

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2015–2016

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vendulka Harapesová

**Aktivizační činnosti seniorů s Alzheimerovou demencí
v G-Help o.p.s. Kouřim**

Praha 2016

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Blanka Farková, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2015-2016

BACHELOR THESIS

Vendulka Harapesová

**Activization program for seniors with Alzheimer's disease
in G-Help o.p.s. Kouřim**

Prague 2016

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Blanka Farková, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Vendulka Harapesová

Poděkování

Děkuji Mgr. Blance Farkové, PhD. Za odborné vedení a nespočet konzultací, které mi ochotně poskytovala při vedení bakalářské práce.

Anotace

Tato práce se zabývá aktivizací seniorů s Alzheimerovou chorobou a je rozdělena do dvou částí – do části teoretické a praktické. Teoretická část se zaměřuje na pojem stáří, dále pak mýty o stáří a choroby. Následně se zabývá specifiky v komunikaci s těmito seniory a aktivizací, jak individuální tak skupinovou. Poslední kapitola v teoretické části představuje Domov se zvláštním režimem G-Help o.p.s Kouřim. Praktická část vychází z výzkumu aktivizačních činností v domově G-Help. Výzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření.

Klíčová slova

Aktivizační činnost, Alzheimerova choroba, demence, péče, smyslová aktivizace, stáří, senioři, změny ve stáří.

Annotation

This thesis deals with activation of seniors with Alzheimer's disease and is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part deals with the definition of old age, myths about old age and diseases. Then it describes specifics in communication with these seniors and activation, both individual and group. The last chapter of theoretical part introduces Home for seniors G-Help o.p.s. Kouřim. The practical part is based on research of activation program in Home for seniors G-Help. The research was conducted through a questionnaire survey.

Keywords

Activation program, Alzheimer's disease, care, dementia, changes in elderly, old age, seniors, sensory activation.

OBSAH

OBSAH	7
ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 TEORIE STÁRNUTÍ	10
1.1 Změny ve stáří.....	12
1.2 Mýty o stáří a ageismus	13
1.3 Potřeby seniorů	15
2 DUŠEVNÍ PORUCHY SPOJENÉ SE STÁŘÍM	17
2.1 Péče o seniora s demencí	18
2.2 Umírání	19
2.3 Specifika v komunikaci s lidmi trpícími demencí	20
3 AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI	23
3.1 Gerontoandragogika.....	23
3.2 Aktivizační činnosti pro seniory dle zákona o sociálních službách.....	23
3.3 Smyslová aktivizace v české praxi	29
4 G – HELP O. P. S. KOUŘIM	32
4.1 Aktivizační činnosti G- Help o.p.s.....	35
5 PRAKTICKÁ ČÁST	37
5.1 Cíl výzkumu a hypotézy.....	37
5.2 Výzkumný soubor	37
5.3 Výzkumná metoda	38
5.4 Výsledky a jejich interpretace.....	38
5.5 Shrnutí výsledků šetření	48
ZÁVĚR	50
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	51
SEZNAM ZKRATEK	54
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	55
SEZNAM PŘÍLOH	56

ÚVOD

Práce se seniory s sebou přináší jistá specifika. Pracovníci, kteří působí v zařízení pro seniory, by měli znát změny, požadavky a určitá rizika, která tento věk přináší.

Vzhledem k demografickému vývoji, který se vyznačuje stále vzrůstajícím počtem seniorů, mi připadá téma aktivizace seniorů stále důležitější a aktuálnější. Jedním z hlavních důvodů, proč jsem si zvolila právě toto téma pro svoji bakalářskou práci, je dlouholetá praxe v sociálních službách a v posledních letech konkrétně práce s lidmi, kteří trpí Alzheimerovou chorobou. Z poslední zprávy o stavu demence 2015, kterou vydala Česká alzheimerovská společnost, vyplývá, že v roce 2014 žilo v České republice téměř 153 tisíc lidí trpících demencí. Zajímala mě především aktivizační činnost v Domově G-Help o.p.s. Kouřim, kde pracuji jako sociální pracovníce. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se skládá z pěti hlavních kapitol. Problematice stárnutí se věnuje její první část. První kapitola se zabývá změnami ve stáří, potřebami seniorů a též poznatky, které jsou vyzorované z postojů společnosti k seniorům a také téma ageismu. Druhá kapitola se věnuje duševním poruchám, které jsou spojovány především se stářím, tomu jak pečovat o osoby, které jsou postiženy nějakou závažnou duševní chorobou, zároveň je zde část, která se zabývá koncem života a to procesem umírání. Základem veškerých vztahů je komunikace. Čeho je třeba se vyvarovat v komunikaci se seniory trpícími demencí, a co je naopak vhodné využít, se dozvíme též zde.

Kapitola třetí se zaměřuje na celkovou aktivizaci, jak je rozdělena, co to je gerontoandragogika a jaké jsou konkrétní možnosti aktivizací. Obecně je popsán aktivizační proces a konkrétně jednotlivé možnosti aktivizačních činností, ať jsou to pohybové, kognitivní či aktivity podněcující výraznější emoce. Pro osoby upoutané na lůžko je například vhodný koncept Bazální stimulace.

Čtvrtá kapitola popisuje konkrétní Domov se zvláštním režimem a to G – Help o.p.s. Kouřim, zde je popsána organizace Domova i přímo aktivizační činnosti.

V praktické části je hlavním cílem zjistit, zda zaměstnanci Domova znají a využívají ve své práci s klienty aktivizační činnosti a jakým způsobem je realizují.

Pro tuto část práce bylo zvoleno dotazníkové šetření. Dotazníky budou vyplňovat zaměstnanci, kteří pracují v přímé péči s klienty.

Výsledky práce poslouží jako podklady, k rozšíření a zkvalitnění aktivizačních služeb. Jednou z možností by mohlo být zavedení smyslové aktivizace podle Lore Wehner, kterou upravila do české praxe Hana Vojtová.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORIE STÁRNUTÍ

Úvodní kapitola se zaměřuje na vysvětlení definic stáří a stárnutí. Co je to vlastně stáří a stárnutí? Definice těchto pojmů je nepřeberné množství. Záleží, z jakého úhlu pohledu se na stáří díváme.

„První, která ukazuje pozitivní pohled na problematiku, je obsažena v médiu prezentované odpovědi osmdesátiletého nositele ceny za literaturu na otázku, co bude dělat se získanou finanční odměnou Odpověď: „Co s těmi všemi penězi? Dám je do banky – budou na stáří. Druhá, která vyzdvihuje negativní aspekty stáří, je řecká báje o bohyni úsvitů a ranních červánků Eos a o jejím lidském, a tudíž smrtelném milenci Tithonovi. Zeus vyhověl prosbám bohyně Eos a obdařil Tithona nesmrtelností. Ale neobdařil ho další výsadou bohů – věčným mládím, jelikož o to nebyl požádán. A tak vzniklo dilema. Když Thithon zestárl, jeho tělo sice stále žilo, ale jeho duch zemřel. V historické literatuře má tato báje několik zakončení. Asi nejznámější je to, kdy zarmoucená Eos umístí svého bývalého milence do odlehlé místnosti, kde bez ducha žije dál.“ (Gruss, 2009, s. 11)

Dožít se vysokého věku bylo dřív výsadou několika osob. V dnešní době to již není nic zvláštního a stoletý člověk není nic ojedinělého. Stále častěji se setkáváme s tím, že se o stáří a stárnutí mluví a to nejenom mezi „normálními“ lidmi, ale i mezi odborníky. Pochopitelně, že každý má svůj přístup k problematice. Mezi „normálními“ lidmi se řeší především to, jak o blízkého „starého“ člověka pečovat a odborníci zase řeší své otázky ke stárnutí, jiný pohled mají lékaři, jiný zase sociologové.

Změna věkové struktury, nejenom v České republice, není žádným tajemstvím. Každoročně jsou vydávány Českým statistickým úřadem demografické tabulky s demografickým vývojem. Pochopitelně největší změny se odehrávají v kategorii seniorů. Většina z nás chápe toto období jako něco negativního a většina populace očekává změny k horšímu a není se co divit. Zatím není známo, že by byl někdo bez změn vzhledu, bez zhoršení paměti, zcela soběstačný v 85 letech. Záleží pochopitelně na konkrétním průběhu. To jakou budeme mít kvalitu stáří, ovlivňujeme prakticky celý život, ať vědomě či nevědomě.

Charakterizovat stárnutí není zcela lehké a některé teorie jsou značně složité,

uvádí se, že definic je okolo tří set. Pro ukázkou uvedeme některé z nich. (Kalibová, Pavlík, Vodáková, 2009)

Weber a kol.(2000, s. 13) „uvádí, že teorie stárnutí je možné rozdělit do dvou hlavních skupin:

Scholastické teorie – Jejich podstatou je předpoklad, že děje spojené se stárnutím jsou náhodné a s věkem přibývá poruch buněčného řízení.

Nescholastické teorie – Vycházejí z principu, že stárnutí je geneticky předurčeno.“

Tabulka č. 1: Teorie stárnutí podle Webera a kol. (2000, s.13-14)

Scholastické	Nescholastické
Teorie omylů a katastrof – Ke stárnutí dochází v důsledku nahromadění chyb v syntéze proteinů (bílkovin) při jejich transkripci a translaci.	Pacemakerová teorie – Je nazývána také „teorie genetických hodin“. Podle této teorie jsou určité orgány nebo orgánové systémy (imunitní a neuroendokrinní systém, především hypotalamus) považovány za geneticky naprogramovaný pacemaker na určitou dobu života. Autoři teorie poukazují na některé změny, k nimž v lidském organismu dochází již v období adolescence: involuce týmu /zmenšení brzlíku přirozenými změnami organismu, při stárnutí), pokles funkce B – hlavně T – lymfocytů aj.
Teorie překřížení – Ke stárnutí dochází v důsledku přehození proteinů a dalších buněčných makromolekul. V organismu se to ve zvýšené míře projevuje na úrovni některých tkání, např. tvorbou katarakty aj.	
Teorie opotřebování – Vychází z předpokladu, že došlo k poškození životně nenahraditelných částí organismu, s posloupností od zániku buněk vedoucího k poškození tkáně, pak orgánu a nakonec organismu jako celku. Existuje souvislost s poškozením deoxyribonukleové kyseliny v průběhu života.	Genetická teorie – Autoři teorie vycházejí z předpokladu, že délka života je pozoruhodně specifická pro každý živočišný druh. Pro potvrzení teorie uvádějí příklad jednovaječných dvojčat, u nichž je nápadně podobná střední délka života, zatímco u ostatních sourozenců se může podstatně lišit.
Teorie volných radikálů – Předpokládá, že superoxidové radikály kyslíku mohou poškodit membránové proteiny, enzymy a deoxyribonukleovou kyselinu.	

Tabulka č. 2: Změna definice stárnutí

Rok 1995	Rok 2015
<p>„Stárnutí je specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, který je univerzální pro celou přírodu a jehož průběh je nazýván životem. Délka života je přitom geneticky determinovaná a pro každý druh specifická.“ (Topinková, Neuwirth, 1995, s. 13).</p>	<p>Stárnutí – „je komplexní nevratný dynamický proces, který postihuje involučními změnami veškeré živé organismy kontinuálně již od jejich početí. Hovoří se o vzájemně propojených procesech biologického, psychologického a sociálního stárnutí, odehrávajících se s interindividuální variabilitou. Involuční změny a reakce, adaptace organismu na ně jsou tak procesem dezintegrováním a asynchronním, jenž je částečně geneticky podmíněn a zčásti je ovlivněn náhodnými jevy, poruchami.“ (Příbyl, 2015, s. 9).</p>

1.1 Změny ve stáří

Vlivem stárnutí dochází v organismu k četným změnám, kterým se nelze vyhnout. U každého člověka probíhá stárnutí odlišně a každý se s ním jinak vyrovnává. I každá změna nastupuje u jednotlivých osob jinak, záleží též na životním stylu nebo na tom jaké má člověk zlovyky. Všechny změny se ovlivňují a spolu souvisí. Mlýnková (2011) rozděluje změny na biologické, psychické a sociální. Nejvýznamnější změny jsou vidět na kůži nebo pohybovém systému. Další změny probíhají v kardiovaskulárním, respiračním, trávicím, pohlavním a nervovém systému.

Typické změny v psychické oblasti a intelektových schopnostech (Jarošová, 2006, s. 24-26) uvádí tyto psychické změny:

„Snížení kognitivních a gnostických funkcí – zvýšené zapomínání, snížení schopnosti paměti, koncentrace, výbavnosti, zapamatování nových informací, schopnosti rozpoznat viditelné předměty, rozumět slyšeným zvukům. Snížení fatických funkcí – tj. Snížení funkce řeči, pokles schopnosti cokoliv pojmenovat, porozumět řeči. Snížení výkonnosti intelektových funkcí. Zvýšená emoční nestabilita až labilita, výkyvy nálad, proměnlivost rozhodnutí a postojů, změny požadavků. Celkové povahové změny – z pozitivních vlastností do neutrálních nebo až silně negativních, nebo úplně opačně z negativních vlastností a postojů do neutrálních či pozitivních.“

„Sociální stárnutí nebo též sociální aspekty ponejvíce souvisí s odchodem ze zaměstnání do starobního důchodu. V tomto okamžiku se zcela změní role jedince. Nejvýznamnější nepříznivé sociální aspekty:

- *Odchod do důchodu – často jej hůře zvládají muži, kteří nemají zájmy koníčky a jakékoliv jiné pracovní aktivity.*
- *Omezení sociální integrace ve společenských, kulturních a jiných aktivitách a činnostech.*
- *Změna ekonomické situace seniorů – zhoršení finančního zabezpečení, limitace výší penze atd.*
- *Generační osamělost – úmrtí partnera nebo stárnutí osamělé osoby.*
- *Zhoršená možnost kontaktů s přáteli a jinými osobami, zhoršení participace na dříve vykonávaných oblíbených činnostech.*
- *Sociální izolace (z mnoha příčin) – omezení rodinných kontaktů, úbytek přátel z důvodu jejich nemoci či úmrtí*
- *Strach z osamělosti a nesoběstačnosti.*
- *Fyzická závislost – z důvodu nemoci, pohybového nebo smyslového omezení apod.*
- *Nutná, ale nevyhovující změna životního stylu.*
- *Strach ze stáří, samoty, nesoběstačnosti.*
- *Vliv ageismu.*
- *Stěhování., (Jarošová, 2006, s. 24-28)*

Změna role však nemusí být pouze negativní, někteří současně získávají například roli babičky, dědečka. Nebo roli posluchače či účastníka některých edukačních kurzů pro seniory.

1.2 Mýty o stáří a ageismus

„Ageismus (angl. Age = věk) označuje pestré projevy averze vůči starým lidem a všemu, co stáří připomíná. Český ekvivalent tohoto anglického pojmu neexistuje. Praktickým a častým projevem ageismu je tzv. →věková diskriminace.“ (Haškovcová, 2012, s. 48)

Termín většina z nás chápe jako předsudky nebo diskriminaci lidí pro jejich stáří, termín je srovnatelný s pojmy antisemitismus či rasismus. V různých společnostech nacházíme odlišné postoje k seniorům. „Starý,, rodový způsob života bychom dlouho hledali. Velmi záleží, jestli rodina plní tradiční funkci. V naší společnosti, tím jak se čím dál tím více orientujeme na „západ“ se mění i styl a funkce

jednotlivých rodin. Čím jsou jednotlivé společnosti „primitivnější“, tím mají větší úctu ke stáří.

Příbyl (2015) uvádí, že na Blízkém východě je stáří považováno za vrchol života. Slovo „šach“ znamenalo v původním významu „starý muž“, v dnešní době je jím označován vládce. Zvláštností Blízkého východu je, že zde neexistují v podstatě žádné domovy pro seniory ani jiné podobné instituce.

V České republice je ovšem situace jiná, např. značná většina nezaměstnaných padesáti let má velmi špatnou zkušenost s hledáním nového zaměstnání. Jsou odmítáni pro svůj „vysoký věk“. V televizních reklamách a nejenom tam vidíme samé mladé, krásné a výkonné osoby. Celá společnost se orientuje na mladé a živé. Z toho plyne strach ze stáří, smrti. Jedním z dalších možností nepříznivého postoje k seniorům může být fakt, že seniorů neustále přibývá. Zvyšuje se naděje dožití a míra přežití. Z historie či filosofie však víme, že stáří nebylo vždy jen „krásné a moudré“. V klasických komediích bývají často starci popisováni nelichotivě, často odpudivě, totéž platí o ženách. Důležité je, aby si lidé v naší společnosti uvědomili, že seniory automaticky neodkládáme do „domovů“. Je též potřeba zvýšit sebevědomí seniorům. Největší problém je ageismus právě v pobytových zařízeních pro seniory. Často dochází k vyřazování klientů z různých aktivit a činností jenom proto, že potřebují klienti zvýšenou pozornost.

Projevy diskriminace u pečovateli

Neskrývaná averze (odpor, nechuť) vůči seniorovi - například při vlastním uspokojování potřeb seniora. Jde o projevy nespokojenosti a nechuti ošetřovat seniora.

Vyhýbání se kontaktu se seniorem – pečovatel u seniora zajistí pouze to, co „musí“ (např. zajištění hygieny, příjmu potravy), ale více nezjišťuje další potřeby seniora, neptá se, jak se cítí, jak se vyspal, jestli něco nepotřebuje. Chybí zde aktivní přístup k péči o seniora a vlastní zájem o jeho zdravotní stav či subjektivní pohodlí či nepohodlí.

Nadměrná podpora – je opakem předchozího projevu diskriminace. Ošetřující osoba se staví do role experta, který je jediný, kdo zvládne dobře pomoc.

Ageismus v komunikaci – typické je oslovení „babi, dědo“. Nikdo nemá právo takto oslovovat osoby vyššího věku kromě blízkých příbuzných. Tato oslovení nepatří do profesionální etiky pečovatele a zástupců všech pomáhajících profesí. Do této

skupiny bychom mohli zařadit i vtipy týkajících se seniorů a věty „...tak, a tady se hačněte, ...jdeme se napapat, učešeme vlásky a uděláme copánky.“ (Copy seniorky jsou zpevněné dětskou sponou do vlasů typu berušky). (Mlýnková, 2011)

Přehled nejčastějších mýtů

Stáří lidé jsou všichni senilní. Senilita či demence, i když se týká čím dál tím více lidí, se týká jen relativně malé části seniorů. Statistiky dokazují, že demencí trpí pět až deset procent Evropanů starších šedesáti let. Úbytku mentálních funkcí lze ale předcházet. Hubený člověk se dožije vyššího věku. Podle dlouhodobého výzkumu, který probíhal v Baltimoru (BLSA), tomu ale tak vůbec být nemusí. Výzkum trval padesát let, a účastnilo se ho tři tisíce seniorů. Starý člověk je bezzubý. Většina lidí ztrácí zuby z důvodu zánětu okostnice. Podle odborníků trpí ztrátou zubů méně lidí než v minulosti. Onemocněním dásní se dá předcházet. Pozor by si však měli dávat kuřáci. Starý člověk spí velmi špatně. Spánek ovlivňují především léky, které senioři užívají. Kvalita spánku, jako taková se přibližně od šedesátého roku moc nemění. (Malíková, 2011)

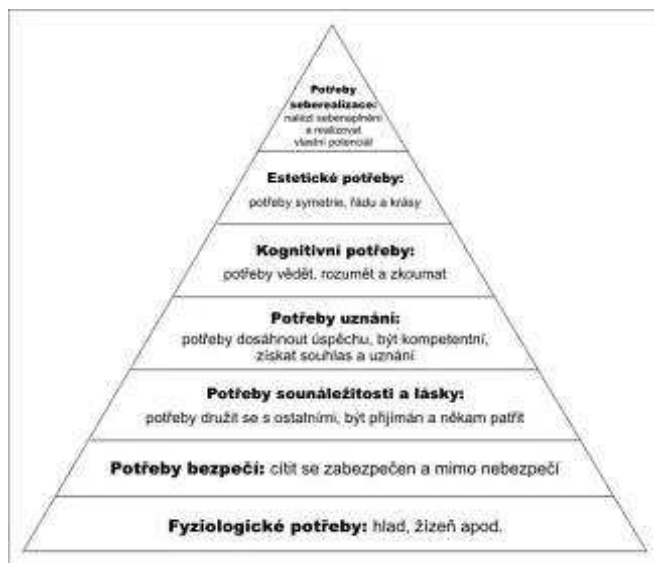
1.3 Potřeby seniorů

„Potřeba je projevem určitého nedostatku, deficitu či strádání, jehož odstranění je žádoucí, a velký předpoklad, že doplnění tohoto deficitu (neboli saturace potřeby) povede ke zlepšení stavu člověka či ke zvýšení jeho spokojenosti.“ (Trachtová a kol., 2001, s. 10)

Potřeba se ale může projevit i nadbytkem (plný močový měchýř). Potřeba klidu, potřeba být sám sebou. Jak nadbytek, tak nedostatek ovlivňuje naši psychiku. Tyto pocity nás vedou k určitému jednání. Jiné potřeby má kojeneček a jiné senior, mění se s věkem. Některé potřeby můžeme označit jako škodlivé či nezákonné.

V sociálních službách je nejčastěji používána tzv. Maslowova pyramida potřeb. Příbyl (2015) rozděluje podle Maslowa potřeby do dvou skupin. První označuje jako potřeby nedostatku, deficitu. Druhou tvoří potřeby spojené s bytím člověka. Maslow potřeby původně sestavil do pětiúrovňového modelu, postupně jej rozšířil do osmiúrovňového modelu.

Původní Maslowova škála byla upravována dalšími autory, Trachtová (2001) ji popisuje v sedmi úrovních.



Obrázek č.1: Maslowova pyramida (Trachtová, 2001,14)

U osob starších 75-ti let dochází ke změnám v potřebách. Jako první je většinou potřeba zdraví. To řadíme do fyziologických potřeb, kam musíme dále zařadit též problém seniorů s vyprazdňováním, důležité je aby byli senioři bez bolesti. Některé potřeby již nejsou tak výrazné – sexuální, úpravy zevnějšku, potřeba pít. U vyšších potřeb se dostává do popředí potřeba jistoty a bezpečí. U klientů, kteří jsou v poslední fázi Alzheimerovi demence, se již aktivizace jako taková neprovádí, zde je důležité klientům zajistit pouze základní tělesné a fyziologické potřeby.

2 DUŠEVNÍ PORUCHY SPOJENÉ SE STÁŘÍM

V této kapitole se budeme zabývat duševními poruchami, které se většinou projevují ve stáří. Mnohá onemocnění se však projeví až ve velmi vysokém věku. Pro tyto nemoci tedy představuje přibývajících stáří rizikový faktor, a protože populace stárne, je stále více lidí ohroženo nástupem různých onemocnění. U téměř všech chorob vyskytujících se se zvýšenou četností právě ve stáří, jako například diabetes mellitus (cukrovka), onemocnění krevního oběhu, poruchy spánku nebo poškození duševních funkcí, je výrazný vliv dědičnosti.

„Stárnutí je proces, který nás provází již od dětství, a ne pro všechna onemocnění platí, že se častěji projevují až ve vysokém stáří. Onemocnění jako schizofrenie nebo deprese se poprvé projevují v mladém nebo středním věku, Alzheimerova choroba se oproti tomu objevuje téměř výhradně u velmi starých lidí.“ (Gruss, 2009, s. 95)

Venglářová (2007) poukazuje na fakt, že dušení choroby se mohou vyskytovat i u jiných věkových kategorií. Ve stáří se však častěji vyskytují organické změny, poruchy paměti. Častější výskyt duševních poruch bývá u seniorů žijících v sociálních zařízeních, protože již nejsou schopni žít samostatně a bez podpory.

V této bakalářské práci se budeme zabývat demencí, Alzheimerovou chorobou a vaskulární demencí.

„Pojem „dementia“ pochází z latiny a doslova znamená „bez mysli“. Předpona „de“ znamená „odstranit“ a „mens“ je latinské slovo pro „mysl“. Člověka postiženého demencí čeká postupný úpadek a nemoc je tak destruktivní, že v její poslední fázi se pacient stěžlí podobá člověku, jímž byl na jejím začátku.“ (Buijsen, 2006, s. 13)

Existuje několik forem demencí. Je to hromadný termín, podobně jako rakovina.

Demence představuje syndrom, který má různé příčiny. Nejběžnější je Alzheimerova nemoc či choroba., vaskulární demence (zde je narušeno cévní zásobení mozku), demence s Lewyho tělísky (zde odumírají neurony), demence u Parkinsonovy choroby.

Alzheimerova nemoc je pojmenovaná po německém neurologovi Aloisu Alzheimerovi, který ji popsal v roce 1906.

První rozhovor, který vedl Alois Alzheimer s Augustou D., *„první pacientkou s Alzheimerovou nemocí, začal takto:*

„Jak se jmenujete?“

„Augusta.“

„Vaše příjmení?“

„Augusta.“

„Jak se jmenuje váš manžel?“

„Myslím, že Augusta.“

„Váš manžel?“

„Ach, můj manžel.“

Podívala se na mě, jako by dobře nechápala, na co se jí ptám.

„Jste vdaná?“

„S Augustou.“

„S paní D?“

„Ano, s Augustou D.“

„Jak dlouho jste vdaná?“

Usilovně se snaží vzpomenout.

„Tři týdny.“

Ze všech lidí, kteří trpí demencí, má asi 55procent Alzheimerovu nemoc v čisté formě.“ (Buijssen, 2006, s. 14-15).

Příznaky demencí nepředstavují pouze poruchy poznávacích funkcí, ale i změny chování, člověk o sebe nedokáže dostatečně pečovat, dochází k postižení aktivit běžného života. První stádium nebývá tak výrazné, ve středních stádiích demence přibývá neklid, agrese, útky, poruchy spánku. V pokročilém stádiu potřebují lidé ošetrovatelskou péči, protože nejsou schopni sebezpečí. Mívají obtíže s polykáním, jsou většinou upoutáni na lůžku, nepoznávají příbuzné.

2.1 Péče o seniora s demencí

Nejprve je důležité přijmout diagnózu jako fakt. A mít na paměti, že snaha znovu naučit člověka věci, které zapomněl, nelze. Není možné ho vrátit, aby byl „normální“. Důležité je naplánovat budoucnost, ve smyslu eventuálního přestěhování do zařízení s celodenní péčí. Ve většině Domovů je pobyt nákladný, což vede též k nutnosti se starat o finance nemocného seniora. Jedna z pastí, do které často příbuzní či „pečovatelé“ spadnou, je, že vše, veškerý svůj čas a osobní život podřídí člověku

s demencí, což vede k syndromu vyhoření. I když si s námi člověk s demencí nepovídá, tak cítí a vnímá intonaci našeho hlasu. Vždy bychom se měli chovat zdvořile, často chválit, trénovat paměť, vyhýbat se konfliktům. Důležité je bezpečné prostředí. (Malíková, 2011).

V první fázi nemoci většinou péči zvládají členové rodiny, občas je potřeba pomoc s hygienou, doprovod k lékaři, nákup. Důležité je správně zabezpečit byt či pokoj, pozor na ostré předměty, elektrické spotřebiče. Odstranit koberečky, namontovat madla. Dobré je zajistit pravidelný denní režim. V další fázi je vhodné zajistit pomoc od další osoby, péče je daleko náročnější. U seniora jde především o uspokojování základních potřeb. Ve třetím stádiu je senior odkázaný zcela na okolí. Jakákoliv kognitivní terapie ztratila význam. V tomto bodě je důležitá ošetrovatelská péče. Často se objevují poruchy polykání. Hrozí pády, poranění. (Malíková, 2011)

2.2 Umírání

Lékařská věda poskytuje podle Vojtové (2014) v současné době mnoho způsobů léčby různých nemocí. Dokáže popsat prenatální vývoj člověka, ale nezodpovězeným tématem zůstává, umírání a co se děje s člověkem po smrti.

Haškovcová (2012) popisuje umírání jako proces, při kterém dochází k selhávání životních funkcí. Tento proces začíná v okamžiku, kdy vstoupí do života vážná nemoc se zlou prognózou.

U nás se o umírání a péči o umírající začíná pozvolna rozvíjet až po roce 1989. Do této doby toto téma bylo v podstatě tabu. První lůžkové paliativní oddělení bylo u nás otevřené v roce 1992 v nemocnici v Babicích nad Svitavou. V roce 1993 založila lékařka Marie Svatošová občanské sdružení pro podporu domácí hospicové péče a hospicového hnutí s názvem Ecce homo (Ejhle člověk).

Jedna z prvních autorek, která se u nás po roce 1989 zabývala umíráním a smrtí je profesorka Helena Haškovcová.

„Paliativní péče – útěšná, zmírňující a ohleduplná péče poskytovaná umírajícím všemi, kteří se na ní podílejí. Zatímco -paliativní medicína je v kompetenci lékařů, paliativní péči, tedy konkrétní ošetřování umírajících, mohou provádět nejen zdravotníci, ošetrovatelky v přímé péči atd., ale zčásti i rodinní pečující.“ (Haškovcová, H., 2012, s. 128).

Jak současné paliativní ošetřovatelství, tak i paliativní medicína má hluboké kořeny v minulosti, na to poukazuje Marková (2010), udává, že ve skutečnosti byla paliativní péče nejstarší formou medicíny, která většinou probíhala v domácím prostředí. Rodinným příslušníkům by mělo být umožněno chvíli setrvat u mrtvého v případě, že zemře v nemocnici nebo v domově pro seniory. Nemocnice, ale i sociální zařízení již mají v dnešní době vypracované letáčky s praktickými radami pro pozůstalé. Důležité je vysvětlit, co se bude s tělem dít dál. Umytí těla, obléknutí. „*V minulosti starší lidé dožívali se svými dětmi a jejich rodinou, nebyli nikdy sami. Jejich děti přesně věděly nejen o majetkových poměrech, ale i podmínkách jejich pohřbu a přesně věděly, co si rodiče přejí.*“ (Vojtová, H., 2014, s. 58)

Marková (2010) dále doporučuje, aby se příbuzní řádně rozloučili se svým blízkým. Poukazuje na různé rituály, které se po celá staletí vyvíjely. Vše mělo svoji symboliku a smysl, jak oblékání zesnulého do slavnostních šatů, tak pohřební průvod. Důležitý byl též pohled do otevřené rakve. Na pohřební hostině se symbolicky uzavřel kruh rodiny, sice tam chyběl jeden člen rodiny, ale je schopna fungovat dál. V dnešní době považujeme většinou rituály za zbytečné, nerozloučenost se zesnulým vede k psychickým problémům, stále ho máme v mysli.

2.3 Specifika v komunikaci s lidmi trpícími demencí

Lidé dokážou sdílet své zkušenosti, pocity, touhy a myšlenky mluveným i psaným slovem.

Dle Buijssena (2006) nám komunikace dává pocit spojení s druhým člověkem. Tato schopnost v demenci mizí. Člověk vyvíjí víc úsilí, aby vyjádřil, co potřebuje, co cítí. Při normálním rozhovoru mezi dvěma lidmi do něj přispívají skoro stejně. Pokud komunikujeme s člověkem s demencí, tak tam tato rovnováha chybí. Čím je demence pokročilejší, tím je potřeba v komunikaci vynaložit víc energie.

Vhodná komunikace je základ dobrého vztahu mezi „pečovatelem“ a seniorem trpícím demencí. Jde o předávání informací, odráží se tam vztah k člověku, s kterým mluvíme. Informace předáváme verbálně, tak i neverbálně. Podle Zacharové (2007, s. 83) „*probíhá komunikace jako proces složený z pěti složek:*

- *komunikátor (mluvčí) – osoba, která sděluje určité informace;*
- *komunikant (příjemce) – osoba, které jsou informace sdělovány a která jim*

má porozumět;

- *komuniké – zpráva neboli sdělení komunikátora;*
- *zpětná vazba (reakce, odpověď) – informace o tom, že sdělení bylo komunikantem přijato;*
- *situační kontext – situace a prostředí, v němž komunikace probíhá; může významně ovlivnit komunikaci a význam sděleného obsahu.“*

U lidí s demencí musíme dbát i na překážky v komunikaci. Zda je na straně osoby s demencí (člověk je unavený, nedoslýchavý, je ve stresu) nebo například na straně prostředí (hluk, přítomnost více lidí).

Interakce je oboustranná komunikace. Je to proces, při němž používáme verbální a neverbální jazyk (jako třeba výraz tváře nebo řeč těla) k odesílání a přijímání různých sdělení. Aby vaše komunikace s partnerem byla efektivní, musíme své komunikační metody v každém okamžiku přizpůsobit partnerovu rozpoložení, míře pozornosti a jeho celkové schopnosti „fungovat“.

Za základní způsob komunikace považujeme psaný a mluvený jazyk, Glenner (2012) uvádí, že devadesát procent komunikace je neverbální. Upozorňuje na to, jak je neverbální komunikace u klientů s demencí důležitá a apeluje na to, aby každý, kdo komunikuje s člověkem s demencí přizpůsobil komunikační techniku.

„Doporučení pro kvalitní komunikaci: Naslouchejte tomu, co druhý skutečně říká. Mluvte o sobě: „Snažím se vás pochopit. Slyším vás. Cítím s vámi, rozumím vám – říkáte, že...“ Nehodnoťte, nekritizujte, nekárejte. Uvědomte si, že senior se zlobí na situaci, ne na vás. Buďte připraveni na agresivní nebo impulzivní reakce. Naučte se bez agrese vyjádřit své kladné i záporné pocity. Naučte se rozumět svým postojům, myšlenkám, sami sobě. Zodpovězte si sami pro sebe: Jak reagujete na zátěž? Znáte způsoby obrany, které používáte ve vypjatých situacích? Jsou vhodné? Co přinášíte do vzájemných vztahů? Jak výchova ovlivnila vaše chování a jednání? Kdo vám byl příkladem? Jaké zkušenosti máte s lidmi? Jaké chování druhých lidí je vám příjemné?“
(Klevetová, D., Dlabalová, I. 2008, s. 109-110)

V komunikaci se seniory musíme dbát, aby nedocházelo ke snižování hodnoty seniora, takzvané devalvací. Musíme respektovat jeho důstojnost, neponižujeme jej.

„Příklady devalvace – Pečovatel přijde ke klientovi, nenaváže oční kontakt a stroze sděluje: „Jdu vás umýt. Připravte si věci na mytí, ať nám to jde rychle.“ Přinese

umyvadlo s vodou a znechuceně konstatuje: „Vy ty věci ještě nemáte připravené? A kde je vůbec máte? Já je raději vyndám sám.“ (Mlýnková, 2011, s. 58)

Naopak musíme seniorům sebevědomí zvyšovat, projevovat vážnost a úctu, je to takzvaná evalvace.

„Příklady evalvace - „ No to je pěkné, pane Nováku, jak vám to rozcvičování jde. Sleduji pokrok od té doby, co jsem vás viděla naposledy. Mám z vás radost.“ (Mlýnková, 2011, s. 58)

Vždy je dobré vědět, jaký rozhovor chceme vést, zda jde pouze o popovídání, či máme nějaký cíl. Musíme zajistit vhodnou místnost a dostatek času. Ale ideálních podmínek ne vždy dosáhneme. Pokud k nám senior nepocítí důvěru, bude se nám hůře komunikovat. Malíková (2011) považuje za důležité, aby pracovníci v pobytových sociálních zařízeních dokázali sesynchronizovat verbální a neverbální projev. V případě, že je u verbální a neverbální komunikace disharmonie, dochází k tomu, že se klienti cítí nejistě, cítí nedůvěru a strach.

Neverbální komunikace se označuje jako pravdivá řeč těla. Při neverbální komunikaci nepoužíváme řeč, slova, zpěv. Verbální projevy dokážeme ovládnout vůlí, ale u neverbálních projevů je to daleko komplikovanější. Přesto je možné se naučit částečně ovládat řeč těla. Někdy verbální projev používáme i vědomě, abychom zdůraznili význam situace. Neverbální komunikaci rozdělila Pokorná (2006) na několik částí:

Viziku popisuje jako řeč očí, upozorňuje například na délku pohledu.

Mimiku jako vyjádření našich emocí.

Gestiku nazývá pantomimikou, to je projev který vyjadřujeme hlavou, rukou.

Haptiku označuje jako dotyk.

Chronemika je jak dokážeme naložit s časem.

Proxemika popisuje jako vzdálenost mezi osobami.

Posturologie neboli postupka je vyjádřením naším fyzickým postojem.

Kinetiku popisuje jako pohyb těla i s chůzí.

V případě jakékoli aktivizace se nám bude lépe pracovat, pokud si s klientem porozumíme, jak verbálně tak neverbálně.

3 AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI

3.1 Gerontoandragogika

Na začátku této kapitoly stručně vysvětlíme pojem gerontoandragogika. Vznik a rozvoj reagoval na potřeby vycházející z demografických vývojů. Vědní disciplína gerontoandragogika, usiluje o aktivní zapojení seniorů. Tím zabraňuje jejich úpadku. Jedná se o disciplínu, „*kteřá, „studuje, zkoumá, systematizuje a vykládá poznatky o procesech usměrňování a rozvíjení aktivit seniorů, jejich hodnotových orientací, poznatků kompenzačních i reedukačních schopností, dovedností a návyků vztahujících se ke specifickým kvalitám a potřebám života, k rolím a statusu handicapovaných seniorů, jejich společenského, kulturního, technického a přírodního prostředí.“* (Jesenský, 2000, s. 275). Podle Čornaničové (1998) dostalo stáří novou strukturu a stalo se poměrně dlouhou etapou lidského života, která má své dané životní úkoly.

V literatuře se můžeme setkat s podobnými pojmy, například: gerontopedagogika, geragogika nebo též gerontagogika, všechny pojmy se dají vysvětlit podobně a to jako výchova ke stáří nebo jako vzdělávání seniorů či edukace seniorů.

Vzdělávání v seniorském věku je dobrovolné a senior si sám volí obsahové zaměření vzdělání. Učení musí mít pro seniora velký význam, jinak mu nebude věnovat čas ani námahu. Specifikum edukace ve stáří spočívá v tom, že na seniory není vyvíjen tlak na získání kvalifikace, ani jejího prohloubení, na tomto základě můžeme tedy poznamenat, že vnější motivace je zde minimální, naopak nabývá zde na významu motivace vnitřní, která vychází z vlastních pohnutek jedince. (Špatenková, Smékalová, 2015)

„Vzdělávání, to je ve skutečnosti velké množství individuálních, originálních a neopakovatelných životních scénářů, motivů pro učení. Pokud je učení výsledkem zkušenosti, musejí být učební aktivity formovány minulými a současnými zkušenostmi jedince; tyto zkušenostní vzorce jsou ale stejně jako otisky prstů jedinečné.“ (Špatenková, Smékalová, 2015, s. 25)

3.2 Aktivizační činnosti pro seniory dle zákona o sociálních službách

Každý poskytovatel sociální služby je povinen dodržet rozsah služeb stanovený zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,

pro konkrétní druh poskytované služby a odpovídajícímu typu zařízení. Podle § 49, dílu 3, odst. 1 jsou v domovech pro seniory poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. „*Služba musí obsahovat tyto základní činnosti:*

- *poskytnutí ubytování;*
- *poskytnutí stravy;*
- *pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu;*
- *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;*
- *sociálně terapeutické činnosti;*
- *aktivizační činnosti;*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí.*“ (Zákon O sociálních službách Sb., 2006)

Aktivizační činnosti zahrnují tři okruhy činností. Volnočasové a zájmové činnosti, poskytnutí pomoci při obnovení nebo udržení kontaktu s přirozeným sociálním prostředím, pomoc při nácviku a zlepšení všech dovedností klienta (motorických, psychických a sociálních).

Malíková (2011) uvádí, že aktivizační činnosti navazují na sociálněterapeutické činnosti. Ty by měli v klientovi probudit určitý zájem o své potřeby, měl by se aktivně zapojovat do sebestarání, čímž by se oddalovala závislost na ostatních. Míra poskytované pomoci by měla být vždy přiměřená. Důležité je též správně vedené individuální plánování a zapojování klienta do aktivizačních činností.

Každý domov pro seniory či domovy se zvláštním režimem mají určité aktivizace, které nabízejí. Na některé aktivizační činnosti je potřeba prostor na jiné zase školený pracovník. Aktivizace bývají rozděleny na skupinové a na individuální. Dále je dělíme na činnosti podporující mentální schopnosti, podporující fyzické schopnosti a sensorické schopnosti. Procvičování mentálních schopností má význam u všech seniorů, ale pochopitelně, že důležitější je to u těch, co mají postiženou paměť a postižené kognitivní funkce. Kognitivní funkce, neboli poznávací jsou například soustředění pozornosti, myšlení, paměť, paměť zraková, sluchová, čtení, psaní. Cílem procvičování je udržet paměť a kognitivní funkce alespoň na stávající úrovni, oddálit zapomínání, pokud by se nám povedlo zlepšit tyto schopnosti, tak by to byl ten nejlepší možný

výsledek. Sem zahrnujeme – trénink paměti, kognitivní rehabilitaci, reminiscenci, orientaci v realitě.

Trénink paměti. Pro trénink paměti jsou vypracovány různé metody, ale trénink paměti jako takový se pro seniory s demencí příliš nehodí. Patří sem - učení se cizímu jazyku, křížovky, sudoku, vědomostní soutěže.

Kognitivní rehabilitace. Je přijatelnější pro seniory s postižením kognitivních funkcí. Pracuje s podobnými metodami jako trénink paměti. Je však šetrnější, nepracuje se na čas, nesoutěží se. Soutěžení není pro nejistého seniora s poruchou paměti vhodné. Se soutěžením bývá zpravidla spojeno i snížení sebevědomí. Příklady: přesmyčky, anagramy, páry známých dvojic, přísloví, hlavní města...

„U seniorů s mírnou demencí je vhodné procvičovat krátkodobou paměť, která je postižena. U seniorů s pokročilejší demencí se zpravidla využívá dlouhodobá paměť k doplňování přísloví, dvojic, opaků apod.“ (Mlýnková, J., 2011, s. 160)

Reminiscence. *„Je to velmi vhodná metoda pro aktivizaci osob s demencí a to i podpoře dlouhodobě ležících a nesoběstačných osob. Při používání této metody podporujeme osoby ke vzpomínání. Reminiscence je vhodná u osob, které mají zachovány alespoň některé kognitivní funkce. Jde o záměrné vyvolávání vzpomínek. Používají se např. fotografie z mládí, rané dospělosti, fotografie dětí v raném dětství, mládí. Předměty z dětství – hračka. Nějaká památka – emocionálně cenné předměty vysvědčení, osvědčení apod.“* (Mlýnková, J., 2011, s. 164)

Dle Schweitzer a Bruce (2010) má význam vzpomínání ve skupině, kdy díky vyprávění jednoho klienta dochází zároveň ke spontánnímu spuštění dlouho uložených vzpomínek z nevědomí i u ostatních klientů.

Orientace v realitě. Tato technika umožňuje osobě, která trpí kognitivní poruchou rozumět situacím. Podstatou je poskytnout osobě, seniorovi, co nejvíce informací. Postup je jednoduchý, opakujeme co je za den, jaké je datum, co budeme dělat a podobně. V žádném případě nepřetěžujeme podrobným popisem. Pokyny jsou srozumitelné, musí být v souladu s neverbální komunikací. Základem je poskytnutí informací.(Mlýnková, 2011)

Dále máme **činnosti podporující fyzickou zdatnost.** Cvičení má velký význam i u imobilních osob. Je možné provádět cvičení vsedě, vleže, nacvičovat sebeobslužné činnosti. Senior by neměl nikdy cvičit přes bolest. Vždy je důležitá konzultace

minimálně se zdravotní sestrou. Většinou se jedná o protahovací cviky, které se opakují 4-6 krát.

Činnosti, které podporují senzorické schopnosti, jsou nejznámější a nejpoužívanější dvě, muzikoterapie a arteterapie.

Muzikoterapie. Tato metoda využívá hudby jako léčebného prostředku. Uplatňuje se i u seniorů s postižením kognitivních funkcí. Je zajímavé, že mnozí lidé s určitým stupněm afázie a s výpadky řeči jsou schopni si vybavit texty písní, které zpívali v mládí. Muzikoterapie rozhodně neznamena, že senior sedí a pasivně poslouchá hudbu. „*Techniky muzikoterapie:*

- *Zpěv.*
- *Poslech lidových písní nebo vážné hudby.*
- *Hra na různé nástroje – Orfovo instrumentarium.*
- *Hudba a cvičení do rytmu – kombinace poslechu hudby a pohybové aktivity.*
- *Hudební kvíz, vybavování si hudebních nástrojů pomocí zvuků – kombinace s tréninkem kognitivních funkcí.*
- *Poslech skladby + čtení o autorovi – kombinace s tréninkem paměti*
- *Taneční terapie.*“ (Mlýnková, J., 2011, s. 171,172)

Techniky muzikoterapie dále dělíme na aktivizační a relaxační. V aktivizačních technikách je klient zapojen do činností – hraje, zpívá, tančí. U relaxačních technik poslouchá a navozuje pocit uvolnění.

Arteterapie znamená léčbu uměním, nemusí to být pouze výtvarné umění, ale též poezie, četba. V nejužším slova smyslu je to však léčba výtvarným uměním. Výtvarné techniky mají podstatnou výpovědní hodnotu autora, který ve svém díle zrcadlí prožitky. Cílem nejsou umělecká díla, ale aktivita seniora, zvýšení sebevědomí a smysluplné trávení volného času. Příklady aktivit:

- pletení pomlázky
- zhotovení vánočního přání s pomocí přírodních materiálů
- vystřihování z papírů

Další známé činnosti jsou **vaření a pečení**. Klienti, senioři s demencí to považují za oblíbenou činnost, protože se jedná o zautomatizované činnosti.

Pet terapie. Jedná se o léčbu domácími mazlíčky. Kladně působí na psychiku, snižuje mírně krevní tlak. Nejvhodnější bývá pes, kočka. Do některých zařízení dochází

pravidelně pracovníci se zvířetem, jinde se o zvíře starají pod dohledem pracovníků přímo v zařízení.

Celkový stav osob lze někdy částečně zlepšit za pomoci některých dalších metod a přístupů. Zlepšení se promítá na fyzické úrovni, zlepšuje se pohyblivost, soběstačnost, stabilizuje se emoční stav. Nejznámější jsou dvě metody a to **koncept bazální stimulace a kraniosakrální terapie**.

Bazální stimulace – „způsob, jak zjistit a uspokojit základní (tedy bazální) potřeby seniorů. O které se staráme a kteří tyto potřeby neumějí nebo pro svou nemoc nemohou vyslovit. Bazální stimulaci bezděčně používají rodinní příslušníci, když se nemocného a „němého“ pacienta dotýkají (hladí ho), vlídně k němu hovoří a celkově mu vytvářejí příjemné prostředí. V určité formě mohou totéž činit i profesionální pečovatelé podle metody, kterou vypracoval německý lékař a speciální pedagog (- **speciální pedagogika**) Andreas Fröhlich už v 70. letech 20. století pro těžce nemocné děti. Později bylo doloženo, že bazální stimulace lze úspěšně použít nejen u seniorů, kteří trpí – **Alzheimerovou chorobou** nebo – **Parkinsonovou chorobou**, ale i u lidí v bezvědomí a v agónii. Metodu si lze osvojit v celé řadě tematických kursů, jejichž součástí je nácvik vhodných způsobů stimulace k podpoře identity nemocných, k jejich orientaci v prostoru, popřípadě k navázání kontaktu s lidmi v okolí (prostřednictvím vzpomínek, známých předmětů apod.). Základní principy metody jsou obsaženy v tzv. *Desateru bazální stimulace*.“ (Haškovcová., H., 2012, s.56, 57)

Zkušenosti jednoznačně potvrzují, že realizace bazální stimulace zvyšuje kvalitu poskytovaných služeb, jak zdravotních, tak sociálních.

Kraniosakrální terapie „Kraniosakrální terapie je jemná metoda testování a léčby celého těla, která může mít pozitivní vliv na téměř každý tělesný systém. Ovlivňuje tělesné a duševní zdraví člověka.“ (Upledger, 2008, s. 9)

Kraniosakrální terapie neboli lebko-křížová terapie, je příjemnou a relaxační metodou typu jemná energetická masáž. Provádí se v oblečení na lehátku, a beze slov. U imobilních klientů je možno terapii provádět přímo na lůžku. Nejedná se o žádnou náboženskou záležitost a ani o terapii v pravém smyslu. Provádí se soubor jemných manuálních palpačních technik na povrchu těla. Jemnou manuální technikou, účinně uvolníme napětí. Kraniosakrální terapie je vhodná při řešení nejrůznějších problémů a bolestí spojených s pohybovým aparátem a dále také při různých dysfunkcích orgánů.

Posiluje organismus a podporuje jeho odolnost vůči nemocem.

Standardní ošetření trvá 60 až 90 minut, minimum je však 30 minut. Po ukončení mívají lidé pocit únavy. Od druhého dne však dochází k velkému zlepšení. Efekt záleží na počtu ošetření. Přínos kraniosakrální terapie je velmi všestranný a pozitivní. Pro každého seniora je tato metoda přínosem.

Koncept smyslové aktivizace podle Lore Wehner. „*Lore Wehner, M. A. se narodila v roce 1964 v Rakousku. Vystudovala pedagogiku. Zabývá se Montessori pedagogikou. Je autorkou smyslové aktivizace, kterou začala do praxe zavádět od roku 2007. Tuto koncepci nejprve vytvořila pro opožděné děti a později ji rozvinula pro velmi staré osoby. V roce 2008 založila vzdělávací institut Institut ilw..*“ (Wehner, L., Schwinghammer, Y., 2013, s. 11)

Cílem Smyslové aktivizace je podle Wehner (2013) využít smysly a začlenit je do běžného ošetřovatelského plánu. Zároveň upozorňuje na to, že je potřeba vnímat všemi smysly. Seniorům by měly být umožněny dělat navyklé činnosti, rituály. Smyslová aktivizace by měla probíhat jako přirozená komunikace za pomoci barev, dotyků, zvuků, chutí mezi klientem a pečovatelem. Impulzy z aktivizace se ze smyslových orgánů přivedou do mozku. Tímto způsobem se trénuje schopnost, vyrovnat se s úkoly, dají se tak vyvolat slova nebo dojmy.

„Cílů smyslové aktivizace je nepřeborné množství, několik na ukázkou.

aktivizace pohybového aparátu,

posílení významu rodiny,

zvýšení kvality života,

aktivizace myšlenkových pochodů,

orientace uvnitř – venku,

trénink jemné a hrubé motoriky,

Velmi vhodná je i krátkodobá aktivizace, všichni lidé, nezáleží na věkové kategorii, potřebují pozornost a pocit blízkosti. Všichni toužíme po tělesném doteku, a to už od narození. Krátkodobou aktivizaci je možno provádět kdekoli. Může probíhat pouze deset minut.

„Zhruba desetiminutová jednotka by se dala sestavit například takto:

Pozdrav – kontakt

„kůže na kůži“ - kontakt

„z očí do očí“ - emoční a verbální sblížení.

Interakce – komunikace, například prohlížení fotografií na stole /klást o nich otázky, anebo dát klientovi do ruky nějaký předmět a přimět ho, aby si jej prohlížel).

Otázky na povzbuzení vzpomínání a paměti, tj. otázky o něčem z minulosti.

Poděkování klientovi za jeho slova, za vyprávěnou příhodu a ukončení krátkodobé aktivizace opět použitím čtyř pilířů setkávání:

kontakt „kůže na kůži“,

kontakt „z očí do očí“, soustředěná pozornost,

verbální sblížení,

emoční sblížení.“ (Wehner, L., Schwinghammer, Y., 2013, s. 21)

U klientů s demencí je vhodné aktivizovat častěji – denně, ale kratší dobu. A to individuálně, protože, ve skupinách není tak viditelný efekt zlepšení. U těchto klientů se vyhýbáme tématům, která jsou stresující, například válka, úmrtí blízkých. Pokud je klient schopen verbální komunikace, dáváme mu dostatek času k odpovědi.

Významnou oblastí, která se dá dobře aktivizovat je smyslová oblast. V různých nemocnicích, sociálních zařízeních k nám doléhají neznámé pachy. Nejsou vždy příjemné. Povzbuzování smyslů je důležité i pro trénink paměti, (Wehner 2013) uvádí, že si klienti dokáží vybavit vzpomínky například vůní. Jedna klientka si vůní citronu vybavila, jak se procházela sadem citroníků. Další klient si vybavil při práci v pískové vaničce vzpomínky z pláže a z války.

Nedílnou součástí smyslové aktivizace je i biografická práce. Matolycz (2011) udává, že to jsou významné informace ze života klienta. Abychom klienta lépe poznali a pochopili, je dobré se zajímat nejen o biografii, ale i o regionální biografii. Zjistit, z jakého je prostředí, kde klient vyrostl nebo jaké dodržoval tradice.

3.3 Smyslová aktivizace v české praxi

Tento koncept do České republiky zavedla a na naše podmínky přizpůsobila Hana Vojtová, ředitelka Domova pro seniory v Prachaticích. Od roku 2010 je certifikovanou lektorkou smyslové aktivizace s výhradním zastoupením pro Českou republiku. Posláním projektu je přispět k zintenzivnění mezinárodní spolupráce a partnerství na základě přenosu inovativních nástrojů a inovativního přístupu v oblasti

aktivizace a podpory aktivních seniorů a osob postižených demencí nebo osob se specifickými potřebami. Tímto inovativním konceptem, který byl vytvořen v Rakousku, je Smyslová aktivizace podle Lore Wehner.

„Cesta, která mě přivedla ke smyslové aktivizaci, byla vedena mou osobní nespokojeností s rozsahem péče a nabídkou aktivizace především pro velmi staré, dezorientované a demencí postižené osoby.“ (Vojtová, H., 2014, s. 4).

V domově byla zavedená stálá „aktivizační praxe“ pro několik „aktivnějších“ seniorů. Vojtová (2014) dále udává, že ti senioři, kteří především aktivizaci potřebovali, byli opomíjeni, protože ti „aktivnější“ neustále vyžadovali pozornost pečovateli. Pochopitelně, že je těžší se dívat na klienty, kteří jsou upoutáni na lůžko a jsou odkázáni na pomoc ostatních. Z rozhovorů s pečovateli zjistila, že s klienty, kteří jsou pouze na lůžku, se v podstatě nedělá nic. Ve smyslu aktivizace. Celá situace dospěla do stádia, kdy nějakou dobu hledala jak těmto lidem pomoci, až našla odpověď v Rakousku v domově pro seniory ve Vídni. Tam viděla, že se dá smysluplně pracovat i s lidmi, kteří jsou velmi staří, trpící demencí nebo kteří mají nějaká tělesná omezení. Seznámila se s autorkou smyslové aktivizace a postupně vypracovala projekt na zavedení do české praxe.

Postupy, principy a návody jsou v podstatě stejné, ale jak už bylo napsáno, jsou upravené na českou praxi, jeden z příkladů – **náboženská výchova**. Každé sociální zařízení by mělo zajišťovat duchovní služby svým klientům. A většinou se tak děje, alespoň částečně. Velice málo, v podstatě nikdo si do vstupního dotazníku neuvede své vyznání. K víře se mnoho lidí nehlásí, ale pokud přijde pan farář a nezávazně si s klienty popovídá nebo zazpívá, mívá „úspěch“. Je to dáno tím, že většina klientů vyrůstala v době, kdy víra v Boha byla naprosto přirozená. Následně byla zakazována komunistickou stranou. A právě dnes, kdy klienti bilancují svůj život, se u klientů může víra prohloubit či oslabit.

„Zavedení konceptu Hanou Vojtovou do České republiky“

Zavedení konceptu do České republiky nebylo zcela jednoduché, v roce 2008 odjela Hana Vojtová na zahraniční stáž do Rakouska, kde ji zaujal koncept dle Lore Wehner. Dále si celý koncept nastudovala, seznámila se s autorkou a oslovila ji s prosbou o spolupráci. V roce 2010 se Domov v Prachaticích stal prvním certifikovaným domovem v konceptu smyslové aktivizace.

Rok 2011. 1. Listopadu 2011 založila Hana Vojtová vzdělávací Institut smyslové aktivizace jako vedlejší hospodářskou činnost domova seniorů. Autorský koncept byl pro české podmínky upraven ve vztahu ke společenským podmínkám a na základě osobní zkušenosti při jeho zavádění do praxe. Prostřednictvím vzdělávacích kurzů v úrovních Level 1 až Level 3 je koncept nabízen akreditovanou vzdělávací institucí a dále rozšiřován do geriatrických zařízení po celé České republice.

2014 – 2015. Mezinárodní konference smyslová aktivizace pod názvem Žít všemi smysly, Praha. V kooperaci s autorkou Lore Wehner přenesení a tvorba vzdělávacího kurzu Trenér pro oblast demence a vzdělávací kurz Integrativní pedagogika/geragogika.“ (Vojtová, H. s. 66)

4 G – Help o. p. s. Kouřim

Domov se zvláštním režimem G-Help je obecně prospěšná společnost, která má právní formu nestátní neziskové organizace. Která vznikla v roce 2007. Účelem obecně prospěšných společností je poskytování obecně prospěšných služeb. Tato společnost je Domovem se zvláštním režimem, který je zaměřen pro osoby s Alzheimerovou chorobou. Budova, ve které se Domov nachází, nevyrostla na zelené louce, ale má za sebou kus historie. V roce 1892 zde byla otevřena „Měšťanská dívčí škola“, která byla v té době jedinou v okrese. Budova se pochopitelně začala stavět dříve a to v roce 1890, původní účel budovy měl být zcela jiný, měla to být „Opatrovna dětská“ pro děti dělníků a chudých rodičů. Budova jim měla poskytovat útulek a zábavu. Z tohoto projektu nakonec sešlo. Budova byla využívána jako škola až do druhé poloviny 20. století. Například v roce 1951 bylo ve škole 109 žákyň. V roce 1955 dostala škola novou fasádu. Po ukončení školy budova dlouhou dobu chátrala, nebyla plně využita. V roce 2003 ji od města Kouřimi společnost odkoupila s cílem zde vybudovat Domov se zvláštním režimem zaměřeným na klienty s Alzheimerovou nemocí. Budova prošla kompletní rekonstrukcí. Původní třídy byly rozděleny na jednotlivé pokoje, každý s vlastním sociálním zařízením. (G-Help, 2015)

Posláním společnosti je poskytování ubytování, stravy, zdravotně-ošetrovatelské péče a zprostředkování zdravotních a sociálních služeb klientům, kteří z důvodu věku nebo zdravotního stavu potřebují přiměřenou podporu nebo pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu. Domov usiluje o zajištění aktivního a důstojného života při respektování individuálních potřeb každého klienta, který nemůže trvale žít ve svém přirozeném sociálním prostředí. Dále poskytnou klientovi v rámci možností, důstojnou náhradu za běžné domácí prostředí a podporovat jej ve snaze co nejvíce se přiblížit běžnému způsobu života a zachovat si kontakt s rodinou a okolím.

Cílem poskytované sociální služby je, aby byl klient, spokojený v oblastech ubytování, stravování a poskytování sociálně aktivizačních činností dle individuálních potřeb. Aby měl klient, vytvořené příjemné „domácí“ prostředí, aby důstojně prožil a dožil svoje stáří. Dalším cílem je, aby si každý klient dokázal co nejdéle uchovat své schopnosti a dovednosti.

Společnost má své zásady a těmi jsou plné uznávání a respektování práv klientů (individuální přístup, respektování soukromí, používání paravánů). Zaměření

na individuální potřeby (ke každému přistupujeme dle jeho potřeb). Zaměření na celkovou situaci klienta v rámci všech daných aspektů a souvislostí (rodinné zázemí, sociální situace). Zvyšování kvalifikace, odbornosti a informovanosti personálu. Podpora týmové práce, komunikace a dobrých vztahů na pracovišti (předávání důležitých informací, atmosféra na pracovišti). Podpora personálu v zátěžových situacích (personál je oporou, nehodnotí, nekritizuje). Odbornost.

Cílovou skupinou dle rozhodnutí úřadu Středočeského kraje, odboru sociálních věcí, jsou osoby s chronickým duševním onemocněním. Senioři se zaměřením na demence, zejména pak Alzheimerovu chorobu. Služba je registrovaná jako Domov se zvláštním režimem, forma poskytování služby je pobytová s kapacitou 60 ti lůžek.

V souladu s § 91 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách může společnost odmítnout uzavřít smlouvu s žadatelem o poskytování sociálních služeb, pokud: neposkytuje sociální službu, o kterou osoba žádá, pokud zájemce nespadá do cílové skupiny nebo zájemce požaduje služby, na které zařízení nemá registraci. Dále pak pokud zařízení nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou klient žádá. Nebo osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytování ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, osobám, které nejsou schopny pobytu z důvodu akutní infekční nemoci. Anebo osobám, které jsou uživateli návykových látek, (alkoholismus, drogová závislost).

Společnost ze zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách poskytujeme tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- sociálně terapeutické činnosti.

Vybavení a vzhled zařízení má snahu se podobat běžnému domácímu prostředí. Z důvodu lepší orientace jsou chodby vymalovány pestrými barvami s fotografiemi

klientů na různých společenských akcích. Zároveň jsou prostory vyzdobeny různými výrobky klientů.

Budova je rozdělená na společenské a soukromé prostory. Společné prostory jsou: jídelna, rehabilitační místnost, zahrada, vestibul, chodby, společenská místnost, návštěvní místnost, improvizovaný salon krásy (kadeřnictví, pedikúra. Soukromý prostor je prostor, který je užíván klientem jako soukromou osobou. Jedná se o: pokoj nebo adekvátní část pokoje, lůžko a uzamykatelný noční stolek. Pokoje jsou vybaveny: polohovatelným lůžkem se signalizací, noční stolek uzamykatelný, skříň, křeslo, stůl židle, TV, rádio, poličky, koupelny se sprchou, umyvadlem, vše bezbariérové. Po dohodě s ředitelem si může klient částečně dovybavit soukromý prostor vlastním nábytkem a vybavením, výzdobě pokoje může klient použít vlastní obrazy, sošky, vázičky, apod. Vzhledem k cílové skupině nejsou na pokojích dovoleny varné konvice, ledničky, fény, kulmy... Pro blízké příbuzné má společnost k dispozici návštěvní byt.

Společnost má vypracovanou personální a organizační strukturu.

1 Ředitel Domova

1 Zástupkyně ředitele, administrativní pracovník

1 Provozní technicko – hospodářský provoz

3 Pracovnice kuchyně

1 Pracovnice prádla

3 Uklízečky

1 Sociální pracovnice

2 Aktivizační pracovnice

1 Vrchní sestra

1 Staniční sestra

5 Zdravotních sester

23 Pracovníků přímé sociální péče

Společnost má vypracované standardy kvality sociálních služeb, které musí mít vypracované všechny sociální služby. V současné době prochází standardy „rekonstrukcí“ a to podle vývoje a změn ve společnosti. Standardy jsou rozděleny na procedurální 1-8, personální 9-10 a provozní 11-15. Zároveň má společnost vypracovaná vnitřní pravidla, která obsahují například etický kodex pracovníků, restriktivní opatření, přijímání darů, aktivizační činnost.

4.1 Aktivizační činnosti G- Help o.p.s.

Aktivizační činnost má napomáhat překonat adaptační fázi, podílí se na uchování naučených dovedností a někdy i objevuje či rozvíjí individuální dovednosti. Nabízený program, jehož návštěvnost je založena na bázi **dobrovolnosti**, je důležitý pro udržení fyzického i psychického zdraví klientů a slouží též k zachování jejich společenského života. Klienti se mohou účastnit pouze pasivně.

V případě nástupu nového klienta jej vhodným a postupným způsobem seznámíme s našimi aktivitami. Aktivizační činnost v Domově vedou 2 pracovnice. Program se dělí na individuální a skupinový. Plánování aktivizačních činností je dlouhodobé a krátkodobé.

Dlouhodobý plán se bude sestavovat na začátku kalendářního roku, kdy se sejdou aktivizační pracovnice, sociální pracovnice a zástupkyně ředitele. Na začátku února bude vyvěšen na nástěnce program na celý rok. Tento program bude obsahovat různé koncerty, besedy, výlety...

Krátkodobý plán si sestavují aktivizační pracovnice sami, vždy na týden dopředu. Plány jsou vyvěšen na nástěnce v přízemí.

Skupinová aktivizace probíhá dle týdenního programu, který je vyvěšen na nástěnce ve vestibulu. Či je oznámen domácím rozhlasem. Každý den jsou nabízeny minimálně dvě aktivizační činnosti, které probíhají dopoledne a odpoledne. V případě vhodného počasí jsou doporučovány vycházky či pobyt na místní zahradě. Na vycházku jde maximálně 5 klientů v doprovodu 2 pracovnic. Klienti musí být vhodně oblečení. Pracovnice jdou vždy v civilním oblečení, aby nedocházelo k stigmatizaci klientů.

SKUPINOVÉ AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI

Léčebné tělesné cvičení

Trénink paměti

Kognitivní rehabilitace

Reminiscence

Orientace v realitě

Muzikoterapie

Arteterapie

Vaření, pečení

Canisterapie

Biograf na přání

Oslavy narozenin klientů

Vycházky

Individuální aktivizace je prováděna na základě zájmu, který vyplynul z IP nebo po konzultaci s odborným zdravotním personálem. Většinou od 8h – 9:30h. Pochopitelně, že není čas striktně vymezen a aktivizační pracovníce se s klientem domluví a vyjde mu maximálně vstříc.

INDIVIDUÁLNÍ AKTIVIZAČNÍ ČINNOSTI

Léčebné tělesné cvičení

Trénink paměti

Kognitivní rehabilitace

Reminiscence

Orientace v realitě

Muzikoterapie

Rozhovor

Taktilní haptika

Prohlížení fotografií

Aktivizační činnosti jsou upraveny vnitřním předpisem, s kterým jsou prokazatelně seznámeni zaměstnanci v přímé péči.

5 PRAKTICKÁ ČÁST

Přijetím zákona o sociálních službách došlo k výraznému zlepšení poskytování sociálních služeb. Bývalý systém nerozlišoval druhy zařízení, jednotlivé klienty ani služby. Na základě zákona o sociálních službách došlo k vymezení cílových skupin, tak aby mohly být vytvořeny odpovídající podmínky pro danou skupinu uživatelů – klientů. Nejedná se pouze o prostředí a péči, ale též o nabídku volnočasových aktivit. Pro správně prováděnou aktivizaci je nezbytný zájem, entuziasmus a ochota pracovníka. Tato práce je zaměřena na posouzení přístupu pracovníků k těmto činnostem

5.1 Cíl výzkumu a hypotézy

Hlavním cílem je zjistit, zda zaměstnanci Domova znají a využívají ve své práci s klienty aktivizační činnosti a jakým způsobem je realizují. Pro tuto část práce bylo zvoleno dotazníkové šetření. Dotazníky budou vyplňovat zaměstnanci G-Help o.p.s. Kouřim. Na základě takto určeného cíle jsou definovány tyto hypotézy.

H1 Většina pracovníků si myslí, že aktivizační činnosti nepatří do jejich náplně práce a proto nemají zájem tyto činnosti provádět.

H2 Většina pracovníků, kteří sami provádějí aktivizační činnosti, si myslí, že na realizaci těchto činností není dostatek času.

H3 Většina pracovníků si myslí, že aktivizace má smysl pouze v první fázi demence.

H4 Většina pracovníků si myslí, že je aktivizace v G-Help dostatečná, ale sami neumí jednotlivé typy aktivizací rozlišit a odborně pojmenovat.

H5 Většina pracovníků nemá povědomí o tom, co znamená aktivizace dle Lore Wehner Uvedené hypotézy jsou podstatné

5.2 Výzkumný soubor

Respondenty se v dotazníkovém výzkumu stali zaměstnanci Domova se zvláštním režimem G-Help o.p.s. v Kouřimi. Domov má celkem 43 zaměstnanců, 25 z nich pracuje přímo s klienty. Tito zaměstnanci byli osloveni a tvořili výzkumný soubor.

5.3 Výzkumná metoda

K realizaci šetření byla vybrána kvantitativní metoda výzkumu, a to anonymní dotazníkové šetření, obsahující 19 uzavřených a 2 otevřené otázky. Dotazník byl zaměstnancům rozdán na provozní schůzi, která se uskutečnila v Domově 22. 2. 2016.

Z 25 pracovníků (v přímé péči) vyplnilo dotazník 23 pracovníků. Dva pracovníci byli nepřítomni. Všichni pracovníci byli předem upozorněni a požádáni o spolupráci. Možnost odmítnutí vyplnění dotazníku nevyužil nikdo z přítomných. Dotazníky pracovníci vyplnili po skončení provozní schůze a pro zachování naprosté anonymity je vložili do schránky důvěry. Tato metoda byla zvolena, protože respondenty nejméně časově zatěžuje. Rozhovory jsou časově náročnější. S rozhovorem mimo pracovní dobu souhlasila jen polovina respondentů.

5.4 Výsledky a jejich interpretace

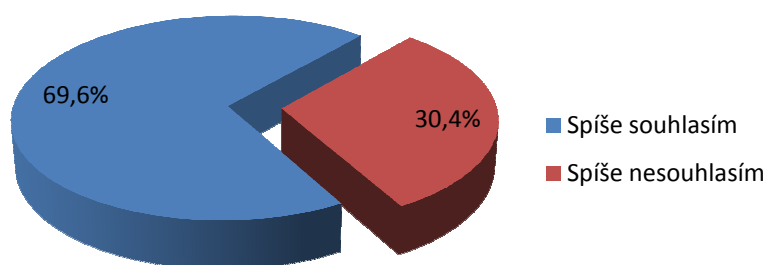
V této kapitole budou okomentovány výsledky a potvrzeny či vyvráceny hypotézy. V závěru této analýzy budou informace shrnuty a vyhodnoceny.

Tabulka č. 3: Charakteristika výběrového souboru respondentů

	Počet respondentů	Procentuální podíl
1. Věk respondentů		
18-30 let	8	34,8 %
31-40 let	7	30,4 %
41 a více let	8	34,8 %
2. Pohlaví respondentů		
Žena	20	87,0 %
Muž	3	13,0 %
3. Jak dlouho pracujete v sociálních službách		
Méně než 1 rok	4	17,4 %
1-5 let	8	34,8 %
5-10 let	8	34,8 %
Více než 10 let	3	13,0 %
4. Kurz pracovníka v sociálních službách		
Ano	19	82,6 %
Ne	4	17,4 %
5. Vzdělání		
Základní	2	8,7 %
Vyučen/a	12	52,2 %
Vyučen/a s maturitou	4	17,4 %
Středoškolské	5	21,7 %

Vyhodnocení odpovědi na otázku č. 6 - **Souhlasíte s výrokem, že ...jedním z konkrétních bodů náplně práce pracovníka v přímé péči je používání aktivizačních činností.:**

Graf č. 1: Povědomí pracovníků o používání aktivizačních činností v přímé péči



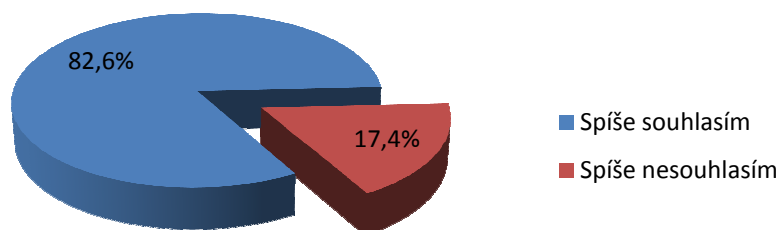
Zdroj: Vlastní šetření autora práce

U této otázky 70% respondentů spíše souhlasilo, s tím, že náplň práce v přímé péči zahrnuje i aktivizační činnosti.

Vyhodnocení odpovědi na otázku č.7 - **Souhlasíte s výrokem, že ...aktivizační činnosti zahrnují 3 okruhy činností:**

- 1. volnočasové a zájmové*
- 2. poskytnutí pomoci při obnovení nebo udržení kontaktu s přirozeným sociálním prostředím*
- 3. zlepšování všech dovedností*

Graf č. 2: Povědomí pracovníků

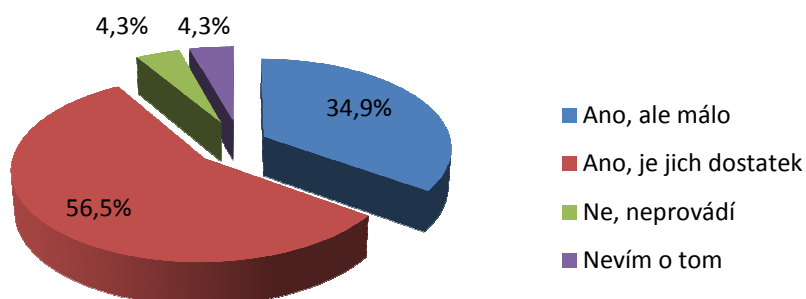


Zdroj: Vlastní šetření autorova práce

83% respondentů souhlasilo s výrokem, co obsahují aktivizační činnosti.

Vyhodnocení odpovědi na otázku č.8 - **Provádí se v Domově aktivizační činnosti:**

Graf č. 3: Provádění aktivizačních činností



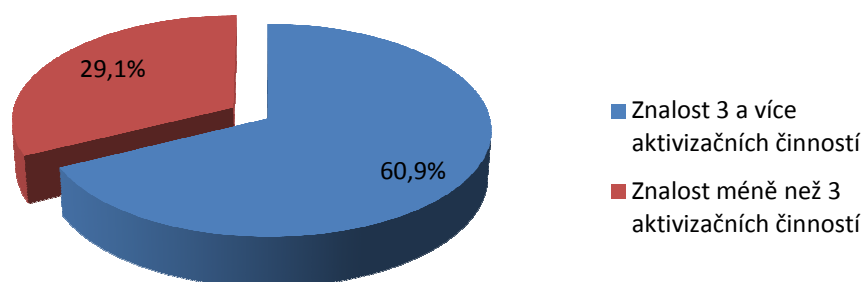
Zdroj: Vlastní šetření autorova práce

57% respondentů odpovědělo, že se v Domově provádí dostatek aktivizačních činností, zřejmě jsou tito pracovníci vnímavější a sledují více pracovní program aktivizačních pracovníků. V Domově, je pravidelně vyvěšený týdenní plán s aktivizačním programem. 35% respondentů si myslí, že je aktivizací málo, to může být způsobeno tím, že se neustále opakují „klasické“, již zavedené aktivizace.

1 respondent odpověděl, že neví a 1 respondent odpověděl, že se neprovádí aktivizační činnosti. Zde je možné si odpovědi vysvětlit minimální praxí v sociálních službách.

Vyhodnocení odpovědi na otázku č.9 - **Napište alespoň 3 aktivizační činnosti:**

Graf č. 4: Znalost aktivizačních činností



Zdroj: Vlastní šetření autorova práce

68% respondentů dokázalo napsat 3 aktivizační činnosti.

Vyhodnocení odpovědi na otázku č.10 - **Napište alespoň 2 aktivizační činnosti, které děláte:**

Tabulka č. 4: Přehled prováděných aktivizačních činností

Prováděné aktivizační činnosti	Počet respondentů
Poslech hudby (muzikoterapie)	10
Reminiscence	8
Canisterapie	6
Arteterapie	4
Trénink paměti	4
Pohybová aktivita	2
Kognitivní rehabilitace	1
Orientace v realitě	1
Procházky	1
Taktilní haptika	1
Promítání filmů	1

Zdroj: Vlastní šetření autorova práce

Ergoterapie 1x nebyla zařazena do tabulky.

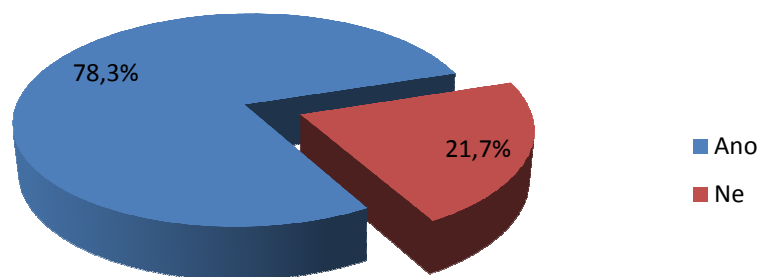
Komunikace s klientem 2x nebyla zařazena do tabulky.

V odpovědích na tuto otevřenou otázku bylo nejvíce překvapivě poslech hudby a muzikoterapie. Tyto dvě varianty byly brány jako jedna odpověď, protože poslech hudby je součástí muzikoterapie. Jako třetí nejvíce používaná metoda, byla určena canisterapie, což je zajímavé, protože canisterapeutický pes je v Domově celý pracovní týden, tudíž jej pracovníci během dne vidí nesčetněkrát.

1x byla zmíněna ergoterapie. Ta nebyla zařazena do tabulky, protože ji provádí pouze ergoterapeut, který má minimálně vyšší odborné vzdělání v oboru rehabilitace ukončené absolutoriem nebo úspěšně absolvované vysokoškolské studium, který provádí odbornou rehabilitační péči o klienty a nikdo takový v Domově nepracuje. 2x byla uvedena komunikace s klienty, bez bližšího vysvětlení. „Komunikace“ též nebyla zařazena do tabulky. Pracovníci s klienty komunikují v podstatě celou pracovní směnu. Verbálně i neverbálně. Zde se při odpovědi pracovníci zřejmě špatně vyjádřili.

Vyhodnocení odpovědi na otázku č.11 - **Souhlasíte s výrokem, že ...provádíte pravidelně při každé směně aktivizační činnost alespoň s jedním klientem.**

Graf č. 5: Provádění pravidelné aktivizační činnosti s jedním klientem

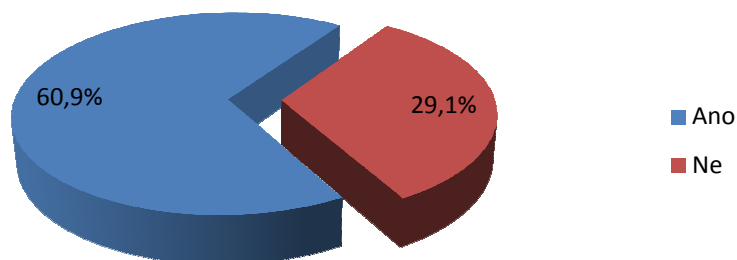


Zdroj: Vlastní šetření autora práce

78% respondentů odpovědělo, že provádí aktivizaci alespoň s jedním klientem.

Vyhodnocení odpovědi na otázku č.12 - **Souhlasíte s výrokem, že ...provádíte aktivizační činnosti při každé směně s dvěma a více klienty.**

Graf č. 6: Provádění pravidelné aktivizační činnosti s více klienty

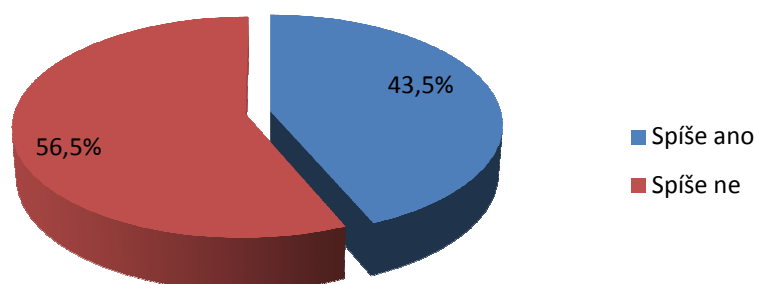


Zdroj: Vlastní šetření autorova práce

61% respondentů provádí aktivizaci s více klienty. Z otázky č.11 a č. 12 vyplývá, že pracovníci mají více času pouze na jednoho klienta. S větším počtem klientů je na aktivizaci času méně.

Vyhodnocení odpovědi na otázku č.13 - **Podle Vašeho názoru máte dostatek času na aktivizační činnosti při každé směně.**

Graf č. 7: Čas na aktivizaci

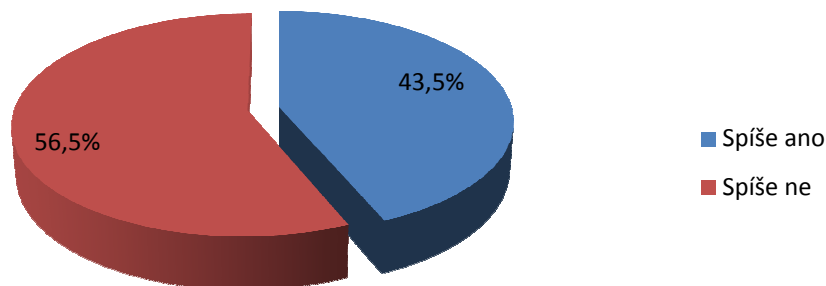


Zdroj: Vlastní šetření autorova práce

U této odpovědi je rozdíl pouze 13%, zde pravděpodobně rozhoduje to jakou má pracovník povahu a jak dokáže využít pracovní dobu.

Vyhodnocení odpovědi na otázku č.14 - **Podle Vašeho názoru máte na aktivizaci k dispozici vhodný prostor.**

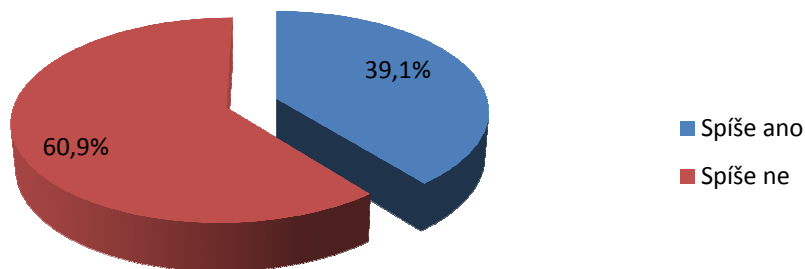
Graf č. 8: Prostor na aktivizaci



Zdroj: Vlastní šetření autora práce

Vyhodnocení odpovědi na otázku č.15 - **Podle Vašeho názoru máte dostatek pomůcek na aktivizaci.**

Graf č. 9: Dostatek pomůcek na aktivizaci



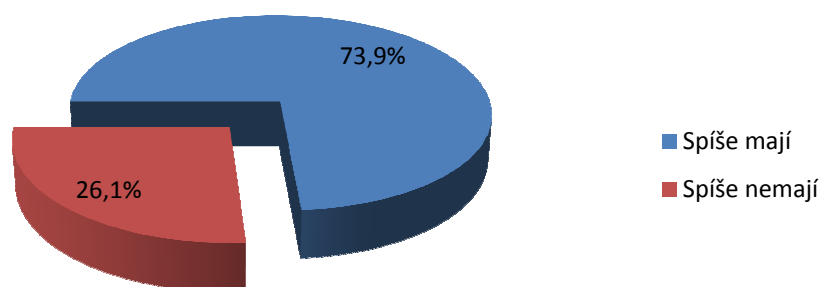
Zdroj: Vlastní šetření autora práce

U otázky č. 14 a č. 15 je pouze nepatrný rozdíl. Většina pracovníků si myslí, že na aktivizaci nemá dostatek vhodného prostoru a pomůcek. Což je pochopitelně důležité zvážit. Většina aktivizačních metod však není náročná na prostor a ani na pomůcky.

Imobilní klienty je možno aktivizovat například na lůžku. Trénink paměti může probíhat kdekoli.

Vyhodnocení odpovědi na otázku č.16 - **Mají podle Vašeho názoru aktivizační činnosti smysl pro klienty v první a druhé fázi demence a Alzheimerovi choroby.**

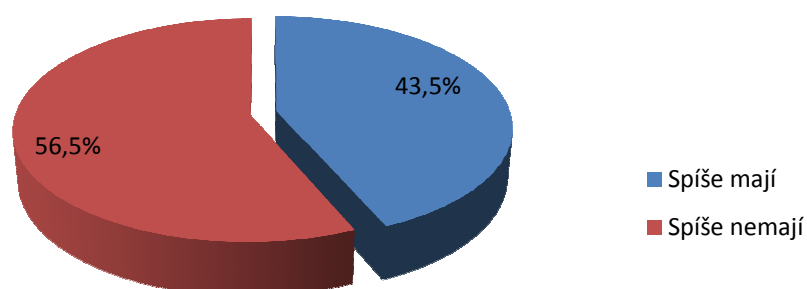
Graf č. 10: Smysl aktivizací v prvních fázích demence



Zdroj: Vlastní šetření autorova práce

Vyhodnocení odpovědi na otázku č.17 - **Mají podle Vašeho názoru aktivizační činnosti smysl pro klienty ve třetí fázi demence a Alzheimerovi choroby.**

Graf č. 11: Smysl aktivizací ve třetí fázi demence

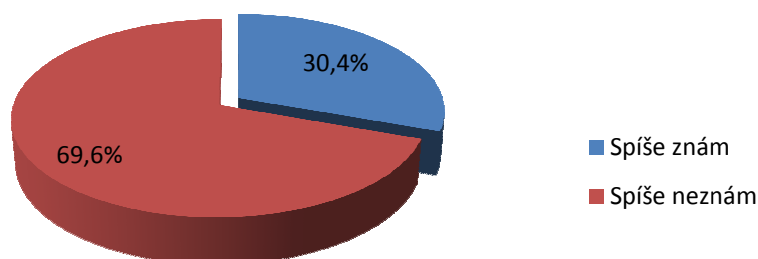


Zdroj: Vlastní šetření autorova práce

Z odpovědí na otázku č.16. a č.17. je patrné, že většina respondentů si myslí, že aktivizace mají smysl pouze v první a druhé fázi onemocnění. U odpovědí, že nemají smysl, je možné si vysvětlit, že daný pracovník nemá zatím větší profesní zkušenosti nebo že je negativisticky zaměřený, například z důvodu syndromu vyhoření. Smyslem této práce však není rozbor z jakého důvodu.

Vyhodnocení odpovědi na otázku č.18 - **Aktivizační metodu dle Lore Wehner.**

Graf č. 12: Aktivizační činnosti dle Lore Wehner

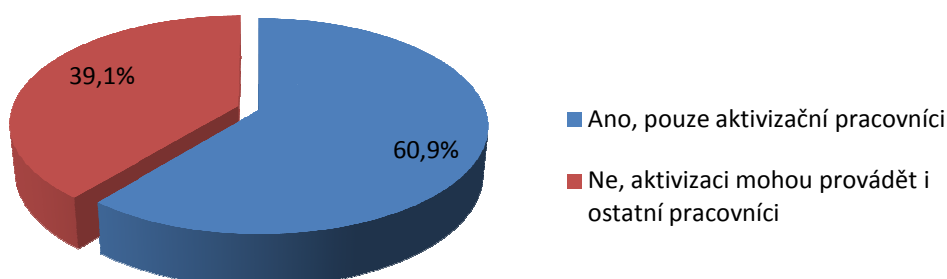


Zdroj: Vlastní šetření autora práce

U této otázky byl předpoklad, že většina pracovníků metodu dle L. Wehner znát nebude. Hypotéza se sice potvrdila, ale překvapivě 30% bylo kladných.

Vyhodnocení odpovědi na otázku č.19 – **Domníváte se, že aktivizační činnost by měli provádět pouze aktivizační pracovníci.**

Graf č. 13: Rozdělení aktivizace mezi pracovníky

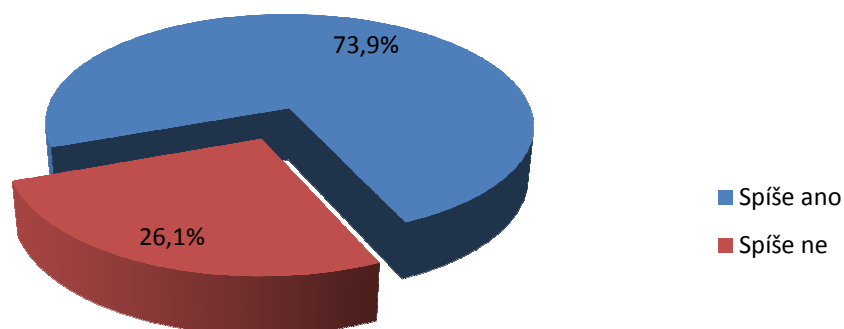


Zdroj: Vlastní šetření autora práce

61% respondentů si myslí, že aktivizaci by měli provádět pouze aktivizační pracovníci, což úplně nekoresponduje s otázkou č. 6, kde většina souhlasila s tím, že v náplni práce pracovníka v přímé péči je zahrnuta i aktivizace, ale koresponduje to s tím, že pracovníci mají spíše čas pouze na jednoho klienta. Tudíž nejsou schopni se aktivizaci plně věnovat u všech klientů stejně.

Vyhodnocení odpovědi na otázku č.20 - **Zajímám se o novinky v oboru.**

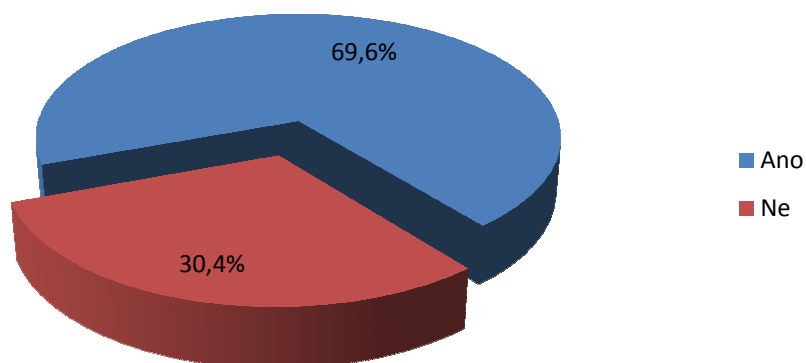
Graf č. 14: Zájem o novinky v oboru



Zdroj: Vlastní šetření autora práce

Vyhodnocení odpovědi na otázku č.21 - **Zúčastňuji se pravidelně školení.**

Graf č. 15: Účast na pravidelných školení



Zdroj: Vlastní šetření autora práce

Na otázku č. 20 a č. 21 odpověděli respondenti s nepatrným rozdílem 4% stejně, což je dobře, protože účast na odborných školeních je pro pracovníky v sociálních službách povinné. Ze zákona každý pracovník v sociálních službách musí během roku absolvovat 24hodin odborného školení. Záporné odpovědi pravděpodobně patří pracovníkům, kteří nemají zatím kurz pracovníka v sociálních službách a tuto povinnost prozatím ze zákona neznají.

5.5 Shrnutí výsledků šetření

Hlavním cílem bylo zjistit, zda zaměstnanci Domova znají a využívají ve své práci s klienty aktivizační činnosti a jakým způsobem je realizují. Na základě takto určeného cíle byly definovány tyto hypotézy.

H1 Většina pracovníků si myslí, že aktivizační činnosti nepatří do jejich náplně práce a proto nemají zájem tyto činnosti provádět.

K této hypotéze se váže otázka č. 6, č.11, č.12 a č.19. Tato hypotéza se nepotvrdila, protože 69,3% pracovníků si myslí, že aktivizační činnosti patří do jejich náplně práce. 78,3% respondentů aktivizuje minimálně jednoho klienta během každé směny a 60,9% respondentů aktivizuje dva a více klientů během každé směny. Zároveň se 60,9% respondentů domnívá, že aktivizační činnosti mají být prováděny pouze odborně vyškolenými aktivizačními pracovníky.

H2 Většina pracovníků, kteří sami provádějí aktivizační činnosti, si myslí, že na realizaci těchto činností není dostatek času.

K této hypotéze se vázala otázka č. 13. A byla potvrzena, 56,5% respondentů si myslí, že není dostatek času při každé směně na aktivizaci.

H3 Většina pracovníků si myslí, že aktivizace má smysl pouze v první fázi demence.

K této hypotéze se váže otázka č. 16 a č. 17. Je potvrzena 73,9% respondentů si myslí, že aktivizace má smysl v první a druhé fázi demence a Alzheimerovi choroby. Zatím co u třetí fáze vidí smysl aktivizace pouze 43,5% respondentů.

H4 Většina pracovníků si myslí, že je aktivizace v G-Help dostatečná, ale sami neumí jednotlivé typy aktivizací rozlišit a odborně pojmenovat.

K této hypotéze se váže otázka č. 8, č.9 a č.10. Hypotéza se nepotvrdila, protože 56,5% respondentů si myslí, že je v Domově dostatek aktivizací a 60,9% dokázalo aktivizační činnosti odborně pojmenovat.

H5 Většina pracovníků nemá povědomí o tom, co znamená aktivizace dle Lore Wehner

K této hypotéze se váže otázka č.18. Hypotéza se potvrdila, protože 69,6% respondentů nemá povědomí o této aktivizaci.

Pro vedoucí pracovníky G-Help o.p.s. Kouřim z výsledků šetření vyplynulo několik informací, na které je možno se zaměřit.: pracovníci by uvítali více vhodných prostor, pomůcek a času na aktivizaci. Vzhledem k časové náročnosti pracovních povinností by uvítali, aby se aktivizačním činnostem věnovali pouze aktivizační pracovníci. V případě, že bude chtít vedení Domova v budoucnu zavést metodu dle Lore Wehner, je potřeba pracovníky zaškolit a podrobně seznámit s metodikou.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřená na aktivizační činnosti. Mladší senioři jsou většinou schopni si přizpůsobit svůj životní styl a udržovat se v kondici. Senioři s demencí či Alzheimerovou nemocí jsou odkázáni na pomoc okolí. Aktivizace má v těchto případech pozitivní vliv na psychickou i fyzickou stránku zdraví. Zpomaluje a oddaluje nezvratné změny a umožňuje důstojnější dožití. Služby dosud poskytované seniorům byly většinou orientovány na fyzické potřeby. V současné době je nabídka služeb velmi široká a uspokojuje i psychické potřeby seniorů.

Práce má dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část je věnována vysvětlení jednotlivých základních pojmů, týkajících se stáří a změn s tím spojených. Část práce se věnuje demenci, Alzheimerově chorobě a umírání. Jsou zde představeny jednotlivé aktivizační činnosti a specifika v komunikaci s lidmi trpícími demencí. V poslední části teoretického dílu práce je představen Domov se zvláštním režimem G-Help o.p.s. Kouřim. V teoretické části bylo čerpáno z odborných publikací jak českých, tak zahraničních. Jedním z podkladů je též zákon o sociálních službách.

V praktické části práce bylo cílem zjistit, zda zaměstnanci Domova znají a využívají ve své práci s klienty aktivizační činnosti a jakým způsobem je realizují. Podnětem k bakalářské práci byly hypotézy. Nejprve bylo cílem zjistit, zda si většina pracovníků myslí, že aktivizační činnosti nepatří do jejich náplně práce a proto nemají zájem tyto činnosti provádět.

Zvolené cíle se v teoretické, tak praktické části podařilo v rámci možností splnit.

Na základě průzkumu bylo zjištěno, že povědomí o aktivizačních činnostech je v Domově se zvláštním režimem G-Help o.p.s. Kouřim vyšší než bylo předpokládáno.

Je třeba připomenout fakt, že výsledky průzkumu mohou sloužit pouze pro daný Domov, výzkumný vzorek byl nízký, ale pro danou práci postačující. Bakalářská práce by mohla sloužit jako podklad pro větší a podrobnější průzkum daného problému.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

HAŠKOVCOVÁ, H. *Sociální gerontologie aneb senioři mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén 2012.194s. ISBN 978-80-7262-900-8.

JANÁČKOVÁ, L. WEISS, P., *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136s. ISBN 978-80-7367-477-9.

JAROŠOVÁ, D. *Péče o seniory*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 110s. ISBN 80-7368-110-2.

JESENSKÝ, J. *Andragogika a gerontoandragogika handicapovaných*. Praha: Karolinum,2000. 354 s. ISBN 80-7184-823-9.

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I. BORZOVÁ, C., *Demence a jiné poruchy paměti*. 1. vyd. Praha:Grada Publishing, 2009.179s. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALIBOVÁ, K., PAVLÍK, Z. VODÁKOVÁ, A., *Demografie (nejen) pro demografy*. 1. vyd. Praha: Slon, 2009, 45s. ISBN 978-80-7419-012-4.

KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.

MALÍKÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 328s. ISBN 978-80-247-3148-3.

MARKOVÁ, M. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 128s. ISBN 978-80-247-3171-1.

MLÝNKOVÁ, J. *Péče o staré občany*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing 2011.192s. ISBN 978-247-3872-7.

POKORNÁ, A. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů ve spolupráci s LF MU, 2006. 86 s. ISBN 80-7013-440-2.

PŘIBYL, H. *Lidské potřeby ve stáří*. Maxdorf s.r.o.Praha Jessenius ISBN 978-80-7345-437-1 96s.

ŠPATENKOVÁ, N., SMÉKALOVÁ, L. *Edukace seniorů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. 232s. ISBN 978-80-247-9917-9.

TOPINKOVÁ, E., NEUWIRTH, J. *Geriatricie pro praktického lékaře*. 1.vyd. Praha:Grada Publishing, 1995. 299s. ISBN 80-7169-099-6.

TRACHTOVÁ, E., a kol. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDV PZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-8.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Problematické situace v péči o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007.96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

VOJTOVÁ, H. *Smyslová aktivizace v české praxi*. 1. vyd. Prachatice: Institut vzdělání, 2014. 69 s. ISBN 978-80-260-5804-5.

WALKER, I. *Výzkumné metody a statistika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013 224s. ISBN 978-80-247-3920-5.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMNKOVÁ, J. . 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

Seznam použitých přeložených zahraničních zdrojů

BUIJSSEN, H. *Demence Průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. 1. vyd. Praha: Portál 2006. 136s. ISBN 80-7367-081-X.

GLENNER, A., J., a kol. *Péče o člověka s demencí*. 1. vyd. Praha:Portál, 2012. 136s. ISBN 978-80-262-0154-0.

GRUSS, P. *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. 1. vyd. Praha:Portál 2009.224s. ISBN 978-80-7367-605-6.

UPLETGER, J. E., GROSSINGER, R., ASH, D., COHEN, D. *Kraniosakrární terapie. Co to je, jak se s ní pracuje*. Praha:Pragma, 2009. 138 s. ISBN 978-80-7349-192-5.

WEBER, P., a kol. *Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2000. 151 s. ISBN 80-7013-314-7.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

ČORNANIČOVÁ, R., *Edukácia seniorov. Vznik, rozvoj, podnety pre geragogiku* 1. vyd. Bratislava:Univerzita Komenského 1998.156s ISBN 80-223-1206-1

MATOLYCZ, E. *Pflege von alten Menschen* 1. verlag Wien:Spriner – Verlag 2011. ISBN 978-3-211-99676-8.

SCHWEITZER, P., BRUCE, E. *Das Reminiszenz – Buch*. 1. verlag Bern: Huber 2010. 240s. ISBN 978-3-456-84793-1

Seznam použitých zákonných norem

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Seznam použitých internetových zdrojů

Domovy se zvláštním režimem. [online]. [cit.2015-11-11]. Dostupné z <http://ghelp.cz/>

SEZNAM ZKRATEK

BLSA - Baltimore Longitudinal Study of Aging

IP - Individuální plánování

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků

Obrázek 1: Maslowova pyramida

Seznam tabulek

Tabulka 1: Teorie stárnutí

Tabulka 2: Změna definice stárnutí

Tabulka 3: Charakteristika výběrového souboru respondentů

Tabulka 4: Přehled prováděných aktivizačních činností

Seznam grafů

Graf č. 1: Povědomí pracovníků o používání aktivizačních činností v přímé péči

Graf č. 2: Povědomí pracovníků

Graf č. 3: Provádění aktivizačních činností

Graf č. 4: Znalost aktivizačních činností

Graf č. 5: Provádění pravidelné aktivizační činnosti s jedním klientem

Graf č. 6: Provádění pravidelné aktivizační činnosti s více klienty

Graf č. 7: Čas na aktivizaci

Graf č. 8: Prostor na aktivizaci

Graf č. 9: Dostatek pomůcek na aktivizaci

Graf č. 10: Smysl aktivizací v prvních fázích demence

Graf č. 11: Smysl aktivizací ve třetí fázi demence

Graf č. 12: Aktivizační činnosti dle Lore Wehner

Graf č. 13: Rozdělení aktivizace mezi pracovníky

Graf č. 14: Zájem o novinky v oboru

Graf č. 15: Účast na pravidelných školeních

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník

Příloha B - Vyhodnocovací matice

Příloha A :

DOTAZNÍK

Vážení pracovníci (respondenti),

dovoluji si Vás oslovit a poprosit o vyplnění dotazníku. V rámci studia oboru vzdělávání dospělých na Univerzitě J. A. Komenského v Praze zpracovávám bakalářskou práci s názvem „*Aktivizační činnosti v G- Help o.p.s. Kouřim*“. Předkládám Vám dotazník, který je zcela anonymní, nemusíte ho podepisovat. Dotazník bude použit jako příloha k bakalářské práci.

Děkuji za spolupráci. V. Harapesová

V odpovědi zakřížkujte jednu možnost.

1. Věk:

- 18-30 let.
- 31-40 let.
- 41 a více let.

2. Pohlaví:

- Žena
- Muž

3. Jak dlouho pracujete v sociálních službách:

- Méně než rok.
- 1-5 let.
- 5-10 let.
- Více než 10 let.

4. Kurz pracovníka v sociálních službách:

- Ano, mám.
- Ne, nemám.

5. Vzdělání:

- Základní.
- Vyučen/a.
- Vyučen/a s maturitou.
- Středoškolské.

6. Souhlasíte s výrokem, že *...jedním z konkrétních bodů náplně práce pracovníka v přímé péči je používání aktivizačních činností.*

- Spíše souhlasím.
- Spíše nesouhlasím.

7. Souhlasíte s výrokem, že *...aktivizační činnosti zahrnují 3 okruhy činností:*

1.volnočasové a zájmové

2. poskytnutí pomoci při obnovení nebo udržení kontaktu s přirozeným sociálním prostředím

3.zlepšování všech dovedností .

- Ano, souhlasím.
- Ne, nesouhlasím.

8. Provádí se v Domově aktivizační činnosti.

- Ano, ale málo
- Ano, je jich dostatek
- Ne, neprovádí
- Nevím o tom

9. Napište alespoň 3 aktivizační činnosti, které znáte:

.....
.....
.....

10. Napište alespoň 2 aktivizační činnosti, které děláte:

.....
.....

11. Souhlasíte s výrokem, že *...provádíte pravidelně při každé směně aktivizační činnost alespoň s jedním klientem.*

- Ano
- Ne

12. Souhlasíte s výrokem, že *... provádíte aktivizační činnosti při každé směně s dvěma a více klienty*

- Ano
- Ne

13. Podle Vašeho názoru máte dostatek času na aktivizační činnosti při každé směně.

- Spíše ano.
- Spíše ne.

14. Podle Vašeho názoru máte na aktivizaci k dispozici vhodný prostor.

- Spíše ano.
- Spíše ne.

15. Podle Vašeho názoru máte dostatek pomůcek na aktivizaci.

- Spíše ano.
- Spíše ne.

16. Mají podle Vašeho názoru aktivizační činnosti smysl pro klienty v první na druhé fázi demence a Alzheimerovi choroby.

- Spíše mají
- Spíše nemají

17. Mají podle Vašeho názoru aktivizační činnosti smysl pro klienty ve třetí fázi demence a Alzheimerovi choroby.

- Spíše mají.
- Spíše nemají.

18. Aktivizační metodu dle Lore Wehner.

- Spíše znám.
- Spíše neznám.

19. Domníváte se, že aktivizační činnost by měli provádět pouze aktivizační pracovníci.

- Ano, pouze aktivizační pracovníci.
- Ne, aktivizaci mohou provádět i ostatní pracovníci.

20. Zajímám se o novinky v oboru.

- Spíše ano.
- Spíše ne.

21. Zúčastňuji se pravidelně školení.

- Ano.
- Ne.

Příloha B :

Vyhodnocovací matice

pořadové číslo	Znak - otázka																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
1	3	1	3	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2		
2	1	1	2	1	3	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2		
3	1	1	2	1	4	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2		
4	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2		
5	3	1	3	1	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2		
6	2	1	1	2	2	2	2	4	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2		
7	2	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
8	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1		
9	2	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1		
10	3	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1		
11	3	1	2	1	3	1	1	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1		
12	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1		
13	2	2	3	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1		
14	3	1	4	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
15	2	1	3	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1		
16	1	1	3	1	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1		
17	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1		
18	3	1	1	1	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1		
19	3	1	3	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1		
20	3	1	3	1	4	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1		
21	2	1	3	1	3	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1		
22	1	1	2	1	4	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1		
23	2	1	4	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2	1		

Klíč:
 1 = první odpověď u otázky
 2 = druhá odpověď u otázky
 3 = třetí odpověď u otázky (v případě, že byla)
 4 = čtvrtá odpověď u otázky (v případě, že byla)

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Vendulka Harapesová

Obor: Vzdělávání dospělých

Forma studia: kombinovaná

**Název práce: Aktivizační činnosti v Domově se zvláštním režimem G-Help o.p.s.
Kouřim**

Rok: 2016

Počet stran textu bez příloh: 42

Celkový počet stran příloh: 4

Počet titulů českých použitých zdrojů: 24

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 3

Počet internetových zdrojů: 1

Vedoucí práce: Mgr. Blanka Farková, PhD.