

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Diplomová práce

Bc. Ludmila Pudová

Význam aktivizace u osob s Alzheimerovou demencí v rezidenční péči

Olomouc 2016

vedoucí práce: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem uvedenou diplomovou práci vypracovala samostatně a pro vytvoření práce jsem použila jen uvedené zdroje.

.....

Podpis autora práce

V Olomouci dne 30. 11. 2016

Poděkování:

Děkuji Mgr. Oldřichu Müllerovi, Ph.D. za odborné vedení práce a poskytování cenných rad, dále děkuji zařízení domova pro osoby s Alzheimerovou chorobou, které mi umožnilo realizovat výzkum. Také moc děkuji své rodině a přátelům za podporu při zpracování diplomové práce.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Bc. Ludmila Pudová
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Mgr. Oldřich Müller, Ph. D.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Význam aktivizace u osob s Alzheimerovou demencí v rezidenční péči
Název v angličtině:	The importance of activation in people with Alzheimer's dementia in residential care.
Anotace práce:	Diplomová práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část vymezuje pojem demence, diagnostika a léčba demencí, různé formy terapie, zásady komunikace a charakterizuje rezidenční péči. Praktická část se zabývá analýzou přímého pozorování respondentů v jednotlivých sledovaných kategoriích. Cílem diplomové práce je objasnění, zda vybrané aktivizační činnosti pomáhají uživatelům dané služby při adaptaci, jaké jsou důvody zlepšení či zhoršení stavu aktivit běžného denního života uživatelů s Alzheimerovou chorobou v průběhu adaptačního procesu.
Klíčová slova:	Demence, léčba demence, komunikace, aktivizační činnosti, rezidenční péče
Anotace v angličtině:	The thesis is divided into two parts. The theoretical part defines the concept of dementia, diagnosis and treatment of dementia, various forms of therapy, principles of communication and characterizes residential care. The practical part analyzes the direct observation of respondents in individual categories examined. The aim of the thesis clarify whether the selected activation activities to help users of the service to

	adapt, what are the reasons for the improvement or worsening of activities of everyday life of users with Alzheimer's disease during the adaptation process.
Klíčová slova v angličtině:	Dementia, treatment of dementia, communication, motivational activities, residential care
Přílohy vázané v práci:	<p>Příloha č. 1 - Pozorovací arch</p> <p>Příloha č. 2 – Hodnotící škála</p> <p>Příloha č. 3 - Celkové výsledky výzkumu</p> <p>Příloha č. 4 - Kazuistika</p> <p>Příloha č. 5 - Fotografie respondentů při jednotlivých činnostech</p>
Rozsah práce:	90
Jazyk práce:	český

OBSAH

Úvod	8
1 Demence	9
1.1 Příznaky Alzheimerovy choroby	12
1.2 Příčiny Alzheimerovy choroby	12
1.3 Stadia Alzheimerovy choroby	14
2 Funkční postižení u osob s Alzheimerovou chorobou	16
2.1 Poruchy kognitivních funkcí.....	16
2.1.1 Poruchy paměti.....	17
2.1.2 Poruchy orientace.....	17
2.1.3 Poruchy úsudku a myšlení	18
2.1.4. Poruchy pozornosti a motivace	18
2.1.5 Poruchy řeči.....	18
2.2 Behaviorální změny u osob s Alzheimerovou chorobou	19
2.3 Sociální dopady demence	20
3 Vyšetření u pacientů s demencí	21
3.1 Screeningové testy	21
3.2 Testy paměti.....	22
3.3 Hodnocení denních aktivit	23
3.4 Pomocné vyšetřovací metody	23
4 Léčba při Alzheimerově chorobě	25
4.1 Kognitivní farmakoterapie	25
4.2 Nekognitivní farmakoterapie	26
4.3 Nefarmakologické přístupy.....	27
5 Vybrané aktivity pro osoby s Alzheimerovou chorobou	28
5.1 Kognitivní trénink.....	29
5.2. Muzikoterapie	29
5.3 Arteterapie	30
5.4 Zooterapie	31
5.5 Terapeutické panenky	32
5.6 Další možné aktivity pro osoby s Alzheimerovou chorobou.....	33
6 Humanistické přístupy k osobám s Alzheimerovou chorobou	34
6.1 Validace	34
6.2 Reminiscenční terapie.....	36

7 Specifika komunikace s osobami s Alzheimerovou chorobou	38
7.1 Zásady pro komunikaci	39
8 Rezidenční péče	41
8.1 Charakteristika pobytových služeb	41
8.2 Domov se zvláštním režimem	42
8.3 Personální zajištění domova se zvláštním režimem	43
8.4 Adaptace uživatelů na pobyt v zařízení	45
PRAKTICKÁ ČÁST	48
9 Metodologie výzkumu	48
9.1 Cíl výzkumu a stanovení výzkumné otázky	48
9.2 Metody sběru dat	49
9.3 Výběr výzkumného vzorku	51
9.3.1 Charakteristika zařízení domova se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou chorobou	51
9.4 Organizace výzkumu	52
10 Vyhodnocení výzkumu	53
10.1 Vliv aktivizačních činností na schopnosti respondentů během adaptační doby	55
Diskuze	77
Závěr	82
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ	84
SEZNAM OBRÁZKŮ	89
SEZNAM GRAFŮ	89
SEZNAM PŘÍLOH	90

Motto: „Naše aktivity nás budou naplňovat, pokud je budeme vykonávat se zaujetím, to znamená vytvořit z nich srdeční záležitost, dělat je rád. Co slouží jen k rozptýlení a úniku před samotou, zanechá nakonec zklamání a prázdnotu.“

Anselm Grün

Úvod

Téma Alzheimerovi choroby je v dnešní době skloňováno ve všech pádech, a v současnosti nenajdeme žádné médium, kde by se nevyskytoval příspěvek, reportáž či článek o této nemoci. Se zvyšující se životní úrovní obyvatelstva, ale i s rostoucí délkou lidského života přibývá tohoto onemocnění. Centra pro nemocné Alzheimerovou chorobou vznikají po celé České republice, ať již samostatně nebo při domovech seniorů. A je předpokladem že i v nejbližším desetiletí bude mít toto onemocnění stoupající tendenci. Alzheimerova choroba je problémem nejen v rámci České republiky, ale i celosvětový. A právě adaptační fáze pacienta s demencí je z mého pohledu velice důležité. Je to fáze, kdy rodina, přestává zvládat péči o svého nejbližšího a je nucena přistoupit k rezidenční péči. Toto rozhodnutí, ale i samotná adaptační fáze je nelehká jak pro samotného seniora, tak i pro jeho rodinu. V tomto období, hraje velikou roli personál, který se o pacienta stará.

Současné poznatky o této problematice jsou sice již na vyšší úrovni, než zhruba před 15 lety, kdy se toto onemocnění dostalo do podvědomí široké populace. Avšak i v současnosti se nacházejí mezi pacienty s demencí špatně diagnostikovaní pacienti, kteří jsou umístěováni do psychiatrických léčeben či do léčeben dlouhodobě nemocných. A zde se jim nedostává adekvátní péče, jak ze strany zdravotnického personálu, tak i z pozice aktivizačních pracovníků.

Diplomová práce se skládá ze dvou částí – z části teoretické a části praktické. Teoretická část zahrnuje osm kapitol. Obsah kapitol je zaměřen na objasnění jednotlivých pojmů z oblasti demence, charakteristiku Alzheimerovy choroby, vyšetření a léčbu, oblasti terapie a definování pojmu rezidenční péče.

Součástí praktické části je charakteristika výzkumného vzorku, charakteristika zařízení, kde výzkum probíhal a také analýza aktivizačních činností, které jsou vhodné v adaptační části pro pacienty s Alzheimerovou chorobou v rezidenční péči.

Výstupem praktické části jsou analýzy přímého pozorování respondentů v jednotlivých sledovaných kategoriích.

Cílem praktické části je objasnění, zda vybrané aktivizační činnosti pomáhají uživatelům dané služby při adaptaci a dále se pokusíme v rámci kvalitativního hodnocení uvést možné důvody případné změny, tj. jaké jsou důvody zlepšení či zhoršení stavu aktivit běžného denního života uživatelů s Alzheimerovou chorobou v průběhu adaptačního procesu.

1 Demence

O Alzheimerově chorobě – onemocnění, kterého v naší populaci stále přibývá - již bylo napsáno mnoho knih a ještě nemalé množství jich zcela jistě vyjde v nejednom nakladatelství, napíše se mnoho odborných článků, ale i rozhovorů s pacienty, lékaři i pečujícími o tyto nemocné.

Samotná demence může mít více podob a právě Alzheimerova choroba je jednou z nich. A však i to této nemoci odborníci polemizují, zda je to jediná choroba, nebo snad soubor několika onemocnění a definitivní diagnóza je možná, až po smrti nemocného.

Mezinárodní klasifikace nemocí, MKN-10, definuje demenci takto:

Je to syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek. Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace (1).

Pidrman (2007, s. 31) definuje hlavní typy demencí takto:

1) Primárně degenerativní demence:

- *Alzheimerova choroba*
- *demence s Lewyho tělísky*
- *frontotemporální demence*

Alzheimerova choroba představuje 60 % všech demencí.

2) Sekundární demence:

Do této skupiny se řadí více než 70 skupin sekundárních demencí, z nichž nejrozšířenější jsou:

- *vaskulární demence*
- *metabolické demence*
- *toxické demence*
- *demence při Parkinsonově chorobě*
- *demence při Huntingtonově chorobě*
- *traumatické demence*
- *demence při nádorech CNS*

3) Smíšené demence

- *smíšená Alzheimerova/vaskulární*
- *smíšená Alzheimerova/jiné primárně degenerativní demence*
- *ostatní smíšené*

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, vydaní v České republice v roce 2015 (Raboch, ed. et al., 2015, s. 641) definuje Alzheimerovu nemoc jako závažnou nebo mírnou neurokognitivní poruchu, se specifikací, že porucha je s následkem Alzheimerovy nemoci, a s další specifikací a to jestli je nemoc bez behaviorálních symptomů nebo s behaviorálními symptomy.

Pro závažnou neurokognitivní poruchu:

Pravděpodobná Alzheimerova nemoc je diagnostikována, pokud je přítomno jedno ze dvou následujících kritérií, jinak by měla být diagnostikována možná Alzheimerova nemoc.

Tyto kritéria jsou:

1. Důkaz o genetické mutaci způsobující Alzheimerovu nemoc v rodinné anamnéze nebo z genetického testování.

2. Jsou přítomny všechny tři následující znaky:

a) jasné důkazy o zhoršování paměti a učení a alespoň jedné další kognitivní funkce (na základě podrobné anamnézy nebo opakovaného neuropsychologického vyšetření)

b) trvale progresivní, postupný pokles kognice, bez delšího období stabilizace či zastavení progresu

c) neexistuje žádný důkaz smíšené etiologii (tj. absence jiných neurodegenerativních nebo cerebrovaskulárních onemocnění nebo jiných neurologických, duševních či systémových onemocnění nebo chorob, které mohou způsobit pokles kognitivních funkcí.

Závažná se od mírné neurokognitivní poruchy způsobené Alzheimerovou nemocí liší, že u mírné neurokognitivní poruchy nejsou dostupné důkazy o genetické mutaci způsobující Alzheimerovu nemoc

Alzheimerova nemoc nese název po profesoru Aloisi Alzheimerovi, který v roce 1906, který měl v péči pacientku, v jejíž mozkové tkáni byli zjištěny nápadné změny. Alzheimer o tomto případě vedl přednášku v jihoněmeckém Tübingenu s názvem „O svérázném onemocnění mozkové kůry“, tako přednáška byla publikována v roce 1907 a stala se základem pro pojem Alzheimerova nemoc (Koukolík, Jirák, 1998, s. 11).

Alzheimerovu chorobu přirovnává ve své knize, vysokoškolský pedagog Univerzity Palackého doktor Miroslav Orel (2015, s. 35, k jádru vlašského ořechu. Osvětluje zde tuto chorobu široké laické veřejnosti, přirovnává ji k jádru vlašského ořechu. Při onemocnění touto chorobou se v lidském mozku začnou objevovat hrudky bílkoviny (β – amyloid), ta způsobuje to, že působí toxicky na okolní neurony, které začínají postupně degenerovat a nakonec odumírají úplně. Úbytek mozkové tkáně vede k pozvolnému zmenšování mozku - tak jako čerstvé jádro vyplňuje celý ořech, tak by se dal přirovnat i mozek zdravého člověka. Stejně tak je tomu i u suchého jádra vlašského ořechu, který je seschlé a má kolem sebe ve skořápce dost prostoru. Ve finálním stádiu Alzheimerovy choroby má též mozek pacienta menší objem a „volný prostor“ kolem sebe.

1.1 Příznaky Alzheimerovy choroby

Tato nemoc začíná pozvolna, tiše. Je typický pozvolný, nenápadný začátek. Je velmi časté, že i právě proto si okolí ani samotný nemocný nevšimne prvních projevů nemoci. Pomalu dochází k drobným změnám osobnostních rysů nemocného, zhoršuje se krátkodobá paměť, nemocný postupně zapomíná základní etická a estetická pravidla, postupem choroby již není schopen se postarat o chod běžné domácnosti, ukládá věci na nesprávná místa, má problémy s abstraktním myšlením, neorientuje se ani na známých místech a většinou se uzavře sám do sebe. Avšak rychlost, kterou celá nemoc postupuje, se u každého nemocného liší.

1.2 Příčiny Alzheimerovy choroby

Alzheimerova choroba je v dnešní době skloňována ve všech pádech, avšak nelze jednoznačně určit příčinu jejího vzniku.

Profesoři neuropsychologie Richard Mayeux a Yaakov Stern (2) provedli v roce 2012 výzkum, kde uvádějí možné faktory, které se podílejí na vzniku Alzheimerovi demence a to:

- **vaskulární onemocnění a cerebrovaskulární nemoci** (cévní mozková příhoda) - u lidí, kteří prodělali mozkovou mrtvici, je pravděpodobnější dřívější nástup Alzheimerovy choroby a to i zejména díky atrofií mozku
- **vysoký krevní tlak** - lidé trpící hypertenzí ve středním věku jsou s větší pravděpodobností ohroženi vznikem Alzheimerovy choroby v pozdějším věku. Naproti tomu při vzestupu choroby dochází ke snižování krevního tlaku a to v následku úbytku tělesné hmotnosti a dalších faktorů
- **diabetes 2. typu** - přímo působí na hromadění β – amyloidů v mozku, a tak patří mezi další možná rizika onemocnění Alzheimerovou chorobou.

- **tělesná hmotnost** - lidé, kteří trpí podváhou, mají pravděpodobněji vyšší riziko vzniku této choroby, stejně tak lidé trpící nadváhou
- **kouření** - dřívější výzkumy tvrdily, že kouření se může jevit jako ochranný faktor pro vznik Alzheimerovy choroby, nejnovější studie, ale tento výzkum nepotvrdily a naopak poukazují na to, že kouření zrychluje cholinergní metabolismus, jež má za následek to, že v mozku je málo acetylcholinu, neurotransmitéru, který má stimulační účinek v hipokampu, a jehož stálý nedostatek vede k propuknutí Alzheimerovy choroby
- **poranění hlavy** - lidé, kteří utrpěli závažné zranění hlavy (ztráta vědomí minimálně na 15 minut), mají pravděpodobněji výskyt vzniku Alzheimerovi choroby než ostatní populace. V současnosti je poranění hlavy významným rizikovým faktorem vzniku této choroby.

Hlavním faktorem vzniku onemocnění Alzheimerovy choroby je věk a pohlaví. Tato nemoc se může objevit kdykoliv během života člověka, avšak nejtypičtějším obdobím pro vznik nemoci je kolem 60 roku pacienta. Ještě nutno podotknout, že podle výzkumů a podle poslední Zprávy o stavu demence (3) trpí častěji touto nemocí častěji ženy než muži. Podle této zprávy bylo v roce 2014 postiženo touto chorobou 103 tisíc žen a 49 595 mužů. Přičemž do věku 65 let trpí touto chorobou každý 866 člověk, avšak nad 65 rok už je to každý 13. člověk, nad 80 let už je to každý 5. v nejvyšší věkové kategorii, tj. nad 90let téměř každý druhý člověk.

Jak uvádí i Jiráček (in Jiráček et al., 2009, s. 31) důležitým činitelem vzniku této choroby jsou i genetické faktory.

U několika málo procent pacientů byly nalezeny změny v genetickém zápisu a to na chromozomech 21,14 a 1, které vedou k rozběhnutí tvorby a ukládání nezdravé bílkoviny β – amyloidu.

Přičemž blízcí příbuzní (sourozenci, děti) lidí trpící touto chorobou mají třikrát až čtyřikrát větší pravděpodobnost výskytu onemocnění, než lidé bez této genové zátěže. Jiráček dále uvádí, že k růstu nemoci je třeba genetické závislosti na více místech, ale je též pravděpodobné, že důležitou roli v progresi nemoc hrají i faktory negenetické, které jsem zmínila výše.

1.3 Stadia Alzheimerovy choroby

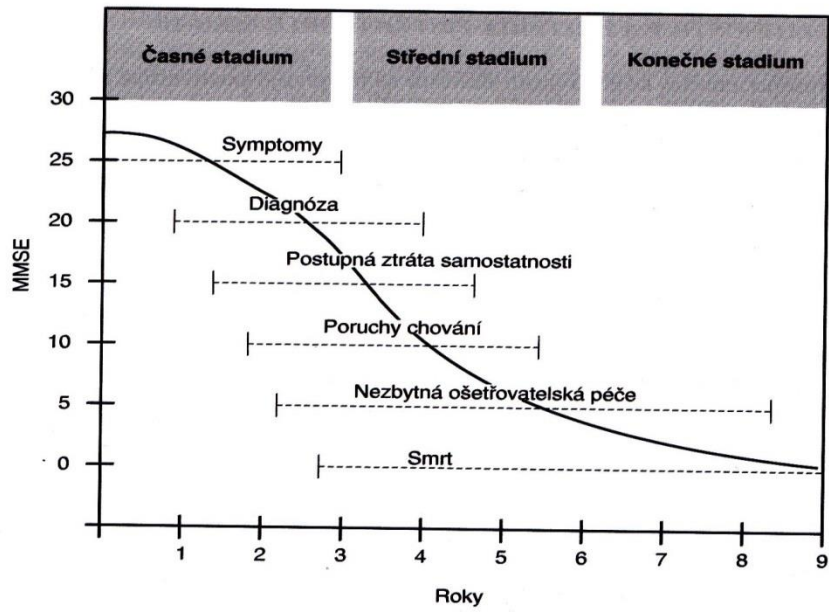
Podle Pidrmána (2007, s. 35), jež uvádí průměrnou délku trvání onemocnění 9 let, avšak u některých pacientů byla zjištěna doba přežití 15 i více let, můžeme rozdělit průběh onemocnění na 3 stadia, avšak některé problémy se mohou objevit v kterémkoliv stadiu, některé pak nemusí nastat vůbec. Přejchod mezi jednotlivými stádii může trvat i několik let:

- **časné neboli mírné stadium** - v této fázi se zhoršuje krátkodobá paměť, hůře se přizpůsobuje novým situacím, pozvolna ztrácí prostorovou orientaci (nemocný nepoznává známá místa), stejně tak i časová dezorientace (nepamatuje si co je za den, měsíc, roční období, rok, termíny sjednaných schůzek), v hovoru opakuje stejné otázky, obtížně hledá vhodná slova, v tomto stadiu nemocný ztrácí motivaci, mnohdy upadá až do apatie

- **střední stadium** - v této fázi se již objevují výraznější problémy, které nemocnému nedovolí vykonávat běžné každodenní aktivity, jako je obstarávání domácnosti, oblékání si oděvu v nesprávném pořadí, zapomínání se v této fázi rapidně zrychluje, nemocný si často nevybavuje jména, zapomíná nedávné události, není schopen používat vytvořené seznamy, problém mu dělá i orientace ve vlastním bytě, obtíže v řešení finančních záležitostí, nemocný není schopen většího soustředění, v této fázi se mohou objevit i halucinace popřípadě agresivní chování.

- **těžké (hluboké) stadium** - pro toto období je již charakteristické úplná závislost nemocného, který je odkázán na pomoc druhých, nemocný nerozpoznává obličeje blízkých, je apatický nerozpoznává tvary ani předměty, začínají se projevovat problémy s chůzí, která přechází často v imobilitu. Nemocný již mnohdy nedokáže vyjádřit svoje potřeby, paměťové schopnosti jsou zcela vymizelé, v řeči opakuje jen několik málo slov, případně přestává mluvit zcela. Mnohdy není schopen se sám najíst, obléknout se, není schopný dodržovat základní hygienu, v tomto stadiu jsou nemocní již inkontinentní (Solárová, 2010).

V grafu je patrný rozvoj od prvních příznaků až po smrt, některé symptomy se překrývají v čase i intenzitě.



Obrázek 1 *Klasický průběh Alzheimerovy choroby*, Pidrman (2007)

2 Funkční postižení u osob s Alzheimerovou chorobou

Podle Jiráka (4) můžeme funkční postižení u osob s Alzheimerovou chorobou rozdělit do několika oblastí, přičemž jednotlivé oblasti se mohou vzájemně překrývat:

- 1) Poruchy kognitivních funkcí
- 2) Poruchy aktivit denního života
- 3) Behaviorální a psychologické příznaky

2.1 Poruchy kognitivních funkcí

Kognitivní funkce můžeme definovat jako paměť, myšlení, orientaci, koncentraci, řečové a gnostické funkce. Jsou souborem funkcí, které nám umožňují smysluplně vnímat okolní prostředí a i naše vnitřní psychické stavy. Jsou vyššími funkcemi mozku a k jejich poruše dochází vždy, když dojde ke zhoršení funkce mozkové kůry, buď to z důvodů, které mohou být akutní, chronické, nezhoubné až po velmi vážné. Jakmile si starší lidé stěžují na poruchy paměti, jedná o tzv. subjektivní stesky, z kterých můžeme pozorovat určité závažnější poruchy kognitivních funkcí, avšak pokaždé tomu tak být nemusí (5).

Pidrman (2007, s. 21) uvádí tři směry, jak být úspěšný v identifikování nemocného u kterého pozorujeme příznaky kognitivního poruchy:

- pacient sám vyhledá odbornou pomoc lékaře při potížích s myšlením a pamětí
- na obtíže pacienta upozorní lékaře rodina či přátelé, kteří jsou s pacientem v denním kontaktu a všímají si jeho obtíží a příznaků, popisují jednotlivé situace, které mohou být součástí syndromu demence
- lékař při obvyklém vyšetření provede jednoduchý screeningový test, při kterém zjistí doposud nepoznanou kognitivní poruchu.

Dále Pidrman uvádí několik základních pravidel, které jsou důležité pro vyšetření pacienta s kognitivními poruchami. V první řadě jsou informace od rodinných příslušníků nebo pečující osoby. Anamnéza, kterou sdělí sám pacient je nedostačující. Počátek příznaků, rychlost vzestupu onemocnění, změny v osobnosti pacienta, to vše by mělo být zjišťováno aktivními dotazy. Následně se provede test, v klinické praxi se používá orientační vyšetření kognitivních funkcí za pomoci jednoduchých testů, tyto testy jsou obvykle součástí komplexního geriatrického vyšetření, avšak mohou se využít i samostatně. Takovým to testem je test hodin. Pacient má za úkol nakreslit do připraveného kruhu ciferník hodin a vyznačit na něm určitou hodinu. O samotných testech se zmiňuji v další kapitole. Součástí

vyšetření pacienta by mělo být i psychologické vyšetření a to k přesnějšímu určení míry intenzity a závažnosti postižení kognitivních funkcí. Důležitým krokem ve vyšetření pacienta je i laboratorní vyšetření, které zahrnuje základní biochemické vyšetření, určení hladiny hormonů štítné žlázy, hladiny vitamínu B 12 (v případě mladších jedinců), nedílnou součástí vyšetření by mělo být i EKG a CT mozku.

Poruchy kognitivních funkcí bývají často prvními signály, které se mohou objevit jako první klinické příznaky Alzheimerovy choroby.

Jak jsem již zmiňovala více, řadíme zde především poruchy paměti, myšlení a úsudku, orientace, pozornosti a motivace, poruchy smyslového vnímání a poruchy exekutivních funkcí.

2.1.1 Poruchy paměti

Poruchy paměti jsou rozptýlené, obvykle na počátku onemocnění bývá narušena krátkodobá paměť, dlouhodobá paměť bývá zachována po delší dobu. Pacient již není schopen si zapamatovat nové informace. Často se projevuje tím, že nemocný pokládá opakované dotazy, které jsou podmiňovány často úzkostí, nejistotou a nedostatkem pochopení v různých situacích. Porucha dlouhodobé paměti se začíná objevovat až v pokročilejším stádiu onemocnění. Nejdříve je na ústupu paměť deklarativní než paměť procedurální. Nemocný postupně ztrácí svoji identitu a jeho myšlenky se ubírají od současnosti k minulosti. Opouští reálný svět, a vrací se do světa odlišného. Dlouhodobá paměť je spojená s poznatky, které mají pro nemocného citový význam, tudíž, takové informace považuje paměť za důležité a významné pro dlouhodobé uchování. (Holmerová, Jarolímová in Holmerová a kol., 2009, s. 18).

2.1.2 Poruchy orientace

Nemocný postupně ztrácí orientaci v místech, které důvěrně zná, může tápat i v domácím prostředí, okolní nacvičenou trasu, kterou běžně zvládal bez problémů, již nezvládá a bloudí ve vlastním městě. S postupem onemocnění se stupeň dezorientace zhoršuje, nemocný bývá dezorientovaný časem, místem, prostorem a v konečném stádiu i vlastní osobou. Nemocný neví, co je za den, měsíc či rok. S gradací nemoci je dezorientovaný i vlastní osobou, neví, kdy se narodil, kolik je mu roků, jestli má děti, jakou vykonával profesi. V tomto stádiu je vhodné např. dát do blízkosti zorného pacienta veliké hodiny, popřípadě kalendář, který by sloužil k jeho orientaci v čase. Nevhodné osvětlení, šero či tma, mohou činit nemocnému jaké

potíže, tudíž je vhodné upravit prostředí tak, by v něm nebyl ještě více nejistý (Holmerová, Jarolímová in Holmerová a kol., 2009, s. 19)

2.1.3 Poruchy úsudku a myšlení

Tato porucha souvisí s úbytkem intelektu. Nemocný není schopen porozumění vzájemného vztahu mezi slovy, není schopen objasnit význam přísloví, potíže mu dělají zdánlivě jednoduché matematické operace. S rozvinutím nemoci se již nedokáže správně obléknout, co se týká vhodnosti oblečení dle počasí či jeho správného pořadí. Dlouho po propuknutí nemoci, si nemocný vůbec nepřipouští svoji chorobu, odmítá navštěvovat lékaře, může také věřit tomu, že se jeho situace zvrátí a zlepší se, v důsledku toho odmítá pomoc. Mnohým situacím přestává rozumět, což vede k podezírání, až k paranoidnímu chování vůči svému okolí, má sklony k tomu brát věci doslovně. Nemocný má pocit, že mu okolí schovává věci, dokumenty či finanční hotovost. Z tohoto hlediska je vhodná pomoc blízkých, například pořízením kopií dokladů a dokumentů, aby měl nemocný pocit, že on má kontrolu nad těmito věcmi (Holmerová, Jarolímová in Holmerová a kol., 2009, s. 20).

2.1.4. Poruchy pozornosti a motivace

Pod poruchou pozornosti rozumíme u osob s demencí neschopnost se soustředit či dokončit daný úkol nebo činnost, roztěkanost, nemocný má větší citlivost k rušivým podnětům, v důsledku toho obvykle mívá sníženou schopnost reagování, které se stupňují, až ke zmateným reakcím. Na počátku nemoci povětšinou ztrácí zájem o činnosti, které doposud běžně vykonával, o svoje koníčky, četbu, televizi. Zde je na místě vhodná aktivizace, která by podněcovala zachovalé schopnosti a zlepšila tak vlastní sebe prožívání nemocného jedince. Avšak v pokročilejším stádiu se nemocný projevuje svojí apatičností, až celkovou nechutí k jakékoliv činnosti (Holmerová, Jarolímová in Holmerová a kol., 2009, s. 21).

2.1.5 Poruchy řeči

Dalšími symptomy, které provázejí Alzheimerovu chorobu, jsou poruchy řeči. Nemocný obtížně hledá slova, má zhoršenou artikulaci a z toho také plyne snížená plynulost vyjadřování. Dle Koukolíka (in Koukolík, Jiráček et al., 1998) *pacienti postižení afázií nejsou schopni přesně proměnit neverbální mentální reprezentace tvořící myšlení do symbolů a gramatického uspořádání jazyka a naopak*. Při progresy této poruchy nejsou lidé trpící Alzheimerovou chorobou schopni tvořit srozumitelnou řeč, často používají zkomolené výrazy

a neologismy, řeč je nesprávná i po gramatické stránce, nemocní často smýšlejí, mají narušenou obrazotvornost.

2.2 Behaviorální změny u osob s Alzheimerovou chorobou

Poruchy chování u pacientů s Alzheimerovou chorobou mohou mít různou podobu. Bývají často prvním příznakem této nemoci, které většinou vyvolají pozornost. V časných stádiích nemoci pacienti začínají trpět podrážděností, úzkostí, mohou se vyskytnout i deprese, u některých osob se může objevit úzkost a obavy, ať již z nastávajících či budoucích událostí. Mnohdy se u pacientů vyskytuje neklid, který může být jen nepatrný, avšak neustálý, ale také výraznější, takovému neklidu se říká agitovanost. Opačným jevem agitovanosti může být *hypoaktivita*, která je se projevuje útlumem, pacient se vydrží celé hodiny dívat do jednoho bodu a střídavě u toho podřimuje.

Stavy silnějšího neklidu může doprovázet i agresivita. Agresivitu můžeme rozdělit na *verbální*, sem řadíme nadávky, výhrůžky, kterou jsou povětšinou spojeny se vztekem a zlostí, a bývají naměřovány ke konkrétním osobám, pečujícím osobám nebo všeobecně. Verbální agresivitu můžeme častěji zaznamenat u žen. Agresivita verbální může vygradovat v agresivitu fyzickou, která se projevuje údery, bitím, kopáním. Slovní agresivita se vyskytuje přibližně dvakrát častěji než agresivita fyzická (Borzová in Jiráček et al., 2009, s. 23).

Dalším projevem behaviorálního symptomu je bloudění. Bloudění je stav, který je ohrožující jak pro samotného pacienta, tak i pro jeho nejbližší. Bloudění je po většinou bezcílné, hledání či přerovnávání různých předmětů, ale může být též součástí dezorientace při rozvinutém nemocnění Alzheimerovy demence. Časté je též noční bloudění, u některých nemocných se může projevit i odcházení z domova či zařízení, ve kterém je umístěn (Pidman, 2007, s. 81).

Některé pacienty mohou postihovat bludy, halucinace, fobie a v neposlední řadě i poruchy spánku.

Poruchy spánku mohou vyvolat zvláště v počátečním stádiu nemoci deprese či úzkost. Porucha spánku u pacientů s Alzheimerovou chorobou je výsledkem několika činitelů, do kterých můžeme zahrnout užívání léků, dezorientaci, ale také změnu denního rytmu. Nemocní mají tendence několikrát za den u dřímnout, ba dokonce strávit celý den v posteli, tudíž jsou aktivní v noci, kdy dochází k nočnímu bloudění. K dalším faktorům poruch spánku můžeme přiřadit i nevhodné osvětlení místnosti, ve které pacient spí (Pidman, 2007, s. 85).

2.3 Sociální dopady demence

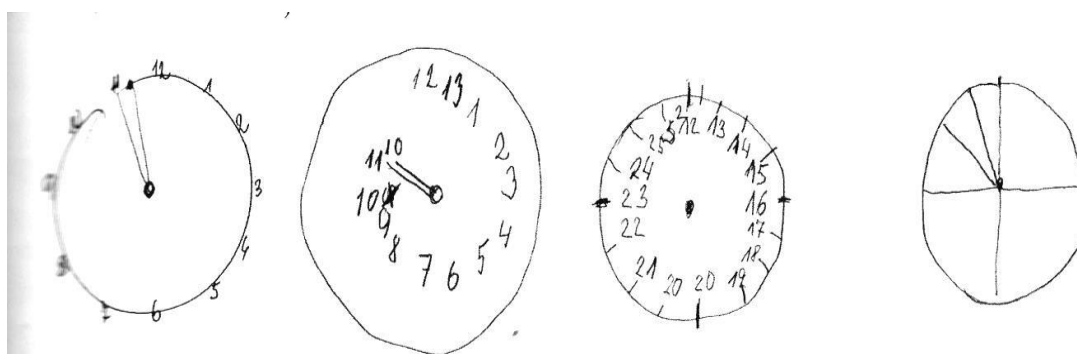
Sociální změny v životě pacienta, kterému diagnostikovali Alzheimerovu chorobu, přicházejí velice záhy. Po většinou tato choroba se rozvíjí až ve zralém věku jedince, v době, kdy očekáváme zasloužený odpočinek a pohodu jak v pracovním procesu, tak i v rodinném životě. Znamená pro něho většinou odchod ze zaměstnání, v horším případě odchod ze zaměstnání v důsledku stupňujících se exekutivních poruch. Činnost, kterou běžně vykonával, se stává pro něho náročnější, ztrácí zájem o svoje koníčky a zájmy. Se změnou přichází i životní změna, nemocný ztrátou zaměstnání přichází i o svůj sociální status. Má obavy z budoucnosti, obavy, které často přenáší i na své rodinné příslušníky. A právě podpora rodinných příslušníků je v této fázi, kdy nemocný ztrácí zaměstnání, kolektiv se kterým se denně setkával, velice důležitá. Vždyť péče o osobu blízkou by měla být u rodinných příslušníků na prvním místě. Ti by měli mít informace o nemoc, jejím vývoji, vytvořit nemocnému bezpečnou domácnost a podat pomocnou ruku v situacích, které jsou pro nemocného nové, neznámé, neorientuje se v nich. Činnosti, které běžně vykonával, se stávají postupem času obtížnějšími a náročnějšími. Některé osoby trpící Alzheimerovou chorobou mají dostatek vůle a odhodlání bojovat proti této nemoci. Nechtějí být stigmatizováni od okolí, chtějí se do něho začlenit a přizpůsobit svůj nadcházející život této nemoci. S postupem onemocnění se také zhoršuje komunikace, která může vyvolat nemalá nedorozumění. Lidem trpící Alzheimerovou chorobou se zpočátku zdá, že mají situaci pod kontrolou, avšak bez odborné pomoci, kvalitního rodinného zázemí se neobejdou. Právě rodina a rodinní příslušníci jsou ti, kteří mohou pomoci nemocnému se zvládnutím stresových situací, které tato nemoc přináší. Vyvíjecím se negativním chováním si může nemocný často znepřátelit blízkou rodinu či svoje blízké okolí. Vytvořit a udržet kvalitní rodinné zázemí a rodinné vztahy, jsou tím nejdůležitějším, co můžeme pro člověka trpícím Alzheimerovou chorobou udělat.

3 Vyšetření u pacientů s demencí

Klinické vyšetření kognitivních funkcí je stěžejním krokem pro diagnózu demence, pro zjištění její fáze, sledování jejího vývoje a účincích léčby. Testy a krátké souhrnné škály jsou variantou pro rychlé orientační vyšetření, s cílem diagnostikovat demenci a posoudit její stupeň. Orientační testy hodnověrně zjistí míru demence, avšak mohou selhat v počátečních fázích a v lehkých případech demence (Růžička, 2003).

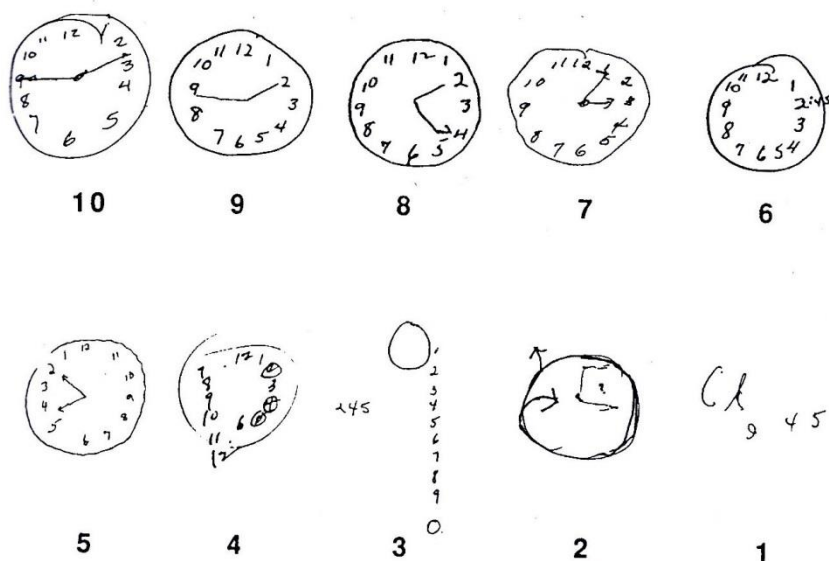
3.1 Screeningové testy

Nejznámějším a nejzákladnějším typem testu u pacientů s Alzheimerovou demencí je test MMSE (Mini Mental State Examination). Tento test obsahuje otázky orientované na zjišťování času a místa, uchování a znovu vybavení paměti při zapamatování tří konkrétních slov, sériové odečítání čísel, pojmenování běžných předmětů podle obrázku, způsobilost opakovat krátkou větu složenou ze tří vybidnutí, čtení, psaní a překreslení zadaného křížícího se pětiúhelníku. Každá položka tohoto testu se obodovává a celkový čas pro vyšetření by se měl pohybovat v rozmezí 10 minut, proto je tento test vhodný jak v rámci diagnostiku u lékaře, tak i u lůžka pacienta. Tento test není vhodný pro počáteční stádia demence, pro je vhodné jej doplnit o určité cílené položky testu. Rozšířením MMSE testu je test ACE-R test, který je oproti výše zmiňovanému testu rozšířen například o test hodin. Pacient má za úkol nakreslit ciferník hodin se všemi číslicemi a nastavit ručičky na čas 11 hodin a 10 minut. Z níže uvedeného obrázku je patrný postup nemoci u pacientky s Alzheimerovou chorobou v průběhu 4 let (Franková et al., 2011, s. 19).



Obrázek 2 *Test hodin u pacientky s Alzheimerovou chorobou*, (Franková, 2011)

Další obrázek názorně demonstruje progresi onemocnění. Na počátku onemocnění je bezchybné provedení (č. 10).



Obrázek 3 *Test hodin*, (Gauthier and Lovestone, 1999, s. 69)

K dalším screeningovým testům můžeme i zařadit sedmiminutový test (7MST). Tento test byl vyvinut s cílem zlepšit detekci demenci. Je to užitečný nástroj pro odhalení počínající Alzheimerovy demenci. Tento test sleduje čtyři části a to časovou orientaci, paměť, zrakově – prostorové schopnosti a slovní produkce. Výsledky tohoto testu se můžou rovnou interpretovat, jako pravděpodobnost s jakou testovaná osoba trpí Alzheimerovou demencí (Bartoš in Bartoš a Raisová, 2015, s. 69)

3.2 Testy paměti

Alzheimerovu chorobu můžeme v první řadě pozorovat jako poruchu paměti, proto je důležité v počátečním stádiu uplatnit v počátečním stádiu vyšetření test paměti. Z několika testů můžeme použít například test 5 slov dle Duboise. Pacientovi ukážeme, dáme přečíst a zapamatovat si 5 slov ze seznamu, poté se v časové prodlevě na tyto slova zeptáme. K zapamatování můžeme využít i větu o 10 slovech (například „*Sedm černých kořat pilo studené mléko včera ráno před domem*“), vyšetřovanému můžeme eventuálně dopomoci pomocí slov Kolik? Kdy? Co?. Pokud pacient i časové pauze odpoví bezchybně, nic nenasvědčuje tomu, že by trpěl Alzheimerovou demencí. Obdobně je možné paměť vyšetřovat i zopakováním připraveného textu (Franková et al., 2011, s. 19).

3.3 Hodnocení denních aktivit

Při tomto hodnocení je důležitá spolupráce s osobou, která pečuje o pacienta nebo rodinný příslušník, protože sám nemocný již mnohdy ztrácí náhled nad svojí chorobou a hodnotí se jako soběstačný. K objektivizaci se používá například DAD (Disability Assessment for Dementia) škála. Tato škála obsahuje 40 položek a je rozčleněna na několik oblastí zaměřených na denní aktivity běžného života a to na hygienu, oblékání, kontinenci, jídlo, přípravu jídla, telefonování, chození ven a pobyt venku, finance a korespondence, léky, volný čas a domácí práce (Hort a Jiráček, 2007, s. 14). Dále můžeme využít pro hodnocení denních aktivit FAQ škálu. Škála funkčního stavu FAQ (Functional Activities Questionnaire) slouží k rychlému a strukturovanému zhodnocení instrumentálních aktivit. Obsahuje 10 položek obsahující například otázky týkající se vyplňování dokumentů, placení účtů, cestování, koníčků a sledování současných událostí (Franková et al., 2011, s. 21).

3.4 Pomocné vyšetřovací metody

Každý pacient s demencí by měl absolvovat strukturální zobrazovací vyšetření mozku (výpočetní tomografie – CT a zobrazení magnetickou rezonancí – MRI). Tato vyšetření jsou důležitá při zjišťování příčin demence. Dle Růžičky (2003, s. 32) mají vyšetření strukturálními zobrazovacími metodami dvojí přínos:

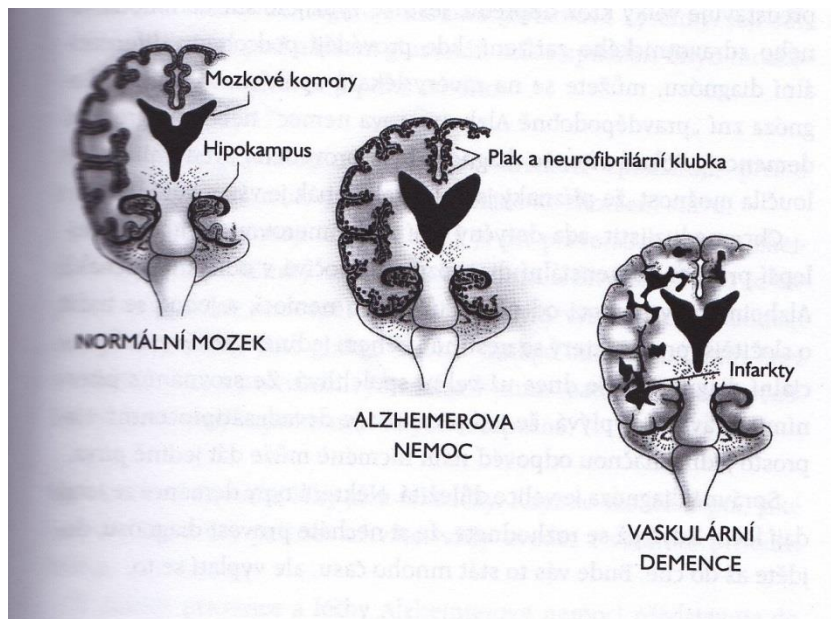
1) *vyloučení nebo nalezení příčiny sekundární demence (např. nitrolebního expanzivního procesu)*

2) *zjištění abnormalit, jež svědčí pro specifická onemocnění provázené demencí*

Dále se provádějí laboratorní vyšetření, které mají za úkol vyloučit nebo prokázat léčitelnou příčinu demence, prokázat příčinu doprovodných komplikací. Proto by měl být u každého pacienta s demencí vyšetřen krevní obraz, sedimentace, glykémie, jaterní testy, dále pak testy na funkčnost štítné žlázy (Růžička, 2003, s. 33).

Dle Horta a Jiráčka (2007, s. 15) se *v současné době stále více uplatňuje likvorologická diagnostika, využívající možnosti stanovení biomarkerů beta amyloidu, celkového tau proteinu a fosforylovaného tau proteinu. Má největší význam v odlišení Alzheimerovi choroby od ostatních demencí a dále diferenciaci demencí zpřesňuje. Právě pokles beta amyloidu je typický pro Alzheimerovu chorobu.*

Na následujícím snímku je viditelný, pořízeném počítačovou tomografií, patrný rozdíl mezi normálním mozkem, mozkem poškozeným Alzheimerovou nemocí mozkem pacienta s vaskulární demencí.



Obrázek 4 *Snímky mozku z CT*, (Glennner, 2012)

4 Léčba při Alzheimerově chorobě

Při léčbě Alzheimerovy choroby by měl být kladen individuální přístup ke každému pacientovi, s ohledem na jeho míru zdravotní stav, s ohledem na řadu okolních faktorů a vlivů. Včasným vyšetřením a následným zahájením léčby nemocného můžeme docílit jeho stabilizace a oddálení progresu. Včasnou léčbou prodlužujeme nemocnému období jeho funkčních schopností, soběstačnosti, schopnosti denních aktivit a tím také redukuje jeho závislost a potřebu na pečující osobě případně rezidenční péči. Bylo zjištěno, že pacienti, kteří podstoupili farmakoterapii v pozdějším stádiu nemoci, se nevyrovnali svým výkonem pacientům, kteří zahájili léčbu včas, od samého zjištění jejich nemoci (Hort a Jiráček, 2007, s. 25).

Cílem léčby u pacientů s Alzheimerovou demencí je především zlepšení jejich stavu, udržení dosavadního stavu a zhoršování stavu s menší progresí, než jaké jsou hypotézy (Hort a Jiráček, 2007, s. 25).

Terapie Alzheimerovy choroby zahrnuje tyto přístupy:

- farmakoterapii
- psychosocioterapii – a to především kognitivní trénink a další behaviorální postupy
- léčbu interkurentních onemocnění
- práce s rodinnou a nejbližšími příbuznými pacienta

Farmakoterapii Alzheimerovy choroby může rozdělit na kognitivní farmakoterapii a nekognitivní farmakoterapii

4.1 Kognitivní farmakoterapie

Právě porucha kognitivních funkcí jako je paměť, intelekt a motivace je prvotní poruchou u Alzheimerovy demence. Kognitiva – inhibitory mozkových acetyl – ibutrylcholinesteráz – mohou vést k přechodnému zlepšení kognitivních funkcí, zejména v počátečních fázích demence, a to až na dobu jednoho roku. Dle Jiráčka (in Hort a Jiráček, 2007, s. 25) aplikování inhibitorů cholinesteráz vychází ze zjištění poruchy acetylcholinergní transmise u Alzheimerovy choroby, důležitým faktorem také je, že se molekuly mozkových cholinesteráz podílejí na formaci β – amyloidu.

Tyto léky dokáží oddálit nástup progresu onemocnění a to jak v oblasti kognitivních funkcí, tak i v aktivitách denního života i chování pacienta. Oddalují období plné závislosti, tedy i zátěž pečujících osob v rodině.

Nejvíce jsou u nás využívány tyto inhibitory mozkových cholinesteráz:

- *donezil (Aricept)* – tento lék byl jako první registrován na našem trhu. *Kromě inhibice má donezil ještě další účinek, a to že brání tvorbě a pravděpodobně vede i k rozpouštění β -amyloidu, a to cestou alfa – sekretáz, které vedou k odbourávání amyloidového prekurzorového komplexu* (Pidman, 2007, s. 117).

Tento lék je možné podávat perorálně, a to i ve formě rozpustných tablet, které jsou zejména vhodné pro pacienty s poruchou polykání.

- *rivastigmin (Exelon)* – *má dualistické působení na acetylcholinergní systém, kromě inhibice acetylcholinesteráz provádí také inhibice butyrylcholinesteráz* (Růžička, 2003, s. 78).

Tento lék je podáván jak perorálně, tak od roku 2009 také ve formě náplastí, což je pro pacienta výhodnější, protože jsou minimalizovány gastrointestinální nežádoucí účinky.

Podání kognitiv se užívá v nejnižší dávce jednou či dvakrát denně podle určitého typu léku a dávkování se zvyšuje v průběhu několika týdnů. Při nesnášenlivosti jednoho léku je může zkusit jin, avšak doba, kdy přijde tížený efekt, jsou nejméně 3 měsíce. Cílem podání kognitiv je maximalizovat terapeutické dávky, které nemocný ještě snáší (Jirák in Koukolík a Jirák, 1998, s. 219).

4.2 Nekognitivní farmakoterapie

Tento typ farmakoterapie účinkuje proti nekognitivním příznakům onemocnění, jako jsou paranoidně – halucinatorní syndromy, stavy neklidu, bludy, poruchy spánku, úzkostné či depresivní stavy.

Antipsychotika jsou již dnes 2. generace, protože antipsychotika 1. generace byla nevhodná pro svoje nežádoucí účinky vedlejší účinky.

Dále je vhodné použít v léčbě látky likvidující volné kyslíkové radikály. U demencí jsou kyslíkové radikály vytvářeny a uvolňovány v přebytku, a tím se podílejí na neurodegenerativních procesech, ve velkých dávkách a spíše preventivně je prokázán účinek vitamínu E. Je žádoucí mezi sebou kombinovat kognitivní a nekognitivní farmakoterapii (Růžička, 2003, s. 82).

4.3 Nefarmakologické přístupy

Podle Holmerové (Holmerová et al., 2009, s. 120) lze nefarmakologické přístupy rozdělit na skupiny, podle toho, na který problém jsou zacíleny:

- 1) podpora pacienta a jeho blízkých v počáteční fázi onemocnění, poskytnutí adekvátní informací*
- 2) udržení či zlepšení kognitivních funkcí*
- 3) zachování soběstačnosti v činnostech denního života*
- 4) zmírnění psychologických příznaků demence*
- 5) ucelené přístupy zaměřené na zlepšení komunikace mezi pacientem a pečující osobou*
- 6) podpora pečujících rodin*
- 7) adaptace prostředí pro pacienty s demencí*
- 8) systém péče a služeb, organizační opatření*
- 9) zlepšení kvality péče o pacienta v terminální fázi demence*

5 Vybrané aktivity pro osoby s Alzheimerovou chorobou

Aktivizaci pacientů s demencí řadíme mezi nefarmakologické přístupy léčby onemocnění Alzheimerovou chorobou. Aktivity jsou zjednodušeně činnosti, které konáme a při kterých dochází k rozvoji a rozšíření činností jedince. U pacientů s demencí se v oblasti aktivizujeme především na procvičování kognitivních funkcí, paměti a smyslů. Pro pacienta je významné i to, jestliže se aktivit účastní i pasivně jako pozorovatel. Význam aktivizace spočívá i v posilování vlastní důstojnosti nemocného jedince, jeho sebeuvědomování, protože jakékoliv aktivity dávají člověku smysl života. Aktivity, které s pacienty provádíme, mohou být individuální, skupinovou, rodinou či párovou formu.

Aktivizace určuje několik cílů, o které usiluje:

- udržení či zlepšení stávajících dovedností
- pravidelný režim, pocit řádu, jakési stability
- smysluplné naplnění volného času
- zvyšování vlastního sebevědomí, pocitu uspokojení
- minimalizování nežádoucích poruch chování
- v kolektivní aktivizaci možnost vytváření dobrých mezilidských vztahů

Správně zvolená aktivizace by měla být smysluplná, pokud možno působit na všechny složky osobnosti. U aktivizace nejde tak o výsledek dané činnosti jako o její celkový proces. Správně zvolená aktivizace by měla podporovat silné stránky pacienta, měla ho motivovat k dalším činnostem. Avšak všechny aktivizační činnosti, které provádíme s pacientem, trpícím Alzheimerovou chorobou musíme mít na paměti:

- věk pacienta
- stádium onemocnění
- poruchy paměti
- snížení psychomotorického tempa
- vnímání neverbálního projevu
- poruchy koncentrace
- zhoršení smysluplného vnímání
- především uspokojení jeho individuálních potřeb (Zgola, 2003)

Při jakékoliv aktivizace je důležitá její přiměřenost, příliš předimenzovaná aktivita může nemocného vyčerpat a to jak fyzicky, tak i psychicky. Veškeré aktivity je vhodné provádět ve známém, bezpečném prostředí, které nikterak neohrožuje pacienta.

5.1 Kognitivní trénink

Kognitivní trénink patří mezi aktivizační činnosti, které jsou zejména vhodné pro pacienty s mírnou formou Alzheimerovy choroby. Při progresi nemoci můžeme využít tréninku například při procházkách k orientaci místem, nebo orientaci časem jaký je den, jaké je roční období, v pokročilejším stádiu je vhodné kognitivní trénink pojmout formou hry a zábavy. V počátečním stádiu může být kognitivní trénink pro pacienta stresující, snažíme se mu navodit příjemnou atmosféru, poskytnout zpětnou vazbu a pochválit ho za jeho výkon. V pokročilejším stádiu využíváme k tréninku dlouhodobé paměti. Zde jsou vhodné otázky typu hlavní města států, slova začínající různými písmeny, můžeme spojit také s muzikoterapií, kde hledáme názvy známých písniček apod.. U každého jedince je dobré mít na paměti obtížnější hledání slov v důsledku nemoci, dbát na to, aby se kognitivní trénink nestal drilem, ale zábavou a potěšením.

5.2. Muzikoterapie

S hudbou je člověk spjat již od narození. Muzikoterapie je expresivní terapií, jako ostatní expresivní terapie má složku receptivní (samotné vnímání hudby) a složku aktivní (vyvíjení hudební aktivity), obě tyto složky dohromady spolu dokáží vytvořit harmonický celek (Müller, 2013, s. 83). Využití muzikoterapie při Alzheimerově chorobě pomáhá pacientovy posilovat jeho vlastní identitu, neboť texty písní a melodií zůstávají v jeho podvědomí nejdéle. I pacienti s určitým stupněm afázie si při poslechu písní, dokáží vybavit její slova. Zpívání je tak jednou z nejoblíbenějších činností pacientů s demencí.

K muzikoterapii můžeme využít nepřeberné množství hudebních nástrojů, oblíbené jsou Orffovi hudební nástroje. Pacienti mohou vytukávat rytmus, nebo nástrojem doprovodit oblíbenou písničku. Muzikoterapie je také spojována s lehkým kondičním cvičením, kdy můžeme lehké rytmické cviky cvičit na oblíbenou hudbu. Muzikoterapie je také vhodným nástrojem pro relaxaci a uvolnění, avšak zde musíme dávat pozor na celkový stav pacienta a jeho onemocnění, protože určitá hudba u něho může vyvolat emoce, se kterými si neumí poradit. Určitá pozornost by měla být také věnována výběru hudby, dle přání pacienta a jeho nálady.

Veliké oblíbenosti v zařízeních sociální péče se těší různé koncerty či hudební vystoupení, ať již jsou to vystoupení například cimbálové muziky, harmonikáře, nebo pořádání koncertů k různým příležitostem jako je Den matek nebo Vánoce.

Muzikoterapii je vhodné zařazovat do pravidelných bloků v aktivizačních plánech, avšak tyto by neměli přesáhnout dobu 45 – 60 minut (Geletiová in Holmerová et al., 2009, s. 228).

5.3 Arteterapie

Dle Müllera (2013, s. 83) je arteterapie nejpoužívanější expresivní terapií. Koncentruje veškeré výtvarné techniky, zejména kresby. Právě kresba je označována za jeden z důležitých nástrojů, který vypovídá o samotném pacientovi, o jeho sebevyjádření. Kresba hraje významnou roli tam, kde ostatní komunikační prostředky selhávají, proto je i označována za významný diagnostický prostředek. Vlastní metody arteterapie můžeme rozdělit takto:

- *volný výtvarný projev*
- *tematický výtvarný projev*
- *výtvarný projev při hudbě*
- *skupinový výtvarné činnosti*
- *řízený výtvarný projev*

Technik, které se používají v arteterapii je veliké množství od volného čmárání tužkou, přes kresbu prsty, sestavování různých koláží za pomoci výstřižků či různých přírodnin, tematickou kresbu až po malování či zhotovování společného námětu, který se může vázat k určitému tématu nebo být na volné téma. Z technik, které se často v rezidenční péči používají, jsou oblíbené malování na textil, na keramiku, obtiskování přírodnin na papír či keramiku a decoupage neboli ubrousková technika, která je vhodná téměř pro jakékoliv povrchy.

Arteterapie může být uskutečňována buď individuálně, nebo ve skupině, zde je významný prvek každého člověka jako osobnosti, každý přidá ke společnému tématu kus ze své osobnosti, ze svých pocitů a myšlenek, které pak dohromady tvoří sladěnou kompozici. K arteterapii je vhodné využít i hudbu, která evokuje pocity, nálady, myšlenky a různé představy.

Vytvoření umělecké díla není v arteterapii to nejdůležitější, podstatnější je samotný proces tvorby, aktuálního problému uživatele, výběr techniky, která odpovídá věku a stavu samotného uživatele. Hlavní funkcí arteterapie je aktivizace zbytku sil dotyčného uživatele, jeho sebevyjádření, flexibility a vyvolání jeho kreativity a flexibility.

Jak uvádí Veselovská (in Šicková, 2002, s. 67) pro pacienty trpící Alzheimerovou chorobou jsou charakteristické tyto projevy výtvarné činnosti:

- výrazně prodloužené tvary objektů
- chaotické uspořádání objektů
- přechod od realistického zobrazování konkrétních objektů k jejich lineárnímu ztvárnění fragmentárním stylem
- ornamentalizace
- větší úspěchy v kolážových technikách

Za zmínku stojí i to, že arteterapie hraje důležitou roli i při rehabilitaci jemné motoriky. Všeobecně je arteterapie pacienty s Alzheimerovou demencí dobře vnímána a přijímána.

5.4 Zooterapie

Zoo terapie je terapie za pomoci zvířat. Zvířata komplexně pozitivně ovlivňují funkce celého organismu klienta trpící Alzheimerovou chorobou. Jsou nápomocni při adaptačním procesu, kdy mohou uživateli zmírnit jeho stres, při přechodu z domácí péče na rezidenční péči. Napomáhají také k rozvoji a udržení a zlepšení jemné motoriky, rozvoji komunikace, snížení stresu či křečím, zvířata všeobecně mohou být také podnětem k rozvoji vztahů mezi uživateli navzájem. Velký význam hrají zvířata všeobecně u pacientů, kteří jsou upoutáni na lůžko. Mezi nejoblíbenější terapie se zvířaty se řadí canisterapie. Pes mnohdy doprovází člověka po celý jeho život a patří mezi jeho věrnější kamarády, jak v osamění, v rodině tak i při nemoci. Canisterapie je oblíbenou aktivizací v mnoha pobytových zařízeních. Vrbová (in Müller et al., 2005, s. 288) charakterizuje canisterapii v užším srovnání *jako využití psa v podpůrné alternativní terapii*. Dále uvádí, využití canisterapii jako motivačního prvku, aktivizaci či podpoře smyslů pacienta. Pes dokáže pomoci personálu proniknout k samotnému pacientovi a s jeho pomocí zmírňovat nálady pacienta. Návštěvy zvířecího miláčka jsou v zařízení uskutečňovány pravidelně a to jak v individuální formě, tak i skupinové. Canisterapie je nápomocna i při kognitivních cvičeních a to v případě vybavování si psích plemen, drobných povelů pro psa i při jejich výcviku. Uživatel má možnost jít se psem na procházku po areálu zařízení, dávat mu povely a česat ho.

Dalším zvířetem, které je oblíbené v mnoha zařízeních je kočka. Felinoterapie je většinou realizována individuálně. Kočka je nenáročná na péči, u lidí oblíbená pro svoji hebkou a měkkou srst, tudíž vhodná k i k mazlení. Zde musí být na místě obezřetnost personálu vůči alergiím pacienta na toto zvíře.

Dalšími zvířaty, která se objevují v pobytových zařízeních, jsou zakrslý králík, morčata, nebo akvarijní rybky, terapii s těmito drobnými zvířaty označuje mnohá literatura jako pet-terapii.

Encyklopedie sociální práce (2013, s. 285) uvádí další typy zoo terapie a to hyporehabilitace. Využití koně nejenom k jízdě, ale i hlazení a doteku. Lamaterapie je využití lam v rámci zooterapie, insektoterapie, využití hmyzu a ornitoterapie, využití ptactva v rámci zooterapie. Ptáci se chovají v klecích v několika exemplářích a pro klienty jsou zpestřením každodenním zpestřením.

Všeobecně jsou zvířata užívateli dobře přijímána, a pokud se zvolí vhodný druh zvířete k danému pacientovi je zaručena jeho spokojenost a osobní pohoda.

5.5 Terapeutické panenky

Terapeutické panenky jsou v našich domovech pro seniory a zvláště pak v domovech pro osoby s Alzheimerovou chorobou nemnoho let, jsou jednou z nových terapeutických postupů. Tzv. empatické panenky přišly do České republiky ze Švédska, kde se firma JOYK zabývá jejich vývojem a výrobou již 20 let (6).

Nejedná se o obyčejné panenky pro děti, ale jsou to speciálně navržené panenky pro osoby s Alzheimerovou demencí. Svojí velikostí a vahou připomínají opravdové malé děti. Jsou vyrobeny z textilních, měkkých a nezávadných materiálů, které jsou příjemné na dotek. Mají na sobě funkční oblečení, které se může klient podle potřeby převlékat. Toto je vhodné zejména při reminiscenční terapii, pokud je to možné klienty převlékají panenky do oblečků z jejich vlastního rodičovství. Panenky mají neutrální obličej, aby nevzbuzovali v klientovi úzkost, ba naopak vyvolali pozitivní emoce. Klient si může vybrat holčičku či chlapečka. Těla těchto terapeutických panenek jsou vybaveny kapsou, do které lze vložit simulátor tlukoucího srdce, nahrávací zařízení nebo vonný polštářek.

Hlavní úloha těchto panenek spočívá ve vyvolání pozitivních emocí klienta, slouží jako prostředek k navození a zlepšení komunikace, ke zmírnění pocitů úzkosti a k odstranění agrese, odpoutání od nežádoucí činnosti a jako prostředek k reminiscenční terapii.

Před začátkem používání terapeutických panenek by měl pečující personál vědět, zda klient neprožil nějakou negativní vlastní zkušenosti, která by v použití panenky v něm vyvolala nepříjemné vzpomínky a mohla tak naopak vyvolat stavy úzkosti či agrese.

Všeobecně jsou terapeutické panenky klienty dobře přijímány.

5.6 Další možné aktivity pro osoby s Alzheimerovou chorobou

Mezi další možnosti aktivizace pacientů s Alzheimerovou chorobou je třeba zmínit také ergoterapie, která znamená u těchto pacientů posilování jejich soběstačnosti, sebeobsluhy a samostatnosti.

Vhodnou a velice oblíbenou aktivizační, ale i oddechovou činností je taneční a pohybová terapie, a to nejen u mobilních uživatelů, ale i u těch imobilních uživatelů. Pro pacienty s Alzheimerovou demencí je nejvhodnější taneční terapie v kruhu, kdy na sebe všichni vidí, mohou se navzájem pozorovat, je pro ně jakým si kruhem bezpečí. Avšak tato činnost vyžaduje dobrou přípravu ze strany personálu, aktivizačních pracovníků.

Další terapií, která se táhne jako červená nit všemi činnostmi je aromaterapie. Je vhodné zařazovat aromaterapie například k arteterapii, muzikoterapii, taneční terapii, jako závěrečnou relaxaci ke skupinovému cvičení atd.

Velice oblíbenou a nenásilnou činností je u osob s Alzheimerovou demencí vaření. Zejména ženy si připomenou známé činnosti, které jsou v jejich dlouhodobé paměti uchovány, využívají zde již dávno naučené dovednosti, mají radost z hotového jídla, z jeho vůně, která jim připomene čas strávený s rodinou, přáteli, znovu si připomínají chuť známého pokrmu. Tato činnost vzbuzuje u uživatelů pocit důležitosti, a právě zde se také objevuje smyslová aktivizace, protože jak známo člověk jí všemi smysli.

6 Humanistické přístupy k osobám s Alzheimerovou chorobou

Tyto přístupy jsou především orientované na samotného klienta, zaměřují se na jeho lidskost a uznání jeho lidských hodnot.

Nejvýznamnějším humanistickým autorem je psycholog Carl R. Rogers. Dle Rogerse (Vymětal, 2007) je podstatné, aby pracovník ve svém terapeutickém vztahu ke klientovi poskytoval základní vztahovou nabídku a to empatii, akceptaci a autenticitu. Vcítění se, empatie a porozumění pracovníka je schopnost zachycení prožívání druhého člověka. V terapeutickém procesu je též důležité, že sám terapeut je sám sebou, by schopen vnímat své pocity, vnímal svoji opravdovost.

6.1 Validace

Validace, od slova validovat, což znamená potvrzení platnosti. Slovník sociální práce (2008, s. 242) definuje validaci jako *proces vstupování do klientova světa*, za předpokladu, že terapeut podpoří a bere v platnost vše, co pro klienta má a může mít hodnotu a smysl. Filozofie její metody vychází s humanistické psychologie a z jejich zásad, že každý člověk má svoji cenu, bez ohledu na svoji rozdílnost a duševní stav. Tuto metodu, kterou vypracovala její zakladatelka německá sociální pracovníce Naomi Feil, žijící ve Spojených státech, tento přístup charakterizuje slovy: "jít v botách jiného člověka". Feilová tuto metodu založila na mnohaleté práci a zkušenostech s velmi starými, dezorientovanými osobami a staví svůj koncept na teorii, že chování dezorientovaných starých osob má svůj smysl a je vlastně velice účelné (Rheinwaldová, 1999, s. 42). Toto potvrzuje i Malíková (2011, s. 239) „že každé chování osoby s demencí má svou příčinu v nevyřešených a nezpracovaných emočních prožitcích a situacích z minulosti“. U validace se dezorientace posuzuje neschopnost člověka zpracovat tělesné, sociální a psychologické ztráty. A právě tato neschopnost směřuje člověka do minulosti a do sebe, minulost je tak pro něj důležitější než přítomnosti. Pacienti chtějí prožívat situace, které prožili v mládí, kdy měl ještě jejich život smysl. Mohou se objevit i vzpomínky na negativní zážitky, které potřebují dořešit.

Procházková (Sociální služby, 2012) uvádí několik základních principů validace:

- 1) Každý člověk je osobností a jako k takovému je třeba přistupovat, respektovat jeho osobnost.
- 2) Neměli bychom měnit chování člověka, jeho názory, nesnažit se mu vnucovat svoje názory, ale plně respektovat ty jeho, snažit se plnit jeho individuální potřeby, které mohou být jeho způsobem vyjadřování.

3) Empaticky naslouchat, snažit se sdílet pocity člověka, chápat důležitost jejich pocitů, které ho tíží, ale není schopen o nich komunikovat. Nevyhodnocujeme fakta a pravdivost jeho sdělení, ale snažíme se empaticky sdílet jeho pocity a následně celou situaci vhodně vyhodnotit a reagovat na ni.

4) Pokud jsou bolestivé pocity potlačovány tak získávají na síle a naopak, pokud akceptujeme a dobře validujeme, tak bolestivé pocity vyjádřené pacientem slábnou. Důležitá je otevřenost k pocitům, pacienti často vzpomínají na dobu, kdy byli ještě užiteční, výkonní. Naším cílem není jim toto vyvracet, ale přistoupit na jejich vzpomínání.

5) Každé chování dezorientovaných lidí má nějaký důvod, může důsledkem tělesných, sociálních a psychických změn, ale také životních zkušeností. Naším úkolem je pomoci překonávat tyto nevyřešené úkoly a pomoci vyjádřit pocity.

6) Lidé pokročilém stádiu nemoci a lidé, kteří nejsou schopni se dostatečně verbálně vyjadřovat, vyjadřují svoje pocity mimikou, pohybem rtů a gesty, která jim nahrazují slova. Zrcadlení pohybů se dostáváme na stejnou úroveň a vyvoláváme tak u nich pocit větší jistoty a sounáležitosti.

7) Nedostatečně orientovaní nebo dezorientovaní lidé často používají osobní symboly. Jsou to věci, kterými nahrazují věci nebo osoby z minulosti. Například žena stále nosí u sebe svůj hřeben, protože představuje její vlastní identitu. Osoby, které používají terapii validací, by měli na tyto symboly vhodně a empaticky reagovat.

8) Dezorientovaní lidé žijí na různých úrovních vědomí, mohou mít výjevy z minulosti, slyšet zvuky, které často v minulosti slýchávali. Některé věci, vůně a výjevy ze současnosti u nich mohou vyvolat vzpomínky na minulosti. Naším úkolem je jim toto nevyvracet.

Využití validační metody je zcela jistě přínosem pro osoby trpící Alzheimerovou chorobou, protože jim umožňuje zachovat jejich důstojnost, jejich hodnoty a to bez ohledu na jejich stav a situaci, ve které se právě nacházejí.

Důležitým prvkem, ale musí být postoj pracovníků, jejich celkového přístupu k pacientovi, porozumění správnému výkladu pacientova chování a přijmout ho jako člověka, a tím tak předcházet vypjatým situacím. Jak uvádí Naomi Feil: „ *Metoda validace podporuje starého člověka, aby dosáhnul svých cílů, ne těch našich.* “

6.2 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie je terapie založená na tom, že lidský mozek reaguje na známé stimuly, jejichž stopy jsou uloženy v dlouhodobé paměti, reminiscence tak znamená vyvolávání a podporování vzpomínek. Reminiscenční terapie může tak dopomoci ke zkvalitnění života osob s Alzheimerovou demencí. Vhodné je tedy pokud pacient přechází z domácí do ústavní péče, aby se s sebou vzal věci, které ho provázely celý život nebo na které má příjemné vzpomínky.

Dle Müllera (2013, s. 86) jsou definovány obecně tři hlavní typy reminiscencí:

- 1) *reminiscence jako jednoduchá vzpomínka reflektující minulost po stránce informativní a prožitkové*
- 2) *hodnotící reminiscence využitá jako jakési ohlédnutí za vlastním životem*
- 3) *reminiscence vyvolaná za účelem behaviorálních a emočních změn*

Dále Holmerová (Holmerová et al., 2009, s. 183) uvádí základní předpoklady, které jsou nutné pro úspěšnou reminiscenční terapii:

- 1) *pozorně naslouchat*
- 2) *zaznamenat si jednotlivé události pacientova života, abychom se k nim mohli vracet*
- 3) *být empatický*
- 4) *chovat se k pacientům i k jeho rodinným příslušníkům citlivě*
- 5) *umět přiměřeně a citlivě zvládnout negativní emoce ze strany pacienta*
- 6) *zřetelně projevit zájem o pacientovo sdělení*

Podle počtu klientů, kteří se reminiscenční péče účastní, můžeme rozdělit reminiscenci na individuální a skupinovou. Individuální reminiscence je tak, kdy se terapeut věnuje pouze danému konkrétnímu klientovi. To s sebou přináší dynamičnost, dochází se zde ke sdílení širokého spektra vzpomínek. Pro naslouchajícího je snazší se přizpůsobit tempu klienta, jeho potřebám pocitům, je zde dostatek času pro různá témata, která by se klient při skupinové terapii neodvážil vyjádřit. Terapie může být doplněna hudbou, aromaterapií či smyslovou terapií. Individuální terapie se může dít také při zájmové činnosti, při vycházkách. Při individuální terapii se také hojně využívá osobních předmětů klienta, fotografií, knih, a předmětů z jeho mládí. Vyprávění vzpomínek mnohdy přechází až ke shrnutí celého života, někdy může i vést k expresivnímu vyjádření nashromážděných emocí. Při této formě reminiscenční terapie je ideální propojení reminiscence a validace.

Skupinovou terapii můžeme ještě rozdělit na neformální skupinovou reminiscenci a formální skupinovou reminiscenci. K neformální skupinové reminiscenci dochází nenuceně, náhodně například při podávání jídla. Hlavní úlohou terapeuta je pokusit se naladit klienta na probíhající konverzaci, zapojit do ní i ostatní personál, popřípadě rodinné příslušníky. Tato konverzace by měla však být opravdová, ale zároveň také zábavná a odlehčená, aby v místnosti vládla přívětivá atmosféra. Pokud se podaří toto vše dodržet, odměnou nám je spokojený klient, který se cítí být vyslyšen a respektován (Špatenková a Bolomská, 2011, s. 28).

Skupinová terapie patří k nejcennějším reminiscenčním technikám. Tato forma má efekt pro znovunalezení a udržení identity klienta, posílení svého já, důležitou roli hraje skupinová reminiscenční terapie v adaptačním procesu, posiluje komunikaci, sociální interakci, ale i pocit společného sdílení. Do reminiscenčních skupin se zvou klienti cíleně, podle toho co je spojuje, například společné zájmy, venkovský či městský původ, profese apod. Oblíbené v zařízeních pro osoby s Alzheimerovou demencí je pouštění filmů pro pamětníky, lidové písničky, povídání k různým svátkům v roce, staré receptury, výlety na místa spojená s dřívějšími zážitky, ale také návštěva muzeí a výstav (Janečková a Vacková, 2010, s. 63).

V mnoha pobytových zařízeních vznikají také reminiscenční místnosti či koutky, které jsou vybaveny nábytkem a dekoracemi z dob klientova mládí. Tyto prostory mají navodit u klientů domáckou atmosféru, umožňují mu navodit adekvátní atmosféru, která je žádoucí pro reminiscenční atmosféru.

Závěr této kapitoly nejlépe vystihují slova Dany Klevetové (in Janečková a Vacková, 2010, s. 133) o pochopení stáří:

„Starý člověk především potřebuje, abychom se zastavili v pravý okamžik na správném místě, abychom mu dokázali darovat svůj čas a naslouchat jeho životnímu příběhu. Především očekává náš zájem a pozornost k jeho steskům. Možná si ani někdy neuvědomujeme, že léčíme svou osobností a způsobem naslouchání. Jsou situace, kdy nepotřebujeme, aby nám někdo radil, dával poučení, rozhodoval o tom, co bychom měli a co neměli dělat. Jde hlavně o to, abychom byli utvrzováni v tom, že pro druhého něco znamenáme, že jsme respektováni“.

7 Specifika komunikace s osobami s Alzheimerovou chorobou

Pedagogický slovník definuje komunikaci jako *sdělování a dorozumívání mezi lidmi – sociální komunikace* (Průcha, Walterová, Mareš, 2009, s. 101).

Jarošová (Jarošová, 2006, s. 53) charakterizuje komunikaci jako sdělení informací nebo vzájemnou výměnu informací a to prostřednictvím různých signálů a prostředků.

Avšak komunikace neznamena jen pouhé střídání slov, primárním způsobem komunikace je smluvené a psané slovo, avšak devadesát procent veškeré komunikace probíhá neverbálně. Dává nám též jakýsi pocit, spojení s druhými lidmi. Jde především o schopnosti pečujícího naladit se s klientem na stejnou notu to, však vyžaduje jistotu, pocit bezpečí a vzájemnou důvěru. Alzheimerova demence je právě tou nemocí, která vážně ovlivňuje komunikaci na všech úrovních, což má za následek ovlivnění vztahu mezi klientem a pečovatelem.

Zgola (2003, s. 123) uvádí, tím, jak se u postižené osoby ztrácí schopnost komunikovat, má pečovatel či blízký příbuzný pocit, že se vytrácí i sám vztah mezi nimi. Uvědomují si ztrátu člověka, ačkoliv on je pořád s nimi. Zvláštní komunikační potřeby osob s Alzheimerovou chorobou vznikají ze dvou důvodů a to jednak, působením vlastní nemoci, která způsobuje postiženému potíže s každodenním fungováním a navíc ho zbavuje náhledu a pochopení, které by mu pomohly se vypořádat s postižením.

Základem pro komunikaci s klientem s Alzheimerovou nemocí je jakákoliv iniciativa. Iniciativu zde můžeme chápat, jako jakýsi signál, pomocí kterého dáme druhému najevo, že s ním chceme komunikovat, že s tím chceme být v kontaktu. Tato iniciativa může mít verbální i neverbální charakter, někdy třeba stačí pohled, dotek, jindy přichází na řadu oslovení, otázka.

U osob s demencí se postupně mění schopnost používat jazyk, verbální vyjadřování činí klientovi větší obtíže. Komunikace se postupně mění, tak jak se vyvíjí potřeby klientů v jednotlivých fázích demence. Na klienty v počátečním stadiu je dobré mluvit co nejnornálněji, myšlenky a věty příliš nezjednodušovat, tím bychom u klienta snižovali sebevědomí. Pomáhat udržet jeho orientaci místem, časem a situací. Při jakékoliv činnosti nenásilně připomínat realitu dne. Klientovi sdělujeme, co děláme a proč, k čemu to vede. Tento postup je vhodný, například při podávání jídla nebo léků, při dopomoci v osobní hygieně. Opakem jsou pacienti v pokročilém stadiu demence, kde je vhodná volba jednoduchých slov a vět a častější opakování.

Samostatnou kapitolu tvoří klienti, kteří jsou verbálně nekomunikující ležící, nejsou orientováni místem, časem a prostorem. Zde je vhodné využití intuitivních a augmentativních

technik, využívání dotyků, pokud na ně klient dobře reaguje. U těchto klientů je vhodným prostředníkem pro komunikaci pes či jiné oblíbené zvíře.

7.1 Zásady pro komunikaci

Prvním, čím bychom měli při komunikaci s klienty začínat je oslovení, oslovení hraje velikou roli, nejen při v prvním kontaktu s klientem, ale také se od něho odvíjí celý náš budoucí vztah s ním. Je vhodné oslovovat klienta jménem či příjmením, na které je zvyklí z domova, na které reaguje.

Jak již bylo zmíněno výše nejen slovy je zprostředkována komunikace, ale u klientů s demencí hraje velikou neverbální komunikace. Mezi složky neverbální komunikace řadíme:

- *viziku* – kontakt očí, vzájemné pohledy
- *mimiku*- pohyby tváře, které zahrnují pohyby úst, očí, nosu, "
- *kinetiku*- celkový pohyb těla, který napoví mnohé o našem aktuálním fyzickém či psychickém stavu
- *gestiku* – zde řadíme pohyby rukou, gesta, která mohou pomoci zvládnout zátěžové situace nebo gesta, kterými můžeme nahradit slovní příkazy
- *haptiku* – doteky, které mohou významně dokreslit naši verbální komunikaci
- *proxemiku* – vzdálenost od komunikujícího
- *posturologii* – pohyby končetin, které úzce souvisí s kinetikou
- *paralingvistiku* – tón, výšku, intenzitu a rychlost hlasu
- *jiné znaky* – výrazný oděv, čichová komunikace hlasu

U klientů s demencí je velice vhodné sjednocení verbálního a neverbálního projevu, vhodné je využívání technik, jako je zrcadlení, aktivní naslouchání a parafrázování (Pokorná, 2010, s. 30).

Pečující osoba či ošetřující personál by měl dbát na to, aby jeho hlas, kterým mluví na klienta, byl uklidňující, příjemný, to je zvláště důležité tehdy, je-li klient rozrušený, zmatený nebo rozzlobený. Rychlost řeči by měla být přiměřená, aby klient porozuměl řeči a neztratil se v ní. Artikulace by měl být zřetelná, avšak ne přehnaná. Avšak důležité je dbát na sílu hlasu, lidé pečující o seniory mají tendenci přirozeně zvyšovat hlas, protože tyto lidé mnohdy nedoslýchají. U klientů s demencí je tomu jinak, vysoký nebo hlasitý tón v nich může vyvolat úzkost a napětí. Je vhodné používání jednoduchých vět, za kterými děláme pauzu, aby klient měl čas obsah vět zpracovat.

Důležité je samozřejmě i místo, kde se na klienta mluví. Z prostředí by měly být pokud možno, odstraněny veškeré rušivé elementy, které by mohli ztížit komunikaci. Jako je například puštěná televize nebo rádio, přeplněná místnost nebo hlučná ulice. V prostředí by měla panovat uklidňující a pokojná atmosféra.

Pečující osoba nebo ošetřující personál by se měl ke klientovi chovat jako k sobě rovnému, v komunikaci ho nezesměšňovat, velikou chybou je, že mnohdy se s klientem mluví jako s dítětem. Jestliže klient mluví nesrozumitelně, mumlá si, jeho slova nedávají smysl, je na ošetřující osobě či personálu, ho neopravovat, vhodné je přikyvovat a uznat klientovu důležitost a jeho potřebu komunikace.

Jeden z důležitých faktorů neverbální komunikace je postavení těla a výraz tváře. Potřebuje-li pečující osoba odvést klienta, který je již v pokročilém stadiu demence, je vhodné, aby k němu přistupovala čelem, uchopila klienta za obě dvě ruce a tak to převedla, kam potřebuje, přičemž ona sama musí couvat. Právě při tomto „doprovodu“ je vhodné udržovat s klientem oční kontakt, popřípadě doprovázet slovním vedením (Glennier, 2012, s. 47).

Obecné pravidlo u pacientů s demencí je, udržovat oční kontakt a neodvracet od něho své tělo.

Pokyny bychom měli dávat klientovi postupně, příliš mnoho úkolů naráz může vzbuzovat v klientovi pocit vlastní neschopnosti. Pokud klient nějakou činností odmítá, zkusíme nabídnout jinou vhodnou činnost, která by se mu zalíbila, protože mnohdy ani on sám neví, co chce a potřebuje. Pozor je též třeba dát na nadbytečné otázky, na které klient nemůže odpovědět a které snižují jeho důstojnost. Míra pro vlastní rozhodování je u každého klienta s demencí individuální. Nikdy však jeho odmítnutí nebo činnost nekomentujeme nevhodným komentářem či výčitkami, které by u klienta vzbudili hněv. Nevhodné jsou otázky typu- co děláte, kam jdete. Pokud ještě klient verbálně komunikuje, je dobré využít k navázání kontaktu pro něho významné situace a zážitky, důležité osoby či činnosti z jeho minulosti (Klevetová in Klevetová a Dlabalová, 2008, s. 120).

Komunikace s klientem s demencí vyžaduje od pečující osoby mnoho trpělivosti. Obzvláště, když vidí, že klienta každá soustředěná činnost stojí mnoho úsilí. A když už klient nechápe slova, je dobré nechat „mluvit“ tělo. Vyjádřit klientovi pocit sounáležitosti dotyky, gesty, promlouvat na něho. I v posledním stadiu demence je člověk schopen vnímat melodii vět. Nakonec můžeme komunikovat jen tím, že jsme v jeho přítomnosti. Naše přítomnost, známá tvář dává klientovi pocit bezpečí (Koběrská, 2003).

8 Rezidenční péče

Alzheimerova demence je vážná nemoc, která je nepříjemná, jak pro samotného pacienta, tak i pro jeho blízké okolí. Starat se o pacienta s touto chorobou je velmi náročné. Z prvopočátku starost o nemocného bere na sebe partner, děti, vnoučata nebo blízcí příbuzní. Pro ošetřující osobu není snadné zvládat nálady a zdravotní komplikace nemocného, avšak s láskou a péčí se mu snaží dopřát domácí jistoty a pohody. Tudíž je pro nejbližší umístění pacienta do rezidenční péče velmi bolestivé. Mnozí tento krok považují za osobní selhání, kterému předcházelo jak fyzické, tak psychické vyčerpání a přerušování kontinuity rodinného života.

Avšak pro samé nemocného tato situace je nelehká, opouští domov, má pocit, že už nikdy neuvidí své nejbližší, se pobytem mimo domov vše končí, že končí jeho život.

Vstup do rezidenčního zařízení by nejbližšími neměl být vnímán jako neúspěch péče v domácím prostředí, ale jako eventualita toho, když se život v dobrých domácích podmínkách stane nereálný.

8.1 Charakteristika pobytových služeb

Slovem rezidenční péče označujeme péči v pobytových zařízeních, některá literatura uvádí ještě i pojem ústavní péče, avšak od tohoto pojmu se v současné době upouští, a znamená pomoc osobám, které se již o sebe nedokáží postarat v každodenních činnostech v domácích podmínkách a kteří jsou odkázáni na pomoci druhé osoby. Do pobytových zařízení spadají podle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů tyto zařízení:

Domov pro seniory - charakteristické pro tento typ pobytové služby je celoroční, celodenní provoz s přihlédnutím na individuální potřeby klienta. Je určen pro seniory se sníženou soběstačností v základních životních schopnostech a dovednostech. Domovy zajišťují celodenní stravu, poskytují pomoc při hygieně, aktivizační činnosti, pomoc při vyřizování osobních záležitostí a základní poradenskou činnost (Hrozenská in Hrozenská a Dvořáčková, 2013, s. 100).

Domov se zvláštním režimem (DZR) – je určena pro osoby s duševními chorobami a osoby, jejichž soběstačnost je snížena právě z důvodu Alzheimerovy choroby. Tento typ domova nabízí stejné služby jako domov pro seniory. Veškerý personál se snaží o podporu klientů v co nejvyšší možné míře samostatnosti, podporu klientů, při zachování jejich stávajících

schopností, naplňování volného času uživatelů pomocí aktivizačních činností a dalších zájmových činností (Arnoldová, 2016, s. 42).

Odlehčovací služby – další typ pobytového zařízení, avšak ne na tak dlouhou dobu, jako nabízejí domovy pro seniory či domovy se zvláštním režimem. Mohou mít podobu mimo pobytové služby i terénní nebo ambulantní služby. Odlehčovací služby nabízejí pečujícím osobám, které se starají o klienty se sníženou soběstačností, chronickým onemocněním nebo se zdravotním postižením, jakousi úlevu a prostor pro potřebný odpočinek. Činnosti, které nabízí tato služba klientům, jsou obdobné jako výše zmiňované pobytové služby.

8.2 Domov se zvláštním režimem

Domov se zvláštním režimem vymezuje zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb. §5 jako pobytovou službu osobám *se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.*

Podle tohoto zákona musí služba obsahovat tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování
- poskytnutí stravy
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- aktivizační činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (7)

Uživatelem se pak nazývá každý klient, který uzavřel smluvní vztah s poskytovatelem sociální služby, také by se dalo zjednodušeně říci, že užívá služby. Obsahem smlouvy je zabezpečení všech činností, které jsou uvedeny v zákoně o sociálních službách.

8.3 Personální zajištění domova se zvláštním režimem

Pracovník v sociálních službách

Podle znění zákona č.108/2006 Sb. §116 jsou pracovníky přímé obslužné péče ti, kdo vykonávají přímou obslužnou péči o osoby v domově se zvláštním režimem. Jejich práce spočívající v *nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb.*

V pobytovém zařízení, kde část klientů jsou částečně nebo úplně nesoběstační tvoří přímá obslužná péče stěženou částí péči o uživatele.

Dle Malíkové (2011, s. 126) je tato péče především zaměřena na péči o základní biologické potřeby uživatele jako v první řadě zajištění příjmu potravy a pitného režimu, pravidelné vyprazdňování a to včetně péče o osoby inkontinentní, dále na péči o osoby na lůžku, kde se provádí polohování, které je hlavně důležité také jako prevence dekubitů.

Součástí péče těchto pracovníků o uživatele je sledování a vyhodnocování jejich zdravotního stavu, psychiky, emocí a projevů chování. Tyto informace zapisují do interního informačního systému a informují také zdravotní sestru popřípadě lékaře.

Pracovníci přímé obslužné péče jsou jakousi spojkou mezi světem a samotní uživateli u nich hledají na svoje časté dotazy, představují pro ně zdroj informací, které nemají možnost nebo odvahu jinde získat. Tito pracovníci také znají možnosti a potřeby uživatelů a podle potřeby a možností zajišťují uspokojení těchto potřeb.

Pracovníci přímé péče by měli mít zájem na tom se dále vzdělávat ve svém oboru, rozvíjet se jak po stránce profesní, tak i osobní, a jenom dokáží poskytovat uživateli kvalitní péči. Jejich vztah k uživateli by měl být svědomitý, měli by přistupovat empaticky s ohledem na jejich potřeby.

Samotný uživatel je nyní v pozici, kdy již nemůže plnit svoji dřívější sociální roli, je ve stavu podřízenosti a tak je na místě, aby pečující personál byl trpělivý, dokázal vyslechnout a byl schopný poradit v nelehké situaci samotné uživatele v zařízení.

Všeobecná sestra

Nelékařský zdravotnický personál představují v domovech se zvláštním režimem všeobecné sestry, ošetrovatelská péče a způsobilost k výkonu práce je obsažena v zákoně č.96/2004 Sb. Při přijetí nového uživatele jej vyšetří, výsledky zapíše a sleduje je v časové hierarchii a o dalším postupu informuje ostatní pracovníky, podle potřeby i lékaře. Pobytové služby mají většinou smlouvu s jedním praktickým lékařem, a je jen na uživateli, zda bude u svého dosavadního praktického lékaře, nebo se přeregistruje k lékaři v pobytovém zařízení. Většina uživatelů, lépe řečeno jejich blízcí volí pro větší komfort a snadnější dostupnost lékaře, který pravidelně dochází do zařízení. Všeobecná sestra provádí zdravotní a ošetrovatelskou péči o klienty, poskytuje neprodleně první pomoc, v případě že dojde k ohrožení života či zdraví uživatele, vede ošetrovatelskou dokumentaci. Uživatelům a jejich příbuzným poskytuje psychickou podporu v náročných situacích. Spolupracuje s celým týmem na tvorbě ošetrovatelského plánu uživatele a v potřebném rozsahu provádí edukaci. Spolu s ostatním personálem, se podílí na vytváření bezpečného prostředí v zařízení. Samozřejmě i zde platí, že pokud je v zařízení větší část klientů částečně nebo úplně nesoběstačných, tvoří ošetrovatelská péče zásadní část v péči o uživatele. (Vlastní poznámky z CSSP, p. o., Standard č. 9 – Personální zajištění služby)

Aktivizační pracovníci

Další skupinou pracovníků, kteří působí v domovech se zvláštním režimem, jsou aktivizační pracovníci, popřípadě ergoterapeut. Aktivizační pracovníci tvoří nedílnou část celého ošetrovatelského týmu. Pomáhají uživatelům při adaptaci na nové prostředí, podporují uživatele v soběstačnosti, v udržení osobních a sociálních dovedností. Jsou nápomocní při sociálním začleňování uživatele v zařízení. Jsou s uživateli v dopoledních i dopoledních hodinách. V rámci předem připraveného a vhodně sestaveného aktivizačního plánu, který může mít, individuální, týdenní či měsíční podobu, tráví s uživateli čas podle jeho momentálního psychického či zdravotního stavu. Zprostředkovávají uživatelům domova kontakt se společenským prostředím. Snaží se vhodnými podněty zabránit vzniku a rozvoji závislosti uživatelů, podporují jeho sebe péči a stávající soběstačnost. Vhodné aktivity připravují v rámci ergo aktivizací, které se uskutečňují v místnostech, které jsou v domově k tomuto účelu zřízené. Většinou jsou to jakési reminiscenční místnosti, kde se uživatelé schází a aktivizační pracovníci zde s nimi provádí činnosti. Bezesporu tvoří aktivizační pracovníci významnou část celého pečovatelského týmu a vzájemná spolupráce a koordinace všech členů týmu je jedním ze základních úspěchů úspěšné aktivizace.

Aby aktivizace úspěšně fungovala, chci se zmínit ještě o dvou neméně důležitých pracovnících domova se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou chorobou.

Sociální pracovník

Dle Sokola a Trefilové (2008, s. 177) je sociální pracovník prvním členem týmu, se kterým se potencionální uživatel a žadatel o službu setká. Sociální pracovník má významnou úlohu při prvním kontaktu žadatele o službu, kdy ho pracovník informuje o možnostech umístění do zařízení, předkládá mu přípravu smlouvy, má na starosti veškerou dokumentaci, která je třeba při přijetí uživatele do zařízení a je také nápomocen při adaptaci v zařízení. Komunikuje také s příbuznými, reaguje na jejich podněty a dotazy ohledně uživatelů a služeb v zařízení. Spolupracuje s ostatními institucemi, organizuje a koordinuje individuální plánování. Poskytuje základní sociální poradenství, vede nezbytné údaje o majetkových poměrech uživatele, vede stížnosti uživatelů a prakticky provází každého uživatele po celou dobu pobytu v zařízení, až do jeho opuštění nebo smrti.

Rehabilitační pracovník

Důležitou roli v péči o uživatele s Alzheimerovou chorobou hraje i rehabilitační pracovník. Úkolem rehabilitačního pracovníka je podpora zachování stávající soběstačnosti a funkční schopnosti uživatelů, prevence vzniku imobilizačního syndromu. Celým procesem rehabilitačního ošetřování podporuje uživatele v pocitu vlastní důstojnosti a spokojenosti. Soustava výkonů, jejich rozsah a četnost je individuální a odpovídá zdravotnímu stavu uživatelů. Rehabilitační pracovník vykonává svou činnost na základě doporučení lékaře, celkově však má rehabilitační cvičení mobilizující a stimulační charakter, avšak stanovené cíle v rehabilitačním plánu by měli být reálné a dosažitelné a pro uživatele motivující. Rehabilitační pracovník je uživateli nápomocen i při nácviu či udržení si schopností denních aktivit a to v oblasti pohybové, při používání kompenzačních či polohovacích pomůcek.

8.4 Adaptace uživatelů na pobyt v zařízení

Haškovcová (2012, s. 47) definuje adaptaci jako *funkční přizpůsobení se změněným životním podmínkám*.

Z psychologického hlediska je podle Paulíka (2010, s. 12) adaptace na prostředí vnímána jako úloha umožňující jednotlivci žít více méně uspokojivě v proměnlivých podmínkách prostředí.

Adaptaci můžeme též chápat jako přizpůsobování se novým, změněným nebo odlišným podmínkám a situacím.

Každá změna je starším člověkem chápána jako pocit nejistoty, nebezpečí a neznámého. Pro pacienta s Alzheimerovou demencí je tento přístup o to složitější. Mnohdy nechápe, proč se o něho již partner, děti či blízcí příbuzní nechtějí starat, a na umístění v pobytovém zařízení není připraven. Opouští známý domov, známé tváře, zaběhlé rituály a vydává se do neznáma, do nového prostředí. Avšak i pro jeho blízké je tato situace nelehké, dalo by se říci, že v mnoha případech, je pro pečujícího bolestnější než pro samotného klienta. Jejich domov, opouští člověk, který s nimi byl po celý jejich život, který s nimi trávil společné chvíle a nyní je před nimi situace, kdy se musí rozhodnout co je pro nemocného nejlepší.

Vstup do pobytového zařízení je vnímán různými lidmi odlišně, někdo se dokáže vyrovnat s nenadálou situací, jiný propadá pocitům úzkosti a beznaděje a jiný přijme vysvětlení, že tato situace je pro něho nejlepší, a že v pobytovém zařízení bude mít veškerou péči.

Jak uvádí Hrozenská (2008, s. 84) adaptaci v pobytovém zařízení můžeme rozdělit do tří fází:

1. *fáze očekávání* – tato fáze zahrnuje časové období do rozhodnutí a vlastní podání žádosti do pobytového zařízení po nástup do něho
2. *fáze vlastní adaptace* – tato fáze je počítána od přijetí do pobytového zařízení a trvá v průměru 6 měsíců. První dvě fáze jsou pro uživatele nejdůležitější a nevýznamnější co se týká jejich pobytu v zařízení.
3. *fáze dozrívající stresové reakce* – tato fáze postupně přechází do akceptování umístění v pobytovém zařízení, avšak při nepříznivém vývoji adaptace může nastat překonání adaptačního stresu, které ústí v rezignaci na pobyt, v některých případech může vyústit v celkové selhání organismu, popřípadě smrt.

Dále Hrozenská (2008, s. 85) uvádí tři typy adaptací:

1. *dobrá adaptace* – uživatel je komunikativní, navazuje kontakty s personálem i s ostatními uživateli, je spokojený s nabízenými službami, je aktivní, zapojuje se do nabízených činností od prvních dní pobytu
2. *nevyhovující adaptace* – uživatel sám nemá zájem o nové prostředí, je apatický, nespolupracuje s personálem, je pesimistický, do rozhovoru s ostatními uživateli se nezapojuje
3. *špatná adaptace* – uživatel nemá zájem o prostředí a nové okolí, nespolupracuje s personálem, nevyhledává žádné kontakty ani žádnou činnosti, je plačtivý

Při vyhovující adaptaci tento proces obvykle trvá 4-6 měsíců, při špatné adaptaci potom i jeden rok. Schopnost adaptace je též podmíněna věkem, fyzickým i psychickým stavem, celkovou pohyblivostí a soběstačností.

Haškovcová (2012, s. 47) uvádí minimální dobu adaptace půl roku, pokud klient není adaptace schopen, dochází k tzv. maladaptaci.

Celková adaptace vyžaduje od všeho personálu individuální a laskavý přístup, pozorování uživatele při jeho činnostech a chování. U každého nového uživatele je třeba vycházet z jeho povahových vlastností, životních zvyklostí a návyků a také zájmů a oblíbených činností.

V mnoha pobytových zařízeních se stává trendem individuální aktivizační program. Vždyť dobrá adaptace se u uživatele vyznačuje spokojeností, vyrovnaností, zapojením se do nabízených činností, dobrou komunikací s personálem i s ostatními uživateli.

Veškerý personál se snaží uživateli adaptaci co nejvíce usnadnit, pomoci mu zvyknout si na nové prostředí. Seznámit ho s chodem celého oddělení, ukázat mu jeho pokoj, popřípadě ho seznámit s jeho spolubydlícím. Je více než vhodné, vše mu klidně a trpělivě vysvětlit, velký význam zde hraje úsměv, dotyky a v neposlední řadě vhodně zvolená komunikace.

PRAKTICKÁ ČÁST

9 Metodologie výzkumu

Teoretická část této diplomové práce se svým zaměřením stala východiskem pro část praktickou. V teoretické části jsou shrnuty základní pojmy týkající se osob s Alzheimerovou chorobou, možnosti jejich léčby, ale především možnosti jejich aktivizace v rámci domácí péče či pobytového zařízení. Nejvíce přínosná pro praktickou část je kapitola aktivit a přístupů pro osoby s Alzheimerovou chorobou, která pojednává o konkrétních aktivitách, které jsou využívány i ve zkoumaném domově se zvláštním režimem.

Praktická část poskytuje informace o konkrétním domově, popisuje prostředí, kde se výzkum realizoval a taktéž okolnosti, za jakých byla data do výzkumu získána.

Pro tuto diplomovou práci byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je dle Hendla (2005) procesem hledání porozumění založené na zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Disman (2000) označuje kvalitativní přístup, jako přístup, který pomáhá efektivně porozumět pozorované realitě. Gavora (2000) vidí výhodu kvalitativního výzkumu v bližším proniknutí do situací a přiblížení ke zkoumaným osobám. Snaží se objevit nové souvislosti, které by neměl šanci odhalit pomocí kvantitativní metody.

Strauss a Corbinová (1999, s. 10) uvádějí, kvalitativní výzkum jako „*jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace*“.

9.1 Cíl výzkumu a stanovení výzkumné otázky

Pro samého člověka trpící Alzheimerovou chorobou je přechod z domácího prostředí do prostředí rezidenční péče velmi stresující, proto je důležité se celkově v pobytových zařízeních pro osoby s Alzheimerovou chorobou zaměřit nejen na kvalitní a důstojnou přímou obslužnou péči, která spočívá v uspokojení biologických potřeb, ale je také důležité dbát na volný čas uživatelů. Pojem volný čas prakticky pro tyto uživatele znamená veškerý čas, který tráví v pobytovém zařízení. A právě adaptační doba je důležitým činitelem pro samotného uživatele, jak se na nové prostředí adaptuje, jak naváže nové sociální vazby v rámci zařízení a jakým směrem se bude realizovat jeho pobyt v zařízení.

Záměrem a cílem této diplomové práce bylo zjistit, jak u osob s Alzheimerovou chorobou probíhá adaptace v zařízení rezidenční péče, které aktivity zvládali před přijetím do zařízení, a které se u něho rozvinuly až v průběhu pobytu v domově.

Dílčím cílem je porovnání úrovně sebeobsluhy, návyků a zvyklostí z domova či jiného pobytového zařízení na začátku adaptačního procesu a na jejím konci.

Pozornost byla také věnována aktuálnímu stavu jednotlivých uživatelů s přihlédnutím na jejich chování a zdravotní stav.

Výzkum se orientoval podle výzkumné otázky, která byla odvozena z cíle výzkumu.

Formulace výzkumné otázky zní takto:

Pomáhají aktivizační činnosti udržet stávající schopnosti uživatelů s Alzheimerovou chorobou v jednotlivých sledovaných kategoriích na základě vytvořeného objektivního hodnocení posuzovací škálou?

Dále se pokusíme v rámci kvalitativního hodnocení uvést možné důvody případné změny, tj. jaké jsou důvody zlepšení či zhoršení stavu aktivit běžného denního života uživatelů s Alzheimerovou chorobou v průběhu adaptačního procesu v Centru sociálních služeb Prostějov.

9.2 Metody sběru dat

Pro prvotní sběr dat byla použita posuzovací škála, která byla pro účely této diplomové práce sestavena a se kterou jsme pracovali na začátku adaptační a na konci adaptační doby.

Hodnotící škála má celkem 17 položek. Položka č. 1 a č. 2 je zaměřena na soběstačnost uživatele, jeho sebeobsluhu a úklid svého pracovního prostředí při dané aktivizační činnosti v prostorách, kde se aktivita koná. Položka č. 3 je zaměřena na samostatnost chůze, či potřebu doprovodu při chůzi a to jak v zařízení, tak i v terénu. Položka č. 4 je zaměřena na osobní nákup, nákup, který se realizuje v klubovém zařízení, který je v areálu organizace nebo nákupu, v blízkém obchodním centru. Položka č. 5 a č. 6 je zaměřena na účast na skupinových aktivitách, a to jak na aktivitách pořádaných v zařízení i mimo něj. Aktivitami mimo zařízení jsou návštěvy divadla, kulturních akcí, výstav, soutěží nebo výletů. Položka č. 7 je zaměřena na reminiscenci, zda si uživatel vybavuje sám, sám hovoří nebo zda si vybavuje s podněty. Položka č. 8 je zaměřena na práci s keramickou hlínou. Keramickou hlína je tomto případě tekutá licí břečka, s kterou pracují uživatelé a nalévají jí, pomocí lžičky či naběračky do malých, v průměru 10 cm širokých sádrových forem. Položka č. 9 je zaměřena na arteterapii, na skupinové koláže, čmárání, vymalovávání, skupinovou práci. Položka č. 10 a č. 11 je zaměřena na obsluhu PC a obsluhu mobilního telefonu. Položka č. 12 je zaměřena na porozumění a následné reprodukci krátkého, srozumitelného textu o 8 řádcích. Položka č. 13 a č. 14 je zaměřena na vyhledávání a kontaktování se s ostatními uživateli a personálem

oddělení. Položka č. 15 je zaměřena na návštěvu rodiny a to z hlediska pobytu u rodiny, nebo návštěvu rodiny uživatele v zařízení. Položka č. 16 a č. 17 se zaměřuje na samotného uživatele a jejím zodpovězením je spokojenost uživatele s nabídkou aktivizačních činností a s úrovní péče ošetřujícího personálu.

U každé položky byly zvoleny tři stupně, stejně jakou jsou tři stadia demence.

Pelikán (2011) charakterizuje posuzovací škálu jako metodu, která slouží k záznamu jednotlivých vlastností posuzované osoby pozorovatelem a to způsobem, který zajišťuje určitou objektivnost a dovoluje kvantitativní zachycení jevu. Konkrétně numerickou posuzovací škálu, kdy se vedle sebe staví dva odlišné póly. Posuzovací škálu by nebylo možné provést bez pozorování. Zúčastněné pozorování bylo zvolené jako hlavní metoda této diplomové práce. Miovský (2006) definuje zúčastněné pozorování jako pozorování, kdy se pozorovatel pohybuje v prostoru, kde se vyskytují i objekty, které pozoruje. Disman (2002) charakterizuje zúčastněné pozorování jako *styl výzkumu, ve kterém výzkumník participuje na každodenním životě lidí, které studuje*. Výhodou tohoto pozorování je, že pozorovatel má bezprostřední zkušenost s objekty, které pozoruje, má možnost zapojovat se do interakcí mezi zúčastněnými, lépe pochopit a popsat, co a jak dělají.

Metoda pozorování byla ve výzkumu používána spontánně během celého procesu výzkumu. Předem byly definované situace, chování a cílené aktivity, které byly cíleně u respondentů pozorovány. Primárním zdrojem pro zapisování informací, poznatků z pozorování byl pozorovací arch. Do pozorovacího archu jsme po celou dobu výzkumu zaznamenávali četnost návštěv aktivizačních činností jednotlivých uživatelů, popřípadě chování při jednotlivých aktivizačních činnostech. Pozorovací arch je sestaven do přehledné tabulky, kde je uvedeno jméno uživatele, datum aktivizační činnosti, kdy se jí uživatel zúčastnil a konkrétní činnost, které se uživatel účastnil. Pozorovací arch je součástí přílohy.

Důležitým prvkem u výzkumu byl i řízený rozhovor. Řízený rozhovor byl u hodnotící škály použit u položek č. 16 a č. 17.

Podstatným informačním kanálem bylo studium a práce s již existujícími dokumenty, především autobiografie od rodiny, pečující osoby. Pelikán (2011) vidí přednost této techniky v možnosti hlubšího proniknutí do vývoje zkoumané osoby a individualizace takto získaných poznatků.

9.3 Výběr výzkumného vzorku

Respondenty výzkumu byli uživatelé domova se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou chorobou, kteří přišli do zařízení v období září 2015 až listopad 2015.

Celkem výzkumný vzorek zahrnoval 22 uživatelů, ve věkovém rozmezí 76 - 91 roků.

Domov se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou chorobou byl otevřen v Centru sociálních služeb Prostějov p. o., v září 2015. Je součástí organizace, ve které se také nacházejí tři budovy domova pro seniory a 2 budovy domova se zvláštním režimem, pro osoby s duševním onemocněním, denní stacionář pro seniory, chráněné bydlení a odlehčovací služba.

9.3.1 Charakteristika zařízení domova se zvláštním režimem pro osoby s Alzheimerovou chorobou

Posláním domova se zvláštním režimem je poskytnout pobytovou sociální službu lidem s Alzheimerovou chorobou, kteří již nemohou žít ve svém přirozeném prostředí.

Cílem domova je umožnit uživatelům služby žít v bezpečném prostředí v maximální míře udržet soběstačnost uživatelů služby, podporovat uživatele v adaptaci na nové prostředí a umožnit uživatelům služby důstojně dožít.

Cílovou skupinou uživatelů jsou senioři od 65 let s Alzheimerovou chorobou.

Budova je dvoupodlažní, v přízemí je společná jídelna s malou kuchyňkou, prostorná společenská místnost, která má velké balkonové dveře, které jsou zároveň vchodem na zastřešenou terasu, kde v letních měsících mají možnost uživatelé pobytu. V letních měsících je zde umístěna i voliéra s ptactvem, o které se uživatelé spolu s personálem starají. V přízemí se dále nachází místnost ergo – aktivizace, kde se uživatelé scházejí k různým činnostem, ať již pro individuální nebo skupinovou aktivizaci.

V každém patře se nachází prosklená denní místnost pro ošetřující personál a zdravotní sestry. O uživatele se stará 5 všeobecných sester, 20 pracovníků v sociálních službách a 3 aktivizační pracovnice.

Pokoje pro uživatele se nacházejí v patře i v přízemí. Pokoje jsou dvoulůžkové, jeden pokoj je jednolůžkový. Každý pokoj má vlastní sociální zařízení.

Uživatelé mají možnost navštěvovat kulturní akce pořádané v zařízení i mimo něj, každou středu je v kapli zařízení sloužena bohoslužba slova či mše svatá. K oddechu a odpočinku slouží uživatelům klubové zařízení. Toto zařízení se nachází v centru areálu, je vybaveno starožitným nábytkem a uživatelé zde mají možnost si posedět při kávě, čaji a nebo zakoupit si různé pochutiny.

Uživatelé mají možnost využít služeb pedikérky a kadeřníka, kteří pravidelně docházejí do zařízení (Vlastní poznámky získané v zařízení).

Celý areál se nachází v klidném prostředí, který je zpřístupněn i veřejnosti, budovy jsou oklopeny zelení a uživatelé tak mají možnost relaxovat nerušeně v areálu na lavičkách, posedět na lavičkách v meditační zahrádce.

9.4 Organizace výzkumu

Samotnému výzkumu předcházelo pozorování uživatelů, na základě tohoto pozorování jsme sestavili hodnotící škálu, kterou byli uživatelé hodnoceni po 7 dnech jejich pobytu a potom opět po uplynutí adaptační doby, tj. 6 měsíců. Veškeré aktivizační činnosti, kterých se uživatelé zúčastňovali, jsme zaznamenávali do pozorovacího archu. Do pozorovacího archu byly taktéž zaznamenávány projevy chování, popřípadě aktuální zdravotní stav uživatelů. Na základě tohoto archu a zúčastněného pozorování byla zpracována hodnotící škála po uplynutí adaptační doby.

Zúčastněné pozorování probíhalo v měsících září, říjen, listopad 2015, poté po uplynutí adaptační doby v měsících březen, duben, květen 2016.

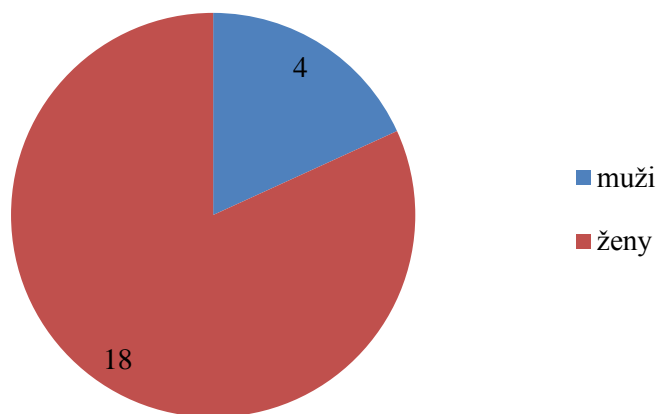
10 Vyhodnocení výzkumu

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak probíhá adaptace uživatelů služby z pohledu aktivizace.

Graf č. 1

Výzkumu se zúčastnilo celkem 22 uživatelů, z toho 18 bylo žen a jen 4 byli muži.

Výzkumný vzorek

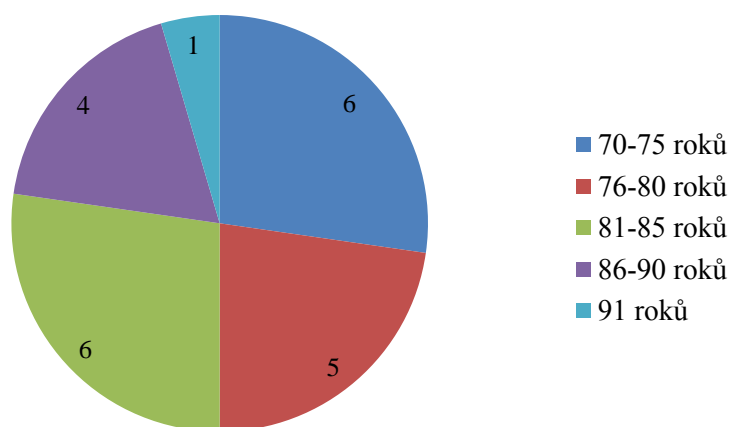


graf 1

Graf č. 2

Věkové složení respondentů – nejvíce se zúčastnilo výzkumu uživatelů ve věku 76 – 80 roků a nejméně ve věku 86 - 90 roků, nejstarší uživatelce výzkumu bylo 91 let.

Věkové složení uživatelů

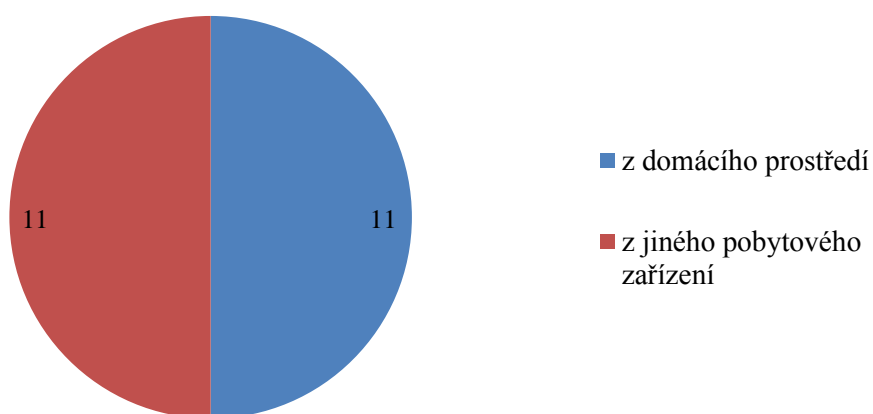


graf 2

Graf č. 3

Do pobytového zařízení sociálních služeb přicházejí uživatelé z domova nebo z jiných rezidenčních zařízení. Ze vzorku, který jsem zkoumala, přišlo 11 uživatelů z domova a 11 uživatelů z jiného pobytového zařízení.

Předchozí pobyt uživatele DZR

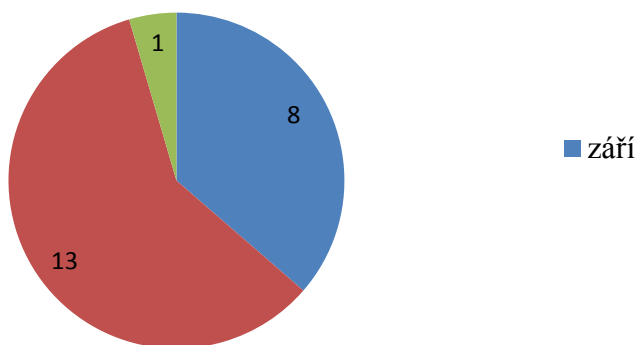


graf 3

Graf č. 4

Termín nástupu do zařízení – domov se zvláštním režimem pro uživatele s Alzheimerovou chorobou byl otevřen v září 2015. V září 2015 bylo přijato 8 uživatelů, v říjnu 2015 13 uživatelů a v listopadu 2015 1 uživatel.

Období přijetí uživatele do DZR

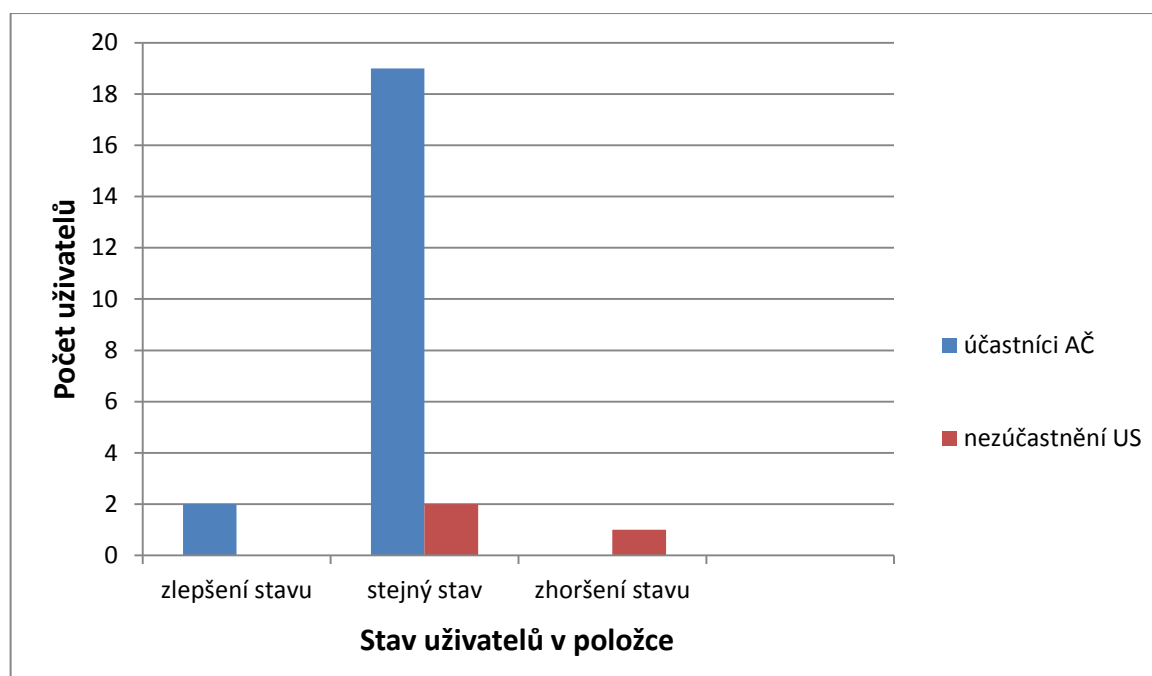


graf 4

10.1 Vliv aktivizačních činností na schopnosti respondentů během adaptační doby

Tato část diplomové práce se zabývá analýzou stavu jednotlivých respondentů v samostatných položkách škály. Ke každé položce je přiřazen graf s hodnocením stavu a charakteristikou výsledků v jednotlivých položkách. Každý graf obsahuje dva rozdílné sloupce, modře označený sloupec charakterizuje uživatele, kteří se účastnili aktivizačních činností, a červený graf charakterizuje uživatele, kteří se neúčastnili aktivizačních činností, tito uživatelé byli použiti jako srovnávací vzorek.

Graf č. 5 Položka 1 – Oblékání (N=22)



graf 5

Charakteristika položky:

1 – oblékne se zcela sám – uživatel si sám dokáže obléci personálem připravený jednoduchý oděv, zvládne si na oděvu zapnout zip

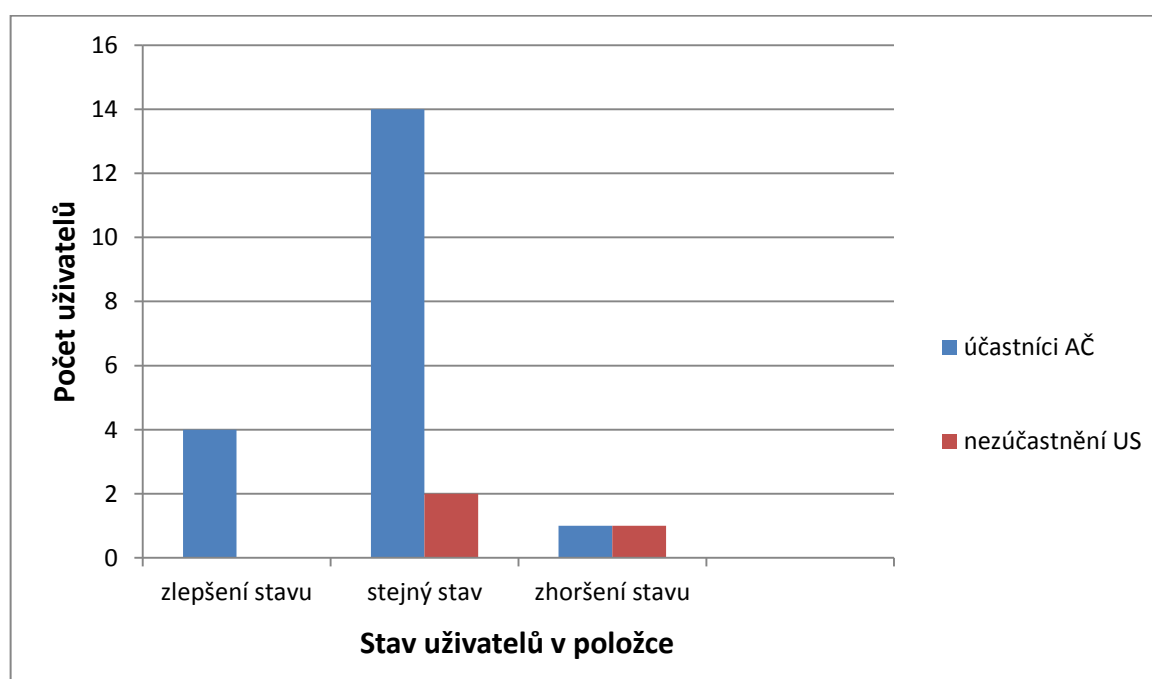
2 – zvládne se obléci s pomocí – uživatel si dopomocí zvládne obléknout jednoduchý oděv, personál zapíná zip či knoflíky

3 – nezvládne se obléci – uživatel se nezvládne obléci sám a je odkázán na pomoc personálu

Na základě přímého pozorování bylo zjištěno, u 2 uživatelů došlo ke zlepšení stavu oproti stavu výchozímu na počátku adaptační doby, u 19 uživatelů byl stejný stav. U uživatelů, kteří se nezúčastňovali aktivizačních činností, byl zjištěn u 2 z nich stejný stav a u jednoho uživatele došlo ke zhoršení stavu při oblékání.

Z výzkumu tedy vyplývá, že 8 uživatelů na začátku adaptační doby se oblékne zcela samo, 10 uživatelů se zvládne obléci s pomocí personálu a 4 uživatelé se nezvládnou obléci sami vůbec. Po uplynutí adaptační doby se 9 uživatelů dokáže obléci zcela samo, 8 uživatelů se zvládne obléci s pomocí personálu. Tito uživatelé se pravidelně zúčastňovali aktivizačních činností, kde mimo jiné procvičovali jemnou motoriku (navlékání dřevěných korálek, nácvik zapínání velkých knoflíků na cvičném oděvu) a 5 uživatelů se nezvládne samo obléci vůbec, jejich zdravotní stav jim neumožňuje se obléknout sám.

Graf č. 6 Položka 2 – Běžný úklid pracovního prostředí (N = 22)



graf 6

Charakteristika položky:

1 – pracovní prostor si uklidí sám – uživatel si zvládne sám bez pomoci personálu uklidit pracovní místo

2 – uklidí si s pomocí personálu – uživatel zvládne uklidit pracovní místo za pomoci slovního doprovodu personálu

3 – nezvládá si uklidit – uživatel si nezvládne ani s pomocí personálu uklidit svoje pracovní místo, tuto činnost nechává na personálu

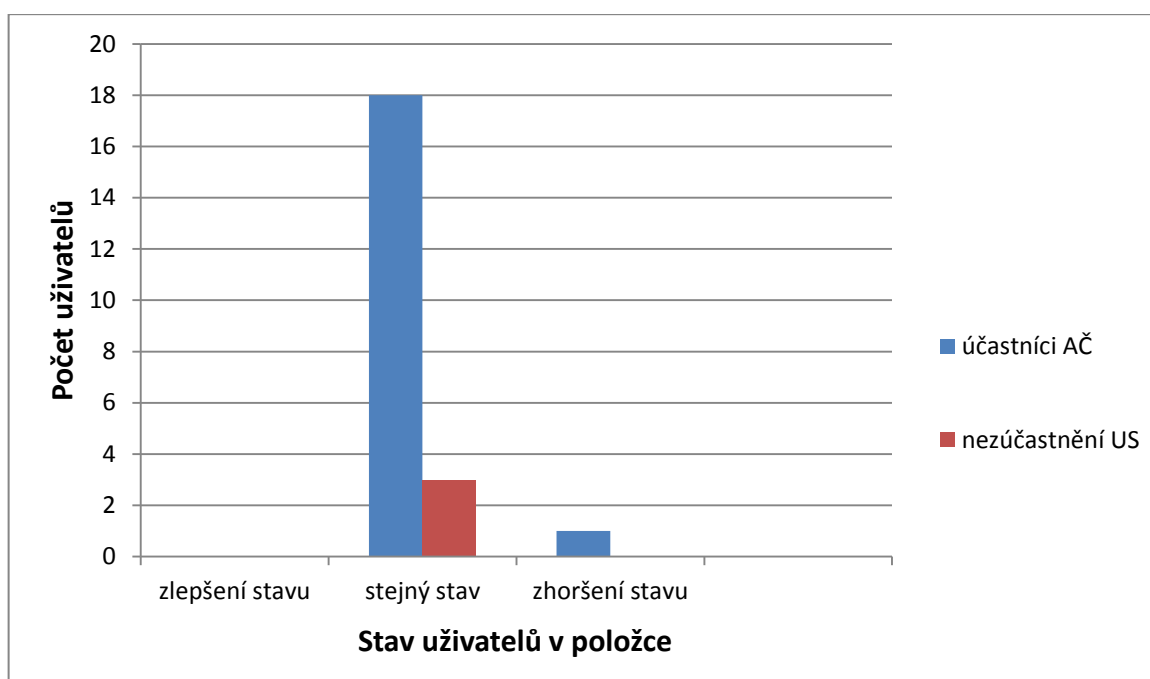
Na základě pozorování při pracovních aktivitách bylo zjištěno, že u 4 uživatelů došlo ke zlepšení stavu, u 14 uživatelů byl stejný stav jako na počátku adaptační doby. U jednoho uživatele se stav zhoršil, tento uživatel reagoval negativně na činnosti v rámci úklidu, a to se slovy: „*Nemusel jsem to dělat doma, tak to nebudu dělat ani tady*“.

U uživatelů, kteří se nezúčastňovali aktivizačních činností, byl u 2 uživatelů stav nezměněn a u 1 uživatele se stav zhoršil.

Dále na základě pozorování při pracovních aktivitách bylo zjištěno, že 8 uživatelů na začátku adaptační doby si svůj pracovní prostor zvládne klidit samo, 9 uživatelů si uklidí pracovní prostor s pomocí personálu a 5 uživatelů si nezvládne uklidit svůj pracovní prostor.

Po uplynutí adaptační doby 10 uživatelů si svůj pracovní prostor zvládne uklidit samo, 7 uživatelů si uklidí pracovní prostor s pomocí personálu. Tito uživatelé se pravidelně účastnili aktivizačních činností v aktivizační místnosti, kde závěrem každého setkání byl i nácvik úklidu svého pracovního místa a 5 uživatelů si nezvládne uklidit pracovní prostor, protože jim to neumožňuje jejich zdravotní stav.

Graf č. 7 Položka 3 – Chůze (N=22)



graf 7

Charakteristika položky:

1 – zvládá sám chůzi v zařízení i terénu – uživatel se samostatně pohybuje po budově, pro pohyb v terénu nepotřebuje žádnou kompenzační pomůcku

2 – potřebuje dopomoci s orientací v zařízení i v terénu – uživatel potřebuje občasnou pomoc personálu při orientaci v budově, mimo budovu se orientuje jen s pomocí personálu

3 – pohybuje se jen po oddělení s doprovodem – sám nezvládá pohyb po budově ani mimo ni, potřebuje pomoc personálu

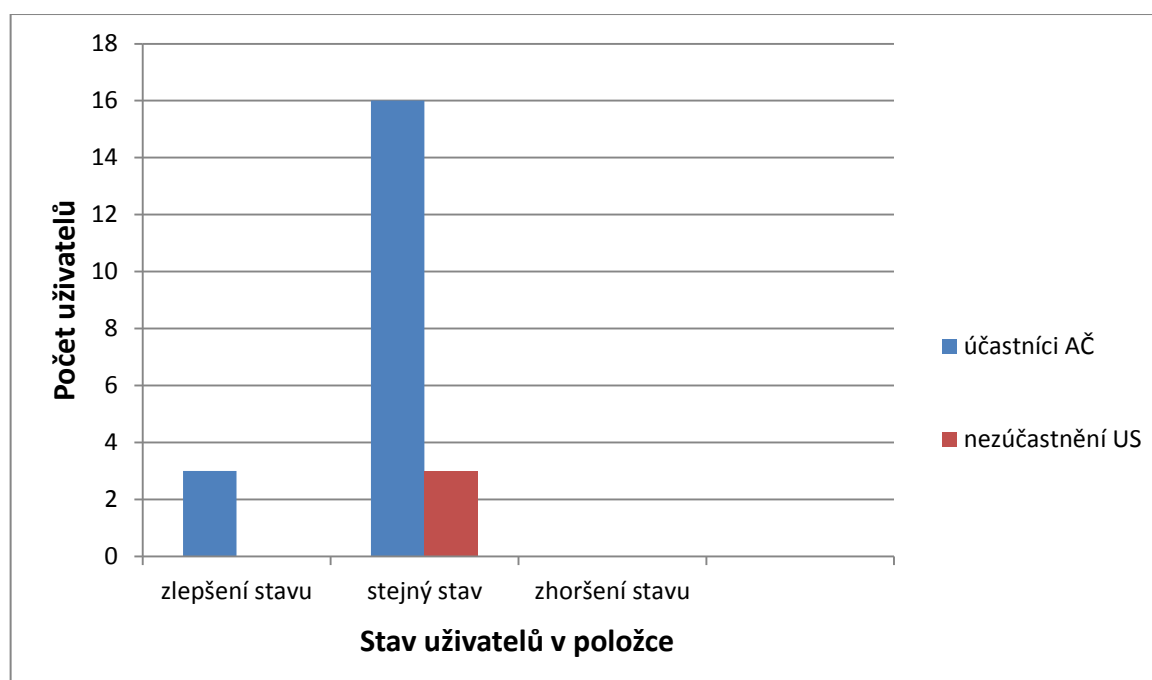
Každodenním pozorováním a přímého se účastnění doprovodu při chůzi, bylo zjištěno, že u 18 uživatelů zůstal stav nezměněn. U jednoho uživatele se stav zhoršil.

U tří uživatelů, kteří se nezúčastňovali aktivizačních činností, zůstal stav chůze nezměněn. I když se tyto uživatelé nezúčastňovali aktivizačních činností, byli dle svých možností doprovázeni personálem do společenské místnosti i do společné jídelny.

Dále bylo každodenním pozorováním a přímého se účastnění doprovodu při chůzi bylo zjištěno, že 5 uživatelů na začátku adaptační doby zvládá samo chůzi v zařízení i v terénu, 10 uživatelů potřebuje pomoci s orientací v zařízení i v terénu a 7 uživatelů se pohybuje jen po oddělení s doprovodem.

Po uplynutí adaptační doby 4 uživatelé zvládají sami chůzi v zařízení i v terénu, 11 uživatelů potřebuje dopomoci s orientací v zařízení i v terénu, u těchto uživatelů docházelo k pravidelnému nácviku orientace v rámci aktivizačních činností v budově i mimo ni, bylo vysvětleno používání madel, která jsou účelně nainstalována v celé budově, stejně tak i odpočinkových židlí a 7 uživatelů je schopno pohybu jen po oddělení a to s doprovodem, u těchto uživatelů je riziko pádu a používají kompenzační pomůcky.

Graf č. 8 Položka 4 – Osobní nákup (N=22)



graf 8

Charakteristika položky:

1 – zvládne si říct o požadovanou věc a zaplatit jí – uživatel dokáže říct své přání, požádat o požadovanou věc a následně ji i zaplatit

2 – zvládne si říct o požadovanou věc, ale potřebuje dopomoci s placením zboží - uživatel dokáže říct své přání, požádat o požadovanou věc, potřebuje dopomoci s placením, nedokáže správně určit požadovaný obnos

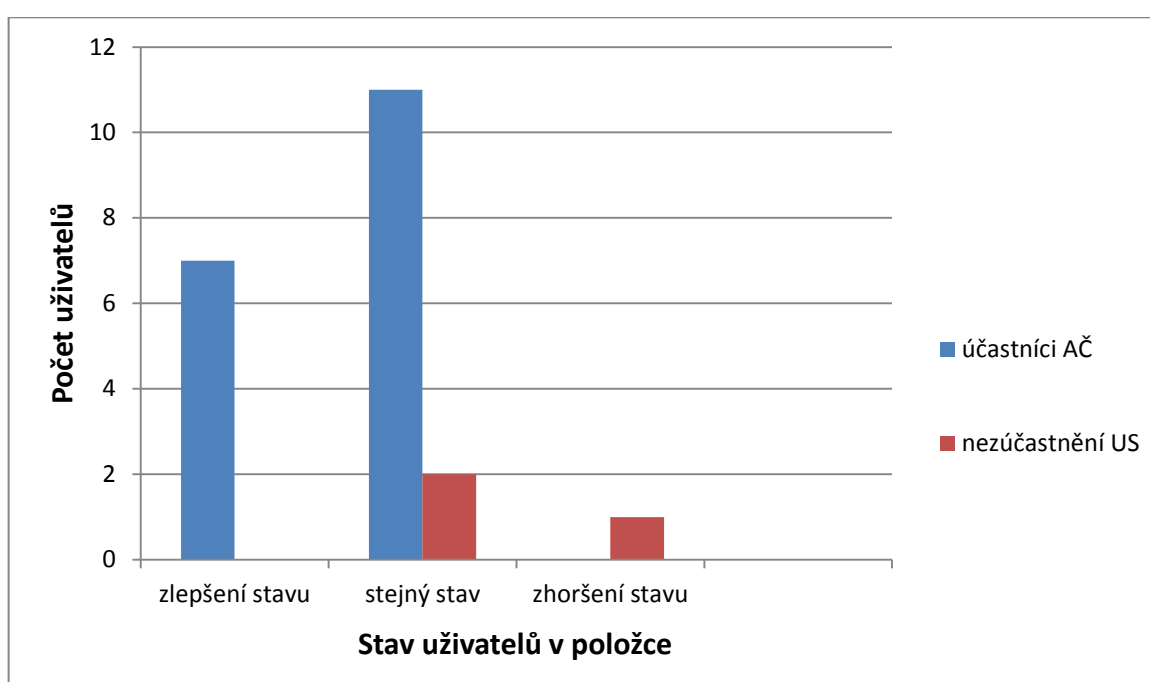
3 – potřebuje dopomoci s výběrem zboží i s jeho zaplacením – uživatel potřebuje dopomoci při výběru zboží i s jeho následným placením

Pozorováním a přímého účastnění se nákupu bylo zjištěno, že u 16 uživatelů zůstal stav nezměněn a u tří uživatel se stav zlepšil a u žádného uživatele se stav u této položky nezhoršil. U tří uživatelů, kteří se nezúčastňovali aktivizačních činností, zůstal stav nezměněn.

Z výsledků pozorování a přímého účastnění se nákupu dále bylo zjištěno, že 6 uživatelů na počátku adaptační doby si zvládne samo říci o požadovanou věc a poté jí zaplatit, 10 uživatelů si zvládne říci o požadovanou věc, ale potřebují dopomoci s jeho zaplacením, 6 uživatelů potřebuje pomoci s výběrem zboží i jeho následným zaplacením.

Po uplynutí adaptační doby si 8 uživatelů zvládne říci o požadovanou věc a zaplatit jí, 9 uživatelů si zvládne říci o požadovanou věc, ale potřebuje pomoci s jeho zaplacením. Tito uživatelé se aktivně zapojovali do aktivizačních činností, kde docházelo i k nácviku nakupování, k simulovaným situacím v obchodě, restauraci atd. Účastníci aktivizačních činností, tak měli možnost si vyzkoušet situace, které mohou nastat při nakupování a 5 uživatelů potřebuje pomoci s výběrem zboží i jeho následným zaplacením, tyto uživatelé jsou úzkostliví, potřebují radu a bojí se manipulace s peněžním obnosem.

Graf č. 9 Položka 5 – Účast na skupinových akcích v zařízení (N=22)



graf 9

Charakteristika položky:

1 – účastní se pravidelně – uživatel se pravidelně účastní nabízených aktivizačních činností

2 – účastní se občas – uživatel se zúčastňuje občas skupinových činností

3 – neúčastní se – uživatel se nezúčastňuje skupinových aktivizačních činností, skupinu nevyhledává

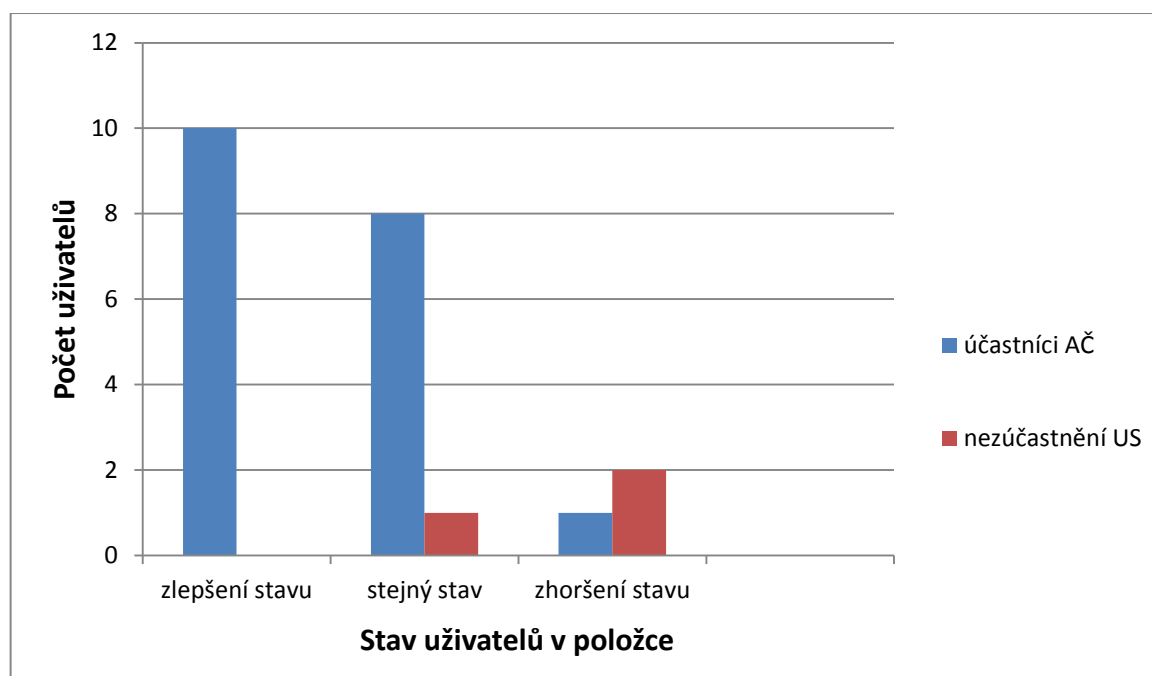
Pozorováním a pravidelným nabízením skupinových akcí v zařízení byl zjištěn u 11 uživatelů stejný stav jako na počátku adaptační doby, u 7 uživatelů došlo ke zlepšení stavu. U dvou

uživatelů, kteří se nezúčastňovali aktivizačních činností, zůstal stav stejný jako na počátku adaptační doby, u jednoho se stav zhoršil.

Účastí na skupinových akcích v zařízení, např. canisterapie, skupinové cvičení, muzikoterapie, besedy atd.: pozorováním a pravidelným nabízením těchto akcí bylo dále zjištěno, že na začátku adaptační doby se 6 uživatelů účastnilo pravidelně těchto skupinových akcí, 13 uživatelů se jich účastnilo občas a 3 uživatelé se skupinových akcí nezúčastňovali vůbec.

Po uplynutí adaptační doby se 13 uživatelů účastnilo pravidelně skupinových akcí pořádaných v zařízení, 6 uživatelů se jich účastnilo občas. Tito uživatelé využili možnosti vzájemného setkávání s ostatními v rámci aktivizačních činností. Většina z nich při pobytu doma neměla možnost účastnit se nejrůznějších činností, některé činnosti byly pro mnohé z nich neznámé, při aktivizaci v novém zařízení jich využili poprvé a tato činnosti je zaujala, například práce s keramickou hlinou, canisterapie apod. a 3 uživatelé se skupinových akcí nezúčastňovali vůbec, tyto uživatelé neměli potřebu setkávat se s ostatními lidmi a raději vyhledávali soukromí svého pokoje.

Graf č. 10 Položka číslo 6 – Účast na skupinových akcích mimo zařízení (N=22)



graf 10

Charakteristika položky:

1 – účastní se pravidelně – uživatel se pravidelně účastní nabízených aktivizačních činností mimo zařízení

2 – účastní se občas – uživatel se zúčastňuje občas skupinových činností mimo zařízení

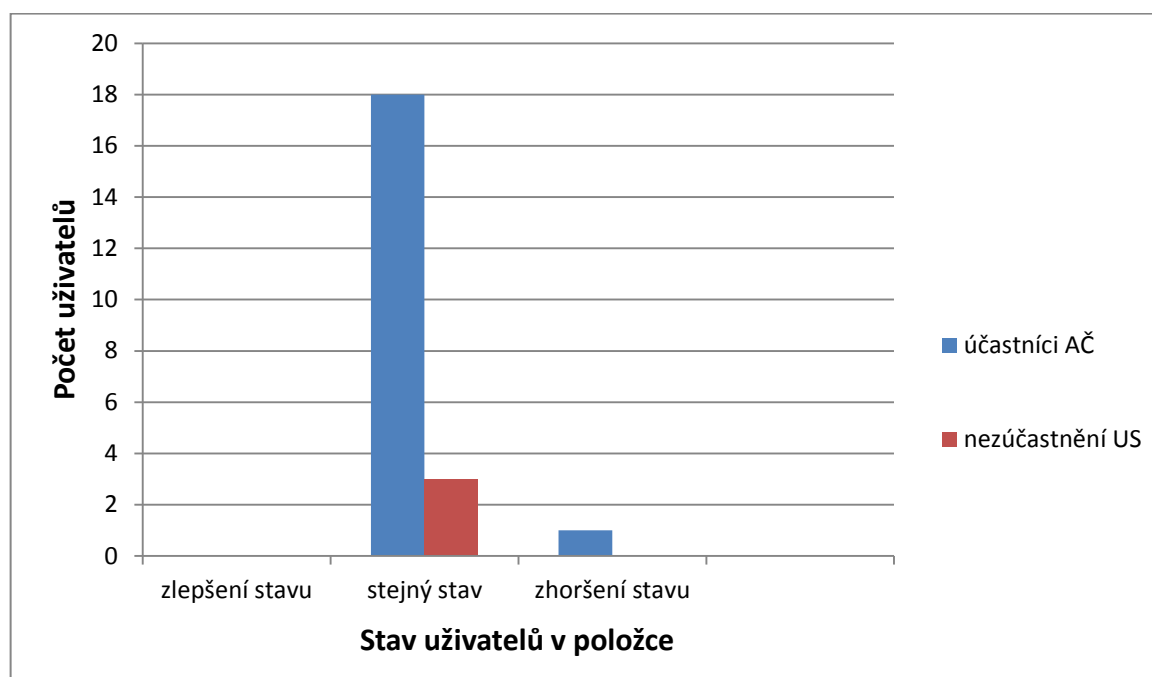
3 – neúčastní se – uživatel se nezúčastňuje jakýchkoliv aktivizačních činností mimo zařízení
Pozorováním a pravidelným nabízením skupinových akcí mimo zařízení byl u 8 uživatelů zjištěn stejný stav jako na počátku adaptační doby, u 10 uživatelů došlo ke zlepšení stavu. U jednoho uživatele došlo ke zhoršení stavu a to i ke zhoršení zdravotního stavu, které mu pravidelně neumožňovalo se účastnit aktivit mimo zařízení.

U uživatelů, kteří se nezúčastňovali aktivizačních činností, byl u jednoho z nich pozorován stejný stav jako na počátku adaptační doby a u dvou došlo ke zhoršení stavu.

Dále bylo pozorováním a pravidelným nabízením těchto akcí bylo zjištěno, že na začátku adaptační doby se 7 uživatelů účastní akcí mimo zařízení, 7 uživatelů se těchto akcí účastní občas a 8 uživatelů se těchto akcí neúčastní vůbec.

Po uplynutí adaptační doby se 11 uživatelů účastnilo akcí mimo zařízení, a pochvalovali si pestrou nabídku setkávání i mimo zařízení, 8 uživatelů se těchto akcí účastnilo občas. Tito uživatelé velice přivítali možnosti účastnit se setkání, kdy se dostanou mimo zařízení, z počátku neměli přehled, jaké možnosti mimo zařízení jsou pro ně připravené a 3 uživatelé se akcí neúčastnili vůbec, tyto uživatelé neměli potřebu setkávat se s ostatními lidmi a raději vyhledávali soukromí svého pokoje.

Graf č. 11 Položka číslo 7 – Reminiscence (N=22)



graf 11

Charakteristika položky:

1 – vybavuje si sám – uživatel sám, spontánně vzpomíná

2 – vybavuje si s podněty – uživatel má potíže si vybavovat sám, lépe reaguje s podněty

3 – nevybavuje si vůbec – uživatel vůbec nereaguje na slovní ani věcné podněty

Přímým pozorováním a pravidelným účastněním se reminiscence byl u 18 uživatelů zjištěn stejný stav jako na počátku adaptační doby, u jednoho uživatele došlo ke zhoršení stavu. U tří uživatelů, kteří se nezúčastňovali aktivizačních činností zůstal stav nezměněn.

Dále bylo přímým pozorováním a pravidelným účastněním se této činnosti zjištěno, že 11 uživatelů na začátku adaptační doby se vybavuje při reminiscenci samo, 11 uživatelů si vybavuje s podněty.

Po uplynutí adaptační doby si 10 uživatelů vybavovalo samo, 12 uživatelů se vybavovalo s podněty. Při reminiscenční terapii bylo využíváno předmětů, z dob mládí uživatelů, většina z nich si spontánně vybavovala, při ukázce těchto předmětů bylo patrné větší množství vzpomínek, které se vázaly k těmto předmětům, či situacím, které s nimi měli spojené. Byla

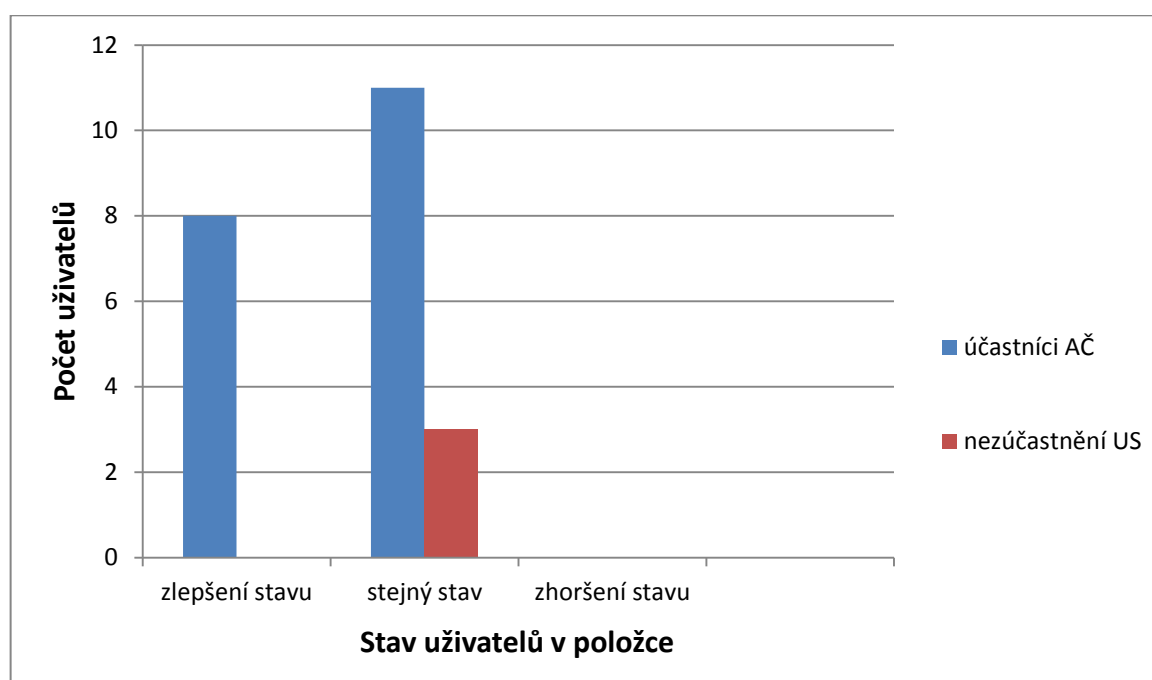
též podněcována u uživatelů individuální reminiscence, vzpomínání a povídání nad soukromými fotografiemi.

Během výzkumu, nebyl žádný uživatel, který by se nevybavoval vůbec.

„ Jsem ráda, že mi tady dali aspoň ty vnučata, aspoň je pořád vidím.“

„ Jó, tady jsme byli ještě mladí.“

Graf č. 12 Položka číslo 8 – Práce s keramickou hlinou (N=22)



graf 12

Charakteristika položky:

1 – zvládá nalévat licí hlinu do malých a středních sádrových forem – uživatel, zvládá sám pomocí naběračky či lžičky nalévat licí hlinu do malých a středních sádrových forem a výrobky z těchto forem i vyklopit

2 – zvládá nalévat licí hlinu do malých sádrových forem s dopomocí – uživatel za pomoci personálu, jeho slovní dopomocí či vedení ruky zvládá nalévat licí hlinu do malých a středních sádrových forem

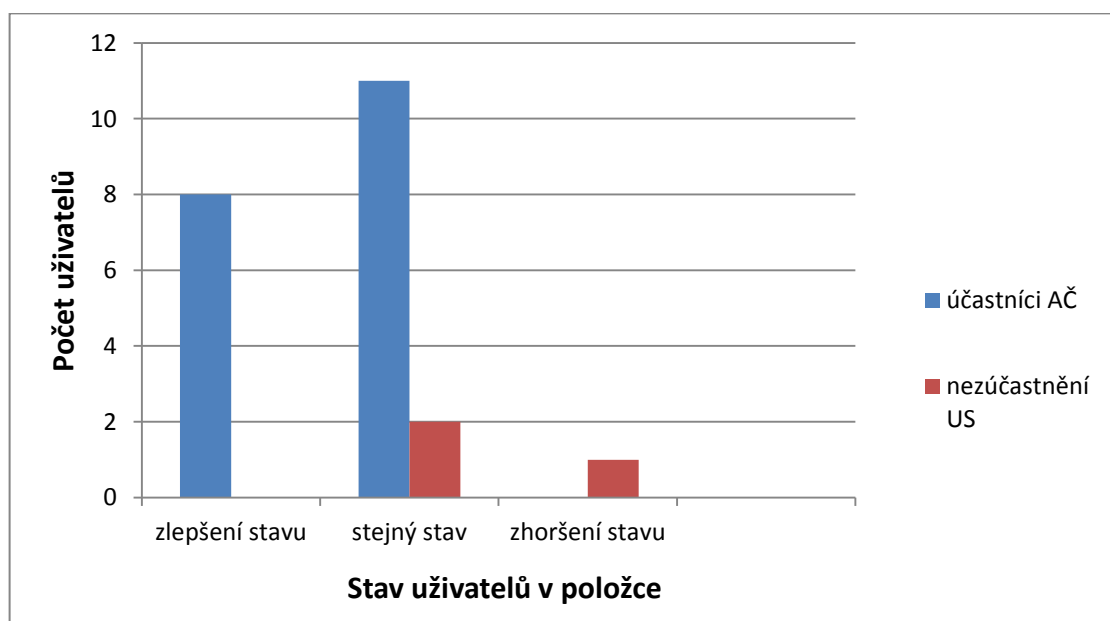
3 – nezvládá práci s keramickou hlinou – uživatel ani s pomocí personálu není schopen nalévat hlinu do připravených sádrových forem

Přímým pozorováním a spoluúčastí na činnostech s keramickou hlinou bylo zjištěno, že u 11 uživatelů zůstal stav stejný jako na počátku adaptační doby, u 8 uživatelů došlo ke zlepšení stavu a u žádného uživatele se stav v této položce nezhoršil. U tří uživatelů, kteří se nezúčastňovali aktivizačních činností, zůstal stav nezměněn.

Dále přímým pozorováním a spoluúčastí na činnostech s keramickou hlinou bylo zjištěno, že 6 uživatelů na začátku adaptační doby zvládá nalévat licí hlinu do malých a středních sádrových forem, 8 uživatelů zvládá nalévat licí hlinu do těchto forem s dopomocí aktivizačních pracovníků a 8 uživatelů tuto činnost nezvládá vůbec, ale i přesto jsou u této činnosti přítomni a pozorují ostatní uživatele.

Po uplynutí adaptační doby 8 uživatelů zvládá nalévat licí hlinu do malých a středních sádrových forem, tito uživatelé překonali počáteční nedůvěru k materiálu, se kterým se setkali mnozí poprvé, a práce s keramickou licí hlinou se pro ně stala zábavnou. 7 z těchto uživatelů jsou ženy a tato činnosti jim připomínala práci s těstem na palačinky, 10 uživatelů zvládá nalévat licí hlinu do forem za pomoci aktivizačních pracovníků, tito uživatelé vzhledem ke svému zdravotnímu stavu potřebují dopomoci s naléváním a 4 uživatelé tuto činnosti nezvládají vůbec a nemají zájem se účastnit této činnosti.

Graf č. 13 Položka číslo 9 – Arteterapie (N=22)



graf 13

Charakteristika položky:

1 – reaguje pozitivně – uživatel vítá jakoukoliv činnost spojenou s arteterapií či jakoukoliv výtvarnou činností

2 – reaguje neutrálně – uživatel nevyhledává tuto činnost, ale podle nálady se do ní zapojí

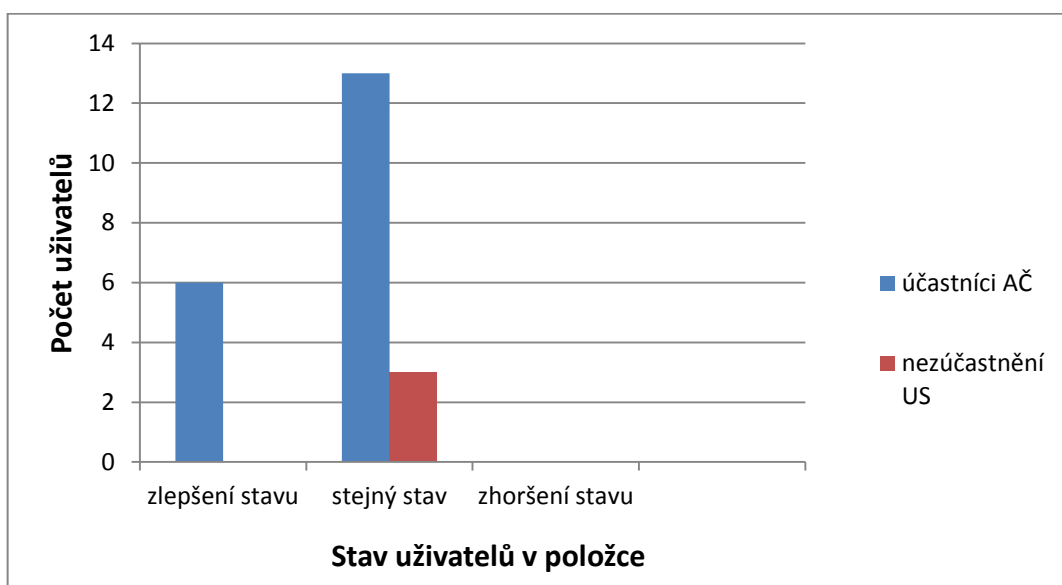
3 – reaguje negativně – uživatel tuto činnost nevyhledává, na podněty nereaguje

Přímým pozorováním byl u 18 uživatelů zjištěn stejný stav jako na počátku adaptační doby, u 8 uživatelů došlo ke zlepšení stavu. U uživatelů, kteří se neúčastnili aktivizačních činností, byl u dvou uživatelů zjištěn stejný stav jako na počátku adaptační doby a u jednoho uživatele došlo ke zhoršení stavu.

Dále bylo přímým pozorováním zjištěno, že 14 uživatelů na začátku adaptační doby reaguje při arteterapii pozitivně, 6 uživatelů reaguje negativně a 2 uživatelé reagují neutrálně. Uživatelé měli možnost zapojovat se i do arteterapie spolu s dětmi, tzv. mezigeneračního tvoření, kdy spolu s dětmi vytvářeli prstovými barvami nejrůznější koláže. Tuto činnost většina uživatelů ocenila. Arteterapie byla pro mnohé z nich uvolněním emocí a citů při adaptaci na nové prostředí.

Po uplynutí adaptační doby reaguje 19 uživatelů na arteterapii a její prvky pozitivně, 1 uživatel reaguje negativně a 2 uživatelé reagují neutrálně.

Graf č. 14 Položka číslo 10 – Obsluha PC (N=22)



graf 14

Charakteristika položky:

1 – zvládá obsluhu PC bez pomoci – uživatel umí obsluhovat PC

2 – zvládá s dopomocí – uživatel ví, jak se pracuje na PC, potřebuje dopomoci s otevřením jednotlivých internetových aplikací (otevřením poštovní schránky, vyhledání webové adresy apod.)

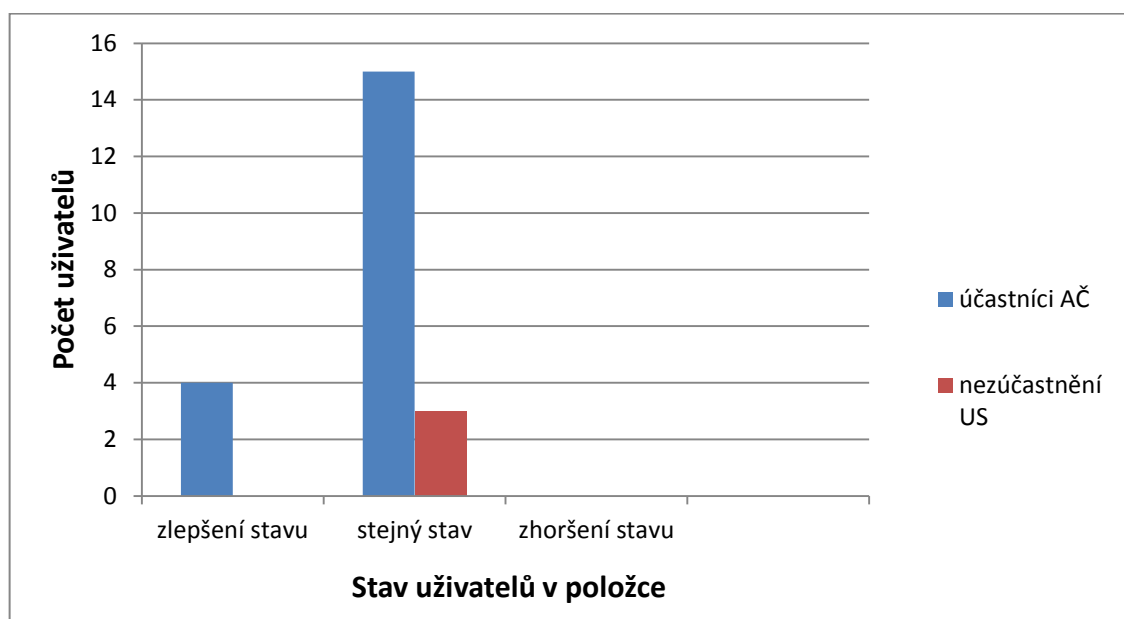
3 – nezvládá – uživatel nezvládá obsluhu PC

Přímým pozorováním a osobní účastí na této činnosti byl u 13 uživatelů zjištěn stejný stav jako na počátku adaptační doby, u 6 uživatelů došlo ke zlepšení stavu a u žádného uživatele se stav v této položce nezhoršil. U tří uživatelů, kteří se nezúčastňovali aktivizačních činností, byl zjištěn stejný stav jako na počátku adaptační doby.

Dále bylo přímým pozorováním a osobní účastí na této činnosti bylo zjištěno, že žádný uživatel nezvládá sám obsluhu osobního počítače, 2 uživatelé na začátku adaptační doby zvládli nácvik obsluhy s dopomocí a 20 uživatelů nezvládlo obsluhu vůbec.

Po uplynutí adaptační doby 8 uživatelů zvládlo nácvik obsluhy osobního počítače s dopomocí, tito uživatelé, také projevovali zájem naučit se na počítači, protože jejich rodinní příslušníci vlastní počítač a oni tak mají další možnost, jak s rodinou komunikovat. Jedna uživatelka také s dopomocí zvládla si prohlížet fotografie, které jí zaslala rodina z ciziny. 14 uživatelů nezvládlo tuto činnost vůbec, někteří uživatelé měli z této činnosti vysloveně strach.

Graf č. 15 Položka číslo 11 – Obsluha mobilního telefonu (N=22)



graf 15

Charakteristika položky:

1 – zvládá sám – uživatel zvládá obsluhu mobilního telefonu samostatně, sám si vyhledá kontakt a volá

2 – potřebuje dopomoci s obsluhou mobilního telefonu – uživatel potřebuje dopomoci s vyhledáním kontaktu v telefonu, volání zvládá sám

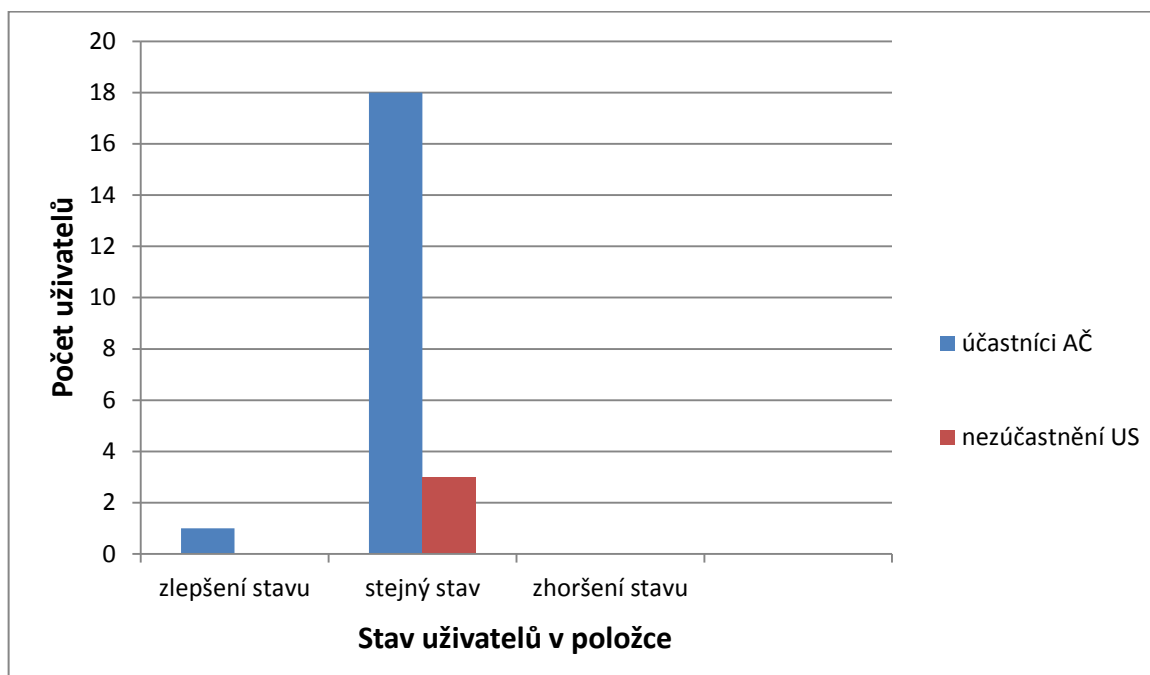
3 - nezvládá – uživatel nezvládá jakoukoliv manipulaci s mobilním telefonem

Přímým pozorováním byl u 15 uživatelů zjištěn stejný stav jako na počátku adaptační doby, u 4 uživatelů se stav zlepšil a u žádného uživatele se stav nezhoršil. U tří uživatelů, kteří se nezúčastňovali aktivizačních činností, zůstal stav nezměněn oproti počátku adaptační doby.

Dále bylo přímým pozorováním zjištěno, že 1 uživatel na začátku adaptační doby zvládá sám obsluhu mobilního telefonu, 7 uživatelů potřebuje dopomoci od personálu s obsluhou mobilního telefonu a 14 uživatelů tuto činnost nezvládá vůbec nebo vůbec nevlastní mobilní telefon.

Po uplynutí adaptační doby 4 uživatelé samostatně zvládají obsluhu mobilního telefonu, tyto uživatelé jsou schopni zavolat samostatně rodině či přátelům, 4 uživatelé zvládají tuto činnost s dopomocí personálu a 13 uživatelů tuto činnost nezvládá vůbec.

Graf č. 16 Položka číslo 12 – Porozumění textu (N=22)



graf 16

Charakteristika položky:

1 – rozumí textu a dovede krátce sdělit obsah textu – uživatel rozumí čtenému (reprodukovanému textu) a v krátkosti dovede sdělit jeho obsah, chápe jeho obsahu

2 – rozumí textu a pamatuje si jedno slovo – uživatel rozumí danému text, ale nedokáže jej znovu reprodukovat

3 – nedokáže reprodukovat text – uživatel si nezapamatoval vůbec text a tudíž jej nedokáže reprodukovat znovu

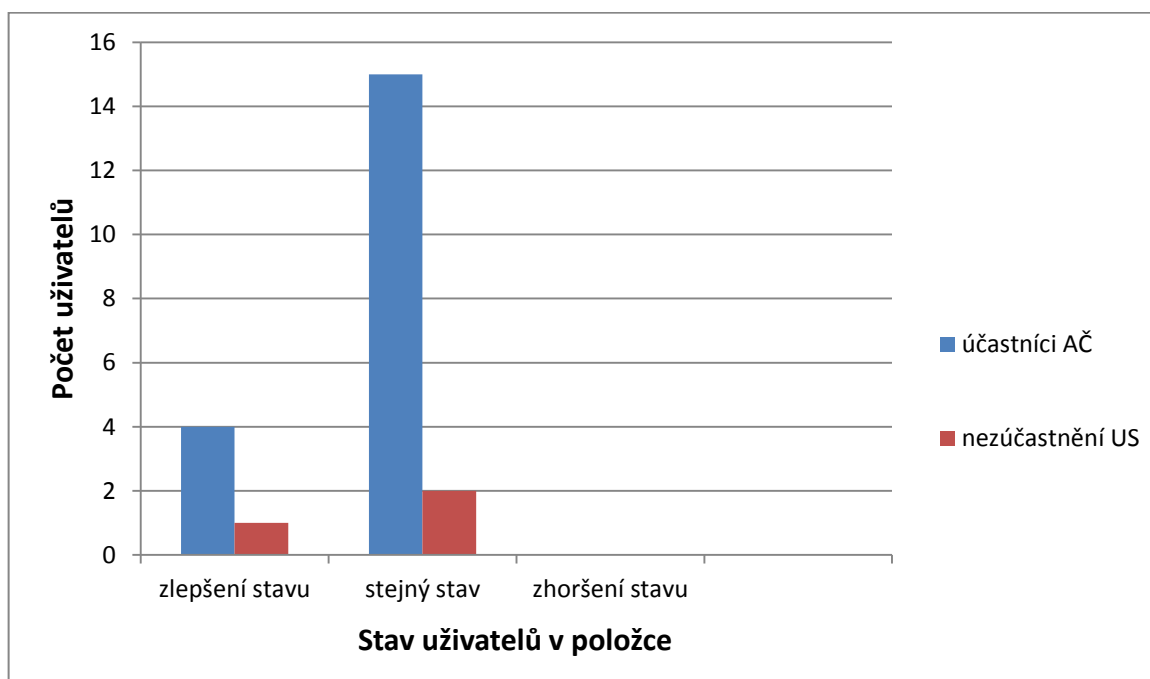
Přímým pozorováním a osobní účastí při této činnosti byl u 18 uživatelů zjištěn stejný stav jako na začátku adaptační doby, u jednoho uživatele došlo ke zlepšení stavu a žádný uživatel se u této položky nezhoršil. U uživatelů, kteří se nezúčastňovali aktivizačních činností, zůstal stav nezměněn.

Dále bylo přímým pozorováním a osobní účastí při této činnosti zjištěno, že 7 uživatelů na začátku adaptační doby rozumí předloženému textu a dovede krátce sdělit obsah tohoto textu, 12 uživatelů rozumí textu, ale pamatuje si jen jedno slovo z něho a 3 uživatelé nedokáží znovu reprodukovat daný text.

Po uplynutí adaptační doby 8 uživatelů rozumí předloženému textu, a dovede krátce sdělit obsah tohoto textu, 11 uživatelů rozumí textu, ale pamatuje si z něj jen jedno slovo a 3

uživatelé nedokáží znovu reprodukovat daný text. V rámci pravidelných tréninků paměti byl uživatelům reprodukován jednoduchý text, který si měli zapamatovat. Text je součástí přílohy této práce. Při výběru textu bylo přihlédnuto ke stupni demence, aby každý uživatel měl stejné podmínky. Většina uživatelů se po přečtení daného textu usmívala, jiní odpovídali, že už to slyšeli, ale nedokázali reprodukovat celý text.

Graf č. 17 Položka číslo 13 – Kontakty s ostatními uživateli služby (N=22)



graf 17

Charakteristika položky:

1 – vyhledává kontakt s ostatními US – uživatel je společenský, vyhledává přítomnost dalších osob

2 – vyhledává kontakt s ostatními US občas – uživatel nevyhledává pravidelně a často kontakt s ostatními uživateli, jen příležitostně

3 – nevyhledává kontakt s ostatními US – uživatel nemá potřebu setkávání s ostatními uživateli

Přímým pozorováním a denním kontaktem bylo zjištěno, že u 15 uživatelů byl stav stejný jako na počátku adaptační doby, u 4 uživatelů se stav zlepšil. U žádného uživatele v této položce se stav nezhoršil. U uživatelů, kteří se nezúčastňovali aktivizačních činností, byl u 2 stejný stav jako na počátku adaptační doby a u jednoho se stav zlepšil.

Dále bylo přímým pozorováním a denním kontaktem s uživateli zjištěno, že 14 uživatelů na začátku adaptační doby vyhledává kontakt s ostatními uživateli služby, 6 uživatelů vyhledává kontakt s ostatními uživateli jen občas a 2 uživatelé nevyhledávají vůbec kontakt s ostatními uživateli.

Po uplynutí adaptační doby 18 uživatelů vyhledává kontakt s ostatními uživateli služby, 4 uživatelé vyhledávají občas kontakt s ostatními uživateli a není žádný uživatel, který by nevyhledával kontakt s ostatními uživateli.

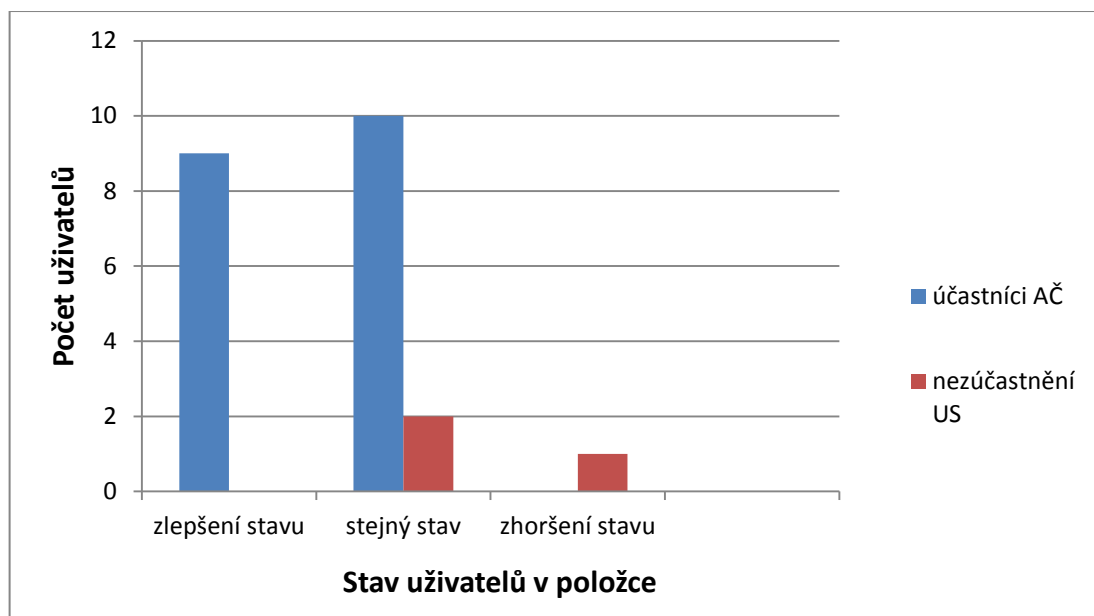
S přibývajícím koncem adaptační doby byl vidět větší nárůst kontaktů a společné scházení se navzájem. Uživatelé se již navzájem znali a mnozí z nich raději vyhledávali společnost ostatních, než vyhledávali samotu svého pokoje.

„ Jsem ráda, že si tady můžu s někým popovídat. “

„ Našla jsem tady novou kamarádku, rozumíme si spolu. “

„Společně chodíme na kafičko a to se mi líbí. “

Graf č. 18 Položka číslo 14 – Kontakt s personálem oddělení (N=22)



graf 18

Charakteristika položky:

1 – vyhledává kontakt s personálem – uživatel podle svých potřeb vyhledává kontakt s personálem, nemá problém s navázáním komunikace

2 – vyhledává kontakt s personálem občas – uživatel vyhledává kontakt s personálem sporadicky, obtížněji navazuje komunikaci a sděluje svoje přání a problémy

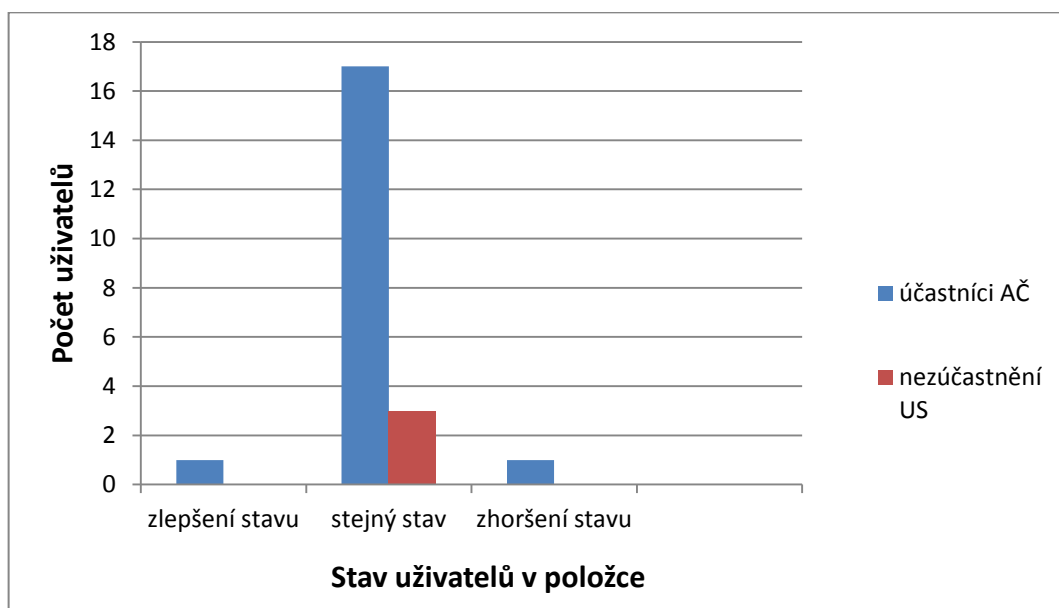
3 – nevyhledává kontakt s personálem – uživatel nedokáže navázat s personálem komunikaci

Přímým pozorováním a denním kontaktem s uživateli byl u 10 uživatelů zjištěn stejný stav jako na počátku adaptační doby, u 9 uživatelů se stav zlepšil. U dvou uživatelů, kteří se nezúčastňovali aktivizačních činností, zůstal stav stejný jako na počátku adaptační doby, u jednoho z nich se stav zhoršil.

Dále bylo přímým pozorováním a denním kontaktem s uživateli bylo zjištěno že, 11 uživatelů na začátku adaptační doby vyhledává kontakt s personálem oddělení, 9 uživatelů vyhledává kontakt s personálem občas a 2 uživatelé nevyhledávají kontakt s personálem vůbec.

Po uplynutí adaptační doby 18 uživatelů vyhledává kontakt s personálem oddělení, tito uživatelé se chtějí bavit o svých problémech, svěřují se personálu svá přání a očekávání, 4 uživatelé vyhledávají kontakt s personálem občas, mají zhoršenou možnost komunikace, a pokud to není nezbytně nutné, nevyhledávají kontakt s personálem a není žádný uživatel, který by nevyhledával kontakt s personálem.

Graf č. 19 Položka číslo 15 – Návštěva rodiny (N=22)



graf 19

Charakteristika položky:

1 – pravidelně – rodina a přátelé navštěvují uživatele v pravidelných intervalech (denně, týdně)

2 – občas – rodina či přátelé navštěvují uživatele sporadicky, maximálně jednou měsíčně

3 – vůbec – rodina či přátelé nenavštěvují uživatele vůbec

Přímým pozorováním a rozhovorem s uživateli, byl u 17 uživatelů zjištěn stejný stav jako na začátku adaptační doby, u jednoho uživatele se stav zlepšil, u jednoho uživatele se stav zhoršil. U tří uživatelů, kteří se nezúčastňovali aktivizačních činností, zůstal stav nezměněn.

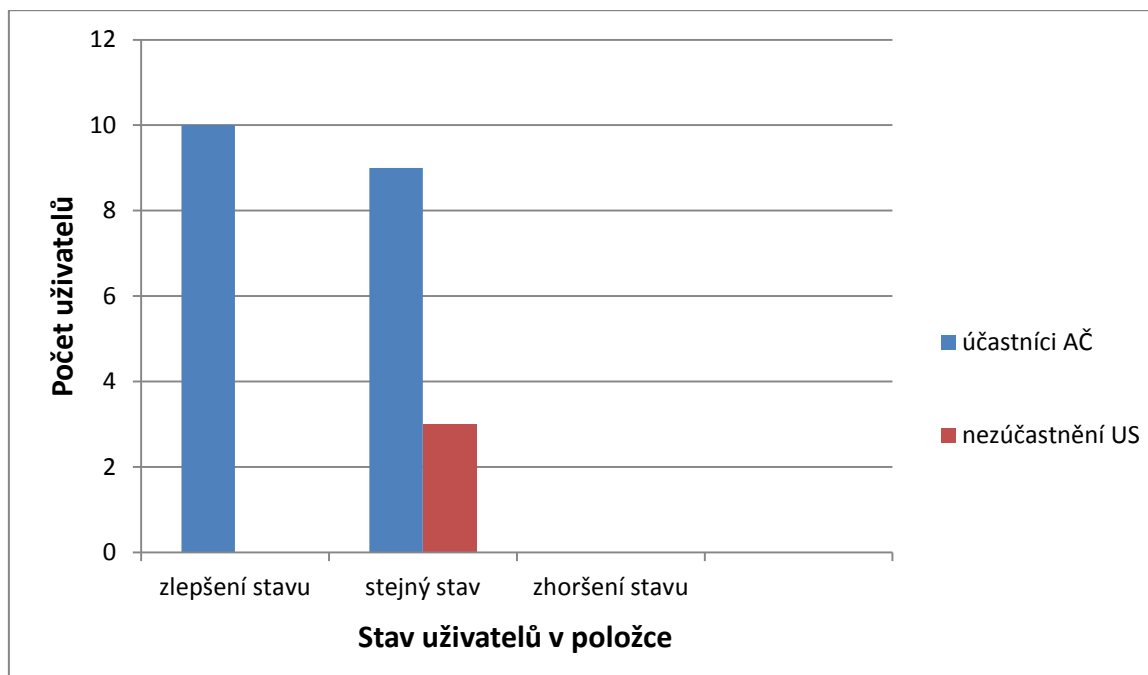
Dále bylo přímým pozorováním a rozhovorem s uživateli zjištěno, že 12 uživatelů na začátku adaptační doby navštěvuje rodina pravidelně, 8 uživatelů navštěvuje rodina občas a 2 uživatele nenavštěvuje rodina vůbec.

Po uplynutí adaptační doby 12 uživatelů navštěvuje rodina pravidelně, tyto uživatele se vždy těší na příchod rodiny, a 5 rodinných příslušníků uvedlo, že jejich přítomnost, mamince či tatínkovi, dělá dobře při adaptaci na pobyt. 8 uživatelů navštěvuje rodina občas, 3 rodinní příslušníci to mají do zařízení daleko a tak nemohou navštěvovat příbuzného, jak by si představovali, a 2 uživatele nenavštěvuje rodina vůbec, tyto uživatele už žádnou rodinu nemají a žádní přátelé je nenavštěvují.

„Manžel za mnou chodí, chodíváme se spolu projít do parku. Je na mě hodný“.

„ Naši za mnou občas přijedou, ale mají to daleko, tak moc nemůžou. “.

Graf č. 20 Položka číslo 16 – Spokojenost uživatelů s nabídkou aktivizačních činností (N=22)



graf 20

Charakteristika položky:

1 – ano – uživatel je spokojen s nabídkou aktivizačních činností, které mu zařízení nabízí

2 – neví – uživatel ještě neví, nevyužil všechny nabídky a neví, co od nich může očekávat

3 – ne – uživatel není spokojen s nabídkou aktivizačních činností

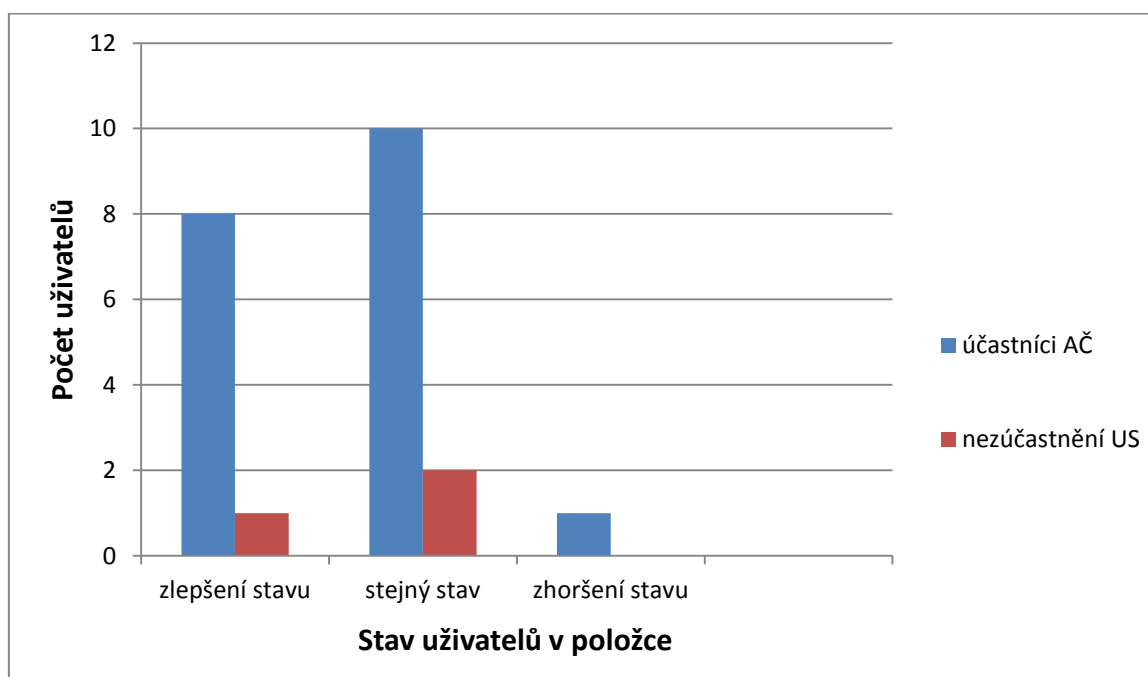
Řízeným rozhovorem s uzavřenými otázkami byl u 9 uživatelů zjištěn stejný stav jako na počátku adaptační doby, u 10 uživatelů se stav zlepšil, tyto uživatele vůbec neměli představu, co aktivizační činnosti vůbec zahrnují. Některé činnosti si v zařízení vyzkoušeli poprvé, někteří naopak uvítali možnost setkávání se s ostatními. U tří uživatelů, kteří se nezúčastňovali aktivizačních činností, zůstal stav stejný jako na počátku adaptační doby.

Dále bylo řízeným rozhovorem s uzavřenými otázkami zjištěno, že 8 uživatelů na začátku adaptační doby je spokojeno s nabídkou aktivizačních činností, 12 uživatelů neví a 2 uživatele

spokojeni s nabídkou aktivizačních činností nejsou, tato nespokojenost u těchto uživatelů plynula z nechtění se zapojit do jakékoliv činnosti.

Po uplynutí adaptační doby 19 uživatelů je spokojeno s nabídkou aktivizačních činností, tito uživatelé se naplno účastní všech nabízených aktivizačních činností a těší se z nich, samozřejmě s přihlédnutím na aktuální zdravotní stav, 5 z těchto uživatelů konstatuje, že takové vyžití neměli ani doma, 3 uživatelé neví a není žádný uživatel, který by byl nespokojen s nabídkou aktivizačních činností.

Graf č. 21 Položka číslo 17 – Spokojenost s úrovní péče ošetřujícího personálu (N=22)



graf 21

Charakteristika položky:

1 – ano – uživatel je spokojen s úrovní péče ošetřujícího personálu

2 – neví – uživatel neví, ošetřující personál vnímá podle sympatií

3 – ne – uživatel není spokojen s úrovní péče ošetřujícího personálu

Řízeným rozhovorem s uzavřenými otázkami byl u 10 uživatelů zjištěn stejný stav jako na počátku adaptační doby, u 8 uživatelů se stav zlepšil a u jednoho uživatele se stav zhoršil. U

uživatelů, kteří se nezúčastňovali aktivizačních činností, byl u 2 z nich stejný stav jako na počátku adaptační doby a u jednoho uživatele došlo ke zlepšení stavu.

Dále z řízeného rozhovoru s uzavřenými otázkami vyplynulo, že 9 uživatelů na začátku adaptační doby je spokojeno s úrovní péče ošetřujícího personálu, 12 uživatelů neví a 1 uživatel je nespokojen s úrovní péče ošetřujícího personálu.

Po uplynutí adaptační doby 18 uživatelů je spokojeno s úrovní péče ošetřujícího personálu, tito uživatelé si váží práce ošetřujícího personálu, ví, že kdykoliv mohou přijít se svým přáním či požadavkem za personálem, a podle možností jim bude vyhověno, 3 uživatelé neví, tito uživatelé mají zhoršenou možnost komunikace, a pokud to není nezbytně nutné, nevyhledávají kontakt s personálem, a proto raději volí odpověď neví a 1 uživatel je nespokojen s úrovní péče ošetřujícího personálu.

Diskuze

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda aktivizační činnosti pomáhají udržet stávající schopnosti uživatelů s Alzheimerovou chorobou v jednotlivých sledovaných kategoriích, které jsme sledovali na základě vytvořeného objektivního hodnocení posuzovací škálou. Také jsme zjišťovali v rámci kvalitativního hodnocení možné důvody případné změny, tj. jaké jsou důvody zlepšení či zhoršení stavu aktivit běžného denního života uživatelů s Alzheimerovou chorobou v průběhu adaptačního procesu.

Pro splnění našich cílů jsme provedli přímé pozorování, které proběhlo na začátku, a na konci adaptační doby. Výsledky každodenního pozorování se zaznamenávaly do pozorovacího archu. První dvě třetiny posuzovací škály byly zaměřeny na soběstačnost, sebeobsahu, aktivizační činnosti. Poslední dvě položky zjišťují osobní spokojenost. Všichni respondenti, kteří se zúčastnili výzkumu, přišli do nově otevřeného zařízení.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 22 respondentů, převážné zastoupení ve výzkumu bylo žen a to 18 respondentů (81,8%) a 4 respondenti (18,2%) byli muži. Věkové zastoupení respondentů bylo od 70 do 91 let, přičemž ve všech sledovaných kategoriích bylo věkové zastoupení téměř vyrovnané. Nejstarší respondentce bylo 91 let. Respondenti do zařízení přicházeli buď z domácího prostředí (50%) nebo z jiného pobytového zařízení (50%).

V první položce posuzovací škály jsme sledovali samostatnost při oblékání jednotlivých respondentů. Z uvedených výsledků vyplynulo, že u respondentů, kteří se pravidelně zúčastňovali aktivizačních činností, se stav oproti začátku adaptační doby, zlepšil. U respondentů, kteří byli v této činnosti omezeni zdravotním stavem, ale přesto se podle možností zúčastňovali aktivizačních činností, zůstal stav nezměněn. U žádného respondenta, který využíval aktivizačních činností, se stav nezhoršil. U všech položek jsme použili jako srovnávací vzorek tři respondenty, kteří se nechtěli či odmítali zapojovat do nabízených aktivizačních činností. Z výsledků je patrné, že u jednoho uživatele se stav zhoršil, přičemž tento stav nebyl zapříčiněn zdravotním omezením.

U druhé položky jsme sledovali samostatnost při běžném úklidu pracovního prostředí. Aktivizační pracovníci napomáhali při aktivizačních činnostech v této oblasti, po každé aktivizační činnosti, si měli respondenti uklidit svoje pracovní místo a dát ho do stavu, ve kterém se nacházelo před zahájením činnosti. Zde bylo patrné pozorovat, který z respondentů přišel z domova a který z jiného pobytového zařízení. Větší samostatnost při úklidu projevíli respondenti, a to ve většině případů ženy, které přišli do zařízení z domácího prostředí. Respondenti (18,2%), kteří se v této položce zlepšili, byli ženy. Můžeme uvést, že jeden z důvodů zlepšení stavu u těchto žen, je být zase něco platná. Ženy si opět uvědomovali svoji

pozici, kterou povětšinou zastávali v domácnosti a v zařízení se cítili být zase aspoň trochu užitečné.

Třetí položka škály zjišťovala samostatnost při chůzi. Položka číslo 3 je jednou z dvou položek, ve které se žádný respondent nezlepšil. Ale při pozorování bylo patrné, že u této položky dbal všechen personál především na udržení stavu jednotlivých respondentů. I respondentů, kteří se nezúčastňovali aktivizačních činností, zůstal stav nezměněn. U jednoho respondenta se stav zhoršil v důsledku zdravotního stavu.

Osobní nákup byl hodnocen jako čtvrtá položka škály. Osobní nákup považovala většina respondentů za činnost, kde se mohou sami rozhodnout, a z pozorování bylo patrné, že i přes obtíže, které jim činil jejich zdravotní stav, nakupují rádi. Zejména ženy respondentky tuto možnost nákupu velice vítali a z jejich chování byla patrná radost s této činnosti.

Položka číslo pět zkoumala účast na skupinových akcích v zařízení. Z výzkumu vyplynulo, že po seznámení se s nabídkou aktivizačních činností se většina respondentů (59,1%) těchto činností podle zájmu pravidelně účastnila, ostatní se účastnili občas. Většina respondentů chtěla být v kolektivu s ostatními, kteří se činností účastnili. Všichni respondenti byli pravidelně informováni o pořádaných skupinových akcích v zařízení. Všechny personál dostatečně motivoval respondenty k jejich účasti na skupinových činnostech. Ze začátku adaptační doby si respondenti vybírali činnosti, na které byli zvyklé z domova, některé činnosti jim byly představeny až v zařízení. Můžeme vzít v úvahu, že hlavní příčinou zlepšení je setkávání se s ostatními v kolektivu a dostatečná informovanost o aktivitách.

Položka číslo šest navazovala na položku číslo pět a zkoumala účast na skupinových akcích, ale oproti předešlé položce mimo zařízení. V této položce došlo k největšímu zlepšení v oblasti aktivizačních činností. S přihlédnutím na zdravotní stav jednotlivých respondentů se jich celkem 19 (86,4%) účastnilo skupinových akcí mimo zařízení. Zde byl patrný zájem o různorodé aktivity, které zařízení pořádalo. Nejvíce využívané byly návštěvy divadla, výlety do okolí či návštěva památek města. Samotní respondenti tuto činnost vítali jako příjemné zpestření všedního dne.

V sedmé položce jsme se zaměřili na reminiscenci. Tato položka je druhou položkou, kde nedošlo ke zlepšení stavu respondentů. Respondenti, kteří se účastnili aktivizačních činností, si stav na počátku adaptační doby udrželi po celou dobu adaptace. U jednoho respondenta došlo ke zhoršení stavu a to v důsledku zdravotního stavu. U všech respondentů se reminiscence stala vyhledávanou a spontánní aktivitou. Na všech respondentech byl vidět zájem o tematické besedy, z dob minulých i nedávno minulých. Při činnostech u individuální

reminiscence byl patrný úbytek komunikačních zábran, které panovaly u některých respondentů na počátku adaptační doby.

Práci s keramickou hlinou se zkoumala osmá položka škály. U respondentů, kteří se účastnili, byl patrný zájem o tuto činnost, někteří respondenti si na tuto, pro ně náročnou činnost netroufali, ale chtěli u ní být alespoň přítomni. U některých respondentů byla vidět snaha přiučit se této činnosti a zvládnout ji sami. Viděli v ní možnost uplatnit se v činnosti, která má smysl.

Devátá položka zjišťovala postoj k arteterapii. Přes počáteční nechuť některých respondentů (36,4%) se do činnosti zapojit, na konci adaptační doby reagovalo pozitivně na arteterapii 19 z 22 (86,4%) respondentů. Nejvíce pomohli k rozšíření arteterapie v zařízení tzv. mezigenerační tvoření. Respondenti tvořili spolu s dětmi. Z pozorování bylo patrné, že respondenti jsou mezi dětmi rádi, snaží se je napodobit a spolu s nimi se snažili tvořit nejrůznější kresby a koláže. Pro mnohé respondenty toto byla první možnost, jak se sblížit s dětmi. Z výrazů a z rozhorů bylo zřejmé, že kolektiv dětí je pro respondenty přínosný a obohacující.

V desáté položce škály jsme zjišťovali míru obsluhy osobního počítače. Tuto položku jsme zvolili do škály záměrně, protože počítače se stávají nedílnou součástí domácností a to i domácností, kde žijí osoby seniorského věku. Z přímého pozorování a rozhovorů vyplynulo, že 9 z 11 (81,8%) respondentů, kteří přišli z domácího prostředí vlastní doma oni sami, či rodinní příslušníci, počítač. Jak je z výzkumu patrné, u 6 respondentů došlo ke zlepšení stavu a celkem 8 respondentů (36,4%) na konci adaptační doby dokázalo ovládat počítač s dopomocí. Zde můžeme uvést jako jeden z hlavních důvodů zlepšení v této položce zájem respondentů zachovat si určitou míru komunikace s rodinnými příslušníky či známými. U této položky ale musíme zdůraznit i strach, z této činnosti. Respondenti, kteří nezvládli obsluhu osobního počítače, vyjádřili obavu nad poškozením toho zařízení.

Položka číslo jedenáct navazovala na předchozí položku. V této položce jsme zkoumali míru samostatnosti při obsluze mobilního telefonu. Zde nastala obdobná situace jako v předchozí položce. Celkem 8 respondentů zvládlo obsluhu mobilního telefonu samostatně nebo s dopomocí personálu. Toto číslo můžeme považovat za uspokojivé, když si uvědomíme, že 5 těchto respondentů nikdy mobilní telefon nevlastnilo a rodina jim ho opatřila až s nástupem do zařízení.

V položce číslo dvanáct jsme se zaměřili na porozumění krátkého textu. Tato položka je velmi specifická co se týká progresu nemoci. Na jednotlivých respondentech bylo vidět, že se

zájmem naslouchají čtenému textu, ale jen 8 respondentů z 22 (36,4%) na konci adaptační doby dokázalo vysvětlit ve stručnosti obsah daného textu.

Další dvě položky zkoumali kontakt mezi respondenty navzájem a mezi personálem. Položka číslo třináct zkoumala, jak často vyhledávají respondenti kontakt s ostatními uživateli zařízení. V prvním měsíci otevření zařízení zde bylo 8 (36,4%) uživatelů, druhý měsíc bylo přijato 13 (59,1%) uživatelů a třetí měsíc 1 (4,5%) uživatel. Respondenti se vzájemně neznali, přicházeli z různých pobytových zařízení, anebo z domácího prostředí. S přibývajícím časem si respondenti na sebe začali zvykat, respondenti co vyhledávali i před nástupem do zařízení společnost, tak i vyhledávali i v zařízení.

Další položka volně navazovala na předchozí položku. U položky číslo čtrnáct jsme zjišťovali míru frekvence kontaktů s personálem oddělení. Zde bylo patrné, kdo přišel z domácího prostředí a kdo z jiného pobytového zařízení. Respondenti, kteří přišli z domácího prostředí, měli na začátku adaptační doby odstup od personálu, ostýchali se na něco zeptat, respondenti, kteří přišli z jiného pobytového zařízení, byli po většinou na ošetřující personál zvyklí a kontakt s nimi jim nečil povětšinou problém.

Položka číslo patnáct zjišťovala návštěvnost rodin respondentů. Tuto položku nemohli respondenti sami ovlivnit. Avšak rodina má veliký vliv při adaptaci nejen u osob s Alzheimerovou chorobou. Někteří rodinní příslušníci si tuto skutečnost uvědomili a podpořili svého příbuzného v adaptačním procesu. Při výzkumu jsme narazili na fakt, někteří rodinní příslušníci, si pletli zařízení s nemocnicí a domnívali se, že musí dodržovat „návštěvní hodiny“. Netušili, že mohou strávit se svým příbuzným, tolik času, jako oni sami i sám uživatel bude potřebovat.

Poslední dvě položky zkoumali osobní spokojenost s nabízenou službou. V položce číslo šestnáct jsme zjišťovali spokojenost respondentů s nabídkou aktivizačních činností. Zde došlo k výraznému zlepšení na začátku adaptační doby, bylo 8 (36,4%) respondentů spokojeno s nabídkou aktivizačních činností, toto připisujeme nedostatečné informovanosti a neznalosti některých aktivizačních činností. Respondenti měli po celou dobu adaptace možnost poznat a vyzkoušet si rozmanitost aktivizačních činností, které byly pro ně připraveny, a podle zájmu každého, si mohl každý respondent vybrat činnost, která by ho bavila. Tento stav dokládá i to, že na konci adaptační doby bylo 19 (86,4%) respondentů spokojeno s nabídkou aktivizačních služeb.

Poslední položka zjišťovala spokojenost s úrovní ošetřujícího personálu. Řízeným rozhovorem bylo zjištěno, že 12 (54,5%) respondentů, na začátku adaptační doby neví, co vše může od personálu očekávat, jak se k němu bude personál chovat, co vše může od personálu

požadovat. Většinou to byli respondenti, co přicházeli do zařízení z domácího prostředí a na větší míru ošetřujícího personálu nebyli zvyklí. Na konci adaptační doby již bylo 18 (81,8%) respondentů spokojeno úrovní péče ošetřujícího personálu. Tuto změnu připisujeme i důslednému plnění plánu péče každého respondenta.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že v pozorovacích otázkách hodnotící škály, došlo u 15 (68,2%) respondentů došlo ke změně stavu oproti začátku adaptační doby, u 5 (22,7%) respondentů zůstal stav nezměněn a u 2 (9,1%) respondentů se stav zhoršil. Můžeme tedy přijmout otázku, že aktivizační činnosti pomáhají udržet stávající schopnosti jednotlivých respondentů. Jako hlavní příčina zhoršení stavu u 2 (9,1%) respondentů byly zdravotní důvody.

Během celého výzkumu jsme na každého respondenta nahlíželi jako na člověka, který byl vytržen z důvěrně známého prostředí a ocitl se v zařízení, které mu pomáhá vytvářet nový domov, v němž má možnost svobodného rozhodování. Žádný uživatel jakéhokoliv zařízení by neměl ztratit kontrolu nad svým životem a měla by u něj být zachována určitá míra jeho nezávislosti.

Závěr

Diplomová práce byla zaměřena na aktivizační činnosti v adaptačním procesu u osob s Alzheimerovou demencí.

Diplomová práce byla rozdělena na část teoretickou a část empirickou. V první kapitole diplomové práce jsme vymezili pojem demence, její rozdělení, historické ukotvení, dále jsme zmapovali příčiny této a rozdělili jednotlivá stadia této choroby. Ve druhé kapitole jsme charakterizovali funkční postižení a behaviorální změny u osob s Alzheimerovou chorobou. Závěr druhé kapitoly jsme věnovali sociálním dopadům demence. Třetí kapitola nastínila možnosti vyšetření pacientů. Na třetí kapitolu navazovala čtvrtá kapitola, ve které jsme se zaměřili na možnosti léčby tohoto onemocnění. Pátá kapitola charakterizovala vybrané možnosti aktivizace pro osoby s Alzheimerovou chorobou, metodě validace a reminiscenční terapii se věnovala následující šestá kapitola. Sedmá kapitola uvedla možné zásady komunikace s osobami s Alzheimerovou chorobou. Osmá kapitola ukotvila rezidenční péči, její pracovníky a závěr této kapitoly vymezil adaptaci i její průběh.

V empirické části diplomové práce jsme pro naplnění stanoveného cíle zvolili metodu kvalitativního výzkumu, a to pomocí hodnotící škály. Pro dosažení stanoveného cíle byla jako hlavní metoda zvolena, přímé zúčastněné pozorování a u dvou položek škály řízený rozhovor.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda aktivizační činnosti pomáhají udržet stávající schopnosti uživatelů s Alzheimerovou chorobou v jednotlivých sledovaných kategoriích na základě vytvořeného objektivního hodnocení posuzovací škálou a to v adaptačním procesu. Přestože je hodnotící škála objektivní, je subjektivně zatížena. Avšak z celého výzkumu vyplynulo, že jednotlivé aktivizační činnosti pomáhají ve většině případů udržet stávající schopnosti jednotlivých respondentů ve sledovaných kategoriích. Je však třeba posuzovat každého respondenta individuálně, protože výběr aktivizačních činností je taktéž individuální a liší se dle pohlaví, věku. Důležitým aspektem při výběru, ale taktéž při účasti na jednotlivých aktivitách je zdravotní stav každého uživatele služby. Při rozhovorech, které byli součástí posledních dvou položek škály, jsme zjistili, že v některých případech, přestože jednotlivý respondenti byli s nabídkou aktivizačních činností spokojeni, tyto činnosti nevyhledávali.

Dále z výsledků výzkumu vyplynulo, že návyky, které si přinesli ze svých domovů, jim pomohli v adaptačním procesu. Zapojili se do chodu zařízení a stali se tak součástí jedné velké rodiny.

Adaptace je procesem, kdy si nově příchozí uživatel znovu vytváří svůj domov, svoje prostředí ve kterém se mu bude dobře žít. Je proto pro všechny pracovníky zařízení důležité, aby tento proces pomáhali jednotlivým uživatelům zpříjemnit, usnadnit a navodit u nich pocit jistoty a bezpečí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

Literatura

ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5148-1.

BARTOŠ, Aleš a Miloslava RAISOVÁ. *Testy a dotazníky pro vyšetřování kognitivních funkcí, nálady a soběstačnosti*. Praha: Mladá fronta, 2015. Aeskulap. ISBN 978-80-204-3491-3.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7.

FRANKOVÁ, Vanda et al. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2423-5.

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

GLENNER, Joy A. et al. *Péče o člověka s demencí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0154-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie, aneb, Seniori mezi námi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HOLMEROVÁ, Iva, Eva JAROLÍMOVÁ a Jitka SUCHÁ. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. 2. vyd. Praha: Česká alzheimerovská společnost, 2009. Vážka. ISBN 978-80-86541-28-0.

HORT, Jakub a Roman JIRÁK. *Alzheimerova choroba a jiné demence, aneb, Co v učebnicích 20. století nebylo*. Praha: MediMedia Information, 2007. ISBN 978-80-86336-07-7.

HROZENSKÁ, Martina a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

- HROZENSKÁ, Martina. *Sociální práce so staršími lidmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, 2008. ISBN 978-80-8063-282-3.
- JANEČKOVÁ, Hana a Marie VACKOVÁ. *Reminiscence: využití vzpomínek při práci se seniory*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-581-3.
- JAROŠOVÁ, Darja. *Péče o seniory*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
- JIRÁK, Roman, Iva HOLMEROVÁ a Claudia BORZOVÁ. *Demence a jiné poruchy paměti: komunikace a každodenní péče*. Praha: Grada, 2009. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2454-6.
- KLEVETOVÁ, Dana a DLABALOVÁ, Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. Sestra. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KOBĚRSKÁ, Petra a kol. *Společnou cestou: jak mohou pečovatelé komunikovat s lidmi trpícími demencí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-851-1.
- KOUKOLÍK, František a Roman JIRÁK. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-615-3.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.
- MÜLLER, Oldřich a kol. *Terapie ve speciální pedagogice: teorie a metodika*. 1. vyd. V Olomouci: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1075-3
- MÜLLER, Oldřich. *Speciálněpedagogická gerontagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3688-3.

- OREL, Miroslav. *Na Freuda já nemám čas, doktore*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0931-7.
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. Psyché. ISBN 978-80-247-2959-6.
- PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1916-3.
- PIDRMAN, Vladimír. *Demence*. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1490-5.
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-3271-8.
- PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška a MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 7., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0403-9.
- RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK (eds.). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.
- RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-828-8.
- RŮŽIČKA, Evžen. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí: příručka pro praxi*. Praha: Galén, 2003. ISBN 80-7262-205-6.
- SAYOUD SOLÁROVÁ, Kateřina. *Analýza speciálně pedagogických a speciálně andragogických přístupů k terapii osob s neurologickým onemocněním v seniorském věku*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5287-1.
- SERGE GAUTHIER AND SIMON LOVESTONE. *Management of dementia*. London: Martin Dunitz, 1999. ISBN 1853177393.
- SOKOL, Radek a TREFILOVÁ, Věra. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008. Meritum. Meritum Segment. ISBN 978-80-7357-316-4.
- STRAUSS, Anselm L. a CORBIN, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Vyd. 1. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-616-0.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a Barbora BOLOMSKÁ. *Reminiscenční terapie*. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-711-0.

VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1315-1.

ZGOLA, Jitka M. *Úspěšná péče o člověka s demencí*. Praha: Grada, 2003. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0183-9.

Internetové zdroje

(1) Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 4. 2014. 2., aktualiz. vyd. [online]. Praha: Bomto Agency, 2008 [cit. 2016-08-12]. Dostupné z: [www.uzis.cz /mkn-tabelarni-cast_1-4-2014-4. pdf](http://www.uzis.cz/mkn-tabelarni-cast_1-4-2014-4.pdf)

(2) MAYEUX, R. a Y. STERN. *Epidemiology of Alzheimer Disease* [online]. [cit. 2016-11-17]. DOI: 10.1101/cshperspect.a006239. ISBN 10.1101/cshperspect.a006239. Dostupné z: <http://perspectivesinmedicine.cshlp.org/lookup/doi/10.1101/cshperspect.a006239>

(3) *Zpráva o stavu demence*. [online]. Praha: Česká alzheimerovská společnost, o.p.s., 2014 [cit. 2016-10-17]. ISBN 978-80-86541-34-1.

(4) JIRÁK, Roman. Poruchy chování u pacientů s Alzheimerovou chorobou. *Neurologie pro praxi* [online] 2007,3[cit. 2016-11-17].

Dostupné z: <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2007/05/09.pdf>

(5) HOLMEROVÁ, Iva, Michaela BAUMANOVÁ, Hana VAŇKOVÁ a Božena JURAŠKOVÁ. *Poruchy kognitivních funkcí u starších pacientů* [online]. [cit. 2016-09-24].

Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/26047-poruchy-kognitivnich-funkci-u-starsich-pacientu>

(6) Terapeutické pomůcky a společenské hry: Terapeutická panenka. www.asposbrno.cz [online]. [cit. 2016-07-18]. Dostupné z:

http://aposbrno.cz/katalog.php?kategorie=Terapeutick%C3%A9%20pom%C5%AFcky%20a%20spole%C4%8Densk%C3%A9%20hry&id_kat=42&podkategorie=panenky%20a%20zv%C3%AD%C5%99%C3%A1tky%20pro%20terapii%20demence&id_podkat=177

(7) ČESKO. Zákon č. 108/ 2006, o sociálních službách. In Sbírnka zákonů české republiky.

Dostupné z:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/zakon_c.108_2006_stav_k_1.8.2016.pdf

Ostatní zdroje

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotních povoláních

PROCHÁZKOVÁ, Lucie. Metoda validace: podpora práce s dezorientovanými lidmi. *Sociální služby*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 2012, 14(2), 2. ISSN 1803-7348.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 <i>Klasický průběh Alzheimerovy choroby</i> , Pidrman (2007)	15
Obrázek 2 <i>Test hodin u pacientky s Alzheimerovou chorobou</i> , (Franková, 2011).....	21
Obrázek 3 <i>Test hodin</i> , (Gauthier and Lovestone,1999, s. 69)	22
Obrázek 4 <i>Snímky mozku z CT</i> , (Glenner, 2012).....	24

SEZNAM GRAFŮ

graf 1 Výzkumný vzorek	53
graf 2 Věkové složení uživatelů	53
graf 3 Předchozí pobyt uživatele DZR	54
graf 4 Období přijetí uživatele do DZR.....	54
graf 5 Oblékání	55
graf 6 Běžný úklid pracovního prostředí	56
graf 7 Chůze.....	57
graf 8 Osobní nákup	59
graf 9 Účast na skupinových akcích v zařízení	60
graf 10 Účast na skupinových akcích mimo zařízení	61
graf 11 Reminiscence	63
graf 12 Práce s keramickou hlinou	64
graf 13 Arteterapie.....	65
graf 14 Obsluha PC	66
graf 15 Obsluha mobilního telefonu.....	68
graf 16 Porozumění textu	69
graf 17 Kontakty s ostatními uživateli služby	70
graf 18 Kontakt s personálem oddělení	71
graf 19 Návštěva rodiny	73
graf 20 Spokojenost uživatelů s nabídkou aktivizačních činností	74
graf 21 Spokojenost s úrovní péče ošetřujícího personálu	75

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Pozorovací arch

Příloha č. 2 – Hodnotící škála

Příloha č. 3 - Celkové výsledky výzkumu

Příloha č. 4 - Kazuistika

Příloha č. 5 - Fotografie respondentů při jednotlivých činnostech

Hodnotící škála aktivizačních činností uživatelů služby v adaptačním procesu:

1) Oblékání

- 1 – oblékne se zcela sám
- 2 – zvládne se obléci s pomocí
- 3 – nezvládne se obléci

2) Běžný úklid svého pracovního prostředí

- 1 – pracovní prostor si uklidí sám
- 2 – uklidí si s pomocí personálu
- 3 – nezvládá si uklidit

3) Chůze

- 1 – zvládá sám chůzi v zařízení i v terénu
- 2 – potřebuje dopomoci s orientací v zařízení i v terénu
- 3 – pohybuje se jen po oddělení s doprovodem

4) Osobní nákup

- 1 – zvládne si říct o požadovanou věc a zaplatit jí
- 2 – zvládne si říct o požadovanou věc, ale potřebuje dopomoci s placením zboží
- 3 – potřebuje dopomoci s výběrem zboží i s jeho zaplacením

5) Účast na skupinových akcích v zařízení (canisterapie, cvičení, muzikoterapie, besedy)

- 1 – účastní se pravidelně
- 2 – účastní se občas
- 3 – neúčastní se

6) Účast na skupinových akcích mimo zařízení

- 1 – účastní se
- 2 – účastní se občas
- 3 – neúčastní se

7) Reminiscence:

- 1 – vybavuje si sám
- 2 – vybavuje si s podněty
- 3 – nevybavuje si vůbec

8) Práce s keramickou hlinou

- 1- zvládá nalévat licí hlinu do malých a středních sádrových forem
- 2 – zvládá nalévat licí hlinu do malých sádrových forem s dopomocí
- 3 – nezvládá práci s keramickou hlinou

9) Arteterapie

- 1 – reaguje pozitivně
- 2 – reaguje neutrálně
- 3 – reaguje negativně

10) Obsluha PC

- 1 – zvládá obsluhu PC bez pomoci
- 2 – zvládá s dopomocí
- 3 – nezvládá

11) Obsluha mobilního telefonu

- 1 – zvládá sám
- 2 – potřebuje dopomoci s obsluhou mobilního telefonu
- 3 – nezvládá

12) Porozumění textu

- 1 – rozumí textu a dovede krátce sdělit obsah textu
- 2 – rozumí textu a pamatuje si jedno slovo
- 3 – nedokáže reprodukovat text

13) Kontakty s ostatními uživateli služby

1 – vyhledává kontakt s ostatními US

2 – vyhledává kontakt s ostatními US občas

3 – nevyhledává kontakt s ostatními US

14) Kontakt s personálem oddělení

1 – vyhledává kontakt s personálem

2 – vyhledává kontakt s personálem občas

3 – nevyhledává kontakt s personálem

15) Návštěva rodiny

1 – pravidelně

2 – občas

3 – vůbec

16) Uživatel služby je spokojen s nabídkou aktivizačních činností

1 – ano

2 – neví

3 – ne

17) Uživatel služby je spokojen s úrovní péče ošetřujícího personálu

1 – ano

2 – neví

3 – ne

Celkové výsledky výzkumu

	č. 1	č. 2	č. 3	č. 4	č. 5	č. 6	č. 7	č. 8	č. 9	č. 10	č. 11	č. 12	č. 13	č. 14	č. 15	č. 16	č. 17	
R1 A	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	19
R1 B	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	19
R2 A	2	1	2	2	2	2	2	2	1	3	3	2	1	2	2	2	2	33
R2 B	2	1	2	2	1	1	2	2	1	3	3	2	1	1	2	1	1	28
R3 A	2	2	3	2	2	3	2	3	1	3	3	2	1	2	2	1	2	36
R3 B	2	2	3	2	1	2	2	2	1	3	3	2	1	1	2	1	1	31
R4 A	1	1	2	3	2	2	1	2	3	3	3	2	1	1	1	2	2	31
R4 B	1	1	2	2	1	1	2	2	1	3	3	2	1	1	1	1	3	27
R5 A	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	19
R5 B	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	19
R6 A	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	1	2	3	2	1	36
R6 B	2	2	2	2	1	3	2	3	1	3	3	2	1	1	3	1	1	34
R7 A	3	3	3	3	2	3	2	3	1	3	3	3	2	3	2	2	2	43
R7 B	2	3	3	3	2	2	2	3	1	3	3	3	2	2	2	1	1	38
R8 A	2	2	2	1	1	1	1	2	1	3	2	2	1	1	1	1	1	27
R8 B	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	1	22
R9 A	1	1	1	2	2	3	2	3	2	3	2	2	1	1	1	2	2	31
R9 B	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	23
R10 A	1	1	2	2	2	2	1	3	1	3	2	2	2	2	1	2	2	29
R10 B	1	1	2	2	1	2	1	3	1	3	2	2	1	2	2	1	1	29
R11 A	2	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	1	2	2	2	37
R11 B	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	43
R12 A	2	3	2	1	2	3	2	3	2	3	3	2	1	1	1	1	1	33
R12 B	2	2	2	1	1	1	2	2	1	3	3	2	1	1	1	1	1	27
R13 A	1	1	2	2	1	1	1	3	1	3	2	2	1	1	2	1	1	26
R13 B	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	21
R14 A	1	2	1	1	3	3	1	3	1	3	3	1	3	3	2	3	2	36
R14 B	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	3	1	1	2	2	1	1	25
R15 A	2	2	2	2	2	3	2	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	29

R15 B	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	25
R16 A	3	3	3	3	2	2	1	3	1	3	3	2	2	2	1	2	2	38
R16 B	3	3	3	3	2	2	1	3	1	3	3	2	1	2	1	2	2	37
R17 A	2	2	3	2	1	1	2	3	2	3	3	2	1	1	1	2	1	32
R17 B	2	2	3	2	1	1	2	3	2	3	3	2	1	1	1	1	1	31
R18 A	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	42
R18 B	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	45
R19 A	2	2	2	2	1	1	1	3	1	3	3	1	1	1	1	1	1	27
R19 B	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	25
R20 A	1	1	1	1	1	3	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	24
R20 B	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1	23
R21 A	2	2	2	2	1	1	1	3	2	3	3	2	2	2	1	2	2	33
R21 B	2	2	2	2	1	1	1	3	1	3	3	1	1	1	1	1	1	27
R22 A	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	1	3	2	3	3	3	45
R22 B	3	3	3	3	1	2	2	3	1	3	3	1	2	1	3	2	1	37

Žlutě označení jsou ti respondenti, co se neúčastnili aktivizačních činností.

Kazuistika

Jméno: D.S.

Rok narození: 79

Pohlaví: žena

Datum nástupu: 8. 9. 2015

Provedení prvního výzkumu: 16. 9. 2015

Výzkum po adaptační době: 20. 3. 2016

Osobní anamnéza:

Paní se narodila ve větším průmyslovém městě na severu Moravy v roce 1937. Narodila se do úplné rodiny. Otec byl malíř natěrač, posléze byl ve svém oboru učňovský mistr. Matka byla ženou v domácnosti. Paní měla jednoho sourozence – bratra. Spolu s rodiči a bratrem žila v bytě, až do své svatby. Po ukončení povinné školní docházky nastoupila na střední školu, poté vystudovala vyšší hospodářskou školu. Pracovala na podnikovém ředitelství větší firmy jako sekretářka ekonomického náměstka, později jako sekretářka vedoucího personálního oddělení. V roce 1958 se provdala. S manželem měli harmonické manželství, bydleli ve vlastním bytě. V roce 1963 se jim narodil syn, v roce 1966 se jim narodila dcera. Paní pracovala ve svém zaměstnání až do odchodu do starobního důchodu. V 60 letech odešla do starobního důchodu a starala se o svého nemocného manžela. Přitom se ještě starala o svá 2 vnoučata. V roce 2009 jí zemřel na infarkt myokardu její bratr. V roce 2011 ovdověla a žila v původním bytě svých rodičů sama. Dříve paní hrála na klavír (měla doma klavír a často na něj hrála), chodila cvičit do Sokola, později ráda luštila křížovky, chodila do divadla. Dnes ráda sleduje televizi, zpívá a věnuje se ručním pracím.

Rodinná anamnéza:

V roce 1958 se paní provdala a se svým manželem žila až do jeho úmrtí. Po jeho smrti si již nenašla žádného nového partnera. S manželem vychovávali dvě děti – dceru a syna. Dcera i syn žijí ve stejném městě, kde paní žila. Syn s rodinou bydlí v bytě paní. Paní se přestěhovala do původního bytu. Dcera je rozvedená. Paní má dvě vnoučky.

Zdravotní stav:

Od roku 1996 se paní léčila s bolestmi krční páteře. Ani po dlouhodobém léčení bolesti neustaly, tak paní v roce 1997 odešla do starobního důchodu. Asi rok po smrti manžela začala dcera u matky pozorovat první projevy zmatenosti a občasného zapomínání. Dcera začala pravidelně docházet do bytu matky a začala se o ní starat, později se připojil i syn a v péči o matku se začali střídat. V roce 2013 byla u paní diagnostikovaná Alzheimerova choroba. Jelikož stav paní již vyžadoval každodenní péči, a dcera nechtěla opustit zaměstnání a každodenně dojíždět do bytu matky, rozhodla se rodina, že umístí paní do rezidenčního zařízení. Od roku 2015 je paní v rezidenčním zařízení.

Počáteční anamnéza v zařízení:

Paní se pohybuje sama, avšak na větší vzdálenost potřebuje dopomoci. Potřebuje připravit oblečení, nedokáže odhadnout venkovní teplotu. Při osobní hygieně je nutný slovní doprovod a pomoc při koupeli, přidršet, aby neuklouzla.

Paní se sama napije, avšak je nutné připomínat pitný režim.

Paní je kontinentní.

Paní komunikuje slovně, avšak věty jsou jednoduché, je komunikativní, má ráda společnost.

Paní je orientovaná osobou, ale ne časem a místem. V budově potřebuje dopomoci s orientací, neví kde je její pokoj, kde je jídelna.

Paní je zpočátku plačtivá, stýskalo se jí po rodině, nejdnou se se stalo, že měla sbalené věci a chtěla odjet domů, k rodině, že se nemá o ně kdo starat. V hovoru byla agresivní až vulgární.

Aktivizační činnosti v adaptačním procesu:

Paní měla zájem se zapojit do všech nabízených aktivit. Největší zájem byl o skupinové cvičení, návštěvu klubového zařízení a ruční práce, za kterými pravidelně docházela do místnosti ergo – aktivizace. Paní má ráda hudbu, ráda tančí i s ostatními uživateli. Doporučení zúčastňovat se pravidelné muzikoterapie, udržet její zájem o pravidelnost a to nejen muzikoterapie. Doporučení pravidelného každodenního nabízení aktivizačních činností a tím posilovat časovou orientaci u paní.

Zpočátku se u paní objevoval větší stesk po domově. Paní dostala od rodiny mobilní telefon, avšak neuměla ho používat. Doporučení procvičovat během návštěv ergo – aktivizace

obsluhu mobilního telefonu, na vypnutém mobilním telefonu nacvičovat jeho ovládání, nácvik telefonních hovorů.

U paní je evidentní stesk po domě, dětech, vnoučatech. Má ráda společnost lidí, ale nejraději je ve společnosti její rodiny, pro paní je doporučení i nadále udržovat i nadále kontakt s rodinou, snažit se zapojit do konverzace. U paní je doporučení reminiscence, a pomoc při orientaci v budově i mimo ni, při pravidelných procházkách.

Zhodnocení po adaptační době, řešení problému a závěr:

Paní je více komunikativní, více komunikuje s personálem. I nadále potřebuje dopomoci s orientací v zařízení, orientuje se podle orientačních tabulek umístěným na stěnách v zařízení. Na poličce má kalendář, každý den je aktivizačním pracovníkem připomínán den v týdnu, měsíc a rok. Každý den je paní nabízen aktivizační program dle aktivizačního plánu, a dle zájmu pracovník paní na aktivitu doprovodí, tím je u paní podněcována časová a místní orientace. Na procházkách v areálu jsou paní připomínány orientační body, podle kterých je schopna orientace v areálu. Jako jeden z orientačních bodů slouží paní klubové zařízení, které je v areálu centra a paní jej pravidelně navštěvuje. Sama si objedná a zaplatí, paní zná hodnotu peněz. Při reminiscenci, povídání o rodině, nad fotografiemi, je paní klidnější, ráda vypráví o své rodině. Rodina spolupracuje se zařízením a ji pravidelně navštěvuje, nebo paní jde na krátkou návštěvu domů.

Paní navštěvuje akce pořádané v zařízení, ale i mimo něj. Oblíbené je u ní skupinové cvičení a zpěv lidových písniček. Hudba a zpěv má na paní příznivý, uklidňující vliv. Zapojuje se do komunikace s ostatními uživateli.

K rozvoji jemné motoriky využívá paní pletení a pracuje s keramickou hlinou.

Paní také pravidelně navštěvuje klubové zařízení v areálu centra, kde si sama objedná a zaplatí, paní zná hodnotu peněz.

Velikým pokrokem byl u paní nácvik obsluhy mobilního telefonu. S dopomocí aktivizačních pracovníků, při simulovaných hovorech a při pravidelných schůzkách v ergo – aktivizaci se paní naučila obsluhovat mobilní telefon a může tak kdykoliv zavolat nejbližším. Tímto se zmírnil její počáteční stres z odloučení a téměř vymizeli její „odchody ze zařízení“.

Dle svého vyjádření je spokojena s nabízenými aktivizačními službami.

Fotografie respondentů při jednotlivých činnostech



Klubové zařízení „Pod Lípou“



Klubové zařízení „Pod Lípou“



Canisterapie



Canisterapie



Práce s keramickou hlinou



Práce s keramickou hlinou



Arteterapie



Artererapie – „Mezigenerační tvoření“



Tradiční ruční práce – zdobení perníčků



Tradiční ruční práce – tkání podsedků



Skupinové cvičení – „Padák“



Skupinová terapie

Všechny fotografie v diplomové práci byly použity se souhlasem uživatelů.