

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Aktivizační činnosti u seniorů s Alzheimerovou demencí

Bakalářská práce

Jméno: Kristýna Habancová

Studijní obor: B7506 Výchovná práce ve speciálních zařízeních

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

Zadání bakalářské práce

Autor: Kristýna Habancová

Studium: P15P0645

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních

Název bakalářské práce: **Aktivizační činnosti u seniorů s Alzheimerovou demencí**

Název bakalářské práce AJ: Activation activities for seniors with Alzheimer's dementia.

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se věnuje problematice seniorů s Alzheimerovou chorobou s cílem přinést informace o aktivitách, které nabízí této cílové skupině vybrané domovy pro seniory v rámci Královéhradeckého kraje. V teoretické rovině je práce věnována vymezení stáří a jeho obecným znakům. Hlavním tématem bude představení Alzheimerovy choroby se všemi specifiky. Dále bude zmíněn systém péče v České republice se zaměřením na domovy se zvláštním režimem. Závěrem bude popsána konkrétní realizace péče a aktivizační možnosti pro tyto osoby. Praktická část práce se bude zabývat vybranými domovy pro seniory v Královéhradeckém kraji. Cílem bude zjistit, jaké aktivizační činnosti jsou k dispozici pro osoby s Alzheimerovou demencí a jaké přístupy v jednotlivých zařízeních využívají. Z výzkumných metod bude použit dotazník, zúčastněné pozorování a studium dokumentů.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9. KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9. RHEINWALDOVÁ, Eva. Novodobá péče o seniory. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-828-8. Na pomoc pečujícím rodinám: pro ty, kteří pečují o občany postižené demencí ; [pro 2. vydání doplnili Iva Holmerová a Petr Veleta]. 2. dopl. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2001. ISBN 80-86541-03-7. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie: možnosti, které čekají. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3604-4.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

Oponent: PhDr. Lenka Neubauerová

Datum zadání závěrečné práce: 15.12.2016

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

V Hradci Králové, dne

.....

Poděkování

Děkuji PhDr. Miroslavě Javorské, Ph.D. za její ochotu a pomoc při vedení mé bakalářské práce. Mé poděkování patří též domovům pro seniory se zvláštním režimem, za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část práce.

ANOTACE

Habancová, Kristýna. *Aktivizační činnosti u seniorů s Alzheimerovou demencí*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2018, Bakalářská práce.

Bakalářská práce se věnuje problematice seniorů s Alzheimerovou chorobou s cílem přinést informace o aktivitách, které nabízí této cílové skupině vybrané domovy pro seniory v rámci Královéhradeckého kraje. V teoretické rovině je práce věnována vymezení stáří a jeho obecným znakům. Hlavním tématem bude představení demencí a především Alzheimerovy choroby se všemi jejími specifiky. Dále bude zmíněn systém péče v České republice. Závěrem bude popsána konkrétní realizace péče a aktivizační možnosti pro tyto osoby. Praktická část práce se bude zabývat vybranými domovy pro seniory v Královéhradeckém kraji. Cílem bude zjistit, jaké aktivizační činnosti jsou k dispozici pro osoby s Alzheimerovou demencí. Z výzkumných metod bude použit dotazník, zúčastněné pozorování a studium dokumentů.

Klíčová slova: stáří, stárnutí, demence, Alzheimerova nemoc, aktivizační činnosti, domov se zvláštním režimem

ANNOTATION

Habancová, Kristýna. *Activation activities in seniors with Alzheimer's dementia*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2018, Bachelor thesis.

The bachelor thesis deals with the issue of seniors with Alzheimer's disease in order to provide information about the activities offered by this target group to selected homes for the elderly within the Hradec Králové Region. On the theoretical level, the thesis deals with the definition of age and its general characteristics. The main theme will be the introduction of dementia and, above all, Alzheimer's disease with all its specifics. Furthermore, the care system in the Czech Republic will be mentioned. In conclusion, the specific realization of the care and the activation possibilities for these persons will be described. The practical part will deal with selected homes for the elderly in the Hradec Králové Region. The aim will be to find out what activation activities are available for people with Alzheimer's dementia. From the research methods, questionnaire, attendance observation and study of documents will be used.

Keywords: old-age, senescence, dementia, Alzheimer's disease, activation activities, homes with a special regime

Obsah

I. Úvod	8
II. Teoretická část.....	9
1. Stáří a stárnutí.....	9
1.1. Vymezení stáří	9
1.2. Změny ve stáří.....	10
1.3. Choroby ve stáří.....	12
2. Obecná charakteristika demence	13
1.4. Specifika lidí s Alzheimerovou demencí	16
3. Systém péče v České republice	20
4. Aktivizační činnosti seniorů v domovech se zvláštním režimem.....	23
III. Praktická část.....	29
1. Charakteristika výzkumu a vymezení cílů.....	29
Cíl výzkumu, dílčí cíle, hypotézy	29
1.1. Metodologie výzkumu	30
2. Vlastní šetření	32
IV. Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření.....	50
V. Závěr.....	51
VI. Seznam užitých zkratk.....	53
VII. Seznam literatury.....	54
VIII. Seznam obrázků a grafů.....	57
IX. Seznam příloh.....	58

I. Úvod

Mou inspirací k této bakalářské práci byla moje maminka, která se dlouhá léta stará o seniory postižené demencí v domově pro seniory se zvláštním režimem. Mně zajímalo, jakým způsobem probíhá aktivizace těchto seniorů v různých domovech. Pro svou práci jsem si zvolila pouze Královéhradecký kraj.

Z důvodu stárnutí populace se odborná i laická veřejnost začala více zaměřovat na období seniorského věku. Nejen ohledně potřeby se nějakým způsobem postarat o staré lidi, ale také aby oni mohli žít kvalitním a plnohodnotným životem až do jeho konce. Vývoj medicíny letí kupředu ohromnou rychlostí, ale i tak zde máme mnoho obávaných chorob, které vyléčit nelze. Jednou z nich je i Alzheimerova choroba. Alzheimerova choroba je velkým strašákem nás mladých a ještě větším našich babiček nebo rodičů. Proto je důležité pochopit tuto chorobu, rozumět jí a nebát se starat o lidi, které již choroba postihla. Stejně jako my máme právo žít plnohodnotný a smysluplný život, mají právo ho žít i staří či nemocní lidé.

V současnosti jsou velmi vytížené domovy pro seniory. Pro seniory s Alzheimerovou či jinou demencí to jsou tzv. domovy se zvláštním režimem. Bakalářskou prací se zaměřuji na aktivizaci seniorů v těchto domovech, protože je tomuto tématu věnovaná nedostatečná pozornost.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá stářím obecně, dále konkrétně Alzheimerovou chorobou, ale také celým systémem péče o seniory v České republice. V neposlední řadě budou zmíněné aktivizační činnosti. V praktické části je cílem vytvořit přehled o domovech se zvláštním režimem v Královéhradeckém kraji a jejich aktivizačních možnostech pro seniory s demencí.

Při zpracování bakalářské práce jsem vycházela z odborné literatury a z vlastních zkušeností v rámci mé oborové praxe.

II. Teoretická část

1. Stáří a stárnutí

Stáří je jakousi poslední etapou našeho života, proto je důležité tomu tuto etapu přizpůsobit. Paní Vágnerová (Vágnerová, 1999) předkládá pohled E. Eriksona. Hlavním úkolem stáří je přijmout svůj život a pochopit jeho smysl. Pokud člověk přijme svůj život, je poté schopen přijmout i jeho konec.

Podmínky pro dosažení této integrity:

- 1) Pravdivost k sobě samému – vidět život, takový jaký byl
- 2) Smíření – přijmout vlastní život
- 3) Stabilizace generalizace postoje k životu – širší chápání života, všechny souvislosti
- 4) Kontinuita – vlastní život, jako součást celé společnosti
(Vágnerová, 1999, s. 346)

1.1. Vymezení stáří

Stárnutí je velmi individuální, proto existuje i mnoho možností jeho vymezení. Nejčastěji je vymezováno kalendářní, biologické a sociální.

Dle Světové zdravotnické organizace je rané stáří ve věku 60 - 74 let. Vlastní stáří je poté od 75 do 89 a od 90 let je obdobím dlouhověkosti (Haškovcová, 2010 s. 20). Toto členění můžeme zařadit k vymezení stáří kalendářního, ten se tedy určuje věkem neboli datem narození. Nevýhodou je, že nezohledňuje individuální změny stárnutí.

Biologické stáří označuje míru involučních změn jedince. Nejčastěji se hodnotí funkční stav, výkonnost, kondice i patologie. Jelikož příčiny stáří a stárnutí nebyli dosud zjištěny, vymezení biologického věku se nedaří (Muhlpachr, 2004, s. 18-21)

Sociální stáří se týká změny sociálních potřeb, rolí, životního stylu a ekonomického zajištění. Zohledňují se zde společenské zájmy i rizika (např. osamělost, věková diskriminace, pokles životní úrovně). Počátkem sociálního stáří bývá odchod do penze a vznik nároku na starobní důchod. (Kalvach, 2004, s. 47)

1.2. Změny ve stáří

Jak bylo již zmíněno, stáří a stárnutí je individuální. Avšak můžeme sledovat určité charakteristické změny, které stárnutí přináší. Tyto změny odborníci rozdělují do tří oblastí tělesné (fyzické), psychické a sociální.

K tomuto dělení využijí přehlednou tabulku od paní Venglářové.

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
<ul style="list-style-type: none">• Změny vzhledu• Úbytek svalové hmoty• Změny termoregulace• Změny činnosti smyslů• Degenerativní změny kloubů• Kardiopulmonální změny• Změny trávicího systému (trávení, vyprazdňování)• Změny vylučování moči (častější nucení)• Změny sexuální aktivity	<ul style="list-style-type: none">• Zhoršení paměti• Obtížné osvojování nového• Nedůvěřivost• Snížená sebedůvěra• Sugestibilita• Emoční labilita• Změny vnímání• Zhoršení úsudku	<ul style="list-style-type: none">• Odchod do penze• Změna životního stylu• Stěhování• Ztráta blízkých osob• Osamělost• Finanční obtíže

Tabulka 1 změny ve stáří

zdroj: Venglářová, 2006, s. 12

Tělesné (fyzické) změny

„Změny postihují tělesné tkáně a orgány, avšak neprobíhají u každého jedince stejně, jsou determinovány genetickými dispozicemi a životním stylem“ (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 19)

V oblasti pohybového systému můžeme pozorovat snižování výšky, to je způsobené zplošťováním a vysycháním meziobratlových plotének a ubývání kostní hmoty. Dále dochází ke snižování svalové síly zapříčiněné ubýváním svalové hmoty.

Avšak činnost hladkých svalů není oslabena a svou funkci plní až do vysokého věku. Z důvodu ukládání vápníku a tukových látek v cévách, dochází k jejich zužování a poté k nedokrvování některých částí organismu. Nejčastěji to jsou dolní končetiny a mozkové tepny. Dále se také snižuje vitální kapacita plic, srdce přečerpává menší množství krve, snižuje se elasticita cév. V trávicím systému se snižuje množství trávicích šťáv, tím se pomaleji rozkládá a vstřebává potrava. Také klesá pružnost a kapacita močového měchýře. V oblasti pohlavních orgánů dochází k poklesu pohlavní činnosti. U mužů se snižuje potence, u žen končí menstruační období. Celková funkce vylučovacího systému se také snižuje, především v očišťovací a koncentrační schopnosti ledvin, ale také v síle svalových svěračů. Kůže ztrácí pružnost a ztenčuje se, tvoří se vrásky, šedivější vlasy. Objevuje se zvýšená, někdy i snížená pigmentace, to způsobuje skvrnky na kůži, které známe pod pojmem „stařecké skvrny“. V nervovém systému se snižuje počet neuronů, to má vliv na vedení vzruchů. Neurony, které se již rozpadly, poté vytvoří tzv. „senilní plaky“ a ty mohou způsobovat demenci. U smyslových orgánů můžeme změny pozorovat asi nejvíce, postupně klesá funkce všech smyslových orgánů. Nejčastěji zrak a sluch, ale i chuť, hmat a čich. (Klevetová, Dlabalová, 2008, s. 20-22)

Psychické změny

Se stářím přichází i mnoho psychických změn. Dle Vágnerové (Vágnerová, 1999) můžeme tyto změny dělit na:

Biologicky podmíněné

Dochází ke strukturálním a funkčním změnám v mozku. Mohou to být změny, které jsou projevem stárnutí (celková pomalost, zhoršení paměti, snížení frustrační tolerance). Dále také projevy, které jsou vyvolané nějakým chorobným procesem, často se zpočátku mohou zaměňovat s projevy stárnutí.

Psychosociálně podmíněné

Tyto změny jsou patrné v poklesu funkčních rezerv, zhoršení adaptačních schopností a inteligence. Mohou je ovlivňovat různé faktory, jako jsou individuální životní styl, různé návyky, postoje společnosti i tzv. kohortova zkušenost (lidé stejné generace získali podobné zkušenosti a působili na ně stejné sociokulturní vlivy).

Sociální změny

Největší sociální změnou je odchod do důchodu. Ztrácí přátelství, pravidelný kontakt s lidmi, změní se rodinné vztahy, často dochází i k nenaplnění role v touze stát se babičkou/dědečkem. Neochota přijmout tyto změny poté vede k sociální izolaci. Může dojít až k úplnému uzavření do svého světa, k přijetí nepřátelských postojů vůči okolí i sobě samému.

1.3. Choroby ve stáří

V předchozí kapitole bylo zmíněno, že často jsou změny ve stáří způsobené některými chorobami, typickými pro stáří. Medicínský obor, zaměřený na choroby ve stáří, se jmenuje Geriatrie.

„Stáří lidé zpravidla trpí polymorbiditou, což znamená přítomnost několika nemocí najednou. Jednotlivé nemoci se vzájemně prolínají a ovlivňují. Lékaři popisují tzv. dominový efekt. Ten spočívá v tom, že určitá nemoc vyvolá i zhoršení ostatních a třeba i toho času spících nemocí. S polymorbiditou souvisí i polypragmázie, tedy užívání celé řady léků najednou.“ (Haškovcová, 2010)

Dle Kalvacha (2004, s. 130) jsou nejpočetnější nemoci oběhové soustavy, dále pak nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně a nejméně nemocí endokrinních a metabolických.

Nemoci oběhové soustavy jsou nejčastěji hypertenze a ischemické choroby srdce, nemoci žil. Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně jsou dorzopatie a osteoartróza. Problémy v oblasti pohybové soustavy se hojně vyskytují u žen. Nejznámější nemocí v endokrinní a metabolické oblasti je diabetes melitus. Dále to jsou nemoci trávicího, dýchacího, močového, pohlavního ústrojí. Také nemoci nervové soustavy a poruchy duševní. (Kalvach, 2004, s. 130)

2. Obecná charakteristika demence

V předchozí kapitole se zmiňují o duševních poruchách. Jednou z nich je i demence a zabývat se jí budeme proto, že jedna z forem demence je stěžejní pro tuto práci. Česká Alzheimerovská společnost uvádí, že nějakou formou demence trpí asi 7 milionu obyvatel Evropy.

Pojem „demence“ můžeme přeložit z latiny jako „bez mysli“. Demenci lze definovat v souladu s Mezinárodní klasifikací nemocí MKN-10

„demence je syndrom, který vznikl v důsledku onemocnění mozku, obvykle chronického nebo progresivního rázu, u něhož dochází k narušení mnoha vyšších korových funkcí, včetně paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnosti učení, řeči, úsudku (kognitivních funkcí). Vědomí není zastřeno. Zhoršení kognitivních funkcí je obvykle doprovázeno, někdy také předcházeno, zhoršením kontroly emocí, sociálního chování nebo motivace.“ (Hort, Rusina, 2007, 153-154)

Demence je nevléčitelné onemocnění, avšak díky včasné diagnostice lze její průběh zpomalit. Včasná diagnostika je velmi těžká, často jsou prvními příznaky poruchy paměti, které okolí přisuzuje stáří. Příčina vzniku demence není známa, ale uvádí se, že riziko je větší u lidí s vysokým tlakem, u těch, kde se vyskytla demence v rodině, dále také lidé, kteří měli poranění lebky. (HuubBuijssen, 2006, s. 18)

Nejnámější a také nejvíce se vyskytující je typ demence Alzheimerova choroba. Nejvíce podobná Alzheimerově chorobě je Vaskulární demence, která má různé formy. Nejnámější formou je multiinfarktová demence. Dále se v souvislosti s demencí uvádí nemoci Parkinsonova, Huntingtonova, Pickova, LewyBodyho, Creutzfeldt-Jacobova a Bingswangerova. (HuubBuijssen, 2006, s. 15) Dále si tyto nemoci přiblížíme.

Multiinfarktová demence

Jedná se o jakési malé infarktové záchvaty v mozku. Tyto infarkty se vyskytují u většiny starých lidí, ale pokud při nich dochází k výraznému poškození mozkové tkáně, vede to k demenci. K infarktům v mozkové tkáni dochází náhodně a často se může zaměnit i s mrtvicí. Příčiny této demence nejsou známy, ale jisté znaky jsou u pacientů shodné, jako např. předchozí kardiovaskulární problémy, dědičnost mrtvic nebo multiinfarktová demence v rodině. (Ian Stuart-Hamilton, 1999, s.189)

Parkinsonova nemoc

Poprvé se o ní zmínil londýnský lékař Sir James Parkinson v roce 1817. Jedná se o neurodegenerativní onemocnění. Postupně zanikají neurony v mozkovém kmeni a středním mozku. Nemoc má vliv na oblast motorických funkcí, asociačních funkcí a emoce. Příčiny nemoci nejsou známy, existuje pouze několik hypotéz. V současnosti se hovoří o kombinaci dvou faktorů, které by mohly zapříčinit Parkinsonovu chorobu a jimi jsou genetické faktory a (škodlivé) faktory životního prostředí. Pokud budeme hovořit o příznacích této nemoci, je známá tzv. „parkinsonská triáda“, ta se skládá z akineze, rigidity a třesu. Akineze se projevuje zpožděním zahájení a vykonávání pohybu a může vést až k celkovému snížení hybnosti. Rigidita může mít podobu zvýšeného svalového tonu, svalové ztuhlosti a odporu vůči pohybu. Třes nemusí znamenat, že se jedná o Parkinsonovu chorobu avšak je doprovodným znakem této nemoci. Objevuje se většinou, když svaly nemocného jsou v klidu (např. při sezení), dále také při emocích nebo při snaze soustředit se, mizí ve spánku a při celkovém uvolnění člověka. (Bonnet, Hergueta, 2012, s. 12-20)

Huntingtonova nemoc

Huntingtonova nemoc je poměrně vzácná, ale je zde tendence k rodinné kumulaci. Prvotními příznaky jsou poruchy hybnosti s různou formou záškubů a kroutivých pohybů. Poté se objevují i symptomy demence, které mohou připomínat schizofrenii. Tento typ demence má dvě zajímavosti. První zajímavostí je určitě to, že nepostihuje starší osoby, ale většinou osoby ve středním věku, dokonce i děti. Druhou zajímavostí je to, že od prvních příznaků trvá život nemocného klidně ještě dalších 15let. (Ian Stuart-Hamilton, 1999, s.194)

Pickova nemoc

První zmínku přinesl Arnold Pick v roce 1892 u případu jednoho postiženého muže. Zpozoroval změny mozku především v levém spánkovém laloku. V té době tato nemoc ještě nebyla popsána jako demence, to se stalo o 30 let později. (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 157)

Nemoc postihuje nejvíce osoby mezi 50-60 rokem života a je celkem dobře rozpoznatelná „*Jednotlivá stádia Pickovy choroby jsou poměrně přesně definována.*

Atrofie nervové tkáně začíná ve frontálních lalocích, neúprosně postupuje ke spánkovým lalokům mozku a je provázána rozmanitými změnami psychické činnosti, jež vyvolává. Na buněčné úrovni nacházíme neurony degenerující v tzv. Pickova tělíska.“(Stuart-Hamilton, 1999, s.192)

Nemoc se projevuje poruchou osobnosti a chování. Narušené jsou i sociální vztahy, ale poruchy paměti nastupují až později. (Hort, Rusin, 2007, s.196)

Demence s Lewyho tělísky

Typ této demence má mnoho různých označení a to díky tomu, jaký má dotyčný autor názor na tuto nemoc. Můžeme se setkat s názorem, že se jedná o variantu Alzheimerovi nemoci nebo Parkinsonovi nemoci. Nyní se ale spíše uvádí jako samostatný typ demence. Jedná se tedy především o to, že se v mozkové kůře nacházejí Lewyho tělíska, a také jsou přítomny příznaky Alzheimerovi choroby. Z tohoto důvodu se často stává, že je demence s Lewyho tělísky nesprávně diagnostikována. Toto onemocnění je progresivní a má kolísavý průběh. Prvními příznaky jsou kolísání pozornosti, poruchy prostorového vnímání, zrakové halucinace, parkinsonismus. Tento typ demence postihuje častěji muže. (Koukolík, Jiráček, 1998, s.145)

Creutzfeldt-Jacobova nemoc

Tato nemoc se považuje za vzácnou. Má charakter virózy, kde bílkoviny se chovají jako infekční částice a napadají mozkové buňky. Jedná se tedy o jedinou známou infekční demenci. V souvislosti s touto nemocí se často mluví o možnosti nakazit se z hovězího masa, kde skot je postižen „*nemocí šílených krav*“. Nemoc se nejčastěji vyskytuje mezi 50-70 rokem života, avšak existují případy ve všech věkových kategoriích od 20 let. Prvními příznaky jsou poruchy chůze, rovnováhy, časté jsou pocity závratě. To vše je následované symptomy demence. Průběh nemoci je rychlý, obvykle do 9 měsíců od prvních příznaků. (Ian Stuart-Hamilton ,1999, s.193)

Bingswangerova nemoc

První se o této nemoci zmínil O. Bingswanger v roce 1894. Jednalo se o osm pacientů, u kterých se vyskytovalo progredující snížení intelektu s epileptickými záchvaty. Na něj navázal Alois Alzheimer v roce 1902. Jedná se tedy o nemoc se záchvaty, které postihují bílou kůru mozkovou. Častým výskytem je i arterioskleróza hlubokých tepen, procházejících nějakou tkání. Tato nemoc se vyskytuje relativně v mladém věku, nejčastěji kolem 57 let. Uvádí se, že až u dvou třetin začíná nemoc plíživě, u zbytku poté mozkovým infarktem. Prvními příznaky je postižení chůze a kognitivních schopností, tím hlavním příznakem je demence. Oproti Alzheimerově chorobě dotýčný nezapomene tak velká časová období. Příznaky, které můžeme pozorovat, jako laici na dotýčné osobě jsou výkyvy nálad (od depresí až k nepřiměřené euforii), šouravou chůzí malými krůčky a inkontinence. (Koukolík, Jiráček, 1998, s. 133-135)

1.4. Specifika lidí s Alzheimerovou demencí

Alzheimerova nemoc (dále jen AN) byla poprvé popsána lékařem Aloisem Alzheimerem v roce 1907. V této době byla nemoc považována za vzácnou, ale dnes je již jednou z nejčastějších nemocí nad 65 let.

„Alzheimerova choroba je závažné neurodegenerativní onemocnění, vedoucí k úbytku některých populací neuronů (nervových buněk) a v důsledku toho k mozkové atrofii (úbytku tkáně). To má pak za následek vznik syndromu demence.“ (Jiráček a kol., 2009, s. 29)

V mozkové tkáni dochází k ukládání chorobně vzniklé bílkoviny mimo nervové buňky. Bílkovina tvoří krystalky a kolem nich dochází k dalším neurodegenerativním dějům. Tím vznikají útvary, které nabývají v určité oblasti a tím je funkčně postižena. Zmíněná chorobně vzniklá bílkovina vzniká z bílkoviny, která je v mozku přítomná a nezbytná. Další změna v mozku při AN je v neuronových buňkách. Uvnitř neuronových buněk dochází k degeneraci bílkoviny, která vytváří vlákna a ta mají tvar šroubovice. Tato vlákna se poté stávají podkladem útvarů tzv. neurofibrilární klubka. Neurony

s těmito klubky neplní svou funkci a postupně zanikají. (Jirák, Holmerová, Borzová, 2009, s. 29-30)

AN známe ve dvou typech. Prvním typem je typ familiární (vrozená) forma. Tento typ je velmi vzácný. Uplatňují se zde dědičné vlivy avšak ne ve všech případech. Přesto se demence začne projevovat až po 50 roce života nemocného. Druhým typem je sporadická (občasná) forma. Dědičnost zde také hraje roli, ale pouze společně s dalšími faktory. (Holmerová a kol., 2004, s. 29)

Autoři často uvádí tři stádia AN, stejně jako Hrdličkovi (Hrdlička, Hrdličková, 1999, s. 28). V prvním stádiu se vyskytuje porucha paměti, orientace v prostoru (orientace v čase bývá méně postižena, nebo vůbec). Dále pokles aktivity, úzkostné či depresivní nálady a potíže v denních aktivitách. Druhý stupeň se vyznačuje jasnou demencí, větší dezorientací a postižením vnímání, motorických výkonů a řeči. Ve třetím stádiu nastává kompletní dezintegrace všech psychických funkcí. Vytrácí se schopnost komunikace (často nemocný vydává jen zvuky). Dále se objevují neurologické příznaky a inkontinence. V posledních měsících pacient fyzicky chátrá a umírá na nespecifickou komplikaci (např. zápal plic).

Příznaky a průběh

Některé příznaky už můžeme poznat z již vyjmenovaných stádií v předchozí kapitole. Zpočátku se objeví poruchy paměti a zmatenost dotyčného. Nemocný si toho je vědom a často tyto příznaky skrývá nebo reaguje agresivně. Můžeme pozorovat problematictější kontakt s dotyčným nebo jeho snadnou vznětlivost. Tyto symptomy by měly být prvními varovnými příznaky. Další příznaky se odvíjí od toho, které části mozku jsou nemocí zasaženy nejdříve. Existují i obecné příznaky, vyskytující se u většiny nemocných. Prvním takovým je porucha krátkodobé paměti. Nemocný si umí vybavit staré události, ale ty nové zapomíná. S tím souvisí i to, že může často opakovat činnosti nebo otázky a věty. To je způsobené jednoduše tím, že si nemocný nevzpomíná, zda činnost už provedl nebo řekl určitou větu. Dále to je ztráta orientačního smyslu (většinou krátkodobé výpadky, nemocný se přestane orientovat i ve vlastním domě), afázie (porucha řeči a porozumění, nemocný si nedokáže vybavit slova

nebo nesprávně nahrazuje slova jinými), agnózie (neschopnost poznat a interpretovat smyslové vjemy, nemocný nedokáže rozpoznat obličej nebo předmět). (Regnault, 2011, s. 15-17).

V oblasti fyzických symptomů se zpočátku nemoc nijak neprojevuje, to velmi ztěžuje diagnostiku AN. Vyskytuje se apraxie, nemocný neumí úkony, které dříve dělal automaticky. Mohou se objevit i stavy deprese, způsobené tím, že si nemocný uvědomuje své chyby a neschopnost provést nějaký úkon. (Regnault, 2011, s. 17-18).

Diagnostika

Samotné přesvědčení, že by dotyčný měl navštívit lékaře je mnohdy složité. Pokud se to podaří, je nejlepší začít u praktického lékaře. Ten po prvotní prohlídce rozhodne, zda se jedná o příznaky demencí, nebo pouze o problémy s pamětí. Vzhledem k tomu, že ne všichni praktičtí lékaři jsou odborně schopni posuzovat příznaky demence, měly by vždy své pacienty zaslat na další odborná vyšetření. Diagnóza AN se stanovuje pomocí kompletního vyšetření. Začíná se klinickým vyšetřením, kdy se sestaví anamnéza a provede se lékařské vyšetření. Dále jsou to specializovanější, jako je vyšetření magnetická resonance a CT vyšetření (zaměřená na části mozku, kde sídlí funkce spojené s pamětí). Poslední takovou metou jsou psychologická vyšetření formou testů. Komplex vyšetření se někdy doplňuje i o vyšetření hladiny proteinů z mozkomíšního moku. Úspěšnost diagnózy je až 95%. (Regnault, 2011, s. 22-23)

Diagnostiku můžeme provést i sami. Poslouží nám papír a tužka. Na papír nakreslíme kruh, který bude představovat ciferník hodin. Dotyčný do nich dopisuje čísla. Sledujeme, zda čísla píše na správné místo s ohledem na pořadí i umístění. Tomuto testu se říká Clock Test.

Nejznámějším a také veřejně dostupným testem je test Mini Mental State Examination. Jedná se o orientační test kognitivních funkcí. Odpovědi jsou hodnoceny body a následně sečteny a vyhodnoceny.

Léčba

Vzhledem k tomu, že ještě stále nejsou zjištěny přesné příčiny AN, není tedy možná ani přímá léčba. Příznaky AN můžeme jen zmírnit, či odstranit díky řadě léků. Neméně důležité jsou organizace, které usilují o pomoc lidem postižených touto nemocí a jejich rodinám. (Holmerová a kol., 2004, s. 16)

Zlepšování nemoci pomocí léků se nazývá Farmakoterapie. Pokud je nemoc odhalena časně, využívá se skupiny léků tzv. kognitiv (donepezil, memantin), které oddálí zhoršování demence a zlepší její příznaky. Dále jsou využívány antidepresiva (při depresích a problematickém chování), neuroleptika a antipsychotika (při psychických příznacích). (Česká alzheimerovská společnost, 2014, s. 10)

Holmerová (Holmerová a kol., 2004, s. 17) uvádí v oblasti léčby ještě nefarmakologické postupy. Jimi jsou Terapie orientování na realitu a Validizační terapie. Tyto postupy jsou zaměřené na lepší pochopení samotné choroby a usnadnění komunikace s vlastním utrpením.

3. Systém péče v České republice

Pro vysvětlení systému péče o osoby s demencí v České Republice se budu opírat o zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách v platném znění. Hlavní zásadou je, že každé osobě musí být poskytnuté základní sociální poradenství bezplatně. Takovou druhou neméně důležitou je zásada zachování lidské důstojnosti, dodržování lidských práv a svobod.

Senioři mohou využívat sociální služby, které zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby se mohou poskytovat formou pobytovou, ambulantní nebo terénní.

Sociální poradenství

Poskytuje se osobám v nepříznivé sociální situaci tak, aby získali informace potřebné k řešení jejich situace. Toto poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb a to bezplatně. Služba poskytuje především pomoc při uplatnění práv a oprávněných zájmů, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a terapeutické činnosti.

Služby sociální péče

Do této kategorie spadá osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních. Téměř všechny jsou vhodné pro seniory, ale jsou poskytovány za úhradu. Obecně jsou v těchto službách zahrnuty služby pomoci při zvládnutí běžných úkonů v péči o vlastní osobu nebo nácvik dovedností soběstačnosti, poskytnutí či zajištění stravy, zajištění chodu domácnosti nebo ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, terapeutické činnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, základní sociální poradenství, telefonická krizová pomoc a také pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.

Seniorům s jakoukoliv formou a druhem demence je uzpůsobeno zařízení: domov se zvláštním režimem. Samozřejmě, že senioři s demencí mohou využívat i jiné služby sociální péče, ale vzhledem k tomu, že o člověka postiženého demencí se musí někdo postarat, jsou nejčastěji umísťováni do domovů. Rodina se často o takového člověka nedokáže nebo ani nechce postarat.

Domovy se zvláštním režimem

Zde poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost způsobenou chronickým duševním onemocněním, závislostí na návykových látkách a především osobám s demencí. Situace těchto osob vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Cílová skupina může být také omezena věkem, u domovů se zvláštním režimem pro seniory s demencí je nejčastější hranice minimálně 60 let. Režim v zařízeních je specificky přizpůsoben potřebám ubytovaných osob. Poskytuje se zde tedy strava, ubytování, pomoc při hygieně a zvládání běžných úkonů, aktivizační činnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Mnoho domovů má v nabídce další zpoplatněné služby, o které si klient může zažádat např. kadeřnictví, pedikúra.

Služby sociální prevence

V této kategorii jsou zahrnuty služby rané péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, intervenční centra, nízkoprahová centra, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace. Většina těchto služeb není určena primárně seniorům. Seniorům jsou určeny sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, které především zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím, terapeutické činnosti a také pomoc při prosazování práv a zájmů.

Veškeré sociální služby musí splňovat podmínky v již zmiňovaném zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Mohou být poskytovány osobě s trvalým pobytem na území České republiky (dále jen ČR), nebo osobě, které byl udělen azyl. Dále také občanovi a rodinnému příslušníkovi občana členského státu Evropské unie a cizinci,

který je držitelem povolení k dlouhodobému pobytu (více než 3 měsíce). Některé typy služeb (např. azylové domy) jsou poskytovány i osobám, legálně pobývajících na území ČR. Sociální službu poskytují především obce a kraje, které dbají na vhodné podmínky pro vytváření a rozvoj sociálních služeb a také sami zřizují organizace poskytující sociální služby. Dále to jsou nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, ale také Ministerstvo práce a sociálních věcí (nyní zřizovatelem pěti ústavů v ČR).

4. Aktivizační činnosti seniorů v domovech se zvláštním režimem

V posledních letech odborníci vyzdvihují význam aktivizačních činností u seniorů trpících demencí. Zgola (2003, s. 148) uvádí, že „něco dělat“ je synonymem „být naživu“. Činnosti se dělí podle různých kritérií nebo zaměření.

Kalvach (2004, s. 441) dělí činnosti podle počtu zapojených osob, podle okruhu uspokojených potřeb a podle místa v životě člověka.

V činnostech podle počtu zapojených osob jsou individuální aktivity, které senior vykonává sám nebo s podporou personálu či příslušníka rodiny. Individuální aktivity podporují koncentraci, tvořivost, vnitřní aktivitu a prožitek sebe sama. Párové činnosti vykonávané s někým dalším (přítel, přítelkyně, pečovatel, rodina). Tím se především podporují mezilidské vztahy, komunikace a sdílení prožitků. Společenské aktivity ve velkých skupinách nebo komunitě podporují prožitek společenství a uvolnění emocí. Skupinové aktivity jsou prováděny v menších skupinách, které jsou určeny pro konkrétní činnost nebo pro seniory, kteří nepreferují velké skupiny. V malé skupině mají členství, svou roli, zachovávají si svou identitu, mohou ovlivnit dění a nacházejí vzájemnou podporu nebo přítele. (Kalvach, 2004, s. 441)

Činnosti podle okruhu uspokojených potřeb jsou děleny na činnosti vedoucí k zabezpečení základních biologických potřeb (jídlo, pohyb, hygiena, intimní vztahy), činnosti podporující jistotu, bezpečí, autonomii, orientaci a kontinuitu (domov, orientace v realitě). Dále činnosti sociální povahy (budování vztahů, začleňování do společnosti, milovat a být milován), činnosti podporující identitu, důstojnost a osobní rozvoj (vzdělávání, mít nějakou „pracovní“ roli, prožitek úspěchu) a seberealizační činnosti (smysl života, umění, vyrovnání s vlastním životem). (Kalvach, 2004, s. 441)

Činnosti podle místa v životě se dělí na činnosti všedního dne. Spadá sem příprava jídla, úklid, nakupování a třeba i telefonování. V oblasti pracovních činností se jedná o různé vyrábění upomínkových předmětů, vytváření výzdoby, psaní dopisů, práce na zahradě, péče o zvíře nebo třeba studium. Dále to je péče o sebe samu (hygiena, oblékání, péče o zdraví apod.) a činnosti volného času (nějaké zájmové aktivity – hry, tanec, výlety, procházky, hudba, televize,...) Posledním jsou činnosti rozvoje a

vzdělávání, spadají sem univerzity třetího věku, poznávací zájezdy, četba a psaní, kurzy, účast na duchovním životě, ale také diskuze nebo tvůrčí rozvoj. (Kalvach, 2004, s. 441)

Motivace

Motivace je důležitá v životě každého člověka a o to více u lidí s demencí. Bez motivace se senioři často žádných aktivit neúčastní.

Rheinwaldová (1999, s. 34- 36) uvádí, že nezáměr o aktivity je způsoben tím, že obyvatelé nemají nad neměnnými rituály kontrolu. Je daný přesný režim a rozvrh domova, který více vyhovuje personálu než obyvatelům. Činnosti bývají dobrovolné a tak se najednou stávají tím, co mohou obyvatelé měnit. Objevuje se snaha domovů, tak aby se mohli obyvatelé rozhodovat např. v jídlu (jídlo je servírováno v nějakém časovém rozpětí). Takovou druhou příčinou malé motivace je strach. Starší lidé se bojí nových věcí a nechtějí experimentovat. Velmi se obávají, že neobstojí, něco nedokážou nebo budou zesměšněni. Důležitý úkol pracovníků, je najít důvody, proč se senior nechce účastnit aktivit a porozumět jim. Důležité je seniory do ničeho nenutit, dát jim třeba možnost přijít se pouze podívat. Není třeba, aby se k aktivitě hned připojili, při pasivním pozorování se zbaví strachu a později se sám připojí. Další důležitou částí je podrobné vysvětlení aktivity od pracovníka, co se bude dít, kde, délka aktivity a co se senioři naučí nebo získají. Dále je také třeba ubezpečit, že mohou kdykoliv odejít, případně mohou být sestrou odvezeni. Je třeba je také ujistit, že jsou v bezpečí, ale i jejich věci a pokoj jsou v bezpečí. Důležitý je také čas, kdy se aktivity konají, měl by se vychytat správný denní čas, kdy jsou obyvatelé aktivní. Třetí důvod může být ve společnosti či skupině, která se na aktivitě schází. Senior se obává „cizích“ lidí, nebo tam dotyčný nemá někoho rád. Také můžou odmítat účast s někým, kdo je v horším zdravotním stavu, je samotné to děsí. Pracovníci toto vše musí vědět, aktivně řešit a myslet na to při sestavování skupin. Seniory motivujeme především chápavým postojem, trpělivým jednáním a úctou.

Programy aktivit

Zdravý člověk je schopen si aktivity sám organizovat nebo vytvářet. U nemocného člověka je toto omezené. Člověk s demencí není schopen organizovat si své aktivity a ani se učit novým věcem. Odborníci se shodují, že je důležité pro takové lidi vytvořit nějaký program aktivit založený na jeho individualitě, ale kde budou zohledněné i další aspekty (minulost, zkušenosti, dovednosti – především ty zachované).

„Cílem programování aktivit je vytváření podpůrného prostředí, a to jak v materiálním, tak v psychologickém, sociálním a duchovním slova smyslu.“ (Kalvach, 2004, s. 436)

Program, jak již bylo řečeno, by měl být tvořen individuálně a seniora podporovat. Hledat to, co skutečně seniora naplňuje radostí, dává mu smysl a příjemné prožitky a pocity. Aktivity v instituci by měli přirozeně navazovat na to, co bylo nástupem do instituce nebo nemocí přerušeno. Také rozvinout to, co bylo doposud skryto a využít to, jako příležitost k růstu. Prostředí kolem dotyčného seniora by mělo být přirozené, příjemné a přirozeným způsobem vzbuzovat zájem o aktivity. (Kalvach, 2004, s. 437)

Problémem v domovech je to, že často programy aktivit vytvářejí pracovníci bez speciálního vzdělávání. Program samotný je sice pestrý a zajímavý, ale nepřizpůsobený potřebám seniorů s demencí. Často program probíhá v přesně daném čase i místě a je pouze jakýmsi stereotypním vyplněním času nebo zahnáním nudy. (Kalvach, 2004, s. 438)

Na pracovníky vytvářející tyto programy se zaměřila Rheinwaldová (1999, s. 20-23). V knize zmiňuje zásady chování pracovníků a zásady při vytváření programů.

Některými ze zásad pracovníků jsou:

- Být milí a příjemní
- Oslovování paní/pane + příjmení (pokud nepožádá o jiné oslovení)
- Zachovat si humanistický přístup
- Neoslovovat babi/dědo (nejsou to naši příbuzní a také to dává pocit stáří)
- Nemluvit hrubě, tvrdým tónem nebo spatra, neskákat do řeči, vyslyšet

- Povzbuzovat obyvatele k samostatnosti a pouze asistovat při potřebě
- Snažit se vyhovět požadavkům

Zásady při vytváření programů

- Brainstorming = bouře mozků (první krok k sestavení programu aktivit, všichni pracovníci sepíší seznam vhodných činností pro obyvatele)
- Pestrost a kvalita
- Smysluplné aktivity, tak aby udržovaly a stimulovaly fyzické, mentální, společenské a emoční schopnosti
- Vítání aktivní spolupráce obyvatelů
- Určité plánování programů dopředu či vyhrazení nějakého dne pro určitou aktivitu
- Pravidelné hodnocení každé aktivity
- Obměňování a zavádění nových činností do zaběhlých aktivit

Rheinwaldová (1999, s. 23) také uvádí kategorie programů

- Rukodělné práce, tvořivé činnosti
- Společenské programy, diskuze, hry, hudba, tanec
- Cvičení, sporty, sportovní hry
- Činnosti venku v přírodě
- Náboženské programy
- Vzdělávací činnost

U seniorů postižených demencí jsou nejoblíbenější aktivity, kde užívají známých pohybových stereotypů, s rytmickými prvky, poskytující okamžitou zpětnou vazbu, přímo zapojující člověka a aktivity konkrétní, předvídatelné a stálé. (Zgola, 2003, s. 165).

V domovech pro seniory se často vyskytují některé typy aktivit a terapií. Jak již bylo řečeno, senioři mají rádi pohybové aktivity, obecně se jim říká Kinezioterapie.

Kinezioterapie je z řeckého slova „kinesis“ v překladu „pohyb“ a „therapeia“ je léčba. Po spojení je to tedy léčba pohybem. Je jednou z nejčastěji užívaných léčebných

a terapeutických metod. Cílem je dosažení správného nebo potřebného provedení pohybu. Pohyb je předpokladem pro realizaci motorických činností života. Kinezioterapie musí být prováděna zdravotníkem nebo fyzioterapeutem. Pedagog či jiná osoba může provádět zdravotní tělesnou výchovu nikoli kinezioterapii. Tuto terapii lze provádět v podstatě kdekoliv (na lůžku, v tělocvičně, v parku, ve vodě apod.) a může být individuální nebo skupinová (Zeman, 2016, s. 10)

Dále to jsou například Canisterapie, Felinoterapie, Fototerapie, Ergoterapie, Reminiscenční terapie a velmi oblíbená Muzikoterapie.

Canisterapie a Felinoterapie patří do skupiny tzv. zooterapie. Velemínský (2007, s. ...) uvádí sedm typů terapie podle zvířecích druhů. Jimi jsou hipoterapie (terapie s koňmi), felinoterapie (terapie s kočkou), asi nejnámější je canisterapie (terapie se psem). Dále terapie s drobnými domácími zvířátky, s hospodářskými zvířaty, s volně žijícími zvířaty a také s exotickými zvířaty. Pomocí zvířat lze vzdělávat, provádět terapii a rehabilitaci, ale také navozovat dobrou náladu a příjemné pocity.

Fototerapie je spíše novinkou. Jedná se o léčbu světlem. Sama jsem tuto terapii vyzkoušela a je to velmi příjemné. Jedná se vlastně o zářivky, které vyzařují světlo až z 90% podobné slunečnímu záření. Pomáhá při depresích hlavně v zimních měsících.

Ergoterapie se řadí do zdravotnické disciplíny. Název je složen ze dvou slov ergon (práce) a therapia (léčba). Tato terapie nabízí aktivní pomoc lidem s jakýmkoliv typem postižení a v jakémkoliv věku. Cílem je dosáhnout maximální možné soběstačnosti, aby se dotyčný mohl aktivně zapojit do společnosti. U seniorů jde spíše o podporu a rozvoj zbylých schopností. (Muller, 2005, s.253)

Reminiscenční terapie má název odvozen z latinského slova reminiscere, který znamená, vzpomenout nebo rozpomenout si. Většinou se jedná o rozhovor terapeuta s jedním nebo více klienty o dosavadním životě, zkušenostech, událostech s podporou různých pomůcek (fotografie, vzpomínkové předměty). (Janečková, Vacková 2010, s. 2)

Muzikoterapie je léčba nebo pomoc prostřednictvím hudby. Historie této terapie je bohatá, využívala se již v nejstarších dobách při rituálech. Počátky chápání dnešní

muzikoterapie sahají do 20 století na americký kontinent, kde hudebníci hráli ve špitálech pro veterány. Během terapie se využívá zvuků, hudby a hudebních elementů a zároveň se rozvíjí vztah mezi klientem a terapeutem. Cílem je podpora léčby, učení, sociální interakce, komunikace, motivace, duchovního rozvoje, kvality života a pomáhá odbourávat stres a zmírňuje pocity bolesti. (Muller, 2005, s. 171)

U seniorů v terminálním stádiu AN se často využívá bazální stimulace. Tento koncept byl vytvořen německým speciálním pedagogem. Původně se však jednalo o koncept u dětí s těžkým kombinovaným postižením. Zaměřuje se na elementární stimulaci, podporu komunikace a doplnění chybějících stimulů. (Zikl, 2011-2014, s. 116)

III. Praktická část

1. Charakteristika výzkumu a vymezení cílů

Jak vyplývá z předchozí části, zaměřuji se na osoby v seniorském věku postižené demencí. Dnes máme povědomí o narůstajícím počtu obyvatel s demencí, ač neexistuje mnoho statistických údajů. Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR (ÚZIS) uvedl statistiku o hospitalizovaných osobách s demencí z let 2008 – 2012 s nárůstem přibližně o 6 tisíc osob. Časopis Florence v únoru roku 2018 uvedl údaj od Světové zdravotnické organizace, který říká, že do roku 2050 se počet osob s demencí vyšplhá na 152 z původních 50 milionů. Dále například Česká alzheimerská společnost uvádí zprávu o stavu demence z roku 2016 s přibližně 156 tisíci obyvateli s diagnostikovanou demencí v ČR.

V domovech pro seniory se rozšiřuje nabídka aktivit a je vidět snaha o uzpůsobení aktivit pro seniory postižené demencí. Často se však setkáváme s tím, že domovy nabízejí pouze obecné aktivity dle časového rozvrhu, spousta klientů není schopna si aktivity samostatně vybrat a zúčastnit se jich v přesném čase. Toto soudím z mé praxe v rámci školy a praxe mojí maminky, která dlouhá léta pracuje v domově pro seniory se zvláštním režimem a jezdí na různé stáže do jiných domovů.

Cíl výzkumu, dílčí cíle, hypotézy

Cílem výzkumu bude tedy zjistit, jaké aktivizační činnosti jsou v různých domovech nabízeny. Dále se zaměřím spíše na kvalitu nabízených aktivit v oblasti personálu, odborníků a prostorů domova. Neopomenu ani zaměření na osoby s těžkou formou demence.

Domovy pro seniory jsou vybírány pouze v Královéhradeckém kraji a zaměřené na ty domovy, které mají přívlástek „*zvláštní režim*“.

Dílčí cíle

- 1) Vybrání domovů se zvláštním režimem v Královéhradeckém kraji a představení z hlediska velikosti, počtu klientů a nabízených aktivit
- 2) Provést analýzu nabízených aktivizačních činností a vybrání těch, které domov nabízí pro klienty s AN.

- 3) Zjistit jakým způsobem probíhají aktivizační činnosti u lidí s těžkou formou demence (terminální fáze).
- 4) Zjistit, co domovy dále dělají ke zlepšení aktivizačních činností.

Hypotézy

H. 1.: Domov s menším počtem osob s diagnostikovanou demencí má méně aktivit pro seniory s demencí.

H. 2: Většina domovů má daný rozvrh aktivit na přesný den a čas, nepřizpůsobují ho individuálně seniorům s demencí.

H. 3: Domovy mají snahu o zlepšení úrovně a aktivizačních činností, školí své zaměstnance a zvou odborníky.

1.1. Metodologie výzkumu

Výzkum bude kvantitativního rázu s prvky kvalitativního. Pro výzkumné šetření bude využito metody dotazníku, studia dokumentů a zúčastněného pozorování.

„V praxi je možno přistupovat různými způsoby. Je možno formulovat hypotézy na začátku výzkumu, jak si to vyžaduje kvantitativní výzkum, a přitom si zachovat dostatečnou citlivost vůči zvláštnostem zkoumaného jevu“ (Gavora, 2000, s. 34)

Kvantitativní přístup předpokládá, že předmět zkoumání je nějakým způsobem měřitelný a tříditelný. Informace získáváme v kvantifikovatelné a porovnatelné podobě. Poté je analyzujeme statistickými metodami s cílem ověřit platnost hypotéz. (Reichel, 2009, s. 41)

Dotazník

Je písemný způsob dotazování, který je sice omezen, ale odpovědi bývají přehlednější. Dotazníků existují tři typy: volný (nestrukturovaný) dotazník, polostrukturovaný a strukturovaný. Volný dotazník představuje nějaké téma a dotázaný se může rozepsat. Polostrukturovaný opět představuje téma, ale k tomu i soubor otázek, na které může dotazovaný libovolně odpovídat. Strukturovaný dotazník má dané pořadí otázek a otázky, na které má dotazovaný odpovědět. Otázky mohou být otevřené, polootevřené a volné. (Reichel, 2009, s. 119)

V mé práci jsem využila strukturovaný dotazník s volnými a polootevřenými otázkami. Tento způsob jsem zvolila kvůli lepšímu zpracování výsledků, ale s ohledem na to, aby se mohli respondenti vyjádřit, tak jak budou potřebovat.

Studium dokumentů

Metodu analýzy dokumentů popsal Miovský (2006, s. 98) „...jako analýzu jakéhokoli materiálu, který je zdrojem informací relevantních cílů studie“.

K získání informací pro mé výzkumné šetření jsem využila webové stránky domovů, letáky, výroční zprávy a materiály poskytnuté i od sociálních pracovníků.

Zúčastněné pozorování

Pozorování je něco, co všichni každodenně děláme. Vědecké pozorování je „*technika sběru informací založené na zaměřeném, systematickém a organizovaném sledování smyslově vnímatelných projevů aktuálního stavu prvků, aspektů, fenoménů atd., které jsou objektem zkoumání*“. Můžeme ho dělit na nestandardizované a standardizované. Nestandardizované pozorování znamená, že je určen cíl a další aspekty si může pozorovatel určit později a průběžně při pozorování. Standardizované pozorování je striktně stanoveno a formalizováno, je dán cíl, předmět, podoba, čas a objekt pozorování. (Reichel, 2009, s. 94-95)

Mé pozorování probíhalo v rámci mých školních praxí. Účastnila jsem se aktivizačních činností ve třech domovech. Bohužel z původně přislíbené spolupráce domova, kde bylo prováděno poslední zúčastněné pozorování, zařízení odstoupilo.

Z tohoto důvodu bude pozorování popsáno pouze ve dvou domovech. Využila jsem nestandardizovaného pozorování s cílem zjistit průběh aktivizačních činností v domovech.

2. Vlastní šetření

K získání dat jsem tedy použila dotazník (příloha P. 1.), který byl hlavním zdrojem informací. Dotazníkové šetření probíhalo od 2. 2. 2018 do 6. 3. 2018. Respondenty byly sociální pracovníce v zařízení Domov se zvláštním režimem v Královéhradeckém kraji. Celkem bylo osloveno 9 zařízení a 6 z nich se rozhodlo spolupracovat. V závěru dotazníkového šetření jedno zařízení odstoupilo od spolupráce. Výsledný počet je tedy 5. Informace však byly doplněny o studium dokumentů a z vlastního pozorování při mé praxi v domovech.

Cíl 1.

Vybrání domovů se zvláštním režimem v Královéhradeckém kraji a představení z hlediska velikosti, počtu klientů a nabízených aktivit.

Domov A

Tento domov se dělí na dvě budovy. Jedna z budov je klasickým domovem pro seniory a druhá domovem se zvláštním režimem. Budova se zvláštním režimem se nachází v okrajové části města, kolem jsou domy, ale i příroda. Areál domova je rozlehlý a udržovaný. V areálu se také nachází novější budova, kde je poskytována odlehčovací služba a vedle areálu je chráněné bydlení, které také využívají některé služby domova se zvláštním režimem. Budova domova pro seniory se nachází v centru města, ale i zde se našel prostor pro malou zahrádku u domova.

Tabulka 2: Domov A

Místo pobytu osob s demencí	Samostatná budova
Celkem seniorů	140
Počet seniorů trpících demencí	76

Celkový počet pravidelných (týdenní/měsíční) aktivizačních činností	17
Celkový počet aktivizačních činností méně pravidelných (ročně)	10 + aktuální nápady či nabídky
Kolik z celkového počtu aktivizačních činností je uzpůsobených pro lidi s demencí	25

Domov B

Tento domov se nachází na vesnici, kde žije kolem tisícovky obyvatel. V areálu domova se nacházejí dvě budovy. První je zrekonstruovaná z velmi starého domu a tomu odpovídá i nemožnost lepšího uzpůsobení k potřebám seniorů i pracovníků. Druhá budova je nově postavená, a tudíž více vyhovuje potřebám. Budovy jsou od sebe vzdálené přes dvůr. Celý areál není veliký, ale udržovaný. Jedná se o jediný domov, který se specializuje pouze na lidi s demencí.

Tabulka 3 Domov B

Místo pobytu osob s demencí	Samostatná budova a domky
Celkem seniorů	81
Počet seniorů trpících demencí	81
Celkový počet pravidelných (týdenní/měsíční) aktivizačních činností	10
Celkový počet aktivizačních činností méně pravidelných (ročně)	7 + aktuální nabídky a nápady
Kolik z celkového počtu aktivizačních činností je uzpůsobených pro lidi s demencí	všechny

Domov C

Domov se nachází v jednom z větších měst Královéhradeckého kraje spíše v okrajové části, ale do centra to není daleko. Domov je tvořen propojenými budovami. Starší budova je z roku 1931 a sídlil zde okresní chorobinec, poté byla zrekonstruována a dodělána přístavba nové budovy. Výhodou je krátká vzdálenost k nemocnici.

Tabulka 4 Domov C

Místo pobytu osob s demencí	Část budovy
Celkem seniorů	146
Počet seniorů trpících demencí	70
Celkový počet pravidelných (týdenní/měsíční) aktivizačních činností	9
Celkový počet aktivizačních činností méně pravidelných (ročně)	8
Kolik z celkového počtu aktivizačních činností je uzpůsobených pro lidi s demencí	všechny

DomovD

Areál tohoto domova připomíná prostředí pohádky. Nachází se spíše v centru města. Sdružuje se zde odlehčovací služba, domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Je situován do dvou propojených budov.

Tabulka 5 Domov D

Místo pobytu osob s demencí	Část jedné z budov
Celkem seniorů	68
Počet seniorů trpících demencí	10
Celkový počet pravidelných (týdenní/měsíční) aktivizačních činností	6
Celkový počet aktivizačních činností méně pravidelných (ročně)	5
Kolik z celkového počtu aktivizačních činností je uzpůsobených pro lidi s demencí	9

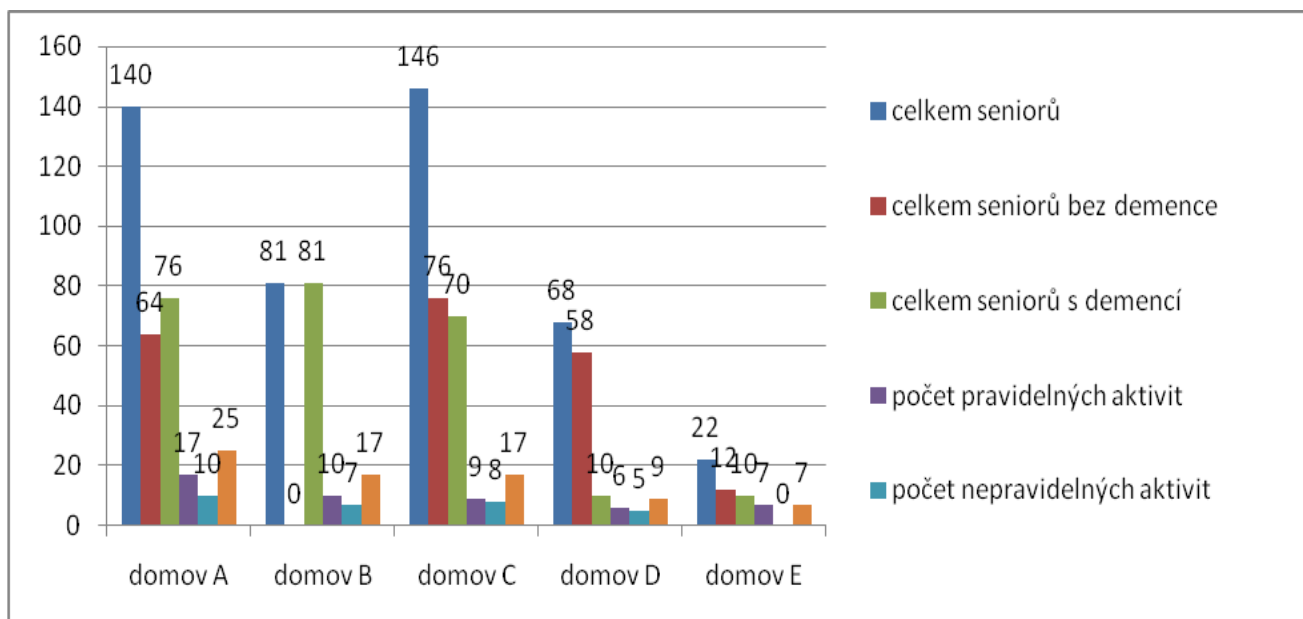
Domov E

Jedná se o nejmenší domov ze všech zkoumaných. Domov se nachází v malé vesničce. Je zde domov pro seniory a domov se zvláštním režimem. Bohužel se nemůže pyšnit areálem, ale určitě se může pyšnit malou zahrádkou a krásnou přírodou kolem. Domov vznikl díky odkazu paní, která své finance po smrti odkázala k vybudování takového zařízení.

Tabulka 6 Domov E

Místo pobytu osob s demencí	Budova společně se seniory, kteří nemají diagnostikovanou demenci
Celkem seniorů	22
Počet seniorů trpících demencí	10
Celkový počet pravidelných (týdenní/měsíční) aktivizačních činností	7
Celkový počet aktivizačních činností méně pravidelných (ročně)	0
Kolik z celkového počtu aktivizačních činností je uzpůsobených pro lidi s demencí	všechny

Závěr 1. cíle



Graf 1 Závěr 1. cíle

Pro lepší přehlednost jsem zjištěné údaje vložila do grafu. Domov A a domov C jsou velikostně podobné. Tomu odpovídá i počet nabízených aktivit v těchto dvou domovech. Mírnější nárůst aktivit má domov A, zřejmě z důvodu modernější výstavby domova. Nejblíže velikostí k těmto dvěma domovům má domov B, který se ale specializuje pouze na osoby s demencí, proto v grafu nevidíme údaj o počtu lidí, kteří demencí netrpí. Vzhledem ke specializaci tohoto domova bych čekala více nabízených aktivit, ale je vidět spíše pokles a to i vzhledem k velikosti prvních dvou domovů. Domov D je spíše specializovaný na osoby, které demencí netrpí. U tohoto domova můžeme vidět pokles nabízených aktivizačních činností vzhledem k celkovému počtu seniorů, naopak vzhledem pouze k seniorům trpícím demencí je četnost aktivit spíše v nárůstu. Domov E je s nejmenším počtem seniorů a také s nejmenším počtem nabízených aktivit.

Cíl 2.

Provést analýzu nabízených aktivizačních činností a vybrání těch, které domov nabízí pro klienty s AN.

V prvních dvou domovech bude popsáno mé pozorování aktivizačních činností.

Domov A

Časový harmonogram aktivizačních činností vždy řešen na týden dopředu, dle individuálních potřeb klientů a možností domova. Činnosti probíhají vždy střídavě v obou budovách domova. Pokud se chce klient účastnit akce na jiné budově, je mu vyhověno. O volný čas klientů se stará k tomu určená pracovnice.

Aktivita se většinou konají ve specializovaných místnostech, individuální aktivity na pokojích klientů. Domov se snaží zvát odborníky k těmto činnostem např. umělce a umělecké agentury. Jednou za měsíc dochází odbornice na canisterapie. Nejčastější a nejvíce navštěvovanou je pracovní terapie, každá další činnost se uzpůsobuje do menších skupin klientů. Respondent upozorňuje, že každá aktivizace je vždy přizpůsobena klientovi, jeho zdravotnímu stavu, schopnostem a třeba i tomu, co rád dělal dříve. Tento rok je novinkou práce s tablety, které se získali z projektu Ježíškova vnoučata, do kterého je domov zapojen.

Tabulka 7 Aktivizační činnosti domov A

Aktivizační činnosti	Určené pro lidi s demencí
Ergoterapie	ANO
Pobyt v relaxační místnosti (fototerapie)	ANO
Individuální návštěvy na pokojích	ANO
Nácvik chůze, cvičení na lůžku	ANO
Kulturně společenské činnosti	ANO
Cvičení (skupinové)	ANO
Stolní hry	ANO
Kuželky	ANO

Hudební odpoledne (sbor)	ANO
Reminiscenční terapie (individuální)	ANO
Čtení s knihovnicí města	NE
Cvičení s dětmi z mateřské školky	NE
Canisterapie / felinoterapie	ANO
Poslech hudby a sledování filmů	ANO
Kavárnička se zákusky a chlebičky	ANO
Výlety	ANO
Práce s tablety	ANO
Pravidelné roční aktivity (Vinobraní, Masopustní kavárnička, hudební vystoupení kolem Vánoc apod.)	ANO

Vlastní pozorování

V tomto domově jsme strávila několik dní na budově se zvláštním režimem a poté jeden den v klasickém domově pro seniory. V domově se zvláštním režimem mají k dispozici poměrně velké prostory k využití pro aktivizační činnosti. Důležitým krokem pro přizpůsobení aktivit pro seniory s demencí, bylo a je zmenšit skupinky účastníků dané činnosti. Na každé aktivizační činnosti je seznam klientů domova a u nich informace, kdy se aktivity zúčastnili naposled. Klienti s delším časovým odstupem jsou přednostně brány na tyto aktivity, pokud však nechtějí, pracovnice je individuálně navštěvují na pokojích a snaží se je motivovat k účasti. Zúčastnila jsem se společně s klienty několika aktivizačních činností. Nejčastěji se účastnili senioři v celkově lepší kondici. Pouze při fototerapii a reminiscenční terapii se účastnili senioři v horším zdravotním stavu, často na pojízdných postelích nebo křeslech. Samotné aktivizační činnosti probíhaly v dobré náladě aktivizačních pracovníků i seniorů. Často se doptávaly, zda senior něco nepotřebuje, zda se cítí dobře a pohodlně, ale mezi tím navazovaly i na témata běžného života. Při muzikoterapii senioři zpívali, často byli i zapojováni do rytmu různými nástroji. Fyzické cvičení probíhalo, po většinu času v sedu na židlích s různými pomůckami. Každý den byli jiné aktivizační činnosti, které se každý týden opakovaly s různými obměnami. Výhodou je, že se tímto přístupem snaží zamezit stereotypu. V tomto domově je pracovnice, která se stará pouze o pacienty v terminálním stádiu

demence. Stará se o individuální péči dotyčných a zajištění další aktivizace např. příchod canisterapeutického psa. Na seniory v tomto stádiu nemoci se nesmí zapomínat, proto oceňuji nápad mít pracovníci, která se individuálně věnuje pouze těmto klientům.

Domov B

V domově jsou některé z aktivit každý den stále stejné např. ranní rozcvička, trénink paměti a ergoterapie. Zbylé aktivity jsou plánované přibližně na aktuální týden, pokud však je nějaký problém nebo jen senioři nemají dobrou náladu je možnost programy aktivit měnit. O volný čas klientů se stará k tomu určená pracovnice.

Aktivity se částečně konají ve specializovaných místnostech. Nejvíce navštěvovanou je ranní rozcvička, kde se schází přibližně 50% klientů. Respondent v tomto dotazníku upozorňuje, že aktivity neplánuje dopředu na mnoho dní, záleží na aktuální situaci a rozpoložení klientů. Do aktivit nikoho nenutí, ale snaží se správně motivovat a přizpůsobovat každou aktivitu. Důležitá je spokojenost a příjemné využití času klienta.

Tabulka 8 Aktivizační činnosti domov B

Aktivizační činnosti	Určené pro lidi s demencí
Ergoterapie	ANO
Muzikoterapie	ANO
Arteterapie	ANO
Trénink paměti	ANO
Reminiscenční terapie	ANO
Pohybové činnosti	ANO
Canisterapie	ANO
Nácvik osobní hygieny	ANO
Pobyt v terapeutické místnosti (fototerapie a aromaterapie)	ANO

Společenské hry či posezení u kávy	ANO
------------------------------------	-----

Vlastní pozorování

V tomto domově jsem se účastnila několika aktivit na různých patrech a většinou ve starší budově. Velmi mě překvapila rozdílnost probíhajících aktivit na každém patře. Vždy měla na starost aktivizační činnosti pracovnice pro dané patro, pokud tam bylo více seniorů, byl posílen i aktivizační tým. Průběh aktivizačních činností vypadal, že je pro zaměstnance nutné zlo. Většinou se bavili zaměstnanci mezi sebou a řešili osobní záležitosti, nikoliv komunikaci se seniorem. Specializované místnosti v této budově nenajdeme, zřejmě z důvodu stáří budovy a malých prostor. Většinu svého pozorování jsem strávila v prvním patře této budovy. Zde jsem potkala aktivizační pracovnici, která je ve své profesi na správném místě. Přístup a komunikace se seniory byl úžasný. Na seniorech bylo vidět, že jí mají moc rádi a rádi s ní navazují kontakt. Den probíhal tak, že ráno přišla aktivizační pracovnice a pomohla ještě s ranní hygienou klientům a doprovodem na snídani. Po snídani se všichni ve stejné místnosti rozcvičili. Pokud chtěl někdo odejít, nebylo mu bráněno. Po rozcvičce se většinou prováděla muzikoterapie. Poté si každý mohl vybrat svou činnost, většinou muži nějaké hry na podporu paměti a ženy prováděly různé ergoterapeutické činnosti. Pracovnice se v tuto chvíli šla věnovat individuálně klientům, kteří se neúčastnili ranní rozcvičky. Bohužel před obědem musela být společenská místnost vyklizená (aby se mohl podávat oběd zaměstnancům). Senioři byli „vyhnáni“ na chodbu. Aktivizační pracovnice toho však využila k nácvičku chůze, ostatní si mohli dělat, co chtěli. Většinou to bylo čtení nebo odpočinek. Toto probíhalo stejně každý den, evokuje to jistý úpadek ke stereotypu. Snaha o rozbití stereotypu se koná odpoledne, po obědě a odpočinku jsou na programu různé aktivity, kdy se dochází do vedlejší budovy do specializovaných a moderně vybavených místností. Samozřejmě aktivity jsou lépe uzpůsobené pro seniory s AN v těchto místnostech a bylo vidět, že i samotná pracovnice je spokojenější v takovém prostředí a kvalita jejího vedení stoupá. Prostory a pomůcky jsou velmi důležité, většina domovů je omezená prostorem nebo financemi.

Domov C

O volný čas klientů se zde stará aktivizační pracovnice. Domov má nastavený program aktivit na každý měsíc a některé naplánované i na několik měsíců (bohoslužby, oslavy). Aktivity se částečně konají ve specializovaných místnostech. Nejoblíbenější jsou aktivity s hudebním podkladem (zpívání, vystoupení), kterých se účastní 70 – 80% klientů. Respondent k tomuto tématu neměl žádné doplňující informace.

Tabulka 9 Aktivizační činnosti domov C

Aktivizační činnosti	Určené pro lidi s demencí
Čtení	ANO
Ruční práce	ANO
Trénování paměti	ANO
Cvičení	ANO
Zpívání	ANO
Canisterapie	ANO

Domov D

Domov plánuje aktivity na týden dopředu, mimo velkých akcí, které jsou plánované s několika měsíčním předstihem. O volný čas klientů se stará pracovnice k tomu určená.

Aktivity se nekonají ve specializovaných místnostech. K činnostem se snaží zvát odborníky, např. ke cvičení paměti dochází psycholog. Nejvíce navštěvovanou aktivitou je ta s hudebním podkladem (zpěv, muzikoterapie). Respondent upozorňuje na velkou demotivaci klientů. Před každou společenskou aktivitou dlouho přesvědčují klienta k účasti.

Tabulka 10 Aktivizační činnosti domov D

Aktivizační činnosti	Určené pro lidi s demencí
Ergoterapie	ANO
Canisterapie	ANO
Muzikoeterapie	ANO
Promítání filmů a dokumentů	ANO
Společné hádanky a kvízy	NE
Společenské turnaje	NE
Mše	ANO
Cvičení paměti s psychologem	ANO
Výlety a návštěva společenských událostí mimo domov	ANO
Čtení a předčítání	ANO
Posezení v kavárničce	ANO

Domov E

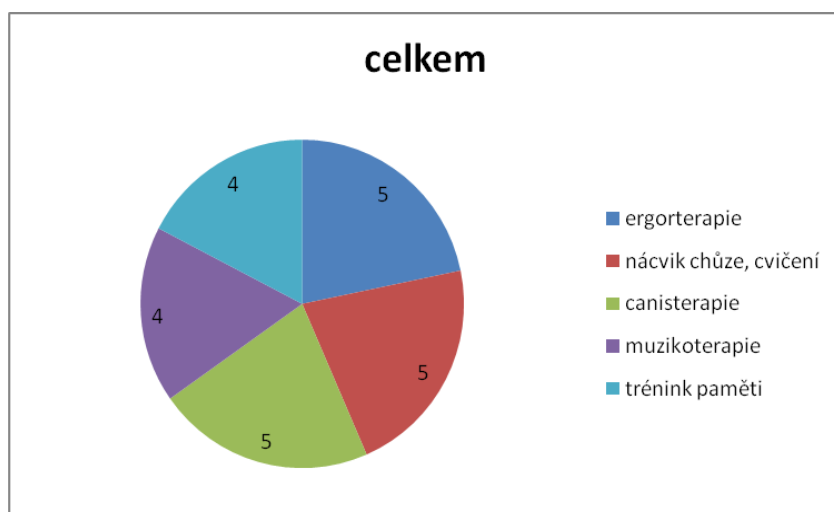
Domov má většinu aktivit naplánovaných, ale individuálně jsou přizpůsobovány aktuální situaci. O volný čas klientů se stará aktivizační pracovnice.

Aktivity se nekonají ve specializovaných místnostech. K činnostem se snaží zvát odborníky, jedná se o trénink paměti a canisterapii. Nejvíce navštěvovanou aktivitou je odpolední cvičení, kterého se účastní až 70% klientů. Respondent nevedl žádné doplňující informace k tomuto tématu.

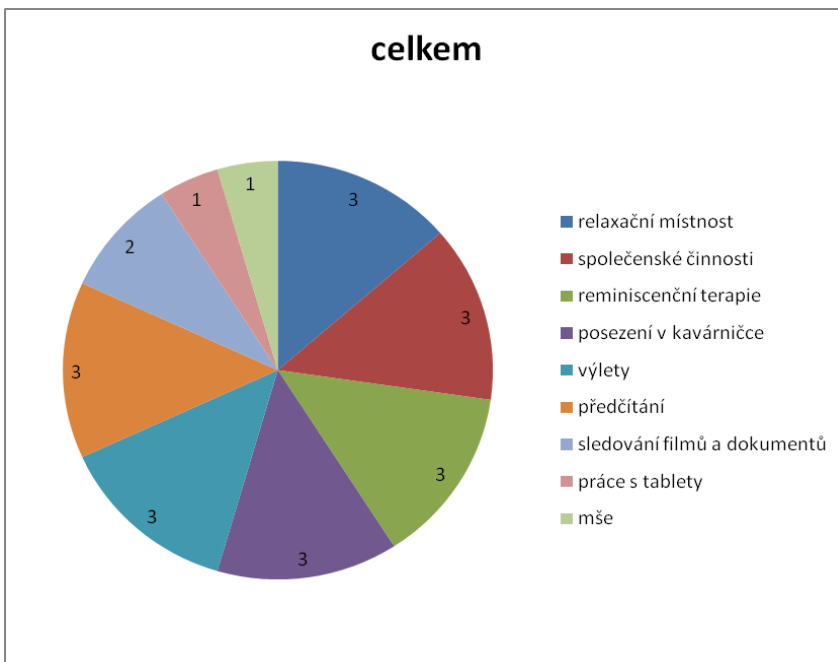
Tabulka 11 Aktivizační činnosti domov E

Aktivizační činnosti	Určené pro lidi s demencí
Ergoterapie	ANO
Canisterapie	ANO
Společenské hry	ANO
Cvičení a sportovní aktivity	ANO
Kognitivní trénink	ANO
Nácvik chůze	ANO
Vycházky	ANO

Závěr 2. Cíle



Graf 2 Nejčastěji nabízené aktivizační činnosti



Graf 3 Méně nabízené aktivizační činnosti

Většina domovů se snaží všechny nabízené aktivity přizpůsobovat i lidem s diagnostikovanou demencí a to především snížením počtu účastníků se seniorů. V přehledných grafech vidíme, jaké jsou nejčastěji nabízené aktivity pro seniory s diagnostikovanou demencí. Graf č. 3 zobrazuje nejčastěji uváděné aktivity. Patří k nim Ergoterapie, Canisterapie a různá cvičení a nácviky chůze. V grafu č. 4 můžeme vidět méně nabízené aktivity. Musím vyzdvihnout i ojedinělost aktivizačních činností. Jimi jsou práce s tablety, která je celkem novinkou a pravidelnou mši. Je důležité neopomíjet, že spousta seniorů je nebo se stává věřícími. Většina domovů má k dispozici alespoň kapli.

Cíl 3.

Zjistit jakým způsobem probíhají aktivizační činnosti u lidí s těžkou formou demence (terminální fáze).

Domov A

Tabulka 12 Aktivizační činnosti u lidí v terminálním stádiu AN domov A

Aktivizační činnosti pro lidi s těžkou formou demence	Jak často tyto činnosti probíhají.
Individuální návštěvy na pokojích (poslech hudby, čtení)	1 x týdně
Pobyt v relaxační místnosti (fototerapie)	2 – 3x měsíčně
Cvičení na lůžku, nácvik chůze	
Návštěva canisterapeutického psa na pokoji klienta	1 měsíčně
Pobyt venku	Dle dohody a počasí

Domov B

Tabulka 13 Aktivizační činnosti u lidí v terminálním stádiu AN domov B

Aktivizační činnosti pro lidi s těžkou formou demence	Jak často tyto činnosti probíhají.
Relaxační techniky (práce se světlem, vůní a hudbou)	Několikrát za týden, zhruba hodinu
Bazální stimulace	5x za týden 15 minut dopoledne, odpoledne dle potřeby
Stimulace chutě, čichu a dechu	Dle možností aktivizačních pracovníků
Pobyt v terapeutických místnostech (reminiscenční terapie, světelná terapie)	Několikrát za týden zhruba hodinu

Domov C

Tabulka 14 Aktivizační činnosti u lidí v terminálním stádiu AN domov C

Aktivizační činnosti pro lidi s těžkou formou demence	Jak často tyto činnosti probíhají.
Předčítání	Několikrát týdně
Cvičení	1x týdně 20 minut
Zpívání a poslech hudby	Několikrát týdně
Canisterapie	1x měsíčně

Domov D

Tabulka 15 Aktivizační činnosti u lidí v terminálním stádiu AN domov D

Aktivizační činnosti pro lidi s těžkou formou demence	Jak často tyto činnosti probíhají.
Bazální stimulace	1x denně 15-30 minut
Předčítání	3x týdně 15 minut

Domov E

Tabulka 16 Aktivizační činnosti u lidí v terminálním stádiu AN domov E

Aktivizační činnosti pro lidi s těžkou formou demence	Jak často tyto činnosti probíhají.
Canisterapie	1x měsíčně
Cvičení s klientem	Několikrát do týdne
Individuálně trávený čas s klientem, probíhají různé aktivizační činnosti (poslech hudby, čtení, apod.)	Každý den

Závěr 3. cíle

Pokud vezmeme v potaz velikost domovů, odpovídají tomu i možnosti aktivizačních činností u seniorů v termální fázi AN. V menších domovech není tolik možností výběru a zřejmě ani času. Dle mého názoru je jedním z důvodů menší počet personálu, který by se těmto lidem mohl více individuálně věnovat. V tomto stádiu AN to již není o rozvoji či podpoře zbylých funkcí, ale o tom, aby se dotyčný cítil dobře, spokojeně, netrpěl nějakou bolestí, uspokojoval si svoje vnitřní potřeby (především v oblasti sociálního kontaktu). Ve všech domovech jsou zajištěny alespoň minimální aktivizační činnosti. Oceňuji rozvoj ve větších domovech, že jsou schopné využít personálu, financí a dalších aspektů k prospěchu lidem v této fázi nemoci, aby i oni mohli dožít svůj život důstojně.

Cíl 4.

Zjistit, co domovy dále dělají ke zlepšení aktivizačních činností.

Tabulka 17 Zlepšování aktivizačních činností ve všech domovech

Domov	A	B	C	D	E
Snaží se zavádět nové činnosti a metody	ano	ano	ano	ano	ano
O nových činnostech a metodách se dozvídají	Konference, kurzy, média, pracovníci z jiných zařízení, stáže	Školení, stáže a internet	Internet, školení	Odborné články (časopis Sociální služby, atp.)	Internet, literatura, akreditované kurzy
Snaží se školit své zaměstnance v rozvoji aktivizačních činností, aby se mohly stát odborníky na danou problematiku	Ano a to i nad rámec povinných 24 hodin vzdělávání ročně. Záleží na nabídce a finančních možnostech. Pracovníci mají vždy zájem.	Odbornost podle potřeby (odbornost = školení zaměřené na bazální stimulaci, školení pro keramickou dílnu apod.) a zájmů zaměstnanců. Jinak v rámci 24 hodin vzdělávání ročně v různých tématech.	Ano v rámci povinných 24 hodin vzdělávání ročně.	Ano cca 1x ročně.	Ano dle platné legislativy a časových možností zaměstnanců.

Závěr 4. cíle

Všechny domovy se snaží zavádět nové aktivizační činnosti, avšak většina pouze v rámci zákonně stanovených 24 hodin vzdělávání ročně. O nových činnostech se dozvídají především z absolvovaných školení, ale častým je také internet. Méně častými zdroji je literatura nebo časopisy. Očekávala jsem větší zájem domovů o další rozšiřování poznatků v oblasti aktivizačních činností. Zajímavé by byly skutečnosti, kdyby zákon nestanovoval povinné vzdělávání v rámci 24 hodin ročně. Zajímaly by se domovy o vzdělávání svých zaměstnanců o nové metody, činnosti apod.?

IV. Vyhodnocení výsledků výzkumného šetření

V závěru se vyhodnocuji předem stanovené hypotézy. Hypotéza 1.: Domov s menším počtem osob s diagnostikovanou demencí má méně aktivit pro seniory s demencí. Myslím si, že tuto hypotézu můžeme potvrdit. Z výsledků výzkumu vyplývá, že domov s menším počtem osob má méně nabízených aktivit a to i vzhledem k individuální péči seniora v terminálním stádiu. Musíme brát v potaz i to, že domov je vzhledem k menšímu počtu klientů i prostorově menší a zcela jistě má i méně zaměstnanců. Rozšiřování nabídek aktivizačních činností může být v tomto ohledu problémem.

Hypotéza 2.:Většina domovů má daný rozvrh aktivit na přesný den a čas, nepřizpůsobují ho individuálně seniorům s demencí. Z výzkumu vyplývá, že je jistá snaha o uzpůsobování a jisté možnosti volby v tomto ohledu. Samozřejmostí je, že plánování musí být zachované v každém domově. Slouží to k větší a přehlednější organizaci celého domova. Některé větší akce, musí být plánované i dlouho dopředu.

Hypotéza 3.:Domovy mají snahu o zlepšení úrovně a aktivizačních činností, školí své zaměstnance a zvou odborníky. Tuto hypotézu můžeme potvrdit. Dle mého názoru by mohla přicházet větší zaangažovanost domovů. Pokud mají zaměstnanci zájem, vzdělávat je i nad rámec povinných 24 hodin ročně. V oblasti odborníků domovy zvou většinou psychology a canystrapeuty. Existuje i více odborníků, které by jistě zvýšili kvalitu aktivizačních činností v domovech. Zaměstnanci vzdělávané pouze v rámci povinného vzdělávání nemohou dosáhnout vyšší úrovně odbornosti.

V. Závěr

Bakalářská práce měla v teoretické rovině čtenářům přiblížit období stáří a především problematiku demence se všemi jejími specifiky. Závěrem teoretické části bylo třeba zmínit systém a možnosti péče o osoby postižené demencí. Často se tito lidé dostávají do domovů pro seniory se zvláštním režimem.

Domovy se zvláštním režimem jsou specializovaná zařízení uzpůsobená seniorům s diagnostikovanou demencí. Péče v těchto domovech by měla být speciálně přizpůsobena lidem s touto chorobou. Domovy zajišťují sociální služby přesně vydefinované v zákoně (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách) a my je v takových zařízeních vždy nalezneme. Aktivizační činnosti v zákoně najdeme také, ale jejich přesné definování už nikoliv, proto se nabídka těchto činností může lišit.

V mé výzkumné části bylo cílem zjistit odlišnost, množství a přizpůsobení aktivizačních činností pro lidi s demencí v různých domovech se zvláštním režimem s ohledem na jejich kapacitu. Dalším cílem bylo zjistit, zda jsou aktivizační činnosti zajištěny i pro seniory s těžkou formou demence. V posledním cíli byla zohledněna i oblast zlepšování těchto aktivit.

Pokud se tedy podíváme na závěry, které byly vyhodnoceny, zjišťujeme, že nabídka domovů se převážně shoduje. Domovy mají podobné aktivizační činnosti a jejich četnost se odvíjí od velikosti daného domova. Markantnější rozdíly nenajdeme ani u činností pro seniory s těžkou formou demence, nabídka a četnost se opět liší dle velikosti domova. Respondenti převážně uváděli, že jejich aktivizační činnosti jsou uzpůsobené lidem s demencí, ale realita může být jiná. Z výzkumu také vyplývá, že se všechny domovy snaží zavádět nové činnosti a metody, ale školení zaměstnanců většinou nepřesahuje zákonem stanovené lhůty pro vzdělávání.

Byla bych velmi ráda, kdyby tato bakalářská práce přispěla ke zlepšení a zvýšení nabídky aktivizačních činností v domovech. Tyto činnosti jsou pro seniory s demencí velmi důležité, i když nedojde k nějakému rozvoji. Senioři potřebují posilovat zachované schopnosti, cítit se potřební a mít sociální kontakt. To vše jim zajišťují aktivizační činnosti a oni tak mohou dožít svůj život smysluplně až do jeho konce.

Pro mne bylo vypracování této práce velkým přínosem. Během své výzkumné části jsem potkala mnoho zajímavých lidí, kteří milují svou práci a ze srdce pomáhají nemocným seniorům. V médiích často čteme články o týrání seniorů v domovech nebo nemocnicích, proto jsem velice ráda, že jsem se mohla setkat s opačnou stranou mince a velice si těchto lidí vážím.

VI. Seznam užitých zkratk

AN = alzheimerova nemoc

ČR = Česká Republika

VII. Seznam literatury

BUIJSSEN, Huub. *Demence: průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele*. Praha: Portál, 2006. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7367-081-x.

CALLONE, Patricia R. *A caregiver's guide to Alzheimer's disease: 300 tips for making life easier*. New York: Demos Medical Pub., c2006. ISBN 9781932603163.

Česká alzheimerovská společnost [online]. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2015 [cit. 2018-03-03]. Dostupné z: <http://www.alzheimer.cz/>

Florence: odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky [online]. Praha: Ambit media, c2009-2017 [cit. 2018-03-10]. Dostupné z: www.florence.cz

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.)

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

HORT, Jakub a Robert RUSINA. *Paměť a její poruchy: paměť z hlediska neurovědního a klinického*. Praha: Maxdorf, c2007. Jessenius. ISBN 978-80-7345-004-5.

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

JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ, 2009. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada. 164 s. ISBN 978-80-247-2454-6

KALVACH, Zdeněk. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.

KLEVETOVÁ, Dana a Irena DLABALOVÁ. *Motivační prvky při práci se seniory*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2169-9.

KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Sociální práce a sociální služby [online]. Praha: MPSV, 2017 [cit. 2018-03-09]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz>

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006, 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.

MÜHLPACHR, Pavel. *Gerontopedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada, 2009. Sociologie (Grada). ISBN 8024730065.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

SUCHÁ, Jitka, Iva JINDROVÁ a Běla HÁTLOVÁ. *Hry a činnosti pro aktivní seniory*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0335-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.

VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007. ISBN 978-80-7322-109-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2170-5.

ZEMAN, Marek. *Obecné základy kinezioterapie*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2016. ISBN 978-80-7394-584-8.

ZIKL, Pavel. *Terapie ve speciální pedagogice: (ergoterapie, fyzioterapie, bazální stimulace)*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-493-9.

Zpráva o stavu demence. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2014. ISBN 978-80-86541-50-1.

VIII. Seznam obrázků a grafů

Tabulka 1 změny ve stáří.....	10
Tabulka 2: Domov A	32
Tabulka 3 Domov B	33
Tabulka 4 Domov C	34
Tabulka 5 Domov D	34
Tabulka 6 Domov E.....	35
Tabulka 7 Aktivizační činnosti domov A.....	37
Tabulka 8 Aktivizační činnosti domov B	39
Tabulka 9 Aktivizační činnosti domov C	41
Tabulka 10 Aktivizační činnosti domov D.....	42
Tabulka 11 Aktivizační činnosti domov E	43
Tabulka 12 Aktivizační činnosti u lidí v terminálním stádiu AN domov A.....	45
Tabulka 13 Aktivizační činnosti u lidí v terminálním stádiu AN domov B.....	45
Tabulka 14 Aktivizační činnosti u lidí v terminálním stádiu AN domov C.....	46
Tabulka 15 Aktivizační činnosti u lidí v terminálním stádiu AN domov D.....	46
Tabulka 16 Aktivizační činnosti u lidí v terminálním stádiu AN domov E	46
Tabulka 17 Zlepšování aktivizačních činností ve všech domovech.....	48

IX. Seznam příloh

P. 1. Dotazník