

# **Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem**

Karolína Pospíšilová

---

Bakalářská práce  
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2021/2022

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Karolína Pospíšilová**  
Osobní číslo: **H19526**  
Studijní program: **B0111A190011 Sociální pedagogika**  
Forma studia: **Kombinovaná**  
Téma práce: **Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem**

### Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti seniorského věku, Alzheimerovy choroby a aktivizace seniorů.

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

Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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


**Seznam doporučené literatury:**


- GLENNER, Joy A, 2012. Péče o člověka s demencí. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.  
REGNAULT, Mathilde, 2011. Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0010-9.  
ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.  
VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.  
WEIHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER, 2013. Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4423-0.

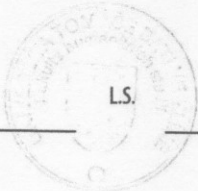
Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Zuzana Hrnčířková, Ph.D.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **26. ledna 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **29. dubna 2022**

  
**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan

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

  
L.S.

Ve Zlíně dne 26. ledna 2022

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 17.3.2022

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

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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před

konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, o pisy nebo rozmnoženiny.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá aktivizací seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je dále rozdělena do tří kapitol. První kapitola vymezuje Alzheimerovu chorobu, její diagnostiku a léčbu. Druhá kapitola vymezuje teoretická východiska z oblasti stárnutí a stáří. Třetí kapitola představuje aktivizační činnosti, které jsou poskytovány seniorům s Alzheimerovou chorobou. Praktická část se věnuje kvalitativnímu výzkumu, jehož cílem je zjistit, jaký přínos mají aktivizační činnosti v životě seniora s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem. Kvalitativní výzkum byl realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů a zpracovaný byl pomocí interpretativní fenomenologické analýzy.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, senioři, aktivizace, demence, aktivizace seniorů, sociální služby

## **ABSTRACT**

Bachelor thesis deals with activation of seniors with Alzheimer's disease in special care home. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part is further divided into three chapters. The first chapter defines Alzheimer's disease, diagnosis and treatment. The second chapter defines the theoretical bases in the field of aging and old age. The third chapter presents activation activities that are provided to seniors with Alzheimer's disease. The practical part is devoted to qualitative research, the aim of which is to find out what benefit activation activities have in the life of a senior with Alzheimer's disease in a home with a special care home. Qualitative research was carried out using semistructured interview and processed using interpretative phenomenological analysis.

Keywords: Alzheimer's Disease, seniors, activation, dementia, activation of seniors, social services

Ráda bych poděkovala paní PhDr. Zuzaně Hrnčířikové, Ph.D. za cenné rady při psaní bakalářské práce, za laskavý a profesionální přístup. Dále děkuji respondentům za ochotu a čas a rodině za podporu a trpělivost.

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

## **OBSAH**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>12</b>
<b>1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ .....</b>	<b>13</b>
1.1 VYMEZENÍ POJMŮ STÁRNUTÍ A STÁŘÍ .....	13
1.2 ZMĚNY VE STÁŘÍ .....	14
1.2.1 Biologické změny.....	14
1.2.2 Sociální změny .....	16
1.2.3 Psychické změny .....	16
<b>2 ALZHEIMEROVA CHOROBA.....</b>	<b>17</b>
2.1 CHARAKTERISTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	17
2.2 DĚLENÍ ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	18
2.3 DIAGNOSTIKA ALZHEIMEROVY CHOROBY.....	20
2.4 LÉČBA ALZHEIMEROVY CHOROBY .....	24
<b>3 AKTIVIZACE SENIORŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU .....</b>	<b>27</b>
3.1 VYMEZENÍ AKTIVIZACE.....	27
3.2 KRITÉRIA PŘI AKTIVIZACI SENIORŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU .....	28
3.3 AKTIVIZAČNÍ TECHNIKY .....	29
3.4 DOMOVY SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM .....	33
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>36</b>
<b>4 METODOLOGIE VÝZKUMU.....</b>	<b>37</b>
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM .....	37
4.2 CÍLE VÝZKUMU .....	37
4.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	37
4.4 VOLBA VÝZKUMNÉ STRATEGIE .....	38
4.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	38
4.6 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO PROSTŘEDÍ .....	38
4.7 TECHNIKA SBĚRU DAT A DESIGN ANALÝZY DAT .....	39
4.8 ANALÝZA ROZHovorŮ .....	41
<b>5 INTERPRETACE DAT.....</b>	<b>52</b>
<b>6 DISKUZE .....</b>	<b>54</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>56</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>57</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>61</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>62</b>



<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>63</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>64</b>

## ÚVOD

Alzheimerova choroba je onemocnění mozku, při kterém dochází k úbytku mozkových buněk a posléze k úbytku mozkové tkáně. Hlavním příznakem je úbytek paměti, což je mnohdy přisuzováno pouhému stárnutí, proto je tento příznak mnohdy přehlížen. Avšak včasný záchyt této nemoci a včasné zahájení léčby je při tomto onemocnění stěžejní. I přesto, že v nynější době je medicína na vysoké úrovni, Alzheimerova choroba se stále řadí mezi nevléčitelná onemocnění. Včasnou léčbou se dá však zpomalit její průběh a oddálit tak nejzávažnější stádia tohoto onemocnění. Léčba je především farmakologická, avšak důležitá je i léčba nefarmakologická, která zahrnuje například aktivizaci.

Tato bakalářská práce je zaměřena právě na aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou. Neboť aktivizovat seniory s Alzheimerovou chorobou je velmi důležité. Toto téma jsem si vybrala jednak z důvodu, že pracuji jako zdravotní sestra na ošetrovatelském úseku a ve své praxi se setkávám převážně se seniory, někteří mají diagnostikovanou zmíněnou Alzheimerovu chorobu. Druhým důvodem, proč bylo téma vybrané, je fakt, že je tohle téma velmi aktuální. Neboť dle různých výzkumů a prognóz lze předpokládat, že počet osob s tímto onemocněním bude každým rokem přibývat. Za několik desítek let tu bude několikanásobně více osob, kterým bude toto onemocnění diagnostikováno a následně jim bude ovlivňovat jejich život. Toto onemocnění neovlivňuje život jen samotným pacientům, ale i jejím rodinným příslušníkům. Což mohu objektivně posoudit, při své profesi jsem byla mnohokrát svědkem bezmoci, smutku a strachu ze strany rodiny, která přišla na návštěvu za svým rodinným příslušníkem, který trpěl touto chorobou.

Teoretická část bakalářské práce je rozčleněna na tři kapitoly. První kapitola je zaměřena na proces stárnutí a stáří. Obsahem druhé kapitoly je vymezení pojmu Alzheimerovy choroby, její diagnostice a léčbě. Třetí kapitola popisuje především aktivizační metody, které lze uplatnit při aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou.

Praktická část obsahuje metodologická východiska výzkumu, analýzu dat získaných výzkumem a na jejich interpretaci. Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jaký přínos mají aktivizační činnosti v životě seniora s Alzheimerovou chorobou. Zvolena je kvalitativní výzkumná strategie a sběr dat je realizován pomocí polostrukturovaných rozhovorů s aktivizačními pracovníky vybraného domova se zvláštním režimem. Výzkumný soubor

budou tvořit tedy zaměstnanci, kteří mají s touto problematikou vlastní zkušenosti. Závěr práce tvoří kapitola, která se věnuje prezentaci výsledků výzkumu.

Smyslem bakalářské práce je rovněž přiblížit toto téma lidem, kteří o ní moc informací nemají. Neboť s Alzheimerovou chorobou se může setkat každý z nás, jednak může postihnout našeho rodinného příslušníka, nebo i nás samotné.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Obsahem této kapitoly je vymezení pojmů stárnutí a stáří, které jsou popsány podle různých autorů. Dále jsou popsány změny, které probíhají ve stáří. Jedná se o změny biologické, sociální a psychické.

## 1.1 Vymezení pojmů stárnutí a stáří

Stárnutí je nezvratný proces, během kterého organismus prodělává specifické, morfologické a funkční změny. Tyto změny přichází v různou dobu, u každého jedince jinou rychlostí. Proces stárnutí je velice individuální a různorodý proces. Stáří je výsledek stárnutí a představuje poslední etapu lidského života, která končí smrtí (Mlýnková, 2010).

Hrozenská a Dvořáčková (2013) popisují stárnutí jako proces, který je charakteristický strukturálními a funkčními změnami a poklesem schopností a výkonností jedince. Dále uvádí, že je člověk považován za starého, pokud jej takto vnímá okolí. V 19. století byl za starého považován čtyřicátník, ale dnes se věková hranice posouvá směrem nahoru, což autorky přisuzují somatickým, psychickým a sociálním změnám.

Navrátil a kol. (2008) definuje stárnutí jako proces, jehož proces je druhově nastaven. Z tohoto pohledu je délka života právě tak dlouhá, aby umožnila jedincům dokončit jejich vývoj a získat zkušenosti nutné k přežití v daném prostředí. A také aby měli čas zplodit a vychovat dostatek potomstva. Po skončení těchto úkolů je starý jedinec přítěží a je eliminován procesem stárnutí.

Kalvach (2004) definuje stáří jako pozdní fázi ontogeneze, přirozeného průběhu života. Dle autora jde o projev a důsledek involučních změn, které probíhají druhově specifickou rychlostí s výraznou individuální variabilitou.

Dle Malíkové (2020) je období stárnutí a stáří chápáno spíše negativně a s obavami. Jsou očekávány problémy, jako je ztráta soběstačnosti, snížení mentálních funkcí, omezení kontaktů s okolním prostředím, nebo ztráta možnosti seberealizace. Autorka dále dodává, že tyto očekávání vedou ke strachu z ponížení, ztráty lidské důstojnosti a ztráty respektu především při nesoběstačnosti. Tyto obav však nejsou zcela opodstatněné, jelikož při

fyziologickém průběhu stárnutí a stáří nemusí k problémům uvedených výše vůbec docházet. To znamená, že vždy záleží na konkrétním průběhu stárnutí.

Křivohlavý (2011) rozlišuje tři různé stavy stárnoucích lidí. První skupinu tvoří starší lidé, kteří jsou v relativně normálním stavu, druhou tvoří starší lidé, kteří jsou v optimálním stavu, a třetí skupinu tvoří starší lidé, kteří jsou v patologickém stavu.

- **Normální stav**, znamená situace člověka, u kterého není možné zjistit žádnou biologickou nebo mentální patologickou charakteristiku. Jsou to lidé, kteří nejsou nemocní a s kterými se setkáváme v běžném životě.
- **Optimální stav** stárnoucího člověka můžeme chápat jako určitý ideál, ke kterému by mohlo dojít za nejlepších podmínek jeho životního prostředí, které by na něj působily v celém průběhu jeho života.
- **Patologický stav** stárnoucího člověka je doprovázen nemocí, tj. lékařskou etiologií a syndromy nemoci. Příkladem může být existence demence typu Alzheimerovy nemoci.

## 1.2 Změny ve stáří

Ve stáří dochází v lidském organizmu k mnoha změnám, které s sebou přináší a kterým se nelze vyhnout. Projevují se však značnými individuálními rozdíly. Nástup je také časově různorodý a v souvislosti s genetickými dispozicemi, životním stylem, zlozvyky apod. Všechny změny spolu ale vzájemně souvisí a ovlivňují se (Mlýnková, 2011).

Tyto změny lze rozdělit na změny **biologické**, které jsou důsledkem procesu života, dále na **psychické**, které se mohou projevovat změnou osobnostních rysů, zpomalením psychomotorického tempa a zhoršením paměti. Poslední změny, jsou změny v **sociální** oblasti, kam můžeme zařadit například odchod do důchodu (Vostrý a Veteška, 2021).

### 1.2.1 Biologické změny

Biologické stárnutí označuje změny organismu, které probíhají na fyziologické úrovni.

Změny se týkají většiny orgánových soustav a jejich orgánů, neprobíhají však u každého jedince stejně, jsou determinovány genetickými dispozicemi a životním stylem. Nejvíce patrné jsou změny na kůži, kdy si jich všimneme již při prvním pohledu. Jedná se o ztrátu

pružnosti kůže, změnu pigmentace kůže, prohlubování vrásek, šedivění a řídnutí vlasů, nebo úbytek tělesné hmotnosti (Ptáčková a Ptáček, 2021). Kůže ztrácí schopnost zadržovat vodu, proto může být suchá a může svědit. Mohou se objevovat hnědé skvrny, tzv. „stařecké skvrny“. To je projev nahromadění melanocytů, buněk, které tvoří pigment. Naopak se může stát, že se na kůži objeví bledá místa, v nichž pigment zcela chybí (Mlýnková, 2011).

Další změny probíhají v **pohybovém systému**, kdy se snižuje výška těla, jelikož se oplošťují a vysychají meziobratlové ploténky a ubývá kostní hmoty. Páteř se více ohýbá a starý člověk se hrbí, což je způsobeno atrofií meziobratlových plotének a ochabováním kosterních svalů. Svalová hmota ubývá a dochází k poklesu síly.

Změny v **kardiopulmonálním systému** mají vliv na funkci plic, která se snižuje a starý člověk pak přijímá z prostředí méně kyslíku, protože má menší pohyby hrudního koše. Klesá vitální kapacita plic. Srdce přečerpává menší množství krve a dochází ke snížení průtoku krve ostatními důležitými orgány.

V **trávicím systému** dochází k poklesu funkce tlustého střeva, což se projevuje chronickou zácpou a často to bývá i příčina bolesti v bederní oblasti páteře.

**Pohlavní a vylučovací systém** prochází také změnami. Dochází k poklesu pohlavní činnosti, u muže se začíná snižovat potence, u žen končí menstruace. Ženy trpí poklesem dělohy, muži zbytněním prostaty. Klesá pružnost a kapacita močového měchýře, snižuje se elasticita močové trubice a klesá síla svalových svěračů kolem močové trubice. 15 – 30 % osob starších 60 let, trpí močovou inkontinencí.

Ve stáří dochází i ke zhoršení vnímání signálů z okolí prostřednictvím **smyslových orgánů**. Zhoršuje se zrak, sluch, chuťové, čichové a hmatové schopnosti. Dále ubývá receptorů, které umožňují vnímat polohu a pohyb těla, pocity síly, tlaku, tepla a chladu. To má pak za následek problém odhadnout vzdálenost a teplotu předmětů v prostoru, z čehož pramení mnoho úrazů (Klevetová, 2017).

V průběhu stárnutí dochází k hromadění nepříznivých vlivů, a proto přibývá nemocných lidí. Během života prodělá každý člověk mnoho nemocí, které ovlivní jeho somatické funkce, některé choroby mohou mít chronický charakter. Znakem nemocnosti ve stáří je **polymorbidita**, to znamená, že starý člověk trpí současně větším množstvím chorob. Zpravidla se jedná o chronické onemocnění (Vágnerová, 2000).

### 1.2.2 Sociální změny

Sociální stárnutí úzce souvisí s odchodem do starobního důchodu. Je to jedna ze zásadních změn v životě, která může člověka ovlivnit v negativním i pozitivním slova smyslu. Mění se sociální role seniora, kdy končí role pracujícího člověka a začíná nová role důchodce (Mlýnková, 2011).

S odchodem do penze souvisí také omezení sociálních kontaktů se spolupracovníky, často i ztráta některých blízkých osob, omezení účasti na kulturních a společenských akcích, které byly v rámci zaměstnání pořádány. S ukončením pracovního života je spojena také změna ekonomické situace (Ptáčková a Ptáček, 2021). Mlýnková (2011) uvádí, že tato ekonomická situace mnohdy nedovolí udržet seniorům dosavadní životní standart, na který byli zvyklí. Často je tato situace doprovázena změnami nálad, neboť pro ně tato nová situace není lehká. Janiš a Skopalová (2016) ve své publikaci uvádí, že senioři patří mezi skupinu obyvatel, kteří jsou ohroženi sociální okluzí a také relativní chudobou.

### 1.2.3 Psychické změny

Psychické změny se mohou projevit zejména v poznávacích schopnostech, jako je vnímání, pozornost, paměť, představy, nebo myšlení. Dochází ke snížené schopnosti adaptace na nové životní situace a podmínky. Snížené vnímání oslabenými smysly přináší i strach a úzkost. Nastávají změny v oblasti citového života, které jsou velmi individuální. Starší lidé jsou citlivější, více emotivně prožívají situace a snadno podlehnou dojetí. Velká část seniorů je snadno citově zranitelná, má větší potřebu náklonnosti a očekává ohledy a porozumění (Klevetová, 2017).

Ve stáří se často vyskytují deprese vzniklé z těžkých ztrát, jako je smrt životního partnera, přechod do domova pro seniory, nebo z důvodu imobility. V extrémních případech mohou tyto deprese vést až k sebevraždě (Janiš a Skopalová, 2016).



## 2 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Obsahem této kapitoly je charakteristika Alzheimerovy choroby. Dále pak rozdělení Alzheimerovy choroby dle různých kritérií, diagnostice a léčbě tohoto onemocnění.

### 2.1 Charakteristika Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba je závažné progresivní neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek vznik syndromu demence (Zvěřová, 2017). Alzheimerova choroba je jednou z nejčastějších typů demencí, jak uvádí Jiráček (2008). Charakteristickým rysem nemoci je nenápadný plíživý začátek, kdy si prvních příznaků všimne spíše okolí, než samotný pacient. Pro nemoc je typická porucha všípivosti a výpadky paměti na nedávné proběhlé události (Zvěřová, 2017).

Jak již bylo zmíněno, Alzheimerova choroba se nejčastěji vyvíjí plíživě, přitom pomalu a trvale progreduje. Relativně brzy dochází k postižení osobnostních rysů a charakteristik. Nemocní ztrácejí základní etická a estetická pravidla, návyky a zvyklosti, stávají se překvapivě nápadnými svým jednáním a chováním. Ztrácejí své zájmy, narušují dlouholeté vazby a vztahy, stávají se podezřívými a hašřivými. Poruchy chování doprovázející Alzheimerovu chorobu jsou zpravidla náročné pro okolí. Projevují se mimo jiné bezcílnými a stereotypně opakovanými pohyby, úkony, činnostmi či blouděním. Objevuje se agrese zaměřená vůči lidem a věcem (Orel, 2012).

Alzheimerova choroba patří mezi kortikální demence, proto je nejdříve a nejnápadněji postižena paměť (dochází k amnézii), doprovázena v různé míře i v různých situacích poruchou pozornosti (Zvěřová, 2017). Onemocnění začíná zpravidla postižením **epizodické paměti**, která udržuje autobiografické obsahy – všechny zážitky, životní události a všechny prožitky individua. Paměťové potíže se postupně zhoršují a přidává se narušení dalších kognitivních domén (Rusina a Matěj, 2014). Postupně se narušuje i **sémantická paměť** (neschopnost reprodukovat naučené vědomosti) a **recentní paměť** (neschopnost vybavit si, co bylo před chvílí řečeno, opakující se dotazy na totéž, ztrácení věcí apod.) V těžších stádiích onemocnění je narušena **paměť procedurální**, kdy nemocní nejsou schopni provádět naučené dovednosti, jako je tanec, jízda na kole apod. V těžších stádiích Alzheimerovy choroby bývají přítomny agrafie, alexie, a apraxie (Zvěřová, 2017).

Příčinou onemocnění je tvorba patologického proteinu beta-amyloidu, který se ukládá extracelulárně, je vysoce neurotoxický, vyvolává kaskádu neurodegenerativních dějů a důsledkem je degradace intramurálního proteinu tau. Dochází ke vzniku neurofibrilárních klubíček a k dalším projevům neurodegenerace jako omezení tvorby synapsí končící až apoptózou – zánikem neuronů (Seidl, 2015).

Většina autorů uvádí jako rizikový faktor na první místo věk. Pidrman (2007, str. 41) riziko věku vyjadřuje následovně: „*Riziko věku lze vyjádřit tak, že ve věku 65 let dochází každých 5 let ke zdvojnásobení případů demence*“. Jako další rizikový faktor autor uvádí ženské pohlaví, nižší vzdělání, či opakované úrazy hlavy. Zvěřová (2017) řadí mezi rizikové faktory rovněž ženské pohlaví a nízký stupeň dosaženého vzdělání v mládí. Jako druhý nejdůležitější rizikový faktor uvádí autorka přítomnost apolipoproteinu E4. Dále pak výskyt Alzheimerovy choroby v rodině, nebo výskyt Downova syndromu v rodině. Jako další faktory, které jsou částečně ovlivnitelné, uvádí obezitu, hypertenzi, diabetes, zvýšenou hladinu cholesterolu, kouření, nebo nadměrnou konzumaci alkoholu.

Alzheimerova choroba končí smrtí a trvá obvykle od objevení se prvních příznaků do smrti 7 – 10 let. V mladším věku u forem s časným začátkem a genetickým podmíněním může být průběh i rychlejší. Naopak u některých pacientů byla shledána doba přežití 15 i více let. Pacienti s Alzheimerovou chorobou umírají obvykle na bronchopneumonie (záněty plic a průdušek) či jiné choroby, které jsou u stejně starých lidí, netrpící Alzheimerovou chorobou léčitelné. Jiná příčina smrti bývají úrazy, které jsou málo pravděpodobné u stejně starých lidí netrpící Alzheimerovou chorobou (například pád bez jediného obranného pohybu). Alzheimerovu chorobu tedy označujeme za základní (nikoli bezprostřední) příčinu smrti. Je to jedna z nejčastějších příčin smrti (Jiráček, Holmerová a Borzová, 2009).

## 2.2 Dělení Alzheimerovy choroby

Dušek a Večeřová – Procházková (2015) ve své publikaci uvádí, že u Alzheimerovy demence rozlišujeme dva typy:

- První typ Alzheimerovy demence začíná ve středním věku, ve věku pod 65 let. Tato forma má rychlý progredientní průběh a vyznačuje se po stránce klinické syndromem „pěti A“ (afázie, agrafie, alexie, apraxie, agnozie).

- Druhý typ Alzheimerovy demence má pozvolný průběh, začíná ve věku nad 65 let a má mnohem delší trvání než forma předchozí.

Jiráček, Holmerová a Borzová (2009) uvádí, že Alzheimerovu demenci lze rozdělit do tří stupňů. A to na lehkou, střední a těžkou demenci:

- **Lehká demence** se vyznačuje poruchami paměti, které jsou subjektivní (postižený si uvědomuje úbytek paměti), tak objektivně měřitelnými testovacími metodami. Dochází k poruchám deklarativní paměti, a to především v krátkodobé a střednědobé složce – je postiženo zapamatování nových informací. Dochází k počínajícím poruchám aktivit denního života, hlavně profesních a složitějších aktivit. Mohou již nastat poruchy orientace, poruchy nálady (hlavně deprese, na níž se může podílet i uvědomění si úbytku paměti a dalších funkcí).
- **Střední demence** se projevuje výrazným zhoršováním paměti ve všech složkách. Dezorientace v čase i v prostoru bývají časté. U nemocných proto není možné samostatné vycházení z domova bez rizika bloudění. Podstatně se zmenšuje rozsah slovní zásoby, pacienti často používají opisná vyjádření, používají zájmena a zhoršuje se komunikace s okolím. Velmi podstatně se zhoršují aktivity denního života, kdy vypadávají schopnosti běžných denních aktivit. Jako je například potíže s výběrem správného oblečení, schopnost vařit, nebo nemocní zapomínají vypínat domácí spotřebiče, což může mít katastrofické scénáře. Upadá péče o sebe, někdy se může vyskytnout inkontinence moči, především v noci. Lidé v této fázi přestávají být soběstační a vyžadují dohled a pomoc druhé osoby.
- **Těžká demence** se vyznačuje těžkými poruchami paměti ve více složkách. Pacienti jsou dezorientovaní místem i časem. (Pacient si není schopen zapamatovat, kde má své lůžko, kde je WC a podobně). Postižení obvykle nepoznávají lidi, a to často ani nejbližší příbuzné či pečovatele. V nejtěžších stádiích potřebují pomoc s jídlem pitím, bývají inkontinentní močí i stolicí. Může se objevit i motorické postižení – sklon k pádům, apraxie chůze, nebo úplná imobilita. Lidé v této fázi jsou plně odkázáni na péči druhých.

Další dělení Alzheimerovy choroby je podle dědičnosti a to na familiární formu a sporadickou formu. O familiární formě lze hovořit, pokud se v rodině minimálně ve dvou po sobě jdoucích generacích objevila Alzheimerova choroba. Sporadická forma je bez rodinného výskytu tohoto onemocnění (Zvěřová, 2017).

### 2.3 Diagnostika Alzheimerovy choroby

Aby mohla být diagnostikována Alzheimerova choroba, musí být nejprve stanovena diagnóza demence. K této diagnóze dojdeme jednak klinickým vyšetřením, anamnestickými údaji i testovým vyšetřením (Jirák, 2008). Zvěřová (2017) ve své odborné publikaci také uvádí, že pro stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby je nezbytné, aby byla splněna kritéria pro demenci, a zároveň je nutné vyloučit jinou možnou příčinu demence. Jako příklad autorka uvádí infekční onemocnění, cerebrovaskulární onemocnění, normotenzní hydrocefalus, Parkinsonovu nemoc, Huntingtonovu nemoc, nedostatek vitamínu B12, nebo nedostatek kyseliny listové. Dále udává, že všichni pacienti s poruchami paměti by měli podstoupit alespoň vyšetření CT mozku, aby bylo možné vyloučit jiné příčiny demence, například tumory, intrakraniální hematomy nebo vaskulární poruchy.

Kromě Alzheimerovy choroby existuje mnoho dalších chorob, které způsobují demenci. Jsou však vzácnější než Alzheimerova choroba. Mezi tyto progresivní a neléčitelné demence patří vaskulární demence, frontotemporální demence a Pickova nemoc, Creutzfeldt-Jakobova nemoc, demence s Lewyho tělisky a demence při Parkinsonově nemoci (Glenner, 2012).

Jirák (2013) uvádí, že dosavadní postupy nám umožňují diagnostikovat pouze „**pravděpodobnou Alzheimerovu nemoc**“, jistou diagnózu stanoví až post mortem patolog. Přesnou diagnózu může stanovit mozková biopsie (vyšetření vzorku mozkové tkáně), která se však většinou neprovádí, jak uvádí Seidl (2008).

Dle Jiráka (2013) jsou nejčastější diagnostická kritéria, kritéria **NINCDS - ADRDA**. Zvěřová (2017) uvádí následující hlavní diagnostická kritéria NINCDS – ADRDA: přítomnost časného a signifikantního narušení paměti, které zahrnuje následující rysy: postupnou progredující poruchu paměťových funkcí, referované pacientem, nebo jiným informátorem, které trvají déle než 6 měsíců a objektivní důkaz signifikantní poruchy epizodické paměti v testech. Jirák (2013) uvádí osm kognitivních domén dle kritérií NINCDS-ADRDA, které mohou být u AD narušeny, a to: paměť, řeč, percepční dovednosti, pozornost, konstruktivní dovednosti, orientace, řešení problémů a funkční schopnosti (aktivity denního života).

Těmito kritérii můžeme diagnózu označit za jistou, možnou, pravděpodobnou a nepravděpodobnou (Zvěřová, 2017):

#### **Jistá Alzheimerova choroba**

- Pacient splňuje kritéria pro pravděpodobnou Alzheimerovu chorobu a je podán histopatologický důkaz biopsií (provádí se výjimečně, jak již bylo zmíněno) nebo autopsií.

#### **Pravděpodobná Alzheimerova choroba**

- Demence potvrzená klinickým neuropsychiatrickým i neuropsychologickým testováním (např. MMSE nebo Blessedovou škálou demence).
- Porucha paměti a dalších kognitivních funkcí je progredientní a je přítomna ve dvou či více oblastech kognice.
- Začátek klinických příznaků je mezi 40 – 90 lety života.
- Nesmí být přítomno jiné systémové onemocnění nebo porucha mozku, které vedou ke vzniku demence.

#### **Možná Alzheimerova choroba**

- Je přítomen syndrom demence s atypickým začátkem, klinickým obrazem nebo progresí (např. rychlý začátek, fluktuující průběh)
- Není známí etiologie, ale není přítomno onemocnění, kterým by bylo možno demenci vysvětlit.

#### **Nepravděpodobná Alzheimerova choroba**

- U pacienta je přítomen syndrom demence s náhlým začátkem.
- Jsou přítomny fokální neurologické příznaky (senzorické deficity, poruchy pohybové koordinace, hemiparézy, deficity zorného pole) v časných fázích onemocnění.
- Objevují se epileptické záchvaty či poruchy chůze časně v průběhu choroby

Anamnéza by měla zjistit, které kognitivní oblasti jsou postiženy a v jakém časovém sledu. Dále by měla upřesnit způsob nástupu projevů, charakter progresu a dopad na každodenní

aktivitu. Důležitá jsou také prodělaná onemocnění, současná přidružená onemocnění, rodinná anamnéza a vzdělání. Vzhledem k přítomnosti kognitivního deficitu a časté anozognózi by měla být anamnéza vždy doplněna informacemi od třetí osoby – rodiny, nebo pečovatele (Ressner, 2005).

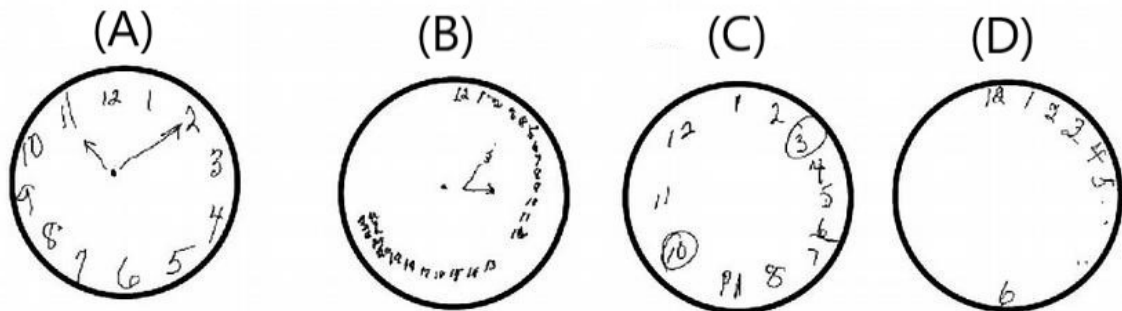
### Testy kognitivních funkcí

Zhodnocení kognitivních funkcí je zásadní pro diagnózu a přístup k demencím a mělo by být prováděno u všech pacientů. Pro účel orientačního vyšetření mentálních funkcí existují různé formalizované škály. Testy tvoří soubory otázek, jejichž cílem je zjistit úroveň kognitivních funkcí, jako jsou paměť, pozornost, logické uvažování a schopnost vykonávat motorické úkoly (Alzheimerova choroba v rodině, 1998).

Nejběžnějším nástrojem je **Mini – Mental State Examination** (dále jen MMSE), neboli krátký test kognitivních funkcí (viz Příloha č. 1). Je to celosvětově používaný pomocný test pro zjištění kognitivních funkcí a záchyt demence. Skládá se z 30 otázek a úkolů, které testují orientaci v čase a prostoru, krátkodobou paměť, čtení a psaní, konstrukčně – praktické dovednosti a další. Každá správná odpověď znamená jeden bod. Člověk s normální úrovní kognitivních funkcí by měl dosáhnout 30 bodů (Ressner, 2004). Avšak (Jiráček, 2008) uvádí, že tento test není vždy spolehlivý a může poskytovat především falešně negativní výsledky – i člověk s poměrně vysokým skóre v tomto testu může trpět Alzheimerovou chorobou.

Dalším testem, který se při diagnostice používá je **Test hodin (Clock Drawing Test, dále jen zkratka CDT)**. V CDT se dá pacientovi úkol, aby nakreslil ciferník hodin se všemi čísly a ručičky, aby naznačovaly konkrétní čas (Ressner, 2004). CDT zachycuje poruchy vizuospeciální, což jsou vady zrakově prostorového vnímání. Tyto vady jsou způsobeny poruchami funkce parietální a temporoparietální oblasti nedominantní hemisféry. Další změny, které můžeme u tohoto testu sledovat, jsou poruchy motorických funkcí, zejména apraxie (při užití tužky a papíru) a dysgrafie a poruchy znalosti číselné řady (Kuckir et al., 2016).

Na obrázku níže můžeme vidět, jak vypadá test hodin v praxi. Na hodinách (A) můžeme vidět, že je vše nakresleno správně. Hodiny (B), (C) a (D) jsou nakresleny zcela špatně.



Obrázek 1 Test hodin

Zdroj: <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/neurologicke-problemy-ve-starsim-veku> (upraveno autorem)

Dalším testem, který je hojně používaný je **SPMSQ** (Short Portable Mental Status Questionnaire). Jde o krátkou škálu testování kognitivních funkcí, kdy máme k dispozici 10 otázek, pomocí kterých se hodnotí především orientace, počítání a paměť (Vostrý a Veteška, 2021).

**Montrealský kognitivní test – Montreal Cognitive Assessment (MoCA)** je rovněž vhodný k orientačnímu posouzení kognitivních funkcí. Jedná se o test, který je např. ve srovnání s testem Mini Mental State Examination (MMSE) senzitivnější v časných stádiích kognitivního deficitu a dokáže zachytit i mírnou kognitivní poruchu. Pokud se tímto testem zachytí kognitivní deficit, je potřeba dalšího odborného vyšetření, které zjistí, zda se jedná o syndrom demence, nebo jiné stavy, jako je například syndrom deliria či depresivní syndrom. V testu se hodnotí zručnost, prostorová orientace, zrková konstrukční zručnost, pojmenování zvířete, paměť, pozornost, opakování písmen, odečítání, opakování vět, vybavení slov, abstrakce, pozdější vybavnost slov a orientace. Normální nález je udáván v rozmezí 30 – 26 bodů, méně než 26 bodů může svědčit pro mírnou kognitivní poruchu nebo počínající demenci. Toto hraniční skóre je však nutné brát pouze orientačně, jelikož jiné studie pracují s jinými bodovými hodnotami (Kuckir et al., 2016).

A v neposlední řadě je důležité informovat pacienta o jeho diagnóze. Informování o diagnóze by mělo proběhnout s taktem a mělo by být doplněno upozorněním na důsledky a progresi onemocnění. Je dobré uvést i kontakty na pečovatelská zařízení nebo na pobočky České alzheimerovské společnosti (Ressner, 2008).

Diagnózu může sdělit praktik, nebo lékař specialista. Žádný doporučení způsob jak při tom postupovat neexistuje. Každý to přijme jinak a je to důležité z toho vycházet. Jsou však i pacienti, jejichž stav je už takový, že diagnózu ani pořádně nechápou. V takovém případě je zbytečné se jim to pokoušet příliš vysvětlovat (Regnault, 2011).

## 2.4 Léčba Alzheimerovy choroby

Prvním a nejdůležitějším předpokladem při léčbě Alzheimerovy choroby je správná a včasná diagnostika a rozpoznání všech příznaků. Léčit je třeba začít co nejdříve, to znamená v nejlehčí fázi nemoci. Léčba musí být komplexní, musíme dbát na kondici nemocného, na správnou výživu a hydrataci. Důležitou roli hraje i spolupráce s rodinnou nemocného (Franková, 2016).

V současné době se Alzheimerova choroba řadí mezi nevléčitelná onemocnění. Je tedy přístupná pouze léčba symptomatická, která dokáže oddálit nejzávažnější stadia onemocnění, prodloužit období soběstačnosti, zlepšit kvalitu života nemocných a snížit zátěž pečujících osob (Russina a Matěj, 2014). Léčba Alzheimerovy choroby je kombinovaná léčbou farmakologickou i nefarmakologickou, těžiště léčby je však spíše v oblasti farmakologické (Ressner, 2004).

### Farmakologická léčba

Farmakologická léčba Alzheimerovy choroby kombinuje léčbu kognitivních poruch a léčbu nekognitivních poruch, jak uvádí Ressner (2004) a dodává, že léčba kognitivity má pozitivní vliv i na nekognitivní poruchy u Alzheimerovy choroby.

K léčbě **kognitivních poruch** jsou určena kognitiva, která mohou vést k přechodnému zlepšení symptomů, většinou na dobu 6 – 12 měsíců (Franková, 2016). V současné době jsou k dispozici pouze dva farmakoterapeutické postupy, které jsou určeny k léčbě kognitivních poruch u Alzheimerovy choroby. Pro léčbu **lehké až středně těžké** formy Alzheimerovy choroby jsou k dispozici inhibitory acetylcholinesterázy (dále jen AChE). Klinicky testované jsou v současnosti tři přípravky AChE, a to: Donepezil, Galantamin a Rivastigmin. AChE jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou pouze v případě, je – li diagnostikována Alzheimerova choroba a hodnoty testu MMSE se pohybují v rozmezí 20 – 13 bodů. Mohou se použít i při jiném skóre MMSE, ale pacient si je musí hradit sám (Jiráček, 2008).



Pro léčbu **těžké** formy Alzheimerovy choroby jsou určeny inhibitory NMDA (N-metyl-D-asparátových) receptorů glutamatergního systému. Receptor NMDA je spojen s kalciovými kanály a jeho blokadou se snižuje nadměrný vstup kalcia do neuronů. Glutamatergní systém (systém excitačních aminokyselin) je postižen hlavně v těžších fázích Alzheimerovy choroby, kdy dochází mimo jiné k nadměrnému uvolňování glutamátu a ke snížení jeho vychytávání v některých oblastech mozku, které jsou nezbytné pro správný mechanismus paměti. Zatím je používán jediný přípravek a to Memantin (Ebixa) (Jirák, 2008). Zvěřová (2017) udává, že mechanismus jeho účinku spočívá v modulaci glutamátového přenosu v centrální nervové soustavě, má vlastnosti stimulancia, zlepšuje krátkodobou paměť.

K léčbě **nekognitivních poruch** se používají například antidepresiva, která jsou určena k léčbě deprese. Při poruchách spojených s agresivitou se používají antipsychotika nové generace. Při poruchách spánku a při úzkosti se podávají neuroleptika (Ressner, 2004).

V léčbě Alzheimerovy choroby je používána i celá řada farmakoterapeutických postupů, které však nejsou založeny na důkazech. Jednak z důvodu nedostatečného prokázání účinnosti pomocí klinických studií, nebo studie nebyli prováděny vůbec. Pozitivní efekt byl prokázán u podávání extraktu z ginkgo biloby jako doplňku léčby kognitiviv či memantinem. V České republice je dostupný potravinový doplněk Acutil. Mezi jeho hlavní složky patří kyselina dokosahexanová a fosfolipid fosfatidylserin, které jsou přijímané v běžné stravě. Obě tyto látky jsou přirozenými součástmi mozkové tkáně a přímo se podílejí na neuronální transmisi. Dále přípravek Acutil obsahuje vitamin B<sub>12</sub>, kyselinu listovou, výtažek z ginkgo biloby a vitamin E (Zvěřová, 2017).

### **Nefarmakologická léčba**

Léčba Alzheimerovy choroby se nemůže skládat pouze z farmakoterapie, důležité jsou i socioterapeutické a psychoterapeutické přístupy (Jirák, 2008). Nejdůležitější je neustálá aktivizace a stimulace pacienta. Programy pro pacienty s Alzheimerovou chorobou jsou zaměřeny na kognitivní a fatické funkce a reedukace základních aktivit denního života (Ressner, 2004). Důležitost reedukační terapie popisuje i (Jirák, 2008, str. 154), popisuje je takto: „*Musíme se snažit procvičovat s postiženými ty funkce, které zůstaly ještě zachovány, nikoli se snažit učit je funkce, které již zapomněli*“.

Cílem nefarmakologické léčby je zachování, popřípadě zlepšení úrovně hrubé a jemné motoriky, chůze, soběstačnosti a kognitivních funkcí. Dalším cílem je smysluplné naplnění

volného času a ovlivnění příznaků demence a aktivit denního života, zlepšení verbální i neverbální komunikace nemocného s příbuznými či pečovatelem. Veškeré aktivity, které vybíráme, musí být přiměřené stavu nemocného, proto je důležité zdůraznit individuální přístup. Volba vhodných či nevhodných nefarmakologických přístupů léčby Alzheimerovy choroby závisí na individuálních potřebách nemocného, stadiu onemocnění a na terapeutech. Nikdy nelze předpovědět, jak pacient zareaguje, první reakce, ať pozitivní, nebo negativní, vidíme až po prvních zkušenostech. Je důležité zdůraznit, že nepovedený výsledek neznamená prohru. Někdy je za úspěch považováno i vzbuzení zájmu nemocného (Fertalová a Ondriová, 2020).

Důležitá je i péče o výživu, neboť i ta může vést ke zlepšení léčebných výsledků. Doporučují se jíst vlašské ořechy, neboť jsou bohaté na bílkoviny, vitaminy, omega – 3 mastné kyseliny, stopové prvky, lecitin a oleje. Obsahují také kyselinu listovou, thiamin a vitamin E ve formě tokoferolu. Říká se, že vlašský ořech má tvar mozku a nepochybně podporuje zdraví našeho mozku (Fertalová a Ondriová, 2020).

Dle Jiráka (2013) je pro pacienty s Alzheimerovou chorobou optimální, když mohou zůstat ve svém prostředí, u své rodiny. Každá změna totiž může zhoršit jejich psychický stav.

### 3 AKTIVIZACE SENIORŮ S ALZHEIMEROVOU CHOROUBOU

Obsahem této kapitoly je vymezení pojmu aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou, která je pro seniory trpící touto chorobou velmi důležitá. Dále jsou uvedeny kritéria, které by měly být splněny, aby byla aktivizace smysluplná. Další část této kapitoly popisuje aktivizační techniky, které lze využít při aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou. Poslední část této kapitoly patří domovům se zvláštním režimem.

#### 3.1 Vymezení aktivizace

Smysluplná aktivizace je u lidí trpící Alzheimerovou chorobou nejcennější prostředek, je – li používána dobře, může pozvednout člověka na duchu a rozptýlit depresi. Neboť něco dělat, je pro většinu lidí synonymem slov být naživu. Bohužel, Alzheimerova choroba zbaví člověka schopnosti „něco dělat“ o mnoho let dřív, než je na to jeho tělo připraveno (Zgola, 2003).

Rozvinutá demence u Alzheimerovy choroby je obdobím velmi dlouhým, které trvá přibližně 2 – 9 let. V této fázi jsou lidé ještě schopni určitých úkonů, komunikace je také vcelku zachována a proto se mohou podílet na různých aktivitách. Právě naopak, pokud by sem jim nějaká forma aktivizace nenabídla, docházelo by k nežádoucímu chování, poruchám chování ale hlavně k narušení diurnálního rytmu (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009).

Jirák (2013) zdůrazňuje, že při sestavování programu pro pacienty s Alzheimerovou chorobou je třeba zohlednit konkrétní osobnost nemocného, jeho zvyklosti z minulosti, zájmy a hodnoty. Každý pacient by měl mít pravidelný režim přizpůsobený svým potřebám a možnostem. Aktivizace by měla být šetrná a měla by se řídit aktuálním stavem nemocného.

V současnosti je v rámci resortu sociálních služeb implementována legislativa, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, který stanovuje, že se mají respektovat přání „uživatelů“ sociálních služeb, na takový režim, který „uživatelé“ stanoví.

Pro práci s osobami trpící Alzheimerovou chorobou je stěžejní záležitostí aktivizace kognitivních funkcí, ve které můžeme využít velké množství přístupů. I přes prognózy, které tvrdí, že Alzheimerova choroba má svou plynoucí progresi, můžeme tento stav do jisté míry ovlivnit. Pravidelná aktivizace kognitivních funkcí přináší pozitivní výsledky v oblasti paměti, orientace nebo vizuospaciálních funkcí (Vostrý a Veteška, 2021).

Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v domovech se zvláštním režimem vyžaduje i spolupráci s rodinou, jak uvádí Procházková (2019, str. 45). „*Čím více se rozvíjí vzájemná komunikace mezi sociálním pracovníkem a rodinou klienta, o to je bohatší životní příběh klienta*“

### 3.2 Kritéria při aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou

Při aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou je třeba splnit určitá kritéria, aby byla činnost smysluplná a užitečná. Každá prováděná činnost musí být příjemná, dělána dobrovolně a má mít jasný účel. Dále by měla být společensky přijatelná a v žádném případě by neměla vést k neúspěchu (Holczerová a Dvořáčková, 2013).

- **Činnost musí být příjemná**

Pokud se člověku s Alzheimerovou chorobou nějaká činnost, kterou provádíme, nelíbí, nebo jim je dokonce nepříjemná, měli bychom přestat. Že se lidem činnost nelíbí, poznáme nejen podle verbálního projevu, ale i podle neverbálního projevu, který je mnohdy ještě přesnější.

- **Činnost musí být dobrovolná**

Mnohdy musíme do aktivit lidí s Alzheimerovou chorobou povzbuzovat, vysvětlovat a činnosti názorně předvádět, osoby s Alzheimerovou chorobou se však aktivit musí účastnit dobrovolně. Aktivity, ke kterým jsou lidé nuceni, nemají žádný smysl. Tento problém se může jednat lidí, kteří jsou na vozíku, protože jsou na danou aktivitu jednoduše dotlačeni.

- **Činnost musí mít jasný účel**

Vše co děláme, má nějaký účel. Mnoho osob s Alzheimerovou chorobou se účastní aktivizačního programu i přesto, že nechápe jejich účel.

- **Činnost musí být společensky přijatelná**

Veškeré činnosti i produkty těchto činností musí být pozitivním odrazem věku a statusu osoby. Není na škodu, když někdo dělá ztřeštěné a dětinské věci, ale všichni musí vědět, že je to dospělý člověk, který se pro to právě rozhodl. Osoba s Alzheimerovou chorobou to může vnímat jinak a aktivita, která se jeví jako dětinská, může ohrozit už tak zranitelné sebevědomí a může to pro ni být devastující úder. Například místo tvarování figurek z moduritu je vhodnější tvarovat figurky např. z perníkového těsta. Tvůrčí a sensorické prožitky budou stejné a navíc, když skončí aktivity manuální, můžeme figurky upéct. Při

servírování uspokojí klient svoji chuť a potěšení ze sdílení výrobku, na kterém se každý podílel.

- **Činnost by neměla vést k neúspěchu**

Každá činnost by měla poskytnout klientovi pozitivní zkušenost, a proto je důležité udělat vše pro to, aby byl zaručen úspěch. Činnosti se musí pohybovat v rámci klientových schopností. Pokud klient v aktivitě nějakým způsobem selže, musí pracovník dopad této negativní zkušenosti minimalizovat. Například převezme vinu na sebe, obrátí něco v žert, nebo rychle přeměruje činnost, tak aby fungovala, třeba jiným způsobem (Zgola, 2003).

### 3.3 Aktivizační techniky

Dle Mlýnkové (2017) lze aktivity rozdělit podle oblastí, na které jsou zaměřeny:

- Činnosti podporující mentální schopnosti
- Činnosti podporující fyzické schopnosti
- Činnosti podporující senzorycké schopnosti

Další dělení aktivit je možné podle počtu účastníků na **skupinové** a **individuální**. Každá skupina má své výhody. Individuální aktivizace má výhody v tom, že se jedna osoba věnuje pouze jednomu člověku. Při skupinové aktivizaci se vytváří pouto mezi více účastníky a dochází k fyzickému kontaktu těchto osob (Mlýnková, 2017).

#### **Kognitivní trénink**

Kognitivní trénink má za cíl stimulovat mozkové funkce a využívá se především v počáteční a ve středním stádiu Alzheimerovy choroby. Podle studií je prokázáno, že u některých pacientů v těžším stádiu Alzheimerovy choroby, může kognitivní trénink vyvolávat negativní reakce, jako je deprese a frustrace. Důvodem může být fakt, že nemocný není schopný zvládnout úkoly, nebo si nedokáže vybavit požadované informace, což může vést k frustraci.

V kognitivním tréninku se využívají různé paměťové techniky, které jsou pomůckou pro zapamatování si různých informací. Jednou z takových technik je technika loci. Tato technika se používá k zapamatování si informací s důrazem na jejich správnou posloupnost. Např. ingredience, které potřebujeme k upečení koláče. Mezi další paměťové techniky patří strategie prvního písmene, zapamatování pomocí příběhu a další.

V tréninku kognitivních funkcí se můžeme zaměřit na paměť dlouhodobou a na paměť krátkodobou. Dlouhodobá paměť se dá procvičovat například vzpomínáním na významná literární díla, malíře, herce, nebo vzpomínání na různé tradice a přísloví. Krátkodobou paměť lze trénovat například tím, že si klienti musí za časový úsek zapamatovat co nejvíce slov, která vidí napsaná na papíře před sebou. Například po minutě se papír oddělá a klient se snaží říct všechny slova, která byla napsaná na papíře (Fertalová a Ondriová, 2020).

### **Reminiscence**

Reminiscence neboli práce se vzpomínkami je jednou z nejdůležitějších terapeutických metod při práci se zdravě stárnoucími seniory i s lidmi se syndromem demence. V průběhu fyziologického i patologického stárnutí dochází ke zhoršování krátkodobé paměti, ale vzpomínky dlouhodobé zůstávají v paměti uchovány nejdéle, proto je velmi prospěšné se na ně zaměřit. Témata k rozpomínání přináší sám život. (rodiče a sourozenci, rodný dům, rodné město, škola, oblíbená jídla, práce, děti apod.) Vzpomínky se vážou také s ročním cyklem, s ročním obdobím, církevními svátky, nebo významnými historickými událostmi, kterých se senior přímo účastnil.

Při reminiscenci se uplatňuje metoda zpracování životního příběhu. Umožňuje člověku rekapitulaci vlastního života. Při sestavování životního příběhu se osvědčuje technika **časové osy**. Na přímku, která začíná datem narozením, se označují důležité milníky v osobním životě člověka a zároveň i vnější historické události. Vzpomínky můžeme výtvarně doplnit kresbami nebo fotografiemi. Další varianta zpracování životního příběhu je tvorba **knihy života**. Výtvarně zpracovat lze i **strom života**, kořeny stromu znázorňují rodiče a prarodiče, kmen znázorňuje náš osobní život a v koruně se objevují jeho plody, tedy děti, vnuci, pravnuci. Další formou zpracování vzpomínek je **vzpomínková krabice**. Poslouží nám obyčejná krabice od bot, do které se vkládají fotografie, drobné památky a osobní věci, kopie dokumentů, dopisy atd. (Čechová, Fendrych Mazancová a Marková, 2019).

### **Snoezelen terapie**

Snoezelen terapie slouží pro účely sensorické stimulace, relaxace a prožití osobní zkušenosti. Přínosná je pro každého seniora, ale především pro seniory se syndromem demence, pro negativistické, nespolupracující a agresivní klienty s poruchou chování a duševními nemocemi (Malíková, 2020). Jiráček (2013) uvádí, že principem je stimulace primárních smyslů (zrak, sluch, hmat, čich) za použití jemných, libých stimulantů (světelné

efekty, příjemné materiály, meditační hudba, vůně relaxačních olejů) v příjemném a bezpečném prostředí. Vše se odehrává ve speciálně připravené místnosti s barevným světlem, světelným válcem, zrcadlovými koulemi, s promítajícími se barevnými obrázky na stěnách, s jemnou relaxační hudbou a vůní aromaoleje. Místnost je vybavena pohodlnými křesly či lehátky, která jsou doplněny polštářky.

### **Validační terapie**

Tato terapie je určena osobám se syndromem demence. Metodu vypracovala Naomi Feilová. Validační terapie vychází z teorie, že každé chování osoby se syndromem demence má svou příčinu v nevyřešených a nezpracovaných emočních prožitcích a situacích z minulosti. Principem této metody je umět správně hodnotit emocionální příčiny a přijmout je. Validaci je možné praktikovat individuálně nebo skupinově (Malíková, 2020).

### **Rezoluční terapie**

Malíková (2020) udává, že tato metoda má opačnou podstatu než validace. Tato terapie podporuje uvědomění pracovníků, že minulost klienta, která je ještě díky dlouhodobé paměti zachována se projevuje v současnosti. V praxi to znamená to, že pracovník přistoupí na změněnou realitu tak, jak ji vnímá klient a důstojně hraje roli, v níž ho klient vidí. Nesnaží se klienta přesvědčit, že je skutečnost jiná a jak vypadá situace ve skutečnosti. Vždy se vychází ze znalosti životního příběhu klienta, jeho emočních projevů, ale nezabývá se zpracováním minulých emočních traumat.

### **Muzikoterapie**

Při této metodě se používá příznivých zvukových vibrací. Tyto zvukové vibrace zahrnují nejen hudbu a zpěv, ale i další jiné zvuky, jako je zpěv ptáků, šplouchání moře, zvuk zvonů, zvuky zvířat atd. U klientů se syndromem demence, tedy i Alzheimerovy choroby, může přispět k velkému zklidnění, udržování stavu pohody, k minimalizaci konfliktů, vede ke snížení náladovosti, podezřívavosti a poruchám spánku.

Účinky muzikoterapie se dělí na stimulační a relaxační. Stimulační jsou radostné, rytmické a temperamentní druhy hudby, které se hodí k tanci nebo k zpěvu.

Relaxační účinky se dají využít při nácviu a provádění relaxačních technik, jako rituál. Muzikoterapie se dá využít i jako kulisa při jiných aktivitách, při zeslabení zvuku, aby nepůsobila jako rušivý element (Malíková, 2020).

Hudba často evokuje a vybízí lidi k tanci, proto tato terapie stimuluje i tělesnou aktivitu a sociální interakci, neboť hudba lidi i spojuje (Wehner a Schwinghammer, 2013).

### **Kinezioterapie a taneční terapie**

Tato metoda je přínosná pro lidi s demencí, a přispívá k udržení svalové síly a stability, ale je i prevencí problémového chování. V rámci této metody se dají zařadit různá cvičení v sedě na židlích, nebo formou vycházek. Lze ji využít skupinově u lidí s rozvinutou demencí, ale i individuálně i lidí s pokročilou demencí. Důraz je třeba klást na to, aby veškerá cvičení odpovídala jejich možnostem a aby byla vždy názorně předvedena a okomentována slovním doprovodem.

Do pohybového režimu můžeme zařadit i tanec s hudebním doprovodem, jelikož tanec a hudba mají silný emoční náboj a jsou i prostředkem snadnější nonverbální komunikace. Touto metodou můžeme u lidí s demencí docílit k intenzivnějšímu a pozornějšímu vnímání, k pozvolnému získávání sebedůvěry, k zájmu o život kolem sebe ale i k fyzickému výkonu (Jirák, Holmerová a Borzová, 2009).

### **Bazální stimulace**

Cílem bazální stimulace je dle Kapounové (2020) podporovat schopnost vnímání, udržet či zmírnit postižení na základně rozvoje vlastní identity, umožnit navázat komunikaci s okolím, pomoci zvládnout orientaci v prostoru a čase a zlepšit funkce organismu.

Bazální stimulace připomíná lidem s Alzheimerovou chorobou život, který žili před nemocí. Je to spojnice mezi dřívějším a nyníjším, respektive budoucím životem. Pomocí konceptu bazální stimulace se klientům připomínají milé doteky, zvuky, vůně, nebo události. Nejlepších výsledků dosahuje bazální stimulace u klientů, kteří jsou v těžkém stádiu demence, nekomunikují a zdánlivě nereagují (Alzheimercentrum).

Bazální stimulace je do určité míry založena na znalostech konceptu, ale hlavně je založena na lidskosti a pochopení. Koncept bazální stimulace není tedy založen na výši vzdělání, ale na empatii pečující osoby (Dosebaba, Křížová a Hartman, 2021).

### **Pet terapie**

Pet terapie je léčba pomocí zvířat. Zvířata mají pozitivní vliv na fyzický ale zejména na psychický stav pacientů s demencí. Studie prokázaly, že například při hlazení zvířete dochází k poklesu krevního tlaku a srdeční činnosti, tedy navozuje se stav celkového



uvolnění. Pro pet terapii jsou nejvíce osvědčená zvířata, která mají srst. Mnoho domovů se zvláštním režimem má nějaké zvířátko, nejčastěji se jedná o zakrslé králíky, nebo andulky. Pokud je v instituci zvíře chováno, působí toto prostředí více domáckým dojmem, navíc mají klienti radost z toho, že se mohou podílet na péči o zvíře, mají pocit, že jsou užiteční. Velký význam má tato terapie i u klientů, kteří jsou v terminálním stádiu onemocnění a jsou upoutáni na lůžko. Další možností pet terapie jsou tzv. docházkové programy, kdy do zařízení se zvířetem dochází osoba. Nejznámější je canisterapie, což je léčba pomocí psů (Suchá, Jindrová a Hátlová, 2013).

### 3.4 Domovy se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem spadá do oblasti poskytování sociálních služeb, která se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a vyhláškou Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Dalším důležitým dokumentem je listina základních práv a svobod, která zahrnuje ochranu práv všech osob a občanů ČR. Tato ochrana práv je umocněna dodržováním standartů kvality sociálních služeb (Malíková, 2011).

Dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách je domov se zvláštním režimem pobytová sociální služba, která je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

V rámci domova se zvláštním režimem se poskytují tyto základní činnosti (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění):

- a) poskytnutí ubytování,
- b) poskytnutí stravy,
- c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- d) pomoc při zvládnání běžných úkonů o vlastní osobu,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,

- g) aktivizační činnost,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

### **Přijetí do služby**

Přijetí žadatelů do domova se zvláštním režimem a zahájení poskytování služeb je možné pokud žadatel splňuje podmínky stanovené § 50 zákona o sociálních službách:

- Žadatel je osoba se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, nebo závislosti na návykových látkách a jeho situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby
- Žadatel je osoba se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, se sníženou soběstačností z důvodu těchto onemocnění, jehož situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (Malíková, 2020).

Žadatel musí podat vyplněnou žádost o přijetí do služby do zařízení, společně s požadovanými doklady nebo jejich kopiemi. Žádost se podává na příslušný spádový sociální obor, pokud má zájem o umístění ve státním zařízení. Pokud má žadatel zájem o umístění do nestátního pobytového zařízení, žádost se podává přímo v něm (Malíková, 2020).

### **Personální obsazení**

Dle Malíkové (2020) v domově se zvláštním režimem, jakožto v sociální službě, pracují pracovníci různých oborů, mezi ně se řadí sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, nelékařští a lékařští zdravotničtí pracovníci a pedagogičtí pracovníci. Dle zaměření bakalářské práce je níže popsána funkce pracovníka v sociálních službách.

Pracovník v sociálních službách, tedy i aktivizační pracovník dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, vykonává základní výchovnou nepedagogickou činnost, která spočívá v upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy.

Aktivizačního pracovníka může vykonávat osoba se středním vzděláním s výučním listem, středním vzděláním s maturitní zkouškou, nebo absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu. Absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u osob, které mají způsobilost k výkonu zdravotnického povolání ergoterapeuta nebo sociálního pracovníka. S problémem stárnutí populace lze v blízké budoucnosti očekávat rostoucí pohledávku po službách určených seniorům. A to jak v ambulantních, terénních či pobytových zařízeních, tak i ve specializovaných službách pro seniory trpící syndromem demence, jako jsou domovy se zvláštním režimem či alzheimercentra. Podle demografických dat bude v roce 2040 největší počet seniorů s průměrným věkem 80 let a tím přijde vlna seniorů, která je mnohými odborníky nazývána vlna „tsunami seniorů“.

V současné době se stále více institucí musí připravit na nárůst klientů s onemocněním demence, kde hraje nefarmakologická terapie významnou roli. V nynější době většina seniorů nad 65 let, kteří se nachází v počáteční fázi demence, vyhledávají mnohem častěji pobytové služby. S čímž se pojí fakt, že vyšší počet těchto seniorů přináší změnu v náročnosti poskytovaných specializovaných služeb, což vyžaduje kvalitní vzdělávání dostatečného množství pečujícího personálu, připraveného na specializaci v péči o lidi s demencí (Procházková, 2019).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V následující kapitole je nejprve představen výzkumný problém, poté jsou představeny výzkumné cíle a výzkumné otázky. Dále je popsána volba výzkumné strategie, metoda sběru dat a způsob sběru dat. Následně je představen výzkumný soubor a výzkumné prostředí. V závěru kapitoly je uvedena analýza získaných dat.

### 4.1 Výzkumný problém

Výzkumný problém byl definován jako aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem.

### 4.2 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaký přínos mají aktivizační činnosti v životě seniora s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem.

Díličí cíle:

- Zjistit, jak vnímají aktivizační pracovníci práci se seniory s Alzheimerovou chorobou.
- Zjistit, jaké aktivizační metody jsou v zařízení nejvíce poskytovány.
- Zjistit, jaké překážky jsou vnímány aktivizačními pracovníci při aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou.

### 4.3 Výzkumné otázky

Před zahájením výzkumu byla stanovena hlavní výzkumná otázka, a to:

- *HVO*: Jaký přínos mají aktivizační činnosti v životě seniora s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem?

Jako díličí otázky byly stanoveny:

- *DVO1*: Jak vnímají aktivizační pracovníci práci se seniory s Alzheimerovou chorobou?
- *DVO2*: Jaké aktivizační metody jsou v domově se zvláštním režimem nejvíce poskytovány?

- DVO3: Jaké překážky vnímají aktivizační pracovníce v aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou?

#### 4.4 Volba výzkumné strategie

Pro bakalářskou práci byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Tato strategie byla vybrána, jelikož kvalitativní přístup umožňuje zkoumání jevů v autentickém prostředí a umožňuje vytvářet specifický vztah mezi výzkumníkem a dotazovanými (Švaříček, Šed'ová, 2014).

#### 4.5 Výzkumný soubor

Výzkumným souborem této bakalářské práce byly aktivizační pracovníce domova se zvláštním režimem. Byly osloveny tři aktivizační pracovníce, které v zařízení pracují a jsou v přímém kontaktu se seniory s Alzheimerovou chorobou, byly vybrány záměrně. Jelikož je toto zařízení malé, pracují na této pozici pouze tyto tři ženy. Pro zachování anonymity nebudou uváděna jména respondentů, ani žádné další osobní údaje. Pro přehlednost bude každá z nich označena jako respondentka 1 (dále jen R1), respondentka 2 (dále jen R2) a respondentka 3 (dále jen R3).

#### 4.6 Charakteristika výzkumného prostředí

Výzkum se odehrál v jednom vybraném domově se zvláštním režimem. Domov disponuje kapacitou 45 osob, což umožňuje všem zaměstnancům znát všechny klienty podrobně. Nyní je domov plně obsazen, mezi klienty převažují ženy, muži jsou zde nyní pouze tři. V domově se nachází 21 dvoulůžkových pokojů a jeden třílůžkový pokoj. Pokoje jsou zařízeny v moderním stylu, součástí každého pokoje je sociální zařízení. Každý pokoj je vybaven dřevěným nábytkem, lůžky s elektrickým či mechanickým ovládním a požárním signalizačním zařízením. Dále se v domově nachází společenská místnost, která slouží k různým činnostem, jako je bohoslužba, kulturní akce, či promítání filmů. Další pokoj, který se v domově nachází, slouží k reminiscenci. Je vybaven různým dobovým nábytkem a fotografiemi. Součástí tohoto zařízení je zahrada, která obsahuje altán, kde mohou klienti od jara do podzimu trávit čas a pozorovat krajinu. Zahrada je vybavena i vyvýšenými záhony, kde mohou klienti pěstovat květiny, bylinky či zeleninu.

Strava je klientům připravována ve vlastní kuchyni, je poskytována formou tří hlavních jídel a dvou vedlejších jídel v souladu se zásadami správné výživy, s ohledem na věk

a zdravotní stav uživatelů. Strava je podávána ve vlastní jídelně či přímo na pokojích klientů.

#### 4.7 Technika sběru dat a design analýzy dat

Pro sběr dat byla zvolena nejčastější metoda, která je nejvíce využívána v kvalitativním výzkumu a to hloubkový rozhovor. Pomocí hloubkového rozhovoru můžeme zkoumat členy dané sociální skupiny s cílem pochopit a seznámit se s jednáním událostí, kterým tyto jedinci disponují. Rozlišujeme dva hlavní typy hloubkového rozhovoru, rozhovor polostrukturovaný a rozhovor nestrukturovaný. Pro tento výzkum byl zvolen rozhovor polostrukturovaný, který vychází z předem připraveného seznamu otázek (Švaříček, Šed'ová, 2014).

Rozhovory byly realizované na přelomu měsíce března a dubna 2022. Rozhovor se odehrál přímo v zařízení, v denní místnosti zaměstnanců, kde bylo dostatečné soukromí k realizaci rozhovorů. Všechny respondentky byly seznámeny se skutečností, že nahrávky rozhovorů poslouží pouze k výzkumu bakalářské práci. Všechny respondentky souhlasily, proto bylo možné přistoupit k nahrávání rozhovorů. Před samotným rozhovorem byly otázky rozebrány, aby nedošlo k špatnému pochopení otázky.

Rozhovor v tomto výzkumu byl tvořen otázkami, které byly formulované tak, aby co nejvíce zodpověděli na výzkumné otázky uvedené výše.

##### **Rozhovor obsahoval tyto otázky:**

1. Které aktivizační metody jsou ve vašem zařízení klientům nejvíce nabízeny?
2. V čem vidíte význam aktivizace, v čem je pro klienty nejvíce důležitá?
3. Probíhá aktivizace více individuálně, nebo skupinově?
4. Která aktivizační činnost má u klientů největší úspěch, co se týče oblíbenosti?
5. Existují nějaké překážky, které by bránili v aktivizaci, pokud ano, jaké?
6. Je aktivizace u klientů přijímána vždy pozitivně, nebo klienti aktivizaci i odmítají?
7. Jaké emoce u klientů při aktivizaci převládají?
8. Jak často je aktivizace u klientů prováděna?
9. Spolupracujete i s rodinou klientů, pokud ano, tak jak?
10. Změnila byste něco v rámci aktivizace ve vašem zařízení?

11. Máte dostatek pomůcek, materiálu či prostoru na provádění aktivizace?
12. Máte možnost se nějak dále vzdělávat v oblasti aktivizace?
13. Jak vnímáte svoji pracovní pozici, baví vás vaše práce?
14. Co vám vaše práce přináší?

Jako způsob analýzy dat byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza, v návaznosti na sesbírání data pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Vybraná metoda, fenomenologické interpretace, byla vybrána, jelikož tato analýza je zaměřena na porozumění živé zkušenosti člověka a pomáhá detailně prozkoumat, jak člověk utváří význam své zkušenosti. Což umožňuje porozumět jednotlivým událostem nebo procesům (Smith, Flowers a Larkin, 2009 in Říháček, Čermák a kol., 2013).

Analýza výzkumu proběhla podle obecného analytického postupu interpretativní fenomenologické analýzy, podle kterého bylo postupováno. Nejprve proběhla reflexe vlastní (výzkumníkovy) zkušenosti s tématem výzkumu, které je popsáno níže. Poté čtení a opakované čtení dat s poslechem záznamu rozhovorů, poté vznikaly počáteční poznámky a komentáře. Jako další krok byl rozvoj vznikajících témat, hledání souvislostí napříč tématy a analýza dalšího případu (dat). Poté hledání vzorců napříč tématy (Smith, Flowers a Larkin, 2009 in Říháček, Čermák, Hytych a kol., 2013).

### **Sebereflexe**

Nejprve jsem vedla dialog sama se sebou a zamýšlela jsem se, co znamená výzkumné téma pro mě. Co se týče mé reflexe, s aktivizací seniorů s Alzheimerovou chorobou jsem se setkala v rámci praxe, kterou jsem plnila ve stejném zařízení, ve kterém probíhalo sbírání dat. O tématu jsem přemýšlela ve smyslu mé vlastní zkušenosti. Při aktivizaci jsem zprvu byla v roli pozorovatele, to abych pochytila co nejvíce zkušeností. Postupně jsem se snažila sama aktivně zapojovat do aktivizování. Na praxi jsem byla na přelomu listopadu a prosince. Tudíž v takový předvánoční čas, nebo alespoň v zařízení již vánoční atmosféra panovala. Dělal se adventní věnce a u toho se zpívaly koledy. Klienti byli veselí a ze svých výsledků měli radost. Zkusila jsem se i zamyslet, jaké by to bylo pro mě, kdybych onemocněla touto nemocí. Musím říct, že si to nedokážu představit, jaké by to bylo, co bych prožívala. Další zkušenost s osobami trpící Alzheimerovou chorobou mám ze svého zaměstnání, pracuji jako praktická sestra, na oddělení, kde jsou hospitalizováni



především seniory. Tudíž se mohu setkat se seniory, kteří jsou v různých fázích této choroby. Nejdůležitější pro mě je, najít cestu ke spolupráci s takovými lidmi, jelikož jsou někdy nedůvěřivý, neví, kde jsou a co tam dělají, někdy nespolupracují, odmítají medikaci, jsou zmatení, dezorientovaní. Proto si myslím, že spousta poznatků od samotných respondentek, mi budou k užitku nejen pro účely výzkumu, ale také do mého profesního a osobního života.

#### 4.8 Analýza rozhovorů

Z analýzy rozhovorů vznikla témata nadřazená a podřazená, poté byly vytvořeny tematické okruhy, hlavní témata a podtémata. Pro přehlednost je uvedena tabulka (tabulka č. 1). Témata jsou popsána níže spolu s výpověďmi respondentek.

Tabulka 1 Tematické okruhy, hlavní témata a podtémata

TÉMATICKÉ OKRUHY	HLAVNÍ TÉMATA	PODTÉMATA
1. Nejčastěji používané aktivizační metody	Skupinové	Muzikoterapie
		Vaření a pečení
		Kulturní akce
		Zooterapie
		Povídání si
	Individuální	Pohybové aktivity
		Bazální stimulace
		Dle přání klienta
2. Vliv aktivizace na klienty očima aktivizačních pracovníků	Udržení psychické pohody	Pocit užitečnosti
		Péče o vizuální vzhled
		Náplň dne
	Udržení aktuálního zdravotního stavu	Udržení kognitivních funkcí
		Udržení mobility
3. Faktory ovlivňující aktivizaci	Nedostatek personálu	Nedostatek času
		Absence aktivizace o víkendech a svátcích
	Klientova osobnost	Znalost klienta
		Zdravotní stav klienta
		Nálada klienta
4. Aktivizační pracovník	Pocity z povolání	Užitečnost a radost z práce
		Pomůcky k aktivizaci
		Další vzdělávání

Zdroj: vlastní výzkum, 2022

## 1. Nejčastěji používané aktivizační metody

První tematický okruh popisuje nejčastěji používané aktivizační metody ve vybraném domově se zvláštním režimem. Tento okruh rozdělen do dvou hlavních témat, první z nich je skupinová aktivizace a druhé téma nese název individuální aktivizace.

### Skupinová aktivizace

Toto téma obsahuje šest podtémat, první z nich je **muzikoterapie**. Muzikoterapie v zařízení probíhá především formou hudební skupiny, která do zařízení dojíždí a zpívá zde dechové písně. Jelikož zpěv a hudba vybízí k tanci, stane se někdy, že klienti i tančí. Jak uvedla R1 „*Jezdí sem skupina, která tu hraje dechovky, to se vždycky sejdem v jídelně, kdo chce tak zpívá taky, kdo nechce, tak jen poslouchá.*“ I R2 zmiňovala v rozhovoru muzikoterapii, ale formou zpěvu. „*...jo muzikoterapii ještě děláme. Třeba když jsou Vánoce, tak zpíváme koledy. Já hraju na kytaru, takže tu si vždycky vezmu a je to ještě hezčí. Je to fakt moc pěkný, když se začne zpívat. Snažíme se vybírat písničky, který každé zná, aby nebyl nikdo v nevýhodě.*“ R3 zmínila muzikoterapii ve smyslu poslechu hudby pomocí sluchátek u imobilních pacientů, kteří jsou upoutáni na lůžku. Většinou jim pouští hudbu, kterou měli klienti rádi, nebo k navození relaxace je používána i hudba relaxační. „*Pouštíme jim hudbu do sluchátek, většinou písničky, které měli rádi. To zjišťujeme od rodiny většinou. Nebo jim pustíme klidně i rádio, nebo nějakou relaxační hudbu.*“

Další podtéma má název **vaření a pečení**. Dle respondentek je tato činnost u klientů velmi oblíbená, jelikož v zařízení jsou spíše ženy, je jim tato činnost velmi blízká. O tom mluvila R1 „*Pak je tady hodně oblíbený pečení a vaření. Takže to taky děláme. Máme tu hlavně ženy, tak to si vždycky vzpomenou, že to dělali. Tak třeba když má někdo narozeniny, tak upečeme dorty. Je to takový hezký. Pak je společně sníme. To je taky hodně oblíbená činnost.*“ Další zmínka o vaření a pečení se objevila i u výpovědi R2, která také uvedla, že je tato činnost spojena i se samotnou konzumací hotových pokrmů, na chvíli se zasnila a uvedla, že je to vlastně příjemné i pro ni samotnou. „*...hodně mají rádi pečení, to jsme asi každé dělali doma, takže asi tak. Máme tady takovou místnost, kde pečeme. No a pak je velká radost, když se povede třeba bábovka. No a ještě větší radost je když se pak může sníst, že jo...k tomu kafičko...noo není to tady práce snů?*“ R3 v rozhovoru sdělila, že pečení a vaření podporuje i jemnou motoriku klientů, která je podporována nenásilnou a příjemnou metodou ve spojení s pečením, které je oblíbené. „*... pak to vaření*

*a pečení...třeba pečeme perníčky, nebo sušenky. To si můžou procvičit i jemnou motoriku, třeba při tom hnětění toho těsta, nebo při zdobení perníčků, to je taky velmi detailní práce.“*

Třetí podtéma má název **kulturní akce**. Kulturní akce jsou chápány především tak, že do zařízení dochází děti z mateřské školy, s kterou má zařízení utvořenou spolupráci. Je zde propojení mladé a staré generace. Děti recitují básničky, nebo hrají různé scénky. Většinou to u klientů vyvolává různé emoce. To je pak velmi dojemné i pro samotné respondentky, jak uvedla například R1 „*No tak určitě když přijdou děti ze školky, máme tady spolupráci. Ty děti mají hodně rády. To je tady vždycky slzavé údolí. Je to pro ně dojemné, když vidí ty děti, jak třeba hrajou nějakou pohádku, nebo když zpívají. To se občas neubráním slzám ani já.“*

Další kulturní vložka je například formou bohoslužby, kdy do zařízení dochází po předchozí domluvě farář, jelikož někteří klienti byly zvyklí chodit každou neděli na bohoslužby, proto je jim to umožněno alespoň tímto způsobem. O bohoslužbách mluvila především R3. „*No a taky sem chodí farář. Víte, pro ty věřící lidi je to důležitý, ještě když jsme kousek od kostela a oni na něho vidí...ale jít tam nemůžou...tak je jim to alespoň takhle umožněno. Té bohoslužby se teda neúčastní všichni, to se ptáme předem, kdo tam chce jít. Je to jak v běžném životě že jo, každé taky nechodí do kostela, nemá o to každé zájem.“*

Další podtéma má název **zooterapie**. Jelikož mají v zařízení zvířata, může tato terapie probíhat teoreticky každý den. Společně se starají o dva zakrslé králíky a o andulky. To zaznělo v rozhovoru s R1 „*Máme tu dva zakrslý králíky, takže o ty se klienti můžou starat, hladit je...samozřejmě kdo chce. Dávají jim třeba mrkve a tak, nebo si s něma povídají. No a pak andulky, na ty se chodí dívat. Další forma zooterapie je canisterapie, což je terapie pomocí psů. Do zařízení jezdí paní, která má speciálně vycvičeného psa k této činnosti. Jak uvedla R1, canisterapie je vhodná i u těžších stádií Alzheimerovy choroby. „*občas sem jezdí paní s pejskem, to je pak dobrý i těch těžších stupňů, u těch imobilních, můžou si je pohladit, to mají rádi. Vždycky se jim rozzáří oči.“**

Při přijetí se od rodiny zjišťuje, zda má konkrétní klient rád psy, popřípadě jestli na ně není alergický, aby se mohlo kontaktu se zvířetem vyvarovat. O tom v rozhovoru informovala R1. „*Je potřeba vědět i to, že paní nemá ráda třeba psy, tak abychom se vyvarovali toho kontaktu se psem.“*

I tak se ale stane, že někdy jsou i pocity při střetu se zvířetem negativní. To vypověděla R3. „*No a pak taky chodí paní se psem za klientama, kteří jsou n lůžku přímo k nim na pokoj. Tak jsou taky rádi, že si je můžou pohladit. No ale stalo se, že jedna paní, která pejska vždy uvítala, najednou začala psa vyhazovat z lůžka a říkat: „pes v posteli, kdo to viděl, fuj, fuj“.*

*tou nemocí no, někdy je to tak a jindy zase tak.*“ R1 uvádí, že je to jako v běžném životě, někdo zvířata rád nemá. *„Zvířata tak půl na půl, to je jak v běžném životě že, že někdo má rád zvířata a někdo ne.“*

Poslední podtéma z tohoto tematického okruhu nese název **povídání si**. To je dle respondentek také velmi oblíbená činnost. Klienti mají pocit, že se o ně někdo zajímá. Jsou rády, když s nimi někdo tráví čas. Většinou si povídají v kruhu, u stolu, na nějaké aktuální téma, jako například Vánoce, Velikonoce, hody. To je taková forma reminiscence, jelikož klienti vzpomínají na to, jak slavili různé svátky. To vypověděla R1 *„No nejvíce...Tak hodně často si třeba povídáme u stolu na nějaké aktuální téma. Jo, třeba teď budou Velikonoce, tak si budeme povídat, jak je kdo slavil, jak je budeme slavit tady a tak. Tak pak si vzpomenou na to, když byli mladí a barvili třeba vajíčka a tak. Oni všeobecně mají rádi o povídání, potřebují vidět ten zájem, že o ně někdo stojí.“* R3 uvedla, že si klienti, nebo především klientky rádi povídají o herečkách a hercích, takže probíhá četba časopisů, které čte zaměstnanec, a klienti poslouchají. *„No ... jelikož je to tady především ženská klientela, tak je hodně zajímavý takový to herci – herečky. Tak vždycky koupím časopis a společně si čteme, tak to vždycky říkají jen: tyjo, tyjo. No, to je baví.“*

Další podtéma, které vyšlo, jsou **pohybové aktivity**. Pohybové aktivity jsou v zařízení nabízeny v nejrůznějších formách. Nejběžnější a nejpoužívanější je asi nějaké skupinové cvičení, které probíhá na židly, jak sdělila R1 *„...je důležitý je nějak udržovat v kondici, jako fyzické. Takže cvičíme, většinou na židli, provádíme nějaký cviky. Musíme je vždycky předvést, třeba řekneme, že budeme protahovat pravou ruku a u toho to ukazujeme a klienti to po nás opakují.“* Že jsou pohybové aktivity důležité, zaznělo i od R2 *„Snažíme se i cvičit, třeba na židly, děláme různý pohybový aktivity. Kdybychom je takhle neaktivizovali a nevybízeli k pohybu a soběstačnosti, tak by byli za chvíli všeci ležáci.“* Další zmínka o pohybové aktivitě zazněla také od R1 a to v podobě tance. *„...někdy se stane, že někdo vstane a začne i tancovat...“* Mezi další pohybové aktivity patří procházky. Ty však nejsou prováděny tak často, jednak protože je tato aktivita ovlivňována počasím. Nejvíce však nedostatkem personálu, R2 v rozhovoru zmínila, že je tato aktivita prováděna i s rodinou, která přijde za klientem na návštěvu. *„No a taky mají hodně rádi, třeba když se chodí na procházky. Ale to spíš jen s tou rodinou, když přijdou na návštěvu. Protože nás je tu prostě na to málo. Ale třeba někdy si jedna z nás vezme, ... já nevím, třeba čtyři, tři, klienty a jdem prostě tady do obchodu třeba na nanuka. Oni jsou rádi, že se kouknou, třeba na zahrádky kolem domů, co tam roste a tak. Je to pro ně pak takový jiný, že prostě se*

*podívaj i někam dál.“ Procházky v rozhovoru zazněly i od R1 „Nebo se snažíme chodit i na ty procházky, ale to zase nemáme tolik personálu. Ale někdy, když je teplo a dost lidí na směně tak jdeme. Uděláme okruh po vesnici.“*

### **Individuální**

S tématem individuální aktivizace se pojí první podtéma **bazální stimulace**. Na bazální stimulaci je zařízení proškoleny většina zaměstnanců. Tato metoda podporuje vnímání, komunikaci a pohybové schopnosti. Tato metoda je v zařízení zaměřena na klienty, kteří jsou upoutaní na lůžko. Tuto informaci nám v rozhovoru poskytla R2. „...*No u těch imobilních, kteří jsou upoutaní na lůžku, provádíme bazální stimulaci, na tu jsme tady proškoleni všeci, takže ji provádí i ošetřovatelky, to je dobrý, protože jinak bychom to mi aktivizační moc nestíhali.* O bazální stimulaci se v rozhovoru zmínila i R1. „...*individuálně se určitě věnujeme klientům u lůžka. To děláme tu bazální stimulaci.*“ Důležitost konceptu bazální stimulace vnímá i R3, která uvedla, že jí tato problematika velmi zajímá. Jezdí ve svém volném čase na různé přednášky a sama se v tomto vzdělává. „*Ale třeba mě hodně zajímá bazální stimulace. Tak si i sama vyhledávám různé přednášky, snažím se o tom dozvědět, co nejvíc. Je to totiž pro klienty přínosné, tato metoda.*“

**Dle přání klienta** je druhé podtéma, které bylo analyzováno z rozhovorů. Patří sem všechny ostatní individuální aktivity, které respondentky uváděly. Jsou jimi například práce na zahrádce. Jelikož mají u domova zahradu, kde je altán a vyvýšené záhonky, mohou zde klienti pěstovat například bylinky. O této činnosti nám pověděla R3. „...*muži mají zase rádi takovou tu práci na zahradě. Máme tu krásnou zahradu, jak jste mohla vidět. Tak v létě, nebo až prostě začne teplo, tak kdo chce, tak tam může sázet například kyticky, nebo bylinky. A to jak jsem říkala, baví hlavně ty naše muže tady. Oni si pak vzpomenou, že to dělali, a pak o tom i mluví. A pak jaká je radost, když něco vypěstují, no jéje.*“ Ženy mají zase rády, když jim personál například nalakuje nehty, nebo natočí vlasy, jak uvedla R1. „...*když třeba ženskejm natočíme vlasy, namalujeme je. Nalakujem jim nehty, tak to prostě taky, pak se cítí jak dámy.*“ To, že je důležité vycházet ze zájmů klienta, vypověděla i R2, která ještě dodala, že je důležité, zaměřit se na to, co klienti rádi dělali, na jejich zájmy a záliby. „...*dělají rádi to, co dělali před tím, tak se jim to snažíme umožnit, aby se cítili co nejlépe, takže se opravdu snažíme na ty lidi dívat jako na individua, a prostě jim umožnit dělat to, co dělali, než se k nám dostali.*“

## 2. Vliv aktivizace na klienty očima aktivizačních pracovníc

Z rozhovorů vyplynulo další téma a to vliv aktivizace na klienty očima aktivizačních pracovníc. Z výpovědí vyplynulo, že největší vliv respondentky spatřují v udržení psychické pohody a udržení aktuálního zdravotního stavu.

### Udržení psychické pohody

Vzhledem k pobytu v zařízení, kdy došlo odloučení od rodiny a od jejich přirozeného prostředí, je velmi důležité udržovat psychickou pohodu uživatelů. Z výpovědí respondentek vyplynulo první podtéma a to **pocit užitečnosti**. Z odpovědí respondentek vyšlo najevo, že aktivizace, nebo obecně činnosti, které klienti dělají, navozují pocit užitečnosti. Cítí se užiteční, že se mohou podílet na nějakém výtvoru, jako je například společná tvorba dortu. To zaznělo ve výpovědi R1. *„No tak asi se cítí ještě k něčemu, jsou užiteční... třeba když se peče ten dort, tak to jsou rádi, že se to povedlo zrovna jim, že se na tom mohli podílet. Třeba správně vyšlehat bílky. Mají pocit, že tady k něčemu jsou.“* Pocit užitečnosti popisuje v rozhovoru i R3. *Ale hlavně je na nich vidět, že se cítí užiteční, k něčemu, třeba když je o něco požádáme a oni to pak můžou udělat, to jsou moc rádi, že je nepřehlídíme třeba.“*

Další podtéma s názvem **péče o vizuální vzhled** souvisí s ženským pohlavím, které je v zařízení zastoupena mnohem víc, než mužské, jak bylo několikrát zmíněno respondentkami. To souvisí především s tím, že tato nemoc postihuje mnohem víc ženy, než muže. Péče o vzhled má velký vliv na psychiku každé ženy, každá žena chce vypadat dobře. R2 sdělila, že se pak ženy cítí jak dámy. *„... když třeba ženskejm natočíme vlasy, nalakujem nehty, to se pak prohlíží v zrcadle a chtějí chodit víc do té společnosti, fakt je to poznat. Má to hodně vliv na tu jejich psychiku. Máme tu teda i kadeřnici, která sem po domluvě chodí. Tak je oštrihá, kdo chce, tak si nechá vlasy nabarvit. Pak je hodně vidět, jak se rozzáří, no sluší jim to.“* To, jak je pro ženy důležité, aby byly upravené, vypověděla i R3 *„No máme tu i ženy, které se straní společnosti a aktivizaci odmítají i z toho důvodu, že nejsou třeba učený, tak to ihned napravíme, učešem, načančáme a jde se mezi lidi.“*

Další podtéma, které vyplynulo z rozhovoru je **náplň dne**, respondentky vnímají aktivizaci, jako užitečnou náplň dne, která je pro ně velmi důležitá. Uvádí, že kdyby se nudily, mohli by i něco vyvést, nebo si nějakým způsobem ublížit jak uvádí R3 *„No tak asi aby jen tak naseděli, aby prostě něco dělali. Protože s touhle nemocí ... to by si mohli i něco udělat, protože ta paměť tolik neslouží. Mohli by si ublížit, nebo i někomu druhému.“* Například R2 zmínila, že jim pobyt i více uteče a nemají pocit osamocení. *„Tak určitě se nenudí, protože*

*není nic horšího než nuda, to asi známe všichni, že. Nesedí jen tak nečinně u televize, ale něco dělají. Můžou dělat třeba i to, co měli rádi dřív.*“

### **Udržení aktuálního zdravotního stavu**

Další téma, které z rozhovorů vyplynulo, je udržení aktuálního zdravotního stavu. S tímto tématem se pojí podtéma **udržení kognitivních funkcí**. To je pro klienty velmi důležité, vzhledem k onemocnění dochází ke zhoršováním kognitivních funkcí, proto je důležité je procvičovat a stimulovat. K tomu, aby se stav kognitivních funkcí udržel, využívají v zařízení mnoho technik. Cvičí paměť pomocí puzzle, pexesa, prohlíží si reminiscenční kufřík. To, jaký vliv má tato aktivizační činnost vypověděla R2 *„No a dál ... vzhledem k té nemoci, kterou tady máme ... to procvičování paměti, to je důležité, aby se to nezhoršovalo, takže je musíme tak nějak udržovat.*“ Z výpovědi R3 je také patrné, že vidí vliv aktivizace na posílení kognitivních funkcí klientů. *„No...a taky teda na udržení nějakého toho aktuálního zdravotního stavu, děláme to proto, aby se to nezhoršovalo.*“ R1 v rozhovoru také zmínila, že aktivizace má vliv na udržení kognitivních funkcí. *„No, vliv to má určitě i na to, že se ta nemoc nějakým způsobem zpomalí. Jo, že třeba to není tak rychlý ten průběh, jsou v té určité fázi demence trošku dýl, než to přejde do té horší.*“

Další podtéma se pojí s **udržením mobility**. Ta je důležité k zachování soběstačnosti, tudíž vliv aktivizace vnímají respondentky v tomto. Respondentka R1 vypověděla, že vidí určité pozitivum v tom, nechat dělat klienty různé činnosti sami, ať už se jedná o každodenní činnosti, jako je hygiena, příjem stravy, či vyprazdňování. Dopomáhat je důležité, až v situaci, kdy to klienti nezvládají sami. Jak uvedla v rozhovoru R1. *„No a určitě to má vliv i na to, aby byli ještě nějakou tu dobu mobilní, což my chceme a snažíme se tu mobilitu podporovat. Třeba není úplně žádoucí, dělat věci za ty klienty, když to sami zvládnout. Jo, někdy to trvá sice déle, někdy se to úplně nepovede, takže to zabere víc času, než kdybychom to udělali za ně. To není ale žádoucí. Musí si prostě pořád zachovávat nějakou tu soběstačnost, pokud tam je teda. To se teda dá dělat i u těch imobilních... Takže v tom vidím ten smysl té aktivizace.*“ Stejný názor měla i R3. *„No tak určitě jim to pomáhá se nějakým způsobem pořád udržovat. Jo, třeba to oblíkání, nakrmení se. Samozřejmě když to už nejde, tak pomůžeme, od toho tady jsme.*“

### **3. Faktory ovlivňující aktivizaci**

Dalším tematickým okruhem jsou faktory, které ovlivňují aktivizaci. Všechny respondentky se shodly, že je to především nedostatek personálu a nedostatek času. Dalším faktorem dle respondentek je důkladná znalost klienta, jeho životního příběhu a chování. Jako další faktor

respondentky uváděli zdravotní stav klientů. Z tohoto tematického okruhu vyplývají následující čtyři hlavní témata.

### **Nedostatek personálu**

Bohužel, jak už to tak bývá, ve většině zdravotnických zařízení a zařízeních sociálních služeb chybí zaměstnanci. Respondentky se shodly, že je to problém i jejich domova. Z odpovědí respondentek vyplývá první podtéma a to **nedostatek času**. Respondenti vnímají málo času na aktivizaci, uvádí, že třeba aktivizaci nestihnou každý den u všech, což je mrzí. To zmiňuje R1: *„Tak aktivizujeme každý den, ale nemá samozřejmě každé tu aktivizaci každé den, to se nedá zajistit. Ačkoliv bychom moc chtěli, tak to prostě nejde, je nás tu prostě málo, ale zase na druhou stranu, je fakt, že je tu málo i těch klientů, takže je známe fakt velmi důkladně, to je třeba výhoda oproti těm velkým domovům.“* I R2 vnímá nedostatek personálu jako problém, uvedla, že je jich na pozici aktivizačních pracovníků málo. Respondentka R3 uvedla, že málo času mají i z důvodu, že musí občas zaskakovat za kolegyně, které pracují na pozici pečovatelek a jsou například nemocné. *„Tak někdy je nedostatek personálu, takže musíme jít normálně do ošetrovatelskýho, jako ošetřovat, jako ošetrovatelky. Jo takže to, to je asi taky problém, že pak prostě nemůžeme aktivizovat, protože děláme tohle.“* Dále v rozhovoru zaznělo, že R1 vnímá malý časový prostor mezi snídaní a obědem, když mají naplánovanou větší akci, honí je čas. *„...Je prostě malej časovej prostor v to dopoledne no. Je po snídání a pak hned je oběd, když je nějaká větší akce, tak nás honí čas a to by mělo být v klidu všechno. A my tu jsme právě jen do půl třetí.“* Další podtéma, které vyplynulo z výpovědí, je **absence aktivizace o víkendech a svátcích**. Respondentky uváděli, že pracují na ranní směny, to je od pondělí do pátku, osm hodin denně. Což jim neumožňuje plnit aktivizaci o víkendech a svátcích. Respondentka R2 uvedla, že se snaží nevybírat si dovolenou například před Vánocemi, aby právě mohli být přítomny u aktivizace v tenhle čas. *„No, a protože pracujeme na osmičky, tak tu nejsme třeba o Vánocích a o různých jiných svátcích, tak se alespoň snažíme si tu dovolenou nečerpat v tenhle čas. Abychom tu byli pro ty lidi a mohli jim ty svátky nějak zpříjemnit.“* Absenci aktivizace o víkendech zmínila v rozhovoru i R3. *„No a o víkendech tady nikdo není z nás aktivizačních, takže tak.“*

### **Klientova osobnost**

S tématem klientova osobnost se pojí tři podtémata, první z nich je **znalost klienta**. Z výpovědí dotazovaných vyplývá, že klíčový bod v poznání klienta nastává hned u příjmu. Zde je nejdůležitější spolupráce s rodinou, která zaměstnancům poskytne veškeré



informace o klientovi. Důležité, pro plánování aktivizace je znát klientův životní příběh. Rodina poskytne předměty, které se pojí s klientem, a následně je sestaven reminiscenční kufřík, který je využíván při aktivizaci, jak uvedla R3. *„Tak při přijetí se ptáme na ten životní příběh toho klienta. Rodina nám poskytne předměty, které se pojí s klientem. Děláme jim reminiscenční kufřík. Musíme zjistit, co mají rádi a tak no. A pak právě aby měli ty svoje věci, pomocí kterých si vzpomenou. Tak to maj v tom kufříku právě, třeba fotky, nebo nějaký vysvědčení a tak.“* R2 také uvádí, že je klíčové získat informace od rodiny. *„Eee, určitě na začátku spolupracujeme s rodinou, kdy zjišťujeme nějaký ty informace o tom klientovi, co měl rád, co rád dělal. A pak se i ty aktivizace na to vybírají, na toho klienta. Aby jim to bylo jako že ušitý na míru.“* R1 také poznamenala, že je důležité od rodiny zjistit životní příběh klienta. *„S rodinou se spolupracuje hned u příjmu, vlastně dají nám životní příběh, abychom tu uživatelku, nebo uživatele lépe poznali. Mohli podle toho nastavit individuální plán.“* Někdy se však stane, že informace od rodiny jsou nedostatečné, jak doplnila R2 *„No, někdy však máme informací opravdu málo, takže z toho nic nepoznáme, tak musíme tak nějak samy postupně toho klienta poznávat ... v tomhle případě je určitě lepší, když je klient v nějaké té lehčí fázi demence, jelikož nám toho může spoustu říct i on.“*

Dalším podtématem je **zdravotní stav klienta**, tento faktor velmi důležitý v samotném plánování aktivizace, musí zohlednit především to, co klienti jsou schopni zvládnout, aby nedošlo například k frustraci. R3 uvedla, že se zde projevuje to, jak klienta znají. *„Hodně záleží na tom, abychom věděli, co od kterého klienta můžeme očekávat a co je schopen zvládat, není žádoucí chtít po nich velké věci, když to není v jejich silách“.* I v rozhovoru s R2 zaznělo, že je důležité plánovat aktivizace podle schopností klientů, především podle stupně demence. *„No, záleží v jakým tom stupni demence jsou, podle toho to musíme plánovat a rozdělit....“* R1 v rozhovoru zmínila, že aktivizaci rozdělují a zohledňují o podle toho, zda je klient mobilní, či imobilní. *„Tak záleží, jestli jsou ti klienti mobilní, nebo imobilní.“*

Dalším podtématem je **odmítání aktivizace**. Nálada klienta má velký vliv na celou aktivizaci. Dle výpovědí dotazovaných dochází k odmítání aktivizace, právě díky špatnému psychickému rozpoložení. V takovém případě, musíme brát v potaz přání klienta a nechat ho být, nenutit ho, protože bychom mohli akorát přiložit do ohně, jak ve své výpovědi uvedla R1. *„Jo někdy nechtějí, někdy říkají: „nechte mě sedět!“.* *Chtějí se dívat třeba jen na televizi. Jsou takový dny, tak prostě se splní a respektuje to přání a nepřemlouvají se.“* To, že mohou být klienti někdy v špatném psychickém rozpoložení,

vypověděla i R3. „*Jo, určitě, někdy se to stane, že třeba něco dělat nechtějí, ale tak to je asi normální že jo. Prostě někdy ta nálada není, nechce se jim. Tak je prostě necháme sedět. Nenutíme je určitě, to by k ničemu nevedlo.*“ R1 ještě zmínila, že se snaží špatnou náladu klientů odstranit, ne vždy se to však povede. „*...když má třeba klient špatnou náladu jo, samozřejmě za to nemůže, ale prostě to překáží. Tak se snažíme to odbourat, no...někdy jsme úspěšní, jindy zase ne. To tak je.*“ I od R2 v rozhovoru uvedla, že ne vždy jsou s aktivizací u klientů úspěšní. „*Ale samozřejmě někdy třeba nechtějí nic dělat, záleží na tom, jak se vyspali, jo někdy ta aktivizace...někdy nejsme úspěšní no.*“ Dále R2 zmínila, že se může nálada u klientů změnit třeba za půl hodiny, a to už aktivizaci přijmou s radostí. „*Byli jsme odmítnutí, nechce, nemá o to zájem no, takže tak. Tak prostě nenutíme, třeba za půl hodiny je to zase jiný a přijde a přidá se. Někdy se to střídá no, ty nálady.*“

#### 4. Aktivizační pracovník

Posledním tematickým okruhem je pozice aktivizačního pracovníka, který obsahuje jedno téma hlavní.

##### Vnímání pracovní pozice

Všechny respondenty se shodly, že je jejich práce baví a naplňuje, což je velmi důležité, při práci s lidmi. Z tohoto téma vychází podtéma s názvem **užitečnost a radost z práce**. Všechny respondenty se shodly na tom, že je práce baví a mají z ní radost. Nicméně ani jedna z nich nepracuje na této pozici od začátku své pracovní kariéry. Než narazily na tuhle pracovní pozici, vystřídalý zaměstnání, kde nebyl příliš šťastné. Například R1 vypověděla, že konečně našla práci, která ji baví. „*Dřív jsem chodila do práce, která mě nebavila, a to bylo strašný, sem chodím moc ráda.*“ R3 v rozhovoru zmínila, uvedla, že jí práce také baví. „*Ano, samozřejmě, že mě to tu baví, jinak bych tu už nebyla, jelikož jsem si prošla řadou prací, ve kterých jsem byla jen kvůli tomu, abych měla peníze a bála jsem se změny, teď vím, že jsem to měla udělat dřív.*“

Dále respondenty vypověděly, že mají z práce dobrý pocit ve smyslu pomoci. Takové pocity má R1. „*Tak určitě nějaký smysl, že můžu těm lidem pomoci...nebo být s něma, když nemůžou být doma. Je to pak moc pěkný pocit, když vás třeba pohladí, nebo tak. Snad to nezní jako klišé teda.*“ Podobně situaci popsala i R3. „*Tak asi nějaký smysl to má ta práce, kterou děláme, ty lidi nás potřebují. Není to pro všechny, víte...tady ty posuny k lepšímu moc nejsou, takže je to taková stejnorodá práce spíš, když každý den je jiný. A to mě nějak baví a naplňuje.*“ R2 je přesvědčena, že když člověk nedělá tuhle práci s láskou, neměl by tu být. Jelikož práce s lidmi vyžaduje trpělivost, lásku a pochopení. Dále ještě podotýká, že

lidé s Alzheimerovou chorobou patří do specifické skupiny lidí, tudíž by k nim měl být i přístup jiný. „Musíte si zvyknout, že se vás budou třeba pětkrát za hodinu ptát, co je za den, nebo co mají dělat, to k té nemoci prostě patří. Tak jim to musíte pokaždé říct s klidem, jako by se ptaly poprvé, musíte to dělat s láskou, jinak tu nemůžete být“ Dle R1 je tato práce náročná i z psychického hlediska, jelikož se setkávají i se smrtí klientů. „Myslím si, že práce s lidmi je obecně hodně náročná, psychicky hlavně. Taky třeba ... jelikož jsou tu lidé staršího věku, tak nám tu i umírají, tak to je taky těžký, protože přece jenom člověk si k nim nějaký vztah vytvoří, když tu jsou dlouho. A pak je to smutný, když odejdou ...“

Další podtéma, ke kterému jsme se dopracovali – **pomůcky k aktivizaci**. Téměř všechny respondentky se shodly na tom, že pomůcek potřebných k aktivizaci mají dostatek. R1 uvedla, že si spoustu pomůcek sehnali sami. „Tak pomůcek, to jsme si sami kdovíco našli, myslím si, že je toho hodně i na internetu.“ R3 zmínila, že je zařízení moderně zařízeno a panuje v něm rodinná atmosféra. „Myslím, že to tady máme pěkný, je to tu takový rodinný. Je to tu moderně zařízeno, mě se to tu líbí moc. A jsem spokojena i s pomůckama.“ R2 udávala, že se tu aktivizuje už dlouho, tudíž pomůcek mají dostatek. „Jako co se tady domova týče, tak si myslím, že asi jo. Přece jenom se tady aktivizuje už dosti dlouho.“ R1 v rozhovoru zmínila, že domov disponuje i velkou zahradou, kterou mohou k aktivizaci také využívat. „Prostor tady taky je, hlavně teda máme tady zahradu, která je velká, takže můžeme klienty v létě vyvést i na čerstvý vzduch.“

Posledním podtématem je oblast **dalšího vzdělání**. Respondetky uváděly, že mají možnost vzdělávat se v oblasti aktivizace. Mají možnost účastnit se školení v rozsahu 24 hodin za rok. Například R3 uvedla, že si mohou i samy vybrat kam chtějí jet a co je zajímavé. „Ano, určitě, můžeme si třeba i samy vybrat, kam chceme jet, na nějaký školení nebo tak. Máme myslím 24 hodin za rok nějakýho školení.“ Ve výpovědi s R2 také zaznělo, že si mohou vybrat oblast dalšího vzdělání. „Samozřejmě. Musíme se samozřejmě každé rok nějakým způsobem vzdělávat, takže i ta aktivizace. Pokud objevíme něco dobrého, co by něco přineslo i nám, něco co neznáme třeba, tak můžeme jet.“ Pracovnice jezdí i na různé stáže, do jiných domovů se zvláštním režimem, jak vypověděla R1. „...nebo i stáže, byli jsme se podívat i do jinýho zařízení...“

## 5 INTERPRETACE DAT

Tato kapitola je věnována souhrnu výsledků výzkumu, především odpovědím na výzkumné otázky. Bakalářská práce se zabývá aktivizací seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem. Především tedy tím, jak aktivizace probíhá ve zkušenosti zaměstnanců konkrétního zařízení sociálních služeb. Data, která byla sesbíraná pomocí polostrukturovaných rozhovorů s aktivizačními pracovníci, které v zařízení pracují, byly zpracovány podle fenomenologické analýzy. Důležitá data, která vychází z výpovědí respondentů, jsou rozdělena na témata. Tato témata nám umožnila odpovědět na hlavní výzkumnou otázku (HVO) a na dílčí výzkumné otázky (DVO).

### **HVO: Jaký přínos mají aktivizační činnosti v životě seniora s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem, pohledem aktivizačních pracovníků?**

Jak plyne z výpovědí respondentů, aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou je velmi důležitá a nepostradatelná činnost. Především pro udržení stávajícího zdravotního stavu. Zejména v oblasti kognitivních funkcí, má aktivizace velký přínos. Díky aktivizaci, lze totiž zpomalit průběh Alzheimerovy choroby. Dalším pozitivním přínosem aktivizace je udržení mobility a soběstačnosti v co nejdéle možném čase. Mezi další přínos, který respondentky uvedly, je vyplnění volného času, který by jinak byl v zařízení dlouhý a nevyužitý. Aktivizace nasycuje i psychickou stránku klientů. Získávají pocit užitečnosti, například když se mohou podílet na přípravě narozeninových dortů a mohou se společně těšit z výsledků.

### **DVO1: Jak vnímají aktivizační pracovníci svou práci?**

Všechny respondentky uvedly, že je práce baví a naplňuje. Svoji práci vnímají jako užitečnou, vidí smysl v tom, co dělají. Od respondentek zaznělo, že konečně našli práci, ve které jsou spokojeny. I když podotýkají, že se jedná o velmi specifickou skupinu lidí, tudíž i práce s nimi je specifická a občas náročná. Především po psychické stránce, jelikož se zde mohou setkat i se smrtí, berou to však jako součást života. Svou práci mají rády i z důvodu, že zde pracuje menší počet lidí, zaznělo, že zde panuje rodinná atmosféra.

**DVO2: Jaké aktivizační metody jsou v domově se zvláštním režimem nejvíce poskytovány?**

Dle výpovědí respondentek jsou u klientů nejvíce využívané skupinové aktivizace. Jako je například vaření a pečení, které je u klientů velmi oblíbené. Především tedy u žen, kterých je v zařízení více, než mužů. Je zvykem, že když má někdo narozeniny, peče se společně dort, který se poté společně sní. Další aktivita, kterou lze provádět denně je povídání. To mají klienti rádi, protože mají radost, že s nimi někdo tráví čas, navíc se dá takové povídání skloubit s reminiscencí. Většinou se vede diskuze na nějaké aktuální téma, jako je svátek, či roční období. Mezi další aktivity, které zařízení klientům poskytuje, patří muzikoterapie, zooterapie, bohoslužby a různé představení dětí z mateřské školky. Tyto aktivity však nejsou nabízeny tak často, ale spíše jako oživení a zpříjemnění běžných aktivit. Další činnost, která je zaměřena především na imobilní klienty, je bazální stimulace. Na tuto metodu jsou v zařízení téměř všichni proškoleni, tudíž ji vykonává více zaměstnanců. Důležitým bodem v plánování aktivizace je vycházet ze zájmů klientů, především tedy z činností, které rády dělali, než se do zařízení dostaly, o což se právě aktivizační pracovnice snaží.

**DVO3: Jaké překážky vnímají aktivizační pracovnice v aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou?**

Největší překážku vidí respondentky v nedostatku času, který na aktivizaci mají a v nedostatku personálu. Tyto dvě překážky spolu občas i souvisí. Jelikož se někdy stane, že musí pracovat na jiné pozici, na pozici ošetřovatelky, takže nemohou provádět aktivizaci s lidmi. Další nedostatek vidí v tom, že pracují pouze na ranní směny, od pondělí do pátku. Tudíž je u klientů absence aktivizace o víkendech a o svátcích. To se však snaží alespoň vykompenzovat tím, že nečerpají dovolenou například v období vánoc, právě aby dopřály klientům, aktivizaci, která se pojí s oslavou vánočních svátků. Další překážkou může být i odmítání aktivizace ze strany klientů, tahle problematika je individuální, a nelze ji zcela vymýtit. Vždy jde o aktuální náladu klientů, proto je vhodné klienty do aktivizace nenutit a především je vhodné znát klienty, vědět o nich co nejvíce. Což v zařízení, kde probíhal výzkum lze, z důvodu malé kapacity klientů.

## 6 DISKUZE

Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem je bezesporu důležitou podpůrnou součástí léčby této choroby. Výzkumná část této bakalářské práce se věnovala aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou ve vybraném domově se zvláštním režimem. K této problematice se vyjadřovaly aktivizační pracovnice, které s touto skupinou seniorů pracují. Z výsledku výzkumu vyplývá, že se seniorům v zařízení dostává široká škála aktivit. Především jsou aktivity soustředěny na činnosti, které klienty baví, a o které jeví největší zájem. Tudíž jsou zohledněny především zájmy klientů. Mezi činnosti, které je baví nejvíce, patří vaření a pečení, což může být tím, že v zařízení je větší počet žen, které k této činnosti mají bližší vztah než muži. Navíc se s touto činností v zařízení pojí zajímavý a hezký rituál a to pečení dortů oslavencům. Což umožní prohloubit a otužit vztahy mezi klienty. Další oblíbená činnost, je povídání. Což umožňuje navázat hlubší vztahy a důvěru, jednak mezi klientem a personálem, tak i mezi klientem a klientem. Dále se u povídání uplatňuje metoda reminiscence, kdy klienti při povídání na určité téma vzpomínají na dobu svého mládí a na svůj život.

Největší překážkou, která brání v aktivizaci je čas, tudíž aktivizace probíhá spíše skupinově. Což však mají klienti většinou stejně raději. Nicméně i tak se všechny aktivizační pracovnice snaží dělat maximum, pro spokojenost všech klientů. Například klientkám na jejich přání nalakují nehty, nebo natočí vlasy. Respondentky mají svoji práci rády, i když připouští, že je pro ně mnohdy psychicky náročná.

Výsledky výzkumného šetření se shodují s výroky autorů v teoretické části. Respondentky potvrdily, že je důležité aktivizaci plánovat a vybírat podle zájmů klientů a zvyklostí z minulosti, jak uvádí i Jiráček (2013). Respondentky dále potvrdily, že procvičování a aktivizace kognitivních funkcí, má pozitivní výsledky a vliv na průběh Alzheimerovy choroby. Potvrdily tak myšlenku, kterou uvádí Vostrý a Veteška (2021). Dále respondentky potvrdily, že je důležité navázat vztah s rodinou klienta, za účelem získat co nejpodrobnější životní příběh klienta, který je důležitý pro důkladné poznání klienta a posléze k výběru vhodné aktivity. Tímto sdělením potvrdily výrok Procházkové (2019).

Nyní se zaměříme na srovnání výsledků výzkumného šetření s podobnou tematikou s jiným výzkumem. Hrnčířová (2019), ve své bakalářské práci zjistila, že se ve vybraném domově se zvláštním režimem zaměřují spíše na skupinovou aktivizaci, tudíž tenhle výsledek se shoduje s naším zjištěním. Dalším výsledkem jejího výzkumu bylo zjištění, že se o klienta

zajímá jeho rodina, ptají se na zdravotní stav, telefonují do zařízení a mají na personál přehnané nároky, i co se aktivizace týče. V námi provedeném výzkumu, byla rodina klientů zmíněna pouze ve fázi přijímání klientů do zařízení, za účelem zjistit co nejvíce informací o jeho minulosti a dále pak v souvislosti s návštěvou rodiny v zařízení. Dalším zjištěním autorky bylo, že mají klienti v zařízení často „ponorkovou nemoc“. A to z důvodu malého prostoru a velkého počtu osob (cca 150 klientů). K tomuto problému jsme v našem výzkumu také nedošli, možná je to tím, že v zařízení kde probíhal náš výzkum je klientů pouze 45. Dalším cílem jejího výzkumu bylo zjistit, jaký vliv mají aktivizace na seniory s Alzheimerovou chorobou. Z výzkumu zjistila, že aktivizace přispívá ke zlepšení či jen udržení momentálního stavu pacienta s Alzheimerovou chorobou, tudíž tento výsledek je shodný s výsledkem v našem výzkumu.

Další shoda našich výsledků je shledána ve výzkumu Pokladníkové (2021), která ve svém výzkumu bakalářské práce zjistila, že je počet aktivizačních pracovníků v domově se zvláštním režimem, kde probíhal její výzkum, nízký. Tudíž se shoduje s výsledky našeho výzkumu.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce, Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem, se zabývala především aktivizací těchto osob v zařízení sociálních služeb. Téma bakalářské práce bylo zvoleno především s aktuálním problémem, který se pojí s narůstajícím počtem osob s Alzheimerovou chorobou a následným pobytem těchto osob v zařízeních sociálních služeb. Zároveň mělo být poukázáno na to, že ačkoliv je tato diagnóza nevléčitelná, jsou zde možnosti, jak její průběh zpomalit a konec života si užít a zpříjemnit, například vhodnou aktivizací.

V teoretické části byly popsány pojmy, jako je stárnutí a stáří, a s tím spojené změny, které ve stáří nastávají. Poté byla charakterizována Alzheimerova choroba a také bylo popsáno, jak se tato nemoc dále dělí. Poté byla nastíněna diagnostika a léčba Alzheimerovy choroby. Poslední kapitola nastínila kritéria, která by měli být při aktivizaci osob s Alzheimerovou chorobou dodržována. Dále byly popsány různé aktivizační metody, které lze využít při aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou. A v neposlední řadě bylo představeno zařízení sociálních služeb a to domov se zvláštním režimem. Teoretická část se opírala o odbornou literaturu, které bylo k sehnání dostatek. Dále bylo pracováno se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, v platném znění.

Empirická část je zaměřena na kvalitativní výzkum, jehož hlavním cílem bylo zjistit, jaký přínos mají aktivizační činnosti v životě seniora s Alzheimerovou chorobou. Vzhledem ke stanovenému cíli byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Data byla sbírána pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Byly osloveny tři aktivizační pracovníce konkrétního domova se zvláštním režimem, se kterými byly utvořeny rozhovory. Následně byly rozhovory analyzovány podle interpretativní fenomenologické analýzy. Z analyzovaných dat vyšlo najevo, že největším přínosem aktivizace pro klienty je udržení aktuálního zdravotního stavu a zpomalení průběhu nemoci a posílení psychické stránky klienta. Hlavní cíl výzkumu byl tedy splněn.

Předkládaná bakalářská práce nabízí podklady pro širší rozpracování tématu týkajícího se aktivizací seniorů s Alzheimerovou chorobou. Mohli bychom oslovit jiné domovy se zvláštním režimem a jejich činnosti porovnat, nebo bychom mohli porovnat péči o seniora s Alzheimerovou chorobou v domácím prostředí a v prostředí sociální služby.



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

*Alzheimerova choroba v rodině: příručka pro ty, kteří o nemocné pečují*, [1998]. Praha: Pfizer. ISBN 80-85800-96-9.

ČECHOVÁ, Kateřina, Adéla FENDRYCH MAZANCOVÁ a Hana MARKOVÁ, 2019. *V bludišti jménem Alzheimer: na co v ordinaci nezbyvá čas*. Praha: Management Press. ISBN 978-80-264-2707-0.

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

ČEVELA, Rostislav a Libuše ČELEDVÁ, 2014. *Sociální gerontologie: východiska ke zdravotní politice a podpoře zdraví ve stáří*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4544-2.

DOSBABA, Filip, Dagmar KŘÍŽOVÁ a Martin HARTMAN, 2021. *Rehabilitační ošetřování v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1050-6.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

FERTALOVÁ, Terézia a Iveta ONDRIOVÁ, 2020. *Demence: nefarmakologické aktivizační postupy*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2479-4.

FRANKOVÁ, Vanda, 2016. Optimalizace léčby Alzheimerovy choroby: Optimising treatment in Alzheimer's disease. *Praktické lékárnictvo*. Bratislava: SOLEN, 6(3), 93-95. ISSN 1338-3132.

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

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

HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.

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

- JIRÁK, Roman, 2008. *Diagnostika a terapie Alzheimerovy choroby. Neurologia pre prax.* Bratislava: SOLEN, 9(4), 224-[227]. ISSN 1335-9592.
- JIRÁK, Roman, 2013. *Gerontopsychiatrie.* Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudie BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče.* Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- KAPOUNOVÁ, Gabriela, 2020. *Ošetrovatelství v intenzivní péči. 2., aktualizované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0130-6.
- KLEVETOVÁ, Dana, 2017. *Motivační prvky při práci se seniory. 2., přeprac. vyd.* Praha: GRADA Publishing. Sestra. ISBN 978-80-271-0102-3.
- KUCKIR, Martina et al., 2016. *Vybrané oblasti a nástroje funkčního geriatrického hodnocení.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0054-5.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají.* Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4.
- MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualiz. a dopl. vad.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2010. *Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3184-1.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2017. *Pečovatelství 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost. 2. Dopl. vyd.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-9914-3.
- MLÝNKOVÁ, Jana, 2011. *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost.* Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3872-7.
- NAVRÁTIL, Leoš, 2008. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2319-8.
- OREL, Miroslav, 2012. *Psychopatologie.* Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.
- PIDRMAN, Vladimír, 2007. *Demence.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1490-5.
- PROCHÁZKOVÁ, Eva, 2019. *Biografie v péči o seniory.* Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1008-7.

- PTÁČKOVÁ, Hana a Radek PTÁČEK, 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0876-3.
- REGNAULT, Mathilde, 2011. *Alzheimerova choroba: průvodce pro blízké nemocných*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0010-9.
- RESSNER, Pavel, 2004. *Alzheimerova choroba – diagnostika a léčba. Neurologia pro praxi*. Bratislava: Solen, 5(1), 14-20. ISSN 1335-9592.
- RUSINA, Robert a Radoslav MATĚJ, 2014. *Neurodegenerativní onemocnění*. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3300-8.
- ŘÍHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.
- SEIDL, Zdeněk, 2008. *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2733-2.
- SEIDL, Zdeněk, 2015. *Neurologie pro studium i praxi*. 2. přepr. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5247-1.
- SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ, 2013. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0335-3.
- ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha, Česká republika: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie, 2000. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-308-0.
- VOSTRÝ, Michal a Jaroslav VETEŠKA, 2021. *Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2866-2.
- WEHNER, Lore a Ylva SCHWINGHAMMER, 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4423-0.
- ZGOLA, Jitka M., 2003. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0183-9.
- ZVĚŘOVÁ, Martina, 2017. *Alzheimerova demence*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

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. 11. 03. 2022].

Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast3>

Alzheimercentrum Bazální stimulace. *Alzheimercentrum Alzheimercentrum* [online].

Copyright © 2019 Alzheimercentrum pp s.r.o. [cit. 13. 03. 2022]. Dostupné z:

<http://www.alzheimercentrum.cz/index.php?p=bazalni-stimulace>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

<b>AChE</b>	inhibitory acetylcholinesterázy
<b>Atd.</b>	a tak dále
<b>CDT</b>	Clock Drawing Test
<b>CT</b>	Computer Tomography (výpočetní tomografie)
<b>č.</b>	číslo
<b>MMSE</b>	Mini Mental State Examination
<b>MoCA</b>	Montrealský kognitivní test
<b>Např.</b>	například
<b>Sb.</b>	sbírka zákonů
<b>Tzv.</b>	tak zvaný

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Test hodin..... **Chyba! Záložka není definována.**

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Tematické okruhy, hlavní témata a podtémata .....	41
---	----

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: MMSE (MINI-MENTAL STATE EXAMINATION)

Příloha P II: ROZHOVOR S RESPONDENTKOU 1



# PŘÍLOHA P I: MMSE (MINI-MENTAL STATE EXAMINATION)

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Datum vyšetření: 

den	1	2	3	4	5	6	7	8
měsíc								
rok								

Jméno pacienta: \_\_\_\_\_

**I. Orientace**  
Maximálně 5 bodů. Pacient má na sebou odpověď napsanou předem.

Kolikátého je dnes?  
Který je měsíc?  
Který je rok?  
Které je roční období?  
V jaké zemi se nacházíme?  
Ve kterém okresě?  
Ve kterém městě?  
Jak se jmenuje tato nemocnice?  
Na kterém jsme poschodí?

**II. Zapamatování**  
Maximálně 3 body. Pacient si musí zapamatovat slova, která mu předložíme. Pokud pacient odpoví správně, udělejte mu 1 bod. Pokud odpoví špatně, udělejte mu 0 bodů. Pokud pacient neodpoví, udělejte mu 0 bodů.

Nyní Vám vyjmenuji tři předměty. Pokuste se je opakovat po mně a zapamatovat si je. Za chvíli se vás na tato slova znovu zeptám.

lopatka   
šátek   
váza

**III. Pozornost a počítání**  
Maximálně 5 bodů. Pacient musí správně odpovědět na všechny otázky. Každá správná odpověď získá 1 bod.

Na každou správnou odpověď započíte 1 bod (maximálně 5 bodů).

Nyní prosím, odečítejte od 100 stále sedmičku až do konce. Každá správná odpověď získá 1 bod. Pokud pacient odpoví špatně, udělejte mu 0 bodů.

Jestliže pacient tento dívek nedokáže nebo nechce provést, vyzvěte ho: Hlasitěji, prosím, pozpátku slovo PONTM po jednotlivých písmenech.

100	M
93	R
86	K
79	O
72	P
65	

**IV. Vybavenost**  
Maximálně 1 bod. Pacient musí správně odpovědět na otázku.

Nyní se pokuste vzpomínat na 5 slov, která jsou si mě/za zapamatovat.

lopatka	<input type="checkbox"/>
šátek	<input type="checkbox"/>
váza	<input type="checkbox"/>

**V. Opakování**  
Maximálně 1 bod. Pacient musí správně odpovědět na otázku.

Opakujte prosím, po mně „První předškolá paraplňáka“

**VI. Třístupňový příkaz**  
Maximálně 1 bod. Pacient musí správně odpovědět na otázku.

Nyní vezměte tento papír do pravé ruky, přečte ho na pozemku a poloďte na zem.

Pravá ruka   
Přeložení na pozemku   
Položení na podlahu

**VII. Čtení a vykonání psaného příkazu**  
Maximálně 1 bod. Pacient musí správně odpovědět na otázku.

Přečtěte, prosím, co je zde napsáno a udělejte to.

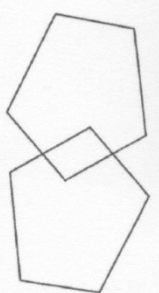
**ZAVŘETE OČI!**

**VIII. Psaní**  
Maximálně 1 bod. Pacient musí správně odpovědět na otázku.

Napsat prosím, jakoukoliv větu.

**IX. Okružní obrázky**  
Maximálně 1 bod. Pacient musí správně odpovědět na otázku.

Nakreslete obrázek co nejlépe podle předlohy.



# PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR S RESPONDENTKOU 1

**ROZHOVOR 1**

**T (tazatel):** Které aktivizační metody jsou ve vašem zařízení klientům nejvíce poskytovány?

**R1 (respondent 1):** No nejvíce...tak většinou tou skupinovou formou. Tak hodně často si třeba povídáme u stolu na nějaké aktuální téma. Jo, třeba teď budou Velikonoce, tak si budeme povídat, jak je kdo slavil, jak je budeme slavit tady a tak. Tak si pak vzpomenou na to, když byli mladí a barvili třeba vajíčka a tak. Je to různý. Oni všeobecně mají rádi to povídání, potřebují vidět ten zájem, že o ně někdo stojí. Pak je tady hodně oblíbený pečení a vaření. Takže to taky děláme. Máme tu hlavně ženy, tak to si vždycky vzpomenou, že to dělali. Tak třeba když má někdo narozeniny, tak pečeme společně dorty. Je to takový hezký. Pak je společně sníme, to je taky hodně oblíbená činnost. Jo ještě sem jezdí skupina, která tu hraje dechovky, to se vždycky sejdeme v jídelně, kdo chce tak zpívá taky, kdo nechce, tak jen poslouchá. Lidi to mají rádi. Někdy se stane, že někdo vstane a začne i tancovat. To je pak takový veselejší a uvolněnější atmosféra.

Pak tady děláme canisterapii, občas sem jezdí paní s pejskem, to je pak dobrý i u těch těžších stupňů, u těch imobilních, můžou si je pohladit, to mají rádi. Vždycky se jim rozzáří oči. No... a máme tady dva zakrslý králíky, takže o ty se klienti můžou starat, hladit je...samozřejmě kdo chce. Dávají jim třeba mrkev a tak. Nebo si s něma povídaj. No a pak andulky, na ty se chodí dívat.

No...a co dál...vzhledem k té nemoci musíme i nějak procvičovat tu paměť neustále. Takže luštíme křížovky, nebo hrajeme slovní fotbal, jo aby se ta slovní zásoba neustále udržovala. A taky je důležitý je nějak udržovat v kondici, jako ve fyzické. Takže cvičíme, většinou na židly, provádíme nějaké cviky. Musíme je vždycky předvést, třeba řekneme, že budeme protahovat pravou ruku a u toho to ukazujeme a klienti je po nás opakují. Nebo se snažíme chodit i na ty procházky, ale to zase nemáme tolik personálu. Ale někdy, když je teplo a dost lidí na směně tak jdeme. Uděláme okruh po vesnici.

**T: V čem vidíte význam aktivizace, v čem je pro klienty nejvíce důležitá?**

**R1:** No tak asi se cítí ještě k něčemu, jsou užiteční...třeba když se peče ten dort, tak to jsou rádi, že se to povedlo zrovna jim, že se na tom mohli podílet. Třeba správně vyšlehat bílky. Mají pocit, že taky k něčemu jsou. Pochválíme je, tak jsou pak šťastní. Je to důležitý jim to říkat, když se jim něco povede...No, vliv to má určitě i na to, že se ta nemoc nějakým způsobem zpomalí. Jo, že třeba to není tak rychlý ten průběh, jsou v té fázi demence trošku dýl, než to přejde do té horší. No a určitě to má vliv i na to, aby byli ještě nějakou tu dobu mobilní, což my chceme a snažíme se tu mobilitu podporovat. Třeba není úplně žádoucí, dělat věci za ty klienty, když to sami zvládnou. Jo, někdy to trvá sice déle, někdy se to úplně nepovede, takže to zabere víc času, než kdybychom to udělali za ně.

*Handwritten notes:*

- SKUPINOVÉ (circled 1)
- POVÍDÁNÍ SI
- SKUPINOVÉ (circled 1)
- VÁŘENÍ, PEČENÍ
- SKUPIN (circled 1)
- MUZIKOTER.
- POHYBOVÁ
- SKUPINOVÉ (circled 1)
- ZOOTERAPIE
- SKUPINOVÉ (circled 1)
- PAMĚŤ
- POHYBOVÉ
- UDRŽENÍ PSYCH. POHODY (circled 2)
- UDRŽENÍ KOGNITIVNÍ (circled 2)
- UDRŽENÍ AKTIV. ZÁJEM (circled 2)
- UDRŽENÍ MOBILITY (circled 2)

1. SKUPINOVĚ

To není ale žádoucí. Musí si prostě pořád zachovávat nějakou tu soběstačnost, pokud tam je teda. To se teda dá dělat i u těch imobilních... Takže v tom vidím ten smysl té aktivizace.

Udržení mobility

T: Probíhá aktivizace více individuálně, nebo skupinově?

R1: No řekla bych tak půl na půl, možná trošičku více skupinově. Protože je nás tu málo, ale určitě menší skupinky jsou lepší, protože pak když jsou velké skupiny, tak se to nedá zvládat. Takže hodně mají individuální přístup. Ale máme omezený čas na to se jim věnovat individuálně. Ale individuálně se určitě věnujeme klientům u lůžka. To děláme tu bazální stimulaci.

BAZÁLNÍ STIMULACE

1. INDIVIDUÁLNĚ

T: Která aktivizační činnost má u klientů největší úspěch, kterou mají nejradši?

R1: No tak určitě když přijdou děti ze školky, máme tady spolupráci. Ty děti mají hrozně rády. To je tady vždycky slzavé údolí. Je to pro ně dojemné když ty děti, jak třeba hrajou nějakou pohádku, nebo když zpívají. To se občas neubráním slzám ani já. Zvířata tak půl na půl, to je i v běžném životě že, že někdo má rád zvířata a někdo ne. A určitě ty běžný denní činnosti jako louskání oříšku před vánocema. Jo, a povídání u toho, nebo prostě ten individuální přístup, když třeba ženskem natočíme vlasy, namalujeme je. Nalakuje jim nehty, tak to prostě taky pak se cítí jak dámy.

KULTURNÍ AKCE

ZOOTHERAPIE

DLE PŘÁNÍ KLIENTA

1. SKUPINOVĚ

1. INDIVIDUÁLNĚ

T: Existují nějaké překážky, které by bránily v aktivizaci?

R1: Tak určitě, někdy je nedostatek personálu Jo takže asi to, a nevím někdy málo času. Nedostatek personálu, tak. Pak je taky překážka, když má třeba klient špatnou náladu jo, samozřejmě za to nemůže, ale prostě to překáží. Tak se to snažíme odbourat, no... někdy jsme úspěšní, jindy zase ne. To tak je.

Nalada klienta

T: Je aktivizace u klientů přijímána vždy pozitivně, nebo se stane, že klienti aktivizaci i odmítají?

R1: Jo někdy nechtějí, někdy říkají „nechte mě sedět“. Chtějí se třeba dívat jen na televizi. Jsou takový dny, tak prostě se splní to přání a nepřemlouvají se že. To nemá cenu je do něčeho nutit, pak by byli akorát naštvaní a to by bylo ještě horší. To je jak v běžném životě, mě se taky kolikrát nechce někam jít, tak jsem doma. To střídání nálad tu je, je to celkem běžný, ale většinou je to jen krátkodobý.

NALADA KLIENTA

NALADA KLIENTA

3. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ AKTIVIZACI

T: Jaké emoce u klientů při aktivizaci převládají?

R1: Tak někdy, někdy si vlastně vzpomenou, takže jsou i smutní, že jako brečeš, když si vzpomenou na nějakou písničku, která jim hrála na svatbě třeba, jo nebo když prohlížeš fotky starý, tak vidí ty děti tak taky brečí a někdy zase naopak mají radost, že se jim třeba povedla bábovka.

T: Jak často je aktivizace u klientů prováděna?

R1: Tak aktivizujeme každý den, ale nemá samozřejmě každé tu aktivizaci každé den, to se nedá zajistit. Ačkoliv bychom moc chtěli, tak to prostě nejde, je nás tu prostě málo, ale zase na druhou stranu, je fakt, že je tu málo i těch klientů, takže je známe fakt velmi důkladně, to je třeba výhoda oproti těm velkým domovům.

3  
FAKTORY  
OVLIVŇUJÍCÍ  
AKTIV.  
KLIENTOVA  
OSOBNOST

NEDOSTATEK  
ČASU

T: Spolupracujete i s rodinou klientů?

R1: S rodinou se spolupracuje hned u příjmu, vlastně dají nám životní příběh, abychom tu uživatelku, nebo uživatele lépe poznali. Mohli podle toho nastavit individuální plán. Je potřeba vědět i to, že paní nemá ráda třeba psy, tak abychom se vyvarovali toho kontaktu se psem. Tak určitě takhle, nebo když mají narozeniny, tak určitě je umožněno té rodině si to tady oslavit, třeba v jídelně nebo v obýváčku.

3  
FAKTORY  
OVLIVŇUJÍCÍ  
AKTIV.  
KLIENTOVA  
OSOBNOST

Ale každá rodina samozřejmě nejeví zájem, jezdí třeba jen jednou ročně, protože bydlí daleko. No, snažíme se teda získat, alespoň ten životní příběh. Abychom právě toho klienta lépe poznali. No upřímně, někdy mi přijde, že sem ta rodina třeba svoji maminku prostě dá, aby se o ně nemuseli starat. Jo to je pak smutný, přitom jsou třeba v té lehké fázi ještě.

ZNALOST  
KLIENTA  
ZOOTERAZIE

ZNALOST  
KLIENTA

T: Změnila byste něco v rámci aktivizace ve vašem zařízení?

R1: Ehm tak určitě, ale určitě to není možný z toho personálního hlediska. Takže by to chtělo víc toho personálu. Je prostě malej časovej prostor v to dopoledne no. Je po snídani a pak hned je oběd, když je nějaká větší akce, tak nás honí čas a to by mělo být v klidu všechno. A my tu jsme právě jen do půl třetí. Ale jako nestěžuju si, my to vždycky nějak zvládnem to zase jo, mohlo by být i hůř.

3  
NEDOSTATEK  
PERSONÁLU

Nedostatek  
času

T: Máte dostatek pomůcek, materiálu či prostoru na provádění aktivizace?

R1: Tak pomůcek, to jsme si tak sami kdovíco našli, myslím si, že je toho hodně i na internetu. Prostor tady taky je, hlavně teda máme tady zahradu, která je velká, takže můžeme klienty v létě vyvést i na čerstvý vzduch což je super. No a navíc jsme na vesnici, takže je tady i krásnej vzduch.

4  
Aktivizač prac  
- party z povolení

pomůcky  
k aktivizaci

T: Umožňuje vám zaměstnavatel se nějak dále vzdělávat v oblasti aktivizace?

R1: Jo, to máme 24 hodin školení za rok, takže si můžem i vybrat co by nás třeba zajímalo. Nebo i stáže, byli jsme se podívat i do jinýho zařízení.

4  
pocity z povol.

dalsi 'vzdelavani'

T: Jak vnímáte svoji práci, baví vás?

R1: No...někdy je to těžké, ale určitě baví. Jo určitě baví. Dřív jsem chodila do práce, která mě nebavila, a to bylo strašný, sem chodím ráda, máme tady dobrej kolektiv, což je určitě tím, že je to tady malý zařízení, všichni se tady známe, scházíme se i po práci.

4  
pocity z povolání

- užít si  
a radost  
z práce

No a co se týče té náplně práce tady, tak je to různý, není to pro všechny asi...asi někdo kdo je netrpělivý tak by tohle dělat nemohl. Myslím si, že práce s lidmi je obecně hodně náročná, psychicky hlavně. Taky třeba...jelikož jsou tu lidé staršího věku, tak nám tu i umírají, tak to je taky těžký, protože přece jenom člověk si k nim nějaký vztah vytvoří, když tu jsou dlouho. A pak je to smutný, když odejdou....

4.  
pocit  
z povolení

Užitčnost  
a radost  
z práce

**T: Co vám práce přináší?**

**R1:** Tak určitě nějaký smysl, že můžu těm lidem pomoc...nebo být s něma, když nemůžou být doma. Je to pak moc pěkný pocit, když vás třeba pohládí, nebo tak. Snad to nezní jako kliše teda.

4.  
pocit  
z povolení

Užitčnost a  
radost z práce

**T: Dobře, děkuji za váš čas.**