

Aktivizace seniorů v terminální fázi života

Kristýna Krůpová

Bakalářská práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kristýna Krúpová**
Osobní číslo: **H15295**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Aktivizace seniorů v terminální fázi života**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblastí paliativní péče, gerontologie a aktivizace seniorů.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou pozorování.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA. Úvod do gerontologie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3404-3.

GLENNER, Joy A. Péče o člověka s demencí. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.

JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ. Volný čas seniorů. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5535-9.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.

SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP, 2008. ISBN 978-80-7195-307-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Lucie Blašíková

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

11. ledna 2018

Termín odevzdání bakalářské práce:

27. dubna 2018

Ve Zlíně dne 11. ledna 2018

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



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 12.4. 2018

..... Krupová K.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá aktivizací seniorů v terminální fázi života. Teoretická část je zaměřena na vymezení pojmů z oblasti gerontologie a paliativní péče. Dále se pak zaměřuje na samotnou aktivizaci a některé její druhy. Cílem praktické části práce je zjistit, jaký přínos může mít aktivizace pro seniory v terminální fázi života, jaký aktivizační program je vhodné zvolit a jakým způsobem tuto aktivizaci vést. Pro získání potřebných dat byl zvolen kvalitativní výzkum formou případové studie.

Klíčová slova:

senior, stárnutí, aktivizace, paliativní péče, terminální fáze života

ABSTRACT

This bachelor's thesis elaborates activation of seniors in the terminal phase of life. Theoretical part concentrates on definition of terms from gerontology and palliative care areas. Further it introduces the activation itself and some of its types. The aim of the practical part is the finding of benefits the activation has for seniors in terminal phase of life, what activation program is efficient to choose and in what way the activation shall be lead. For gathering the needed data, qualitative research in form of case study was chosen.

Keywords:

senior, aging, activation, palliative care, terminal phase of life

Poděkování:

Ráda bych zde poděkovala vedoucí práce paní Mgr. Lucii Blašíkové za její rady, čas a trpělivost, které mi věnovala při vedení mé bakalářské práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	4
I TEORETICKÁ ČÁST.....	5
1 GERONTOLOGIE	6
1.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	6
1.2 BIOLOGICKÉ ASPEKTY STÁRNUTÍ	8
1.3 ZDRAVOTNÍ ASPEKTY STÁRNUTÍ	9
2 PALIATIVNÍ PÉČE V TERMINÁLNÍ FÁZI ŽIVOTA.....	12
2.1 PALIATIVNÍ PÉČE / MEDICÍNA	12
2.2 ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ V TERMINÁLNÍ FÁZI	15
2.3 DEMENCE A JINÉ PORUCHY PAMĚTI V TERMINÁLNÍ FÁZI	17
3 AKTIVIZACE	19
3.1 AKTIVIZACE NA PODPORU KOGNITIVNÍCH FUNKCÍ.....	19
3.2 POHYBOVÉ AKTIVITY	20
3.3 STIMULAČNÍ AKTIVITY	22
3.4 VZPOMÍNKOVÉ AKTIVITY	23
II PRAKTICKÁ ČÁST	24
4 METODIKA VÝZKUMU	25
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	25
4.2 VÝZKUMNÝ CÍL	25
4.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	25
4.4 DESIGN VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	25
4.5 METODA ZÍSKÁVÁNÍ DAT	26
4.6 VÝBĚR VÝZKUMNÉHO SOUBORU	26
5 AKTIVIZACE	28
5.1 PANÍ ANIČKA	28
5.2 PANÍ EMILIE	29
5.3 PAN FRANTIŠEK	31
5.4 PANÍ MARIE	33
6 ANALÝZA DAT.....	35
6.1 OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ.....	35
6.2 KONSTANTNÍ KOMPARACE	37
7 INTERPRETACE ODPOVĚDÍ NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	38
8 ZÁVĚR.....	39

BIBLIOGRAFIE.....	40
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
SEZNAM OBRÁZKŮ	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
SEZNAM TABULEK.....	42
SEZNAM PŘÍLOH.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.

ÚVOD

Aktivizace seniora či aktivní senior nejsou již dnes pro nás neznámými pojmy. Často jsou ale spojovány se seniory, kteří jsou stále ještě soběstační. Scházejí se v komunitách, pořádají výlety, zájezdy. Někteří stále pracují, či se dokonce vzdělávají. Anebo se tyto pojmy spojují se seniory žijícími v domovech pro seniory či v domovech s pečovatelskou službou, kde společně s aktivizačními pracovníci pečou koláčky, sadí kytičky nebo hrají bingo. Jak je to ale s aktivizací seniorů, kteří jsou již na sklonku svého života, kteří jsou vážně či nevléčitelně nemocní, často mají různé stupně poruch kognitivních funkcí, anebo dokonce již nejsou při vědomí. Má cenu i s těmito seniory pracovat a aktivizovat je?

Paliativní péče se snaží o to, aby člověk, který je v terminální fázi nevléčitelné nemoci, dožil svůj život co možná nejkvalitněji. Snaží se tedy o navýšení komfortu a kvality života tím, že se snaží odstranit, a pokud to není možné, tak alespoň tlumit, nepříjemné symptomy doprovázející nemoc. Mezi ty nejčastější můžeme řadit bolest, nevolnost a úzkost. Dají se některé z těchto symptomů eliminovat i za pomoci aktivizace? Na tyto otázky se pokusí odpovědět tato práce.

Teoretická část bakalářské práce je rozdělena na tři kapitoly. První kapitola je věnovaná gerontologii. Je zde definováno několik základních pojmů dané problematiky a jsou rozebrány aspekty stárnutí. Druhá kapitola je věnovaná paliativní péči. Zabývá se tím, co je to paliativní péče, co je její náplní, pro koho je tato péče určená a jaké druhy paliativní péče se nabízejí. Druhá kapitola se dále zabývá také poruchami paměti a onkologickými nemocemi v terminálním stádiu. Poslední kapitola je věnovaná aktivizaci. Jsou zde zmíněny základní druhy aktivizace: aktivizace na podporu kognitivních funkcí, pohybová aktivizace, stimulační a vzpomínková aktivizace.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na samotnou aktivizaci seniorů v terminální fázi života. Zjišťuje, jaký vliv má na respondenty aktivita, která byla pro ně připravena a zda je pro ně přínosem či nikoli.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 GERONTOLOGIE

Autorka knihy Fenomén stáří (Haškovcová, 1990) poukazuje na to, že žijeme v moderní době a vyspělé společnosti. Tato doba sebou nese sice spousty nástrah, ale taktéž nám umožňuje žít velice plnohodnotný, bohatý a řekněme, že i v určitém smyslu snadný život. Spousty věcí, nebo také možností často považujeme za samozřejmost a máme pocit, že na ně zkrátka máme nárok. I staří lidé chtějí dosáhnout na své „právo“ a žít co možná nejkvalitnější život prostřednictvím profesionálů i laiků, kteří o ně pečují. „Často se stává, že povrchně uchopený jev je interpretován s předpojatostí, v důsledku čehož vznikají tzv. mýty o stáří. Máme-li ale postihnout to, co je stáří a co znamená být starý, měli bychom jeden jev po druhém podrobit odpovědnému zkoumání a předpokládat, že se nám dříve nebo později podaří se přiblížit k jádru věci o sobě. Tedy nikoli odklon, ale otevření se problematice stáří nám umožní pochopit stáří v nás i kolem nás.“ (Haškovcová, 1990, s. 19).

1.1 Vymezení základních pojmů

Gerontologie

Andragogický slovník gerontologii definuje jako „nauku zabývající se stárnutím a stářím lidí“ (Průcha, 2012, s. 109).

Podle autorky knihy Úvod do gerontologie (Čeledová, 2016) můžeme gerontologii dále dělit na:

- Gerontologii experimentální nebo také biologickou, která se zjednodušeně zabývá tím, proč a jak živé organismy stárnou.
- Gerontologii klinickou, jinak známou jako geriatrii, zabývající se pacienty vyššího věku a zvláštnostmi jejich zdravotního stavu, nemocemi a jejich léčbou.
- Gerontologie sociální, která se zabývá především stářím ve společnosti a vztahy napříč generacemi.

Geriatric

Geriatric je „samostatný lékařský obor, který byl u nás ustanoven v roce 1983, a jeho lůžkovou základnou se staly léčebny pro dlouhodobě nemocné.“ (Haškovcová, 2012, s. 86).

„Cílem geriatric je optimalizace zdravotního a funkčního stavu seniorů, zvláště snižování chronické disability, vyšší nemocnosti v pokročilém stáří zlepšování prognózy akutních

dekompenzací zdravotního stavu, odvrácení ztráty soběstačnosti, ...“. „Geriatricke cílevědomě rozvíjí koncept úspěšného stárnutí, prohlubuje poznání o zvláštlostech patogeneze a manifestace chorob ve stáří, rozpoznává hodnocení funkčního stavu starého člověka, jeho sociální homeostázy a interakce s vnějším prostředím, rozvíjí specifický geriatrický režim podporující adaptaci, autosanaci a rekonvalescenci.“ (Průcha, 2012, s. 109).

Senior

O člověku jako o senioru lze mluvit ve více případech. Prvně lze mluvit o senioru jako o člověku, který je starší, nebo i nejstarší v určité společnosti. Za druhé se výraz senior může použít k rozlišení členů rodiny, pakliže mají shodné křestní jméno i příjmení i přes to, že starší člen, který nese označení senior, nemusí být vůbec starý. (Haškovcová, 2012)

Fenotyp stáří

Tzv. fenotyp stáří se dá přeložit jako „dojem starého člověka“. Jsou to jevy, které odlišují starého člověka od mladého (např. ve vzhledu, zdatnosti a jinými tělesnými projevy). Tento jev lze označit jako multifaktorový. (Kalvach, 2004)

Mezi nejčastější faktory ovlivňující fenotyp stáří pak lze řadit:

- Genetické dispozice
- Biologická involuce
- Projevy a důsledky chorob či úrazů a následná adaptace na ně
- Životní styl
- Psychické faktory
- Vliv životního a sociálního prostředí

(Čeledová, 2016)

Stárnutí

Stárnutí lze označit za proces, při němž dochází k charakteristickým změnám organismu nejen v oblasti strukturálních a funkčních, ale také dochází k poklesu schopností a výkonnosti člověka. Za výsledek stárnutí pak lze označovat stáří. (Hrozenská, 2013)

Stáří

„Stáří je obecné označení pozdních fází ontogeneze. Jde o poslední vývojovou etapu, která uzavírá, završuje život osobnostně, duševně, spirituálně i tělesně.“ (Čeledová, 2016, s. 11).

Biologicky je stáří jasně a objektivně definovatelné, avšak důležitý je i význam společenský, kdy „člověk je považován za staršího, resp. starého, pokud jej takto vnímá a označuje okolí.“ (Hrozenská, 2013, s. 12).

1.2 Biologické aspekty stárnutí

Teorií stárnutí je mnoho, některé zdroje uvádějí, že takovýchto teorií je až tři sta (Hegyí, 2010). V knize Úvod do gerontologie autoři vysvětlují dvěma teoriemi univerzálnost stárnutí všech živých organismů:

- **Teorie programovaného stárnutí**, která předpokládá, že délka života je podmíněná genetickou informací předanou rodiči při oplodnění. Jedná se o řízené a tedy již naprogramované stárnutí, kdy dochází k aktivaci různých genů či ke zkracování určitých chromozomů, které „odměřují“ biologický čas buněčného dělení, tzv. Hayflickův limit.
- **Stochastická Teorie** pak vysvětluje stárnutí náhodným poškozováním a opotřebením živého organismu. S touto teorií se pak dále pojí teorie předpokládající negativní vliv volných radikálů na tzv. geny dlouhověkosti.

(Čeledová, 2016)

Obecně lze říci, že biologický aspekt stárnutí je proces přirozený a do jisté míry již nevratný, který je doprovázen změnami jak morfologickými, tak funkčními. Tyto změny lze rozdělit dle (Hrozenská, 2013, s. 31) následovně:

- Primární stárnutí – tělesné změny stárnoucího organismu.
- Sekundární stárnutí – změny, které se ve stáří objevují častěji, ale nejsou jeho nutným průvodním znakem.
- Terciární stárnutí – prudký a nápadný tělesný úpadek, bezprostředně předcházející smrti.

„Genetická dispozice a biologická involuce jsou ovlivnitelné minimálně.“ (Čeledová, 2016). Určitá prevence, jako například antioxidantní postupy či snaha o omezení vlivu volných radikálů v podobě ideálního kalorického příjmu s vyváženým zastoupením všech živin, má vliv na tzv. úspěšné stárnutí. Přes to, že tato oblast je velice dobře ovlivnitelná, bývá často podceňována.

Zjednodušeně je možné říci, že nejvýraznější nebezpečí pro zdravé a aktivní stárnutí jsou dle knihy Úvod do gerontologie (Čeledová, 2016) tyto dva faktory:

- **Negativní stereotypizace** předpokládající a aktivně vytvářející jako normu negativní podobu neúspěšného stárnutí, nemocného – nemohoucího pasivního stáří i překonanou podobu služeb, které nepodporují soběstačnost a svébytnost, nýbrž konzervují a mnohdy navozují ztrátu soběstačnosti jako neodvratnou normu.
- **Absence vůle ke smyslu a zodpovědnosti za sebe sama** na straně stárnoucích a starých lidí, jejich neochota o něco usilovat, nevíra v úspěch a opovážlivé spoléhání, že se o ně někdo postará.

Tabulka 1-1 Přehled změn ve stáří (Venglářová, 2007, s. 12)

Biologické změny	Psychické změny	Sociální změny
Změny vzhledu	Zhoršení paměti	Odchod do důchodu
Úbytek svalové hmoty	Problematičtější osvojování si nového	Změny životního stylu
Změny termoregulace	Nedůvěřivost	Stěhování
Změny činnosti smyslů	Snížená sebedůvěra	Ztráta blízkých lidí
Degenerativní změny smyslů	Sugestibilita	Osamělost
Kardiopulmonální změny	Emoční labilita	Finanční
Změny v trávicím systému	Změny vnímání	
Změny vylučování moči	Zhoršení úsudku	
Změny sexuální aktivity		

1.3 Zdravotní aspekty stárnutí

Je mylné domnívat se, že stáří je synonymem nemoci, avšak je fakt, že nemoci ve vyšším věku se objevují častěji, ať už z důvodů právě z důvodu opotřebování organismu, jak uvádějí výše uvedené teorie, či působením negativních vlivů. Nemocemi doprovázející stáří se zabývá geriatric. (Haškovcová, 2012)

„Zdraví je charakterizováno funkční zdatností, subjektivní spokojeností, absencí utrpení, bolesti i dalších chorobných projevů, nadějí dožití bez chorobných limitací.“ (Čeledová, 2016, s. 49).

V knize Úvod do gerontologie (Čeledová, 2016) se dočítáme, že medicína pracuje jak s počátečními fázemi chorobných procesů, tak také s důsledky chorob. Ty mohou končit čtverým způsobem:

- Plnou úzdavou, úpravou ad integrum, návratem k původnímu stavu obvykle přes fázi rekonvalescence
- Neúplnou úzdavou, uzdravením s trvalým deficitem
- Přechodem do vleklé chronické fáze oscilování či pomalého zhoršování stavu
- Smrtí

K největším překážkám poskytování kvalitní geriatrické péče je špatné propojení a disharmonie vztahu sociální a zdravotnické péče. „Za projev integrování sociálních faktorů od praktické medicíny lze kromě klasicky hygienického hodnocení životního a pracovního prostředí považovat také korektní hodnocení soběstačnosti.“ (Kalvach, 2004). „Pro kvalitu života starého člověka není rozhodující samotná přítomnost nějaké nemoci, ale stupeň funkčního postižení, které nemoci způsobují. Lidé i s přítomnými nemocemi mohou být zcela soběstační. Stupeň postižení funkcí se však významně a výrazně zvyšuje s věkem.“ (Kalvach, 2004).

Z knihy Geriatrie a gerontologie (Kalvach, 2004) se dále dozvídáme, že po osamělosti je jednou z největších obav starého člověka strach z nízké kvality života, která přímo souvisí s poklesem soběstačnosti. Z tohoto vyplývá, že symbolem kvalitní geriatrické péče není jen bezúčelné prodlužování života, nýbrž především navyšování jeho kvality od čehož se pak odvíjí i základní myšlenka hospicového hnutí a paliativní péče.

Podle knihy Úvod do gerontologie (Čeledová, 2016, s. 47) je v tomto oboru důležitá individualizace každého případu. I přesto však autoři pro tuto potřebu předpokládají alespoň základní rozlišení seniorů do následujících kategorií, od kterých se pak odvíjí potřeba podpůrných služeb.

Rozdělení seniorů:

- Elitní - senioři, kteří disponují nadprůměrnou výkonností i ve vysokém věku
- Zdatní - senioři, dosahující zdatnosti aktivního dospělého člověka
- Nezávislí - senioři zvládající běžnou denní aktivitu, při zátěžových situacích již větší vyžadují podpůrnou intervenci
- Křehcí - senioři potřebující podpůrnou intervenci i v běžných denních aktivitách
- Závislí - senioři vyžadující již trvalou, průběžnou pomoc ošetrovatelskou i zdravotní
- Zcela závislí - senioři zcela imobilní, s těžkou poruchou kognitivních funkcí
- Umírající – senioři vyžadující ucelenou specializovanou paliativní péči

Právě u seniorů s nízkou úrovní soběstačnosti může dojít ke zvýšení počtu závažných stresorů, které mohou ještě více dekompenzovat funkční a zdravotní stav člověka. Pak dochází k tomu, že „stále více relativně běžných zátěží denního života navozuje selhání, dekompenzaci a potřebu intervence, někdy zdravotní, jindy sociální.“ (Čeledová, 2016, s. 48). Pacient pak potřebuje nejen např. antibiotika či jinou medikaci, stejně jako v mladším věku, ale dále pak i pečovatelskou a ošetrovatelskou péči, pro kterou je nedílnou součástí také rehabilitace či různé druhy terapie a aktivizace.

2 PALIATIVNÍ PÉČE V TERMINÁLNÍ FÁZI ŽIVOTA

Paliativní péči či medicínou rozumíme dle knihy Demence a jiné poruchy paměti (Jirák, 2009) takovou léčbu, která se zaměřuje na mírnění symptomů doprovázejících nemoc a také na udržení co možná nejvyšší kvality života. Nesnažíme se tedy o vyléčení samotné nemoci, která je příčinou, ani o nesmyslné prodlužování života, nýbrž léčíme důsledky dané nemoci tak abychom eliminovali symptomy doprovázející nemoc, které právě onu kvalitu života snižují. Paliativní léčba by v ideálním případě měla prvně doplňovat a následně nahrazovat kurativní léčbu.

2.1 Paliativní péče / medicína

Dle autorky knihy Úvod do gerontologie (Čeledová, 2016) je důležité, aby se paliativní péče neomezovala pouze na tzv. technologii bezbolestnosti, ale řešila i další obtíže, které sebou nemoc přináší.

Nejčastějšími problémy, se kterými se musejí umírající nejčastěji potýkat, rozdělujeme do několika bodů:

1. Celkové utrpení
 - Tělesné (bolest, dušnost, zvracení)
 - Psychické (úzkost, strach, deprese)
 - Sociální (obava o rodinu, osamělost, neuzavřenost vztahů)
 - Spirituální (pocit promarnění života, úzkost, co bude po smrti, výčitky svědomí, pocity viny, nesmířenost)
2. Ztráta soběstačnosti a tím i nezabezpečení
3. Prázdnota zbývajících času

(Čeledová, 2016)

Cílovou skupinou paliativní péče jsou pacienti v pokročilých anebo konečných stádiích onemocnění. Tedy pacienti v terminálním či preterminálním stádiu nemoci. Dnešní poznatky nám dovolují přesně stanovit tuto fázi. Ovšem to, zda se jedná o terminální stádium nemoci, by neměli rozhodnout jen lékaři, ale také celý ošetrovatelský tým včetně nemocného a jeho přání se dále léčit či nikoli. Na základě tohoto rozhodnutí pak pacientovi nabídnout paliativní léčbu. (Jirák, 2009)

Dle knihy zabývající se paliativní péčí v terminálních stádiích onemocnění (Skála, 2011) se u pacientů nejčastěji jedná například o nádorové onemocnění, chronické selhávání srdce, chronická obstrukční plicní nemoc, selhávání jater či ledvin. Dále to bývají pacienti s neurologickým onemocněním, jako je demence či roztroušená skleróza, a také „křehčí“ geriatričtí pacienti či pacienti ve stavu vigilního kóma. Diagnostické skupiny pacientů, kteří potřebují paliativní péči, se výrazně liší, avšak klinický obraz umírání, tedy terminální stav nemoci, bývá bez ohledu na druh nemoci velice podobný. I přes tento fakt je z praktického hlediska vhodné pacienty rozdělovat do skupin na:

- Pacienty s výraznými změnami kognitivních funkcí a vnímání
- Pacienty s progredujícím nevléčitelným onemocněním

Paliativní léčbu můžeme dělit na:

- Obecná paliativní péče
Za obecnou paliativní péči považujeme každou klinickou praxi s pacienty s pokročilým stádiem nemoci. Měla by být rutinní součástí každého obvodního i odborného lékaře a poskytovaná automaticky jak nemocnému, tak rodině.
- Specializovaná paliativní péče
Na rozdíl od obecné paliativní péče se u specializované již jedná o sestavení interdisciplinárního týmu odborníků na paliativní péči. Ta je poskytována jak pacientovi, tak rodinám, které mají potíže a nemoc již z nějakého důvodu nezvládají.

(Skála, 2011)

I zde platí, že přechod z obecné paliativní péče na specializovanou by měl být postupný a plynulý.

Paliativní péče chápe umírání jako „přirozenou součást života a vychází z toho, že každý člověk prožívá závěrečnou část života se všemi jeho tělesnými, duševními, sociálními, duchovními a kulturními aspekty zcela individuálně.“ (Skála, 2011).

Z potřeby paliativní péče pak vychází i otázka, kde a jak zajistit důstojné a klidné umírání. Oběma těmito otázkami se zabývá i hospicové hnutí, které nemocným a jejich rodinám či pečujícím nabízí hospicovou péči.

Hospic je samostatně stojící zdravotnické zařízení, často nabízející i mnoho sociálních služeb, podporující umírající a jejich rodiny a blízké. Hospic nemocnému garantuje, že:

- Nebude trpět nesnesitelnou bolestí

- V každé situaci bude zachována jeho lidská důstojnost
- V posledních chvílích života nezůstane osamocen

(Svatošová, 2008)

Hospicovou péčí můžeme dle knihy od zakladatelky hospicového hnutí (Svatošová, 2008) rozdělit na:

Domácí hospicovou péči

Pacient se nachází v rodinném prostředí, kde o něj někdo blízký pečuje a pravidelně za ním dojíždí odborný zdravotnický personál, případně dojíždí vždy v případě potřeby na zavolání. Tato péče bývá často limitována potřebou 24hodinové péče zdravotnického a ošetrovatelského personálu, prostorově, časově i psychosociálně. Je důležité si uvědomit, že tato péče je velice náročná jak pro nemocného, tak pro pečujícího a ne vždy je vhodná, možná nebo ideální. V případě, kdy jsou však podmínky pro tuto péči příhodné, nabízí se pak tato varianta pro klidné a důstojné místo pro umírání jako ideální.

Stacionární hospicová péče

Pacient nastupuje do stacionáře ráno a domů odjíždí v pozdních odpoledních až večerních hodinách. Doprava do denního stacionáře může být zajištěna rodinou nebo hospicem. Vždy záleží na možnostech, které denní hospicový stacionář nabízí a taky zdali stav pacienta dovoluje tento denní režim zvládnout. Denní stacionář je obvykle vhodný pro pacienty v preterminálním stádiu nemoci, kdy například není možné, aby se o pacienta během celého dne měl kdo starat. Denní stacionář sebou nese i další výhody jak pro nemocného, tak pro pečující, ovšem vše je limitováno hlavně a především možnostmi, které jsou jim nabídnuty a zdravotním stavem pacienta.

Lůžková hospicová péče

Lůžkový hospic dokáže plně nahradit pobyt v nemocnici, avšak snaží se o to, aby se pacient cítil spíše jako doma. O pacienta v hospici pečuje multidisciplinární tým sestavený z lékařů, sester, pečovatelů, duchovních, sociálních pracovníků aj. K hospici obvykle náleží prostorné společenské místnosti, kaple, přilehlá zahrada. Dále se dbá na soukromí, často se tedy jedná o jednolůžkové pokoje s vlastním sociálním zařízením. Všechny prostory jsou samozřejmě bezbariérové. Nepostradatelnou součástí je také možnost návštěv 24 hodin denně pro dospělé, děti i zvířata, stejně tak jako možnost neomezeného doprovázení pacienta, tedy možnost pobývat s pacientem v hospici. Lůžkový hospic nabízí tedy ideální pro-

středí pro pacienty, kteří nechtějí, nebo nemohou pobývat doma. Nejčastější problém bývá obvykle kapacitní a přednostně jsou bráni pacienti, u kterých lze předpokládat, že jejich stav brzy povede ke smrti. Pro tyto pacienty je primárně hospic určen, avšak potřeba této péče často nastává již mnohem dříve.

2.2 Onkologická onemocnění v terminální fázi

Onkologie je „lékařský obor zabývající se nádorovými onemocněními, jejich prevencí, diagnostikou a léčením.“ (Slovník cizích slov, 1996).

„Nádor je abnormální tkáňová masa, jejíž růst je rychlejší než růst okolních tkání, není koordinován s růstem okolních tkání a neustále pokračuje, i když vyvolávající příčina ustala. Maligní nádory mají destruktivní a invazivní růst a mohou vytvářet dceřiné nádory (metastázy).“ (Adam, 2003).

Mezi obecné příznaky u maligních nádorů můžeme řadit:

- Subfebrilie/febrilie
- Nechutenství, nauzea až zvracení
- Kachexie
- Časté a protáhlé infekce způsobené sníženou imunitou vlivem obrany proti nádorové nemoci

(Adam, 2003)

Z pohledu psychoonkologie (Angenendt, 2010) můžeme onkologické onemocnění rozdělit do několika fází.

1. Sdělení diagnózy

V této fázi dochází k tomu, že pacient začíná své onemocnění zpracovávat a tím, že se jedná pravděpodobně o infaustní onemocnění, bývá často traumatizován.

2. Léčba

V tomto okamžiku bývá mnoho pacientu přetíženo v důsledku toho, že vše musí přizpůsobit své nemoci i léčbě. Dále se pacient musí potýkat s mnoha spolurozhodnutími jak o typu, tak o načasování léčby.

3. Zotavení

Často dochází k tomu, že teprve v této fázi dochází k plnému zpracování samotné nemoci. Výsledky prozatím vypadají dobře a intervaly mezi návštěvami u lékařů se prodlužují.

4. Případná recidiva

Určitá část pacientů se potýká s recidivou nemoci, tzn. s opětovným objevením metastáz či propuknutí nového onemocnění.

5. Terminálně-paliativní opatření

Terminální fázi nemoci předchází progresa nemoci, kterou můžeme označit také jako preterminální nebo pokročilá fáze nemoci, kdy se pacientův stav náhle zhorší. V tomto okamžiku by měla být pacientovi nabídnuta určitá specializovaná paliativní péče bez ohledu na to, zda je u daného pacienta předpoklad pro úspěšné vyléčení či nikoliv. V terminální fázi onemocnění se pacient potýká s mnoha problémy, které jsou spojené s jeho spiritualitou, psychikou, ale také s fyzickými obtížemi.

Mezi nejčastější problémy nesoucí sebou terminální fázi onkologického onemocnění jsou dle knihy *Obecná onkologie a podpůrná léčba* (Adam, 2003):

- Dušnost
- Kašel
- Terminální chrčivé dýchání
- Nauzea a zvracení
- Zácpa
- Syndrom střevní obstrukce
- Nechutenství
- Kachexie
- Škytavka
- Svědění
- Delirium

Jedná se o „aktuálně vzniklý syndrom charakterizovaný kvantitativní poruchou vědomí kolísavé intenzity provázenou poruchami pozornosti, kognitivních funkcí, vnímání a psychomotorických projevů, které se dělí na hyperaktivní (agitované), hypoaktivní a smíšené. V diferencionální diagnóze je nutno odlišit demenci a depresivní poruchu.“ (Adam, 2003).

2.3 Demence a jiné poruchy paměti v terminální fázi

Zapomínání k lidskému životu patří. Čím je člověk starší, tím se paměť ještě zhoršuje a společně snižují i kognitivní funkce. Kdy se jedná ještě o benigní (neškodné) zhoršení paměti a kdy jde již o demenci, a co to vůbec demence je?

„Demence je obecný termín označující celkový úbytek rozumových schopností a duševní bystrosti způsobený nemocí nebo poraněním mozku. Nejčastější příčinou demence je Alzheimerova nemoc.“ (Glennner, 2012).

Syndrom demence je projevem desítek onemocnění a má spousty příčin. Kniha Úvod do gerontologie (Čeledová, 2016) uvádí za nejčastější 3 typy demencí:

1. Demence vaskulární

Příčinou této demence je buď zúžení, nebo úplné znemožnění průtoku krve v mozkových tepnách. Následkem toho může vzniknout:

- Multifaktorová demence - opakované vmetky krevních sraženin pocházející z velkých tepen proudící do mozku, kde následkem toho vznikají drobné dutiny.
- Demence po jednorázové cévní mozkové příhodě.

2. Demence degenerativní

- Alzheimerova nemoc - vzniká následkem poškození šedé mozkové kůry a je nejčastější příčinou demence (Jiráček, 2009). Stejný zdroj uvádí, že 50% všech demencí je zapříčiněno Alzheimerovou chorobou.
- Binswangerova nemoc - poškození na podkorové úrovni.
- Frontotemporální demence - zánik mozkových buněk v čelním a spánkovém laloku.

3. Demence jiného původu

- Vzniká následkem úrazů, nádorů, zánětů, toxického poškození i hypoxického poškození aj.

K nejčastějším způsobům diagnostiky závažnosti poruchy kognitivních funkcí bývá používán tzv. Folsteinův test (Mini-mental state examination – MMSE), který nám často dává spíše orientační výsledky, jelikož nezachycuje komplexnost postižení, ani jeho časná stadia. Stále je to ale nejčastější metoda, která se běžně používá napříč sociálními i zdravotnickými zařízeními. (Jiráček, 2009)

Mezi základní symptomy demence můžeme řadit:

- Problémy s rozsahem pozornosti
- Problémy s řečovými schopnostmi
- Problémy s pamětí
- Problémy s ovládním emocí
- Problémy s racionálním uvažováním a úsudkem

(Glennner, 2012)

„Jednotlivé základní symptomy demence se nezhoršují stejně rychle. Lékaři a vědci nicméně rozeznávají nejméně tři fáze demence“ (Glennner, 2012):

První fáze je počínající mírná demence. V této fázi bývá často demence špatně rozeznatelná od benigního zhoršení paměti a kognitivních schopností, které je dáno přirozeně věkem i například snížením vjemů, podnětů apod.

Druhá fáze je rozvinutá demence. U druhé fáze demence jsou již příznaky lépe rozpoznatelné. Je výraznější bradypsychické tempo, krátkodobá paměť, malá slovní zásoba, občasná amence aj. V této fázi se ovšem k výše uvedeným příznakům mohou ještě dále rozvinout další problémy psychického rázu jako je agresivita, výrazná dezorientace i na známých místech, deprese či jiné, ale také zhoršení fyzických funkcí jako jsou třeba problémy s jemnou a posléze i hrubou motorikou a různé stupně inkontinence či hypertonie.

Třetí fáze je pokročilá/ terminální demence. Tato fáze z pravidla trvá několik týdnů až měsíců. Jsou ovšem i případy kdy se pacient může nacházet v takto pokročilém stádiu nemoci i několik let. Jedná se již o stav, který potřebuje nepřetržitou péči druhé osoby. Jedná se často o pacienty již imobilní, plně inkontinentní, trpící výraznou amencí, bludy i halucinacemi, plně dezorientované v čase i prostoru. Objevují se dále problémy s příjmem potravy, kachexie, vysoké riziko aspirace. Pacienti pak často končí ve vigilním kóma, neschopni reagovat na podněty, nebo jen fixují očima. V knize Demence a jiné poruchy paměti (Jiráček, 2009) autoři zdůrazňují, že i v této fázi pacienti mají své prožitky. Je mylné se domnívat, že tito pacienti „ztratili duši“ či přišli o svou lidskost. I v této fázi je možné vysledovat projevy libosti a nelibosti. Tito pacienti jsou totiž v terminální fázi nemoci velice křehcí, často trpí bolestí a mnoha dalšími problémy, které je nutno řešit jak po zdravotní, tak po sociální a tedy i psychické stránce. Tyto problémy jen stěží mohou vyjádřit anebo je vyjadřují stylem, kterému je třeba porozumět. Je proto důležité, aby i tito lidé měli odbornou a kvalifikovanou paliativní péči, která je důležitá pro udržení co možná nejvyššího komfortu a kvality života.

3 AKTIVIZACE

Aktivizace je „proces uvedení do pohybu, rozvinutí nebo zesílení činnosti.“ (Průcha, 2012).

Značná část seniorů je pasivní a neaktivní což je jeden z důvodů, který vede k nesoběstačnosti a závislosti seniora. Je důležité a vhodné snažit se seniora motivovat o přiměřenou míru takových aktivit, aby zůstala zachována co možná nejdéle jejich praktická soběstačnost na takové úrovni, jaká je u každého jednotlivého seniora možná. U nemocného seniora se pak aktivizace snaží o to, aby jejich soběstačnost byla obnovena. Pokud to již není možné, slouží aktivizace „alespoň“ k navození pohody, pohodlí aj. (Haškovcová, 2012).

U pacientů v terminálním stádiu nemoci, ať už se jedná o pacienty s výraznými změnami kognitivních funkcí a vnímání anebo o pacienty s progredujícím nevléčitelným onemocněním, může mít aktivizace další jiné pozitivní účinky. Autoři ve své knize Psychoonkologie v praxi uvádí, že například kognitivně behaviorální metody užívané při různých terapiích „pomáhají při osvojení dovedností potřebných ke zvládnání nemoci, při změně postojů, při zvládnání stresu, umožňují postupnou adaptaci na zvládnání strachu a úzkosti.“ (Angenendt, 2010).

Dle knihy Demence a jiné poruchy paměti (Jiráček, 2009) může absence naplňování běžných obslužných úkonů či jiných různých aktivit u pacientů trpících například demencí z důvodu Alzheimerovy choroby vést k nežádoucímu chování v podobě poruch chování či narušení diurnálního rytmu. Lidé trpící demencí v počátečních fázích je proto dobré aktivně zapojovat do běžných denních činností a také do kolektivních programových aktivit. Naopak u lidí v terminálním stádiu demence či jiné nemoci je vhodné individualizované plánování aktivit. V důsledku progresu nemoci již kolektivní aktivizace nemusejí přinášet užitek či dokonce mohou stav nemocného i zhoršovat a může docházet například ke stavům zmatenosti a neklidu. I tak se, ale stále nabízí nespočet možností terapií a aktivit, které lze s lidmi v terminálním stádiu nemoci provádět.

3.1 Aktivizace na podporu kognitivních funkcí

Poruchy kognitivních funkcí bývají často jedny z prvních příznaků demencí, ale často se pojí například i s nádorovým onemocněním zasahujícím do CNS.

Poruchou kognitivních funkcí jsou myšleny nejčastěji poruchy paměti, zejména pak krátkodobé, schopnosti koncentrace a udržení pozornosti, nebo neschopnosti se rozhodnout. Dále pak poruchy logického i abstraktního myšlení, ale také poruchy souvislosti a orientace v čase i prostoru a později také svou vlastní osobou. (Suchá, 2013)

Neoddělitelnou součástí kognitivních funkcí je metakognice. Poruchy metakognice zneumožňují uvědomovat si své kognitivní schopnosti, své jednání a možnost toto jednání měnit na základě vnějších i vnitřních prožitků. (Suchá, 2013)

Kognitivní trénink může být přínosný zejména pro nemocné v mírném či středně pokročilém stádiu demence, avšak je důležité brát na zřetel, že je pro člověka trpícího určitým stupněm demence značně náročný a není-li vhodně vedený, může být pro nemocného velice stresující. Proto je důležité, aby byla navozena při aktivizaci pozitivní atmosféra, poskytnuta častá pozitivní zpětná vazba, nemocný byl motivován a bral takovýto trénink spíše jako zábavu a zpestření volného času než jako terapii, jelikož kvůli progredující nemoci většinou nedochází k výraznému zlepšení kognitivních funkcí a ani by to nemělo být pokoušeno. (Jiráček, 2009)

Autoři ve své knize Hry a činnosti pro aktivní seniory (Suchá, 2013) uvádějí, že například pro zapamatování si hrají velkou roli výrazné emoce, které stimulují limbický systém, který napomáhá uložení informací do paměti. Je tedy dobré při tréninku kognitivních funkcí stimulovat také smyslové vjemy.

Kognitivní funkce můžeme s pacientem trénovat například za pomoci zapamatování si či poznáváním předmětů, různou podobou hry Bingo, puzzle, prací s kalendáři, ale také například poznáváním a přiřazováním emocí či mnohé jiné.

3.2 Pohybové aktivity

„Co pozitivního přináší pohybová aktivita? Pohyb je přirozeným projevem člověka. Prostřednictvím svého těla vnímáme nejen sami sebe, ale i své okolí, změny kolem nás. To jak se vnímáme, ovlivňuje zásadním způsobem to, jak se cítíme a chováme.“ (Suchá, 2013).

„Pohybovou aktivnost lidí ovlivňuje několik faktorů. Patří mezi ně sebevědomí, přesvědčení, že člověk něco pohybovou aktivitou získá, podpora ze strany rodiny a přátel, radost ze snahy něčeho dosáhnout.“ (Hendl, 2011).

Významný vliv pohybové aktivity lze vidět jako prevenci některých chorob nebo jako léčebný postup, nejčastěji formou rehabilitace. U seniora ovšem pohybová aktivita nemá

pouze přínos po zdravotnické stránce, ale taktéž dodává seniorovi pocit autonomie a soběstačnosti což sebou nese další pozitivní dopady a podílí se tak na pozitivním vlivu na zdraví v komplexním pojetí, tedy bio-psycho-sociálně. U lidí v terminálním stádiu nemoci, kteří jsou již imobilní, mají výrazně narušené vnímání apod., lze pohybem, byť prováděným pasivně, navodit pocit pohodlí, ulevit od bolesti, předcházet poruchám integrity kůže v podobě proleženin nebo „jen“ zpříjemnit jejich volný čas. (Janiš, 2016)

I pohybové aktivity mohou mít negativní dopad, pokud jsou nesprávně prováděny, anebo jsou-li zvoleny nevhodné cviky. Na vědomí je potřeba brát také aktuální zdravotní stav seniora.

Mezi absolutní kontraindikace autoři knihy Hry a činnosti pro aktivní seniory (Suchá, 2013) řadí:

- Akutní choroby a hořčnaté stavy
- Akutní potíže pohybového aparátu
- Nedostatečně kompenzovaná chronická onemocnění
- Nestabilní angina pectoris a dušnost

Dále uvádí cviky nevhodné pro seniory:

- Záklon hlavy a krční páteře
- Švihové pohyby
- Skoky
- Hluboké předklony s hlavou dolů

Možností pohybových aktivit je spousta. Jiné aktivity budou voleny u seniorů, kteří jsou imobilní anebo mají výrazně porušenou hybnost, jiné pak u seniorů relativně aktivních a jiné pak u seniorů, kteří mají výrazně narušené kognitivní funkce.

U seniorů, kteří mají výrazně narušené kognitivní funkce, se lze zaměřit na aktivity procvičující rovnováhu, koordinaci svého těla, trénování jemné i hrubé motoriky. To vše se dá trénovat u běžných denních činností jako je péče o hygienu, příjem stravy, běžný pohyb po místnosti či procházka. Používat lze také různé pomůcky, jako jsou různé balanční podložky, míčky i míče, obruče a mnoha dalších.

U seniorů, kteří jsou imobilní anebo mají výrazně narušenou hybnost, pak je voleno častěji cvičení formou rehabilitace aktivní i pasivní, různé druhy masáže apod. Ale pokud je senior schopný, lze používat také různé pomůcky a techniky, které zapojují funkční část těla a tu například posilovat.

Pro seniory, ať už jsou mobilní či imobilní, existuje spousta možností jak se aktivně zapojit také do kolektivních her, které jsou přizpůsobené různým druhům omezení a stimulují pohybový aparát. Jedná se různé obnovy kuželek, pétanque, házení míčku na cíl a spousty dalších.

(Suchá, 2013)

3.3 Stimulační aktivity

Společně s tím jak člověk stárne, může pozorovat i postupné zhoršování smyslů. Často první je zaznamenán zrak, který se zhoršuje ještě mnohem dříve, než je člověk seniorem. Posléze se může přidat zhoršení sluchu, čichu i chuti nebo hmatu. To, jak se smysly otupují a zhoršuje se jejich vnímání, se často u seniorů projevuje postupným uzavíráním se do sebe, což následně vede k sociální izolaci a pasivitě, která pak může mít dále za následek jak zhoršování kognitivních funkcí, tak i třeba funkcí hybnosti aj. Je proto vhodné zabývat se nejen aktivitami trénující nějakou dovednost, ale také právě stimulací smyslů, které jsou vhodně a individuálně vybrány pro každého seniora. Tyto stimulační aktivity můžeme provádět a trénovat jak za pomoci různých aktivit či her, ať už v kolektivu či individuálně, tak i formou terapie či relaxace se speciálními pomůckami, či přímo ve speciálně vybavených a pro tuto činnost přímo určených místnostech. (Suchá, 2013)

Posledních několik let se čím dál tím více používá i koncept bazální stimulace. „Bazální stimulace® je vědecký pedagogicko-ošetrovatelský koncept podporující vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti člověka. Bazální stimulace® je koncept, který podporuje v nejzákladnější (bazální) rovině lidské vnímání a komunikaci. Každý člověk vnímá pomocí smyslů, smyslových orgánů, které vznikají a vyvíjejí se již v embryonální fázi a mají od narození až do smrti nenahraditelný význam.“ (O Bazální stimulaci, b.r.)

Dle institutu bazální stimulace (O Bazální stimulaci, b.r.) se tedy jedná se o koncept zaměřený na somatickou stimulaci, vestibulární, taktilně-haptickou, chuťovou, optickou, dále i auditivní aj., která je vhodná jak pro lidi s akutními tak i chronickými nemocemi. Dále pak pro pacienty po úrazech mozku či s různými stupni projevů demence. Pozitivní vliv můžeme zaznamenat jak u pacientů v těžkých stavech, tak u pacientů, kteří mají jen lehká postižení či jsou v počátečním stádiu nemoci.

Pomocí bazální stimulace dochází k působení na vnímání pacienta, aby došlo k rozvoji pacientovy vlastní identity, navázal se jeho kontakt s okolním světem, zlepšila se jeho ori-

entaci v čase a prostoru a umožnilo se mu celkové zlepšení jak fyzického, tak i psychického stavu.

3.4 Vzpomínkové aktivity

Kniha zabývající se reminiscenční terapií (Janečková, 2010) uvádí, že vzpomínání v různých souvislostech během celého života je základem lidské identity. Vzpomínky pak slouží jako nástroj kontaktu mezi námi samými, s okolím i životem, který jsme prožili, díky čemuž pak máme možnost přijmout a smířit se se stářím a dosáhnout zralosti a životního naplnění. Reminiscenční terapie pracuje se vzpomínkami seniora, které slouží jako terapeutický nástroj. Díky reminiscenční terapii může pečující poznat lépe seniora, o kterého se stará a následně mu pak pomáhá mu potvrzovat jeho hodnoty. Tato terapie může pomoci seniorovi vyrovnat se se složitou fází života, kterou staří bezpochyby je, prolomit bariery demence, zachovat si důstojnost, zmírnit úzkost a pocit osamění a mnoho jiného.

Výhodou reminiscenční terapie dle autorů knihy Hry a činnosti pro aktivní seniory (Suchá, 2013) je to, že pracuje s dlouhodobou pamětí, která je dlouho zachována a to i v případě výrazného narušení kognitivních funkcí.

Za reminiscenční terapii je obvykle považován „rozhovor terapeuta se starším člověkem, (nebo se skupinou seniorů) o jeho dosavadním životě, jeho dřívějších aktivitách, prožitých událostech a zkušenostech, často s využitím vhodných pomůcek.“ (Janečková, 2010). Můžeme zde radit také různé hry, díky čemuž pak rozvíjíme i sociální interakci nebo například můžeme zapojit trénink kognitivních funkcí.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

4.1 Výzkumný problém

Tato bakalářská práce popisuje možnosti aktivit, jejich vhodné volby a způsobu vedení v rámci aktivizace seniorů v terminálním stádiu, a zkoumá možný dopad takovéto aktivizace.

4.2 Výzkumný cíl

Cílem této bakalářské práce je zaměřit se na aktivizaci seniorů v terminální fázi života. Vytvořit vhodný aktivizační program, aplikovat ho a na základě toho se pokusit zjistit a popsat, jaký vliv může mít aktivizace u těchto lidí a zdali je aktivizace u seniorů v terminálním stádiu onemocnění přínosná.

Hlavní výzkumný cíl

- Zjistit, v čem spočívá přínos v aktivizaci seniorů v terminálním stadiu života.

Dílčí výzkumné cíle

- Zjistit, jaký typ aktivizace je vhodný pro seniory v terminální fázi života.
- Zjistit, jakým způsobem je vhodné aktivizaci se seniory v terminální fázi života vést.

4.3 Výzkumné otázky

Na základě výzkumných cílů byly vytvořeny tyto výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka

- Jaký přínos má aktivizace na seniory v terminální fázi života?

Dílčí výzkumné otázky

- Jaký je vhodný aktivizační program pro seniory v terminální fázi života?
- Jak je vhodné aktivizaci se seniory v terminální fázi života vést?

4.4 Design výzkumného šetření

Jako design výzkumného šetření byla zvolena případová studie. "Výzkum pomocí případové studie se zaměřuje na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo přípa-

dů." "V případové studii jde o zachycení složitosti případů, o popis vztahů v její celistvosti." (Hendl, 2005, s. 103) Tuto metodu byla zvolena z důvodu nutnosti prozkoumání každého individuálního případu do hloubky. Výsledek tohoto zkoumání nelze zobecňovat na celou populaci či na jiné prostředí, avšak předpokládá se, že důkladným prozkoumáním jednoho případu lépe porozumíme jiným podobným případům. (Hendl, 2005)

4.5 Metoda získávání dat

Metoda sběru dat pro tento výzkum je přímé zúčastněné pozorování, protože "rozhovory obsahují vždy směs toho, co je, a toho, co si o tom respondenti myslí. Pozorování naproti tomu představují snahu zjistit, co se skutečně děje." (Hendl, 2005, s. 190)

„Zúčastněné pozorování je formou pozorování, kdy se pozorovatel přímo pohybuje v prostoru, kde se vyskytují jevy, které pozoruje. Stává se tak součástí těchto jevů, je jedním z aktérů. V průběhu pozorování tak dochází mezi pozorovatelem a pozorovaným jevem k interakci.“ (Miovský, 2006)

Zúčastněné pozorování je dle Chrásky nejčastěji používanou metodou. „Jedná se o pozorování, při kterém se výzkumník přímo zúčastňuje činnosti u zkoumaných osob.“ (Chráska, 1995).

Miovský definuje otevřené zúčastněné pozorování jako „standardní aplikaci metody pozorování. Otevřené zúčastněné pozorování je takové pozorování, při kterém se pohybujeme v terénu, jsme přímými účastníky situací a jevů, které pozorujeme, a současně účastníci výzkumu vědí o tom, že provádíme výzkum a že za tímto účelem provádíme svá pozorování, záznamy a že se získanými daty bude dále nakládáno v souladu s cíly a plánem studie.“ (Miovský, 2006).

Výhodou zúčastněného pozorování je dle Miovského především to, že pozorovatel má možnost interakce s účastníkem. Díky bezprostřední zkušenosti se situací a prostředím pak může lépe pochopit a následně popsat zkoumaný jev. Dále pak mezi výhody uvádí etickou korektnost. Jako nevýhodu zmiňuje riziko narušení průběhu události a jeho přirozenosti pozorovatelem a ovlivnění skutečnosti účastníkem pozorování. (Miovský, 2006)

4.6 Výběr výzkumného souboru

Pro výběr výzkumného souboru pro tento výzkum byla zvolena metoda prostého záměrného výběru v zařízení Hospice ve Zlínském kraji.

„Prostý záměrný výběr představuje nejjednodušší variantu metody záměrného výběru. Spočívá v tom, že bez uplatnění dalších specifických metod či strategií vybíráme mezi potenciálními účastníky výzkumu (tj. účastníky splňujícími určité kritérium nebo soubor kritérií) toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný a současně s ní také souhlasí. Tento způsob výběru uplatňujeme zejména v případech, kdy se nejedná o příliš velký potřebný výběrový soubor.“ (Miovský, 2006).

Aktivizace, která byla v rámci výzkumu provedena, se zúčastnili 4 respondenti. Jednalo se o seniory, tři ženy a jednoho muže, pobývajících v zařízení hospice s různými diagnózami v terminálním a preterminálním stádiu. Z důvodu zachování anonymity nejsou jména respondentů skutečná.

5 AKTIVIZACE

5.1 Paní Anička

Popis

Paní Anička je 95letá seniorka, vdova trpící rakovinou ovaria v terminální fázi. Paní Anička celý život pracovala jako učitelka v mateřské škole. Má dva syny, pět vnoučat a tři pravnoučata, se kterými je v pravidelném kontaktu. Do Hospice byla přijata před dvěma týdny. Dříve žila sama v malém bytě, kde ji střídavě navštěvovali její dva synové. Stav paní Aničky se začal časem zhoršovat jak po fyzické, tak i po duševní stránce. Paní Anička je orientovaná místem časem i osobou s občasnými stavy amence. Paní Anička je i přes svůj zdravotní stav a věk stále částečně soběstačná, avšak kvůli vysokému riziku pádu díky nízkému tlaku vyžaduje pravidelný dohled a případnou pomoc.

Aktivizační program

Pro paní Aničku jsem si připravila aktivní individuální aktivizaci formou zájmové činnosti na podporu kognitivních funkcí. Vzhledem k zaměstnání, které paní Anička celý život vykonávala, jsem zvolila hru Bingo s lidovými písničkami. Náročnost této aktivity je středně obtížná, a tak ji zvládne i člověk, který má lehkou poruchu kognitivních funkcí. Předpokládaná doba aktivity je 20-30 minut. Při této aktivitě se procvičuje koncentrace pozornosti a hudební paměť.

Stav respondenta při příchodu

Paní Anička se při mém příchodu jevila plně orientovaná. Seděla u prosklených balkónových dveří svého pokoje a dívala se do zahrady tamního zařízení a tvářila se zamyšleně.

Pozorování

Jakmile jsem vstoupila, paní Anička se usmála a začala se mě vyptávat „co ji nesu“. Nabídla jsem jí, jestli nemá chuť si zahrát hru, ve které by poznávala lidové písně. Paní Anička souhlasila. Byla ráda. Začala mi vyprávět, že ji „mladí“ navštěvují vždy až pozdě odpoledne a zbytek dne je pro ni dlouhý a nudný. Zeptala jsem se, jestli jsou sestřičky alespoň hodné a povykládají si s ní. Načež si paní Anička postěžovala, že na směně je přes den málo sestřiček na tolik pacientů a tak nemají čas s ní moc dlouho vykládat. V televizi také nic kloudného nedávají, a proto se většinu dne dívá alespoň do zahrady.

Paní Aničce jsem dala předvyplněný arch, kde byly vepsány názvy devíti dětských lidových písní. Postupně jsme společně všechny názvy přečetly, abych se ujistila, že písničky paní Anička zná a že je zvládne také přečíst. Následně jsem na přeskáčku paní Aničce pouštěla 20-30 vteřinové úryvky písniček. Paní Anička pak hádala název písně, který následně hledala a zaškrtovala v archu. Jelikož jsem zvolila známé dětské písničky, paní Anička uhodla všech devět. Po uhodnutí každého názvu jsme si pak písničku poslechly celou, a jelikož je paní Anička všechny dobře znala, zpívala je společně s nahrávkou.

Po skončení aktivity se paní Anička rozvyprávěla. Vykládala mi o práci s dětmi ve školce, o tom jak to dřív chodívalo a že písničky, které se učivala ona jako malé dítě, se děti učí pořád.

Stav respondenta při odchodu

Paní Anička při mém odchodu byla příjemně naladěná, usmívala se a děkovala mi za hezky strávené dopoledne. Pochvalovali si, jak ji ten čas pěkně utekl. Svěřila se mi, že je v zařízení moc spokojená, ale kdyby každý den byla hodinka nějakého takového programu, byl by pobyt veselejší a člověk by hned přišel na jiné myšlenky.

Zhodnocení

Na aktivizaci paní Aničky jsem si vyčlenila 60 minut času, přičemž 20-30 minut bylo na samotnou aktivitu, která v tomto případě byla hra bingo s lidovými písničkami. Díky dobré atmosféře a zájmu o společnost jsem nakonec s paní Aničkou strávila 90 minut.

Tuto aktivizaci hodnotím velice kladně. Paní Anička měla o aktivizaci zájem, vybraná aktivita ji bavila a připomněla ji její zaměstnání a dobu kdy byla mladá a spokojená, a tím odpoutala pozornost od jejího aktuálního stavu.

5.2 Paní Emilie

Popis

Paní Emilie je 68letá seniorka trpící vaskulární demencí, depresivním syndromem a rakovinou tlustého střeva s vyvedenou kolostomií v preterminálním stádiu. Paní Emilie byla přeložena z nemocnice, kde byla hospitalizována na oddělení následné péče, do hospice před měsícem ve velmi vážném stavu. Její stav se však zlepšil a stabilizoval, a tak paní Emilie mohla být v rámci zařízení přeložena z hospicového lůžka na lůžko typu LDN, tedy pro pacienty dlouhodobě nemocné, a čeká na vyřízení žádosti na trvalé umístění do domo-

va se zvláštním režimem. Paní Emilie dříve pracovala jako prodavačka. V hospici ji navštěvuje pouze její mladší bratr. Paní Emilie je částečně orientovaná osobou a dezorientovaná místem i časem a často trpí úzkostnými stavy. Paní Emilie je nyní částečně mobilní na krátké vzdálenosti pomocí chodítka a s rehabilitační sestrou se dvakrát týdně věnují nácviku chůze s francouzskými holemi.

Aktivizační program

Pro paní Emilii jsem si připravila aktivní individuální aktivizaci formou reminiscenční terapie na podporu dlouhodobé paměti, navození příjemných vzpomínek a koncentrace, a dále pak pohybovou aktivitu. Pro paní Emilii jsem zvolila hru vzpomínkové pexeso s tvářemi herců a zpěváku dříve narozených a procházku po přilehlé zahradě. Předpokládaná časová dispozice je 60 minut.

Stav respondenta při příchodu

Paní Emilie při mém příchodu měla puštěnou televizi, ležela klidně v posteli a podřimovala.

Pozorování

Při mém příchodu se paní Emilie tvářila nejistě a zeptala se mě, kdo jsem a proč jsem za ní přišla. Paní Emilii jsem se představila a zeptala jsem se jí, zda má náladu si zahrát speciální pexeso a jelikož jsem slyšela, že trénuje s rehabilitační sestřičkou chůzi, mohly bychom se později projít po zahradě. Paní Emilie se netvářila příliš nadšeně. Namítala, že speciální věci pro ni nejsou, že jí to stejně nepůjde, jelikož už neví, jak se pexeso hraje, a že si už špatně pamatuje, protože je stará a za nic už to nestojí. Do zahrady jít také nechtěla. Řekla, že venku už je zima a ona je stejně unavená. Nakonec jsme se ale domluvily, že jí všechno vysvětlím a ukážu, a když se jí hra bude líbit, zkusí si jednou zahrát a potom uvidíme, jak se bude cítit a když bude mít chuť, můžeme se projít alespoň po chodbě.

Paní Emilii jsem ukázala pexeso, tedy fotografie herců a zpěváku známých v 70. – 80. letech minulého století. Vyptávala jsem se, jestli některé tváře poznává. Ze začátku paní Emilie nejevila zájem, po pár minutách se ale pomalu rozpovídala. Vzpomínala na filmy, ve kterých herci, které poznala, hráli. Na většinu jmen si vzpomenout sice nemohla, ovšem bylo zřejmé, že většinu zpěváku a herců zná. Často opakovala „to je ten, on hrál v tom filmu...“ nebo „ten co zpíval tu písničku...“.

Samotná hra pak trvala 10 minut a paní Emilii už tolik nebavila. Po každé, když se jí nepodařilo otočit dvě stejné fotografie, komentovala tento neúspěch tím, že jí to nejde a že to nemá cenu.

Po skončení hry již paní Emilie neměla o procházku v zahradě ani na chodbě zájem. Byla unavená a chtěla si jít lehnout. Nakonec mě ještě poprosila, abych jí pustila v televizi nějaký seriál, než jí přinesou sestřičky oběd.

Stav respondenta při odchodu

Paní Emilie se při mém odchodu vypadala unavená, avšak po uložení do lůžka a puštění televize se tvářila spokojeně.

Zhodnocení

Pro paní Emilii jsem si vyčlenila 60 minut času. Jelikož však paní Emilie neměla zájem o jednu ze dvou zvolených aktivit a to o procházku v zahradě, s paní Emilií jsem nakonec strávila jen 40 minut.

Aktivizaci hodnotím jako ne příliš zdařilou jelikož aktivita, kterou jsem zvolila, nebyla příliš vhodná k psychickému rozpoložení paní Emilie.

První část programu, kdy jsme procházely fotografie známých tváří, paní Emilii bavila a probudila v ní zájem i chuť vzpomínat a vyprávět, ovšem samotná hra byla nepřiměřeně náročná a hlavně byla pro paní Emilii demotivující.

5.3 Pan František

Popis

Pan František je 72letý senior, který po cévní mozkové příhodě upadl do vigilního kómatu. Pan František má vyvedenou tracheostomii a perkutánní endoskopickou gastrostomii pro podávání stravy a tekutin. Pan František pobývá v hospici již od roku 2016 a jeho stav se neustále mění. Chvillemi se zhoršuje, pak zase zlepšuje. I přes veškerou snahu ošetřovatelského personálu hospice má pan František četné dekubity 1. – 3. stupně a výrazné svalové kontraktury horních končetin.

Pana Františka pravidelně navštěvuje manželka s jejich pejskem a dcera, která mu několikrát do týdne chodívá číst. Pan František pracoval jako učitel dějepisu na základní škole, ve volném čase se rád věnoval svému psovi a poslouchal vážnou hudbu.

Aktivizační program

Pro pana Františka jsem si zvolila individuální pasivní aktivizaci formou bazální stimulace, která podporuje vnímání, komunikaci, pohybové schopnosti člověka a výrazně zvyšuje komfort a tím i kvalitu života postiženého. U pana Františka jsem zvolila celkovou koupel pro uvědomění si vlastního těla v konceptu bazální stimulace a dále krátkou uvolňující masáž horních a dolních končetin. Pro tuto aktivitu jsem si vyčlenila 90 minut času.

Stav respondenta při příchodu

Pan František při mém příchodu na pokoj měl otevřené oči, díval se před sebe a měl lehce zrychlené dýchání.

Pozorování

Při příchodu jsem zastihla na odchodu dceru pana Františka, která byla na své pravidelné návštěvě. Dcera pana Františka mi sdělila základní informace o svém otci, zejména jakou měl dřív povahu, čím se živil, co měl rád aj.

Po příchodu na pokoj jsem se pana Františka dotkla na rameni a pozdravila ho. Pan František okamžitě upřel pohled na mě. Představila jsem se mu a sdělila mu, co se bude dít. Řekla jsem mu také, že jsem se potkala s jeho dcerou, která mi řekla, že býval učitel dějepisu na základní škole a že má pejska, kterého má rád. Vyprávěla jsem mu o tom, že mám taky moc ráda zvířata a o mém psovi. Pan František mě celou dobu sledoval.

Následně jsem za pomoci ošetřovatelského personálu provedla celkovou koupel s prvky bazální stimulace ve sprše na pojízdném vodním lůžku. Při uložení zpět do postele jsem naladila panu Františkovi v rádiu stanici s vážnou hudbou a provedla krátkou masáž dolních a horních končetin. Při masáži pan František začal přivírat oči a výrazně se prohloubila a zpomalila jeho dechová frekvence. Pan František se uvolnil, díky čemu se částečně uvolnily i svalové kontraktury horních končetin.

Nakonec jsem pana Františka uložila do polohy hnízda na zádech s vnějším ohraničením pro uvědomění si vlastní hranice těla.

Před odchodem jsem opět podržela pana Františka za rameno, poděkovala mu za jeho čas a rozloučila jsem se s ním.

Stav respondenta při odchodu

Pan František při mém odchodu pomalu, klidně a zhluboka oddychoval a pomalu usínal.

Zhodnocení

Tuto aktivizaci hodnotím velice pozitivně. Na aktivizaci jsem si vyčlenila 90 minut času, které jsem také s panem Františkem strávila. Je zřejmé, že pan František ve svém stavu vnímá do jisté míry to, co se kolem něj a s ním děje.

Už jen při aplikování prvků basální stimulace do běžně prováděné hygienické úpravy došlo u pana Františka ke zklidnění a prohloubení dechu a také došlo k částečnému uvolnění svalových kontraktů. Během aktivizace došlo k jasnému celkovému navýšení pohodlí.

5.4 Paní Marie

Popis

Paní Marie je 70letá seniorka v terminálním stádiu Alzheimerovy choroby. Paní Marie byla celý život v domácnosti. Má 6 dětí, které ji i s manželem pravidelně navštěvují. Do hospice byla přijata před 20 dny z domácího prostředí, kde se o ni staral manžel.

Paní Marie je imobilní, trvale ležící, neschopná chůze a samostatného sedu. Je plně dezorientovaná místem, časem i osobou. Přestože je paní Marie plně při vědomí, není možné navázat smysluplný slovní kontakt. U paní Marie díky silné dezorientaci převládá výrazný psychomotorický neklid, který je nutno tlumit medikací.

Aktivizační program

Pro paní Marii jsem zvolila individuální pasivní aktivizaci formou basální stimulace, která podporuje vnímání, komunikaci, pohybové schopnosti člověka a výrazně zvyšuje komfort a tím i kvalitu života postiženého. U paní Marie jsem kvůli výraznému psychomotorickému neklidu zvolila celkovou zklidňující koupel v konceptu bazální stimulace. Pro tuto aktivitu jsem si vyčlenila 60minut času.

Stav respondenta při příchodu

Paní Marie při mém příchodu ležela neklidně v posteli a hlasitě povolávala. Z obou stran postele byly na zemi položené velké kuličkové vaky, jelikož se paní Marie snažila přelézt postranice postele, které byly obaleny vypočítaným potahem.

Pozorování

Při příchodu k posteli se paní Marie začala usmívat a chytat mě za ruku. Nechala jsem paní Marii, aby mě držela za ruku a pevně ji stiskla. Přitom jsem paní Marii pozdravila a pově-

děla ji, proč jsem za ní přišla. Paní Marie mě celou tu dobu pevně držela, usmívala se a opakovala dokolečka pár nahodilých slov.

Při chystání na přesun z postele na vodní lůžko začala být paní Marie opět neklidná a začala hlasitě povolávat. Máchala kolem sebe rukama snažíc se něčeho chytit, většinou pak oděvů ošetrovatelského personálu. Za pomoci ošetrovatelského personálu jsem provedla celkovou koupel ve sprše na vodním lůžku. Při provádění všech úkonů v konceptu basální stimulace byla paní Marie klidná a uvolněná.

Po koupeli jsme paní Marii uložily zpátky do lůžka. Paní Marie byla po koupeli klidná a spokojená. Jelikož se paní Marie přetáčí v posteli sama, nepoužívala jsem polohovací pomůcky, aby si paní Marie mohla najít polohu, která jí vyhovuje, pouze jsem jí nastavila postel do lehce zvýšené polohy, aby mohla sledovat televizi.

Stav respondenta při odchodu

Paní Marie při mém odchodu ležela naprosto klidně v posteli ve zvýšené poloze a dívala se na televizi.

Hodnocení

Tuto aktivizaci hodnotím velice kladně. Přibližně jsem s paní Marií strávila 60 minut, které jsem si pro aktivizaci předem vyčlenila. Paní Marie se během aktivizace formou basální stimulace a po ní naprosto uklidnila. Zmizel psychomotorický neklid i hlasité povolávání, díky čemuž nebyla nutná doplňující zklidňující medikace.

6 ANALÝZA DAT

Pro tento výzkum byla zvolena metoda sběru dat přímé nestrukturované zúčastněné pozorování. Jelikož z důvodu ochrany osobních údajů nebylo umožněno používat záznamové zařízení, jako záznamový prostředek byly zvoleny terénní poznámky, kde byly po skončení aktivizace v rámci výzkumu zaznamenány nejen faktické informace, ale také neverbální projevy pocitů, nálad respondentů a další okolnosti.

Pro analýzu dat byla použita metoda otevřeného kódování a jako analytickou strategii konstantní komparace. Při této metodě výzkumník sbírá údaje, následně je třídí a hledá shodné či naopak rozdílné prvky.

„Konstantní komparace znamená neustálé porovnávání, hledání podobností a rozdílů, a to na všech rovinách práce s daty.“ (Švaříček, 2007).

6.1 Otevřené kódování

Jako první byl text rozdělen na jednotky a těmto jednotkám byl přidělen kód. Z existujících kódů byl následně vytvořen seznam. Po vytvoření seznamu byly kódy systematicky kategorizovány podle jejich vnitřní souvislosti. Kategorie a seznamy kódů jednotlivých respondentů jsou uvedeny v tabulkách níže.

Tabulka 6-1 Aktivizace č. 1

Kategorie	Kódy	Umístění v textu
Respondent	Popis	A1J1Ř1-4
Prostředí	Umístění	A1J2Ř1-4
Čas	Čas aktivizace	A1J3Ř1
	Délka aktivizace	A1J3Ř2, A1J5Ř1
Aktivizace	Druh aktivizace	A1J4Ř1, A1J4Ř6, A1J5Ř1
	Přínos aktivizace	A1J4Ř1
	Aplikace	A1J4Ř2, A1J4Ř3
Reakce	Pozitivní reakce	A1J4Ř2-5, A1J4Ř6-10, A1J5Ř1-2
	Negativní reakce	

Tabulka 6-2 Aktivizace č. 2

Kategorie	Kódy	Umístění v textu
Respondent	Popis	A2J1Ř1-5
Prostředí	Umístění	A2J2Ř1-3
Čas	Čas aktivizace	A2J3Ř1
	Délka aktivizace	A2J3Ř2, A2J5Ř1
Aktivizace	Druh aktivizace	A2J4Ř1, A2J4Ř2, A2J4Ř4, A2J5Ř2
	Přínos aktivizace	A2J4Ř1
	Aplikace	A2J4Ř5, A2J4Ř7-8
Reakce	Pozitivní reakce	A2J4Ř9, A2J4Ř12-13, A2J5Ř2
	Negativní reakce	A2J4Ř5, A2J4Ř6-7, A2J4Ř8-9, A2J4Ř10-12, A2J5Ř1, A2J5Ř2-3

Tabulka 6-3 Aktivizace č. 3

Kategorie	Kódy	Umístění v textu
Respondent	Popis	A3J1Ř1-5
Prostředí	Umístění	A3J2Ř1-2
Čas	Čas aktivizace	A3J3Ř2
	Délka aktivizace	A3J3Ř2, A3J5Ř1
Aktivizace	Druh aktivizace	A3J4Ř1, A3J4Ř11, A3J4Ř16, A3J5Ř2
	Přínos aktivizace	A3J4Ř2, A3J4Ř1
	Aplikace	A3J4Ř7-9, A3J4Ř11-13, A3J4Ř15-16, A3J4Ř17
Reakce	Pozitivní reakce	A3J4Ř5, A3J4Ř9-10, A3J4Ř14-15, A3J4Ř17, A3J5Ř3-5
	Negativní reakce	

Tabulka 6-4 Aktivizace č. 4

Kategorie	Kódy	Umístění v textu
Respondent	Popis	A4J1Ř1-4
Prostředí	Umístění	A4J2Ř1-4
Čas	Čas aktivizace	A4J3Ř1
	Délka aktivizace	A4J3Ř2, A4J5Ř1
Aktivizace	Druh aktivizace	A4J4Ř7, A4J5Ř1
	Přínos aktivizace	A4J4Ř7
	Aplikace	A4J4Ř3-4, A4J4Ř5-6, A4J4Ř7, A4J4Ř8-9

Reakce	Pozitivní reakce	A4J4Ř3, A4J4Ř4-5, A4J4Ř7, A4J5Ř1
	Negativní reakce	A4J4Ř1-2, A4J4Ř6

6.2 Konstantní komparace

Po prvotním zpracování textu byly jednotlivé kódy a kategorie, získané pozorováním u každého z respondentů, mezi sebou porovnávány.

7 INTERPRETACE ODPOVĚDÍ NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Na základě pozorování provedené aktivizace a následné analýze dat bylo odpovězeno na hlavní a dílčí výzkumné otázky takto:

Jaký přínos má aktivizace na seniora v terminální fázi života?

Přínos aktivizace je u každého člověka individuální. Lze ale říci, že i pro seniora v takto vážném stavu může být aktivizace, pokud je aktivita dobře zvolená a správně vedená, pozitivní.

U respondentů v našem výzkumu je za největší přínos byla považována eliminace úzkostných stavů a navýšení komfortu jedince.

Pokud je ovšem aktivizace vedená nevhodně, anebo není vhodně zvolený aktivizační program, jak je tomu u respondenta č. 3 (Paní Emilie), může dojít k opačnému efektu.

Jaký je vhodný aktivizační program pro seniory v terminální fázi života?

Na základě výzkumu není možné říci, který druh aktivizace je nejvhodnější. Samotný výběr aktivity nezaručuje výsledek, který je od něj očekáván. Aktivizační program, který je vhodný pro jednoho, nemusí nutně být vhodný pro jiného, ba dokonce může být zcela nevhodný.

Dopad dané aktivizace záleží na mnoha faktorech, kterými jsou například fyzický a mentální stav jedince, psychické rozpoložení, ale také například prostředí, ve kterém se jedinec nachází či denní doba. Lze ovšem určit několik obecných zásad pro výběr vhodného aktivizačního programu. Aktivizační program by měl být:

- zvolený individuálně
- adekvátně náročný
- S ohledem na zájmy, bývalou profesi, osobní preference, fyzickou, mentální a psychickou kondici, prostředí, denní dobu ad.
- Pružný
- Aj.

Jak je vhodné aktivizaci se seniory v terminální fázi života vést?

Aktivizaci je nutno vést nenásilně na bázi dobrovolnosti. Aktivizační program by měl být veden tak, aby bylo možno pružně reagovat na změny a přání jedince. Dále by aktivizace měla být vedena tak, aby byl senior dostatečně motivován k vykonávaným činnostem, cítil se komfortně.

8 ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce „Aktivizace seniorů v terminální fázi života“ byla zaměřena na zkoumání vlivu aktivizace na nevléčitelně nemocné seniory, kteří jsou v terminálním stádiu nemoci. Jejím cílem bylo zjistit jaký přínos má aktivizace na tyto seniory, jaký typ aktivizace je vhodný a jakým způsobem je vhodné tuto aktivizaci vést. Na základě studie odborné literatury bylo cílem vytvořit aktivizační program a ten následně provést a zaznamenat.

Dle mého názoru byly předem vytyčené cíle splněny i přes to, že na některé otázky nelze odpovědět tak konkrétně jak bylo očekáváno.

Na základě studie odborné literatury byla připravena pro každého respondenta aktivizace, která byla považována za nejvhodnější. U první, třetí a čtvrté aktivizace byla zvolena aktivita vhodně. U těchto aktivizací respondenti reagovali kladně. U druhé aktivizace nebyl program zcela vhodně zvolený. První aktivita byla rozdělena na dvě části, přičemž právě při druhé části (hra reminiscenční pexeso) respondentku neúspěchy demotivovaly natolik, že díky tomu neměla již chuť nadále pokračovat.

Aktivizace byla pojata tak, aby byla pro každého z respondentů příjemná a nenásilná. Myslím si, že i díky tomu na aktivizaci respondenti reagovali převážně kladně.

Za největší přínos této práce považuji zjištění pozitivního vlivu aktivizace na seniory i ve velmi vážných stavech.

Možné zkvalitnění výzkumu by představovalo jeho provádění po delší časový úsek, aby účastník výzkumu měl větší důvěru ve výzkumníka, a aby i výzkumník znal lépe účastníky výzkumu. Dále by bylo vhodné pracovat s autobiografií, která by umožnila zvolit aktivizační program pro každého z účastníků „na míru“. Díky tomu by bylo možné si položit konkrétnější otázky jako například „Jaký dopad může mít dlouhodobá aktivizace na seniora v terminální fázi života?“ aj.

BIBLIOGRAFIE

- ADAM, Zdeněk, Jana KOPTÍKOVÁ a Jiří VORLÍČEK, 2003. *Obecná onkologie a podpůrná léčba*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-0677-6.
- ANGENENDT, Gabriele, Ursula SCHÜTZE-KREILKAMP a Volker TSCHUSCHKE, 2010. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-781-7.
- ČELEDOVÁ, Libuše, Zdeněk KALVACH a Rostislav ČEVELA, 2016. *Úvod do gerontologie*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3404-3.
- GLENNER, Joy A., 2012. *Péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Portál. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 1990. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha: Panorama. ISBN 80-7038-158-2.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2012. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HEGYI, Ladislav a Štefan KRAJČÍK, 2010. *Geriatría: odborný časopis českých a slovenských geriatrov*. 1. Bratislava: RETAAS. ISBN 978-808-9171-736.
- HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- HENDL, Jan a Lubomír DOBRÝ, 2011. *Zdravotní benefity pohybových aktivit: monitorování, intervence, evaluace*. Vyd. 1. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2000-8.
- HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
- CHRÁSKA, Miroslav, 1995. *K současným trendům pedagogického výzkumu ve světě: pro studenty pedagogické fakulty Univerzity Palackého*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-7067-469-5.
- JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ, 2010. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-581-3.
- JANIŠ, Kamil a Jitka SKOPALOVÁ, 2016. *Volný čas seniorů*. Vydání 1. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5535-9.

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024724546.

KALVACH, Zdeněk, 2004. *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7038-3.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

O Bazální stimulaci, b.r. *INSTITUT Bazální stimulace®* [online]. [cit. 2018-01-01]. Dostupné z: <http://www.bazalni-stimulace.cz/o-bazalni-stimulaci/>

PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA, 2012. *Andragogický slovník*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3960-1.

SKÁLA, Bohumil, 2011. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011 : [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

Slovník cizích slov, 1996. 2. dopl. vyd. Praha: Encyklopedický dům. ISBN 80-90-1647-8-1.

SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ, 2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 9788026203353.

SVATOŠOVÁ, Marie, 2008. *Hospice a umění doprovázet*. 6., dopl. vyd., (V KNA 1.). V Kostelním Vydří: APHPP. ISBN 9788071953074.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

VENGLÁŘOVÁ, Martina, 2007. *Problematiké situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2170-5.

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1-1 Přehled změn ve stáří (Venglářová, 2007, s. 12).....	9
Tabulka 6-1 Aktivizace č. 1	35
Tabulka 6-2 Aktivizace č. 2.....	36
Tabulka 6-3 Aktivizace č. 3.....	36
Tabulka 6-4 Aktivizace č. 4.....	36