

Senior s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem

Bc. Nikola Martinková

Diplomová práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Nikola Martinková**
Osobní číslo: **H19990**
Studijní program: **N0111A190013 Sociální pedagogika**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Senior s Alzheimerovou chorobou 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 choroby.

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

Realizace kvalitativního výzkumu formou pozorování.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování diplomové práce: **Tištěná/elektronická**

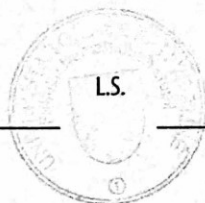
Seznam doporučené literatury:

- CALLONE, Patricia R., 2008. Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe. Vyd. 1. české. Praha: Grada. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2320-4.
- HOLMEROVÁ, I., E. JAROLÍMOVÁ a J. SUCHÁ, 2007. Péče o pacienty s kognitivní poruchou. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations. Vázka. ISBN 978-80-254-0177-4.
- JIRÁK, R., I. HOLMEROVÁ a C. BORZOVÁ, 2009. Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
- ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. Alzheimerova demence. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Lucie Blašíková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **15. ledna 2021**
Termín odevzdání diplomové práce: **23. dubna 2021**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 15. ledna 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou 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 diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 8.3.2021

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 nevdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledků 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 už nejmeně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracovních 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, ušije-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). *Odporčí-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 užit 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 jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá aktivizací seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem. V teoretické části jsou vymezeny pojmy stárnutí a stáří, s tím související periodizace stáří a změny, které se stáří týkají. Dále je definována demence, její dělení, příznaky, vyšetřovací metody a léčba. V další řadě se blíže definuje Alzheimerova choroba, její historie, rizikové faktory, příznaky, diagnostika, včetně výhod včasné diagnostiky, stádia, možnosti léčby a prevence. V další kapitole jsou vyjmenovány a popsány sociální služby určené seniorům s Alzheimerovou chorobou a poslední kapitola této části je zaměřena na samotnou aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou, kde jsou vyjmenovány a definovány jednotlivé aktivity. Cílem praktické části je zjistit a popsat možnosti a přínos aktivizací pro seniory s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem. Potřebná data byla zjišťována zúčastněným pozorováním při aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem.

Klíčová slova: stáří, senioři, demence, alzheimerova choroba, aktivizace, zvláštní režim

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the activation of seniors with Alzheimer's disease in a home with special regime. The theoretical part defines the concepts of aging and old age, the related periodization of old age and changes that relate to old age. Furthermore, dementia, its division, symptoms, examination methods and treatment are defined. Next, Alzheimer's disease is defined in more detail, its history, risk factors, symptoms, diagnosis, including the benefits of early diagnosis, stage, treatment options and prevention. The next chapter lists and describes social services for seniors with Alzheimer's disease and the last chapter of this part is focused on the activation of seniors with Alzheimer's disease, where the individual activities are listed and defined. The aim of the practical part is to find out and describe the possibilities and benefits of activations for seniors with Alzheimer's disease in a home with a special regime. The required data were determined by participatory observation in the activation of seniors with Alzheimer's disease in a home with a special regime.

Keywords: old age, seniors, dementia, alzheimer's disease, activation, special regime

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí diplomové práce Mgr. Lucii Blašíkové, Ph.D. za ochotu, odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracovávání diplomové práce a za veškerý čas, který mi po celou dobu věnovala. Také bych ráda poděkovala Centru služeb pro seniory Kyjov, za možnost a pomoc při provedení výzkumu. Také děkuji mé rodině, partnerovi a přátelům za pomoc a podporu.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ	12
1.1 PERIODIZACE.....	13
1.2 ZMĚNY VE STÁŘÍ	13
1.2.1 Tělesné změny.....	14
1.2.2 Psychické změny	14
1.2.3 Kognitivní změny.....	15
1.2.4 Emoční změny.....	15
1.2.5 Sociální změny	16
1.3 SENIOR.....	16
2 DEMENCE	17
2.1 DĚLENÍ.....	17
2.2 KLINICKÉ PŘÍZNAKY.....	19
2.3 VYŠETŘOVACÍ METODY.....	20
2.4 LÉČBA	21
3 ALZHEIMEROVA CHOROBA	23
3.1 HISTORIE	23
3.2 RIZIKOVÉ FAKTORY.....	23
3.3 PŘÍZNAKY	24
3.4 DIAGNOSTIKA.....	25
3.4.1 Výhody včasné diagnostiky	27
3.5 STÁDIA.....	27
3.6 LÉČBA	30
3.6.1 Farmakoterapie kognitivních funkcí	30
3.6.2 Farmakoterapie nekognitivních funkcí.....	31
3.6.3 Nefarmakologická léčba.....	31
3.7 PREVENCE	32
4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU	34
4.1 SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ.....	34
4.2 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PÉČE	34
4.3 SLUŽBY SOCIÁLNÍ PREVENCE	37
5 AKTIVIZACE SENIORŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU	38
5.1 ORIENTACE REALITOU, ČASEM, MÍSTEM	38
5.2 ERGOTERAPIE.....	39

5.3	TRÉNINK PAMĚTI.....	39
5.4	POHYBOVÁ A TANEČNÍ TERAPIE	40
5.5	MUZIKOTERAPIE.....	41
5.6	DRAMATERAPIE.....	41
5.7	ARTETERAPIE	41
5.8	TERAPEUTICKÉ PEČENÍ/VAŘENÍ.....	42
5.9	KINEZIOTERAPIE	42
5.10	PET – TERAPIE	42
5.11	REMINISCENČNÍ TERAPIE.....	42
5.12	VALIDAČNÍ TERAPIE	43
5.13	SNOEZELLEN TERAPIE	43
5.14	APLIKACE SVĚTLA.....	43
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	45
6	METODOLOGIE VÝZKUMU.....	46
6.1	VÝZKUMNÉ CÍLE	46
6.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	46
6.3	VÝZKUMNÁ METODA.....	47
6.4	VÝZKUMNÁ TECHNIKA.....	47
6.5	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	48
6.6	CHARAKTERISTIKA ZAŘÍZENÍ	49
6.7	PRŮBĚH VÝZKUMU	50
6.8	VÝZKUMNÝ SOUBOR	50
7	ANALÝZA DAT A JEJICH INTERPRETACE.....	53
7.1	ANALÝZA DAT.....	53
7.2	INTERPRETACE DAT.....	72
7.3	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	75
7.4	DISKUZE.....	76
ZÁVĚR		77
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		79
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK		82
SEZNAM TABULEK.....		83
SEZNAM PŘÍLOH.....		84

ÚVOD

Obyvatelstvo nejen České republiky stárne a se stárnutím a stářím se bohužel často pojí jisté zdravotní potíže, mezi které mimo jiné patří i demence. Nejčastěji vyskytující se formou demence je právě Alzheimerova choroba. Z dostupných dat je zřejmé, že v České republice bylo v roce 2019 diagnostikováno 157 571 osob s Alzheimerovou chorobou. Bohužel o spoustu těchto seniorů se nepostará rodina, ale jsou umístěni například do domova se zvláštním režimem, kde se nejen pracovníci snaží o to, poskytnou těmto seniorům veškerou péči, snaží se v rámci možností zlepšit jejich stav a to zejména nefarmakologickou léčbou, do které spadá aktivizace, rehabilitace, psychická podpora a další. Je velmi důležité se těmto lidem věnovat a poskytovat jim veškerou možnou péči a léčbu, ale také je aktivizovat a socializovat, aby se necítili osamělý a nežádoucí.

Cílem teoretické část diplomové práce je uvedení přehledu východisek, která souvisejí s problematikou aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou, kteří žijí v domově se zvláštním režimem. První kapitola se zabývá pojmy stárnutí a stáří, uvedli jsme periodizaci stáří podle různých autorů a zaměřili se na změny provázející stáří. V druhé kapitole jsme se zaměřili na definování demence, její dělení, příznaky, vyšetřovací metodu a léčbu. V kapitole třetí jsme se blíže zaměřili na Alzheimerovu chorobu, její definici, historii, rizikové faktory, příznaky, diagnostiku a výhody včasné diagnostiky, stádia, různé formy léčby a prevenci. Ve čtvrté kapitole jsme se vymezili sociální služby určené seniorům s Alzheimerovou chorobou a v poslední, páté, kapitole teoretické části jsme vymezili a popsali aktivity, které lze využít při práci se seniory s Alzheimerovou chorobou.

Hlavním cílem empirické části je zjistit a popsat možnosti a přínos aktivizací pro seniory s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem. Dále se zaměříme na obsah volného času seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem, na to jaké konkrétní aktivity si senioři vybírají nejčastěji, jak často je aktivizace se seniory prováděna, jaké emoce převládají u seniorů s Alzheimerovou chorobou při aktivizaci, a jak senioři s Alzheimerovou chorobou spolupracují s personálem při aktivizaci. Data byla získávána za pomoci kvalitativního výzkumu a to zúčastněným pozorováním při aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem. Výsledky tohoto pozorování jsou uvedeny v praktické části této práce. Získané poznatky budou předány domovu, který s nimi může dále pracovat a čerpat z nich.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Stárnutím a stářím se zabývá gerontologie, ta se zaměřuje na zkoumání biologických, fyzických a psychických vlastností stárnoucího organismu i sociálními aspekty stáří. Psychologií stárnutí a stáří neboli gerontopsychologií se zabývá nespočet autorů, každý na tuto problematiku nahlíží jinak, jinak ji definuje a vymezuje. Gerontopsychologie je součástí vývojové psychologie, studuje psychické změny právě v průběhu stárnutí a stáří jako poslední fáze vývoje lidské psychiky. Cílem gerontopsychologie je najít cestu, jak udržet duševní zdraví stárnoucího člověka, jak jej připravit na příchod změn, které se postupně budou zhoršovat (Šimíčková – Čížková, 2010, s. 141).

Stárnutí je chápáno jako komplexní proces s mnoha působícími vnitřními i vnějšími faktory. Odehrává se celý život, tedy od narození, přes dospívání, adolescenci a pokračuje neúprosně ke smrti. Ovšem po šedesáti letech života je proces stárnutí rychlejší a s přibývajícím věkem stále zrychluje. Lze rozlišovat normální a předčasné stárnutí. Normální stárnutí je v případě, kdy zdravý člověk má svůj kalendářní věk, který je dán počtem prožitých let a věk biologický, který se může individuálně lišit od věku kalendářního. Můžeme hovořit i o věku funkčním, který je ovlivněn genetickými, biologickými, psychickými a sociálními změnami. To, nakolik je funkčnost u starého člověka omezena, je dáno průběhem a způsobem života, prodělanými chorobami, stresovými situacemi, ale i vzděláním a tělesnou aktivitou například. Předčasné stárnutí je většinou v důsledku poruchy v biologickém vývoji a dochází k němu pouze výjimečně. Případy předčasného stárnutí mohou probíhat vlivem dlouhodobého přetěžování organismu, jde například o drogovou závislost, alkoholismus, silné kouření, přeceňování fyzických sil (Šimíčková – Čížková, 2010, s. 144).

Pidrman dělí stárnutí podle závažnosti změn v kognitivních funkcích do tří skupin a to úspěšné stárnutí, při kterém jsou zachovány funkční schopnosti, kognice je neporušena, výkonnost je jako u jedince ve středním věku, neobjevují se poruchy paměti, chování či motoriky, u normálního stárnutí se již objevují fyziologické změny v kognitivních a psychických schopnostech, objevují se drobné výkyvy v zapomínání, avšak nedochází k progresi. A k patologickému stárnutí dochází v případě, že selžou veškeré kompenzační mechanismy a projevují se zcela zjevné chorobné stavy (Pidrman, 2007, s. 24 – 25).

Dále si můžeme uvést definici například od Pacovského, který stárnutí definuje jako cestu do stáří a člení jej na fyziologické a patologické podobně jako Pidrman. Fyziologické

stárnutí popisuje jako běžnou součást života a patologické stárnutí popisuje jako předčasné stárnutí, tedy takové, kdy je kalendářní věk nižší než věk funkční (Pacovský, 1990, s. 30).

Stáří označujeme jako vyvrcholení a konečnou fázi individuálního života. Stáří nelze chápat bez kontextu celého životního cyklu a všech prožitých etap. Podobně stáří definuje Haškovcová, která jej definuje jako přirozené období života, vztahované k životnímu období dětství, mládí, dospělosti a zdůrazňuje, že stáří nelze považovat jako nemoc, ale jako přirozený proces změn, které trvají celý život, ale až v pozdějším věku jsou více zřetelné (Haškovcová, 1990, s. 58).

1.1 Periodizace

Periodizací se zabývala spousta autorů a každý uvádí jinou periodizaci. Nejznámější a nejpoužívanější periodizace je podle Světové zdravotnické organizace, jež dělí stáří následovně:

- střední věk neboli zralý věk (45 – 59 let),
- vyšší věk neboli rané stáří, senescence (60 – 74 let),
- pokročilý čili stařecký věk, vlastní stáří, kmetství, sénium (75 – 89 let) a
- vysoký věk neboli dlouhověkost, patriarchium (90 a více let) (Haškovcová, 2010, s. 20).

Dále například Vágnerová stáří dělí na rané stáří (60 – 75 let), které charakterizuje jako období života, v němž dochází k viditelným změnám daným stárnutím, ale nemusí být tak velké, aby staršímu člověku znemožnily aktivní život, a pravé stáří (75 a více let), které je již spojeno s nárůstem problémů (Vágnerová, 2007, s. 299, 398).

Další periodizaci je od autora Příhody, který dělí život na různé etapy, kdy poslední etapa je označena jako senium, které dále dělí na etapy. První etapa senescence (60 – 75 let), druhá etapa kmetství (75 – 90 let) a patriarchia (90 let a více) (Příhoda, 1974, s. 229).

Jak již bylo zmíněno periodizací stáří, se zabývalo mnoho autorů, existuje tedy mnoho dělení, ovšem z uvedených lze poznat, že většina je ve stejném duchu a jsou si podobné.

1.2 Změny ve stáří

Stárnutí a stáří s sebou nese spoustu změn, které, jak již bylo zmíněno, jsou pro seniora velkou zátěží. Nejčastěji jsou změny děleny na tělesné (biologické), psychické a sociální.

1.2.1 Tělesné změny

Tělesné změny se týkají většiny orgánových soustav a jejich orgánů. Nejdřív a nejvíce jsou viditelné na kůži nebo pohybovém systému. Dále však probíhají v kardiovaskulárním, respiračním, trávicím, pohlavním, vylučovacím, nervovém systému, ve smyslovém vnímání a spánku. Typickým jevem je pokles tělesné hmotnosti a výšky. Změny v hmotnosti souvisejí se změnami tělesných proporcí, úbytek výšky je způsoben sedáním meziobratlových plotének. Současně s tímto klesá rychlost, pružnost a hbitost pohybů, snížená pohyblivost seniora zvyšuje pravděpodobnost vzniku úrazů. Dále ubývá svalová výkonnost a souhra neuromuskulárního aparátu, která negativně ovlivňuje motorické dovednosti seniora. Úbytek funkcí se projevuje také u vnitřních orgánů, kdy například srdce má sníženou výkonnost, dále plíce, onemocnění cévního systému, změny v nervovém systému. Snížení funkce se projevuje také u žláz s vnitřní sekrecí, což má za následek změny chování seniora, ospalost, ztrátu vitality, řídnutí vlasového porostu, křehnutí kostí, lámavost nehtů. Jak bylo zmíněno jedním z prvních známek stárnutí, jsou změny na kůži, následkem stárnutí mizí podkožní tuk a klesá obsah vody, přibývají vrásky, pigmentové skvrny, kůže je suchá, může svědit, je tenká a povislá. Dalším projevem stárnutí je šedivění a vypadávání vlasů, což je z části podmíněno i geneticky. K výrazným změnám dochází také v trávicím systému. Dochází k opotřebením či ztrátě chrupu, snižuje se tvorba slin a trávicích enzymů, je zpomaleno vstřebávání vitamínů a živin. Ve vyšším věku klesá schopnost ledvin tvořit a vylučovat moč, klesá kapacita močového měchýře. Někteří senioři mohou mít problém s udržením moči. V neposlední řadě se snižuje výkonnost smyslových orgánů, zejména zraku a sluchu. Snižuje se zraková ostrost, schopnost oka přizpůsobit se tmě či šeru. Zhoršení sluchu se objevuje zejména u lidí, kteří pracovali v hlučném prostředí. Poruchy sluchu se objevují více u mužů (Šimíčková – Čížková, 2010, s. 144 – 148; Mlýnková, 2011, s. 25 - 38).

1.2.2 Psychické změny

V období stáří se různým způsobem mění i psychické funkce. Psychické změny jsou podmíněny těmi biologickými. Zhoršující se biologické procesy vyvolávají zhoršení vnímání, motoriky, zpomalení duševních pochodů a všech složek psychické činnosti jako je paměť, myšlení, citové prožívání, motivace a jiné. Dále na psychické změny mají vliv sociální faktory, tedy změny v sociálním postavení, ztráta sociálních rolí, zvětšování závislosti na ostatních, omezení sociálních kontaktů. Tyto změny kladou zvýšené nároky na

adaptaci seniora, ovšem schopnost seniora adaptovat se je výrazně snížena (Šimíčková – Čížková, 2010, s. 148 – 149).

1.2.3 Kognitivní změny

Ve stáří dochází k úpadku dílčích schopností a celkové struktury. Změny dané stárnutím se projevují v oblasti procesů, které slouží k zaznamenávání, ukládání a využívání informací. **Zhoršuje se smyslové vnímání**, jak již bylo zmíněno, zhoršuje se zraková percepce a sluch. To s sebou nese pokles výkonu seniora při pracovních činnostech nebo při činnostech jako čtení, záliby, koníčky, omezují se jejich reakce. Poruchy sensorické percepce stěžují schopnost komunikace s druhými lidmi, což může být provázeno nejistotou, úzkostí, podezřívavostí, a také to nejvíce narušuje psychiku. Zhoršení zrakové a sluchové percepce s sebou nese také vyšší riziko úrazů. **Zhoršuje se paměť**, především krátkodobá, pro nové události, zatímco dávné zážitky, například z dětství, zůstávají v paměti uchovány. Vzpomínky bývají často obsahově a emočně zkresleny. Minulé obecně hodnotí spíše pozitivně, senior lpí na tom, čím byl, co měl, například na majetku, postavení, zvyklostech. Zpomalení paměťových funkcí snižuje počet vybavitelných zkušeností, poznatků a narušuje porozumění novým informacím (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 204).

1.2.4 Emoční změny

Na počátku stáří mají senioři silnou potřebu seberealizace, být užiteční pro druhé, později do popředí vstupuje potřeba emočního zakotvení a pozitivního přijetí v okruhu blízkých, v pozdějším stáří jsou senioři méně zaujatí událostmi kolem sebe a soustřeďují se sami na sebe a své problémy (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 207).

Stárnutí tkání v nervové soustavě vede ke snižování odolnosti vůči zátěžovým situacím. Staří lidé často bývají citově labilnější a hůře své emoční projevy ovládají. Mají větší sklon k úzkostem a depresím, bývají snadno emočně ovlivnitelní. Emoční labilitu seniorů prohlubuje snížení sebehodnocení, které může být vyvoláno například odchodem ze zaměstnání. To totiž pro seniora znamená ztrátu společenského postavení, změnu režimu dne, rozdíl ve finančním příjmu. Život seniorů negativně ovlivňuje ztráta sociálních vztahů, tato ztráta působí jak na duševní, tak na fyzické i emocionální funkce. Ženy většinou mají více času na přizpůsobení se této změně, protože svoji hlavní roli v rodině a domácnosti neztrácejí, ovšem v posledních letech se i ony s touto změnou těžko vyrovnávají, protože se v průběhu života více realizovaly v pracovní sféře. Oproti tomu muži odchod ze zaměstnání

vnímají jako pokles či ztrátu sociální prestiže a trpí pocity ukřivdění a neuznávané osoby (Šimíčková – Čížková, 2010, s. 151 – 152).

Síla vztahů k blízkým lidem se ve stáří nemění, naopak význam rodiny stoupá. Prarodiče rádi vítají své vnoučata a silně, pozitivně svou roli prožívají. Také manželské vztahy v tomto období sílí a ztráta partnera bývá velmi závažnou životní událostí (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 209 - 210).

1.2.5 Sociální změny

Jak již bylo několikrát zmíněno, odchodem do starobního důchodu se mění sociální role seniora. Pro seniora končí role pracujícího člověka a začíná pro něj nová role důchodce. Tím může dojít ke snížení společenské prestiže a společnost na seniora může nahlížet jako na někoho, kdo čerpá peníze od státu a do společnosti již nic nepřináší. Stává se tedy, že senioři bývají izolováni ve svém soukromí, mají méně sociálních kontaktů. Ovšem právě sociální kontakty jsou pro seniory důležité. Preferují kontakty se známými lidmi, mezi takové patří rodina a přátelé, jejichž počet se s postupujícím stářím snižuje a senior se může cítit osamělý. Je proto nutné se ještě ve středním věku na penzionování připravovat plánováním životního programu. Spousta lidí se na penzionování těší, plánují si různé aktivity, chtějí se věnovat zahrádce, koníčkům, cestování. Mnozí však nevědí, co s takovým množstvím volného času dělat. Může se objevit nuda, přemítání o smyslu života, pocit neuspokojených potřeb a další negativní emoce (Mlýnková, 2011, s. 45 – 46).

1.3 Senior

V minulosti byli staří lidé pojmenováváni nelichotivě. Říkalo se jim stařec, stařena, bába, dědek. V odborné literatuře 70. let minulého století se nejvíce vyskytuje pojem *geron*, z řeckého *geron*, tedy stařec, popřípadě *geront*. Ve stejné době se ustálil také pojem, *přestárlí občané*. Pro nahrazení těchto označení odborníci přišli s pojmem *dříve narození občané*, což ovšem asociovalo s předčasně narozenými dětmi. Také od tohoto označení se postupně opouštělo. Haškovcová považuje za nejlepší označení, *starší občané*. Senior je tedy starší člověk, nebo nejstarší, zpravidla vážený člen společnosti (Haškovcová, 2010, s. 21 – 22).

V dnešní době je používán pojem senior. Seniozem by měl být každý občan, který splnil podmínky pro nabytí starobního důchodu stanovené legislativou České republiky. Bez ohledu na věk a na to, zda osoba pobírá či nepobírá starobní důchod. Tento pojem však není v legislativě České republiky zakotven.

2 DEMENCE

Termín demence nepředstavuje specifické onemocnění, ale jde o termín popisující soubor symptomů, které mohou být způsobeny jinými poruchami mozku. Demence je tedy syndrom, který vznikl následkem onemocnění mozku, ať už chronického nebo progresivního charakteru, a narušuje korové funkce, včetně paměti, myšlení, orientace, schopnosti řeči, učení a úsudku. Ve většině případů demence postihuje nejdříve právě paměť, poté postupuje k soudnosti, logickému uvažování, orientaci, výkonové funkci a končí u těžké intelektové deteriorace. Během tohoto průběhu ovšem dochází k poškození nekognitivních funkcí, může jít o poruchu emotivity, lidé nezvládají své nálady, reagují afektivně a v pozdějších stádiích dochází k úbytku vyšších citů. Přechodně se také mohou projevit poruchy myšlení, objevují se bludy, poruchy vnímání (Fertaľová, Ondriová, 2020, s. 13).

2.1 Dělení

Je potřeba demenci nejprve správně diagnostikovat, až následně určit původ onemocnění, což je velmi důležité pro správnou léčbu.

Demence lze rozdělit do dvou skupin a to podle příčiny. Jde o demence, které mají jako podklad atroficko – degenerativní proces mozku a demence symptomatické, které mají jako podklad celkové onemocnění, infekce, intoxikace, úrazy, nádory a jiné poruchy, které postihují mozek (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 19).

V praxi se však nejčastěji používá klasifikace podle Mezinárodní klasifikace nemocí, dále MKN – 10 (10. revize). Na základě původu onemocnění a klinického obrazu Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje několik druhů demence, které řadí do diagnostické skupiny F00 - 09, což je označení MKN – 10 pro Organické duševní poruchy včetně symptomatických. Tato skupina zahrnuje celou škálu duševních poruch, seskupených na základě společně prokazatelné příčiny, které u nemoci, úrazu nebo jiného poškození mozku vedly k mozkové dysfunkci. Porucha funkce může být primární, což nastává při chorobách, poraněních či poškození postihujících přímo mozek, nebo může být sekundární, což nastává při systémových chorobách a poruchách, při kterých je mozek jedním z více poškozených orgánů či systémů.

Mezi primární degenerativní demence patří:

- Alzheimerova choroba,
- demence s Lewyho tělísky,

- frontotemporální demence.

Mezi sekundární a smíšené demence patří:

- vaskulární demence,
- metabolické demence,
- toxické demence,
- demence při Parkinsonově chorobě,
- demence u Huntingtonovy nemoci,
- poúrazové demence,
- demence při nádorech centrální nervové soustavy,
- demence při infekcích (Fertařová, Ondriová, 2020. s. 18 - 24).

Dále si uvedeme dělení demencí, podle vybraných autorů. Dělení demence se v průběhu času měnilo, jednak podle autorů a psychiatrických směrů a jednak podle současných poznatků vědy.

Například americký psychiatr William Sadler v roce 1945 řadí demence mezi organické reakční typy, a to následovně:

1. presenilní demence:

- prostá presenilní demence,
- Alzheimerova demence,
- arteriosklerotická demence,

2. psychózy spojené s nemocemi mozku a poruchami nervů:

- encefalitida,
- Pickova nemoc,
- mozkový tumor,
- roztroušená skleróza,
- Huntingtonova nemoc,
- a další.

Dále si uvedeme dělení podle autora Jiráka, jak jsme již zmiňovali výše, dělí demenci na atroficko – degenerativní proces mozku a symptomatické, sekundární, demence. Do demencí atroficko – degenerativních demencí řadí Alzheimerovu chorobu, Parkinsonovu chorobu, korovou nemoc s Lewyho tělísky, demence u Pickovy choroby, Huntingnovou chorobu a další. Druhými jsou ještě ischemicko – vaskulární demence, které vznikají na podkladě poškození mozkové tkáně cévními poruchami, jde například o mozkový infarkt. Třetí jsou tedy symptomatické demence, kam řadí metabolické demence, demence při vitamínových deficitech, demence při zánětlivých onemocněních centrální nervové soustavy (Kučerová, 2006, s. 13 – 15; Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 19 - 20).

Jak z textu vyplývá, většina autorů se více méně v dělení demencí shodují a dělí je přibližně stejně.

2.2 Klinické příznaky

U demencí se vyskytují tři základní okruhy postižení, které se ovšem navzájem prolínají, nelze je od sebe úplně dělit. Jak již bylo zmíněno, jde o postižení kognitivních funkcí, kdy většina demencí začíná právě poruchami paměti. Můžou se ovšem objevit výjimky, jako například u Pickovy choroby se zprvu objevují poruchy chování nebo dále u Parkinsonovy choroby se objevují poruchy výkonných funkcí, tedy postižení nejsou schopni naplánovat či provést složitější úkony. Druhým okruhem je postižení aktivit denního života. Na počátku demence vypadávají postiženému složitější profesní úkony a postupně se porucha rozšiřuje na aktivity denního života, například na schopnost nakládat s penězi. U pokročilých demencí jsou poté postihnuty i základní aktivity denního života, jako schopnost se obléknout a svléknout, najíst se, udržovat hygienu. U velmi těžkých případů je poté plná odkázanost postiženého na péči okolí, ať už rodiny či profesionálních pečovatелů. A třetím okruhem jsou behaviorální a psychologické příznaky demence. Behaviorální příznaky jsou pro okolí, ale i pro samotného pacienta nejobtížnějšími projevy. Mohou se objevit již od počátku demence, ale spíše se rozvíjejí ve středních stádiích demence a vrcholí v těžkých stádiích. Mezi poruchy chování patří stavy neklidu. Někdy jde o neustálý neklid neboli agitovanost, který může být drobný, ale také výrazný. Mohou nastat také stavy silného neklidu, které mohou být spojeny s agresivitou, jde například o útěky z domova, napadání členů rodiny, pečovatелů, zdravotního personálu, ničení věcí, nadávání a další. Také se u demencí mohou vyskytnout přidružené psychotické příznaky. Jde například o bludy, kdy pacient může přesvědčovat personál o tom, že jej někdo okrádá, dále halucinace, kdy pacienti například

v noci vidí přicházet do své místnosti cizí lidi, dále deliria, kdy je potřeba pátrat po vyvolávající příčině, poruchy emocí, jež bývají přechodného nebo kolísavého charakteru, nejčastěji se vyskytují nekontrolovatelné afekty, afekty vzteku, smutku a pláče a deprese, která se například u Alzheimerovy choroby vyskytuje zhruba ve 20 – 50 % případů a poruchy spánku (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 22 – 24).

2.3 Vyšetřovací metody

Diagnóza demence je stále podceňována, v některých případech rodina i lékaři některé příznaky demence přisuzují příznakům stárnutí bez klinického významu a nevěnují jim zaslouženou pozornost. Podobně to bývá u příznaků deprese, které mohou, ale nemusí být spjaty s demencí. Staršího člověka tím odsoudí k velkým vnitřním bolestem, které bohužel jen tak někdo nepochopí. Každá změna stavu, každý příznak, který připomíná demenci či jinou změnu duševního stavu je potřeba vyhodnotit dobrým lékařem, popřípadě při pochybnostech vyhledat specialistu (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 25)

Diagnostika demence je proces, na kterém se významně podílí několik rovnocenných složek, jde o pacienta, pečovatele a lékaře, který výsledky a informace shrne a stanoví diagnózu. Diagnostika demence je dlouhý proces, nelze ji stanovit či vyloučit hned. Prvním bodem vyšetřování je anamnéza. Jelikož si pacient trpící demencí svůj problém často neuvědomuje a nepřipouští je důležitá objektivizace příznaků další osobou. Tato osoba, ať už rodinný příslušník či pečovatel musí objektivizovat data o příznacích, i době a délce jejich trvání o průběhu onemocnění a o amnestických údajích, kdy je nutno brát v potaz úrazy hlavy, mozkové příhody, onemocnění srdce, cukrovku a jiná onemocnění, léčení depresí, již prokázaná přítomnost demence a užívání léků, které mohou mít vliv na paměť. Dalším bodem ve vyšetření je orientační vyšetření poznávacích funkcí. Jde o testování neurologicko – psychiatrické funkce, které jsou v těchto procesech narušené a to paměť ve všech formách, řeč, schopnost orientovat se v prostoru, schopnost obsluhovat televizi, mobilní telefon, auto, domácí spotřebiče, naplánovat a vykonat smysluplnou aktivitu, poznávací funkce a výkonné funkce, tedy plánování a dokončení úkolu, zvládání zaměstnání, změny chování a osobnosti. Důležitým poznatkem je i informace o tom, zda si pacient své postižení uvědomuje či nikoliv. K testování jednotlivých složek poznávacích funkcí jsou využívány testy, které s pacientem provádí psycholog, neurolog či psychiatr. Klinicky nejužívanějším testem je MMSE (Mini-Mental State Examination), který ovšem není vhodný k diagnostice demence každého typu. Dalšími vyšetřovacími metodami jsou Wechslerova škála paměti, která

poskytuje detailní informace o slovní i zrakové paměti, testuje orientaci, logickou paměť, zapamatování si dvojice slov a tváří, uspořádání čísel a písmen. Dále testy řečových funkcí, které testují spontánní řeč, pojmenovávání, opakování a porozumění, test řečové plynulosti, kdy pacient v určitém časovém intervalu musí vyjmenovat co nejvíce slov podle zadání, hodnotí se pohotovost, iniciace, motivace, pracovní a slovní paměť. Testováním schopnosti obkreslit obrazce se zabývá Bender – Gestaltův test a míru pozornosti, mentální pružnosti, adaptace na zátěž zjišťujeme pomocí Stroopova testu. Posledním bodem vyšetření jsou zobrazovací metody. Jde o computerovou tomografii a magnetickou rezonanci, které upozorňují na úbytek mozkové tkáně, změny prokrvení, přítomnost nádorů, metastází, cyst (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 25 – 28).

2.4 Léčba

Některé z demencí jsou při současném stavu vědění léčitelné, dokonce plně vyléčitelné bez následků. Většinu demencí však bohužel nelze vyléčit, mezi takové demence patří i Alzheimerova choroba či demence s Lewyho tělísky, a další. Ovšem vhodnou léčbou lze dosáhnout alespoň zpomalení průběhu demencí, oddálení těžkých stádií, zlepšení kvality života, prodloužení doby jeho funkčních schopností a tím snížení potřeby pečovatelské péče. U pacienta s demencí se léčí právě narušené kognitivní funkce, výkonné funkce, jednání, chování, emoční reakce. (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 88).

Jiráček dělí léčebné přístupy na biologické a nebiologické, tyto přístupy je nutné kombinovat a vhodně doplňovat. Z biologických léčebných přístupů je nejpoužívanější farmakoterapie, tu lze dále dělit na kognitivní farmakoterapii, která ovlivňuje především porušené poznávací funkce, a nekognitivní farmakoterapie, která ovlivňuje přidružené poruchy nálad, afektů, chování a spánku (Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 88).

Pidman dále zmiňuje nefarmakologickou, behaviorální, léčbu, jejímž cílem je zachování, popřípadě zlepšení úrovně jednotlivých dovedností, jako je hrubá a jemná motorika, chůze, soběstačnost, smysluplné vyplnění volného času, zlepšení verbální a neverbální komunikace pacienta s rodinou, ošetřovateli, ovlivnění chování, psychologických příznaků demence, ovlivnění aktivit denního života. Zvolené aktivity by měly být přiměřené stavu nemocného. Měly by být komplexní, adekvátně ovlivňovat psychickou a fyzickou stránku, uspokojovat senzorické funkce. Aktivity mají podporovat klientovy silné stránky, a měly by probíhat ve známém prostředí klienta. Behaviorální léčba zahrnuje pět oblastí. Jde o životní styl, kdy pacienta vzděláváme, podporujeme, trvale o něj pečujeme, navozujeme přátelskou

atmosféru v prostředí, ve kterém se pacient nachází. Smyslem je zejména zachování jeho sociální funkčnosti. Dále přiměřená fyzická aktivita, kdy fyzická překážka vede k narušení rytmu vnímání dne a noci, k uzavření kruhu duševního chátrání. Jestliže budeme mít nemocného s určitou fyzickou překážkou, musíme počítat s tím, že bude omezen přísun psychických stimulů, může jít o sníženou chuť k jídlu, která vede k dalším nutričním problémům. Důležitou složkou v péči o pacienta s demencí a jednou ze specializovaných metod je pohybová a taneční terapie. Je vhodné ji pravidelně zařazovat do režimu. Třetím bodem je péče o psychickou aktivitu nemocného, která zahrnuje řadu logických postupů. Pokud jde o orientaci nemocného, neměli bychom zbytečně měnit prostředí, ve kterém se pacient nachází, neměli bychom s ním cestovat do neznámých míst, vystavovat jej neznámým situacím. Měli bychom dbát na to, aby měl pacient k dispozici zřetelné hodiny či velký kalendář. Do aktivit s nemocným bychom měli zahrnout „učení a zkoušení“, kdy pacient dostává jednoduché úkoly, zadání, které v určitém čase vyplní a poté bude takzvaně zkoušen. Tyto aktivity vedou k udržení psychické aktivity nemocného. Dále sem patří například kognitivní rehabilitace, kde se používají různé techniky, například pojmenovávání předmětů, hry s písmeny a čísly, zapamatovávání si, říkadla. Dále pet terapie při které se využívají malé domácí zvířata a reminiscenční terapie, která využívá vzpomínky a jejich vybavování si pomocí různých předmětů. Dalším bodem je optimalizace sensorických funkcí, kdy je nezbytné vědět, do jaké míry jsou nebo nejsou u nemocného postiženy sensorické funkce, zejména zrak a sluch. Může se stát, že z důvodu postižení zraku nebo sluchu může dojít k řadě nedorozumění, které jsou následně zpracovány jako poruchy chování, i když nemocný pouze špatně rozuměl nebo neslyšel. A v poslední řadě péče o výživu, která patří mezi základní opatření v léčbě demence (Pidrman, 2007, s. 93 – 95).

3 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerova choroba je nejčastěji se vyskytující formou demence. Jak vyplývá z dostupných dat, v České Republice bylo v roce 2019 diagnostikováno 157 571 osob s Alzheimerovou nemocí, z toho 108 021 žen a pouze 49 550 mužů. Z dosud nezjištěných příčin Alzheimerova choroba postihuje častěji právě ženy než muže, jak vyplývá i z výše uvedených čísel. Tato nemoc se netýká pouze seniorů, kolem 10 % nemocných Alzheimerovou chorobou je mladších 65 let. S prevalencí 1 % populace jde o čtvrtou až pátou nejčastější příčinou smrti (Česká alzheimerská společnost, 2019).

Jde o závažné progresivní a nezvratné neurodegenerativní onemocnění, které zasahuje nejen pacienta, ale i celou jeho rodinu a pečující. Charakteristické pro tuto nemoc je nenápadný plíživý začátek (Zvěřová, 2017, s. 7 – 8).

3.1 Historie

Aloysius Alzheimer se narodil do rodiny notáře v červnu 1864. V roce 1883 maturoval. Dále studoval na univerzitách v Tübingenu, Würzburgu a Berlíně, kde v roce 1877 napsal diplomovou práci a v roce 1887 získal titul lékaře. Poté pracoval v psychiatrické léčebně ve Frankfurtu nad Mohanem, zde se v sanatoriu seznámil s neurologem Franzem Nisslem a společně se pustili do experimentálního studia anatomie mozkové kůry a své hypotézy ověřovali na pacientech ústavu. Od roku 1902 pracoval u profesora Kraepelina, se kterým později působil v Mnichově na univerzitní psychiatrické klinice (Zvěřová, 2017, s. 9 – 10).

V roce 1901 byla do nemocnice ve Frankfurtu nad Mohanem přijata jednapadesátiletá paní Auguste D. se známkami demence. V roce 1906 o ní Alzheimer referoval na schůzi jihoněmeckých psychiatrů, ovšem jeho kolegové o toto sdělení nejevili větší zájem a domnívali se, že jde pouze o kuriozitu. Alzheimer se ovšem nenechal odradit a provedl stovky pitev, makro i mikroskopických analýz mozkových tkání. Poté v roce 1910 byly tyto změny mozkové tkáně pojmenovány po svém objeviteli.

Alois Alzheimer zemřel v prosinci 1915 ve slezské Vratislavi na selhání ledvin (Koukolík, Jirák, 1998, s. 11).

3.2 Rizikové faktory

Nejvýznamnějším a neovlivnitelným rizikovým faktorem je věk, ovšem není jasné, zda je rostoucí výskyt vázán na věk nebo na proces stárnutí. Není jasné, zda po dosažení

devadesátého roku četnost případů Alzheimerovy choroby dále stoupá nebo již ne. Alzheimerova choroba se také často vyskytuje v rodině, kde již byl její výskyt zaznamenán nebo kde je výskyt Downova syndromu, kdy klinický obraz demence se rozvine až u 75 % osob s Downovým syndromem starších 60 let. Dalším rizikovým faktorem může být to, že žena v mládí dosáhne nízkého vzdělání, tedy má takzvaně nízkou míru mozkové rezervy. Dalším faktorem, který ovšem lze alespoň částečně ovlivnit, je metabolický syndrom ve středním a pozdním věku. Jde o ovlivnění zejména obezity, hypertenze, diabetes, zvýšené hladiny cholesterolu, kouření, nadměrné konzumace alkoholu a časté opakované úrazy hlavy v anamnéze (Zvěřová, 2017, s. 35 – 38; Koukolík, Jiráček, 1998, s. 19 – 20).

3.3 Příznaky

Příznaky Alzheimerovy choroby se vyvíjejí plíživě, mají nenápadný začátek. Proto rozlišení příznaků Alzheimerovy choroby, od příznaků doprovázejících klinicky normální stárnutí, tedy zpočátku nemusí být tak jednoduché. Rozlišení příznaků stěžuje i fakt, že není jasné, jak dlouho trvá preklinické stádium nemoci, tedy vývoj choroby od prvních klinických příznaků. Pravděpodobně jde o několik let (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 89).

Prvním projevem nemoci je zhoršování paměti, člověk si obtížně vybavuje nedávné někdy i nejnovější události, jména, často ztrácí předměty, lidé s Alzheimerovou chorobou zapomínají častěji a hlavně trvale. Začíná se projevovat neschopnost orientovat se v čase a prostoru, neboli časoprostorová dezorientace, kdy se vytrácí schopnost časového rozvržení dne, někdy dochází k záměně dne s nocí, pacient se může ztrácet i v rodinném prostředí, osoby s Alzheimerovou chorobou často žijí takzvaně mimo čas a prostor. Dále se objevují problémy s vykonáváním běžných každodenních aktivit, může se stát, že osoba s Alzheimerovou chorobou dá vařit jídlo a zapomene na něj, což může vést i k životu ohrožující situaci, jako vyhoření bytu, s tím se pojí také motorické potíže, tedy porucha při výkonu jednoduchých běžných úkonů, jako nalití sklenice vody, odemčení dveří, člověk neví, jak používat obyčejné předměty jako vidličku, dělá mu problém obléknout se. Typickým příznakem je ukládání věcí na nesprávná a nevhodná místa, neschopnost je pak najít, lidé s Alzheimerovou chorobou umisťují nejrůznější věci na zcela nevhodná, nelogická a nesmyslná místa, například hodinky do cukřenky. Dalším příznakem jsou poruchy rozumových schopností, je narušena soudnost, abstraktní myšlení, neschopnost řešit problémy a rozhodovat se, například se může stát, že si osoba s Alzheimerovou chorobou obleče více halenek na sebe. Dále poruchy při poznávání předmětů a lidí, zpočátku přestane

poznávat obyčejné předměty, postupně má větší a větší problémy s rozeznáním rodinných příslušníků a může to dojít až do fáze, kdy nepozná vlastní tvář. Dalším stádiem v příznacích je zapomínání slov a problémy s vyjadřováním, lidé s Alzheimerovou chorobou zapomínají i ta nejjednodušší slova nebo je nahrazují slovy nesprávnými, či novými, které si vymyslí, což vede k tomu, že věty nedávají smysl. Později dochází k poruše nebo ztrátě schopnosti mluvit nebo rozumět mluvené či psané řeči a v konečné fázi nemoci dochází k němotě. V poslední řadě jsou příznakem změny nálady, chování a osobnosti, změny nálad u osob s Alzheimerovou chorobou jsou mnohem hlubší a prudší než u běžných lidí, jsou například schopni nečekaně bezdůvodně propuknout v pláč. Člověk s Alzheimerovou chorobou ztrácí zájem o dění, uzavírá se do sebe, objevuje se agresivita, útky, jsou více zmatení, ustrašení a podezíraví. To vede ke ztrátě životní energie, aktivity a chuti do života, propadnou naprosté pasivitě, jsou zcela bez zevního podnětu se zapojit do jakékoliv aktivity (Höschl, Hořejší, 1999, s. 24 – 25; Pichaud, Thareauová, 1998, s. 91).

Jak z textu vyplývá, autoři se na příznacích nemoci shodují. Samozřejmě ne u každého pacienta se projeví všechny příznaky, nebo se neprojeví ve velké míře. Ovšem většinou se příznaky postupně zhoršují, stávají se viditelnější a signalizují tedy, že nejde o projevy normálního stárnutí, ale že jde o něco vážnějšího.

3.4 Diagnostika

Při zvažování o jaký typ onemocnění jde, je nutné si uvědomit, že jakákoliv demence je choroba. Pro stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby je nutné, aby byla splněna obecná kritéria pro demenci, a zároveň je nutné vyloučit jinou možnou příčinu demence, například infekční onemocnění, Parkinsonovu nemoc, Huntingtonovu nemoc a další. Všichni pacienti s poruchami paměti by měli podstoupit vyšetření CT mozku, aby bylo možné vyloučit jiné příčiny demence jako tumory, hematomy a vaskulární poruchy. Dále je nezbytné psychologické a klinické testování, k posouzení kognitivních kategorií jako paměť, pozornost, vnímání, řeč, prostorová orientace, schopnost řešit problémy a schopnost morálního fungování. Nemělo by se zapomínat na dostatečné využití testových metod, jako například Addenbrookský test, jehož součástí je MMSE, který jsme již zmiňovali. Potvrzení diagnózy Alzheimerovy choroby je možné pouze sekci, kdy prokazujeme přítomnost neurofibril a neuritických plak v množství výrazně vyšším než u nálezů na zdravém mozku osob v podobném věku. Doktor McKhann v roce 1984 s kolegy vypracoval diagnostická kritéria pro Alzheimerovu demenci. Tyto kritéria následovně byla publikována jako závazná

institutem NINCDS – ADRDA, tedy Národním ústavem neurologických a komunikačních poruch – Alzheimerova choroba a související demence. Těmito kritérii dělíme diagnózu na možnou, pravděpodobnou, jistou a nepravděpodobnou (Zvěřová, 2017, s. 89 – 90).

Kritéria pro klinickou diagnózu možné Alzheimerovy choroby:

- má atypický začátek, objevuje se přítomnost demence nebo její klinický průběh při nepřítomnosti jiných neurologických, psychiatrických nebo systémových příčin,
- jsou přítomny sekundární mozkové poruchy, dostačující k tomu, aby produkovaly demenci, ale nejsou považovány za příčinu demence,
- jednotlivý, postupující kognitivní deficit při nepřítomnosti jiných identifikovatelných příčin.

Kritéria pro klinickou diagnózu pravděpodobné Alzheimerovy choroby:

- demence je určena klinickým vyšetřením, dokumentována testováním mentálního stavu a potvrzena neuropsychologickými testy,
- vyskytují se nedostatky ve dvou nebo více poznávacích funkcích,
- progresivně se zhoršuje paměť a ostatní kognitivní funkce,
- nejsou zaznamenány poruchy vědomí,
- nastupuje mezi 40. až 90. rokem,
- neobjevuje se systémové nebo jiné mozkové postižení, které by mohlo zapříčinit demenci.

Diagnóza pravděpodobné Alzheimerovy choroby je podpořena progresivním zhoršováním specifických kognitivních funkcí jazykových, motorických schopností a vnímání, dále jsou narušeny denní aktivity, jsou změněny vzorce chování, v rodinné anamnéze se objevuje podobné onemocnění.

Kritéria pro klinickou diagnózu jisté Alzheimerovy choroby:

- pacient splňuje kritéria pravděpodobné Alzheimerovy choroby,
- je podán histopatologický důkaz biopsií nebo autopsií.

Kritéria pro klinickou diagnózu nepravděpodobné Alzheimerovy choroby:

- u pacienta je přítomen syndrom s náhlým začátkem,

- jsou přítomny fokální neurologické příznaky, jako senzorycké deficity, poruchy pohybové koordinace a další, v časných fázích onemocnění,
- objevují se epileptické záchvaty, poruchy chůze časně v průběhu choroby (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 92 – 95; Pidrman, 2007, s. 38).

Mezi hlavní diagnostická kritéria NINCS – ADRDA řadíme přítomnost časného a významného narušení paměti, které zahrnuje postupující poruchy paměťových funkcí referovaná pacientem nebo jiným informátorem, trvající déle než 6 měsíců, objektivní důkaz významné poruchy epizodické paměti v testech, obecně se jedná o defekt vybavení, který se nezlepší po nápovědě nebo při testech znovupoznání, porucha epizodické paměti může být izolována (Zvěřová, 2017, s. 96 – 98).

3.4.1 Výhody včasné diagnostiky

Včasná diagnóza Alzheimerovy choroby umožňuje včasné zahájení odpovídající léčby a informování pacienta a jeho blízkých o vývoji choroby, o tom, co očekávat. Včasné diagnostikování osob postižených Alzheimerovou chorobou ovšem není bez problémové, je obtížné odlišit ji od časných stádií poklesu kognitivních funkcí souvisejících se normálním stárnutím, jak již bylo zmíněno v předešlých kapitolách.

Výhodou včasné diagnózy je umožnění realizace opatření do budoucna, smysluplnost spolupráce s nemocným, podávání léků zpomalujících úbytek kognitivních funkcí, které dále pomáhají zachovat funkční schopnost k zajištění každodenních potřeb. Včasná diagnostika má přínos pro pacienta v tom, že je šance na zpomalení progresu a zlepšení kvality života a pro zdravotnictví to znamená, že může být účinnější léčba, oddálí se invalidita a pobyt v ústavech (Höschl, Hořejší, 1999, s. 31 – 32).

3.5 Stádia

Mezinárodní klasifikace nemocí dělí Alzheimerovu chorobu na *demenci u Alzheimerovy choroby s časným nástupem*, která začíná před 65. rokem s relativně rychle se zhoršujícím průběhem, s výraznými mnohočetnými poruchami vyšších kortexových funkcí. *Demence u Alzheimerovy choroby s pozdním nástupem*, která začíná po 65. roce, nejčastěji v 70 letech a později. Má pozvolný průběh, kdy hlavním příznakem je porucha paměti. A *demence u Alzheimerovy choroby atypického nebo smíšeného typu* (MKN, 2021).

Autorka Patricia Callone rozlišuje stádia Alzheimerovy choroby od *pre – stadia*, které shrnuje jako obavy a pochybnosti. Přestože lidský mozek váží pouze 1,5 kg, je to jedna

z nejdůležitějších částí lidského organismu. V těle zdravého člověka v produktivním věku všechny části mozku spolupracují tak, aby umožnily chod všech klíčových mozkových funkcí jako je přístup k dlouhodobé i krátkodobé paměti, schopnost verbálně a neverbálně se vyjadřovat, schopnost řešit komplexní úlohy, schopnost sociální komunikace s ostatními lidmi, využití pohybu těla v plném rozsahu, využití smyslů, tedy zraku, sluchu, hmatu, chuti a čichu, schopnost integrovat komunikace. Právě v pre – stadiu se projevují příznaky, které lze zaměnit s příznaky běžného stárnutí, ovšem většinou blízká rodina má obavy, zda nejde o projev demence či Alzheimerovy choroby. Dále *rané stádium* nemoci, kdy si rodina říká „něco se děje“. Je – li blízkému diagnostikována Alzheimerova choroba, končí obavy a pochybnosti a je na čase si uvědomit, že se z blízké osoby stala osoba pečující. V tomto období nemoci si málokdo uvědomí, že nastává nějaký problém, protože nemocná osoba působí normálně, i když v první oblasti mozku, což je paměť, již dochází k odumírání mozkových buněk. Pečující osoba, kterou zprvu bývá blízký rodinný příslušník, si musí uvědomit, o co jde, musí se naučit něco o této nemoci a o tom, k jakým změnám dochází či v budoucnu dojde. Důležité je nehovořit s osobou s Alzheimerovou chorobou jako s dítětem, nedělat věci za něj nebo naopak této osobě nepomáhat vůbec, neodmítat jejich prosby o účasti na rodinných akcích, nevyhýbat se veřejnosti a zejména nepodceňovat vytváření stimulujiícího, příjemného prostředí. Naopak vhodné je najít staré fotografie a hovořit o nich s nemocným, ptát se co si pamatují a jaké to v nich vyvolává emoce, pocity, dále hrát hry, nechat je popisovat různé objekty, tedy stimulovat řeč, připomínat jim jejich koníčky, požádat přátele, aby si s nemocným telefonovali či jej brali na procházky. Dalším stádiem je *mírné*. V mírném stádiu se odumírání mozkových buněk šíří dále do celého mozku, nemocný má problémy s oblékáním, ztrácí orientaci, nemůže si vybavit, jak se používají předměty běžné denní potřeby, objevují se potíže s řízením vozidla, protože jsou již zpomalené reakce nemocného. V této fázi si blízcí začínají všimnout, že je potřeba odborné lékařské vyšetření. Klíčem ke spokojenosti a šťastnému životu nemocného je zejména soustředění se na schopnosti a dovednosti, které osobě ještě zůstávají funkční. Opatrnost v každém okamžiku je potřeba v *pokročilém stádiu*. Poškození se šíří do čelního mozkového laloku, jakmile je zasažen a poškozen, nemocný přestává být schopen jednat přiměřeně. Nemocný ztrácí schopnost úsudku, logického uvažování, sociálních dovedností, začíná reagovat nevhodně. Vytrácí se schopnost vykonávat cokoli složitého, začínají slábnout a selhávat ostatní tělesné funkce, nejdůležitějším hlediskem se najednou stává pohodlí a čistota. Hlavním úkolem rodinných příslušníků je zachovat nemocnému důstojnost a úctu. Pečující musí být schopen

porozumět řeči těla, umět pozorně naslouchat, být trpělivý a musí zpomalit tempo a být pozorný (Callone, 2008, s. 21 – 79).

Autorka Mlýnková zase charakterizuje stádia Alzheimerovy choroby následovně:

- I. stadium – počínající a mírná demence, kdy dominují zejména změny kognitivních funkcí a poruchy chování. Hlavními příznaky počínající a mírné demence je hledání slov, zhoršení krátkodobé paměti, potíže při obsluze například mikrovlnné trouby, pračky, zhoršení orientace v čase a prostoru, ztráta zájmu o koníčky a další,
- II. stadium – středně pokročilá, nebo také rozvinutá, demence, kdy je již patrná porucha soběstačnosti, klient vyžaduje neustálý dohled. Senior si v tomto stadiu nepamatuje nedávné události, není schopen bez problémů vést samostatný život, vařit, uklízet, nakupovat, zhoršuje se jeho soběstačnost, potřebuje pomoc s osobní hygienou, oblékáním, není schopen se jasně vyjadřovat, trpí halucinacemi. Toto období trvá nejdéle a to zhruba 2 – 10 let,
- III. stadium – pokročilá forma demence, kdy je senior odkázán na nepřetržitou pomoc a ošetrovatelskou péči. Senior v tomto stádiu obtížně polyká, nepoznává své příbuzné, není schopen se vyjádřit, bloudí po bytě, hůře chodí, což vede k upoutání na lůžko (Mlýnková, 2011, s. 340 - 345).

Jiné vymezení uvádí autorka Zvěřová, která uvádí *lehké stádium* onemocnění, kdy v klinickém obraze dominují poruchy kognitivních funkcí, bývají narušeny aktivity denního života, objevuje se depresivní chování. *Střední stádium* je charakteristické prohlubováním úbytku kognitivních funkcí a přidružují se poruchy fatických funkcí. Dochází k rychlému šíření poruch aktivit denního života, zejména obsluha domácích přístrojů jako je televize, pračka, telefon. Pacienti neumějí správně hospodařit s financemi. Často se objevují poruchy chování. V *těžkém stádiu* nemoci pacienti většinou nepoznávají své nejbližší příbuzné, ani okolí, dochází k časoprostorové dezorientaci. Stávají se plně závislými na péči okolí (Zvěřová, 2017, s. 150 – 154).

Vymezení autorů jsou různé, ale více méně se shodují. Všechny uvedené vymezení se dělí na tři stádia, které autoři pouze jinak pojmenovávají, charakteristika změn a chování seniora s Alzheimerovou chorobou je podobná.

3.6 Léčba

„Prvním předpokladem optimální léčby Alzheimerovy choroby je správná diagnóza a rozpoznání všech příznaků. Léčit je třeba začít co nejdříve, nejlépe již v iniciativním stádiu onemocnění.“ (Franková, 2016, s. 140)

Léčba demence a dalších symptomů, které demenci provázejí, má být komplexní. Zahrnuje farmakoterapii, psychosocioterapii, tedy kognitivní trénink, rehabilitaci tělesných funkcí a zejména práci s rodinou. U osob trpících demencí léčíme narušené kognitivní funkce, výkonné schopnosti, emoční reakce, jednání a chování, dále korigujeme patologické změny osobnosti. Tím zlepšujeme kvalitu života nemocného a jeho okolí. Hlavním očekáváním léčby je stabilizace nemocného, oddálení progresu, oddálení těžkých stádií. Právě léčbou se prodlužuje období soběstačnosti, prodlužuje se doba jeho funkčních schopností a tím také potřeba pečovatelské péče (Pidrman, 2007, s. 93).

Cíle léčby se v jednotlivých stádiích mohou lišit. V počátečním stádiu se léčba zaměřuje na zlepšení a udržení kognitivního deficitu. V pokročilém stádiu je cílem léčby zpomalení progresu, prevence behaviorálních a psychotických symptomů a udržení soběstačnosti. V konečném stádiu je důležitá proaktivní, emočně orientovaná paliativní a terminální ošetrovatelská a pečovatelská péče. Důležitá je péče o celkový tělesný stav, tedy o dobrou fyzickou kondici, správnou výživu, dostatečnou hydrataci a vhodné tělesné aktivity.

Léčba nebo také terapie demence je založena na dvou pilířích, které se vzájemně ovlivňují. Jde o nefarmakologické přístupy a farmakoterapii, lze přiřadit ještě třetí pilíř a to péči pečovatele, která v některých případech může být důležitější než první dva způsoby léčby. Farmakoterapii lze dělit na kognitivní farmakoterapii, která ovlivňuje postižené kognitivní funkce a nekognitivní, která ovlivňuje postižené behaviorální a psychotické příznaky (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 69 – 71).

3.6.1 Farmakoterapie kognitivních funkcí

Na léčbu Alzheimerovy choroby jsou podle medicínských důkazů vhodné kognitiva: inhibitory mozkových cholinesteráz a inhibitory glutamátových receptorů. V současné době jsou u nás dostupné tři molekuly a to donazepil, rivastigmin a galantamin. Pozitivní výsledky jsou dosaženy při léčbě lehké a středně těžké Alzheimerovy choroby. Léčba kognitivity podstatě zpomaluje postup demence, tudíž prodlužuje období soběstačnosti, zlepšuje kvalitu života, oddaluje umístění nemocného do zdravotnického nebo sociálního zařízení. Jako

výrazně efektivní se ukázala kombinovaná léčba ve středním a těžkém stádiu Alzheimerovy choroby, kdy je indikována léčba memantinem.

Ze studií, které byly prováděny v posledních letech, vyplývá, že účinným lékem na léčbu Alzheimerovy demence je extrakt z jinanu dvou laločnatého, tedy z Ginkgo biloby. Vhodné je také podávání antioxidantů jako vitamínu E, koenzymu Q, retinolu a dalších, protizánětlivých léků a vitamínů skupiny B. Vývoj nových léků stále pokračuje a nadějným se zdá lék s účinnou látkou methylthionin chlorid, který likviduje patologický tau - protein (Fertařová, Ondřiová, 2020, s. 72 - 76).

3.6.2 Farmakoterapie nekognitivních funkcí

Tento typ farmakoterapie se používá k léčbě přidružených, nekognitivních symptomů Alzheimerovy choroby. Mezi takové příznaky patří například paranoia, halucinace, stavy neklidu, poruchy spánku, deprese nebo úzkostné stavy, agresivní chování. Převážná část poruch chování je zvládnutelná nefarmakologickými postupy, některé ovšem vyžadují psychofarmakoterapii a to zejména stavy, které ohrožují nemocného nebo jeho okolí (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 219).

Důsledná, dlouhodobá, kontrolovaná a systematická léčba prodlouží období, kdy může nemocný zůstat v domácím prostředí a zpomalí zhoršování nemoci (Fertařová, Ondřiová, 2020, s. 81).

3.6.3 Nefarmakologická léčba

Základem je správný psychologický přístup k nemocnému. Z důvodu minimálních a přechodných výsledků je důležitá trpělivost ze strany pečujícího. Nefarmakologická léčba zahrnuje nejrůznější rehabilitační programy, kam lze zahrnout také počítačové programy, které se zaměřují na trénink kognitivních a nekognitivních funkcí nemocného. Snahou je zapojovat pacienta do chodu domácnosti a do sociálních aktivit co nejdéle to půjde. Pro pacienta je nejdůležitějším úkolem takzvaně převýchova paměti a dalších dovedností neustálou aktivizací, stimulací a konfrontací s realitou. Čím déle bude pacient nezávislý nebo alespoň částečně nezávislý na péči okolí, tím déle se bude oddalovat jeho umístění do zdravotnického nebo sociálního zařízení. Jak jsme již zmiňovali v kapitole léčba demence, aktivity v rámci nefarmakologické léčby by měly být přiměřené stavu nemocného, měly by být komplexní, tedy ovlivňovat psychickou i fyzickou stránku nemocného a měly by podporovat pacientovi silné stránky. Mezi nefarmakologickou léčbu řadíme přiměřenou

fyzickou aktivitu, kde můžeme využít například pohybovou a taneční terapii, dále psychickou aktivitu, sem zahrnujeme takzvané učení a zkoušení, optimalizaci senzorických funkcí, celkový životní styl a péči o nutrici (Zvěřová, 2017, s. 168; Pidrman, 2007, s. 93 – 95).

3.7 Prevence

Lékaři se v současné době snaží dostupnými metodami ovlivnit příčiny a mechanismy vedoucí ke vzniku Alzheimerovy choroby, ovšem mnohem důležitější je prevence. V tomto směru je důležité zmínit úspěch slovenských vědců, kteří pracují na vývoji vakcíny proti patologickému tau - proteinu. K preventivnímu opatření, které může dodržovat každý z nás, patří aktivní způsob života sestávající z duševní aktivity, sebevzdělávání, omezení nadměrného užívání alkoholu, nikotinu, příjmu kvalitní potravy, přiměřené fyzické aktivity, zapojení se do sociálních činností. Důležité je také naučit se co nejlépe zvládat stresové situace, mohou zhoršovat zdravotní stav pacienta a tím i spustit proces vzniku Alzheimerovy choroby.

Vznik Alzheimerovy choroby mohou ovlivnit:

- stravovací návyky, zejména zvýšená konzumace zeleniny a ovoce alespoň třikrát denně, dále zvýšená konzumace ryb a potravin bohatých na nenasycené mastné kyseliny, dále kvalitní čokoláda přispívá ke zdraví, jelikož flavanoly vyskytující se v kakau brání srážení krve a tedy snižují riziko vzniku infarktu či mrtvice,
- vzdělání, u lidí s nižším vzděláním se Alzheimerova choroba vyskytuje častěji než u lidí s vyšším vzděláním,
- meditace, pravidelné návštěvy náboženských aktivit, jako jsou mše, náboženská setkání nebo domácí spirituální činnosti jsou spojeny s nižší úmrtností a invaliditou, meditace působí na kognitivní funkce člověka,
- společenské zapojení ovlivňuje rozvoj deficitu kognitivních funkcí zejména u starších lidí,
- krevní tlak, pokles kognitivních funkcí se výrazně urychluje po překonání cévní mozkové příhody, tudíž je důležitá prevence cévní mozkové příhody,
- paměťový trénink, v současnosti pravděpodobně jediný účinný preventivní prostředek. Pravidelné procvičování mentálních funkcí, udržování aktivních

sociálních kontaktů a zapojení do života komunity v zaměstnání nebo dobrovolné činnosti pomáhá udržet zdravé kognitivní funkce a snížit riziko vzniku demence (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 82 - 95).

4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO SENIORY S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Jestliže je soběstačnost seniora snížena natolik, že není možné, aby žil sám ve své domácnosti a pomoc ze strany rodinných příslušníků je nedostačující, nebo dokonce chybí úplně, je na řadě institucionální péče. Je ovšem důležité zamezit nevhodnému umístění seniorů do institucionální péče (Dvořáčková, 2012, s. 74).

Sociální služby jsou v České republice součástí státního systému sociálního zabezpečení. Druhy sociálních služeb definuje zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. a rozděluje se na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby poskytují jednotlivci, kteří mají oprávnění k této činnosti nebo organizace a lze je poskytovat pobytově, ambulantně nebo terénně. Pobytové služby jsou takové, které jsou spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb, ambulantní služby jsou takové, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociální služby a součástí služby není ubytování a terénní služby jsou takové, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném prostředí (Dvořáčková, 2012, s. 299).

4.1 Sociální poradenství

Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich sociální situace. Jde o základní činnost při poskytování všech druhů sociálních služeb. Poskytovatelé sociálních služeb jsou povinni tuto činnost zajistit.

Odborné sociální poradenství je poskytování se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských, manželských, rodinných poradnách, poradnách pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením, pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu. Zahrnuje také sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.

4.2 Služby sociální péče

Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Cílem je podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v co největší možné míře zapojení do běžného života společnosti. V případě, že to nedovoluje jejich

zdravotní stav, jim zajistit důstojné prostředí a zacházení. V rámci péče o seniory s Alzheimerovou chorobou sem řadíme následující služby:

Osobní asistence

Jde o terénní službu, poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění, zdravotního postižení a jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Tato služba je poskytována bez časového omezení, v přirozeném prostředí osoby a při činnostech, které osoba potřebuje. Osobní asistence zajišťuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, při zajištění stravy, zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a zájmů.

Pečovatelská služba

Je poskytována terénně nebo ambulantně osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb. Je poskytována pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, při zajištění chodu domácnosti, poskytnutí stravy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.

Tísňová péče

Je terénní služba, která poskytuje nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci s osobou, která je vystavená vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností. Poskytuje nebo zprostředkovává neodkladnou pomoc při krizové situaci, sociálně terapeutickou činnost, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv a zájmů.

Průvodcovské a předčitatelské služby

Jde o terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejich schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace. Napomáhá osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Tyto služby mohou být poskytovány jako součást jiných služeb. Poskytují zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv a zájmů.

Odlehčovací služby

Jde o terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem služby je umožnit odpočinek pečující osobě. Služba poskytuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutická činnost, pomoc při uplatňování práv a zájmů, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnost.

Denní stacionáře

V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně, poskytnutí stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutickou činností, pomoc při uplatňování práv a zájmů.

Týdenní stacionáře

V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje ubytování, stravu, pomoc při osobní hygieně, při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a zájmů.

Domovy se zvláštním režimem

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby zejména osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, osobám se stařeckou, Alzheimerovou či jinou demencí. Tyto osoby mají sníženou soběstačnost právě z důvodu těchto onemocnění, jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v domovech se zvláštním režimem je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Služba poskytuje ubytování, stravu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování

kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické a aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, zájmů (Česko, 2006).

4.3 Služby sociální prevence

Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou touto skutečností ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Z těchto služeb se k seniorům s Alzheimerovou chorobou vztahuje **telefonická krizová pomoc**, která je službou terénní. Je poskytována na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami. Služba poskytuje telefonickou krizovou pomoc a pomoc při uplatňování práv a zájmů (Česko, 2006).

5 AKTIVIZACE SENIORŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

Aktivizační programy pro seniory v pobytových zařízeních by měly umožnit každému člověku žít způsobem, jaký mu nejvíce vyhovuje a může pokračovat v tom, co je pro něj důležité. Také je důležité, aby pracovníci v jednotlivých typech zařízení, byli seznámeni a vyškoleni v technikách aktivizace a zejména, aby znali potřeby a přání svých klientů a respektovali je. Senior má právo na odpočinek a klid, ovšem nečinnost vede k úpadku, depresím, urychluje fyziologický proces stárnutí. Proto aktivizace, nejen ve stáří, mobilizuje psychickou i fyzickou stránku osobnosti člověka. Aktivizace v užším smyslu zahrnuje osoby, které jsou ohroženy ztrátou soběstačnosti nebo ji již mají ztracenou. Zde tedy jde o prevenci imobilizačního syndromu, ergoterapii s nácvikem všedních činností a obnovu soběstačnosti. V širším smyslu aktivizace zahrnuje smysluplné a uspokojující trávení volného času, udržování a rozvíjení pohybových aktivit. Cílem aktivizace je udržení, nebo alespoň zlepšení, stávajících dovedností jako hrubé a jemné motoriky, chůze, soběstačnosti v běžných denních činnostech a kognitivních funkcí jako paměť, pozornost, myšlení, řeč, orientace. Dalšími cíli jsou smysluplné vyplnění volného času, eliminace nežádoucích poruch chování jako je neklid, bloudění, úzkost, deprese, agresivita. Pozitivními cíli je vliv na emoční stav pacienta, zvyšuje se mu sebevědomí, sebedůvěra, pocit vlastního uplatnění v kolektivu, pravidelný režim a zejména komunikace s personálem a ostatními seniory (Dvořáčková, Holczerová, 2013, s. 110; Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 140).

Při péči o seniory s Alzheimerovou chorobou neexistuje cennější prostředek než smysluplná aktivizace. Je – li používána správně, dokáže nejen pozvednout seniorovi náladu, ale také rozehnat depresi, zmírnit nervozitu a neklid. Jak jsme zmínili, aktivizace musí být smysluplná, aby taková byla, musí splňovat následující kritéria: je prováděna dobrovolně, je sociálně přiměřená, dává pocit úspěchu (Zgola, 2003, s. 148).

5.1 Orientace realitou, časem, místem

Orientace realitou je jeden z nejstarších přístupů k pacientům s demencí, ovšem v současné době se využívají už jen některé prvky. Orientace realitou vznikla jako reakce na stav, kdy je člověk s demencí dezorientován a to může vést k jeho agresi a poruchám chování. Je potřeba tuto metodu praktikovat citlivě, jinak to může vést ke zhoršení stavu pacienta. Z orientace realitou používáme zejména hodiny, kalendář, nástěnky připomínající například roční období, jasné nadpisy, barevná označení a podobně. Je důležité, aby pečovatelé při každém kontaktu s pacientem s demencí mu podávali informace, které mu pomohou

v orientaci. Začíná se ráno, kdy ošetřující informuje pacienta, že je ráno a kolik je hodin, kde se nachází a co budou dělat. Také v noci je důležité pacientovi sdělit, že je noc, že by měl spát. S tím souvisí spousta okolností, například v první řadě správně oslovit pacienta, sdělovat mu správné informace a jen ty důležité, aby nebyl zahlcen zbytečnými informacemi (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 174 – 175; Jiráček, Holmerová, Borzová, 2009, s. 95).

5.2 Ergoterapie

Ergoterapie je u nás, ale i ve světě, považována za disciplínu, která využívá specifické diagnostické a léčebné postupy, činnosti při rehabilitaci jedinců každého věku, s různým typem postižení, které jsou dočasně nebo trvale psychicky, fyzicky, smyslově nebo mentálně postiženy. Cílem je dosáhnout maximální soběstačnosti a nezávislosti klientů v domácím, pracovním a sociálním prostředí a zvýšit kvalitu jejich života. V českých podmínkách se ergoterapie nazývá spíše léčba prací (Dvořáčková, Holčerová, 2013, s. 113 – 114).

Ergoterapie je nedílnou součástí komplexní péče o člověka postiženého demencí. U těchto pacientů jde zejména o posilování soběstačnosti a vedení k sebeobslužným činnostem. Ergoterapeut s klientem provede ergoterapeutické vyšetření, na jehož základě se pak stanovuje krátkodobý nebo dlouhodobý terapeutický plán v návaznosti na program komplexní rehabilitace. V rámci terapie tedy provádí s klientem činnosti podle zjištěného postižení. Jde například o provádění cílené praktické činnosti a postupy, které zvyšují svalovou sílu, koordinaci, rozsah pohybu. Dále jsou prováděny činnosti k nácviku běžných denních činností, jako je soběstačnost v různých prostředích, ve kterých se postižený může vyskytnout, nácvik komunikačních dovedností (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 142).

5.3 Trénink paměti

Trénink paměti neboli také kognitivní trénink se skládá z různých cvičení, která vedou ke zlepšení fungování jednotlivých úrovní poznávacích, tedy kognitivních, funkcí, například soustředění, pozornost, myšlení, paměti, čtení, psaní. Mezi vhodné aktivity kognitivního tréninku patří pravidelné čtení, učení se něčemu novému, například cizímu jazyku, cvičit všechny druhy paměti, zejména krátkodobou, ale také dlouhodobou, sluchovou, zrakovou, trénovat početní schopnosti, udržovat mezilidské kontakty, být aktivní v sociálních a kulturních aktivitách, rekapitulovat si události dne, luštit křížovky, hádanky, kvízy. Pro

osoby s Alzheimerovou chorobou Česká alzheimerovská společnost vyvinula vhodné pomůcky pro kognitivní trénink a to například pracovní sešit „Cvičte si svůj mozek“ a krabici her „Sada pro kognitivní trénink“, která obsahuje různé stolní hry. Cílem kognitivního tréninku je zlepšit jednotlivé schopnosti a tím omezit nebo zcela zabránit vzniku problémů, ke kterým v důsledku této poruchy dochází. V rámci kognitivního tréninku lze využít také sensorickou stimulaci a to z toho důvodu, že informace, které si ukládáme do paměti je potřeba nejprve zachytit smyslovými orgány. K procesu stárnutí patří snižování funkčnosti těchto smyslů a smyslových orgánů, lze to ale zpomalit pravidelnou sensorickou stimulací. Aktivity, které propojují kognitivní trénink a sensorickou stimulaci, jsou například hmatová stimulace, čichová stimulace a zraková stimulace (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 158 - 160).

5.4 Pohybová a taneční terapie

Pohyb je základním projevem života, umožňuje člověku jeho existenci. Pohybové aktivity umožňují příjemné trávení volného času a mají význam ve společenské, motivační, rehabilitační a rekondiční funkci. Dvořáková a Holczerová pohybové aktivity dělí na **léčebnou tělesnou výchovu**, která je určena pro lidi se změněným zdravotním stavem. Využívají se speciální přístroje, jde o relaxační i kondiční cvičení, dechovou gymnastiku a další. Dále na **zdravotní tělesnou výchovu**, která je pro lidi se zdravotními limitacemi s různým zdravotním postižením. **Habituační pohybovou aktivitu**, která zahrnuje všechny pohybové činnosti běžného života, včetně rekreačních. A **rekreační sport**, kdy jde o kolektivní hry, lyžování, plavání a další (Dvořáková, Holczerová, 2013, s. 145 – 155).

Taneční terapie se chápe jako terapeutický pohyb. Důraz se klade na psychologické, tedy schopnost nonverbálně komunikovat, zlepšit emotivitu, fyzické, tedy zlepšení koordinace pohybu, zlepšení celkové síly a rovnováhy a sociální, tedy vytvoření skupiny lidí, kteří sdílí něco společného. Terapeuticky působí faktory jako skupina, rytmus, jednoduchost pohybů, opakování, hlasový doprovod. Pro pacienty s demencí je nejvhodnější forma taneční terapie aktivita, která probíhá v kruhu, senioři tak mají možnost se vzájemně pozorovat a také napodobovat terapeuta. Cílem je umožnit člověku jasnější vnímání, orientaci ve vztazích, nalezení vztahu k sobě samému (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 206).

5.5 Muzikoterapie

Jde o formu zvukové terapie, která využívá přitažlivosti rytmického zvuku ke komunikaci, relaxaci a navozující pocit pohody. Může mít formu poslechu hudby, tvorby hudby, zpěvu, pohybu na hudbu. Užití prvků muzikoterapie napomáhá k psychické pohodě a umožňuje posílit sebevědomí, protože texty písní a melodie zůstávají jako součást dlouhodobé paměti v povědomí seniora s Alzheimerovou chorobou nejdéle. Techniky muzikoterapie mohou být součástí celodenního programu nebo mohou probíhat v jednom bloku. V rámci celodenní péče muzikoterapii lze rozdělit na techniky aktivizační a techniky pomáhající k uvolnění, relaxaci, vyvolání vzpomínek. Do aktivizační techniky řadíme rytmické cviky, činnosti se zpěvem, s hudebními nástroji. Do techniky pomáhající k uvolnění patří relaxace, poslech, dechová cvičení (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 227 - 230).

5.6 Dramaterapie

Při dramaterapii se využívají dramatické postupy, které slouží k vyjádření sebe samého, sebepoznání, pochopení mezilidských vztahů. Dramaterapii provádí dramaterapeut. Hlavním úkolem dramaterapie u seniorů je samozřejmě smysluplné využití volného času, snaha reedukace psychosociálních funkcí, které stáří postihlo nejvíce a snaha posílit integritu ega. Prostřednictvím dramaterapie mohou senioři zprostředkovat své pocity a přání, které neumějí nebo nechtějí sdělit verbálním způsobem (Dvořáková, Holczerová, 2013, s. 177).

5.7 Arteterapie

V širším smyslu jde o léčbu uměním, tedy včetně hudby, poezie, tance, výtvarného umění. V užším smyslu arteterapii chápeme jako léčbu výtvarným uměním, kde však nejde o výsledný produkt, ale zejména o osobní vyjádření. Jde o soubor uměleckých technik a postupů, jejichž cílem je mimo jiné změnit sebehodnocení člověka, zvýšit jeho sebevědomí, integrovat jeho osobnost, přinést mu pocit smysluplného naplnění života. Arteterapie pro seniory má význam v přizpůsobení se nové situaci, pomáhá jim při poklesu fyzických sil, při ztrátě zdraví, pomáhá jim aktivizovat zbytky jejich vitality, flexibility a stimulovat jejich kreativitu. Lze využít malování na různé materiály a plochy, práci s textilí, práci s papírem, práce s přírodními materiály (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 214).

5.8 Terapeutické pečení/vaření

Terapeutické pečení nebo vaření je jednou z vděčných činností, které lze s pacienty s demencí provádět. K této činnosti není potřeba složitě motivovat, jde o běžnou činnost a většina zejména žen si rády připomenou práci v kuchyni, radost z podařeného pokrmu a vůni a chuť pokrmu. Jelikož jde o činnost běžnou, přirozenou, pomáhá pacientům k dosažení pocitu normality a pohody. Pacienti si u terapeutického pečení či vaření procvičí jemnou motoriku a senzomotorickou stimulaci (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 226).

5.9 Kinezioterapie

Jde o podpůrnou léčebnou metodu, která se využívá spolu s farmakoterapií, biologickou, fyzikální, psychologickou a chirurgickou terapií. Kinezioterapie se somatoterapeutická aktivita, při jejím provádění se vyžaduje aktivní přístup pacienta, protože se pracuje s jeho biologickou složkou osobnosti, s psychikou a sociálními vztahy. Pohybem se terapeut snaží získat přístup k pacientovi a pomocí osobních prožitků ovlivňovat jeho psychiku, ve smyslu uvědomění si vlastního „já“ a možností pacienta. Kinezioterapie podněcuje aktivitu jedince, zvyšuje jeho sebeúctu, snižuje úzkost, depresi, stres, zvyšuje odolnost vůči zátěžím a široké využití má zejména v prevenci (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 189).

5.10 Pet – terapie

Léčba pomocí zvířat. Mezi zvířaty chovanými doma a člověkem od nepaměti existuje vzájemný vztah a mezi zvířaty a lidmi s demencí je toto pouto ještě silnější. Zvířata mají pozitivní účinky na fyzický, ale zejména psychický stav pacientů, snižují úzkost, depresi, poruchy spánku. Mimo jiné je zvíře vhodným modelem pro arteterapii, pacienti zvíře mohou namalovat nebo se pokusit například vymodelovat. Nejčastěji je využívána canisterapie, což je způsob terapie, který využívá pozitivní působení psa na zdraví člověka. (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 231).

5.11 Reminiscenční terapie

Jedná se o aktivizační a validační metodu, která využívá vzpomínky a jejich vybavování si prostřednictvím různých podnětů. Vzpomínání může pomoci při adaptaci na stáří a hledání smyslu života. Je důležitá pro osoby s demencí, které trpí poruchami krátkodobé paměti, ovšem jejich dlouhodobá paměť slouží někdy až výborně. Společně s člověkem s demencí vzpomínáme na různé věci, které jsou pro něj důležité, vhodné je zapojit rodinu, která

poskytne informace právě o tom, co je pro jedince důležité a na co by mohl rád vzpomínat. Jejím cílem je zlepšení stavu pacienta, posílení lidské důstojnosti, zlepšení komunikace a pomoc a podpora rodinnému pečovateli. Vhodnou pomůckou jsou staré fotografie, alba klienta, staré časopisy, osobní vzpomínkové předměty klienta, vytvoření životopisu ve spolupráci s rodinou nebo takzvaný „memory box“, tedy krabičku, ve které jsou předměty nebo právě fotky, které seniorovi vyvolají vzpomínky. Při reminiscenční terapii necháme klienta, aby si vybral vzpomínkový předmět z memory boxu, a necháme mu prostor, aby o něm hovořil nebo o vzpomínkách, které se mu s předmětem pojí, popřípadě se doptáváme, zjišťujeme další okolnosti (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 181).

5.12 Validací terapie

Principem validace je úcta k člověku s demencí, přijetí a respektování jeho tématu. Podstata validační terapie vychází z teorie, že každé chování osoby s demencí má svou příčinu v nevyřešených a nezpracovaných emočních prožitcích a situacích z minulosti. Výhodiskem validační terapie je správně zhodnotit emocionální příčiny, přijmout je, tedy projevit uznání osobnosti nemocného s demencí, tudíž jde o respekt k jedinečnosti a neopakovatelnosti jedince a individuální přístup k němu. Cílem je zpomalení rozvoje choroby za pomoci empatie, naslouchání, při kterém je akceptován pacient takový, jaký je a s tím jeho pohled na realitu (Malíková, 2011, s. 239 – 240).

5.13 Snoezelen terapie

Snoezelen terapie je netradiční forma práce s lidmi. Snoezelen je multisenzorická místnost, která poskytuje smyslové zážitky pomocí technologických produktů, které u klienta vyvolávají smyslové reakce. Snoezelen navozuje pocit pohody, uvolnění, relaxace, aktivuje a probouzí smysly, snižuje agresivitu, sebepoškozování. Zaměřuje se na sedm smyslových systémů a to zrak, sluch, čich, chuť, hmat, vestibulární systém, tedy rovnováha, proprioceptivní systém, tedy uvědomování si vlastního těla. Tato terapie je vhodná pro všechny stádia demencí, obzvláště přínosná je, pokud u pacienta v těžkém stádiu vzbudíme zájem, stimulujeme psychiku a vyvoláme příjemné pocity (Fertařová, Ondriová, 2020, s. 166).

5.14 Aplikace světla

Aplikací světla se rozumí léčba světlem, která má řešit poruchy denního rytmu a napomáhá při léčení poruch spánku u pacientů s demencí. Denní režim pacientů s demencí totiž často

bývá narušen, pacienti často ve dne spí a v noci jsou bdělí. Je tedy důležité jim přes den a ve večerních hodinách nabídnout dostatečně náročný režim, aby byl pacient ukládán do postele s předpokladem, že již bude spát. Důležité je také odstranit nepříjemné stimulanty při spánku jako světlo, hluk, ale i bolest, dušnost (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007, s. 233).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE VÝZKUMU

Doposud jsme se zabývali teoretickým rámcem zkoumané problematiky zaměřené na vymezení stáří a stárnutí, na charakteristiku demence, její léčbu, diagnostiku, Alzheimerovu chorobu, její stádia, příznaky, diagnostiku, léčbu a prevenci, služby pro tyto osoby a možnosti aktivizace. Druhá část práce je tedy praktická, kde se zaměříme na kvalitativní výzkum, kde si vymežíme cíle výzkumu, výzkumné otázky, výzkumnou metodu, techniku, způsob zpracování dat, charakterizujeme zařízení, kde výzkum probíhal, průběh výzkumu, výzkumný soubor a poté přejdeme na samotnou analýzu dat, zveřejnění výsledků a závěrečné doporučení a závěr samotný.

6.1 Výzkumné cíle

Hlavním cílem výzkumu je zjistit a popsat možnosti a přínos aktivizací pro seniory s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem.

Díličními cíli je charakterizovat obsah volného času seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem, zjistit, jaké konkrétní aktivity si senioři s Alzheimerovou chorobou vybírají nejčastěji, zjistit, jak často je aktivizace se seniory s Alzheimerovou chorobou prováděna, zjistit, jaké emoce převládají u seniorů s Alzheimerovou chorobou při aktivizaci, zjistit, jak senioři s Alzheimerovou chorobou spolupracují s personálem při aktivizaci.

6.2 Výzkumné otázky

Z výše uvedených cílů vycházejí výzkumné otázky.

HVO: Jaký je přínos aktivizace seniorům s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem?

DVO 1: Jaké jsou možnosti aktivizací pro seniory s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem?

DVO 2: Jaký je obsah volného času seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem?

DVO 3: Jaké konkrétní aktivity si senioři s Alzheimerovou chorobou vybírají nejčastěji?

DVO 4: Jak často je aktivizace se seniory s Alzheimerovou chorobou prováděna?

DVO 5: Jaké emoce převládají u seniorů s Alzheimerovou chorobou při aktivizaci?

DVO 6: Jak senioři s Alzheimerovou chorobou spolupracují s personálem při aktivizaci?

6.3 Výzkumná metoda

Pro účely výzkumného šetření byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum definujeme jako proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník zde vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách. (Hendl, 2005, s. 50) Vzhledem ke kvalitativnímu charakteru výzkumu jsme zvolili metodu zúčastněného pozorování. Zúčastněné pozorování Švaříček a Šed'ová charakterizují jako pozorování, kdy sledujeme studované jevy přímo v prostředí, kde se odehrávají. (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 144) Tato metoda se používá v etnografickém výzkumu nebo v případových studiích, jež se soustřeďují na hloubkový popis a analýzu nějakého jevu. Zúčastněné pozorování je vhodné zejména, jestliže jev, který se bude zkoumat, je málo prozkoumaný, jestliže existují velké rozdíly mezi pohledy členů a nečlenů sledované skupiny a jestliže jev není přístupný pohledu osob mimo skupinu. Hendl ve své knize Kvalitativní výzkum (2005) uvádí čtyři základní kroky v procesu zúčastněného pozorování. Prvním krokem je navázání kontaktu, kdy je našim úkolem získat přístup do terénu a vytvořit kontakt s účastníky, vhodné je pro přístup do organizace zvolit pomoc přátel, kolegů, pomoc někoho uvnitř organizace a mít souhlas ředitele instituce. Druhým krokem je pozorování, kdy je našim úkolem zachytit co největší spektrum situací v dané skupině. Pozorování začíná popisným pozorováním, kdy základním cílem je podrobně popsat prostředí, lidi a události. Dále fokusované pozorování, kdy se zaměřujeme na relevantní procesy a problémy. Postupně vytváříme rámec konceptů, teorií, které jsou zakotvené v datech a dovolují nám porozumět tomu, co se vlastně v terénu děje. Selektivní pozorování se uskutečňuje na konci výzkumu, kdy hledáme další příklady pro procesy, které jsme našli ve fokusovaném pozorování. Třetím krokem je záznam dat, kdy je našim úkolem zahrnout všechny detaily. Součástí záznamu dat je terénní deník, kde máme zapsány informace o přípravách pozorování, vstupu do terénu a průběhu pozorování. Také si zde zapisujeme poznámky, nápady, potíže, chyby, které se při pobytu v terénu odehrály. Posledním krokem je závěr pozorování, kdy se odpoutáme od zkoumané skupiny. (Hendl, 2005, s. 193 – 198)

6.4 Výzkumná technika

K pozorování chování seniorů s Alzheimerovou chorobou bude využit aktivizační plán, který má zařízení vytvořen. Bude se seniory prováděn, jejich reakce, chování a celkovou

aktivizaci budeme pozorovat a zaznamenávat do pozorovacího archu, který je pro představu uveden v příloze, kde bude zaznamenán datum, čas, trvání, místo průběhu, pozorovatel, druh aktivizace, počet pozorovaných klientů a jejich reakce v průběhu aktivizace. Aktivizace je chápána jako zábavně odpočinkový program, jde o specifickou metodu intervence života seniorů. Pro plnění cílů aktivizace je potřeba vytvořit aktivizační plán, na jehož tvorbě se podílí aktivizační pracovník, zaměstnanci a lidé z klientova okolí. Tito lidé zvažují klientovi fyzické, kognitivní, společenské schopnosti a zvažují jakou aktivitu klientovi nabídnout.

6.5 Způsob zpracování dat

Jak již bylo zmíněno, budu se účastnit aktivizačních činností určených pro seniory s Alzheimerovou chorobou. Při těchto činnostech budu klienty pozorovat a do pozorovacího archu zaznamenávat jejich reakce, které lze rozdělit na kategorie a to mimické projevy, tedy výraz v obličeji, vyjádření emocí, zda vyjadřují odpor nebo nadšení, jemná motorika, tedy jak zvládají například držení tužky, práci s materiály, celkový průběh práce, zda jsou samostatní nebo potřebují pomoc, spolupráce a komunikace s ostatními, slovní vyjádření, tedy zda se doptávají, odpovídají na případné otázky, zda vědí, co dělají a spolupráce se zaměstnanci. Samotné zpracování výsledků jsme zvolili podle Gavory (2010). Ten doporučuje analýzu shromážděného materiálu, kdy si výzkumník v první řadě projde všechen písemný materiál, který si postupně prohlíží a čte. Dále výzkumník pro sesbíraný materiál vytváří vhodné kategorie, které by měly pokrýt celý sesbíraný materiál. Každá z kategorií samozřejmě může mít několik podkategorií. Každou kategorii výzkumník označí kódem, který patří pod danou kategorii. Dále je úkolem výzkumníka napsat zprávu z pozorování, která musí být značně dlouhá, pozorované osoby zde vystupují jako skutečné osoby a výzkumník také píše o sobě, jelikož se spoluúčastnil na aktivitách zkoumaných osob (Gavora, 2010, s. 156 - 159).

Zaznamenaná data budou tedy analyzována, budou popsány podle určitých aktivizačních činností, vyjádření bude ke každému klientovi, budou popsány jejich reakce podle kategorií a doplněny o komentář mé osoby jako pozorujícího, popřípadě aktivizačních pracovníků zařízení. Z těchto získaných dat poté budeme hledat odpovědi na výzkumné otázky a dále možné úpravy, návrhy na vedení zařízení.

6.6 Charakteristika zařízení

Výzkum probíhal v Centru služeb pro seniory Kyjov, jež je příspěvkovou organizací. Poskytuje v nepřetržitém celoročním provozu Domov pro seniory, Domov se zvláštním režimem a Odlehčovací službu, za finanční podpory Jihomoravského kraje.

První obyvatel byl do ústavu přijat 23. ledna 1961, do 8. února 1961 byli denně přijímáni klienti, až byl ústav plně obsazen. Oficiální zahájení provozu tedy bylo 4. března 1961 s kapacitou 145 obyvatel. Od zahájení provozu se několikrát změnil název a také zřizovatel. Do prosince roku 1974 byl, tehdy, Ústav sociální péče pro dospělé součástí Okresního ústavu sociálních služeb v Hodoníně, avšak od ledna 2003 se stal zřizovatelem Jihomoravský kraj a Domov důchodců Kyjov byl zřízen jako jeho samostatná příspěvková organizace. Tehdy byla kapacita domova 96 obyvatel a péči zajišťovalo 47 zaměstnanců.

V lednu 2007 dochází k přejmenování zařízení na Centrum služeb pro seniory Kyjov, p.o. Z důvodu zvyšování kvality péče a pohodlí obyvatel je kapacita snížena na 81 míst, o rok později na 71 míst. V červnu 2012 však byla zahájena stavba dalších budov a tím rozšíření domova a jeho kapacity. Od roku 2013 je tedy kapacita 131 míst a péči zajišťuje zhruba 100 zaměstnanců.

Centrum služeb pro seniory má 5 podlaží, kdy v suterénu probíhají aktivizační činnosti, je zde společenská místnost, snoezelen, kancelář aktivizačních pracovníků, dílny a kuchyň. V prvním a druhém podlaží a druhém podlaží jsou senioři, kteří jsou ležící a potřebují péči, ale také senioři, kteří jsou více méně soběstační. Třetí podlaží je právě Domov se zvláštním režimem, kde jsou ubytovány osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demence. Klienti jsou zde ubytováni v jedno, dvou nebo třílůžkových pokojích. Dále jsou zde pokoje určené pro Odlehčovací službu, jež jsou určeny pro osoby se sníženou soběstačností, o které je pečováno v jejich přirozeném prostředí, ale jejich pečující potřebují nezbytný odpočinek. Ve čtvrtém patře domova jsou kanceláře a byty seniorů, jež jsou samostatní a soběstační.

Cíly zařízení je kvalita úrovně poskytovaných služeb, která je hodnocena a měřena, probíhání aktivit s celospolečenským a místním dopadem, vytváření příležitostí k dostupnosti dalších služeb, profesní rozvíjení zaměstnanců, získání certifikátu „Pracoviště paliativní péče“ a další. (Centrum služeb pro seniory, 2021)

6.7 Průběh výzkumu

Před realizací výzkumu jsem oslovila vedoucí úseku obslužné péče a aktivizace Centra služeb pro seniory, zda mi umožní provést výzkumné šetření na jejich oddělení. Dohoda probíhala telefonicky koncem roku 2020. K samotnému výzkumnému šetření došlo v únoru 2021, kdy jsem po telefonické dohodě do zařízení přijela, podepsali jsme potřebné dokumenty jako mlčenlivost, souhlas se zveřejněním případně pořízeného záznamu a bezinfekčnost. Dále jsme si ujasnily, čeho se výzkumné šetření bude týkat a že mnou získané informace budou anonymně publikovány v mé diplomové práci. První den jsem se seznámila se zaměstnanci aktivizace, s celým zařízením a s klienty, se kterými jsem měla spolupracovat, tedy pozorovat je. Dále jsem trávila čas s nimi ve společenské místnosti, pozorovala je a seznamovala se s průběhem dne a aktivizace.

Samotné pozorování probíhalo v průběhu celého měsíce února a z části v měsíci března, roku 2021. Do zařízení jsem docházela každé pondělí a výjimečně středy. Celkově jsem se účastnila osmy aktivit, a tedy zaznamenala záznamy z osmy pozorování. Pozorování jsem začínala příchodem zhruba v čase 9:30, kdy se aktivizační pracovníce na aktivizaci chystala, a klienti přicházeli do společenské místnosti a končila zhruba kolem 11 hodiny, kdy se klienti a celé oddělení začínalo chystat na přípravu k obědu. Každou aktivitu jsem buď v průběhu, nebo po aktivizaci zaznamenávala do pozorovacího archu.

Aktivizační činnosti se pravidelně účastnilo zhruba osm klientů, ne vždy všichni pravidelně, z důvodu nemoci, návštěvy lékaře, hygieny či prostě zrovna nebyli v náladě na účast.

6.8 Výzkumný soubor

Výzkumné šetření bylo realizováno v Centru služeb pro seniory v Kyjově, v rámci kterého mají domov se zvláštním režimem. Zde bydlí zejména senioři s nějakým druhem demence, nejčastěji tedy Alzheimerovi. Toto zařízení jsem si vybrala z toho důvodu, že jsem zde působila na praxi, tudíž zde mám jisté kontakty a zázemí, mají skvělé prostředí a zázemí pro klienty a milé, ochotné pracovníky. Pozorování se účastní senioři s Alzheimerovou chorobou, v různých stupních, nejčastěji však s lehčí formou nemoci, a různého věku.

Jelikož, jak bylo zmíněno v teoretické části a jak je známo jsou v tomto zařízení zejména ženy s Alzheimerovou chorobou, proto se výzkumu účastnilo právě osm žen. Klientky, které se ve větší míře účastnily aktivizačních činností, jsem v rámci zachování anonymity označila jako K1, K2, K3, K4, K5, K6, K7, K8. U každé klientky jsem se doptala na věk, zdravotní anamnézu, kterou mi z důvodu mlčenlivosti zařízení sdělilo jen obecně a sociální anamnézu.

Klientka K1, ve věku 92 let, je v domově se zvláštním režimem nyní 5 měsíců, její nemoc je v počátečním stádiu, částečně se ještě dokáže orientovat. Paní je bezdětná, svobodná a pravidelně ji navštěvují nebo telefonuje synovec.

Klientka K2, ve věku 89 let, je v domově se zvláštním režimem zhruba 6 let, ovšem její stav je vzhledem k Alzheimerově chorobě dobrý a je velmi snaživá a šikovná, Alzheimerovu chorobu má v důsledku diabetes. Paní má tři děti, které je pravidelně navštěvují, dříve pracovala v JZD, kde se starala o drůbež.

Klientka K3, ve věku 80 let, je v domově se zvláštním režimem 7 let, její stav zůstává po celou dobu více méně stejný, tudíž se nezhoršuje, paní se špatně orientuje v čase a její nemoc doprovází také lehká duševní porucha. Paní má 3 děti, o kterých tvrdí, že je nemá ráda, její manžel byl policista a ona sama pracovala ve výrobě koberců.

Klientka K4, ve věku 81 let, v domově se zvláštním režimem je asi 7 měsíců, často je zmatená, zapomětlivá, chodí stále dokola se ptát. Paní má 2 děti, bývala zdravotní sestra na dětském oddělení v nemocnici a také u praktického lékaře a podle personálu a zjištěných informací bývala přísná.

Klientka K5, ve věku 92 let, je v domově se zvláštním režimem pouze 2 měsíce. Její nemoc je způsobena celkovým vyčerpáním a diabetem. Pamatuje si, že upadla a od té doby má výpadky krátkodobé paměti, jelikož je svobodná a bezdětná, starali se o ni sourozenci. Dříve pracovala jako zdravotní sestra a hodně cestovala.

Klientka K6, ve věku 73 let, je v domově se zvláštním režimem asi rok. Její nemoc je ve stádiu zapomínání běžných věcí, často je ve svém uzavřeném světě. Má dceru, se kterou má velice pěkný vztah a komunikace s ní jí vždy zlepši náladu. Paní je inženýrka, bývala velmi šarmantní dáma, která pocházela z města.

Klientka K7, ve věku 91 let, je v domově se zvláštním režimem asi 3 měsíce. Má časté výpadky paměti, ale ráda si povídá a pomalu se seznamuje se zařízením a ostatními. Dříve pracovala v kanceláři, měla na starosti služby, je asi 30 let vdova a bezdětná, navštěvuje ji synovec.

Klientka K8 – ve věku 81 let, je v domově se zvláštním režimem asi 1 rok. Je často unavená, uzavřená, trpí výpadky paměti, ale někdy je v náladě, kdy si chce s ostatními povídat, trávit s nimi čas a podílet se na programu. Klientku pravidelně navštěvují její děti.

Další klienti s Alzheimerovou chorobou v tomto zařízení jsou spíše ležící a již ve stádiu, kdy je aktivizace nezajímá, nebo jsou uzavření a sledují pouze televizi na pokoji. Samozřejmě pracovníci centra i aktivizační pracovníci za nimi dochází a například jim čtou z knihy, povídají si s nimi.

Lze říci, že tento výběr byl vybrán záměrným (účelovým) výběrem, jež se dle Gavory (2010) uskutečňuje na základě relevantních znaků. Těmito znaky v našem případě jsou věk, umístění v domově se zvláštním režimem, onemocnění Alzheimerovou demencí a účast na aktivizačních činnostech.

7 ANALÝZA DAT A JEJICH INTERPRETACE

V této kapitole se zaměříme na analýzu dat získaných v provedeném výzkumu za pomoci pozorování a poté jejich interpretaci a odpovědi na výzkumné otázky a naplnění cílů práce.

7.1 Analýza dat

Jak již bylo zmíněno, data byla vyhodnocována podle postupu Gavory (2010), kdy prvním krokem je určení kategorií, dále jednotlivých kódů, doplněno o zprávu z pozorování. Kategorie a kódy jsou uspořádány do tabulek.

Aktivita č. 1 – Chystání surovin na pečení pizzy

Tabulka 1: Aktivita 1

Kategorie	Kód
Mimika	úsměv, zvědavost, smích, soustředěnost, radost
Emoce	nadšení, těšení se, nevyjádření se, radost
Motorika	jemnost, pečlivost, přesnost
Práce	samostatnost, dopomoc
Kolegialita	rada, povídání si, nekomunikace
Vyjádření	doptávání se, otázky, komentování
Personál	komunikace, plnění, nespolupráce, spolupráce

Zdroj: Vlastní výzkum

Aktivitu se účastnilo všech 8 klientů a aktivizační pracovnice. Začátek aktivity byl zhruba v 9:30, kdy si aktivizační pracovnice nachystala všechny suroviny a všechno potřebné nádobí. Klienti přicházeli do společenské místnosti, usadili se na svá místa, sestra jim nalila čaj nebo vodu, podle toho co si přáli. Na úvod se aktivizační pracovnice klientů zeptala, jak se mají, v jaké jsou náladě, povídala si s nimi o tom a ptala se, jak se měli o víkend a co dělali, když si popovídali, pracovnice jim sdělila, co je dnes čeká, domluvili se na tom, co budou dělat, jak to budou dělat. Aktivizační pracovnice již věděla, kdo s ní bude více spolupracovat a kdo bude pouze pozorovat a tak poprosila klienty o spolupráci.

Klientku 1 doprovázel úsměv, zvědavě nahlížela, jak aktivizační pracovnice chystá těsto, potírá jej kečupem, vyjadřovala nadšení, jelikož pizzu nikdy neměla. V průběhu se různě

ptala na postup, doptávala se, co bude následovat. Ve finále byla z výsledku nadšená a pizza jí chutnala. Klientka s personálem spolupracovala, komunikovala.

Klientka 2 měla také úsměv na tváři, byla zvědavá, jak bude pizza chutnat a těšila se na ni, ostatně příprava pizzy bylo její přání. Jelikož má paní problémy s rukami, práci zastali ostatní, kterým ráda poradila, jak mají práci dělat. Také si ostatními komentovali postup a ingredience. Hodně kladla otázky ohledně ingrediencí, doptávala se na postup, ptala se, kdy už bude výsledek hotový a aktivizační pracovníci, s vtipem, upozorňovala, aby pizzu nespálila. S personálem spolupracovala, komunikovala, odpovídala na otázky.

Klientka 3 se smála, vyprávěla vtipy. Paní je ze všeho buď nadšená, nebo naopak říká, že to nemá ráda. Na přípravách se nepodílela, pouze sledovala. S ostatními si povídala, zapojila se do komunikace, vše komentovala. Spolupráce s personálem byla slabší, nechtěla plnit úkoly, ale komunikovala a alespoň pozorovala.

Klientka 4 byla soustředěná, ovšem nedávala příliš najevo emoce, příliš se nezapojovala, ani s ostatními nekomunikovala, byla spíše uzavřená. Personálu se ptala, co má dělat, zda je tam správně, po ujištění, že tam je správně seděla a pozorovala. Spolupráce s personálem byla slabší, úkoly plnit nechtěla, často se nechce ani účastnit aktivizace, má raději, když se může procházet.

Klientka 5 se usmívala, byla soustředěná, šla vidět její radost v očích. Byla nadšená, neustále se doptávala. Dostala za úkol krájet sýr, tato činnost ji bavila a velmi jí šla, s nožem pracovala opatrně, byla pečlivá, soustředěná a pracovala samostatně, bez pomoci. Zároveň byla nadšená, že se může do příprav zapojit a pomoci. S ostatními přípravu komentovala, povídali si o tom, co zrovna aktivizační pracovnice dělá, jak to chystá. S personálem spolupracovala výborně, plnila zadané úkoly, komunikovala, pomáhala, ráda je po ruce.

Klientka 6 je ve stádiu demence, kdy se více méně jen dívá před sebe, do prázdna, nevyjadřuje emoce, pouze na oslovení reaguje úsměvem, na povzbuzení, aby se podívala, se podívá a usměje se. Do práce se tedy příliš nezapojila, spíše pozorovala, reagovala na otázky, výsledek pochválila.

Klientka 7 se usmívala, byla soustředěná, smála se, měla radost z příprav a z toho, jak se jí dařilo. Dostala za úkol krájet rajčata, zprvu se bála, aby to dělala správně, ale po tom, co ji pracovnice a ostatní klienti ujistili, že nemá co zkazit, a že to dělá správně, si byla jistější a pracovala samostatně. S ostatními si povídala o práci, průběhu i historiky ze života. Často se doptávala na postup a opravdu pečlivě pozorovala. Ve finále byla ráda, že se zapojila a

přiložila ruku k dílu. Spolupráce s personálem byla uspokojivá, paní se často straní, chce trávit čas na pokoji, ale když se zapojí, plní všechny zadané úkoly, ještě se doptává po dalších, komunikuje, je pečlivá.

Klientka 8 se usmívala, těšila se na výsledek. Na přípravách se nepodílela, ale vše pečlivě pozorovala. Doptávala se na postup, ptala se, co se připravuje, s ostatními si povídala. Spolupráce s personálem byla uspokojivá, paní bývá často unavená a chce trávit čas na pokoji, ovšem když se sestřám podaří s ní trávit čas ve společenské místnosti, jde vidět, že se paní uvolní, zapojuje se, spolupracuje.

Aktivizační pracovnice vše komentovala, popisovala veškerý postup. Povídala si s nimi, zda pizzu někdy měli, povídala jim, jak na recept přišla, jak často jej dělá doma a co má na pizze ráda. Všichni dostali pochvalu, jelikož pozorně pozorovali postup, přípravy a neustále se doptávali, nikdo neměl tendence místnost opustit a výsledek všichni pochválili.

V průběhu příprav přišla sestra klientům rozdat svačiny a také byl čas na kávu. Tudíž se připravila jedna pizza, klienti si dali svačinu, kávu, povídali si a poté se připravovala druhá pizza. Aktivita jako taková celkově trvala asi 1 hodinu.

Dle mého názoru příprava a pozorování příprav všechny bavilo, sledovali se zaujetím a projevovali nadšení. Všichni se snažili nějakým způsobem zapojit a aktivizační pracovnice veškerou přípravu komentovala, aby věděli, co se děje, ukázala výsledek a všechny pochválila za účast, spolupráci a pomoc. Jako rušivý vjem vnímám to, že ve společenské místnosti byl neustále pohyb ostatních zaměstnanců, ovšem to bylo zapříčiněno tím, že se aktivizace v té době uskutečňovali ve společenské místnosti oddělení, z důvodu infekčního oddělení v prostorách určených pro aktivizaci.

Aktivita č. 2 – Tvořivá činnost – výroba věnce

Tabulka 2: Aktivita 2

Kategorie	Kód
Mimika	soustředěnost, smích, úsměv
Emoce	obavy, vtipy, nadšení
Motorika	nepřetahování, pečlivost, správnost
Práce	samostatnost
Kolegialita	nekomunikace, povídání si, ptaní se
Vyjádření	doptávání, komentování, vtipy
Personál	spolupráce, nespolupráce, povídání si

Zdroj: Vlastní výzkum

Aktivitu se účastnilo 5 klientů a aktivizační pracovnice. Začátek aktivity byl zhruba v 9:40, kdy si aktivizační pracovnice nachystala všechny potřebné věci. Klienti přicházeli do společenské místnosti, usadili se na svá místa, sestra jim nalila čaj nebo vodu, podle toho co si přáli. Na úvod se aktivizační pracovnice klientů zeptala, jak se mají, v jaké jsou náladě, povídala si s nimi o tom a ptala se, jak se měli o víkendu a co dělali, když si popovídali, pracovnice jim sdělila, co je dnes čeká, domluvili se na tom, co budou dělat, jak to budou dělat. Aktivizační pracovnice měla pro každého nachystaný nějaký úkol, takže si rozdělila potřebné věci na hromádky, podle toho, kdo co měl dělat.

Klientka 1 dostala na práci vybarvování obrázků, při práci byla velmi soustředěná, sem tam se usmála. Během práce vyjádřila obavy, jestli vybarvuje správně a jestli správně zvolí barvu, samozřejmě ji pracovnice ujistila, že je pouze na ní, jakou barvu zvolí, co s ní vymaluje, a že to dělá správně. I přes potíže se zrakem paní nepřetáhla jedinou linku, vybarvovala pečlivě, pastelky držela správně a všimla jsem si zajímavosti, že při úklidu pastelek je rovnala všechny jedním směrem a pečlivě je skládala do krabičky. Pracovala samostatně, pouze se doptala, zda práci dělá správně. S ostatními si příliš nepovídala, jelikož byla opravdu soustředěná. Paní s personálem skvěle spolupracuje, je ráda za všechnu pozornost, plní zadané úkoly bez problému.

Klientka 2 dostala za úkol omotat provaz kolem kartonu, práci vykonávala velmi soustředěně a vtipkovala, že dostala nejtěžší práci. Omotávání zvládala skvěle, kladla

provázek vedle provázku, dokázala si vše přidržovat a to i přes zdravotní potíže s rukama. Pracovala samostatně, během práce si s ostatními povídala a komentovala svoji „těžkou“ práci. S personálem spolupracuje skvěle, plní zadané úkoly, i když aktivizační pracovníci popichuje, že jí vždy zadává těžkou práci, ovšem vše je myšleno s vtipem.

Klientka 3 se do práce nezapojila, ale byla přítomna a pozorovala. Po celou dobu se smála, s ostatními si povídala, ptala se jich, co dělají, vtipkovala. Spolupráce s personálem nebyla příliš uspokojivá, nechtěla plnit úkoly, zapojit se do práce, ale lze vnímat jako uspokojivé, že tráví čas s ostatními, povídala si s nimi a výsledek práce vždy pochválila.

Klientka 4 se této aktivity neúčastnila. Nerada příliš dlouho sedí na místě, má raději, když se může procházet, ve finále jen ohodnotila výsledek.

Klientka 5 dostala za úkol vystřihovat ptáčky z papíru. Při práci byla velmi soustředěná, ale usmívala se. Projevila obavy, zda to vystřihne správně, ale práce ji moc bavila. S nůžkami manipulovala opatrně, správně, pevně je držela, stříhala přesně, nestalo se, že by ptáčka špatně vystřihla. Pracovala samostatně, dokonce si po sobě vše uklidila. Během práce si s ostatními povídala, doptávala se, zda má práci dobře odvedenou, zda není potřeba ještě něco udělat. S personálem spolupracovala skvěle, plnila úkoly, doptávala se po dalších, povídala si, snažila se se vším pomoci.

Klientka 6 se do práce nezapojila. Dívala se do prázdna a poslouchala písničky, na které reagovala, podupávala si do rytmu, sem tam i zpívala melodii. Na otázky reaguje a tak ve finále zhodnotila výsledek kladně.

Klientka 7 se tvořivé činnosti neúčastnila, jelikož tu dobu chtěla trávit se spolubydlícími na pokoji. Samozřejmě nelze klienty nutit, aby se aktivizační činnosti účastnili.

Klientka 8 se tvořivé činnosti neúčastnila, jelikož zrovna nebyla v dobré náladě a trávila svůj volný čas na pokoji.

Aktivizační pracovníce vše komentovala, popisovala veškerý postup. Za každým, kdo plnil nějaký úkol, postupně chodila, ptala se, zda potřebují pomoc, chválila je, povídala si s nimi. Všichni dostali pochvalu za vykonanou práci i za pozorování a povídání si.

V průběhu příprav přišla sestra klientům rozdat svačiny a klienti si chtěli dát kávu, takže si dali malou pauzu od práce, kdy svačili a povídali si. Aktivita trvala zhruba 1 hodinu.

Dle mého názoru ne všechny klienty tvořivá činnost baví, možná také z toho důvodu, že se bojí, zda to udělají správně, zda to dokáží podle představ aktivizační pracovníce.

Samozřejmě je personál ujišťuje, že nezáleží na tom, zda se to bude všem líbit, a že jistě dokáží pracovat, ale nelze je nutit. Účastníci, kteří na něčem pracovali, byli více méně nadšení a práce je bavila. Výrazný rušivý vjem jsem při této aktivitě nevnímala.

Aktivita č. 3 – Trénink paměti, povídání si; dodělávání věnce

Tabulka 3: Aktivita 3

Kategorie	Kód
Mimika	úsměv, soustředěnost, zamyšlení
Emoce	nadšení
Motorika	pečlivost, opatrnost
Práce	dopomoc, samostatnost
Kolegialita	povídání si, domlouvání se, nekomunikace
Vyjádření	odpovídání, dotazování se, doptávání, pochvala
Personál	reagování, nespoupráce, plnění, spolupráce

Zdroj: Vlastní výzkum

Aktivity se účastnilo 5 klientů a aktivizační pracovnice. Začátek aktivity byl zhruba v 9:20. Aktivizace byla rozdělena na dvě části, kdy v první část se zaměřovala na trénink paměti, povídání si a druhá část byla zaměřena na dokončení tvořivé činnosti, tvorby věnce. Klienti přicházeli do společenské místnosti, usadili se na svá místa, sestra jim nalila čaj nebo vodu, podle toho co si přáli. Na úvod se aktivizační pracovnice klientů zeptala, jak se mají, ptala se, jak se měli o víkendu a co dělali, poté jim pracovnice sdělila, co je dnes čeká, domluvili se na tom, co budou dělat, jak to budou dělat. Aktivizační pracovnice si tedy nachystala kvízy a další materiály, vypla rádio a zavřela dveře, aby ji klienti dobře slyšeli a nerušil probíhající aktivitu ruch z chodby.

Klientka 1 se tento den neúčastnila z důvodu probíhající hygieny.

Klientka 2 se při procvičování paměti usmívala, byla soustředěná, pozorně poslouchala otázky. Byla nadšená, že si může popovídat, předat informace, sdělit historiky ze svého života. S ostatními si povídala, domlouvala se na správných odpovědích a o odpovědích diskutovali. Na otázky reagovala rychle, odpovídala. Při dokončování věnce dostala za úkol dodělat oči ptákům, které v předešlém týdnu vystříhovala klientka 5. Byla velmi

soustředěná. Pečlivě držela tužku a s malou dopomocí, kam přesně oko udělat, úkol splnila skvěle. Celková spolupráce s personálem byla výborná, plnila zadané úkoly, reagovala na otázky, odpovídala, povídala si.

Klientka 3 se při aktivitách smála, zapojovala se hlavně do povídání si s ostatními, sem tam odpověděla na otázku či doplnila přísloví. S personálem příliš nespolečinovala, tvořivé činnosti se neúčastnila, ale procvičování paměti alespoň z části ano, kdy se snažila odpovídat, povídala si.

Klientka 4 se tento den aktivizačních činností neúčastnila, raději trávila volný čas procházením se.

Klientka 5 se při tréninku paměti usmívala, byla nadšená, že si může popovídat o tom, co v životě prožila, o svých zkušenostech. S ostatními si povídala, řešili odpovědi na otázky, radili si. Sama aktivně odpovíдалa a reagovala. Paní má opravdu hodně vědomostí a velký rozhled, velmi často luští křížovky. Při dokončování věnce lepila k sobě vždy dva ptáčky, byla soustředěná, nadšená z výsledku. S papírem pracovala přesně, pečlivě, s lepidlem pracovala opatrně, aby nebylo špinavé vše kolem. Pracovala samostatně, pouze s úklidem lepidla potřebovala pomoc. S personálem spolupracovala skvěle, splnila zadaný úkol, komunikovala, reagovala na otázky, odpovíдалa.

Klientka 6 se během aktivit dívala z okna. Na začátku, než začali aktivity, si zpívala s rádiem. Ke konci tréninku paměti se začala zapojovat, opakovala po ostatních, ale snažila se také sama odpovídat, jinak s ostatními nekomunikovala. Spolupráce s paní nebyla snadná, je velmi uzavřená, samostatně úkoly neplní, ovšem šlo vidět, že při tréninku paměti se ke konci již zapojovala, odpovíдалa na otázky, reagovala na oslovení.

Klientku 7 doprovázel úsměv, byla zamyšlená. S ostatními si povídala, na otázky odpovíдалa, reagovala. Na dodělávání věnce se jen dívala a poté jej pochválila. S personálem spolupracovala, zapojovala se, odpovíдалa na otázky, reagovala.

Klientka 8 se tento den aktivizační činnosti neúčastnila, raději trávila čas na pokoji.

Aktivizační pracovnice dala každému prostor pro odpověď, popřípadě poradila, což ve většině případů nebyla potřeba, protože klienti opravdu odpovědi na kvízové otázky znali, znali také všechny pořekadla a přirovnání. Všichni dostali pochvalu, že skvěle spolupracovali. Pro dokončení tvořivé činnosti již zadala úkoly zejména těm, kteří se na výrobě věnce podíleli, poté dostali pochvalu, za to, že pomohli s dotvořením. Ostatní si během dodělávání věnce povídali, odpočívali před obědem. Pracovnice věnce

zkompletovala a zavěsila jej na dveře společenské místnosti, všem se moc líbil a byli nadšení.

Trénink paměti tak trval zhruba 1 hodiny, kdy v průběhu přišla sestra klientům dát svačinu a kávu. Dotvoření věnce poté trvalo zhruba 30 minut. Aktivizace tedy celkově trvala asi 1 hodinu a 30 minut.

Opět se zde ukázalo, že ne všechny klienty tvořivá činnost baví. Na tréninku paměti se většina podílela a podávali opravdu skvělé výkony. Jako velmi zajímavé považuji klientku 5, která se jeví jako velmi vzdělaná a má hodně vědomostí, hodně času tráví luštěním křížovek a sledování kvízů v televizi. A také klientka 6, která se do většiny aktivit nezapojí, jelikož je velmi uzavřená, sleduje věci za oknem a nejvíce reaguje na písničky, ovšem při tréninku paměti se hodně zapojila a byla aktivní. Jako rušivý vjem vnímám to, že během tréninku paměti do místnosti často někdo vstupoval, potřeboval mluvit s aktivizační pracovníci nebo poté nechal otevřené dveře a to narušovalo plynulost, často to pracovníci přerušilo v otázce.

Aktivita č. 4 – Sledování filmu *Dovolená s Andělem*

Tabulka 4: Aktivita 4

Kategorie	Kód
Mimika	úsmev, pozornost, sledování, zaujetí
Emoce	smích, nadšení, znučení, tleskání, nepozornost
Motorika	-
Práce	-
Kolegialita	bavení se, komentování, reagování
Vyjádření	nadšení
Personál	-

Zdroj: Vlastní výzkum

Aktivity se účastnilo 6 klientů a aktivizační pracovníce. Začátek aktivity byl zhruba v 9:30. Klienti přicházeli do společenské místnosti, usadili se na svá místa, sestra jim nalila čaj nebo vodu, podle toho co si přáli a nachystala občerstvení, které si den předem sami upekli. Na úvod se aktivizační pracovníce klientů zeptala, jak se mají, zeptala se, zda si pamatují, co je

dnes čeká za program a zda se na něj těší. Až všichni přišli a pohodlně se usadili, aktivizační pracovnice zatáhla žaluzie, aby v místnosti byla tma, zavřela dveře a pustila film. Nejprve byla potřeba doladit zvuk, aby opravdu všichni dobře slyšeli, poté se již usadila a nechala klienty sledovat film, sama si dělala svoji práci.

Klientka 1 se po celou dobu filmu usmívala, pozorně jej sledovala, se zaujetím. Při některých scénách se nahlas smála a byla plná údivu. Na konci filmu tleskala. V průběhu si nabídla nachystaného občerstvení a ve finále celý program kladně zhodnotila.

Klientka 2 se během filmu usmívala, chvílemi však více sledovala aktivizační pracovníci a to, co dělala. Z filmu ovšem byla nadšená. Během sledování se o různých scénách s ostatními bavila. Byla nadšená z programu.

Klientka 3 pozorně sledovala a smála se. Během různých scén se smála nahlas a poukazovala na vtipnost scény. Film v průběhu komentovala a reagovala na komunikaci ostatních. Z programu byla také nadšená.

Klientka 4 zprvu sledovala film se zaujetím, po chvíli však odešla. Nelze říci, zda ji film nebavil, ale raději si šla sednout na chodbu.

Klientka 5 sledovala film se zaujetím, pozorně, po celou dobu se usmívala. Při určitých scénách se smála nahlas a na konci filmu tleskala. S ostatními se bavila o filmu. Z programu a občerstvení byla nadšená.

Klientka 6 se zprvu dívala z okna, ale po chvíli ji film zaujal a sledovala jej. Často se nechala však vyrušit jiným vjemem, například si po sobě pečlivě uklízela drobků.

Klientka 7 a klientka 8 se sledování filmu neúčastnili, nechtěli se přidat z důvodu únavy.

Po skončení filmu se aktivizační pracovnice klientů zeptala, jak se jim film líbil, popovídali si o něm a dohodli se, jaký film si pustí příště.

Sledování filmu trvalo zhruba 2 hodiny, kdy v průběhu přišla sestra klientům dát svačinu a kávu.

Sledování filmu klienty velmi bavilo, na všech šlo vidět nadšení a zaujetí, nahlas se smáli, dokonce na konci tleskali. A velmi rádi a ochotně se domluvili na dalším filmu. Dle mého názoru je tato aktivizace skvělá, klienti mají rádi staré filmy, z jejich životů, pamatují si je, připomínají si tak vzpomínky, také mají navozenou atmosféru kina, takže je to pro ně zpestření běžných dnů. Jako přínosné pozoruji také to, že si občerstvení předem nachystají, upečou sami. Jako rušivý vjem vnímám to, že během sledování filmu do místnosti často

někdo vstupoval nebo, že klientka 4 odešla, všichni obrátili pozornost k ní, poté se ptali, proč odchází. Také za ní musela vstát aktivizační pracovnice, aby jí otevřela dveře a poté je za ní zavřela. Ovšem klienti se velmi rychle vrátili ke sledování filmu.

Aktivita č. 5 – Procvičování paměti – kvízy, přirovnání

Tabulka 5: Aktivita 5

Kategorie	Kód
Mimika	úsmev, zamyšlení, soustředěnost, přemýšlení
Emoce	smích, vtipy, nadšení, zamyšlení
Motorika	-
Práce	samostatnost, rady
Kolegialita	vykládání si, sdělování, skákání, do řeči, rady
Vyjádření	odpovídání, reagování, vyprávění, povídání, opakování
Personál	spolupráce, reagování, nespolupráce, odpovídání

Zdroj: Vlastní výzkum

Aktivitu se účastnilo 6 klientů a aktivizační pracovnice. Začátek aktivity byl zhruba v 9:50. Klienti přišli do společenské místnosti, usadili se na svá místa, sestra jim nalila čaj nebo vodu, podle toho co chtěli. Aktivizační pracovnice přišla, se všemi se pozdravila, zeptala se, jak se mají, jak se jim daří. Dále se pobavili o tom, jaký měli víkend, co dělali. Dále se klientů zeptala, zda ví co je za den, jaký je datum. Po úvodním povídání aktivizační pracovnice klientům představila plán dne. Tuto aktivitu jsem vedla já sama, tudíž mi aktivizační pracovnice předala kvízy, přirovnání a různé materiály. Ujala jsem se tedy slova.

Klientka 1 se usmívala, byla zamyšlená. Nad odpověďmi přemýšlela samostatně. Dobře znala odpovědi na otázky a dokončovala přísloví, odpovídala rychle, pouze byla potřeba s ní mluvit opravdu nahlas, jelikož paní špatně slyší. S personálem i se mnou spolupracovala skvěle, byla ráda za každou pozornost, reagovala zejména na oslovení, protože špatně slyší, ale na otázky odpovídala.

Klientka 2 byla velmi soustředěná, sem tam se usmála. Na otázky odpovídala správně, reagovala rychle, znala odpovědi na všechny otázky a všechna přirovnání. S ostatními si vykládala, sdělovali si odpovědi. Velmi často na otázky navazovala nějakým příběhem ze svého života, na to navazovala debata a povídání si. Smála se a vtipkovala. S personálem i

se mnou spolupracovala skvěle, byla ráda, že si může s někým popovídat, sdělit vzpomínky. Na otázky reagovala, odpovídala, vyčkávala na další otázky. Myslím si, že moji přítomnost vnímala dobře, byla ráda, že mi může popovídat, co chce, že se zajímám, jelikož personál na to asi bohužel nemá příliš mnoho času.

Klientka 3 se během aktivity usmívala, smála. Často ostatním skákala do řeči, když například odpovídali na otázku, začala vykřikovat, že to ví ona. Byla upozorněna, že by to dělat neměla a že také dostane prostor pro vyjádření se. Zapojovala se do vyprávění o svém životě, vyprávěla historky. Paní se do kvízu jako takového příliš nezapojovala, ale ráda si povídala o svém životě. Je uspokojivé alespoň to, že se aktivizace účastní a má společenský kontakt.

Klientka 4 se aktivizace jako takové neúčastnila. Na kvízy nereagovala, ovšem když jsem si s ním popovídala individuálně, rozpovídala se, povídala o počasí, o tom, co má ráda, co dělávala. Spolupráce paní nebyla příliš uspokojivá, do aktivizace jako takové se příliš nezapojovala, potřebovala spíše individuální přístup.

Klientka 5 byla během kvízů velmi soustředěná, přemýšlela, ale doprovázel ji úsměv. Často se také smála, byla nadšená, že může vyprávět historky, že ji někdo poslouchá. Na odpovědích se většinou radila s ostatními, vykládali si, diskutovali. Po každé otázce si dokázala najít nějaký příběh ze svého života. Například když byla otázka na hlavní město nějaké země, odpověděla a podělila se s historkou z toho města, jelikož hodně cestovala a navštívila opravdu hodně míst. S personálem i se mnou spolupracovala skvěle, do aktivizace se zapojovala, reagovala a odpovídala na otázky. Dokonce si jednu vzpomínku nevzpomněla na místě a při příští návštěvě mi ji s nadšením sdělila.

Klientka 6 se během aktivizace dívala z okna, byla zamyšlená. Paní reagovala zejména na oslovení, poté začala vnímat a reagovala na otázky. Snažila se odpovídat, ale více méně opakovala odpovědi po mně. S personálem i se mnou tedy spolupracovala zejména po oslovení, potřebovala více času na upoutání pozornosti a také více času na odpověď.

Klientka 7 se nezúčastnila z důvodu nemoci.

Klientka 8 byla po celou dobu soustředěná, vypadala i trochu nervózně. Pracovala spíše samostatně, často ostatním skákala do řeči, například když jsem oslovila klientku 1, ať odpoví, klientka 8 rychle odpověď vykřikla. Možná chtěla dokázat, že odpověď ví a chtěla na sebe tím poukázat. Byla ovšem aktivizační pracovnící napomenuta, že není slušné reagovat, když byl osloven někdo jiný. Někdy se s ostatními radila o odpovědích, například

některá přísloví zná každý nějak jinak, tak se o této skutečnosti radili a bavili. Spolupráce s personálem i se mnou byla uspokojivá. Paní se do aktivizace často nezapojovala, ale zde bylo vidět, že ji toto procvičování bavilo. Na otázky odpovídala, znala všechny odpovědi, reagovala a neměla tendenci opustit společenskou místnost.

Po vyčerpání kvízů a materiálů aktivizační pracovnice klientům pustila písničky. Všichni se usmívali, zpívali si a vzpomínali na interprety. Zde opět vnímám jako zajímavost reakci klientky 6, která se do aktivizace nezapojovala, ale na písničky reagovala velmi pozitivně. Vždy se narovnála, začala si nohou dupat do rytmu a často také zpívala. Je tedy zajímavé, že i když příliš nekomunikuje, texty písní si pamatuje a ráda si zpívá.

Jelikož tato aktivizace byla v mé režii, dala jsem každému prostor pro odpověď, popřípadě poradila, což ve většině případů nebyla potřeba, protože klienti opravdu odpovědi na kvízové otázky znali, znali také všechny pořekadla a přirovnání. Se všemi jsem se snažila také individuálně si povídat, naslouchat jim a jejich příběhům. Všichni dostali pochvalu, že skvěle spolupracovali.

Trénink paměti trval asi 1 hodinu a 30 minut. Kdy v průběhu přišla sestra klientům dát svačinu a kávu. Jako rušivý vjem vnímám to, že během tréninku paměti do místnosti vstupovalo spousta lidí, tím se narušila pozornost klientů a také mně například neslyšeli. Aktivizační pracovnice je však vždy upozornila, že probíhá aktivizace tréninku paměti a personál se s pochopením ztišil.

Tato aktivizační činnost se mi velmi líbila a bavila mě. Bavilo mě pozorovat, jak se klienti zapojovali, že veškerá přísloví znali, znali i odpovědi na často složité otázky. Myslím si, že kvízy je bavili a byli rádi, když dostanou pochvalu za správné odpovědi, když mezi sebou mohli diskutovat o odpovědích. Také se rádi dělili o to, co zažili, povídali o tom, poté se navzájem pustili do diskuze a největší radost jim udělalo, když je někdo poslouchal.

Aktivita č. 6 – Pečení muffinů

Tabulka 6: Aktivita 6

Kategorie	Kód
Mimika	pečlivost, pozornost, soustředěnost, pozorování
Emoce	úsměv, zaujetí, nadšení, smích, zvědavost
Motorika	pečlivost, opatrnost
Práce	samostatnost, dopomoc
Kolegialita	povídání si
Vyjádření	ptaní se, doptávání, zvědavost, vyprávění
Personál	ochota, nespolupráce, spolupráce

Zdroj: Vlastní výzkum

Aktivitu se účastnilo 7 klientů a aktivizační pracovnice. Začátek aktivity byl zhruba v 9:25, kdy si aktivizační pracovnice nachystala všechny suroviny a všechno potřebné nádobí. Klienti přicházeli do společenské místnosti, usadili se na svá místa, sestra jim nalila čaj nebo vodu, podle toho co si přáli. Na úvod se aktivizační pracovnice klientů zeptala, jak se mají, v jaké jsou náladě, povídala si s nimi. Poté jim řekla, co je čeká a s čím jí kdo pomůže. Připravila si tedy každému, komu zadala úkol potřebné ingredience a nádobí.

Klientka 1 pečlivě pozorovala celou přípravu a postup, po celou dobu se se zaujetím dívala a usmívala se. Do práce se nezapojila, ale sledovala a těšila se na výsledek.

Klientka 2 pozorně sledovala postup, soustředila se. Byla zaujatá a nadšená, že se přiučí novému receptu a ochutná zase něco nového. Jejím úkolem bylo dávat papírové košíčky do formy, práci prováděla pečlivě, opatrně a samostatně. Byla zvědavá, proč má tuto práci dělat, proč se těsto nedá přímo do formy, dále se ptala, zda se výsledek jí i s papírem. O všem si povídala a diskutovala s ostatními, řešili, jak bude výsledek asi vypadat a chutnat, povídali si o přípravě. S personálem ochotně spolupracovala, ochotně plnila zadané úkoly, povídala si, komunikovala.

Klientka 3 spíše pozorovala, jak ostatní pracují, byla s vtipem upozorněna, že bez práce nejsou koláče, čemuž se smála. S ostatními si v průběhu povídala, vyptávala se na otázky, co dělají, jak to dělají. S personálem příliš nespolupracovala, úkoly neplnila, raději jen

pozorovala a povídala si. Ovšem aktivizace se alespoň tato účastnila a byla v sociálním kontaktu.

Klientka 4 se taky zapojila pouze pozorováním, dívala se na průběh, postup. S personálem příliš nespolupracovala, ale alespoň se podívala a s personálem si popovídala.

Klientka 5 dostala za úkol oddělit žloutky od bílků, svoji práci vykonávala pečlivě a bez chyby, byla soustředěná. Poté ještě dostala úkol ingredience smíchat těsto, což dělala také pečlivě a bavilo ji to. Z práce a celkové aktivizace byla nadšená, byla zvědavá na výsledek a těšila se na něj. Pracovala samostatně, pouze s malou dopomocí při manipulaci s vajíčky. V průběhu si se všemi povídala, vykládala historky, aktivizační pracovnice se doptávala na postup. S personálem pracovala ochotně, plnila zadanou práci, ptala se po další práci, doptávala se na postup. Po předělání těsto do formiček si vzala mísu, aby zbytek těsta dojedla a měla z toho velkou radost, říkala, že se vrátila do dětských let.

Klientka 6 celou práci jen pozorovala a výsledek pochválila. Paní se do aktivizace téměř nezapojovala, ale alespoň pozorovala a výsledek ocenila. V průběhu si opět dupala nohou do rytmu písničky.

Klientka 7 dostala za úkol smíchat všechny ingredience do mísy, pracovala opatrně, aby nic nevysypala mimo mísu, ale vše zvládla samostatně. Mimo svoji práci pozorně pozorovala postup a práci, usmívala se. S ostatními si povídala, sdělovali si vzpomínky, o tom, co dřív pekli. Aktivizační pracovnice se doptávala na postup, ptala se, zda má ještě něco udělat. Opravdu ji postup a výsledek zajímal. S personálem spolupracovala výborně, plnila úkoly, doptávala se na další, komunikovala, vyprávěla si. Paní se velmi často aktivizační činnosti vyhýbá, ale když se účastní, je velmi šikovná, obětavá. Když jsem se paní ptala, proč se často straní, odpověděla, že je v domově krátce a ještě se s ostatními příliš nezná, tak se bojí se pořádně zapojit, také, že se bojí, aby něco nepokazila, o což samozřejmě vůbec nejde. Také dodala, že už má své roky a někdy je prostě ráda sama v klidu.

Klientka 8 se nezúčastnila, raději trávila volný čas na pokoji, byla hodně ospalá.

Aktivizační pracovnice celý postup komentovala a všem klientkám ukazovala, co zrovna dělá, ukazovala konzistenci těsta, postup, jakým plní papírové košíčky ve formě. Se všemi si povídala a poslouchala jejich historky. Také všechny pochválila za účast a za pomoc. Poté formu s těstem odnesla do kuchyně do trouby, během pečení si s klienty povídala. Potom přinesla výsledné muffiny, každému dala kus na ochutnávku. Všichni je chválili. Domluvili se, že si je nechají na další den ke kávě k filmu a ještě je dozdobí šlehačkou a ovocem.

Příprava muffinů jako aktivizační činnosti trvala asi 1 hodinu. V průběhu opět přišla sestra klientům dát svačinu a kávu. Všechny chválila, jak pracují a také se těšila na výsledek. Při této aktivizaci jsem nezaznamenala žádný výrazný rušivý vjem.

Šlo vidět, že pečení a podobně činnosti klientky baví, připomínají si tím to, co ve svém životě často dělali a diskutovali o tom. Taky se mi velmi líbilo, že aktivizační pracovnice nechala klientku 5 dojíst těsto z mísy, protože jí to udělalo opravdu radost a možná jí to pomohlo k tomu, aby se cítila více jako doma. Také jako pozitivní vnímám to, že aktivizační pracovnice klientkám ukazuje nové recepty a více méně moderní věci, které klienti příliš neznají, ale jsou z nich nadšení.

Aktivita č. 7 – Trénink paměti

Tabulka 7: Aktivita 7

Kategorie	Kód
Mimika	úsměv, poslouchání, soustředěnost
Emoce	vtipy, smích, nezájem, radost, nadšení
Motorika	-
Práce	samostatnost, dopomoc
Kolegialita	vykládání si, sdílení, diskuze, nekomunikace
Vyjádření	odpovídání, reakce, vtipy, vyprávění
Personál	spolupráce, odpovídání, reakce, plnění, snaha

Zdroj: Vlastní výzkum

Aktivitu se účastnilo všech 8 klientů, i když 2 jen částečně a aktivizační pracovnice. Začátek aktivity byl zhruba v 9:40. Klienti přišli do společenské místnosti, usadili se na svá místa, sestra jim nalila čaj nebo vodu, podle toho co chtěli. Aktivizační pracovnice přišla, se všemi se pozdravila, zeptala se, jak se mají, jak se jim daří. Dále se pobavili o tom, jaký měli víkend, co dělali. Dále se klientů zeptala, zda ví co je za den, jaký je datum. Všechny klientky věděly, že je Mezinárodní den žen a byly nadšené a veselé. Po tomto úvodu si aktivizační pracovnice nachystala materiály a začala aktivizační činnost.

Klientka 1 se po celou dobu usmívala, pracovala samostatně, odpovídala na otázky, ovšem někdy potřebovala trochu navést. Často se jevila zmateně, protože špatně slyší a byla

překvapená, když ji aktivizační pracovnice oslovila. Ovšem s personálem se snažila spolupracovat, odpovídala, reagovala.

Klientka 2 se během aktivity usmívala, stále vtipkovala, pracovala více méně samostatně. S ostatními si povídala, řešili odpovědi, sdíleli zážitky. Na otázky odpovídala, reagovala, vtipkovala a vyprávěla příběhy. S personálem spolupracovala skvěle, reagovala, komunikovala. S aktivizační pracovnící má přátelský vztah, povídají si, vtipkují.

Klientka 3 se účastnila jen z části, smála se spíše vyprávění ostatním, povídala si s nimi. Na otázky odpovídala, ovšem často mimo téma a přímou odpověď neřekla. Paní ne na vše reagovala, jak by si aktivizační pracovnice představovala, také nevydržela spolupracovat po celou dobu, ale je pozitivní, že se zapojuje do komunikace a povídání si alespoň.

Klientka 4 se aktivizační činnosti zúčastnila jen chvíli, ovšem po dobu přítomnosti se usmívala. Vyjádřila přání, že by ráda odešla na chodbu a procházela se, aktivizační pracovnice se snažila ji alespoň trochu rozpovídat. Odpověděla na několik otázek, chvíli si popovídala s pracovnící, ale s ostatními se do komunikace příliš nedávala. Spolupráce s personálem byla slabší, paní byla hodně samostatná, jen někdy měla náladu si popovídat nebo potřebovala radu. Ovšem když se s ní personál dá do řeči, odpovídá a komunikuje.

Klientka 5 se usmívala, ráda sdílela své zážitky. Na otázky odpovídala samostatně, někdy odpovědi řešila s ostatními, diskutovali o nich společně, povídali si. Paní spolupracovala skvěle, na otázky odpovídala, reagovala, s personálem komunikovala. Má ráda povídání si, když může sdílet své zážitky, sdílet své vědomosti.

Klientka 6 poslouchala a dívala se z okna. Do komunikace s ostatními se nezapojila. Na otázky sama od sebe neodpověděla, ale když jí aktivizační pracovnice dala chvíli a snažila se jí pomoci, tak začala opakovat odpovědi a konec dokončila sama. Paní byla často zamyšlená, řekla bych ve svém světě. Příliš často se do aktivizace nezapojila, ale na oslovení reagovala a odpovědi opakovala, dokončovala.

Klientka 7 se usmívala, byla nadšená, že se zase mohla zapojit. S ostatními si povídala, na otázky odpovídala a reagovala. Paní se aktivizace často neúčastnila, ale když se zapojila, tak skvěle spolupracovala, komunikovala, reagovala na otázky.

Klientka 8 byla velmi soustředěná, s ostatními si příliš nepovídala, ale na otázky reagovala a odpovídala bystře. I přesto, že se příliš aktivit neúčastnila, protože raději chtěla být na pokoji, tak při tréninku paměti nechyběla a šlo vidět, že ji tato aktivita baví.

Při této aktivizační činnosti každý dostal prostor pro vyjádření se, odpovídání, sdělení všeho, co sdělit chtěl. Opět se ukázalo, že klienty kvízy a otázky bavili a že jsou opravdu bystří a odpovědi znají. Také se aktivizačních činnostech začalo účastnit více klientů a více se začali, alespoň do tréninku paměti, zapojovat ti, kteří na začátku neměli zájem. I když potřebují individuální přístup, raději si povídají například o počasí nebo volně o čem chtějí, než že by reagovali na kvízové otázky nebo se bavili s ostatními, stále to může brát tak, že se alespoň zapojí a mají společenský kontakt. Během aktivity se aktivizační pracovnice pobavila s klientkami také o tom, zda dostávali k Mezinárodnímu dni žen květiny nebo si dělali nějakým způsobem radost, takže se debata poté ubrala tímto směrem, klientky sdíleli své příběhy a vzpomínaly. Všichni dostali pochvalu, že skvěle spolupracovali.

Trénink paměti trval asi 2 hodiny. V průběhu přišla sestra klientům dát svačinu a kávu. Jako rušivý vjem vnímám to, že během tréninku paměti do místnosti vstupovalo spousta lidí, tím se narušila pozornost klientů a také například špatně slyšeli, tím se také aktivizace protáhla, ale alespoň měli klienti prostor k vyjádření se a diskuzi o odpovědích.

Aktivita č. 8 – Tvořivá činnost – Velikonoční výzdoba

Tabulka 8: Aktivita 8

Kategorie	Kód
Mimika	soustředěnost, úsměv, smích, pozorování
Emoce	smích, obavy, vtipy, nadšení, radost
Motorika	pečlivost, opatrnost
Práce	samostatnost, dopomoc, pozorování
Kolegialita	nekomunikace, povídání si, vtipy
Vyjádření	odpovídání, dotazování, obavy
Personál	plnění, nespoupráce, pozorování

Zdroj: Vlastní výzkum

Aktivitu se účastnilo 7 klientů a aktivizační pracovnice. Začátek aktivity byl zhruba v 9:30, kdy si aktivizační pracovnice nachystala všechny potřebné věci. Klienti přicházeli do společenské místnosti, usadili se na svá místa, sestra jim nalila čaj nebo vodu, podle toho co si přáli. Na úvod se aktivizační pracovnice klientů zeptala, jak se mají, v jaké jsou náladě,

povídala si s nimi o tom a ptala se, jak se měli o víkendu a co dělali, když si popovídali, pracovnice jim sdělila, co je dnes čeká, domluvili se na tom, co budou dělat, jak to budou dělat. Aktivizační pracovnice měla pro každého nachystaný nějaký úkol, takže si rozdělila potřebné věci na hromádky, podle toho, kdo co měl dělat.

Klientka 1 dostala za úkol válet kuličky z papíru, každé kuličce věnovala dostatek času, opravdu si s tímto úkolem vyhrála a na stole si je třídila na hromádky podle barev. Na začátku vyjádřila obavy, zda to zvládne a zda to bude dělat správně. Aktivizační pracovnice jí tedy ukázala jak na to, při prvních výtvořech jí pomáhala, ale potom už to paní zvládala sama. Při plnění úkolu byla soustředěná, smála se. Dopomoc poté potřebovala pouze s předěláním kuliček do mísy. S ostatními při práci příliš nekomunikovala, byla opravdu soustředěná. Dokázala však odpovědět na to, co dělá, dokonce věděla, co se poté s kuličkami bude dělat. S personálem spolupracovala skvěle, plnila zadaný úkol, reagovala pouze na oslovení, protože se soustředila a věnovala vše pro svůj úkol a výtvor.

Klientka 2 dostala za úkol nalepit na provázek květiny a ptáky. Dokázala si sama poradit se stříháním provázku, naskládala si na provázek tvary a lepila. Opět nechyběla vtipná poznámka, že dostala těžkou práci. Při práci byla soustředěná, ale usmívala se. Potřebovala malou dopomoc při manipulaci s lepidlem. V průběhu práce si s ostatními povídala, vtipkovala. Aktivizační pracovnice se ptala, co to vyrábí, proč to vyrábí, kde to potom bude viset. Když jí pracovnice sdělila, že si může výtvor dát do pokoje na dveře, odmítla, že nebude uklízet další nepořádek a starat se o něj, poté ale svolila. S personálem spolupracovala skvěle, do práce se zapojila, splnila zadaný úkol, komunikovala, povídala si.

Klientka 3 byla přítomna, ale jen se dívala. S ostatním si povídala, vtipkovala, smála se. Ptala se, co ostatní vyrábí, proč to vyrábí. Aktivizační pracovnice jí také nabídla, že si výtvor může pověsit na dveře pokoje, odpověděla, že nechce. Aktivizační pracovnice paní nedávala žádné úkoly, jelikož věděla, že bude jen pozorovat a povídat si.

Klientka 4 se aktivizační činnosti neúčastnila, raději byla na procházce.

Klientka 5 dostala za úkol vystříhovat z papíru květiny. Vystříhovala přesně, pečlivě, podle linky, při manipulaci s nůžkami byla opatrná. Po celou dobu byla soustředěná, aby něco nepokazila. Paní byla nadšená z jakékoliv tvorby, tato činnost ji bavila, i když projevila obavy, zda to dělá správně. Pomoc při práci nepotřebovala, vše zastala sama a sama si po sobě i uklidila. S ostatními si povídala, aktivizační pracovnice se ptala na postup a na to, co se s výrobkem bude dělat. Zmínila se, že ona již na dveřích výzdobu má, tudíž tento výtvor

nemá kam dát. S personálem spolupracovala skvěle, plnila zadané úkoly, ptala se po dalších, komunikovala.

Klientka 6 se dívala z okna, usmívala se. Ostatní jen pozorovala, nezapojovala se ani do komunikace. Když se jí aktivizační pracovnice zeptala, zda se jí líbí výsledek, podívala se, usmála a souhlasně kývla hlavou.

Klientka 7 dostala za úkol také vystřihování květin z papíru. Při práci byla pečlivá, vystřihovala po lince a s nůžkami manipulovala opravdu opatrně. Pracovala samostatně, když se jí aktivizační pracovnice ptala, zda potřebuje pomoc, odpověděla, že ne. Byla soustředěná, ale vyjádřila se, že je velmi ráda, že se zapojila. S ostatními si povídala, sem tam vyjádřila obavy, že práci nezvládne, že není tak šikovná jako ostatní, na to reagovala aktivizační pracovnice i ostatní klientky, že je opravdu velmi šikovná a jsou rádi, že je tam s nimi a zapojuje se. Spolupráce s personálem se velmi zlepšila, paní se více zapojovala, plnila zadané úkoly a ptala se po dalších, komunikovala.

Klientka 8 se do práce nezapojila, pouze pozorovala, usmívala se. S ostatními si povídala, ptala se jich, co vyrábějí, kde to bude vystavené. Spolupráci s personálem lze také vnímat jako lepší, jelikož se často nechtěla účastnit vůbec a nyní byla alespoň ve společenské místnosti, pozorovala a povídala si, jak s ostatními, tak s personálem.

Aktivizační pracovnice vše komentovala, popisovala veškerý postup. Za každým, kdo plnil nějaký úkol, postupně chodila, ptala se, zda potřebují pomoc, chválila je, povídala si s nimi. Všichni dostali pochvalu za vykonanou práci i za pozorování a povídání si. Kdo chtěl, s tím šla a výtvar mu připevnila na dveře nebo jinde v pokoji, kde chtěli. Poté se všichni dívali, jak pěkně to vypadá, a klienty chválili za výsledek.

V průběhu příprav přišla sestra klientům rozdat svačiny a klienti si chtěli dát kávu, takže si dali malou pauzu od práce, kdy svačili a povídali si. Také jsem jim v této době rozdala bonboniéry, jelikož to bylo mé poslední pozorování, jako poděkování za to, že jsem tam s nimi mohla trávit čas, že byli ochotní, spolupracovali a že jsme spolu měli pěkný čas. Aktivita celkově trvala asi 1 hodinu.

Z mého pozorování vnímám, že se do aktivizačních činností postupně zapojovalo více klientů, ne všichni se přímo podíleli na práci, ale socializace a komunikace jako taková je také velmi důležitá. Většinu klientů tvořivá činnost začala bavit, byli rádi, že se mohou zapojit a vyzdobit oddělení do jarních, velikonočních výzdob, také byli rádi, že dostali od všech sestřiček na oddělení pochvalu a všem se to moc líbilo.

7.2 Interpretace dat

Na začátku výzkumu jsme si stanovili hlavní výzkumnou otázku a 6 dílčích výzkumných otázek. Nyní se zaměříme na jejich zodpovězení a naplnění výzkumných cílů.

Hlavní výzkumnou otázkou bylo: Jaký je přínos aktivizace seniorům s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem?

Na základě pozorování seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem při aktivizaci vyplývá, že aktivizace na seniory působí pozitivně. Jako největší přínos lze vnímat to, že senioři mají sociální kontakt, socializují se, mají možnost trávit čas a povídat si se svými vrstevníky, ale také s personálem, se kterým si rádi vykládají a personál zase s nimi. Dalším přínosem je zajisté to, že s nimi někdo pracuje, věnuje se jim, nejsou pouze na pokojích, odstrčení, osamocení. Přínosné jsou určitě aktivity, trénují paměť, vybavují si vzpomínky, při tvořivé činnosti trénují nejen jemnou motoriku, ale vybavují si při ní i postupy, tvorba výzdoby iniciuje k tomu, aby si uvědomili, co je za roční období, zda je nějaký svátek, dále například při pečení vzpomínají na to, jak pekli doma, své rodině, připomínají si recepty, učí se nové. Aktivizace jako taková je celkově přínosná, protože jde o formu nefarmakologické léčby Alzheimerovi choroby a je důležité seniora s touto chorobou jakkoliv zapojit, věnovat se mu, co nejdéle mu to jeho zdravotní stav umožní.

První dílčí výzkumnou otázkou bylo: Jaké jsou možnosti aktivizací pro seniory s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem?

Během mé účasti na pozorování se vystřídali aktivity jako orientace časem, místem, kdy se na začátku každé aktivizace aktivizační pracovnice klientů ptala, jaký je den, měsíc, roční období. Lze říci, že probíhala také ergoterapie, kdy klientka, která měla zdravotní potíže s rukami, dostávala úkoly na rozvoj jemné motoriky, další klientka byla opravdu vedena k tomu, aby se o sebe dokázala postarat, dokázala se najíst, napít. Častou aktivitou byl také trénink či procvičování paměti, v rámci kterého aktivizační pracovnice s klienty hrála kvízy, pokládala jim otázky nebo si jen povídali. Dále tvořivá činnost, většinou ve smyslu výroby výzdoby, aktivity směřované k pečení, sledování filmu, muzikoterapie. Často jsou však do aktivizace zapojovány pohybové terapie, taneční terapie, pracovní terapie v dílně, skupinové cvičení, pěvecký kroužek, kroužek společenských her, zahradničení, cukrárna, poté samozřejmě výlet, sportovní utkání v Pétanque, programy s náboženskou tematikou. V centru také dochází ke canisterapii a v areálu domova se nachází některá domácí zvířata,

ke kterým se klienti mohou chodit dívat. Také se v centru nachází snoezelen, kam aktivizační pracovnice nebo sestry s klienty dochází.

Druhou dílčí výzkumnou otázkou bylo: Jaký je obsah volného času seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem?

Senioři s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem mají možnost každý den se účastnit nějaké volnočasové aktivizační činnosti. Každý den v dopoledních hodinách je v nabídce skupinové cvičení, dále probíhají aktivity, které si aktivizační pracovnice připraví, ať už to tedy je trénink paměti, pohybová terapie, muzikoterapie, sledování filmu, tvořivá činnost a další. Většinu seniorů se snaží aktivizační pracovnice a personál zapojit, ovšem pokud nechtějí, mohou dělat, co uznají za vhodné, například zůstat na pokoji, kde se dívají na televizi, luští křížovky, povídají si se spolubydlíci, procházet se po chodbě nebo jít s personálem na procházku do areálu. Za těmi seniory, kteří se nechtějí účastnit aktivizační činnosti, poté aktivizační pracovnice dochází individuálně si s nimi alespoň popovídat nebo trénovat paměť, zahrát si společenské hry, poslouchat hudbu, číst knihy a další, podle přání seniora. V odpoledních hodinách senioři tráví čas například na pokoji, kde sledují televizi, povídají si se spolubydlíci, nebo mohou jít do společenské místnosti, tam si povídat, dát si kávu, poslouchat písničky, povídat si s personálem.

Třetí dílčí výzkumnou otázkou bylo: Jaké konkrétní aktivity si senioři s Alzheimerovou chorobou vybírají nejčastěji?

Z pozorování vyplývá, že nejvíce klientů se účastnilo aktivit pečení, trénink paměti a tvořivé činnosti. Ovšem ne každou aktivitu byli všichni klienti ochotni se zapojit nebo ze zdravotních důvodů nemohli. Ke konci pozorování se již zapojovalo více a více klientů i do aktivit, které je na začátku nezajímali a neúčastnili se jich.

Čtvrtou dílčí výzkumnou otázkou bylo: Jak často je aktivizace se seniory s Alzheimerovou chorobou prováděna?

Z dostupných informací z Centra služeb pro seniory vyplývá, že aktivizace se seniory s Alzheimerovou chorobou je prováděna každý den, zejména v dopoledních hodinách. O víkendech je poté aktivizace volnější. V některé dny má aktivizační pracovnice připravené pro klienty náročnější úkoly, ať už na manuální tvorbu jako tvoření, pečení například nebo na trénink paměti. Jsou také dny, kdy je aktivizace volnějšího charakteru, kdy mají senioři na programu například sledování filmu, procházky v areálu centra, za příznivého počasí, vycházky do města, kde například aktivizační pracovnice s doprovodem s klienty navštěvuje

cukrárnu, kde si klienti dají občerstvení, povídají si a dívají se po městě, v nepříznivém počasí je tato aktivita vykonávána také v centru ve společenské místnosti, kam jim občerstvení přivezou.

Pátou dílčí otázkou bylo: Jaké emoce převládají u seniorů s Alzheimerovou chorobou při aktivizaci?

Z proběhlého pozorování seniorů s Alzheimerovou chorobou při aktivizaci, následné analýzy dat pomocí kategorizování a kódování se jako nejčastější emoce jeví smích a vtipkování, úsměvy, dále nadšení, radost, zaujetí, zvědavost, těšení se na aktivity, objevili se ovšem i záporné emoce jako znudění, nevyjádření se, nezájem, nepozornost a obavy, které byly způsobeny spíše vnitřním strachem klientek ze selhání nebo špatného naplnění plánu. Z výsledků tedy vyplývá, že u seniorů s Alzheimerovou chorobou při aktivizaci převládají emoce nadšení, těšení se na aktivizaci, mají při ní důvody ke smíchu a úsměvům a jen opravdu z malé části o aktivizaci nejeví zájem, jsou znuděni nebo jí vůbec nevěnují pozornost.

Šestou dílčí výzkumnou otázkou bylo: Jak senioři s Alzheimerovou chorobou spolupracují s personálem při aktivizaci?

Z výsledků kódování vyplývá, že většina seniorů s Alzheimerovou chorobou s personálem během aktivizace spolupracovala, komunikovala, odpovídala na otázky, povídala si s personálem, reagovala na oslovení a otázky, plnila zadané úkoly, zadanou práci, často se také doptávali po další práci, byli velmi ochotní a snažili se. Některé klientky mají s aktivizační pracovníci a ostatním personálem velmi přátelský až rodinný vztah. Ovšem byla zde i malá část klientů, kteří s personálem příliš nespolečně pracovali, nechtěli plnit zadané úkoly, raději jen pozorovali nebo si povídali, u některých aktivit a klientů to bylo zapříčiněno tím, že o to neměli zájem, nechtěli se zapojit buď vůbec, nebo byli jen přítomni a pozorovali, u některých klientů to bylo zapříčiněno také zdravotním stavem a stádiem demence, ve které se vyskytovali. Lze na to ovšem nahlížet i pozitivně ve smyslu, že alespoň měli sociální kontakt, povídali si, pozorovali aktivity.

Prostřednictvím odpovědí na výzkumné otázky jsme dostali také odpovědi na cíle výzkumu a lze říci, že stanovené cíle výzkumu byly splněny.

7.3 Doporučení pro praxi

Vzhledem k tomu, že Alzheimerova choroba je nejvíce rozšířenou formou demence, je důležité se této nemoci věnovat a zabývat se jí. Také je důležité věnovat pozornost domovům se zvláštním režimem, kde spousta těchto seniorů žije, je důležité, aby jim byla poskytnuta veškerá potřebná kvalitní péče a aby s klienty probíhala aktivizace, která je nefarmakologickou formou léčby Alzheimerovi choroby.

Podle provedeného pozorování a výsledků tohoto pozorování neshledáváme žádné závažné nedostatky, týkající se aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem. Lze říci, že personál, aktivizační pracovníce zejména, odvádějí svoji práci svědomitě, poctivě, cílevědomě, dbají na individuální potřeby a přání klientů. Snaží se klientům připravit rozmanitou nabídku volnočasových aktivit, aktivizačních činností, připravit jim zábavný, naučný program. Snaží se také s každým klientem trávit čas individuálně, i když je to někdy náročné z hlediska počtu klientů, počtu zaměstnanců a další kancelářské práce. Z výsledků je však patrné, že klientům je dáвана opravdu velká pozornost, rozsáhlá nabídka aktivizačních činností a za úspěšné shledáváme to, že se těchto aktivizací klienti opravdu rádi účastní, prožívají při ní pocity radosti, nadšení a další. Také jako pozitivní vnímáme to, že do zařízení dochází spousta studentů na plnění praktické výuky středních škol, kteří se na aktivizaci také podílejí a to mnohdy například jen povídáním si, procházkou, což mnoho klientů velmi ocení. V tomto případě je však důležité u mladých lidí zájem o toto povolání povzbuzovat a motivovat je k němu, protože populace stárne a je zřejmé, že i seniorů s Alzheimerovou chorobou bude stále přibývat.

Významné nedostatky jsem během pozorování nezaznamenala žádné. Během měsíce, kdy jsem do zařízení docházela, se vše jevílo v pořádku, personál si vycházel vstříc, všichni se podíleli na práci s klienty, aktivizační pracovníci a její nápady a aktivity všichni chválili a samozřejmě také klienty, kteří aktivity skvěle plnili.

Zařízení bych jen doporučila dále pracovat v tak skvělé práci s klienty, stále jim poskytovat takové množství aktivizačních činností a tak skvělý personál, který s klienty pracuje a věnuje se jim i na individuální rovině. A přála bych jim, aby zde stále pracovali tak hodné, usměvavé sestřičky, kterých bych si každý měl vážit.

7.4 Diskuze

Z výsledků výzkumu vyplývá, že seniorům trpícím Alzheimerovou chorobou, žijícím v domově se zvláštním režimem se dostává velké množství aktivizačních činností, které jsme přiblížili v teoretické části této práce.

Je důležité zmínit, že aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou má přínos zejména v tom, že tito senioři mají sociální kontakt, ať již s ostatními seniory, tak s personálem, který se jim věnuje, pracuje s nimi, podporuje je v udržení si mysli, vzpomínek a péče o vlastní osobu. Aktivizace je však jednou z nejdůležitějších forem léčby Alzheimerovi choroby, a to je její hlavní přínos. Z výsledků je také zřejmé, že senioři s Alzheimerovou chorobou, žijící v domově se zvláštním režimem mají opravdu velké množství možností aktivizace, která je s nimi prováděna každý den, v některé dny je volnější, v některé dny mají klienti více práce. Je jim nabízena aktivizační činnost jako běžné povídání si, kam lze zapojit orientaci časem a místem, trénink paměti ve smyslu různých kvízů, křížovek, tvořivá činnost, kde klienti procvičují jemnou motoriku, podílejí se na tvorbě výzdoby domova a zvelebňování jejich prostoru, dále pohybové terapie, muzikoterapie, zahradničení, výlety, canisterapie, pečení a další. Kdy nejčastěji se senioři s Alzheimerovou chorobou účastnili právě tréninku paměti, tvořivé činnosti a pečení. Dále senioři mohou volný čas trávit například jen povídáním si s ostatními, s personálem, sledováním televize, posloucháním písniček nebo pouze odpočinkem a vychutnáním si kávy. Senioři s Alzheimerovou chorobou jsou při aktivitách usměvavý, smějí se, vtipkují, jsou nadšení, zaujetí, mají radost, těší se na aktivity. Je také zřejmé, že senioři s personálem skvěle spolupracují, komunikují s ním, povídají si, nemají strach se na něco zeptat, o něco požádat, mnoho klientů má s personálem milý kamarádský až rodinný vztah.

V současné době se velmi prosazuje aktivní a plnohodnotný život a také se tento život v posledních letech ve velké míře umožňuje seniorům. Je ovšem důležité se zaměřit právě na seniory, kteří žijí v domovech pro seniory, pak také na ty seniory, kteří trpí jakoukoliv formou demence, a těmto poskytnout plnohodnotný život, plný aktivit a naplnění jejich volného času. Není to důležité jen proto, aby byl naplněn jejich volný čas, ale také proto, že aktivizace často zdržuje zhoršení nemoci a senioři jsou často rádi, že se mohou zapojit, že se jim někdo věnuje, dává jim prostor k vyjádření se, hlavně je poslouchá, naslouchá jim a že je někdo pochválí. Je důležité vážit si těchto lidí, byli tady pro nás, pracovali pro nás, teď jsme na řadě my, abychom jim dali potřebnou péči a věnovali se jim.

ZÁVĚR

Teoretická část práce si kladla za cíl podat ucelený přehled teoretických východisek, na která jsme navázali v praktické části. Na začátku bylo nutné vymezit stárnutí a stáří, zejména periodizaci stáří, změny, ke kterým v tomto období dochází a to tělesné, psychické, kognitivní, emoční a sociální. Dále v rámci první kapitoly bylo důležité vymezit seniora, tedy kdo to je. Dále bylo důležitým bodem definovat demenci, její dělení, klinické příznaky, vyšetřovací metody a léčbu. Poté jsme se blíže zaměřili na to stěžejní a to Alzheimerovu chorobu, kterou jsme definovali, podívali se na její historii, rizikové faktory, příznaky, diagnostiku a její včasné výhody, dále stádia této choroby, léčbu, ať už farmakoterapii či nefarmakologickou léčbu a prevenci. V další kapitole jsme vymezili sociální služby určené seniorům s Alzheimerovou chorobou a v poslední kapitole teoretické části jsme se zaměřili na možnosti aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou.

Hlavním cílem praktické části bylo prostřednictvím kvalitativního výzkumu, metodou pozorování, zjistit a popsat možnosti a přínos aktivizací pro seniory s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem. Dílčími cíli bylo charakterizovat obsah volného času seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem, zjistit, jaké konkrétní aktivity si senioři s Alzheimerovou chorobou vybírají nejčastěji, zjistit, jak často je aktivizace se seniory s Alzheimerovou chorobou prováděna, zjistit, jaké emoce převládají u seniorů s Alzheimerovou chorobou při aktivizaci, zjistit, jak senioři s Alzheimerovou chorobou spolupracují s personálem při aktivizaci. Výzkumným souborem bylo osm seniorek s Alzheimerovou chorobou žijících v domově se zvláštním režimem. Výzkum probíhal v Centru služeb Kyjov v průběhu měsíce únor a březen, roku 2021. Z výsledků pozorování poté vyplývá, že aktivizace má přínos zejména jako nefarmakologická léčba Alzheimerovi choroby. Dalším přínosem je sociální kontakt, věnování se těmto seniorům, práce s nimi a komunikace. Dále z výsledků vyplývá, že zařízení má velké množství možností, jak mohou senioři trávit volný čas a nabízí jim mnoho volnočasových aktivit, které probíhají každý den. Senioři s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem tráví svůj volný čas aktivizací nebo také odpočinkem. Aktivizace se však účastní a nejčastěji volí trénink paměti, tvořivou činnost a pečení, při těchto aktivitách jsou plní úsměvů, smíchu, radosti, nadšení, někdy však také znužení, nezájmu a tak se neúčastní, pouze si povídají nebo se procházejí. S personálem vycházejí dobře, spolupracují s nimi, komunikují, povídají si, odpovídají na otázky, zapojují se do činností a plní zadané úkoly.

Přínosem zpracování tohoto tématu byl především průzkum a ucelené shrnutí pozorování seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem při aktivizaci. Výsledky tohoto výzkumu mohou sloužit pro potřeby Centra služeb v Kyjově, kde bylo pozorování prováděno, kde žije spousta klientů s touto chorobou a bohužel je možné říci, že další senioři tam budou přicházet. Díky výsledkům z provedeného výzkumu lze určit, jakých aktivity senioři s Alzheimerovou chorobou rádi účastní, jak se při nich cítí a jaká je spolupráce s personálem.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] CALLONE, Patricia R. *Alzheimerova nemoc: 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2008. Doktor radí. ISBN 978-80-247-2320-4.
- [2] DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.
- [3] FERTAĽOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2479-4.
- [4] FRANKOVÁ, Vanda. Optimalizace léčby Alzheimerovy choroby. *Psychiatrie pro praxi* 2016; 17(4): 140 – 142. ISSN 1335-9584.
- [5] GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-.
- [6] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Praha: Panorama, 1990. Pyramida (Panorama). ISBN 80-7038-158-2.
- [7] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.
- [8] HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- [9] HOLCZEROVÁ, Vladimíra a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ. *Volnočasové aktivity pro seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4697-5.
- [10] HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Pro Gerontologické centrum vydalo EV public relations, 2007. Vážka. ISBN 978-80-254-0177-4.
- [11] HOŘEJŠÍ, Jaroslav, ed. *Alzheimerova choroba*. Praha: Galén, [1999]. Symposium (Galén). ISBN 80-7262-025-8.
- [12] JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- [13] KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.

- [14] KUČEROVÁ, Helena. *Demence v kazuistikách*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1491-4.
- [15] LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1284-0.
- [16] MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3148-3.
- [17] MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
- [18] PACOVSKÝ, Vladimír. *O stárnutí a stáří*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.
- [19] 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.
- [20] PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.
- [21] PŘÍHODA, Václav. *Ontogeneze lidské psychiky IV*. Praha: SPN, 1974.
- [22] ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled vývojové psychologie*. 3., upr. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. ISBN 978-80-244-2433-0.
- [23] ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
- [24] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.
- [25] ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0183-9.
- [26] ZVĚŘOVÁ, Martina. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing, 2017. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

Internetové zdroje

- [27] Centrum služeb pro seniory, 2021. Centrum služeb pro seniory Kyjov, 2021. *Centrum služeb pro seniory Kyjov* [online]. Dostupné z: <https://www.centrumproseniorykyjov.cz/>

[28] Česko, 2006. Zákon 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. *Zákony pro lidi - Sbíрка zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 21.02.2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

[29] Prohlížeč | MKN-10 klasifikace. *Prohlížeč | MKN-10 klasifikace* [online]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CT Computed Tomography (počítačová tomografie)

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí

MMSE Mini-Mental State Examination (mini-mentální vyšetření stavu)

NINCDS – ADRDA National Institute of Neurological and Communitative Disorders
Alzheimers Disease and Related Dementias Association (Národní ústav neurologických a
komunikačních poruch – Alzheimerova choroba a související demence)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Aktivita 1	53
Tabulka 2: Aktivita 2	56
Tabulka 3: Aktivita 3	58
Tabulka 4: Aktivita 4	60
Tabulka 5: Aktivita 5	62
Tabulka 6: Aktivita 6	65
Tabulka 7: Aktivita 7	67
Tabulka 8: Aktivita 8	69

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Pozorovací arch

PŘÍLOHA P I: POZOROVACÍ ARCH

POZOROVACÍ ARCH

Téma DP: Senior s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem

Instituce: Centrum služeb pro seniory Kyjov

Datum:

Volnočasová aktivita:

Čas:

Provozovatel aktivity: Vyskočilová (aktivizační pracovník)

Doba trvání:

Klient	Mimické projevy (výraz v obličeji)	Vyjádření emocí (vyjádří nadšení, odpor)	Jemná motorika (držení tužky, práce s materiály)
K1			
K2			
K3			
K4			
K5			
K6			

K7			
K8			

Poznámky:

Klient	Průběh práce (samostatnost, potřebuje pomoc)	Spolupráce, komunikace s ostatními	Slovní vyjádření (doptávání se, odpovídá na to, co dělá)	Spolupráce se zaměstnanci
K1				
K2				
K3				
K4				
K5				
K6				

K7				
K8				

Poznámky: