry jako přínosné viděly i fyzickou aktivitu pacientů v podobě lehkého cvičení jako jsou např. jóga, pilates či meditace.

Odpovědi pacientů byly do značné míry podobné, jen však jinak formulované. Pacienti si jsou vědomi značného přínosu ergoterapie, která jim pomáhá odvrátit myšlenky od jejich momentálního zdravotního stavu. Tento blahodárny přínos ergoterapie také potvrzuje ČAE, která popisuje jednotlivé cíle ergoterapie. Mezi tyto cíle patří právě smysluplné zaměstnání a aktivity, které mají podporovat duševní pohodu a zdraví pacienta. Neméně důležitou oblastí je podle ČAE také naplňování sociální role jedince s čímž souvisí jeho zapojení do aktivit sociálního prostředí a komunity. Plně se ztotožňují s tvrzením ČAE i pacienti, kteří zmiňují výhody ergoterapie. Za nejužitečnější výhodu osobně považují odvrácení myšlenek od celkového zdravotního stavu. Pacient je během činnosti plně zaměstnán pouze danou aktivitou, která vyžaduje plně jeho soustředěnost. Nemá pak tolik času přemýšlet nad negativními důsledky svého zdravotního stavu.

Také z odpovědí pacientů v této oblasti vyplývá, že během dlouhodobé hospitalizace strádají zejména po psychické stránce, kdy jsou sociálně izolovaní, bez přítomnosti rodinných příslušníků a v cizím prostředí. Toto zjištění vyplynulo z nejčastějších odpovědí pacientů, kteří uváděli především nedostatek pobytu na čerstvém vzduchu, kontaktu se známými lidmi a vykonávání každodenních návyků. Jako další aktivizační činnost, kterou pacienti od sester přivítali, by byla masáž zad. Tuto odpověď pacienti

uváděli na základě skutečnosti, že jsou v nemocnici příliš tvrdé a nepohodlné matrace. Další odpovědi pacientů bylo strádání i po duchovní stránce. Pacientka by uvítala přítomnost kaple v nemocničním areálu, kam by mohla chodit na mše. Také jedné pacientce chyběl její domácí mazlíček.

Jak jsme se již od samotných pacientů v našem výzkumném šetření mohli dozvědět a potvrzuje nám to i odborná literatura, aktivizační činnosti mají na pacienty blahodárný vliv po všech stránkách. Jsme si sice vědomi toho, že ošetrovatelská péče o dlouhodobě hospitalizované pacienty je velice psychicky i časově náročná. Sestry však dle mého názoru pacientům nabízí jen základní činnosti, které mohou vykonávat i sami bez cizí pomoci či vedení. Většinou to jsou fyzicky nenáročné aktivity, u kterých je pacient spíše pasivní. Což vyplývá i z našeho výzkumu, kdy potřeba aktivizujících programů je u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů zdaleka vyšší než je jejich aktuální nabídka. *Druhý cíl* zjistit potřebu aktivizujících programů u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů *byl splněn*.

Třetí oblastí výzkumného šetření se zabývala samotnými benefity aktivizujících programů. Benefity jsme rozdělili na fyzické, psychické a sociální.

Mezi fyzické benefity většina sestra zařadila zejména procvičování jemné motoriky pacientů. Další fyzickou výhodou je podle některých sester také změna prostředí, ve kterém se pacient během činnosti vyskytuje. Tutu skutečnost potvrzuje také ve své publikaci Kalvach, Zadák, Jirák (2004), kteří upozorňují na důležitost prostředí podporující aktivitu člověka. Odpovědi pacientů se ztotožňují s odpověďmi sester. Někteří z pacientů zmiňují jako fyzickou výhodu aktivizačních činností procvičení jemné motoriky a zapojení všech smyslů do dané aktivity. Aktivizace zejména v gerontologickém věku je velice důležitá a prospěšná, jak uvádí Dvořáčková (2013). Aktivita pomáhá mobilizovat fyzickou i psychickou stránku osobnosti člověka. Na úbytek svalové hmoty a snižování výkonosti u starších dlouhodobě hospitalizovaných pacientů poukazuje také ve své publikaci Pedersen (2015). Jakou prevenci těchto nežádoucích jevů vidí v lehkém každodenním cvičení pacientů. (Pedersen et al., 2015).

Mezi psychické benefity aktivizačních programů sestry zařadily celkové zlepšení nálady pacienta. S tím jde ruku v ruce i efektivnější a snazší spolupráce s celým ošetrovatelským týmem. Jako další psychickou výhodou, kterou aktivizační činnost

přináší, sestry uvedly zkrácení volné chvíle během dlouhodobé hospitalizace. Pacientům den strávený v nemocničním prostředí tak mnohem rychleji uteče. Pacienti tuto domněnku také potvrzují ve svých odpovědích. Polovina dotazovaných pacientů odpověděla, že jim rychleji plyne čas a krátí se jim dlouhá chvíle strávená v nemocničním prostředí. Další psychickou výhodou aktivizujících činností dle odpovědí pacientů je zlepšení celkové nálady. Pacient u toho nemyslí na nic nepříjemného, ale plně se soustředí na danou činnost. Tuto skutečnost potvrzuje také ve své publikaci Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011). Fyzickou aktivizaci pacienta považují za činnost pomáhající nemocnému odvádět jeho pozornost od negativ nemoci a zároveň podporovat jeho snahu o co největší soběstačnost (Zacharová, Šimíčková – Čížková, 2011). Zejména na oddělení následné péče je aktivizace po psychické stránce dle mého názoru velice důležitá. Právě dlouhodobá hospitalizace na tomto druhu oddělení vyžaduje ze strany pacienta psychickou pohodu, klid a velkou dávku trpělivosti, aby se zdravotní stav co nejefektivněji zlepšil. Z toho důvodu by měla být zastoupena aktivizační činnost, která by rozvíjela psychickou pohodu v mnohem větší míře, než tomu ve skutečnosti v praxi je.

Mezi sociální výhody aktivizačních činností sestry zařadily zejména společenskou integritu pacienta. Zejména v dnešní době, kdy jsme všichni nuceni být v sociální izolaci kvůli epidemiologické situaci panující v České republice, je sociální integrita velice důležitá a potřebná. Největší výhodou spatřují v kontaktu s ostatními pacienty, terapeuty i s cizími lidmi. Při této aktivitě se také rozvíjí komunikační schopnosti. Názor pacientů na tuto problematiku je totožný. Pacienti ve svých odpovědích uváděli, že se během aktivizace více zajímali o společnost. Tento jev se pozitivním způsobem odrazil také na jejich celkovém sebevědomí a sebedůvěře v cizím prostředí. Další výhodou dle pacientů je rozšíření obzorů, slovní zásoby a tolerance vůči jiným pacientům. Mezi další sociální výhody můžeme zařadit zmírnění pocitu osamění u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Tím můžeme dosáhnout např. canisterapií, jak nám potvrzuje také výzkum, kterého se účastnilo 21 dlouhodobě hospitalizovaných pacientů starších 80 ti let. Ti byli třikrát týdně po dobu 90 minut vystaveni přítomnosti psa a to celých 6 měsíců. Hodnota osamění byla měřena pomocí UCLA stupnice. Stupnici UCLA Loneliness Scale. Autory vytvořili D. Russell, L. A. Peplau a M. L. Ferguson. Základním formátem je čtyřbodová Likertova škála, ve které jsou výroky diferencovány na nikdy, zřídka, občas a vždy. Součet bodů tvoří celkové skóre, vyšší

skóre představuje vyšší míru osamělosti. Porovnání výsledků před a po výzkumu ukázalo, že společnost psa snížila pocity osamění. (Tylová, Kuželová a Ptáček, 2014). Nejen sociální ale také psychické benefity může dlouhodobě hospitalizovaným pacientům přinést canisterapie. Jak ve svém článku zmiňují autoři Mims a Waddell (2016), které popisují zlepšení úzkostných stavů a pocitů osamělosti u skupiny seniorů. Psychologové ve výzkumném šetření zaznamenali zlepšení psychického stavu pacientů až o 82%. Jeden ze seniorů po týdnu v kontaktu se psem dokonce uvedl, takové zlepšení, které napomohlo ke snížení užívání medikamentů na spaní na poloviční počet (Mims, Waddell, 2016).

Psychické, fyzické i sociální výhody aktivizujících programů jsou, jak vyplývá z našeho výzkumu, nepostradatelné a velice potřebné. Vzájemně se doplňují a všechny jsou pro dlouhodobě hospitalizovaného pacienta stejně důležité. Slouží k uspokojení individuálních bio-psycho-sociálních potřeb každého pacienta. Dále také k navázání blízkého kontaktu mezi pacientem a zdravotníkem, či jiným pracovníkem. Aktivizující programy napomáhají v neposlední řadě ke zkrácení celkové doby hospitalizace, jak je již několikrát výše zmiňováno. *Třetí cíl* zjistit konkrétní benefity aktivizujících programů *byl splněn*.

Součástí poslední oblasti výzkumného šetření s názvem benefity aktivizujících programů byly otázky týkající se výhod jen pro sestry. Proto zde uvádíme pouze odpovědi sester. Sestry pro svoji profesní roli vidí jako benefit aktivizačních programů především lepší psychickou pohodu pacienta. Pacienti mají dle jejich názoru lepší náladu a sestrám se s takovými pacienty mnohem lépe komunikuje a pracuje. Pozitivně naladěný pacient lépe snáší některé nepříjemné zdravotní výkony a celkově se lépe vypořádává s dlouhodobou hospitalizací. Celková spolupráce je s takovým pacientem v dobrém psychickém rozpoložení daleko příjemnější, jednodušší. Velice zajímavou odpověď uvedly dvě sestry, které vidí jako přínos aktivizujících činností v tom, že nemusejí aktivitu vymýšlet pro pacienty samy. Považují za přínosné, aby tuto aktivizační činnost s pacientem prováděl speciálně proškolený pracovník. Domnívají se, že budou mít následně více času na svoji odbornou práci. S tímto názorem se neztotožňujeme. Domníváme se, že by sestra měla během své práce zvládnout pacienta dostatečně vyslechnout, udělat si na něj potřebný čas a neodbyvat ho jen vykonáním nejnnutnějších zdravotních výkonů. Jsme si vědomi faktu, že toto lze v praxi uskutečnit

za předpokladu dostatečného množství ošetřujícího personálu. Pokud by tomu tak v praxi skutečně bylo, sestry by měly možnost věnovat se pacientů tak, jak by si samy přály, a samotní pacienti zasloužili. Na základě toho jsme vytvořili návrh nového konceptu aktivizujících činností, které by sestra pacientovi mohla nabídnout. Součástí tohoto konceptu je i návrh aplikace této myšlenky do praxe. Koncept je výstupem této diplomové práce a je součástí příloh.

Čtvrtá oblast našeho výzkumného šetření byla zaměřená na poskytovatele aktivizačních programů. Tuto kategorii jsme zkoumali pouze u sester, proto zde uvádíme jen jejich odpovědi. Většina sester uvádí, že by poskytovatelem aktivizačních programů měl být speciálně proškolený pracovník. Jako důvod uvádí svou pracovní vytíženost, chybějící proškolení a znalost konkrétní činnosti. Sestry se domnívají, že by během pracovního dne nenašly přesně určený čas, během kterého by danou aktivitu mohly s pacientem provádět. Náš názor na tuto problematiku je odlišný. Jako poskytovatel aktivizující činnosti by měla být především sestra, která je s pacientem nejčastěji v kontaktu. Chápeme však důvod sester, proč by raději uvítaly, aby aktivizační činnosti prováděli s pacienty speciálně proškolení pracovníci. Proto byl námi navržen nový koncept realizace aktivizačních činností.

Další dvě sestry by byly ochotny aktivizační činnost s pacienty provádět, ale za určitých předem jasně daných podmínek. Jako motivující prvek nejčastěji uvádějí vyšší finanční ohodnocení. Motivace vyššího finančního ohodnocení sestry uvedly i jako motivaci pro vzdělání v oblasti aktivizačních programů. Jako nejsilnější vnější motivaci uvedlo také 10 zdravotních sester průměrného věku 44 let ze zahraniční studie jistotu zaměstnání, zvýšení platů a různé odměny. Také by velice rády uvítali efektivnější komunikaci s vedoucími pracovníky o jejich finančním ohodnocení. Jak je vidět tento stejný motivační stimul se vyskytuje u zdravotních sester napříč státy a kontinenty (Halldorsdottir, Einarsdottir, Edvardsson, 2018).

Další podmínkou pro vzdělání byla pro sestry možnost zkrácení pracovní doby. Z dvanáctihodinové směny na osmihodinovou ranní směnu. Dalšími motivačními prvky by byl týden dovolené navíc, stravenky, lístky do kina a různé jiné benefity. V této oblasti jsme také zjišťovali, zda by sestry uvítaly větší informovanost o aktivizačních programech, které by následně s pacienty mohly vykonávat. Většina sester by větší informovanost v této oblasti uvítala a to v pravidelných intervalech např. jednou za půl

roku prostřednictvím vrchní sestry. *Čtvrtý cíl* zjistit požadavky na poskytovatele aktivizujících činností *byl splněn*.

6 Závěr

Diplomová práce se věnuje tématu aktivizujících programů pro dlouhodobě hospitalizované pacienty. Aktivizujících činností, jak v našem výzkumném šetření vyplynulo, je v praxi bohužel nabízeno a následně aplikováno velice málo, proto jistě stojí za zamyšlení, z jakých důvodů tomu tak je. Samotné téma je nadčasové, protože dlouhodobě hospitalizovaní pacienti v nemocničních zařízeních byli, jsou a stále budou.

Můžeme konstatovat, že došlo k naplnění výzkumných cílů. Výsledky našeho výzkumného šetření ukazují, že zájem pacientů o aktivizační činnosti je vyšší, než je současná nabídka v nemocnici. Mezi nejčastěji nabízené aktivity patří ergoterapie, arteterapie a psychoterapie. Dále se diplomová práce zabývá výhodami, které tyto aktivity pro pacienty přináší. Fyzický benefit aktivizujících činností spatřují jak sestry, tak i pacienti zejména v procvičení jemné motoriky a koordinaci pohybů. Nejčastěji pacienti zmiňovaným psychickým přínosem aktivizujících činností bylo rychlejší plynutí volného času, lepší nálada, odpoutání se od momentální situace a zhoršeného zdravotního stavu. Aktivizační činnosti obohatily pacienty i po sociální stránce, kdy jim napomohly začlenit se více do kolektivu a poznat lépe zdravotnický personál. V našem výzkumném šetření jsme se zajímali také o požadavky, které jsou kladeny na osobu vykonávající jakoukoli aktivizační činnost s pacienty. Aktivizující pracovník nemusí splňovat jen charakterové vlastnosti vhodné pro výkon tohoto povolání, ale musí také absolvovat celou řadu školení, kurzů, specializací a praktické výuky.

Naší snahou v rámci výstupu z této diplomové práce je nejen poukázat na nutnost využití aktivizačních činností v praxi, ale také pravidelné edukace sester o těchto prospěšných činnostech.

Výsledky výzkumného šetření mohou posloužit k vytvoření nového aktivizačního programu pro dlouhodobě hospitalizované pacienty. Jednalo by se o nový koncept pojetí aktivit u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Sestry jako aktivizující osoby by byly speciálně odborně proškoleny na konkrétní aktivity, které by s pacienty prováděly dle jejich preferencí a fyzického stavu. Pro úspěšnost celého aktivizačního programu by bylo vhodné zajistit dostatečné množství aktivizujících sester, které by ve své pracovní náplni měly pouze poskytování aktivizačních činností dlouhodobě hospitalizovaným pacientům. Byly by vybaveny veškerými potřebnými pomůckami a

hudebními nástroji pro danou aktivitu. S nově navrženým konceptem aktivizačních činností bychom seznámili vrchní sestry z oddělení následné péče na workshupu zabývajícím se touto tematikou.

Věříme, že zavedení nového aktivizačního programu do praxe je reálné. Stačí pouze ochota ze stran vedení a dostatečné množství finančních prostředků na uhrazení navýšení nelékařského zdravotnického personálu v podobě aktivizujících sester a jejich pomůcek potřebných k výkonu aktivizujících činností.

7 Seznam použitých zdrojů

1. ABERLOVÁ, M., 2008. *Jak tráví svůj volný čas dlouhodobě hospitalizovaný pacient*. Brno. Bakalářská práce. Masarykova univerzita.
2. ALDRIDGE, D., 2005. *Music therapy and neurological rehabilitation*. London: Jessica Kingsley Publishers. 302 s. ISBN 18-431-0302.
3. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
4. BÁRTLOVÁ, S., MATULAY, S., 2009. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny*. Martin: Osveta. 141 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
5. BERGLER, R., 1994. *Warum Kinder Tiere Brauchen*. Freiburg: Herder. ISBN 978-3451043192.
6. BENÍČKOVÁ, M., 2017. *Muzikoterapie a edukace*. Praha: Grada. 246 s. ISBN 978-80-271-9986-0.
7. BICKOVÁ J., 2020. *Zooterapie v kostce*. Praha: Portál. 277 s. ISBN 978-80-262-1585-1.
8. CAMPBELLOVÁ, J., 2000. *Techniky arteterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál. 199 s. ISBN 80-7178-204-1.
9. CASEOVÁ, C., DALLEYOVÁ, T., 1995. *Arteterapie s dětmi*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-065-0.
10. Česká asociace ergoterapeutů, 2008-2020a. [online]. *Co je ergoterapie*. [cit. 2020-01-15]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/co-je-to-ergoterapie/>
11. Česká asociace ergoterapeutů, 2008-2020b. [online]. *O profesi*. [cit. 2020-01-15]. Dostupné z: <http://ergoterapie.cz/o-profesi/>
12. Česká arteterapeutická asociace, 2020a. [online]. *Arteterapie*. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/arteterapie>
13. Česká arteterapeutická asociace, 2020b. [online]. *Historie arteterapie*. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/arteterapie/historie-arteterapie>
14. Česká arteterapeutická asociace, 2020c. [online]. *Kvalifikace*. [cit. 2020-01-20].

Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/profese-arteterapeut>

15. Česká arteterapeutická asociace, 2020d. [online]. *Využití arteterapie*. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <http://www.arteterapie.cz/arteterapie/vyuziti-arteterapie>
16. ČEVELA, R. et al., 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. 238 s. ISBN 978-80-247-4544-2.
17. ČEVELA, R., KALVACH, Z., ČELEDOVÁ, L., 2012. *Sociální gerontologie: úvod do problematiky*. Praha: Grada. 263 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
18. FELBER, R., REINHOLD, S., STÜCKERT, A., 2005. *Muzikoterapie. Terapie zpěvem*. Hranice: Fabula. 242 s. ISBN 80-86600-24-6.
19. FINE, A. H., 2015. *Handbook on animal-assisted therapy: foundations and guidelines for animal-assisted intervention*. Boston: Academic Press. 427 s. ISBN 978-0-12-801292-5.
20. FORESTIER, R., 2007. *L'évaluation en art-thérapie :Pratiques internationales*. Elsevier-Masson edition. 200 s. ISBN 978-2-84299-831.
21. FRIEDLOVÁ, K., 2007. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.
22. FRIEDLOVÁ, K., 2008. Bazální stimulace v pediatrii. In SEDLÁŘOVÁ, P. a kol. *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. Praha: Grada. s. 131. ISBN 978-80-247-6667-6.
23. FRIEDLOVÁ, K., 2011. Koncept bazální stimulace v dlouhodobé péči. In KALVACH, Z. a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. s. 248 – 252. ISBN 978-80-247-4026-3.
24. GERLICOVÁ, M., 2021. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest. 2. přepr.vydání*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-271-1791-8.
25. HALLDORSOTTIR, S., EINARSDOTTIR, E., EDVARDSSON, IR., 2018. Effects of cutbacks on motivating factors among nurses in primary health care. *Scand J Caring Sci.* 32(1), 397-406. DOI: [10.1111/scs.12474](https://doi.org/10.1111/scs.12474)
26. HOLCZEROVÁ, V., DVOŘÁČKOVÁ, D., 2013. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada. 96 s. ISBN 978-247-4697-5.

27. HORÁČKOVÁ, H., 2016. *Výtvarná činnost jako prostředek aktivizace seniorů*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita.
28. Institut bazální stimulace, 2004-2019a. [online]. *O bazální stimulaci*. [cit. 2021-06-15]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>
29. Institut bazální stimulace, 2004-2019b.[online]. *Prohlubující kurz Bazální stimulace*. [cit. 2021-06-15]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/nabidka/kurzy/prohlubujici-kurz-i/>
30. Institut bazální stimulace, 2004-2019c. [online]. *Základní kurz Bazální stimulace*. [cit. 2021-06-15]. Dostupné z: <https://www.bazalni-stimulace.cz/nabidka/kurzy/zakladni-kurz/>
31. KALINOVÁ, V., 2003. *Systém vzdělávání v oblasti canisterapie*. České Budějovice. Diplomová práce. Zdravotně sociální fakulta.
32. KALVACH, Z., ZADÁK, Z., JIRÁK., R., 2004. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
33. KANTOR, J. et. al., 2009. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada. 295 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
34. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I., 2008. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
35. KRIVOŠÍKOVÁ, M., 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. 364 s. ISBN 978-80-247-2699-1.
36. KUZNÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
37. LACINOVÁ, J., 2003: Úvodní příspěvek - situace canisterapie v ČR. In *Mezinárodní seminář o zooterapiích. Sborník příspěvků*. Brno: Sdružení Filia, s. 7 – 10.
38. LACINOVÁ, J., 2007. Historický vývoj zooterapie a její současný stav. In *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. Kolektiv autorů. 1.vyd. České Budějovice: Dona. 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
39. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2.

aktualizované vyd. Praha: Grada. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

40. LASER, M., 2012. *Vztah člověka a zvířat: využití zvířat ve švýcarských pobytových zařízeních sociálních služeb*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. 92 s. ISBN 978-80-9046-684-5.
41. LHOTOVÁ, M., PEROUT, E., 2018. *Arteterapie v souvislostech*. Praha: Portál. 246 s. ISBN 978-80-262-1272-0.
42. LUDWIG, G., 2017. *Kočičí řeč: cesta k harmonickému partnerství*. Praha: Euromedia. 128 s. ISBN 978-80-7549-087-2.
43. MILLER WR, MOYERS TB, 2017. Motivational interviewing and the clinical science of Carl Rogers. *J Consult Clin Psychol*. 85(8), 757-766. DOI: [10.1037/ccp0000179](https://doi.org/10.1037/ccp0000179)
44. MIMS, D., WADDELL, R., 2016. Animal Assisted Therapy and Trauma Survivors. *J Evid Inf Soc Work*. 13(5), 452-7. DOI: [10.1080/23761407.2016.1166841](https://doi.org/10.1080/23761407.2016.1166841)
45. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.
46. MÜLLER, O., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. přeprac. vyd. Praha: Grada. 508 s. ISBN 978-80-247-4172-7.
47. Muzikoterapeutická asociace ČR, 2021. [online]. *Využití muzikoterapie*. [cit. 2021-06-10]. Dostupné z: <http://www.czmta.cz/muzikoterapie/vyuziti-muzikoterapie>
48. NERANDŽIČ, Z., 2003. Zooterapie v kontextu ucelené rehabilitace. In *Pravda o zooterapii*. Sborník příspěvků ze dvou celostátních konferencí pořádaných dne 27.11.2001 v Hluboké nad Vltavou a dne 18.12.2002 v Ústavu sociální práce v Českých Budějovicích. 1. vydání. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, s. 9-11. ISBN 80-7040-608-9.
49. NERANDŽIČ, Z., 2006. *Animoterapie aneb jak nás zvířata umí léčit: praktický průvodce pro veřejnost, pedagogy i pracovníky zdravotnických zařízení a*

- sociálních ústavů*. Praha: Albatros. 156 s. ISBN 80-00-01809-8.
50. ODENDAAL, J., 2007. *Zvířata a naše mentální zdraví*. Praha: Brázda. 173 s. ISBN 978-80-209-0356-3.
51. PAVLOVSKÝ, P. A KOL., 2012. *Soudní psychiatrie a psychologie – 4. aktualizované vyd.* Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-4332-5.
52. PEDERSEN ET AL., 2015. Feasibility of progressive sit-to-stand training among older hospitalized patients. *PeerJ*. 17(3). DOI: [10.7717/peerj.1500](https://doi.org/10.7717/peerj.1500)
53. PLHÁKOVÁ, A., 2006. *Dějiny psychologie*. Praha: Grada. 328 s. ISBN 80-247-0871-X.
54. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.
55. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. A KOL., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.
56. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., 2015. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada. 191 s. ISBN 978-80-247-5788-9.
57. ŘÍČAN, P., 2010. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-247-3133-9.
58. SHELDRAKE, R., 2003. *Váš pes to ví*. Praha: Rybka Publisher. 332 s. ISBN 978-80-86182-50-6.
59. SPAIN, C. V., SCARLETT, J. M., HOUP, K. A., 2004. Long-term risks and benefits of early-age gonadectomy in cat. *Journal of the American Veterinary Medical Association*. 224(3), 372-379. DOI: [10.2460/javma.2004.224.372](https://doi.org/10.2460/javma.2004.224.372)
60. *Stanovy NCHK*, 2019. [online]. Nezávislý chovatelský klub. [cit. 2021-06-10]. Dostupné z: <https://nchk.estranky.cz/clanky/klubove-dokumenty/stanovy-nchk.html>
61. STRAKOVÁ, Š., 1996. *Canisterapie*. Diplomová práce. Praha. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta.

62. SUCHÁ, J., 2013. Ergoterapie v péči o pacienty s demencí a na geriatrickém pracovišti. *Geriatric a gerontologie*. 2(3), 149-151. ISSN 1805-4684.
63. SVOBODOVÁ, I., TICHÁ, V., 2005 Zákony v „zoorehabilitační“ praxi ČR. In *Mezinárodní seminář o zooterapiích: Tvorba norem praxe I. Sborník příspěvků*. Brno: Sdružení Filia, s. 26-30. ISBN 80-239-5863-1.
64. ŠICKOVÁ-FABRICI, J., 2016. *Základy arteterapie*. Praha: Portál. 303 s. ISBN 978-80-262-1043-6.
65. Škola psychologie, 2021. [online]. *Kdo je psycholog, psychoterapeut, terapeut a kouč?* [cit. 2021-06-10]. Dostupné z: <https://skolapsychologie.cz/kdo-je-psycholog-psychoterapeut-terapeut-a-kouc/>
66. ŠOLTÉSOVÁ, D., BOSÁ, M., 2016. *Intervencia s asistenciou psov, úvod do teórie a praxe*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity. 244 s. ISBN 978-80-555-1686-8.
67. ŠRÁMKOVÁ, J., 2007. *Zdravotnická psychologie – teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 229 s. ISBN: 978-80-247-2068-5.
68. TICHÁ, V., 2006. *Využití skupinové canisterapie v dětském věku – integrační canisterapeutické tábory*. České Budějovice. Disertační práce. Zdravotně sociální fakulta.
69. TYLOVÁ, V., KUŽELOVÁ, H. a PTÁČEK, R., 2014. Emoční a sociální osamělost v etiologii a léčbě duševních poruch. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 110(3), 151-157. ISSN 1212-0383.
70. VAŇKOVÁ, P., 2012 *Aktivizace seniorů ve zdravotnických a sociálních zařízeních*. Brno. Diplomová práce. Masarykovo univerzita.
71. VÁVROVÁ, A., ČERVENKA, V., 2010. Využití ergoterapie v gerontopsychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. 11(3), 107-109. ISSN 1803-5272.
72. VELEMÍNSKÝ, M., 2008. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona. 334 s. ISBN 80-7322-109-8.

73. VOLTAIRE, © 2020. [online]. [cit. 2021-06-10]. Dostupné z: <https://citaty.net/citaty/14696-voltaire-clovek-se-narodil-k-cinnosti-nebyt-nicim-zamestna/>
74. Výbor pro ochranu zvířat a orgány veterinární správy, 2021. [online]. Výbor pro ochranu zvířat používaných pro vědecké účely. [cit. 2021-06-10]. Dostupné z: <http://eagri.cz/public/web/mze/ochrana-zvirat/kontakty/vybor-pro-ochranu-zvirat-pouzivanych-pro/>
75. VYMĚTAL, J., 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál. 398 s. ISBN 80-7178-740-X.
76. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., 2008. *Sociální psychologie 2. přepracované a rozšířené vydání*. Praha: Grada. 416 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
77. WAILLY, De. P., 2005. *Psí abeceda-všechno co potřebuji od svého člověka*. Praha: Práh. 316 s. ISBN 80-7252-123-3.
78. WARREN, B., 2000. *Arteterapia in educazione e riabilitazione*. Roma: Ericskon. 207 s. ISBN 978-88-794-6149-8.
79. WERNER, J., WOSCH, T., GOLD, CH., 2017.[online]. Effectiveness of group music therapy versus recreational group singing for depressive symptoms of elderly nursing home residents: pragmatic trial. *Aging & Mental Health*. 21(2), 147-155. [cit. 2021-05-10]. DOI: [10.1080/13607863.2015.1093599](https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1093599)
80. TUKA, V., TUKA, V., 2020. Jak motivovat pacienta ke změně životního stylu? *Vnitřní lékařství*. 66(1), 60-61. ISSN 1801-7592.
81. TYLOVÁ, V., KUŽELOVÁ, H., PTÁČEK, R., 2014. Emoční a sociální osamělost v etiologii a léčbě duševních poruch. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 110(3), 151-157. ISSN 1212-0383.
82. ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada. 246 s. ISBN 978-80-271-0155-9.
83. ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., 2011. *Zdravotnická psychologie*

pro zdravotnické obory. Praha: Grada. 288 s. ISBN 978-80-247-4062-1.

84. *Základní informace*. [online]. 1. oddělení následné péče Nemocnice České Budějovice, a.s. [cit. 2021-03-18]. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/oddeleni/>
85. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online]. In: *Zákony pro lidi, částka 37/2006*. [cit. 2021-05-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
86. Zákon č. 201/2017 Sb., o nelékařských zdravotnických pracovnících. [online]. In: *Zákony pro lidi, částka 72/2017*. [cit. 2021-05-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-201>
87. Zákon č. 372/2011 Sb, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. [online]. In: *Zákony pro lidi, částka 131/2011*. [cit. 2021-05-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
88. ZELINOVÁ, M., 2007. *Hry pro rozvoj emocí a komunikace: koncepce a model tvořivě humanistické výchovy*. Praha: Portál. 139 s. ISBN 978-80-7367-197-6.
89. ZELEIOVÁ, J., 2012. *Psychodynamické aspekty muzikoterapie: hudbopedagogické a hudbnoterapeutické súvislosti*. Trnava: Trnavská univerzita. 229 s. ISBN 978-80-8082-492-1.
90. ZRUBÁKOVÁ, K., BARTOŠOVIČ, I. a kol., 2019. *Nefarmakologická léčba v geriatrii*. Praha: Grada. 176 s. ISBN 978-80-271-2207-3.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Příloha 2: Otázky k rozhovorům se sestrami

Příloha 3: Otázky k rozhovorům s pacienty

Příloha 4: Koncept nového aktivizačního programu pro dlouhodobě hospitalizované pacienty

Příloha 1: Informovaný souhlas pro účastníka výzkumu

Byl/a jsem seznámen/a s cílem a obsahem výzkumného šetření diplomové práce na téma: Aktivizující programy pro dlouhodobě hospitalizované pacienty, který vede Bc. Lucie Hlaváčová.

Souhlasím s účastí na tomto výzkumu a dávám své svolení výzkumnici, aby materiál, který získá během rozhovoru se mnou, použila za účelem napsání své diplomové práce. Souhlasím s nahráváním mého rozhovoru a s jeho následnou analýzou a přepisem. Dávám souhlas, že výzkumnice může ve své diplomové práci citovat informace, které jí poskytnu. Jsem si vědom/a, že všechny mé osobní údaje zůstanou v anonymitě, nikde ve zpracování informací se neobjeví mé jméno.

Jsem si vědom/a, že pokud se během rozhovoru objeví obtížné téma, mohu odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku a kdykoli mohu rozhovor ukončit.

JMÉNO:.....

PODPIS:.....

DATUM:.....

Příloha 2: Otázky pro všeobecné sestry:

1. Jaké je Vaše pohlaví?
2. Jaké je Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?
3. Jak dlouho vykonáváte práci všeobecné sestry na oddělení následné péče?
4. Co si představíte pod pojmem aktivizační program?
5. Nabízíte aktivizační programy vašim klientům, pokud ano jaké?
6. Spolupracujete s některými organizacemi poskytující aktivizační služby?
7. Zdají se Vám nabízené aktivity pro klienty dostatečné ?
8. O jaké aktivity by podle Vás byl ze strany pacientů zájem?
9. Jaké další aktivity byste si pro pacienty sama představovala jako vhodné?
10. Jak často během hospitalizace byste klientům aktivizační činnost doporučila a poskytla?
11. Myslíte, že by bylo vhodnější, aby aktivizační činnost s klienty prováděla všeobecná sestra, nebo speciálně proškolený pracovník?
12. Byla byste ochotna se nechat speciálně proškolit, abyste mohla s klienty provádět aktivizační činnosti?
13. Za jakých podmínek byste se stala sestrou poskytující aktivizační činnost?
14. Jaké fyzické výhody přináší aktivizační programy pacientům podle Vás?
15. Jaké psychické výhody přinášejí aktivizační programy pacientům podle Vás?
16. Jaké sociální výhody vidíte v aktivizačních programech pro pacienty?
17. Uvítala byste větší informovanost o aktivizujících programech, které byste mohla sama jako všeobecná sestra pacientovi nabídnout?

Příloha 3: Otázky pro pacienty:

1. Jaké je Vaše pohlaví?
2. Kolik Vám je let?
3. Pracujete nebo jste už v důchodu?
4. Jak dlouho jste zde hospitalizován?
5. Jsou Vám během hospitalizace nabízeny některé aktivizační služby?
6. Jaké aktivizační služby jsou Vám nabízeny?
7. Jak často se aktivitě věnujete? Pravidelně či nahodile?
8. Kdo Vám aktivizační činnost nabízí? Sestra nebo speciálně proškolený pracovník?
9. S kým byste aktivitu chtěl provádět, se sestrou nebo speciálně proškoleným pracovníkem?
10. Jaká aktivita Vám během hospitalizace chybí nejvíc, na kterou jste byl předtím zvyklý/a?
11. Měl/a byste zájem o aktivizační činnost na zkrácení dlouhé chvíle během hospitalizace?
12. Jaké konkrétní činnosti byste se rád/a věnoval/a?
13. Pomáhají Vám aktivizační programy zkrátit dlouhé chvíle během hospitalizace?
14. V čem vidíte největší fyzický benefit těchto aktivit?
15. Jaké psychické výhody Vám aktivizační činnosti přináší?
16. Jaké sociální výhody shledáváte v aktivizačních činnostech?

Příloha 4: Nový koncept aktivizačního programu

Přehled nabízených aktivizujících činností pro dlouhodobě hospitalizované pacienty



Zdroj: McMillan, E., 2016. [online]. [cit. 2021-07-28]. Dostupné z: <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/singing-nurse-qeii-hospital-halifax-1.3492091>

Proč bychom měli s dlouhodobě hospitalizovanými pacienty provádět aktivizující činnosti?

Protože během hospitalizace v nemocničním zařízení dochází velice rychle k nečinnosti pacienta, na kterou nebyl předtím zvyklý. Tato pro něj jistě nepříjemná změna může mít negativní dopad na jeho fyzický ale i psychický stav. Tím pádem se prodlužuje celková doba jeho hospitalizace, což je náročné nejen pro celý zdravotní personál, ale hlavně pro samotného pacienta.

Proto bychom se měli jako zdravotnický personál co nejvíce aktivně snažit vyplnit pacientův čas. Pomůžeme mu strávený čas na oddělení co nejvíce zpříjemnit a zkrátit.

Myšlenkou tohoto konceptu je tato brožurka, kde si pacient může vybrat libovolnou aktivitu dle svého zájmu a především nynější fyzické zdatnosti. Věříme, že si každý vybere činnost, která ho bude bavit a pomůže mu tak během mnohdy nepříjemné dlouhodobé hospitalizace v nemocničním zařízení nejen zkrátit čas, ale především být v co nejlepší psychické pohodě.

1 Rozhovor – psychoterapie s dlouhodobě hospitalizovaným pacientem. Pacienty nejvíce vyhledávaná aktivita. Téma hovorů je zcela na pacientovi, dle jeho momentální nálady a rozpoložení. Sestra aktivně naslouchá, má na pacienta čas. Atmosféra by měla být co nejvíce uvolněná a přátelská. Délka rozhovoru je individuální, opět dle přání a možností konkrétního pacienta.



Zdroj: VETUSHKO, I., 2020. [online]. [cit. 2021-07-28]. Dostupné z: <https://crello.com/cs/unlimited/stock-photos/167624916/stock-photo-nurse-and-senior-woman-in/>

2 Četba knih a následná konverzace nad ní. Výběr knihy je dle pacientova zájmu. Kniha může být pacienta nebo zapůjčená z knihovny z daného oddělení následné péče. V čtení se může sestra střídat s pacientem, který si tak procvičí zrak, slovní zásobu i představivost.



Zdroj: VETUSHKO, I., 2020. [online]. [cit. 2021-07-28]. Dostupné z: <https://crello.com/cs/unlimited/stock-photos/167624916/stock-photo-nurse-and-senior-woman-in/>

3 Hraní společenských her. Hra může probíhat jen mezi sestrou a pacientem nebo ve skupině pacientů mezi sebou. Sestra se stává koordinátorem aktivizující činnosti. Může tak pozorovat jak se pacient integruje do kolektivu, dokáže se v něm orientovat a komunikovat s jinými pacienty. Během hraní různých společenských her může pacient navázat přátelský vztah s ostatními pacienty. Tato aktivita přináší pro pacienta mnoho psychických i sociálních výhod.



Zdroj: PÁNKOVÁ, A., 2015. [online]. [cit. 2021-07-28]. Dostupné z: https://plzensky.denik.cz/zpravy_region/denni-stacionar-ma-uspech-seniorum-se-libi-20151005.html

4 Canisterapie. Návštěva psa v nemocničním zařízení má na pacienta jen pozitivní vliv. Pacient může psa česat, hladit, hrát si s ním nebo se s ním mazlit přímo v nemocničním lůžku.



Zdroj: ZACHRLOVÁ, M., 2016. [online]. [cit. 2021-07-28]. Dostupné z: <https://m.nemji.cz/pacienty-leci-na-dusi-profesionalne-vycviceny-pes/d-7746>



Zdroj: FRANZ, J., 2014. [online]. [cit. 2021-07-28]. Dostupné z: <http://www.brontes.cz/canis-therapy/>

5 Felinoterapie. Přítomnost kočky má stejně blahodárné účinky na pacienta jako přítomnost psa.



Zdroj: ROBINS, S., 2020. [online]. [cit. 2021-07-28]. Dostupné z: <https://www.catster.com/lifestyle/does-your-kitty-have-what-it-takes-to-be-a-therapy-cat>



Zdroj: LUNDGREN, KAI, 2020. [online]. [cit. 2021-07-28]. Dostupné z: <https://www.helpguide.org/articels/healthy>

6 Basální stimulace se využívá k povzbuzení pacienta nebo také k uvolnění a relaxaci.



Zdroj: KRAKOWITZEROVÁ, L., 2015. [online]. [cit. 2021-07-28]. Dostupné z: <http://www.erapomaharegionum.cz/>, <http://www.dstrebon.cz>



Zdroj: ARCHIV NEMOCNICE PROSTĚJOV, 2012. [online]. [cit. 2021-07-28]. Dostupné z: https://prostejovsky.denik.cz/zpravy_region/novametodapy20070515.html

7 Muzikoterapie – pacienti sami hrají na drobné hudební nástroje. Např. na bubínek, triangel, rolničky, rumba koule. Hra na nástroje může být pochopitelně doplněna také zpěvem.



Zdroj: GAVLAS, R., 2021. [online]. [cit. 2021-07-28]. Dostupné z: <http://www.gavlasovi.cz/pro-organizace/neziskove-organizace/muzikoterapie/>



Zdroj: GAVLAS, R., 2021. [online]. [cit. 2021-07-28]. Dostupné z: <http://www.gavlasovi.cz/pro-organizace/neziskove-organizace/muzikoterapie/>

8 Arteterapie v různých podobách. Malování vodovkami, temperami, kreslení pastelky, tužkou, tuhou, voskovky, křídly, razítky, houbičkou atd.



Zdroj: VLČKOVÁ, R., 2013. [online]. [cit. 2021-07-28]. Dostupné z: <https://www.knihovnakv.cz/arteterapie-pro-seniory-st-role-p156.htm>



Zdroj: NĚMCOVÁ, M., 2012. [online]. [cit. 2021-07-28]. Dostupné z: <https://www.mistnikultura.cz/vystava-praci-absolventu-kurzu-arteterapie-pro-seniory>

9 Ergoterapie - pacienti barví velikonoční vajíčka na oddělení následné péče.



Zdroj: ŠMÍD, Z., 2015. [online]. [cit. 2021-07-28]. Dostupné z: <https://www.domov-anna.cz/ergoterapie>



Zdroj: ŠMÍD, Z., 2015. [online]. [cit. 2021-07-28]. Dostupné z: <https://www.domov-anna.cz/ergoterapie>

9 Seznam zkratek

AP – aktivizující program

atd – a tak dále

ADL – test záměrných všedních činností

CZMTA – Česká muzikoterapeutická asociace

ČAA – Česká arteterapeutická asociace

ČEA – Česká ergoterapeutická asociace

HET – hudebně edukační terapie

IADL- test instrumentálních všedních činností

NCHK – nezávislý chovatelský klub

ONP – oddělení následné péče

P – pacient

str – strana

tzv – tak zvaně

VS – všeobecná sestra

WHO – World Health Organization