

UNIVERZITA KARLOVA  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

*Ústav ošetrovatelství*



**Jana Machová**

**Pohybová aktivita seniorů v době hospitalizace**

*Mobility of elderly people during their hospitalization*

*Bakalářská práce*

Praha 2018

Autor práce: Jana Machová

Studijní program: Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: **Mgr. Václava Otcová**

Pracoviště vedoucího práce: **Ústřední vojenská nemocnice v Praze –  
Interní klinika**

Konzultant: **PhDr. Marie Zvoníčková**

Pracoviště konzultanta: **Ústav ošetrovatelství, 3. lékařská fakulta  
UK**

Předpokládaný termín obhajoby: září 2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně a použila výhradně uvedené citované prameny, literaturu a další odborné zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby má bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací. Potvrzuji, že tištěná i elektronická verze v Studijním informačním systému UK je totožná.

V Praze dne 20. května 2018

Jana Machová

## **Poděkování**

Za vedení práce bych chtěla poděkovat své vedoucí Mgr. Václavě Otcové za její vstřícný a odborný přístup. Dále děkuji PhDr. Marii Zvoníčkové, konzultantce práce, za její cenné rady.

## **Abstrakt**

Cílem bakalářské práce je zmapovat pohybovou aktivitu seniorů během jejich hospitalizace. Dalším dílčím cílem je zjistit, jakým konkrétním aktivitám se hospitalizovaní senioři věnují v lůžku a mimo něj. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část práce slouží jako vhled do problematiky stáří, hospitalizace a pohybové aktivity seniorů. Praktická část je pak zaměřena na realizaci kvantitativního výzkumného šetření a na zhodnocení dat získaných tímto šetřením na konkrétním oddělení ve zdravotnickém zařízení. Šetření, které autorka práce provedla na konkrétním nemocničním oddělení, potvrdilo autorčiny znepokojující domněnky o deficitu pohybové aktivity hospitalizovaných seniorů a také potvrdilo nedostatek motivace k pohybové aktivitě u této skupiny pacientů. Dále práce pobízí k nutnosti většího zamyšlení se a věnování se problematice pohybové aktivity starších hospitalizovaných pacientů.

## **Abstract**

The main aim of the thesis is to conduct the survey of mobility of the elderly people during their hospitalization. The partial aim focuses on activities the hospitalized seniors could devote when laying in a bed and being outside the bed. The thesis is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical part provides the insight into the process of aging itself, the hospitalization and the mobility of the elderly people. The practical part describes the qualitative research and the evaluation of the data gained, both in the specific hospital department. The research made by the author of the thesis in the specific hospital department just confirmed author's assumptions of the mobility deficiency among the hospitalized seniors and also confirmed the lack of motivation for moving in this group of patients. The thesis also encourages to dedicate more and to care more about the issue of mobility of the hospitalized elderly people.

# Obsah

ÚVOD.....	9
<b>1. TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
1.1 STÁŘÍ.....	10
1.1.1 Gerontologie, geriatricie .....	10
1.1.2 Definice stáří .....	10
1.1.3 Tělesné změny ve stáří .....	12
1.1.4 Psychické změny ve stáří .....	14
1.1.5 Sociální změny ve stáří .....	15
1.2 STÁRNUTÍ.....	16
1.2.1 Demografie stárnutí v ČR .....	17
1.3 GERIATRICKÉ SYNDROMY.....	18
1.3.1 Hypomobilita .....	18
1.3.2 Instabilita a pády .....	18
1.3.3 Stařecká křehkost .....	19
1.4 SENIOR A JEHO POTŘEBY .....	20
1.5 KVALITA ŽIVOTA SENIORŮ .....	22
1.6 SITUACE BĚHEM HOSPITALIZACE SENIORA .....	23
1.6.1 Imobilizační syndrom.....	23
1.6.2 Projevy a následky imobilizačního syndromu .....	24
1.6.3 Prevence imobilizačního syndromu .....	25
1.7 POHYBOVÁ AKTIVITA .....	25
1.7.1 Vztah mezi pohybem a psychikou .....	25
1.7.2 Pohybová aktivita v životě seniora .....	26
1.7.3 Problematika vybraných pohybových aktivit.....	26
1.7.4 Motivace seniorů k pohybové aktivitě .....	28
1.8 POHYBOVÁ AKTIVITA BĚHEM HOSPITALIZACE SENIORA .....	29
1.8.1 Vztah mezi fyzickou závislostí a délkou hospitalizace u geriatrických pacientů .....	29
1.8.2 Intervence pro podporu soběstačnosti a mobility v době hospitalizace seniora.....	30
<b>2. VÝZKUMNÁ ČÁST.....</b>	<b>31</b>
2.1 CÍL VÝZKUMU.....	31
2.2 HYPOTÉZY .....	31
2.3 ČASOVÝ HARMONOGRAM PRÁCE.....	32
2.4 METODOLOGIE .....	32
2.4.1 Úkol pozorovatelky během šetření.....	33
2.5 VÝHODY A NEVÝHODY ZVOLENÉ METODY VÝZKUMU Z POHLEDU AUTORKY PRÁCE .....	34
2.6 ZPRACOVÁNÍ DAT .....	34
2.6.1 Pacientka č. 1 .....	35
2.6.2 Pacientka č. 2 .....	36
2.6.3 Pacientka č. 3 .....	38
2.6.4 Pacientka č. 4 .....	40
2.6.5 Pacientka č. 5 .....	41
2.6.6 Pacientka č. 6 .....	42
2.6.7 Pacient č. 7 .....	44
2.6.8 Pacient č. 8 .....	45
2.6.9 Pacient č. 9 .....	46

2.6.10 Pacient č. 10 .....	48
2.7 VYHODNOCENÍ .....	49
2.7.1 Cíl: Zjistit množství času stráveného v lůžku nemocným .....	49
2.7.2 Cíl: Zmapovat činnosti prováděné pacientem během dne, v lůžku i mimo něj na pokoji pacienta .....	50
2.7.3 Cíl: Reflektovat vlastní pocity z pozorování.....	53
2.8 VYJÁDRĚNÍ K HYPOTÉZÁM .....	53
<b>3. DISKUZE .....</b>	<b>55</b>
<b>4. ZÁVĚR.....</b>	<b>59</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>60</b>
<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ .....</b>	<b>63</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>64</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH .....</b>	<b>65</b>



## Úvod

V bakalářské práci se budu zabývat pohybovou aktivitou hospitalizovaných seniorů. Cílem práce je zmapovat, jakým aktivitám se v lůžku a mimo něj věnují hospitalizovaní senioři. Také se budu zajímat o to, kolik času v lůžku hospitalizovaní senioři tráví.

Považuji za důležité, zvláště u populace seniorů, zabývat se hlouběji tím, jakým způsobem náročné období hospitalizace prožívají. Pro žádného hospitalizovaného pacienta všech věkových kategorií, vyjma těch nejtěžších a nejkomplicovanějších případů, totiž dle mého názoru není přínosné trávit dobu hospitalizace celodenním poleháváním v lůžku.

Během své praktické výuky jsem se na různých odděleních setkala s tím, že starší hospitalizovaní pacienti tráví spoustu času ve svém lůžku a nevyvíjejí příliš mnoho aktivit mimo něj. Tito pacienti na mě často působili dojmem, že nemají, co by dělali. Někteří zase vypadali, že jim chybí motivace pro vykonávání pohybové aktivity.

Při psaní práce jsem se inspirovala podobným výzkumem z roku 2013, který provedli studenti 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Výsledky obou šetření porovnávám v diskuzi práce.

Práce je rozdělena na dvě části – má teoretickou část a část praktickou. Teoretická část slouží jako náhled do celé problematiky a vysvětluje důležité pojmy, které souvisí se stářím, stárnutím, změnami ve stáří, s pohybovou aktivitou seniorů a s hospitalizací seniorů. Tato část slouží jako teoretické východisko práce a pomáhá pochopit seniora jako takového a problematiku jeho hospitalizace.

Druhou částí práce je část praktická. Praktická část je už zaměřena na konkrétní výzkum – pozorování, které bylo provedeno ve zdravotnickém zařízení přímým pozorováním hospitalizovaných seniorů. Dále se v praktické části věnuji interpretaci zjištěných dat a jejich vyhodnocení.

# 1. TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1 Stáří

### 1.1.1 Gerontologie, geriatrie

*Gerontologie* – jedná se o vědu, která se zabývá stářím a stárnutím a která zasahuje do různých dalších vědních oborů. (Maršálek 2014)

*Geriatrie* – je to samostatný lékařský obor, který poskytuje specializovanou zdravotní péči nemocným jedincům, kteří mají vyšší věk (nad 65 let, i když geriatričtí pacienti bývají obvykle ještě starší). Tento obor využívá znalosti zvláštností, které máme v oblasti diagnostiky a terapie chorob ve stáří. (Holmerová a kol. 2014). Šramo (2012, s. 33) říká, že „*geriatrie je jako zrcadlový obraz pediatrie (dětské lékařství), i mnohé problémy jsou v nich velmi podobné.*“

### 1.1.2 Definice stáří

Existuje mnoho definic stáří od různých autorů. Všichni se ale shodují v jedné myšlence, a tou je fakt, že stáří (*senium*) je poslední vývojová etapa lidského života, která je zakončena smrtí. Zároveň jde o důsledek změn, které jsou funkční i morfologické a které jsou podmiňovány genetickými faktory, ale i dalšími faktory – jako například způsobem života jedince, nemocemi, které jeho organismus za život prodělal, a životními podmínkami jedince.

Stáří rozlišujeme na kalendářní, biologické a sociální. (Příbyl 2015)

#### *Stáří kalendářní*

Kalendářní stáří charakterizuje dosažení určitého dohodnutého věku. Nechá se jednoznačně vymezit a má demografické, statistické a jiné účely. Existuje periodizace stáří vytvořená WHO, většina autorů se ale dnes přiklání vzhledem k neustále se zlepšujícímu stavu populace k tomuto členění:

- 65 – 74 let: mladí senioři
- 75 – 84 let: staří senioři
- 85 a více let: velmi staří senioři (Příbyl 2015)

### *Stáří biologické*

V průběhu biologického stáří probíhá množství změn, které jsou individuální pro každého jedince. Dochází ke třem typům změn ve tkáních. Jednak dochází ke snížení funkcí na úrovni molekulární, tkáňové, orgánové a systémové, jednak klesají buněčné rezervy, což se může projevit v nějaké zátěžové situaci, které musí organismus čelit, a jednak dochází ke zpomalení funkcí v těle. Zvnějšku můžeme na jedinci pozorovat další rysy stáří: Kůže se svrašťuje a vysušuje, vlasů ubývá a šediví, ochabuje svalovina, dochází k úbytku kostní hmoty, pozorujeme poruchy sluchu, zhoršení zraku, omezení kardiovaskulárního systému, změny postavy, chůze... Tyto změny pak vedou k tomu, že se starší člověk rychleji unaví, potřebuje delší čas na psychickou i fyzickou regeneraci, má pomalejší reakce na podněty a má zpomalenější psychomotorické tempo. Nedá se říct, že by existovalo přesné vymezení biologického stáří. (Příbyl 2015)

### *Stáří sociální*

Slepička a kol. (2015, s. 21) uvádí, že „*sociální stáří je dáno souhrnem změn spojených především s odchodem do důchodu, nezaměstnatelností, změnami v sociálních vazbách v prostředí rodiny (osamostatnění dětí a jejich odchod z rodiny, úmrtí partnera) i v širším sociálním prostředí, ztráta životní perspektivy, přijetí role důchodce, starého člověka, u něhož nastupuje funkční nedostatečnost a choroby.*“

Dále Příbyl (2015) říká, že lidský život můžeme členit do jednotlivých životních období – tzv. věků. První věk (předproduktivní) se formuje v období dětství, mládí, růstu a během vzdělávání a profesní přípravy. Ve druhém věku (produktivním) je člověk v dospělosti a jeho biologická, sociální i pracovní produktivita je na vrcholu. Třetí věk je nazýván postproduktivním, kdy dochází k penzionování a k poklesu produktivity jedince. Čtvrtý věk je pak označen jako fáze závislosti.

### 1.1.3 Tělesné změny ve stáří

#### *Změny na kůži a přídatných orgánech*

Změny kůže a jejích přídatných orgánů probíhají synchronně ve všech vrstvách kůže. Mazové žlázy se stávají méně aktivními, kůže starého člověka se také stává neschopnou udržet v sobě tekutinu. Následkem toho se stává kůže suchou a svědivou. Na rukách, ramenech a někdy i ve tváři můžeme pozorovat výrazněji pigmentované stařecké skvrny (*lentigo senilis*). Kůže dále ztrácí pružnost a je bledá. Mohou se objevit také výrůstky a bradavicové útvary, které jsou také důsledkem degenerativních změn. Mění se krevní zásobení kůže, změny také nastávají v kožních nervových zakončeních a receptorech. Výsledkem těchto změn je delší hojení ran. Kůže je náchylnější ke vzniku dekubitů.

Změny nastávají také v ochlupených částech těla. Pozorujeme redukci hustoty vlasových folikulů. Vlasy také ztrácí svůj lesk, jsou lámavé, ztenčují se a zpomaluje se jejich růst. Změnami v počtu melanocytů ve vlasové papile dochází k šedivění vlasů. Nehty rostou pomaleji, jsou lámavé a ztrácejí lesk. Mohou mít žlutavé až šedo zelené zabarvení, na jejich povrchu se mohou objevit brázdy.

K dalším změnám řadíme rostoucí úbytek tukové a svalové tkáně a ztrátu elasticity vaziva, což způsobuje vrásčitý a opotřebovaný vzhled. Jsou zvýrazněny výčnělky kostí. (Poledníková 2013)

#### *Změny kosterní soustavy*

Obvykle asi do 25 let kostní hmoty přibývá, poté nastává rovnovážný stav a ve stáří potom převáží proces odbourávání kostí nad jejich výstavbou. Tím se normálně mineralizovaná kostní hmota redukuje, dochází k poškození kostní mikroarchitektury, což způsobuje zvýšení kostní křehkosti a zvýšenou náchylnost ke zlomeninám kostí. Roli hraje nedostatek pohybu, genetika, nedostatek vápníku, vitamínu D a některých hormonů. Důsledkem bývají fraktury, které staršího člověka invalidizují a které mohou nastat i při malém úrazu. (Holmerová a kol. 2014)

### *Změny nervové soustavy*

Ve stáří dochází k makroskopickým i mikroskopickým změnám v nervové soustavě jedince. Zaznamenán je pokles hmotnosti mozku; musíme však brát v úvahu také fakt, že hmotnost mozku je mezi lidmi poměrně variabilní, stejně jako hmotnostní variabilita ostatních tělních orgánů. Ubývá tuková myelinová vrstva, která obklopuje výběžky nervových buněk. Existuje hypotéza, která říká, že úbytek této izolační vrstvy omezuje přenos vzruchů mezi buňkami a zpomaluje myšlení. Další změny mozku ve stáří souvisí s jeho horším cévním zásobením. Dochází tak ke sníženému přísunu kyslíku a glukózy, což může mít za následek nejrůznější poruchy mozku – úbytek kognitivních schopností, přechodné nedokrvění mozku nebo mozkovou mrtvici. (Holmerová a kol. 2014)

### *Změny ve smyslových orgánech*

V souvislosti se smyslovými orgány jsou popsány fyziologické změny, které je ve stáří postihují. Hovoří se zejména o poškození sluchové dráhy a malé pružnosti oční čočky, s čímž souvisí snížená schopnost zaostřit na blízké předměty. (Holmerová a kol. 2014)

U staršího člověka je oslabený čichový a chuťový smysl. Také se všeobecně uznává, že ve věku okolo 70 let se snižuje citlivost na bolest. (Poledníková 2013)

### *Změny v kardiovaskulárním a dýchacím systému*

Objem hrudníku se zmenšuje vlivem svalových a kosterních změn a člověk vdechuje menší objem vzduchu. V plicích zůstává větší objem reziduálního vzduchu. V dýchacích cestách se nachází větší množství hlenu, a tak jsou dýchací cesty náchylnější k respiračním infekcím.

S přibývajícím věkem dále cévy ztrácí elasticitu, stěna tepen začíná hrubnout a zhoršuje se efektivní přenos ke tkáním. Trvá delší dobu, než se vrátí tepová frekvence srdce po tělesné námaze na normální klidové hodnoty. (Poledníková 2013)

### *Změny v trávicím systému*

Nastávají změny v trávicím systému. Ve stáří se zmenšuje sliznice žaludku a střev a snižuje se tvorba trávicích enzymů. Tím se zpomaluje proces trávení a vstřebávání živin i léků. Vinou sníženého svalového tonu se oslabuje peristaltika a vylučování stolice, což způsobuje nechuť k jídlu a zácpu. (Poledníková 2013)

### *Sarkopenie (úbytek svalové tkáně)*

Pojmem sarkopenie se rozumí úbytek svalové hmoty a svalové síly. Ve stáří se mění tělesné složení. Přibývá tukové tkáně a vaziva a ubývá svalové a kostní tkáně.

Od mládí do počátku stáří (65 let) je úbytek svalů asi 20 – 30 %. Veliký podíl na zánikových změnách ve svalu má pravděpodobně výživa a přiměřená svalová aktivita. (Holmerová 2014)

Štěpánková (2014, s. 188) uvádí, že „*k největší ztrátě svalové hmoty dochází v oblastech, které jsou nejvíce a nejčastěji zatěžovány, tedy na dolních končetinách; na horních končetinách jsou úbytky podstatně menší. Degradace svalové hmoty na dolních končetinách jednoznačně ovlivňuje lokomoci seniora, a tedy i jeho závislost na pomoci z okolí.*“

#### **1.1.4 Psychické změny ve stáří**

Ve stáří probíhají změny psychiky, které pokládáme za přirozenou součást procesu stárnutí člověka, pokud jejich intenzita nepřesáhne určitý stupeň. S přibývajícím věkem klesá vitalita a energie člověka. Zpomaluje se psychomotorické tempo, zhoršuje se senzomotorická koordinace. Tyto změny se mohou poté projevit jistou těžkopádností, nemotorností a nedostatkem vůle. Senioři proto mohou být konzervativní a pohodlní, rádi se věnují vzpomínání na minulost a vyhýbají se složitým situacím. Projevuje se to také tím, že každá činnost trvá člověku déle, na druhou stranu je ale starší člověk důslednější a jeho práce bývá systematická a důkladná.

Pro stáří jsou také typické změny a poruchy paměti. Nové informace se hůř přijímají a zapamatovávají. Starší člověk si dokáže dobře vybavit vzpomínky na dětství, ale už si nevzpomene, co dělal například včera. Dále je zajímavé, že

slovní zásoba, kterou si senior osvojil v mládí, bývá zachována až do vysokého věku. Starý člověk s bohatými životními zkušenostmi je moudřejší a rozvážnější.

Změny také nastávají v citové oblasti. Otupuje se estetické cítění. Starý člověk snáz podléhá lítosti a běžné podněty u něj vyvolávají dojetí. Ve vyšší věku bývá často změněna osobnost člověka; například introverze se může vystupňovat až do samotářství.

Změny v psychice se projevují i poklesem psychické adaptability. Starší lidé mohou být úzkostní a nejistí v kontaktu s neznámými lidmi v neznámém prostředí. Často se setkáváme s nedůvěrou ke všemu novému.

Negativní vlastnosti se manifestují u každého člověka v jiné míře, záleží na osobní zodpovědnosti jedince. (Poledníková 2013)

### **1.1.5 Sociální změny ve stáří**

Psychosociální stárnutí ovlivní i schopnost adaptace seniora na změny, které stáří přináší. Do těchto změn patří odchod do důchodu. Odchod do důchodu přináší na jedné straně člověku možnost, aby si oddychl, pořádně se vyspal a staral se o sebe sama, také osvobozuje od společenských tlaků. Toto období dává člověku příležitost rozvinout nové aktivity a záliby, uskutečnit rekreační či dobrovolnické činnosti. Maladaptace se v tomto případě může projevit pocity neužitečnosti a méněcennosti a sociální izolací.

Pro seniory je významný vztah ke společnosti a vztah k rodině. Často mohou trpět pocitem, že jsou neužiteční a že jsou přítěží pro členy rodiny, překážkou jejich běžného života. Uvnitř je senior velmi zranitelný, což může podpořit vznik méněcennosti a pocity viny a nejistoty. Může dojít k tomu, že senior začne obviňovat z nevděku své nejbližší anebo ty, kteří o něj pečují – například pracovníky v nemocnici. Takové příznaky je třeba brát v potaz a je třeba přezkoumat svoje postoje k seniorovi. (Poledníková 2013). Výzkum vedený v roce 2004 Radkovou a Bielovou se 150 starými lidmi žijícími v domově pro seniory odhalil, že vztahy s příbuznými považovali účastníci výzkumu až ve 30 % za negativní. (Hudáková a Majerníková 2013)

V pokročilém věku mohou narůstat pocity osamělosti, které bývají ovlivněny následujícími komponenty: (Šramo 2012)

### *Ztráta kontaktu s vrstevníky a známými*

Senior může ztratit kontakty se známými, s vrstevníky, s příbuznými z důvodu změny názorů, zkušeností, pracoviště, nemocí a úmrtí. Tímto způsobem se vytrácejí kamarádi i příbuzní. (Šramo 2012)

### *Řídnutí až ztráta intimních vztahů*

Můžeme říct, že erotické vztahy udržované mezi staršími lidmi, a to zásadně po celém světě, jsou všeobecně tabu. Dochází k tomu, že děti starších a osamělých lidí často odmítají sblížení svého staršího příbuzného s jinou osobou. Pohoršeně reagují na jeho snahy založit si nový partnerský vztah. Může to být z pocitu, že pak bude seniorova pozornost zaměřena jinam. Děti si ale neuvědomují, že když si jejich rodič najde někoho sobě blízkého, budou tím osvobozeni od starostlivosti, protože tito dva si mohou navzájem v partnerském vztahu pomoci. (Šramo 2012)

## **1.2 Stárnutí**

Jako stárnutí je označován proces, který se projevuje chátráním tělesné schránky. Snižuje se efektivita a účinnost fungování organismu, ve kterém se hromadí různé defekty. Klesá navíc schopnost organismu tyto defekty opravovat a nahrazovat vadné buňky novými. Zvyšuje se také náchylnost k nemocem. (Pokorná a kol. 2013)

Jelikož každý jedinec stárne na biologické, psychologické a sociální úrovni, stárnutí je potom velice individuální proces, značně variabilní.

Fyziologické stárnutí je charakteristické běžnými a přirozenými projevy, které jsou dané pro určitý věk. Tím se vytváří typický obraz – stařecký fenotyp. Akcelerace tohoto procesu nastává po 65. roce věku.

Patologickým stárnutím potom rozumíme chorobné stárnutí. Během patologického stárnutí je proces stárnutí urychlen, což se může stát například při onemocnění organismu nějakou chorobou.

Rozlišujeme vnější a vnitřní faktory stárnutí.



Mezi vnější faktory ovlivňující proces stárnutí patří různé fyzikální vlivy (klíma, životní a pracovní prostředí), vlivy chemické (plicní komplikace) a vlivy sociální (kvalita bydlení, způsob bydlení, zázemí v rodině, finanční zabezpečení).

Do vnitřních faktorů můžeme zahrnout genetickou výbavu jedince (vrozené a získané genetické mutace, které mohou vést je vzniku některých onemocnění, což může mít vliv na předčasné úmrtí), tělesná onemocnění a psychické poruchy, psychická výbava jedince (sem patří povahové zaměření jedince, životní cíle, způsoby, jakými se člověk vyrovnává s nemocí). (Příbyl 2015)

### **1.2.1 Demografie stárnutí v ČR**

Jako stárnoucí jsou označovány ty společnosti, ve kterých podíl seniorů dosahuje kolem 8 – 10 % z celé populace společnosti. V roce 2007 patřilo do tohoto seznamu 82 zemí ve světě. S výjimkou Turecka to byly také všechny státy Evropy. (Štěpánková a kol. 2014)

V naší republice je patrný dlouhodobý trend stárnutí populace. Ten je dán hlavně dvěma demografickými změnami, což je pokles počtu narozených jedinců a zvyšování průměrné délky života. (Slepička a kol. 2015)

Nárůst počtu seniorů v naší populaci je dán především přítomností tzv. silných poválečných ročníků. Jedinci z těchto ročníků se rodili po 2. světové válce. Reprodukční aktivita těchto silných poválečných ročníků dostala tehdy podporu propopulační politikou země, která se kombinovala s omezenými příležitostmi pro lidi ve veřejném životě. Díky tomu tato generace vyprodukovala asi o 30 % více dětí, než bylo tehdy očekávatelné.

Demografická struktura v České republice se ale vyznačuje ještě jednou zvláštností, stejně jako je tomu například u Polska. Po zvýšení počtu narozených dětí po 2. světové válce přišla druhá vlna velkého počtu narozených dětí. Tato druhá vlna narozených dětí, tzv. Husákovy děti, přišla na svět v letech 1969 – 1975. Díky těmto dvěma velkým věkovým skupinám má obrázek struktury obyvatelstva podle věku (jedná se o tzv. věkovou pyramidu) tvar rozvětveného vánočního stromku se dvěma výběžky. (Štěpánková a kol. 2014)

## **1.3 Geriatrické syndromy**

Geriatrické syndromy jsou charakterizovány jako obecné syndromy stárnutí, které doprovázejí stárnutí a které se zvyrazňují v období nemoci. (Maršálek 2014)

### **1.3.1 Hypomobilita**

Hypomobilitou rozumíme malý objem pohybových aktivit. Klinicky se projeví omezováním chůze, zpomalením chůze a všech pohybů, pohyb se nepřizpůsobuje změnám v okolí. Příčin hypomobility je mnoho. Bývají to kombinace drobných obtíží, jejichž překonání ale není vyváženo dobrým emočním přínosem. K tomu se může přidat ztráta motivace daná například ovdověním a ztráta smyslu pohybu mimo dům. Kvůli různým sociálním událostem senior přeruší dlouhodobé návyky, ubude mu vnitřní potřeba pohybu a spontánnost pohybu. Svou roli hraje také strach za vlastní nemohoucnost, strach z požádání o pomoc někoho z okolí, strach z pádu, z přepadení mimo byt. Mobilitu také u některých jedinců omezuje i postupující demence a zhoršování zdravotního stavu ve stáří (sem patří zejména nemoci srdce, plic, poruchy zraku, sluchu, degenerativní změny v kostech, svalech, atd.). Příčiny hypomobility také tkví v nemalé náročnosti vnějšího prostředí – sem patří mimo jiné zejména špatné osvětlení, architektonické bariéry a vlivy počasí.

Základem prevence a léčby je motivace klienta. Problémem bývá naplánovat pohybové aktivity mimo byt jedince. Příznivým faktorem je například vycházkový partner člověka, vhodná obuv nebo naplánování odpočinkových míst. (Maršálek 2014)

### **1.3.2 Instabilita a pády**

Instabilita a pády jsou následkem poruchy udržování rovnováhy. Je dobré vědět, že pády tvoří ve věku nad 65 let až 60 % úrazů končících smrtí. Při pádu bývají nejčastěji postiženy hlava, paže a kyčle. (Maršálek 2014)

Příčiny jsou pestré – hypomobilita, svalová slabost, stárnutí receptorů a orgánů rovnováhy. Dále do příčin instability a pádů můžeme zařadit příčiny z vnějšího prostředí seniora – zejména nevhodnou obuv, kluzký povrch nebo nepatřičně zvolené pomůcky k chůzi. Riziko pádů také může zvýšit kombinace

výše uvedených faktorů s dalšími vlivy, jakými jsou poruchy chování, zmatenost, demence, delirium, užívání tlumících léků či alkoholu.

K pádu u seniorů vede nejčastěji zvýšený výskyt závrativých stavů. Objevuje se porucha rovnováhy, nejistota v prostoru, mžitky před očima, opocení a bušení srdce. Závrať způsobují mnohé příčiny – pokles krevního tlaku při změně polohy, poruchy prokrvení mozku, dehydratace, farmakologická medikace, poruchy srdečního rytmu, metabolické a další poruchy. (Maršálek 2014)

Také Holmerová (2014) je toho názoru, že značnou roli v pádech a instabilitě hraje závrať. Její příčiny by tedy měly být objasněny. Některé tyto příčiny jsou totiž léčebně ovlivnitelné, čímž by se výrazně zlepšila kvalita života seniora.

K prevenci pádů u seniorů se doporučují následující kroky: Riziko pádu seniora můžeme snížit, pokud dojde u úpravě vnějšího prostředí a k odstranění nejrůznějších bariér (jakými jsou například nadbytečné schody, koberce a prahy). Senior by se dále neměl bát využívat pomůcky k chůzi nebo asistenci při chůzi. V prostředí kolem seniora by měl být zajištěn dostatek pevných opěrných bodů. Těmi mohou být například madla, zábradlí a bezpečně upevněný nábytek. Samozřejmostí by mělo být nošení vhodné obuvi. Riziko pádu se eliminuje také dostatečným příjmem tekutin a správnou a uvážlivou indikací léků. Pokud už ale nastane situace, kdy k pádu u seniora došlo, je nutné, aby existovala dostupnost využití nouzové signalizace při pádu. Také existují prostředky, které mohou zmírnit následky pádu u jedinců s tendencí k pádům. Jsou jimi speciální chrániče nebo ortézy sloužící ke zpevnění kloubů končetin. Fyzioterapie může dále v rámci prevence pomoci seniorům připravit vhodně přizpůsobený trénink rovnováhy, může také pomoci upravit adaptační časy při vstávání nebo nacvičit vstávání ze země. (Maršálek 2014)

### **1.3.3 Stařecká křehkost**

Stárnutí je proces, který je navenek doprovázen sníženou vytrvalostí a silou, poruchami mobility, rovnováhy a stability. Pojem frailty (stařecká křehkost) nejlépe vystihuje tento stav. (Pokorná a kol. 2013)

Frailty je v odborném jazyce jakýmsi prototypem rizikového seniora. Křehcí jedinci mají také vysoké riziko mortality, hospitalizací a pádů. Důležitou

součástí léčby stařecké křehkosti jsou ošetrovatelské intervence, které zvyšují soběstačnost pacienta, dále také používání kompenzačních pomůcek a dlouhodobá fyzioterapie, která by zlepšila pohybové možnosti seniora. (Hudáková 2013)

## **1.4 Senior a jeho potřeby**

Správná identifikace a naplnění potřeb ve stáří pozitivně ovlivňuje prožívání stáří u seniorů – a to jak u těch hospitalizovaných seniorů, tak u seniorů s jinak dobře sloužícím zdravím bez nutnosti hospitalizace.

Nejprve je nutno vymezit si pojem potřeba. Potřeba je takový stav organismu, který je charakteristický svojí dynamickou silou. Tato síla vzniká z pocitů nedostatku nebo naopak přebytku v biologické, psychologické, duchovní a sociální oblasti jedince. (Příbyl 2015)

Hauke (2014) předkládá, že ve stáří dochází k proměně zejména biologických a sociálních potřeb. Některé původní potřeby ztrácí na svém významu, jiné se dostávají zase do popředí. Sem patří například potřeby zaměřené na pocity jistoty a bezpečí. Nenaplněné potřeby mohou vést k frustraci (zklamání) nebo i k problémovému chování.

Deprivace je stav, kdy dochází nedostatečnému uspokojování některé z objektivně významných potřeb, biologické či psychické. Potřeba nemusí být uspokojena v dostatečné míře, nemusí být naplněna přiměřeným způsobem nebo nebyla naplňována po dostatečně dlouhou dobu. Existuje deprivace biologických potřeb jedince, kdy dochází k přímému ohrožení zdraví člověka (nedostatek jídla, spánku). Dále deprivace sensorická, kdy člověku chybí potřebné množství smyslových podnětů. Citová deprivace je pak významná v dětství, kdy citové strádání může významně ovlivnit celý vývoj osobnosti jedince. Se sociální deprivací se pak můžeme setkat u osaměle žijících seniorů, u imobilních nebo dlouhodobě hospitalizovaných jedinců. Při tomto typu deprivace dochází k omezení přiměřených mezilidských vztahů.

Jedinec reaguje na zátěžové situace obrannými reakcemi, které mají za cíl obnovení psychické a fyzické pohody člověka. Základními obrannými reakcemi jsou útok, kdy jedinec může zaútočit přímo na zdroj ohrožení, a únik, který jedinec volí obvykle v situaci, kterou nedokáže vyřešit jinak. Mezi únikovou

reakci jedince můžeme zařadit popření problému, jeho vytěsnění nebo rezignace. (Příbyl 2015)

Hauke (2014) popisuje následující potřeby seniora:

#### *Potřeba stimulace a otevřenost novým zkušenostem*

Potřeba stimulace, změn a nových podnětů bývá snižena. Větší intenzita podnětů seniora může dráždit a unavovat. Starší člověk dá přednost svým klidným a zaběhlým stereotypům, které ho stimulují pro něj známým způsobem. Senior se často vrací do minulosti, což je svět, který je mu důvěrně známý. I přesto však senior potřebuje určité množství nových podnětů, které ho budou vést k aktivizaci.

#### *Potřeba sociálního kontaktu*

Starší lidé potřebují jak sociální kontakty, tak i určitou míru svého soukromí. Přednost dávají sociálním kontaktům se známými lidmi, rodinou. Svou roli v tom hraje pro ně důležitý pocit bezpečí.

#### *Potřeba citové jistoty a bezpečí*

Potřeba citové jistoty a bezpečí má vyšší hodnotu než dříve, což souvisí s úbytkem síly a schopností. Pomalu se může rozvíjet závislost na okolí, která může být pocíťována nepříjemně, ale vazba na blízké lidi na druhou stranu v seniorovi podporuje pocit jistoty a bezpečí.

#### *Potřeba seberealizace*

S věkem se mění způsob uspokojování potřeby seberealizace. Velkou roli zde hraje odchod do starobního důchodu. Pro seniora je důležitý pocit užitečnosti, který také pomáhá naplňovat tuto potřebu. Dále je potřeba seberealizace naplňována také vzpomínkami na své profesní úspěchy. V důchodu je stále zachována určitá míra svobody a rozhodování o vlastních věcech, což může také pomáhat k naplnění této potřeby.

### *Potřeba otevřené budoucnosti a naděje*

Seniora může velmi zatěžovat strach z nemoci, osamění nebo ztráty soběstačnosti. Je pro něj proto důležité přijetí nevyhnutelnosti stáří a smrti a těšit se ze zachovaných hodnot. (Hauke 2014)

## **1.5 Kvalita života seniorů**

Kvalitu života lze definovat jako jedincovo povědomí o jeho pozici v životě v kontextu své vlastní kultury, hodnotového systému, v kontextu vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Je to velmi široký koncept, který je multifaktoriálně ovlivněn jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, sociálními vztahy a vztahem k důležitým oblastem životního prostředí, ve kterém žije.

Na kvalitu života můžeme pohlížet jako na objektivní kvalitu života a jako na subjektivní kvalitu života. Objektivní kvalita života je určena materiálním zabezpečením, fyzickým zdravím jedince a sociálními podmínkami, ve kterých žije a dále sociálním statutem jedince. Naproti tomu subjektivní kvalita života je dána jedincovým vnímáním vlastního postavení ve společnosti ve spojitosti s hodnotovým systémem, kulturou. Jedinec má svá individuální očekávání, dosahuje svých cílů, a tak i naplňuje své potřeby.

Kvalita života jedince ve stáří je ovlivněna mírou naplnění potřeb seniora a také množstvím dalších faktorů. Do těch můžeme zařadit například kvalitu sociálních kontaktů – vztahy se sousedy, s dospělými dětmi, s přáteli, kvalita a cenová dostupnost bydlení, dostupnost zdravotní péče, informovanost o dění kolem, doprava, a tak dále. (Příbyl 2015)

Nejen zdravotní stav seniora, ale hlavně úroveň jeho nezávislosti a mobility vytvářejí kvalitu života v období senia. Pro jedince, který onemocní chronickou nemocí, jsou důležité čtyři oblasti života. Jsou jimi fyzické potíže, které jsou podmíněny nemocí a léčbou, psychický stav a výkonnost jedince, výkonnost v záležitostech každodenního života a sociální vztahy jedince. Pokles kvality života nemusí být vždy dán omezením aktivity člověka, přítomností chronické nemoci nebo vysokého věku. Benefit mohou starému člověku přinést různé podpůrné faktory, jakými jsou například sociální integrace, optimistický

přístup k životu, důvěra v sebe sama nebo snaha vést plnohodnotný život.

Pokles kvality života se u seniora může projevit přítomností převládajících negativních pocitů, myšlenkami na absenci smyslu života, různými typy závislostí (také závislostí na jiných lidech) a ztrátou autonomie. Opakem autonomie je pak heteronomie, což je stav, který je charakterizován neschopností seniora vést svůj život podle svých vlastních představ. Autonomie a soběstačnost se vůbec vylučovat nemusí. Autonomie staršího jedince je zachována, pokud je tento jedinec aktivně zapojen do činností a je mu přitom nabízena možnost volby. Senior tak může být fyzicky na někom závislý, ale zároveň plně autonomní. (Hudáková a Majerníková 2013)

## **1.6 Situace během hospitalizace seniora**

### **1.6.1 Imobilizační syndrom**

Imobilizační syndrom není problémem jen seniorského věku, není proto přímo řazen mezi geriatrické syndromy, ale u seniorů se vyskytuje výrazně častěji. (Maršálek 2014)

Imobilizační syndrom je soubor negativních důsledků a projevů dlouhodobého výrazného omezení pohybové aktivity, především ve smyslu upoutání na lůžko. Dlouhodobá imobilizace seniora může vést k rozvoji projevů imobilizačního syndromu, což je celková odezva organismu na klidový režim seniora. Rozvoj následků je velmi rychlý. Některé projevy se mohou objevit během několika hodin, další v průběhu dnů i týdnů. (Kosíková 2012)

S imobilizačním syndromem velmi úzce souvisí pojmy mobilita, imobilita. Mobilita je schopnost nezávislého pohybu v okolním prostředí, imobilita je ztráta pohybových schopností člověka. Tato ztráta může být přechodná, dlouhodobá anebo trvalá. Mezi faktory, které mohou vést k imobilitě, patří zejména bolest, poruchy pohybového aparátu, centrální nervové soustavy, psychické poruchy, smyslové poruchy a další jiné. (Sedláková 2016)

Poledníková (2013, s. 77) se domnívá, že *„pohyblivost je předpokladem soběstačnosti a nezávislosti. Lidé často posuzují svoje zdraví právě s ohledem na svojí schopnost pohybovat se, která ovlivňuje i jejich duševní a sociální stav.“*

Hudáková a Majerníková (2013) předkládají tvrzení, že v praxi je poměrně známá skutečnost, že fyzická neschopnost jedince předpokládá kumulaci problémů, které pak vrcholí právě vznikem imobilizačního syndromu.

Pobyt na lůžku však přináší i svoje pozitivní přínosy, a to například snížení nároků těla na dodávku kyslíku, zmírnění bolesti, a tím možné snížení spotřeby analgetik. (Kosíková 2012)

### **1.6.2 Projevy a následky imobilizačního syndromu**

Imobilizační syndrom se dotýká mnoha systémů v organismu člověka.

Změny v pohybovém systému: Dochází ke svalové atrofii, snižuje se svalová síla, zkracují se šlachy, kosti trpí osteoporózou způsobenou inaktivitou.

Změny v kardiovaskulárním systému: Častým důsledkem imobilizace je ortostatická hypotenze v důsledku útlumu reflexů, které jsou zodpovědné za podnícení aktivity sympatiku v dolní části těla. Tak se zamezuje hromadění krve v dolních končetinách a centrální krevní tlak zaručuje potřebnou dávku kyslíku pro mozek. Při dlouhodobém pobytu na lůžku dochází také k reflexnímu roztažení cév (vazodilataci) a krev se hromadí v žilách dolních končetin. V žilách se zvyšuje tlak, tekutina prosakuje do mezibuněčného prostoru a vzniká otok. Otok, hromadění další krve v žilách dolních končetin a snížený průtok jimi pak může vést k tromboembolickým komplikacím.

Změny v gastrointestinálním systému: Pacient pociťuje nechutenství, zpomaluje se střevní peristaltika, dochází k zácpě.

Změny v močovém systému: Vleže pacient močí proti gravitaci a moč stagnuje v močovém ústrojí. Vleže se při močení neuplatňují svaly břišního lisu a malé napětí svaloviny stěny močového měchýře způsobuje neúplné vyprázdnění močového měchýře. Dochází k dysurii a retenci moči, později i k zánětům močových cest.

Změny v kožním systému: Kůže se stává náchylná k tvorbě dekubitů. (Kosíková 2012)

Změny v respiračním systému: Může dojít k hypostatické pneumonii z důvodu stagnace hlenu v dýchacích cestách. V poloze vleže dále dochází k omezení dýchání na řádně se nerozpínajících částech plic. Pohyby plic klesají, dochází k hromadění hlenu. (Sedláková 2016)



Psychosociální změny: K dlouhodobě ležícímu pacientovi se dostává méně podnětů, informací a kontaktů. To vede ke změně chování, negativismu, ke zhoršené náladě i agresivitě. (Kosíková 2012)

### **1.6.3 Prevence imobilizačního syndromu**

Základními předpoklady pro prevenci imobilizačního syndromu jsou ze strany lékaře uvážlivá ordinace klidu na lůžku, postupy rehabilitačního ošetřovatelství zdravotnickým personálem, fyzioterapie a také včasná mobilizace pacienta. Ta začíná již při volbě léčebného postupu, který umožňuje včasnou vertikalizaci – jako například včasné posazování, nácvik chůze. Do úkonů rehabilitačního ošetřovatelství řadíme celkové polohování pacienta, pasivní cvičení, prvky dechové rehabilitace, nácvik hybnosti na lůžku, vedení pacienta při vykonávání denních aktivit, atd. Chybou je vykonávat úkony za pacienta, což sice bývá pro ošetřující personál rychlejší postup, ale protože tato situace nevede k pacientově aktivizaci, prohlubuje se nadále imobilizační syndrom.

(Maršálek 2014)

## **1.7 Pohybová aktivita**

*„Pohybová aktivita je velmi důležitá v každém věku. Její význam však s věkem roste a vhodně zvolená pohybová aktivita může být vhodným doplňkem léčby mnoha onemocnění.“* (Holmerová a kol. 2014, s. 149)

### **1.7.1 Vztah mezi pohybem a psychikou**

Pohyb a psychika spolu velmi úzce souvisí, což je zřejmé a mnoha zkušenostmi ověřené. Pohybová aktivita je schopná ovlivnit nejen fyzickou stránku člověka, ale ovlivňuje i psychické procesy jedince. Příkladem může být například snižování úrovně úzkosti, zvýšení kladného sebehodnocení a posilování psychiky v boji se stresem. Vykonávání sportovní aktivity může seniorovi pomoci i k udržení pohybové soběstačnosti, která je důležitá pro kvalitu života. (Slepička a kol. 2015)

### **1.7.2 Pohybová aktivita v životě seniora**

Slepička a kol. (2015) rozděluje pohybové aktivity seniorů na lehké pohybové aktivity, středně intenzivní pohybové aktivity a intenzivní pohybové aktivity.

Mezi lehké pohybové aktivity zařazuje například práci na zahradě či na chalupě, procházky, cvičení doma (protahování), skupinové cvičení pro seniory, hry s vnučaty, turistika, rehabilitační cvičení, venčení psa, tanec, atd.

Do středně intenzivních pohybových aktivit podle něj patří znovu práce na zahradě, chalupě či domácnosti, cvičení s náradím (rotoped), jízda na kole, posilovna, běh, houbaření, běh na lyžích a jiné.

Intenzivními pohybovými aktivitami potom může být náročnější nebo déletrvajícím plavání, jízda na kole, cvičení na náradí (rotoped), aerobik, kopaná a jiné aktivity.

### **1.7.3 Problematika vybraných pohybových aktivit**

#### *Chůze*

Chůze představuje základní lokomoci. Kromě osob, které trpí tělesným postižením, je chůze obecněji vnímána jako pohybová aktivita, která je snadno dostupná, materiálně a prostorově nenáročná a většinou u ní nehrozí limitace zdravotními problémy jako je tomu například u jiných druhů pohybových aktivit. (Cuberek a kol. 2014)

Chůze jako pohybová aktivita je jedním ze základních pohybů člověka. Umožňuje jedinci vykonávat základní životní potřeby, dokáže se díky ní přemístit z místa na místo a pomáhá mu v sebeobsluze. Důležitou roli má chůze také v sociálním začlenění člověka. V pokročilém věku jsou pak častější pády a poruchy chůze vlivem stárnutí ve všech úrovních pohybového systému. Typicky pozorujeme stařeckou chůzi, která je charakteristická kratší délkou kroku, pomalým tempem chůze často s šouravými rysy. Dále se při chůzi trup často nachyluje dopředu. Riziko pádu bývá v předklonu vyšší, jelikož těžiště těla je posunuto mimo plochu, kterou ohraničují chodidla. (Jančíková 2015)

Kvůli výše uvedenému se chůze v pokročilejším věku může stát problematickou. Mezi další faktory, které mají vliv na zhoršení chůze ve stáří, můžeme zařadit například nadváhu či obezitu, onemocnění kosterně svalového

aparátu (většinou postižení kloubů dolních končetin) nebo výrazně zhoršená koordinace chůze. Neméně závažné jsou také faktory, které pochází z vnějšího prostředí jedince, protože vliv prostředí, ve kterém člověk žije a ve kterém se pohybuje, může výrazně limitovat chůzi. V mládí se totiž nekladou vysoké nároky na překonávání různých drobných bariér, ve stáří se ale při poklesu motorických a psychických vlastností tyto bariéry stávají omezující nebo i nepřekonatelné. (Cuberek 2014)

### *Rozcvička*

Ranní rozcvička patří mezi nejčastěji doporučovaná cvičení. U starších osob je ranní rozcvičení vhodnou součástí ranní hygieny. Obtíže, které jsou popisovány, jako například „ztuhlé tělo“, omezený pohyb v kloubech či bolesti, které mají původ v blokádách, je dobré ovlivňovat právě tímto cvičením. Tak se pohybový aparát připraví na celodenní činnost. Rozcvička je zaměřená především na protažení po probuzení s uvolněním kloubů nejlépe v oblasti páteře, na rozvoj bráničního dýchání (vede k celkovému zklidnění jedince) a koordinaci pohybu s dýcháním (využívá se vydechnutí k protahování svalů a uvolnění kloubů). (Holmerová a kol. 2014)

### *Jízda na kole*

Jízda na kole může být vhodná pohybová aktivita, pokud jedinec nemá problémy s rovnováhou. Pokud se senior na kole cítí nejistě, lze kolo nahradit například rotopedem. (Holmerová a kol. 2014)

### *Plavání*

Plavání jako aktivita má pozitivní vliv především na srdeční a dýchací systém seniora. Dochází ke snadnějšímu žilnímu návratu a příznivému vlivu na pohybový systém. Právě pro pohybový aparát je vhodnější teplejší voda nežli studená. Kvůli nadlehčování nemá plavání takový význam v prevenci osteoporózy jako má například chůze, nicméně pro pozitivní vlastnosti by plavání mělo být součástí pohybového programu seniora, pokud je toho schopen. (Holmerová a kol. 2014)

### *Zdravotní a kondiční cvičení*

Do kategorie zdravotní a kondiční cvičení lze zařadit především cvičení ve vodě, posilování, protahovací cvičení, dechová cvičení a jiné. Ve vodě se jedná o pohyb proti většímu odporu než ve vzduchu (12x větší odpor než ve vzduchu). To přináší význam nejen pro svalový aparát, ale i pro celý kardiorespirační systém. U lidí s artrózou je dobré vědět, že výživa kloubních chrupavek probíhá i mechanicky při pohybu kloubů. Pokud se klouby procvičují pravidelně a nenásilně v odlehčení ve vodě, lze zpomalit nebo dokonce skoro zastavit proces artrotických změn.

Posilování s nízkými zátěžemi je zvláště úspěšné u lidí, kteří již mají zkušenosti s tímto typem tréninku. (Holmerová a kol. 2014)

#### **1.7.4 Motivace seniorů k pohybové aktivitě**

U seniorů a seniorek, kteří pocházejí z České republiky, případně ze zemí střední a východní Evropy, můžeme nalézt ve vztahu k jejich pohybové aktivitě některá kulturní specifika. V České republice je totiž období stáří považováno za část života, kde má převládat zasloužený odpočinek. Během tohoto odpočinku se předpokládá, že jedinec omezí své předchozí aktivity. Čeští seniori jsou však na druhou stranu jakousi rodinnou ekonomickou oporou rodinám svých dětí, což je často spojeno s nutností aktivnějšího životního stylu během důchodu. Pohybová aktivita českých seniorů tak může být spjatá s tím, že na částečný úvazek pracují či se věnují údržbě domu nebo chalupy, pracím na zahradě nebo péči o vnoučata.

Pro české seniory a seniorky platí, že jejich pohybová aktivita je charakteristická nízkým zájmem o provozování organizovaných pohybových činností, malou účastí ve sportovních aktivitách a naopak vyšší účastí na různých nesportovních událostech. Na druhou stranu většina českých seniorů a seniorek se věnuje pohybové aktivitě v rámci vykonávání práce, která jim přináší příjem navíc nebo jiné další benefity.

Poukazuje se také na to, že některé formy pohybové aktivity mohou být seniorům nedostupné, protože v daném kulturním kontextu nemusí být jejich provozování zvykem. (Slepička a kol. 2015)

## **1.8 Pohybová aktivita během hospitalizace seniora**

M. Holst a kol. (2015) ve svém odborném článku předkládá následující skutečnosti:

Starší hospitalizovaní pacienti jsou ohroženi rizikem rozvoje komplikací právě během hospitalizace a po proběhnutí hospitalizace. Je důležité vědět, kolik těchto pacientů je v nemocnicích inaktivních a co motivuje pacienty k aktivnímu chování.

Během hospitalizace seniorů může dojít k velkému úbytku funkčních schopností organismu jedince. Kvůli tomu mohou vzniknout komplikace, mezi které patří problematika infekcí, které vznikly v souvislosti s hospitalizací jedince, dále to mohou být pády a vznik dekubitů. Starší hospitalizovaní pacienti jsou ohroženi úbytkem funkčních schopností organismu kvůli fyzické inaktivitě a prodloužené imobilizaci. Úbytek funkčních schopností organismu je silně spjat s věkem pacienta a s úrovní ADL. Také se ukazuje, že časná rehabilitace přináší pacientům mnoho benefitů.

### **1.8.1 Vztah mezi fyzickou závislostí a délkou hospitalizace u geriatrických pacientů**

Pro seniora je mnohdy nevyhnutelná dlouhodobá hospitalizace, jejíž délka může často přesáhnout jeden měsíc. Pokles funkcí u seniora představuje snížení jeho schopnosti vykonávat úkony jeho každodenního života, což se děje v důsledku útlumu fyzických nebo duševních funkcí v souvislosti s onemocněním. Výsledkem snížené fyzické schopnosti geriatrických pacientů pak je prodloužená délka hospitalizace, dále sociální izolace v ústavním zařízení a nakonec i zhoršení kvality života geriatrického jedince.

Vyšší věk geriatrických pacientů má za následek zhoršení jejich kompenzačních mechanismů, a tak se také prodlužuje doba hospitalizace. S úbytkem funkcí organismu geriatrického jedince úzce souvisí i riziko vzniku proleženin, pádů, inkontinence, protože tito pacienti bývají v největší míře imobilní. Změny v těle geriatrického pacienta a poškození některých duševních funkcí přispívají ke vzniku a rozvoji fyzické závislosti. Tím pak může být ovlivněna hospitalizace staršího pacienta. (Hudáková a Majerníková 2013)

### **1.8.2 Intervence pro podporu soběstačnosti a mobility v době hospitalizace seniora**

Jako jedna z intervencí je doporučena například minimalizace „mrtvého“ času a klidu v lůžku seniora. Senior by neměl trávit ve svém lůžku většinu dne, musíme ale samozřejmě brát ohledy na jeho aktuální zdravotní stav. Je vhodné nemocné během dne usazovat mimo postel například do křesla. Podporovat bychom měli konzumaci jídla mimo lůžko a vyprazdňování mimo lůžko. Většina denních činností se provádí v rámci lůžka i u takových pacientů, kteří jsou částečně soběstační, což je dále imobilizuje. Další snahou by měla být maximální participace seniora v oblasti péče – tím se nestane jejím pouhým příjemcem, ale aktivně se péče účastní a rozhoduje o ní. Pro snadnější mobilitu je pak výhodné vybavení lůžka a pokoje madly, chodítky a dalšími pomůckami pro uskutečnění lokomoce. Dále můžeme pátrat po předchozích zkušenostech seniora s pohybovou aktivitou v jeho přirozeném sociálním prostředí a dle toho upravit například pokoj.

Závěrem je nutno dodat, že nezastupitelnou úlohu v těchto povzbuzujících úkonech má všeobecná sestra, která plní řadu povinností vyplývajících z ordinace lékaře a také uskutečňuje takové intervence, které jsou závislé na její úvaze. (Pokorná a kol. 2013)

## 2. VÝZKUMNÁ ČÁST

### 2.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu této práce je zmapovat pohybovou aktivitu hospitalizovaných seniorů ve vymezených časových úsecích během dne.

Z výše uvedeného cíle pak vyplývají další dílčí úkoly, kterými se budu také zabírat:

- zjistit množství času stráveného v lůžku nemocným
- zmapovat činnosti prováděné pacientem během dne, v lůžku i mimo něj na pokoji pacienta
- zpracovat do práce data a výsledky z podobného výzkumu z roku 2013 provedeným studenty 3. LF UK
- reflektovat vlastní pocity z pozorování
- seznámit se s výzkumy na podobné téma

### 2.2 Hypotézy

Při psaní bakalářské práce vycházím z několika hypotéz. Některé hypotézy jsou spojeny také s cíli této práce.

*Hypotéza č. 1*

**Samotná hospitalizace pacienta omezuje jeho pohybovou aktivitu a determinuje jej k pobytu v lůžku.**

*Hypotéza č. 2*

**Zdravotnický personál nemotivuje dostatečně pacienty k vyšší pohybové aktivitě během hospitalizace.**

*Hypotéza č. 3*

**Zdravotní stav není určujícím faktorem snížené pohybové aktivity nemocného.**

*Hypotéza č. 4*

**Hospitalizovaní nemocní nemají motivaci k vykonávání pohybové aktivity.**

*Hypotéza č. 5*

**Nemocní se během hospitalizace neumí zabavit ve svém volném čase vhodným způsobem.**

## **2.3 Časový harmonogram práce**

*Říjen 2017*

V tomto období jsem se věnovala vyhledávání výzkumů podobným mému tématu a seznamovala jsem se s výzkumem z roku 2013, který provedli studenti 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.

*Listopad 2017 až leden 2018*

V těchto měsících jsem vyhledávala literaturu, kterou jsem zamýšlela ve své práci použít. Zároveň jsem postupně sepisovala z těchto zdrojů teoretickou část práce.

*Duben až květen 2018*

V těchto měsících proběhlo moje výzkumné šetření na Interní klinice 1. LF UK a ÚVN v Praze. Práci jsem také díky realizovanému výzkumu v květnu dokončila.

## **2.4 Metodologie**

Pro pozorování byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Konkrétně se jednalo o přímé nezúčastněné pozorování.

Výzkum byl proveden na Interní klinice 1. LF UK a ÚVN v Praze na Oddělení všeobecných interních lůžek. Šetření proběhlo ve dnech 12. 4., 18. 4 a 20. 4. 2018. První dvě šetření (12. 4. 2018 a 18. 4. 2018) byla rozdělena na dopolední část a odpolední část. Poslední šetření (20. 4. 2018) proběhlo pouze odpoledne, protože se jednalo o poslední šetření. Odpolední část probíhala vždy



na jiném pokoji s jinými pacienty. Změna pokoje byla nutná z toho důvodu, že příliš dlouhá přítomnost pozorovatelky by mohla pacienty zbytečně zatěžovat. V dopolední části i odpolední části pozorování trvalo vždy čtyři hodiny. Celkem byla sledována pohybová aktivita deseti seniorů.

Pokoje pro každé šetření vybírala staniční sestra oddělení – vybírala pokoje dvouůžkové, aby bylo možno sledovat dva pacienty najednou. Pacientům jsem se vždy na začátku pozorování představila a vysvětlila jsem jim svůj úkol – viz bod 2.4.1. Data získaná během pozorování jsem přímo v čase pozorování zanášela do záznamového archu v notebooku (viz Příloha 1).

Do archu jsem zaznamenávala:

- časové období v minutách a příslušná aktivita pacienta
- číslo pokoje
- pohlaví pacienta
- věk pacienta
- začátek a ukončení pozorování
- veškerou pohybovou aktivitu pacienta během pozorování
- aktuální objektivní stav pacienta, který by mohl mít vliv na jeho pohybovou aktivitu

#### **2.4.1 Úkol pozorovatelky během šetření**

Úkolem pozorovatelky bylo zmapovat pohybovou aktivitu hospitalizovaných seniorů ve čtyřhodinových časových úsecích, abychom se vyvarovali nadměrné zátěže pacientů. Pozorování bylo prováděno přímo na pokojích pacientů tak, aby nebyly narušeny činnosti pacientů ani personálu. Pozorovatelka neplnila žádnou jinou úlohu, než úlohu nezúčastněného pozorovatele – to znamená, že pacientům ani personálu nebyla ničím nápomocná, pokud pacient něco potřeboval, stisknul signalizační zařízení a přivolal si sestru. Pokud by však nastala situace, kdy by mohlo dojít k ohrožení nemocného (ohrožení pádem, nutnost resuscitace), jednala by samozřejmě pozorovatelka ve prospěch nemocného.

## **2.5 Výhody a nevýhody zvolené metody výzkumu z pohledu autorky práce**

Mezi **výhody** bych zařadila fakt, že se touto metodou pozorovatel dostal přímo k pozorovanému objektu. Tam má možnost zaujmout takový postoj, který není ničím zaujatý. Pozorovatel pouze pozoruje pacienta, ničím jej nevyrušuje a může tak zaznamenávat aktivitu nemocného. Student si pouze v tichosti zapisuje poznámky a nemocného se na nic nedotazuje.

**Nevýhodou** pak je podle mého názoru časová náročnost této metody. Pak také nutnost přerušit na určitou chvíli pozorování – student si například potřebuje dojit na toaletu. V tomto případě pak student nemá přehled o určitém časovém úseku. Jako další mě napadá sám nemocný, jehož chování dokáže ovlivnit pozorovatelova přítomnost – když ne po celou dobu pozorování, tak ve chvílích, kdy si nemocný vzpomene, co pozorovatel zkoumá.

## **2.6 Zpracování dat**

Pro zjištění času, který pacient trávil poleháváním v lůžku nebo který naopak strávil pohybovou aktivitou, jsem časové úseky z tabulek spočítala a pro přehled těchto časů jsem vytvořila ke každému pacientovi koláčový výsečový graf. Za pohybovou aktivitu byly považovány veškeré aktivity, které probíhaly mimo lůžko pacienta – tím bylo myšleno stání, chůze, hygiena ve sprše. Pohybovou aktivitou také byly myšleny činnosti, které pacient prováděl sám nebo které mu byly prováděny personálem v lůžku, a lze je považovat za pohybovou aktivitu. Jednalo se o otáčení pacienta v lůžku, hygienu pacienta v lůžku s pozorovatelnou pacientovou aktivitou, sezení na posteli s nohama v lůžku (pokud pacient v této poloze neodpočíval nebo nespál), sezení s nohama z postele, natažení se pro hrnek s čajem a další. Naopak mezi nulovou pohybovou aktivitou bylo zařazeno odpočívání v posteli, pospávání, sledování televize v posteli, čtení v posteli a spánek – o těchto aktivitách lze jednoznačně říct, že se o pohybovou aktivitu nejedná.

### 2.6.1 Pacientka č. 1

pohlaví: žena,

datum pozorování: 12. 4. 2018,

věk: 89 let

pokoj č.: 1

začátek pozorování: 7:30 hodin

ukončení pozorování: 11:30 hodin

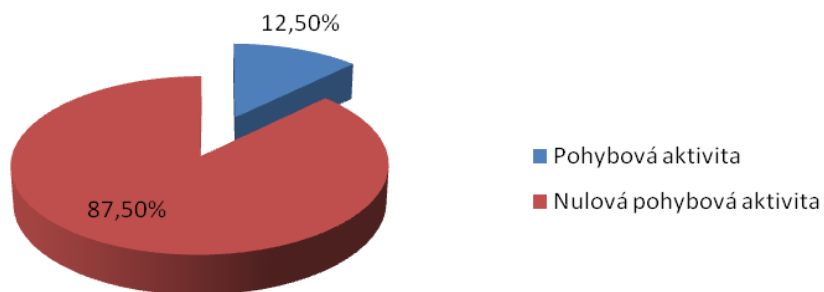
#### Tabulka č. 1: Pohybová aktivita pacientky č. 1

čas	pohybová aktivita	stav pacienta
7:30 – 7:36	Snídá sama s nohama dolů z postele, přepadává ale na bok	Dušná, fenomény slyšitelné na dálku celou dobu pozorování
7:36 – 7:37	Sanitář odnáší snídani, pomáhá jí položit se do postele	
7:37 – 7:47	Odpočívá v posteli, přichází sestra s léky a lékařka provést vizitu	
7:47 – 7:53	Sama se otáčí na bok, sestra jí pomáhá zapít léky	
7:53 – 7:55	Lékařka pacientce pomáhá posadit se s nohama v posteli, aby ji vyšetřila, pak pacientku pokládá	
7:55 – 8:27	Pospává	
8:27 – 8:40	Sanitářky myjí pacientku na lůžku, pomáhají s napitím, ukládají pacientku na bok	
8:40 – 8:57	Pospává	
8:57 – 8:58	Pacientka se otáčí sama na druhý bok	
8:58 – 9:05	Pacientka odpočívá	
9:05 – 9:06	Dostala inhalaci, otáčí se sama na záda	
9:06 – 10:24	Pacientka se probouzí při odebrání inhalace sestrou, pak znova usíná v té samé poloze na zádech	
10:24 – 11:30	Pospává	

#### Popis grafu č. 1

U pacientky č. 1 lze pozorovat, že 87,5 % z pozorovaného časového úseku (to činí 210 minut = 3,5 hodiny času) nevykonávala žádnou pohybovou aktivitu a pouze ležela v lůžku. Zbýlých 12,5 % času (to je 30 minut) pacientka naplnila pohybovou aktivitou (viz pohybová aktivita v tabulce č. 1). Objektivně byla pacientka pozorovatelkou zhodnocena jako dušná.

**Graf č. 1: Pohybová aktivita pacientky č. 1**



### **2.6.2 Pacientka č. 2**

Pohlaví: *žena*

datum pozorování: *12. 4. 2018*

věk: *85 let*

pokoj č.: 1

začátek pozorování: 7:30 hodin

ukončení pozorování: 11:30 hodin

**Tabulka č. 2: Pohybová aktivita pacientky č. 2**

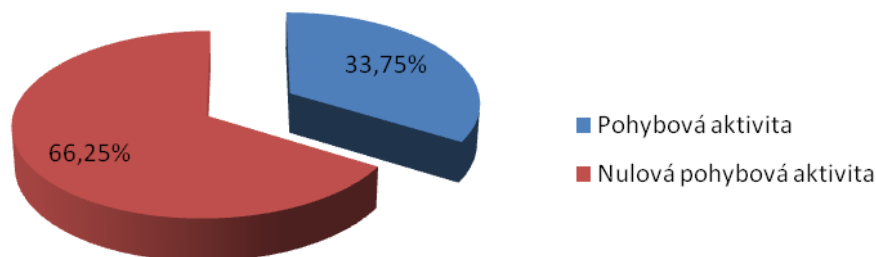
čas	pohybová aktivita	stav pacienta
7:30 – 7:32	Snídá s nohama dolů z postele	Mírně pokašlává celou dobu pozorování, jinak nepozorují žádná objektivní omezení v souvislosti s pohybovou aktivitou
7:32 – 7:34	Odnáší si sama zbytek snídaně na stůl, pak si sedá zpět na postel s nohama dolů z postele	
7:34 – 7:38	Nalévá si čaj a pije, stále sedí s nohama z postele	
7:38 – 7:40	Přichází sestra s léky, pacientka se pokládá na postel	
7:40 – 7:47	Leží, odpočívá v lůžku	
7:47 – 7:57	Zvedá se z postele, jde po pokoji a hledá něco ve skříni, pak se zase posadila na lůžko	
7:57 – 8:01	Sedí na lůžku s nohama dolů z postele, zapíjí léky, pak si lehá	
8:01 – 8:28	Pospává v lůžku	
8:28 – 8:31	Přichází lékařka provést vizitu, pacientka se nyní sama posazuje s nohama v posteli a pak se pokládá	
8:31 – 8:42	Pacientka odpočívá v lůžku	
8:42 – 8:45	Pacientka jde něco vyhodit do koše, pak jde do koupelny na pokoji	
8:45 – 8:52	Posazuje se sama na lůžko s nohama dolů z postele	
8:52 – 8:56	Vstává sama z lůžka a jde do koupelny na pokoji na WC, pak se pokládá do postele	
8:56 – 9:11	Polehává v lůžku	
9:11 – 9:20	Vstává z lůžka, obléká si župan a prochází se po oddělení	
9:20 – 9:22	Vrací se na pokoj, župan vrací na své místo, pokládá se do postele	
9:22 – 9:45	Pospává v posteli	
9:45 – 10:05	Probudila se, vstává sama z lůžka, prochází se po pokoji a jde sama do sprchy na pokoji	
10:05 – 10:10	Vrací se ze sprchy, prochází se po pokoji, obléká se	
10:10 – 10:12	Pokládá se pomalu do postele	
10:12 – 10:51	Pospává v lůžku	
10:51 – 10:53	Posazuje se v lůžku, pije	
10:53 – 11:30	Pospává v lůžku	

**Popis grafu č. 2**

Pacientka č. 2 pohybovou aktivitu vykonávala ve 33,75 % času v pozorovaném časovém úseku (to je 81 minut času). Tato pacientka byla vzhledem ke svojí pohybové aktivitě nejaktivnější pozorovanou pacientkou v tomto šetření. Zbytek pozorovaného času, 66,25 % (to je 159 minut času), u této pacientky nebyla pozorována žádná pohybová aktivita. U pacientky bylo

objektivně pozorováno pokašlávání – považováno za faktor, který může mít vliv na pohybovou aktivitu.

**Graf č. 2: Pohybová aktivita pacientky č. 2**



### 2.6.3 Pacientka č. 3

pohlaví: *žena*

datum pozorování: *12. 4. 2018*

věk: *89 let*

pokoj č.: *9*

začátek pozorování: *11:45 hodin*

ukončení pozorování: *15:45 hodin*

**Tabulka č. 3: Pohybová aktivity pacientky č. 3**

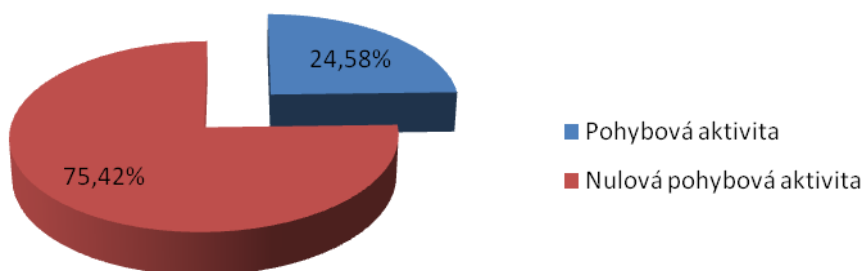
čas	pohybová aktivita	stav pacienta
11:45 – 11:51	S pomocí dcery a personálu se posazuje na posteli, zvedá se a chodí po pokoji a po chodbě	Dušná, fenomény slyšitelné během pozorování na dálku
11:51 – 11:52	Návrat na pokoj, ulehává s pomocí dcery a personálu do postele	
11:52 – 11:59	Odpočívá v lůžku	
11:59 – 12:00	Sanitáři pacientce pomáhají posadit se v lůžku k obědu s nohama dolů z postele	
12:00 – 12:10	Posazená konzumuje sama oběd	
12:10 – 12:11	Dojedla a sama se položila do lůžka	
12:11 – 12:43	Pospává v lůžku	
12:43 – 12:53	Sama se posadila v lůžku s nohama v něm a čte si noviny	
12:53 – 12:55	Přichází sestra, aby zvažila pacientku; pomáhá jí vstát a udržet se na váze	
12:55 – 12:57	Sama se posazuje a zapíjí čajem léky od sestry	
12:57 – 14:30	Usnula v lůžku	

14:30 – 14:32	S pomocí sanitáře se usazuje v lůžku	
14:32 – 14:34	Sedí s oporou sanitáře na lůžku s nohama dolů z postele, přichází druhý sanitář	
14:34 – 14:39	Chodí po chodbě s oporou obou sanitářů	
14:39 – 14:40	Vrací se k lůžku, vzápětí s pomocí sanitářů zase odchází na WC mimo pokoj	
14:40 – 14:52	Jde s pomocí dvou sanitářů na WC mimo pokoj	
14:52 – 14:56	Vrací se s oporou sanitářů zpět na pokoj, s jejich pomocí si lehá na lůžko	
14:56 – 15:28	Pospává v lůžku	
15:28 – 15:45	Čte si položená v lůžku	

### Popis grafu č. 3

U této pacientky č. 4 si lze všimnout, že jí pohybová aktivita zabrala 24,58 % z pozorovaného časového úseku (to je 59 minut). Nulová pohybová aktivita pak byla v jejím případě zaznamenána v 75,42 % pozorovaného času (to je 181 minut). Pacientka trpěla během pozorování na dálku slyšitelnou dušností.

### Graf č. 3: Pohybová aktivita pacientky č. 3



#### 2.6.4 Pacientka č. 4

pohlaví: žena

datum pozorování: 12. 4. 2018

věk: 75 let

pokoj č.: 9

začátek pozorování: 11:45 hodin

ukončení pozorování: 15:45 hodin

**Tabulka č. 4: Pohybová aktivita pacientky č. 4**

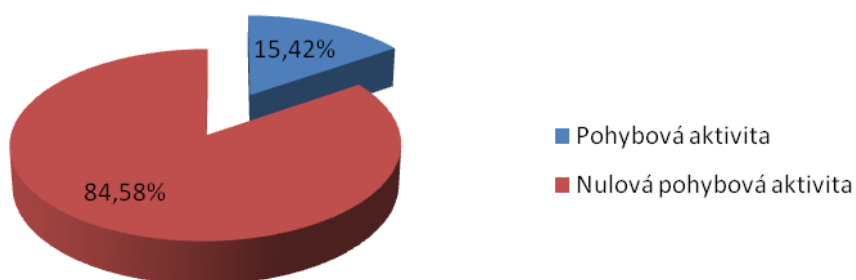
čas	pohybová aktivita	stav pacienta
11:45 – 11:59	Pospává v lůžku	Nepozoruji objektivní omezení ve spojitosti s pohybovou aktivitou
11:59 – 12:00	S pomocí sanitáře se posazuje v lůžku s nohama dolů z postele	
12:00 – 12:20	Jí sama oběd, který jí připravil sanitář na stoleček k lůžku	
12:20 – 12:25	Dojedla, jen sedí na posteli a pije čaj	
12:25 – 12:28	S pomocí sanitáře se ukládá na bok do postele, on odnáší oběd	
12:28 – 12:57	Odpočívá v lůžku	
12:57 – 13:05	Vleže zvedá zvonící telefon	
13:05 – 13:08	Dostává léky od sestry, která ji posazuje v lůžku s nohama na něm, aby je pacientka mohla zapít čajem	
13:08 – 13:09	Sestra pomáhá pacientce lehnout si na lůžko	
13:09 – 13:25	Pospává	
13:25 – 13:29	Sestra přináší pacientce další lék, pomáhá pacientce se posadit v lůžku s nohama na něm a pacientka sama jej zapíjí čajem	
13:29 – 13:37	Pacientka pospává	
13:37 – 13:49	Přichází lékař se sestrou a provádí pacientce břišní punkci – pacientka leží	
13:49 – 14:11	Odpočívá, pospává	
14:11 – 14:30	Přichází příbuzný, povídají si	
14:30 – 15:06	Pacientka pospává	
15:06 – 15:10	Sestra kontroluje odtok ascitu z břišní punkce, povzbuzuje pacientku k pití, pomáhá jí napít se vleže	
15:10 – 15:45	Odpočívá, podřimuje	



#### Popis grafu č. 4

Pacientka č. 4 v tomto pozorovaném časové úseku vykazovala pohybovou aktivitu v 15,42 % času (to je 37 minut). Naopak nulová pohybová aktivita u ní byla pozorována v 84,58 % sledovaného časového úseku (to je 203 minut). U pacientky nebyla pozorována žádná objektivní omezení ve spojitosti s pohybovou aktivitou.

**Graf č. 4: Pohybová aktivita pacientky č. 4**



#### 2.6.5 Pacientka č. 5

pohlaví: *žena*

datum pozorování: *18. 4. 2018*

věk: *70 let*

pokoj č.: *5*

začátek pozorování: *7:30 hodin*

ukončení pozorování: *11:30 hodin*

**Tabulka č. 5: Pohybová aktivita pacientky č. 5**

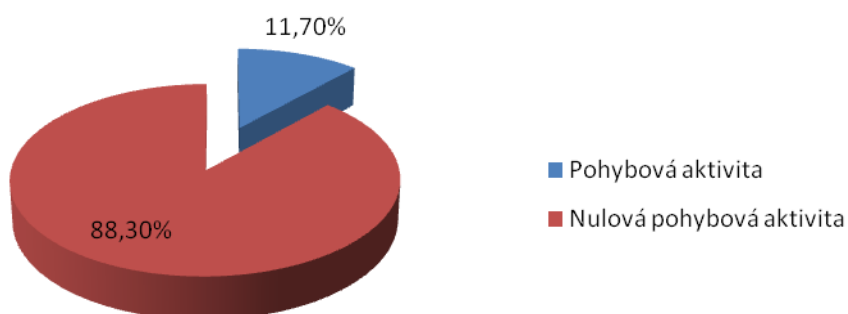
čas	pohybová aktivita	stav pacienta
7:30 – 7:35	Snídá na posteli, vysazena s nohama dolů z postele studentkou	
7:35 – 7:37	S pomocí studentek si lehá na záda do polosedu	
7:37 – 8:03	Pospává v polosedu	
8:03 – 8:05	Zapíjí s pomocí studentky léky	
8:05 – 8:45	Leží na zádech, pospává	
8:45 – 8:49	Kvůli podání klyzmatu se sama otočila na bok a pak zase zpátky na záda	

8:49 – 8:59	Odpočívá na lůžku	7:40 – pacientka zvrací, jinak nepozorují omezení ve spojitosti s pohybovou aktivitou
8:59 – 9:05	Otáčí se sama v lůžku kvůli hygieně se studentkami	
9:05 – 9:27	Leží na zádech v lůžku, odpočívá	
9:27 – 9:30	Nutnost výměny pleny, sama se otáčí v lůžku	
9:30 – 10:00	Leží, odpočívá	
10:00 – 10:05	Pacientka se otáčí v lůžku, dostává infuzi	
10:05 – 11:07	Pospává v lůžku, občas koukne na TV	
11:07 – 11:08	Bere si sama pití a pije	
11:08 – 11:30	Pospává	

### Popis grafu č. 5

V grafu pohybové aktivity č. 5 si lze všimnout, že pacientka č. 5 vykonávala nějakou pohybovou aktivitu v 11,70 % pozorovaného času (to je 28 minut). Naopak nulovou pohybovou aktivitu pacientka vykazovala z 88,3 % v pozorovaném časovém úseku (to je 212 minut). V 7:40 pacientka zvracela, což mohlo mít dopad na její pohybovou aktivitu.

**Graf č. 5: Pohybová aktivita pacientky č. 5**



### 2.6.6 Pacientka č. 6

pohlaví: *žena*

datum pozorování: *18. 4. 2018*

věk: *79 let*

pokoj č.: *5*

začátek pozorování: *7:30 hodin*

ukončení pozorování: *11:30 hodin*

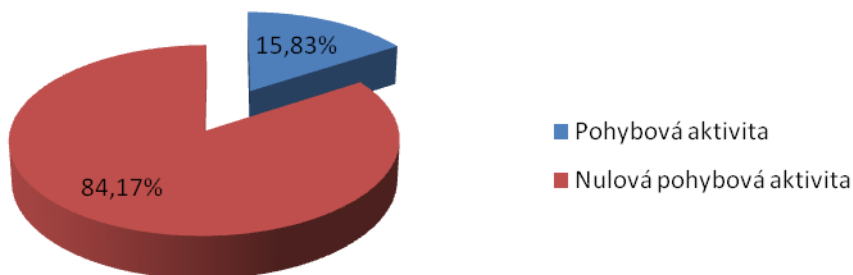
**Tabulka č. 6: Pohybová aktivita pacientky č. 6**

čas	pohybová aktivita	stav pacienta
7:30 – 7:37	Snídá s pomocí studentky vsedě s nohama dolů z postele	Dušná, fenomény slyšitelné na dálku po celou dobu pozorování
7:37 – 7:39	Pokládá se na záda s pomocí studentky	
7:39 – 8:07	Odpočívá v lůžku	
8:07 – 8:11	Sama se posadila v lůžku, dostala léky a zapíjí je	
8:11 – 8:12	Sama se ze sedu na posteli přesunula na vozík vedle postele, chválena za aktivitu	
8:12 – 8:33	Hygiena na vozíku ve sprše s pomocí studentek	
8:33 – 8:35	S pomocí studentek se přesouvá zpět do postele, pije	
8:35 – 9:13	Pospává	
9:13 – 9:18	Vizita lékařky, pacientka stále leží	
9:18 – 9:19	Sed v lůžku s nohama v něm s pomocí lékařky, pak jí zase pomohla si lehnout	
9:19 – 11:09	Leží v posteli, spí	
11:09 – 11:11	Probouzí se, přichází sestra s infuzí, stále leží	
11:11 – 11:30	Pospává	

**Popis grafu č. 6**

Z grafu pohybové aktivity č. 6 je patrné, že u pacientky č. 6 byla zaznamenána pohybová aktivita v 15,83 % (to je 38 minut) pozorovaného časového úseku. Ve zbylých 84,17 % (to je 202 minut) zkoumaného časového úseku se pacientka č. 6 nevěnovala žádné pohybové aktivitě. U pacientky byla pozorována dušnost s fenomény slyšitelnými na dálku.

**Graf č. 6: Pohybová aktivita pacientky č. 6**



### 2.6.7 Pacient č. 7

pohlaví: muž

datum: 18. 4. 2018

věk: 80 let

pokoj č.: 7

začátek pozorování: 12:00

ukončení pozorování: 16:00

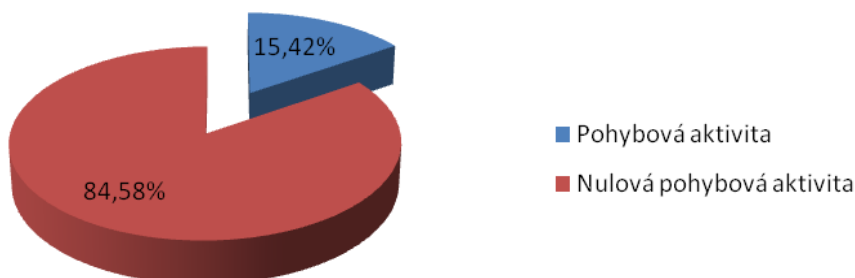
**Tabulka č. 7: Pohybová aktivita pacienta č. 7**

čas	pohybová aktivita	stav pacienta
12:00 – 12:24	Obědvá vsedě v lůžku s pomocí studentky, nohy na posteli, pak si s její pomocí lehá	Nedoslýchá, jinak nezaznamenávám žádná objektivní omezení v souvislosti s pohybovou aktivitou
12:25 – 12:50	Oběd odnesen studentkou, pacient pospává	
12:50 – 12:57	Přichází lékař provést vizitu, pacient se s jeho pomocí posazuje v lůžku	
12:57 – 13:03	Odpočívá v lůžku	
13:03 – 13:07	Přichází sestra odebrat krev, pacient je vzhůru a leží	
13:07 – 14:05	Polehává, odpočívá, povídá si s příbuznou	
14:05 – 14:27	Pospává v lůžku	
14:27 – 14:30	Přesun pacienta vleže sanitářem a sestrou na jiné lůžko a převoz na vyšetření mimo oddělení	
14:30 – 15:27	Pacient je mimo oddělení – nezahrnuji do pohybové aktivity	
15:27 – 15:30	Přijíždí z vyšetření, je vleže přesunut zpět na lůžko sestrou a sanitářem	
15:30 – 16:00	Spí	

### Popis grafu č. 7

U pacienta č. 7 byla pozorována pohybová aktivita v 15,42 % (to je 37 minut) pozorovaného času. Zbytek pozorovaného časového úseku byla u tohoto pacienta zaznamenána nulová pohybová aktivita, to je 84,58 % (203 minut) z pozorovaného časového úseku. Pacient zřetelně trpěl nedoslýchavostí.

**Graf č. 7: Pohybová aktivita pacienta č. 7**



**2.6.8 Pacient č. 8**

pohlaví: *muž*

datum pozorování: *18. 4. 2018*

věk: *77 let*

pokoj č.: *7*

začátek pozorování: *12:00 hodin*

ukončení pozorování: *16:00 hodin*

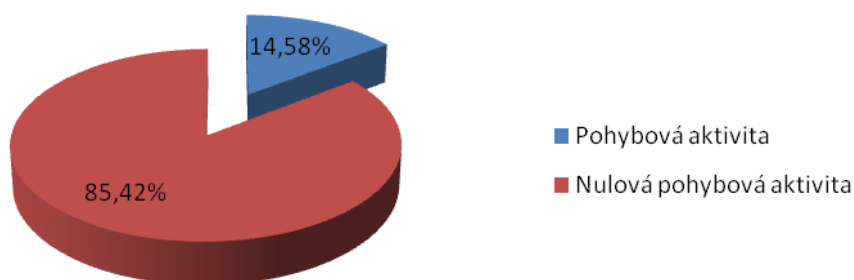
**Tabulka č. 8: Pohybová aktivita pacienta č. 8**

čas	pohybová aktivita	stav pacienta
12:00 – 12:20	Sedí v lůžku s nohama z postele, obědvá	Zmatený po celou dobu pozorování, říká nesmyslné věty
12:20 – 12:21	Položil se s pomocí sanitářky do postele	
12:21 – 13:25	Leží v lůžku, ospává	
13:25 – 13:29	Příbuzný mu pomáhá posadit se v lůžku, pak se zase pokládá	
13:29 – 14:19	Polehává v lůžku, povídá si s příbuzným Sestrou povzbuzován k pití	
14:19 – 14:21	Příbuzný jej pomáhá posadit se v lůžku s nohama na posteli, dává mu napít, pak jej zase pokládá	
14:21 – 15:00	Leží, povídá si s příbuzným	
15:00 – 15:05	Sám se posadil, pije Colu, položil se	
15:05 – 15:30	Odpočívá, ospává	
15:30 – 15:33	Posazuje se v lůžku, pije	
15:33 – 16:00	Pospává	

### Popis grafu č. 8

Pacient č. 8 během pozorovaného časového úseku věnoval 14,58 % času (to je 35 minut) pohybové aktivitě. Ve zbylých 85,42 % času (to je 205 minut) nebyla u pacienta č. 8 pozorována žádná pohybová aktivita. U pacienta byla pozorována během šetření zmatenost jako faktor ovlivňující pohybovou aktivitu.

**Graf č. 8: Pohybová aktivita pacienta č. 8**



### 2.6.9 Pacient č. 9

pohlaví: muž

datum pozorování: 20. 4. 2018

věk: 89 let

pokoj č.: 6

začátek pozorování: 12:45 hodin

ukončení pozorování: 16:45 hodin

**Tabulka č. 9: Pohybová aktivita pacienta č. 9**

čas	pohybová aktivita	stav pacienta
12:45 – 12:47	Leží v posteli, dívá se na televizi	Pokašlává, dušný, jinak nezaznamenávám jiné objektivní faktory, které by měly vliv na
12:47- 12:49	Otáčí se v posteli a vypíná televizi, pokládá na stoleček brýle	
12:49 – 13:05	Pospává, dostává inhalaci od sestry	
13:05 – 13:08	Otáčí se v lůžku, přerovnáva hadičku s infuzí	
13:08 – 13:20	Pospává	
13:20 – 13:26	Otáčí se v lůžku, posunuje se na pokyn sestry v lůžku nahoru, sám se napil	
13:26 – 14:02	Pospává	

14:02 – 14:20	Otáčí se v lůžku, sám si sedá s nohama dolů z postele, pije pitíčko, pak se zase pokládá	pohybovou aktivitu
14:20 – 14:38	Leží, pospává	
14:38 – 14:53	Sedá si na postel s nohama dolů, pije čaj, sleduje okolí, pak se opět pokládá na postel	
14:53 – 15:20	Leží v posteli, pospává	
15:20 – 15:24	Posazuje se na postel s nohama dolů z postele, dívá se po pokoji, pije čaj	
15:24 – 15:25	Stále vsedě si nasazuje brýle a pracuje chvíli s telefonem	
15:25 – 15:34	Jde s pomocí sanitárky na WC na pokoji, pak si s její pomocí lehá zpět na postel	
15:34 – 16:25	Leží v posteli, sleduje televizi	
16:25 – 16:28	Sám si sedá v lůžku, nohy položené na lůžku a pije čaj, pak si zase lehá	
16:28 – 16:45	Sleduje televizi, leží	

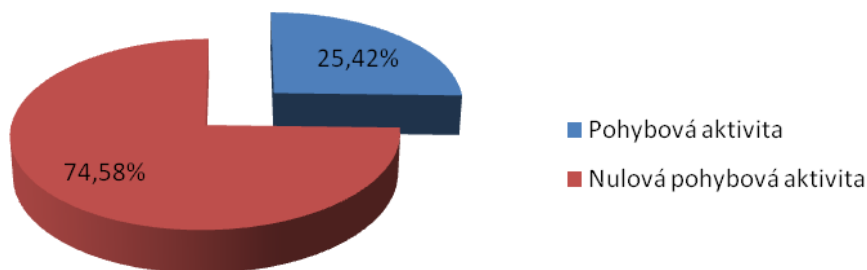
### Popis grafu č. 9

Pacient č. 9 se pohybové aktivitě věnoval 25,42 % (to je 61 minut) pozorovaného času. Nulová pohybová aktivita pak u něj byla pozorována po 74,58 % času (to je 179 minut).

Pacient zřetelně pokašlával a byl dušný, což bylo slyšitelné na dálku.

Tento pacient na mě během pozorování nejsilněji ze všech pozorovaných pacientů působil dojmem, že se nemůže vhodně během hospitalizace zabavit. Mnoho času v lůžku strávil otáčením se, sledováním televize, posazováním se v lůžku a často také sledoval, co se děje v okolí. Chůzi však věnoval jen minimum času z pozorované pohybové aktivity.

**Graf č. 9: Pohybová aktivita pacienta č. 9**



### 2.6.10 Pacient č. 10

pohlaví: muž

datum pozorování: 20. 4. 2018

věk: 94 let

pokoj č.: 6

začátek pozorování: 12:45 hodin

ukončení pozorování: 16:45 hodin

**Tabulka č. 10: Pohybová aktivita pacienta č. 10**

čas	pohybová aktivita	stav pacienta
12:45 – 13:25	Leží v posteli, spí	Pokašlává, jinak nezaznamenávám žádné objektivní faktory, které by měly vliv na pohybovou aktivitu
13:25 – 13:26	Přichází sestra, povzbuzuje k pití, pacient stále pospává	
13:26 – 14:12	Spí	
14:12 – 14:27	Přichází dcera, pomáhá pacientovi posadit se v lůžku s nohama v posteli, povídají si, pacient s její pomocí konzumuje jídlo, pije	
14:27 – 14:43	Leží v posteli, pospává	
14:43 – 14:46	Pije čaj s pomocí dcery	
14:46 – 15:35	Spí	
15:35 – 15:38	Sanitářkou je polohován na bok, povzbuzován, aby se napil a nespál, ale nepije	
15:38 – 16:45	Spí	

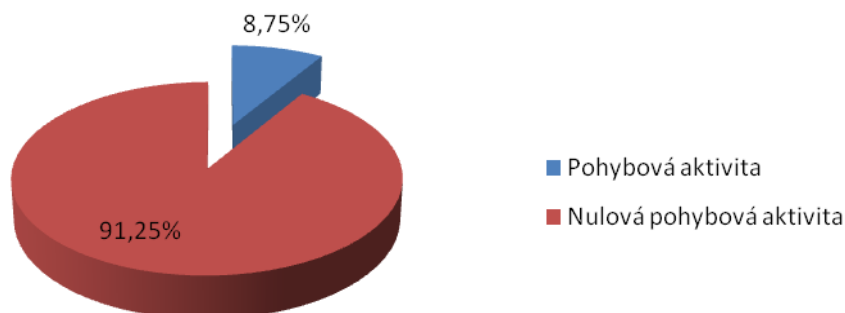
### Popis grafu č. 10

Z grafu pohybové aktivity č. 10 je patrné, že u pacienta č. 10 byla zjištěna nejnižší zjištěná pohybová aktivita. Pohybové aktivitě se v pozorovaném časovém úseku pacient věnoval pouze 8,75 % času (to je 21 minut). Nulová pohybová aktivita u něj byla pozorována ve zbylých 91,25 % času (to je 219 minut).

Tento pacient byl však věkově nejstarším pacientem tohoto šetření. Je proto možné, že tak nízká pohybová aktivita souvisí s jeho velmi vysokým věkem a jeho křehkostí.



**Graf č. 10: Pohybová aktivita pacienta č. 10**



## 2.7 Vyhodnocení

Vyhodnocení ve vztahu k cílům práce:

### 2.7.1 Cíl: Zjistit množství času stráveného v lůžku nemocným

Celkový čas, který pacienti strávili v lůžku, popisuje níže tabulka č. 11. Tabulka nezohledňuje případnou pohybovou aktivitu, kterou mohl v lůžku pacient vykonávat, pouze zobrazuje čas, po který pacient byl v lůžku. Tento čas je vyjádřený v procentech v poměru k celkově pozorovanému času (4 hodiny) a také v jednotkách času. Z tabulky je patrné, že 6 pacientů z 10 pozorovaných trávilo celou dobu pozorování (to je 4 hodiny) v lůžku. Nejméně času v lůžku ležela dle šetření pacientka č. 2, která v něm pobývala 185 minut (to je 77,1 % pozorovaného času).

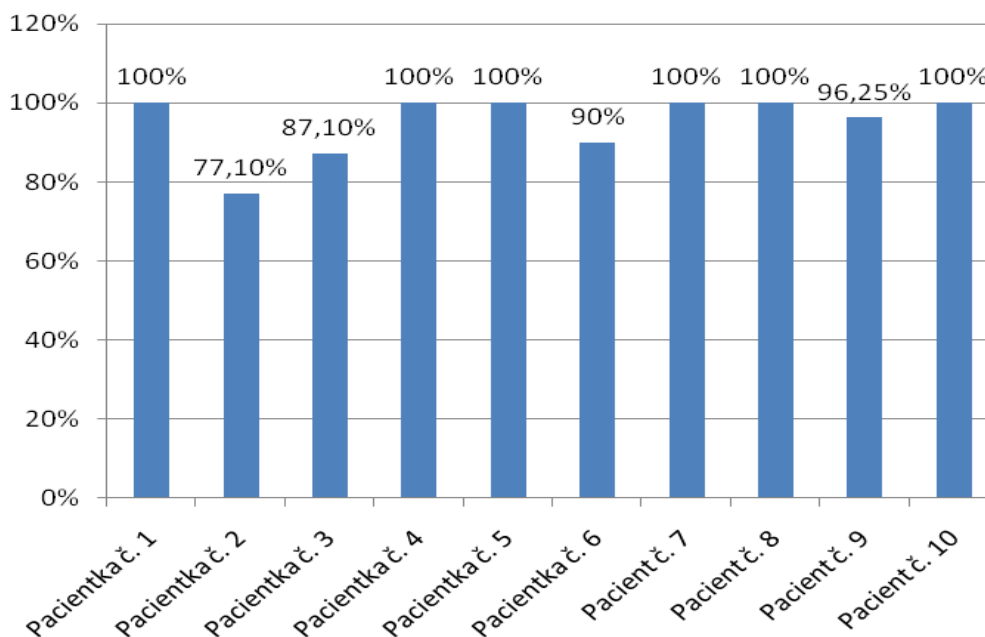
**Tabulka č. 11: Čas pozorovaných pacientů strávených na lůžku**

Pacient	Čas strávený v lůžku v jednotkách času	Čas strávený v lůžku v procentech
Pacientka č. 1	4 hodiny	100 %
Pacientka č. 2	185 minut	77,1 %
Pacientka č. 3	209 minut	87,1 %
Pacientka č. 4	4 hodiny	100 %
Pacientka č. 5	4 hodiny	100 %
Pacientka č. 6	216 minut	90 %
Pacient č. 7	4 hodiny	100 %
Pacient č. 8	4 hodiny	100 %
Pacient č. 9	231 minut	96,25 %
Pacient č. 10	4 hodiny	100 %

### Popis grafu č. 11

Graf č. 11 pro větší přehlednost vyjadřuje čas strávený pacientem přímo v lůžku. Pacient č. 1, 4, 5, 7, 8 a pacient č. 10 – tito všichni se nacházeli v lůžku po celou dobu pozorování. Nejméně času (77,1 %) zde naopak strávila pacientka č. 2.

**Graf č. 11: Čas pozorovaných pacientů strávený v lůžku**



#### 2.7.2 Cíl: Zmapovat činnosti prováděné pacientem během dne, v lůžku i mimo něj na pokoji pacienta

Vybrala jsem z tabulek č. 1 – 10 všechny pohybové aktivity, které byly u pacientů zaznamenány, a k těmto aktivitám jsem pak níže přiřadila, kteří pozorovaní pacienti se jim během šetření věnovali.

##### *Aktivita č. 1: Sed v lůžku s nohama dolů z lůžka*

Aktivita č. 1 byla pozorována u většiny pacientů – u pacientů č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9.

##### *Aktivita č. 2: Sed v lůžku s nohama položenýma na lůžku*

Aktivitu č. 2 jsem pozorovala u všech pacientů s výjimkou pacientky č. 5.

*Aktivita č. 3: Pohyb v lůžku*

Za pohyb v lůžku bylo považováno otáčení se, polohování, ukládání se do postele. Tento pohyb, ať už pasivní nebo aktivní, byl vysledován u všech pacientů.

*Aktivita č. 4: Stání*

Stání bylo zaznamenáno u pacientů č. 2, 3, 6, a 9.

*Aktivita č. 5: Chůze*

Chůzi bylo možné vidět u pacientů č. 2, 3, 6 a 9. Byli to ti samí pacienti, u kterých bylo zaznamenáno i stání.

*Aktivita č. 6: Sledování TV*

Na televizi se díval pacient č. 5 a pacient č. 9

*Aktivita č. 7: Konzumace jídla a pití*

Konzumaci jídla a pití (samostatnou nebo pacientovi dopomáhal personál či příbuzní) jsem pozorovala u všech pacientů.

*Aktivita č. 8: Hygiena*

Hygiena pacientů byla prováděna během dopoledních pozorování, takže jsem ji zaznamenala u pacientů č. 1, 2, 5 a 6.

*Aktivita č. 9: Návštěva toalety*

Toaletu, ať už se nacházela na pokoji nebo ne, navštívili pacienti č. 2, 3 a 9.

*Aktivita č. 10: Manipulace s telefonem*

Manipulace s telefonem proběhla u pacientů č. 4 a 9.

### *Aktivita č. 11: Kontakt s příbuzným*

Pacienti č. 3, 4, 7, 8 a 10 byli v přímém kontaktu s příbuznými, kteří je přišli navštívit na oddělení. Veškerý tento kontakt s příbuznými proběhl v odpoledních pozorováních.

### *Aktivita č. 12: Kontakt s ošetřujícím personálem*

Kontakt s ošetřujícím personálem byl pozorován u všech pacientů.

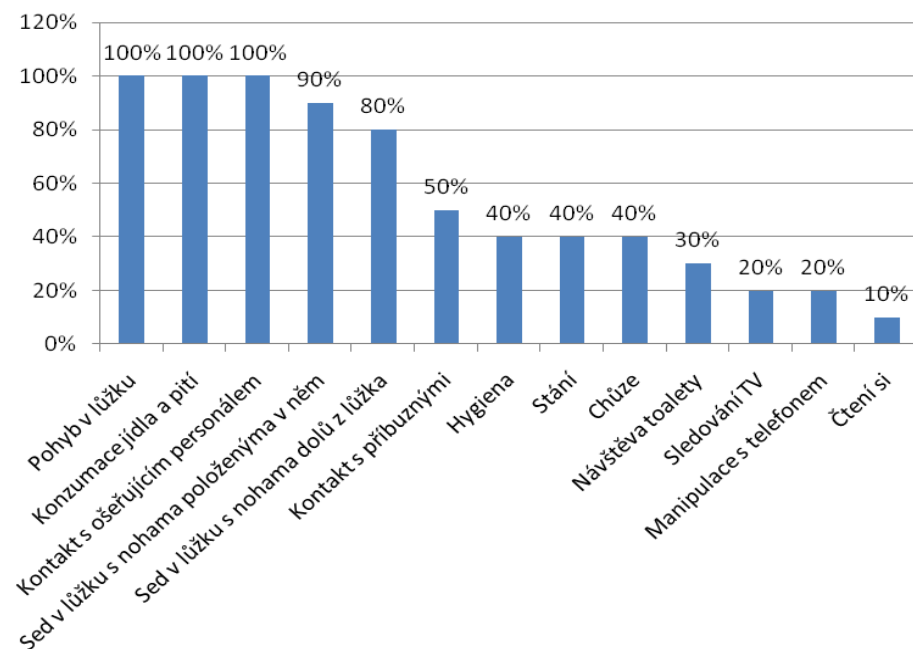
### *Aktivita č. 13: Čtení si*

Čtení bylo vysledováno u pacientky č. 3.

## **Popis grafu č. 12**

V grafu č. 12 jsou znázorněny aktivity, kterým se věnovalo nejvíce pacientů, až po takové aktivity, kterým se věnovalo nejméně pacientů. Pokud byla daná činnost pozorována u všech pacientů, je označena hodnotou 100 %.

## **Graf č. 12: Typy aktivit pacientů**



### 2.7.3 Cíl: Reflektovat vlastní pocity z pozorování

Praktické provedení tohoto šetření pro mě bylo ze začátku každého pozorování snadné, protože jsem jen seděla na židli na pokoji mezi pacienty, bedlivě jsem pozorovala jejich pohybovou aktivitu a zapisovala jsem si data. Avšak ke konci každého pozorování jsem pokaždé pocítovala časovou náročnost tohoto šetření a jistou únavu.

Bohužel jsem měla u všech pozorovaných pacientů pocit, že všichni tito pacienti se během hospitalizace opravdu nemohou vhodně zabavit. Některým dle mého názoru v té chvíli chyběla motivace k aktivitě, někteří by zase snesli pouze nenáročné zabavení, protože trpěli dušností nebo jim byla aplikována infuze, takže pro ně bylo složité se pohybovat. Jiní zase působili zmateně a vypadali, že by se nezabavili ani sami a ani za pomoci personálu. Pacientku č. 2 jsem sice shledala jako nejaktivnější, přesto však její vykonávané aktivity působily, že se tato pacientka nedokáže zabavit jiným vhodným způsobem. Byly to většinou činnosti, které k ničemu nevedly, prováděné viditelně z nudy. Nelékařský zdravotnický personál jsem u pacientů viděla, jak je povzbuzuje a nabádá k různým činnostem – napítí, hygiena, otočení se v lůžku. Mnohým pacientům jejich slova pomohla k aktivitě, jiným zase ne. Naštěstí jsem ale vždy měla pocit, že se personál snaží pacienty aktivizovat. Velkou úlohu v aktivizaci nemocných jsem pozorovala hlavně u **sanitářů**, kteří pacientům pomáhali s jídlem, pitím, s polohováním, s chůzí nebo s hygienou.

## 2.8 Vyjádření k hypotézám

### *Hypotéza č. 1*

**Samotná hospitalizace pacienta omezuje jeho pohybovou aktivitu a determinuje jej k pobytu v lůžku.**

Tuto hypotézu jsem s výjimkou pacientky č. 2 potvrdila.

### *Hypotéza č. 2*

**Zdravotnický personál nemotivuje dostatečně pacienty k vyšší pohybové aktivitě během hospitalizace.**

Tuto hypotézu jsem šetřením vyvrátila – nelékařský zdravotnický personál, hlavně sanitáři, pacienty povzbuzoval k pohybové aktivitě.

*Hypotéza č. 3*

**Zdravotní stav není určujícím faktorem snížené pohybové aktivity nemocného.**

Tuto hypotézu nemohu ani potvrdit, ale ani vyvrátit. Někteří pacienti totiž měli pohybovou aktivitu značnou oproti ostatním pozorovaným a u těchto aktivnějších pacientů bylo přesto pozorováno pokašlávání nebo dušnost. Naproti tomu jsem zaznamenala pacienty, jejichž objektivní zdravotní stav neprozrazoval nemožnost pohybové aktivity, ale přesto tito pacienti byli v šetření málo aktivní.

*Hypotéza č. 4*

**Hospitalizovaní nemocní nemají motivaci k vykonávání pohybové aktivity.**

Hypotézu č. 4 potvrzuji.

*Hypotéza č. 5*

**Nemocní se během hospitalizace neumí zabavit ve svém volném čase vhodným způsobem.**

Hypotézu č. 5 potvrzuji.

### 3. Diskuze

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat pohybovou aktivitu seniorů během jejich hospitalizace. Také jsem zjišťovala, kolik času starší pacienti tráví ve svém lůžku a jakým aktivitám se během hospitalizace nejčastěji věnují.

Výsledky práce poukázaly na to, že 6 pacientů z 10 pozorovaných strávilo ve svém lůžku celý pozorovaný časový úsek. Uvedené zjištění mě znepokojuje. Další 4 pacienti pak v lůžku pobývali více než 77 % pozorovaného času, což považuji také za alarmující. Můžu tedy prohlásit, že všichni pozorovaní pacienti polehávali po většinu času, který jsem s nimi během šetření strávila. S tvrzením, že většinu času tráví pacienti poleháváním, se ztotožňuje i autor Cattanach a kol. (2014), který říká, že odpočinek a pobývání v posteli jsou během hospitalizace běžné. Podle jeho závěrů pacienti tráví většinu dne právě v posteli. Tento autor také zastává myšlenku, že schopnost chodit ještě nezaručuje snížení času stráveného pacientem v posteli. S názorem, že čas strávený poleháváním není snížen, i když je pacient schopen chodit, souhlasí také výsledky mého šetření, které odhalilo, že i když 4 pacienti z 10 pozorovaných byli schopni chůze a nějakou část svého času chůzi věnovali, jejich čas strávený v lůžku přesto tvořil většinu pozorovaného času. Výjimku z těchto 4 pacientů netvoří ani pacientka č. 2, u které byla zaznamenána nejvyšší zaznamenaná pohybová aktivita z šetření. Její čas strávený v lůžku byl totiž stále vyšší než ten čas, který byl věnovaný pohybové aktivitě.

Nejméně času v lůžku a naopak nejvíce pohybové aktivity bylo, jak už jsem uvedla, pozorováno u pacientky č. 2, u které byla nulová pohybová aktivita pozorována v 66,25 % pozorovaného času. Zbytek času (33,75 %) pacientka věnovala nějaké pohybové aktivitě. Situace této pacientky však byla v mém šetření ojedinělá, všichni ostatní pacienti nulovou aktivitou v lůžkách strávili více než 75 % z pozorovaného času. S těmito výsledky souhlasí i výzkum Otcové (2014). U té se můžeme dozvědět, že pozorovaní pacienti trávili v lůžcích většinu svého času, což činilo 74 % a více.

Z výsledků výzkumu autora Cattanach a kol. (2014) se lze dozvědět, že v rámci jeho šetření se pozorovaní pacienti nacházeli v lůžku přibližně 51 % času. Srovnám-li s tímto zjištěním moje šetření, lze poukázat naopak na to, že mnou pozorovaní pacienti trávili ve svých postelích i více než 66 % času.

V průběhu svého šetření jsem se dále setkala s tím, že pacienti byli ošetřujícím personálem (tím myslím sestry a sanitáře, kteří s pacienty byli nejvíce času v přímém styku) často povzbuzováni, aby vykonávali nějakou aktivitu a nespali během dne. Ať už se jednalo o posunutí se v lůžku výše, o procházení se po chodbě nebo o prostém otáčení se v lůžku, ošetřující sestry a sanitáři se pacienty snažili přesvědčit o prospěšnosti fyzické aktivity nebo se jim snažili k pohybu dopomoci. Na tuto činnost personálu poukazuje i Holst a kol. (2015), který uvádí, že dokonce sami pacienti považují za velmi motivující, když jim personál vyjadřuje chválu za snahu dostat se z postele.

Během provádění šetření jsem měla různé dojmy v souvislosti s důvody, proč jsou pozorovaní pacienti tak neaktivní a proč většinu svého času proleží v lůžku. Byly to pocity subjektivní, spojené s mým pohledem na možnou příčinu pacientovy pasivity v lůžku. Často na mě pacienti působili dojmem, že nemají, čím by se vhodně zabavili - než poleháváním v lůžku a sledováním televize. S tímto mým tvrzením se ztotožňuje i Otcová (2014). Jeden ze studentů, který prováděl v roce 2013 podobné šetření pohybové aktivity hospitalizovaných seniorů, uváděl ve své reflexi, že pacientům nemůžeme moc vyčítat, že je vidíme pořád na pokoji, protože sami pacienti nevědí, co by měli v nemocnici dělat. Snaží se například si číst, ale to na celý den nestačí, televize na některých pokojích není, rádio člověk také nevydrží poslouchat věčně, a tak se nudí. Studentova reflexe je popisem znepokojující situace, která je ale z pacientova úhlu pohledu naprosto reálná. Existenci těchto situací potvrzuje i autor Holst a kol. (2015). Ten tvrdí, že je možné se během hospitalizace setkat s nedostatkem smysluplných činností, pokud pacientům tedy nestačí chůze nahoru a dolů po schodech. Toto tvrzení možná působí silně, ale další z jeho poznatků jej potvrzují. Například se mu podařilo zaznamenat, že se jeden pacient sám nabídl, že pomůže uvařit kávu pro zaměstnance a upraví pokoj. Jiný pacient zase slyšel, že některá oddělení mají posilovnu, ve které si pacienti mohou udržet kondici, a tak se stále pohyboval



okolo, aby se do ní mohl dostat. Oba tyto příklady naznačují, že se pacienti během hospitalizace nemohou smysluplně zabavit.

U všech pozorovaných pacientů v šetření u mě bohužel převládal pocit, že opravdu nemají, jakými činnostmi by vhodně naplnili svůj čas. Mé šetření poukázalo na to, že z chození po chodbě se pacienti velmi brzo vraceli v řádu pouhých jednotek minut. Pokud se pacienti dívali na televizi, tak u ní velmi rychle usínali. Je možné tyto situace nějakým způsobem řešit? Autor Cattanach a kol. (2014) se domnívá, že ano. Příklání se k myšlence, že mezi metody, které by mohly zvýšit fyzickou aktivitu hospitalizovaných jedinců, by se dala zařadit například edukace pacientů o prospěšnosti fyzické aktivity, zamezení nadbytečného používání postranic v lůžku, zajištění účasti rodiny na fyzické aktivitě pacienta, pořízení a vybavení vhodného prostoru na oddělení pro aktivizaci pacientů. Také navrhuje omezení intravenózních infuzí. S jeho nápadem na omezení intravenózních infuzí musím souhlasit, protože několika pacientům v mém šetření byly podávány dlouhodobě kapající infuzní roztoky, které ale pacienta zřetelně omezovaly v pohybu. S postojem autora Cattanach a kol. (2014) souhlasí i autor Villumsen kol. (2015). Ten ještě navíc dodává, že kromě intravenózních infuzí mohou negativně ovlivnit pohybovou aktivitu hospitalizovaných seniorů také močové katétry nebo hadičky s přívodem kyslíku k pacientovi. Villumsen a kol. (2015) ještě přidává další faktory, které mohou negativně ovlivnit mobilitu pacienta. Zařazuje sem zejména podávání jídel v nemocničních postelích namísto v patientských společných místnostech. Také poukazuje na fakt, že nemocniční lůžko je často nejpohodlnějším místem k pobytu během hospitalizace.

U většiny pacientů v tomto šetření byly zaznamenány symptomy, které mohly také negativně zasahovat do jejich fyzické aktivity. Některé příznaky pravděpodobně měly souvislost s důvodem k hospitalizaci těchto starších pacientů. Například u 4 pozorovaných pacientů to byla dušnost, u dalších dvou se objevilo pokašlávání. U jednoho pacienta jsem pak pozorovala zmatenost, u další pacientky zvracení, u jiného nedoslýchavost a pouze u jednoho z pozorovaných jsem si nevšimla žádných příznaků, které by mohly mít vliv na pohybovou aktivitu. Příznaky u těchto pacientů zcela jasně souvisí se zaměřením oddělení –

všeobecný interní typ. Autor Holst a kol. (2015) také ve své studii zastává názor, že symptomy onemocnění pacienta mohou mít negativní vliv na fyzickou aktivitu staršího jedince. Také Villumsen a kol. (2015) hovoří o tom, že většina geriatrických pacientů často uvádí symptomy, jako jsou únava či slabost, což podle něj samo o sobě může zabraňovat pacientům v pohybové aktivitě. Navíc, jak ještě dodává, existuje několik dalších překážek fyzické aktivity. Mezi ně lze zařadit například nedostupnost prostředků pro mobilizaci, obavy z pádu samotného pacienta, ale i obavy samotného personálu, že u pacienta k pádu dojde.

Mezi limity této práce lze zařadit fakt, že vzorek ke zkoumání nebyl příliš velký, a tak jej nelze generalizovat na jiná oddělení a všechny ostatní pacienty. Poskytuje však střípek, který odkrývá potřebu zabývat se hlouběji pohybovou aktivitou starších hospitalizovaných jedinců. Stejný názor na tento fakt má i autor Villumsen a kol. (2015), který zdůrazňuje naléhavější potřebu dalšího sledování mobility starších pacientů.

## 4. Závěr

Tato bakalářská práce si dala za cíl zmapovat pohybovou aktivitu seniorů během jejich hospitalizace. Práce byla rozdělena na teoretickou část a praktickou část. Teoretická část posloužila jako vhled do problematiky stáří, pohybové aktivity ve stáří a problematiky hospitalizace ve stáří. Pomohla čtenáři pochopit problematiku seniora a význam pohybové aktivity v jeho životě. V praktické části se autorka zabývala zpracováním konkrétního výzkumu a vyhodnocení získaných dat. Data z výzkumného šetření byla pro co největší přehlednost zpracována do tabulek a grafů, do slovních odpovědí a poté byla vyhodnocena. Výsledná data byla prodiskutována v závěrečné diskuzi práce s jinými autory, kteří se ve svých výzkumech zabývali podobnou problematikou.

Tato práce shledala, že všichni z pozorovaných hospitalizovaných starších pacientů opravdu tráví většinu svého času v lůžku. Moje domněnky o existenci této skutečnosti se bakalářskou prací bohužel potvrdily. Napsáním práce a zpracováním vlastního výzkumného šetření jsem dospěla k závěru, že ošetřující sestry a sanitáři, kteří pečovali o hospitalizované seniory, je povzbuzovali k pohybové aktivitě a snažili se je motivovat k různým činnostem. V čem ovšem pokulhává toto pozitivní zjištění, je reálný obraz hospitalizovaného seniora. Tento senior i přes snahu personálu tráví většinu svého času ve svém lůžku, a když už se dostane mimo něj, tak tento čas většinou nevyplní smysluplnými činnostmi.

Práce tak vybízí k zamyšlení nad tím, že by bylo příhodné, abychom se my zdravotníci na všech pozicích touto problematikou více zabývali. Jistě by bylo dobré, kdybychom začali podnikat kroky k tomu, aby populace seniorů prožívala náročné období hospitalizace lépe, ve znamení vyšší pohybové aktivity.

## Seznam použité literatury

CATTANACH, N.; SHEEDY, R.; GILL, S. a HUGHES, A. Physical activity levels and patients' expectations of physical activity during acute general medical admission. *Internal Medicine Journal* [online]. 2014. **44**(5), p. 501 – 504. ISSN 1445-5994.

Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/imj.12411>

CUBEREK, R.; GÁBA, A.; SVOBODA, Z.; PELCLOVÁ, J.; CHMELÍK, F.; LENHERT, M.; ŠAFÁŘ, M. a FRÖMEL, K. *Chůze v životě starších žen se sedavým zaměstnáním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. 84 s. ISBN 978-80-244-4376-8

HAUKE, M. *Zvládání problémových situací se seniory*. Nejen v pečovatelských službách. Praha: Grada, 2014. 128 s. ISBN 978-80-247-5216-7

HOLMEROVÁ, I.; JURAŠKOVÁ, B.; MÜLLEROVÁ, D.; VIDOVIČOVÁ, L.; HABRCETLOVÁ, L.; MATOULEK, M.; SUCHÁ, J. a ŠIMŮNKOVÁ, M. *Průvodce vyšším věkem*. Praha: Mladá fronta, 2014. 206 s. ISBN 978-80-204-3119-6

HOLST, M. et al. Physical Activity in Hospitalized Old Medical Patients; How Active Are They, and What. *The Journal of Aging Research and Clinical Practice* [online] 2015. **4**(2), p. 116-123. ISSN 2273-421X. Dostupné z: <http://www.jarcp.com/1050-physical-activity-in-hospitalized-old-medical-patients-how-active-are-they-and-what.html>

HUDÁKOVÁ, A. a MAJERNÍKOVÁ, L'. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2013. 128 s. ISBN 978-80-247-4772-9

JANČÍKOVÁ, V. Význam pohybové aktivity seniorů v prevenci pádů. *Studia Sportiva* [online]. Brno: Fakulta sportovních studií Masarykovy univerzity, 2015, 9(2), 94-99 [20. 11. 2017]. ISSN 1802-7679.

Dostupné z: <http://www.fsps.muni.cz/dokumenty/pdf/Studia-sportiva-2015-9-2.pdf#page=94>

KOSÍKOVÁ, K. *Imobilizační syndrom u klientů domova se zvláštním režimem* [online]. Brno, 2012. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství.

Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/72311/lf\\_m/diplomka.pdf](https://is.muni.cz/th/72311/lf_m/diplomka.pdf)

MARŠÁLEK, P. *Interna a geriatric pro fyzioterapeuty a ergoterapeuty*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, katedra fyzioterapie a ergoterapie, KZ a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem o. z., Rehabilitační oddělení, 2014. 188 s. ISBN 978-80-7414-745-6

OTCOVÁ, V. *Pohybová aktivita hospitalizovaných – problematika zachování nebo navrácení soběstačnosti nenocných* [prezentace] Praha: Ústřední vojenská nemocnice. 26. 11. 2014.

POKORNÁ, A.; KOMÍNKOVÁ, A.; SCHNEIDEROVÁ, M. a PINKAVOVÁ, H. *Ošetřovatelství v geriatrici*. Hodnoticí nástroje. Praha: Grada, 2013. 202 s. ISBN 978-80-247-4316-5

POLEDNÍKOVÁ, E.; BALLAYOVÁ, J.; BOLEDOVIČOVÁ, M.; HROZENSKÁ, M.; KIRÁLOVÁ, A.; KRIŠTOFOVÁ, E.; LÍŠKOVÁ, M.; MESÁROŠOVÁ, J.; NÁDASKÁ, I.; PAVELOVÁ, E.; SCHMIDTOVÁ, Z.; SLAMKOVÁ, A.; SOLGAJOVÁ, A.; VAŇO, I.; VÖRÖSOVÁ, G. a ZRUBCOVÁ, D. *Ošetrovatel'ský proces v geriatrickom ošetrovatel'stve*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2013. 223 s. ISBN 978-80- 8063-410-0

PŘIBYL, H. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2015. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1

SEDLÁKOVÁ, B. *Imobilizačný syndrom*. [prezentace z výuky] Praha: 3. LF UK. 14. 3. 2016

SLEPIČKA, P.; MUDRÁK, J. a SLEPIČKOVÁ, I. *Sport a pohyb v životě seniorů*. Praha: Karolinum, 2015. 162 s. ISBN 978-80-246-3110-3

ŠRAMO, J. *Příprava na stáří*. Praha: Občanské sdružení Melius, 2012. 192 s. ISBN 978-80-87638-00-2

ŠTĚPÁNKOVÁ, H.; HÖSCHL, C.; VIDOVIČOVÁ, L. a kol. *Gerontologie*. Současné otázky z pohledu biomedicíny a společenských věd. Praha: Karolinum, 2014. 288 s. ISBN 978-80-246-2628-4

VILLUMSEN, M.; JORGENSEN, G. M.; ANDREASEN, J.; RATHLEFF, S. M. a MØLGAARD, M. C. Very Low Levels of Physical Activity in Older Patients During Hospitalization at an Acute Geriatric Ward: A Prospective Cohort Study. *Journal of Aging and Physical Activity* [online] 2015. **23**(4), p. 542 – 549. ISSN 1063-8652.

Dostupné z: <https://journals.humankinetics.com/doi/pdf/10.1123/japa.2014-0115>

## Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1: Pohybová aktivita pacientky č. 1	35
Graf č. 1: Pohybová aktivita pacientky č. 1	36
Tabulka č. 2: Pohybová aktivita pacientky č. 2	37
Graf č. 2: Pohybová aktivita pacientky č. 2	38
Tabulka č. 3: Pohybová aktivita pacientky č. 3	38
Graf č. 3: Pohybová aktivita pacientky č. 3	39
Tabulka č. 4: Pohybová aktivita pacientky č. 4	40
Graf č. 4: Pohybová aktivita pacientky č. 4	41
Tabulka č. 5: Pohybová aktivita pacientky č. 5	41
Graf č. 5: Pohybová aktivita pacientky č. 5	42
Tabulka č. 6: Pohybová aktivita pacientky č. 6	43
Graf č. 6: Pohybová aktivita pacientky č. 6	43
Tabulka č. 7: Pohybová aktivita pacienta č. 7	44
Graf č. 7: Pohybová aktivita pacienta č. 7	45
Tabulka č. 8: Pohybová aktivita pacienta č. 8	45
Graf č. 8: Pohybová aktivita pacienta č. 8	46
Tabulka č. 9: Pohybová aktivita pacienta č. 9	46
Graf č. 9: Pohybová aktivita pacienta č. 9	47
Tabulka č. 10: Pohybová aktivita pacienta č. 10	48
Graf č. 10: Pohybová aktivita pacienta č. 10	49
Tabulka č. 11: Čas pozorovaných pacientů strávených na lůžku	49
Graf č. 11: Čas pozorovaných pacientů strávený v lůžku	50
Graf č. 12: Typy aktivit pacientů	52

## Seznam zkratk

<b>1. LF UK</b>	1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
<b>3. LF UK</b>	3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
<b>ADL</b>	Activities of daily living – aktivity každodenního (všedního) života
<b>a kol.</b>	a kolektiv autorů
<b>atd.</b>	a tak dále
<b>ÚVN</b>	Ústřední vojenská nemocnice



## Seznam příloh

### Příloha č. 1: Záznamový arch autorky práce

pohlaví:.....

datum pozorování:.....

věk:.....

pokoj č.:.....

začátek pozorování:.....

ukončení pozorování:.....

čas	pohybová aktivita	stav pacienta

## Příloha č. 2: Povolení k výzkumu v ÚVN

### ŽÁDOST O PROVEDENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ V ÚVN

vážená paní náměstkyně,

jsem studentka 3. ročníku bakalářského studia všeobecné sestry na 3. lékařské fakultě Univerzity Karlovy a ráda bych Vás touto cestou oficiální žádostí požádala o souhlas s provedením výzkumu pro svoji bakalářskou práci na Oddělení všeobecných interních lůžek v ÚVN.

Bakalářská práce je nazvána Pohybová aktivita seniorů během hospitalizace. Tímto výzkumným šetřením bych navázala na podobný výzkum z roku 2013, který provedli studenti z 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Tento výzkum také proběhl na Oddělení všeobecných interních lůžek ÚVN.

Výzkumné šetření by proběhlo během března až dubna dle mých časových možností. Výzkumnou metodou by bylo přímé pozorování hospitalizovaných seniorů na jejich pokojích - samozřejmě s jejich ústním obeznámením a souhlasem. Na papír bych si během denní směny (cca od 6:30 do 18:30) zaznamenávala veškerou pozorovanou pohybovou aktivitu pacientů a podíl stráveného času v lůžku. Získaná data pak graficky zpracuji do svoji práce.

Vrchní sestra Interní kliniky - Mgr. Václava Otcová - je zároveň vedoucí mojí práce a je s tímto šetřením obeznámena. Po domluvě s ní bych přišla v konkrétních dnech provést na oddělení své výzkumné šetření.

Děkuji!

Jana Machová

Datum: 1. 3. 2018

Podpis: Machová

Souhlasím / ~~nesouhlasím~~

Podpis: Mgr. Lenka Gutová

Datum: \_\_\_\_\_

Mgr. Lenka Gutová, MBA  
Ústřední vojenská nemocnice -  
vojenská fakultní nemocnice Praha  
Vojenská nemocnice 1200, 169 02 Praha 6

### Příloha č. 3: Povolení k výzkumu garantkou výzkumu ÚVN



#### Oznámení o provádění výzkumu pro Etickou komisi ÚVN observační studie – osoby připravující se na zdravotnické povolání

Osobní údaje studenta	Email: machovajana.96@seznam.cz		Tel.: 722070679	
Jméno a příjmení	Jana Machová			
Datum narození	22. 3. 1996			
Adresa trvalého bydliště	Veselá 8, 394 70 Kamenice nad Lipou			
Stručný popis předmětu výzkumu	V tomto šetření budu přímým pozorováním sledovat pohybovou aktivitu seniorů během hospitalizace. Navazují na podobný výzkum z roku 2013, kdy byla sledována také pohybová aktivita seniorů. Já sama jsem si během studia ve své praktické výuce všimla skutečnosti, že senioři mohou být během hospitalizace ohroženi nedostatkem pohybové aktivity. Ráda bych v tomto výzkumu zjistila, kolik času pacienti v během hospitalizace stráví pohybovou aktivitou a naopak kolik času tráví ve svých lůžkách a co ve svém lůžku dělají.			
Způsob provádění výzkumu	Jednotlivá šetření budou probíhat během denní směny (cca od 6:30 do 18:30) přímo na pokojích pacientů (ideálně dvoulůžkových – dva pozorovaní pacienti), které ráno před výzkumem o šetření informuji. Během denní směny si budu zapisovat na papír veškerou pohybovou aktivitu pozorovaných pacientů (vstání z lůžka, chůze, otočení se na lůžku, hygiena, pohyb s personálem – po pokoji, po chodbě).			
Oddělení, na kterém bude výzkum prováděn a počet subjektů hodnocení	Oddělení všeobecných interních lůžek, cca 7 pozorovaných pacientů. Pacienti budou o mém výzkumu ústně obeznámeni.			
Název VŠ a fakulty	3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy			
Práci schválila fakultní etická komise	*zaškrtněte ANO / NE	Datum schválení		
Předpokládaná doba trvání výzkumu	Dohromady cca týden (některé dny v průběhu března až dubna – dle časových možností pozorovatelky)			
Způsob ochrany osobních údajů pacienta (hodnoceného subjektu), tj. přesně uvést, jak budou data získávána, kde budou uloženy zdrojové formuláře, v jaké formě budou data dále zpracovávána	Data budu dále zpracovávat pro moji bakalářskou práci. Data o pohybové aktivitě seniorů budou napřed zaznamenána mnou na papír, pak je zpracuji do MS Excel do grafické podoby. Do práce bude zaznamenán pouze věk a pohlaví pacienta, údaje o jeho pohybové aktivitě během dne a pozorovatelný tělesný stav vzhledem k pohybové aktivitě (jestli jsem například pozorovala dušnost pacienta, atd.) Bakalářská práce pak bude zveřejněna na webu 3. lékařské fakulty UK v repozitáři závěrečných prací.			

1. 3. 2018

Datum

Podpis studenta

Mgr. Václava Otavová

Podpis garanta výzkumu v ÚVN