

Aktivizace seniorů s Alzheimerovou nemocí v domově se zvláštním režimem

Vladimíra Hrnčířová

Bakalářská práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Vladimíra Hrnčířová**
Osobní číslo: **H160486**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Aktivizace seniorů s Alzheimerovou nemocí v domově se zvláštním režimem**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti aktivizace seniorů, sociálních služeb pro seniory a Alzheimerovy nemoci.

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

Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru a 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:

HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. Volnočasové aktivity pro seniory. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.

KLEVETOVÁ, Dana. Motivační prvky při práci se seniory. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0102-3.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. Alzheimerova nemoc a další demence. Praha: Grada, 1998. ISBN isbn80-7169-615-3.

PICHAUD, Clément a Isabelle THAREAU. Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky. Přeložil Abigail KOZLÍKOVÁ. Praha: Portál, 1998. Sociální práce. ISBN 80-7178-184-3.

ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Lucie Blašíková

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

10. ledna 2019

Termín odevzdání bakalářské práce:

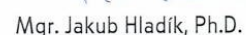
26. dubna 2019

Ve Zlíně dne 10. ledna 2019



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 22. 2. 2019

.....

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

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

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

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

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

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

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

3). 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 nedotčeno.

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

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim 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 přihlídá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Práce se zaměřuje na různé metody a techniky zahrnující proces aktivizace a jeho průběh v různých fázích onemocnění. Zaměřuje se také na participaci rodiny na aktivizaci seniora umístěného v domovech pro seniory se zvláštním režimem, v AlzheimerCentru nebo v dalším zařízení určeném této cílové skupině. Cílem výzkumu je zjistit, jaké možnosti aktivizací jsou seniorům s Alzheimerovou nemocí k dispozici, jaký vliv mají na seniora s Alzheimerovou nemocí v různých stupních onemocnění z pohledu aktivizačního pracovníka a kdo všechno se na aktivizacích v zařízení podílí, popřípadě zda může nějak do aktivizací přispět i samotná rodina klienta.

Klíčová slova: Alzheimerova demence, aktivizační pracovník, Domov pro seniory se zvláštním režimem, aktivizace seniorů s Alzheimerovou nemocí.

ABSTRACT

The work focuses on various methods and techniques involving the activation process and its progress in different stages of the disease. It also focuses on family participation in activating aseniorplaced in a special regime elderly home, the Alzheimer Centre or in another facility for that target group. The aim of the research is to find out what possibilities of activation are available to seniors with Alzheimer's disease. What effect do these activations have on the elderly with Alzheimer's disease in different stages of the disease from the perspective of the activator. Whoever is involved in activating in the facility, or whether the client's family can also contribute to the activation.

Keywords: Alzheimer's dementia, activating worker, Special regime elderly home, Alzheimer Centre, activation opportunities with clients in special regime homes and AlzheimerCentre, Activation of elderly with Alzheimer's disease.

Děkuji Mgr. Lucii Blašíkové za podporu, odborné vedení, za cenné podněty a rady při vypracování mé bakalářské práce.

Děkuji také všem respondentům, kteří věnovali svůj čas na rozhovory, a Ing. Heleně Novákové, ředitelce AlzheimerCentra Zlín, která mi umožnila provést pozorování a rozhovory se zaměstnanci v zařízení.

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

OBSAH

ÚVOD.....	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	11
1 ALZHEIMEROVA NEMOC	12
1.1 Příznaky onemocnění.....	14
1.2 Rozdělení Alzheimerovy nemoci a její stádia	15
1.3 Diagnostika onemocnění.....	17
1.4 Léčba.....	19
2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ.....	21
2.1 Alzheimercentrum	21
2.2 Domov pro seniory se zvláštním režimem	25
2.3 Příspěvek na péči	25
2.4 Aktivizační pracovník.....	26
3 AKTIVIZACE SENIORŮ S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ.....	28
3.1 Každodenní orientace	30
3.2 Druhy aktivizací.....	32
II. PRAKTICKÁ ČÁST	38
4 METODOLOGIE.....	39
4.1 Formulace výzkumného problému	39
4.2 Cíle výzkumu.....	40
4.3 Výzkumné otázky	40
5 TVORBA VÝZKUMU	42
5.1 Analýza dat	42
5.2 Výzkumný soubor.....	42
5.3 Místo výzkumu	44
6 METODA SBĚRU DAT	45
6.1 Rozhovory – otevřené kódování	45
6.2 Pozorování	55
7 FORMULACE ZÁVĚRŮ – VÝZKUMNÁ ZPRÁVA	60
8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	63
ZÁVĚR	65
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	67
SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ.....	70
SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

Cílem práce je popsat, vysvětlit, ale i snaha pochopit problematiku onemocnění Alzheimerovou nemocí u seniorů, jejich umístění a začlenění do zařízení se zvláštním režimem či AlzheimerCentra, snaha prozkoumat možnosti aktivizací těchto klientů za spolupráce aktivizačního pracovníka, který je při jejich aktivizaci motivací, což vede ke zlepšení či udržení zdravotního stavu klientů.

Cílem praktické části je zabývat se otázkami aktivizací, zkoumat jejich vliv na klienty, objasnit, kdo všechno se na nich podílí a zda se může zapojit i samotná rodina a popřípadě jak. Cílem je také zjistit, zda mezi jednotlivými klienty vznikají vztahy, ať už přátelské, či nepřátelské, a zda i tyto vztahy mohou ovlivnit aktivizace klientů, to vše z pohledu aktivizačního pracovníka. Výsledky projektu mohou výrazně přispět k obohacení znalostí problematiky sociální práce se seniory umístěnými ve specializovaných zařízeních. Význam projektu shledávám v několika rovinách.

V první rovině vede práce k poměrně detailnímu popisu problematiky onemocnění Alzheimerovou nemocí, jež se zakládá na studiu českých i zahraničních zdrojů aplikovaných do práce. Přináší také popis a objasnění role sociálního pracovníka v zařízeních se speciálním režimem či Alzheimer center, která přijímají seniory s různými stupni demence a přinášejí těmto klientům řadu druhů sociální práce a péče vedoucí ke zlepšení, udržení či oddálení zhoršení zdravotního stavu klienta.

Ve druhé rovině mohou být poznatky práce přínosem nejen pro jednotlivá zařízení určená pro seniory s různými stupni demencí, ale i pro samotný obor sociální práce se seniory.

Výsledky výzkumu budou představovat širokou škálu poznatků, které můžou dále využít nejen sociální pracovníci pracující se seniory v jednotlivých zařízeních, ale mohou být přínosem i pro práci sociálního pracovníka pracujícího se seniory v domácím prostředí či pro samotné rodinné příslušníky starající se o člena rodiny postiženého některou z forem demence.

Třetí rovina představuje obohacení i pro mne samotnou. Poznatky teoretické, popis onemocnění, objasnění jeho příčin, stádií i možné léčby, která značně přispívá k výraznému zlepšení zdravotního stavu či už jen k udržení stávajícího, přispějí také k mé práci se seniory trpícími Alzheimerovou nemocí.

Praktické informace z výzkumu využiji hlavně při komunikaci, práci i ve vztahu samotném k mé babičce, která je jedním ze seniorů trpících Alzheimerovou nemocí a je také umístěna v jednom ze specializovaných zařízení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ALZHEIMEROVA NEMOC

Alzheimerova nemoc je nejčastější formou demence, která je podle MKN syndromem způsobeným chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří myšlení, paměť, řeč, orientace, chápání, počítání, schopnost učení a úsudku. Dochází také k poruchám vědomí, obvykle je přidruženo zhoršení emoční kontroly, sociálního chování či motivace (MKN, 2014).

Historie onemocnění

Příznaky onemocnění poprvé roku 1906 popsal německý psychiatr a neuropatolog Alois Alzheimer, pocházející z rodiny notáře Eduarda Alzheimerera a Theresie, žijící poblíž Würzburgu. Alois Alzheimer studoval na Universitě v Berlíně, kde také roku 1887 získal titul lékaře. Nejdříve se věnoval práci v sanatoriu pro „šílence a epileptiky“, později však své poznatky uplatnil zejména při definování změn ve stavbě neuronů u Huntingtonovy choroby (Koukolík, Jirák, 1998).

Prvním přelomovým případem v objevu Alzheimerovy nemoci byl případ paní Auguste D., která byla roku 1901 přijata do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem s příznaky tohoto onemocnění a která zemřela ve věku 55 let. Poprvé o ní tehdy 42letý Alzheimer mluvil na konferenci roku 1906, ovšem jeho kolegové si tehdy mysleli, že jde spíše o kuriozitu, a nevěnovali tomuto případu mnoho pozornosti. Alzheimer se ovšem nenechal svými kolegy odradit a roku 1907 vydal publikaci o případu paní Auguste D., který se stal základním stavebním kamenem v objevu nemoci (Zvěřová, 2017).

Alois Alzheimer později provedl spoustu dalších pitev, makro i mikroskopických analýz mozkových tkání a roku 1910 byly na Kraepelinovu přímělu změny mozkové tkáně pojmenovány po svém objeviteli Aloisi Alzheimerovi. Ten zanedlouho poté, roku 1915, umírá na ledvinové selhání a je pohřben společně se svou manželkou ve Frankfurtu nad Mohanem (Koukolík, Jirák, 1998).

Epidemiologie

Alzheimerova nemoc tvoří zhruba 60–70 % všech druhů demencí. Možnost onemocnění roste s věkem a více ohroženy jsou zejména ženy. Dnes je podle zahraničních studií odhadem asi 150 tisíc lidí nemocných touto chorobou, z toho 2/3 jsou ženy (Zvěřová, 2017). Již dnes je zřejmé, že počet nemocných Alzheimerovou nemocí a jinou formou

demence prudce narůstá a v dalších letech se dá očekávat, že tento trend bude pokračovat. Odhaduje se, že v roce 2050 bude v České republice cca 383 tisíc obyvatel nemocných demencí (Mátl, 2014).

Rizikové faktory

Alzheimerova nemoc způsobuje řadu nevratných změn v mozkových buňkách i úbytek mozkové hmoty. Přesnými příčinami vzniku si ovšem nejsou lékaři ani výzkumní pracovníci dodnes jisti, docházejí ovšem k názoru, že je to nemoc velmi komplikovaná, způsobená řadou faktorů, dispozic, mezi něž patří:

- Věk, který je jedním z hlavních faktorů vzniku onemocnění. U lidí před 65. rokem věku se s onemocněním setkáváme spíše výjimečně, po 65. roku věku se incidence zvyšuje a výskyt nemoci se objevuje cca u každého dvacátého člověka. Po 85. roce života se některá z forem demence vyskytuje již u každého pátého člověka. Po 90. roce života již není jasné, zda četnost dále stoupá, či neroste (Koukolík, Jirák, 1998, s. 19). Studie jednoznačně prokázaly častější možný výskyt u žen než u mužů.
- Genetické předpoklady, kdy byla prokázána vyšší četnost u rodin vykazujících familiární agregaci (Koukolík, Jirák, 1998, s. 19). Podle Koukolíka, Jiráka nemusí být familiární agregace sama o sobě důkazem genetické povahy onemocnění, zvýšený výskyt se může projevit i v důsledku společně sdílených vlivů prostředí, tedy kombinací vlivů genetických s vlivy zevního prostředí.
- Úrazy, zejména hlavy. Nemoc se objevuje zejména u boxerů, u nichž dochází k častým otřesům a zraněním hlavy. Dvakrát větší riziko je také u pacientů, kteří prodělali úraz hlavy spojený alespoň s 15minutovou ztrátou vědomí;

Dalším faktorem je vzdělání, které je významnou proměnnou. Zde platí – nižší vzdělání znamená nižší výskyt „mozkové rezervy“ – tedy demence se u takových lidí může objevit podstatně dříve než u lidí s vyšším vzděláním (Koukolík, Jirák, 1998, s. 20).

V některé literatuře se uvádí, že na Alzheimerovu nemoc má vliv také povolání, kdy častější výskyt nemoci postihuje seniory, kteří pracovali manuálně. Řada výzkumů tento faktor bohužel nepotvrdila. V některých výzkumech se sice přece jen shoduje, ovšem odkazuje také na to, že manuální práce zejména u mužů spojuje další možné faktory, které

mohou k nemoci značně přispět. Jedná se například o závislost na alkoholu, kouření, drogách, různá častá poranění hlavy a jiných částí těla a podobně.

Existuje také řada faktorů, u nichž se vztah jednoznačně nepotvrdil, například vztah hliníku, zinku a Alzheimerovy nemoci, vztah mezi užíváním protizánětlivých léků a Alzheimerovou nemocí, neprokázal se ani vliv kouření.

1.1 Příznaky onemocnění

Alzheimerovu nemoc nemusí být z počátku jednoduché diagnostikovat, protože přichází a vyvíjí se pozvolna, plíživě a může být zaměňována za běžné projevy stárnutí (Jiráček, 2008). Již od raného stádia nemoci se však mohou objevovat poruchy paměti, které bývají zpravidla úplně prvním projevem nemoci. Člověk si obtížně vybavuje nedávné události, jména, ztrácí předměty. Začínají se projevovat potíže s orientací v čase a prostoru. Člověk není schopen si časově rozvrhnout den, v důsledku toho může později docházet k obrácenému biorytmu, kdy si člověk postupně zamění den a noc. Začne se ztrácet v sobě známém prostředí. Dalším příznakem jsou poruchy rozumových schopností, kdy dochází ke ztrátě schopnosti rozhodovat se a řešit problémy. Člověk postrádá schopnost abstraktního myšlení, představ. Začínají se projevovat také další potíže, například potíže motorické – apraxie, tedy ztráta schopnosti plnění jednoduchých úkolů, například zavázat si tkaničky, neschopnost se sám obléknout či používat jednoduché nástroje pro každodenní použití. Problém ovšem nespočívá v neschopnosti vykonat daný jednoduchý úkol, člověk pouze neví, jak takový úkol provést. Objevují se i poruchy poznávací – agnózie čili neschopnost vnímat smysly, ovšem ty nejsou nijak porušeny. Z počátku jsou problémy malé, ty pak časem a stádiem nemoci rostou, začnou se objevovat problémy s poznáním předmětů, lidí i rodinných příslušníků. V posledním stádiu člověk často nepozná ani vlastní tvář. S tím přichází poruchy řeči – afázie. Jedná se o poruchu řeči, porozumění psané i mluvené formě. Člověk obtížně hledá význam pro předmět, místo pojmenování ho spíše opisuje, nedokáže se vyslovit, hledá nová jména pro již známé předměty. V posledním stádiu nemoci dochází až k úplné němotě (mutismu). S tím přichází také poruchy chování a deprese. Člověk se uzavírá do sebe, separuje od okolí a vyhledává tichá místa zaručující samotu. Nemoci mohou předcházet i jiné faktory mající vliv na onemocnění Alzheimerovou nemocí. Člověk se většinou nemění celý, mění se pouze některé složky osobnosti. U seniora s Alzheimerovou nemocí se může projevovat agresivita, toulání, apatie, může trpět změnami nálad atd.

S nemocí a věkem je spojený výskyt inkontinence, v důsledku toho, že klient zapomene, kde záchod je, nebo se nedokáže rychle svléknout. Problémy ovšem mohou postupně sílit a přejít také k poruchám příjmů potravy, až k různým blouznivým představám a halucinacím (Pichaud, Thereausová, 1998, s. 92).

1.2 Rozdělení Alzheimerovy nemoci a její stádia

Onemocnění Alzheimerovou nemocí můžeme rozdělit podle několika hledisek.

Rozdělení Alzheimerovy nemoci dle dědičnosti

Dle Goerze a Kumara lze formu nemoci dělit podle dědičnosti na sporadickou, u které nebývají zjištěny genetické mutace, a dědičnou, kterou trpí asi 5–10 % pacientů. Dědičnou formu lze poté dále dělit na 4 varianty:

- AD1 – vyvstává z mutace genu na chromozomu 21, která je zodpovědná za klinickou formu s pozdním začátkem.
- AD2 – vyvstává z přítomnosti genu ApoE4 na chromozomu 19, který způsobuje také klinickou formu s pozdním začátkem.
- AD3 – vyvstává z defektu v genu pro membránový protein presenilin-1 na chromozomu 14, který způsobuje formu s časným začátkem.
- AD4 – vyvstává z defektu v genu pro membránový protein peresenilin-2 na chromozomu 1, který způsobuje formu s časným začátkem.

Rozdělení Alzheimerovy nemoci dle MKN

Alzheimerovu nemoc můžeme dle MKN rozlišit na demenci u Alzheimerovy nemoci s časným nástupem, která se vyznačuje začátkem onemocnění kolem 65. roku věku člověka a vyznačuje se poměrně rychlým zhoršováním průběhu a výraznými poruchami vyšších korových funkcí, nebo demenci u Alzheimerovy nemoci s pozdním nástupem, kdy začátek onemocnění nastupuje později, asi kolem 65. roku věku člověka, nejčastěji však ve věku kolem 70 let a později, vyznačuje se pozvolným nástupem nemoci a primárním znakem je porucha paměti.

Stádia Alzheimerovy nemoci

Stádium mírné

Lze je také nazvat mírnou nebo počínající fází, kdy dominují zejména změny kognitivních funkcí a začínají se objevovat poruchy chování. Vyznačuje se především hledáním vhodných slov (nemůže si vzpomenout, co chtěl senior vlastně říct), zhoršením krátkodobé paměti. Projevuje se také ztíženým vnímáním prostoru a času. Senior začíná pociťovat možné problémy s novými situacemi a věcmi. Objevuje se ztráta motivace, iniciativy a s tím se můžou objevovat pocity mrzutosti, smutku či ztráta zájmu o dosavadní záliby (Mlýnková, 2011).

Stádium střední

Druhé stádium Alzheimerovy nemoci lze také nazvat středně pokročilým či rozvinutým stádiem nemoci, které se vyznačuje již patrnou poruchou soběstačnosti. Klient vyžaduje neustálý dohled druhé osoby. Jsou u něj pozorovatelné změny chování, myšlení a paměti, především mezery paměti týkající se časového sledu běžných činností. Senior v tomto stupni již není schopen samostatného bydlení, života bez občasné pomoci druhé osoby, také není schopen základních denních aktivit týkajících se vaření, úklidu. Senior často bloudí po bytě, domě, v prostředí doposud dobře známém. Nastupují i problémy s osobní hygienou a oblékáním, které představují pro klienta značnou přítěž.

Mezi druhým a třetím stádiem nastupují problémy s řečí, vyjadřováním. Senior není schopen se již jasně vyjadřovat a jeho reakce na podněty jsou nepřiměřené. Také může trpět halucinacemi, bludy (Mlýnková, 2011).

Stádium těžké

Třetí stádium Alzheimerovy nemoci můžeme také nazvat pokročilou formou nemoci, kdy je senior odkázán na nepřetržitou pomoc a ošetrovatelskou péči vykonávanou odborným personálem. Vyznačuje se především obtížným polykáním, špatným sacím reflexem, ztrátou poznávacích schopností, kdy nepozná své vlastní příbuzné. Senior není schopen sebevyjádření ani nedokáže porozumět sdělovaným informacím.

Chůze seniora s Alzheimerovou nemocí v těžkém stádiu je většinou nemožná, v důsledku toho je senior upoután na lůžko a je zcela inkontinentní (Holmerová a kol., 2007, s. 34–38 in Mlýnková, 2011).

1.3 Diagnostika onemocnění

Podle lékaře dr. Dorina (Hopital Paul Brousse, Villejuif) „není vždy snadné demenci diagnostikovat. První problém spočívá v malém počtu banálních symptomů, hlavně když se objeví v pokročilém věku.“ Také říká, že „rodina i pacient velmi často problémy přisuzují obvyklému fyziologickému a duševnímu stárnutí a obracejí se na lékaře až v pokročilém stádiu nemoci“.

Klinická diagnóza nemoci je stanovena na základě zjištění příznaků a vývoje onemocnění a je založena na mezinárodně používaných kritériích skupiny NINCDS/ADRDA z roku 1984. Důležitou součástí při diagnostikování Alzheimerovy nemoci je vyloučení jiné možné příčiny demence, například Parkinsonovy nemoci, Huntingtonovy nemoci a jiných systémových poruch (Zvěřová, 2017).

Kritéria skupiny NINCDS/ADRDA

McKhann a spol. vypracoval roku 1984 kritéria pro Alzheimerovu nemoc, která byla poté publikována institutem NINCDS/ADRDA. Tato publikace obsahuje 4 druhy kritérií. Kritéria jisté Alzheimerovy nemoci, kdy pacient splňuje kritéria pro pravděpodobnou Alzheimerovu nemoc na základě podání histopatologického důkazu biopsie nebo autopsie (Zvěřová, 2017). Kritéria pravděpodobné Alzheimerovy nemoci obsahují diagnózu stanovenou na základě klinických vyšetření pomocí testů, neuropatologického vyšetření, aby se vyloučilo jiné systémové onemocnění či porucha činnosti mozku. Ta by totiž mohla zapříčiňovat poruchu poznávacích funkcí (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 92). Dalším kritériem je porucha dvou či více poznávacích funkcí u seniora, které musí být prokázány. U seniora se také zkoumá nástup progresivního horšení paměti a jiných poznávacích funkcí, a to bez narušení vědomí seniora.

Začátek onemocnění přichází kolem 40. roku zhruba do 90 let života, nejčastěji se ovšem objevuje kolem 65. roku věku člověka (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 92).

Mezi znaky pravděpodobné Alzheimerovy nemoci v oblasti psychické můžeme zařadit například deprese, nespavost, emoční či fyzické i verbální výbuchy, halucinace, iluze, blouznění. V oblasti fyzické jsou to například ztráta hmotnosti, poruchy sexuality, inkontinence. V pokročilých stádiích nemoci se mohou objevovat neurologické příznaky, jako např. zvýšení svalového tonu, myoklonus, epileptické stavy, poruchy chůze a jiné.

Kritéria možné Alzheimerovy nemoci

Představuje přítomnost onemocnění s atypickým začátkem, klinickým obrazem či progresí, velmi rychlým začátkem, fluktuujícím průběhem a jiné (Zvěřová, 2017).

Kritéria nepravděpodobné Alzheimerovy nemoci

Syndrom demence nastupuje velmi náhle. Objevuje se přítomnost neurologických příznaků, jako jsou poruchy koordinace, pohybové poruchy či poruchy vidění, u seniora s Alzheimerovou nemocí se mohou objevovat až epileptické záchvaty (Zvěřová, 2017).

Vyšetření Alzheimerovy nemoci

Senior podstupuje neuropsychologické vyšetření kognitivních funkcí. Zahrnuje prověření výkonu senzo-motorických systémů. Vyšetření zkoumá paměť, pozornost, jazyk a řeč a vizuospaciální funkce (zkoumá vnímání trojrozměrného obrazu, a exekutivní funkce, tedy plánování, tvorbu a provedení zadaných úkolů). (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 96).

Klinické bodovací stupnice

Testování za pomoci klinických bodovacích stupnic pro hodnocení Alzheimerovy nemoci je pro pacienty méně náročné než neuropsychologické vyšetření. Podávají rychlé a přesné hodnocení stupně nemoci u pacienta. Mezi nejrozšířenější bodové testy můžeme zahrnout:

MMSE (Mini-Mental State Examination) – jedná se o test kognitivních funkcí, zejména paměti a jiné činnosti mozku, které bývají zasaženy syndromem demence a Alzheimerovou nemocí (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 96). Test obsahuje možnost získání celkem 30 bodů, kde se rozmezí stupnice pohybuje do 27 bodů – norma, 21–22 bodů – lehká demence, 10–12 bodů – střední demence, 10 a méně bodů – těžká demence (Vavrušová, 2012, s. 19) (viz příloha č. I).

GDS (Global Deterioration Scale) zahrnuje 7 stupňů postižení kognitivních funkcí.

Test kresby hodin – je jedním z nejjednodušších testů kognitivních funkcí, ve kterém dostane pacient za úkol nakreslit hodiny s požadovaným časem. Dle kvality provedení lze určit, v jaké fázi onemocnění se pacient nachází a jak nemoc postupuje.

Geriatrickou škálu deprese – škála deprese dle Yesavage, ve které lze na základě odpovědí na jednoduché otázky týkající se duševního stavu klienta zjistit míru deprese. Škála představuje hodnocení zhruba 15 otázek, která se vyhodnocuje získáním počtu bodů, 0–7 bodů – norma, 8–12 bodů – mírná deprese, 13–15 bodů – těžká deprese (viz příloha č. IV).

Wechslerovu škálu paměti, což je test orientace, logické paměti, kdy má senior za úkol zapamatovat si dvojice slov a tváří, seskupení slovních spojení a čísel, zrakové reprodukce v čase a prostoru. Pomocí tohoto testu se získávají podrobné informace o slovní i zrakové paměti, testující okamžité i oddálené vybavení (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Stroopův test, pomocí něhož dochází k posouzení míry pozornosti, mentální pružnosti, psychomotorického tempa a přizpůsobení se zátěži (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Test kreslení dráhy, kde dochází ke zhodnocení schopnosti plánování, zrakové koordinace, pozornosti, celkové adaptace. Také sleduje psychomotorické tempo (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009).

Anamnéza

Vzhledem k tomu, že si pacient nemoc jen zřídka uvědomuje a nechce si ji připustit, je důležitá objektivizace jejích příznaků druhou osobou. Nejlépe se informace získávají přímo od rodinných příslušníků seniora s Alzheimerovou nemocí. Ti sdělují informace o délce a době trvání příznaků, o průběhu nemoci, ale také údaje z osobní anamnézy před onemocněním. Zjišťují se informace o různých úrazech hlavy, mozkových příhodách, onemocněních srdce, cukrovce, poruše metabolismu tuků, zda se senior léčil s depresí či jinými psychickými poruchami. Častou, možná i základní otázkou je, zda se vyskytla demence či jiná neurologická či psychická porucha u přímých příbuzných (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 26).

1.4 Léčba

Vzhledem k tomu, že v současnosti není známa etiopatogeneze Alzheimerovy nemoci, nelze určit optimální léčebný postup, který by zajistil její vyléčení. Avšak dnes je již pomocí vzájemně souvisejících etiopatogenetických řetězců možné výrazně zpomalit průběh onemocnění, obzvláště když se s léčbou začne včas (Koukolík, Jirák, 1998, s. 213).

Důležité je, aby léčba Alzheimerovy nemoci byla komplexní, tedy zahrnující farmakoterapii, psychosocioterapii (trénink kognitivních funkcí), léčbu interkurentních onemocnění, rehabilitaci tělesných funkcí i práci s rodinou, pracovníky specializovaných zařízení (Koukolík, Jirák, 1998, s. 213).

Pro efektivní zpomalení příznaků Alzheimerovy nemoci je důležité, aby léčba Alzheimerovy nemoci byla komplexní, musí zahrnovat nejen farmakologickou léčbu, ale také i psychosocioterapii. Psychoterapie by měla být primárně zaměřena na zachování běžných denních aktivit a zvyků, proto je třeba rozvíjet ty funkce, které klientovi zůstaly nebo jsou jen málo postiženy nemocí (Koukolík, Jirák, 1998).

Shrnutí

Pro objasnění problematiky byla v první kapitole podrobněji popsána Alzheimerova nemoc. Zahrnovala faktory ovlivňující výskyt a příznaky nemoci, stádia i léčbu, která je stanovena podle stupně postižení nemocí a podle individuálních možností seniora. Léčba se zaměřuje na udržení co nejdéle optimální kvality života. Zahrnuje aktivity na udržení péče o vlastní osobu co nejdéle. Používá techniky na trénink mozkových funkcí. Důležitou součástí je také podpora rodin a podpora klienta žijícího ve specializovaném zařízení určeném této cílové skupině ze strany rodiny (Mlýnková, 2011). Aby byla léčba úspěšná, musí být prováděna komplexně, je tedy potřeba, aby byla prováděna specializovaným personálem ve specializovaném prostředí, což bude popsáno v následující kapitole.

2 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ

„Jedním ze soudobých nástrojů sociální politiky jsou sociální služby, sociální příjmy, příspěvek na péči, věcné dávky a věcná plnění“ (Kučerová, 2009 in Prudká, 2015). Díky sociálním službám může být seniorovi s Alzheimerovou nemocí bezpečně poskytnuta péče o vlastní osobu, zajištěno stravování, ošetřování, poskytování různých potřebných informací, zprostředkování sociálního kontaktu a rozvoj zájmů a práv klienta (Dvořáčková, 2012).

Sociální služby pro seniory můžeme rozdělit do tří skupin:

Terénní – pracovník navštěvuje klienta u něj doma. Poskytuje mu všechny potřebné druhy péče, zajišťuje nákupy, úklid a další činnosti spojené s klientem, který i nadále bydlí ve svém domově.

Ambulantní – klient dochází do zařízení, kde je mu poskytnuta péče o jeho osobu, zároveň však bydlí ve svém domově.

Pobytové – v důsledku nemoci klient již nebydlí u sebe doma, ale v zařízení se speciální režimem či Alzheimer centru (Prudká, 2015).

Postup při přijímání klienta do zařízení viz příloha č. II.

2.1 Alzheimercentrum

Alzheimercentrum je zařízení, které poskytuje seniorům s Alzheimerovou nemocí a jinými typy demence komplexní kvalitní službu. Jejím hlavním cílem je zaměřením se na individuální potřeby těch seniorů, kteří již nemohou zůstat ve svém vlastním domácím prostředí. Alzheimercentrum nabízí péči v oblasti:

Fyzické – zahrnuje základní životní potřeby klienta, ubytování, stravování, hygienu a oblékání, vyprazdňování aj.

Sociální a psychické – nabízí a zprostředkovává sociální kontakt, poskytuje podporu v rozhodování, naplnění cílů a přání, rozvíjí aktivity, které senior vykonával dříve a které jsou mu blízké (Alzheimercentrum, 2019).

Cílová skupina

Cílovou skupinou pro poskytování služeb je osoba od 27 let trpící chronickým duševním onemocněním, kombinovaným postižením, stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demence. Péče je poskytována osobám, které v důsledku nemoci již nejsou schopny zvládat svou nepříznivou situaci a potřebují péči jiné osoby (Alzheimercentrum, 2019).

Rozdělení osob

Osoby, jimž je poskytována péče, můžeme rozdělit na dospělé ve věku 27–64 let, mladší seniory – 65–80 let, starší seniory – nad 80 let.

Cíle služeb

Zařízení spatřuje cíle ve třech rovinách: ve stanovení individuálních základních životních potřeb, v poskytování podpory, která je pro daného klienta potřebná a již vyžaduje, a také v zachování co nejužšího vztahu s rodinou klienta a jeho blízkými (Alzheimercentrum, 2019).

Zásady služeb

Mezi nejdůležitější zásady Alzheimer centra patří dodržování práv klientů vycházející z Listiny základních lidských práv a svobod. Dále poskytuje bezpečné odborné služby, profesionální přístup a dodržuje respektování vlastních práv a požadavků klienta na péči. Poskytuje tedy klientům individuální přístup. Zařízení se snaží vést klienta k samostatnosti a nezávislosti. Péče v zařízení je založena na partnerské rovině, v příjemném, klidném prostředí, s příjemným personálem (Alzheimercentrum, 2019).

Rozsah služeb

Poskytovaná péče v domově se speciálním režimem je zajištěna 24 hodin 7 dní v týdnu po celý rok a prováděna je speciálním odborným týmem pracovníků. Rozsah poskytování služeb je písemně upraven ve standardech kvality služeb a ve zpracovaných individuálních plánech. Zařízení seniorům s Alzheimerovou nemocí poskytuje sociální, ošetrovatelskou péči založenou na koncepci různých terapií za pomoci odborného personálu. Ten pravidelně prochází vzděláváním v oblasti komunikace a péče o osobu s Alzheimerovou nemocí a jiným typem demence (Alzheimercentrum, 2019).

Nabídka služeb

Služby v zařízení jsou poskytovány dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zařízení zajišťuje:

Ubytování – klienti mají možnost výběru jednolůžkového či dvoulůžkového pokoje se sociálním zařízením. Pro klienty jsou k dispozici společenské prostory (jídlena, terasa, vstupní hala, odpočinkové místnosti a ergoterapeutické místnosti).

Stravování – podávání pokrmů v zařízení podléhá zásadám zdravého stravování a v souladu s biografickou anamnézou a reminiscenční terapií, kdy jsou pokrmy podávány tak, jak byli klienti zvyklí.

Pomoc při hygieně – zahrnuje mytí, sprchování, péči o ústní dutinu, vlasy, nehty i pomoc při fyziologické potřebě a následné hygieně (Malíková, 2011).

Pomoc při zvládání každodenních činností – zahrnuje osobní péči při ukládání do postele, vstávání, polohování, chůzi, pomoc ve výběru oblečení, při oblékání, svlékání, obouvání, zouvání. Co se ošetření týče, zahrnuje dohled nad dodržováním léčebného procesu, pomoc při přepravě k lékaři. Patří sem i pomoc při komunikaci, zahrnuje všechny její druhy (verbální, neverbální, písemnou, včetně vyřizování dokumentace, pomoc při obsluze mobilního telefonu). Pomáhá klientům v orientaci v místě zařízení, okolí, v prostředí rodinném, ale i v čase, tedy plánování dne, uspořádání času. Personál se snaží co nejvíce klienty zapojovat do aktivit zařízení dle věku, stádia onemocnění, vlastní vůle klienta. Personál se snaží vést klienta k úklidu jeho prostor.

Přání klienta a jakékoli jím požadované věci, nákupy, rozmístování vybavení po pokojích dle přání klienta.

Pracovníci zařízení zprostředkovávají kontakt s personálem i ostatními klienty, což zahrnuje i vycházky a tím zachování kontaktu s přírodou, okolím. Zařízení nabízí sociálně terapeutické činnosti (podpůrné terapie) i aktivizační činnosti zahrnující primárně aktivity pohybové. V neposlední řadě zajišťuje pomoc v uplatňování práv, personál komunikuje s úřady, vypisuje tiskopisy, vyřizuje žádosti a jiné administrativní úkony (Alzheimercentrum, 2019).

Zdravotní péče

V každém Alzheimercentru je zdravotnická péče poskytována dle možností zařízení. V každém je ale poskytována celodenní péče zdravotnického personálu, doplňkovými službami jsou služby poskytované praktickým lékařem, psychiatrem i rehabilitačním pracovníkem.

Aktivizační služby

Zařízení nabízí klientům například tyto aktivizace:

- Ergoterapii – zaměřující se na schopnosti a dovednosti klienta.
- Bazální stimulaci – jedná se o smyslovou stimulaci na podporu komunikace, zprostředkování různých informací.
- Dotykovou terapii – doplňuje komunikaci mezi klientem a personálem.
- Taneční, pohybovou terapii – pro lepší hybnost, aktivizaci klienta.
- Reminiscenční terapii – trénování paměti pomocí vzpomínek.
- Trénink paměti – jedná se také o smyslovou terapii, komunikaci s personálem.
- Canisterapii – zapojení psa do aktivizace.
- Muzikoterapii – zahrnuje zpěv, poslech hudby, hraní na hudební nástroje.
- Artererapii – zapojení klientů do výtvarné činnosti.
- Aromaterapii – stimulace klientů pomocí vůní, příjemného prostředí.
- Aktivizaci klientů – zahrnuje ostatní činnosti posilující soběstačnost, dovednosti, schopnosti, relaxaci apod.
- Mezigenerační setkávání – komunikace, osobní styk seniorů s dětmi, trávení společných chvil a vytváření společných aktivit (Alzheimercentrum, 2019).

Propojení služeb

Alzheimercentrum se snaží o zapojení rodiny do péče klienta, umožňuje a vítá jakýkoli kontakt, komunikaci, péči, trávení času s klientem, protože klient tak má pocit rodinného prostředí, které dobře zná a cítí se bezpečně.

Na péči o klienty se dále mohou podílet církve, zájmová sdružení, zdravotnická zařízení a jiné spolky.

Klienti mohou mít také možnost zprostředkovaných služeb s různými obchody dle přání klientů, městským úřadem a jinými institucemi, kadeřnicí, manikúrou, pedikúrou, divadly i kiny, výstavami a jinými institucemi (Alzheimercentrum, 2019).

2.2 Domov pro seniory se zvláštním režimem

Sociální služby poskytované v domově se zvláštním režimem jsou pobytové služby poskytované seniorům se sníženou soběstačností. Jsou poskytovány zejména osobám s Alzheimerovou nemocí, stařeckou demencí a jiným typem demence, jejichž stav vyžaduje pravidelnou pomoc druhé osoby (Česko, 2006). Režim při poskytování služeb je přizpůsoben potřebám těchto osob (Dvořáčková, 2012).

Poskytované služby

Domov pro seniory se zvláštním režimem disponuje větším počtem pracovníků než domov pro seniory v důsledku specifických potřeb seniorů s Alzheimerovou nemocí (Mlýnková, 2011). Rozsah poskytovaných služeb je určen zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zařízení se zvláštním režimem poskytuje téměř totožné služby, jako byly popsány v předchozí podkapitole o Alzheimercentru.

2.3 Příspěvek na péči

O příspěvek na péči může požádat osoba, která je závislá na péči jiné osoby (Hrozenská, Dvořáčková, 2013). Tímto příspěvkem chce stát zajistit možnost sociálních služeb pro seniory s Alzheimerovou nemocí. Náklady jsou hrazeny ze státního rozpočtu, přičemž výše příspěvku činí:

Tabulka 1: Výše příspěvku na péči

Stupeň závislosti	Výše příspěvku
I. Lehká závislost	880 Kč
II. Středně těžká závislost	4400 Kč
III. Těžká závislost	12800 Kč
IV. Úplná závislost	19200 Kč

Zdroj: dle zákona č. 108/2006 Sb.

2.4 Aktivizační pracovník

Sociální pracovník, tedy i aktivizační pracovník zprostředkovává pomoc a služby osobě, která ji potřebuje. Zároveň pomáhá stanovit optimální škálu služeb, která je individuální pro daného klienta a jeho zdravotní stav (Matoušek, 2011). Aktivizačním pracovníkem může být osoba se základním, středoškolským i jiným vzděláním, po absolvování akreditovaného kurzu nebo absolvování některého z oborů zabývajících se sociální prací s danou skupinou. Během praxe poté dochází k postupnému zaškolování, doškolování pomocí dalších akreditovaných kurzů (Česko, 2006).

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vykonává aktivizační pracovník nepedagogickou výchovnou činnost, která se primárně zabývá působením na klienta, vedením k soběstačnosti, působí na rozvoj jeho pracovních i každodenních návyků a jeho manuálních i kognitivních funkcí. Aktivizační pracovník vede volnočasové aktivity klientů, provádí spolu s klienty různé terapie, které mohou mít charakter buď práce s jednotlivcem, či skupinou (Česko, 2006).

Komunikace s klienty

Vzhledem k tomu, že je u seniorů s Alzheimerovou nemocí jako první postiženo centrum řeči, je nezbytně nutné, aby personál vedl s klientem odpovídajícím způsobem komunikaci a vedl ho také k odpovídající komunikaci s okolím. Proto je důležité, aby personál o klientovi věděl co nejvíce podstatných informací, jež mohou komunikaci ovlivnit a přispět jí. Nedostatečná komunikace může vést k pocitům izolace, deprese, úzkosti až deprivaci, apatii (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Komunikace se seniory s Alzheimerovou nemocí by měla být realizována v jednoduchých krátkých větách. Důležité je oslovovat klienta tak, jak si přeje a jak je zvyklý. Dalším znakem optimální komunikace je, aby byly úkoly klientům přidělovány postupně, ale v žádném případě je nelze do žádných aktivit a prací nenutit. Sám klient ví nejlépe, co je pro něj dobré a žádoucí. I když se někdy jeví jeho poznatky jako nereálné či nesmyslné, v žádném případě by neměl pracovník klientovi nijak odporovat. Tím by se nikam v práci neposunul, spíše naopak. Komunikace by měla být zaměřena na zjišťování, dotazování, podporování. V žádném případě nesmí být založena na zakazování, rozkazování či ponižování seniora s Alzheimerovou nemocí (Kleťetová, 2017).

Shrnutí

Ve druhé kapitole s názvem Sociální služby pro seniory s Alzheimerovou nemocí byla nejprve popsána pobytová zařízení sociálních služeb zaměřená na danou skupinu osob. Byl uveden druh a rozsah jejich služeb, včetně nastínění několika aktivitací, které budou podrobněji popsány v další kapitole. Dále byl jako součást péče uveden příspěvek na péči, kterým stát umožňuje dotování péče osobám potřebujícím pomoc jiné osoby. V závěru kapitoly byl popsán aktivizační pracovník jako jeden z mnoha zúčastněných na péči, léčbě a aktivitaci seniorů s Alzheimerovou nemocí. Popis zařízení i pracovníka byl vybrán vzhledem k názvu bakalářské práce.

3 AKTIVIZACE SENIORŮ S ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ

Při péči o lidi s Alzheimerovou nemocí nejspíše neexistuje nic cennějšího než smysluplná aktivizace. Dokáže člověka nejen pozvednout, ale také rozptýlit depresi, posílit udržení momentálního stavu nemoci. Aktivizace je pro seniora stejně důležitá jako potřeba jídla či fyzické péče (Zgola, 2003). Aby byly aktivizace úspěšné, musí být vykonávány v rámci celkového procesu plánování sociálních služeb pro seniory, jen tak může senior žít způsobem, který mu nejvíce vyhovuje, může pokračovat v tom, co ho baví, co je pro něj důležité a smysluplné (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Aktivizace představují soubor všech různých aktivit, které senior může vykonávat buď sám ve skupině, či může být pouze pasivním pozorovatelem. Tyto aktivity vedou k posílení lidské důstojnosti a sebeuvědomění, protože dávají účel a smysl jeho životu (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

„Něco dělat‘, je pro většinu lidí synonymem slov ‚být naživu‘“ (Zgola, 2003).

Cíle aktivizace

Primárním cílem je udržení, efektivní zlepšování základních dovedností. To zahrnuje aktivity zaměřené na hrubou i jemnou motoriku, chůzi, soběstačnost různých denních aktivit. Zaměřuje se také na kognitivní funkce (paměť, pozornost, myšlení, vnímání, řeč, myšlení, orientaci aj.). Cílem je také vyplnění volného času, které je zároveň součástí prevence proti nutnosti hospitalizace. Pomocí aktivizací dochází také ke zmírnění nežádoucího chování seniorů v důsledku nemoci (neklid, deprese, stavy úzkosti, bloudění, zmatenost aj.). Aktivizace mají za úkol udržení nejen potřeb fyzických, ale také psychických, tedy udržení odpovídajícího psychického stavu seniora. Zde se zaměřují na aktivity vedoucí ke zvýšení sebevědomí, sebedůvěry, uplatnění se v kolektivu, začlenění do skupiny. Díky aktivizacím dochází u seniora s Alzheimerovou nemocí k optimálnímu sestavení režimu dne, který vede k pocitu bezpečí, stability a řádu. Výhodou každé aktivizace, skupinové i jednotlivé, je nutnost pravidelné komunikace (verbální i neverbální) seniora s personálem i mezi samotnými klienty (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Zásady aktivizace

Základními zásadami aktivizace jsou:

Smysluplnost – aby byla aktivizace účinná a smysluplná, musí být vybrána na základě klientových potřeb, přání, oblíbených aktivit, které klienta doposud naplňovaly a byly součástí jeho každodenního života. Viktor Frankl pokládal „vůli ke smyslu“ za hlavní motivační sílu. Také říká, že nezbytnou podmínkou toho, aby člověk jednal a prožíval život smysluplně, je potřeba mít něco, pro co žít (Dvořáčková, 2012).

Zachování lidské důstojnosti – účelem aktivizací a samotných sociálních služeb je přispívat k zachování či obnovení lidské důstojnosti a také kvalitě člověka, aby mohl senior žít na stejné úrovni jako ostatní (Holasová, 2014).

Výběr aktivizací podle individuálního plánu klienta – jen díky individuálnímu plánování může docházet k zajištění kvality poskytovaných služeb (Hauke, 2011).

Působení na všechny složky osobnosti – aby byla aktivizace klienta úspěšná, musí zahrnovat působení jak na fyzickou, tak psychickou, kognitivní i duchovní stránku a měla by zahrnovat vnímání co nejvíce smyslů (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Pravidelnost – většina současných koncepcí zabývajících se zkoumáním úspěšného stárnutí a různých programů pro seniory k tomu určených klade důraz na pravidelné dostatečné aktivity, které je popřípadě možno rozdělit do menších jednoduchých, dílčích úkolů (Holčerová, Dvořáčková, 2013).

Podpora silných stránek klienta – pro co nejlepší výsledky aktivizace je nutné, aby probíhala ve známém, bezpečném, klidném, neohrožujícím prostředí. Jednou z podmínek úspěšnosti je také podpora silných stránek klienta, které působí jako základ pro osvojení, znovu osvojení si méně silných stránek klienta (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Překážky aktivizací

Při plánování aktivizace je nutno vzít v úvahu možné překážky zahrnující poruchy krátkodobé paměti. V důsledku toho tedy musí vzít personál v potaz snížené psychomotorické tempo, které zahrnuje i ztíženou schopnost řeči, ztížené vnímání prostoru a času, smyslové vnímání. Personál by se měl zaměřit na emotivní složku seniora trpícího Alzheimerovou nemocí, ne vždy je totiž stav klienta optimální. Často trpí stavy deprese, úzkosti, pasivity, která může vyústit až v apatii. Klient může pociťovat nechuť k novým činnostem, proto je nutné hledat příčiny. Někdy k tomu může docházet v důsledku

zhoršení jemné motoriky, ztráty pozornosti, soustředění. Ovšem senior o aktivity nemusí jevit zájem, protože má strach z nových činností, doposud nezažitých. Proto je důležité ke klientům přistupovat individuálně, dle potřeb každého seniora trpícího Alzheimerovou nemocí.

3.1 Každodenní orientace

Dle projektu Montessori pro seniory přináší klientům s demencí pomoc při orientaci pocit bezpečí a opory. V zařízení se pomáhá srovnat s neznámým, ale i s již známým prostředím. K orientaci výrazně přispívají různé tabule s přiměřeně velkým písmem, aby je mohli přečíst i lidé s oslabeným zrakem, vhodnou pomůckou jsou také obrázkové tabule (Wehner, Schwinghammer, 2013). Orientace realitou je považována za jeden z nejstarších přístupů k seniorům s Alzheimerovou nemocí, který vznikl z původní reakce na stav, kdy je senior s demencí dezorientován (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009).

Tabule ročních dob

Pomocí tabulí ročních dob pomáhá zařízení zejména klientům, kteří v důsledku své nemoci již nemohou vycházet ze zařízení, tím pak velmi rychle dochází ke ztrátě časové orientace, včetně orientace na roční období. Tabule by měla být pestrá, kromě data, měsíce i roku by měla být doplněna i o obrázky, dekorace, fotografie ročního období (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Tabule k narozeninám

I když každá rodina slaví narozeniny různě, jiným vlastním rituálem, jsou i tak pro seniora dále důležitou součástí. Proto je důležité, aby personál i v zařízení věděl, kdy klient slaví narozeniny, a aby klientovi dle jeho zvyků popřál. S tím jsou také spojené tabule k narozeninám či seznam klientů majících v daném období narozeniny. Zařízení může klientovy

narozeniny pojmout i dle přání klienta, může si např. vybrat dort, přípitek, oslavu či požádat o svolání rodiny a uspořádání menší oslavy (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Tabule při loučení

Ve většině zařízení není žádný prostor pro rituál při úmrtí klienta. Mělo by představovat pro zařízení i rodinu důstojný rámec toho, jak prožít tento rituál a samotné rozloučení. Tabule by měla obsahovat vhodné pozadí, datum, jméno a třeba i pár osobních slov o klientovi (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Informační tabule

Jedná se o tabule s kreativním pojetím personálu, které mají sloužit jako informace pro rodinné příslušníky o dění, konání společenských akcí a aktivit určených pro jejich rodinné příslušníky i samotné klienty (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Administrativní tabule

Častou otázkou rodinných příslušníků je, kde najdou právě sloužící personál. Takové tabule usnadní orientaci nejen rodinným příslušníkům, návštěvníkům, lékařům, pohotovostní službě, ale i samotným klientům (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Tabule o týmu

Personál jako jeden tým by měl být přístupný a dobře známý všem rodinným příslušníkům, návštěvníkům a hlavně samotným klientům. Takové tabule by měly obsahovat aktuální informace o pečujícím personálu, včetně aktuální fotografie (Wehner, Schwinghammer, 2013).

Jídelníček – týdenní plán

Aby byl týdenní plán pro klienty dobře čitelný a snadný pro orientaci, je důležité, aby byl psán velkým písmem. Pro klienty je těžké orientovat se v příliš mnoha informacích, proto je důležité, aby měli možnost přímého výběru maximálně ze dvou jídel, do činnosti tím zapojí hned několik smyslů (Wehner, Schwinghammer, 2013).

3.2 Druhy aktivizací

Procvičování mentálních i fyzických schopností je důležitou součástí aktivizace nejen pro seniory s Alzheimerovou nemocí, ale pro každého seniora (Mlýnková, 2011).

Ergoterapie

Ergoterapie byla ovlivněna medicínou, proto nejprve spadala pod oblast zdravotnictví. Až v roce 1992 se vyčlenila z fyzioterapie na samostatný obor v rámci vyššího odborného vzdělávání (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Ergoterapie představuje různé techniky práce s klienty, jež vedou k posílení soběstačnosti a k lepšímu zvládnutí sebeobslužných činností. Jedná se např. o kreslení, malování, vytváření různých výtvarných objektů, mozaiky, vyrábění drobných plastik. Tuto terapii můžeme také zahrnout pod arteterapii (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Zaměření ergoterapie

Technika se zaměřuje na pohybovou koordinaci i jemnou motoriku, provádění kognitivní rehabilitace, stimulování a podmiňování, trénink mozkové činnosti a rehabilitaci fatických poruch. Zahrnuje také zaškolení seniorů ve využívání nových technologií a netradičních technik i postupů práce (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Cíle ergoterapie

Mezi cíle dle České asociace ergoterapeutů patří podpora zdraví i duševní pohody smysluplnou aktivitou, prací. Jedná se o pomoc vedoucí ke zlepšení schopností týkajících se

běžných denních činností – pracovních i volnočasových i naplnění osobních rolí. Nápomoc směřuje k plnému zapojení seniora do aktivit, skupiny, prostředí. Uplatňuje terapie tak, aby byl senior jejich aktivním účastníkem a podílel se na plánování celého procesu. Tím posiluje, udržuje, obnovuje získání kompetencí pro zvládnutí každodenních činností v daném prostředí. V neposlední řadě zachovává možnost účastnit se aktivit bez ohledu na zdraví, stupeň onemocnění (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Aby byla ergoterapie co nejefektivnější, měla by se prolínat s prvky jiných terapií, např. muzikoterapií – vhodnou hudbou, aromaterapií – aromalampy, svíčky, reminiscenční terapií – střídání aktivity a relaxace. V důsledku toho přináší seniorům pocit sebedůvěry,

sebeúcty a vede k navazování nových vztahů mezi jednotlivými seniory, udržení své kondice a soběstačnosti (Malíková, 2011).

Ergoterapie v praxi

Ergoterapie vychází z každodenních aktivit člověka. Slouží k obnovení dřívějších zájmů, zálib, povolání, každodenních domácích prací. U žen představuje třeba činnosti spojené s vařením, úklidem, pečením. Např. u pečení koláčků dochází k zapojení jemné motoriky, posílení paměti, aktivizace smyslů – chuť, čich, hmat. U mužů může práce představovat různé činnosti v dílně, péči o zahradu, předávání rad s techniky a údržbáři.

Mezi další práce zde můžeme zahrnout např. háčkování, pletení, práci s keramikou a jinou modelovací hmotou, malování, vytváření koláží, výrobu různých předmětů (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Muzikoterapie

Muzikoterapie pracuje s prostředky hudby, která může mít hudební, dramatický, literární, výtvarný či pohybový charakter. Jedná se o léčbu hudbou, pomocí hudby. Může mít formu poslechu, zpěvu, tvorby hudby, tance při hudbě, hudebního a imaginárního cvičení (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Techniky muzikoterapie

Techniky lze rozdělit do dvou skupin:

Aktivizační techniky, kdy je klient přímo zapojen do hudební činnosti. Ty představují např.:

Společný zpěv – tato technika představuje přímé zapojení do zpěvu za doprovodu hudby. Pro případ, že senior zapomene text, je vhodné, aby ho měl k dispozici vytištěný před sebou.

Cvičení při hudbě – technika představuje řadu možností, jak využít pohybové aktivity ve skupině. Může mít podobu tance na rytmické melodii, procvičování chůze nebo může být skupina rozdělena na dvě skupiny, přičemž skupina první pomocí jednoduchých nástrojů (triangl, bubínek, dřívka, zvonečky, ...) tvoří hudbu a skupina druhá na ni cvičí, poté následuje vystřídání skupin.

Kvízy – jedná se o techniku, která se zaměřuje na činnost mozku, kdy si má senior vzpomenout na autora a název právě hrané hudby.

Relaxační techniky – zaměřují se na odpočinek, relax, zklidnění klientů, navození pocitu pohody a bezpečí. Představují např.:

Uvolnění – aby došlo k uvolnění, musí být muzikoterapie prováděna v klidném prostředí, kde nejsou slyšet okolní zvuky ani jiné rušivé elementy. Terapeut zde zaujímá postavení vedoucího, který sděluje seniorům, co mají dělat. Může dávat různé pokyny k dechovým cvičením, čímž senior procvičuje břišní, hrudní i podklíčkové dýchání.

Poslech hudby – je nenáročnou technikou, kterou může absolvovat kterýkoli klient bez ohledu na stupeň onemocnění. Během poslechu může projevat různé emoce, ať již pozitivní, či negativní, proto je vhodné po poslechu hudby zařadit reflexi, během níž mohou klienti diskutovat o svých pocitech (Mlýnková, 2011).

Arteterapie

Arteterapie představuje propojení činnosti výtvarného umění a sebevyjádření, kreativitu seniora, která má vliv na oblast duševního zdraví (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Cíle arteterapie

Cílem arteterapie není vytvořit umělecké dílo, které je esteticky na vysoké úrovni, smyslem je vyjádřit vlastní kreativitu, aktivitu, produktivní činnost seniora (Mlýnková, 2011). Lze rozlišit tyto cíle arteterapie:

Individuální, jež zahrnují individuální posuny vedoucí k uvolnění, sebezpožívání a sebevnímání, vizuálnímu i verbálnímu uspořádání zážitků, poznání svých možností, sebehodnocení, také k růstu motivace a svobody v experimentování, vyjádření své fantazie.

Sociální, jež zahrnují vnímání druhých lidí ve skupině, vytváření si hodnot i jejich ocenění, navazování kontaktů, zapojení se do skupiny, kooperaci, vzájemnou komunikaci, hledání společného řešení v konfliktech i různých problémech, tedy zahrnují vše, co vytváří sociální podporu seniora (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Arteterapie v praxi

Techniky arteterapie mohou mít formu buď skupinové, či individuální práce. Jsou to např.:

Výtvarné techniky a jejich použití při kresbě pomocí vodových, temperových barev, zapojení pomůcek, jako jsou razítka, do kresby. Můžou se použít také voskové pastelky k vyškrobání obrázků.

Textilní techniky, které se používají při batikování oblečení, k výrobě různých polštářů či vaků, sáčků nebo při výrobě textilních koláží.

Technika práce s papírem, např. vystřihování z papíru, vytváření koláží.

Technika práce s přírodním materiálem, např. zpestření výtvarné činnosti o suché či živé rostliny, ty se mohou také různě aranžovat do nádob, do kytic, které mohou být poté součástí vybavení prostor zařízení.

Drátkování, např. obdrátkování různých váziček, nádob (Mlýnková, 2011).

Petterapie, zooterapie

Je to léčba za pomoci různých zvířat. Výrazně přispívá nejen ke zlepšení psychického, ale i fyzického stavu klienta, vede ke snížení depresí, pocitu tlaku, zpomalení srdeční činnosti. K petterapii jsou vhodná různá zvířata – pes, kočka, králík, andulky, kůň aj. (Mlýnková, 2011).

Dramaterapie

Dramaterapie představuje různé postupy vedoucí k sebevyjádření, sebepoznání i pochopení mezilidských vztahů. Pomocí dramatické hry mohou klienti vyjádřit svá skrytá traumata, vyjádřit svá přání i pocity. Díky dramaterapii dochází k navázání kontaktu mezi klienty navzájem, mezi pracovníky i dalšími osobami zainteresovanými do péče o klienty (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Trénink paměti

Ředitel oddělení psychofyziologie z Výzkumného ústavu centrálního nervového ústavu Serge Laroche říká: „*Termín paměť je obecným názvem pro řadu systémů, které za normálních okolností úzce spolupracují. Stejná událost může mít jak sémantický, tak epizodický obsah a většina informací, které si vštěpujeme, má jak procedurální, tak sémantickou podobu. Mozek se neskládá z řady navzájem sousedících nezávislých modulů. Naopak každá vzpomínka probouzí činnost v mnoha oblastech mozku. Tyto oblasti tvoří dočasnou nebo trvalou síť, v níž je vzpomínka uložena*“ (Holczerová, Dvořáčková, 2013, s. 56).

Trénink paměti v praxi

Paměť lze trénovat mnoha způsoby pomocí běžných denních činností i řízených plánovaných aktivit. U denních činností to může být stlaní postele, každodenní hygiena, rituál jídla atd. U řízených aktivit můžeme zmínit např. různé hry na zapamatování

předmětů, které klient po určitý čas vidí, po jejich zakrytí musí vyjmenovat ty, které si zapamatoval (Kimova hra), dále mohou k trénování paměti přispět hry deskové, křížovky, sudoku, karty, kvízy (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Reminiscenční terapie

Je důležitá zejména v období adaptace na stáří a hledání smyslu života seniora. Jedná se o proces, ve kterém dochází k podpoře vzpomínání na různé životní situace. K přiblížení situace je dobré použít různé fotografie, videa, předměty spojené se vzpomínkou. Práce se vzpomínkami má přínos také pro samotný personál, který díky klientovým vzpomínkám může seniora lépe pochopit, vcítit se do něj a tím dochází k upevnění jejich vzájemného vztahu (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Reminiscenční terapie v praxi

Reminiscence představuje různé techniky vedoucí k uspokojení, klidu, naplnění, např.:

Kniha vzpomínek, ve které se jedná se o příběhy, vzpomínky, básně, zápisky klienta. Píše se buď v rámci skupiny, nebo jednotlivce.

Kniha života, do které si zapisuje již konkrétní klient a popisuje svůj život. Tu si může klient vytvořit sám nebo s pomocí rodiny či pečovatele. Kniha by měla obsahovat vše, co si klient přeje, včetně různých fotografií, dokumentů, příloh. Měla by obsahovat také informace o klientovi, jeho vzdělání, práci, rodině, prostředí, ve kterém žil.

Reminiscenční krabice, do níž senioři vkládají věci, které pro ně mají nějakou hodnotu a díky nimž chtějí informovat ostatní klienty o svém životě.

Reminiscenční výlety, procházky jsou technikou aktivní reminiscence. Senioři navštěvují různá místa, která mají pro ně nějaký význam, jsou vodítkem pro vzpomínky.

Dle Špaténkové a Bolomské zde můžeme uvést další reminiscenční techniky – reminiscenční divadlo, předcítání příběhů, fotografování, hudbu, kresbu, tanec, reminiscenční koutky nebo místnosti (Holczerová, Dvořáčková, 2013).

Další terapie

Protože terapií přispívajících k udržení či zlepšení stavu seniora s Alzheimerovou nemocí je nesčetné množství, můžeme zde uvést několik dalších: pohybové a taneční aktivity, mezigenerační setkání, preterapie, snoezelen, videotrénink interakcí, rezoluční terapie, validační terapie aj.

Shrnutí

Ve třetí, poslední kapitole, která se zabývala aktivizacemi seniorů s Alzheimerovou nemocí, byly nejprve popsány obecné informace jako cíle, zásady a překážky aktivizací. Poté byly podrobněji popsány některé druhy aktivizací zaměřující se na práci se seniory s Alzheimerovou nemocí.

Na tuto kapitolu bude navazovat Praktická část práce, která se zaměřuje na aktivizace klientů s Alzheimerovou nemocí.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE

Druhá část práce je praktická, která je zaměřena na kvalitativní výzkum. Pomocí stanovení si cíle výzkumu, definování výzkumného problému, sestavení základní výzkumné otázky a k ní vytvořených doplňujících otázek byla vybrána vhodná ustanovující metodologie pro výzkum.

4.1 Formulace výzkumného problému

Tématem, které zkoumám, se zabývám především proto, že mě zajímá problematika seniorů s Alzheimerovou nemocí. Zvolila jsem kombinaci popisného neboli deskriptivního výzkumného problému s kauzálním výzkumným problémem.

Zabývala jsem se následujícími otázkami:

1. Kdo všechno se podílí na aktivizaci seniorů s Alzheimerovou nemocí?
2. Jaké možnosti aktivizace jsou seniorům s Alzheimerovou nemocí v zařízení se speciálním režimem k dispozici?
3. Jaké jsou z pohledu aktivizačního pracovníka vztahy mezi jednotlivými klienty v zařízení a mají tyto vztahy vliv na aktivizaci klienta?
4. Jak může vypadat participace rodiny při aktivizaci klienta v domově se zvláštním režimem?
5. Jaký vliv mohou mít aktivizace na seniory s Alzheimerovou nemocí umístěné v zařízení se speciálním režimem z pohledu aktivizačního pracovníka?

Výzkumem popisným jsem zjišťovala, které aktivizace jsou seniorům s Alzheimerovou nemocí k dispozici, kdo všechno se na nich podílí a zda se může zapojit i rodina, popř. jak.

Výzkumem kauzálním jsem se z rozhovorů s aktivizačními pracovníky snažila zjistit, jaký vliv mají aktivizace na seniory s Alzheimerovou nemocí a zda má vliv spíše pozitivní charakter než negativní. Také jsem zjišťovala, zda vznikají mezi jednotlivými seniory s Alzheimerovou nemocí vztahy, ať už přátelské, či nepřátelské, a zda mají tyto vztahy vliv na aktivizace těchto seniorů.

4.2 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké možnosti aktivizací jsou seniorům s Alzheimerovou nemocí k dispozici, jaký vliv mají tyto aktivizace na seniora s Alzheimerovou nemocí v různých stupních onemocnění z pohledu aktivizačního pracovníka, kdo všechno se na aktivizacích v zařízení podílí, popřípadě zda může nějak do aktivizací přispět i samotná rodina klienta.

4.3 Výzkumné otázky

Stanovení hlavní výzkumné otázky: Jaký vliv mají aktivizace na seniory s Alzheimerovou nemocí v AlzheimerCentru z pohledu aktivizačního pracovníka?

Stanovení výzkumných podotázek:

1. Kdo všechno se podílí na aktivizaci seniorů s Alzheimerovou nemocí?
2. Jaké možnosti aktivizace jsou seniorům s Alzheimerovou nemocí k dispozici?
3. Jaké jsou z pohledu aktivizačního pracovníka vztahy mezi jednotlivými klienty v zařízení a mají tyto vztahy vliv na aktivizaci klienta?
4. Jak může vypadat participace rodiny při aktivizaci klienta v domově se zvláštním režimem?

Otázky v rozhovoru

- Na jaké pozici v zařízení pracujete a jak dlouho?
- Co je Vaší náplní práce?
- Jste vyučen v oboru, nebo zde pracujete jen na základě obecného kurzu a případného zaučení v zařízení?
- Je nutná odbornost pro práci s klienty a proč?
- Dochází k dalšímu proškolení, doškolení personálu během praxe?
- Existuje nějaký kodex sociálního pracovníka, který upravuje vztahy s klienty?
- Má sociální pracovník možnost programu proti syndromu vyhoření?
- Mají i klienti svá práva a potřeby, nebo jsou jen pasivními příjemci?
- Zachovává zařízení možnost soukromí pro pacienta a jak?
- Jaké druhy aktivizace jsou klientům k dispozici?

- Kterou z těchto činností považujete za nejpřínosnější a nejdůležitější pro klienta a proč?
- Je práce s klienty skupinová, nebo se spíše zaměřuje na klienta individuálně?
- Chtějí se klienti zúčastňovat aktivizací, nebo tam jdou, protože prostě musí?
- Přináší aktivizace výrazné zlepšení stavu klienta, nebo má spíše jen udržovací charakter, nemůže aktivizace klientům uškodit?
- Jsou viditelné nějaké pozorovatelné změny po aktivizaci, mají dlouhotrvající účinek?
- Může se do aktivizace zapojit i rodina a popřípadě jak?
- Dá se jen např. kontakt a spolupráce s rodinou považovat za druh aktivizace?
- Jsou aktivizace klientů konzultovány s rodinou, i případně jakékoli změny v aktivizaci? Případně jak většinou rodina na tyto změny reaguje?
- Existují vztahy mezi klienty, nebo jsou klienti spíše samotáři?
- Dochází mezi skupinou i k nějakým rozepřím či nenávisťi?
- Napadá Vás, jak by se mohla aktivizace dále rozvíjet, inovovat, co by mohlo přispět k pozitivním výsledkům u klientů s Alzheimerovou nemocí?
- Chtěl/a byste na závěr ještě něco dodat?

5 TVORBA VÝZKUMU

Výzkum práce se zaměřuje na kvalitativní výzkum provedený pomocí metody analýzy dat otevřeného kódování doplněného o pozorování. Jde o cílevědomé plánované pozorování vybrané skupiny osob při každodenním životě, které se používá zejména u osob zcela neorientovaných se v prostoru a čase, u osob trpících některou z forem demencí či osob s mentálním postižením (Hauke, 2011).

5.1 Analýza dat

Vzhledem k tomu, že v zařízení žije spousta klientů s různými stupni onemocnění, přičemž s klienty s těžšími stupni onemocnění je nutná specifická komunikace, která je velmi obtížná, je výzkum zaměřen z pohledu aktivizačního pracovníka, ne ze strany samotných klientů, kterých se aktivizace primárně týká. Pro výzkum byla zvolena metoda analýzy dat otevřeného kódování doplněného o výsledky z pozorování. Metoda sběru dat byla provedena pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Aby bylo možné problematiku výzkumu objasnit a zpracovat, byla stanovena základní výzkumná otázka, k ní byly vytvořeny 4 podotázky a poté 22 doplňujících otázek. Pro analýzu dat byla zvolena technika kódování, poznámkování. Výzkum byl doplněn o zúčastněné pozorování seniorů s Alzheimerovou nemocí, které bylo uskutečněno přímo v jednom z Alzheimercenter. Jelikož bylo prováděno v předvánočním období, aktivizace jsou zaměřeny spíše na vánoční tematiku. Všechny informace z pozorování byly průběžně zapisovány do pozorovacího archu; obsahují nejen obecné informace – datum, čas, trvání, místo průběhu, pozorovatele, druh aktivizace, ale hlavně počet pozorovaných klientů a jejich reakce v průběhu aktivizace. Reakce klientů byly rozděleny do tří skupin, a to na mimické projevy, verbální projevy a spolupráci – zapojení klientů do aktivizace. Samostatným vyhodnocením výzkumu poté formulují závěr šetření ve výzkumné zprávě a doporučení pro praxi.

5.2 Výzkumný soubor

Pro získání odpovědí na výzkumné otázky bylo záměrným, dostupným výběrem, vzhledem k cíli a náročnosti výzkumu spolu s poučeným souhlasem osloveno 6 pracovníků AlzheimerCentra ve Zlíně z důvodu největšího počtu znalostí a zkušeností s těmito klienty, jež byly získány při každodenní práci s nimi a které je zároveň spojují. Osloveni byli pracovníci, respektive pracovnice na pozici aktivizační pracovník. Pro zachování

anonymity budou tyto oslovené označeny jako P1, P2, P3, P4, P5, P6. Z důvodu výslovného zákazu nebude zveřejněna nahrávka rozhovorů s oslovenými respondenty.

Jednotlivé rozhovory byly prováděny přímo v AlzheimerCentru ve Zlíně v rámci výkonu odborné praxe, kterou jsem měla možnost v zařízení absolvovat. Každý rozhovor byl prováděn v soukromí mezi čtyřma očima, a to v denní místnosti sloužící pro ošetrovatelský personál nebo v ergoterapeutické místnosti, která byla v tu chvíli volná. Toto prostředí bylo vybráno z důvodu soukromí a také kvůli jeho autentickému, klidnému, příjemnému prostředí navozujícímu vhodnou přátelskou atmosféru podporující kreativní odpovědi týkající se aktivizací seniorů s Alzheimerovou nemocí. Každý rozhovor byl trochu individuálně pojatý, ovšem všechny trvaly zhruba asi tři čtvrtě hodiny.

Rozhovory s aktivizačními pracovníci jsem nejprve zahájila svým představením a vysvětlením, proč jsem oslovila právě je, a požádala jsem je o podpis poučeného souhlasu a souhlasu, že může být rozhovor nahráván. Dotazovaným bylo také pro vytvoření a zachování důvěry vysvětleno a přislíbeno, že nahrávání zůstane pouze pro účely výzkumu a přepisu sloužícího k jeho vyhodnocení. Na jejich žádost nebude nahrávka nikde zveřejněna. Bez souhlasu nebylo možné rozhovory provést. Díky tomu mohl být rozhovor přátelštější, otevřenější, přínosnější, což je pro kvalitativní výzkum optimální.

5.3 Místo výzkumu

Se souhlasem paní ředitelky byl výzkum proveden v AlzheimerCentru ve Zlíně. *Jedná se o zařízení poskytující komplexní, kvalitní, individuální péči, zaměřenou na osoby s Alzheimerovou nemocí a jinými typy demence, které již nemohou zůstat ve svém vlastním domácím zařízení. AlzheimerCentrum svou péčí zaměřuje na klienty s chronickým duševním onemocněním, kombinovaným postižením, stařeckou či Alzheimerovou demencí a ostatními typy demence, přičemž kapacita zařízení je 140 míst (AlzheimerCentrum, 2019).*

Péče včetně aktivizací je poskytována osobám, které můžeme rozdělit na osoby dospělé – 27–64 let, mladší seniory – 65–80 let a starší seniory – nad 80 let. Cílem zařízení je zajištění předem stanovených individuálních základních životních potřeb, poskytování podpory, kterou daný klient potřebuje, zachování co nejužšího vztahu s rodinou klienta a jeho blízkými, za pomoci aktivizací udržení co nejdéle samostatnosti v péči o vlastní osobu a zachování aktivního života seniorů s Alzheimerovou nemocí (AlzheimerCentrum, 2019).

Rozsah služeb

Péče v AlzheimerCentru ve Zlíně je zajištěna 24 hodin 7 dní v týdnu speciálním odborným týmem pracovníků. Rozsah poskytování služeb je upraven na základě standardů kvality služeb a zpracovaných individuálních plánů. Zařízení poskytuje sociální a ošetrovatelskou péči založenou na koncepci různých terapií za pomoci odborného personálu, který pravidelně prochází vzděláváním v oblasti komunikace a péči o osobu s Alzheimerovou nemocí a jiným typem demence. Služby v zařízení jsou poskytovány dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (AlzheimerCentrum, 2019).

6 METODA SBĚRU DAT

Metoda sběru dat výzkumu byla provedena pomocí polostrukturovaného rozhovoru postupně se šesti aktivizačními pracovníci. Tyto rozhovory se uskutečnily bez přítomnosti jiných osob. Výzkum byl doplněn o zúčastněné pozorování seniorů s Alzheimerovou nemocí umístěných v AlzheimerCentru.

6.1 Rozhovory – otevřené kódování

Po přepisu jednotlivých rozhovorů do písemné podoby byla provedena podrobná analýza textu a poté provedeno nové uspořádání textu podle kategorií.

Otevřené kódování představuje proces, ve kterém se jednotlivé jevy rozdělují na základě nepatrných odlišností. Ty jsou důležité pro opětovné celkové skládání textu (Strauss, Corbinová, 1999, s. 151).

Text byl rozdělen na jednotky – odstavce, věty, slova, ke kterým byly přiřazeny kódy. Po sepsání všech kódů byly vytvořeny kategorie. U jednotlivých kategorií byl použit text psaný kurzívou (citované odpovědi respondentů) a symbol (...) označující nehodící se text rozhovoru.

Kategorie 1 – Potřeby klientů

Kódy: Ohleduplnost, etika práce, komunikace tělem, intimita – priorita, zodpovědnost, profesionalita.

P1 – (...) *Klienti určitě mají svá práva, povinnosti asi ani ne, spíše potřeby. Zaměřujeme se na péči o klienta, jejich aktivizaci, příjemný pocit a radost ze života. Přinášíme klientům vše, co je vrací do normálního života, do činností, které byli zvyklí dělat celý život, a v důsledku nemoci již nemohou. Nebo sami už nezvládali (...) To se týká i soukromí. Na dvojlůžkovém pokoji je soukromí v případě, co se týká návštěv, nebo tak. Snažíme se respektovat soukromí tak, aby při návštěvě nebyl spolubydlící na pokoji, aby ta rodina měla soukromí. Máme zde samozřejmě i jednolůžkové pokoje, kde je soukromí největší (...).*

P2 – (...) *Klienti jsou ve 3 skupinách, když to řeknu blbě, že rozdělíme klienty do 3 skupin a nemůžete dávat klientovi ve 3. skupině tu samou aktivizaci jako klientovi z 1. skupiny, protože ten klient to nezvládne. Takže máme určitý program, podle kterého se řídíme, samozřejmě stane se, že si vymyslíme svoji aktivizaci a to může být podle toho, na jakém*

patře jste, nebo s jakým klientem to děláte (...) A když ten klient nemluví nebo nemá nějaký takový ten pohyb, tak se z něho i tak dá vyčíst, že má třeba hlad nebo že nechce, nebude s váma nějakým způsobem s komunikovat (...) je to všechno jen o tom, jak si s tím klientem navážete vztah, může s váma komunikovat očima, ušima, pustou, takže vždycky nějaký ten kontakt tam je (...).

P3 – (...) *V zařízení je samozřejmé, že mají klienti práva, ať už je nemocný, nebo zdravý (...) Zařízení se snaží i různě zachovávat soukromí. Jsou to takové věci, kde musí, nejde nezachovávat soukromí. To je na prvním místě. Podepisovali jsme dokument o mlčenlivosti, myslím si, že je to samozřejmost. I tak musí člověk zachovávat nějakou automatickou mlčenlivost. Nejde přebalovat člověka při otevřených dveřích. Nebo nepojedu trolejbusem a nebudu se bavit o klientech, přebalování a tak. Člověk musí mít nějakou důstojnost. To nejde jen tak zveřejňovat (...).*

P4 – (...) *Má právo na intimitu, na jídlo, na oblečení. Právo prostě na všechno tak jako ostatní zdraví lidé, opravdu na všechno (...) Zase to patří ke standardům zařízení, nějaké to právo na něco, prostě je to potřeba (...) Klient musí mít i své soukromí. Pokud nezodpovídá sám za sebe, zodpovídá za něj jeho rodinný příslušník, samozřejmě musíme se informovat písemným souhlasem, jestli ho můžeme fotografovat, jestli může to, může to, pokud teda není schopen sám, takže všechna práva jsou mu zachována (...).*

P5 – (...) *Klienti jsou v zařízení rozdělení do pater podle stupně onemocnění tak, aby jim byla umožněna co nejvhodnější péče a možnosti aktivizace. Ti šikovnější mají vše nastaveno trošku volněji, je jim ponechán i čas na vlastní aktivity, na které jsou zvyklí, které mají rádi. Ti klienti, kteří jsou v těžším stádiu, když to řeknu blbě, už nepotřebují tolik péče, nemají tolik možností aktivizací, ale nejsou ani nijak odstraněni z povšimnutí (...) Pak v samotném zařízení je spousta věcí, které přispívají i k soukromí klienta. Například do pokojů můžeme jen s písemným souhlasem klienta, při osobní hygieně musí ošetřovatelé dodržovat zásady soukromí snad nejvíce (...) Protože je to pro klienta často frustrující, tak z etických důvodů musí být přísné dodržování. Třeba odkrytí jen té části těla, která je právě mytá, ne aby ležel klient celý okrytý na posteli. Nesmí se špinavé věci válet různě pohozené po pokoji, ale v koši na prádlo. Dveře musí být zavřené, aby hygiena byla intimní, nikdo nemohl klienta vidět (...).*

První úvodní kategorie se snaží poodhalit, jaká mají klienti práva a potřeby a jak je zařízení dodržuje, proto byla i nazvána „Potřeby klientů“. Z výpovědí je zřejmé, že se personál primárně zaměřuje na to, aby byly zachovány všechny fyzické, psychické i sociální potřeby. Důležitou roli zde hraje individuální přístup a optimálně uzpůsobené prostředí, což má také vliv na aktivizace klientů s Alzheimerovou nemocí.

Kategorie 2 – Socializace

Kódy: Splnění přání, zachování zvyků, střídání nálad, vyhraněný čas, možnost volby, práce je koníčkem.

P1 – (...) *Musíme se roztřídit do skupin a přizpůsobit se stavům, schopnostem klienta. Třeba při hraní Člověče, nezlob se – někdo nemůže hýbat figurkou, ale je schopen vnímat tu hru, že se posouvá, že někoho vyhodil (...) Jsou klienti, kteří absolutně nechtějí, takže to respektujeme, ale někteří si třeba ani neuvědomují, kam jdou, takže je tam přivezeme a oni to tam odmítnou a my je odvezeme zpátky na pokoj. Naopak jiní se dožadují aktivit a těší se, co bude dnes za program. Někdy si klienti i sami navrhnou, co by rádi dělali, že by chtěli jet i do divadla, na procházku a tak (...).*

P2 – (...) *Když v té skupině není rád, tak si ho třeba vezmete odpoledne jakoby samotného. Ale více teda se to týká skupin (...) někdo tu aktivitu má rád, někteří se na ně vyloženě těší, a když mě jen vidí a už za mnou „lécou“. Někdo ji nechce, nechce být v kontaktu s těma lidma, nechce nic dělat. Takže nikoho nenutíme (...).*

P3 – (...) *Klienti už si zvykli. Ze začátku to byl problém. Nechtěli se zúčastňovat. Ono je to o zvyku. Někteří říkali: „my jsme celý život pracovali, a teď na staré kolena, když chceme klid, tak nás nutíte do něčeho, co jsme třeba nikdy v životě nedělali“. Třeba jsme tu měli klientku, když jsme pekli vánoční cukroví, tak říkala: „tak já jsem celý život nevařila, nepekla, dělal to můj manžel a teď na staré kolena mám začít péct“? Takže to je prostě o zvyku. Oni chtějí mít i ten čas pro sebe (...), ale už se třeba ptají a teď nic nebude? A už je třeba čas oběda, kdy chce mít člověk taky chvilku pauzu pro sebe, a oni zrovna vyžadují tu aktivizaci. Bud' si zazpívat, popovídat, nebo kafičko si uvařit (...).*

P4 – (...) *Máme vyzkoušeno, že někteří tahouni z našich skupinek jsou schopni strhnout i ty méně takové ty pracovité, těm kterým se nechce. Už jsou zvědaví, už se podívají, že některé ty skupinky jsou lepší. Samozřejmě každý člověk je jiný, někdo je schovaný sám v sobě, nevyhledává tu skupinu, tak s něma jdeme individuálně. (...) Někteří se už vyloženě*

ptají „sestři, co budeme dneska dělat“ a někteří „a dejte mi pokoj, nikam nejdu“. Ale samozřejmě už zhruba víme, kteří to zhruba jsou, tak se je snažíme vtáhnout do děje. No ne vždy se nám to daří. Někdy stačí obyčejná černá káva a už s náma zůstanou a už se zapojí. Stačí malé vychytávky někdy. Ale lepší je to ve skupince (...).

P5 – (...) se na to opravdu těší a jdou tam rádi, vyhledávají to. Třeba jsou teďka nešťastní, že v této chvíli po tom obědě, kdy takový ten polední klid a oni by jako chtěli, aby se někde něco dělalo. Ale na druhou stranu minimálně stejný počet klientů je tady, kteří byli i doma zvyklí mít takový ten svůj klid, mít své soukromí, které si myslím, že tady úplně není. Nevyhovuje jim to (...) Jestli je společenský, byl odjakživa společenský, tak samozřejmě je pro něj lepší, aby se zúčastňoval skupinových aktivitací (...) než když jsou prostě v tom křesílku v jídelně, kde se stejně už nemůžou se zúčastnit té aktivizace (...).

Druhá kategorie objasňuje, jak probíhají aktivizace – zda ve skupině, nebo individuálně, jak klienti přistupují ke komunikaci s ostatními klienty i personálem. Popisuje přístup zaměstnanců ke klientům, co se aktivizací týče, i jednotlivé reakce klientů na ně. Proto byla kategorie nazvána „socializace“, tedy zapojení všech klientů do skupiny, do chodu zařízení, do vzájemné komunikace mezi ostatními klienty i personálem.

Kategorie 3 – Dobití energie

Kódy: rozbití stereotypu, psychosomatika, člověk jako bytost lidská, práce léčí, návrat do reality.

P1 – (...) Tam zlepšení není, spíše to prodlouží, ta schopnost toho, že se třeba jen sami nají. U změn můžeme pozorovat většinou radost, u těch schopných klientů, že jsme třeba hráli venku kuželky, a klienti si o tom cestou do jídelny povídali, měli z toho zážitky, které si předávali. Aktivizace přináší změnu, den není tak stejný jako ostatní. Myslím, že je dobře, že se s nima něco dělá, ať jsou klienti v jakémkoli stádiu nemoci.

P2 – (...) Asi nejvíc by to mělo myslím si při těch vzpomínkách, aby nezapomněli, jak to mají dělat. Co já si tak všímám, tak klienti jsou po aktivizaci taková rozesmátí, spokojení, určitě to má pozitivní vliv. Nastává uvolnění (...), třeba někdo rád utíral nádoby a pak se nám stane, že se někteří klienti zvednou a pomáhají nám utírat nádoby. A tohle paní ředitelka třeba už jen to považuje za aktivizaci. Já teda ze všech považuji za nejlepší třeba v neděli nebo v sobotu, co mám nejraděj, tak si uděláme kafe a povídáme si, trávím s něma (...) ten čas, jako kdybych k nim přišla na kafe, tak ty doteky, vzpomínky, tak to je asi pro mě.

P3 – (...) tu nemoc nijak nezastavíte (...) pro mě, myslím si, že těm klientům chybí takové to pohlázení, zájem. Oni ani tak kolikrát nechcous nic cíleně dělat, vyrábět. Oni jsou vděční, když si s nima normálně promluvíte. Když oni si postěžují, co je trápí nebo s čím by jim mohl eventuelně člověk pomoci (...) Klienti jsou pak uvolněnější, radostnější, některé jsou takové plačtivější, tak jsou usměvavější. Nálada se zlepšuje. Opravdu, když mají tu svou náladu, tak je člověk moc nedonutí. Nebudou to dělat. Nebo to udělají, protože teda ze slušnosti to udělají, nebo mají pocit, že by měli. Už se mi ale i stalo, že mi klientka řekla, no když mě pěkně poprosíte...tak já Vás teda pěkně prosím, a ona, ale mě se teď nechce. Nebudu to dělat. Takže máte smůlu... takže pocit potřeby je pro ně důležitý. Ostatně jako každý člověk, musí mít pocit, že je potřebný (...) ten člověk nemůže zůstat někde bezprizorně, aby si jich nikdo nevšímal (...) každá lidská bytost touží po takovém tom zájmu. Po pěkném slovu, po pohlázení. Člověk není zvíře, je to člověk (...).

P4 – (...) tak ví, ano my jsme u toho byli, to jsme vyrobili, my jsme něco udělali, mají z toho radost, ukazují si to navzájem, povídají si o tom, ale to záleží na stupni nemoci (...) u těch šikovnějších klientů je to takové lepší, je to fajn...takové „sestři, podívejte se, co jsme vyrobili“. A to je dobré. Emoce tam fungují. Buď jsou to slzy, mají radost, nebo jsou otráveni a dají nám to vědět (...) Potřebujeme, aby byli klienti co nejdéle sami soběstační. V tom vidím velký přínos různých aktivitací, ať je to cvičení paměti. Ať už je to jen utírání hrnečků, prostě to mají vžitě, byl to jejich každodenní chleba, takové ty běžné domácí práce, jsou rádi. Některé babičky nám jdou i ještě rády pomoci převléct postele (...) protože nic nedělat je hrozné (...).

P5 – (...) pak při bazální stimulaci vidím, že je uvolněný, relaxovaný. Já ho vlastně nastavím do polohy hnízda, nechám ho tak odpočívat, takže vidím, že usnul, že je klidný, uvolněný. Naopak když dělám povzbuzovací bazální stimulaci, jestli ho to povzbudilo, nebo ne. Klient je pak jako by na chvíli ožil, vnímal prostředí, co se kolem něj děje, a vnímal i sám sebe, ale někdy ne. Někdy je to spíše naopak, kdy je klient spíše podrážděný, nervózní.

Tato kategorie vypovídá o tom, jaký vliv na seniora s Alzheimerovou nemocí můžou mít z pohledu aktivizačního pracovníka aktivizace, jak při nich senioři reagují, co během nich i po nich pociťují a zda to má nějaký účinek.

Kategorie 4 – Ponorková nemoc

Kódy: Krátkodobé vztahy, výjimka potvrzuje pravidlo, vliv nemoci, spojovatel, pravá ruka, naturela člověka.

P1 – (...) *Co mě zaráží, že si tykají. Že sedí u stolu a jedna paní se ptá a vyloženě si tykají, což je fakt hezké. Mezi klienty jsou někteří agresivní, v důsledku nemoci. Ale nenávist tady nevidím. Třeba jeden pán tady velice špatně vykašlává a ti ostatní si neuvědomují, že je nemocný, takže mají nějaké nemístné připomínky. Klienti si bohužel nepamatují vztahy mezi sebou, málokdo. (...) Dá se říct, že se dají vytvořit skupinky, což je moc fajn, ale to už vidíte na jídelně, takže si lidi můžete tak k sobě posadit a pak je to o to hezčí (...).*

P2 – (...) *Mezi klienty někdy i dochází k rozepřím. Je tu klientů dost a ne každý si sedne, jak jsou starší a chtějí mít klid, a někdo je bohužel postihnut touto nemocí a je v těžším stádiu a někdo třeba řve, brečí a někomu to narušuje jeho klid. Spíš takhle, ne že by si lezli vyloženě na nervy (...).*

P3 – (...) *Vztahy jsou takové kolečka. Vždycky když i přijde třeba pán mezi dámy, funguje – rozkrájí jablíčka, je takový spojenec v té skupině. Úplně si vystačí sami, takže se vlastně i zaktivizují i sami navzájem. Co se týká nenávisti, to ne, ale rozepře určitě ano. To bývají. Oni se okřiknou, to není problém, když se jim něco nelíbí (...) Když jsou kamarádky, tak chtějí jít spolu na aktivizace, protože chtějí trávit čas spolu (...).*

P4 – (...) *máme tady takový vzácný příklad. Jsou tady dvě klientky, jsou naštěstí spolu na pokoji. Jedna bez druhé neudělá ani krok. Jedna se jde podívat dole na ptáčky, druhá je jí v patách. Jedna jde na záchod, druhá jde taky. Jsou na sebe zvyklé. Maximálně spolu spolupracují, co můžou. Kdyby mohly, budou kousat jeden chleba (...) Mezi skupinou nedochází k nějakým rozepřím. Spíše je to o jednotlivci, který něco se mu nelíbí a ozve se, hlasitě, až vulgárně, nebo zaútočí. Samozřejmě někteří se nemusí, takže vztahy mají vliv na aktivizaci. Víme, že je nemůžeme dát k sobě.*

P5 – (...) *Někteří jsou opravdu velice společenští a někteří jsou opravdu takoví introverti, by chtěli být spíše sami, ale to je podle mě o takovém tom naturelu člověka (...) Vztahy jako takové mají vztah k aktivizacím. Dobrý, že je to tam táhne, uvidí se tam s nějakou svojí kamarádkou, a naopak špatné, že si třeba někdy ti dva lidé na pokoji nesednou, nebo už chce mít jeden od toho druhého chvíli pokoj, tak si řekne „půjdu se podívat a půjdu na tu aktivizaci“ (...).*

Další kategorie je zaměřena na vztahy mezi klienty navzájem. Jak je vidět z výpovědí aktivizačních pracovníků, ne vždy jsou optimální. Ovšem najdou se i vzácné případy, kdy klientky bez sebe neudělají ani krok, jak to také pracovníce popisují. Kategorie byla tedy nazvána „Ponorková nemoc“, kdy v důsledku nemoci a uzavřeného prostoru může docházet ke konfliktům, hádkám. Na klienty také může působit přeplněný prostor větším počtem klientů, což může vést ke ztrátě klidu, soukromí. Proto klienti mohou působit nepřístupně, být neklidní, nervózní a jejich reakce na podnět může být agresivnější, impulzivnější než za normálních okolností.

Kategorie 5 – Kooperace

Kódy: nedostatečná kreativita, osobnostní stránka, zpříjemnění konce života, podpora smyslů, haptika.

P1 – (...) *Největší a strašně moc velkou roli hraje empatie (...) aktivizovat by měli všichni v zařízení, bohužel víc jak polovina neví, co má s těma klientkami dělat (...) tak když přijde rodina, většinou si ho vezme bokem, takže ho vezme i z té aktivizace (...) zapojení rodiny do aktivizace, to se tady moc nevidí, možná když se slaví narozeniny, tak je zapojena rodina do aktivizace. Já považuji už jen samotný kontakt rodiny za aktivizaci, je to změna (...).*

P2 – (...) *Mojí náplní práce je určitě, nebo mám za úkol zabavit klienty, zaktivizovat, také se tomu říká ergoterapeut a myslím si, že je to práce, kterou ne každý může dělat, člověk na to musí mít povahu, musí si umět ke klientům najít vztah. Musíte je umět je prostě zaktivizovat, není to tak, že přijдете ke klientům a teď si budeme hrát (...) a taky když je nás tady víc, třeba i dvacet, třicet, tak pečovatel, ten mi zajistí kávu, čaj, vodu, vlastně vše, co klient potřebuje, abych já se s tím nemusela zdržovat a mohla se plně věnovat klientům. Zdravotní sestra třeba, a vlastně úplně všichni v zařízení, včetně rodiny (...).*

P3 – (...) *Mojí náplní práce je co nejvíc se snažit zpříjemnit klientům ten zbývající život tak, aby ho užili v důstojnosti a v nějakém pěkném, aby měli pěkný ten konec života (...) myslím si, že to člověk musí brát trošku srdcem, jestli to dělá jen pro peníze, pak to nemá smysl (...) říkala jsem, u takových klientů povětšinou není ta zpětná vazba. Hodně to člověka vyčerpává. Protože třeba když děláte u postižených dětí, taky je to takové, ale aspoň trošku je tam náznak zpětné vazby (...) měl by se ale podílet vlastně každý zaměstnanec. Máme klienty, u kterých je aktivizací i třeba i jen jídlo. Protože oni jsou pořád v pohybu, mají velký výdej energie, tak potřebují jídlo. Tak je musí člověk zastavit a*

dát jim najíst, napít. Oni pak totiž kolabují. Takže ta aktivizace by měla být i součástí všech zaměstnanců.

P4 – (...) *At' je to paní z prádelny, at' je to kuchyň, úklid, pečovatelé, sestry, sociální pracovnice, prostě každý kdo jde kolem. Stačí nějaké hezké slovo, pohlázení, prohození pár vět. Už toto je pro klienta nějaký stimul, je to pro ně strašně důležité (...) Když někde půjdu, potkám klienta, obejdu ho, no tak chudák je úplně ztracený. Takže už to je druh aktivizace. Nebo když jim dáme nějaké dobré jídlo, už to je druh aktivizace. Protože takový ten, ta chuť, aby byla zachována. Ne každý je na tom tak, že polykací reflexy fungují na plné obrátky. Takže u některých klientů funguje aktivizace tak, že jim dáváme jídlo. Někteří to mají na dyl, tak třeba v průběhu celého dne postupně jim dáváme nějaké rozpustné kokinko do pusy, at' mají pořád nějaké chutě (...).*

P5 – (...) *Ergo, zdravotní sestry, pečovatelé, paní ředitelka – ona se někdy třeba ujme nějakého klienta, vezme si ho do ředitelny, popovídá si s ním. Tak spontánně, má zájem o klienty. Do aktivizací tedy i bazální stimulace se může zapojit i rodina. Tam určitě ano, přijdou, tam jsou třeba nastaveny iniciální doteky, tak už tím se zapojují do té bazální stimulace. Veškerý kontakt s rodinou se dá považovat za aktivizaci, když třeba přijdou, povídají si, pohladí, chytnou (...).*

Další kategorie je nazvaná „kooperace“, protože se snaží objasnit, kdo všechno se může podílet na aktivizaci seniorů s Alzheimerovou nemocí v zařízení se speciálním režimem. Z výpovědí je zřejmé, že se může zúčastnit úplně každý, kdo se momentálně v zařízení nachází. Vlastně právě to má na klienta dobrý dopad. Dále je zřejmé, že ne vždy musí být aktivizátorem člověk, může to být např. jídlo, pití – vyvolání chutí u klienta.

Kategorie 6 – Rodina na prvním místě

Kódy: oživení stereotypu, finanční injekce, strach z opuštění, srdce nezapomíná, bez lásky to nejde.

P1 – (...) *Zapojení rodiny do aktivizace, to se tady moc nevidí. Možná, když se slaví narozeniny, tak je zapojena rodina do aktivizace. Já ale považuji už jen samotný kontakt s rodinou za aktivizaci. Je to změna.*

P2 – (...) *Zkušenost s rodinou a aktivizací úplně nemám, ale když je aktivizace nějak finančně dražší, tak rodinu zapojujeme, třeba když chce například rádio, tak to s tou rodinou nějak vyhrotíme a koupíme ho. Že ho klient časem dostane. Co se týče samotného*

kontaktu rodiny a klienta, tak to se dá považovat za aktivizaci. Je určitě důležité, když s téma rodinami vy máte taky dobrý vztah, protože mít někde někoho takhle od sebe, tak přece jenom o toho člověka máte strach, že jo.

P3 – (...) Už se mi stalo mockrát, že se samotná rodina zapojuje spolu s klientem do aktivizace. Stalo se mi například, jednou jsme vyráběli a paní mi říká „já to sice neumím, ale mamince pomůžu“, nebo podruhé se mi stalo, že klientka nechtěla, tak si z jedné strany sedla dcera, z druhé manžel a ten mi plnil levandulové pytlíky a plnili celou hodinu a jeli jak draci (...) měli jsme tady fakt i paní, kdy jsme měli zpívat a ona to tu celé rozezpívala a znala i písničky, které ani já sama neznala. (...) Ono je to těžko (...) v prvním stádiu nemoci, tak tam jsou ty výpadky paměti jen takové ne tak trvalé, takže tam je i horší adaptace. On vyloženě na tu rodinu čeká. A pak zaktivizovat takového člověka, nebo uklidnit, je opravdu těžké. On je takový plačtivější, nebo prostě se zlobí na celý svět, že byli zavřeni někde, kde ještě nepatří.

P4 – (...) Dost často se nám stává, že když máme nějaké ty denní aktivity s klienty a zrovna přijde návštěva, za nějakým klientem. Tak si přisednou, když je zpívání, tak se přidají k nám a pomůžou nám rozezpívat ty méně akční. Třeba teď se vyráběly vánoční dekorace, zapojili se, pomohli nám. Zapojují se rádi. Už jen kontakt s rodinou je určitě velkým přínosem. Ty jejich vzpomínky, těch klientů, jsou na prvním místě tady toto všechno (...) ti, co už jsou na tom trošku hůř, ty očka už jsou takové prázdňější. Ale většinou hned na první lusknutí to naběhne. Radost, radost úplně, že vidí někoho blízkého. Takže ta paměť ještě jakýmsi způsobem malinko funguje, ne dobře, ale funguje.

P5 – (...) Rodina navštěvuje klienta, což už to se dá považovat za aktivizaci. Nic neoživí klienta více než přítomnost a pohled rodiny. Klient v těžším stádiu nemoci už rodinu sice ne vždycky pozná, ale podvědomě ví, o koho se jedná, i když si to neuvědomuje. Klient je pak radostný, ožije, cítí se bezpečně a je schopen spolupráce. Což je důležité. Někdy ovšem ale rodina nemá dobrý vztah s klientem, nenavštěvuje ho. To se ale každodenními aktivizacemi a nastaveným programem snažíme nahradit. O každého klienta se snažíme starat, jako by byl náš vlastní.

V následující kategorii se aktivizační pracovníci vyjadřují k zapojení rodiny do aktivizace. Rodina je podle pracovníků základ vši práce se seniory s Alzheimerovou nemocí, přináší totiž seniorům nejen nabourání stereotypu, ale je také finanční injekcí pro získání pomůcek k aktivizacím i jiným potřebám klienta. Rodina je pro klienta důležitá, protože i když

mozkové činnosti ubývá, srdce si pamatuje. Rodina vnáší do klientova citění pocit lásky, bezpečí, pocit potřeby a zájmu.

Kategorie 7 – Rada nad zlato

Kódy: pocit potřeby, trénink mysli, strach z prozření, první poslední, viditelné zlepšení, komunikace základ pokroku, zápal boje.

P1 – (...) někdo si přeje, aby třeba manžel chodil více na procházky. Takže pokud ta možnost je, snažíme se splnit přání rodiny. Je tady třeba klientka, která vlastně je schopná všech aktivitací, tak si to bere na pokoj jako domácí úkol, když třeba mají nějaké výrobky, tak se o tom třeba baví ještě večer na pokoji (...) rodina většinou komunikuje hodně, až na to nemáme tolik času, to bych taky ráda změnila (...) je z nich cítit ta vděčnost, z jejich strany, že nás vidí se usmívat, uvědomují si, jak je to povolání náročné, tak jakože rádi s náma komunikují. Vypytávají se, co maminka, co tatínek, jak se mají v jejich nepřítomnosti.

P2 – (...) Někdy je to hrozně těžké, každá rodina má jiné požadavky, chce asi něco, co není možné. Asi i já, když to vezmu na sebe, tak by bylo pro mě hrozně těžké, když bych chtěla, aby můj tatínek uměl anglicky, a prostě to nejde, když máte toho Alzheimerera. Oni chtějí často něco, co prostě nejde. Oni to ví, ale spíše je to nepřiznání faktu, je to těžké si tuto nemoc přiznat a tím pádem i ta komunikace není vždy příznivá.

P3 – (...) Některé rodiny hodně mluví do aktivitací. Některé rodiny mají představu určitou, jak chtějí, aby byli rodinní příslušníci aktivizováni. Nebo jak bychom měli s klientem mluvit, pečovat, starat se. Jak bysme se jim měli věnovat (...) na první pohled třeba ten rodinný příslušník je hrozně nesympatický, ale čím dýl jsem se s ním bavila, tím to bylo lepší. Jako najdou se i protivní a negativní, ale zas asi ne tak moc. Tak jako v normálním životě.

P4 – (...) Takže s rodinou se toto hodně konzultuje a naopak rodina je ráda, když nám sdělí, že babička nám ráda pletla, obháčkovala všechno možné, a když náhodou zjistí, že babička po nějaké době opět začala plést, sice to tam plete všelijak, ale ty jehlice ještě pořád ví, jak se drží. Zase kdyby nám to ta rodina neřekla, my to nebudeme vědět, můžeme dlouho tápat, než na to přijdeme. Takže ta komunikace je opravdu důležitá.

P5 – (...) Jako holky se snaží, moc, když vidí, že ... ale tam je to takové složité s těmi příbuznými, kteří zase chtějí, aby ten klient byl ve skupině (...) když rodina řekne, že si

nepečou, aby měl klient například tady tu bazální stimulaci, tak ji nemá. Tak se to bere v potaz. Mezi personálem a rodinou probíhá podle mě dostatečná komunikace. Jsou rodiny, se kterými se jedná špatně, a někteří jsou do toho opravdu zapálení a chtěli by, ale je to taky dost individuální. Samozřejmě my jako personál se snažíme rodině a hlavně klientovi vyjít co nejvíce vstříc. Jsme tu přece pro ně. Tato práce není povolání, ale poslání.

V poslední kategorii s názvem „Rada nad zlato“ vypovídají aktivizační pracovníci o komunikaci s rodinou ohledně aktivizací, péče a starostlivosti o jejich členy rodiny. Pracovníci zde také popisují, jak oni sami ke komunikaci i samotné péči (aktivizaci) přistupují, přitom ne vždy je to pro obě strany snadné. Na to naváže zúčastněné pozorování klientů Alzheimercentra při jejich zapojení do různých aktivizací. A protože bylo pozorování prováděno v předvánočním čase, budou se aktivizace spíše týkat aktivit typických pro toto období.

6.2 Pozorování

Se souhlasem paní ředitelky AlzheimerCentra Zlín jsem prováděla zúčastněné pozorování několika seniorů s Alzheimerovou nemocí v různých stádiích onemocnění při jejich zapojení do aktivizací. Před samotným pozorováním jsem vždy upozornila danou ergoterapeutku, že budu pozorování provádět, a zeptala se, zda i ona s tím souhlasí. Po jejím souhlasu jsem se také aktivně zapojovala do aktivizací určených klientům a průběžně jsem si zapisovala své poznatky do pozorovacího archu. Každá aktivizace trvala přibližně hodinu času. Zúčastněné pozorování jsem prováděla při canisterapii, muzikoterapii, zdobení vánočních stromečků, mezigeneračním setkání, vystoupení brněnského divadla Slunečnice, pečení vánočního cukroví, vystoupení Univerzitní mateřské školy Qočna.

Canisterapie

Canisterapie probíhala pod vedením jedné pracovnice z týmu ergoterapeutů společně s terapeutkou věnující se canisterapii a cvičením speciálních psů k ní určených. Aktivizace probíhala 3. 12. od 10:00 hod., trvala přibližně 1 hodinu.

V rámci canisterapie do zařízení pravidelně dochází paní se speciálně cvičenými psy, kteří různě pobíhají mezi klienty. Canisterapie byla spojená i s mezigeneračním setkáním s dětmi ze školky, která je součástí AlzheimerCentra a je primárně určená pro děti jeho zaměstnanců. Klienti tedy měli možnost mazlení se se psy i hraní si s dětmi zároveň. Psi

volně pobíhali mezi klienty a dětmi. Děti měly v klientech velkou oporu. A protože dítě je bezprostřední, neváhaly si sednout klientům na klín, povídat si s nimi, hrát si, společně se mazlit se speciálně vycvičenými psy. Někteří klienti pouze přihlíželi a cítili se v dané chvíli potřebně, důležitě, vzhledem ke strachu některých dětí z pejsků. Hodinu si všichni velmi užili, probíhala zde vzájemná komunikace jak mezi samotnými klienty, tak mezi klienty a dětmi, uvolnění, relaxace, došlo k oživení dne. Aktivizace se zúčastnilo celkem 15 klientů, mezi nimiž jsem se blíže zaměřila na 5 z nich. Ty jsem nazvala S1, S2, S3, S4, S5.

Klient S1 – U klientky je vidět radost, úsměv na tváři, rozzářený výraz. Probíhá přímé zapojení do aktivizace. Spolupracuje v týmu, ve kterém si povídá. Společně s ostatními klienty si hladí psy, přitom komunikuje jak s klienty, tak terapeutkou, zajímá se o rasu, o stáří pejsků a vypráví o svém mazlíčkovi, kterého měla doma. Když pejsek odešel, neváhala si jej zavolat zpátky.

Klient S2 – U klientky lze pozorovat radost, úsměv při pohledu jak na děti, tak psy. Ovšem při aktivizaci je spíše pozorovatelem, pouze sleduje dění okolo. Kolektivu se vyloženě nevyhýbá, ale ani se nezapojuje. I komunikace je slabší, odpovídá sice na kladené otázky, ale sama konverzaci nenavazuje.

Klient S3 – U klienta lze také pozorovat radost, uvolnění celkového těla při hlazení a mazlení se se psy. Během aktivizace se zapojuje do konverzací s ostatními klienty, vyhledává společnost psů, a když může, některého z nich si rád vezme na klín a mazlí se.

Klient S4 – U klienta lze jednoznačně pozorovat radost, „jiskřičky v očích“ při pohledu na pobíhající psy a děti. Klient se přímo zúčastňuje aktivizace a je zřejmé, že díky hlazení a mazlení se se psy u něho došlo ke zmírnění tělesného třesu, ztuhlosti rukou. Během aktivizace navazuje konverzaci s ostatními i terapeutkou. Do programu zapojuje i děti, se kterými si také povídá a celou aktivizaci si užívá.

Klient S5 – Pro tohoto klienta je obvykle canisterapie přínosem, dnes má bohužel špatnou náladu, do aktivizací se nijak nezapojuje, a když ano, tak spíše nějakou narážkou na děti, aby byly zticha. U klienta lze pozorovat špatnou náladu a zjevné napětí, nervozitu z dětí, které jsou na něho hlučné a příliš divoké. I tak ale na aktivizaci zůstává až do konce.

Zdobení vánočních stromečků

Zapojení byli klienti s nižším stupněm onemocnění. Mé zapojení do aktivizace probíhalo ve formě asistence klientům při zdobení vánočních stromečků. Zručnější zdobili velké stromky, méně zruční menší stromečky stojící na stole. Do aktivizace bylo zapojeno 10 klientů a činnost trvala hodinu. Mezi klienty probíhala komunikace, kooperace při umístování vánočních ozdob. Pánové vázali šňůrky na baňkách. Bylo vidět, že tato činnost je klientům velmi známá, nepotřebovali velkou asistenci. Ve výrazu klientů byla vidět radost, potřebnost, naděje, těšení se na Vánoce. A po rozsvícení stromečků ještě víc. Ti klienti, kteří se nechtěli zapojit do zdobení, sledovali TV, četli si, jedna paní si třeba hrála s králíčkem, který je v zařízení. Vánoční atmosféru doplňovala hudba vánočních koled. Po nazdobení jsme stromečky na zkoušku zapojili do sítě, abychom se přesvědčili, zda svítí. Na klientech byla vidět velká radost jak z vykonané práce, tak i ze samotného období Vánoc, které je jim důvěrně známé.

Koncert brněnského divadla Slunečnice

Jelikož pozorování v zařízení probíhalo v předvánočním čase, jednou z dalších aktivizací, kterou jsem měla možnost se účastnit, byl koncert brněnského divadla Slunečnice, jehož členové si pro klienty připravili pásmo vánočních koled. Aktivizace probíhala se zhruba 35 klienty v lehkém a středním stádiu onemocnění asi hodinu a půl. V místnosti, ve které koncert probíhal, byla velmi příjemná atmosféra. Linula se zde melodie vánočních koled a zpěv moderátora celého dění. Klientům zde zazněly dobře známé písně a koledy, které nesčetněkrát slyšeli během svého života, mimo jiné např. „Rozvíjej se poupátko“, písně Karla Gotta, Lékořice, Holubí dům a další. Většina klientů se aktivně zapojila a zpívala spolu se zpěvákem, u některých klientů byly až vidět slzy radosti. Protože byla skupina členů velmi početná, blíže jsem se zaměřila na 4 klienty – S1, S2, S3, S4.

S1 – Z výrazu klientky lze jednoznačně vyčíst radost, vlídný výraz vyplývající z celkové předvánoční atmosféry. I když aktivizace probíhá v sedu, aktivně se zapojuje. Tleská v rytmu písní a podupává si nohama. Navazuje kontakt s ostatními členy sedícími okolo. V závěru je klientka až dojatá a objevují se u ní slzy radosti.

S2 – U dalšího klienta lze také pozorovat radost, uvolnění při poslechu hudby. Dokonce lze pozorovat uvolnění spazmy. Ztuhlost rukou a celkový tělesný třes se zklidňuje. Klient se soustředí na hudbu a slova. Do aktivizace se aktivně zapojuje potleskem, pokyvováním hlavou i nohama do rytmu. Ve volné chvíli komunikuje s ostatními klienty.

S3 – Klientka je v lehkém stádiu onemocnění. Je velmi aktivní a nebojí se, když si pro ni přijde aktivizační pracovnice, aby si spolu zatancovaly. Bez váhání jde a společně roztancovávají další klienty. V jejím výrazu lze pozorovat velkou radost, nabuzení z hudby, které předává klientům okolo. S ostatními klienty komunikuje a také zpívá.

S4 – U poslední blíže pozorované klientky je nejprve vidět smutnější výraz z písni, které slyší, má hloubavý pohled, jako by vzpomínala. Možná na své prožité Vánoce doma. Později sleduje ostatní klienty spíše ostýchavě, v průběhu ale nastává zlom a klientka je strhnuta ostatními klienty a zpívá a jako by ožila. Celý zbytek aktivizace si užívá, tleská a zpívá. V závěru s několika klientkami a aktivizační pracovnicí i tancuje.

Mezigenerační setkání Qočna

V rámci aktivizace jsem měla možnost absolvovat s klienty vystoupení dětí z Universitní školky ve Zlíně. Nejprve děti předvedly klientům vánoční pásmo koled, které si pro klienty připravily. Poté následovalo společné tvoření v podobě válení těsta a z něj vykrajování různých tvarů, poté pečení výtvorů, které klienti dětem darovali. U většiny zúčastněných klientů probíhalo přímé zapojení do činnosti, neváhali pomoci dětem, které byly obzvlášť na válení těsta slabé. Na závěr této aktivizace nás navštívil také Mikuláš, který předal všem účastníkům malou nadílku. Klienti i děti měli velkou radost, aktivizaci si moc užili a ještě celé odpoledne si o ní vyprávěli.

Pečení vánočního cukroví

Vzhledem k předvánočnímu období byly aktivizace směřovány spíše na tuto dobu. Aktivizace probíhala 7. 12. 2018, trvala zhruba hodinu času a zúčastnilo se jí 5 klientek. Ostatní klienti byli buď v jiných aktivizačních skupinkách, dívali se na pohádky v televizi nebo se věnovali své aktivitě, kterou právě chtěli dělat.

Jednalo se o mísení, válení, vykrajování a pečení vánočního cukroví. Klientky s pomocí aktivizační pracovnice zadělávaly těsto na několik druhů cukroví. Nejprve si mezi sebou rozdělily role, určily si, která bude vážit suroviny, která bude mísit, válet, vykrajovat a hlídat troubu, aby se cukroví nepřipálilo. Všechny tyto klientky jsou v prvním stupni onemocnění, takže nepotřebovaly takovou pomoc od týmu pracovníků. Klientky byly moc šikovné a aktivizaci si velmi užily. Během práce si povídaly, sdělovaly své různé zkušenosti z pečení cukroví, jaké druhy doma obvykle pekly či jak trávily celkově Vánoce s rodinou. Práce je moc bavila, i když byla pro všechny docela vyčerpávající.

Aktivizace odpočinkem

Protože zařízení pro klienty každý den připravuje nesčetné množství různých aktivních aktivizací, což je někdy pro klienty vyčerpávající, rozhodli jsme se udělat si odpočinkový den. Aktivizace probíhala formou sledování televize – pohádky Mrazík. Když jsem procházela skupinkou a kontrolovala, zda mají všichni klienti u sebe pití a deku na zakrytí nohou, jedna klientka se mi zdála poněkud smutná. Rozhodla jsem se ji oslovit. Jednalo se o klientku ve vyšším stádiu onemocnění, proto komunikace s ní nebyla až tak snadná. Nejprve jsem si za ni sedla a představila se. Už to u klientky vzbudilo nervozitu, přece jen jsem byla pro ni cizí. V tom okamžiku jsem i já znejistěla, zda mám v rozhovoru pokračovat, nebo odejít. Rozhodla jsem se zůstat a dobře jsem udělala. Postupně, pomaličku jsem s klientkou navazovala kontakt. Snažila jsem se mluvit pomalu, příjemným tónem a komunikaci jsem doplnila o neverbální prvky komunikace (pohlazení, dotyk, úsměv). Po chvíli takové konverzace se ukázalo, že klientka je docela komunikativní, neměla už tak vystrašený výraz a začínala se postupně zapojovat, odpovídat na otázky kývnutím hlavy. I celkový třes rukou se zmírnil. To mě vedlo k pokračování v rozhovoru. Bylo vidět, že je klientka ráda, když se jí někdo věnoval a i pouhé povídání na ni mělo pozitivní dopad.

Během působení v zařízení jsem měla možnost být účastníkem i dalších aktivizací určených pro seniory s Alzheimerovou nemocí, které považuji za přínos pro práci a které budou také zahrnuty do výzkumné zprávy.

7 FORMULACE ZÁVĚRŮ – VÝZKUMNÁ ZPRÁVA

Cílem práce bylo zjistit, jaký vliv mají aktivizace na seniory s Alzheimerovou nemocí v zařízení se speciálním režimem z pohledu aktivizačního pracovníka. Díky zpracování polostrukturovaných rozhovorů metodou otevřeného kódování mohou být odhaleny jednotlivé vlivy působení na tuto cílovou skupinu a také jejich důsledky. Kategorie, která přímo souvisí s touto hlavní výzkumnou otázkou, byla pojmenována „Dobití energie“. Ta objasňuje, že díky aktivizacím dochází k rozbití jakéhosi každodenního stereotypu seniorů umístěných v zařízení se speciálním režimem. Zároveň dává najevo, že všechny aktivizace podněcují ke komunikaci jak s ostatními klienty, tak personálem. A i když je Alzheimerova nemoc prozatím nevléčitelná, i tak poukazuje na fakt, že člověk je lidskou bytostí, kterou nelze jen tak nečinně přehlížet, ale je třeba se jí věnovat a věnovat jí lásku a péči. Jen tak může být z pohledu aktivizačního pracovníka na klientech vidět, jak se jejich stav zlepšuje.

Dalšími dílčími cíli byla snaha objasnit, kdo všechno se na aktivizaci podílí, což vysvětluje kategorie kooperace. Jedná se o spolupráci všech zainteresovaných, široké škály personálu nacházejícího se přímo v zařízení, který ale ne vždy ví, co s klienty mají dělat. Často jim dle výpovědí může chybět jakási dávka kreativity. Dále tato kategorie popisuje osobnostní stránku aktivizačního pracovníka, která hraje nejdůležitější roli při aktivizacích klientů, neboť má za úkol zpříjemnit klientům jejich zbývající život tak, aby si ho užili v důstojnosti a poklidu. Podle výpovědí pracovníků však nemusí být aktivizátorem pouze člověk, ale také např. jídlo, tedy stimul podporující chuť, smysly.

Další dílčí cíl se věnuje možnostem aktivizací, jež jsou klientům s Alzheimerovou nemocí k dispozici. Ty zahrnují nesčetné množství různých terapií, rukodělných prací, mezigeneračních setkání, kontakt se zvířaty a jinými lidmi, rodinou nebo metody na zapojení smyslů. Z výpovědí je zřejmé, že nejrůznější aktivizace určené klientům se provádí častěji ve skupině klientů než individuální formou. Z pohledu aktivizačního pracovníka existují, dá se říci, dvě téměř stejné skupiny klientů, a to těch, kteří aktivity vyhledávají, a těch, kteří jsou spíše samotáři. Je to individuální, ale velkou roli hraje i motivace od samotného personálu. Je také zřejmé, že personál klienty do jisté míry motivuje, ale za žádných okolností do ničeho nenutí, což by stejně vedlo k negativnímu vlivu na klienta.

Další z dílčích cílů se věnují problematice vztahů mezi jednotlivými klienty v zařízení z pohledu aktivizačního pracovníka, ke kterým dochází v důsledku dlouhodobého pobytu ve velkém počtu spolubydlících. Pojmy získané k tomuto cíli můžeme kategorizovat jako „Ponorkovou nemoc“, jelikož v důsledku velkého počtu obyvatel a malého prostoru není vždy možné zachovat soukromí jednotlivých klientů. V důsledku nemoci také dochází ke konfliktům, které mají spíše krátkodobý charakter, omezený krátkodobou pamětí klientů, kdy klienti dávají najevo svůj hněv, nesouhlas, bolest či ztrátu soukromí. Ovšem v zařízení lze také najít příklady velkého přátelství, které spojuje klienty silným poutem. Chování klientů z části ovlivněných nemocí vychází podle pracovníků AlzheimerCentra primárně z naturelu člověka. Posledním dílčím cílem byla snaha zjistit, jak může vypadat participace rodiny na aktivizacích klienta z pohledu aktivizačního pracovníka. Z výpovědí je zřejmé, že rodina často komunikuje s personálem, co se týká péče o jejich rodinné příslušníky, ale i co se týká aktivizací. Někdy má rodina až přehnané nároky nejen na pracovníky zařízení, ale i na samotné své rodinné příslušníky. Zřídka pak dochází mezi personálem a rodinou k rozepřím. Ne vždy je totiž podle pracovníků rodina ochotná přijmout fakt, že jejich rodinný příslušník již není schopen takové aktivity jako dříve. Po kategorizování pojmů se tedy dostáváme ke kategorii „Rada nad zlato“, kdy pracovníci shledávají pozitivní vztah k rodině, jejím radám. Snaží se pro klienta i rodinu dělat první poslední, protože ví, že komunikace je základem k úspěchu. Rodina je zde považována za cenný zdroj informací, jaký byl senior s Alzheimerovou nemocí ještě před onemocněním, což vede k nasměrování odpovídající péče, ulehčení času při hledání aktivit, které jsou pro klienta naplňující. Čím více informací pracovník o klientovi od rodiny dostane, tím je jeho práce s klienty přesnější, zábavnější a má na klienta pozitivnější dopad. Dále můžeme tento cíl kategorizovat jako „Rodina je základ“. Ta přináší klientům nejen oživení dne, finanční injekci při plnění potřeb klienta, ale snižuje i klientův strach z opuštění. Hlava sice zapomíná, ale srdce si pamatuje a bez lásky není život.

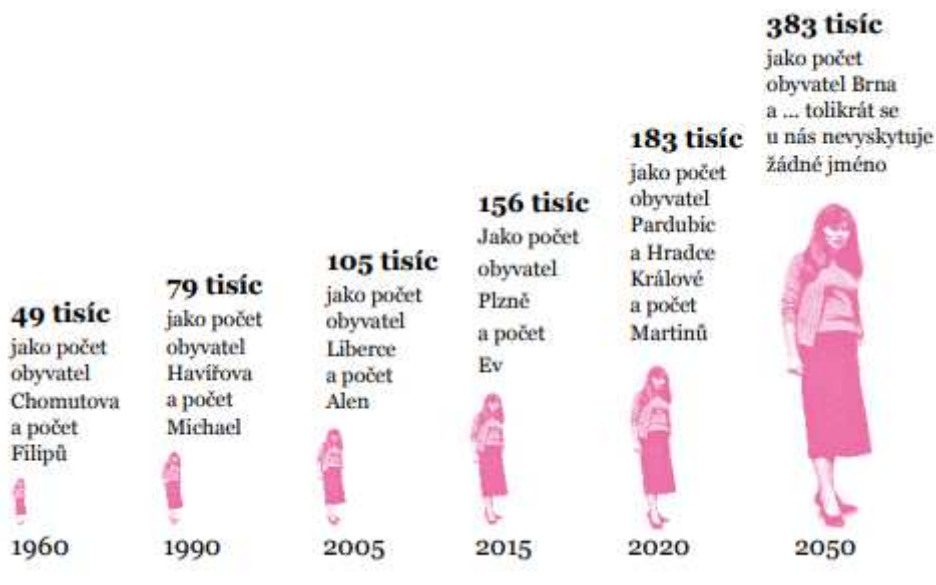
Abychom mohli vliv aktivizací na klienty s Alzheimerovou nemocí hlouběji prozkoumat, bylo provedeno zúčastněné pozorování přímo v AlzheimerCentru při různých aktivizacích. Všechny jednotlivě popsané aktivizace byly prováděny ve skupině. Z pozorovacích archů lze jednoznačně vyčíst, že na vlivu aktivizace se také podílí prostředí, počet právě aktivizovaných osob, motivace aktivizačního pracovníka, momentální fyzický, psychický i sociální stav klienta. Můžeme také vyčíst, že většina klientů byla na aktivizacích ráda, ráda se jich zúčastňuje pravidelně a až na výjimky je vyhledávají. Zapsané pozorovatelné

jevy: radost, úsměv, celkové uvolnění těla, zmírnění tělesného třesu, uvolnění ztuhlosti rukou, slzy radosti, soustředění na prováděnou činnost, tělesné projevy – tleskání v rytmu písni, pohupování nohama, tanec. Dále lze pozorovat komunikaci mezi klientem a personálem, mezi klienty navzájem, projevy kreativity, kooperace.

Podle analýzy rozhovorů pomocí kódování, kategorizování lze říci, že se shodují s výsledovými daty zapsanými v pozorovacím archu při pozorování klientů během jednotlivých aktivizací. Z pohledu aktivizačního pracovníka je aktivizace považována za základ práce se seniory s Alzheimerovou nemocí, který jednoznačně přispívá k udržení či zlepšení jejich momentálního stavu. Udržuje jak tělesnou, psychickou, tak i sociální stránku nemocného v relativní kondici a zmírňuje možný výskyt zhoršení jeho zdravotního stavu. Aktivizace podle aktivizačních pracovníků pozitivně přispívají k posílení schopnosti komunikovat, participovat se ve skupině, kooperovat. Aktivizační pracovník zde hraje důležitou roli jakožto subjekt motivace.

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Vzhledem k přibývajícimu počtu výskytu onemocnění Alzheimerovou nemocí, která je doposud zatím nevyléčitelná, je nutné se této oblasti věnovat, a to především z pohledu sociální práce se seniory. Ta totiž zajišťuje nejen legislativní ukotvení, ale také zajišťuje působení sociálního pracovníka na tuto skupinu znevýhodněných osob.



Obrázek 1: Predikce vývoje počtu lidí s demencí v ČR

Zdroj: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s ©, 2016

Výzkum neobjevil žádné závažné nedostatky týkající se aktivizací seniorů s Alzheimerovou nemocí. Podle rozhovorů i z provedeného pozorování je jednoznačné, že aktivizační pracovníci svou činnost provádí svědomitě, cílevědomě, šetrně vzhledem k individuálním potřebám klientů a vzhledem k možnostem zařízení. Jediný menší nedostatek shledávám v trávení času s jednotlivými klienty, kdy v důsledku velkého počtu klientů

a nedostatku personálu nejsou aktivizační pracovníci schopni poskytnout hlubší péči zaměřující se na jednotlivé klienty. Z výsledků výzkumu je totiž jednoznačné, že k aktivizaci seniorů s Alzheimerovou nemocí výrazně přispívá už jen kontakt mezi personálem

a klientem, posezení s šálkem čaje a povídání si o životě, náladách, pocitech klienta, což by vedlo i k získání zpětné vazby o celkové péči o seniora s Alzheimerovou nemocí. Další menší nedostatek shledávám v komunikaci s rodinou. Dle některých výpovědí je zřejmé, že by rodina ráda více komunikovala s personálem, získávala informace o výsledcích

aktivizací. Bohužel v důsledku přetížení pracovníků množstvím aktivizací určených klientům a poté následně administrativě nezbytné pro sledování výkonu a změn u klientů je takřka

nemožné, aby pracovníci s rodinou více komunikovali.

Je proto nezbytně nutné, aby byl nastavený sociální systém pozměněn a byly vytvořeny podmínky pro motivaci potencionálních i stávajících pečovatelských profesí, neboť populace stárne a přibývá počtu seniorů s Alzheimerovou nemocí a jinými typy demence. Aby byli lidé motivováni k práci v zařízeních poskytujících péči pro určitou skupinu lidí, umožnila bych větší možnost různých školení o péči pro danou pečující skupinu osob. I z některých rozhovorů bylo patrné, že by se zaměstnanci chtěli více zúčastňovat školení, zdokonalovat ve své práci, ale bohužel na to nejsou prostředky ani čas. Proto bych zajistila podíl financí na kurzy, doškolovací programy, které by mohly rozšířit pole působnosti zaměstnanců. Dalším krokem k motivaci by bylo zvýšení počtu dnů řádné dovolené. Péče o jiné lidi, v tomto případě o nemocné seniory, je velmi vyčerpávající a zaměstnanci potřebují delší dobu na odpočinek, rekonvalescenci než v některých jiných profesích. Dovolena by byla zároveň jakousi psychohygienou, předcházela by syndromu vyhoření. S tím souvisí i supervize, které v některých zařízeních sice fungují, ale v některých zařízeních ani neví, co to slovo vůbec znamená. Proto bych supervize povinně zavedla ve všech zařízeních min. 3× do roka s tím, že by byla účast zcela dobrovolná, ovšem minimálně 1× ročně povinná. Dalším krokem k motivaci by bylo zvýšení mezd pro pečující zaměstnance, neboť péče o jiné lidi je velmi náročným povoláním, spíše až posláním, které nemůže vykonávat každý. Myslím si, že si těchto pracovníků musíme vážít – nikdy nevíme, kdy jejich pomoc budeme potřebovat my.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnuje tematice aktivizací seniorů s Alzheimerovou nemocí v zařízení se speciálním režimem z pohledu aktivizačního pracovníka. Cílem práce bylo popsat, vysvětlit, ale i pochopit problematiku onemocnění Alzheimerovou nemocí u seniorů, sledovat jejich umístění a začlenění do zařízení se zvláštním režimem či AlzheimerCentra, prozkoumat možnosti aktivizací s těmito klienty za spolupráce aktivizačního pracovníka, který je při jejich aktivizaci motivací a vede ke zlepšení či udržení zdravotního stavu klientů.

Hlavní výzkumnou otázkou bylo, jaký vliv mají aktivizace na seniory s Alzheimerovou nemocí v AlzheimerCentru z pohledu aktivizačního pracovníka. Na základě vyhodnocení jednotlivých rozhovorů i pozorování mohu říci, že aktivizace výrazně přispívají ke zlepšení či jen udržení momentálního stavu seniora s Alzheimerovou nemocí. Práce se seniory s Alzheimerovou nemocí se primárně odvíjí od individuálních potřeb jednotlivých klientů nastavených v individuálních plánech, kterými se aktivizační pracovníci řídí.

Z výzkumu lze také jednoznačně vyčíst, že na aktivizaci seniorů s Alzheimerovou nemocí se kromě aktivizačních pracovníků podílí úplně každý, kdo se v zařízení nachází a má zájem se participovat na aktivizaci klientů. Mohou to tedy být všichni zaměstnanci – od paní uklízečky a po paní ředitelku.

Dále jsem se snažila zjistit, jaké možnosti aktivizací jsou seniorům s Alzheimerovou nemocí k dispozici. Ukázalo se, že je k dispozici celá řada aktivizací zahrnující uspokojení fyzických, psychických i sociálních potřeb. Jde o práce rukodělné, výtvarné, podporující myšlení, kreativitu, činnosti zaměřené na hudbu, divadlo a jiné umění a další možnosti trávení volného času, ať už ve skupině, či individuálně.

Výzkum se zaměřoval také na vztahy mezi jednotlivými klienty z pohledu aktivizačního pracovníka, kdy bylo zjištěno, že mezi seniory s Alzheimerem dochází k rozepřím, a to většinou v důsledku onemocnění, vzniklých nesrovnalostí či v důsledku ztráty soukromí. Tyto konflikty ale aktivizační pracovníci považují za krátkodobé, jelikož je u klientů poškozena krátkodobá paměť. I takové vztahy ale mohou mít vliv na aktivizaci seniorů s Alzheimerovou nemocí. Aktivizační pracovník musí klienty rozdělovat na takové skupinky, ve kterých bude docházet k co největší míře kooperace, komunikace, otevřenosti.

Poslední výzkumná podotázka byla zaměřena na participaci rodiny, která pro klienta hraje snad asi nejdůležitější roli. Dle rozhovorů s aktivizačními pracovníky je zjevné, že rodina vnáší do klientova cítění pocit známého, bezpečí, jistoty, potřeby. Rodina klienta dokáže motivovat, nastartovat jeho aktivitu. Dále je nejdůležitějším zdrojem informací pro aktivizačního pracovníka, slouží jako transfer informací o aktivním životě seniora s Alzheimerovou nemocí ještě před projevem onemocnění. Rodina také udává aktivizačnímu pracovníku směr, kterým má klienta vést, jak ho má motivovat k jeho aktivizaci, značně přispívá také ke zkrácení času při hledání klientových zájmů a radostí. Bez aktivizací by totiž život člověka s Alzheimerovou nemocí a následně jeho pobyt ve specializovaných centrech představovaly pouze čekání na smrt.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Alzheimercentrum, 2019. Pobočka Zlín. *Alzheimercentrum.cz* [cit. 2019-03-10]. © 2000-2019 [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://www.alzheimercentrum.cz/pobocka/zlin.html>
2. Česko, 2006. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 37, § 50 [cit. 2019-03-10]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
3. DVOŘÁČKOVÁ, D., 2012. *Kvalita života seniorů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
4. HAUKE, M., 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9.
5. HOLMEROVÁ, I., E. JAROLÍMOVÁ a J. SUCHÁ, 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations. ISBN 978-80-254-0177-4.
6. HOLMEROVÁ, I., E. JAROLÍMOVÁ a H. NOVÁKOVÁ, 2004. *Alzheimerova choroba v rodině*. Praha: Pfizer.
7. Hrozenská, Dvořáčková, 2013
8. JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ a C. BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2454-6.
9. KLEVETOVÁ, D., 2017. *Motivační prvky při práci se seniory*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0102-3.
10. KOUKOLÍK, F. a R. JIRÁK, 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-615-3.
11. MALÍK HOLASOVÁ, V., 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4315-8.
12. MALÍKOVÁ, E., 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3148-3.

13. MÁTL, Ondřej a Martina MÁTLOVÁ. *Zpráva o stavu demence 2015*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2015. ISBN 978-80-86541-45-7.
14. MÁTL, O., M. MÁTLOVÁ a I. HOLMEROVÁ, 2016. *Zpráva o stavu demence*. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o. p. s. ISBN 978-80-86541-50-1.
15. MATOUŠEK, O., 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
16. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. © WHO/ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR), 2018/3/7, © ÚZIS ČR 2010-2019 [cit. 2019-04-3]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
17. MLÝNKOVÁ, J., 2011. *Péče o staré občany, učebnice nejen pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
18. PICHAUD, C. a I. THAREAU, 1998. *Soužití se staršími lidmi: praktické informace pro ty, kdo doma pečují o staré lidi, i pro sociální a zdravotnické pracovníky*. Přeložil Abigail KOZLÍKOVÁ. Praha: Portál. ISBN 80-7178-184-3.
19. PRUDKÁ, Š., 2015. *Sociální služby pro seniory v kontextu sociální politiky*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-839-0.
20. STRAUSS, A. L. a J. CORBIN, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. ISBN 80-85834-60-x.
21. ŠVAŘÍČEK, R. a kol., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
22. TAYLOR, R., 2015 *Život s alzheimerem: autentické svědectví : pohled do srdce, duše a mysli člověka, který žije s Alzheimerovou chorobou*. Přeložil Stanislava KRÁLOVÁ. Praha: Ikar. ISBN 978-80-249-2684-1.
23. VAVRUŠOVÁ, Livia. *Demencia*. Martin: Osveta, 2012. ISBN 978-80-8063-382-0. WEHNER L. a Y. SCHWINGHAMMER, 2013. *Smyslová aktivizace: V péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4423-0.
24. ZGOLA, J. M., 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0183-9.

25. ZVĚŘOVÁ, M., 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0561-8.

SEZNAM TABULEK A OBRÁZKŮ

Tabulka 1: Výše příspěvku na péči	25
Obrázek 1: Predikce vývoje počtu lidí s demencí v ČR	63

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Mini-Mental State Examination

Příloha PII: Jednotlivé kroky při umístování klienta do zařízení

Příloha PIII: Příklad týdenního aktivizačního plánu zařízení

Příloha PIV: Geriatrická škála deprese

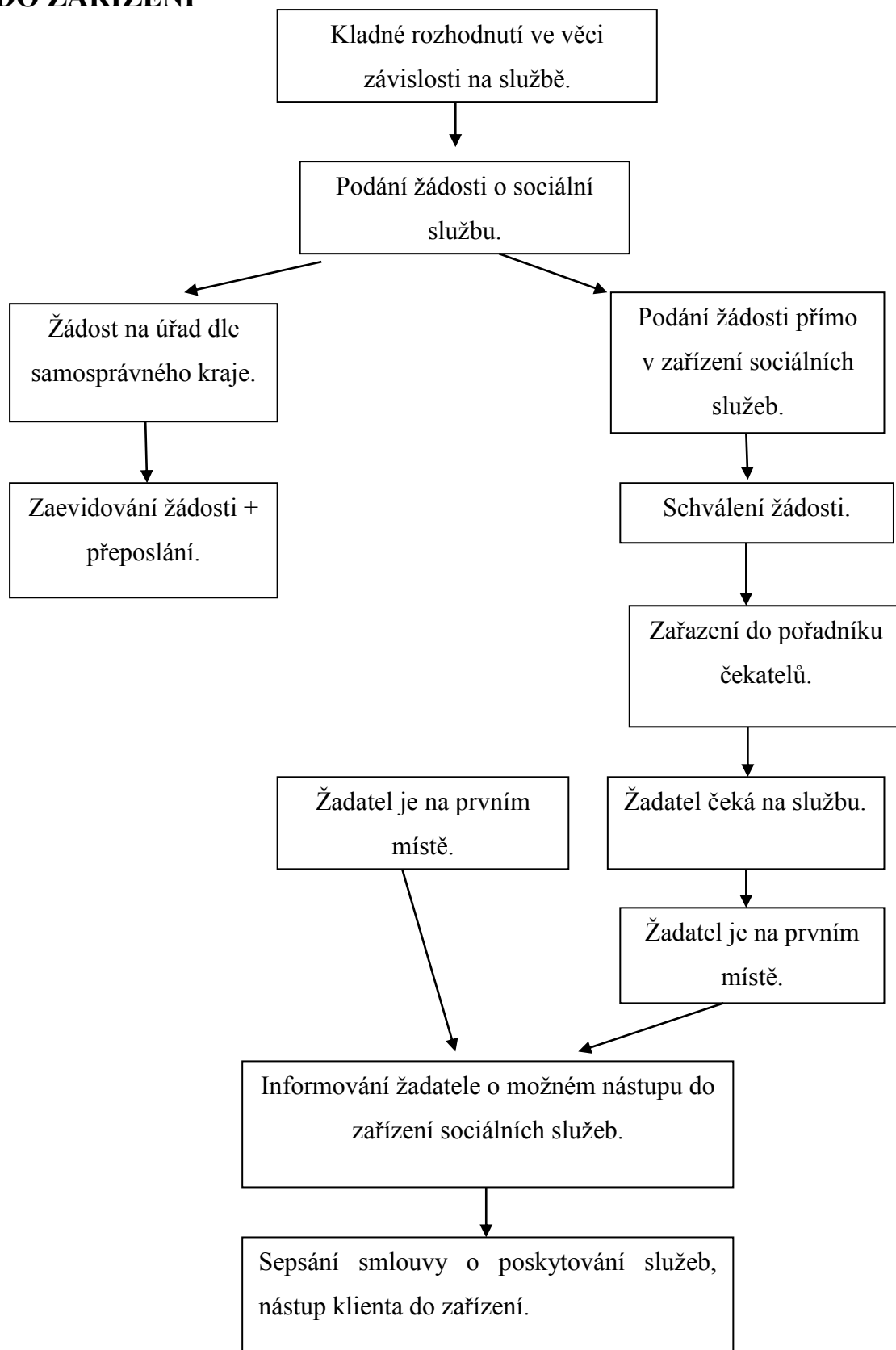
Příloha PV: Informovaný souhlas s výzkumem

Příloha PVI: Rozhovor s aktivizačním pracovníkem

PŘÍLOHA PI: MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

Oblast hodnocení	Max. skóre
<p>1. Orientace</p> <p>Položte nemocnému 10 otázek. Za každou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Který je momentálně rok? ▪ Které je roční období? ▪ Jaký je dnešní datum? ▪ Který je dnes den v týdnu? ▪ Co je za měsíc? ▪ V jakém žijete státě? ▪ Ve které jsme zemi? ▪ Ve kterém městě se nyní nacházíte? ▪ Jak se jmenuje toto zařízení? ▪ Ve kterém jste poschodí? 	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>
<p>2. Paměť</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vyšetřující řekne 3 jakékoli předměty (nejlépe něco z vybavení klientova pokoje, např. okno, židle, fotka) a vyzve pacienta, aby je zopakoval. Za každou správnou odpověď bez ohledu na pořadí se započítává jeden bod. 	<p>3</p>
<p>3. Pozornost, počítání</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nemocný má za úkol odečítat 7 od čísla 10 a to 5x po sobě. Za každou správnou odpověď je klientovi přidělen jeden bod. 	<p>1</p>
<p>4. Krátkodobá paměť – výbava</p> <p>Klient má za úkol zopakovat 3 vyjmenované předměty, za každou správnou odpověď dostane jeden bod.</p>	<p>1</p>
<p>5. Komunikace, řeč, konstruktivní schopnosti</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ukázat klientovi 2 předměty, poté ho vyzvat, aby je pojmenoval. ▪ Po vyzvání má klient opakovat – klient by neměl používat slova „žádná ale, jestliže a kdyby“. ▪ Klient má za úkol splnit třístupňový příkaz – „Vezměte papír do levé ruky, přeložte ho napůl a položte na stůl“ ▪ Dejte klientovi přečíst papír s nápísem: „Zavřete oči“. ▪ Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (dle větné skladby, aby dávala smysl). ▪ Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. (bod přidělít pouze, zda jsou splněny všechny náležitosti zadání, tedy dodrženy všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník) 	<p>2</p> <p>1</p> <p>3</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>

PŘÍLOHA PII: JEDNOTLIVÉ KROKY PŘI UMISŤOVÁNÍ KLIENTA DO ZAŘÍZENÍ



PŘÍLOHA PIII: PŘÍKLAD TÝDENNÍHO AKTIVIZAČNÍHO PLÁNU ZAŘÍZENÍ

ERGOTERAPIE 1. patro 26.11 – 30.11.

Pondělí	Úterý	Středa	Čtvrtek	Pátek
8.00 – 9.30 Snídaně- Nácvik soběstačnosti 9.30-10.00	8.00 – 9.30 Snídaně- Nácvik soběstačnosti 9.30-10.00	8.00 – 9.30 Snídaně- Nácvik soběstačnosti 9.30-10.00	8.00 – 9.30 Snídaně- Nácvik soběstačnosti 9.30-10.00	8.00 – 9.30 Snídaně- Nácvik soběstačnosti 9.30-10.00
Rozcvička Denní aktuality	Rozcvička Denní aktuality	Rozcvička Denní aktuality	Rozcvička Denní aktuality	Rozcvička Denní aktuality
10.00-11.00 A/Reminiscence B/Masáže	10.00-11.00 A/Kognitivní cvičení B/Filmové odpoledne	10.00-11.00 A/Vánoční tvoření B/Aromaterapie	10.00-11.00 A/Muzikoterapie B/Relaxační cvičení	10.00-11.00 A/Kuželky B/Pohybové cvičení
12.30- 14.30 Individuální program	12.30- 14.30 Posezení u kávy	12.30- 14.30 Deskové hry	12.30- 14.30 Individuální program	12.30- 14.30 Procházka po okolí
15.00- 17.00 Procházka po okolí	15.00- 17.00 Cvičení s overbolly	15.00- 17.00 Posezení u čaje	15.00- 17.00 Deskové hry	15.00- 17.00 Cvičení paměti

ERGOTým:

PŘÍLOHA PIV: GERIATRICKÁ ŠKÁLA DEPRESE DLE YESAVAGE

1. Jste spokojen/a s tím, jak nyní žijete?

ANO – 0 / NE – 1

2. Jaké jsou Vaše činnosti a zájmy-stejně jako dříve, nebo jste většiny z nich zanechal/a?

STEJNÉ – 0 / ZANECHAL/A – 1

3. Máte někdy pocit nicoty a prázdnoty Vašeho života?

ANO – 1 / NE – 0

4. Často se nudíte?

ANO – 1 / NE – 0

5. Jaká je převážně Vaše nálada, dobrá, nebo špatná?

DOBŘÁ – 0 / ŠPATNÁ – 1

6. Bojíte se často, že se Vám přihodí něco zlého?

ANO – 1 / NE – 0

7. Cítíte se většinou šťastný/á, nebo nešťastný/á?

ŠŤASTNÝ/Á – 0 / NEŠŤASTNÝ/Á – 1

8. Míváte často nebo převážně pocit bezmoci?

ANO – 1 / NE – 0

9. Zůstáváte raději doma nebo máte raději společnost?

DOMA – 1 / SPOLEČNOST – 0

10. Máte problémy s pamětí, které jsou podle Vašeho názoru horší než u Vašich vrstevníků?

ANO – 1 / NE – 0

11. Myslíte si, že žijeme v hezké době?

ANO – 0 / NE – 1

12. Míváte někdy nebo dokonce často pocity, že jste pro ostatní bezcenný, že si Vás neváží, nerespektují Vás, nemají Vás rádi?

ANO, mívám ten pocit – 1 / NE – 0

13. Cítíte se převážně dobře, plný/á energie, chuti do života?

ANO – 0 / NE – 1

14. Míváte pocity beznaděje ze situace své, ze svého okolí či ze svého osudu?

ANO, myslím si to – 1 / NE – 0

15. Myslíte si, že se většině lidí daří lépe než Vám?

ANO, myslím si to – 1 / NE – 0

Hodnocení:

0–7 bodů odpovídá normě

8–12 bodů mírná deprese

13–15 bodů těžká deprese

PŘÍLOHA PV: INFORMOVANÝ SOUHLAS

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Informovaný souhlas týkající se bakalářské práce na téma: „Aktivizace seniorů s Alzheimerovou nemocí v domově se zvláštním režimem.“

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě audio nahrávky rozhovoru.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí informantů. Důraz je kladen na:

- (1) Anonymitu informantů – v prepisech rozhovorů budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje.
- (2) Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem budu pracovat výhradně já).
- (3) Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je.
- (4) Jako informant / informantka máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Vladimíra Hrnčířová

Podpis:

Podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného materiálu.

V dne Podpis:

PŘÍLOHA PVI: ROZHOVOR 5

Dobrý den, nejprve bych se Vám ráda představila. Mé jméno je Vladimíra Hrnčířová, studuji zde ve Zlíně na UTB, na Fakultě humanitních studií, obor Sociální pedagogika, třetím rokem a moc bych Vás chtěla poprosit, zda bychom spolu mohly udělat rozhovor k mé bakalářské práci na téma Aktivizace seniorů s Alzheimerovou nemocí v zařízení se speciálním režimem. Jako první bych Vám chtěla vysvětlit informace k informovanému souhlasu a po přečtení Vám ho dám podepsat, jestli s ním souhlasíte. Náš rozhovor bude nahráván. (Po dohodě s pracovníci o zachování anonymity jsme se také domluvily, že nahrávka nebude nikde figurovat, pro zachování soukromí a přání pracovníků zařízení). Jinak nemohl být rozhovor uskutečněn.

Prosím Vás o zodpovězení pár otázek. – *Ano.*

Mohla bych Vás na úvod poprosit se představit? Jak dlouho v zařízení pracujete a na jaké pozici...?

Pečovatelka, 4 roky. Náplní práce je pečovat o seniory se vším všudy, co se týče hygieny, jídla, komplet celý servis, takže i aktivizace. Pracuji na základě kurzu a myslím si, že je nutné zaučení. Ale i když já jsem přišla z venku, tu odbornost získá člověk praxí a různými školeními, seminářem. Člověk se musí doškolovat. To ani jinak nejde. Řídíme se etickým kodexem, standardy kvality, je toho víc. Personál má možnost supervizi, na které mají pečovatelé nárok, podle mě je to potřeba, tady při této profesi často dochází k syndromu vyhoření. Je to denní chleba, nejsou tady vždy jen příjemné situace. Může se to stát.

Když přejdeme ke klientům, jak to tu vlastně v zařízení funguje?

Každý klient musí mít svá práva. Má právo na intimitu, na jídlo, na oblečení. Právo prostě na všechno, tak jako ostatní zdraví lidé, opravdu na všechno. Aktivizace jsou každodenní chleba, tady a bez nich by to bylo si myslím smutné. Tady ten pobyt. Bez aktivizací bude klient ležet v posteli, chudák zoufalý, dívat se do stropu. Anebo ten, co je na tom ještě dobře, tak se bude dívat do dveří a čekat, že za ním někdo přijde. Hlavně aktivizace jsou o tom, že jsou ve skupinkách a že klient není sám, není tam někde zavřený za dveřma. I o tom jsou aktivizace, aby se klient necítil sám.

A dodržuje zařízení nějaké zásady soukromí?

Zařízení musí zachovávat soukromí. Zase to patří ke standardům zařízení, nějaké to právo na něco, prostě je to potřeba. Klient musí mít své soukromí. Pokud nezodpovídá sám za sebe, zodpovídá za něj jeho rodinný příslušník, samozřejmě musíme se informovat písemným souhlasem, jestli ho můžeme fotografovat, jestli může to, může to, pokud teda není schopen sám, takže všechna práva jsou mu zachována.

Jaké druhy aktivizace jsou klientům k dispozici?

Probíhá tady canisterapie, reminiscenční terapie, muziko, kognitivní cvičení, klienti strašně rádi už jen zpívají, mimo muzikoterapie, s různými nástrojema, udělátkama, hrkátkama, bubny. Rádi sledují pohádky, čtou, televizi. Když je počasí, venkovní aktivity. Tak jako doma. Nebo jako naše babičky, strašně jdou rády ke dřezu, umyjí nádobí, umyjí si hrneček. Snažíme se zachovat maximum, aby mohli fungovat ještě plnohodnotně v rámci jejich onemocnění.

Já považuji určitě kognitivní cvičení za nejlepší. Je to pro ně hodně důležité, cvičení paměti, samozřejmě taktilně-haptické cvičení, různé úchopy, aby byly zachovány, aby člověk ještě dokázal sám sebe obstarat. Aby se mohl učesat, aby si mohl sám umýt obličej. Toto jsou základní potřeby, které čím dýl zachováme, tím to bude pro nás snazší i pro klienta asi jednodušší taky. Proto je důležité je k tomu vést, navádět slovně, udržovat, dopomáhat. Tyto věci jsou pro mě hodně důležité. Když vidím, že je klient sám schopen uchopit hrneček za ouško, tak přece k němu nedoletím, nevezmu a nedám mu napít, ne. Pojd'te se mnou. Je to pro mě opravdu důležité. Třeba vyčištění zubů. Základní věc, spousta klientů už na to zapomíná, ale v momentě jakmile dostane do ruky kartáček, tak zhruba tuší. On se třeba netrefí do té pusy, ale něco mu to říká. Snaží se. Proto je to pro mě důležité.

Máme tady spoustu různých pomůcek, snažíme se využívat maximum všeho. Co mě ještě napadá, bylo by to hodně časově náročné a ne pro všechny. Ale co je třeba takové to, nevím, jak se to jmenuje, nechci říct vodní sporty, ale hodně s vodou, nějaká ta hydro třeba masáž, takové ty podvodní, existují ty masážní vany, na takové ty studené nožky, ruce, to je takové to prokrvení trošičku, že třeba by to možná... ale kdo ví, nezkusili jsme, nevíme, třeba by se jim to nelíbilo. Třeba zase naopak by si to užívali. Ale určitě mají rádi takové ty měkoučké, ňuchňavé, příjemné věci na pohlazení, na zahřátí, takové ty obaly jako meďošky, to mají rádi. Ale s tou vodou, to mě už napadlo několikrát. Někdy už jsme tu

využívali vanu, ale zase není to vhodné pro každého. Je to sice hezké, že se ponoří do vody, užije si to, ale také musíme toho klienta dostat z té vany. Ono to potom je takové složitější a není to úplně košér, když ho z té vany potom tahá 6 lidí.

Je zde převážně skupinová práce s klienty, nebo individuální a chtějí se klienti zúčastňovat?

Každý klient má nastavený nějaký svůj individuální plán. Ale hodně se tady pracuje skupinově. Máme vyzkoušeno, že někteří tahouni z našich skupinek jsou schopni strhnout i ty méně takové ty pracovité, těm kterým se nechce. Už už jsou zvědaví, už se podívají, některé ty skupinky jsou lepší. Samozřejmě každý člověk je jiný, někdo je schovaný sám v sobě, nevyhledává tu skupinu, tak s něma jdeme individuálně.

Zúčastňují se jak kdo. Někteří se už vyloženě ptají „sestři, co budeme dneska dělat“ a někteří „a dejte mi pokoj, nikam nejdu“. Ale samozřejmě už zhruba víme, kteří to zhruba jsou, tak se je snažíme vtáhnout do děje. No ne vždy se nám to daří. Někdy stačí obyčejná černá káva a už s náma zůstanou, a už se zapojí. Stačí malé vychytávky někdy. Ale lepší je to ve skupince.

Přináší aktivizace zlepšení stavu klienta, nebo má spíše udržovací charakter a nemůže klientům uškodit?

Zase u těch šikovnějších klientů, hlavně, když se něco vyrábí, je to hmatatelné nebo vidí ten výrobek, který třeba když si ušijí nějakého skřítku, upletou něco z větviček, tak ví, ano my jsme u toho byli, to jsme vyrobili, my jsme něco udělali, mají z toho radost, ukazují si to navzájem, povídají si o tom, ale to záleží na stupni nemoci. U těch ležících tam už je to takové, že jsou většinou unavení. Únava už je značná. Do hlavy jim sice nevidím, ale myslím si, že už by si tak raději lehli, viděli se v posteli a odpočívali. Ta únava tam nastupuje vždycky, ale třeba u těch šikovnějších klientů je to takové lepší, je to fajn...takové „sestři, podívejte se, co jsme vyrobili“. A to je dobré. Emoce tam fungují. Buď jsou to slzy, mají radost, nebo jsou otráveni a dají nám to vědět.

Uškodit aktivizace určitě v žádném případě nemůže. To by musel být necitlivý přístup personálu ke klientům, aby jim to ublížilo. Ale že by se našel někdo až tak nemorální, abychom až takovým způsobem chtěli ať už vědomě, nebo nevědomě ublížit, to si nemyslím. Naopak si myslím, že to může mít přínos v tom, že jim zůstanou déle zachovány tyto běžné potřeby. Potřebujeme, aby byli klienti co nejdéle sami soběstační. V tom vidím velký přínos různých aktivizací, ať je to cvičení paměti. Ať už je to jen utírání hrnečků, prostě to mají

vžité, byl to jejich každodenní chleba, takové ty běžné domácí práce, jsou rádi. Některé babičky nám jdou i ještě rády pomoci převléct postele.

Každá aktivizace má pokaždé pozitivní výsledky. Protože nic neděláním je hrozné. A to myslím si, že tento koncept takto nastavený nebyl, že by si nikdo nikoho nevšimnul. Tady je opravdu už jen to, že je pozdravíme, že je pohladíme, že cítí nějaký dotek, už to považují za součást aktivizaci.

Jaké jsou vztahy klienta a rodiny a jak klienta ovlivňují? Dá se kontakt s rodinou považovat za aktivizaci?

Dost často se nám stává, že když máme nějaké ty denní aktivity s klienty, zrovna přijde návštěva za nějakým klientem. Tak si přisednou, když je to zpívání, tak se přidají k nám a pomůžou nám rozezpívat ty méně akční. Třeba teď se vyráběly vánoční dekorace, zapojili se, pomohli nám. Zapojují se rádi. Už jen kontakt s rodinou je určitě velkým přínosem. Ty jejich vzpomínky těch klientů, jsou na prvním místě tady toto všechno. Přijde k nim sestřička, ať už žlutá, modrá, oranžová, už možná podle těch barev nás trošičku rozeznávají, ale samozřejmě rodinu si rozeznávají, ne teda už všichni, ti co už jsou na tom trošku hůř, ty očka už jsou takové prázdňější. Ale většinou hned na první lusknutí to naběhne. Radost, radost úplně, že vidí někoho blízkého. Takže ta paměť ještě jakýmsi způsobem malinko funguje, ne dobře, ale funguje.

Jaké jsou vztahy mezi klienty v zařízení a jak klienta ovlivňují?

Opět dělí se na šikovné a méně šikovné. Já toto pořád používám, ale máme tady takový vzácný příklad. Jsou tady dvě klientky, jsou naštěstí spolu na pokoji. Jedna bez druhé neudělá ani krok. Jedna se jde podívat dole na ptáčky, druhá je jí v patách. Jedna jde na záchod, druhá jde taky. Jsou na sebe zvyklé. Maximálně spolu spolupracují, co můžou. Kdyby mohly, budou kousat jeden chleba.

Mezi skupinou nedochází k nějakým rozeprím. Spíše je to o jednotlivci, který něco se mu nelíbí a ozve se, hlasitě, až vulgárně, nebo zaútočí. Samozřejmě někteří se nemusí, takže vztahy mají vliv na aktivizaci. Víme, že je nemůžeme dát k sobě. Vliv jako takový. Někteří se těší na aktivizace víc, někteří víc. A ano je to ovlivněno. Když vidí ergoterapeutku jedu nebo druhou, tak ano, hurá pojďme na to, když vidí jinou, nee, to bude nuda. Takže ano všechno má vliv na aktivizaci.

Kdo se podílí na aktivizaci klienta?

Úplně celý personál, kdo tady vůbec pracuje. Ať je to paní z prádelny, ať je to kuchyň, úklid, pečovatelé, sestry, sociální pracovnice, prostě každý, kdo jde kolem. Stačí nějaké hezké slovo, pohlázení, prohození pár vět. Už toto je pro klienta nějaký stimul, je to pro ně strašně důležité. Když někde půjdu, potkám klienta, obejdu ho, no tak chudák je úplně ztracený. Takže už to je druh aktivizace. Nebo když jim dáme nějaké dobré jídlo, už to je druh aktivizace. Protože takový ten, ta chuť, aby byla zachována. Ne každý je na tom tak, že polykací reflexy fungují na plné obrátky. Takže u některých klientů funguje aktivizace tak, že jim dáváme jídlo. Někteří to mají na dýl, tak třeba v průběhu celého dne postupně jim dáváme nějaké rozpustné kokinko do pusy, ať mají pořád nějaké chutě.

Když za klientem přijde rodina, příbuzní, tak jsou klienti buď odvoláni z aktivizace, nebo se rodina sama zapojí také do aktivizace. Nic jiného mezi tím není. Když má špatný vztah s rodinou, tak to nemá takový vliv na aktivizaci, jak to samostatné prostředí, ve kterém se momentálně klient nachází. Spíše je ovlivňuje vlastní cítění, emoce, prostředí. Jestli se včera Karel s Pepou pohádali, to oni si opravdu nepamatují. Kdyby to bylo před 20lety, tak ano. Ale toto ne.

Jaká je komunikace personálu s rodinou?

Samozřejmě my se ptáme už při příjmu rodiny, co má kl. Rád, jestli mu třeba něco nevádí. Takže opravdu se snažíme s rodinou komunikovat, spolupracovat, abychom předešli tomu, že bychom klienta nutili do něčeho, co nechce, co nemá rád, co nikdy nedělal, nebo co by ho ani v životě nenapadlo. Takže s rodinou se toto hodně konzultuje a naopak rodina je ráda, když nám sdělí, že babička nám ráda pletla, obháčkovala všechno možné, a když náhodou zjistí, že babička po nějaké době opět začala plést, sice to tam plete všelijak, ale ty jehlice ještě pořád ví, jak se drží. Zase kdyby nám to ta rodina neřekla, my to nebudeme vědět, můžeme dlouho tápat, než na to přijdeme, takže ta komunikace je opravdu důležitá.

Vždycky je co zlepšovat, ale myslím, si že je tady dobrá komunikace s rodinou. Rodiny, když přijdou na návštěvu za klientem, tak personál je vždy mezi klienty. Sestry, nebo pečovatelé. Když je jakýkoli sebemenší problém, tak o něm víme, takže si myslím, že dostatečně komunikujeme.

Dobře, děkuji Vám za rozhovor. Ještě na závěr bych se Vás chtěla zeptat, máte ještě něco, co byste chtěla k tématu sdělit, nebo napadá Vás ještě něco?