

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK/KOMBINOVANÉ STUDIUM

EFEKTY AKTIVIZAČNÍCH PRVKŮ V PALIATIVNÍ PÉČI
V DOMOVĚ PRO SENIORY

Bakalářská práce

Autor práce: Klára Čtvrtníčková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce: **Klára Čtvrtníčková**

Studijní program: **Zdravotně sociální péče**

Obor: **Zdravotně sociální pracovník**

Garant studijního oboru: **Mgr. Jana Gabrielová, PhD.**

Název práce: **Efekty aktivizačních prvků v paliativní péči v domovech pro seniory**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.**

Cíl práce: **Identifikace efektů aktivizačních prvků v paliativní péči prostřednictvím experimentu a dalšího sběru dat v terénu.**

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá efekty aktivizačních prvků v paliativní péči v domovech pro seniory. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části jsou poskytnuty základní informace o paliativní péči a aktivizačních prvcích, stejně jako informace o onemocněních ve stáří, umírání a smrti. Součástí teoretické části je také popis multidisciplinárního týmu v domovech pro seniory.

Praktická část zahrnuje výzkum, který zkoumá význam aktivizačních prvků v paliativní péči a jejich dopad na seniory. Pro získávání dat byl zvolen experimentální přístup zahrnující experiment, pozorování a polostrukturovaný rozhovor.

Výsledky ukazují, že aktivizační intervence mají pozitivní vliv na soběstačnost a kvalitu života klientů, zejména v oblastech osobní péče, jako je hygiena, oblékání a stravování. Zároveň se projeví určité limity v oblasti fyzické kondice a psychické pohody, kde pokrok nebyl tak výrazný, jak se očekávalo. Výzkum také poukazuje na přetrvávající problém sociální izolace, který vyžaduje větší pozornost v rámci péče.

Klíčová slova

Paliativní péče; aktivizační prvky; stáří; nácviky soběstačnosti;

Abstract

The bachelor's thesis deals with the effects of activation elements in palliative care in nursing homes. The thesis is divided into a theoretical and a practical part.

The theoretical part provides basic information about palliative care and activation elements, as well as information about diseases in old age, dying, and death. The theoretical part also includes a description of the multidisciplinary team in nursing homes.

The practical part involves research that examines the importance of activation elements in palliative care and their impact on the elderly. An experimental approach was chosen for data collection, including experiment, observation, and semi-structured interviews.

The results show that activation interventions have a positive effect on clients' self-sufficiency and quality of life, especially in personal care areas such as hygiene, dressing, and eating. However, certain limitations were observed in the areas of physical condition and psychological well-being, where progress was not as significant as expected. The research also points to the persistent problem of social isolation, which requires greater attention in the context of care.

Keywords

Palliative care; activation elements; age; self-reliance exercises;

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

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

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

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

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

V Jihlavě dne 24. října 2024

.....
Podpis studenta/ky

Poděkování

Tímto bych chtěla vyjádřit svou hlubokou vděčnost všem, kteří mě podporovali a inspirovali při dokončování této práce. Především bych ráda poděkovala své rodině, přátelům, kolegům a všem blízkým za jejich podporu. I přes všechny komplikace, které během mého výzkumu nastaly, mě neustále povzbuzovali a motivovali k tomu, abych pokračovala dál. Jejich důvěru ve mně a jejich podpora byly klíčové pro úspěšné dokončení této práce.

Zvláštní poděkování patří doc. PhDr. Milanovi Tomkovi, Ph.D., za jeho neuvěřitelnou trpělivost a odborné vedení mé bakalářské práce. Jeho cenné rady a podpora byly neocenitelné, i když jsem se často potýkala s náročností termínů a komplikacemi způsobenými mým zdravotním stavem. Jeho vstřícný a pochopení mi umožnil dokončit tuto práci, za což mu patří můj upřímný dík.

Obsah

Úvod	8
1 Paliativní péče	9
1.1 Principy paliativní péče:	9
1.2 Rozdělení paliativní péče	10
1.3 Multidisciplinární tým:	11
2 Charakteristika umírání a smrt	13
2.1 Umírání	13
2.2 Smrt	14
3 Kognitivní a neurologická onemocnění v seniorském věku	15
3.1 Kognitivní onemocnění	15
3.2 Neurologická onemocnění	17
4 Aktivizace	19
4.1 Aktivizační prvky	19
4.2 Soběstačnost	22
5 Praktická část	25
5.1 Předmět výzkumu	25
5.2 Cíl výzkumu	25
5.3 Metodologie výzkumu	26
6 Výsledky	31
6.1 Příklad A	31
Příklad B	35
6.2 Příklad C	39
6.3 Příklad D	43
6.4 Příklad E	47
7 Diskuse	51
Závěr	53
Seznam použité literatury	55

Seznam zkratk

PP	Paliativní péče
AP	aktivizační pracovník
DPS	domov pro seniory
KO	kognitivní onemocnění
KF	kognitivní funkce
NO	Neurologická onemocnění
ACH	Alzheimerova choroba
OŠ	Ošetřující

Úvod

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala pro jeho význam v mém osobním i profesním životě. Jako aktivizační pracovnice v DPS se často setkávám se smrtí našich klientů. V loňském roce naše organizace vyhrála soutěž ABAKUS, zaměřenou na proškolení v oblasti paliativní péče v domovech pro seniory. Cílem tohoto projektu je zlepšit kvalitu a zajistit důstojný odchod seniorů v domovech pro seniory. Tento projekt mě velmi zaujal a inspiroval mě k tomu, abych se o tomto tématu dozvěděla více.

To byl hlavní důvod, proč jsem se rozhodla pro bakalářskou práci, která se zabývá efekty aktivizačních prvků v paliativní péči v domovech pro seniory.

Bakalářskou práci jsem rozdělila na dvě části.

První část je teoretická, kde se zabývám paliativní péčí a jejím rozdělením, aktivizačními prvky a terapiemi. Také se zde věnuji nemocem spojeným se stářím, se kterými se v domovech pro seniory často setkáváme, jako jsou různé druhy demence, Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, mozková příhoda, revma, artritida a roztroušená skleróza. Dále se zde zmiňuji o stadiu umírání a smrti.

Praktická část mé bakalářské práce je zaměřena na analýzu a hodnocení efektů aktivizačních prvků v kontextu paliativní péče typu A poskytované v domovech pro seniory. Cílem práce je porozumět, jaké konkrétní vlivy tyto aktivity mají na klienty v pokročilém věku, kteří čelí různým fyzickým, psychickým a emocionálním výzvám.

Jedním z hlavních cílů je analyzovat změny v soběstačnosti klientů při zavádění a po ukončení aktivizačních programů. Zvláštní pozornost je věnována schopnosti klientů zvládat osobní hygienu, mobility a další denní aktivity s minimální podporou personálu.

Další klíčovou oblastí je sociální integrace klientů a jejich adaptace na nové prostředí. Práce zahrnuje zkoumání účasti klientů ve skupinových aktivitách a analýzu vlivu těchto aktivit na jejich sociální interakce a psychickou pohodu.

Praktická část je doplněna o konkrétní případy klientů, jejichž příběhy a pokrok slouží jako studijní materiál k ilustraci diskutovaných témat a zjištění. Výsledky této práce poskytnou ucelený pohled na efektivitu aktivizačních prvků v paliativní péči typu A a přispějí k lepšímu porozumění jejich vlivu na kvalitu života seniorů v domovech pro seniory.

1 Paliativní péče

„Paliativní péče je přístup zaměřený na zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin v situaci, kdy čelí život ohrožující nemoci. Jejím cílem je komplexní léčba/řešení/tišení bolesti a dalších příznaků nemoci, včetně psychických, sociálních a spirituálních obtíží, které mohou pacienta a jeho blízké trápit.“ (Centrum PP, 2014)

PP se řadí mezi „mladý“ obor s krátkou historií. Začala se vyvíjet, v druhé polovině 20. století v souvislosti s epidemiologií, kde následně převládala častější úmrtnost od smrtelných chronických onemocnění s rychlou progresí. (Grada, 2015.)

V tomto oboru se nám propojuje zdravotní i sociální systém, který úzce spolupracují při péči o pacienta. Nejdůležitějším prvkem je zmírnit bolest a další symptomy, jako jsou psychologické, sociální a duchovní problémy pacienta a jeho blízkých. Cílem PP je dosažení co nejlepší úrovně kvality života u pacienta a jeho rodiny. PP nezavírá oči před nevléčitelnou nemocí, ale nabízí pomoc a řešení v těžké situaci pacientovi i jeho blízkým.

PP je zaměřená na pacienty v pokročilém stádiu nevléčitelného onemocnění a již není jiná možnost léčby (např. konečná stadia chronického srdečního selhání, nádory, jaterní cirhózy, onemocnění ledvin. Můžou být také neurologického typu např. Demence, Alzheimerova choroba, roztroušená skleróza, Parkinsonova choroba a další.)

Světová zdravotní organizace nazvala v roce 1990 paliativní péči „komplexní péčí o nemocné, jejichž onemocnění již neodpovídá na péči kurativní (léčba jejichž cílem je vyléčení)“

Za pomoci moderní technologie a pokroku ve zdravotnictví, se pro mnoho lidí stal odchod ze života zdoluhavým procesem, zejména v době, kdy nemoc již není ovladatelná kauzální léčbou, pacienta významně limituje. (Clark, 2007)

Kvalita poskytování péče zahrnuje důstojné umírání, dobrou smrt a prožívání konce života. Dobrou smrt velmi dobře definuje, americký Institute of Medicine „smrt při které je odstraněno a mírněno všechno ovlivnitelné utrpení a stres pacienta, jejich blízkých a také těch, kteří o pacienty pečují. Vše se děje s respektem k přání pacienta a jeho rodiny a v rozumné míře jsou respektovány klinické, kulturní a etické standardy.“

1.1 Principy paliativní péče:

Principy PP vychází v pobytových vychází z těchto principů. PP v rezidenčních službách 2020

- Klade důraz na důstojnost člověka a kvalitu jeho života.
- Vychází z individuálních hodnot, preferencí a potřeb člověka, chrání právo klienta na sebeurčení.
- Vnímá umírání jako normální proces, jako součást života. Smrt ani neurychluje, ani neoddaluje.
- Dokáže zvládat bolest a mírnit i další zatěžující symptomy onemocnění.
- Na nemocného člověka nahlíží holisticky, pracuje s biopsycho-socio-spirituálními aspekty osobnosti.
- Je ze své povahy multidisciplinární. Odbornosti se podílejí na koordinovaném naplňování určených a domluvených cílů péče.

- Nabízí systém podpory klientovi, i jeho blízkým. Klientovi v cílech, které podpoří kvalitu jeho života, blízkým ve zvládnání
- náročného období nemoci, umírání i doby po úmrtí.
- Může být využívána i v raném stadiu nemoci a v kombinaci s terapiemi, jejichž cílem je prodloužit život. (Pechová, Lejsal, 2020)

1.2 Rozdělení paliativní péče

PP má několik druhů. Z hlediska nevyléčitelných onemocnění ji můžeme rozdělit podle časové, místní, úrovně nebo cílové skupiny.

1.2.1 Časové dělení

Časové rozdělení PP záleží na postupu nevyléčitelné nemoci u pacienta. Dělíme ji na časnou, pokročilou terminální a péči o pozůstalé.

- časnou PP:

je poskytována včasná péče, již ze začátku trajektorie chronického onemocnění

- pokročilou PP:

je poskytována v pokročilém stádiu trajektorie chronického onemocnění

- terminální či hospicovou PP:

u pacientů, kterým zbývá již řada týdnů nebo kratší doba

- péči o pozůstalé:

péče je poskytována blízkým osobám zemřelého a pomoc s vyrovnáním se, se smrtí blízké osoby

1.2.2 Dělení podle úrovně

Paliativní péči můžeme rozdělit na dva typy úrovně onemocnění pacienta podle stádia onemocnění. První typ je obecná a druhá je specializovaná PP.

- obecná PP:

tuto péči by měl být schopen poskytnout každý zdravotník. Jde o klinickou praxi v péči o pokročilé onemocnění. Důležité je rozpoznání a ovlivnění toho co je důležité pro klienta například léčba symptomů, porozumění, empatická konverzace, opětovného vysvětlení nemoci anebo zjištění a seznámení s dalšími službami např.: domácí hospic, hospic, lůžková PP, poradenství pro rodinu a další

- specializovaná PP:

tuto péči může aktivně zajišťovat pouze dobře vyškolený tým lékařů, zdravotníků a ošetřovatelů. Jejich hlavní náplní je poskytovat PP. Nastupují po rozhodnutí lékaře, že obecná PP již nestačí.

1.2.3 Dělení podle cílové skupiny

PP je předpokládána u následujících skupin pacientů:

- nádorová onemocnění
- neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, demence, ALS,
- konečná stadia chronických orgánových onemocnění: srdečních, plicních, jaterních, ledvinných
- polymorbidní geriatrickí pacienti
- dětští pacienti s vrozenými nebo získanými život limitujícími onemocněním (Paliativa 2019)

1.2.4 Dělení podle místa

- ambulantní:

poskytovaná v paliativních ambulancích v rámci návštěv v ambulancích nemocnice

- poradenská:

péče poskytovaná v rámci poradenské služby v rámci paliativního týmu

- lůžková:

péče poskytovaná hospitalizovaným pacientům na nemocničním oddělení specializovaném na paliativní péči (tzv. paliativní jednotka)

- lůžková:

poskytována pacientům s časovým omezením přežití v řádu týdnů či kratší ve specializovaném lůžkovém (tzv. kamenném hospice)

- domácí:

poskytovaná v domácím prostředí pacienta s krátkou časovou linkou přežití v řádu týdnů či kratší v domácím prostředí, v rámci pravidelných či akutních návštěv týmu tzv. mobilního či domácího hospic, který za pacientem dojíždí domů. (Paliativa, 2019)

1.3 Multidisciplinární tým:

Multidisciplinární tým se skládá z více profesních oborů pro spolupráci při realizaci a dosažení cíle a jeho následném udržení.

V PP je kladen velký důraz na multidisciplinární tým, který poskytuje péči umírajícímu a jeho rodině. Kvalita a koordinace týmu se projevuje na péči o pacienty. Spolupráce týmu je velmi důležitá, aby následně mohla nabídnout pomocnou ruku pacientovi i jeho rodině a blízkým. Rodina se poté, také stává jeho nedílnou součástí. Jsou také nezbytné týmové či individuální supervize pro všechny týmové profese.

Typicky se multidisciplinární tým PP se skládá z následujících členů:

- Lékař:

Lékař s odborností v paliativní medicíně, který je odpovědný za lékařský management symptomů a rozhodování o léčebných postupech v souladu s přáním pacienta a jeho rodiny.

- Zdravotní sestra:

Specializovaná zdravotní sestra, která poskytuje odbornou péči, monitoruje symptomy, zajišťuje pohodlné prostředí a poskytuje podporu pacientům a jejich rodinám.

- Sociální pracovník:

Sociální pracovník se zaměřuje na podporu pacientů a rodin v řešení sociálních, finančních a praktických otázek souvisejících s péčí o vážně nemocného člověka, včetně péče na doma, finančních obtíží a dalších.

- Psycholog nebo psychiatr:

Odborník na duševní zdraví, který poskytuje emocionální podporu pacientům a jejich rodinám, pomáhá s řešením emocionálních obtíží a přizpůsobením se diagnóze a prognóze.

- Fyzioterapeut:

Specialista na pohybovou terapii, který pomáhá pacientům udržovat nebo zlepšovat fyzickou pohodu a funkci a poskytuje rady ohledně cvičení a pohybové aktivity.

- Pracovník v sociálních službách (přímá péče)

Poskytuje osobní péči pacientům, jako je hygiena, oblékání, přesuny a podpora při každodenních aktivitách.

- Aktivizační pracovník:

Aktivizační pracovníci mají klíčovou roli při podpoře kvality života a celkového blaha klientů v různých zařízeních sociální péče. Jejich práce pomáhá klientům zůstat aktivními, zapojenými a motivovanými, což může mít pozitivní vliv na jejich fyzické a duševní zdraví.

- Duchovní:

Duchovní se zapojuje do péče pouze na přání klienta či jeho rodiny. Nabízí jim podporu při hledání naděje a víry.

Multidisciplinární přístup PP umožňuje zohlednit různorodé potřeby pacientů a rodin a poskytuje individuálně přizpůsobenou a komplexní péči, která je zaměřena na zlepšení kvality života v období vážné nemoci a na podporu důstojného umírání. (Centrum paliativní péče 2023)

2 Charakteristika umírání a smrt

Umírání a následná smrt jsou finálními stádii života. V dnešní době se o těchto stádiích moc nemluví a toto téma je pro velkou část populace takzvaně „tabu“. I přesto, že je umírání a smrt součástí životní linie každého člověka.

2.1 Umírání

„Umění umírání je podmínkou správného života.

Učit se žít a umět umírat je totéž“

(Karel Jaspers)

Umírání je finální proces, který je zakončený zánikem organismu (smrtí). Při tomto procesu dochází k fyzickým i mentálním projevům stáří organismu a blížící se smrti. Tento proces nazýváme umíráním neboli finálním stádiem. Lidé v dnešní době nejčastěji umírají až ve chvíli, kdy se naplní jejich životní program neboli až nadejde „jejich čas“. Je to postupný proces, na jehož konci je smrt.

Jako umírající je proto označován člověk, který se blíží smrti (Vágnerová, 2000)

Umírání je přechodná část života mezi životem a smrtí. Tato část je individuální a nelze vždy přesně vymezit.

Kupka uvádí, že umírání obvykle není něco, o čem bychom se rozhodovali. Přichází samo od sebe, někdy náhle a neočekávaně, a jindy je předvídatelné v důsledku postupující nemoci.

„Charta umírajícího

- *Mám právo na to, aby se semnou až do mé smrti zacházelo jako s lidskou bytostí*
- *Mám právo udržet si naději a nezáleží na tom, že se mění moje životní perspektiva*
- *Mám právo vyjádřit své pocity a emoce týkající se blížící se smrti, a to svým vlastním způsobem.*
- *Mám právo zúčastnit se rozhodnutí týkajících se péče o mě samotného*
- *Mám právo zemřít osamocen*
- *Mám právo být osvobozen od nemoci.*
- *Mám právo zemřít v klidu a důstojně“ (Haškovcová, 2007)*

2.1.1 Fáze umírání

Fáze umírání jsou popsány různými způsoby a různými autory. Autoři používají různé modely k popisu tohoto procesu. Model autorky Elizabeth Kübler-Rossové je jedním z nejznámějších modelů umírání. Model umírání popisuje v knize "O smrti a umírání". Autorka Elizabeth Kübler-Rossová zde uvádí, že člověk prochází pěti fázemi před smrtí:

- První fáze: popření skutečnosti

První fáze umírání je popírání neboli odmítání skutečnosti vlastního umírání. Popírání je ochranný systém který, pomáhá zvládat šok a emocionální stresu spojeného s přijetím reality smrti.

- Druhá fáze: hněv, zloba

Po fázi popírání může jedinec prožívat zlost, cítí se frustrovaný nebo ztracený. Hněv může projevovat na sebe, na lékaře, na blízké nebo dokonce na boha. Hněv může projevovat v různé míře intenzity. Často je hněv způsoben pocitem nespravedlnosti, ztráty kontroly nebo nejistoty.

- Třetí fáze: vyjednávání, smlouvání

V této fázi se jedinec snaží vyjednávat sám se sebou, lékaři, rodinou nebo s bohem. Pokouší se najít způsoby, jak odvrátit nebo zmírnit nevyhnutelnost své smrti. Chce se dohodnout nebo vyjednávat o prodloužení svého života nebo alespoň o snížení bolesti.

- Čtvrtá fáze: deprese, smutek

Následující fází je deprese a smutek, může zahrnovat také ztrátu zájmu o okolní svět, zoufalství a pocit beznaděje. Jedinec se v této fázi může cítit izolovaný a odcizený, jelikož přichází nebo nemůže dělat aktivity, které ho dříve bavili

- Pátá fáze: akceptace, smíření

Poslední fází je smíření se a přijetí přicházejícího konce. Jedinec v této fázi přijímá svou smrtelnost a smiřuje se s koncem svého života. Přijetím svého konce se může jedinec cítit klidnější a připravený na to, co přijde. (Elizabeth Kübler-Ross, 2015)

2.2 Smrt

„Kvalitu života člověka určuje kvalitu jeho smrti“

(Elizabeth Kübler- Ross 2015)

Smrt je finálním stádiem života, ve kterém dochází k zániku organismu. Jedná se o zastavení všech životních funkcí v organismu. Tento proces již není možné zvrátit a je finálním stádiem života. Jedná se o stav organismu po ukončení života. Ke smrti dochází většinou dvěma způsoby. Prvním způsobem smrti je důsledek zániku životně důležitých orgánů a druhým je násilná smrt. Podle učebnice psychologie je smrt *„chápána jako něco nepatřičného, něco, co se příliš netýká běžného soukromého života“*. Lidé, kteří patří k náboženským kulturám, jsou přesvědčeni o posmrtném životě a pozemský život je pro ně pouze *„přestupná stanice“*. Jiná náboženství z východu doufají v reinkarnaci neboli v převtělení v jiném životě.

Smíření se se smrtí není jednoduché a je jedním z nejtěžších a nejvýznamnějších vývojových úkolů člověka. (Centrum paliativní péče, 2023)

3 Kognitivní a neurologická onemocnění v seniorském věku

V DPS se můžeme setkat s různými druhy onemocnění a jejich kombinacemi. Onemocnění mohou být neurologická, jako je Parkinsonova choroba nebo epilepsie, nebo kognitivní, jako je ACH a další formy demence. Někteří klienti mohou trpět více než jedním typem onemocnění současně, což zvyšuje nároky na péči a přístup ze strany personálu.

Zaměstnanci DPS by měli být dobře vyškoleni a informováni o specifikách jednotlivých onemocnění, aby mohli poskytovat co nejlepší péči. (Kopecká, 2011)

3.1 Kognitivní onemocnění

Kognitivní funkce jsou funkce centrálního systému, které slouží k poznání vnějšího i vnitřního světa. Tyto procesy a operace umožňují komunikaci a interakci s vnějším světem. Uvědomění si sebe i vnějšího světa spolu s následnými takto vyvolanými reakcemi patří k vyšší nervové činnosti.

Kognitivní onemocnění se projevuje napadením kognitivního centra v mozku. V něm dochází k odumírání mozkových buněk, což následně způsobuje zapomínání, dezorientaci, nepoznávání jiných lidí a další symptomy. Toto odumírání mozkových buněk může mít různé příčiny, včetně genetických faktorů, vaskulárních problémů, neurodegenerativních onemocnění, jako je Alzheimerova choroba, a dalších patologických stavů.

Onemocnění je častější u starších lidí nad 65 let, ale mohou jím trpět i mladší lidé. V mladším věku mohou být příčinami kognitivních poruch například traumata hlavy, infekce centrálního nervového systému, toxické látky nebo jiné zdravotní komplikace. Kognitivní poruchy mají významný dopad na kvalitu života pacientů i jejich rodin, a proto je důležité včasné rozpoznání a léčba těchto onemocnění. (Kopecká, 2011)

3.1.1 Paměť

Paměť řadíme mezi tzv. kognitivní funkce. Mezi KF také patří koncentrace pozornosti, abstraktní a logické myšlení, čtení, myšlení v souvislostech, orientace (místem, časem, situací a svou osobou), zpracování informací, počítání. Řadíme sem i funkce expresivní (vyjadřovací)

Např.: řeč, slovní zásoba, gestikulace, mimika, psaní a kreslení. Schopností paměti je získávat, uchovávat a následně oživit a připomenout předchozí zkušenost.

Paměť dělíme na čtyři základní složky:

- impregnaci (vstřípivost)
- retenci (uchovávání)
- konzervaci (uchovávání bez různých změn)
- reprodukci (vybavení)

Paměť dělíme na krátkodobou, dlouhodobou recentní (nejnovější) a dlouhodobou paměť trvalou.

- Krátkodobá paměť:

Zapamatovat si málo informací na krátkou dobu je důležité pro přijetí informací a kontakt s okolím

- Dlouhodobá paměť recentní

Uchování informace z blízké minulosti, ale také získání informací, které se musíme v krátké době naučit.

- Dlouhodobá paměť trvalá

Udrhuje informace ze vzdálené minulosti. Dlouhodobá paměť trvalá má neomezený obsah a dobu ukládání. Např.: vzpomínky z útlého dětství, dospívání a dospělost. (Holmerová a Borzová, 2009)

3.1.2 Demence

Demence je kognitivní onemocnění, při němž dochází k poruše paměti i dalších tzv. kognitivních funkcí, jako jsou myšlení, úsudek, řeč a prostorová představivost. Je to důsledek onemocnění mozku, při kterém dochází k poškození mozkové tkáně. Toto poškození je nezvratné a postupně se prohlubuje.

Demence je onemocnění, které nepostihuje pouze seniory, ale všechny skupiny lidí po celém světě. Ačkoliv demence není součástí běžného stárnutí, je u seniorů nejčastěji pozorována. Může však postihnout i mladší ročníky. Kromě věku mohou být rizikovými faktory pro rozvoj demence genetická predispozice, kardiovaskulární onemocnění, diabetes, nedostatek fyzické aktivity, kouření a nezdravá strava.

Projevy demence zahrnují nejen problémy s pamětí, ale i s každodenními činnostmi, komunikací a chováním. Včasná diagnostika a intervence mohou pomoci zmírnit některé příznaky a zlepšit kvalitu života pacientů. Avšak v současné době neexistuje lék, který by demenci vyléčil, což činí prevenci a výzkum klíčovými aspekty v boji proti tomuto onemocnění.

(Dementia I.O.V., z.ú. 2022)

Druhy demence:

- Alzheimerova choroba:

je to nejčastější forma demence, představuje 60–70% případů u lidí cca kolem 50 let

- Vaskulární demence:

je to nejčastější forma demence u skupiny lidí nad 65let

- Front temporální demence:

její příčinou je odumíráním nervových buněk v mozku. Je připisován spíše lidem mladším 65 let.

- Smíšená demence:

smíšená demence vzniká ve chvíli kdy se zároveň vyskytuje více než pouze jeden typ demence. Jedná se o Alzheimerovu chorobu a vaskulární demenci a je častěji pozorována u lidí starších 75 let.

- Demence s Lewyho tělísky:

je to stav, který má vliv na schopnost myslet a pohybovat se. Je to asi 10-15 % případů demence.

- Parkinsonova demence:

jestliže nastoupí demence po onemocnění Parkinsonovou chorobou, začíná se mluvit o Parkinsonově demenci. (Dementia I.O.V., z.ú. 2022)

3.1.3 Alzheimerova choroba

Příčinou demence je nejčastěji ACH, při níž dochází k odumírání nervových buněk, což vede k odumírání mozkové tkáně. ACH způsobuje změny funkcí, jako jsou myšlení, paměť, úsudek, schopnost učit se, rozumět a orientovat se. V síti mozkových buněk jsou uchovávány vzpomínky, a odumírání mozku vede k jejich pozvolnému vytrácení, což má za následek zapomínání.

Jestliže se onemocnění nezachytí hned na začátku a nenastaví se vhodná léčba, je těžší nemoc zpomalit. Onemocnění nelze vyléčit, pouze zpomalit jeho průběh. Demence nakonec vede k úplné závislosti na druhé osobě, protože pacient ztrácí schopnost vykonávat základní denní činnosti.

Včasná diagnostika a intervence mohou pomoci zpomalit průběh onemocnění, a zlepšit kvalitu života pacienta. Léčba může zahrnovat farmakologické i nefarmakologické přístupy, jako jsou kognitivní terapie, fyzioterapie a podpora ze strany rodiny a pečovatelů. Přestože neexistuje lék na ACH, správná péče a podpora mohou významně ovlivnit průběh nemoci a život pacientů i jejich blízkých. (Holmerová a Borzová, 2009)

3.2 Neurologická onemocnění

NO postihují nervovou soustavu a vedou k postupnému úbytku až ztrátě některých skupin nervových buněk. Tato onemocnění mohou ovlivnit mozek, míšní míchu a periferní nervy, což vede k různým neurologickým deficitům a symptomům. Příznaky se mohou lišit v závislosti na konkrétním onemocnění a postižené části nervové soustavy, ale často zahrnují problémy s pohybem, koordinací, pamětí, smyslovými funkcemi a kognitivními schopnostmi.

NO mohou mít různé příčiny, včetně genetických predispozic, infekcí, autoimunitních reakcí, traumatu, cévních onemocnění nebo neurodegenerativních procesů, jako je tomu u ACH nebo Parkinsonovy nemoci. Léčba a management těchto onemocnění závisí na přesné diagnóze a mohou zahrnovat farmakologické i nefarmakologické přístupy, rehabilitaci a podporu ze strany zdravotnických profesionálů a rodiny.

(Holmerová a Borzová, 2009)

3.2.1 Cévní mozková příhoda

K mozkové příhodě dochází při náhlém omezení přívodu krve do mozku. Následkem je, že mozek není dostatečně okysličen a chybí mu živiny, proto dochází k odumírání mozkových buněk. Dochází k mozkové příhodě. Rozlišujeme několik druhů mozkové příhody.

- Druhy mozkové příhody:

Ischemická cévní mozková příhoda – „*pravá*“ mrtvice

Tento typ mozkové příhody vzniká krevní sraženinou (trombus), která zablokuje tepnu zásobující mozek. Může vzniknout na několika místech v cévní soustavě směřující do mozku nebo v mozku. Následkem je nedostatečné zásobování kyslíkem a živinami, a proto dochází k odumírání mozkových buněk. Na základě postižení určité oblasti mozku se následně vyskytují neurologické příznaky. (např. jednostranné ochrnutí, poruchy řeči nebo zraku). Pacient má trvalé následky.

- Tranzitorní ischemická ataka (TIA) – „*malá mrtvice*“

O tranzitorní ischemické atace můžeme mluvit ve chvíli, kdy jsou neurologické příznaky (např. poruchy smyslového vnímání v pažích a/nebo v nohách, poruchy zraku atd.). Uvedené příznaky se vyskytují občas a odezní. Dochází k ní vlivem malé krevní sraženiny, která zablokuje cévu následně během několika minut, maximálně 24 hodin dochází k jejímu rozpuštění v krvi a krevní průtok se opět obnoví. Pacient nemá žádné trvalé následky.

- Asymptomatická cévní mozková příhoda – „*tichá mrtvice*“

Častou příhodou je tichá mrtvice, která vzniká u šest ze sedmi příčin v mozku. Příčinou je snížené proudění krve do mozku. Snížený průtok krve mozkem není důvodem akutní paralýzy nebo jiných poruch. Je známa pod názvem „*tichá mrtvice*“, jelikož nemá stejné příznaky cévní mozkové příhody. Tyto události způsobují pouze malé poškození, jelikož napadají pouze malou část mozkové tkáně. Ačkoliv se toto onemocnění zdá bez následků, neměli bychom jej bagatelizovat, poněvadž vede k rozvoji demence a postižení ve stáří. Součástí má za následky i zhoršené duševní zdraví, chůzi nebo kontrolu močového měchýře. Mohou zde být i podobné příznaky jako u pravé mrtvice. (Bužgová, 2015)

3.2.2 Parkinsonova choroba

Jedná se o neurodegenerativní onemocnění. Nejčastěji se vyskytuje u lidí nad 50 let. Útočí na mozek, a má za následek odumírání mozkových buněk, které produkují dopamin (jedná se o jednu z nejdůležitějších látek tzv. neuro přenašečů v lidském mozku). Onemocnění přichází pomalu. Pokles dopaminu v mozku trvá několik roků až desítky let a může trvat dlouho než se objeví první příznaky. Obtíže se postupně prohlubují až jsou znatelné i navenek. Dělíme je na motorické poruchy a duševní poruchy. Mezi motorické poruchy řadíme poruchovou hybnost a bolest. Mezi duševní poruchy patří kognitivní poruchy a v nejhorším případě demence.

(Jiráková A Holmerová, 2009)

4 Aktivizace

Aktivizace seniorů v DPS je velmi důležitá pro udržení kvality jejich života a pro podporu jejich fyzické i duševní stránky. Senioři byli zvyklí celý život pracovat a nyní již vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebují pomoc jiné osoby. Senioři se proto cítí neužiteční a bez motivace k životu, což může mít za následky upadání do depresí, úzkosti a deprivace. Je velmi důležité seniory motivovat a zapojovat do denních činností podle jejich výběru, zájmu a schopností, a tím je motivovat. Dávat seniorům podporu a pomáhat pouze ve chvíli kdy už sami činnost nezvládají. Nově příchozí seniory je také potřeba postupně integrovat (zařazovat do skupin), aby se necítili odtrženi a sami. Ke každému seniorovi přistupuje individuálním způsobem a respektují se jeho přání a potřeby. Aktivizace můžeme rozdělit na dva typy. Prvním typem jsou individuální aktivizace a druhým jsou skupinové aktivizace. (Holczerová a Dvořáčková, 2013)

Aktivizace jsou komplexní nástroj, který má zásadní význam pro motivaci a aktivizaci seniorů v paliativní péči typu A. Nejedná se pouze o soubor individuálních a skupinových aktivit či nácvik soběstačnosti, ale do tohoto procesu je třeba zahrnout i další faktory. Důležitý vliv na seniory má také jejich kontakt s pečovateli, vrstevníky a rodinou. Tyto interakce přispívají k udržení psychické pohody, sociálního začlenění a pocitu smysluplnosti, což je v péči o seniory klíčové.

4.1 Aktivizační prvky

Aktivizační prvky jsou specifické terapeutické nebo rekreační aktivity, jejichž cílem je zlepšit fyzickou, mentální a sociální kondici seniorů. Patří sem například kognitivní tréninky, jemná motorická cvičení, reminiscenční terapie nebo sociální aktivity. Tyto aktivity pomáhají udržet kognitivní schopnosti, podporují soběstačnost a zlepšují celkovou psychickou pohodu seniorů.

Aktivizační prvky můžeme rozdělit na:

- Individuální aktivizace
- Skupinové aktivizace
- Nácviky soběstačnosti

4.1.1 Individuální aktivizace

Individuální aktivity jsou vhodné pro lepší poznání seniora. Jsou prováděny s jedním seniorem, u kterého se lze zaměřit na jeho přání a potřeby, a tak naplnit jeho volný čas. Klient si může vybrat dle svého přání z velké škály aktivit, které mu jsou nabídnuty AP. Např: Předčítání, Procvičování jemné motoriky, Stolní hry, Trénink paměti, Reminiscence, Různé terapie na podporu smyslů seniorů

Tyto aktivity pomáhají udržovat a zlepšovat kognitivní a fyzické schopnosti seniora, poskytují smysluplné zapojení a mohou přispět ke zlepšení jeho celkové kvality života.

(Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013)

4.1.2 Typy individuálních aktivit

- Trénink paměti

Jedná se o procvičování kognitivních funkcí, díky kterým můžeme u seniora zpomalit postup demenci, ACH nebo jiné KO. Senioři si procvičováním paměti obnovují slovní zásobu, mluvení a paměť. Aktivity na procvičení paměti mohou být Např.: hry, činnosti a procvičení dovedností, které se opakují (návky péče o vlastní osobu), aj.

- Reminiscence

Reminiscence je využívána k vybavování vzpomínek, které máme spojeny s určitou věcí, obdobím nebo lidmi. Aktivitu lze použít jako individuální či skupinovou aktivitu. Je důležité si předem nastavit cíl kam chceme, aby reminiscence směřovala a podle toho se rozhodnout, zda ji použít jako skupinovou aktivitu, například na sblížení seniorů nebo pro získání informací pro biografický příběh. Biografický příběh je vyprávění o životě seniora.

- Předčítání

Předčítání slouží pro podpoření kognitivního myšlení u seniorů, kteří jsou imobilní nebo mají obtíže se zrakovým ústrojím, ale z těchto důvodů již nemohou číst. Podporuje také jejich paměť a smyslové vnímání. Předčítání je pro seniory vhodnější než audioknihy. Jestliže je senior imobilní a již převážně nekomunikuje, tak i nadále vnímá přítomnost druhé osoby.

- Puzzle

Skládání puzzle je aktivitou, při které se posilují kognitivní funkce, trénuje paměť a zlepšuje jemná motorika.

- Terapie

Terapie je proces, který má za cíl léčit, zmírňovat nebo řešit problémy nebo obtíže, které jedinec prožívá ve svém životě. Tento proces může být veden kvalifikovaným terapeutem nebo odborníkem v oboru psychologie, psychiatrie, sociální práce, fyzioterapie a dalších oborech.

Druhy terapie:

- Canisterapie

Canisterapie je léčba za pomoci psů. Terapie se využívá pro zlepšení psychického a fyzického stavu člověka.

- Smyslová terapie

Smyslová terapie je zaměřena na jednotlivé smysly – sluch, zrak, čich a hmat. Při zaměření na jednotlivé smysly se mohou senioři rozpomenout na vůně jejich oblíbených jídel.

- Muzikoterapie

Muzikoterapie je léčba za pomoci hudby. Léčba může být prováděna vícero způsoby. Prvním způsobem je zpěv, při kterém se zpívají písně, které klienti znají. Druhým způsobem je poslech hudby, kterou má rád a třetím způsobem je za pomoci hudebních ornamentů.

- Aromaterapie

Aromaterapie se zaměřuje na terapii, která povzbuzuje smyslové receptory v mozku za pomoci druhu vůní. (Holczerová a Dvořáčková, 2013)

4.1.3 Skupinové aktivizace

Skupinové aktivity jsou prováděny ve skupině tří a více osob. Skupinová aktivizace slouží k upevnění kolektivu mezi seniory, vzájemné podpoře při aktivitách a rozvoji skupinové spolupráce. Tyto aktivity podporují sociální interakce, budují pocit sounáležitosti a zlepšují celkovou pohodu seniorů. Skupinové aktivity mohou zahrnovat: společenské hry, skupinová cvičení, umělecké a řemeslné dílny, diskusní skupiny, hudební sezení, společné procházky.

Skupinové aktivity nejen poskytují příležitost pro zábavu a socializaci, ale také podporují mentální stimulaci a fyzickou aktivitu, což je důležité pro udržení zdraví a kvality života seniorů.

(Holczerová a Dvořáčková, 2013)

4.1.4 Skupinové hry

Skupinové hry mohou být jedním ze způsobů, jak podpořit jejich kognitivní funkce a začlenění. Je to také způsob, jak podpořit soběstačnost seniorů a motivovat je ke zlepšení. Zde je několik nápadů na skupinové hry, které jsou vhodné pro seniory:

- Bingo

Bingo je oblíbená hra u všech věkových skupin, výjimkou nejsou ani senioři. Je to skvělý způsob, jak podpořit kognitivní funkce a sociální kontakt.

- Karty

Karetní hry, jako jsou mariáš, prší nebo kanasta, je také oblíbenou aktivitou pro seniory. Karty nabízejí více možností her a podporují strategické myšlení i paměť.

- Stolní hry

Stolní hry jsou další z možností pro zkrácení volného času seniorů. Mezi tyto hry řadíme šachy, dáma, Člověče, nezlob se! nebo Scrabble. Za pomoci her senioři procvičují strategické myšlení, rozvíjení jemné motoriky a zábavy.

- Pexeso

Pexeso je velmi oblíbená a příjemná hra, za pomoci které se procvičuje paměť a orientace. Pexeso může mít různé obtížnosti a může být hraná ve dvojici nebo ve skupině.

- Pétanque

Pétanque je venkovní hra, která je vhodná pro seniory všech úrovní pohyblivosti. Hraje se s kovovými koulemi, které se pohybují směrem k cíli, a je skvělá aktivita pro podporu fyzické aktivity a sociální interakce.

- Kvízové soutěže

Organizování kvízových soutěží na různá témata, jako je historie, zábava, věda nebo sport, je skvělým způsobem, jak podporovat kognitivní stimulaci a zábavu ve skupině.

Tyto skupinové hry mohou být přizpůsobeny potřebám seniorů a zájmům konkrétních skupiny. Mohou být organizovány jako pravidelná činnost, která podporuje jejich pohodu a sociální kontakt. (Holczerová a Dvořáčková, 2013)

4.1.5 Pracovní činnost

Pracovní činnosti pro seniory mohou zahrnovat různorodé aktivity, které jsou přizpůsobeny jejich dovednostem, zájmům a zdravotnímu stavu. Zde je několik příkladů pracovních činností vhodných pro seniory:

- Zahrádkářství nebo péče o zeleninovou zahradu

Senioři, kteří měli dříve zahrádku nebo rádi trávili čas na čerstvém vzduchu, může se účastnit zahradničení. Tato činnost pomáhá v procvičení jemné motoriky, zodpovědnosti, sociálnímu kontaktu a senioři z této aktivity získávají pocit, že jsou důležití.

- Kreativní aktivity

Senioři mohou procvičovat svou kreativitu a účastnit se různých kreativních aktivit. Mezi kreativní aktivity patří malování, kreslení, šití, vyšívání, keramika nebo sklářské práce.

Pracovní činnosti poskytují seniorům smysluplné aktivity, za pomoci, kterých se cítí potřební, tráví čas ve společnosti vrstevníků a účastní se těchto aktivit společně. Mohou se zde navzájem podporovat a inspirovat.

- Skupinové cvičení

Šetrné cvičení přizpůsobené potřebám seniorů může zahrnovat cvičení s míči, cvičení na invalidním vozíku nebo cvičení s padákem. Tato cvičení mohou zlepšit flexibilitu, sílu a jemnou motoriku. (Holczerová a Dvořáčková, 2013)

4.2 Soběstačnost

„Soběstačnost člověka představuje míra jeho samostatnosti v oblasti sebepéče. Schopnost sebepéče znamená vykonávání denních aktivit vlastními silami.“ (Pokorná, 2013)

Soběstačnost označuje schopnost seniora vykonávat běžné denní aktivity samostatně, bez pomoci druhé osoby. Zahrnuje činnosti, jako je oblékání, osobní hygiena, příprava jídla či pohyb. Soběstačnost je klíčovým faktorem pro zachování důstojnosti a nezávislosti seniora v rámci péče.

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a vyhlášky č. 505/2006 Sb., která upravuje některá ustanovení tohoto zákona, jsou základní činnosti při poskytování sociálních služeb v domovech pro seniory zahrnuty v následujících oblastech:

Poskytnutí ubytování:

- Ubytování
- Úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení
- Zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu tří hlavních jídel

Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:

- Pomoc při oblékání a svlékání, včetně použití speciálních pomůcek
- Pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík
- Pomoc při vstávání z lůžka, uléhání a změně poloh
- Pomoc při podávání jídla a pití
- Pomoc při prostorové orientaci a samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru

Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

- Pomoc při úkonech osobní hygieny
- Pomoc při základní péči o vlasy a nehty
- Pomoc při použití WC

Nezávislost rozlišují odborníci podle pěti základních stupňů soběstačnosti seniora:

- Senior zvládá naplnit své potřeby bez pomoci druhé osoby
- Senior nezvládá již naplnit své tělesné potřeby – je nutná pomoc druhé osoby s prostředkováním tělesné potřeb, ale potřeby výše postavené zvládá sám.
- Senior má možnost zčásti naplňovat své tělesné potřeby.
- Senior má možnost naplňovat své tělesné potřeby, ale za pomoci vedení druhé osoby. Např.: senior s onemocněním demence
- Senior již nezvládá naplnit své tělesné potřeby a již je vidět, že není uzpůsobený sám rozhodovat o svých potřebách – tělesné potřeby proto zajišťuje druhá osoba a také za něj rozhoduje. (Česká republika. Zákon č. 505/2006)

4.2.1 Nácviky soběstačnosti

Nácviky soběstačnosti u seniorů týkající se pouze fyziologických potřeb mohou zahrnovat trénink a posilování dovedností spojených s péčí o svou vlastní osobu a zvládáním každodenních úkonů.

Mezi nácviky sebepéče řadíme tyto oblasti:

- Péče o osobní hygienu:
Procvičování samostatné péče o osobní hygienu, jako je koupání, umývání, oblékání, svlékání, výměna inko. pomůcky, holení a péče o zuby, může posílit schopnost seniorů starat se o svůj vlastní fyzický stav.
- Zvládání stravování:

Procvičování samostatné přípravy jídel na talíř a zvládnání stravování, včetně úpravy stravy (krájení), udržování rovnováhy během mytí nádobí, následného osušení a uklizení jídelního stolu po jídle.

Tyto nácviky pomáhají seniorům udržet si co nejvyšší míru soběstačnosti a nezávislosti, což má pozitivní vliv na jejich sebevědomí a celkovou kvalitu života. Trénink je často přizpůsoben individuálním potřebám a schopnostem seniora, aby byl co nejúčinnější a bezpečný.

(Dučaiová, 2024)

5 Praktická část

5.1 Předmět výzkumu

PP je specializovaný přístup k léčbě pacientů s vážnými a nevléčitelnými nemocemi, kdy se klade důraz na zmírnění symptomů, bolesti a stresu. Pro tyto pacienty, včetně klientů v DPS, je důležitá komplexní péče, která zahrnuje mnoho aspektů. Klíčové jsou například řízení symptomů, psychosociální podpora, spirituální péče a uspokojování základních biologických potřeb.

V rámci DPS je PP nezbytná pro zajištění důstojného a kvalitního života klientů, kteří často potřebují nejen zdravotní péči, ale také emocionální a sociální podporu.

Myslím si, že začleněním tréninku soběstačnosti a různorodých aktivit do péče klientů přinese pozitivní výsledky a budou patrné viditelné změny.

5.2 Cíl výzkumu

Výzkum měl za cíl prozkoumat, jak aktivizační prvky, včetně konkrétních aktivit zaměřených na zlepšení soběstačnosti, ovlivňují klienty v pobytových zařízeních poskytujících paliativní péči typu A. Klienti v těchto zařízeních jsou často ve velmi zranitelném stavu, a proto je klíčové najít metody, které jim mohou pomoci nejen po fyzické stránce, ale také po psychické a emocionální.

Tento výzkum se zaměřil na širokou škálu aktivizačních činností, mezi které patřila terapeutická cvičení, rekreační aktivity, nácvik soběstačnosti a pobyt ve společnosti vrstevníků. Cílem bylo zjistit, jaký vliv měly nácviky soběstačnosti na klienty a zda si byli schopni nabytou soběstačnost udržet i po ukončení nácviků, nebo zda se vrátili do stavu před začátkem aktivizace.

Klienti byli sledováni před zahájením výzkumu, v jeho průběhu i po jeho ukončení. Pozorování bylo zaměřeno na změny v jejich fyzické soběstačnosti – například, jak se zlepšila jejich schopnost pohybu, vykonávání základních denních úkonů a samostatné péče o své potřeby. Nicméně jsme se nezaměřili pouze na fyzické aspekty. Důležitým prvkem bylo také zkoumání vlivu těchto aktivit na psychickou pohodu klientů. Sledovali jsme, zda pravidelná účast na těchto činnostech přispěla ke zlepšení nálady, snížení úzkosti a deprese a celkovému zvýšení spokojenosti se životem.

Důležitou částí výzkumu byly také sociální aspekty. Zajímalo nás, jak aktivizační činnosti ovlivnily sociální interakce mezi klienty. Mnozí z nich trpí osamělostí a sociální izolací, proto jsme se snažili zjistit, zda tyto aktivity mohou podpořit sociální zapojení, pomoci navázat nová přátelství a zlepšit celkový společenský život klientů.

5.2.1 Výzkumná otázka

VO: Jaké efekty přináší aktivizace klientu s paliativní péčí typu A v domově pro seniory?

Předpokládáme, že nastavení aktivizačních prvků, jako jsou strukturované nácviky soběstačnosti a zapojení do skupinových aktivit, bude mít příznivý vliv na celkovou kvalitu života klientů v paliativní péči typu A. Konkrétně očekáváme, že tyto prvky pomohou klientům získat větší míru

nezávislosti a sebeúcty, zlepší jejich psychické a fyzické dovednosti a podpoří jejich sociální interakce. Současně předpokládáme, že nastavení těchto aktivizačních prvků je jeden z mnoha důležitých faktorů pro motivaci klientů k aktivní účasti na programu a přispívá k jejich celkovému pocitu užitečnosti a radosti z každodenních aktivit.

5.3 Metodologie výzkumu

Pro získání dat do této bakalářské práce jsme použili kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum je proces zaměřený na hledání porozumění, založený na různých metodologických tradicích, který se zabývá zkoumáním konkrétního sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní a holistický obraz, analyzuje různé druhy textů, zprostředkovává názory účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách. Tento přístup umožňuje hluboké porozumění problému a poskytuje subjektivní pohled zkoumaných osob na danou problematiku.

(Hendl, 2005)

5.3.1 Metoda

V praktické části této bakalářské práce jsme použili experimentální metodu, která se zaměřila na pozorování a rozhovory. Tyto metody byly vedeny přirozenou cestou a držely se základních bodů. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaký dopad měly nácviky soběstačnosti a další aktivizační prvky na klienty v domově pro seniory. Pro hodnocení experimentu jsme využili pozorování, abychom mohli zaznamenat viditelné změny v chování klientů a jejich schopnosti péče o sebe. Věříme, že tyto aktivity přispějí ke zlepšení jejich kvality života.

5.3.2 Experimentální výzkum

Experimentální výzkum je typ vědeckého výzkumu, který se zaměřuje na studium příčinných vztahů mezi proměnnými. Jeho cílem je identifikovat, jaký vliv má jedna proměnná (nezávislá proměnná) na druhou (závislá proměnná) za přesně kontrolovaných podmínek. Tento typ výzkumu umožňuje zkoumat, zda změna v jedné proměnné skutečně způsobuje změnu v druhé proměnné, což je pro naše zkoumání nácviků soběstačnosti klíčové.

5.3.3 Pozorování

Jak uvádí Gavora (2000), pozorování zahrnuje sledování lidských činností, jejich zaznamenávání, analýzu a vyhodnocení. V případě kvalitativně orientovaného výzkumu pozorovatel přesně ví, co a jak bude sledovat, ještě před začátkem samotného pozorování. Tento typ pozorování, nazývaný strukturované pozorování, spočívá v rozdělení pozorované reality do předem definovaných kategorií. Když pozorovatel osobně sleduje průběh činnosti, jedná se o přímé pozorování. Důležité je, aby pozorovatel svou přítomností neovlivňoval chování pozorovaných osob (Švec, 2009).

V našem výzkumu jsme využili strukturované pozorování k sledování a zaznamenávání pokroku klientů v oblastech soběstačnosti, jako jsou ranní hygiena, oblékání a stravování. Tato data jsme

následně analyzovali a vyhodnotili, abychom získali komplexní přehled o efektivitě aktivizačních programů.

5.3.4 Rozhovor

Podle Švaříčka a Šedové (2007) je rozhovor v kvalitativním výzkumu běžně používanou metodou, která badatelům umožňuje získat hlubší porozumění pohledům a názorům účastníků prostřednictvím otevřených otázek. Tento typ dotazování není standardizovaný a neomezuje ani neovlivňuje odpovědi respondentů.

V rámci našeho výzkumu jsme provedli strukturované rozhovory, které nám umožnily prozkoumat názory pracovníků přímé péče na pokroky klientů a účinnost zavedených aktivit. Během těchto rozhovorů jsme připravili soubor otázek nebo témat, kterým jsme se chtěli věnovat, přičemž pořadí otázek nemuselo být pevně stanovené. Klíčové bylo, aby byla během rozhovoru pokryta všechna zvolená témata (Reichel, 2009). Tyto rozhovory nám poskytly cenné kvalitativní informace, které doplnily naše pozorování a umožnily nám lépe porozumět dopadu nácviků soběstačnosti na klienty.

5.3.5 Statistické údaje

Pro analýzu získaných dat jsme použili program Microsoft Excel, který nám umožnil efektivně zpracovat a vizualizovat statistické údaje. Zaznamenávali jsme průměrné hodnoty schopnosti klientů v oblastech soběstačnosti, jako jsou ranní hygiena, oblékání a stravování, před, během a po aktivizaci. Tyto hodnoty jsme následně analyzovali pomocí základních statistických metod, jako jsou průměr, medián a směrodatná odchylka.

Excel nám také umožnil vytvářet grafy, které ilustrovaly pokrok klientů v jednotlivých oblastech. Tyto vizuální reprezentace usnadnily interpretaci výsledků a podpořily naše závěry o účinnosti nácviků soběstačnosti. Věříme, že statistická analýza poskytla cenné důkazy o pozitivních změnách v chování a schopnostech klientů, což dále potvrzuje přínos aktivizačních programů v jejich každodenním životě.

5.3.6 Výběr klientů

Pro výzkum jsme záměrně vybrali pět klientů z konkrétního pracoviště, se které jsme pravidelně navštěvovali během studie a udržovali s nimi kontakt. Tito klienti zahrnovali různé zdravotní a osobní potřeby, které jsme chtěli prozkoumat.

Hlavní kritéria pro výběr klientů zahrnovala jejich zhoršení aktuálního zdravotního stavu, péči o sebe sama a jejich snížená motivaci k sociálnímu kontaktu s okolím. Každý z těchto klientů potřeboval pomoc při každodenních úkonech, což může vést k pocitu ztráty hodnoty a sebepojetí.

5.3.7 Způsob získávání informací

V praktické části jsme použili experimentální metodu, přičemž jsme se zaměřili na pozorování a strukturované rozhovory.

Pro hodnocení experimentu jsme využili metodu pozorování, abychom mohli sledovat efekty aktivizačních prvků na klienty. Struktura aspektů pozorování korespondovala s cíli experimentu, kterými byla aktivizace klientů. Pozorování jsme systematicky organizovali, aby zahrnovalo klíčové oblasti, jako jsou změny v chování, zlepšení pohyblivosti, zapojení do sociálních aktivit a celková motivace k interakci s okolím. Tímto způsobem jsme byli schopni zaznamenat viditelné změny v chování klientů a jejich schopnosti péče o sebe. Domníváme se, že tyto aktivity přispějí ke zlepšení jejich kvality života.

Informace jsme také získali prostřednictvím rozhovorů s pracovníky přímé péče. Použili jsme předem připravené otázky, ale během rozhovorů jsme reagovali na podněty samotných respondentů, aby se nám podařilo získat co nejdůležitější postřehy. Během rozhovorů jsme si zapisovali reakce dotazovaných a informovali je, že pokud jim některá otázka nebude příjemná, nemusí na ni odpovídat.

Zpracování informací probíhalo následovně:

- Transkripce rozhovorů:

Nahrávky rozhovorů byly pečlivě přepsány, aby se zachovaly všechny důležité detaily a nuance v odpovědích respondentů.

- Kódování a analýza dat:

Přepsané rozhovory byly kódovány a analyzovány pomocí kvalitativních metod, abychom identifikovali hlavní témata a vzorce v odpovědích.

- Pozorovací protokoly:

Pozorování byla zaznamenávána do protokolů, které zahrnovaly detailní popisy chování a reakcí klientů během jejich aktivit.

- Kombinace dat:

Kombinovali jsme data z rozhovorů a pozorování, abychom získali komplexní a přesný obraz o dopadech experimentu na jednotlivé klienty.

- Výsledná analýza:

Na základě všech shromážděných dat jsme vypracovali závěry a doporučení, která reflektovala cíle našeho výzkumu a přinášela praktické poznatky pro další péči o klienty.

5.3.8 Organizace výzkumu

Sběr dat probíhal v období od října 2023 do června 2024. Zpracování dat trvalo 9 měsíců, přičemž 2 měsíce probíhalo před zahájením experimentu, 5 měsíců trval samotný experiment a dalších 2 měsíce probíhalo pozorování po experimentu. U jednoho klienta trvala každá pozorovací seance během nácviků soběstačnosti 30 minut, přičemž samotná délka pozorování byla 15 minut.

Rozhovory jsme plánovali přibližně na jednu hodinu, ale čas jsme přizpůsobovali podle toho, jak se rozhovor rozvíjel a také podle aktuálního rozpoložení respondenta. Všechny pět respondentů bylo seznámeno s tím, že získané informace budou sloužit pouze pro účely bakalářské práce a nebudou, jakkoliv zneužity. Prováděli jsme výzkum prostřednictvím polostrukturovaných

rozhovorů s pracovníky přímé péče, které jsme nahrávali na diktafon. Současně jsme se zaměřili na pozorování klientů během jejich každodenních aktivit. Všichni účastníci byli informováni o nahrávání a před zahájením rozhovorů s nimi jsme podepsali informované souhlasy. Otázky do rozhovorů jsme měli předem připravené, ale během samotného setkání jsme se snažili flexibilně reagovat na podněty a připomínky respondentů. Hlavním cílem bylo získat hlubší vhled do jejich zkušeností a postojů. Součástí našeho přístupu byla i metoda pozorování, během které jsme pečlivě sledovali jejich reakce a chování. Během rozhovorů jsme také zdůraznili, že mají možnost neodpovídat na otázky, které by pro ně byly nepříjemné.

Identifikace efektů aktivizačních prvků v paliativní péči byla prováděna prostřednictvím experimentu a dalšího sběru dat v terénu.

5.3.9 Pozorované oblasti

Hygiena (mytí) – Sleduje se, jak klient reaguje na činnosti spojené s osobní hygienou, například zda spolupracuje při mytí nebo projevuje odpor. Pozoruje se, zda si po provedené hygieně připadá svěžejší a komfortněji. Verbální i neverbální reakce (úsměv, klid, úleva) mohou naznačovat, jak se klient po hygieně cítí.

Oblékání – Pozoruje se, jak klient zvládá činnost oblékání, zda je samostatný, nebo potřebuje pomoc. Důležité je sledovat reakce na zvolený oděv – zda si klient vybírá oblečení sám, jestli se v něm cítí pohodlně a jaké emoce oblékání vyvolává. Neverbální projevy jako nervozita nebo úsměv mohou napovědět, jak se v daném okamžiku cítí.

Stravování – V oblasti stravování se pozoruje nejen to, zda je senior schopen sám připravit a podávat si jídlo, ale také jak zvládá samotný proces jedení. Pokud senior není schopen jíst samostatně, poskytuje se mu podpora, například pomoc při příjmu stravy.

Fyzický stav – Zde se sleduje celková pohyblivost klienta, jeho schopnost vykonávat fyzické aktivity, ale i jeho ochota zapojit se do cvičení či jiných fyzických činností. Změny v držení těla, únavě nebo ochotě se pohybovat mohou signalizovat zlepšení či zhoršení fyzického stavu. Např.: klient, který je obvykle neaktivní, může při zapojení do lehkého cvičení ukázat zlepšení nálady a fyzické pohody.

Psychický stav – Psychický stav je vnímán jako celkový projev emocionálního a duševního rozpoložení klienta. Pozorují se jeho reakce na různé podněty, změny v neverbální (mimika, gesta, postoj těla) i verbální komunikaci (tón hlasu, výběr slov). Sledují se činnosti, které mohou naznačovat, jak se klient cítí. Např.: klientka může při ležení v posteli působit apaticky nebo depresivně, ale pokud poslouchá hudbu a háčkuje, její nálada se může zlepšit, a ona může projevit radost, klid nebo spokojenost. Tyto změny jsou důležité pro odhalení toho, co klienta duševně podporuje.

Sociální izolace – Pozoruje se, jak často a jakým způsobem klient interaguje s ostatními lidmi (pečovatelé, vrstevníci, rodina) a jak na tyto interakce reaguje. Znamky izolace mohou být patrné v pasivitě, uzavřenosti nebo apatii, zatímco snaha navázat kontakt, pozitivní reakce na společnost či komunikaci mohou být signálem, že je klient sociálně zapojen a necítí se osaměle. Např.: klientka, která obvykle tráví čas sama, může při skupinových aktivitách nebo návštěvě rodiny projevovat zlepšenou náladu a větší otevřenost.

5.3.10 Popis hodnocení

Tato Tabulka 1 hodnotí úroveň soběstačnosti klientů v domovech pro seniory a v kontextu paliativní péče. Hodnocení je založeno na stupnici od 1 do 5, přičemž každé číslo reprezentuje specifickou úroveň nezávislosti při vykonávání každodenních činností.

1. **Nesoběstačný (1)** – Klienti na této úrovni vyžadují neustálou pomoc a asistenci při všech činnostech, což může zahrnovat jak základní denní úkony, tak i složitější úkoly. Tito jedinci nejsou schopni provádět žádné aktivity bez podpory ostatních.
2. **Vyžaduje značnou pomoc (2)** – Klienti s touto úrovní soběstačnosti potřebují pomoc při většině činností. I když mohou být schopni zvládnout některé jednoduché úkoly samostatně, většina jejich aktivit vyžaduje asistenci od pečovatelů nebo rodinných příslušníků.
3. **Částečně soběstačný (3)** – Tato kategorie zahrnuje klienty, kteří potřebují pomoc pouze u některých činností. Jsou schopni vykonávat většinu denních aktivit samostatně, avšak v určitých situacích se spoléhají na pomoc ostatních.
4. **Skoro soběstačný (4)** – Klienti na této úrovni zvládají většinu činností s minimální asistencí. Jsou schopni vykonávat většinu každodenních úkolů samostatně, avšak mohou potřebovat občasnou podporu nebo radu od ostatních.
5. **Plně soběstačný (5)** – Klienti v této kategorii jsou plně soběstační a nevyžadují žádnou pomoc. Jsou schopni vykonávat všechny své denní činnosti nezávisle, což přispívá k jejich celkové kvalitě života.

Tabulka 1: Popis hodnocení

Hodnocení	Popis
1	Nesoběstačný – vyžaduje neustálou pomoc a asistenci.
2	Vyžaduje značnou pomoc při většině činností.
3	Částečně soběstačný – potřebuje pomoc jen u některých činností.
4	Skoro soběstačný – zvládá většinu činností s minimální asistencí.
5	Plně soběstačný – nevyžaduje žádnou pomoc.

Zdroj: vlastní

6 Výsledky

6.1 Případ A

6.1.1 Popis prostředí

Klientka žije v jednolůžkovém pokoji v DPS, ta si zde vytvořila svůj domov. Tento pokoj je jejím útočištěm, kde tráví většinu svého volného času. Klientka je mobilní, ale trpí bolestmi nohou, to jí brání v pohybu a účasti na aktivitách bez doprovodu oš. personálu.

Pokoj je útulný a vybavený tak, aby co nejlépe vyhovoval jejím potřebám a poskytoval jí pohodlí a bezpečí. Dominantním prvkem je jednolůžková postel s nastavitelným polohováním, která jí pomáhá při bolestech nohou a umožňuje lepší odpočinek. Vedle postele je noční stolek, na kterém má klientka krém na ruce a další osobní předměty, které jí připomínají domov. Z druhé strany postele má kuchyňskou linku. Ve skříňkách má oblíbené pokrmy a pár kousků nádobí, které jí připomínají domov.

V rohu pokoje se nachází polstrované křeslo, kde klientka často sedává a věnuje se svým oblíbeným činnostem – háčkování a pletení. Vedle křesla stojí malý stolek, na kterém má košík s přizemi a dalšími háčkovacími potřebami. Na stěnách pokoje visí obrázky a fotografie rodiny.

Ráda poslouchá hudbu, která jí pomáhá a zlepšit náladu. I když má ráda společnost svých vrstevníků, sama se mezi ně nevydává a potřebuje motivaci a podporu, aby se zapojila do společenských aktivit.

Každý den ji navštěvuje oš. personál, který jí pomáhá s ranní hygienou, oblékáním a motivuje ji k účasti na aktivitách.

Pokoj klientky je uspořádán tak, aby byl co nejvíce přístupný a bezpečný. Nábytek je rozmístěn tak, aby umožňoval snadný pohyb a aby klientka měla vše potřebné na dosah. Velké okno propouští dostatek světla, což přispívá k příjemné atmosféře v pokoji.

6.1.2 Důvod zařazení do aktivizace

Klientka byla zařazena do aktivizace po adaptačním období, jelikož se její projevy a chování stále lišili oproti zprávě dodané ze sociálního šetření. Ačkoli byla mobilní, měla velké problémy s péčí o sebe samu. Často se podceňovala a uváděla: jsme k ničemu, nic nezvládám. To vedlo k tomu, že odmítala různé aktivity, protože si nevěřila, že by mohla úkony zvládnout. Její plačtivost a apatie byly značné, což negativně ovlivňovalo její každodenní život a celkovou kvalitu života.

6.1.3 Cíl aktivizace

Cílem bylo zlepšit její soběstačnost a posílit její psychickou pohodu.

6.1.4 Vyhodnocení aktivizace

Před aktivizací (měsíce 1-2)

Před zahájením aktivizačního programu měla klientka výrazné problémy s péčí o svou osobu. Každodenní úkony, jako oblékání, osobní hygiena a stravování, pro ni byly obtížné a vyžadovala při nich značnou pomoc oš. personálu. Často byla dezorientovaná, plačtivá a smutná, což negativně ovlivňovalo její psychický stav. Klientka byla velmi izolovaná a do společenských aktivit se prakticky nezapojovala. Tato kombinace závislosti na ošetřujícím personálu a nedostatek sociálního kontaktu výrazně zhoršovaly její celkový fyzický i psychický stav.

Během aktivizace (měsíce 3-7)

Po zahájení strukturovaných nácviků zaměřených na zlepšení soběstačnosti a pravidelné motivace k zapojení do společenských aktivit se u klientky začaly objevovat pozitivní změny. V oblasti osobní hygieny se zpočátku spoléhala na ošetřující personál u většiny úkonů, zejména při mytí, oblékání a výměně inko. pomůcek. S postupem času však začala projevovat snahu o samostatnost a pravidelná podpora jí pomohla provádět tyto činnosti s menší mírou asistence.

Pokud jde o mobilitu, na začátku byla klientka velmi nejistá a vratká. Díky pravidelným nácvikům chůze s vysokým chodítkem a cvičení s motomedem se její stabilita postupně zlepšovala. Na konci aktivizačního programu dokázala příležitostně používat i hůlky pro chůzi na kratší vzdálenosti.

Psychická pohoda klientky se také zlepšovala. Zpočátku se vyhýbala skupinovým aktivitám, ale postupně se začala zapojovat do činností jako pečení, cvičení s canisterapeutickým psem a trénování paměti. Její soběstačnost a sebedůvěra rostly, což se pozitivně odrazilo na její ochotě být aktivní v kolektivu. Zvláštní význam pro ni měla aktivita háčkování, která jí přinášela radost a pocit užitečnosti. Tato činnost zlepšovala její jemnou motoriku a zároveň posilovala její psychickou pohodu, protože jí připomínala dovednosti z mládí, které stále ovládala.

Po ukončení aktivizace (měsíce 8-9)

Po ukončení strukturovaného programu si klientka udržovala úroveň soběstačnosti, přičemž v některých oblastech, jako je ranní hygiena, občas potřebovala větší podporu. Nadále se aktivně účastnila skupinových aktivit a pokračovala ve svém oblíbeném háčkování, které pro ni představovalo významný zdroj radosti a seberealizace.

V oblasti mobility však došlo k mírnému zhoršení. Klientka opět využívala vysoké chodítko, a na delší vzdálenosti potřebovala invalidní vozík. Navzdory tomu si zachovala aktivní přístup ke svému životu a pokračovala v účasti na společenských aktivitách, což jí pomáhalo udržovat jak fyzickou, tak psychickou rovnováhu.

6.1.5 Vizualizace dat

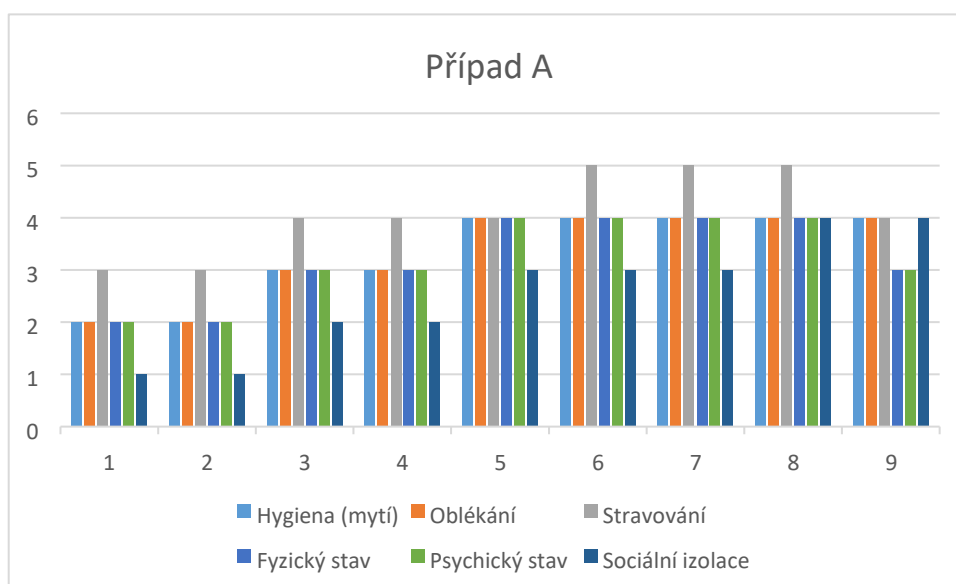
V Tabulka 2, která je uvedena níže, lze pozorovat porovnání změn v soběstačnosti klientky během devíti měsíců aktivizace. Hodnocení postupně ukazuje zlepšení, zejména během období aktivizace, kdy klientka dosáhla vyšší míry soběstačnosti především v oblékání, stravování a hygieně. Na konci období je patrné mírné zhoršení v některých oblastech, avšak celkový průměr hodnocení zůstává kolem hodnoty 3, což představuje významné zlepšení oproti stavu před aktivizací.

Tabulka 2: Průměr v oblastech

měsíce	Hygiena (mytí)	Oblékání	Stravování	Fyzický stav	Psychický stav	Sociální izolace
1-2 měsíc	2	2	3	2	2	1
3-7 měsíc	3,6	3,6	4,4	3,6	3,6	2,6
8-9 měsíc	4	4	4,5	3,5	3,5	4

Zdroj: vlastní

Graf 1 zobrazuje vývoj hodnocení soběstačnosti klientky v průběhu devíti měsíců aktivizace v různých oblastech: hygiena, oblékání, stravování, fyzický stav, psychický stav a sociální izolace. Na začátku (měsíce 1 a 2) je patrné, že klientka měla nižší úroveň soběstačnosti napříč všemi oblastmi. Během měsíců 3 až 7 lze pozorovat výrazné zlepšení, zejména v oblastech oblékání, stravování a hygieny, kde hodnoty dosahují až 4. Na konci období (měsíce 8 a 9) došlo k menším výkyvům, avšak hodnocení zůstává stabilně lepší než na začátku aktivizace, což ukazuje celkový pozitivní efekt intervence.



Graf 1: Případ A

6.1.6 Vyhodnocení rozhovoru ošetřovatelského personálu

Na základě rozhovorů s ošetřovatelským personálem bylo zaznamenáno zlepšení ve schopnostech klientky od začátku aktivizačního programu až po jeho ukončení. Klientka, která na začátku vyžadovala pomoc při základních úkonech, jako je osobní hygiena, stravování a mobility, prokázala během nácviků postupné zlepšení.

Klientka se postupně naučila spolupracovat s oš. personálem při používání vysokého chodítka nebo hůlky, což přispělo k její mobilitě. Reakce na obnovené dovednosti, jako je háčkování, byly pozitivní, což vypovídá o klientčině radosti a pocitu užitečnosti při vykonávání těchto činností. Jako poděkování k Vánocům pletla čelenky oš. personálu.

Dalším prvkem bylo zvýšení účasti klientky ve skupinových aktivitách. Podle oš. personálu tento fakt naznačuje, že se její sebejistota a pohoda v sociálním prostředí zlepšily. Účast v takových aktivitách podporovala její sociální integraci v DPS.

Po ukončení strukturovaných nácviků bylo podle oš. personálu také zaznamenáno zhoršení mobility klientky a občasné projevy plačtivosti. Klientka se také občas vyhýbala interakcím s vrstevníky a projevovala přednost osamění.

6.1.7 Závěr

Na základě výsledků aktivizačního programu lze konstatovat, že klientka vykázala výrazné zlepšení v soběstačnosti a celkovém psychickém stavu. Před zahájením programu byla její soběstačnost nízká, zejména v oblastech osobní hygieny a oblékání, kde vyžadovala značnou asistenci. Aktivizační prvky, jako strukturované nácviky a terapeutické aktivity, vedly ke zlepšení v těchto oblastech na hodnoty 3,6 až 4.

Zlepšení bylo patrné také v oblasti psychického stavu, kde se klientka postupně zapojovala do společenských aktivit, což vedlo ke zvýšení sebevědomí a snížení sociální izolace. Důležitým faktorem bylo obnovení zájmu o háčkování, které zlepšovalo jemnou motoriku a přispívalo k jejímu pocitu užitečnosti.

Po ukončení programu si klientka udržela soběstačnost a sociální zapojení, ačkoli došlo k částečnému zhoršení mobility. Tento pokles mobility neovlivnil její účast na aktivitách, které zůstaly důležitou součástí jejího života a podporovaly její celkovou rovnováhu. Celkově lze říci, že program měl pozitivní vliv na její fyzické schopnosti, psychickou pohodu a sociální integraci, což výrazně zlepšilo kvalitu jejího života v domově pro seniory.

Případ B

6.1.8 Popis prostředí

Klient bydlí ve dvojlůžkovém pokoji s jiným klientem. Tento pokoj se stal jeho domovem, kde tráví většinu svého času. Klient je částečně imobilní a jeho schopnost pohybu je značně omezená. Většinu dne tráví v polohovacím křesle, které mu poskytuje potřebnou podporu a komfort. V tomto křesle se sám pohybuje po pokoji a občas se projíždí i po chodbách DPS.

Jeho spolubydlící, je také obyvatelem pokoje. Oba mají své vlastní prostory a osobní předměty, které jim připomínají domov a dodávají jim pocit útulnosti. Fotografie rodiny, oblíbené hry, časopisy a oblíbené věci má na nočním stolku nebo na poličkách.

Klient moc nemluví. Jeho komunikace je omezená a často se vyjadřuje spíše gesty a mimikou. Potřebuje pomoc oš. personálu při mnoha faktorech sebe péče. Každé ráno přichází oš. personál, který mu pomáhá s ranní hygienou, oblékáním a přesunem do polohovacího křesla.

Pokoj klienta je prostorný a uspořádaný tak, aby byl co nejvíce přístupný. Nábytek je rozmístěn tak, aby byl snadný pohyb invalidního vozíku nebo polohovacího křesla na kolečkách a aby klient měl vše potřebné na dosah. Velká balkónové dveře propouští dostatek světla.

Každý den jsou klientovi nabízeny různé aktivity, které jsou v DPS pořádány. Ať už jde o cvičení, společenské hry nebo kulturní programy, vždy si může zvolit, zda se chce zúčastnit. Potřebuje asistenci personálu, aby se na tyto aktivity dostal. Oš. personál ho doprovází, podporuje ho a povzbuzuje k účasti.

6.1.9 Důvod zařazení do aktivizace

Klient byl zařazen do aktivizace z důvodů zhoršení zdravotního stavu, který omezuje jeho pohyblivost a komunikaci. Klient tráví většinu času v polohovacím křesle, kde je závislý na péči personálu. Jeho omezená schopnost vyjadřování se a komunikace gesty a mimikou naznačuje potřebu podpory v každodenních aktivitách.

6.1.10 Cíl aktivizace

Cílem aktivizace je zlepšit soběstačnost a komunikaci klienta trpícího vážným zhoršením zdravotního stavu, který omezuje jeho pohyblivost a schopnost vyjadřování se.

6.1.11 Vyhodnocení aktivizace

Před aktivizací (měsíce 1-2)

Před zahájením aktivizačního programu byl klient zcela závislý na ošetřujícím personálu a potřeboval pomoc při všech základních činnostech, jako je hygiena, oblékání, svlékání a přijímání stravy. Klient nebyl schopen aktivně manipulovat v posteli, ani udržet balanc při posazení, což vedlo k neustálé nutnosti asistence. Při stravování bylo obzvlášť problematické, že klient nebyl schopen si jídlo připravit ani jej bez pomoci přijímat. Strava musela být personálem upravována na malé kousky a často mu bylo pomáháno i při samotném příjmu. Komunikace s klientem byla

obtížná, mluvil tiše a nesrozumitelně, a byl výrazně samotářský, odmítající jakékoliv skupinové nebo individuální aktivity.

Během aktivizace (měsíce 3-7)

Po zavedení aktivizačního programu zaměřeného na nácvik soběstačnosti byl pozorován postupný pokrok ve všech klíčových oblastech. Klient začal vykazovat snahu o větší nezávislost při každodenních úkonech, i když zpočátku potřeboval kompletní asistenci. Pravidelným tréninkem se naučil provádět některé činnosti s minimální podporou. Například při osobní hygieně zvládal očistu obličeje a horní části těla, což před zahájením programu nebylo možné. V oblékání a svlékání se také zlepšil, byl schopen si sám obléknout horní část oblečení, ačkoli potřeboval pomoc s úpravou na zádech.

Klient se začal lépe spolupracovat s ošetřujícím personálem při manipulaci v posteli, dokázal používat hrazdu nad postelí, pokrčit kolena a aktivně se zapojit do pohybů. Při výměně inko. pomůcek dokázal zvedat nohy a otočit se na bok. Udržení balance při posazení se výrazně zlepšilo, klient již nepadal dozadu, což vedlo ke snížení potřeby neustálé asistence.

Pokrok byl patrný také v oblasti stravování. Klient potřeboval pomoc při každém kroku, ale postupně se zlepšil natolik, že byl schopen s pomocí personálu si nabrat polévku i hlavní jídlo. I když stále potřeboval občasnou asistenci, jeho schopnost jíst sám se výrazně zlepšila.

Program se zaměřil také na zlepšení komunikace a sebedůvěry klienta. Klient, který měl na začátku programu omezené možnosti komunikace, postupně začal používat alternativní metody, které mu umožnily lépe se vyjadřovat. I když stále mluvil tiše a potřeboval více času na odpovědi, pokrok v jeho vyjadřování byl patrný. Klient se začal více zapojovat do sociálních aktivit, včetně hudební terapie a výtvarných činností, a navštěvoval i bohoslužby, které dříve odmítal. Jeho přítomnost ve skupinách byla častější a projevoval zájem o dění kolem sebe.

Po ukončení aktivizace (měsíce 8-9)

Po ukončení aktivizačního programu si klient dokázal udržet nabytou částečnou soběstačnost, i když v některých oblastech došlo k mírnému zhoršení. Hygienu a oblékání zvládal s mírnou asistencí. Fyzický stav se stabilizoval, což znamenalo, že klient byl schopen udržet balanc při posazení a lépe spolupracoval při manipulaci v posteli.

V oblasti stravování došlo k mírnému zhoršení, přičemž klient potřeboval více pomoci, zejména při polévce, ale stále dokázal přijímat hlavní jídlo s minimální asistencí. Psychický stav se stabilizoval, klient dokázal zvládat své emoce a přizpůsobit se novým situacím lépe než před aktivizací. Sociální zapojení klienta se zlepšilo, avšak preferoval nyní více individuální činnosti, jako bylo malování v pokoji nebo sledování televize. Přestože se již neúčastnil skupinových aktivit tak často, stále se účastnil několika vybraných akcí, které pro něj byly přínosné. Klient byl v kontaktu s ostatními, ale preferoval soukromější prostředí a aktivity.

6.1.12 Vizualizace dat

V Tabulka 3, která je uvedena níže, lze pozorovat změny v soběstačnosti klienta během devíti měsíců aktivizace. V počátečních měsících jsou hodnoty velmi nízké napříč všemi oblastmi (hygiena, oblékání, stravování, fyzický stav, psychický stav a sociální izolace), což svědčí o značné závislosti na oš. Ve středních měsících došlo k výraznému zlepšení, především v oblastech

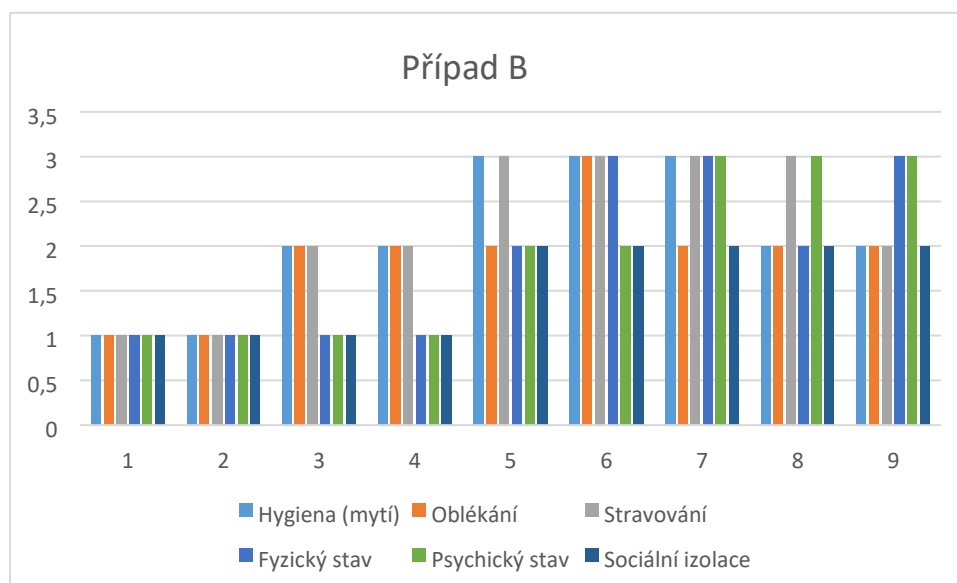
hygieny, oblékání a stravování, kde klient dosahoval vyšší soběstačnosti. Na konci období se hodnocení stabilizovalo, ačkoli jsou patrné menší výkyvy, zejména v sociální izolaci. Celkově však hodnocení zůstává významně lepší oproti původnímu stavu.

Tabulka 3: Průměr v oblastech

měsíce	Hygiena (mytí)	Oblékání	Stravování	Fyzický stav	Psychický stav	Sociální izolace
1-2 měsíc	1,5	1,5	1,5	1	1	1
3-7 měsíc	2,6	2,2	2,8	2,2	2,2	1,8
8-9 měsíc	2	2	2	3	3	2

Zdroj: vlastní

Graf 2 zobrazuje vývoj soběstačnosti klienta v šesti oblastech (hygiena, oblékání, stravování, fyzický stav, psychický stav a sociální izolace). Na začátku hodnocení jsou hodnoty ve všech oblastech nízké, s hodnocením 1. Postupně dochází k mírnému zlepšení, zejména v oblastech stravování, kde dosahuje hodnocení až 3. Oblasti jako psychický a fyzický stav vykazují menší zlepšení, zatímco sociální izolace se v průběhu času mírně stabilizovala na hodnotě 2.



Graf 2: Případ B

6.1.13 Vyhodnocení rozhovoru oš. personálu

Rozhovor s ošetřovatelským personálem poskytl důležité poznatky o pokroku klienta od začátku aktivizace a nastavených strukturovaných nácviků péče. Bylo zaznamenáno zlepšení v jeho schopnosti zvládat každodenní aktivity a komunikovat v možnostech klienta.

Po zavedení strukturovaných nácviků soběstačnosti do života klienta bylo pozorováno zlepšení jeho schopností. Klient, který byl na začátku závislý na péči personálu kvůli omezené pohyblivosti a komunikaci, dokázal postupně provádět jednodušší úkony osobní hygieny, například si sám zvládnout omýt obličej a hrudník.

Dále oš. personál chválil klienta při spolupráci během manipulace v lůžku, že se sám snažil nebo i otočil na bok, chytil se hrazdičky a snažil se posunout nebo při svlékání oblékání si snažil sundat horní část oblečení nebo obléci.

Oš. personál poznamenal, že po ukončení strukturovaných nácviků soběstačnosti bylo pozorováno postupné zapomínání a snížení schopností klienta, což vedlo k občasné větší potřebě asistence než během období aktivizace. Klient také komunikoval méně, a i jeho vyjadřování, které se v průběhu aktivizačního programu zlepšilo, začalo zase mírně upadat.

6.1.14 Závěr

Po ukončení aktivizačního programu klient dosáhl významného pokroku v oblastech soběstačnosti, psychického stavu a sociálního zapojení. Zatímco na začátku programu byl zcela závislý na ošetřujícím personálu, nyní se mu podařilo vykonávat řadu každodenních činností s minimální asistencí.

I když v některých oblastech, zejména v oblasti stravování, došlo k mírnému zhoršení, klient si přesto zachoval schopnost přijímat jídlo s minimální pomocí. Zlepšila se také jeho fyzická stabilita, což vedlo k lepší spolupráci při manipulaci v posteli a udržení balance. Klient vykazuje větší iniciativu při osobní hygieně a oblékání, což naznačuje posun k větší nezávislosti.

Psychický stav klienta se stabilizoval, což odráží zlepšení v jeho schopnosti zvládat emoce a přizpůsobit se novým situacím. Tento pokrok je důležitý pro jeho celkovou pohodu a sebedůvěru. Klient nyní více preferuje individuální aktivity, ale i přesto se účastní několika vybraných sociálních akcí, což naznačuje pokrok v jeho sociální interakci a snahu o udržení kontaktu s ostatními.

Celkově lze hodnotit aktivizační program jako úspěšný, s pozitivním dopadem na kvalitu života klienta. Pokrok, kterého klient dosáhl, poskytuje naději na další zlepšení v budoucnu a ukazuje důležitost kontinuální podpory v jeho snahách o větší soběstačnost a sociální zapojení.

6.2 Příklad C

6.2.1 Popis prostředí

Klientka bydlí ve dvoulůžkovém pokoji v DPS. Tento pokoj sdílí s další klientkou, která je soběstačná. Má svůj vlastní prostor. Klientka je mobilní a pohybuje se za pomoci nízkého chodítka.

Pokoj je vybavený tak, aby co nejlépe vyhovoval jejich potřebám. Její část pokoje je zařízena s ohledem na pohodlí a bezpečnost. Dominantním prvkem je jednolůžková postel s nastavitelným polohováním, která jí umožňuje lepší odpočinek. Vedle postele je noční stolek, na kterém má klientka své osobní věci ovoce v misce, časopisy a hrnek s fotografiemi rodiny.

U kuchyňské linky se nachází dvě polstrovaná křesla a stolek, kde klientka se svojí spolubydlící, často sedává a věnuje se svým oblíbeným činnostem, jako je čtení nebo poslech hudby a sledování televize. Na stěnách její části pokoje visí obrázky a fotografie rodiny.

Klientku často navštěvuje její manžel, dcera a syn, což jí poskytuje emocionální podporu a spojení s rodinou. Přestože klientka trpí výchovami nálad a bývá často plačtivá po rodinné návštěvě, protože ji začnou chybět. Čas strávený procházkami, různými aktivitami a ve společnosti vrstevníků jí zlepšují náladu a poté se usmívá.

Klientka potřebuje zvýšenou pozornost a péči ze strany oš. personálu. Každý den ji navštěvuje oš. personál, který jí pomáhá s ranní hygienou, oblékáním a motivuje ji k účasti na aktivitách. Personál ji také podporuje při pohybu a zajišťuje, že má vše potřebné na dosah, aby byla co nejvíce soběstačná. Personál doprovází klientku na jídelnu a aktivity. Z důvodů rizika pádu je nutný doprovod druhé osoby.

Nábytek je rozmístěn tak, aby umožňoval snadný pohyb s chodítkem a minimalizoval riziko pádů. Velké balkonové dveře směrem do zahrady propouští dostatek světla, což přispívá k příjemné atmosféře v pokoji. Společné prostory pokoje jsou zařízeny tak, aby podporovaly interakci mezi klientkami, ale zároveň respektovaly jejich individuální potřeby a soukromí.

6.2.2 Důvod zařazení do experimentu

Klientka byla zařazena do aktivizací kvůli špatné soběstačnosti v ranní hygieně a oblékání, tendenci výkyvů nálad a nastavení pravidelného denního režimu.

6.2.3 Cíl aktivizace

Cílem zařazení klientky do experimentu bylo zlepšit její celkovou soběstačnost a nastavit pravidelný režim, který pro svou stabilitu a každodenní fungování potřebuje.

6.2.4 Vyhodnocení aktivizace

Před aktivizací (měsíce 1-2)

Před zahájením aktivizačního programu měla klientka značné obtíže se soběstačností, zejména v oblastech hygieny, výměny inko. pomůcek, oblékání a svlékání. Byla často dezorientovaná a

během ranní hygieny si po vysvlečení noční košile opět začínala oblékat, nebo si brala oblečení spolubydlící. I přes tyto potíže dokázala samostatně přijímat stravu a tekutiny. Klientka se uměla přesunout z lůžka do křesla, avšak manipulace na lůžku jí činila obtíže a vyžadovala pomoc personálu. Komunikace s ní byla bez obtíží, avšak vykazovala zmatek při běžných denních aktivitách.

Během aktivizace (měsíce 3-7)

Po zahájení aktivizačního programu, který byl zaměřen na nácvik soběstačnosti, došlo k pozvolnému zlepšení. Klientka se stala částečně soběstačnější, zejména v oblasti hygieny a oblékání, kde začala lépe spolupracovat s ošetřujícím personálem a postupně zvládala základní úkony s minimální asistencí. Naučila se reagovat na pokyny personálu a začala aktivně používat hrazdu při manipulaci na lůžku. Její schopnost orientace v okolí se také zlepšila, což vedlo k osvojování denní rutiny a celkovému zlepšení jejího fyzického stavu.

Ačkoliv klientka občas projevovala zmatek, dokázala se lépe zapojit do každodenních činností a vykazovala větší samostatnost. Díky pravidelnému tréninku a podpoře personálu se zlepšila nejen v osobní péči, ale také v komunikaci a interakci se svým okolím. I když si uchovala určitou plačtivost a stesk po rodině, pravidelná interakce s personálem a ostatními klienty měla pozitivní vliv na její náladu a celkovou pohodu. Klientka se také začala více zapojovat do sociálních aktivit, což přispělo k jejímu postupnému zlepšení v oblasti sociální izolace.

Po ukončení aktivizace (měsíce 8-9)

Po ukončení aktivizačního programu si klientka udržovala částečnou soběstačnost a schopnost vykonávat základní úkony osobní péče s minimální podporou. V oblasti hygieny a oblékání zvládala tyto úkony téměř samostatně, přičemž občas potřebovala ústní vedení. Stravování zůstalo plně soběstačné, dokázala přijímat stravu bez pomoci oš. personálu. Její fyzický stav se stabilizoval, přičemž i nadále měla určité obtíže při manipulaci na lůžku a vyžadovala více času na vykonávání některých úkonů.

Psychický stav klientky se stabilizoval, ačkoliv občas projevovala zmatenost. I nadále se účastnila skupinových aktivit a pravidelně komunikovala s ostatními obyvateli zařízení. Klientka se postupně zapojovala do společenského života v domově pro seniory, i když upřednostňovala individuální aktivity. Celkově se tak její sociální izolace zlepšila, což svědčí o jejím postupném zapojení do kolektivu a každodenního života.

6.2.5 Vizualizace dat

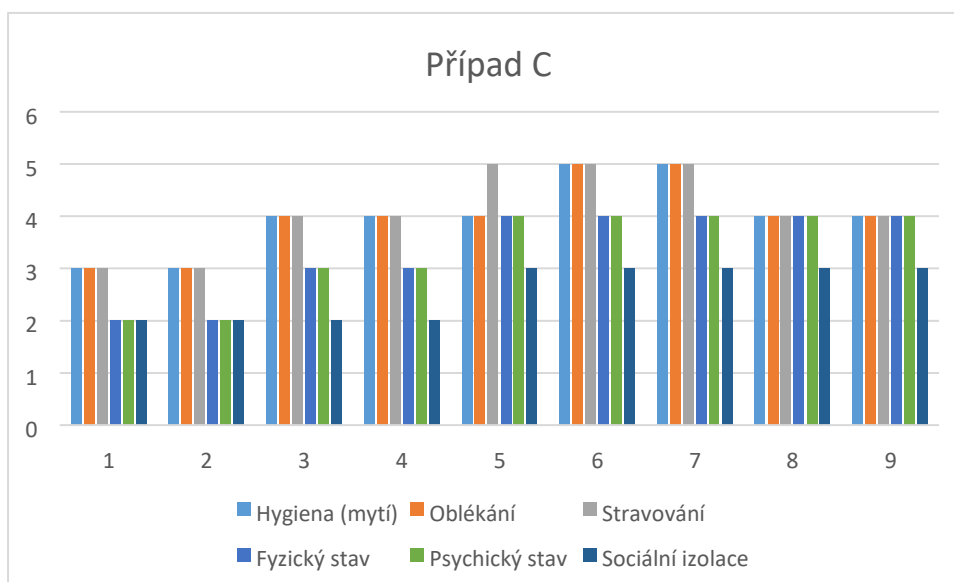
Tabulka 4 ukazuje vývoj soběstačnosti klientky během devíti měsíců aktivizace. V prvních dvou měsících (1-2 měsíc) dosahovala klientka průměrných hodnot 3,5 v oblastech hygieny, oblékání a stravování, zatímco fyzický a psychický stav byl nižší, kolem 2,5. Během středního období (3-7 měsíc) se soběstačnost výrazně zlepšila, zejména ve stravování a oblékání, kde hodnoty dosahovaly až 4,6. Na konci aktivizace (8-9 měsíc) se hodnoty stabilizovaly na 4, se zlepšením v sociální izolaci na hodnotu 3.

Tabulka 4: Průměr v oblastech

Měsíce	Hygiena (mytí)	Oblékání	Stravování	Fyzický stav	Psychický stav	Sociální izolace
1-2 měsíc	3,5	3,5	3,5	2,5	2,5	2
3-7 měsíc	4,4	4,4	4,6	3,8	3,8	2,8
8-9 měsíc	4	4	4	4	4	3

Zdroj: vlastní

Chyba! Nenalezen zdroj odkazů.. ukazuje vývoj soběstačnosti klientky v šesti oblastech během devíti měsíců aktivizace. Na začátku byly hodnoty nižší, kolem 3, ale od třetího měsíce došlo k výraznému zlepšení, zejména v hygieně, oblékání a stravování, kde hodnoty dosáhly až 5. Fyzický i psychický stav se zlepšily z 2 na 4. Sociální izolace vykazuje mírné zlepšení, stabilizující se na hodnotě 3. Celkově aktivizace pozitivně ovlivnila soběstačnost klientky, hlavně v oblastech osobní péče a fyzické kondice.



Graf 3: Případ C

6.2.6 Vyhodnocení rozhovoru oš. personálu

Rozhovor s ošetřovatelským personálem poskytl informace o průběhu a výsledcích aktivizačního programu pro klientku v DPS. Před zahájením programu klientka vyžadovala výraznou asistenci při každodenních úkonech, jako je ranní hygiena a oblékání. Její dezorientace a potíže s adaptací na prostředí způsobily u klientky občas i pranou.

Během aktivizace byl klientce poskytován pravidelný trénink, což vedlo k postupnému zlepšení v její soběstačnosti. Začala se učit provádět některé úkony osobní hygieny s minimální asistencí, což představovalo významný krok vpřed. I po ukončení programu klientka udržovala částečnou soběstačnost, avšak stále potřebovala určitou podporu při ranní hygieně a při svlékání. Tento

stav naznačuje, že pravidelný trénink během aktivizace přinesl zlepšení, které si klientka snažila udržovat i po ukončení strukturovaných aktivit.

Včetně fyzické soběstačnosti bylo také pozorováno zlepšení v sociální integraci klientky. Pravidelná účast na skupinových aktivitách a interakce s ostatními obyvateli domova pro seniory měly příznivý vliv na její náladu. Tato aktivita nejenže podpořila klientčinu sociální interakci, ale také jí pomohla lépe se integrovat do nového prostředí. Navzdory duševním problémům a stesku po rodině se klientka dokázala zapojit do společenského života a komunikovala bez větších obtíží, což svědčí o pozitivním vlivu aktivizačního programu na její celkovou psychickou pohodu.

Důležitou součástí aktivizačního programu bylo i podporovat klientčinu adaptaci na nové prostředí a zlepšit její orientaci v domově. Pracovníci se zaměřovali na posílení její soběstačnosti a sociální integrace, což přineslo pozitivní výsledky. Celkově lze konstatovat, že aktivizační program nejenže zlepšil fyzickou soběstačnost klientky, ale také podpořil její sociální a emoční pohodu v novém prostředí domova pro seniory.

6.2.7 Závěr

Po ukončení aktivizačního programu klientka dosáhla výrazného pokroku v oblasti soběstačnosti, psychického stavu a sociálního zapojení. Na začátku programu měla značné obtíže se základními úkony, avšak postupně se stala částečně soběstačnou. V oblasti hygieny a oblékání dosahuje průměrného hodnocení 4, což naznačuje, že téměř samostatně zvládá tyto úkony, i když občas vyžaduje ústní vedení.

Její schopnost stravování zůstává plně soběstačná, a to bez pomoci personálu, což svědčí o jejím zlepšení. Fyzický stav klientky zůstal stabilní, což ukazuje na udržení fyzické kondice i přes určité obtíže při manipulaci na lůžku. Psychický stav klientky se stabilizoval, i když občas projevuje zmatenost a vyžaduje více času na provádění některých úkonů.

Sociální zapojení klientky se rovněž zlepšilo; účastní se skupinových aktivit a pravidelně komunikuje s ostatními obyvateli, což přispívá k jejímu pocitu sounáležitosti a zlepšení celkové kvality života. Průměrná hodnota sociální izolace klesla na 3, což odráží její postupné zapojení do společenského života v domově pro seniory.

6.3 Příklad D

6.3.1 Popis prostředí

V DPS žije klientka, která je imobilní a částečně ochrnutá na pravé straně těla. I přes své fyzické omezení je komunikativní a ráda tráví čas ve společnosti. Sdílí dvoulůžkový pokoj s další klientkou, která je mobilní, ale částečně dezorientovaná. Obě klientky mají v pokoji svůj vlastní osobní prostor, který jim poskytuje pohodlí a soukromí.

Pokoj je světlý a útulný, aby co nejlépe vyhovoval potřebám obou klientek. Klientka je imobilní a tráví většinu dne v pohodlném polohovacím křesle, které jí poskytuje dostatečnou oporu a komfort. Křeslo je umístěno vedle postele, aby byla zajištěna snadná přístupnost a bezpečnost. Před křeslem je umístěn stolek na kolečkách, se kterým je snadná manipulace a který lze nastavit dle potřeby klientky jak u křesla, tak u postele.

Naproti křeslu se nachází televize, kterou klientka ráda sleduje. Televize je nastavená tak aby na ní viděli obě klientky. Pomáhá jí trávit volný čas a udržovat si přehled o dění ve světě.

Vedle křesla má klientka malý stolek, na kterém jsou umístěny osobní předměty, jako je dálkový ovladač, knížky, telefon a další věci, které často používá.

Pokoj je zařízen tak, aby byl co nejvíce přístupný a bezpečný. Nábytek je rozmístěn tak, aby byl snadný přístup k posteli nebo k manipulaci s polohovacím křeslem na kolečkách na kterém je klientka doprovázená druhou osobou na aktivitu, do zahrady nebo do kiosku.

Klientku pravidelně navštěvuje její vnučka, manžel se synem a kamarádky. Tyto návštěvy jí poskytují emocionální podporu a radost, což je pro její psychickou pohodu velmi důležité. Návštěvy tráví čas v pokoji nebo společenských prostorách domova, kde mohou klidně hovořit za pěkného počasí rádi vyváží klientku na čerstvém vzduchu.

Celkové prostředí pokoje je navrženo tak, aby poskytovalo komfort, bezpečí a podporu jak pro klientku, která je imobilní, tak pro její spolubydlící, která potřebuje orientační pomoc. Personál DPS se stará o to, aby byly potřeby obou klientek naplněny, a poskytuje jim potřebnou péči a podporu.

6.3.2 Důvod zařazení do aktivizace

Klientka byla zařazena do experimentu kvůli obtížné adaptaci na nové prostředí DPS, kam přišla z LDN. Z důvodů neschopnosti péče o svou vlastní osobu a ochrnutí pravé strany těla musela opustit svůj domov i manžela, který již péči o ni také nezvládal. Tento stav vedl k závislosti na druhou osobu, a to klientka nesla velmi těžce. Měla pocit, že je méněcenná.

6.3.3 Cíl aktivizace:

Cíl aktivizace je zlepšit její soběstačnost v rámci jejích možností, zejména co se týče procvičování částečně ochrnuté pravé strany těla, ale také posílit její psychické dovednosti.

6.3.4 Vyhodnocení aktivizace

Před aktivizací (měsíce 1-2)

Před zahájením aktivizačního programu klientka projevovala vysokou závislost na ošetřujícím personálu v důsledku imobility a částečného ochrnutí pravé strany těla. Tento stav vyvolával u klientky emocionální nepohodlí a pocit méněcennosti, neboť byla odkázána na pomoc druhých při všech každodenních činnostech. Klientka se cítila izolovaná a bezmocná, což negativně ovlivnilo její psychickou pohodu. V oblasti hygieny, oblékání a stravování byla zcela závislá na personálu.

Během aktivizace (měsíce 3-7)

Během aktivizačního programu byly u klientky zavedeny nácviky stolování a ranní hygieny s cílem posílit její soběstačnost a nezávislost. Klientka se postupně zapojovala do aktivit, především pomocí levé ruky, zatímco pravou ruku bylo nutné promazávat a procvičovat. Dokázala si samostatně umýt obličej, pravou stranu hrudního koše a podpaží, avšak při péči o levou stranu těla potřebovala pomoc, zejména při péči o intimní partie. Výměnu inko. pomůcek prováděl personál. Postupem času se klientka snažila zapojit i pravou rukou, avšak kvůli bolesti vyžadovala vedení a asistenci.

V rámci nácviku stolování byla schopná nachystat si jídlo s pomocí oš. personálu, který ji vedl, a přijímat stravu zvládala s občasnou asistencí. Klientka projevila snahu a pokrok ve zvládnutí každodenních úkonů. Její aktivní zapojení do ranní hygieny a stolování přispělo k jejímu celkovému zlepšení soběstačnosti.

Zpočátku se klientka nechtěla účastnit aktivit, ale postupem času začala navštěvovat skupinové činnosti za doprovodu oš. personálu. Na konci tohoto období se sama začala vyptávat na plánované aktivity a těšila se na společnost vrstevníků.

Po ukončení aktivizace (měsíce 8-9)

Po ukončení nácviků sebezpeče klientka prokázala významný pokrok ve své schopnosti vykonávat denní aktivity samostatně, i když s určitými omezeními. V oblasti ranní hygieny se aktivně zapojovala, přičemž používala převážně levou ruku a občas se pokoušela zapojit i pravou, avšak málokdy se jí to podařilo. Dokázala si umýt obličej, ruce, pravou stranu hrudního koše a pravé podpaží, ale péče o levou stranu těla stále vyžadovala pomoc personálu, i když v menším rozsahu než před začátkem tréninků.

V oblasti stolování dosáhla klientka schopnosti s menší asistencí nabrat si stravu a nachystat ji na talíř. S přijímáním stravy se již obešla bez cizí pomoci. Pokrok ve všech těchto oblastech potvrdil pozitivní dopad aktivizačního programu na klientčinu soběstačnost a psychickou pohodu, čímž došlo ke zlepšení jejího celkového stavu a snížení pocitu izolace.

6.3.5 Vizualizace dat

Tabulka 5 znázorňuje vývoj soběstačnosti klientky během devíti měsíců aktivizace. V prvních dvou měsících dosahovala průměrných hodnot 3,5 v oblastech hygieny, oblékání a stravování, zatímco fyzický a psychický stav byl kolem 2,5. V období 3-7 měsíc došlo k výraznému zlepšení, přičemž hodnoty v oblékání a stravování stouply až na 4,6. Na konci aktivizace (8-9 měsíc) se

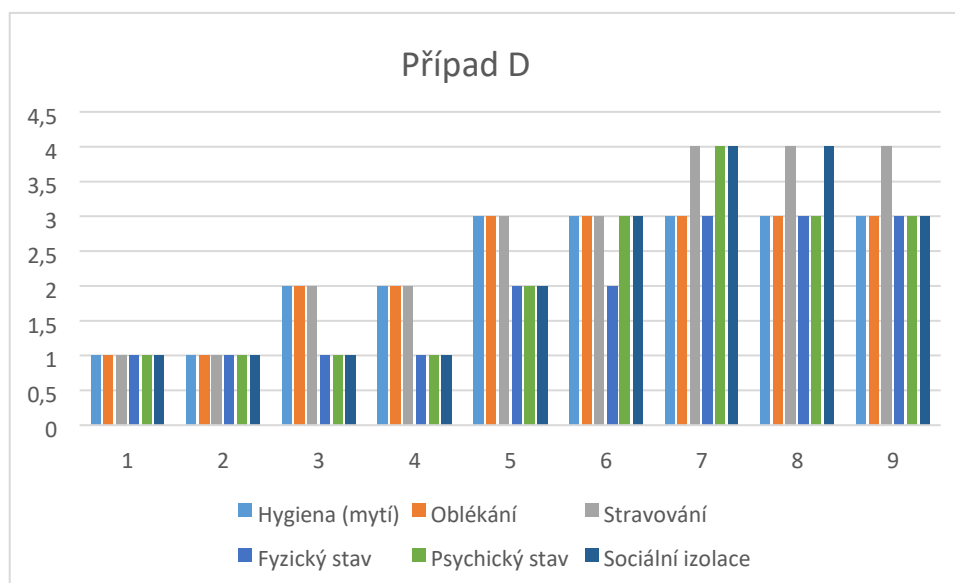
hodnoty stabilizovaly na 4, a sociální izolace se zlepšila na 3. Celkově intervence vedla k významnému zlepšení soběstačnosti klientky, zejména v oblasti osobní péče a stravování.

Tabulka 5: Průměr v oblastech

Měsíce	Hygiena (mytí)	Oblékání	Stravování	Fyzický stav	Psychický stav	Sociální izolace
1-2 měsíc	1	1	1	1	1	1
3-7 měsíc	2,6	2,6	2,8	1,8	2,2	2,2
8-9 měsíc	3	3	4	3	3	3,5

Zdroj: vlastní

Graf 4 zobrazuje vývoj soběstačnosti klientky v různých oblastech během aktivizace. V prvních měsících jsou hodnoty velmi nízké, s průměrem 1 ve všech oblastech. V měsících 3 až 5 došlo k mírnému zlepšení, zejména v oblékání a stravování, kde hodnoty stouply na 2 a 3. Na konci období se soběstačnost dále zlepšila, zejména v oblastech stravování a fyzického stavu, které dosáhly hodnoty 4. Celkově lze říci, že klientka prokázala postupný pokrok ve svých dovednostech a soběstačnosti.



Graf 4: Případ D

6.3.6 Vyhodnocení rozhovoru oš. personálu

Rozhovor s ošetřovatelským personálem nabídl hlubší pohled na klientčin pokrok v rámci aktivizačního programu, který byl zaměřen na zvyšování její soběstačnosti a celkové kvality života. Personál pozorovala klientčinu aktivní snahu zapojit se do každodenních úkonů a sledovala její postupný pokrok.

Klientka se průběžně po malých krůčcích zlepšovala ve zvládnání ranní hygieny a přijímání stravy. Na začátku programu vyžadovala výraznou pomoc, ale s pravidelným tréninkem a podporou

personálu začala projevovat schopnost samostatnějšího přijímání stravy, ale občas byla nutná i nadále asistence. Například se naučila správné techniky očisty obličeje a hrudníku, což přispělo k jejímu většímu komfortu a pocitu nezávislosti.

Postupný pokrok v soběstačnosti klientky měl zřejmý vliv na její celkový pocit nezávislosti a sebeúcty. Schopnost samostatně vykonávat každodenních úkonů v rámci jejího omezení. Ji umožňovala cítit se méně závislou na péči ostatních a více autonomní ve svém každodenním životě. To podle oš. personálu podporovalo její fyzickou a psychickou pohodu, ale také zvyšovalo motivaci k dalšímu zlepšování a učení se novým dovednostem.

6.3.7 Závěr

Výsledky tohoto výzkumu ukázaly, že cílené aktivizační programy mohou výrazně přispět ke zlepšení soběstačnosti a kvality života seniorů i v terminální fázi života. U sledované klientky bylo zaznamenáno významné zlepšení v oblastech osobní hygieny, oblékání a stravování, což mělo pozitivní dopad nejen na její fyzickou, ale i psychickou pohodu. I když byla stále částečně závislá na pomoci personálu, její schopnost vykonávat některé každodenní činnosti samostatně posílila její pocit nezávislosti a snížila pocit sociální izolace.

Postupné zapojení klientky do aktivizačních aktivit, zejména v oblasti nácviku sebepéče, vedlo ke zvýšení její motivace a ke zlepšení celkového psychického stavu. Důraz na individuální přístup a podporu ze strany ošetřujícího personálu se ukázal jako klíčový faktor při dosahování pokroku v soběstačnosti.

Přestože některé fyzické limity přetrvávaly, klientka prokázala výrazný pokrok, což potvrzuje, že aktivizační programy mohou být užitečným nástrojem i pro pacienty s omezenou mobilitou a dalšími zdravotními problémy.

6.4 Příklad E

6.4.1 Popis prostředí

Klientka žije v DPS a sdílí dvoulůžkový pokoj s další imobilní klientkou. Oba obyvatelé pokoje tráví většinu času v prostorném pokoji vybaveném pohodlnými polohovacími křesly, která jim poskytují potřebnou oporu a komfort. Je důležité, aby byl snadný přístup ke křeslu, které je umístěno tak, aby bylo bezpečné a přístupné ze všech stran umístěné u postele pro snadný přesun.

V pokoji je dostatek místa pro pohyb a manipulaci s křesly obou klientek. Před klientčíným křeslem je malý stolek, na kterém má osobní předměty a drobnosti, které potřebuje. Naproti jejímu křeslu je umístěna televize, která jí pomáhá trávit čas.

Klientku navštěvuje její vnučka, která jí přináší radost a emocionální podporu. I přes to, že klientka často po odchodu vnučky zapomene na její návštěvu, prožívá v tu chvíli okamžitou radost. Vzhledem k jejímu zhoršujícímu se zdravotnímu stavu a dezorientaci je klientka zcela závislá na péči personálu. Její schopnost komunikovat je omezená, ale stále dokáže vyjadřovat své pocity a emoce, často se usmívá místo odpovědi.

Personál domova se pečlivě stará o to, aby byly potřeby klientky naplněny a poskytoval ji veškerou potřebnou péči. Navzdory jejím zdravotním obtížím se snaží udržovat její život co nejkomfortnější a příjemný.

6.4.2 Důvod zařazení do aktivizace

Vzhledem k imobilnímu stavu klientky a její závislosti na péči personálu je důvodem pro zařazení nácviků soběstačnosti především posílení její samostatnosti v každodenních činnostech. Nácviky soběstačnosti mohou pomoci klientce zlepšit a udržet dovednosti spojené s péčí o sebe a zvládáním každodenních úkonů, které ještě dokáže vykonávat.

6.4.3 Cíl aktivizace

Cílem aktivizace bylo zlepšit soběstačnost klientky v každodenních aktivitách péče o sebe, především v oblasti ranní hygieny a stolování.

6.4.4 Vyhodnocení aktivizace

Před aktivizací (měsíce 1-2)

Před zahájením aktivizace klientka potřebovala při ranní hygieně kompletní pomoc. Nebyla schopná si samostatně omýt obličej ani hrudník a oblékání či svlékání oblečení bylo nemožné bez asistence oš. personálu. Při stolování byla odkázána na pomoc při příjmu stravy a mytí nádobí.

Během aktivizace (měsíce 3-7)

Během aktivizace došlo k významnému pokroku v klientčině soběstačnosti. Postupně se naučila samostatně omývat obličej a částečně hrudník, i když stále potřebovala asistenci při

péči o třísla a výměně inko. pomůcek. V oblasti oblékání a svlékání dosáhla pokroku v posouvání trička na pažích, avšak stále vyžadovala pomoc při přetahování přes hlavu a oblékání dolní části oděvu. V nácviku stolování se klientka naučila nabírat stravu za pomoci oš. personálu, potřebovala však vedení ruky při příjmu stravy a větší pomoc při mytí nádobí.

Po aktivizaci (měsíce 8-9)

Klientka během poslední části experimentu zemřela.

6.4.5 Vizualizace dat

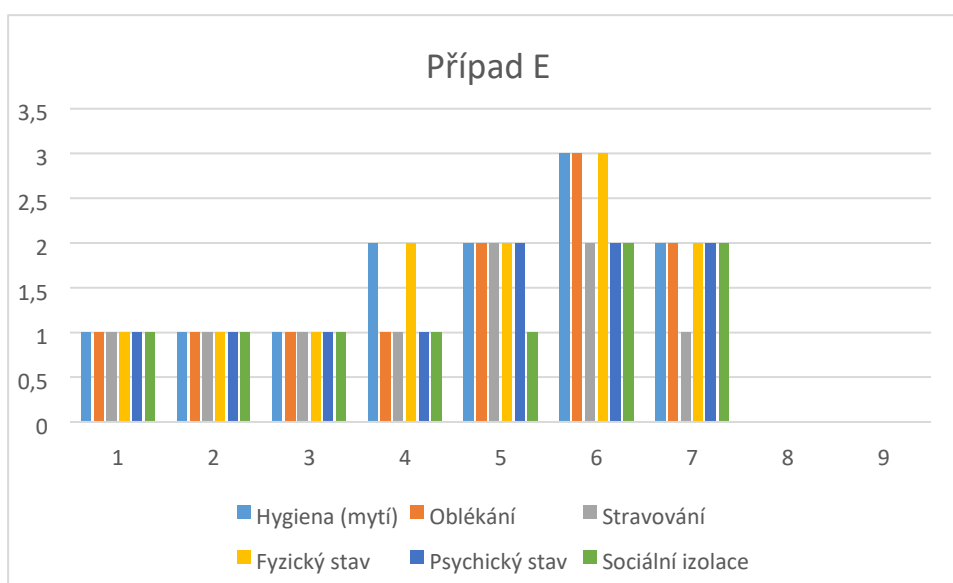
Tabulka 6 ukazuje vývoj soběstačnosti klientky v průběhu devíti měsíců. V prvních dvou měsících (1-2 měsíc) byly hodnoty velmi nízké, s průměrem 1 ve všech oblastech. Během měsíců 3 až 7 došlo k mírnému zlepšení, zejména v oblastech hygieny, oblékání a stravování, kdy hodnoty dosáhly 2. Na konci období (8-9 měsíc) však klientka zemřela v dubnu, což vedlo k hodnotám 0 ve všech sledovaných oblastech.

Tabulka 6: Průměr v oblastech

Měsíce	Hygiena (mytí)	Oblékání	Stravování	Fyzický stav	Psychický stav	Sociální izolace
1-2 měsíc	1	1	1	1	1	1
3-7 měsíc	2	1,8	1,4	1,6	1,4	2
8-9 měsíc	0	0	0	0	0	0

Zdroj: vlastní

Graf 5 znázorňuje vývoj soběstačnosti klientky v šesti oblastech během devíti měsíců. V prvních třech měsících klientka dosahovala stabilních hodnot 1 ve všech oblastech, což naznačuje nízkou úroveň soběstačnosti. V následujících měsících došlo k mírnému zlepšení, kdy průměrné hodnocení vzrostlo na 2, zejména v oblastech jako je stravování a psychický stav. U klientky byly aktivizace ukončeny dříve z důvodů úmrtí.



Graf 5: Případ E

6.4.6 Vyhodnocení rozhovoru s personálem

Oš. personál potvrdil, že klientka vykazovala výrazný pokrok ve své motivaci a angažovanosti během cvičení na zlepšení soběstačnosti. Na začátku programu byla klientka značně závislá na podpoře personálu při každodenních úkonech, jako je hygiena a oblékání. Díky pravidelnému tréninku a systematické podpoře se však její schopnosti postupně zlepšovaly. Bylo pozorováno, že klientka začala projevovat větší iniciativu a schopnost pracovat na zlepšení své soběstačnosti.

Klientka také projevila zlepšení ve svém sebevědomí. Přestože stále potřebovala určitou míru asistence při některých úkonech, její závislost na podpoře se snížila. Tento fakt naznačuje, že aktivizační program nejenže poskytl klientce praktické dovednosti potřebné pro její každodenní život, ale také jí pomohl získat větší nezávislost a důvěru ve vlastní schopnosti.

Klientka v době trvání experimentu zemřela.

6.4.7 Závěr

Po ukončení aktivizačního programu došlo u klientky k pokroku v soběstačnosti, avšak její zdravotní stav se postupně zhoršoval, což vedlo k ztrátě dosažených dovedností. Před zahájením programu byla klientka zcela závislá na ošetřujícím personálu při základních činnostech, jako je ranní hygiena a oblékání, a vyžadovala kompletní asistenci i při stravování.

Během aktivizace se situace zlepšila, klientka se naučila provádět některé úkony, jako je omývání obličeje a částečně hrudníku, a při stolování se stala schopnou samostatně nabírat jídlo s pomocí personálu. Průměrná hodnocení v oblastech hygieny a oblékání vzrostla, což naznačuje pokrok v jejích dovednostech a snahu o větší soběstačnost.

Klientka v době trvání experimentu zemřela.

6.4.8 Vyhodnocení všech zúčastněných klientů

Na základě analyzovaných dat o vývoji soběstačnosti klientů v průběhu sledovaného období lze identifikovat několik klíčových trendů, které odrážejí účinnost aktivizačních intervencí. Klienti byli hodnoceni v šesti oblastech: hygiena, oblékání, stravování, fyzický stav, psychický stav a sociální izolace. Celkově se ukázalo, že intervence vedly k výrazným pozitivním změnám, zejména v oblastech osobní péče a základních denních činností, jako je hygiena, oblékání a stravování.

Nejvýraznější pokrok byl zaznamenán v oblasti hygieny, oblékání a stravování, kde klienti v prvních měsících často dosahovali nízkých hodnot soběstačnosti (kolem 1). Postupem času se však hodnoty těchto oblastí stabilně zlepšovaly a dosahovaly hodnot 3 až 4, což značí výrazné zlepšení schopnosti klientů vykonávat každodenní úkony.

V oblasti fyzického a psychického stavu byl rovněž patrný pozvolný pokrok. Klienti, kteří zpočátku vykazovali nižší fyzickou a psychickou odolnost, dokázali postupem času zlepšit své hodnocení v těchto oblastech, přičemž fyzický stav se u některých z nich zlepšil z hodnoty 1 na hodnoty 3 nebo 4. Psychický stav se sice zlepšoval pomaleji, ale i zde došlo ke zřetelnému nárůstu soběstačnosti.

Naopak nejmenší pokrok byl zaznamenán v oblasti sociální izolace. Přestože některým klientům se podařilo částečně začlenit do sociálních aktivit, hodnocení v této oblasti se příliš neměnilo a zůstávalo na hodnotách 2 až 3. Tento trend naznačuje, že integrace klientů do sociálního prostředí vyžaduje větší pozornost a dlouhodobější zaměření na podporu sociálních interakcí.

Celkově lze konstatovat, že intervence měly pozitivní vliv na soběstačnost klientů, zejména v oblasti osobní péče a fyzické kondice. Oblast sociálního začlenění však zůstává výzvou, která by měla být nadále systematicky podporována.

7 Diskuse

Výsledky výzkumu ukázaly, že aktivizační prvky mají pozitivní vliv na soběstačnost klientů v paliativní péči typu A, což koresponduje s odbornými názory na význam rehabilitačních a podpůrných aktivit pro seniory. Aktivizační programy, které zahrnují pravidelný trénink základních každodenních činností, jako je osobní hygiena, oblékání a stravování, vedly u klientů k výraznému zlepšení jejich soběstačnosti. Tento výsledek podtrhuje efektivitu systematických a dlouhodobých intervencí v rámci paliativní péče. Jak ukázala práce Novákové (2020), podobný dopad na soběstačnost seniorů je patrný také z pohledu oš. personálu, který zdůrazňuje nácvik těchto činností jako nezbytný pro zachování důstojnosti a autonomie klientů.

Nicméně, je důležité zdůraznit, že míra zlepšení nebyla stejná u všech klientů, což svědčí o komplexnosti a individuálních potřebách, které je třeba v péči zohlednit. Zatímco někteří klienti vykázali významné pokroky, u jiných byl postup pomalejší a vyžadoval větší podporu nebo delší dobu k dosažení zlepšení. Tento rozdíl potvrzuje nutnost přizpůsobit aktivizační programy na základě individuálního stavu každého klienta, což je v souladu s výzkumem Svobodové (2021), která poukazuje na důležitost personalizace přístupu v dlouhodobé péči. Rodiny klientů, jak uvádí Svobodová, často prožívají frustraci z různorodých výsledků, což zdůrazňuje potřebu systematické komunikace mezi rodinnými příslušníky, klienty a ošetrovatelským personálem.

Významným zjištěním výzkumu je také skutečnost, že zlepšení fyzické kondice a psychické pohody bylo u klientů méně výrazné. Přestože někteří klienti vykazovali snížení úzkosti a depresivních symptomů, zejména díky pravidelné účasti na aktivizačních programech, celkový pokrok byl pomalejší, a ne vždy stabilní. Toto zjištění lze vysvětlit krátkodobou povahou výzkumu a omezenou intenzitou intervencí, což bylo také popsáno ve studii Novákové (2020), která zdůrazňuje, že nedostatek personálu a zdrojů často omezuje kontinuitu a kvalitu poskytované péče. Tím se potvrzuje, že dlouhodobější a kontinuální programy mají větší potenciál přinést pozitivní výsledky, a to zejména v oblasti psychické pohody, která často vyžaduje delší časový horizont ke zlepšení.

Malá velikost vzorku a relativně krátké trvání sledování jsou dalším omezením tohoto výzkumu, což může ovlivnit zobecnění výsledků. Při hodnocení efektivity aktivizačních prvků na soběstačnost a kvalitu života seniorů by bylo vhodné zohlednit delší časový rámec a větší vzorek klientů, což by přineslo robustnější data a lepší pochopení mechanismů, které ovlivňují výsledky péče. Tento aspekt se projevuje i ve studiích, které dlouhodobě sledují vliv aktivizačních intervencí na seniory, a které poukazují na potřebu nepřetržitého monitorování a přizpůsobování péče (Nováková, 2020).

Sociální integrace klientů představuje další klíčový aspekt, který byl v tomto výzkumu zjištěn jako problematický. Navzdory snaze o zapojení klientů do skupinových aktivit se ukázalo, že mnoho z nich i nadále trpí sociální izolací. To naznačuje, že samotná nabídka aktivit není dostačující k překonání bariér, jako je ztráta blízkých, předchozí sociální izolace nebo psychická zátěž spojená s onemocněním. Výsledky v této oblasti naznačují, že by bylo zapotřebí individuálnějšího přístupu, zaměřeného na motivaci klientů, kteří se cítí odcizení nebo bez dostatečné podpory, což je téma, které Svobodová (2021) rozebírá v kontextu sociální

dynamiky v pečovatelských domech. Tento výsledek také naznačuje, že účinná intervence v oblasti sociálního začlenění musí zahrnovat i podporu mezilidských vztahů mezi klienty samotnými.

Zajímavým zjištěním byl také význam vztahů mezi klienty a pečovatelským personálem. Bylo prokázáno, že kvalitní mezilidské vztahy mohou významně přispět k pocitu sounáležitosti, a tím i k větší spokojenosti klientů v jejich každodenním životě. Jak ukazuje tento výzkum, klienti, kteří mají pozitivní vazby s pečovateli, vykazují vyšší míru participace na aktivitách a lepší psychickou pohodu. Tento aspekt je důležitý zejména v kontextu paliativní péče, kde je emocionální podpora často klíčová pro celkovou kvalitu života. Nicméně krátkodobé intervence nejsou vždy dostatečné k tomu, aby se tyto vztahy vyvinuly, což naznačuje potřebu systematictějšího a dlouhodobějšího přístupu, který by mohl efektivněji řešit otázky sociální izolace.

Z těchto výsledků vyplývá, že aktivizační programy mohou mít pozitivní vliv na soběstačnost a kvalitu života seniorů, zejména pokud jsou personalizované a prováděné dlouhodobě. Je však třeba brát v úvahu komplexní potřeby klientů, které sahají od fyzických až po psychické a sociální aspekty péče. Vhodná strategie pro budoucí výzkumy by měla zahrnovat delší sledovací období, větší vzorek klientů a systematickou podporu sociálních a emocionálních aspektů péče.

Vzhledem k současným zjištěním i předchozím studiím (Nováková, 2020; Svobodová, 2021) je zřejmé, že paliativní péče typu A může přinést výrazné zlepšení kvality života klientů, avšak jen za podmínky, že je péče nastavena komplexně a individuálně.

Závěr

Bakalářská práce se zaměřila na analýzu vlivu aktivizačních prvků na soběstačnost a kvalitu života klientů v kontextu paliativní péče typu A, poskytované v domovech pro seniory. Hlavní výzkumná otázka této práce zněla: „*Jaké efekty přináší aktivizace klientům s paliativní péčí typu A v domově pro seniory?*“ Na základě získaných dat a analýzy můžeme konstatovat, že aktivizační intervence mají významný pozitivní vliv na kvalitu života seniorů a jejich schopnost se zapojit do každodenních činností.

Výzkum prokázal, že klienti, kteří se pravidelně účastnili nácviků osobní péče, jako jsou hygiena, oblékání a stravování, vykazovali stabilní zlepšení v těchto oblastech. Tento výsledek podtrhuje teoretické předpoklady o tom, že cílené intervence zaměřené na každodenní aktivity mohou zásadně přispět k zlepšení soběstačnosti seniorů. Pravidelná účast na těchto aktivitách vedla k posílení jejich nezávislosti a sebeúcty, což má klíčový význam pro jejich celkovou pohodu.

Nicméně, i přes tyto pozitivní zjištění, výsledky ukázaly, že pokrok v oblasti fyzické kondice a psychické pohody nebyl tak výrazný, jak se původně očekávalo. Ačkoliv někteří klienti hlásili snížení úzkosti a depresivních symptomů, celkový obraz naznačuje, že pro trvalé zlepšení a udržení pozitivních efektů je nezbytná dlouhodobější a intenzivnější podpora. To zdůrazňuje potřebu individuálního přístupu k péči, který zahrnuje pravidelné hodnocení a přizpůsobení programů aktuálním potřebám klientů.

Dalším zásadním zjištěním této práce byla omezená sociální integrace klientů. Navzdory snahám o zapojení do skupinových aktivit, jako jsou terapeutická cvičení a společenské hry, mnozí klienti nadále trpěli sociální izolací. Tento aspekt naznačuje, že pouhá nabídka aktivit nestačí k překonání hluboce zakořeněných sociálních bariér, které mohou bránit aktivní účasti klientů. Pro dosažení skutečné sociální integrace je klíčové nejen organizovat skupinové aktivity, ale také vytvářet podpůrné a motivující prostředí, které by povzbudilo klienty k účasti. Budování mezilidských vztahů mezi klienty a pečovateli je rovněž důležité pro zajištění emocionální podpory a přispění k lepší sociální dynamice.

Závěrem lze říci, že aktivizační prvky mají pozitivní vliv na zlepšení kvality života klientů v paliativní péči. Strukturované a pravidelné intervence mohou vést ke zvýšení soběstačnosti a zlepšení psychické pohody, avšak pro udržení tohoto pozitivního vlivu je nezbytné věnovat více pozornosti individualizaci péče, kontinuálnímu sledování pokroku a motivaci klientů k účasti na aktivitách.

Budoucí výzkum by se měl zaměřit na delší časový rámec sledování účinků aktivizačních programů, včetně vyhodnocení jak krátkodobých, tak dlouhodobých přínosů. Je rovněž důležité provést studie s větší vzorkovou velikostí, které by mohly poskytnout robustnější závěry a zobecnit výsledky na širší populaci seniorů v paliativní péči. Zároveň by bylo přínosné zahrnout do výzkumu více aspektů, jako například vliv rodiny, sociálního zázemí a prostředí na úspěch aktivizačních prvků.

Celkově tato práce přispívá k lepšímu porozumění významu aktivizačních prvků v paliativní péči a nabízí praktické návrhy pro zlepšení kvalitního poskytování služeb pro seniory. Je zásadní, aby se paliativní péče nadále vyvíjela a přizpůsobovala měnícím se potřebám klientů, aby

efektivně reagovala na komplexní výzvy, kterým senioři čelí v průběhu svých posledních let života. Na základě těchto zjištění je evidentní, že aktivizace má smysl a může výrazně přispět k lepší kvalitě života seniorů v paliativní péči.

Seznam použité literatury

Knižní zdroje:

- PECHOVÁ, Karolína a Matěj LEJSAL. Paliativní péče v rezidenčních službách: se zaměřením na uživatele seniorského věku. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2020. ISBN 978-80-88361-01-5.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka; MÜLLER, Oldřich. Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006 ISBN 80-244-1552-6.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-2472454-6.
- KOPECKÁ, Ilona. Psychologie 1.díl. 1. Praha: GRADA Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3875-8.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-2472454-6.
- BUŽGOVÁ, Radka. PP ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5402-4
- HOLCZEROVÁ, V.; DVOŘÁČKOVÁ, D. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada Publishing, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
- JANEČKOVÁ, H. Reminiscence: Využití vzpomínek při práci se seniory. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
- JANIŠ, K.; SKOPALOVÁ, J. Volný čas seniorů. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-2719542-8.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-2472454-6.
- MÜLLER, O. Terapie ve speciální pedagogice. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4172-2.
- SUCHÁ, J. Cvičení paměti pro každý věk: testy na paměť a logiku. 2.vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0140-3.
- SUCHÁ, J.; JINDROVÁ, I.; HÁTLOVÁ, B. Hry a činnosti pro aktivní seniory. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0335-3.
- VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.
- Gavora, J. (2000). Pozorování znamená sledování činnosti lidí, záznam (registrace nebo popis) této činnosti, její analýzu a vyhodnocení. 1. vyd. Brno: Paido. ISBN: 80-85931-79-6.

Internetové zdroje:

Paliativní Péče [online]. 2019

Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Paliativn%C3%AD_p%C3%A9%C4%8De

Srov. Holczerová, V., Dvořáčková, D. Volnočasové aktivity pro seniory.

Zákon č. 505/2006 Sb., o důchodovém pojištění. [online]

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

Umírání.cz [online]. 2016

Dostupné z: www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece

Poruchy kognitivních funkcí [online]. 2014

Dostupné z: www.prolekare.cz/kreditovane-kurzy/poruchy-kognitivnich-funkci-18/poruchy_kognitivnich_funkci-14

Metodika implementace PPP 2019 FINAL [online]. 2019-09.

Dostupné z: https://paliativa.cz/sites/default/files/2019-09/Metodika_implementace_PPP_2019%20FINAL.pdf

Zákon č. 505/2006 Sb., o důchodovém pojištění. [online]

Česká republika. Zákon č. 505/2006 Sb., o sociálních službách.

Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505#cast1>

Seniorzone. "Aktivační techniky u seniorů." Seniorzone.cz. Přístup červenec 18, 2024.

Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz/33/aktivizacni-techniky-u-senioruuniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4ErxKYmfTDcoC-DhCcyoNb4g/>.

Seznam příloh

- Příloha č. 1 Otázky k rozhovoru
- Příloha č. 2 Informovaný souhlas
- Příloha č. 3 Seznam Grafů
- Příloha č. 4 Seznam Tabulek

Otázky k rozhovoru s personálem

1. Jak hodnotíte vývoj soběstačnosti klient/ky během trvání programu, zejména v oblastech hygieny a oblékání?
2. Jakým způsobem se změnil/a závislost klient/ky na asistenci při každodenních úkonech?
3. Jaké změny jste pozorovali v motivaci a sebevědomí klient/ky v průběhu programu?
4. Změnily se potřeby klient/ky v oblasti podpory ze strany personálu v průběhu aktivizace?
5. Měla aktivizace pozitivní dopad na celkovou nezávislost klient/ky? Jak se to projevilo v každodenní praxi?
6. Jaké konkrétní metody či aktivity měly podle vás největší vliv na zlepšení soběstačnosti klient/ky?
7. Jakým způsobem klient/ka reagoval/a na změny a nově nabyté schopnosti?
8. Byly v programu identifikovány oblasti, ve kterých klientka potřebovala více podpory nebo kde nebyl dosažen zamýšlený pokrok?
9. Pozorovali jste u klient/ky změnu v náladách?
10. Jak hodnotíte celkový pokrok klient/ky?

Souhlas se zpracováním osobních údajů

Já, níže podepsaný/á, tímto dobrovolně uděluji svůj souhlas Kláře Čtvrtníčkové, studentce Vysoká škola polytechnická Jihlava (VŠPJ), se zpracováním mých osobních údajů za účelem realizace a vyhodnocení bakalářské práce na téma Efekty aktivizačních prvků v paliativní péči v domově pro seniory

Účel zpracování údajů:

Osobní údaje budou zpracovávány za účelem analýzy a vyhodnocení aktivizace klienta v rámci bakalářské práce. Veškeré údaje použité v bakalářské práci budou anonymizovány, aby nebylo možné identifikovat jednotlivé subjekty údajů.

Rozsah zpracovávaných údajů:

- Informace týkající se účasti v aktivitách/aktivitách souvisejících s projektem a dalších data týkající se výzkumu
- Informace týkající se účasti v oblasti nácviků stravování, nácviků hygieny, nácviků chůze
- Rozhovory oš. personálu

- Doba uchovávání údajů:

Osobní údaje budou uchovávány po dobu nezbytnou k dosažení účelu zpracování, nejdéle však do 1.1.2026, po kterém budou všechny údaje anonymizovány nebo bezpečně zničeny.

Práva subjektu údajů:

Jsem si vědom/a, že mám právo kdykoliv odvolat svůj souhlas, požadovat přístup k mým osobním údajům, jejich opravu, výmaz, omezení zpracování, a podat stížnost u dozorového úřadu.

Kontaktní údaje Výzkumnice:

Klára Čtvrtníčková

E-mail: kikoklarka@seznam.cz

Telefon: 776185221

Potvrzení souhlasu:

Tímto potvrzuji, že jsem byl/a řádně informován/a o zpracování mých osobních údajů a uděluji svůj výslovný souhlas k jejich zpracování. Dále potvrzuji, že jsem byl/a informován/a o tom, že veškeré údaje použité v bakalářské práci budou anonymizovány.

Jméno a příjmení: _____ Podpis: _____

Datum: _____

Seznam Grafů

Graf 1: Příklad A	33
Graf 2: Příklad B	37
Graf 3: Příklad C	41
Graf 4: Příklad D	45
Graf 5: Příklad E	48

Seznam Tabulek

Tabulka 1: Popis hodnocení	30
Tabulka 2: Průměr v oblastech.....	33
Tabulka 3: Průměr v oblastech.....	37
Tabulka 4: Průměr v oblastech.....	41
Tabulka 5: Průměr v oblastech.....	45
Tabulka 6: Průměr v oblastech.....	48