

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

**KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ
ANTROPOLOGIE**

**AKTIVIZACE A EDUKACE SENIORŮ S ONEMOCNĚNÍM
DEMENCE**

Bakalářská diplomová práce

Obor studia: Sociologie–Andragogika

Autor: Dominika Hálková

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Veselský, Ph.D.

Olomouc 2021

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma „*Aktivizace a edukace seniorů s onemocněním demence*“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne

Podpis

Ráda bych poděkovala panu Mgr. Pavlovi Veselskému, Ph.D., za odborné vedení, ochotu a podnětné rady při konzultacích.

Děkuji také všem respondentům za poskytnuté rozhovory a jejich vedoucím sociálním pracovníkům za zprostředkování kontaktu.

Anotace

Jméno a příjmení:	Dominika Hálková
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor studia:	Sociologie–Andragogika
Obor obhajoby práce:	Andragogika
Vedoucí práce:	Mgr. Pavel Veselský, Ph.D.
Rok obhajoby:	2021

Název práce:	Aktivizace a edukace seniorů s onemocněním demence
Anotace práce:	Tato bakalářská práce se zabývá metodami aktivizace a edukace seniorů s onemocněním demence v sociálních pobytových zařízeních. Upozorňuje na problematiku stárnutí populace a skutečnost, že i v klasických domovech pro seniory je podíl lidí s onemocněním demence velmi vysoký. Tedy i v těchto zařízeních jim musí být péče, které je aktivizace nedílnou součástí, přizpůsobena. Cílem práce je popsat specifika aktivizace a edukace seniorů s onemocněním demence v domovech pro seniory a ve vybraných organizacích srovnat, jaké aktivizační metody se v zařízeních využívají a jaký význam pro seniory z pohledu aktivizačních pracovníků mají.
Klíčová slova:	Senior, demence, aktivizace, edukace, aktivizační pracovník, domov pro seniory
Title of Thesis:	Activation and education of seniors with dementia
Annotation:	This Bachelor thesis deals with methods of activation and education of senior people diagnosed with dementia in retirement homes. It draws attention to the issue of population ageing and also the fact, that there is high proportion of people diagnosed with dementia in traditional old people's homes. Thus, even in these facilities, the care that is an integral part of activation must be adapted to them. The goal of the bachelor thesis is to describe the specifics of

	activation and education of seniors diagnosed with dementia in retirement home. Furthermore, it compares used activation methods by selected organizations and also measures the significance of these methods on senior people from the perspective of activation workers.
Keywords:	Senior, dementia, activation, education, activation worker, retirement home
Názvy příloh vázaných v práci:	Příloha č. 1: Klasifikace MKN-10 – Organické duševní poruchy Příloha č. 2: Mini-Mental State Examination test Příloha č. 3: Test hodin Příloha č. 4: Základní otázky rozhovoru Příloha č. 5: Týdenní aktivizační plán Příloha č. 6: Den aktivizace
Počet literatury a zdrojů:	39
Rozsah práce:	68 s. (95 770 znaků s mezerami)

Obsah

Anotace	4
Úvod.....	8
I Teoretická část	10
1 Proces stáří a stárnutí	10
1.1 Definice stáří	10
1.2 Změny ve stáří.....	10
1.3 Chorobné procesy ovlivňující stáří	12
2 Onemocnění demence.....	12
2.1 Definice demence	13
2.2 Základní rozdělení demencí.....	13
2.3 Symptomy	15
2.4 Diagnostika demence	16
2.5 Stadia demence.....	17
3 Sociální služby pro seniory	18
3.1 Charakteristika sociálních služeb	19
3.2 Institucionální péče	19
3.3 Aktivizační pracovník	20
4 Aktivizace a edukace seniorů s demencí	22
4.1 Vymezení a teoretické zařazení aktivizace a edukace.....	22
4.2 Aktivizace u lidí s kognitivní poruchou.....	23
4.3 Pozitivní aspekty.....	24
4.4 Zásady aktivizace a edukace	24
4.5 Druhy aktivit	25
5 Vybrané metody a techniky aktivizace	26
5.1 Smyslová aktivizace	26
5.2 Arteterapie	28
5.3 Muzikoterapie	29
5.4 Pohybová terapie	30
5.5 Reminiscenční terapie	31

II Empirická část.....	33
6 Cíl práce a výzkumné otázky	33
7 Metodologie výzkumu	33
7.1 Metoda sběru dat	34
7.2 Účastníci výzkumu	35
7.3 Místo výzkumu	36
7.4 Způsob zpracování dat	38
7.5 Etické aspekty výzkumu.....	38
8 Analýza a interpretace dat	40
8.1 Analýza rozhovorů.....	40
8.1.1 Struktura aktivizace.....	40
8.1.2 Problémy v nemoci	42
8.1.3 Zapojení smyslů	43
8.1.4 Sociální kontakt	45
8.1.5 Psychická podpora.....	47
8.1.6 Zdravotní výhody	48
8.2 Analýza dokumentů.....	49
9. Diskuse.....	52
Závěr	55
Zdroje.....	57
Seznam obrázků a grafů.....	61
Seznam příloh.....	62
Přílohy.....	63

Úvod

Ve své bakalářské práci se zabývám tématem demence, protože se – stejně jako velká část mých vrstevníků – setkávám se zdravotními problémy svých prarodičů. Vidím a slyším příběhy o nemocech, které s věkem přicházejí a člověku zásadně ovlivňují život.

Mezi zmiňovanými nemocemi se velmi často objevuje diagnóza demence. Také jeden z mých prarodičů má toto onemocnění diagnostikované, i když ne přímo Alzheimerovu chorobu, která se často považuje za synonymum demence. Proto jsem měla možnost pozorovat, jak často se všechny typy demencí tzv. „hází do jednoho pytle“. V práci poukazuji i na to, jak širokou a různorodou škálu onemocnění má. Nejen jeho různorodost, ale také stupeň onemocnění se následně odráží ve způsobech a možnostech práce se seniory.

Všichni mí prarodiče jsou stále v domácí péči a díky svým rodičům vidím, jak náročná péče o seniory v domácím prostředí může být. Proto jsem prostřednictvím této práce chtěla nahlédnout do prostředí domovů pro seniory a zjistit, jakým způsobem pečují o nemocné profesionálové.

Soustředila jsem se konkrétně na proces aktivizace a edukace, který je jednou z částí celkové péče o člověka. Všechny v něm využívané metody a techniky mě velmi zaujaly. Zároveň mají můj velký obdiv aktivizační pracovníci, díky nimž a uplatnění aktivizačních metod, mají senioři šanci na zlepšení kvality života jak po fyzické, tak i psychické stránce.

Práci jsem rozdělila na teoretickou a empirickou část, jednotlivé části pak do konkrétních kapitol. V první kapitole teoretické části se zabývám obdobím stáří, jeho definicí, změnami, které ho provázejí a také nemoci, které se v tom období nejčastěji objevují. Další kapitola se již věnuje samotnému onemocnění demence, jeho definicí, rozdělením, projevujícími se symptomy, následnou diagnostikou a stanovením stupně závažnosti. Následuje kapitola

o sociálních službách pro seniory, zejména tedy o poskytovaných službách v pobytových zařízeních, a o aktivizačních pracovnících, kteří v těchto zařízeních pracují. Předposlední kapitola potom pojednává o aktivizaci a edukaci. V této kapitole vymezují pojmy, jejich dělení a popisují pozitivní aspekty a zásady využití aktivizace a edukace. Na tuto část navazuje kapitola poslední, kde popisují pět vybraných aktivizačních metod a technik.

V empirické části se zabývám podobou procesu aktivizace a edukace v praxi. Mým cílem je popsat specifika aktivizace a edukace seniorů s onemocněním demence v domovech pro seniory a ve vybraných organizacích srovnat, jaké aktivizační metody se v zařízeních využívají a jaký význam pro seniory z pohledu aktivizačních pracovníků mají. Podle zvoleného cíle si následně stanovuji hlavní výzkumnou otázku, na níž se pokouším odpovědět pomocí šesti rozhovorů a analýzy dokumentů. V závěrečné části se potom zabývám výsledky a možnými chybami, které ve výzkumu mohly nastat.

I Teoretická část

1 Proces stáří a stárnutí

Život člověka má několik přirozených etap a stáří je jednou z nich. Každá etapa je charakterizována mnoha rozmanitými evolučními i involučními změnami. Období stáří je velmi individuální a odráží se v něm jak genetické faktory a vliv vnějšího prostředí, tak i předchozí způsob života.

1.1 Definice stáří

Existuje mnoho definic stáří. Můžeme se setkat s definováním na základě biologického věku, tedy specifických tělesných změn. Další z možných způsobů je definice dle ekonomické klasifikace, tedy jako věk postproduktivní. Ze sociálního hlediska je definováno podle společensky očekávaného chování. Tou nejčastěji využívanou definicí je však periodizace stáří podle chronologického (kalendářního) věku člověka (Čípová, 2011, s. 124).

Světová zdravotnická organizace (WHO) datuje počátek stáří člověka od 60 let. Toto období je označované za rané stáří (young old). Od dovršení 75 let se mluví o pravém stáří (old old). Po 90. roce života mluvíme o dlouhověkosti, neboli kmetství (Čípová, 2011, s. 124). Celé období po 60. roce života zastřešuje termín sénium a člověk se zde označuje jako senior. Pro edukační aktivity se používají skupiny mladých, starých a velmi starých seniorů (Čornaničová, 1998, s. 30 cit. dle: Határ, 2011, s. 28–29).

1.2 Změny ve stáří

Každé lidské období je charakterizováno mnoha rozmanitými evolučními i involučními změnami. Změny mají různou podobu a intenzitu. Záleží na individuálním životě a osobnosti seniora (Határ, 2011, s. 26). Změny můžeme pozorovat na rovině fyzické, psychické i sociální. Protože je člověk celistvou

bytostí, změny v jedné oblasti ovlivňují i oblasti další (Venglářová, 2007, s. 11). Při vyrovnávání se s nimi je důležitá pomoc, tolerance a trpělivost okolí. Změny se odrážejí ve zvyšujících se nárocích na pomoc a péči, také v potřebě vhodného místa pro kvalitní život (Venglářová, 2007, s. 13–14).

Fyzické změny jsou u člověka nejvíc zjevné, může se s nimi postupně pojit i mnoho chorob. „Dochází ke změnám v kožním ústrojí, v pohybovém systému, mění se kardiovaskulární systém a respirační systém. Starý člověk je jinak nervově disponován, jinak tráví, v důsledku únavy a opotřebování dochází ke změnám v oblasti smyslového vnímání“ (Bertl, 2018, s. 84–85).

Psychické změny se projevují zejména v oblasti zpomalení duševní činnosti a špatné schopnosti adaptability. Častá je zde také ztráta motivace a tendence uzavírání se do sebe (Bertl, 2018, s. 84). Dochází ke zpomalení reakcí. Člověk potřebuje na vše více času. Snižuje se schopnost rozdělení pozornosti. I to je důvod, proč senioři více zapomínají. Senioři se rychleji unaví. Přidává se zpomalení psychomotorického tempa. Člověk kratší čas udrží myšlenku nebo ji stále dokola opakuje. Výbavnost paměti kolísá. Může ji ovlivnit například emocionální ladění, nemoc, kvalita spánku nebo stres (Suchá & Jarolímová, 2017, s. 22–23). Obecně lze ale říct, že u paměti můžeme pozorovat změny ve dvou rovinách. V rovině krátkodobé paměti má senior problém vybavit si a zapamatovat nedávné děje a události. Naopak dlouhodobá paměť je často ve výborném stavu, a dokonce se může někdy i zlepšovat (Bertl, 2018, s. 85). Fluidní inteligence s věkem klesá, zatímco krystalická inteligence se téměř nemění (Benešová, 2014, s. 29 cit. dle: Bertl, 2018, s. 85). Psychické změny jsou ovlivněny mnoha faktory. Souhrnem psychických změn dochází k celkovému oslabení organismu i schopnosti adaptace na prostředí (Suchá & Jarolímová, 2017, s. 22).

Sociální změny pozorujeme zejména v oblasti změny sociálních rolí, životního stylu i ekonomického zajištění (Bertl, 2018, s. 84). Člověk přichází o svou dřívější sociální pozici ve společnosti, s tím se mění i jeho finanční

situace. Proměňuje se žebříček životních hodnot, člověk se začíná více upínat na svou rodinu a zdraví (Vágnerová, 2000 cit. dle: Čípová, 2011, s. 126).

1.3 Chorobné procesy ovlivňující stáří

S přibývajícím věkem probíhá v těle mnoho přirozených organických změn. Člověku se snižuje výkonnost, dříve se unaví a regenerace trvá delší dobu (Hátlová & Suchá, 2005, s. 10–11). U seniorů se však mnohem častěji objevují i různé nemoci, které následně ovlivňují celkovou kondici člověka. Onemocnění výrazně omezuje kvalitu života, urychluje stárnutí a značně komplikuje další roky života (Zavázalová, 2001, s. 29 cit. dle: Jarošová, 2006, s. 34–35). Nemoci se často vyskytují v mnohočetné podobě a velká část z nich způsobuje v dlouhodobém hledisku ztrátu soběstačnosti. Chorobné procesy lze dle Kalvacha (1997, s. 53 cit. dle: Mühlpachr, 2009, s. 34–39) rozdělit do sedmi hlavních okruhů. Jsou jimi osteoartróza, osteoporóza, obstrukční choroba bronchopulmonální (rozedma plic), ateroskleróza zřetel, poruchy sluchu, poruchy zraku a Alzheimerova nemoc.

Alzheimerova nemoc je nejčastější příčinou vzniku demence. Jako první a nejvýraznější znak se objevují poruchy kognitivních funkcí. V rozvinutých zemích se považuje demence za čtvrté až páté nejčastější onemocnění vedoucí ke smrti. Následují choroby srdeční a cévní, zhoubné nádory a úrazy (Mühlpachr, 2009, s. 51; Suchá & Jarolímová, 2017, s. 26).

2 Onemocnění demence

Termín „demence“ je odvozený od latinského „dementia“, což bylo používáno ve smyslu „být bez mysli“ či „být bez rozumu (Wehner & Schwinghammer, 2013, s. 23). Dnes se tento pojem používá k popisu stavů, které vedou k postupným změnám ve struktuře a funkčnosti mozku. Tyto změny se projevují v myšlení, citění, chování i plnění každodenních aktivit (Duffy, 2019, s. 11).

2.1 Definice demence

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí se demence (F00–F03) řadí definována do organických duševních poruch (viz. příloha č. 1) a je zde definována jako „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“ (MKN-10 klasifikace: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí Česká verze, platnost od 1.1. 2020, 2020).

Demence tedy zásadně ovlivňuje všechny oblasti života nemocného člověka a s postupem onemocnění i jeho okolí. Člověk se stále více a více stává závislý na pomoci ostatních. Nemoc je sice nevyléčitelná, ale včasným nasazením léčby lze její průběh značně zpomalit (Suchá & Jarolímová, 2017, s. 30).

2.2 Základní rozdělení demencí

Existuje více než 100 různých typů demence. Aby mohla být člověku poskytnuta ta nejlepší péče, je důležité, aby pečující věděl, kterým typem člověk trpí. Můžeme pak lépe podpořit využití silných stránek a kompenzovat stránky slabé (Prince et al., 2014 cit. dle: Duffy, 2019, s. 19).

Demenci můžeme rozdělit podle několika hledisek. Nejčastější je dělení podle příčiny na dvě základní skupiny. První skupinou je demence primárně degenerativní (agroficko-degenerativní) a druhou demence sekundární (symptomatická) (Kisvetrová, 2020, s. 17).

Agroficko-degenerativní demence „vzniká na základě procesů vedoucích ke snížení neuronů, poruše funkce neuronů neuroglií (pomocných nervových buněk) a redukci počtu synapsí neuronů“ (Kisvetrová, 2020, s. 17). Díky neurodegenerativním procesům dojde k poruše funkce mozku

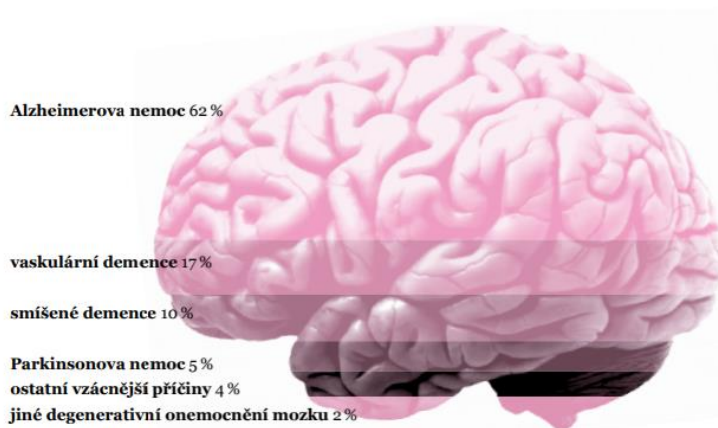
a následnému vzniku syndromu demence. Nejrozšířenějším zástupcem této skupiny je Alzheimerova choroba, která tvoří více než 62 % všech demencí. Dále do této skupiny patří demence s Lewyho tělísky, demence u Parkinsonovy choroby a Frontotemporální demence (Jiráček et al., 2009 cit. dle: Kisvetrová, 2020, s.17–19; Mühlbacher, 2009, s. 55).

Druhou skupinou je symptomatická demence, která vzniká na základě poškození činnosti mozku. „Nejprve vznikne základní onemocnění, které určitým způsobem poškodí mozek a důsledkem toho se rozvine demence“ (Hauke, 2017, s. 46). Příčinou může být systémové onemocnění, chronická intoxikace, trauma nebo infekce. Dále se tato skupina dělí na vaskulární demenci a ostatní symptomatické demence (Jiráček, 2004 cit. dle: Kisvetrová, 2020, s. 20). Vaskulární demence vzniká na základě cévního poškození mozku a je druhým nejrozšířenějším typem demence. Lidé s tímto typem onemocnění tvoří okolo 17 % (Duffy, 2019, s. 24; Mühlbacher, 2009, s. 61).

Obrázek č.1: Četnost příčin demence

Demence a její typy
Četnost příčin demence

Zdroj: ČALS (2013). Dopisy České alzheimerovské společnosti



Zdroj: Mátl, Mátlková, & Holmerová, I. (2016). *Zpráva o stavu demence 2016*. Česká alzheimerovská společnost, o. p. s.

2.3 Symptomy

Typy demencí se sice v některých bodech liší, ale základní projevy symptomů zůstávají stejné. K zřetelné diagnostice může být dlouhá cesta, která trvá řadu měsíců i let. První příznaky mohou být snadno zaměněny s přirozeným zhoršováním psychických funkcí ve stáří. Přesto je dobré být na pozoru a od začátku si všimnout základních varovných signálů. Zatím sice neumíme pacienty s demencí vyléčit, ale včasným rozpoznáním nemoci lze zmírnit příznaky, zpomalit její progresivitu a zkvalitnit život seniorů (Haškovcová, 2012, s. 51–52; tamtéž s. 65; Venglářová, 2007, s. 25).

Symptomy demence lze rozlišit do tří kategorií, a to na kognitivní poruchy, poruchy emotivity a behaviorální poruchy. Pro spolehlivou diagnostiku onemocnění demence je třeba, aby se tyto příznaky vyskytovaly nejméně po dobu 6 měsíců (Mühlpachr, 2009, s. 41–42; Venglářová, 2007, s. 29–31).

V kognitivní oblasti vznikají problémy s pamětí, a to zejména v paměti krátkodobé. To se projevuje potížemi se zapamatováním si nových informací, špatnou orientací, opakováním dotazů či potížemi s logickým uvažováním. Další problémy jsou spojeny s poruchami řeči. Ty s sebou přináší problémy v komunikaci, člověk nenachází slova či nedokáže porozumět myšlenkám komunikačního partnera. Dále do této kategorie řadíme poruchy pozornosti, poruchy vnímání a poruchy úsudku (Mühlpachr, 2009, s. 41–42; Venglářová, 2007, s. 29–31).

Druhou oblastí jsou poruchy emotivity. Člověk trpí poruchou nálad. Vyskytuje se u něj oploštění emocí nebo naopak emoční labilita. Oploštění emocí může připomínat nezájem citově se v situaci angažovat a snížení neverbálních projevů. Naopak u emoční lability člověk nepřiměřeně reaguje na situace a emoce se rychle střídají. To může způsobovat úzkosti či dokonce deprese. V pokročilejších stádiích nemoci se ztrácí vyšší city. Člověk nemá

představu o základních lidských hodnotách a postojích (Mühlpachr, 2009, s. 41–42; Venglářová, 2007, s. 29–31).

Třetí oblastí je behaviorální porucha (chování). Celé chování člověka se zpomalí, sníží se vůle a ztrácí zájem. Senior pak nedokáže sám dodržovat osobní hygienu. Díky poruchám emotivity mohou být lidé agresivní a ztratit jakoukoliv zdrženlivost na veřejnosti, to může přejít až k fyzickému napadení (Mühlpachr, 2009, s. 41–42; Venglářová, 2007, s. 29–31).

2.4 Diagnostika demence

Na základě oslabení nebo porušení kognitivních (poznávacích) funkcí se dělí demence do několika stádií. Základem pro diagnostiku je porucha paměti a minimálně ještě jedna porucha kognitivní funkce (Fymat, 2018 cit. dle: Kisvetrová, 2020, s. 21).

Nejčastějším testem hodnocení kognitivních funkcí pro detekci syndromu demence je Mini-Mental State Examination (MMSE) (viz. příloha č. 2) (Folstein et al., 2001 cit. dle: Kisvetrová, 2020, s. 21). Test je rozdělen do pěti oblastí: orientace; paměť; pozornost a počítání; krátkodobá paměť; řeč, komunikace a konstrukční schopnosti (Kisvetrová, 2020, s. 26). Jeho prokazatelnost může ovlivnit věk a vzdělání účastníků, to se při hodnocení výsledků musí brát v potaz (Jirák & Koukolík, 2004 cit. dle: Kisvetrová, 2020, s. 22).

Další využívané testy jsou Montreálský kognitivní test MoCA a test hodin (Clock Test) (viz. příloha č. 3). Test hodin je stále více oblíbený pro svou jednoduchost a dostupnost, stačí pouze papír a tužka. Pacient je požádán, ať do nakresleného kruhu na papíře dopíše ciferník hodin s ručičkami na určenou hodinu. V průběhu času se mohou sledovat změny úspěchu v testu. Test hodin je součástí i dalších testů (Hauke, 2017, s. 30–31).

2.5 Stadia demence

Za první náznaky přicházejícího onemocnění demence lze považovat subjektivní kognitivní poruchu. Ta je popisována jako pacientův subjektivní pocit trvalého zhoršení kognitivních schopností oproti normálu. To lze však také snadno zaměnit s přirozeným zhoršením kognitivních funkcí ve stáří (Touhy & Jett, 2018, s. 101). Neprojevují se zde abnormality v objektivním neuropsychologickém hodnocení (Jessen et al., 2014 cit. dle: Kisvetrová, 2020, s. 23). Subjektivní kognitivní porucha je považována za preklinický projev. Už ona může ovlivnit emoční a sociální fungování člověka (Jenkins et al., 2015 cit. dle: Kisvetrová, 2020, s. 23).

U další úrovně, mírné kognitivní poruchy, se již objevují objektivní kognitivní deficity, ale stále ještě nejsou splněna kritéria pro syndrom demence. Jedná se o přechodné stadium mezi normálním stárnutím a počínající demencí (Bartoš & Hasalíková, 2010 cit. dle: Kisvetrová, 2020, s. 23). Je charakterizována problémy s pamětí, které ještě nejsou v těžké fázi, ale ovlivňují jedincovy aktivity běžného dne. Ostatní kognitivní funkce jsou zatím nezměněny (DeCarli, 2003 cit. dle: Kisvetrová, 2020, s. 23). Dodnes neexistuje žádná farmakologická léčba, která by v této fázi zamezila progresi, existují však důkazy, že úpravou životního stylu a kognitivní stimulací se může vývoj zpomalit (Tangalos, Peterson, 2018 cit. dle: Kisvetrová, 2020, s. 24).

V počátečním stádiu demence se objevují potíže se soustředěním, snižuje se krátkodobá paměť, vznikají problémy v komunikaci a orientaci. Člověku se mění osobnost, je apatický a má výkyvy nálad. Izoluje se od svého okolí. Přicházejí problémy s nacházením slov při komunikaci (Fymat, 2018 cit. dle: Kisvetrová, 2020, s. 24; Wehner & Schwinghammer, 2013, s. 23). V tomto stadiu lehké demence je si ještě člověk schopný svou nemoc uvědomovat (Ritter–Rauch, 2016 cit. dle: Kisvetrová, 2020, s. 24–25), s mírnou

pomocí okolí zvládá bez větších problémů žít samostatně (Wehner & Schwinghammer, 2013, s. 23).

Ve stadiu středně těžké demence se u člověka objevují potíže s řešením záležitostí každodenního života. Člověk hodně zapomíná, zmenšuje se mu slovní zásoba a je dezorientovaný v čase a prostoru. Projevují se změny v chování a negativní osobnostní rysy. Přichází problémy s komunikací a sociálním úsudkem. Mohou se objevit halucinace, neklid a bezcílné bloudění. Senior už nemůže žít sám bez pomoci, přichází začátek nesoběstačnosti a závislosti na okolí. Potřebuje pomoc v běžných situacích i osobní hygieně (Wehner & Schwinghammer, 2013, s. 24; Ritter-Rauch, 2016 cit. dle: Kisvetrová, 2020, s. 25).

Ve stadiu těžké demence jsou již zasaženy všechny kognitivní funkce. Prohlubují se poruchy v časové i prostorové orientaci, změny v chování a problémy s pamětí. Člověk přestává poznávat své nejbližší okolí. Řeč je redukována na pár slov (Fymat, 2008 cit. dle: Kisvetrová, 2020, s. 25). Člověk chřadne a zvyšuje se jeho náchylnost k infekcím. Dochází k častým úrazům následkem pádů. Objevují se problémy s příjmem potravy i nápojů. Člověk je zcela nesoběstačný a odkázaný na péči druhých. V tomto stadiu je již nezbytná institucionální péče (Kisvetrová, 2020, s. 25; Wehner & Schwinghammer, 2013, s. 24).

3 Sociální služby pro seniory

V rámci péče o seniory jsou poskytovány sociální a zdravotní služby, které zajišťují jejich psychickou a zdravotní podporu. Obě oblasti na sebe navzájem navazují a nelze je od sebe oddělit, protože zdravotní a sociální problémy jsou úzce provázány a navzájem se ovlivňují. Prostřednictvím těchto služeb je zajišťována prevence nemocí, posilování soběstačnosti a zajištění základních životních potřeb (Dvořáčková, 2012, s. 80–84; Jarošová, 2006, s. 44).

3.1 Charakteristika sociálních služeb

Sociální služby lidem pomáhají v zajištění pomoci „péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při prosazování práv a zájmů“ (MPSV, 2012 cit. dle: Hrozenská & Dvořáčková, 2013, s. 61). Cílem služeb je také podpora rozvoje klientů, snaha o zlepšení nebo alespoň zachování jejich soběstačnosti. Při práci s klienty je důležitá aktivizační a motivační složka, zároveň však zachování důstojnosti člověka a vycházení vstříc jeho individuálním potřebám (Hrozenská & Dvořáčková, 2013, s. 61).

Existují tři hlavní typy sociálních služeb pro seniory, a to pobytová zařízení, ambulantní péče a terénní služby. U pobytových služeb jsou klienti ubytováni v zařízeních sociálních služeb. V ambulantní formě klienti dochází do zařízení sociálních služeb a v terénní formě za klienty dochází pracovníci do jejich domovů (Hrozenská & Dvořáčková, 2013, s. 62). Všechny tři typy služeb mají svůj význam a jsou velmi důležité. Pro účely této práce se však dále budu zabývat jen první typem, a to pobytovými zařízeními.

3.2 Institucionální péče

V české společnosti se předpokládá, že základní péči o seniory zajistí jejich rodina. Na pomoc mohou docházet terénní pracovníci. Cílem je, aby senior vydržel co nejdéle ve svém přirozeném domácím prostředí. Když se zdravotní stav zhorší natolik, že péče v domácím prostředí již není možná, přicházejí na řadu služby institucionální péče v podobě pobytových zařízení. (Jarošová, 2006, s. 44; Svobodová, 2012 cit. dle: Hrozenská & Dvořáčková, 2013, s. 60)

Pobytová zařízení pro seniory můžeme rozdělit na domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a domovy pro seniory se zdravotním postižením (Hrozenská & Dvořáčková, 2013, s. 63). Při výběru konkrétního

zařízení záleží na míře nutné péče, tedy zdravotním stavu a soběstačnosti seniora (Bayerová, 2005 dle: Hrozenská & Dvořáčková, 2013, s. 61).

Domovy pro seniory poskytují klientům se sníženou mírou soběstačnosti celodenní komplexní péči. Kromě péče jsou zde i možnosti různých zájmových činností, kulturního a společenského života (Jarošová, 2006, s. 48).

Domovy se zvláštním režimem poskytují služby seniorům se sníženou soběstačností z důvodu onemocnění demencí, chronického duševního onemocnění a závislosti na návykových látkách. Zde jsou v péči o klienty upraveny podmínky pro zabezpečení vyššího dohledu, bezpečnosti i cílené aktivizace (Sbírka zákonů, 2012 cit. dle: Hrozenská & Dvořáčková, 2013, s. 65).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby osobám se níženou mírou soběstačnosti z důvodu zdravotního postižení. V rámci jednoho zařízení se můžeme setkat s více typy domovů. (Malíková, 2020, s. 30; Sbírka zákonů, 2012 cit. dle: Hrozenská & Dvořáčková, 2013, s. 65).

3.3 Aktivizační pracovník

V odborné literatuře se lze setkat s mnoha pojmenováními pro pracovníky, kteří se starají o volnočasové programy seniorů. V praxi se nejvíce setkáváme s pojmem „aktivizátor“, neboli „aktivizační pracovník v sociálních službách“. Aktivizátor se zaměřuje na aktivizaci seniorů, která se skládá z aktivizačních, ale také edukačních a rehabilitačních činností. Zajišťuje pro seniory volnočasové aktivity, a to od kulturních programů po různá terapeutická a rehabilitační cvičení (Musil et al., 2006, s. 59; Salivarová & Veteška, 2014, s. 29).

Definice aktivizačního pracovníka je poměrně složitá, protože nikde není ve svém širokém obsahu zcela vymezena. Každé zařízení může pojímat

charakter této pozice trochu jinak. Nechala jsem si proto zaslat popisy práce ze zkoumaných zařízení. Z nich jsem vybrala jeden a porovnála ho s charakteristikou pracovní činnosti „pracovníka volnočasových aktivit v sociálních službách“ dle katalogu povolání. Zjistila jsem, že se ve většině bodů shoduje. Tento pracovník tedy zajišťuje „vyhledávání, organizování a provádění volnočasových aktivit zaměřených zejména na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností klientů formou výtvarné, hudební nebo tělesné výchovy. Vytváření vztahů klientů k živým tvorům včetně péče o ně. Zabezpečování zájmové a kulturní činnosti klientů“ (NSP, katalog povolání on-line cit. dle: Salivarová & Veteška, 2014, s. 29). Dále lze v popisu práce aktivizátora uplatnit prvky z charakteristiky práce „pracovníka výchovné činnosti v sociálních službách“, „animátora volnočasových aktivit“, „instruktora zdravotní a tělesné výchovy seniorů“ aj. (NSP, katalog povolání online cit. dle: Salivarová & Veteška, 2014, s. 29–33).

Pro výkon práce aktivizačního pracovníka se považuje za dostatečné středoškolské vzdělání bez nutnosti speciálního zaměření (Musil et al., 2006, s. 64). Pokud však člověk nemá školu sociálního zaměření, musí získat odbornou způsobilost v kurzu „pracovníka v sociálních službách“ dle zákona č. 108/2006 Sb. (Dvořáčková, 2012, s. 85). Je tu i mnoho možností vhodného vysokoškolského studia. Pro práci aktivizačního pracovníka se hodí obory jako sociální pedagogika, speciální pedagogika či různě pojaté pedagogiky volného času a také gerontologie (Musil et al., 2006, s. 69). Často se na této pozici dobře uplatňují například vystudované učitelky mateřských škol (Musil et al., 2006, s. 64). Jako další vzdělání pro aktivizátory jsou vhodné kurzy cvičitelů zdravotní tělesné výchovy, rehabilitace u lůžka, trénování paměti, arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie, podporování psychomotoriky apod. (Musil et al., 2006, s. 55).

Osobní předpoklady pro výkon aktivizačního pracovníka jsou zejména schopnost navázat individuální osobní kontakt s klienty, dále umět dobře

komunikovat a naslouchat, být empatický s citlivým přístupem ke klientům, umět si dobře zorganizovat práci, být zručný, také mít široký kulturní rozhled (Musil et al., 2006, s. 54).

4 Aktivizace a edukace seniorů s demencí

Aktivizace a edukace jsou dva vzájemně se prolínající procesy a zároveň dvě důležité součásti kvalitní komplexní institucionální péče o seniory (Salivarová & Veteška, 2014, s. 28). V první podkapitoly pojmy vymezím, dále pak, pro termínové zjednodušení, budu pracovat především s pojmem „aktivizace“. A to proto, že v praxi je tento pojem u aktivit pro seniory využíván častěji. To však neznamená, že by edukační složka nebyla zahrnuta ve většině z nich.

4.1 Vymezení a teoretické zařazení aktivizace a edukace

Protože má andragogika za svůj předmět celkovou edukační realitu dospělých jedinců, začala se také v 90. letech 20. století více zabývat seniorskou částí populace. Výsledkem bylo vymezení nové andragogické disciplíny „gerontagogiky“ (Průcha & Veteška, 2014, s. 93 cit. dle: Salivarová & Veteška, 2014, s. 47; Čípová, 2011, s. 123). Gerontagogika je zaměřena na „výchovně-vzdělávací práci s dospělými a seniory, a to jak ve smyslu výchovy a vzdělávání ke stáří, učení se stárnout, tak především aktivizaci a vzdělávání ve stáří“ (Průcha & Veteška, 2014, s. 117–118 cit. dle: Salivarová & Veteška, 2014, s. 49).

V souvislosti s gerontagogikou hovoříme o seniorské edukaci, edukace zde slouží jako souhrnný pojem pro výchovu a vzdělávání (Průcha, 2002, s. 66 dle: Salivarová & Veteška, 2014, s. 26). Podle Malíkové (2010, s. 257–258 cit. dle: Salivarová & Veteška, 2014, s. 62) edukace „představuje kontinuální proces a prolínání všemi oblastmi péče a poskytovaných služeb v domovech pro seniory. Pracuje s podobnými prvky jako edukace ve zdravotnických

zařízeních...“ (Salivarová & Veteška, 2014, s. 28). Jejím cílem je „smysluplné využití volného času ve stáří, vedení k aktivnímu stáří a k uplatnění vlastních tvořivých schopností směřujících k aktivizaci seniorů“ (Veteška, 2017, s. 12 cit. dle: Bertl, 2018, s. 83).

Aktivizace je dle andragogického slovníku (Průcha & Veteška, 2012, s. 25) „proces uvedení do pohybu, rozvinutí nebo zesílení činnosti.“ U seniorů to znamená, že je využívána jako proces podněcování potenciálu (vnitřních předpokladů) seniorů. Udržuje jejich psychické i fyzické zdraví. Dobře vybranými aktivitami se senioři vrací k aktivnímu životu. V aktivizačních programech se u seniorů udržují dovednosti, vědomosti a schopnosti. Může také sloužit jako prevence poruch paměti, koncentrace a myšlení (Průcha & Veteška, 2014, s. 27 cit. dle: Salivarová & Veteška, 2014, s. 26). Zahrnuje prvky edukace, a to ve svém vzdělávacím a výchovném potenciálu (Salivarová & Veteška, 2014, s. 28).

4.2 Aktivizace u lidí s kognitivní poruchou

Specifický přístup k aktivizaci je potřebný u seniorů s onemocněním demence. Musejí se brát ohledy na příznaky onemocnění a podle toho individuálně přizpůsobovat aktivizační programy. Příkladem může být porucha krátkodobé paměti, kde je třeba u aktivizace postupovat vždy jen po jednotlivých dílčích úkolech a pokyny víckrát opakovat. Dále se z důvodu zpomalení psychomotorického tempa musí s účastníky jednat pomalu, bez zbytečné netrpělivosti. A pro jejich sníženou představivost je dobré vždy vše názorně ukázat. Vzhledem k poruše pozornosti musí být aktivity kratší, dynamické a musí mít spád (Průcha & Veteška, 2014, s. 27 cit. dle: Salivarová & Veteška, 2014, s. 26; Suchá et al., 2013, s. 20–21).

To ale neznamená, že by nebyla u klientů s demencí aktivizace možná. I lidé v pokročilejších fázích demence jsou schopni zvládnout různé činnosti a aktivity. Zejména ty, které mají po léta dobře naučené. Mohou to být různé

domácí práce, pracovní postupy nebo dokonce i hra na hudební nástroj (Suchá et al., 2013, s. 22).

4.3 Pozitivní aspekty

Aktivity přinášejí pro seniory mnoho pozitivních aspektů. Za základní lze jistě považovat seberealizaci, zábavu a radost z činnosti. Dále je důležitým aspektem komunikace a kontakt s druhými lidmi. Kontakt s vrstevníky, který má pro seniory pozitivní vliv na sebedůvěru a emoční sounáležitost. Jelikož mají v domovech spoustu volného času, aktivity jim strukturují den. Pomáhají tak co nejdéle udržet psychické i fyzické schopnosti a soběstačnost (Suchá et al., 2013, s. 14).

4.4 Zásady aktivizace a edukace

V procesu aktivizace a edukace se soustředíme nejen na obsahovou stránku programu, ale také na mnoho dalších důležitých aspektů, které v celém procesu hrají nezastupitelnou roli (Palán, 2003, s. 127 cit. dle: Bertl, 2018, s. 65–66). V plánování aktivit musíme brát ohled na zdravotní stav a věk účastníků, podle toho volit adekvátní strukturu, místo a čas činností (Veteška, 2017, s. 71 cit. dle: Bertl, 2018, s. 86–87).

Aktivizační pracovník analyzuje potřeby seniorů. Připravuje taková témata a okruhy, která budou seniory zajímat (Palán, 2003, s. 127 cit. dle: Bertl, 2018, s. 65–66). Programy musí pomáhat řešit problémy seniorů, podporovat tvořivou složku osobnosti, poskytovat emocionální oporu a sdílet principy modelu aktivního života ve stáří (Veteška, 2017, s. 71 cit. dle: Bertl, 2018, s. 86–87).

Musí být také zvolena přiměřená náročnost aktivity. Příliš náročné činnosti nebudou účastníci zvládat a po chvíli je přestanou bavit. Naopak příliš lehké aktivity mohou účastníky ponižovat. Důležité je najít kompromis a přizpůsobit vždy vše dané skupině seniorů (Suchá et al., 2013, s. 18–19), ať už se jedná o používané pomůcky či verbální projev aktivizátora, který musí

být přizpůsoben také slovní zásobě seniorů (Palán, 2003, s. 174 cit. dle: Bertl, 2018, s. 88).

Senioři mají rádi pravidelnost a určitý řád. Z tohoto důvodu je dobré mít rozvrh připravený tak, aby všechny aktivity probíhaly pravidelně ve stejném místě, v určitý čas a se stejnými lidmi. Místo má být zvoleno s ohledem na dostupnost pro všechny seniory, s přihlédnutím na jejich zdravotní omezení (Suchá et al., 2013, s. 18; Veteška, 2017, s. 71 cit. dle: Bertl, 2018, s. 86–87).

Aktivity by měly probíhat v příjemném prostředí a pozitivní atmosféře. Pro výběr vhodné aktivizace se berou v potaz zájmy seniora i jeho bývalá profese. Účast na činnostech musí být dobrovolná (Suchá et al., 2013, s. 19). Je důležité, aby si sami senioři mohli vybrat, jakých aktivit se budou chtít zúčastnit a jakých ne (Suchá et al., 2013, s. 13). Ve vybraném programu by pak měli být často aktivizováni a zapojováni, proto je pro ně, z důvodu motivace, velmi důležitá častá pozitivní zpětná vazba od aktivizačního pracovníka (Palán, 2003, s. 174 cit. dle: Bertl, 2018, s. 88).

Výhoda aktivizace je, že se může provádět kdykoliv a téměř kdekoliv během dne. Aktivizační prvky se mohou zařadit i během péče o klienta (Suchá et al., 2013, s. 19).

4.5 Druhy aktivit

Aktivity lze rozdělit podle různých hledisek. Můžeme je dělit na individuální a skupinové. Při individuálních aktivitách můžeme působit cíleněji na potřeby konkrétního seniora a motivovat k činnosti i jedince, který se skupinovým aktivitám vyhýbá. Při skupinových aktivitách se podporuje komunikace a jsou pro seniory většinou i zábavnější. Dají se zvládat i složitější úkoly, když se rozloží mezi jednotlivce ve skupině. Kompromisem mezi oběma druhy aktivit mohou být malé skupiny do pěti členů (Suchá et al., 2013, s. 17).

Aktivity se dále mohou dělit na aktivní a pasivní. Příkladem aktivní činnosti je cvičení a trénování paměti. Naopak pasivní aktivitou je relaxace či poslech hudby (Suchá et al., 2013, s. 17).

Další druh dělení jsou aktivity zatěžující fyzickou stránku a aktivity zatěžující kognici. Dále to jsou aktivity pracovní, s těmi se v důchodovém věku potkáme méně častěji, aktivity sebeobslužné a aktivity zájmové (Suchá et al., 2013, s. 17). U žádné ze skupin by jeden druh neměl převažovat nad druhým, aktivity by měly být ve vzájemné rovnováze (Suchá et al., 2013, s. 17).

5 Vybrané metody a techniky aktivizace

Aktivizační metody a techniky se řadí do tzv. nefarmakologických postupů léčby nemocí u seniorů (Suchá & Jarolímová, 2017, s. 30). Mohou se jich účastnit jak zdraví, tak nemocní senioři. Každý klient zařízení si podle svých zájmů může vybrat vhodnou aktivitu (Haškovcová, 2012, s. 50). Můžou jimi být kognitivní cvičení, reminiscenční terapie, arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie, canisterapie a mnoho dalších. Význam pojmu terapie je zde používán ve smyslu aktivizačním (Salivarová & Veteška, 2014, s. 62).

Aktivizační a edukační programy pro seniory jsou chápány jako volnočasové aktivity, proto by měly mít polozábavný charakter a nedirektivní způsob řízení a komunikace (Bertl, 2018, s. 89).

Ve své práci jsem si vybrala pět zástupců z nejvyužívanějších aktivizačních technik a ty dále krátce popíšu.

5.1 Smyslová aktivizace

Na začátek a jako základní aktivizační metodu seniorů bych uvedla krátkodobou smyslovou aktivizaci. Ta uvádí do pohybu motorické, kognitivní i verbální činnosti (Wehner & Schwinghammer, 2013, s. 13). „Představuje vědomé, cílené a pozorné zaměření na určité osoby.“ Vychází

z potřeby pozornosti a blízkosti člověka. Jejím prostřednictvím dostávají senioři možnost komunikace a budování vztahu s okolím, tím dosahují uspokojení své základní lidské potřeby. Jejím úkolem je udržovat seniory v dobré psychické pohodě. Má přinášet potěšení, zábavu a radost do života seniorů, zajistit jim bohatší a pestřejší dny. Mohou se jí účastnit jak zdraví klienti, tak ti upoutaní na lůžko. Při jejím využití je důležité smysluplné, přirozené a autentické chování aktivizačního pracovníka (Wehner & Schwinghammer, 2013, s. 17–20).

Výrazně pozitivní účinky má krátkodobá aktivizace na seniory s demencí. Jejím prostřednictvím mají možnost vybudovat si vztah k pečujícím pracovníkům, dosáhnout pocitu důvěry k nim a tím lepší vzájemné spolupráce. Zvyšuje také sebedůvěru klientů a snižuje zvýšenou motorickou aktivitu a neklid (tzv. dynamogenii). Klienti jsou celkově vyrovnanější a klidnější (Wehner & Schwinghammer, 2013, s. 20).

Provádí se každý den, kdykoli v jeho průběhu. Metodu lze uplatňovat jak skupinově, tak individuálně. Skupiny by měly být spíš malé a složené ze seniorů na stejné zdravotní úrovni. Je zapotřebí pouze zajistit klidné místo, kde seniora nic nevyrušuje. Může se při ní pohybovat, sedět i ležet. Pro skupinovou aktivizaci je vhodná například jídelna, tělocvična či zahrada. S jednotlivci probíhá většinou v jejich pokojích. Krátkodobou denní aktivizaci může poskytnout kterýkoli pečující pracovník, stačí cca 10 minut času. Lze ji provádět i déle, podle stavu a potřeb seniora (Wehner & Schwinghammer, 2013, s. 17–20).

Povzbuzování aktivity smyslů má velký význam v péči o klienty. Prostřednictvím vjemů, zvuků a pachů se mohou senioři v okamžiku vrátit do svých vzpomínek. V mozku máme uloženo mnoho dojmů, prožitků, pocitů a emocí, které se dají stimulací smyslů opět vyvolat (Wehner & Schwinghammer, 2013, s. 32). Pracovníci si s klienty například prohlížejí jejich fotografie a kladou otázky ohledně věcí a lidí na fotkách. Vzpomínají

a vypráví si společně příhody ze života (Wehner & Schwinghammer, 2013, s. 20–21).

5.2 Arteterapie

Arteterapie je aktivizační metoda, při které se využívá výtvarné činnosti. Hlavním nástrojem je kresba. Lze ji využít i jako dobrý komunikační a diagnostický nástroj (Kozáková & Müller, 2006, s. 49). Arteterapie se uplatňuje i prostřednictvím dalších tvůrčích aktivit. Často mohou být spojeny s významnými svátky nebo ročním obdobím (Suchá, 2013, s. 131–133).

Arteterapie se využívá samostatně i v rámci jiných aktivizačních metod. Může to být volný výtvarný projev, tematický výtvarný projev, výtvarný projev při hudbě či skupinová výtvarná činnost (Kozáková & Müller, 2006, s. 49). Mnoho seniorů je i ve vyšším věku velmi manuálně zručných a tvůrčích. K výtvarným aktivitám jsou velmi dobře motivováni, zvláště když lze výrobek prakticky využít nebo uplatnit jako dárek pro blízkou osobu, kdy další motivací seniora k výtvarné činnosti můžou být například nadcházející vánoční nebo velikonoční svátky (Suchá, 2013, s. 131).

U seniorů s kognitivní poruchou se musí vybírat výtvarné techniky, které nejsou složité na provedení a náročné na kreativitu. Je dobré před klienty postavit jako vzor již hotový výrobek. Postup tvorby by měl být jednoduše krok po kroku vysvětlen. Kvůli poruše krátkodobé paměti by se mělo vždy pracovat pouze na jednom kroku a až po jeho splnění pokračovat dál. Je také nutné zvýšeně dbát na bezpečnost seniorů a snažit se vyhnout ostrým a jinak nebezpečným předmětům (Suchá, 2013, s. 132).

Při této metodě je vhodná práce v malé skupině. Řadu výtvarných činností si mohou mezi sebou senioři rozdělit na několik dílčích činností, podle zručnosti a zdravotního stavu jedince. Nutnost spolupráce pak podporuje komunikaci ve skupině (Suchá, 2013, s. 131–132).

U arteterapie existuje nepřehledné množství možností, jakých pomůcek lze využít a je jen na daném aktivizačním pracovníkovi, co za aktivitu zvolí a které pomůcky v ní využije (Suchá, 2013, s. 132–133).

5.3 Muzikoterapie

V muzikoterapii se jako aktivizační prostředek využívá hudba. Použitím melodie, harmonie, rytmu, dynamiky a tempa písní se klienti mohou aktivně i pasivně zapojit. Proto se tato metoda také dělí na aktivizační a receptivní techniky. Při aktivizačních technikách se klienti aktivně zapojují do rytmických cvičení, zpívají či hrají na hudební nástroje. Pro největší efektivitu by cvičení mělo být pestré a nepřesáhnout dobu 20 minut. Naopak receptivní techniky jsou zaměřeny na relaxaci klienta při poslechu reprodukované nebo živé hudby. Pracuje se zde s prožitkem a emocemi. Tato aktivita by měla trvat okolo 45 minut (Jindrová, 2013, s. 117; Kozáková & Müller, 2006, s. 49).

Muzikoterapie je technika, se kterou lze vymyslet samostatný program nebo ji jen krátkodobě zařadit kdykoli během dne. Může se konat jako samostatná aktivita nebo být součástí jiného aktivizačního programu. Může být spojena například s reminiscenční terapií, kde v rámci receptivních technik lze číst a při tom vzpomínat na významné hudební osobnosti (Jindrová, 2013, s. 117). Zajímavostí této metody je, že i u klientů s velkými výpadky slov a paměti, kteří mají za normálních okolností problémy s řečí, není výjimečné, že si dokážou vybavit celé texty známých písní (Hátlová & Suchá, 2005, s. 28).

Jako pomůcky se využívají různé rytmické nástroje. Aby si mohl vybrat každý, jsou nabízeny jednodušší i složitější nástroje. Příkladem jednodušších nástrojů jsou zvonečky, rolničky, rumba koule či dřívka a mezi složitější můžeme řadit triangl, bubínky či činely (Jindrová, 2013, s. 118).

5.4 Pohybová terapie

V pohybové terapii se využívá pohyb ke zlepšení emoční, kognitivní, sociální a fyzické kondice člověka. Psychika a motorika (pohyb) jsou úzce spojeny a vzájemně na sebe působí. Proto lze prostřednictvím pohybu ovlivňovat mozek, a naopak psychikou ovlivnit fyzickou kondici (Hátlová & Suchá, 2013, s. 61). Cvičení tedy působí pozitivně na fyzickou i psychickou stránku seniorů a podporuje jejich vytrvalost v dalších činnostech (Hátlová & Suchá, 2013, s. 52).

Kinezioterapie je koncept pohybové terapie, která se zaměřuje na provádění záměrných pohybů, které vedou k somatickým změnám u seniorů. Tato terapie pracuje s modelovými a cíleně zaměřenými pohybovými programy, jako jsou tělesná cvičení, sporty a pohybové hry. V současnosti se ale spíše můžeme setkat s pojmem psychomotorická terapie. Zde člověk prostřednictvím modelových situací rozvíjí své schopnosti. Podle onemocnění seniora se pohybové programy zaměřují na řešení konkrétních obtíží (Hátlová & Suchá, 2013, s. 62).

U lidí s demencí se postupující změny v mozku projevují i na zhoršujících se pohybových funkcích. Prvotní projevy jsou ve zhoršení koordinace pohybu a jemné motoriky. Při pohybové aktivizaci volíme cvičení s jednodušší napodobitelností. Cvičí se každá část těla postupně. Pohyby mohou být podobné obvyklým denním činnostem (Hátlová & Suchá, 2013, s. 61)

Pro seniory je důležitý stereotyp a rutina a pro seniory s demencí to platí obzvlášť. Cvičení by proto mělo probíhat pravidelně každý den po dobu 30 minut. Cviky by měly být prováděny ve stabilním opakování, ideálně okolo pěti až deseti sérií (Hátlová & Suchá, 2013, s. 62–63).

Cvičí se s využitím různých odlehčovacích pomůcek, jako jsou míčky, šátky či tzv. plavací nudle (Hátlová & Suchá, 2013, s. 56). Součástí cvičení by

měla být práce s dechem a ustálená jedna konkrétní výchozí pozice, ideálně vzpřímený sed na židli (Hátlová & Suchá, 2013, s. 63).

5.5 Reminiscenční terapie

Reminiscenční terapie je aktivizační metoda, při které se pracuje se vzpomínkami, tedy dlouhodobou pamětí a minulostí klienta. Na základě různých podmětů jsou využívány vzpomínky a jejich vybavování (Holmerová & Suchá, 2003 cit. dle: Hátlová & Suchá, 2005, s. 28). Základem reminiscenční terapie je podmínka, že i u seniorů s oslabenými kognitivními funkcemi, zůstává poměrně dlouho dlouhodobá paměť v dobré kondici (Holmerová et al., 2003 cit. dle: Suchá, 2013, s. 93).

Tuto metodu můžeme využívat jak u zdravých seniorů, tak u seniorů se specifickými potřebami, včetně seniorů s demencí (Špatenková & Bolomská, 2011, s. 9 cit. dle: Salivarová & Veteška, 2014, s. 63). U seniorů s demencí se pak využívá pro zlepšování komunikace a k aktivizaci, u zdravých seniorů působí jako druh prevence (Suchá, 2013, s. 93).

Reminiscenční terapie slouží jako podpora seniorů, prostřednictvím vzpomínek jim vrací sebedůvěru. Připomíná pozitivní stránky osobnosti člověka a tím zvyšuje pocit vlastní hodnoty (Říčan, 2004 cit. dle: Salivarová & Veteška, 2014, s. 63). Vzpomínky pomáhají k udržení vlastní identity a individuality člověka, spojují přítomnost s minulostí. Aktivizační pracovníci mají možnost lépe seniory pochopit i vysvětlit si jejich nynější chování a jednání. Dále metoda působí pozitivně na náladu seniorů, a dokonce může pomoci s vyrovnáním se s nevyřešenými záležitostmi z minulosti (Holmerová et al., 2003 cit. dle: Suchá, 2013, s. 93).

Provádí se individuálně i skupinově. Reminiscenční prvky je možné využít i při jiných aktivizačních metodách (Suchá, 2013, s. 94).

Nejlépe se vybavují vzpomínky pomocí vizuálních pomůcek, lze ale působit i na jiné smysly. Z vizuálních pomůcek se využívají například

fotografie, staré deníky, pohlednice a noviny. Dobrým pomocníkem pro vzpomínání jsou také vůně. Prostřednictvím vůně kávy, čaje, koření a bylin se mohou vybavovat různé příjemné vzpomínky. Také prostřednictvím chutě tradičních jídel si lidé mohou zavzpomínat (Suchá, 2013, s. 94).

II Empirická část

6 Cíl práce a výzkumné otázky

Cílem mé práce je popsat specifika aktivizace a edukace seniorů s onemocněním demence v domovech pro seniory a ve vybraných organizacích srovnat, jaké aktivizační metody se v zařízeních využívají a jaký význam pro seniory z pohledu aktivizačních pracovníků mají.

Pro zjištění tohoto cíle jsem si položila hlavní výzkumnou otázku:

Jaký je význam využívání aktivizačních a edukačních metod u seniorů s onemocněním demence z pohledu aktivizačního pracovníka?

7 Metodologie výzkumu

Pro empirickou část práce jsem zvolila formu kvalitativního výzkumu. Toto rozhodnutí jsem provedla na základě stanoveného cíle. Kvalitativní výzkum je dle Creswella (1998, s.12 cit. dle: Hendl, 2008, s. 48) „proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ Kvalitativní výzkum je typický pro svůj pružný a nestrukturovaný charakter, díky kterému ho lze jen těžko replikovat. Je u něj tedy těžká zobecnitelnost výsledků a výsledky jsou značně ovlivněny interpretací výzkumníka. To je mu také často vytýkáno (Hendl, 2008, s. 50–51).

Jako design kvalitativního výzkumu jsem zvolila případovou studii. Robert K. Yin (2002, s. 20-21 cit dle: Mišovič, 2019, s. 225) ji charakterizuje jako „výzkumný přístup, jenž se týká empirického zkoumání předem vybraného fenoménu v rámci jeho reálného kontextu.“ Dále dodává, že v ní jde o jednotky „orientované na sociální vztahy mezi lidmi, sociální role

aktérů, označované jako případ, proces, zajímavý jev, událost, způsob fungování instituce.“ Handle (2008, s. 102) dále dodává, že se v ní snažíme o „zachycení složitosti případu, o popis vztahů v celistvosti jejich celistvost.“

7.1 Metoda sběru dat

Během výzkumu jsem pracovala se dvěma zdroji dat. Jako první zdroj dat jsem si vybrala rozhovory, konkrétně metodu polostrukturovaných rozhovorů. Polostrukturovaný rozhovor je dle Mišoviče (Alvesson, Deetz, 2000, s. 194 cit. dle: 2019, s. 79) nejčastější technika, která se v rámci kvalitativního výzkumu využívá. „Obsahuje připravené otázky, důsledně a systematicky směřující k identifikaci výzkumných témat pomocí příštích detailních odpovědí.“ Za jeho nejdůležitější součást je považováno jádro rozhovoru, které vytváří výzkumníkovo závazné schéma. Jsou to nejdůležitější okruhy, které musí být během výzkumu probrány. „Na toto jádro navazují další doplňující témata a otázky, které vhodně rozšiřují původní záměr“ (Milovský, 2009, s. 160 cit. dle: Mišovič, 2019, s. 80).

Postupně jsem od listopadu do února provedla šest rozhovorů s aktivizačními pracovníci ze tří domovů pro seniory. Podoba rozhovorů byla výrazně ovlivněna probíhající pandemií, proto se s většinou pracovníků nebylo možné setkat přímo. Pouze jeden rozhovor se uskutečnil osobně, ostatní probíhaly přes aplikace Skype a Messenger. Délka rozhovorů byla od 20 do 40 minut. Všechny rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány a následně doslovně přepsány, ale z důvodu zachování anonymity respondentů nebude nahrávka ani celý doslovný přepis nikde zveřejněn. Respondenti budou tedy v této práci anonymně označováni R1–R6. Otázky rozhovoru lze najít v přílohách (viz. příloha č. 6) a části rozhovorů se objeví v rámci analýzy a interpretace dat.

Výběr druhé metody byl už o něco složitější. Mým původním záměrem byla účast na aktivizaci v domovech pro seniory, tedy že se mým druhým

zdrojem dat stane zúčastněné pozorování. To ale kvůli probíhající pandemii nebylo možné, proto jsem zvolila za druhý zdroj dat analýzu dokumentů. „Za dokumenty se považují taková data, která vznikla v minulosti, byla pořízena někým jiným než výzkumníkem a pro jiný účel, než jaký má aktuální výzkum“ (Hendl, 2008, s. 204). Dokumenty jsem získala od vedoucích sociálních pracovníků, samotných aktivizačních pracovníků a z internetových stránek domovů. Dokumenty se týkaly jak samotného popisu a fungování vybraných organizací, tak obecných rozvrhů aktivit a aktivizačních plánů zaměřených konkrétně na jednoho klienta. Studium těchto dokumentů mi pomohlo k ucelenější představě a teoretickému porozumění průběhu aktivizace v organizacích.

7.2 Účastníci výzkumu

Protože se ve své práci zabývám procesem aktivizace a edukace, zvolila jsem z výběru pracovníků domova pro seniory pouze aktivizační pracovníce. V rámci svého výzkumného šetření jsem oslovila více než deset domovů pro seniory. Bohužel, vzhledem k situaci byl velký problém s navázáním spolupráce.

Konečným výzkumným souborem se stalo šest aktivizačních pracovníků ze tří domovů pro seniory. Všechny respondentky byly ženy. Aktivizační pracovníce se lišily svým věkem, vzděláním i délkou práce v oboru. Jejich věk se pohyboval v rozmezí od 27 do 57 let. Všechny měly dokončené středoškolské vzdělání. Jedna z nich tříletý výuční obor, ostatní respondentky absolvovaly střední školy v ekonomickém či pedagogickém oboru. Jedna z respondentek měla vysokoškolské vzdělání v oblasti výtvarného umění. Pouze jedna z aktivizačních pracovníček měla vystudovanou vyšší odbornou sociální školu. Ostatní měly následně doděláný kurz „Pracovníka v sociálních službách“. Některé v domově pro

seniory pracovaly nejdříve jako pečovatelky. Respondentky vykonávaly konkrétní praxi aktivizačního pracovníka v rozmezí od 2 do 12 let.

7.3 Místo výzkumu

Můj výzkum probíhal od listopadu 2020 do února 2021. Rozhovory jsem prováděla s aktivizačními pracovníci ze tří zařízení. Jeden domov pro seniory byl v Olomouci, další dva v Praze. Jeden z domovů se specializuje na seniory s vadou zraku, čímž jsou možnosti aktivizace specificky omezeny. Záměrně jsem si nevybrala domovy pro seniory se zvláštním režimem, protože jak lze z přiloženého obrázku vidět, daleko větší procento lidí s demencí žije v zařízeních, která nejsou na demenci primárně zaměřena. Tedy i na běžných odděleních musí mít senioři s demencí možnost zapojit se do aktivit a mít přístup k odpovídající péči.

Obrázek č. 2: Zastoupení osob s demencí v pobytových službách

Demence a sociální služby

Podíl osob trpících demencí, kterým je v ČR poskytována pobytová sociální péče

Zdroj: Vláda ČR (2012). Návrh koncepce řešení problematiky Alzheimerovy choroby a obdobných onemocnění v ČR. Neveřejný materiál č. 1022/12 a vlastní výpočty

1 z 5 osob trpících demencí žije v domově pro seniory



1 z 10 osob trpících demencí žije v domově se zvláštním režimem



Zdroj: Mátl, Mátlová, & Holmerová, I. (2016). *Zpráva o stavu demence 2016*. Česká alzheimerovská společnost, o. p. s.

Prvním zařízením, se kterým jsem spolupracovala, byl *Domov seniorů POHODA Chvoálkovice*. Toto zařízení se nachází na okraji Olomouce a má

kapacitu 346 klientů. V rámci domova jsou poskytovány komplexní pečovatelské a ošetrovatelské služby. Zařízení se zaměřuje na skupinou seniorů se „ztrátou soběstačnosti způsobenou věkem, změnou zdravotního stavu, případně se syndromem poruch intelektu získaným v průběhu stáří, kteří z těchto důvodů nemohou žít ve své vlastní domácnosti a potřebují podporu a pomoc druhé osoby“ (Domov seniorů POHODA Chválkovice, 2020).

Cílem domova je zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči o klienta, důstojné podmínky pro kvalitní a aktivní život, a hlavně zajistit u seniorů v co nejdelší možné míře zachování jejich samostatnosti a nezávislosti (Domov seniorů POHODA Chválkovice, 2020).

Druhé zařízení se nachází v Pražských Bohnicích a je jím *Domov pro seniory Nová slunečnice*. Jeho kapacita je 258 klientů, o které se stará více než 130 zaměstnanců. Nabízí „celoroční pobytové sociální služby uživatelům v důchodovém věku, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo trvalých změn zdravotního stavu a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.“ Kromě trvalé sociální a ošetrovatelské péče poskytuje i velkou škálu aktivizačních programů (Domov pro seniory Nová slunečnice, 2016).

Cílem domova je podporovat „samostatný a soběstačný způsob života našich uživatelů v podmínkách, které jsou blízké jejich vlastnímu domácímu prostředí a zabezpečují důstojný způsob života a respektování jejich osobnosti“ (Domov pro seniory Nová slunečnice, 2016).

Posledním zařízením je *Palata – Domov pro zrakově postižené*, který se nachází na pražském Smíchově. Toto zařízení má kapacitu 125 klientů a o klienty se stará 107 zaměstnanců. Domov je specifický tím, že se specializuje na seniory se zrakovým postižením, proto je také celá budova domova bezbariérová a vybavena prvky prostorové orientace. Domov má čtyři oddělení, na jednom z nich jsou ubytováni klienti s kombinovaným

postižením, se zrakovým postižením a syndromem demence. V celém zařízení se realizuje péče o klienty na základě Biografického modelu podle Profesora E. Böhma. Tento model spočívá v „poskytování péče dle potřeb a zvyklostí klienta na základě jeho životního příběhu“ (Palata, 2015).

Cílem zařízení je „poskytovat komplexní péči lidem se zrakovým postižením a také snaha udržet jejich soběstačnost co nejdéle“ (Palata, 2015).

7.4 Způsob zpracování dat

Proces kvalitativní analýzy dat ve výzkumu je podle Hendla (2005, s. 213 cit. dle: Mišovič, s. 132, definován jako „systematické nenumerické organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnost, kvality a vztahy“. Mišovič (2019, s. 138) k tomu dále dodává, že jde o „oblast s širokým polem působnosti a nízkou mírou standardizace jednotlivých postupů.“ Po prozkoumání kvalitativních metod jsem si vybrala analýzu prostřednictvím metody kódování. Cílem kódování je „konceptualizovat data, tj. postupně vytvořit pojmy, které zachycují „esenci“ konkrétních analyzovaných událostí a jevů. Vytváříme pojmy, které jsou induktivně zakotveny v datech, ale samy o sobě mají abstraktní povahu, protože vyjadřují myšlenku, princip či zkušenost, platnou napříč různými událostmi či situacemi“ (Řiháček et al., 2013, s. 48).

7.5 Etické aspekty výzkumu

Tak jako u každého výzkumu, tak i ve své práci jsem musela brát ohled na etickou stránku a dívat se na jeho možné důsledky, zejména v závěrečné části práce. Protože kvalitativní výzkum zkoumá člověka a jeho působení na okolí, je etická stránka jeho důležitou, a lze dokonce říct, neoddělitelnou součástí (Švaříček & Šedřová, 2014, s. 43).

Existují různé standardy a doporučení aplikování etických pravidel do výzkumu (Hendl, 2008, s. 153). Všechny z nich se však shodují, že mezi nejdůležitější etické aspekty výzkumu patří spolupráce výzkumníka s participanty (organizacemi či respondenty) (Mišovič, 2019, s. 76–77).

Výzkumník na začátku seznámí participanty s okolnostmi a průběhem výzkumu a oni, pokud s tím souhlasí, poskytnou svůj informovaný souhlas s účastí na výzkumu (Hendl, 2008, s. 153). „Okamžik získání informovaného souhlasu není moment, kdy zodpovědnost výzkumníka/ce končí, je to naopak začátek nepřetržitého etického, morálního i politického dialogu se sebou samým“ (Ezzy, 2002, s. 156–157 cit. dle: Hasmanová Marhánková, 2013, s. 49).

Celá spolupráce musí být založena na principu dobrovolnosti, participanti jsou na začátku spolupráce seznámeni s tímto principem a mají po celou dobu jeho průběhu možnost odstoupit (Mišovič, 2019, s. 76–77).

Po celou dobu výzkumu musí být také zajištěna ochrana soukromí účastníků. Té se docíluje jejich anonymizací (Mišovič, 2019, s. 76–77). V ideálním případě by ani sám výzkumník neměl znát identitu respondentů. V mnoha případech toho však není možné docílit, proto je důležité alespoň to, že identitu respondentů nezná nikdo jiný (Hendl, 2008, s. 153).

Dalším důležitým aspektem je také závazek výzkumníka vůči vědecké komunitě, „tj. podat ucelenou informaci o průběhu analýzy a vůbec celého výzkumu.“ Mezi povinnosti patří prezentovat všechny pozitivní i negativní aspekty spojené s průběhem výzkumu. Výzkumník by neměl manipulovat s daty či provádět špatnou analýzu a uvádět pouze pozitivní výsledky. Výzkumník by měl prezentovat celý svůj výzkum, tedy i s jeho klady, zápory a problémy (Mišovič, 2019, s. 76–78).

8 Analýza a interpretace dat

8.1 Analýza rozhovorů

Sesbíraná data z rozhovorů jsem analyzovala za pomoci metody kódování. Vytvořila jsem kódy a ty následně rozdělila do šesti tematických kategorií. Jednotlivé kategorie jsou tvořeny od dvou do čtyřech kódů.

8.1.1 Struktura aktivizace

Kódy: různorodost, pravidelnost, aktuální situace, zájmy seniorů

Jako první kategorii jsem si zvolila strukturu aktivizace. Základem aktivizace a edukace seniorů je ve všech zkoumaných zařízeních týdenní aktivizační plán (příklad viz příloha č. 5). Skladba aktivit v plánu je velmi **různorodá**. Aktivizační pracovníce popisují, jak aktivizace v zařízeních probíhá a jaké všechny aktivity obsahuje.

R1: „...každé pondělí máme cvičení s hudbou, potom máme to předčítání, pak tam máme ten zpěv, v úterý máme cvičení s těma balónama, ve středu jednou za čtrnáct dní něco vaříme, (...), ve čtvrtek máme to tvoření a v pátek máme masáže s gymnastickýma balónkama, takže se vzájemně i masírujou...“

R4: „...my jsme třeba rozdělené, že každá má něco, já mám spíš ty terapeutické činnosti a ostatní mají třeba literární hodinku, druhá dělá poslech mluveného slova, (...), další tam máme, ta je kartářka a já jsem se třeba k ní přidala a zase hraju dámu (...) a pak tam mám ještě další kolegyně a ty tam mají sportovní činnosti, jako že šipky, hod na kužel, lukostřelba, a ještě je tam jedna (...) a ta je zase taková zvířátková, tak tam zase udělala zoo koutek...“

Pro seniory je důležitá **pravidelnost** aktivit. Proto je v zařízeních kladen důraz na pravidelné dodržování aktivizačního plánu. Aktivity se konají ve stejný čas, na stejném místě a často i ve stejném složení klientů. Přesto jsem se setkala i s výpovědí aktivizační pracovníce, že u nich je

aktivizační program variabilnější, na pravidelnosti všech aktivit tolik nelpí a spíše se bere ohled na aktuální situaci.

R3: „To vybírám já a většinou to máme tak dané, že každý den, oni nechcú moc změny, takže já když jsem sem nastoupila, tak jsem si určila...“

R4: „...oni potřebují mít trošku ten systém, ráno rozcvička, aspoň 3x týdně, museli mít ten rozvrh daný, oni se v tom programu i dokázali se ho naučit...“

R2: „...ale takoví, že bych s nima něco vybarvovala nebo bysme něco tvořili, tak to vím, že jsou takoví, já nemůžu, já se budu jen dívat, takže raději volím jinou aktivitu, aby se zapojili všichni, samozřejmě nende to vždycky, takže pak podle toho volím...“

R6: „...prostě se vždycky ráno sejdeme a řekneme si, takže i když je tam psaný v programu například kulturní klub, tak třeba zrovna z druhého dne máme z oběda spoustu jablek, tak si řeknem místo kulturního klubu budeme péct.“

Program aktivizace sice skládají aktivizační pracovníce spolu s dalšími pracovníky zařízení, ale hlavně je závislý na **zájmech klientů** v zařízení. Každý klient je individualita a podle toho se také musí přizpůsobit jeho individuální i skupinová aktivizace.

R6: „...zeptáme se ho, jak se má, jestli ho něco netrápí, když jako není nic, tak se můžeme bavit podle těch různých témat, co máme z té biografie, jestli třeba pán byl rybář, tak se bavíme o rybách, jakým způsobem rybařil a tak...“

R2: „...každý jsme jinej a baví ho to spíš třeba s knížkou a koukání na televizi...“

8.1.2 Problémy v nemoci

Kódy: už to nezvládají, musíme opakovat, omezený výběr aktivit, udržení pozornosti

Druhou kategorií jsou *Problémy v nemoci*. Všechny aktivizační pracovníce vnímají limity, které klienti kvůli svému zdravotnímu stavu mají, že některé aktivity **už nezvládají** jako dřív.

R1: „Ještě máme taky takovou pěknou aktivitu vaření, (...), kdy my vlastně dřív jsme to taky dělali, že oni si dělali sami se mnou něco, třeba bramboráky, tak strouhali brambory, rozbíjeli tam vajíčka, sypali tam mouku, dneska už ti lidé prostě nejsou tak na tom dostatečně dobře, aby tuto činnost mohli vykonávat...“

R6: „...třeba víc, když to tady šlo, tak jsme dělali trénování paměti, teď to spíš sklouzává do té bazální stimulace...“

S příchodem nemoci je i pro aktivizační pracovníce těžší výběr aktivit. Ne všechny typy aktivizace jsou u nemocných seniorů vhodné a možné. Aktivizační pracovníci mají pak **omezený výběr aktivit**, musí se přizpůsobit možnostem klientů a mít vyzorováno, pro koho je jaká aktivita vhodná.

R5: „...rozdíl je v tom, že ten klient, který tu demenci nemá, tak s ním můžete dělat víc věcí, víc ho aktivizovat a člověk který má demenci tak tam už musíte i více přemýšlet nad tou aktivitou, co by bylo nejlepší, co by mu nejvíce prospělo a z čeho by vlastně něco měl...“

R6: „Určitě je náročnější hlavně individuálně, protože každý klient reaguje úplně jinak, potřebuje jiný přístup a tím, že mají určitý stupeň té demence, tak s ním nemůžete jednat jako sobě rovným, ale musíte se přizpůsobit jemu, tomu klientovy a jeho onemocnění...“

S nástupem onemocnění se zhoršuje jak paměť, tak fyzická kondice klienta. Aktivizační pracovníci popisují, jak s klienty pracují a vše **musí** pravidelně připomínat a **opakovat**.

R2: „...třeba s jednou klientkou musím denodenně opakovat věci z jejího života, její rodinu, protože samozřejmě zapomíná jména a podobně, takže tyhle věci pravidelně opakujeme, tak aby se jí to samozřejmě vžilo do té paměti...“

R4: „...mám tam teď jednu klientku, kterou potřebuju probrat. A přesně, zhoršuje se úplně ve všem, už nechodí a je to bývalá učitelka a potřebuje se aktivizovat, (...), takže nácvik ergoterapie, my chodíme na procházky, zapínání knoflíků, česání, musí se namalovat, nakoupili jsme šminky, dá si brýlky, musí být hezká...“

U seniorů je také těžší udržení pozornosti. Ve výpovědích jsem se setkala, jak s problémem udržení aktivity s ohledem na čas, tak na místo programu.

R6: „Dopoledne to máme na hodinu, s tím, že se tam ale dělají pauzy, nemůžete jim teď jako hodinu číst v kuse, takže se třeba vždycky přečte článek, potom si povídáme, něco je zaujme, tak se třeba dohledá na internetu nebo se jim k tomu pustí písnička, je to takový, jako že se to prokládá...“

R1: „...my tam nemáme místnost, kde bysme byli v uzavřeném prostoru, to je jako otevřená místnost, otevřený prostor, jo, takže tam třeba uklízečky chodí a kolegyně tam chodí, takže kolikrát oni pozorují, co ty ostatní dělají, že, takže je to takový, že tam mám pocit, že to mě jako hodně ruší a kor při tom předčítání třeba...“

8.1.3 Zapojení smyslů

Kódy: změna prostředí, vizuální kontakt, chuť

Další kategorie je *Zapojení smyslů*. Svým způsobem se zapojením smyslů pracuje každá aktivizační pracovnice. Prvním zmiňovaný způsob je práce se **změnou prostředí**. Klienti jsou velkou část dne zavřeni na svých pokojích, proto jakákoliv procházka či projížďka ven má význam.

R1: „Vidím v tom přínos hlavně ten, že se dostanou mimo zařízení, pak že pozorují jakékoliv roční období, jak se příroda mění, co je nového, jak to tam vypadá, vždycky jezdíme pokaždý někam jinam, takže pozorují například květiny, jak rostou, stromy a takové věci, takže zase ty smysly.“

R3: „Ted přes zimu vevnitř, máme dvě společenský místnosti, (...), ale určitě přes léto i venku jsem si je vzala, tady do parku, (...), buď jim tam udělám kávu, zase si povídáme, nebo jsme cvičili, máme tady krásný jezírko s rybičkama, tak chodíme i tam, potom individuálně přes zimu i s někým vezmu sních, dám mu ho do ruky a tak, hodně lidí už neví, co to je sních, máme tady takový super kočárky a vozíčky, kde je na to dám a jedu ven i s těma ležákama...“

V rámci práce s klienty na pokojích a při reminiscenční aktivizaci byl zmiňován **vizuální kontakt**, u kterého se pracuje s pamětí. Pracovnice poukazují na to, jak si prostřednictvím těchto podnětů klienti na věci lépe vzpomínají.

R2: „...ukazujeme si fotky, takže oni u těch fotek se opravdu začínají rozpomínat, když mají ten vizuální kontakt, takže to jim jako hodně pomáhá

R4: Ano, využívám. Vysloveně máme takový pracovní obývací, který využíváme na reminiscenci, to je z jednoho bytu starý nábytek, původní 60. a 70. léta, věcičky, serepetičky, takové ty fakt věci.

Pro výbavnost přes smysly slouží i další aktivity, kdy si například klient přes jídlo nebo pouhou představu o něm má možnost vzpomenout si na různé chutě.

R4: „...právě výbavnost dlouhodobé paměti, řeknu, třeba ovoce, na J, jablko, tak si ho hned představte, abyste řekla slovo jablko a představila si jakou má barvu a kousněte do něj, takže podporuju ještě smyslovou paměť...“

R1: „...vaření, to je taky velmi oblíbená aktivita, (...) je tam prostě podporovaná jednak ta čichová stránka, pak chuť a to všechno, a to je taky velmi dobrá aktivita...“

8.1.4 Sociální kontakt

Kódy: pocit zájmu, spokojenost, kamarádství, míchání klientů

Čtvrtou kategorií jsem si zvolila *Sociální kontakt*. U sociálního kontaktu se nemusí jednat jen o velké skupinové aktivity, někdy pouze stačí, když má klient **pocit zájmu** od aktivizačního pracovníka, že ví, že ho někdo poslouchá a zajímá se o něj. Pracovnice popisují, jak je pro klienty tento pocit velmi důležitý.

R2: „...někteří přindou a prostě nejsou k zastavení, maj toho na srdci hodně, člověk sedí a poslouchá a oni jsou rádi, že to mají komu říct, že se mají s kým o to podělit, takže myslím, si, že tohle je hlavní náplň, aby věděli, že někdo je tu pro ně...“

R5: „Už i v tom, že se o něho někdo zajímá, je tam někdo s ním, že tam má více ten sociální kontakt a že se věnujete jenom jemu, že má pak pocit, že o něho má člověk vážně zájem...“

Na **spokojenost** klientů má vliv jak individuální, tak skupinová aktivizace. Individuální procházky zajišťují klientům nejen minimální denní pohyb, ale díky nim mají senioři důvod zvednout se z lůžka a vyjít z pokoje, dostat se alespoň na chvilku ven mezi lidi a zlepšit si tím náladu. Skupinové aktivity zase mají pro klienty často zábavný charakter, mají možnost získat společné zážitky a zasmát se s ostatními. Díky nim si vytvořit i nová **kamarádství**.

R2: „Určitě, jak třeba u toho procvičování chůze, že se na to jako opravdu těší, že se prondou, potkají tam sestřičky a podobně, že nejsou tak jako izolovaní a druhá věc je, když opravdu skončím tu skupinku, tak vidím, že mají daleko lepší náladu, jsou daleko spokojenější, vidím, že si o tom třeba

povídají i druhý den, že se ještě tomu zasmějeme, co kdo řekl a co kdo udělal, v paměti to mají a přemýšlí nad tím.“

R3: „...když byla karanténa vylézt z pokoje prostě, tak tam to šlo hodně na nich poznat, když já už jsem si je zase začala vozit, přišla jsem, tak se najednou rozzářili a byli spokojenější...“

R1: „...že se stýkají, že se konečně z těch pokojů dostanou a můžou mezi těma ostatníma klientama navázat ten kontakt a z toho potom někdy může vzniknout i přátelství, takže si myslím, že je to hodně jako pro ty lidi významné...“

R3: „Hlavní cíl je úsměv na jejich tvářích, to je můj cíl a že jsou prostě šťastní, že jsou spokojení, popovídají si i mezi sebou vlastně jako kamarádi...“

Aktivity musí být přizpůsobeny konkrétním potřebám klientů, proto není u všech aktivit možné, aby se **míchali** zdraví a nemocní **klienti**. Výhodu proto mají z pohledu aktivizačních pracovníků čistě s volnočasovým a zábavným charakterem, jako je kavárna nebo společenské hry.

R2: „...ve středu hrajeme biliard, to přijdou i z jiných oddělení, takže je nás víc, to oni se propojují i s ostatníma, se kterýma nejsou v dennodenním styku na chodbě...“

R4: „...třeba jsme dali tři stoly a za každým se hrály karty, žolíky, já jsem hrála dámu, a někdo třeba hrál zase nějaký ten begamon nebo člověče nezlob se, a to se klidně zase mohlo namíchat, zdraví, nemocní... protože zase ty karty celej život mastily...“

R6: „...my tady na celý barák máme takovou velkou kulturní místnost, kde se schází na tu kavárnu úplně všichni klienti, nejen ti naši s demencí, ale i ti, kteří jsou jenom seniory, tak se tam vlastně potkávají, (...), si tam jdou posedět, popovídat, můžou si tam zatančit...“

8.1.5 Psychická podpora

Kódy: zvládnutí situace, povzbuzení, zapomenutí na starosti, víra

Jako pátou kategorii jsem zvolila *Psychickou podporu*. Aktivizace má na psychiku klientů velký vliv, už po nástupu do zařízení jim pomáhá **zvládnout situaci**.

R1: „Já si myslím, že jim to jako pomáhá psychicky, zvládnou tu situaci, že jsou v tom domově a že vlastně ono hodně lidí taky z toho domova by chtělo jít domu, že oni sice mají jako veškerou péči, (...), ale přesto doma je doma...“

R2: „Já si myslím, že co se týká té psychiky, tak jim to hodně pomáhá, že opravdu někteří sem přijdou a teď neví, cizí prostředí, teď byli zvyklí na úplně něco jiného, takže co nejdřív a aby se to ale nelámalo přes koleno, je co nejdřív začlenit do aktivit, který se tady konají...“

Aktivizační pracovnice vypovídaly, jak mají společenské aktivity příznivý vliv na náladu klientů, kdy při aktivizačních činnostech často **zapomínají na své na starosti**.

R4: „...zklidnění mysli a uvolnění, zapomínají hůlky, jak najednou omládnou, a to vlastně můj cíl toho celého je navodit příjemný stav tomu klientovy, prostě aby to stárnutí, aby ho tak nebolelo, abych mu odehнала ty myšlenky na to umírání...“

R5: „To trénování paměti to mají hodně rádi, protože vlastně začnou přemýšlet nad něčím jiným, a i přemýšlí například do minulosti a loví ty slovíčka a najednou mají pocit, že něco dělají a fakt je to hodně baví. A to zpívání to je taky, že zapomněli na ty starosti, že je něco bolí, že je něco trápí a prostě si zavzpomínají a zpívají ty lidovky, který znali od dětství, co je i maminky třeba učili...“

V rámci psychické podpory byla v zařízeních zmiňována práce s vírou klientů.

R1: „...si myslím, že ta bible jim hodně psychicky pomáhá, já jim to přečítám a chodili za mnou ještě manželé, kteří k tomu dělali výklad...“

R4: „...mají třeba na starosti kapličku, tedy střídá se tam farář evangelickéj, římskokatolickej...“

8.1.6 Zdravotní výhody

Kódy: zpomalení nemoci, zachování soběstačnosti

Jako poslední krátkou, ale neméně důležitou, kategorii jsem si zvolila *Zdravotní výhody* aktivizace. Oba typy aktivizace, jak individuální, tak skupinové, jsou pro klienty přínosné. **Zpomalují** progres **nemocí** a udržují klienty co nejdéle **soběstačné**.

R6: „...že se ta demence vlastně jakoby zpomalý a jde jakoby postupně se ten klient zhoršuje a kolikrát by ani člověk nepoznal, že ňákou tu demenci má, protože my se ho snažíme jakoby udržovat fit, v kondici i po tý fyzický, ale také duševní stránce...“

R4: „Do té míry, že pokud mají pravidelně ty aktivity, tak skutečně nedochází k tak rychlému zhoršování zdravotního stavu, a to se týče jak u zdravých, tak u nemocných klientů.“

R4: „...to přispívá všechno v globálu udržet toho klienta co nejvíce soběstačným a pokud to nejde, tak aspoň ať se to nezhoršuje, pokud si to teda přeje, nikdy neděláme nic na sílu...“

R2: „...aby bylo možno zachovat co nejdéle ten stav v jakým jsou, nejlépe o něco to zlepšit, ale samozřejmě někdy to není v našich silách, ale aby se ten stav nezhoršoval...“

8.2 Analýza dokumentů

Studiem dokumentů jsem získala další informace, jak aktivizace v zařízeních probíhá a jaké různé metody se využívají. Zaměřila jsem se hlavně na analýzu aktivizačních plánů a výročních zpráv.

Nejdříve jsem se zaměřila na aktivizační plány v zařízeních. Dopolední aktivizace začíná mezi 8.–10. hodinou, odpolední aktivity poté mezi 13.–14. hodinou. Jak jsem již psala v analýze rozhovorů, v organizacích se využívá týdenní aktivizační plán, v některých zařízeních je využíván jeden na celou organizaci, jinde má každé oddělení svůj vlastní. V domovech s plánem pro celé zařízení byl složitější a na delší časové období (viz. příloha č.6), naopak v zařízeních, kde se jednalo o plán jednoho oddělení, měl velmi jednoduchou strukturu a mohl se častěji měnit (viz. příloha č.5). Obecně se ale jejich obsah příliš neliší, ve všech zařízeních jsou využívány velmi podobně široké škály aktivit. V některých aktivizačních plánech lze nalézt pouze aktivity skupinové, v jiných jsou zařazeny i oddíly, kdy se koná aktivizace individuální. Kromě samotné aktivity lze v nich najít čas, místo a kdo danou aktivizaci vede.

Aktivity se odvíjejí také od počtu aktivizačních pracovníků v zařízení a jejich zaměření. V dokumentech jsem se setkala s tím, že počty se mohou značně lišit, v jednom domově pracují čtyři aktivizační pracovníci na celé zařízení, v jiném jsou 2–3 aktivizační pracovníci na jednom oddělení.

Kromě týdenního aktivizačního harmonogramu má klient ve všech domovech svůj vlastní plán aktivizace. V těchto dokumentech je psáno, kdy a jakých aktivit se bude účastnit. Toto individuální plánování je nastaveno podle biografie a potřeb klienta. Sestavuje se po příchodu seniora do zařízení dle jeho minulosti, zálib a současného zdravotního stavu. Poté se dále rozvíjí po celou dobu pobytu seniora v zařízení. Na sestavení individuálního plánu se podílí celý tým pracovníků, ale hlavní slovo má klíčový pracovník klienta,

který má k němu v zařízení nejbližší vztah. Klíčový pracovník hraje také ústřední roli v rámci adaptace seniora v zařízení. S touto informací jsem se setkala ve všech zařízeních.

Aktivizace je brána jako jedna ze služeb komplexní péče o seniory. Je prováděna individuální i skupinovou formou, a dokonce většina aktivit jde provádět v obou těchto formách. V dokumentech byl uváděn příklad ergoterapie nebo canisterapie. Při canisterapii se v domově nejdříve koná hodinu a půl skupinová aktivita a poté pro klienty, kteří na skupinové aktivity chodit nechtějí nebo nemohou, zhruba patnáctiminutová individuální aktivizace u každého zájemce na pokoji.

Po příchodu do zařízení se klient poprvé setká s aktivizací v rámci adaptačního programu. V jednom domově pro to mají dokonce speciální aktivitu *Adaptační skupina*, v rámci, které se mají možnost klienti navzájem poznat a dostávají informace o domově a fungování v něm.

V dokumentech byly také často zmiňovány různé aktivity zaměřené na paměť. Jednalo se o aktivity zaměřené na trénování paměti: hrátky s pamětí, malé trénování paměti, hrátky se slovíčky a další. V rámci vzpomínání byla zmíněna reminiscenční terapie, u které bylo zdůrazňováno využití pomůcek na podporu vzpomínání prostřednictvím smyslů. Jako příklad lze uvést reminiscenční místnosti s dobovým nábytkem či vaření jídel, na které mají klienti vzpomínky z dětství. Dále byly zmíněny aktivity jako muzikoterapie, u kterých se prostřednictvím lidových písní také vzpomíná.

Další, řekla bych, dle dokumentů nejvíce využívané aktivity v zařízeních, jsou zaměřeny na pohyb a motoriku klientů. V rámci cvičení byly zmiňovány: jízda na rotopedu, sportovní aktivity, cvičení na židlích a kondiční cvičení. V rámci tréninku motoriky jsem našla aktivity: ruční práce, klub šikulek, vaření, pletení, keramiku, arteterapii a taneční terapii. Hrubou i jemnou motoriku lze trénovat také při canisterapii.

Dále se v zařízeních pořádají různé společenské a kulturní akce. Jelikož je ale jejich organizace závislá na příchodu lidí z venku, nebyla většina těchto programů v posledním roce možná. Když se mohli scházet alespoň lidé uvnitř domova, pořádaly se třeba jen kavárny s reprodukovanou hudbou. U dvou zařízení bylo zmíněno, že jako malá náhrada se u nich několikrát pořádalo „Zpívání pod okny“, kdy přijela kapela nebo zpěvák do zahrady nebo pod okna domova. V běžném provozu však domovy uvádějí mnoho pravidelných společenských a kulturních aktivit: koncerty, divadla, karetní klání, kulturní klub, pánský klub, literární hodinky atd. Přes léto jsou to pak třeba i grilování a výlety.

V rámci kulturních a společenských akcí se také oslavují významné svátky, které jsou pro klienty velmi důležité. Senioři se na aktivity těší a užívají si je. Jsou to například Vánoce a adventní čas, Mikuláš, Velikonoce s příchodem jara a mnoho dalších. V jednom zařízení jsem se dokonce setkala s masopustním průvodem. V rámci příprav se pořádají aktivity jako pečení vánoční cukroví, vyrábějí se adventní věnce, barví velikonoční vajíčka atd.

I věřícím klientům vycházejí všechny tři domovy vstříc, mají pro ně k dispozici kapličku a v průběhu týdne do zařízení docházejí duchovní různých církví.

V rámci kulturních a společenských programů jsou také oslavována životní jubilea seniorů. V dokumentech z jednoho zařízení jsou přiloženy fotky z jedné této akce. Oslavy probíhají ve slavnostně nachystané místnosti s pohoštěním. Obyvatelé domova se u této příležitosti společně sejdou, popovídají, zavzpomínají, poslechnou známé písničky, zazpívají a zatančí.

Vybraná zařízení nejsou specializovaná na klienty s demencí. Přesto i tyto klienty v péči mají, ale v dokumentech se o jejich speciální aktivizaci nehovoří. Jedinou výjimkou je domov, kde mají zaměřené jedno oddělení na kombinované onemocnění demence s onemocněním zraku.

9. Diskuse

V této kapitole se budu zabývat diskusí nad výsledky mého výzkumného šetření. Výsledky budu srovnávat s informacemi z teoretické části. Postupovat budu dle zvolených kategorií z analýzy. V závěru diskuse se zmíním o limitech, které můj výzkum ovlivnily.

Jako první kategorii jsem si zvolila *Strukturu aktivizace*. V té byly zmiňovány čtyři kódy, které se zabývají rozvržením aktivizace a na jakých faktorech je aktivizace závislá. Ve všech analyzovaných zařízeních mají širokou a různorodou škálu nabízených aktivit. Zajištění různorodosti aktivizačních programů je důležité pro uspokojení potřeb a zájmů seniorů, jak zdravých, tak i těch limitovaných nemocí.

Další důležitou podmínkou aktivizace je pravidelnost. Všechny aktivizační pracovnice se o ní zmiňovaly. Aktivizace probíhá pravidelně v týdenních intervalech, dané aktivity jsou tedy ve stejný den, čas i na stejném místě. Už v zásadách aktivizace v teoretické části byl kladen velký důraz na pravidelnost a v empirické části části se to potvrdilo, jen s tím, že v praxi to nelze dogmaticky dodržovat a musí se hledět i na aktuální situaci.

Složení aktivizačního programu vytváří aktivizační pracovníci, ale jeho obsah je závislý hlavně na potřebách a zájmech seniorů. Při nástupu do zařízení se zjišťují informace o minulosti klienta, o aktuálním zdravotním stavu a také o jeho zájmech. Podle těchto aspektů se mu následně skládá vlastní aktivizační plán. I toto se mi potvrdilo z teoretické části, kde už bylo zmíněno, jak je důležitý individuální přístup ke každému seniorovi.

V druhé kategorii se zabývám kódy spojenými s *Problémy v nemoci*. S nemocí přichází i mnohé limity, které aktivizaci omezují. Aktivizační pracovnice upozorňovaly na fakt, že s postupem nemoci a zhoršujícím se zdravotním stavem klienta musí mnoho aktivit upravovat tak, aby je klient stále zvládal. Také se zvyšuje podíl pomoci, kterou klientovi poskytují

a omezuje se možný výběr aktivit. Vše je třeba s klientům častěji opakovat. Jak bylo zmíněno v teoretické části, pozornost seniorů s demencí je narušena a je těžší ji udržet. Aktivizační pracovníce proto musí vybírat vhodná místa a při aktivitě dělat pauzy nebo dávat vložky s jiným tématem.

Třetí kategorie je zaměřena na *Zapojení smyslů*. V teoretické části na to byla zaměřena jedna z metod, její prvky se mi potvrdili při výzkumu. Aktivizační pracovníce zmiňují, že při mnoha aktivizačních činnostech pracují se smysly klientů. Například, když je možnost, berou klienty ven na zahradu. Změna prostředí je pro klienty velmi významná, protože při ní mají možnost vnímat zvuky, vůně, povrchy, počasí atd. S vizuálním kontaktem zase pracují při různých reminiscenčních metodách, kdy přes fotografie a staré známe předměty se klientům daleko lépe vzpomíná. Se vzpomínáním lze stejně dobře pracovat i přes chutě. Reminiscence s využitím smyslové aktivizace je často užívaná aktivita, protože ji lze, díky dobrému stavu dlouhodobé paměti, používat i ve vyšších fázích nemoci.

Čtvrtou kategorií je *Sociální kontakt*. Při těchto aktivitách jsou klienti buď v kontaktu s aktivizačním pracovníkem nebo ve skupinkách s ostatními seniory. I když se to na první pohled nezdá i individuální aktivizace má významnou socializační složku. Aktivizační pracovníce často hovořily o tom, že pro spokojenost klientů mnohdy stačí, když cítí zájem druhého člověka. Všechny skupinové aktivity mají ze své podstaty významnou socializační složku. Tím, že při aktivitách vyjde člověk ze svého pokoje, má možnost se vidět a popovídat si s ostatními seniory. Dokonce mohou vznikat i nová přátelství. To myslím, že má pro klienty velký význam. Při skupinových aktivitách se musí dávat pozor na to, jak je vhodné promíchání nemocných a zdravých klientů. Nelze to u každé aktivity, ale pokud tato možnost je, má to z mého pohledu pro seniory velký přínos, mohou se chvíli cítit naprosto „normálně“, jako by žádný zdravotní problém neexistoval.

Jako pátou kategorií jsem zvolila *Psychickou podporu*. Jak bylo zmíněno v analýze dokumentů, aktivizace pomáhá klientům už při příchodu do zařízení zvládnout novou situaci. Aktivizace dokáže klienty odreagovat tak, že při ní zapomínají na starosti a soustředí se pouze na danou činnost. V rozhovorech byl zmíněn také význam víry, která seniorům může hodně pomáhat. V teoretické části o tom nebyla zmínka, ale myslím, že je to velmi důležitá možnost, setkání se s duchovní podporou.

Poslední zvolenou kategorií jsou *Zdravotní výhody*. Aktivizační pracovníce jednoznačně říkají, jak je aktivizace pro klienty velmi významná. Díky ní lze zachovat co nejdéle soběstačnost klienta a zpomalit postup nemoci.

V souhrnu všech kategorií lze říct, že data z výzkumu jsou ve shodě s teorií. Významů aktivizace pro seniory je nepřehledné množství a sehrávají důležitou roli v celkové péči o seniora a vedoucí k udržení co nejlepší možné fyzické i psychické kondice.

V závěru této kapitoly bych ještě ráda uvedla některá úskalí mého výzkumu, kterým jsem se nedokázala vyhnout a uvědomuji si je. Jako první z nich bych zmínila samotný typ vybraných zařízení. Jelikož nejde o organizace specializující se na seniory s onemocněním demence, v rozhovorech zcela nešlo oddělit poznatky o aktivizaci zdravých a nemocných seniorů. Při vyprávění pracovníků o aktivizačních metodách se obě tyto skupiny mísí. Další limit jsem vnímala v současné koronavirové pandemii. Kvůli ní nebylo možné se dostat přímo do domovů pro seniory a vidět tak aktivizaci v praxi. Jistě bych tím získala ucelenější náhled na problematiku. Související dopad měla tato skutečnost i na průběh rozhovorů, kdy pouze jeden rozhovor jsem mohla absolvovat osobně, ostatní pouze on-line. Při osobnímu setkání byl rozhovor nejdelší a získala jsem z něj nejvíce informací. Proto jsem jím byla také nejvíce ovlivněna, a to se mohlo odrazit na mé interpretaci některých jevů.

Závěr

Ve své bakalářské práci *Aktivizace a edukace seniorů s onemocněním demence* jsem se zaměřila na onemocnění demence u seniorů v pobytových zařízeních, které se výhradně nespécializují na onemocnění demence. Tedy nejsou to domovy se zvláštním režimem.

V teoretické části jsem popsala stáří a s ním související změny až po období propuknutí nemoci, její diagnostiku a znaky. Dále jsem se zabývala pobytovými sociálními zařízeními a aktivizačními pracovníky, kteří v těchto zařízeních pracují. V posledních dvou kapitolách jsem psala konkrétně o procesu aktivizace a edukace a blíže popsala pět vybraných metod.

V empirické části jsem měla za cíl popsat specifika aktivizace a edukace seniorů s onemocněním demence v domovech pro seniory a ve vybraných organizacích srovnat, jaké aktivizační metody se v zařízeních využívají a jaký význam pro seniory z pohledu aktivizačních pracovníků mají. Pro jeho zodpovězení jsem provedla kvalitativní výzkum prostřednictvím šesti polostrukturovaných rozhovorů a analýzy dokumentu. Ve výzkumu jsem si jako hlavní výzkumnou otázku stanovila „Jaký je význam využívání aktivizačních a edukačních metod u seniorů s onemocněním demence z pohledu aktivizačního pracovníka?“. Cíl výzkumu byl splněn.

Zjistila jsem, že v zařízeních se využívá široké škála aktivizačních metod a technik, které se zaměřují jak na fyzickou, tak na psychickou stránku seniora. Každá aktivita se primárně zaměřuje na podporu určité sféry, ale z poznatků aktivizačních pracovníků i analýzy dokumentů vyplývá, že má pozitivní účinky i v dalších směrech. Při každé skupinové aktivizaci se senior socializuje v kontaktu s ostatními klienty a při individuálních aktivitách s aktivizačním pracovníkem. Navozuje to zlepšení nálady a tím i dobrého psychického stavu, který ovlivňuje i stav fyzický, s nímž tvoří spojené

nádoby. Tyto věci vycházejí z přirozenosti člověka, jen u seniora s demencí se musí brát větší ohled na jeho limity.

Z všech rozhovorů vyplynulo, že hlavní význam aktivizační pracovníce vidí v psychické podpoře a pohodě seniorů. Díky aktivizaci se senioři dokážou psychicky pozvednout a zlepšit tak i svůj fyzický a zdravotní stav. Cílem aktivizačních pracovníc tedy je, zajistit pravidelný denní program, tak, aby se klienti necítili sami a opuštění, aby senioři neumírali v nejtěžší fázi demence a dokázali si co nejdéle zachovat co možná nejlepší kvalitu života.

Prostřednictvím rozhovorů i dokumentů byla možnost sledovat různost pojetí práce aktivizačních pracovníků v jednotlivých zařízeních. Zajímavým navázáním na tento výzkum by mohla být práce se zaměřením na samotné aktivizační pracovníce a jejich zkušenostech se vzděláváním v rámci aktivizačních metod a technik. Při psaní teoretické části jsem zjistila, jak nová a neprobádaná oblast je jejich práce v českých zařízeních.

Má bakalářská práce může sloužit jak pro širokou veřejnost, která se chce dozvědět něco o demenci i významu aktivizačních metod, tak může být přínosná i pro aktivizační pracovníce, které v ní mohou porovnat informace o praxi v jiných zařízeních.

A nakonec bych chtěla svou bakalářskou práci uzavřít citací z knihy Lore Wehner a Ylvy Schwinghammer (2013, str. 17), která je esencí celé mé práce: „Lidé každé věkové skupiny potřebují kromě zajištění a péče i značnou míru blízkosti a pozornosti. Dotyky, komunikace a setkávání jsou základní lidské potřeby.“ A toto bych si přála, aby si každý odnesl, obzvlášť v této době.

Zdroje

- 1) Bertl, I. (2018). *Aktuální témata teorie a praxe vzdělávání dospělých a seniorů* (2. doplněné a rozšířené vydání). Česká andragogická společnost.
- 2) Čípová, Š. (2011). Geragogické možnosti ovlivňující edukační rovinu seniorů. In J. Veteška & T. Vacínová, *Aktuální otázky vzdělávání dospělých: andragogika na prahu 21. století* (1st ed., pp. 121-150). Univerzita Jana Amose Komenského.
- 3) Disman, M. (2011). *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele* (4., nezměněné vydání). Karolinum.
- 4) Domov pro seniory Nová slunečnice. (2016). Retrieved February 09, 2021, from <http://www.novaslunecnice.cz/>
- 5) Domov seniorů POHODA Chválkovice. (2020). Retrieved February 09, 2021, from <https://www.ddol.cz/>
- 6) Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Grada.
- 7) Duffy, F. (2019). *CLEAR dementia care©: a model to assess and address unmet needs*. Jessica Kingsley Publishers.
- 8) Haškovcová, H. (2012). *Sociální gerontologie, aneb Seniori mezi námi*. Galén.
- 9) Határ, C. (2011). *Seniori v systéme rezidenciálnej sociálno-edukačnej starostlivosti*. Rozlet ve spolupráci s Českou andragogickou společností.
- 10) Hátlová, B. & Suchá, J. (2005). *Kinezioterapie demencí: [pohybová cvičení v léčbě demencí]*. Triton.
- 11) Hátlová, B. & Suchá, J. (2013). Pohybové aktivity. In J. Suchá, I. Jindrová, & B. Hátlová, *Hry a činnosti pro aktivní seniory* (1st ed., pp. 52–82). Portál.

- 12) Hasmanová Marhánková, J. (2013). *Aktivita jako projekt: diskurz aktivního stárnutí a jeho odezvy v životech českých seniorů a seniorek*. Sociologické nakladatelství (SLON).
- 13) Hauke, M. (2017). *Když do života vstoupí demence, aneb Praktický průvodce péčí o osoby s demencí nejen v domácím prostředí*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.
- 14) Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (3. vyd). Portál.
- 15) Hasmanová Marhánková, J. (2013). *Aktivita jako projekt: diskurz aktivního stárnutí a jeho odezvy v životech českých seniorů a seniorek*. Sociologické nakladatelství (SLON).
- 16) Hrozenská, M. & Dvořáčková, D. (2013). *Sociální péče o seniory*. Grada.
- 17) Jarošová, D. (2006). *Péče o seniory*. Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.
- 18) Jindrová, I. (2013). *Aktivita s hudbou a zpěvem*. In J. Suchá, I. Jindrová, & B. Hátlová, *Hry a činnosti pro aktivní seniory* (1st ed., pp. 115-130). Portál.
- 19) Kisvetrová, H. (2020). *Demence a kvalita života*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- 20) Kozáková, Z., & Müller, O. (2006). *Aktivizační přístupy k osobám seniorského věku*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- 21) Malíková, E. (2020). *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb* (2., aktualizované a doplněné vydání). Grada Publishing.
- 22) Mátl, O., Mátlová, M., & Holmerová, I. (2016). *Zpráva o stavu demence 2016: Kolik zaplatíte za péči?*. Česká alzheimerovská společnost, o. p. s.
- 23) Mišovič, J. (2019). *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Slon.

- 24) MKN-10 klasifikace: 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí Česká verze, platnost od 1.1. 2020. (2020). Retrieved November 28, 2020, from <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F01>
- 25) Musil, L., Kubalčíková, K., & Hubíková, O. (2006). *Kvalifikační potřeby pracovníků v sociálních službách pro seniory: závěrečná zpráva výzkumu*. VÚPSV, výzkumné centrum Brno.
- 26) Mühlpachr, P. (2009). *Gerontopedagogika* (2. vyd). Masarykova univerzita.
- 27) Palata. (2015). Retrieved February 09, 2021, from <https://palata.cz/>
- 28) Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.
- 29) Salivarová, J. & Veteška, J. (2014). *Edukace seniorů v evropském kontextu: teoretická a aplikační východiska*. Univerzita Jana Amose Komenského.
- 30) Suchá, J. (2013). *Výtvarné činnosti*. In J. Suchá, I. Jindrová, & B. Hátlová, *Hry a činnosti pro aktivní seniory* (1st ed., pp. 131-147). Portál.
- 31) Suchá, J. (2013). *Vzpomínkové aktivity*. In J. Suchá, I. Jindrová, & B. Hátlová, *Hry a činnosti pro aktivní seniory* (1st ed., pp. 93-114). Portál.
- 32) Suchá, J., & Jarolímová, E. (2017). *Trénink paměti pro seniory: Prevence Alzheimerovy choroby a dalších závažných onemocnění*. Edika.
- 33) Švaříček, R., & Šedřová, K. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách* (Vyd. 2). Portál.
- 34) Touhy, T. A., & Jett, K. F. ([2018]). *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging* (Fifth edition). Elsevier.
- 35) *Výroční zpráva Domova seniorů POHODA Chválkovice, p. o. za rok 2020*. (2021). Domov seniorů POHODA Chválkovice, p. o.
- 36) *Výroční zpráva 2020*. (2021). Palata – Domov pro zrakově postižené.
- 37) Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Grada.

- 38) Wehner, L., & Schwinghammer, Y. (2013). *Smyslová aktivizace: v péči o seniory a klienty s demencí*. GRADA.
- 39) *Zpravodaj č. 1: únor roku 2021*. (2021) (Vol. 2021). Palata – Domov pro zrakově postižené.

Seznam obrázků a grafů

Obrázek č. 1: Četnost příčin demence

Obrázek č. 2: Zastoupení osob s demencí v pobytových službách

Seznam příloh

Příloha č. 1: Klasifikace MKN-10 – Organické duševní poruchy

Příloha č. 2: Mini-Mental State Examination test

Příloha č. 3: Test hodin

Příloha č. 4: Základní otázky rozhovoru

Příloha č. 5: Týdenní aktivizační plán

Příloha č. 6: Den aktivizace

Přílohy


Příloha č. 1: Klasifikace MKN-10 – Organické duševní poruchy

F 00	demence u Alzheimerovy choroby
F 01	vaskulární demence
F 02	demence u chorob klasifikovaných jinde: demence u Pickovy choroby, demence u Creutzfeldovy-Jakobovy choroby, demence u Huntingtonovy choroby demence u Parkinsonovy choroby, demence u infekce HIV, demence u ostatních chorob klasifikovaných jinde.
F 03	nespecifikované demence
F 04	Organický amnestický syndrom, jiný než vyvolaný alkoholem a jinými drogami
F 05	Delirium jiné než vyvolané alkoholem a jinými drogami
F 06	Jiné duševní poruchy vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkcemi mozku nebo následkem somatického onemocnění
F 07	Poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku
F 09	Nespecifické organické nebo symptomatické duševní poruchy

Zdroj: Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Grada.

Příloha č. 2: Mini-Mental State Examination test

Test kognitivních funkcí-Mini Mental State Exam (MMSE)

Oblast hodnocení:	Max. skóre:
<p>1. Orientace: Položte nemocnému 10 otázek. Za každou správnou odpověď započítejte 1 bod.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Který je teď rok? - Které je roční období? - Můžete mi říci dnešní datum? - Který je den v týdnu? - Který je teď měsíc? - Ve kterém jsme státě? - Ve které jsme zemi? - Ve kterém jsme městě? - Jak se jmenuje tato nemocnice?(toto oddělení?,tato ordinace?) - Ve kterém jsme poschodí?(pokoji?) 	<p>1 1 1 1 1 1 1 1 1 1</p>
<p>2. Paměť: Vyšetřující jmenuje 3 libovolné předměty (nejlépe z pokoje pacienta- například židle, okno, tužka) a vyzve pacienta, aby je opakoval. Za každou správnou odpověď je dán 1 bod</p>	3
<p>3. Pozornost a počítání: Nemocný je vyzván, aby odečítal 7 od čísla 100, a to 5 krát po sobě. Za každou správnou odpověď je 1 bod.</p>	5
<p>4. Krátkodobá paměť (=výbavnost): Úkol zopakovat 3 dříve jmenovaných předmětů (viz bod 2.)</p>	3
<p>5. Řeč, komunikace a konstrukční schopnosti: (správná odpověď nebo splnění úkolů = 1 bod) Ukažte nemocnému dva předměty (př. tužka, hodinky) a vyzvěte ho aby je pojmenoval. Vyzvěte nemocného, aby po vás opakoval:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Žádná ale - Jestliže - Kdyby <p>Dejte nemocnému třístupňový příkaz: „Vezměte papír do pravé ruky, přeložte ho na půl a položte jej na podlahu.“ Dejte nemocnému přečíst papír s nápisem „Zavřete oči“. Vyzvěte nemocného, aby napsal smysluplnou větu (obsahující podmět a přísudek), která dává smysl Vyzvěte nemocného, aby na zvláštní papír nakreslil obrazec podle předlohy. 1 bod jsou-li zachovány všechny úhly a protnutí vytváří čtyřúhelník.</p>	<p>2 1 3 1 1 1</p>
	
<p>Hodnocení: 00 – 10 bodů těžká kognitivní porucha 11 – 20 bodů středně těžká kognitivní porucha 21 – 23 bodů lehká kognitivní porucha 24 – 30 bodů pásmo normálu</p>	

Zdroj: www.ddalbrechtice.cz

Příloha č. 3: Test hodin

Test hodin		
Skóre	Popis	Příklady
1.	<p>Bezchybné provedení</p> <ul style="list-style-type: none"> -číslice 1-12 ve správném pořadí i místě -dvě ručičky ve správné poloze 	
2.	<p>Lehká prostorová chyba ciferníku hodin</p> <ul style="list-style-type: none"> -vzdálenost mezi číslicemi nerovnoměrně -číslice mimo kruh -otočení papíru s otočením číslic -použití pomocných čar pro lepší orientaci 	
3.	<p>Chybné zaznamenávání času, zachované prostorové uspořádání hodin</p> <ul style="list-style-type: none"> -pouze jedna ručička -čas zaznamenaný slovně „10 hodin 10 minut“ -čas vůbec nezaznamenaný 	
4.	<p>Střední stupeň prostorové dezorientace, takže zaznamenávání času není možné</p> <ul style="list-style-type: none"> -nepravidelné mezery -zapomenutí čísel -perseverace: opakování kruhu, číslice na jednu stranu od 12 -záměna pravý - levý (číslice proti směru) -dysgrafie - chybějící čitelné číslice 	
5.	<p>Těžká prostorová dezorientace</p> <p>-jako u skóre 4, ale silněji vyjádřeno</p>	
6.	<p>Chybí zakreslení hodin</p> <ul style="list-style-type: none"> -žádný pokus zakreslit hodiny -ani vzdálená podobnosti s hodinami -napsáno slovo nebo jméno 	

Zdroj: www.alzheimercentrum.cz

Příloha č. 4: Základní otázky rozhovoru

Otázky - rozhovor

- Co je náplní vaší práce?
- Jaký je rozdíl v práci s klienty s demencí v porovnání s péčí o ostatní seniory?
- Pracuje se s těmito klienty spíše individuálně nebo skupinově?
- Jaké aktivizační a edukační metody se ve vašem zařízení využívají?
- Jak často aktivizační programy probíhají a jak dlouho trvají?
- Specializujete se vy osobně na nějakou aktivizační metodu?
- V jakých oblastech aktivizační a edukační metody seniorům pomáhají?
- Podle čeho se vybírá, jakých aktivit se senior zúčastní?
- Jaké aktivizační metody jsou u seniorů nejvíce oblíbené? A jaké naopak nejméně?
- Jak motivujete seniory, aby se aktivit zúčastnili?
- Jsou u klientů vidět změny při využití terapií a aktivit?
- V čem je podle vás hlavní cíl aktivizace a edukace klientů s demencí?

Příloha č. 5: Týdenní aktivizační plán

DEN	DOPOLEDNE 10:00H	ODPOLEDNE 14:00H
<i>Pondělí</i>	Muzikoterapie	Individuální aktivity
<i>Úterý</i>	Canisterapie Individuální aktivity	Kavárna
<i>Středa</i>	Individuální aktivity	Muzikoterapie
<i>Čtvrtek</i>	Kulturní klub	Individuální aktivity Ruční práce
<i>Pátek</i>	Trénování paměti	Individuální aktivity

Zdroj: Aktivizační pracovnice R6

Příloha č. 6: Den aktivizace

Pondělí	
čas	aktivita
8:00 – 9:00	Jízda na rotopedu
9:00 – 10:00	Hrátky se slovíčky
9:00 – 10:00	Mozkohrátky
10:00 – 10:30	Cvičení na židlích
13:00 – 15:30	Knihovna – výpůjční doba
13:00 – 14:00	Hrátky s pamětí I.
13:30 – 15:00	Karetní klíní
14:00 – 14:30	Cvičení na židlích

Zdroj: Aktivizační pracovnice R4