

Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou: nové přístupy a metody

Bc. Zuzana Novosádová

Diplomová 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 DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Bc. Zuzana Novosádová
Osobní číslo: H190773
Studijní program: N0111A190013 Sociální pedagogika
Forma studia: Prezenční
Téma práce: Aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou: nové přístupy a metody

Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti Alzheimerovy nemoci, nefarmakologických aktivizačních přístupů v léčbě demence a sociálních služeb pro osoby s demencí.

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

Realizace kvalitativního výzkumu formou hloubkového rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

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

JANEČKOVÁ, Hana a Hana ČÍŽKOVÁ, 2021. Reminiscence známá i neznámá: v rodině, v nemocnici, ve škole i v obci. V Praze: Pasparta. Pomoc blízkým. ISBN 978-80-88290-81-0.

MALÍKOVÁ, Eva, 2020. Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262.

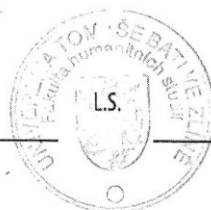
ZVĚROVÁ, Martina, 2017. Alzheimerova demence. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0561-8.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Jana Martincová, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **9. prosince 2021**

Termín odevzdání diplomové práce: **22. dubna 2022**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



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

Ve Zlíně dne 9. prosince 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně20.4.2022

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 nevýdělečně 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 chybtýjícího 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 é 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

Diplomová práce se zabývá aktivizačními metodami a přístupy pro seniory s Alzheimerovou chorobou v domovech se zvláštním režimem. V teoretické části je vymezena Alzheimerova choroba, včetně jejích příznaků, průběhu a stádií. Dále jsou uvedeny jednotlivé nefarmakologické aktivizační metody a přístupy. V poslední kapitole teoretické části jsou vymezeny domovy se zvláštním režimem. Cílem výzkumu je prozkoumat aktivizační metody a přístupy pro seniory s Alzheimerovou chorobou využívané v domovech se zvláštním režimem. V kvalitativním výzkumu proto prostřednictvím hloubkových polostrukturovaných rozhovorů zjišťujeme jejich průběh, možnosti a limity a význam, který v nich aktivizační pracovníci spatřují.

Klíčová slova: Alzheimerova choroba, aktivizace, aktivizační metody, senior, aktivizační pracovník, domov se zvláštním režimem.

ABSTRACT

The master's thesis is concerning activation methods and approaches applied to elderly with Alzheimer's disease in home for the elderly. The theoretical part of this work defines Alzheimer's disease, including its symptoms, progression and stages. Furthermore, individual non-pharmacological activation methods and approaches are introduced. The last chapter of the theoretical part covers the home for the elderly. The aim of the research is to examine the activation methods and approaches used in the home for the elderly. A qualitative information-gathering method is therefore used for in-depth semi-structured interviews to capture the process, possibilities, limitations and the meaning that the activation workers see in their daily interventions in home for the elderly.

Keywords: Alzheimer's disease, activation, activation methods, senior, activation worker, home for the elderly.

Děkuji Mgr. Janě Martinové, Ph.D. za vedení diplomové práce. Cením si veškerých rad, nápadů a doporučení, které mi byly přínosem.

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

OBSAH

| | |
|---|-----------|
| ÚVOD | 10 |
| I TEORETICKÁ ČÁST | 11 |
| 1 ALZHEIMEROVA CHOROBA | 12 |
| 1.1 PŘÍZNAKY ONEMOCNĚNÍ..... | 13 |
| 1.2 PRŮBĚH A STÁDIA NEMOCI | 16 |
| 2 NEFARMAKOLOGICKÉ AKTIVIZAČNÍ METODY A PŘÍSTUPY V LÉČBĚ ALZHEIMEROVY CHOROBY..... | 19 |
| 2.1 REMINISCENČNÍ TERAPIE | 19 |
| 2.2 BIBLIOTERAPIE..... | 20 |
| 2.3 UMĚLECKÉ TERAPIE | 21 |
| 2.4 ZOOTHERAPIE..... | 25 |
| 2.5 SNOEZELLEN TERAPIE | 26 |
| 2.6 KONCEPT SMYSLOVÉ AKTIVIZACE..... | 27 |
| 2.7 VYUŽITÍ TERAPEUTICKÝCH PANENEK | 29 |
| 2.8 VALIDAČNÍ TERAPIE | 30 |
| 2.9 KONCEPT BAZÁLNÍ STIMULACE..... | 32 |
| 2.10 KOGNITIVNÍ TRÉNINK-REHABILITACE..... | 33 |
| 2.12 ERGOTERAPIE | 34 |
| 3 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM | 36 |
| II PRAKTICKÁ ČÁST..... | 37 |
| 4 METODOLOGIE VÝZKUMU | 38 |
| 4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM | 38 |
| 4.2 VÝZKUMNÉ CÍLE | 40 |
| 4.3 VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 40 |
| 4.4 POJETÍ VÝZKUMU | 41 |
| 4.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR A STRATEGIE PRO PŘÍSTUP KE ZKOUMANÉMU SOUBORU | 41 |
| 4.6 VÝZKUMNÝ NÁSTROJ | 42 |
| 4.7 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT | 43 |
| 5 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT | 44 |
| 5.1 OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ..... | 44 |
| 5.2 AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ | 70 |
| 5.3 SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ | 70 |
| 5.4 INTERPRETACE DAT | 72 |
| 5.5 DISKUSE | 75 |

| | |
|--|-----------|
| ZÁVĚR | 76 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 77 |
| SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK..... | 81 |
| SEZNAM OBRÁZKŮ..... | 82 |
| SEZNAM TABULEK | 83 |
| SEZNAM PŘÍLOH | 84 |

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá aktivizačními metodami a přístupy pro seniory s Alzheimerovou chorobou v domovech se zvláštním režimem. Alzheimerova choroba je předmětem výzkumu z toho důvodu, že je jedním z velice aktuálních problémů vzhledem k růstu počtu seniorů dožívajících se čím dál tím vyššího věku, s čímž souvisí i růst počtu diagnóz této nemoci. To klade zvýšené nároky na zdravotní a sociální péči. Důvodem pro výběr výzkumu zaměřeného na problematiku aktivizačních metod a přístupů u této cílové skupiny je poměrně krátká tradice zkoumání a nedostatek kvalitních výzkumných důkazů o efektivitě nefarmakologické léčby. Alzheimerova choroba je nevyléčitelná nemoc, avšak vhodné využití nefarmakologických aktivizačních metod a přístupů spolu s farmakologickou léčbou může vést ke zlepšení, udržení nebo zpomalení průběhu nemoci a ke zlepšení kvality života.

Teoretická část diplomové práce začíná vymezením Alzheimerovy choroby, jejích příznaků, průběhu nemoci a jejími stádii. Zmiňujeme příčiny nemoci, prevenci a léčbu. V rámci kapitoly zabývající se Alzheimerovou chorobou zmiňujeme i syndrom demence. V další kapitole jsou uvedeny jednotlivé nefarmakologické aktivizační metody a přístupy, na které budeme navazovat v naší praktické části. V poslední kapitole teoretické části jsou vymezeny domovy se zvláštním režimem.

V praktické části je představen kvalitativní výzkum prováděn hloubkovými polostrukturovanými rozhovory s aktivizačními pracovníky domovů se zvláštním režimem. Hlavním cílem výzkumu je prozkoumat nové aktivizační metody a přístupy pro seniory s Alzheimerovou chorobou. Dílčími cíli se zaměřujeme na průběh aktivizačních metod a přístupů, které jsou v domovech se zvláštním režimem využívány, na porozumění významu, který v aktivizačních metodách a přístupech pro osoby s Alzheimerovou chorobou spatřují aktivizační pracovníci domovů se zvláštním režimem a odkrytí možností a limitů souvisejících aktivizačními metodami a přístupy v domovech se zvláštním režimem. Výzkum je uskutečněn za pomoci výzkumného designu zakotvené teorie. Ke zpracování dat je dále využita obecná kvalitativní strategie, kterou je analytická indukce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

Alzheimerovu chorobu poprvé popsal v roce 1906 německý psychiatr a neuropatolog Alois Alzheimer. V té době publikoval obdobný výzkum i psychiatr a neuropatolog Oskar Fisher. Tento výzkum ale po publikování upadl na několik let v zapomnění. (Zvěřová, 2017)

Alzheimerova choroba se objevuje převážně ve stáří a její výskyt s věkem stoupá. Kumar a kol. (2018) ve své publikaci uvádí výskyt této choroby u 3 % populace ve věku mezi 65 až 74 lety. Mezi lety 75 až 84 se zvyšuje výskyt choroby na 19 % a po 85. roce věku je průměrný výskyt této nemoci v populaci až 47 %.

Jedná se o „závažné progresivní a ireverzibilní neurodegenerativní onemocnění, které zasahuje do života celé pacientovy rodiny.“ (Zvěřová, 2017, s. 10) Hauke a kol. (2017, s. 23) popisuje Alzheimerovu chorobu jako „závažné dlouhotrvající onemocnění, které prochází několika fázemi, kdy se postupně rozvíjí a zhoršuje syndrom demence.“ Ten je projevem již pokročilého onemocnění. Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou syndromu demence. Až dvě třetiny všech případů demence je zapříčiněno právě Alzheimerovou chorobou. (Hauke a kol., 2017)

Pro přiblížení si demenci vymežíme. Demence je syndrom zapříčiněn poškozením nebo onemocnění mozku. (Pidrman, 2007) Jedná se o progresivní onemocnění s typickým poklesem kognitivních funkcí, jež snižuje soběstačnost člověka, znesnadňuje každodenní běžné aktivity a zapojení do společenského života. (Šáteková, 2021) Rozvoji demence předchází tzv. mírná kognitivní porucha. Ta asi u jedné třetiny postižených nepřechází do demence. Jedná se však o významný rizikový faktor. Příznaky demence se dělí do tří kategorií, a to narušení kognitivních funkcí, narušení aktivit běžného života a poruchy chování. U osob se syndromem demence je nejvýznamněji narušena paměť a intelekt, dále pak soudnost, myšlení, orientace, řečové schopnosti, pozornost a motivace. U člověka se objevují poruchy emotivity, chování, poruchy osobnosti a možné psychotické poruchy, přičemž vědomí člověka zůstává zachováno. (Pidrman, 2007) Demence se v prvotním stádiu projevuje postižením kognitivních a exekutivních funkcí, v další fázi onemocnění se přidávají poruchy nekognitivních funkcí jako jsou behaviorální, psychotické poruchy a poruchy aktivit běžného života, což pokračuje dezintegrací osobnosti. Prohlubující syndrom demence přináší také obrovskou zátěž pro pečovatele. (Zvěřová, 2017)

Pro přiblížení Alzheimerovy choroby je potřeba si dále vymežit příčiny vzniku této nemoci, prevenci a léčbu. Příčiny vzniku této choroby nejsou dosud známé. Nejvýznamnějším

rizikovým faktorem vzniku je věk, poté genetické faktory a vlivy prostředí. Dalším rizikovým faktorem je ženské pohlaví, nízký stupeň dosaženého vzdělání, vysoký cholesterol, obezita, kouření, alkohol, deprese, stres, úzkosti, špatná životospráva nebo nedostatek pohybu. (Pidrman, 2007)

Prevenčí vzniku Alzheimerovy choroby je především zdravý životní styl založený na aktivním způsobu života, duševní aktivitě, sebevzdělávání, omezení nebo absenci kouření a požívání alkoholu, příjmu zdravé, pestré a vyvážené stravy, přiměřené fyzické aktivitě a udržování sociálních kontaktů. Významným preventivním faktorem vzniku tohoto onemocnění je trénink paměti. (Fertal'ová, Ondriová, 2020)

Léčba Alzheimerovy choroby kombinuje farmakologické a nefarmakologické přístupy, které na sebe navazují a vzájemně se doplňují. Tyto přístupy mohou zlepšit, udržet nebo zpomalit průběh onemocnění a zvýšit kvalitu života klienta. Alzheimerova choroba je však nevyléčitelná. (Zvěřová, 2017; Fertal'ová, Ondriová, 2020) Včasná diagnóza se zahájením léčby však zvyšuje pravděpodobnost k delšímu udržení celkového zdravotního stavu a k oddálení ztráty soběstačnosti. To vede k delšímu setrvání v přirozeném domácím prostředí. (Hauke a kol., 2017)

Alzheimerova choroba postihuje kromě nemocné osoby také celou její rodinu. Péče o nemocného seniora představuje pro pečovatele dlouhodobý stres a obrovskou zátěž, a to jak psychickou, tak ekonomickou. U pečovatelů se v důsledku toho mohou vyskytovat deprese, zvýšená nemocnost a snížená kvalita života. To má dále negativní dopad na péči o nemocného. Neovládání stresové situace může zhoršit psychický stav nemocného. Ten pak bývá v pokročilejších stádiích, kdy rodinní příslušníci již péči nezvládají, umístěni do institucionální péče. (Zvěřová, 2017)

V této kapitole jsme si definovali syndrom demence a Alzheimerovu chorobu. Uvedli jsme si příčiny vzniku, prevenci a léčbu nemoci. Přiblížili jsme si také zátěž, kterou Alzheimerova choroba představuje pro pečující osoby.

1.1 Příznaky onemocnění

U osob s Alzheimerovou chorobou dochází k úbytku neuronů a jejich synapsí, a tím k atrofii mozku. (Mlýnková, 2017) Osoby s Alzheimerovou chorobou mají oproti zdravým lidem určité změny v mozkové tkáni. Ty mají vliv na neurodegenerativní změny člověka. Jedná se

o přítomné amyloidové plaky a neurofibrilární klubíčka s tau-proteinem. Typické je snížení počtu neuronů a synapsí v mozkové kůře. (Fertal'ová, Ondriová, 2020; Zvěřová, 2017) Poruchy probíhají na úrovni kognitivních funkcí, vyskytují se poruchy osobnosti a chování a poruchy aktivit denního života a psychotické poruchy. (Zvěřová, 2017)

K významnému zhoršení u těchto osob dochází v oblasti kognitivních funkcí, především paměti. To se projevuje v běžných denních činnostech, kdy nemocný něco přehlédne, zapomene nebo se ztratí v posloupnosti jednotlivých kroků činnosti. Nejdříve se zhoršuje paměť krátkodobá, poté i dlouhodobá. Jedinec má problémy se všípením i vybavováním uložených informací. Uložené informace, které jsou emotivně výrazné zůstávají v paměti po delší dobu. Nejdéle uchovány zůstávají střípky vzpomínek z dětství. Mezi další příznaky onemocnění řadíme ztrátu mechanických dovedností. Jedinec přestává ovládat běžné elektrické spotřebiče a vrací se ke starším způsobům, např. místo vysávání se vrací k zametání, namísto praní v pračce pere v ruce atd. Poté postupně ztrácí i základní sebeobslužné dovednosti, např. neví, jak se používá příbor, jak se obléct atd. To vede ke ztrátě soběstačnosti. Také se objevuje ztráta časoprostorové orientace a potíže v komunikaci. Jedinec ztrácí slovní zásobu, komunikační schopnosti a dovednosti a schopnost porozumět ostatním. V pokročilém stádiu onemocnění již komunikuje verbálně jen prostřednictvím jednoho slova nebo slovního spojení. S prohlubující demencí se dále uchyluje k neverbální komunikaci. V této fázi je důležité, aby pečovatel použil vhodnou neverbální komunikaci využívající tónu hlasu, jeho zabarvení, výšky a intonace. Dalším příznakem onemocnění jsou změny osobnosti. Mění se povahové rysy a emotivní reakce osoby. Jedinec často ztrácí kontrolu nad svými emocemi. Ty postupně vyhasínají až do emoční oploštělosti. V oblasti sociálních dovedností jedinec ztrácí povědomí o společenských pravidlech chování. (Hauke a kol., 2017)

S poruchou kognitivních funkcí souvisí také změny v chování, které začínají ve druhé fázi onemocnění. Objevuje se problémové chování jako je agresivita a agitovanost, podezíravost, bloudění nebo hromadění věcí. To bývá často provázáno psychickými změnami jako jsou změny nálad, úzkosti nebo deprese. (Hauke a kol., 2017) Z oblasti psychotických poruch se u osob s Alzheimerovou chorobou objevují bludy a halucinace. (Zvěřová, 2017)

Pokud je to možné, pečovatel by měl nejprve zkusit eliminovat projevy problémového chování nefarmakologickou cestou. Mnohé problémové chování často mívá pro svůj vznik logické odůvodnění. Pracovník mu může předcházet nebo lépe zvládat svými nabytými znalostmi a vědomostmi ohledně Alzheimerovy choroby. Svou neznalostí této problematiky

může naopak zapříčinit vznik takového chování. Problémové chování může být zapříčiněno například nenaplněnými potřebami. Jestliže člověk nemá možnost naplnit své potřeby, hledá kompenzaci jejich naplnění v alternativní cestě, která se pracovníkům může jevit jako problémové chování. Příkladem mohou být odchody ze zařízení jako reakce na nenaplněnou potřebu bezpečí nebo neustálé vzpomínání a hovoření o svých úspěších z minulosti jako reakce na nenaplněnou potřebu seberealizace. (Hauke a kol., 2017)

Verbální i fyzická agresivita se neřadí mezi typické projevy onemocnění. Je zapříčiněna především nevhodným přístupem a péčí. Agresivitou může klient reagovat na situace, kterým nerozumí. Agresivita také může být prostředkem prosazování vůle, kdy klient tímto způsobem reaguje na nadměrné množství podpory pečující osoby nebo na nedostatečný prostor pro rozhodování o vlastní osobě. Další příčinou mohou být změny prostředí nebo pečující osoby, kdy klient ztrácí pocit bezpečí a jistoty. Agresivní chování může být také výsledkem nevhodné komunikace s klientem, kdy pečující upozorňuje na jeho chyby a neschopnost místo na jeho možnosti a schopnosti. (Hauke a kol., 2017)

Další změnou v chování je podezřívavost. Časté jsou paranoidní představy klientů a jejich přesvědčení o krádežích ze strany pečujících nebo jiných osob. Tomuto chování většinou nelze předejít. Osobě s Alzheimerovou chorobou také nelze vysvětlit, že její představy jsou mylné. V takovém případě není vhodné podezření vyvracet. Pečující by se měl naopak zajímat o to, co se podle klienta stalo, vyjádřit mu podporu a důvěru a hledat možné východisko. (Hauke a kol., 2017)

Častým problémem je také bloudění a odchody z domova. Tento problém může být zapříčiněn časovou a místní dezorientací klienta. Klient se vrací do svého mládí a zapomíná, že již bydlí jinde. Může tak hledat svůj domov. Další příčinou může být nenaplněná potřeba bezpečí nebo osamělost. Ne vždy je možné zjistit nebo odstranit příčinu bloudění. Řešením je uzpůsobení prostoru pro bezpečný pohyb a neustálý dohled nad klientem. (Hauke a kol., 2017)

V této kapitole jsme si vymezili příznaky onemocnění. Uvedli jsme si, k jakým změnám u osob s Alzheimerovou chorobou dochází na fyziologické úrovni v mozkové kůře, uvedli jsme si změny na úrovni kognitivních funkcí, dále vyskytující se poruchy osobnosti a chování, poruchy aktivit denního života a psychotické poruchy.

1.2 Průběh a stádia nemoci

Alzheimerova choroba má dvě formy. Onemocnění s časným začátkem, tzv. presenilní, které se objevuje před 65. rokem věku a onemocnění s pozdním začátkem, tzv. senilní, které se objevuje po 65. roce věku. Průběh těchto dvou forem se od sebe může lišit. Onemocnění s časným začátkem, které bývá často geneticky podmíněno, může mít průběh rychlejší, zatímco Alzheimerova choroba s pozdním začátkem začíná velice pomalým tempem. (Fertal'ová, Ondriová, 2020; MKN-10, 2020) Celkový průběh nemoci je však velice individuální. Nemoc u každého postupuje jiným tempem, má odlišnou délku i projevy. (Mlýnková, 2017) První příznaky se objevují postupně a jsou zatím viditelné jen v malé míře, čímž často dochází k jejich přehlédnutí nebo k jejich mylnému přisuzování vyššímu věku osoby. Nemoc však začíná ještě před objevením prvních příznaků. Jedinec využívá svých funkčních rezerv a kompenzačních mechanismů, které viditelné příznaky skryjí. (Fertal'ová, Ondriová, 2020; Zvěřová, 2017) Každý lidský organismus má tzv. funkční rezervu, která představuje nevyužitou kapacitu orgánů těla. Ta je využívána při zvýšené zátěži jako je stres, nemoc atd. (Kubešová, 2006) Po jejich vyčerpání zaznamenává první změny většinou rodina nebo nejbližší okolí jedince než jedinec samotný. (Fertal'ová, Ondriová, 2020; Zvěřová, 2017) Nemocný dále prochází třemi stádii podle stupně demence, lehkým, středním a těžkým stupněm.

Lehké stádium

V tomto stádiu jsou výrazněji postiženy kognitivní funkce. Dochází především k poruchám krátkodobé paměti. Nemocný má zhoršenou schopnost vštěpovat si nové informace do paměti a dále je reprodukovat, což má za následek časté opakované dotazy nebo hledání osobních věcí. Může také docházet k zapomínání nebo zaměňování jmen blízkých osob a poruše orientace v méně známém prostředí. Nemoc se začíná projevovat také v psychické a behaviorální rovině. Jedinec ztrácí zájem a motivaci k činnostem, které měl rád, je méně aktivní až apatický. Může se však objevovat i naopak agresivní chování zapříčiněné uvědomováním si ztráty vlastních schopností. Běžně se vyskytují i poruchy nálad, deprese a úzkosti. I přes občasné poruchy běžných denních činností nebo poruchy logického myšlení je však člověk stále soběstačný. V tomto stádiu by mělo dojít k diagnóze nemoci a ke zvolení vhodné léčby, prostřednictvím které lze progresi onemocnění ještě zmírnit nebo pozastavit. (Fertal'ová, Ondriová, 2020; Jiráček, 2013)

Střední stádium

Ve středním stádiu dochází k závažné poruše paměti. Člověk již skoro není schopen si informace vštípit, zafixovat do paměti, a poté je reprodukovat. Nemocnému dělá problém vybavit si základní informace o sobě samém a jeho blízkých. Zapomíná vlastní datum narození, bydliště nebo jména svých dětí. Člověku upadá schopnost logicky uvažovat. (Fertal'ová, Ondriová, 2020) Výrazně zhoršená je také schopnost časové a prostorové orientace. Nemocný se již ztrácí ve známém prostředí a v neznámém prostředí bezcílne bloudí. (Mlýnková, 2017) Dochází také ke snížení soběstačnosti jedince. Nemocný má problém s běžnými denními činnostmi jako je schopnost zvolit si adekvátní oblečení nebo schopnost obsluhy jednoduchých domácích spotřebičů. (Jiráček, 2013) To vyžaduje nutnost neustálého dohledu, podpory a pomoci při sebeobslužných činnostech. (Fertal'ová, Ondriová, 2020) Prohlubuje se ztráta zájmů a apatie. Problémová je také komunikace s okolím, kterou komplikuje snížení slovní zásoby, neschopnost porozumět sdělenému obsahu nebo řečové poruchy jako je afázie, apraxie nebo ataxie. To často vede k sociální izolaci těchto osob. (Fertal'ová, Ondriová, 2020; Jiráček, 2013) Psychologické a behaviorální poruchy zmíněné v předchozím stádiu se prohlubují a přidávají se k nim poruchy spánku, poruchy vnímání, bludy nebo halucinace. Mohou se také objevovat problémy s inkontinencí. (Jiráček, 2013) V tomto stádiu onemocnění má na celkový stav člověka významný vliv nefarmakologická léčba a aktivizace. (Fertal'ová, Ondriová, 2020)

Těžké stádium

V tomto stádiu onemocnění jsou vážně postiženy kognitivní funkce. U nemocného dochází k úplné ztrátě paměti. Jedinec si již nedokáže cokoli zapamatovat a nepoznává své blízké. Vybavit si je schopen pouze částečné dříve vštěpené vzpomínky. (Fertal'ová, Ondriová, 2020; Zvěřová, 2017) V těžkém stádiu onemocnění je osoba časoprostorově dezorientovaná, a to i ve svém bytě. Nezvládá již smysluplné aktivity ve svém volném čase ani běžné denní činnosti jako je péče o sebe sama, hygiena, oblékání, stravování a dodržování pitného režimu. Tím se stává zcela závislá na okolí. Jedinec má menší pocit hladu, žízně a bývá inkontinentní. Může se zhoršovat problémové chování. (Jiráček, 2013) Jedinec v této fázi komunikuje velice omezeně, má sníženou slovní zásobu. (Mlýnková, 2017) Později dochází i k poruchám motorických funkcí, které mohou vést až k imobilitě osob. (Jiráček, 2013) Poruchy motorických funkcí s sebou přináší také vysoké riziko pádů, což se často stává i důvodem úmrtí osob s Alzheimerovou chorobou. (Zvěřová, 2017) Alzheimerova nemoc končí smrtí, přičemž její trvání od počínajících příznaků je v průměru 7 až 10 let,

u presenilní formy nemoci s genetickým základem to mohou být 3 roky. (Fertal'ová, Ondriová, 2020) Farmakologickou a nefarmakologickou léčbou lze toto období prodloužit a vývoj trochu zpomalit. (Zvěřová, 2017)

V této kapitole jsme si uvedli průběh a stádia nemoci, kterými osoba s Alzheimerovou chorobou prochází. K jednotlivým stádiím jsme uvedli příznaky, které se u těchto osob postupně objevují.

2 NEFARMAKOLOGICKÉ AKTIVIZAČNÍ METODY A PŘÍSTUPY V LÉČBĚ ALZHEIMEROVY CHOROBY

Nefarmakologická léčba Alzheimerovy choroby usiluje o co nejdelší udržení schopností člověka, zapojení do běžných denních činností a sociálního života. Cílem je především reedukace prostřednictvím pravidelné aktivizace vedoucí k zachování soběstačnosti, kognitivních schopností, chůze a motoriky, komunikačních schopností a dovedností a ke smysluplnému naplnění volného času. Využívané aktivizační metody je potřeba přizpůsobovat stupni onemocnění. S prohlubující se nemocí se používají čím dál tím jednodušší aktivizační metody a přístupy. Ve výběru aktivizačních metod a přístupů je důležitý také individuální přístup. Vybrané metody a přístupy by měly mít komplexní charakter s pozitivním působením na fyzickou, psychickou stránku a psychosociální kontakty člověka. (Fertal'ová, Ondriová, 2020; Zvěřová, 2017) Jednotlivé aktivizační metody, které jsou zmíněny níže se vzájemně propojují a navazují na sebe.

2.1 Reminiscenční terapie

Pojem reminiscence pochází z latinského slova *reminiscere*, což v překladu znamená vzpomenout si. Reminiscenční terapie se zaměřuje na vybavování vzpomínek, často prostřednictvím různých podnětů a stimulů, které člověku připomínají minulost. Při vyvolávání vzpomínek je vhodné zapojovat všechny smyslové orgány. Mohou se využívat fotografie, vůně, filmy, lidová hudba, tanec, zpěv, dramatický projev atd. Reminiscenční terapie bývá často realizována ve vyhraněném prostoru vybaveném dobovým nábytkem, starými fotografiemi, novinami a dalšími předměty. Při organizaci prostředí by se mělo vycházet ze znalosti časového období, na které senioři vzpomínají, z jejich zážitků a zkušeností, zájmů a životních příběhů. (Janečková, Vacková, 2010)

Existují různé přístupy při práci se vzpomínkami. Reminiscence se využívá k aktivizaci seniora ve volném čase, k nalezení smysluplné činnosti a náplně volného času. Dále se využívá k navození dobré nálady a psychické pohody, na posílení sebeúcty, hrdosti a osobní identity. Prostřednictvím vzpomínek si člověk připomene své silné stránky a životní úspěchy. Utvrdí se v tom, kým byl a kým je. Člověk tak dosáhne osobní integrity a pocitu celistvosti. Další přístup je zaměřen na životní rekapitulaci a proces vyrovnávání se se svým životem a jeho blízkým koncem. Cílem je nalezení smyslu života a životní spokojenosti.

Nejen u tohoto přístupu si může jedinec kromě pozitivních vzpomínek vybavit i vzpomínky negativní a traumatické, se kterými je potřeba se během terapie vyrovnat. Reminiscenci může terapeut zaměřit také k rozvíjení kreativity prostřednictvím participace na společné tvorbě, přičemž se rovněž využívají různé předměty, materiály nebo témata a stimuly vycházející ze vzpomínek z dob mládí jedince. (Janečková, Čížková, 2021; Janečková, Vacková, 2010)

Cílem reminiscence je dále zvyšování kvality života, podpora sociálního kontaktu a začlenění, podpora adaptačního procesu při přechodu z domácí do institucionální péče a zklidnění negativních projevů v chování. Tím, že nahlédneme do jedincovy minulosti, nám může pomoci k pochopení jedincovy přítomnosti, jeho projevů, potřeb a přání. (Janečková, Čížková, 2021; Janečková, Vacková, 2010)

Tato aktivizační metoda je pro osoby s Alzheimerovou chorobou vhodná z důvodu rychle se zhoršující krátkodobé paměti. Jak jsme již zmínili, vzpomínky uložené v dlouhodobé paměti zůstávají déle zachovány. Postupně se však zhoršuje i paměť dlouhodobá. Tímto způsobem tedy můžeme dlouhodobou paměť trénovat pro její delší udržení.

2.2 Biblioterapie

Dalším nefarmakologickým aktivizačním přístupem v léčbě Alzheimerovy choroby je biblioterapie. Ta ke svému terapeuticko-výchovnému působení využívá četbu literatury. Prostřednictvím knih a literárního projevu pozitivně působí na behaviorální složku jedince. Četba knih je vhodná pro osoby v institucionální nebo domácí péči, které se mohou cítit osaměle nebo izolovaně. Poskytuje nové informace, kompenzuje nedostatečně uspokojené kulturní potřeby a nedostatek zážitků. Vzájemné setkávání osob při skupinové biblioterapii navíc uspokojuje sociální potřeby. Biblioterapie dále podporuje pozornost a paměť, komunikační dovednosti, rozvíjí slovní zásobu a vzdělává člověka v daném tématu. U osob s Alzheimerovou chorobou je vhodné využít reminiscenční biblioterapii, která prostřednictvím čteného projevu vyvolává vzpomínky. Jejím cílem je zklidnění, relaxace a orientace na jiné myšlení. Klienti tímto způsobem na chvíli zapomenou na své problémy. Vhodné je využít také edukační biblioterapii v rámci níž se klienti mohou dozvědět více o svém onemocnění a nalézt pocit sounáležitosti. Klientům jsou předávány informace z naučné literatury nebo příběhy osob procházející si podobnou situací. Součástí takového setkání je kromě četby i diskuse. Ta může probíhat buď po skončení četby nebo v jejím

průběhu. Klienti tak mohou sdělovat své připomínky ke čtenému textu, své názory, myšlenky, pocity, vyvstávající vzpomínky, zážitky a asociace, a vzájemně se tím obohacovat. (Klucká, Volfová, 2016)

Jak již bylo zmíněno, u osob s Alzheimerovou chorobou dochází k závažným poruchám kognitivních funkcí. Jejich přirozený, nenásilný trénink prostřednictvím biblioterapie tak vede k jejich udržení. Vidíme zde propojení s metodou kognitivního tréninku, která bude uvedena níže.

2.3 Umělecké terapie

Mezi umělecké terapie řadíme arteterapii, muzikoterapii, dramaterapii a tanečně pohybovou terapii. (Beníčková, 2017)

Arteterapie

Arteterapie v širším slova smyslu propojuje všechny umělecké terapie. Využívá nejen výtvarné umění, ale i tanec, hudbu, divadlo, poezii a prózu. V užším slova smyslu ji můžeme chápat jako terapii výtvarným uměním. Arteterapii můžeme dále dělit na receptivní a produktivní. Receptivní arteterapie je vnímání uměleckého díla za účelem porozumění vlastní osobě, svým pocitů nebo pocitů druhých. Jedinec při ní promítá své emoce do uměleckého díla. Naopak reproduktivní arteterapie představuje využití vlastní tvorby a kreativity. (Šicková-Fabricsi, 2016)

Prvotním cílem není vytvoření uměleckého produktu, čímž arteterapie poskytuje prostor i těm, kteří nemají umělecké vlohy. Důležitý je zde proces tvorby, který v sobě nese profylaktickou a léčebnou funkci. Cílem arteterapie je odstranění nebo zmírnění problémů prostřednictvím sebevyjádření, tvůrčí činnosti, komunikace a zpracování pro člověka důležitého tématu. Arteterapie obohacuje osobnost, integruje, zvyšuje sebevědomí a přináší pocit smysluplnosti. (Šicková-Fabricsi, 2016)

Šicková-Fabricsi (2016) ve své publikaci uvádí potenciál umění v arteterapii. Jsou jimi metaforičnost, schopnost integrace, facilitace komunikace, kanalizace emocí, sublimace a katarze. Tyto charakteristické rysy umění dobře vystihují význam arteterapie. Působení metaforického přirovnání na člověka v rámci arteterapie může ovlivnit například jeho životní postoje nebo hodnoty. Umělecký artefakt v sobě nese určité skryté významy a poselství, o které se člověk může obohatit. Umění můžeme dále chápat jako způsob

neverbální komunikace. Uměleckou tvorbou jsme schopni vyjádřit i to, co slovy nedokážeme. Tvořivý proces může vést v některých případech také k určité katarzi, při níž dochází k vnitřnímu očištění a naplnění. Vcítěním se do zobrazovaného utrpení, vnímáním vyjadřované bolesti a ztotožněním se s dílem může člověku přinést úlevu. Prostřednictvím umění může člověk zažitá traumata nebo negativní emoce také ventilovat, kanalizovat a sublimovat. Dalším potenciálem umění je integrace, a to jak osobní, tak integrace v rámci skupiny.

Muzikoterapie

Muzikoterapie je další obor z již zmíněných uměleckých terapií. Ve svém terapeutickém procesu využívá hudby, zvuků, tónů a dalších hudebních prvků k působení na psychickou, fyzickou, sociální i spirituální rovinu člověka. Prostřednictvím hudby působí na zdraví jedince, kvalitu jeho života, duševní pohodu, na sebepojetí, sebevyjádření, tvořivost, integritu osobnosti, nalezení životního smyslu, rozvíjí kognitivní funkce, komunikaci, mobilitu a sociální vazby. Hudba má vliv na rytmus dýchání, krevní tlak a aktivitu mozku, na náladu člověka, jeho zklidnění nebo stimulaci. To, jak jedinec hudbu prožívá, záleží na melodii, rytmu, tempu, dynamice, barvě tónů, ale také na aktuální náladě, prostředí, temperamentu, našich zkušenostech a asociacích. (Gerlichová, 2020)

Muzikoterapie se dělí podle formy na produktivní a receptivní. Produktivní je zaměřena na aktivity jako je zpěv nebo hra na hudební nástroj, kdy se člověk podílí na tvorbě hudby. Receptivní je zaměřena na poslech živé nebo reprodukované hudby. (Beníčková, 2017)

Mezi metody, které muzikoterapie využívá řadíme hudební improvizaci, hudební interpretaci, receptivní muzikoterapii a kompozici. Hudební improvizace je zcela přirozené a neřízené vyjádření. Jedná se o svobodnou a kreativní tvorbu člověka. Terapeut si u klientů během terapie všimá, jaký hudební nástroj si vybrali, jakým rytmem hrají atd. Pozorně jim naslouchá a citlivě je podporuje. To mu může přinést cenné informace o tom, jak se klienti cítí. Postupně s klientem navazuje neverbální, a poté verbální komunikaci. Cílem hudební improvizace je navázání kontaktu s klientem, vyjádření vlastní osoby, pocitů, přání a myšlenek a rozvoj sociálních dovedností. Další metodou je hudební interpretace, která je založena na přehrání zaznamenaného díla a následném nácviku hudební skladby nebo formy, přičemž se neusiluje o přesnost provedení, ale o konkrétní terapeutické cíle. Prostřednictvím hudební interpretace klient procvičuje jemnou motoriku, pozornost, paměť a komunikační schopnosti. Dále receptivní metody jsou v muzikoterapii založeny na poslechu hudby, kdy poslech je chápán jako stimul vyvolávající určitou reakci. Může

například stimulovat ke hře na hudební nástroj, vyvolávat pohyb, výtvarné vyjádření, verbální vyjádření nebo ticho. Cílem receptivních metod je podpora vnímání, paměti, vzpomínání, fantazie, vyjádření, aktivizace nebo relaxace, rozvoj sluchových a motorických dovedností. V praxi se nejčastěji využívají relaxační techniky. Další metodou je metoda kompozice, která klientům umožňuje kreativně vytvářet vlastní hudbu. Pro kompozici je typické upravení známých písní. (Gerlichová, 2020)

Dramaterapie

Dramaterapie pracuje se zjednodušeným symbolickým vyjádřením svojí osoby za využití verbální i neverbální komunikace prostřednictvím divadelních a dramatických prostředků a tvůrčí činnosti. Bývá realizována spíše ve skupině, čímž podporuje sociální kontakt a začlenění. Dramatické vyjádření rozvíjí sebevědomí, sebepojetí, sebeúctu, podporuje schopnost sebehodnocení a umožňuje proces seberealizace. Vede k prožití emocí, poznání a přijetí sebe sama, svých omezení a možností. K dosažení cíle se využívá prostředků jako je improvizace, mimická a řečová cvičení, dramatická hra, hra rolí, loutková a maňásková hra, pantomima, práce s pohybem, práce s textem, hra podle scénáře, vyprávění mýtů a příběhů a další. Základním prostředkem dramaterapie je především improvizace. Ta odráží aktuální vnitřní stav člověka, umožňuje jeho prožití a vyjádření. Improvizaci můžeme rozlišit na plánovanou, neplánovanou a nepřipravenou. Při plánované improvizaci zná klient krátce před výstupem téma. Je mu dán malý prostor na přípravu, seznámení se s rolí a promyšlení dějové linky. Výsledek představení přesto bývá zcela nepředvídatelný. Při neplánované improvizaci se klient na místě rozhoduje, zda do děje a určité role vstoupí. Nepřipravená improvizace vyplyne z děje zcela přirozeně. Na počátku představení není v plánu terapeuta ani klienta. Dramaterapeut improvizaci řídí. Vstupuje do děje za cílem nalezení alternativ vedoucích k objevení nových perspektiv, rozvíjení rolí, kontrole emocí nebo za cílem intervence při vyplynutí traumat nebo negativních zážitků z dětství. (Valenta, 2021)

Dramaterapie využívaná při práci se seniory s Alzheimerovou chorobou je zaměřená především na stimulaci řeči a podporu komunikačních dovedností, na rozvoj nebo udržení kognitivních funkcí jako je paměť, myšlení, vnímání, podporu koncentrace a schopnosti spolupráce. Důležitým cílem je také dosažení pozitivních prožitků, dobré nálady a duševní pohody. (Nadační fond Señorina, 2022)

Tanečně-pohybová terapie

Taneční a pohybová terapie využívá v rámci svého terapeutického působení pohybu. Je založena na interakci tělesné a duševní složky člověka, tedy těla a mysli, kdy změny na úrovni těla a pohybu mají vliv na změnu myšlení. Pohyb a tanec také představuje komunikační kanál, prostřednictvím něhož jedinec vyjadřuje své emoce. Cílem není zdokonalování pohybu, ale poskytnutí bezpečného prostoru pro prožití přítomného okamžiku, uvědomění si vlastního těla a expresi pocitů. Tato terapie dále umožňuje klientům dosáhnout pocitu integrity a sebedůvěry. Stimuluje motivaci, zlepšuje pohybové schopnosti, motoriku, podporuje rozvoj mezilidských vztahů a stimuluje příjemný pocit ze života. Člověk při pravidelných cvičeních dosahuje kontroly nad svým tělem. Je pro něj uspokojivý, že své tělo ovládá. (Dosedlová, 2012)

Tanečně-pohybová terapie může být individuální nebo skupinová. Pohyb může být improvizovaný nebo řízený terapeutem. Může se uskutečňovat bez hudby nebo za jejího doprovodu. Forma se přizpůsobuje potřebám klientů, a proto je vhodná pro všechny. Využití ji mohou i klienti s omezeným pohybovým aparátem. U těchto klientů je pohyb veden částmi těla, které může ovládat. Tato forma je doplněna také o vizualizaci. Vhodné je využití i relaxačních technik, které odpoutávají pozornost od negativních pocitů nebo místa bolesti klienta. (Dosedlová, 2012)

Tanečně-pohybová terapie využívá různých forem a technik. Jednou z nich je například bazální tanec, který je založen na volnosti a svobodě pohybu. Nemá přesně vymezenou techniku, což klientovi umožňuje spontánně vyjadřovat své pocity nebo konflikty, které není schopen vyjádřit verbálně. Další technikou je autentický pohyb. Ten vychází z nevědomé roviny člověka. Klient má být při této technice otevřený nevědomí, nechat se vést a rozvíjet pohyb podle impulzů vycházejících z jeho nitra. Další je body-ego technika, která využívá například zrcadlení pohybů. Zrcadlení je postaveno na pozorování pohybů klientů, jejich postojů a držení těla a následném opakování terapeutem. To umožňuje změnu v myšlení, prožívání a sebedůvěry. (Dosedlová, 2012)

V této kapitole jsme si uvedli umělecké terapie, do nichž řadíme arteterapii, muzikoterapii, dramaterapii a tanečně pohybovou terapii. Jak je vidět, tyto metod se vzájemně prolínají.

2.4 Zooterapie

Zooterapie neboli animoterapie je souhrnný termín pro terapii využívající zvířat a kontaktu s nimi k pozitivnímu působení na člověka. (Dvořáčková, 2013; Müller, 2014)

Zooterapie se dělí podle následujících metod na:

- Aktivity za pomoci zvířat (Animal Assisted Activities – AAA) – tato metoda zaměřena na přirozený kontakt člověka se zvířetem za účelem aktivizace, zlepšení kvality života nebo rozvoj jeho sociálních dovedností.
- Terapie za pomoci zvířat (Animal Assisted Therapy – AAT) – při níž dochází k cílenému odborně vedenému kontaktu člověka se zvířetem za účelem zlepšení fyzického nebo psychického stavu klienta.
- Vzdělávání za pomoci zvířat (Animal Assisted Education – AAE) – při němž dochází k přirozenému nebo cílenému kontaktu člověka se zvířetem za účelem získávání nových poznatků prostřednictvím výchovy a vzdělávání a k rozvoji sociálních dovedností.
- Krizová intervence za pomoci zvířat (Animal Assisted Crisis Responses – AACR) – je zaměřena na přirozený kontakt zvířete s člověkem, který se ocitl v krizové situaci. Tato metoda vede ke zklidnění, odbourání stresu a celkovému zlepšení psychického a fyzického stavu klienta. (Dvořáčková, 2013; Müller, 2014)

Tyto metody se mohou vzájemně prolínat a kombinovat. Dále dělíme zooterapii podle druhu využívaného zvířete na canisterapii (využití psa), felinoterapii (využití kočky), hipoterapii (využití koně), delfinoterapii (využití delfína), lamaterapii (využití lamy), insektoterapie (využití hmyzu), ornitoterapii (využití ptactva). (Dvořáčková, 2013)

Aktuálně se v České republice z těchto druhů využívá nejvíce canisterapie. Canisterapie pozitivně působí na psychické, fyzické zdraví a sociální vztahy. Podporuje verbální i neverbální komunikaci. Prostřednictvím psa můžeme navázat kontakt s klienty s komunikačním omezením nebo se změněným smyslovým vnímáním způsobeným nemocí. Canisterapie dále přispívá ke zvýšení kvality života, rozvíjí koncentraci, sociální citění, zvyšuje motivaci, pomáhá ke snížení apatie, přináší pocit bezpečí, snižuje stres, cvičením rozvíjí jemnou i hrubou motoriku. Canisterapie může být individuální nebo skupinová. Je vedena canisterapeutem, který spolupracuje se zaměstnanci zařízení. Přítomnost psa má vliv

i na vybavení vzpomínek z dětství spojených s vlastním domácím mazlíčkem, což stimuluje vyprávění zážitků a příběhů a rozvíjí komunikační dovednosti. (Dvořáčková, 2013)

2.5 Snoezelen terapie

Pro snoezelen terapii je využívána speciální multisenzorická místnost, která prostřednictvím technického vybavení působí na všechny smysly člověka. Snoezelen klienty aktivizuje, motivuje, rozvíjí jejich smysly, stimuluje vzpomínky, působí relaxačně, podporuje zklidnění, odstraňuje negativní pocity a vyvolává pocity pozitivní, příznivě působí na behaviorální problémy jako je agresivita vůči sobě nebo ostatním. Smyslová stimulace osob s Alzheimerovou chorobou působí příznivě také na problémy se spánkem, jenž bývají u tohoto onemocnění velice časté. Tato terapie je vhodná ve všech stádiích onemocnění, především v těžkém stádiu může mít na klienta velice pozitivní efekt. (Fertal'ová, Ondriová, 2020)

Ve snoezelen místnosti je rozvíjen zrak, sluch, čich, chuť, hmat, vestibulární systém a proprioceptivní systém. Prostřednictvím barev, pohybu, různých tvarů, světla a světelných efektů, obrazových projektorů, optických vláken nebo ovládacích panelů je stimulován zrak. Pro osoby s Alzheimerovou chorobou není vhodné používat příliš jasná, blikající nebo rychle se míhající světla. Mohly by vyvolat negativní pocity jako je zmatenost nebo strach. Pro vizuální stimulaci těchto osob je naopak vhodné použít filmy nebo videa, nejlépe s přírodní tematikou. Stimulace sluchu se provádí pomocí různých zvuků, rytmů, hudby, hudebních nástrojů, zpěvu. Pro cílovou skupinu tohoto výzkumu jsou vhodné především uklidňující zvuky přírody jako je zvuk deště, větru, mořských vln nebo ohně. Klientům se přehrávají také nahrávky s tzv. bílým šumem, který pozitivně působí na paměťové funkce. Oblíbené jsou i známé písně a melodie vyvolávající vzpomínky. Hudba podněcuje pohyb, a je proto vhodné ji využít při pohybových a tanečních aktivitách. Pro stimulaci čichu se využívá různých vůní a pachů z vonných olejů a aromadifuzérů, ale i aromatických potravin a koření. Součástí nefarmakologické léčby Alzheimerovy choroby to bývají často vůně přírodních bylinných olejů, např. meduňky, máty nebo levandule. Chuťový prožitek bývá stimulován prostřednictvím oblíbených nápojů a potravin. Chutě i vůně mohou seniorům taktéž pomoci vyvolat plno příjemných vzpomínek a zážitků. Prostřednictvím hmatu mohou zase klienti vnímat mnoho materiálů s různými strukturami. Jsou to například masážní míčky, modelovací hmoty, peří, polštáře atd. Využívá se práce s teplotou, tlakem nebo

vibracemi. Vestibulární neboli rovnovážný systém je v rámci této terapie podnícen směrem a rychlostí pohybu, změnami polohy těla nebo udržováním rovnováhy. Prostřednictvím systému proprioceptivního jsme schopni uvědomovat si vlastní tělo a jeho části. Oba tyto systémy jsou rozvíjeny například v kuličkovém bazénu, na trampolíně, rovnovážné položce, na houpačce nebo v polohovacím vaku. (Fertal'ová, Ondriová, 2020)

Snoezelen místnost má představovat bezpečný prostor s mnoha pomůckami a vybaveními pro dostatečné nasycení a rozvoj vjemů. Měla by klientům přinášet nevšední zážitek a poznávání vedoucí k učení a získání zkušeností. Klient by měl do místnosti vstupovat s konkrétním cílem vyplývajícím z jeho potřeb a přání. Je důležité jej před vstupem také upozornit na to, že si může vyzkoušet vše o co má zájem. Může objevovat způsobem, jakým chce. Zároveň ale není do ničeho tlačěn. Nemusí dělat nic, co by mu nebylo příjemné. Vše je dobrovolné. Do snoezelen místnosti je klient většinou doprovázen opatrovníkem nebo personálem, přičemž míra zapojení doprovodu do poznávání klienta je v každém zařízení odlišná. Doprovod by ale měl být seznámen se všemi funkcemi a technickými přístroji, aby klientovi poskytl co největší množství podnětů. Doprovázející osoba by měla klientovi poskytnout dostatek prostoru a svobody na objevování. Snoezelen může na člověka působit i nepříznivě, proto je třeba pozorně sledovat reakce člověka a v případě nelibosti terapii ukončit. (Fertal'ová, Ondriová, 2020)

Je vidět, že aktivizace jedinců ve Snoezelen místnosti také propojuje více aktivizačních metod a přístupů. Využívá prvků reminiscenční terapie, pohybové terapie nebo konceptu smyslové aktivizace, na který navazujeme.

2.6 Koncept smyslové aktivizace

Koncept smyslové aktivizace je založen na získávání informací prostřednictvím vnímání všemi smyslovými orgány, jejich následném zpracování a uvedení do pohybu. Proces zpracování získaných informací probíhá v mozku. Informace jsou organizovány a ukládány k předchozím uloženým informacím. Jedná se o komplexní komunikaci prostřednictvím všech smyslů, která má za cíl udržet nebo obnovit vlastní, sociální a věcné kompetence. (Vojtová, 2015)

- Vlastní kompetence představují sebevědomí, sebehodnocení, sebelásku nebo samostatnost.
- Kompetence sociální jsou utvářeny kontaktem s ostatními lidmi. Jedná se o schopnost prohlubování, zachování a utvářením vztahů a schopnost integrace do nového sociálního prostředí.
- Věcné kompetence představují soběstačnost, sebeděči a sebeobsahu, včetně obsluhy běžných elektrospotřebičů. (Vojtová, 2015)

Konkrétními cíli smyslové aktivizace je dále aktivizace pohybového aparátu, koordinace, podpora jemné a hrubé motoriky, aktivizace smyslů, podpora orientace, koncentrace, trénink paměti, podpora vybavení vzpomínek, podpora schopnosti zvládnout běžné denní činnosti, prožití smysluplného dne, podpora komunikačních schopností a sociálních vztahů, posílení významu rodiny a spolupráce s rodinnými příslušníky, podpora duševního pocitu pohody a radosti ze života, vyplnění potřeb a přání, podpora motivace, zvýšení kvality života, fyzického a duševního zdraví, zklidnění atd. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

Krátkodobá smyslová aktivizace v průběhu běžného dne je zaměřena na splnění potřeb klienta. Má velký význam pro pocit duševní pohody, a tím i kvalitu jeho života. Klientům je třeba zabezpečit sociální potřeby prostřednictvím věnované pozornosti a blízkosti, verbální i neverbální komunikace, dotyků a citového kontaktu. Při komunikaci by měl pracovník klientovi poskytnout dostatečný časový prostor na odpověď. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

Smyslová aktivizace může probíhat individuálně nebo ve skupině. Pro klienty s demencí je vhodná spíše individuální intervence. S klienty v 1. až ve 2. stupni je možné pracovat i v malých skupinách. Při práci se vychází z toho, že každý člověk je individuální. Pracovník by tedy měl znát dobře biografii klienta. Při kontaktu s klientem se vychází ze čtyř pilířů setkávání. Jsou jimi dotyk, emoční sblížení, verbální a neverbální komunikace a pozornost. (Wehner, Schwinghammer, 2013) Vztah mezi klientem a pečujícím a jejich komunikace je zde založena na respektu, lásce, úctě a důvěře. (Sakařová, 2017)

Praktická realizace tohoto konceptu není nijak časově náročná. Krátkodobá smyslová aktivizace vyžaduje jen deset až patnáct minut času. Pro klienty s demencí delší aktivizace není vhodná. Důležitá je ale pravidelnost. Pro efektivitu by se měla provádět každý den. Aktivizace by měla být pro člověka smysluplná, měla by mu přinášet pozitivní pocity jako je potěšení, zábavu, radost nebo oživení. Pracovníci by se proto měli vyvarovat tématům,

kteřá by v klientech mohla vyvolat negativní pocity jako například téma války, hladu atd. (Wehner, Schwinghammer, 2013)

Smyslová aktivizace zahrnuje metodu Montessori nebo motogeragogickou aktivizaci. Projekt „Montessori pro seniory“ vychází z myšlenek Marie Montessori a Emmi Pikler. V rámci tohoto projektu je vedle skupinových a individuálních aktivizací kladen důraz také na prostředí klienta, na utváření emočního sblížení a utváření průběhu dne, včetně prožívání každoročních tradic a rituálů, které jsou typické pro dané roční období. V rámci možností zařízení je kladen důraz i na životní rytmus jedince, jeho zvyky a potřeby. Všední den by měl tedy probíhat za spoluúčasti rozhodnutí klienta, jeho přání, potřeb a zvyklostí. Pracovníci by měli ke klientům přistupovat s ohleduplností, úctou, za poskytnutí pozornosti a emočního sblížení. Využívá se zde pravidla Marie Montessori „Pomoz mi, abych to udělal sám.“ V geragogice se podle Montessori využívá sedmi oblastí. Jedná se o náboženskou výchovu, činnosti a cvičení všedního dne, smyslovou oblast, řeč, matematiku, kosmickou výchovu a hudbu. Další metodou je zmíněná motogeragogika, která představuje psychomotorickou aktivizaci seniorů. Motogeragogika je zaměřena na mobilizaci, aktivizaci, stimulaci pohybu, prevenci pádů a trénink kognitivních schopností. (Wehner, Schwinghammer, 2013) U konceptu smyslové aktivizace lze také vidět propojení veškerých aktivizačních metod.

2.7 Využití terapeutických panenek

Další aktivizační nefarmakologickou metodou léčby Alzheimerovy choroby je práce s terapeutickými panenkami. Využití terapeutických panenek vede ke zlepšení či udržení fyzického a psychického stavu klienta a k eliminaci příznaků onemocnění. Panenky jsou vyrobeny ze speciálního antialergického, měkkého a na dotek příjemného materiálu, který stimuluje smysly klienta a vzbuzuje pocity lásky, bezpečí a jistoty. Panenky mají flexibilní části těla, čehož se dobře využívá například v rámci bazální stimulace. Součástí některých terapeutických panenek je speciální kapsa, do které se vkládá model tlukoucího srdce, nahrávací zařízení produkující zvuky nebo sáčky s vůní vedoucí ke zvýšení terapeutického efektu. Na hlavě jsou umístěny jemné vlasy vybízející k hlazení. Panenky jsou záměrně šity tak, aby svým přirozeným vzhledem a rozměry připomínaly malé děti. Tím klienty stimulují ke komunikaci a k opětovnému navázání vztahu s jejich okolím. Panenka je prostředníkem v komunikaci mezi klientem a personálem. Přínosem využití terapeutické panenky je kromě

zlepšení komunikace také zklidnění, zlepšení spánku, nalezení motivace k osobní hygieně či stravování a zlepšení celkového pocitu pohody klienta. Stimulují také jemnou motoriku, nervovou činnost a kognitivní schopnosti. Využívají se k vyvolání vzpomínek na dobu rodičovství, což klientům přináší pocit užitečnosti. Klienti tak mohou vzpomínat na dobu, kdy byli potřební a milovaní. To jim dává pocit smysluplného prožití života. Zde je ale důležité přistupovat ke každému klientovi citlivě. Panenku mohou využívat klienti ženského i mužského pohlaví. (Fertal'ová, Ondriová, 2020; Kubišová, 2021)

Aktivizace terapeutickými panenkami je volena podle aktuálních potřeb klienta, přičemž se vychází z určitých zásad. Panenka má být klientům nabízena, nikdy ne vnucována. Vhodné je ji položit na volně dostupné místo, kde ji má klient možnost zahlédnout, v případě jeho zájmu si ji vzít nebo o ni požádat. Panenka by ale neměla být v pokoji po celý den, aby nezevšednila a neztratila tak svůj terapeutický význam. Pracovník by ji však měl odnášet jen s dovolením a s logickým vysvětlením pro to, kam ji odnáší a kdy ji zase přinese. Pokud klient chce, může si ji vzít i do postele nebo na noc, čímž je předcházeno obavám o vlastní majetek. Panenka nemá být nikdy využívána k vyjednávání nebo k donucení klienta k nějaké činnosti. Při práci s terapeutickými panenkami je třeba ke klientovi přistupovat tak, aby byla zachována jeho důstojnost. Pracovník musí být před terapií obeznámen s biografií klienta, aby nedocházelo k vyvolání negativních vzpomínek nebo reakcí klienta. Pracovník by si měl všimnout, jak klient panenku oslovuje, a podle toho ji také oslovovat. Terapeutické panenky jsou vhodné ve středně těžkém až těžkém stádiu onemocnění. Využívají se také tzv. terapeutická zvířátka, která jsou vhodná i po ukončení animoterapie. (Fertal'ová, Ondriová, 2020; Kubišová, 2021)

2.8 Validáční terapie

Validáční terapie vychází z vlastních zkušeností zakladatelky sociální pracovnice Naomi Feil. Jedná se o přístup nebo metodu komunikace s osobami se syndromem demence. Validáční terapie je založena na empatii, důvěře, úctě, přijetí a respektu. Validace znamená hodnocení, uznání hodnoty člověka a potvrzení jeho emocí. Vychází z toho, že minulost ovlivňuje přítomnost člověka. Osoba se syndromem demence se začíná ztrácet v realitě a vrací se do minulosti. Vzpomíná na své dětství a zpracovává různé nevyřešené situace, prožitky a traumata, která jí zůstávají uchována v dlouhodobé paměti. To, co jedinec prožívá, se pak projevuje navenek ve formě určitého chování. Tím, že pečovatel nahlédne

do jedincovy minulosti, mu může pomoci k pochopení jeho přítomnosti, projevů, potřeb a přání. Úkolem pečovatele je pak přijmout a uznat emoce, které klient s demencí prožívá a pomoci mu se s nimi vyrovnat. Pečovatel klienta se změněným vnímáním nevrací do reality, ale naopak jej podporuje při vyjádření jeho pocitů a řešení nezpracované minulosti tak, aby na to nebyl sám. (Malíková, 2020)

Naomi Feil ve validační terapii vychází z 8 vývojových stádií Eriksona. (Malíková, 2020) Ten v každé etapě života vymezil vývojový konflikt, se kterým se jedinec musí vyrovnat. Poslední etapa života je podle něj charakteristická konfliktem, ve kterém dominuje integrita proti zoufalství. Vývojový úkol spočívá v překonání konfliktu a nalezení integrity. Jedinec se retrospektivně zamýšlí nad svým životem a přivyká si na to, že se jeho život chýlí ke konci. Jde o tzv. životní bilancování. (Blatný, 2017) Integrita znamená smíření se a nalezení smyslu života. Jestliže jedinec integrity nedosáhne, upadá do zoufalství. (Erikson, 2015) Pokud nejsou krize z minulosti zpracovávány, prochází jedinec podle Naomi Feil stádií špatné orientace, až do stádia úplné dezorientace. (Malíková, 2020)

Cílem validace je zpomalení rozvoje onemocnění, zlepšení fyzického a psychického stavu, snížení stresu, zvýšení sebevědomí, kvality života, vyřešení nezpracovaných krizí z minulosti a nalezení životní integrity. Pro pozitivní výsledky je třeba filozofii validace zavést do celého zařízení, využívat ji cíleně a dlouhodobě. (Hauke a kol., 2017)

Před zahájením samotné validace zjišťují pracovníci prostřednictvím rozhovorů s rodinnými příslušníky informace o klientovi a jeho minulosti, což je provázáno pozorováním klienta se zaměřením se na jeho neverbální projevy. V další fázi pracovníci určují prostřednictvím sledování projevů klienta stupeň onemocnění, ve kterém se právě nachází. To je důležité pro volbu komunikačních technik a přístupů a další práci s klientem. Vybraná technika se pak používá pravidelně v krátkých intervalech i několikrát denně. (Fertal'ová, Ondriová, 2020; Malíková, 2020)

Naomi Feil stanovila pro každou fázi demence určité techniky založeny na verbální a neverbální komunikaci. Tyto techniky využívají například doteku, očního kontaktu, tónu hlasu nebo hudby. V každém stupni onemocnění se začíná technikou koncentrace. Jedná se o koncentraci pracovníka na klienta a jeho pocity. Pracovník se v rámci této techniky pokouší odpoutat od vlastních vjemů a pocitů. (Fertal'ová, Ondriová, 2020) V prvním stádiu nemoci se dále využívá představení opaku, vzpomínání na minulost nebo přeformulování. Při představení opaku pracovník směřuje klienta k tomu, aby si představil opačnou situaci. Technika vzpomínání na minulost je určena k vyjádření emocí a znovunalezení mechanismů

zvládání zátěžových situací člověka. Dále prostřednictvím techniky přeformulování pracovník zopakuje nejdůležitější část řečeného, čímž v klientovi vyvolá pocit, že mu rozumí. Pro druhé a třetí stádium je vhodná technika udržování stálého, přímého, delšího očního kontaktu, což má význam ve vytvoření pocitu jistoty, důvěry a bezpečí a navázání kontaktu s klientem. Technikou nastavení hlasu pracovník naladí svůj hlas tak, aby zněl jasně, jemně a laskavě, což může klientovi připomenout hlas jeho blízkých. Tím je u něj opět vyvolán pocit důvěry a bezpečí. Dalšími technikami využívající se především ve druhém a třetím stádiu jsou techniky za pomoci dotyků nebo hudby. (Hauke a kol., 2017) Osoba v pokročilejších stádiích demence ztrácí své vnitřní zábrany a své emoce často projevuje navenek. V tomto případě je vhodné použití metody zrcadlení pohybů a pocitů. Základem této metody je sledování klienta a následné zrcadlení jeho typických pohybů, gest, zvuků a apod. (Fertal'ová, Ondriová, 2020)

2.9 Koncept bazální stimulace

Základním principem bazální stimulace je uvedení jedince do reality prostřednictvím zprostředkování zkušenosti a vjemů pomocí těla. (Müller, 2014) Bazální stimulace ovlivňuje prostřednictvím stimulace smyslových orgánů stav pohybových funkcí, komunikace a vnímání. Smyslové orgány fungují jako „komunikační kanály“. Umožňují vnímání, a tím příjem a zpracování podnětů z okolí. Komunikační kanály se dělí na somatické, vestibulární, vibrační, optické, auditivní, orální, olfaktorické a taktilně-haptické. Pro stimulaci těchto komunikačních kanálů se využívá různých technik a podnětů. Při somatické stimulaci se využívá polohování, kontaktního dýchání nebo masáží stimulující dýchání. Bazální stimulace somatická může být zklidňující, povzbuzující nebo rozvíjející. Jejím cílem je stimulovat u klienta vnímání vlastního těla, a tím komunikaci. Vestibulární stimulace je důležitá především u klientů mající malou míru pohybu. Podporuje vnímání vlastního pohybu a orientace ve vlastním těle a v prostoru. Dále vibrační stimulace aktivuje kožní receptory a receptory ve svalech, šlachách a vazech pohybového aparátu člověka. Využívá se vibrací hudebních nástrojů, lidského hlasu nebo vibračních nástrojů. Pro optickou stimulaci se využívá známých předmětů, jejichž obraz mají klienti uložen v dlouhodobé paměti, přičemž rozpoznání předmětu klienta zklidňuje. Auditivní stimulace využívá známých zvuků a hudby vyvolávající vzpomínky. Stimulace orální vyvolává významný chuťový prožitek a aktivizuje paměťové stopy. Při taktilně-haptické stimulaci vkládáme

klientovy do rukou různé známé předměty, které rozpoznává podle hmatu. A nakonec olfaktorická stimulace využívá různých známých vůní a pachů pro vyvolání vzpomínek a navození pocitu bezpečí a jistoty. (Malíková, 2020)

Hlavním cílem je u klienta stimulovat vnímání vlastní osoby pro navázání kontaktu s okolím, zlepšení časoprostorové orientace a zlepšení jeho celkového stavu. Při pravidelném používání konceptu bazální stimulace dochází ke zlepšení komunikace s okolím. (Malíková, 2020)

2.10 Kognitivní trénink-rehabilitace

Pro podporu kognitivních funkcí se používají tři termíny, a to kognitivní trénink, kognitivní rehabilitace a neurorehabilitace. Termín kognitivní trénink označuje aktivizaci a trénink kognitivních funkcí u zdravých osob, u nichž plní profylaktickou funkci. Termín kognitivní rehabilitace se pak používá u osob mající již poškozené kognitivní funkce. Ty kompenzuje naučením se nových strategií. O komplexní péči o osoby s těžkým poškozením mozku se jedná v případě neurorehabilitace, která využívá aktivizační techniky a metody jako je fyzioterapie, ergoterapie, arteterapie, právě kognitivní rehabilitace a další. Pro sjednocení uvedených pojmů se používá zastřešující termín kognitivní trénink-rehabilitace. Kognitivní trénink-rehabilitace se zaměřuje na senzomotorické schopnosti, koordinaci, orientaci, pozornost, paměť, myšlení, představitost, komunikační dovednosti, vnímání, logiku, exekutivní funkce, motivaci. Využívá buď přístup zaměřený na rozvoj jednotlivých kognitivních schopností, nebo komplexní přístup zahrnující rozvoj všech zmíněných kognitivních funkcí, přičemž se realizuje individuální nebo skupinovou formou. (Klucká, Volfová, 2016) Klienti se mohou sami zapojit do plánování aktivit a vybrat si, na které kognitivní funkce je pro ně důležité se zaměřit. (Veteška, Vostrý, 2021)

Při práci se seniory s Alzheimerovou chorobou je kognitivní rehabilitace stěžejní aktivizační metodou. V rámci kognitivní rehabilitace se používají aktivity jako je čtení textu, zapamatování, převyprávění obsahu a následná diskuse, luštění křížovek, sudoku, hádanek, vědomostních soutěží a her atd. Pro stanovení míry zátěže je důležité, aby pracovník před samotným zahájením aktivity zhodnotil funkční stav klienta. (Veteška, Vostrý, 2021)

2.11 Biografie

Biografie neboli životní příběh je souhrn informací o klientovi a jeho životě, ze kterého se při práci s klientem vychází. Biografie se dělí na aktivní a pasivní. Na tvorbě aktivní biografie se klient zařízení podílí, pasivní je utvářena za pomoci rodinných příslušníků, známých, personálu, dokumentace klienta nebo dalších zdrojů. Biografie se dále dělí na primární a sekundární. Primární je vytvářena při příchodu klienta do zařízení v době jeho adaptace na sociální službu. Sekundární představuje rozloučení s klientem v podobě biografické knihy, která je věnována rodině klienta po jeho úmrtí. Biografická kniha sepisuje životní příběh klienta od jeho dětství, mládí, dospělost až stáří. Bývá doplněna fotografiemi nebo dalšími materiály. Vychází se z ní při tvorbě plánů péče a při jejich realizaci, využívá se také v aktivizačních programech. Cílem biografie v rámci aktivizací je podpora kognitivních schopností a dovedností včetně koncentrace, komunikace a paměti, dále redukce negativních pocitů a podpora pocitů pozitivních vyplývajících ze znovuprožití příjemných vzpomínek, posílení pocitů sebehodnoty a osobní identity, podpora pocitu sounáležitosti a užitečnosti při práci s biografií ve skupině, podpora při navázání důvěrného vztahu s klientem atd. Biografie slouží ke zkvalitnění práce s klienty. Pracovník při znalosti informací o klientovi může lépe navázat na jeho životní kontinuitu. (Procházková, 2019)

2.12 Ergoterapie

Podstatou ergoterapie je zapojení člověka s určitým onemocněním nebo omezením do každodenních aktivit a běžných činností, které jsou pro něj důležité a smysluplné. (Krivošíková, 2011) Vykonávání každodenních činností se v tomto přístupu stává cílem a zároveň terapeutickým prostředkem. Ergoterapie usiluje o dosažení optimální kvality života a maximální možné soběstačnosti, přičemž respektuje individualitu a možnosti klienta. Zaměřuje se na oblast běžných denních činností, práci, vzdělávání a produktivní činnosti, hru a volný čas a sociální participaci. (Vacková, 2020) Veteška, Vostrý (2021) dále uvádějí oblast ergoterapie zaměstnáváním, ergoterapii funkční a zaměřenou na poradenství. Cílem ergoterapie zaměstnáváním je odpoutání pozornosti klienta od negativního působení onemocnění a koncentrace na určitou činnost. Klient se může zaměstnat ručními pracemi jako je pletení nebo tvoření různých výrobků, společenskými hrami, prací na zahradě apod. Ergoterapie funkční rozvíjí senzomotorickou, kognitivní a psychosociální složku. Z oblasti senzomotorické se zaměřuje např. na podporu jemné a hrubé motoriky, zlepšení svalové síly

a koordinace nebo na zvětšení rozsahu pohybu. Z kognitivní složky je to paměť, pozornost, orientace, vnímání, učení nebo myšlení. Ze složky psychosociální se jedná např. o sebeovládání. Ergoterapie zaměřená na poradenství se zabývá prevencí i nápravou a minimalizací problémů. Terapeut zde poskytuje klientům i jejich rodinám informace o možnostech řešení problému (kompenzační pomůcky, úprava prostředí, aktivizační činnosti atd.

Podle Krivošíkové (2011) podporuje ergoterapie rozvoj nebo udržení zdravotního stavu jedince a jeho funkčního výkonu, a naopak preventivní působení a minimalizaci dysfunkčního výkonu. Ergoterapeut vede klienta k posílení sebedůvěry, k nabytí nových dovedností nebo obnovení dovedností zapomenutých, podporuje klienta při plánování a organizaci aktivit, nabízí mu alternativní způsoby provádění činností vzhledem k omezení, společně s klientem uzpůsobuje prostředí pro realizaci činností, prostřednictvím různých metod a zdrojů klienta, aktivizuje a doporučuje různé technické nebo kompenzační pomůcky pro zvýšení soběstačnosti. Tyto cíle a způsoby práce musí ergoterapeut sladit s celkovými cíli rehabilitace, s potřebami, požadavky a přáními klienta i jeho rodiny.

2.12.1 Ergoterapie zaměřená na oblast běžných denních činností

Krivošíková (2011) vymezuje všední denní činnosti (ADL) jako „činnosti, které člověk provádí denně nebo pravidelně a umožňují mu být nezávislý ve svém domácím nebo širším prostředí. Patří mezi ně činnosti sebeobsluhy, funkční mobility a komunikace, dále činnosti spojené s údržbou a vedením domácnosti.“ Jsou to pro člověka nezbytné činnosti, které vedou k udržení jeho soběstačnosti. Nácvik ADL by měl vycházet z potřeb a přání klienta, z jeho schopností, návyků a stereotypů, jeho osobnosti a prostředí, ve kterém se pohybuje. Ergoterapeut by měl hledat možnosti a způsoby, jak vykonávat činnosti, na které byl klient zvyklý před nemocí. Hledá alternativní cesty jejich provádění včetně kompenzačních pomůcek. Ergoterapeut má pak za úkol nacvičit s klientem tyto činnosti a případné využívání kompenzačních pomůcek v rámci ADL. Při nácviku činností musí ergoterapeut zvážit, jakou míru slovní a názorné podpory a pomoci klientovi poskytne tak, aby jej vhodně aktivizoval. (Krivošíková, 2011)

Ergoterapii vnímáme jako jednu z nejvýznamnějších aktivizačních činností, a to z toho důvodu, že navazuje na jejich život, na všední denní činnosti, je pro ně smysluplná a cílí na udržení schopností, dovedností a soběstačnosti.

3 DOMOV SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM

Domovy se zvláštním režimem v České republice upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Řadí se pod služby sociální péče. (Česko, 2006) Domovy se zvláštním režimem jsou pobytové služby pro osoby se sníženou soběstačností mimo jiné i z důvodu onemocnění stařeckou nebo Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí. (Holmerová, Horecký, Hanuš, 2016) Jsou určeny osobám, které potřebují intenzivnější zdravotní a ošetrovatelskou péči, kterou již rodinní příslušníci nezvládají sami nebo s dopomocí jiných sociálních služeb zajistit. (Hauke a kol., 2017) Domovy se zvláštním režimem bývají často součástí domovů pro seniory, kde je pro ně vyhrazena určitá část zařízení, například jedno patro. Rozsah poskytovaných služeb a činností v rámci domova se zvláštním režimem je stejný jako u domovů pro seniory. Tato služba zajišťuje ubytování, poskytuje úklid, péči o osobní a ložní prádlo a celodenní stravu přizpůsobenou zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování. Z oblasti pomoci při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu je poskytována pomoc při sprchování, čištění zubů, při použití WC apod. Dále je klientům poskytována pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, což obsahuje podporu a pomoc při oblékání, výběru vhodného oblečení, pomoc při přesunu z lůžka na invalidní vozík nebo z vozíku na lůžko, polohování, podávání stravy, hlídání pitného režimu atd. V domovech se zvláštním režimem jsou dále poskytovány sociálně terapeutické, aktivizační, volnočasové nebo zájmové činnosti pro udržení osobních a sociálních schopností a dovedností a vyplnění volného času klientů. Další důležitou činností je zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím, především podpora obnovení nebo udržení rodinných a přátelských vztahů. Režim dne a poskytované činnosti jsou zde uzpůsobeny specifickým potřebám cílové skupiny. (Holmerová, Horecký, Hanuš, 2016)

V rámci domovů se zvláštním režimem jsou při práci se seniory s Alzheimerovou chorobou využívány zmíněné aktivizační nefarmakologické metody a přístupy ve spojení s farmakologickou léčbou klientů.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Praktická část kvalitativního výzkumu navazuje na uvedené teoretické poznatky. V kapitole metodologie výzkumu je formulován výzkumný problém, cíle, výzkumné otázky, vymezeno pojetí výzkumu, výzkumný soubor a strategie pro přístup ke zkoumanému souboru, výzkumný nástroj a způsob zpracování dat. V následující kapitole je uvedena analýza a interpretace dat.

4.1 Výzkumný problém

Seniorů v populaci výrazně přibývá. Populace stárne, tzn. prodlužuje se střední délka života a klesá natalita. Podle aktuálních údajů měla Česká republika v roce 2018 19,2% obyvatel ve věku 65 a více let. Prognózy Českého statistického úřadu ukazují na to, že se počty těchto lidí budou v dalších letech neustále zvyšovat. Z toho důvodu je důležité se situaci přizpůsobovat a seniory se zabývat. (Malíková, 2020)

Podle Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 (2019) fenomén stárnutí populace významně ovlivňuje zdravotní stav české populace. S tím souvisí zvyšující se nemocnost typická pro populaci seniorů, včetně Alzheimerovy nemoci, což klade zvýšené nároky na zdravotní a sociální péči.

Alzheimerova choroba je nejčastější příčinou demencí. (Fertal'ová, Ondriová, 2020) „Podle odhadů České alzheimerovské společnosti žije v České republice 150 000 lidí s demencí. Jen část z nich je správně diagnostikovaná a léčená. Asi 60 % všech demencí je způsobeno Alzheimerovou chorobou.“ (Franková, 2015, s. 79) Podle Národního portálu psychiatrické péče (2021) počet pacientů s Alzheimerovou chorobou stále roste. Z posledních 5 let vzrostl jejich počet o více než čtvrtinu.

Léčba Alzheimerovy choroby kombinuje farmakologické a nefarmakologické přístupy, které na sebe navazují a vzájemně se doplňují. Tyto přístupy mohou zlepšit, udržet nebo zpomalit průběh onemocnění a zvýšit kvalitu života klienta. Alzheimerova choroba je však nevléčitelná. My se ve výzkumu zaměříme na nefarmakologické aktivizační postupy, které se objevují nově až v posledních pár desetiletích. Dříve se pozornost více zaměřovala na farmakologické způsoby léčby. (Zvěřová, 2017; Fertal'ová, Ondriová, 2020) Výhodou nefarmakologických aktivizačních postupů je to, že mají minimální nežádoucí účinky, mohou být kombinovány s jinými nefarmakologickými postupy a současně

i s farmakologickou léčbou. Existují pozitivní výsledky těchto přístupů, avšak většina důkazů je nízké kvality. U mnohých z těchto přístupů navíc chybí četnost výzkumů, což vede k potřebě dalšího zkoumání. Pro budoucí výzkum bude také podstatné, aby výzkumníci zvážili, zda daná léčebná metoda není v rozporu s jinou metodou, s denním rozvrhem klienta či ho jiným způsobem neomezuje. (Alzheimer's & Dementia, 2020) Podle Národního akčního plánu pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020 – 2030 (2021) je důležité zabývat se ve výzkumu léčby i sociální oblastí. Přínosný je podle nich kvalitativní výzkum nefarmakologických přístupů v léčbě Alzheimerovy choroby a jejich vlivu na zdravotní stav a kvalitu života těchto osob.

Právě Alzheimerova choroba je předmětem výzkumu z toho důvodu, že je jedním z aktuálních problémů vzhledem k růstu počtu seniorů dožívajících se čím dál tím vyššího věku, a tím i počtu diagnóz této nemoci. Dalším důvodem pro výběr této problematiky je poměrně krátká tradice zkoumání a nedostatek kvalitních výzkumných důkazů o efektivitě nefarmakologické léčby.

V rámci kvalitativního výzkumu zjišťujeme, jaké jsou nové aktivizační metody a přístupy pro seniory s Alzheimerovou chorobou, a jaký význam v nich aktivizační pracovníci domovů se zvláštním režimem spatřují. Cílem tohoto výzkumu je vytvoření nové teorie vycházející ze zakotvených dat, a to prostřednictvím výzkumného designu zakotvené teorie.

4.2 Výzkumné cíle

Hlavní výzkumný cíl

- **HVC:** Prozkoumat nové aktivizační metody a přístupy pro seniory s Alzheimerovou chorobou využívané aktivizačními pracovníky v domovech se zvláštním režimem.

Dílčí výzkumné cíle

- **DVC₁:** Zjistit průběh aktivizačních metod a přístupů pro seniory s Alzheimerovou chorobou v domovech se zvláštním režimem.
- **DVC₂:** Porozumět významu aktivizačních metod a přístupů pro osoby s Alzheimerovou chorobou z pohledu aktivizačních pracovníků domovů se zvláštním režimem.
- **DVC₃:** Odkrýt možnosti a limity aktivizačních metod a přístupů pro seniory s Alzheimerovou chorobou v domovech se zvláštním režimem.

4.3 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka

- **HVO:** Jaké jsou nové aktivizační metody a přístupy pro seniory s Alzheimerovou chorobou z pohledu aktivizačních pracovníků v domovech se zvláštním režimem?

Dílčí výzkumné otázky

- **DVO₁:** Jakým způsobem probíhají aktivizační metody a přístupy pro seniory s Alzheimerovou chorobou z pohledu aktivizačních pracovníků v domovech se zvláštním režimem?
- **DVO₂:** Jaký význam spatřují aktivizační pracovníci domovů se zvláštním režimem v aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou?
- **DVO₃:** Jaké možnosti a limity vnímají aktivizační pracovníci domovů se zvláštním režimem ve využívání aktivizačních metod u seniorů s Alzheimerovou chorobou?

4.4 Pojetí výzkumu

Za účelem zjištění, jaké jsou nové aktivizační metody a přístupy pro seniory s Alzheimerovou chorobou a jaký význam v nich aktivizační pracovníci domovů se zvláštním režimem spatřují je zvolen **kvalitativní výzkum**. Nevýhody kvalitativního výzkumu jako je časová náročnost, riziko ovlivnění výsledků osobou výzkumníka nebo malá reprezentativnost výzkumného souboru jsou kompenzovány výhodou možnosti detailního prozkoumání, porozumění problému a vytvoření nové teorie. Cílem je především hloubkově prozkoumat výzkumný problém a vytvořit novou teorii, která bude detailně a komplexně popisovat nové aktivizační metody a přístupy, které jsou v současné době využívány pracovníky domovů se zvláštním režimem. Tato metoda je pro výzkum nejvhodnější také z toho důvodu, že směřuje k induktivnímu odhalení subjektivního vnímání významu využívaných aktivizačních metod respondenty. Pro komplexnost jsou hledány vztahy a souvislosti mezi aktivizací seniorů s Alzheimerovou chorobou a dalšími proměnnými, které se v průběhu výzkumu vynořují. (Švaříček, Šed'ová, 2014)

Cílem tohoto výzkumu je vytvoření nové teorii vycházející ze zakotvených dat, a to prostřednictvím **výzkumného designu zakotvené teorie**. Vytvořená teorie je v rámci tohoto designu zaměřena na popis sociálních procesů. (Švaříček, Šed'ová, 2014)

4.5 Výzkumný soubor a strategie pro přístup ke zkoumanému souboru

Pro zodpovězení výzkumných otázek jsme **záměrně** zvolili výzkumný soubor sestávající z aktivizačních pracovníků domova se zvláštním režimem zaměřeným na pomoc osobám s demencí. Aktivizační pracovníci jsou vybráni z toho důvodu, že se na aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou v domovech se zvláštním režimem podílejí ze všech zaměstnanců zařízení nejintenzivněji. Je tedy zvolen účelový výběr neboli výběr úsudkem. Nejdříve byla stanovena kritéria, podle kterých výběr respondentů probíhal. Prvním kritériem je ochota respondentů zúčastnit se výzkumu. Dalším kritériem výzkumu je práce se seniory s Alzheimerovou chorobou, a to v různém stádiu nemoci, přičemž spodní věkovou hranicí klientů je 65 let. V tomto věku podle Mühlpachra (2009) začíná kategorie mladých seniorů. Horní věkovou hranici jsme nechali otevřenou. Je potřeba také dodat, že u výzkumného souboru v kvalitativním výzkumu nelze podle Hendla (2005) předem jasně vymezit jeho rozsah, znaky, nebo jej definovat. Výběr je prováděn v průběhu výzkumu opakovaně, a to až do té doby, než dojde teoretickému nasycení.

Výzkumné šetření této diplomové práce bylo realizováno v pěti zařízeních domovů se zvláštním režimem, přičemž rozhovory byly vedeny s šesti respondentkami, aktivizačními pracovníci. Ve výzkumu je značíme R1 – R6.

4.6 Výzkumný nástroj

Výzkumným nástrojem diplomové práce byl zvolen **polostrukurovaný hloubkový rozhovor**. Využití polostrukurovaného rozhovoru umožňuje flexibilně pokládat otázky a reagovat na odpovědi respondentů výzkumu. Umožňuje změnu pořadí, úpravu nebo vypuštění některých otázek v rozhovoru podle situace a prostor pro doptávání se. Prostřednictvím tohoto výzkumného nástroje je možno usměrňovat průběh rozhovoru tak, aby se respondent neodchýlil od zvoleného tématu. Rozhovor je tvořen otevřenými otázkami, prostřednictvím kterých je možno získat co možná nejpodrobnější popis zkoumané reality a výzkumných jevů. Ve výzkumu je snaha o pochopení pohledu účastníka výzkumu. Rozhovor je veden tak, aby bylo zjištěno, jak respondent vnímá zkoumanou realitu. Z toho důvodu jsou otázky formulovány takovým způsobem, aby výzkumník neovlivňoval respondentovy odpovědi. Při rozhovoru jsou vnímány vedle verbálních odpovědí také neverbální projevy respondenta, které jeho verbální komunikaci doplňují. (Švaříček, Šed'ová, 2014)

Před samotným uskutečněním rozhovoru je důležitá příprava výzkumníka, kterou představuje načtení odborné literatury týkající se tématu a sestavení otázek do rozhovoru. Průběh rozhovoru se skládá z úvodu, hlavní části a závěru. Rozhovory jsou vedeny v klidném prostředí bez rušivých vlivů zvnějšku. V úvodu proběhlo nejdříve představení výzkumníka a jeho výzkumu, ujištění respondenta o jeho anonymitě při zpracování výzkumu, dotázání na jeho ochotu participace na výzkumu a na ochotu nahrávat rozhovor na diktafon. Následovaly jednoduché otázky navozující takovou atmosféru, při níž se respondent mohl otevřít a rozhovořit. Hlavní část rozhovoru se zaměřuje na konkrétní otázky vycházející z hlavní výzkumné otázky. Pro přehlednost je v příloze uvedeno schéma polostrukurovaného rozhovoru v pyramidovém modelu, ve kterém je hlavní výzkumná otázka (HVO) rozložena na dílčí výzkumné otázky (DVO), ke kterým jsou přiřazeny konkrétní otázky do rozhovoru tzv. tazatelské otázky (TO). Předem sestavené tazatelské otázky jsou proloženy navazujícími otázkami, které vedou k porozumění či rozšíření

pohledu. V závěru rozhovoru je ponechán prostor pro další připomínky nebo otázky respondenta. (Švaříček, Šed'ová, 2014)

4.7 Způsob zpracování dat

Ke zpracování dat je využita obecná kvalitativní strategie, **analytická indukce**. Na základě prvního rozhovoru jsou blíže specifikovány výzkumné otázky, přičemž jsou upraveny a doplněny otázky do dalších rozhovorů. Průběžně získané výsledky a hypotézy jsou neustále přehodnocovány a upřesňovány. To má vliv na další sběr dat a zaměření výzkumu. Data jsou flexibilně sbírána, analyzována a vyhodnocována až do jejich teoretického nasycení. Analytická indukce probíhá po celý výzkumný proces. Souběžně s ní je po doslovné transkripci prvního rozhovoru zvolena technika otevřeného kódování, kterou jsou získaná data strukturována. Při této technice je přepsaný rozhovor rozdělen na jednotky, kterým jsou přiřazeny odpovídající kódy. Kódy jsou dále podle jejich souvislostí seskupeny do kategorií. Analýza dat pokračuje analytickými technikami zakotvené teorie vycházejícími z designu výzkumu, a to axiálním a selektivním kódováním. Prostřednictvím axiálního kódování jsou za využití paradigmatického modelu vytvořeny spojení mezi kategoriemi a subkategoriemi. Prostřednictvím selektivního kódování je vybrána klíčová kategorie, ze které vychází kostra příběhu. (Švaříček, Šed'ová, 2014)

5 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

V této části práce analyzujeme získaná data z přepsaných rozhovorů za využití analytických technik zakotvené teorie. V rámci **otevřeného kódování** přiřazujeme významovým jednotkám textu kódy, které následně uvádíme do kategorií a subkategorií. Vytvořené kategorie pro porozumění následně popisujeme s využitím přímých citací respondentů. Na otevřené kódování navazujeme **kódováním axiálním**, kterým usilujeme o vytvoření vztahů mezi kategoriemi. Posledním krokem naší analýzy dat je **selektivní kódování**. To nám umožní nalezení klíčové kategorie, okolo které bude vytvořena kostra příběhu. (Švaříček, Šed'ová, 2014)

5.1 Otevřené kódování

V rámci otevřeného kódování jsme vytvořili tyto kategorie, subkategorie a kódy:

| Kategorie | Subkategorie a kódy |
|---------------------------------------|--|
| Základ aktivizačních metod a přístupů | Jedinečnost klienta (rozhodování o vlastním životě, dobrovolnost, individuální přístup, uzpůsobení aktivit podle klienta), organizace aktivit (smysluplnost, činnosti, na které byli zvyklí, pravidelnost, krátká aktivita, různorodost, přirozená cesta, klidnější aktivizace, práce v menších skupinách), role prostředí (uzpůsobení prostředí, pocit domova, stabilita a bezpečí, změna prostředí), přístupy v komunikaci (důvěrný vztah, respekt, citlivý empatický přístup, etický přístup, orientace realitou, rezoluční terapie). |
| Pozitivní vlivy aktivizace | Péče o duši (zklidnění, proces vyrovnávání se se svým životem, posílení sebepojetí a posílení identity), kognitivní schopnosti (paměťová stopa, schopnost učení, komunikační schopnosti), pohybové dovednosti (relaxace svalů, pohyb, motorika). |
| Cíle aktivizace | Prožití přítomného okamžiku, naplnění dne, příjemné pocity, kvalita života, udržení schopností a dovedností, udržení soběstačnosti. |
| Možnosti a limity | Pracovní prostředí, nedostatečný časový prostor, nedostatek zaměstnanců, covid omezení, vzdělávání, dobrovolníci, spolupráce s rodinou. |
| Výběr aktivit | Plánování aktivit, rozpis aktivit, multioborovost, spolupráce, diagnostika, spolupráce s rodinou, biografie, zkušenosti, vzdělání. |
| Aktivizační metody a přístupy | Biografie, aktivizace běžnou denní činností, ergoterapie, muzikofiletika, zooterapie, kognitivní trénink, reminiscence, validace, smyslová aktivizace. |

Tabulka 1 Kategorie, subkategorie, kódy

5.1.1 Kategorie: Základ aktivizačních metod a přístupů

Tato kategorie popisuje základ aktivizačních metod a přístupů, ze kterého respondentky při aktivizacích seniorů s Alzheimerovou chorobou vycházejí.

Ke kategorii „základ aktivizačních metod a přístupů“ jsou vytvořeny tyto subkategorie: **jedinečnost klienta, organizace aktivit, role prostředí, přístupy v komunikaci.**

5.1.1.1 Subkategorie: Jedinečnost klienta

Tato subkategorie se vztahuje k individualitě klienta a jeho potřebě žít v domově se zvláštním režimem takový život, který je podle jeho potřeb a přání.

K subkategorii „jedinečnost klienta“ jsou vytvořeny tyto kódy: **rozhodování o vlastním životě, dobrovolnost, individuální přístup, uzpůsobení aktivit podle klienta.** Jednotlivé kódy se vzájemně prolínají a navazují na sebe.

Respondentky shodují na tom, že dobrovolnost a rozhodování klientů o své účasti na aktivizacích nebo podílení se na rozhodování o podobě aktivizačních činností je pro ně zásadní. Klienti by podle nich měli mít dostatek prostoru pro **rozhodování se o vlastním životě a průběhu dne.**

Rozhodování by se mělo týkat i každodenních činností, jejich posloupnosti, délky nebo průběhu. Podle R3 je cílem klientů naplánovat si a spokojeně prožít svůj den podle svého denního rytmu. Klienti tak mohou pokračovat v každodenních návycích, se kterými přicházejí z domácího prostředí. To popisuje například aktivizační pracovnice R1: „*Máme tam ty klientky, které prostě nechcou vstávat ráno, tak nevstávají. To vůbec nevdají. Schová se jim snídaně a vstávají třeba v 10 hodin. To je úplně jedno, jo. Tam je fakt strašně důležité nechat těm lidem možnost, aby si rozhodli o tom svém životě sami. Když to chtěou, když to ještě dokážou, jo.*“ I podle respondentky R3 je důležité ponechat klientům prostor dělat si věci podle sebe, prožít svůj den v rámci možností co nejvíce samostatně tak, jak byli zvyklí. Pracovník by měl vždy **vycházet z přání a potřeb klientů.** To popisuje R5: „*Vždy na prvním místě je klient, jeho přání. A prostě s těma lidma musíte pořád mluvit, mluvit a mluvit a oni vám řeknou, jo. Pokud neřeknou, tak vy musíte vyzorovat.*“ R5 sděluje, že pokud již klient není schopen rozhodovat se o svém životě, vyjádřit svá přání a potřeby, pracovník by měl vyzorovat a rozhodnout, co je pro klienta nejlepší. Měl by vycházet z informací od rodiny a životního příběhu klienta.

Klienti by podle respondentek měli mít také prostor pro vlastní výběr jídla, oděvu a dalších věcí běžného dne. Tím udržují svou soběstačnost. Schopnosti klientů v rámci sebeobsluhy by dále podle aktivizačních pracovníků neměly být pracovníky snižovány tím, že udělají vše za ně. Pracovníci by měli klienta podpořit k tomu, aby si udržel soběstačnost a dokázal co nejdéle rozhodovat o své vlastní osobě. R1 uvádí, jakým způsobem pracovníci podporují vyjádření potřeb a přání klientů ohledně běžných denních činností: „*Máme tady, že si můžou vybrat jídlo a oni si řeknou. A už jenom to, že mají možnost, že jim tu možnost dáme. Jo, že to nedostanou úplně všechno naservírované.*“ Respondentka R3 například zmiňuje podporu při volbě oděvu: „*Klientkám nebo i klientům je nabízena třeba volba oděvu. „Líbí se Vám tady to tričko, tady to tričko?“ Samozřejmě že je to v rámci schopností a možností klienta.*“ Jedná se vlastně o **aktivizaci běžnými denními činnostmi**, kdy pracovníci klienta podporují k soběstačnosti.

Aktivizační pracovníci by se měli přizpůsobovat přáním klientů i ve volbě obsahu aktivizačních činností. Respondentky popisují, jakým způsobem se klienti podílejí na rozhodování o aktivizačních činnostech. Respondentka R2 hovoří o tom, že rozvrh dne nesmí být striktně daný, jelikož by nemusel každému vyhovovat. Klienti se v jejich zařízení **podílejí na rozhodování o aktivizačních činnostech** podle toho, na co mají aktuálně náladu. Aktivizační pracovník by měl podle R2 během dne činnosti nabízet. Klienti by měli mít možnost vzájemně se dohodnout a aktivitu si vybrat. Podobný přístup popisuje i R3. Pokud mají klienti konkrétní přání, nastaví podle toho aktivitu: „*A ono potom třeba aji ti klienti, jdete domovem a oni „A kdy uděláme to a to? A my máme chuť na to a na to.“ Takže oni už si sami řeknů.*“

Dalším důležitým aspektem souvisejícím s aktivizací a navazujícím na rozhodování o vlastním životě je **dobrovolnost**. Ponechat svobodu je důležité i v rozhodnutí, zda se klient vůbec chce některé aktivity zúčastnit. R3 sděluje, že účast na všech aktivizacích by měla být dobrovolná: „*Kdy opravdu ten klient si, je to jeho volba, může si rozhodnout „Chcu jít/nechcu jít.*“ Pokud se klient nechce zúčastnit skupinové aktivizace, aktivizační pracovníce jej nenutí. R1 shledává **ponechání svobody** důležitým, jelikož konání činností z vlastní vůle posiluje v klientech motivaci. Klienti se tak aktivit zúčastňují rádi: „*Musí chtít. Je to dobrovolné. Pokud mi řekne „Sestřičko já nechci, není mi dobře.*“, *tak ho nechám. Vezmu ho příště, jo. A právě když je člověk nenutí, tak oni se těch aktivit zúčastňují rádi.*“

Pokud se klient skupinové aktivizace nechce účastnit, respondentky pak často namísto toho volí **individuální aktivizaci**. Ke klientům přistupují individuálně podle jejich přání a potřeb.

To vystihuje R2: „*Opravdu někteří chtějí mít svůj klid v lůžku, jo. My je necháváme tak, že opravdu je to jejich volba, ale snažíme se, byť třeba jenom tím, že na tom pokoji tady s tím člověkem, který odmítne veškeré aktivizace, jsme.*“ Namísto skupinové aktivizace často volí **rozhovor** s klientem a individuální **reminiscenci**. Je podle ní důležitá prostá **přítomnost člověka** na pokoji, přičemž není potřeba nějaké složité aktivizační činnosti. Individuální aktivizace podle ní může probíhat zcela přirozeně. R3 také odpovídá, že s klienty, kteří se nechtějí skupinových aktivizací účastnit, pracují formou individuální aktivizace. Aktivizační pracovnice má dobré zkušenosti s tím, že v případě skupinového vaření, pečení nebo podobné činnosti navštíví klienta na pokoji s hotovým výrobkem. Dalším příkladem je bohoslužba, která se v případě potřeb a přání klienta vykonává také individuálně. Individuální přístup ke klientům popisuje i respondentka R5. Uvádí, že: „*Když je klient nerozhodný, nebo často se stane, že je koupání, tak třeba klienta vezmu dříve na vykoupání, aby mohl být na aktivizaci.*“ Na příkladě je zřejmé, že se aktivizační pracovnice snaží o přizpůsobení se přáním a potřebám klientům.

Aktivizační pracovnice ke klientům individuálně přistupují i v rámci práce se skupinou. R4 zmiňuje přizpůsobení aktivity tak, aby se to líbilo všem zúčastněným: „*S každým člověkem je ten přístup trošičku jiný jo, takže když mám aji jednu aktivitu, tak musíte to trošičku přizpůsobit tak, aby se to líbilo všem.*“ R4 dále popisuje, že práce se skupinou je v tomto ohledu omezující. Pracovník se musí ptát na přání všech a dělat kompromisy.

Dalším kódem je **uzpůsobení aktivit podle stupně onemocnění, stavu, schopností a potřeb**. Do domovů se zvláštním režimem jsou umísťováni klienti s různým stupněm onemocnění. Výběr aktivizačních metod by tak měl být uzpůsoben stupni onemocnění klienta. Klienti však i ve stejné fázi nemoci mívají různé příznaky a potřeby. Každý klient je individuální, a proto se i aktivizační činnosti musí přizpůsobit potřebám každého jedince. V rozhovorech jsme se proto ptali i na to, jakým způsobem aktivizační pracovníci pracují s individuálními potřebami klientů. Respondentka R1 sdělila, že u skupinové aktivizace musí pečlivě vybírat složení skupiny tak, aby se v ní každý cítil dobře. Popisuje **kognitivní trénink**, u něhož je uzpůsobení skupiny obzvlášť důležité. Aktivizační pracovnice R1 sděluje, že klienty je potřeba nejdříve diagnostikovat a roztrdit podle úrovně kognitivních schopností a zdravotního stavu: „*Jo, protože tady ti lidi s demencí pak se diví, že on to neví, jo... že oni se v tom potom v podstatě cítí špatně. Protože on to třeba nestihne rychle říct... A oni už mají problémy třeba už s poruchou řeči, jo a tady ty věci. A to se všechno musí zohledňovat při těch aktivitách. Že se s tím pak jinak pracuje. Jo, že pak musí být člověk*

pomalejší, musí čekat na tu odpověď, tam se to musí dělat jednodušším způsobem.“ Diagnostika klientů proto probíhá již od příchodu klienta do domova. Podílí se na ní i například psycholog. R2 sděluje, že s klientem, který potřebuje odlišnou míru podpory než ostatní, pracuje individuálně: *„Potom s tím klientem třeba klidně zajdu na pokoj a řeknu „Tak a teďka to uděláme tak a takhle a uděláme to složitěji.“. Potom už na těch pokojích ty tréninky paměti probíhají individuálně, kdy už víme, že ten klient je na tom takto a takto a můžeme s ním dělat toto a že už zvládne daleko víc.*“ R3 uvádí využití odlišných aktivizačních metod u seniorů s pokročilejším stupněm onemocnění. U těchto osob je podle ní vhodné využít například **bazální stimulaci, smyslovou aktivizaci** nebo pouhou přítomnost pracovníka ve smyslu věnování pozornosti a doprovázení klienta.

5.1.1.2 Subkategorie: Organizace aktivit

Tato subkategorie vyzdvihuje základ, ze kterého by se mělo vycházet u všech aktivizačních metod a přístupů.

K subkategorii „organizace aktivit“ jsou vytvořeny tyto kódy: smysluplnost, činnosti, na které byli zvyklí, pravidelnost, krátká aktivita, různorodost, přirozená cesta, klidnější aktivizace, práce v menších skupinách, oblíbené činnosti.

Podle respondentek je nejdůležitější, aby aktivizační činnosti pro seniory s Alzheimerovou chorobou byly smysluplné, přirozené a vycházeli z činností, na které byli klienti zvyklí. Tyto tři kódy se vzájemně prolínají. Vykonávání činností, na které byly osoby s Alzheimerovou chorobou zvyklé jsou pro ně přirozené a zároveň smysluplné.

Nejdříve si popíšeme kód **„přirozená cesta“**. Přirozenost vnímáme v **běžných denních činnostech**. Podle R1 by se při aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou mělo prvotně zaměřovat právě na tyto aktivizační činnosti mající pro klienty význam: *„Spíš ty běžné denní činnosti. To já preferuju na celé čáře tohleto a takové už ty společné aktivity, to už je něco navíc, aby měli nějakou změnu, aby měli nějaké povyražení.*“ R3 popisuje aktivizaci klientů běžnými denními činnostmi, která začíná již při vstávání u lůžka a ranní hygieně. Klienti se snaží s různou mírou podpory umýt, sami si vyčistit zuby, učesat se, oholit se apod. Na aktivizaci klientů během ranní hygieny se podle R6 významně podílejí pracovníci v sociálních službách, kdy klienty těmito činnostmi podporují v udržení soběstačnosti. Pracovníci by podle ní neměli tyto činnosti dělat za klienty: *„A snažíme se dokad' jim, řeknu to tak, ruce fungují, tak aby vzali ten hřeben a prostě si ty vlasy učesali. Že to není takové jo, uděláme to, to, to, šup, šup, šup, ale fakt ať se sami realizují a prostě, ať to zaprvé*

nezapomenou a ať nezleniví, jakože je někdo vobskočí, spíš ať fakt se snaží.“ Podle R5 je důležitý také přirozený pohyb, kterým je chůze. Klienti se tak podle ní aktivizují již při přechodu na některou ze skupinových aktivizací: *„Prostě chodit, chodit, chodit. To je to nejlepší. Přirozený pohyb. Když to jde. A u těch, co jsou na lůžku, sed s nohama dolů na prokrvení nohou.*“ Podle R4 je pro klienty nejdůležitější přítomnost druhého člověka a to, že se mu někdo věnuje. Je podle ní dostačující i krátká a přirozená individuální aktivizace provázaná rozhovorem s klientem. V této aktivizaci spatřuje respondentka velký význam.

Respondentky v rozhovorech dále zmiňují, že při plánování aktivizačních činností vychází z doby, ve které generace klientů domova se zvláštním režimem vyrůstala. Respondentky upozorňují na to, že tato generace celý život pracovala, tzn. šili, pletli, háčkovali, vařili, pekli, starali se o zahradu a dobytek apod. V mládí se nebavili volnočasovými aktivitami jako je například malování nebo výroba přání apod., bavili se potřebnou prací. Podle respondentek je proto důležité **pokračovat v činnostech, na které byli klienti zvyklí**. Pro generaci seniorů s Alzheimerovou chorobou, kteří jsou v domovech se zvláštním režimem umístění jsou podle respondentek nejvíce **smysluplné pracovní ergoterapeutické činnosti vycházející z běžných denních činností**. Mezi nejoblíbenější aktivity klientů podle R2 patří činnosti, které dělávali doma. R2 doplňuje: *„Spíše nějaké smysluplné činnosti. Volíme spíše přirozenou cestou, jo? Pro ně je aktivita třeba umývání nádobí, kdy umyjou dva hrníčky, utřou si je, připadají si jako doma. Rádi žehlí, jo. Oni by nejradši žehlili pořád.*“ R1 zdůrazňuje potřebu smysluplnosti, kterou by klienti měli v aktivitách spatřovat. Jako příklad uvádí přípravu svačín v jejich zařízení. Podle aktivizační pracovnice R1 je příprava jídla pro klienty smysluplná ve více směrech: *„A nachystali svačiny pro celou etáž... A oni z toho měli hroznou radost, jo. A ti ostatní klienti, kteří to nezvládali udělat, tak měli radost, že... „No to jsou ty svačiny, co jsme dělali.“, „To jste dělali?“, jo, a teď „A vy jste šikovná.“, jo, a vlastně tam vznikne jak kdyby i mezi nima ta komunita jo, že oni potřebují tady tyhle věci dělat. Potřebují dělat smysluplné věci.*“ Jedná se tedy o činnost, která navazuje na běžné denní činnosti, na které jsou klienti zvyklí, slouží k udržení soběstačnosti, slouží jako podnět k vzájemné komunikaci, k sociálnímu začlenění. To vše vede k pozitivním pocitům a zároveň posílení sebepojetí klientů.

R1 dále vidí smysl ve **vykonávání činnosti, kterou se klienti živilí a která utvářela jejich profesní roli**. Vysvětluje to na příkladu klientky, která byla v minulosti kuchařkou. Aktivizační pracovnice R1 vychází z osobního příběhu klientky a volí individuální přístup, ve kterém podporuje klientku v zachování návyků a udržení základních dovedností v oblasti

vaření. R3 také popisuje, jakým způsobem klientce v zařízení umožnili pokračovat v činnosti, na kterou byla celý život zvyklá: *„Nebo máme klientku, která dříve byla zvyklá cvičit v Sokole, takže když má náladu, tak cvičí s ostatními. Ona to cvičení vede. Byť je to paní imobilní na invalidním vozíčku, ale ona si je krásným způsobem zaktivizuje. Je schopna si zapamatovat jejich jména a vlastně předcvičuje jim ty cviky, komunikuje s nimi.“* Pro klientku je tato činnost smysluplná opět v mnoha směrech, a to z důvodu pokračování v roli, kterou zastávala, v udržování soběstačnosti, trénování kognitivních schopností, socializace a posílení sebepojetí.

Podle respondentek je pro klienty důležitá také **zooterapie**, která navazuje na život jejich generace, a to život farmářů a hospodářů. R2 uvádí, že v jejich zařízení chovají domácí zvířata. Klientům je tak navozen pocit domova. Mají možnost starat se o dobytek tak, jak byli zvyklí, jen s určitou mírou podpory pracovníků: *„Pak tady máme ovečky, zvířata, jo, protože oni jsou farmáři. Hodně jich v té době žilo na statku, tak at' na to navazujeme na ten jejich život.“* Podle R1 chovalo mnoho klientů také psa nebo kočku, která jim může v současnosti chybět. Zooterapie je z tohoto důvodu pro tyto osoby velice užitečná. Témata domácích zvířat a mazlíčků se podle ní dají vhodně využít i v **reminiscenční terapii**.

Pro hospodářský život klientů, kteří žili na farmě jsou dále typické práce na zahradě. Z toho důvodu respondentky vyzdvihují význam **zahradní terapie**. Ta podle R4 pro klienty představuje relaxaci spojenou s **reminiscencí**. Klienti si při práci na zahradě mohou zavzpomínat na své mládí a vrátit se tak do minulosti. R5 v zahradní terapii spatřuje přirozenou činnost, která je pro klienty typická: *„Protože je to činnost, kterou oni dělali doma a je jim vlastní, a jim to dáte do ruky, a oni hned vědí, co mají dělat Je to prostě přirozená činnost.“*

Pro respondentku R5 je dále důležité **vycházet ze společenských zvyků a tradic** klientů. Vaření společných jídel by mělo vycházet z toho, co si klienti doma nejčastěji vařili. Vhodné je také vařit jídla, která jsou pro danou oblast, ve které klienti žili typická: *„Já se třeba hodně snažím, když jsme na Valašsku tak dodržovat ty naše tradice. Prostě to, co patří k tomu Valašsku a tady k té naší lokalitě. Vaříme třeba zelňačku, pečeme zálesňáky, koláčky, jo. A to, co ti lidi znají, a to, co je jim blízké.“* Dodržování tradic vyzdvihuje také R3. Jedná se podle ní o navázání na běžné činnosti nebo běžné druhy zábavy, na které byli klienti zvyklí. Mezi tyto činnosti patří např. stavění a kácení máje, zdobení vánočního stromku, zdobení velikonočních vajíček atd. Vytváření a prožívání těchto tradic vychází ze **smyslové aktivizace a přístupu Montessori**.

Aktivizační metody a přístupy by dále podle respondentek měly vycházet ze **zásady pravidelnosti a různorodosti**. Respondentky v rozhovorech popisují širokou škálu aktivizačních metod a přístupů, které v zařízeních pravidelně využívají. Klienti by podle nich měli mít velkou různorodost v aktivitách. Zároveň však vnímají i potřebu pravidelného opakování činností. R6 sděluje, že čím více klienti veškeré jejich zachované schopnosti a dovednosti trénují, tím déle si je zachovají. Pro efektivitu a výsledky klientů je pravidelnost zásadní. R1 pravidelnost i různorodost shrnuje: „*Takže od všeho trochu. Oni potřebují inovaci. Přitom mají rádi stejné věci, ale tam je třeba i něco nového, dalšího. Já třeba dělám cvičení a každý měsíc ho dělám jinak, jo, to je důležité.*“ Vhodné je tedy pravidelné využívání aktivizačních metod s proměnami technik práce.

Aktivizační metody a přístupy pro osoby s Alzheimerovou chorobou by dále měly být **v kratším časovém rozsahu** tak, aby klienti vzhledem k jejich nemoci dokázali udržet pozornost a necítili se unaveni. Po aktivitě pak klienti potřebují vstřebat své zážitky v klidu na pokojích. Podle R2 by aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou měla být také **klidnější**. Mělo by se podle ní vyvarovat nadměrnému hluku, množství barev a podobně. Větší množství barev nebo hluku by podle R2 mohlo v klientech vyvolat negativní pocity vycházející z nepochopení a vedoucí až k nespavosti: „*Aby je to nevyvedlo prostě z toho jejich každodenního rituálu, z té koncentrace. Oni třeba můžou v té chvíli být v pořádku, ale potom třeba večer nespí, jo. Můžou být opravdu takoví vyděšení, že se jim ten den promítá jakoby.*“ Aktivita by pro klienty měla být pozvolná, klidná a příjemná. Podle R2 je také důležité prokládat aktivizační činnosti i klidnější aktivitou jako je sledování filmů nebo povídání u krbu.

Podle respondentky R3 by měly být aktivizační činnosti **přirozené**. Proto často volí nenápadnou nabídku činností, která spočívá v uzpůsobení prostředí. Aktivizační pracovnice podněcuje klienty k procvičování schopností a dovedností například tímto způsobem: „*Kdy třeba jim nabízíme úplně nenápadně třeba čtení, kdy velkými písmeny je napsané třeba, co je dneska na oběd. Máme to i na nástěnce, kde máme to jídlo vyfocené, aby si mohli připomenout třeba i jak to jídlo vypadá, jak ho vaří oni a...*“ R3 se tímto způsobem také snaží klienty orientovat v čase. V inspiraci s Montessori metodou nenápadně nabízí označení dne: „*Máme to na takovém hodně výrazném zeleném papíře a máme napsané pondělí, úterý, středa, čtvrtek, pátek, kdy ten klient vlastně tím, že se rozhlédne po tom pokoji, tak vlastně vidí úterý. Jestli už se zorientuje nebo ne...*“ Také při práci s terapeutické

panenkou je činnost klientům pouze nenápadně nabízena tím způsobem, že se položí na viditelné místo, odkud si ji klient má možnost všimnout.

Respondentky dále vnímají potřebu pracovat při skupinové aktivizaci s **menší skupinou klientů**. R1 tvrdí, že ve skupině více osob klienti neudrží tolik pozornosti. Činnost by pak pro ně neměla význam. I podle R5 je efektivnější práce v menší skupině. R5 je však v zařízení omezena velkým množstvím klientů. Skupinu si je podle ní v takovém případě vhodné rozdělit na více skupin, které aktivizační pracovnice postupně obchází.

5.1.1.3 Subkategorie: Role prostředí

V subkategorii „Role prostředí“ popisujeme to, jak by mělo vypadat prostředí, ve kterém k aktivizačním činnostem dochází. Uvádíme také vliv prostředí na efektivitu aktivizace klientů.

K subkategorii „role prostředí“ jsou vytvořeny tyto kódy: uzpůsobení prostředí, pocit domova, stabilita a bezpečí, změna prostředí.

Prostředí, ve kterém se klienti pohybují by mělo být **přizpůsobeno potřebám** naší cílové skupině. Respondentka R3 popisuje, jakým způsobem by mělo být prostředí upraveno, aby se v něm klienti s Alzheimerovou chorobou vyznali: *„Že hrají hodně roli barvy. Klienti by měli mít třeba červené dveře. Záchod by měl být do žluta. Měli by mít ohraničené třeba talířky. Na stole by mělo být třeba jasně červené kolečko, na tom pruh červený, aby viděli hranice, že ta bílá barva jim splyne.“* Respondentky také pracují s metodou **Montessori**. Na viditelné místo klientům vyvěsí speciální kalendář. Klienti se tak sami mohou zorientovat v čase. Na nástěnky ve společných prostorech pak bývá vstavován jídelníček, pomocí něhož mohou klienti podle R3 trénovat schopnost čtení, paměť atd. S tím souvisí i nenápadné nabízení terapeutické panenky v případě potřeby klienta.

Dalším kódem je **„pocit domova“**. Podle respondentek je důležité navození rodinného a domácího prostředí, aby se klienti v zařízení cítili jako doma. K tomu podle R1 napomáhá i individuální aktivizace: *„V podstatě potřebujeme s těma lidma pracovat individuálně. Tak, aby se cítili v podstatě, že jsou doma, jo?“* R2 přispívá informací, že klienti by měli mít pro navození domácí atmosféry prostor pro to, aby dělali **běžné denní činnosti, na které byli zvyklí**. Klienti by měli mít možnost se za dozoru pohybovat samostatně podle jejich potřeby, zajít si například do kuchyně něco uvařit tak, jak byli zvyklí. Pracovníci na ně dohlíží a zajišťují jim bezpečné prostředí pro jejich pohyb.

Kódy „stabilita“ a „bezpečí“ se opět vzájemně ovlivňují, kdy pocit bezpečí je závislý na stabilitě. Stabilita v našem případě zahrnuje jak stálý personál, tak stálou skupinu při skupinových aktivizacích nebo například místo u stolu, kde klient pravidelně sedává. Každá změna může klienta rozhodit. R1 zmiňuje, jaký význam má pro klienty stabilní personál: „...protože oni se pak v tom ztrácejí. Protože oni je nepoznávají. A zvláště ti s tou demencí. Oni už vidí, vědí jména, jo to si dokážou některé věci zapamatovat, ale už si víc nepamatují jinak.“ Podle aktivizační pracovnice R1 se v případě časté fluktuace zaměstnanců klienti ztrácejí, jsou zmateni. Stabilita má podle ní pozitivní vliv i na učení a paměť klientů. Respondentka R5 a R6 uvádí, že klienti potřebují mít při skupinových aktivizacích své místo, kde pravidelně sedávají a kde se cítí být v bezpečí. V případě porušení zasedacího pořádku mohou být klienti znepokojeni, nejisti až rozzlobeni. Kód „bezpečí“ souvisí i se zajištěním bezpečného prostředí. U seniorů s Alzheimerovou chorobou je zvýšené riziko pádů nebo dalších úrazů. Mnohdy si klienti nebezpečí ani neuvědomují, a proto je pro ně dozor pracovníků zásadní. R2 sděluje, že dozor nad klienty je v jejich zájmu.

Dalším kódem je „změna prostředí“. Ta podle R3 přispívá ke kvalitnímu prožití života seniorů s Alzheimerovou chorobou. Účast na skupinových aktivitách je podle R3 pozitivní z toho důvodu, že klient není celý den na pokoji v lůžku. Se změnou prostředí se mu tak dostává i sociálního kontaktu a pohybu. Klient se setkává s více podněty a vjemy. Respondentka R3 popisuje i významnou změnu chování klientů v souvislosti se změnou prostředí: „Ono, když ten člověk, třeba vnímám to, že když změní to prostředí, když jsme na té akci, tak mnohdy ty projevy jsou úplně jiné u klientů s demencí. On třeba pozoruje ty ostatní lidi a mnohdy nepoznáte, že je ten klient třeba klientem zvláštního režimu.“

5.1.1.4 Subkategorie: Přístupy v komunikaci

K subkategorii „přístupy v komunikaci“ jsou vytvořeny tyto kódy: důvěrný vztah, respekt, citlivý empatický přístup, etický přístup, orientace realitou, rezoluční terapie.

Základem pro veškerou komunikaci s klientem a jeho aktivizaci je empatie, respekt, důvěra a etický přístup. Pro to, aby se klienti aktivizačních činností vůbec účastnili, potřebují aktivizačnímu pracovníkovi důvěřovat. R3 sděluje, že pro **navázání důvěrného vztahu** je vhodné zvolit spíše individuální aktivizační metody a přístupy. V rámci individuálních aktivizací má klient prostor pro to, aby se mohl s čímkoliv svěřit. Ve skupině se tolik neotevře. R1 sděluje, že k tomu, aby klient pracovníkům důvěřoval, je potřeba mít stálý personál. S důvěrou souvisí také **zachování etického přístupu**. V situaci, kdy se klient

s něčím svěří, měl by pracovník dobře zvážit, zda si osobní informaci ponechá. Pokud se nejedná o důležitou informaci pro práci s klientem, mělo by to zůstat důvěrné. R3 hovoří o tom, že by měl pracovník dbát na to, aby důvěru u klienta neztratil. Po zklamání důvěry je potom těžké si ji opět získat. Klienti se pak mohou bát aktivizačních činností účastnit. Aktivizační pracovníci by dále měli mít **citlivý a empatický přístup**. Tomu předchází navázání důvěrného vztahu s klientem. Respondentka R1 sděluje, že je potřeba osvojit si komunikační přístupy a klienta v rozhovoru vést správným směrem.

Aktivizační pracovníci by při své práci měli vycházet z jedinečnosti klientů. Měli by **respektovat** a zohledňovat jejich osobnost. R6 sděluje, že pro výběr aktivizační metody musí pracovník klienta znát. Respondentka proto pracuje s biografií klienta a se zkušenostmi a znalostmi o klientovi, které má. I R1 sděluje, že při volbě aktivizací vychází z biografie klientů. Zohledňuje tak to, co klienti mají/nemají rádi, čeho se bojí, jakou mají povahu atd.: *„Ale zase musíme mít respekt před tím jeho postojem. A pokud víme, že ten člověk byl uzavřený, že byl prostě takový celý život, tak ho teď nebudeme násilím tlačit do nějakých aktivit.“* R3 také zdůrazňuje potřebu respektovat přání klientů a netlačit je do něčeho, co si nepřejí nebo na co nejsou zvyklí. Aktivizační metody a přístupy by se měly pečlivě vybírat společně s nimi: *„Přijela nám paní z nějakého zařízení s nalakovanými nehtama, upravená, a tak a paní říká „Jo, udělali ze mňa šaška.“* R5 dále popisuje potřebu respektovat náboženské vyznání všech klientů. Pracovníci by měli přizpůsobit bohoslužby každému, nedělat mezi nikým rozdíly. I během skupinových aktivizací by se měl brát ohled na každého klienta, respektovat jeho přání a snažit se vyjít vstříc každému. *„Jo, pokud vím, že pán má rád vážnou hudbu, tak mu pustím vážnou hudbu, ale pustím i tomu druhému, který má rád rockovou hudbu, jo. Takže tak se to snažíme vždycky, aby si vyšli vstříc, jim to vysvětlíme, a to potom funguje.“*, sděluje R4.

Respondentky se dále shodují na tom, že seniory s Alzheimerovou chorobou je potřeba neustále **orientovat časem a místem**. Klientům by se mělo připomínat datum, roční období a rok. Vhodné je využití speciálních kalendářů podle **Montessori** metody, které respondentky v rozhovorech zmiňují. V přehledném kalendáři s velkými písmeny kalendáři by mělo být vyobrazeno aktuální roční období s tematickými obrázky nebo fotografiemi, den, měsíc a rok. Mělo by to sloužit k lepší výbavnosti. Tímto způsobem je klientům orientace nenápadně nabízena. R1 a R3 se snaží o orientaci v čase **smyslovou aktivizací**, kdy veškeré aktivity směřují tematicky podle ročního období. *„Je jaro, tak mluvíme o jaře, malujeme jaro, zpíváme si o jaře, je to zaměřené jak kdyby na to období. Hodně, hodně na*

to období. *Jo, takže takto vlastně tou smyslovou aktivitou já to vedu.*“, popisuje R1. Pro orientaci klientů se v létě v čase jahod připravují jídla z jahod, opékají se špekáčky, na podzim se využívají brambory, trnky atd. R4 popisuje, jakým způsobem klienty orientuje během aktivizačních činností. Klientům je potřeba neustále opakovat, jakou činnost dělají a jakým způsobem ji mají dělat. Orientace realitou však může klientům i přitížit. Pracovník musí ke klientovi přistupovat empaticky a velice citlivě. K tomu může dojít například v případě, kdy klientům připomene nějaké trauma nebo špatnou situaci nebo informaci. To uvádí R1: *„Tak říká „Já jsem byla vdaná?“ a řekli jme, že manžel zemřel, že je vdova už dlouho, jo a vona jak kdyby se jí to všechno spojilo, a pak jsem jí 3 dny dávali dohromady.*“ R3 také popisuje, že v určitých situacích, kdy si klient znovu prožívá určité časové období v minulosti, není nutné klienta stresovat a vracet ho zpět. Pracovník by měl podle respondentek přistoupit na klientovu realitu.

5.1.2 Kategorie: Pozitivní vlivy aktivizace

5.1.2.1 Subkategorie: Péče o duši

Subkategorie „Péče o duši“ označuje pozitivní vliv aktivizačních činností na emoční a psychickou stránku klientů.

K subkategorii „Péče o duši“ jsou vytvořeny tyto kódy: zklidnění, proces vyrovnávání se se svým životem, posílení sebepojetí a posílení identity. K jednotlivým kódům jsou dále uvedeny konkrétní aktivizační metody a přístupy mající pozitivní vliv na psychickou a duševní stránku seniorů s Alzheimerovou chorobou.

Vhodné využití aktivizačních metod, přístupů a jejich technik může vést podle respondentek ke zklidnění klientů, jejich negativních pocitů nebo problémového chování. Ve výpovědích respondentek jsou identifikovány dva hlavní způsoby uklidnění, a to **přiznání emocí a odvedení pozornosti od vlastních pocitů.**

R1 poukázala na potřebu individuální práce s rozrušeným klientem. Důvodem je ochrana ostatních klientů, kteří by chování rozrušeného klienta nemuseli pochopit. Jeho vnitřní nepohoda by mohla ovlivnit i ostatní. Klient se však může rozrušit i během skupinové aktivizace. V tomto případě je podle R1 potřeba klienta podpořit a ponechat mu prostor pro zklidnění: *„Člověk je úzkostlivý třeba nebo prostě má pocity, většinou mají nutkání jít na toaletu a tak, tak je dobré usmát se a „Běžte.“, „A trefím tam?“ „Já říkám „Ano, trefíte, jste*

šikovná, až poslední dveře.“. *A on už si na tu toaletu dojde sám. Ale nechat mu ten prostor v tom... spíš ho podpořit v něčem.*“ Tento přístup je založen na **potvrzení emocí** klienta. To je základem **validační terapie**. R1 dále sděluje, že validaci spatřuje jako vhodný nástroj ke zklidnění klientů. S technikami validační terapie pracuje také R3. Respondentka popisuje techniku zrcadlení, jejíž využití je vhodné při práci s klienty v pokročilejší fázi onemocnění. Ke zklidnění prostřednictvím této techniky může dojít tak, že pracovník opakuje hlasové projevy a další vyjádření klienta ve stejné intenzitě, jako on. Tyto projevy pak mohou odeznít. Podle R3 není vhodné odvádět klientovu pozornost na jiné myšlenky. Klienty se nesnaží přehnaně zaměstnávat. V situaci, kdy klienti bloudí a neví, čím by se zaměstnali, tak se jim R3 nesnaží neustále hledat program: *„Protože tím, že nevím, co mám dělat nám mnohdy povídají „Je mi špatně. Je mně špatně, trápí mě něco.“ třeba.“* Aktivizační pracovnice R3 vidí v tomto případě smysluplnější validaci a přiznání pocitu klienta: *„Nevíte, co máte dělat? Já to chápu, že nevíte, co máte dělat.“* Respondentka R3 vnímá, že převedení klientovy koncentrace od jeho problémů na jinou činnost v něm může vyvolat pocity hněvu: *„Protože když já budu někomu říkat, že je mně špatně a on mi řekne „Pojď, půjdeš mi pomoci s něčím.“, tak budu vnitřně naštvaná. Vlastně potlačí tu moju emoci.“* R3 proto preferuje spíše podporu, prožití a potvrzení emocí klientů, čímž je podporuje k vyrovnávání se s problémem a vyplavení negativních pocitů. Snaží se s klienty prožít jejich emoce. V případě, že klient pláče, snaží se o uklidnění. Cílem však není, aby klient přestal plakat, aby změnil svou emoci. Pracovník by měl přistoupit na jeho emoci a nechat mu ji. R3 uvádí: *„Prostě necháme ji vyplavit, necháme mu ji prožít. Protože je to jeho emoce a neměníme to.“*

Další účinnou komunikační technikou, která vede ke zklidnění klientů je podle R3 **rezoluční terapie**. Její využití je vhodné u osob, které si plně neuvědomují realitu. Klienti s pokročilejším onemocněním, kteří se vracejí do svého mládí a dětství, tedy vzpomínek uchovaných v dlouhodobé paměti klientů. Pracovník by podle R3 neměl vyvracet klientovu realitu. Někteří klienti podle R3 hovoří například o návratu domů. Prožívají období svého dětství, kdy se večer musí vracet domů, aby je rodiče nehledali. Personál se pak místo orientace realitou snaží o podporu a zklidnění: *„Dobře, ano, je to tak. Vyspíme se a půjdete.“* Nevyvrací klientům to, co vidí a prožívají. Tímto způsobem je vhodné klienty v podobné situaci uklidnit. Podobně by se mělo přistupovat i ke klientům mající bludy nebo halucinace. I v tomto případě by mohla snaha o orientaci klienta místem a časem vést k negativní pocitům klienta. Proto přistupujeme na to, co vidí on.

Další efektivní metodou uvolňující napětí klientů v těžších stádiích onemocnění je **bazální stimulace**. Tuto metodu popisují respondentky R3 a R4. R3 spatřuje v této metodě potenciál. Hovoří o potřebě hlubších znalostí technik vedoucích ke zklidnění klientů v jejich zařízení. Podle R3 je vhodné například využití kontaktního dýchání. Aktivizační pracovnice R4 uvádí, že metody bazální stimulace využívají v jejich zařízení spíše pracovníci v sociálních službách v rámci individuálních aktivizací.

Další techniky, které respondentky využívají jsou zaměřeny na **odvedení pozornosti** klientů od jejich problémů. R1 uvádí potřebu individuální práce s těmito klienty: *„Když vím, že je ten člověk v takovém stavu, tak tam jdu, povídáme si a třeba jenom „Já vám pomůžu. Pojd'te, umyjeme si ruce.“, jo, „Můžu vás učesat?“ , jo a vy tím vším odvedete tu pozornost. Takže ten člověk se třeba zklidní na určitou dobu.“* R1 dále popisuje důležitost vyplnění volného času seniorů s Alzheimerovou chorobou prostřednictvím různých aktivit. Koncentrace podle R1 na určitou aktivizační činnost může v klientovi vyvolat pozitivní myšlenky a pocity, díky čemuž na chvíli zapomenou na své problémy: *„Já si myslím, že někteří vědí, že se s nima něco děje a nevědí co. Takže vlastně veškeré ty aktivity můžou i těm lidem pomoci tady od toho, aby se necítili v tom tak špatně, jo.“* R2 popisuje zklidnění klienta během koncentrace na vlastní osobu, aktivizačního pracovníka a na činnost. Tím dochází k odvedení pozornosti od jeho problémů: *„Jak oni najednou zapomněli na takové „A mě bolí tohle a já už tady nechci být.“*

Prostřednictvím využití dalších aktivizačních metod a přístupů může klient zpracovávat svou minulost. Kód **„proces vyrovnávání se se svým životem“** proto představuje zaměření se na významné životní situace, kterými si klienti prošli s cílem vyrovnání se se svým životem. R3 uvádí **využití terapeutických panenek** při práci s klienty, kteří si potřebují zpracovat určitou fázi života: *„U těch panenek fakt se snažíme držet v takové rovině, že není to stejné, když si třeba hraje holčička s panenkou a když po té panence sáhne ten senior. Že tam opravdu jde vidět ten rozdíl, to už je zpracovávání něčeho. A opravdu hledáme způsob.“*

R1 v rozhovoru uvádí potřebu **utvoření důvěrného vztahu s klientem**, který může vést k tomu, že se klient otevře a s něčím se svěří. Už jen tím, že to pracovníkovi řekne dochází k procesu vyrovnávání se.

R1 zmiňuje také techniky **smyslové aktivizace**: *„Právě v té smyslové aktivizaci to můžete udělat formou hry, stavět stromy, dělat... a různýma těma technikama. Když třeba přilepujete lístky, to jsou vlastně naše životy, co jsme v tom životě udělali. Pak nějaké ovoce, to jsou děti, vnoučata. Oni o tom krásně dokážou mluvit, jo a dokážou se do toho zapojit.“*

Ve výpovědi je zřejmé propojení s **reminiscencí**. Zmíněnými technikami smyslové aktivizace a reminiscenční terapie může pracovník přispět kromě vyrovnávání se se svým životem také k uvědomění si vlastních rolí v životě a posílení osobní identity, což navazuje na další kód, a to „posílení sebepojetí a identity“.

Dalším významem aktivizace osob s Alzheimerovou chorobou je **posílení sebepojetí a identity** člověka. V rámci analýzy dat byly v prepisech rozhovorů zaznamenány kódy „seberealizace, posílení sebeúcty, sebedůvěry a osobní identity“, které byly z důvodu provázanosti sjednoceny do nadřazeného kódu „posílení sebepojetí a identity“. Respondentky uvádí velké množství aktivizačních metod a přístupů, které k posílení sebepojetí a identity vedou. Jednou z těchto metod je ergoterapie neboli terapie prací. U klientů je vhodné pokračovat v činnostech, na které byli zvyklí, a to i v pracovních činnostech, pokud je to možné. R1 popisuje využití **ergoterapie** u klientky, která pracovala jako kuchařka: „*Takže kuchařky potřebují něco nebo potřebují... spíš si vymyslíme „My naškrábeme jabka, dostali jsme jabka. Neuděláte nám z toho něco?“*. *Vždycky hledám, aby to mělo smysl.*“ Respondentka podle výpovědi vnímá důležitost individuálního přístupu a vykonávání aktivizačních činností, které mají pro klienty smysl. Vychází z **biografie** klientky, jejího životního příběhu, přičemž pracuje s informacemi o její profesní roli. Využitím těchto aktivizačních metod respondentka oceňuje profesní roli klientky, kterou v minulosti zastávala. V klientce tím může posílit nebo obnovit sebedůvěru v její schopnosti a naplnit potřebu seberealizace. Vaření pro ostatní klienty může v klientce znovu vyvolat pocit užitečnosti, kdy si vzpomene také na svou mateřskou roli, kterou v minulosti zastávala. To se váže na její sebeúctu a posílení osobní identity.

Pocit užitečnosti vyvoláme také tím, že klienty požádáme o pomoc a následně jim za to poděkujeme. Tímto způsobem oceníme klienta za to, že udělal něco navíc. Pocit užitečnosti vedoucí k posílení sebepojetí buduje v klientech například respondentka R5. Popisuje, jak může pracovník při **aktivizaci běžnou denní činností** jako je vaření kávy v klientech vyvolat pocit užitečnosti spojený s posílením jeho sebepojetí. Při přípravě kávy celé skupině se klienti cítí být užiteční. R5 sděluje, že klienti mají velkou potřebu pomáhat. Posílení sebepojetí při aktivizaci běžnou denní činností zmiňuje také R3. Aktivizační pracovnice R3 spatřuje v klientech pocit sebeuspokojení plynoucí z potvrzení schopnosti samostatně si nakoupit a schopnosti fungovat ve společnosti: „*A zase, sami si vyberu, sami si zaplatí, setkají se prostě s ostatními lidma, s tím světem, s tím obchodem. Mají z toho dobrý pocit, takové to sebeuspokojení, že já jsem to zvládla sama, sama jsem si dojela a koupila jsem si*

svetr třeba.“ Klienti prožívají pocitu úspěchu v komunikaci se sociálním prostředím a ve vyřizování si osobních záležitostí.

Podle R2 mohou klienti zažít úspěch, potvrdit si své schopnosti a posílit sebedůvěru také prostřednictvím dalších aktivizačních metod např. **kognitivního tréninku**: *„Oni se tak snaží... jako ne že předvádět, ale „Já umím tohle.“, jo. Já myslím, že tady ty společné aktivizace, aktivity jsou pro ně velice dobré. Je jich tam víc, tak oni opravdu jakoby, jak říkám, někdy i soutěží mezi sebou. Někomu to jde lépe jo, někdo to umí, tak to se taky musí držet v takové lajně.“* Podle respondentky by se však mělo myslet na to, aby úspěch jednoho klienta neohrozil úspěch ostatních klientů. Aktivizační pracovník by měl proto podle nás citlivě přistupovat ke každému jednotlivci s cílem plného využití jeho potenciálu. Při těchto aktivizacích by měl každého klienta podporovat k zažití pocitu osobního úspěchu.

5.1.2.2 Subkategorie: Kognitivní schopnosti

K subkategorii „kognitivní schopnosti“ jsou vytvořeny tyto kódy: paměťová stopa, schopnost učení, komunikační schopnosti.

Respondentky se shodují na tom, že pravidelná aktivizace klientů má významný vliv na **udržení kognitivních schopností** osob s Alzheimerovou chorobou. Respondentky zdůrazňují potřebu **pravidelného tréninku**, který má vliv na udržení paměti. Shodují se na tom, že zdravotní stav klientů není možný prostřednictvím aktivizací ovlivnit. Pravidelným tréninkem se však kognitivní schopnosti mohou udržovat tak, aby nemoc nepokračovala takovou rychlostí. R1 sděluje: *„Když například cvičíme, a děláme to trošku pravidelně, tak oni si to pamatují, že tam ta paměť nějaká zůstává a oni vědí.“* R1 sděluje, že prostřednictvím pravidelného trénování a učení mohou vznikat určitá synaptická spojení mezi neurony, díky kterým si klienti dokážou zapamatovat pracovníky, se kterými přicházejí každý den do styku. Klienti se dokážou **naučit a zapamatovat** si jména a roli pracovníků, kterou v jejich životě zastávají. Pamatují si například, která pracovnice s klientem chodívá do obchodu. Důležitý je zde však stabilní personál. R1 dále sděluje, že pravidelným opakováním a učením si klienti dokážou vštípit a uchovat v paměti i texty písní nebo rytmy. S podporou pracovnice si je v rámci **muzikoterapie** nebo **muzikofiletiky** dokážou vybavit: *„Když se jich zeptám, tak oni na mě chvílku koukaj, nevědí, a když začnu, tak oni už se přidají. Už nemusím je to učit, oni už se přidají, už vědí. Takže má to smysl. Má to smysl.“* Prostřednictvím muzikoterapie je tedy možné paměť dobře procvičovat. R4 zmiňuje, jakým způsobem se paměť může za pomoci hudby procvičovat: *„My to máme třeba formou, že*

cvičíme paměť pomocí hudby, že třeba pustíme nějakou písničku a klienti si vzpomenou, co je to za zpěváka a zpěvačku, jak se jmenuje ta písnička, pak si třeba taky zkusí zazpívat kousek textu, aby si zapamatovali.“ Prostřednictvím muzikoterapie je vhodné trénovat také dlouhodobou paměť. Klienti si totiž dokážou nejlépe vybavit texty dětských písní.

Respondentky vnímají, že aktivizační metody slouží také jako prostředek komunikace. Podněcují klienty k rozhovorům. Tím dochází k trénování a **udržování komunikačních schopností a dovedností**. K tomu dochází například v rámci muzikoterapie. Ta má podle R5 na klienty významný vliv: *„Tak začnem zpívat. To se připojí všichni. A je strašně zajímavé, že i klient, který nemluví nebo tak, tak se zapojí při zpěvu písní. To se nám často stává, že jsme úplně překvapeni, že z klienta se vyptáváme všechno možné klient nic, a když se začne zpívat, tak klient začne zpívat. To je časté.*“ Respondentka R4 popisuje, že se snaží podnítit konverzaci mezi klienty prostřednictvím veškerých skupinových aktivizačních metod. Bez podpory pracovníků klienti podle R4 nejsou schopni navázat kontakt. Ve skupině se pracovníci snaží o to, aby klienti komunikovali mezi sebou, snaží se o podporu komunikace a sociální začlenění. Aktivizační pracovníci tedy v rámci aktivizací podporují nejen komunikační schopnosti a dovednosti, ale i **sociální začlenění** klientů. Aktivizační pracovnice se snaží klienty zapojit do skupiny tak, aby nezůstali sociálně izolovaní. Podle R1 stačí i pasivní účast klienta na skupinové aktivizaci: *„A snažíme se toho člověka přivést k tomu, aby nebyl uzavřený. Nemusí se té aktivitu zúčastnit třeba aktivně, ale aby tam třeba s náma byl.*“ Je důležité také zmínit potřebu sociálního začlenění i do společnosti mimo zařízení. To popisuje například R3. Pracovníci s klienty jezdí na výlety, na zmrzlinu, do obchodu atd., kde mají možnost přijít do kontaktu i s širším sociálním prostředím a trénovat tak sociální a komunikační schopnosti a dovednosti.

5.1.2.3 Subkategorie: Pohybové dovednosti

K subkategorii „pohybové dovednosti“ jsou vytvořeny tyto kódy: relaxace svalů, pohyb, motorika.

Některé aktivizační metody mají potenciál ovlivnit pohybové dovednosti seniorů s Alzheimerovou chorobou. V rozhovorech je respondentkami spojován dotyk prostřednictvím **bazální stimulace** nebo **zooterapie** s relaxací svalů. R1 a R2 popisují vliv zooterapie u imobilních osob v pokročilejší fázi onemocnění. Prostřednictvím dotyku přes zvíře se klient zklidní, povolí spazmy v prstech a dokáže tak ruku roztáhnout. Na klienty podle respondentek působí i pouhá přítomnost zvířete.

R4 vnímá zlepšení pohyblivosti klientů v souvislosti s **muzikofiletikou**: „*A hudba pro ně je fakt takový balzám na duši, lék jo. I ti klienti, kteří se běžně nehýbou, tak se prostě do toho rytmu, co mají rádi, co je jim blízké, tak prostě se dokážou svým způsobem nějak vzepřít a prostě pohnout aspoň těma rukama. Nebo se na Vás usmějí... prostě tam vidíte tu odezvu prostě. Oni u toho ožívají ti lidi. Prostě fyzicky jdou jakoby nahoru, začnou se hýbat, když se normálně běžně nehýbou. Takže já si myslím, že je to jak psychicky, tak fyzicky pro ně dobré.*“ Význam muzikofiletiky je zde spojován s hudbou, na kterou byli klienti zvyklí. Navazujeme zde na již zmíněný kód „činnosti, na které byli zvyklí“.

R4 dále vidí vliv ergoterapeutických činností na udržení jemné a hrubé motoriky klientů. Podle ní mají významný vliv na rozvoj motoriky například ruční dílny. Respondentka sděluje, že pokud se s klientem nebude motorika prostřednictvím těchto činností trénovat, bude se zhoršovat až do té fáze, kdy klient nebude schopný cokoliv udržet v ruce. Aktivizační pracovnice proto jemnou i hrubou motoriku s klienty procvičuje např. při práci s nůžkami. Tímto způsobem klient procvičuje úchop, střihání atd. R4 sděluje: „*Tím, že tady se snažíme s něma jakoby aji hodně tu jemnou a hrubou motoriku trénovat, tak potom si klient vezme ten čtvereček toho chleba a sní ho. Takhle, když to s něma dělat nebudem, tak on ho nevezme, protože už prostě ty prsty tak neohne. Takže v tom je ten význam.*“

5.1.3 Kategorie: Cíle aktivizace

K subkategorii „cíle aktivizace“ jsou vytvořeny tyto kódy: prožití přítomného okamžiku, naplnění dne, příjemné pocity, kvalita života, udržení schopností a dovedností, udržení soběstačnosti.

Jako jeden z hlavních cílů aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou jsme zařadili **prožití přítomného okamžiku**. Respondentky ve svých výpovědích sdělují, že v důsledku špatné krátkodobé paměti klientů mají aktivizační metody smysl právě pro příjemné prožití přítomného okamžiku. Aktivizace by tedy měly směřovat právě k navození příjemné atmosféry a **příjemných pocitů** vedoucích ke **kvalitě života** seniorů s Alzheimerovou chorobou. R2 upřesňuje, jaký význam v aktivizaci spatřuje. Sděluje, že smysl aktivizace je v dané chvíli, kterou klienti prožívají. Daný moment by podle ní měl být také spojen s příjemnými pocity: „*Ale já vždycky říkám, že „Jste tady pro tuto danou chvíli a tu si vlastně užijete, ti klienti si to užijí.*“ Říkám „*Podívejte, jakou radost jste způsobili. Jak oni úplně rozkvetli, byť by to byly dvě hodinky, hodina. Jo, tak tohle je právě, to jsou takové malé radosti a tady to vlastně o tom je.*“ Respondentka R2 dodává, že **naplnění dne** a navození

příjemných pocitů klienta odvádí od jeho vnitřních problémů, které prožívá. Tento význam aktivizace uvádí i R1. Aktivizační pracovnice R5 uvádí, že cílem její práce je, aby byli klienti spokojení, šťastní a bylo o ně postaráno. Aktivizace podle ní směřuje také k důstojnému dožití života.

Hlavním cílem aktivizace osob s Alzheimerovou chorobou je **udržení schopností, dovedností, vědomostí a zachování soběstačnosti** po co nejdelší dobu, a tím zpomalení průběhu onemocnění. To je velice důležité z důvodu rychlé progresse nemoci. V případě, že by klient nebyl fyzicky a psychicky aktivizován, tak by podle R3 tyto schopnosti ztrácel. R3 dodává: *„A vlastně ten život by pro něho nebyl tak hodnotný. Zůstával by vlastně nehybný v lůžku. Takže to má vliv na kvalitu života určitě, na psychiku klienta.“* R1 popisuje, že aktivizace neslouží k získání nových dovedností nebo vyléčení klienta, význam je v již zmíněném udržení stavu klienta: *„Jo, tam už se velice nic nového nenaučíme, tam nemáme co, tam ta kognice nás nepustí, ale je to v podstatě o tom udržení, aby se neztráceli v té demenci, aby nezačali padat. Jo, jak kdyby taková ta prevence.“* Na tom se shodují všechny respondentky. K naplnění tohoto cíle nejlépe vede **aktivizace běžnou denní činností**. To popisuje např. R1. R1 sděluje, že za nejdůležitější aktivitu pro seniory s Alzheimerovou chorobou považuje nácvik a podporu sebeobsluhy. Tím jsou podle respondentky myšleny veškeré úkony vycházející z přímé péče. Tyto činnosti R1 řadí do **ergoterapeutických činností**. Základem k udržení soběstačnosti je podle respondentek podpora klientů v činnostech, které stále zvládají, byť jen částečně. Sebeobslužné činnosti by pracovníci neměli dělat místo nich. Tím dochází ke ztrátě schopností, dovedností a snížení soběstačnosti. R3 zmiňuje případy, kdy klienti přicházejí do zařízení z domácího prostředí, kde se s tímto přístupem nepracovalo: *„Tak v hodně případech ta rodina přepečovává toho klienta. Přitom by to zvládnul a vlastně by mu to ani nenabídli, a tím ho vlastně zneschopňují. Oblečou ho sami, místo toho, aby řekli „Prosím tě, zvedneš ruku?“ nebo „Půjde to?“ nebo „Stáhneš si to tričko?“* R2 popisuje, že pokud se klient nebude k udržení schopností a dovedností podporovat, dovednosti tak ztratí a už je nikdy nezíská. Respondentka zmiňuje případy, kdy klienti přijdou z domácího prostředí, kde veškeré činnosti za ně dělali rodinní příslušníci. U těchto klientů pak v domově se zvláštním režimem dochází při pravidelné aktivizaci k částečnému posílení a obnovení ztracených dovedností. R2 popisuje časté nepochopení rodinných příslušníků, kteří přijdou do zařízení klienta navštívit: *„Mnohdy se nás ptají, když třeba mamince nejde jíst, tak proč tu stravu nepodáváme my... „Podívejte, padá jí to.“, ale nám nevadí, že jí to jídlo padá, že je špinavá.*

To se vyper. My jsme rádi za to, že dá těch pár lžiček do pusy.“ R2 sděluje, že tímto způsobem svou dovednost klientka udržuje. V případě, že jednou začnou klientovi stravu podávat pečovatelé, klient si již nikdy nevezme lžici do ruky. Ztratí tím tu nejzákladnější dovednost sebeobsluhy. R2 dodává: „Kdokoliv může přijít a je jí velice jednoduché jí to pít dát, jo, ale ona tu dovednost ztratí a už ji nikdy nezíská, jo. To je fakt o tom posilování těchto dovedností.“

5.1.4 Kategorie: Možnosti a limity

K subkategorii „možnosti a limity“ jsou vytvořeny tyto kódy: pracovní prostředí, nedostatečný časový prostor, nedostatek zaměstnanců, covid omezení, vzdělávání, dobrovolníci, spolupráce s rodinou.

Pracovníky může při aktivizaci omezovat **prostředí**. V důsledku toho nemusí být aktivizace natolik kvalitní. Z rozhovorů jsme zjistili, že vhodné pracovní prostředí je problémem R1, R2 a R4. R1 ve výpovědi sděluje, že jim v zařízení pro aktivizační činnost chybí místnost. Respondentka R1 tak veškeré aktivity vykonává s klienty přímo na chodbě patra nebo v místnostech určených k jiné činnosti, ve kterých se musí střídat s kolegy. Ve společných prostorech na chodbě aktivizační pracovníci s klienty omezuje ruch. Jedná se totiž o průchozí prostory. Každý, kdo po chodbě jde tak rozhodí pozornost klientů, kteří se účastní skupinových aktivizací. Tyto podmínky podle ní všechny aktivizační činnosti ovlivňují. Respondentka tak sděluje, že je co zlepšovat. Není to však v jejich silách ani silách zařízení. Nastavené podmínky v domově se zvláštním režimem se nedají ovlivnit. R2 vnímá podobný problém. V jejím případě však aktivizační činnosti omezuje prostředí, ve kterém je zařízení postavené. Domov se zvláštním režimem se nachází na kopci se špatnou cestou, odkud je pro seniory s Alzheimerovou chorobou obtížné se dostat například na procházku do města. Alternativou je však velká zahrada u zařízení, kde klienti mohou pobývat. Aktivizační pracovníce R2 tak vnímá omezení kontaktu se sociálním prostředím mimo zařízení. R4 a její klienty naopak omezuje chybějící zahrada, ve které by aktivizační pracovníce mohla vést zahradní terapii, která má podle ní významný vliv na klienty z toho důvodu, že navazuje na jejich předchozí život, na který byli zvyklí.

Respondentky se shodly na tom, že je nejvíce omezuje **nedostatečný časový prostor**, který vychází z **nedostatku zaměstnanců**. Pracovníci na různých pozicích tak přebírají kompetence ostatních. V některých zařízeních pečovatelky po konzultaci se zdravotním

personálem pomáhají s rehabilitací nebo s aktivizací. Personálu by mělo být na směnách tolik, aby se pracovníci mohli dostatečně věnovat potřebám klientů. Primární jsou pro klienty základní úkony péče. Jestliže je na směně málo personálu, na aktivizaci pak nezbude tolik času. To pak klienta omezuje v prostoru, který by mu měl být poskytnut pro to, aby mohl jít **podle svého tempa**. S nedostatkem pracovníků souvisí také nedostatečný prostor pro individuální aktivizace, které jsou pro klienty důležité. Aktivizační pracovníce v zařízení nestihne za den obejít všechny klienty individuálně. Zde je důležitá také spolupráce pracovníků v sociálních službách, kteří by měli vést především aktivizaci běžnou denní činností. I krátká přítomnost personálu na pokojích klientů provázaná přirozeným rozhovorem je pro klienty smysluplná. V rámci skupinových aktivizací jsou respondentky a jejich klienti omezováni množstvím klientů, kteří tvoří velkou skupinu. Podle R5 je vždy lepší pracovat v menší skupině, kde má aktivizační pracovník možnost věnovat každému klientovi více pozornosti.

Problém s nedostatkem personálu mohou v zařízeních řešit dobrovolníci. Ti mohou klientům poskytnout právě individuální aktivizaci. V dnešní koronavirové epidemii je však podle respondentek spolupráce s dobrovolníky omezena. **Omezení způsobené koronavirem** zmiňují všechny respondentky. Toto omezení má kromě omezeného zapojení dobrovolníků také dopad na skupinové a individuální aktivizace, zapojení rodiny do aktivizací a na vzdělávání personálu. Omezené vzdělávání v této době zmiňuje R2. R1 zmiňuje skupinové aktivizace, které měli v zařízení omezené, konkrétně přípravu společných svačín v rámci ergoterapie. R3 vnímá omezení ve volnočasových aktivitách, společenských akcích a mezigeneračním setkávání klientů a dětí z mateřských škol. R3 popisuje omezení skupinových aktivit a dopad na rodinné vztahy: *„Ted' nám to trošku sice zhatila ta korona, že třeba jsme budovali vztahy s rodinami, podporovali jsme rodiny, aby právě na tyhle společenské akce chodili, aby si třeba ty rodiče na té akci doprovodili a vlastně potom přišel ten zákaz návštěv a všechno, takže to je ted' takové špatné, to zas budeme muset na to navázat.“* R4 také sděluje, že v této době rodiny do aktivizací zapojovat nemohou. R5 a R6 zmiňují razantní snížení počtu dobrovolníků kvůli koronaviru. Rodiny i dobrovolníci umožňovali intenzivnější zapojování klientů do společnosti mimo zařízení. To popisuje R5: *„Ted', když je covid, je všechno jiné. Dřív bylo všechno jiné. Dřív, když covid nebyl, tak s rodinami jsme hodně dělali venkovní vycházky na vozíku, chodili jsme do divadel, tady do KZ, na hřiště, na zmrzlinu, šlo domluvit více druhů skupinových akcí i s rodinou.“* Výše popsané limity, které mohou aktivizaci omezovat se v zařízeních většinou nedají ovlivnit.

Své **možnosti** respondentky spatřují v neustálém **vzdělávání**. Respondentky zmiňují důležitost vzdělávání v rámci kurzů, školení a osobní vzdělávání ve svém volném čase. Vnímají také potřebu neustále hledat nové metody a techniky při práci s osobami s Alzheimerovou chorobou. Podle R1 je vhodné neustále hledat cesty, které vedou k efektivnější práci s klienty: „*Pořád se dá inovovat. Dneska jsem seděla zrovna u paní vedoucí, co bych chtěla a chtěla bych zapojit třeba i ty muže ze zvláštního režimu... a já si myslím, že pořád, protože pořád by se měl člověk vzdělávat a přicházet na to, co se dá nebo nedá.*“ R3 sděluje, že investice do vzdělávání zaměstnanců jsou těmi nejlepšími investicemi.

5.1.5 Kategorie: Výběr aktivit

K subkategorii „výběr aktivit“ jsou vytvořeny tyto kódy: Plánování aktivit, rozpis aktivit, multioborovost, spolupráce, diagnostika, spolupráce s rodinou, biografie, zkušenosti, vzdělání.

R1 sděluje, že **aktivizační program plánuje** měsíc předem. Měsíční rozpis aktivit je pak pověšen na nástěnky, kde si jej mohou klienti nebo jejich rodiny přečíst. V programech zvou také rodiny. Respondentka R5 popisuje, že si aktivizační program připravuje týden dopředu, načež klienty obchází a naplánovanou činnost jim nabízí. Naopak R2 popisuje, že rozvrh dne nesmí být striktně daný, jelikož by nemusel každému vyhovovat. Klienti se v jejich zařízení podílejí na rozhodování o aktivizačních činnostech podle toho, na co mají aktuálně náladu. Aktivizační pracovník by měl podle R2 během dne činnosti nabízet. Klienti by měli mít možnost vzájemně se dohodnout a aktivitu si vybrat. Dopředu naplánované mají na každý týden v jejich zařízení pouze vaření a pečení, se kterým souhlasí vždy všichni klienti.

Aktivizační činnosti jsou podle respondentek uzpůsobeny a plánovány podle stavu klientů, jejich potřeb a přání. Aktivizační pracovnice provádí **diagnostiku** klientů. Ta je prováděna při příchodu do zařízení i v průběhu jeho pobytu. Při příchodu nového klienta se společně s jeho rodinou vytváří **biografie**, což je životní příběh klienta. Ten se pak využívá jako základ pro individuální přístup ke klientům. Aktivizační pracovnice program dále plánují na základě jejich zkušeností a vzdělání. Neustále se vzdělávají a hledají nové metody a přístupy při práci se seniory s Alzheimerovou chorobou. Aktivizační pracovnice R1 zmiňuje důležitost **multioborových schůzek**, které v zařízení pravidelně organizují ve spolupráci s pracovníky v sociálních službách, klíčovými pracovníky, sociálními pracovníky, psychologem a zdravotními pracovníky. Multioborové schůzky umožňují diagnostiku

a objektivní náhled na klienty ze všech úhlů pohledu. R1 sděluje: „Protože pro mě je to důležité i slyšet o tom zdravotním stavu, protože vím, že od toho se pak odrazí ta kognice, jo. Nebo naopak, kdy zase já jim říkám „Mám pocit, že paní se zhoršuje.“. Na tom zdravotním stavu to ale není ještě vidět, jo. A většinou to potom za určitý čas dojde. Že ona se zhorší v inkontinenci.“ Aktivizační pracovnice z těchto schůzek poté vychází při plánování aktivizací, ve výběru vhodných metod a přístupů pro konkrétní klienty. Získané informace od kolegů aktivizační pracovnice R1 využívá např. při skládání klientů do skupinových aktivizací, kdy je rozděluje podle zdravotního stavu, jejich potřeb a přání. Multioborové schůzky tak zkvalitňují práci s klienty. R3 také popisuje, že se s kolegy schází a vzájemně si předávají informace, obohacují se o své zkušenosti s klienty, vedou porady. Z toho následně při práci vychází. Respondentka R2 popisuje, že na aktivizaci se podílejí všichni zaměstnanci zařízení, tedy aktivizační pracovnice, pracovníci v sociálních službách, zdravotní sestry, sociální pracovnice, uklízečka a hospodárka. Zaměstnanci jsou vyškoleni a z toho vychází.

5.1.6 Kategorie: Aktivizační metody a přístupy

K subkategorii „aktivizační metody a přístupy“ jsou vytvořeny tyto kódy: Biografie, aktivizace běžnou denní činností, ergoterapie, muzikofiletika, zooterapie, kognitivní trénink, reminiscence, validace, smyslová aktivizace.

Veškeré aktivizační metody a přístupy by měly vycházet z **biografie** klientů. Biografie je vytvářena již při nástupu klienta do zařízení ve spolupráci s rodinnými příslušníky, kteří klienta dobře znají. Znalost životního příběhu klienta je podle R5 důležitá pro veškerý personál, včetně dobrovolníků nebo pana faráře. R5 ve výpovědi sděluje, že biografii velice upřednostňuje a vyzdvihuje. Znalost životního příběhu je podle respondentek důležitá z toho důvodu, že každý klient je individuální. Pracovníci by proto měli znát minulost klienta, co klient má nebo nemá rád, čeho se bojí atd. Například před zapojením klienta do canisterapie by si aktivizační pracovník měl nejdříve zjistit, zda mu psi nevadí. Pracovníci by také podle respondentek měli znát prostředí, ze kterého klient přichází, jaké má zvyky a tradice, co je mu blízké a s těmito informacemi pracovat.

Respondentky se shodují na tom, že nejdůležitější je klienty aktivizovat k udržení schopností, dovedností a soběstačnosti za pomoci **aktivizace běžnou denní činností**, pod kterou spadají i veškeré úkony vycházející z přímé péče. Jedná se o činnosti, které jsou pro

klienty smysluplné a navazují na činnosti, na které byli zvyklí. Jedná se o přirozené činnosti, které klientům navozují pocit domova. R1 vysvětluje význam této aktivizace v porovnání s jinými: „*Nějaké keramické dílny nebo něco to, moc to nemám ráda. Nebo třeba bubínky, jen protože to dobře vypadá na fotce... To fakt jako... Když ty lidi třeba v životě na nic nehráli a nechtějí to dělat... Spíš ty běžné denní činnosti. To já preferuju na celé čáře tohleto a takové už ty společné aktivity, to už je něco navíc, aby měli nějakou změnu, aby měli nějaké povyražení.*“

R3 popisuje širokou škálu oblastí, kterou v rámci aktivizace běžnou denní činností každý den s klienty procvičují. Nabízení aktivizačního programu může klienty vést ke čtení a udržení této schopnosti. Klienti procvičují jemnou motoriku tím, že si nachystají svačinu, namažou chleba. Vysazováním z lůžka a přirozenou chůzí procvičují také hrubou motoriku. R2 uvádí jako aktivizaci běžnou denní činností umývání nádobí, žehlení, starost o zahradu nebo podporu v sebeobslužných činnostech, do kterých patří ranní hygiena, podpora schopnosti najíst se, napít se, příprava kávy atd. Tyto činnosti řadí R1 a R4 do **ergoterapie**. R4 vysvětluje: „*Samozřejmě pečeme, vaříme, uklízíme, zahradu děláme, a to jsou ty běžné činnosti, které vlastně oni potřebují. A to je to nejdůležitější si myslím úplně. Ze všech aktivizací, tak toto si myslím, že je to hlavní, co by měli dělat.*“ Podle R4 jsou tyto činnosti důležité, protože si je pamatují z domácího prostředí. Jejich význam spatřuje v udržení soběstačnosti.

Muzikofiletika je další často používanou aktivizační metodou respondentek. U klientů je to velice oblíbená aktivita. Respondentky volí především lidovou hudbu, kterou klienti znají a jejíž slova a texty si vybavují. Muzikofiletika má podle respondentek význam především v trénování paměti, pozornosti a komunikačních dovedností. Prvky muzikofiletiky bývají propojovány i s jinými aktivizačními metodami. Aktivizační pracovnice využívají hudbu i v rámci cvičení pohybového aparátu. Propojením hudby a cvičení je aktivizační činnost pro klienty efektivní. R4 popisuje, že i imobilní klienty dokáže hudba podnítit k pohybu. Klienti tímto způsobem reagují na to, co je jim blízké. R4 dodává: „*A hudba pro ně je fakt takový balzám na duši, lék jo...*“ Respondentky také spatřují významný vliv muzikofiletiky na paměť seniorů s Alzheimerovou chorobou. Hudbu využívají k jejímu tréninku. R1 sděluje, že si klienti texty písní velice dobře pamatují. R5 dodává: „*Je to to nejlepší na trénování paměti. Opravdu klientům se vybaví písně a mají velkou výbavnost.*“ R5 spatřuje smysl využití muzikofiletiky také v trénování komunikačních dovedností. Sděluje, že do zpěvu se zapojují i klienti, kteří běžně nekomunikují. R5 dodává: „*To se nám často stává, že jsme*

úplně překvapeni, že klienta se vyptáváme na všechno možné a klient nic, a když začnem zpívat, tak klient začne zpívat. To je časté.“

Zooterapie je podle respondentek také často využívanou aktivizační metodou u seniorů s Alzheimerovou chorobou. Je to další oblíbená aktivita klientů. Není však vhodná pro všechny. Někteří nemusí mít zvířata rádi nebo se jich mohou bát. Proto si aktivizační pracovník musí před využitím této metody nejprve zjistit, pro jaké klienty je tato metoda vhodná. Zooterapie má podle respondentek pro klienty význam, jelikož navazuje na život jejich generace, život farmářů a hospodářů. Klientům je tak navozen pocit domova. Prostřednictvím zooterapie tak navazují na běžné činnosti, kterým se věnovali. Mnoho klientů v minulosti chovalo psa nebo kočku, a proto je pro ně tato metoda přínosná i v tomto směru. Zooterapie má dále vliv na pohybové dovednosti klientů. V rozhovorech je respondentkami spojován dotyk zvířete s relaxací svalů. R1 a R2 popisují vliv zooterapie u imobilních osob v pokročilejší fázi onemocnění. Prostřednictvím dotyku přes zvíře se klient zklidní a povolí spazmy v dlani. Na klienty podle respondentek působí i pouhá přítomnost zvířete.

Kognitivní trénink podle respondentek významně napomáhá v udržení kognitivních schopností. Podle R2 je kognitivní trénink u seniorů s Alzheimerovou chorobou také oblíbenou aktivitou. Tréninky by měly být pozvolné. V případě skupinové aktivizace je podle R2 hlavní socializace klientů a posílení sebevědomí klientů. V případě individuální formy jsou kognitivní funkce více cíleně zaměřeny. Trénink kognitivních funkcí bývá hodně propojován i s jinými aktivizačními činnostmi. Podle respondentek by měl kognitivní trénink z aktivizací přirozeně vyplynout. Klienti procvičují kognitivní funkce například u čtení aktivizačního programu nebo při přípravě jídla, když si snaží vzpomenout na recepty a potřebné ingredience. Jejich procvičování probíhá i u již zmíněné muzikoterapie, kdy si klienti snaží zapamatovat nebo vybavit texty písní atd.

Respondentky dále zmiňují využití **reminiscenční terapie**. Reminiscenční terapie by podle nich měla vycházet z již zmíněné biografie. Měla by být založena na tom, co je klientům blízké. Pro generaci současných klientů domova se zvláštním režimem je vhodným tématem například hospodářský život, který v minulosti vedli. Aktivizační pracovníce s reminiscencí pracují i v rámci jiných aktivizačních činností. I krátký rozhovor klienta s pracovníkem může být provázaný reminiscencí. R2 popisuje rozhovor s klientem o jeho fotografiích, kdy se pozvolně a cíleně snaží vyvolat vzpomínky klienta. Spojení s reminiscencí popisuje respondentka R4 i u canisterapie: *„Měli ty zvířátka doma, a když jim je dáte na klín, tak*

automaticky už jdete do té reminiscence, protože si vzpomenou. Jo, a už to rozvedete a už... prostě remini jedeme furt.“ Respondentka sděluje, že prvky reminiscence využívá s klienty každý den v rámci běžného rozhovoru nebo jiných aktivizačních činností. Příkladem je biblioterapie, kdy pracovník klientovi předčítá knihu, kterou má rád. Klient se podle R4 vrátí do minulosti a vzpomíná na dobu, ve které knihu četl, vyrovnává se se svým životem. R6 dále uvádí příklad, kdy s klienty v rámci pečení vzpomínají, kam v mládí chodili na mouku, jaké recepty z mouky dělali atd. Respondentky dále využívají smyslovou aktivizaci, validaci, artefietiku nebo bohoslužby.

5.2 Axiální kódování

Na otevřené kódování navazujeme axiálním kódováním. Cílem axiálního kódování je vytvoření vztahů mezi kategoriemi. K tomuto účelu využíváme paradigmatický model. Vzniklé kategorie z otevřeného kódování zařazujeme do paradigmatického modelu, který složen z příčinných podmínek, jevu, kontextu, intervenujících podmínek, strategií jednání a interakcí a následků. (Švaříček, Šed'ová, 2014)

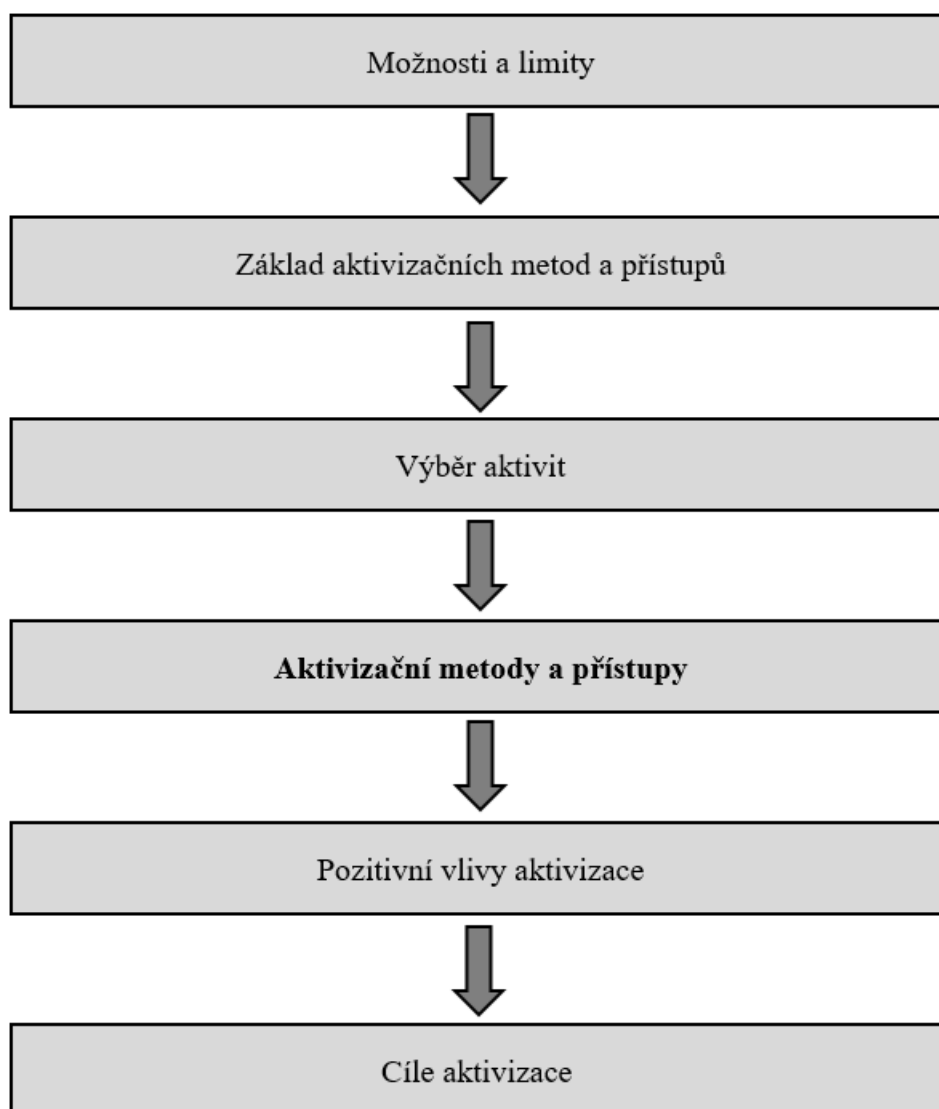
| Příčinné podmínky | Jev | Kontext | Intervenující podmínky | Strategie jednání a interakce | Následky |
|-------------------|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|-----------------|
| Možnosti a limity | Aktivizační metody a přístupy | Pozitivní vlivy aktivizace | Základ aktivizačních metod a přístupů | Výběr aktivit | Cíle aktivizace |

Tabulka 2 Paradigmatický model

5.3 Selektivní kódování

Dalším krokem analýzy dat v rámci zakotvené teorie je selektivní kódování. Pro selektivní kódování využíváme paradigmatický model vytvořený v axiálním kódování. Vybíráme klíčovou kategorii, ke které se určitým způsobem vztahují ostatní kategorie. Jako klíčovou kategorii jsme zvolili „aktivizační metody a přístupy“. Ta totiž nejlépe vystihuje zkoumaný jev. Okolo ní dále řadíme ostatní kategorie a vytváříme základní analytický příběh.

Základní analytický příběh popisujeme tímto způsobem: Jevem našeho příběhu jsou **aktivizační metody a přístupy**. Ty vychází z určitého **základu**, který by měl být součástí veškerých aktivizačních metod a přístupů. Základ aktivizačních metod a přístupů vychází z respektu jedinečnosti klienta, z organizace aktivit, uzpůsobení prostředí pro aktivizaci a z přístupů v komunikaci s klientem. Na práci aktivizačních pracovníků vycházejících z těchto základů však mohou mít vliv určité **možnosti nebo limity**, se kterými pracovník nemusí být schopen vždy pracovat. Již zmíněnými základy aktivizačních metod a přístupů se pak řídí aktivizační pracovníci při **výběru aktivit**. Vhodný výběr aktivizačních metod a přístupů vycházejících ze základů pak má **pozitivní vliv** na klienty, čímž dochází k naplnění **cílů aktivizace**. Zjištění dále popisujeme v následující kapitole „interpretace dat“.



Obrázek 1 Kauzální model

5.4 Interpretace dat

V této kapitole si shrneme a interpretujeme výsledky podle dílčích výzkumných cílů, které nám naplňují hlavní cíl výzkumu. Hlavním cílem výzkumu je prozkoumat nové aktivizační metody a přístupy pro seniory s Alzheimerovou chorobou využívané aktivizačními pracovníky v domovech se zvláštním režimem.

DVC₁: Zjistit průběh aktivizačních metod a přístupů pro seniory s Alzheimerovou chorobou v domovech se zvláštním režimem.

Z výzkumu jsme zjistili určitý základ, podle kterého by měly aktivizační metody a přístupy probíhat. Zjistili jsme, že základem všech aktivizačních metod a přístupů by měl být respekt klienta a jeho jedinečnosti. Aktivizační pracovníci by podle respondentek měli zohledňovat klientova přání a potřeby a nechávat mu prostor pro rozhodování se o svém vlastním životě a průběhu dne. Tím se podporuje zachování soběstačnosti klientů a kvalita jejich života. Dalším důležitým faktorem je smysluplnost, která zajišťuje efektivitu a naplnění cílů aktivizace. Smysluplné činnosti jsou ty, které jsou pro klienty přirozené a vycházejí z činností, na které byli zvyklí. Jedná se tedy o každodenní aktivity, ke kterým by měli být klienti podporováni v rámci aktivizace běžnou denní činností. Další důležitou zásadou všech aktivizačních metod, kterou jsme zjistili a kterou se respondentky řídí, je pravidelnost. Ta je potřebná pro udržení schopností a dovedností. Je vhodné, když je aktivizace klidnější a organizovaná v menších skupinách. Pro efektivní aktivizaci je důležité také uzpůsobení prostředí, které by mělo být stabilní. Stabilita má pozitivní vliv na paměť. Je důležitá také z toho důvodu, aby se klient v prostředí neztrácel. Klient by se v zařízení měl cítit bezpečně a jako doma. Základ komunikace s klienty v rámci aktivizací by podle respondentek měl vycházet z navázání důvěrného vztahu, respektu, citlivého, empatického a etického přístupu. Při komunikaci s klientem je dále potřeba zvážit, zda s klientem hovořit v aktuálním reálném čase anebo s ním komunikovat tím způsobem, že přijmeme jeho realitu. Správný přístup v komunikaci pracovník volí podle toho, v jakém stádiu onemocnění se klient nachází a zda je schopný si uvědomovat realitu.

Aktivizační metody a přístupy by tedy měly vycházet z určitých základů. Popsanými základy se pak řídí aktivizační pracovníci při výběru aktivit. Zjistili jsme, že na výběru aktivit by se klient měl podílet. Aktivity mají vycházet z přání, potřeb a biografie klienta, na které se podílejí rodinní příslušníci. Vhodné aktivizační metody a přístupy jsou dále

vybírány na základě diagnostiky klienta, jeho zdravotního stavu, včetně úrovně jeho zachovaných schopností a dovedností. Diagnostika má podle respondentek probíhat ve spolupráci aktivizačních pracovníků, klíčových pracovníků v sociálních službách, sociálních pracovníků, psychologů a zdravotníků, tedy ve spolupráci s multioborovým týmem. Vhodný výběr aktivizačních metod a přístupů vycházejících ze základů má pak pozitivní vliv na klienty, čímž dochází k naplnění cílů aktivizace.

DVC₂: Porozumět významu aktivizačních metod a přístupů pro osoby s Alzheimerovou chorobou z pohledu aktivizačních pracovníků domovů se zvláštním režimem.

Zjistili jsme, že mezi metody a přístupy, které naše respondentky vnímají jako nejpřínosnější patří biografie, aktivizace běžnou denní činností, ergoterapie, muzikofiletika, zooterapie, kognitivní trénink a další. Jako základ vnímají aktivizační pracovníce biografii, tedy práci s životním příběhem, ze kterého by se podle nich mělo v aktivizacích vycházet. Práce s biografií vede ke kvalitě života klientů. Jako nejdůležitější aktivizační metodu vnímají respondentky aktivizaci běžnou denní činností, která by měla vést k nácviku a podpoře sebeobsluhy. Sebeobslužné činnosti by pracovníci neměli dělat místo klientů, jelikož tím dochází ke ztrátě schopností, dovedností a snížení soběstačnosti. Zvolení vhodné míry podpory klientů pak vede k udržení schopností, dovedností a soběstačnosti, tedy k naplnění cíle aktivizace. Respondentky dále spatřují význam v muzikofiletice, která má vliv na kognitivní schopnosti, včetně paměti a komunikačních dovedností a zároveň i na pohybový aparát, čímž vede k udržení schopností a dovedností. Vlivem hudby podle respondentek často dochází k podnícení imobilních klientů k pohybu nebo nekomunikujících klientů ke zpěvu. Další metodou, kterou respondentky v domovech se zvláštním režimem využívají je zooterapie. Tato aktivizační metoda je významná zejména pro klienty, kteří v minulosti chovali zvířata. Zooterapie vede ke zklidnění klientů a relaxaci svalů. Představuje pro klienty příjemné prožití přítomného okamžiku. Další často využívanou metodou v domovech se zvláštním režimem je podle respondentek kognitivní trénink. Ten bývá aktivizačními pracovníci mnohdy propojován s muzikofiletikou a jinými aktivizačními metodami. Podle respondentek je vhodné provádět kognitivní trénink přirozeně i v rámci každodenních činností. Pravidelný kognitivní trénink má podle respondentek vliv na udržení kognitivních schopností klientů. Dalším zjištěním je, že aktivizační metody a přístupy jako je validační terapie, rezoluční terapie nebo bazální stimulace vedou klienty ke zklidnění.

Dále v ergoterapii, aktivizaci běžnou denní činností nebo kognitivním tréninku spatřují respondentky význam z důvodu posílení sebepojetí a identity klientů. Všechny aktivizační metody a přístupy by podle respondentek měly vést k prožití přítomného okamžiku, naplnění dne, k příjemným pocitům, kvalitě života a udržení schopností, dovedností a soběstačnosti klientů po co nejdelší dobu.

DVC₃: Odkrýt možnosti a limity aktivizačních metod a přístupů pro seniory s Alzheimerovou chorobou v domovech se zvláštním režimem.

Práci aktivizačních pracovníků vycházejících z výše popsaných základů aktivizačních metod a přístupů mohou omezit určité limity. Ve výzkumu jsme identifikovali omezující pracovní prostředí, nedostatečný časový prostor, nedostatek zaměstnanců nebo omezení vyplývající z koronaviru. Omezující pracovní prostředí patří do limitů, které se většinou nedají ovlivnit. Nedostatečný časový prostor vychází z nedostatku zaměstnanců. To pak klienta omezuje v prostoru, který by mu měl být poskytnut pro to, aby mohl jít podle svého tempa. Nedostatek aktivizačních pracovníků a velké množství klientů také znemožňuje utvářet menší skupiny, ve kterých je více prostoru pro individuální přístup ke klientům. Nedostatek zaměstnanců a nedostatečný časový prostor se dá řešit například dobrovolníky, avšak i jejich zapojení do zařízení bylo v současné době omezeno vlivem koronavirových omezení. Možností aktivizačních pracovníků je především jejich celoživotním vzděláváním. To zkvalitňuje aktivizaci klientů.

5.5 Diskuse

Hlavním cílem výzkumu bylo prozkoumat nové aktivizační metody a přístupy pro seniory s Alzheimerovou chorobou. Výsledky potvrzují význam a potřebu aktivizace u seniorů s Alzheimerovou chorobou. Podařilo se nám zjistit, jaké metody a přístupy jsou v současné době hojně využívány. Aktivizační pracovníci pracují s mnoha různorodými aktivizačními metodami, které jsou podle nás dostačující. Je však třeba podotknout, že kvalitativní metoda našeho výzkumu neumožňuje zobecnění výsledků na populaci. Z rozhovorů také vyplývá, že v každém zařízení se výběr aktivizačních metod a přístupů trochu odlišuje. Respondentky se však většinou shodují na určitých rysech, ze kterých by měly aktivizační metody vycházet. Tyto rysy navazují na naše teoretická východiska. U jednotlivých aktivizačních metod v teoretické části jsou popsány společně s cíli. V našem výzkumu jsme tyto rysy a cíle aktivizace ze získaných dat sjednotili a zobecnili takovým způsobem, že se dají aplikovat na veškeré aktivizační metody. Ve výzkumu popisujeme, jak by měla aktivizace obecně vypadat. To si myslíme, že může posloužit aktivizačním pracovníkům při jejich práci. Také zjištění možností a limitů může být pro pracovníky přínosné. V případě limitů se však většinou jedná o omezení, které pracovníci nemohou vždy ovlivnit.

Z důvodu obsáhlosti zaměření našeho výzkumu na mnoho metod a přístupů však nebylo možné prozkoumat jednotlivé metody a přístupy více do hloubky. Další výzkumy v rámci této problematiky by se proto mohly zaměřit na prozkoumání jednotlivých aktivizačních metod a přístupů více do hloubky. Konkrétně by se mohlo jednat o ergoterapii zaměřenou na všední denní činnosti a její zapojení do domovů se zvláštním režimem. Z našeho výzkumu totiž tato aktivizace vyplynula jako nejdůležitější, a to z toho důvodu, že navazuje na návyky a stereotypy klientů. ADL navazuje na jejich běžný život před začátkem nemoci, a tudíž je pro ně přirozená, smysluplná a vede k udržení soběstačnosti. Tuto aktivizaci provádějí v domovech se zvláštním režimem také pracovníci v sociálních službách, kteří však na umožnění takovéto podpory klienta nemají vždy dostatečný časový prostor. Z našeho výzkumu vyplynulo, že pracovníci bývají často omezeni nedostatečným časovým prostorem. Proto by bylo vhodné zjistit, jakým způsobem je ADL do zařízení zapojena a nakolik je naplňována.

ZÁVĚR

V teoretické části diplomové práce jsme vymezili Alzheimerovu chorobu, její příznaky, průběh a stádia nemoci. Dále jsme popsali příčiny, prevenci a léčbu nemoci. V rámci kapitoly vymezující Alzheimerovu chorobu jsme zmínili syndrom demence. V další kapitole jsme uvedli jednotlivé nefarmakologické aktivizační metody a přístupy, jejich průběh, cíle a význam. V poslední kapitole teoretické části jsme vymezili domovy se zvláštním režimem.

Na teoretická východiska jsme navázali praktickou částí, ve které je představen kvalitativní výzkum prováděný hloubkovými polostrukturovanými rozhovory s aktivizačními pracovníky domovů se zvláštním režimem. Hlavním cílem výzkumu bylo prozkoumat nové aktivizační metody a přístupy pro seniory s Alzheimerovou chorobou. Dílčími cíli jsme se zaměřili na průběh aktivizačních metod a přístupů pro seniory s Alzheimerovou chorobou, na porozumění významu aktivizačních metod a přístupů pro osoby s Alzheimerovou chorobou z pohledu aktivizačních pracovníků domovů se zvláštním režimem a odkrytí možností a limitů souvisejících aktivizačními metodami a přístupy v domovech se zvláštním režimem. Výzkum byl uskutečněn za pomoci výzkumného designu zakotvené teorie. Ke zpracování dat byla dále využita obecná kvalitativní strategie, kterou je analytická indukce.

Z výsledků vyplývá, že nejvíce využívanými aktivizačními metodami a přístupy, ve kterých respondentky spatřují význam jsou biografie, aktivizace běžnou denní činností, ergoterapie, muzikofiletika, zooterapie, kognitivní trénink a další. Zjistili jsme, že průběh těchto metod a přístupů by podle respondentek měl vycházet z určitého základu, podle kterého se aktivizační pracovníci řídí také při výběru aktivit, a který vede k naplnění cílů aktivizace. K efektivitě aktivizace a naplnění jejich cílů vede respekt jedinečnosti klienta a zohledňování jeho potřeb a přání, uzpůsobení prostředí, určité přístupy v komunikaci s klientem a organizace aktivit. Z výsledků dále vyplývá, že na práci aktivizačních pracovníků vycházejících z těchto základů však mohou mít vliv určité možnosti nebo limity. Zjištěná omezení však aktivizační pracovník většinou nemůže ovlivnit.

Výsledky našeho výzkumu mohou posloužit aktivizačním pracovníkům jako základ pro vhodnou volbu metod a přístupů a efektivní aktivizaci vedoucí k naplnění jejich cílů.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BENÍČKOVÁ, Marie, 2017. *Muzikoterapie a edukace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4238-0.

BLATNÝ, Marek, ed, 2017. *Psychologie celoživotního vývoje*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3462-3.

ČESKO, 2006. Zákon 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. *Zákony pro lidi - Sbíрка zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 09.0.2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ČESKO. Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a obdobná onemocnění 2020 – 2030. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 28. 4. 2021 [cit. 2021-10-31]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-alzheimerovu-nemoc-2020-2030/>

ČESKO. Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030. In: *Databáze strategií: Portál strategických dokumentů v ČR* [online]. Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 18. 11. 2019 [cit. 2021-10-31]. Dostupné z: <https://www.databaze-strategie.cz/cz/mzd/strategie/strategicky-ramec-rozvoje-pece-o-zdravi-v-ceske-republice-do-roku-2030>

DOSEDLOVÁ, Jaroslava, 2012. *Terapie tancem: role tance v dějinách lidstva a v současné psychoterapii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3711-9.

ERIKSON, Erik H., 2015. *Životní cyklus rozšířený a dokončený: devět věků člověka*. Přeložil Jiří ŠIMEK. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0786-3.

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

FRANKOVÁ, Vanda, 2015. Optimalizace léčby Alzheimerovy choroby. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2015, 16(3), 79-82 [cit. 2021-11-03]. Bratislava: Solen. ISSN 1803-5272. Dostupné z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201503-0002_Optimalizace_lecby_Alzheimerovy_choroby.php

GERLICOVÁ, Markéta, 2020. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1791-8.

HAUKE, Marcela, 2017. *Když do života vstoupí demence, aneb, Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. ISBN 978-80-906320-7-3.

HOLMEROVÁ, Iva, Jiří HORECKÝ a Petr HANUŠ, 2016. *Specifika systému poskytování péče o osoby s demencí a jinými specifickými potřebami v České republice a ve Švýcarsku*. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. ISBN 978-80-906320-2-8.

JANEČKOVÁ, Hana a Hana ČÍŽKOVÁ, 2021. *Reminiscence známá i neznámá: v rodině, v nemocnici, ve škole i v obci*. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88290-81-0.

JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ, 2010. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-581-3.

JIRÁK, Roman, 2013. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-873-5.

KLUCKÁ, Jana a Pavla VOLFOVÁ, 2016. *Kognitivní trénink v praxi*. 2., rozšířené vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5580-9.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária, 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2699-1.

KUBEŠOVÁ, Lucie, 2006. *Zdraví pro třetí věk*. Čestlice: Rebo. ISBN 80-7234-536-2.

KUBIŠOVÁ, Lucie, 2021. Využití terapeutických panenek při péči o klienty. *Sociální služby* [online]. 2021, roč. 23, č. 1, 8-9 [cit. 2022-10-02]. Dostupné z: https://www.socialnisluzby.eu/images/obr/1639500099_leden-final.pdf

KUMAR, Vinay, Abul K. ABBAS a Jon C. ASTER et al., 2018. *Robbins basic pathology*. 10. vyd. Philadelphia: Elsevier. ISBN 978-0-323-35317-5.

MALÍKOVÁ, Eva, 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018, 2020. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-168-7. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=record&id=8277>

MLÝNKOVÁ, Jana, 2017. *Pečovatelství 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0132-0.

MÜHLPACHR, Pavel, 2009. *Gerontopedagogika*. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5029-7.

MÜLLER, Oldřich, 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.

NADAČNÍ FOND SEŇORINA, 2022. Dramaterapie pro seniory s demencí. *Nadační fond Seňorina* [online]. 2022 [cit. 2022-13-03]. Dostupné z: <https://www.nfsenorina.cz/propecujici/dramaterapie-pro-seniory-s-demenci/>

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.

SAKAŘOVÁ, 2017. Rozhovor s Hanou Vojtovou, garantkou konceptu Smyslové aktivizace v ČR. *Sociální práce* [online]. 2017, roč. 19, č. 5, 32-33 [cit. 2022-19-01]. Dostupné z: https://socialniportal.kraj-jihocesky.cz/files/rozhovor_vojtova.pdf

ŠÁTEKOVÁ, Lenka, 2021. *Demence: hodnotící techniky a nástroje*. Praha: GRADA Publishing. Sestra. ISBN 978-80-271-1695-9.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava, 2016. *Základy arteterapie*. Vydání třetí, rozšířené. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1043-6.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

VACKOVÁ, Jitka, 2020. *Sociální práce v systému koordinované rehabilitace: u klientů po získaném poškození mozku (zejména CMP) se zvláštním zřetelem na intervenci z hlediska sociální práce, fyzioterapie, ergoterapie a dalších vybraných profesí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2434-3.

VALENTA, Milan, 2021. *Dramaterapie*. Vydání páté, v Portále první, přepracované a doplněné. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1715-2.

VOJTOVÁ, Hana, 2015. Koncept smyslové aktivizace. *Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky* [online]. 2015, roč. 11, č. 11, 14-16 [cit. 2022-17-02]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2015/11/koncept-smyslove-aktivizace/>

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.

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

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

AAA Animal Assisted Activities (Aktivity za pomoci zvířat)

AAT Animal Assisted Therapy (Terapie za pomoci zvířat)

AAE Animal Assisted Education (Vzdělávání za pomoci zvířat)

AACR Animal Assisted Crisis Responses (Krizová intervence za pomoci zvířat)

ADL Activitie of Daily Living (Všední denní činnosti)

SEZNAM OBRÁZKŮ

| | |
|--------------------------------|----|
| Obrázek 1 Kauzální model | 71 |
|--------------------------------|----|

SEZNAM TABULEK

| | |
|---|----|
| Tabulka 1 Kategorie, subkategorie, kódy | 44 |
| Tabulka 2 Paradigmatický model..... | 70 |

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Schéma polostrukturovaného rozhovoru

PŘÍLOHA P I: SCHEMA POLOSTRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

(HVO) Jaké jsou nové aktivizační metody a přístupy pro seniory s Alzheimerovou chorobou?

- **(DVO₁) Jakým způsobem probíhají aktivizační metody a přístupy pro seniory s Alzheimerovou chorobou v domově se zvláštním režimem?**
- (TO₁) Popíšete mi co nejvíce dopodrobna aktivizační metody a přístupy pro seniory s Alzheimerovou chorobou, které tady využíváte?
- (TO₂) Jakým způsobem vybíráte a plánujete aktivizační metody a přístupy pro seniory s Alzheimerovou chorobou? (individuální přístup, denní režim, časová dotace, četnost, forma, kombinace aktivizačních metod)
- (TO₃) Jakým způsobem se u Vás odlišují aktivizační činnosti pro seniory s Alzheimerovou chorobou podle stupně onemocnění?
- (TO₄) Podle čeho hodnotíte, že je daná aktivizační metoda nebo přístup účinný/neúčinný? Podle jakých kritérií hodnotíte splnění cíle aktivizace u klientů?
- (TO₅) Jakým způsobem pracujete se seniory, kteří se aktivizačních činností nechtějí účastnit?
- (TO₆) Kdo se všechno podílí na aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou ve Vašem zařízení a jakým způsobem?
- (TO₇) Jakým způsobem zapojujete rodinu seniora s Alzheimerovou chorobou do procesu aktivizace?
- **(DVO₂) Jaký význam spatřují aktivizační pracovníci domovů se zvláštním režimem v aktivizaci seniorů s Alzheimerovou chorobou?**
- (TO₈) Jaký má podle Vás aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou význam?
- (TO₉) Jaký význam podle Vás mají jednotlivé aktivizační metody a přístupy, které využíváte?
- (TO₁₀) Jaký vliv má podle Vás aktivizace na průběh onemocnění?
- (TO₁₁) Jaký vliv má podle Vás aktivizace na každodenní život seniorů s Alzheimerovou chorobou a jejich soběstačnost?
- (TO₁₂) Jakým způsobem podle Vás působí aktivizace na psychickou stránku seniorů s Alzheimerovou chorobou?

- (TO₁₃) Jakým způsobem podle Vás působí aktivizace na fyzickou stránku seniorů s Alzheimerovou chorobou?
- (TO₁₄) Jakým způsobem podle Vás působí aktivizace na sociální stránku seniorů s Alzheimerovou chorobou?
- **(DVO₃) Jaké možnosti a limity vnímají aktivizační pracovníci domova se zvláštním režimem ve využívání aktivizačních metod u seniorů s Alzheimerovou chorobou?**
- (TO₁₅) Znáte další aktivizační metody kromě těch, které tady využíváte?
- (TO₁₆) Jakým způsobem by měla podle vás aktivizace probíhat? Jakými principy by se měla řídit pro co největší efektivitu a využití potenciálu klientů?
- (TO₁₇) Myslíte si, že by se dala aktivizace u Vás nějakým způsobem vylepšit? (čas, forma, materiální vybavení, pracovní prostředí, vzdělanost v této oblasti)
- (TO₁₈) Jakým způsobem zavádíte nové aktivizační metody a přístupy?
- (TO₁₉) Jakým způsobem se vzděláváte v oblasti aktivizace seniorů s Alzheimerovou chorobou?
- (TO₂₀) Myslíte si, že je něco, co vás nebo vaše klienty v aktivizaci omezuje?
- (TO₂₁) Myslíte si, že může aktivizace na klienty negativně působit?
- (TO₂₂) Jakým způsobem předejít působení negativních vlivů při aktivizaci?